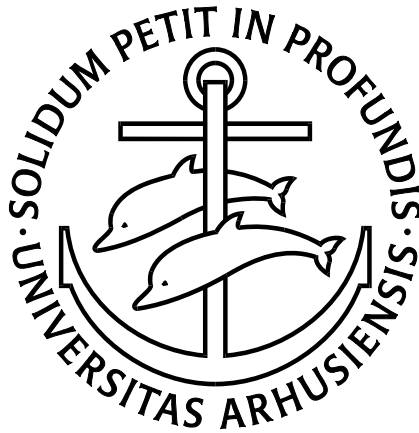


Kandidatspeciale



Betydningen af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner for klinisk praksis - gør hun en forskel?

af

Ole Abildgaard Hansen

Navn: Ole Abildgaard Hansen
Modul: Speciale
Måned og år: Juni 2008
Vejleder: Merete Bjerrum
Anslag: 117.916

Betydningen af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner for klinisk praksis - gør hun en forskel?

Afdeling for Sygeplejevidenskab
Institut for Folkesundhed
Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet
Aarhus Universitet
Høegh-Guldbergs Gade 6A
Bygning 1633
8000 Århus C

Betydningen af den kliniske sygepleje- specialists roller og interventioner for klinisk praksis – gør hun en forskel?

Navn
Ole Abildgaard Hansen

Vejleder
Merete Bjerrum

Kandidatuddannelsen i Sygepleje
Specialemodul
Juni 2008



Resumé

En systematisk litteraturgennemgang af, hvad der er skrevet og debatteret om fænomenet kliniske sygeplejespecialister i Danmark, viser en fraværende debat om den kliniske sygeplejespecialist. I Danmark mangler der tilsyneladende viden om, hvordan den kliniske sygeplejespecialist påvirker og forbedrer klinisk praksis.

Hensigten er at undersøge, hvilken betydning den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner har for forbedring af klinisk praksis med henblik på at kvalificere den danske debat.

Et systematisk litteraturreview er gennemført og ni relevante empiriske studier identificeret med brug af inklusions- og eksklusionskriterier. Studierne er kritisk vurderet og fundene analyseret ved tekstanalyse. Otte af de ni studier har fokus på den kliniske sygeplejespecialists roller og analyseres i forhold til de kendte roller: clinical expert, consultant, educator and researcher.

Hovedkonklusionen er, at den kliniske sygeplejespecialists roller har både en direkte og indirekte betydning for klinisk praksis. Direkte betydning omfatter rollerne clinician expert og researcher. Indirekte betydning omfatter de fire roller: clinician expert, consultant, educator og researcher

Summary

The significance of the clinical nurse specialists roles and interventions on clinical practice – does she make a difference?

A systematic literature search, of what is written and debated about the phenomenon clinical nurse specialists in Denmark, shows an absent debate about the clinical nurse specialist. There is apparent lack of knowledge, how the clinical nurse specialist effect and improves clinical practice in Denmark.

The purpose is to examine the significance of the clinical nurse specialists roles and interventions for the improvement of clinical practice with reference to qualifying the Danish debate.

A systematic litteraturreview is conducted. Nine relevant empirical studies is identified using specific inclusion and exclusion criteria. The selected studies are critically appraised and their findings analysed with text analysis.

Eight of the nine studies focus on the clinical nurse specialists roles and are analysed in the light of the roles: clinical expert, consultant, educator and researcher.

The main conclusion is that the clinical nurse specialists roles have both a direct and indirect significance on clinical practice. Direct significance includes the roles clinician expert and researcher. Indirect significance includes the four roles: clinician expert, consultant, educator og researcher.

Indholdsfortegnelse

1.0 Indkredsning og argumentation for valg af problemstilling	5
2.0 Litteraturgennemgang	8
2.1 Sammenfatning af litteraturgennemgang	9
2.2.1 Titler	10
2.2.2 Funktion, roller og typiske arbejdsopgaver	14
2.2.3 Uddannelsesmæssige kvalifikationer	16
2.2.4 Organisatorisk indplacering	19
3.0 Specialets fokus og problemformulering	20
3.1 Problemformulering	22
3.1.1 Definition af nøglebegreber	22
4.0 Metode og materialevalg	23
5.0 Søgeprotokol	25
5.1 Søgestrategi	25
5.2 Inklusionskriterier	27
5.3 Eksklusionskriterier	27
5.4 Søgebaser	28
5.5 Søgekombinationer	28
5.6 Samlet resultat af søgningen	30
6.0 Resultater	30
6.1 Interventioner som den kliniske sygeplejespecialist iværksætter af betydning for klinisk praksis	30
6.2 Anvendelsen af den kliniske sygeplejespecialists roller til at gøre en forskel i klinisk praksis	31
6.2.1 Betydningen af rollen som "Clinical expert"	31
6.2.2 Betydningen af rollen som "Consultant"	33
6.2.3 Betydningen af rollen som "Educator"	34
6.2.4 Betydningen af rollen som "Researcher"	35
6.3 Troværdigheden af fundene	37
7.0 Diskussion	43
7.1 Interventioner som den kliniske sygeplejespecialist iværksætter af betydning for klinisk praksis	43
7.2 Anvendelsen af den kliniske sygeplejespecialists roller til at gøre en forskel i klinisk praksis	44
7.3 Metodediskussion	48
8.0 Konklusion	49

9.0 Perspektivering.....	51
10.0 Undersøgelsens begrænsninger	52
11.0 Referenceliste	53
12.0 Bilagsliste.....	60

1.0 Indkredsning og argumentation for valg af problemstilling

Den kliniske sygeplejespecialists betydning for klinisk praksis er genstand for undersøgelse i dette speciale. Hensigten med undersøgelsen er at tilvejebringe ny viden om den kliniske sygeplejespecialists rolle og interventioner for forbedring af klinisk praksis. Den kliniske sygeplejespecialists praksis har effekt på områder som reducere komplikationer hos hospitalsindlagte patienter, hospitalsomkostninger og indlæggelsestid, genbesøg på skadestuer, øget patienttilfredshed og forbedring af professionel udvikling (National Association of Clinical Nurse Specialists 2008). Dog har de kliniske sygeplejespecialister igennem mange år kritiseret sig selv for at beskrive deres rolle anekdotisk i stedet for enten at måle den direkte effekt af deres interventioner på patientoutcome eller udvikle forskningsbaserede sygeplejeinterventioner til forbedring af klinisk praksis (Sparacino 1990). Men der er bred enighed om, at den kliniske sygeplejespecialist forbedrer kvaliteten af klinisk praksis, men der er en mangel på data til at påvise effekten på patientoutcome (Cunningham 2004; Douglas et al. 2003; Sechrist & Berlin 1998; Wilson-Barnett & Beech 1994). Spørgsmålet er hvilke interventioner og roller der gør en forskel?

Med uddybende beskrivelser af hvordan og hvorfor den kliniske sygeplejespecialist har betydning for klinisk praksis, forventes specialets undersøgelse at kunne bidrage til en øget viden og forståelse for, hvorledes klinisk praksis forbedres. Undersøgelsen kan ligeledes medvirke til at få sat debatten i gang i Danmark om, hvor og hvordan kliniske sygeplejespecialister skal bruge deres evner og viden til gavn for patienter, pårørende og sygeplejerskeprofessionen. Undersøgelsens fund kan på samme måde være anvendelige, når arbejdsgivere, politikere, Dansk Sygeplejeråd og andre vægtige aktører i sundhedsvæsenet fremover diskuterer, vurderer og ændrer eksisterende stillingsbetegnelser, med henblik på at indføre en national kompetenceprofil for den kliniske sygeplejespecialist. En viden og indsigt, der desuden vil kunne medvirke til at nuancere og kvalificere debatten om generalister versus specialister i sygeplejen.

Inspirationen til specialet fik jeg fra en artikel fra 1980 med titlen ”Den kliniske sygeplejespecialist – en tendens i sygeplejens udvikling” (Christensen 1980), der handler om, at den kliniske sygeplejespecialist er på vej til Danmark. Forfatteren argumenterer for, at den kliniske sygeplejespecialist skal beherske alle aspekter af sygeplejen inden for sit kliniske hoved-

område og planlægge, udføre og evaluere denne i relation til dem, der har behovet for det. Hun skal udvikle teori og afdække sammenhænge af den bestående praksis og tilføre området ny relevant viden. Desuden skal den kliniske sygeplejespecialist fungere som rollemodel for sygepleje af høj kvalitet via sit arbejde i praksis og samtidig være fri af daglige administrative og undervisende rutineopgaver. I Danmark er der, på daværende tidspunkt, ikke dokumenteret noget behov for kliniske sygeplejespecialister til at udvikle og forbedre den direkte patientpleje, men til trods for dette, ansættes der sygeplejersker i sådanne specialstillinger (Christensen 1980).

Spørgsmålene der rejser sig i denne sammenhæng er, hvorfor der i næsten tredive år er ansat sygeplejersker i specialstillinger i Danmark med henblik på forbedring af praksis, uden at der tilsyneladende har været belæg for effekten af det? Hvilke tiltag er der taget til at dette skulle undersøges nærmere? Hvad er der sket i den mellemliggende periode på snart tredive år? Hvordan har debatten og udviklingen omkring kliniske sygeplejespecialister været i Danmark? Er der i årene herefter dokumenteret en effekt på klinisk praksis, siden Doris Christensen efterspurgte det?

Baggrunden for artiklen om den kliniske sygeplejespecialist er hentet fra USA (Christensen 1980). Hvad mener vi i Danmark, når vi taler om kliniske sygeplejespecialister? Hvilke funktioner skal de have? Findes sådan en stilling overhovedet i klinisk praksis i Danmark?

I dansk sygepleje anno 2008 findes en række kliniske specialstillinger, som er betydeligt forskellige, og der dukker til stadighed nye op, som i en eller anden form er rettet mod forbedring af klinisk praksis. Klinisk vejleder, klinisk undervisningsansvarlig, forskningssygeplejerske, projektsygeplejerske, klinisk koordinator, klinisk oversygeplejerske, klinisk sygeplejespecialist og udviklingssygeplejerske er eksempler på disse. I artiklen "Titlernes tagselvord" problematiseres, at der findes et sammensurium af stillingsbetegnelser i praksis, som betegner en form for specialsygeplejerske, og der er store individuelle variationer i uddannelsesmæssig baggrund, kvalifikationer, ansvar, kompetence, funktioner samt betydningen for klinisk praksis (Egerod 1996). Nogle stillingsbetegnelser er forskellige, men dækker over samme arbejdsområde. En klinisk oversygeplejerske, en udviklingssygeplejerske og en klinisk sygeplejespecialist har ofte enslydende arbejdsområder. Titlerne lægger op til, at sygeplejersken er en klinisk ressourceperson, men der stilles ikke formaliserede krav til udøvens uddannelse. De mange stillingsbetegnelser kan være et problem, da det giver indtryk af en diffus profession med en utydelig profil (Egerod 1996), hvilket kan ende med at

give en negativ indflydelse på sygeplejerskers image i samfundet (Long 1994). Dette kan have betydning for gennemslagskraften overfor politikere og samarbejdspartnere på hospitalerne, og dermed også for påvirkning og forbedring af klinisk praksis. Omvendt ser nogle de mange stillingsbetegnelser som et tegn på, at sygeplejerskers viden og kompetencer favner bredt (Diers 1994;Unna-Lindhard 1994). Spørgsmålet er, om vi er klar over, hvilke funktioner vi egentligt skal have dækket i de enkelte afdelinger?

I Danmark har jeg ved en gennemgang af stillingsbetegnelser¹ fundet fire stillinger med særlige funktioner og kvalifikationer som ligner den kliniske sygeplejespecialist beskrevet af Doris Christensen (1980). Det er stillingsbetegnelserne ”klinisk oversygeplejerske”, ”udviklingsansvarlig sygeplejerske”, ”klinisk sygeplejespecialist” og ”udviklingspsygeplejerske” (bilag 1-4). Analysen af disse fire forskellige funktionsbeskrivelser viser en sammenblanding af roller, funktioner og krav til kvalifikationer. Kun i en funktionsbeskrivelse er ekspliciteret et professionelt ansvar for udøvelse af forskningsbaseret klinisk sygeplejpraksis. To funktionsbeskrivelser opsætter krav om videreuddannelse på kandidat- eller master niveau. Krav til klinisk erfaring spænder fra dokumenteret klinisk erfaring til fire års erfaring indenfor et bestemt speciale. Alle stillinger beskrives som stabsfunktioner til en oversygeplejerske eller en afdelingsledelse, og i tre af funktionsbeskrivelserne er ansvars- og kompetenceområde tydeliggjort. Spørgsmålet er, om der er en sammenhæng mellem de mange forskellige stillinger i klinisk praksis og så det faktum, at arbejdsgivere, ifølge Kruckow (2007), har retten til fastlæggelse af konkrete stillingsbetegnelser?

Indebærer sammenblandingen af roller, funktioner og krav til kvalifikationer, at der har været en diffus udvikling af sygeplejen i forhold til specialstillinger med fokus på udvikling og forbedring af sygeplejpraksis i Danmark? Og giver det nogle diffuse opgaveløsninger i forhold til f.eks. anvendelse af forskning, som måske får betydning for den udførte sygepleje til patienterne? I forhold til patientplejen kan det have den konsekvens, at den forskningsbaserede viden ikke inkorporeres (Adamsen et al. 2003;Estabrooks 1998;Lorensen et al. 2002;Retsas 2000). Sygeplejerskerne finder forskningsresultaterne vanskelige at forstå og anvende (Adamsen, Larsen, Bjerregaard, & Madsen 2003;Retsas 2000).

Spørgsmålet er om ikke det vil gavne udviklingen og debatten i Danmark at sammenholde danske stillingsbetegnelser med den omfattende litteratur, der findes om udviklingen og

¹ Jeg har søgt geografisk spredt, således at hele Danmark er dækket. Ved at gå ind på Universitetshospitalernes hjemmesider har jeg først efterspurgt titlen ”klinisk sygeplejespecialist” og derefter gået videre til andre titler.

anvendelsen af bestemte stillingsbetegnelser i den engelsksprogede verden for sygeplejersker med særlige funktioner og kvalifikationer? Studier viser, at der forskes i de forskellige roller den kliniske sygeplejespecialist har, heriblandt at organisere sygepleje, at uddanne og berolige patienter samt at tage kliniske beslutninger (Douglas et al. 2003; Forbes et al. 2003). Endvidere beskrives mange egenskaber bl.a. psykosocial intervention, direkte patientpleje, specialist vurdering og rådgivning, forskning og audit (Douglas et al. 2003). Flere studier har identificeret et behov for at koble den kliniske sygeplejespecialists aktiviteter til potentielt outcome (Mick & Ackerman 2000; Douglas et al. 2003). Hvorimod andre undersøgelser viser, at kliniske sygeplejespecialister oplever besvær med at måle effekten af deres praksis (Bamford & Gibson 2000; Gibson & Bamford 2001). Det tyder på, at der forskes aktivt i den kliniske sygeplejespecialists roller, men disse studier udforsker tilsyneladende ikke den mangeartede natur af kliniske sygeplejespecialisters interventioner, og giver ikke evidens som kan understøtte beslutninger om, hvordan kliniske sygeplejespecialister skal bruge deres evner og viden til at udvikle og forbedre patientplejen. Samtidig viser forskning, at der er diskrepans mellem kliniske sygeplejespecialisters opfattelse af deres potentielle rolle og så den aktuelle rolle i praksis (Appel, Malcolm, & Nahas 1996).

Ovenstående bliver drivkraften til at kigge nærmere på udviklingen internationalt og i Danmark i forhold til den kliniske sygeplejespecialists roller, funktioner samt betydning for klinisk praksis.

2.0 Litteraturgennemgang

Indledende præsenteres en kort analyse og vurdering af de historiske forhold, begrundelserne for og debatten om udviklingen af den kliniske sygeplejespecialist på baggrund af en systematisk litteratursøgning.

Med henblik på at undersøge, hvad der er skrevet og debatteret om fænomenet kliniske sygeplejespecialister i Danmark, har jeg søgt systematisk ved at søge på fagbibliotekerne SDU, Statsbiblioteket, JCVU og databaserne Infomedia, bibliotek.dk, sundhed.dk samt tidsskrifter herunder Sygeplejersken, Klinisk sygepleje, Fokus på sygeplejen. Desuden er Dansk Sygeplejeråds, Sundhedsstyrelsens, Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning og Folketingets hjemmesider afsøgt for eventuelle hits. Der var ingen netdebat på

synergi eller Dansk Sygeplejeråd's hjemmeside. Søgeordene har været følgende: klinisk sygeplejespecialist / sygepleje og specialist / klinisk specialistuddannelse og sygepleje / funktionsbeskrivelser og sygepleje / sygepleje og specialisering. Ligeledes har jeg foretaget kædesøgning med udgangspunkt i enkeltartikler.

Desuden afsøges internationale forskningstidsskrifter via PubMed² og CINAHL³ samt artikler og bøger afledt heraf. Emneord er fundet ved at oversætte problemstillingens nøglebegreber til engelsk og specificeret via hver databases thesaurus. Bedst egnede indextermer er: "Advanced Practice Nurses+", "Clinical Nurse Specialists", "Nurse Clinicians", "Quality of Health Care". Søgningen inkluderer anvendelse af booleske operatører samt kæde- og referencesøgning⁴. Fokus i dette speciale er ikke rettet mod de fire specialuddannelser Sundhedsstyrelsen har godkendt og giver autorisation til – anæstesi-, intensiv-, psykiatri- og hygiejnesygeplejerske (Dansk Sygeplejeråd 1995).

2.1 Sammenfatning af litteraturgennemgang

Søgningen viser, at det først er i 1980 begrebet klinisk sygeplejespecialist dukker op i Danmark, inspireret af udviklingen i USA om Clinical Nurse Specialists. Sygeplejen i Danmark har tilsyneladende ikke fulgt nogen bestemt strategi, hvad angår specialstillinger, som man for eksempel har set i USA, England og Australien (Appel, Malcolm, & Nahas 1996;Dunn 1997;Hamric & Spross 1989), hvor der opereres med to hovedbegreber – Nurse Practitioner og Clinical Nurse Specialist. I internationalt perspektiv er en klinisk sygeplejespecialist en velbeskrevet størrelse (Sparacino 2005;Sparacino, Cooper, & Minarik 1990b). Hvorimod den kliniske sygeplejespecialist i dansk sygepleje ikke er et entydigt fænomen (Björnsson & Nielsen 1992;Christensen 1980;Dansk Sygeplejeråd 1995;Dansk Sygeplejeråd 2007a;Dansk Sygeplejeråd 2007b;Darmer 1995;Lorentsen 1987;Nyholm 1980;Wintlev-Jensen et al. 1993). Fundene er hovedsagligt beskrivelser af eller argumentation for flere forskellige stillinger i klinisk praksis. Den danske holdning til kliniske specialistsygeplejersker, hvilke funktioner de skal have eller hvilken effekt de har på klinisk praksis, beskrives ikke. Samtidig er det svært at afgøre, hvad der egentligt efterspørges i Danmark og på hvilken bag-

² National Library of Medicine' adgang til Medline – USA (Willman & Stoltz 2003).

³ Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature – USA (Willman & Stoltz 2003).

⁴ Jeg har ikke kunnet finde nogen internationale forskningsartikler, som omhandler kliniske sygeplejespecialister i Danmark.

grund, idet debatten om kliniske sygeplejespecialister har været minimal set over næsten 30 år.

Analysen af den fundne litteratur fra Danmark viser desuden mange forskellige bud på titler, roller, funktioner og krav til kvalifikationer, som på en eller anden vis har relation til en klinisk sygeplejespecialist med reference til Doris Christensen (Christensen 1980) Be- grundelserne for denne stillingstype er mange, og for de fleste er målet med en klinisk sy- geplejespecialist et behov for udvikling og forbedring af den kliniske sygeplejepsis, men der mangler belæg for hendes funktion.

Ingrid Egerod er den første, der problematiserer sammenblandingen af stillingsbetegnelser som betegner en form for specialsygeplejerske i praksis (Egerod 1996). Egerods pointe debatteres kortvarigt i Tidsskriftet Sygeplejersken efter, at Dansk Sygeplejeråd har offent- liggjort en pjece om en klinisk ekspertsygeplejerske i Danmark (Dansk Sygeplejeråd 2007a;Harder 2007;Kruckow 2007).

Følgende temaer, som på hver sin måde anskueliggør udviklingen, er fremkommet af analy- sen: *titler, funktioner, roller og typiske arbejdsopgaver, uddannelsesmæssige kvalifikationer* samt *organisa- torisk indplacering*. Temaerne vil blive gennemgået i det følgende.

2.2.1 Titler

I de danske tekster gives der bud på mange forskellige titler, når der argumenteres for klini- ske sygeplejespecialister til at udvikle og forbedre den direkte patientpleje. Det være sig supersygeplejerske, klinisk ekspert, klinisk konsulent, klinisk specialist, klinisk oversygeple- jerske og klinisk sygeplejelærer (Bjørnsson & Nielsen 1992;Christensen 1980;Darmer 1995;Lorentsen 1987;Møldrup & Bidstrup 1992;Muus 1990;Nyholm 1980;Poulsen & Voigt 1999; Wintlev-jensen et al. 1993). Dette virvar synes at være i lighed med de kliniske syge- plejespecialisters historie i USA. I 1970- og 80'ernes USA ses en øget specialisering på ho- spitalerne, som kræver længere uddannelse og erfaring hos sygeplejerskerne. Hospitalerne begynder derfor i højere grad at ansætte kliniske sygeplejespecialister (Hamric & Spross 1989). I og med at gruppen som kalder sig kliniske sygeplejespecialister vokser, bliver der større og større forvirring om jobfunktionen, idet titlen bliver benyttet af sygeplejersker med vidt forskellig baggrund og job. Det kan være som undervisere, ledere, sygeplejersker med megen erfaring i et område og tillige af sygeplejersker uden mastergrad (Ibid.) Dette får i 1980 Congress for Nursing Practice, American Nurses Association, til at udarbejde en

beskrivelse af de kliniske sygeplejespecialisters uddannelse, roller, funktioner og behov (Hamric & Spross 1989). Derved bliver titlen mønsterbeskyttet. I 1982 bliver Council of Clinical Nurse Specialist oprettet under ledelse af Ann Hamric (Sparacino 2005; Sparacino, Cooper, & Minarik 1990b). I 1996 bliver National Association of Clinical Nurse Specialists stiftet (Keeling & Bigbee 2005).

Spørgsmålet rejser sig, hvilke tanker Dansk Sygeplejeråd har haft om dette virvar i Danmark?

Titlen klinisk sygeplejespecialist optræder første gang officielt i Dansk Sygeplejeråd's skrift fra kongressen i 1982 (Dansk Sygeplejeråd 1982) i forbindelse med en specialuddannelse inden for diabetes mellitus. Det konkluderes, at spørgsmålet om kliniske sygeplejespecialister ikke er afklaret, samt at der skal udarbejdes et oplæg til senere drøftelse i hovedbestyrelsen (Ibid.). Det følges op på Dansk Sygeplejeråd's kongres i 1986, hvor kongressen henstiller til hovedbestyrelsen, at der skal arbejdes på en definition af de kliniske sygeplejespecialisters funktionsområde, kvalifikationskrav samt organisatorisk- og lønmæssig indplacering (Dansk Sygeplejeråd 1986). Det vedtages også, at det er nødvendigt med en undersøgelse af i hvilket omfang, der er ansat sygeplejersker med stillingsbetegnelsen klinisk sygeplejespecialist eller sygeplejekonsulent, deres ansvars- og kompetenceområder, organisatorisk- og lønmæssig indplacering (Ibid.). Spørgsmålet rejser sig hvorfor der skal gå knapt seks år før Dansk Sygeplejeråd iværksætter en undersøgelse? Et muligt svar kan være, at der er en frygt for, at en øget specialisering indenfor sygeplejen vil udvande generalistprincippet der går ud på, at enhver sygeplejerske via grund- og efteruddannelsen skal kunne varetage alle funktioner inden for omsorg og sygepleje (Wingender 1999). Desuden medfører en øget specialisering, ifølge hovedbestyrelsens opfattelse, også en fare for faglig og organisatorisk opsplnitning. Dette har haft betydning for en afvisende holdning fra Dansk Sygeplejeråd til kliniske sygeplejespecialister (Ibid.). Der er således et dilemma mellem de Faglige Selskabers ønsker og Dansk Sygeplejeråds politik på området (Ibid.). Konklusionen på undersøgelsen fra 1986 er, at der på daværende tidspunkt ikke anvendes titlen klinisk sygeplejespecialist. Kun få steder er der ansat sygeplejersker som varetager specielle kliniske funktioner. De væsentligste arbejdsområder omfatter varetagelse af den direkte patientpleje på et højt kvalificeret niveau samt undervisning og vejledning af patienter, pårørende og personale (Dansk Sygeplejeråd 1995).

Hvorfor har der ikke siden hen været en opfølgning på denne undersøgelse? Lorentsen spørger, hvorfor der ikke er flere kliniske sygeplejerskespecialister, når behovet er så stort (Lorentsen 1987). Wintlev-Jensen et al.(1993) problematiserer, at der ikke er kvalificerede sygeplejersker til disse stillinger endnu.

Og hvorfor har Dansk Sygeplejeråd ikke inddraget den litteratur, der på daværende tidspunkt er til stede for at se på belæg for at indføre stillingen? Luke og Reipurth (1988) opfordrer desuden Dansk Sygeplejeråd til at begynde at se på erfaringer, fordele og ulemper ved funktionen som klinisk sygeplejerskespecialist, selvom Dansk Sygeplejeråd tidligere har sagt nej til kliniske sygeplejerskespecialister ud fra tanken om, at alle sygeplejersker skal kunne det samme.

Dansk Sygeplejeråd har i 2007 udgivet to pjecer, der beskriver henholdsvis en konsultationssygeplejerske og en klinisk ekspertsygeplejerskes arbejde og funktion. Beskrivelsen af klinisk ekspertsygeplejerske er overført fra det engelske Advanced Nurse Practitioner (Dansk Sygeplejeråd 2007a;Dansk Sygeplejeråd 2007b). For Dansk Sygeplejeråd er kendetegnene ved kliniske ekspertsygeplejersker at de: 1. er generalister på højt niveau. 2. har stor klinisk erfaring fra forskellige specialer. 3. har kompetence og lyst til at træffe flere selvstændige beslutninger end i dag. Stillingen forudsætter videreuddannelse på masterniveau (Palsbo 2007a;Palsbo 2007b). Harder (2007) rejser tvivl om brugen af stillingsbetegnelsen klinisk ekspertsygeplejerske i et debatindlæg, hvor hun konstaterer, at der ti år efter Egerods artikel, fortsat er mangfoldighed af stillingsbetegnelser i praksis. Desuden stiller hun spørgsmålstegn ved, om det er et relevant kendetegn at tale om en generalist på højt niveau for en sygeplejerske med særlige funktioner og kvalifikationer. Hun konstaterer, at der er behov for at skabe klarhed over eksisterende stillingsbetegnelser for sygeplejersker med særlige funktioner, set i forhold til jobindhold og kvalifikationskrav. Desuden efterlyses en diskussion af behovet for fjernelse af samt fastholdelsen og mønsterbeskyttelsen af visse stillingsbetegnelser (Harder 2007). Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow er enig i, at der er behov for større klarhed og gennemsigtighed for de mange stillingsbetegnelser og forklarer, at der er nedsat en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsens regi, der bl.a. fokuserer på mangfoldigheden i titlerne (Kruckow 2007). Imidlertid viser en gennemlæsning af rådets kommissorium og opgaver, at det ikke drejer sig om mangfoldigheden i titler, derimod om special- og videreuddannelser for sygeplejersker (Sundhedsstyrelsen 2004). Dansk Sygeplejeråd har tilsyneladende mere fokus på udviklingen af special- og videreuddannelser end på

den forvirring og usikkerhed mangfoldigheden i titlerne giver. At der også er behov for at diskutere relevansen af stillingsbetegnelser i dansk sygepleje, der kan forstås og anvendes internationalt vidner Sundhedsstyrelsens bemærkning om, idet de skriver: "...hvor vanskeligt det var at nå til en fælles europæisk opfattelse af begreberne"(Herold 1995: 42).

Er det ikke på tide at se på stillingskategorier og titler i sygeplejen som begreber, der skal tages hånd om og forklares og gøres entydige? Hvad er den bagvedliggende tankegang ved ikke at gøre det?

Fagets egne målsætninger kan ses afspejlet i holdningen hos Dansk Sygeplejeråd. Wingender (1999) beskriver, hvordan omdrejningspunktet for den interne debat er et dilemma mellem hovedbestyrelsens fastholdelse af generalistuddannelsen og ønsket fra de faglige sammenslutninger om mulighed for specialisering. Det er væsentligt for Dansk Sygeplejeråd at sikre sig imod en grenspecialisering i lighed med lægernes, idet man frygter at svække generalistbegrebet. Også i den udenlandske litteratur nævnes denne problemstilling og det påpeges, at en drivkraft for fortalerne for specialisering kan være ønsket om status forbundet med medlemskab af en elite indenfor sygeplejen (Perron & Holmes 2006). Men spørgsmålet er, om det ikke er mere vigtigt at fokusere på, hvad der gavner patienterne?

I en kommentar til Dansk Sygeplejeråd (Sixtus Jensen 2007) henviser forfatteren til de gode erfaringer fra udlandet om kliniske ekspertsygeplejersker, og han undrer sig i den forbindelse over, at fokus kun er på de kroniske patienter. Det kaldes visionsløst og beklageligt, når der nu findes international forskningslitteratur om emnet. Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, begrundet sit svar med, at fokus på de kroniske patienter alene skyldes, at det er hvad man kan få politisk opbakning til (Steenberg 2007). Dermed mener hun, at det øjensynligt er for svært at forklare hvorfor ekspertsygeplejersker gør en forskel for politikere. Det er da tankevækkende, at Dansk Sygeplejeråd anvender en rent strategisk argumentation for ikke at forsøge at overbevise det politiske niveau om, at der er belæg for ekspertsygeplejersker. Er det også den bagvedliggende tanke for ikke at undersøge hvilken forskel den kliniske sygeplejespecialist gør? ICN anbefaler en specialisering, da det kan være med til at styrke praksis, sygeplejefprofessionen og vidensudviklingen, foruden at den kan være med til at skabe jobtilfredshed (Herold 1995). Men det bør være en styret udvikling af specialiseringen (Ibid.). Spørgsmålet er, om der overhovedet er foregået nogen styring i Danmark? Man kunne godt få den tanke, at det i givet fald har været en laissez-faire styring indtil 1995 for både at undgå en udvanding af det grundlæggende generalistprincip samt en faglig og organisatorisk splittelse (Wingender 1999).

2.2.2 Funktion, roller og typiske arbejdsopgaver

Den væsentligste opgave for den kliniske sygeplejespecialist er, ifølge Christensen (1980), at udvikle og forbedre den direkte patientpleje, hvor patient-sygeplejerske kontakten foregår.

Kravene til den kliniske sygeplejespecialists funktion er:

- at udføre direkte patientpleje
- at fungere som rollemodel for kvalitetssygepleje
- at undervise sygeplejersker/patienter/pårørende
- at fungere som konsulent for sygeplejersker og andre faggrupper
- at fungere som forandringsformidler
- at deltage i/igangsætte forskning

Lise Weile mener at kliniske sygeplejespecialister, som indføres i udlandet, må ses som et forsøg på at forbedre sygeplejens kvalitet, men at der ikke er tilstrækkelige fakta til at dokumentere behovet for denne stillingstype (Weile 1981). Dette synspunkt bakkes op af flere forfattere (Darmer 1995;Dollerup 1982;Luke & Reipurth 1988), som beskriver, hvordan de som klinisk sygeplejespecialist fungerer som støtte til udvikling og ændring i sygeplejen. Med oprettelsen af en klinisk oversygeplejerskefunktion beskriver fem ledende sygeplejersker deres overvejelser, erfaringer og visioner (Wintlev-Jensen et al. 1993). Den kliniske oversygeplejerskes effekt og funktion skal først og fremmest måles på kvaliteten af den sygepleje som udføres i afdelingen, og rollen indebærer funktion som koordinator, inspirator, iværksætter og fastholder (Ibid.). Andre mener, at hun skal have fagudvikling som sit primære og særlige arbejdsområde, hvor hun i samarbejde med den ledende oversygeplejerske skal formulere klare mål, visioner. Samtidig skal hun have en tæt tilknytning til patientplejen. (Poulsen & Voigt 1999). I argumentationen for kliniske sygeplejespecialister i dansk sygepleje er der desuden bred enighed om, at de skal være i besiddelse af forskerkompetence, deltage i den direkte patientpleje, være rollemodel, fungere som konsulent samt undervise (Christensen 1980;Christoffersen 1988;Holst 1994;Lorentsen 1987;Luke & Reipurth 1988;Muus 1990;Weile 1981; Wintlev-Jensen et al. 1993). Tewes mener, at de gør en forskel ved at stille spørgsmål, der leder til refleksion. De argumenterer videnskabeligt for deres meninger og synspunkter, og de gennemfører projekter, der forandrer rutinerne i praksis. De er også med til at udvikle sygeplejerskers selvværdsfølelse, og skaber respekt om sygeplejen i forhold til de tværfaglige samarbejdspartnere ved bl.a. at argumentere for kvalitativ evidens (Tewes 2006). Chefsygeplejerske Anne-Mette Nielsen taler for supersygeplejersker

eller kliniske sygeplejespecialister, koordinatore og kliniske eksperter, dygtige og erfarne sygeplejersker som får mulighed for at udvikle plejen via tid, kompetence og uddannelsesmuligheder samtidig med det daglige arbejde i afdelingen (Björnsson & Nielsen 1992).

De beskrevne roller er i overensstemmelse med de funktioner, som Congress for Nursing Practice, American Nurses Association i 1980 beskriver som værende de kliniske sygeplejespecialisters funktioner i USA (American Nurses Association 1980). Dette stemmer også overens med den internationale litteratur, hvor de kliniske sygeplejespecialister varetager fire roller i deres jobfunktion – at deltage i den direkte patientpleje, at fungere som konsulent, at være underviser og at forske (Flaherty 1993; Hamric & Spross 1989; Prichard et al. 1994; Sparacino 1993; Sparacino 2005). Grundlaget for hendes eksistens er, at hun kan demonstrere en positiv virkning på patientplejen samtidig med en reduktion af omkostningerne i sundhedsvæsenet (Sparacino 2005). I 1998 publicerer NACNS (1998) en guide, der identificer tre sfærer for indflydelse for mere tydeligt at definere den kliniske sygeplejespecialists roller i klinisk praksis. Sfærene inkluderer patienter, klienter eller klientgrupper, sygeplejepersonale og organisationen. Den kliniske sygeplejespecialists kompetencer er lederevner, professionelle egenskaber, samarbejdsevner og konsultationsevner. Kompetencerne er fundamentale indenfor hver enkelt sfære (Rose, All, & Gresham 2002).

Forskning i, hvad kliniske sygeplejespecialister mener de foretager sig bekræfter, at de er erfarne praktikere som stræber efter at være i positioner, hvor patientplejen påvirkes og de udnytter deres ekspertviden, erfaring og kliniske lederevner i et multidisciplinært miljø (McFadden & Miller 1994). Ovenstående påvirkes dog negativt af mangel på støtte, isolation, konflikter, udbrændthed og ubemyndigelse (Ibid.). En undersøgelse af de kliniske oversygeplejerskers arbejdsfelt tyder dog på, at hovedvægten af deres tid bruges på vejledning, udvikling eller undervisning i relation til det uddannede personale men ikke i klinisk praksis. De mener selv, at de fremmer og påvirker kvalitet og udvikling i plejen (Darmer 1995). Den kliniske oversygeplejerskes eksistensberettigelse er praksisforskningen, men undersøgelsen tyder på, at der anvendes for lidt tid på det (Ibid.). Andre mener, at den kliniske sygeplejespecialist er karakteriseret ved at være knyttet til et klinisk område med omfattende kendskab, således at hun kan udøve ekspert sygepleje direkte til patienten, undervise og vejlede om sygepleje på ekspertniveau og forske i sygepleje (Christensen & Harder 2007). Agnete Lorentsen anser sig selv som klinisk sygeplejespecialist og giver et praksiseksempel på, at ændringer i praksis sker meget hurtigere hvis praksis synliggøres af den kliniske sygeplejespecialist (Lorentsen 1987). Et lignende eksempel beskrives af Luke og Reipurth (Luke

& Reipurth 1988) om stomisygeplejersken. Flere forfattere beskæftiger sig med deres eget virke i dagligdagen, hvor de mener, de gør en forskel (Christoffersen 1988;Dollerup 1982;Holst 1994;Møldrup & Bidstrup 1992;Munck 1988), eller mere specifikt i forhold til deres specialer (Hemstrup-Hansen 1981;Muus 1990;Nyholm 1980;Winsløw 1981). Holst (1994) er inde på at den medicinsk-teknologiske udvikling nødvendiggør nye stillingstyper. Dette stemmer overens med, at de kliniske sygeplejespecialister, som kommer frem i 1938, kan tilskrive deres oprindelse en stor eskalering i viden i forhold til specialisering, ny teknologi og som et svar på samfundets behov (Sparacino 2005;Sparacino, Cooper, & Minarik 1990b). Sygeplejerskerne i USA ønsker desuden selvstændighed, hvilket de kliniske sygeplejespecialister kan bidrage med (Hamric & Spross 1989). Samtidig gør en stor vækst i medicinsk teknologi og mangel på læger, at der i 1960'erne hurtigt bliver udarbejdet programmer til videreuddannelse af kliniske sygeplejespecialister i de forskellige kliniske områder, således at de kan påtage sig de mange tekniske procedurer som lægerne ellers udfører (Sparacino 2005).

Kruckow (2005) ser udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker som nøglepersoner i den faglige udvikling og forskning for at nå sundhedsvæsenets visioner og mål. De skal sikre, at sygeplejerskerne har nødvendig viden og handlekompetence, udvikle bedre patientforløb, være på forkant med den kliniske forskning, implementere forskningsviden i den kliniske praksis, sikre at pleje og behandling sker efter veldokumenterede og evidensbaserede retningslinjer, udfordre fagets grænser. Marianne Tewes mener, at den kliniske sygeplejespecialist har ansvaret for at sikre en høj faglig kvalitet i sygeplejen. De skal undersøge praksis, indhente kvalitativ og kvantitativ evidens og omsætte den i praksis (Tewes 2006).

2.2.3 Uddannelsesmæssige kvalifikationer

Retter vi blikket mod USA har kliniske specialistsygeplejersker rødder tilbage til starten af 1900-tallet beskrevet bl.a. af Peplau (2003) og Reiter (1966), der var med til at grundlægge den moderne uddannelse for "Clinical Nurse Specialists" i 1960'erne (Hamric, Spross, & Hanson 2005). Reiter (1966) anvender som den første titlen "nurse-clinician" om sygeplejersker, der har avanceret viden om sygepleje og kliniske kompetencer til at yde høj sygeplejekvalitet. Reiter tror ikke, at masteruddannelse alene er tilstrækkelig til at blive en til "nur-

se-clinican”. Det skal kombineres med klinisk praksis, idet hun ser ”nurse-clinicians” som værende højt kvalificerede inden for alle dimensioner af sygepleje:

“She is able to provide basic and technical care based on perceptive understanding of the patient’s psychobiologic needs. Additionally she brings to patient care a high degree of discriminative judgment in assessing nursing problems, in determining priorities of care, and in identifying the nursing measures necessary to achieve both immediate therapeutic objectives and long-term rehabilitative goals” (Reiter 1966: 278)

Ovenstående citat fortæller at ”the nurse-clinician” må tage aktivt del i den direkte sygepleje for kunne udnytte sin kompetence, planlægge og prioritere indsatsen af sygepleje, hvor patientens behov er i centrum, samt evaluere hvilke instruktioner og supervision personalet har brug for. Reiter mener, at for kunne lære dette er organiserede uddannelsesprogrammer, som masteruddannelse, en effektiv metode. Hildegard Peplau udarbejder i 1954 det første masterprogram for uddannelse af psykiatriske kliniske sygeplejespecialister. Hovedårsagen er, at de psykiatriske sygeplejersker udfører mange ”udenomsfunktioner” og vejleder hjælpere, som har mindre uddannelse i at pleje patienterne. De varetager sjældent selv plejen og de kliniske sygeplejespecialisters opgave er, at få sygeplejerskerne tilbage til den direkte patientpleje (Peplau 2003). Masterprogrammet er banebrydende og skaber mulighed for, at sygeplejersker kan få en videreuddannelse i klinisk sygepleje (Hamric & Spross 1989; Sparacino 2005; Sparacino, Cooper, & Minarik 1990b). Der har tidligere kun været mulighed for videreuddannelse indenfor ledelse, undervisning og supervision (Peplau 2003).

Hvordan ser situationen ud i dansk optik?

Dansk Sygepleje Selskab ønsker af hensyn til sygeplejeforskning og kvalitetsudvikling i klinisk praksis, at alle afdelinger har en udviklingssygeplejerske med kandidat- eller masteruddannelse, men at det ikke er opnåeligt inden for en kortere årrække (DASYS 2004). I artiklen ”Klinisk oversygeplejerske” (Wintlev-Jensen et al. 1993) skriver forfatterne, at stillingen er skabt til sygeplejersker med kandidatuddannelsen i sygepleje, fordi der lægges vægt på udvikling af den kliniske sygeplejepsaksis. At grunduddannelsen generelt ikke længere er tilstrækkelig og at uddannelsesniveaet bør være på kandidatniveau er en række forfattere enige i (Luke & Reipurth 1988; Møldrup & Bidstrup 1992; Munck 1988; Wintlev-Jensen et al. 1993).

Den kliniske sygeplejespecialist internationalt har mindst en mastergrad og er ekspert i et udvalgt område af den kliniske praksis, og i 1990 havde 98 pct. af alle amerikanske kliniske sygeplejespecialister en mastergrad (Sparacino 2005; Sparacino, Cooper, & Minarik 1990a). Til sammenligning kan det nævnes, at der i 1995 ikke fandtes kliniske oversygeplejersker i Danmark, som havde fuldført en kandidateksamen (Darmer 1995). Sundhedsstyrelsen efterlyser også sygeplejersker med kandidatuddannelsen i klinisk praksis, da de mener, at der er et stort behov (Herold 1995). Spørgsmålet er dog, om en forøgelse af udviklingssygeplejerskens teoretisk-videnskabelige baggrund, vil være med til at forbedre den kliniske praksis uden en kobling til den direkte patientpleje? Centerchefsygeplejerske Marianne Tewes mener, at de kliniske sygeplejespecialister både skal have en akademisk videreuddannelse og specialekendskab, således at de kan fungere som synlige rollemodeller for den praksis, som skal udvikles (Tewes 2006; Tewes 2007). Kruckow (2005) mener, at det er et krav, at udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker minimum er på kandidat- eller masterniveau til implementering af kliniske forskningsresultater i den kliniske praksis. Hun nævner samtidig, at den kliniske sygeplejespecialist skal være uddannet på højt niveau, dog uden at tydeliggøre om der er en differentiering i forhold til udviklingssygeplejersken eller den kliniske oversygeplejerske. Tilsyneladende skal den kliniske sygeplejespecialist have et indgående specialekendskab, hvorimod udviklingssygeplejersken og den kliniske oversygeplejerske må vælge, om de er proces- og metodekonsulenter eller om de fungerer som kliniske sygeplejespecialister (Kruckow 2005). Det fremstår dog ikke tydeligt, hvad Kruckow mener, hvilket indikerer, at Dansk Sygeplejeråd synes uklare med, hvad de mener og ønsker. Skyldes denne uklarhed, at Dansk Sygeplejeråd ikke har ordentligt belæg for hvad disse stillinger kan og skal? Eller er det stadig strategisk tænkning i forhold til, hvad DSR kan få politisk opbakning til?

I 1995 godkender Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse et strategioplæg for specialisering inden for sygeplejen. På dette seminar deltager, udover Dansk Sygeplejeråds Hovedbestyrelse og Sundhedsstyrelsen, vægtige aktører fra sygeplejen såsom chefsygeplejersker, ledere fra primær sektor, repræsentanter fra alle faglige sammenslutninger, uddannelseskyndige fra amterne, repræsentanter fra sygeplejeskolerne og videreuddannelsesinstitutioner. Her defineres klinisk sygeplejespecialist, som: "Generalistuddannelse samt mindst cand.cur. og beskæftigelse med særlige områder af den kliniske sygepleje" (Herold 1995: 42). På samme seminar problematiserer Chefsygeplejerske Mette Fink, at der mangler markante udmeldinger om, hvor vi ønsker at gå hen. Flere debattører anfører, at det er på tide, at der kommer

tiltag til at styre udviklingen, som bliver betegnet som anarki (Ibid.). Dansk Sygeplejeråd håber på, at der kan skabes en model for en overordnet udvikling, hvor de specialuddannede sygeplejersker indordnes i en rangorden inden for sygeplejen. Nye specialuddannelser må tage udgangspunkt i såvel samfundets som professionens behov. Uddannelse af kliniske sygeplejespecialister samt etablering af specialuddannelser må ses i sammenhæng med de samlede post-basic uddannelser samt forskning og udvikling inden for området (Dansk Sygeplejeråd 1995).

Spørgsmålet er blot, om ikke professionen i dag har et akut behov for at se hvilken forskning og udvikling, der foreligger inden for området?

2.2.4 Organisatorisk indplacering

Aase Dollerup (1982) mener, at den kliniske sygeplejespecialist skal være frigjort for administrative pligter og beføjelser, hvad angår personaleledelse eller afdelingsadministration, og være en stabsfunktion til ledelsen, samtidig med at hun skal fungere indenfor et afgrænset område i den kliniske praksis. Dette synspunkt deles af flere forfattere (Christensen & Harder 2007; Luke & Reipurth 1988; Wintlev-Jensen et al. 1993). Marianne Tewes mener, at de bedst uddannede skal ansættes i klinisk praksis, hvor patienterne er. Hun har ansat kliniske sygeplejespecialister i klinisk praksis, hvor målet er mindst en klinisk sygeplejespecialist i hver afdelingssygeplejerskes område (Tewes 2006; Tewes 2007). Desuden nævner flere, at kliniske sygeplejespecialister skal forstås som enkeltpersoner, der bliver ansat ude i praktiken for eksempel i kliniske oversygeplejerskestillinger. De skal være ansat på et højere niveau end specialuddannede sygeplejersker (Herold 1995). I Danmark ses en tendens til opsplitning af de hidtidige ledelsesfunktioner med udviklingen af nye funktioner som eksempelvis udviklingssygeplejerske, klinisk oversygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist (Elgaard Sørensen 2006). Typisk ansættes sygeplejersker med disse funktioner i en stabsfunktion til afdelingsledelsen, og arbejder som støtte for over- og afdelingssygeplejersker med udvikling af den kliniske sygepleje i afdelingen (Holst 1994; Kusk 1995; Lorentsen 1987). Spørgsmålet er, om den organisatoriske indplacering har betydning for, hvilke funktioner der udøves?

I Norge er lignende stillinger også placeret i stabsfunktion til oversygeplejersken som faglig rådgiver, hvorfra hun kan deltage aktivt med spørgsmål og debat i fora, hvor afdelingernes sygeplejepraksis evalueres. Desuden kan hun ud fra denne position også bidrage til plan-

lægning af fremtidige sygeplejetilbud og understøttelse af ændringsprocesser (Daeffler 1977; Mathisen et al. 1997). Det beskrives som vigtigt, at funktionen er nært knyttet til ledelsen, fordi integrationen af fag og drift derved bliver synliggjort.

Det at være i stabsfunktion har også sine negative sider. Undersøgelser tyder på, at den kliniske sygeplejespecialist ofte har et organisatorisk fokus snarere end et klinisk ekspertfokus (O'Malley, Cummings, & King 1996). Rollen er ofte struktureret således, at fokus er på at yde konsulent- og uddannelsesmæssig bistand til sygeplejersker. Derfor er den kliniske sygeplejespecialists betydning for patientplejen ofte indirekte og svær at kvantificere (Busch 1995; Keane, Richmond, & Kaiser 1994; Schaefer 1991; Wilson-Barnett & Beech 1994; Wojner & Kite-Powell 1997). Woodrow og Bell erfarer, at kontakten mellem den kliniske sygeplejespecialist og sygeplejerskerne i afdelingen er for kortvarig til at etablere et tillidsforhold (Woodrow & Bell 1971). Desuden er der for mange patienter spredt i sygehuset til at den kliniske sygeplejespecialist kan tilbyde dem effektiv hjælp (ibid.). Smith hævder, at den kliniske sygeplejespecialist og sygeplejestaben har forskellige målsætninger, derfor bør den kliniske sygeplejespecialist arbejde med sygeplejerskernes faglige udvikling før hun kan fungere effektivt (Smith 1971). Edwards og Fagin foreslår, at den kliniske sygeplejespecialist går ind i en linjefunktion som oversygeplejerske for at få autoritet til at gennemføre forbedringer i patientplejen (Edwards 1971; Fagin 1967).

3.0 Specialets fokus og problemformulering

Samlet set giver dette sammensurium af stillingsbetegnelser samt den manglende debat om den kliniske sygeplejespecialists effekt for klinisk praksis indtrykket af, at der i Danmark mangler viden om, hvordan den kliniske sygeplejespecialist skal bruge sine evner og viden for at påvirke og forbedre klinisk praksis. Derved bliver det relevant at undersøge i hvilket omfang vi i Danmark kan drage nytte af den forskningslitteratur, der findes.

I modsætning til Danmark er den kliniske sygeplejespecialists funktion, uddannelsesmæssige kvalifikationer, organisatoriske indplacering og typiske arbejdsopgaver beskrevet og udforsket i USA siden ca. 1960, hvor der er en lang tradition for at ansætte i sådanne stillinger. Titlen er hentet fra USA, hvor man forudsætter at udøveren har en mastergrad⁵ inden for et specialeområde. Idet udviklingen af kliniske sygeplejespecialister internationalt de sidste

⁵ En mastergrad i Amerika svarer til en kandidatgrad i Danmark

tyve år er blevet mere tydelig, vil et internationalt perspektiv søges for nærmere at få belyst deres interventioner og rollers betydning for klinisk praksis. Givet at vi skal have kliniske sygeplejespecialister i Danmark og vil bruge den amerikanske titel, må vi også have samme indhold i Danmark.

Dog har kliniske sygeplejespecialister vanskeligt ved at fremlægge kvantitativ dokumentation for deres betydning på patientplejen, hvorimod kvalitativ forskning bliver publiceret i stadig større grad (Sparacino 1995a; Sparacino 1995b). En tydeliggørelse af den kliniske sygeplejespecialists rolle og intervention er nødvendig for at det bliver klart, hvad den direkte eller indirekte sammenhæng er mellem interventionen og outcome. Studier har vist, at det er vanskeligt at validere effektiviteten og betydningen af den kliniske sygeplejespecialist rolle, grundet mangel på målelige outcome til at påvise den kliniske sygeplejespecialists påvirkninger af patientplejen (Fenton & Brykczynski 1993; Naylor & Brooten 1993). Det er et dilemma, at det kan være svært i teoretisk solide og pålidelige studier, at måle effekten af den kliniske sygeplejespecialists interventioner i plejen på kvalitative områder bl.a. patienters tilfredshed, reduktion af angst og usikkerhed ved sygdom (Douglas et al. 2003).

Med uddybende beskrivelser af hvordan og hvorfor den kliniske sygeplejespecialist har betydning for klinisk praksis, forventes undersøgelsen at kunne bidrage til en øget viden og forståelse for, hvorledes klinisk praksis forbedres og kan medvirke til at få sat debatten i Danmark i gang om, hvor og hvordan kliniske sygeplejespecialister skal bruge deres evner og viden til gavn for patienter, pårørende og sygeplejerskeprofessionen. Som sådan vil undersøgelsens fund være anvendelige, når arbejdsgivere, politikere, Dansk Sygeplejeråd og andre vægtige aktører i sundhedsvæsenet fremover diskuterer, vurderer og ændrer eksisterende stillingsbetegnelser, med henblik på at indføre en national kompetenceprofil for den kliniske sygeplejespecialist.

På den baggrund finder jeg det vigtigt at undersøge kliniske sygeplejespecialisters roller og interventioners betydning for klinisk praksis i forskningslitteratur, idet min antagelse er, at kliniske sygeplejespecialister har stor betydning for forbedring af klinisk praksis.

Med afsæt i disse indledende overvejelser skal formålet være at tilvejebringe ny viden om, hvilken betydning den kliniske sygeplejespecialist rolle og interventioner har for forbedring af klinisk praksis med henblik på at kvalificere den danske debat om kliniske sygeplejespecialister.

3.1 Problemformulering

Hvilken betydning har den *kliniske sygeplejespecialist roller og interventioner* i den *kliniske praksis* vurderet ud fra tilgængelig forskningslitteratur – gør hun en forskel?

3.1.1 Definition af nøglebegreber

Klinisk sygeplejespecialist: ”A Clinical Nurse Specialist is prepared at the master’s or doctorate level as a clinical nurse specialist and is an expert clinician in a specialized area of nursing practice. The specialty may be a population, a setting, a disease or medical subspecialty, a type of care or a type of problem” (National Association of Clinical Nurse Specialists 2004). Baggrunden for at jeg har valgt denne definition er, at der ikke findes en eksisterende uddannelse i Danmark hvor den kliniske sygeplejespecialist formelt er defineret, og definitionen er derfor fremkommet på grundlag af den amerikanske uddannelse, som tilvejebringer en anvendelig ramme for at udforske den kliniske sygeplejespecialist.

Klinisk praksis: I forhold til problemformuleringen understreger begrebet, at der er tale om et direkte møde eller kontakt mellem menneske/patient/klient/bruger og sygeplejerske, og derved afgrænses sigtet med problemformuleringen.

Roller: I forhold til kliniske sygeplejespecialister i problemformuleringen menes de kendte roller: clinical expert, consultant, educator and researcher (Flaherty 1993;Hamric & Spross 1989;Prichard, Norville, Oakes, Gattuso, & Howard 1994;Sparacino 1993;Sparacino 2005), fordi det også er disse roller, som i indledningen antages, at kunne udvikle og forbedre klinisk praksis. Samtidig er det vigtigt med en klar afgrænsning af rollerne, fordi det vil give en mere præcis søgning og sortering i litteraturreviewet.

Interventioner: I forhold til kliniske sygeplejespecialister i problemformuleringen betyder interventioner: ”Nurse-initiated activities designed to effect change in etiologies, or causative factors that are contributing to actual or potential symptoms or functional problems, and thereby alter the illness or promote wellness (National Association of Clinical Nurse Specialists 2004:64). I forhold til problemformuleringen er det relevant, fordi det derved indskærpes, at det er sygeplejeforanstaltninger, der kan ændre sygdomme eller fremme velvære og derved gøre en forskel på aktuelle og potentielle symptomer eller funktionelle problemer.

Følgende spørgsmål skal besvares for at undersøge problemformuleringen:

Hvilke interventioner iværksætter den kliniske sygeplejespecialist af betydning for klinisk praksis?

Hvorledes anvender den kliniske sygeplejespecialist sine roller til at gøre en forskel i klinisk praksis?

Hvilken troværdighed er der for at den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner forbedrer og udvikler klinisk praksis?

Søgeord vil være sygepleje, klinisk sygeplejespecialist, interventioner, roller og klinisk praksis.

4.0 Metode og materialevalg

Problemformuleringens spørgsmål er grundlæggende relateret til at undersøge hvilket belæg der kan findes for, hvilken forskel den kliniske sygeplejespecialists interventioner og roller gør i klinisk praksis. Der er tilsyneladende behov for ajourført viden til at afdække den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioners betydning i den kliniske praksis med henblik på at skabe et solidt grundlag for kliniske og ledelsesmæssige beslutninger, og hermed er det relevant at opsummere og indikere troværdigheden af den eksisterende viden på området. Metoden er derfor et litteraturreview med efterfølgende tekstanalyse, idet det giver et overblik over forskningsaktiviteten på området (Polit & Beck 2006: 133). Litteraturreviewet udmærker sig ved, ufortolket at afdække eksisterende viden, og ved samtidig at indikere troværdigheden, er det muligt at identificere behovet for videre forskning (Polit & Beck 2004). Et litteraturreview defineres som: "... a written summary of the state of existing knowledge on a research problem"(Polit & Beck 2004: 111). Metoden kan dermed besvare problemformuleringen ved at opsummere fundene, og indikere hvor troværdige de er (Ibid.).

Den vigtigste type af information i et litteraturreview er fund fra empiriske studier, også kaldet primærkilder (Ibid.). Litteraturreviewet tager derfor afsæt i empiriske forskningsartikler

Herefter beskrives litteratursøgningen omfattende, idet denne er et bærende element i et litteraturreview, og derfor beskrives søgestrategien, inklusions- og eksklusionskriterier, søgebaser, søgekombinationer og det samlede resultat af litteratursøgningen udførligt.

På baggrund af en systematisk litteratursøgning i forskningstidsskrifter via PubMed, CINAHL og Web of Science beskrives den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner i den kliniske praksis.

Herefter undersøges betydningen af den kliniske sygeplejespecialist roller og interventioner i den kliniske praksis via analysefundene, hvilket ligeledes vægtes, idet resultatet af anvendelsen af metoden synliggøres. Fundene præsenteres ud fra de tre hovedspørgsmål: (1) hvilke interventioner iværksætter den kliniske sygeplejespecialist af betydning for klinisk praksis?; (2) Hvorledes anvender den kliniske sygeplejespecialist sine roller til at gøre en forskel i klinisk praksis? og (3) Hvilken troværdighed er der for at den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner forbedrer og udvikler klinisk praksis?

Derved opsummeres fundene, og derfor udarbejdes denne præsentation, som beskrives i analysefundene.

Endvidere skal troværdigheden af fundene indikeres, idet de fleste studier har begrænsninger, der kan have betydning for fundenes validitet (Ibid.). Derfor er der foretaget en kritisk vurdering af artiklerne, hvilket indebærer forskerens begrebsmæssige og metodologiske beslutninger (Ibid.). Der findes ingen absolutte kriterier for at vurdere kvaliteten af kvalitative studier (Popay et al. 1998). Derfor er der stillet nedenstående spørgsmål til de artikler, der fremkommer som resultatet af litteratursøgningen. Spørgsmålene er en guide til at kunne vurdere troværdigheden af fundene, og anvendes samtidig til at kunne analysere fundene. Spørgsmålene er udarbejdet på grundlag af Polit og Beck' s guide til kritisk vurdering af kvalitative studier (Polit & Beck 2006: 450ff) og anvendes i det nødvendige omfang for at imødekomme ovenstående.

1. Hvad er artiklens formål?
2. Hvilken metode og design anvendes i artiklen?
3. Hvem er informanterne? Hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?

4. Hvad er artiklens setting?
5. Begrebsmæssig/teoretisk opfattelse?
6. Hvilken metode anvendes til dataanalysen?
7. Hvad er artiklens fund?
8. Samlet kritisk vurdering af artiklen

Dokumentation af ovenstående fremgangsmåde fremgår af Tabel 1 og 2 s. 36-40.

Problemformuleringen er styrende for læsningen af kilderne og disponering af specialet.

I tekstanalysen findes frem til de meningsbærende enheder i de enkelte tekster i forhold til de fire roller som ramme. Derefter tages udsagnene ud af konteksten, og sættes sammen til en ny helhed (Kjeldstadli & Bryld 2001). Udgangspunktet for tolkningen vil være, at teksterne altid er skrevet i en bestemt kontekst, af en ophavsmand og i en vis sammenhæng (Ibid.:192). Det er nødvendigt, at jeg forholder mig kritisk reflekterende til litteraturen og egen klinisk praksis, for ikke at blive begrænset af egen forforståelse af begrebet klinisk sygeplejespecialist. Tekstanalysen efterfølges af en diskussion, hvor fundene diskuteres op imod problemformuleringen ved at anvende Christensens (1980) krav til den kliniske sygeplejespecialist (s. 12) som ramme. Herunder inddrages anden relevant litteratur med henblik på at styrke diskussionens argumenter.

Specialet afsluttes med en konklusion samt en perspektivering omhandlende behovet for forskning på området.

5.0 Søgeprotokol

I det følgende vil litteratursøgningen udførligt blive beskrevet, da denne er et bærende element i et litteraturreview, og derfor beskrives søgestrategien, inklusions- og eksklusionskriterier, søgebaser, søgekombinationer og det samlede resultat af litteratursøgningen.

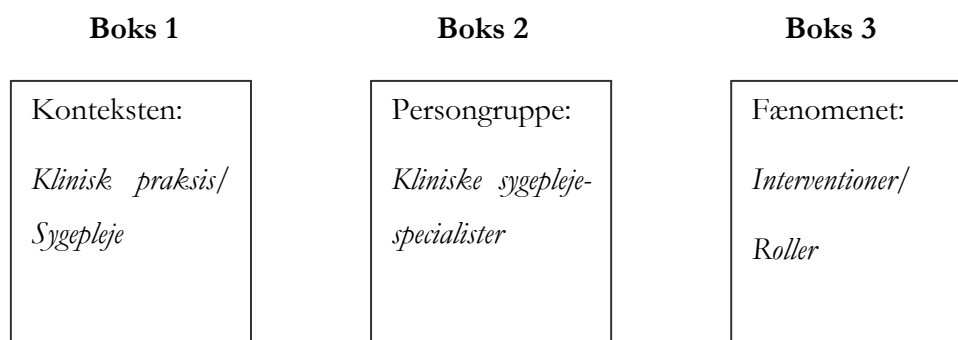
5.1 Søgestrategi

Søgestrategien består i at kombinere en systematisk bloksøgning med en usystematisk kædesøgning. Endvidere anvendes de booleske operatorer AND, der indsnævrer søgningen og OR, der udvider søgningen (Stoltz et al. 2007: 82).

I søgestrategien beskrives kriterier for inkludering og ekskludering fordi det fokuserer litteratursøgningen på en håndterlig mængde relevante artikler og undersøgelser, der egner sig til kritisk vurdering (Ibid.:87).

Den systematiske bloksøgning:

For at kunne foretage en systematisk søgning vil følgende forudsætninger være opfyldte: 1. emnet er defineret. 2. der er formuleret en søgeprofil og en søgestrategi herunder emneord, inklusionskriterier og eksklusionskriterier. Den systematiske bloksøgning anvender jeg, fordi den retter søgningen specifikt mod problemformuleringen (Bjerrum 2005: 37). De centrale termer i boksene nedenfor oversætter jeg ved hjælp af kontrollerede emneord, også kaldet MeSH-termer. For at kunne foretage en emneordssøgning anvender jeg databasernes thesaurusredskab til at præcisere søgetermerne, da det skaber overblik over ordenes kategorisering i databaserne og frasorterer ligeledes uønskede referencer (Stoltz et al. 2007:69). Såfremt det ikke er muligt anvendes funktionen fritekst, som kan siges at være modstykket til MeSH-termer. Derved øges sensitiviteten, men samtidig øges ”støjen” i søgningen (Ibid.:85). Idet databaserne har forskellige måder at indekser de kontrollerede emneord på, vil termerne i boksene blive forskellige (Buus et al. 2008), hvilket fremgår i beskrivelsen af søgekombinationerne. Søgeordene kombineres med OR indenfor boksen, og boksene kombineres med AND i forskellige kombinationer.



Den usystematiske kædesøgning:

Kædesøgning består i, at man finder egnet litteratur ved at den ene tekst fører til den næste som fører til den næste osv. (Rienecker & Jørgensen 2005: 209). Derved får man en kæde af henvisninger på relevant litteratur i forhold til problemformuleringen. Denne søgeform

er meget givtig, idet man med udgangspunkt i relevante artikler kan finde nye artikler. Søgeformen består af fire metoder;

Funktionen ”related articles” eller lignende (benævnelse afhænger af databasen) bruges til at indfange artikler der omhandler nærliggende eller samme problemstilling.

1. Der undersøges hvilke kontrollerede emneord de relevante artikler er indekseret under, for herefter at bygge disse begreber ind i bloksøgningen.
2. Artiklernes referencelister gennemgås, herved opnås at finde ældre artikler.
3. Databasen ”Web of Science” anvendes, herved opnås at finde nye artikler.

5.2 Inklusionskriterier

Der ønskes kun artikler på dansk, norsk, svensk, tysk eller engelsk, ud fra en nøgtern betragtning, at det er de sprog jeg behersker. Der findes sandsynligvis nationale forskningstidsskrifter på andre store sprog udover engelsk, men det antages, at hvis forskere vil ud i verden og præsentere deres studier og få anerkendelse, skrives der på engelsk, da det anvendes som videnskabeligt sprog. Det er ikke et spørgsmål om, hvilket sprog der tales af flest mennesker, men derimod hvad der er konsensus om som videnskabeligt sprog.

Der inkluderes kun videnskabelige artikler, fordi jeg ønsker at inddrage den forskningsbaserede viden. Begrundelsen herfor er det vigtige kriterium om en høj kvalitet af artiklerne i litteraturreviewet (Polit & Beck 2004: 88ff).

Relevans er ligeledes et vigtigt kriterium (Ibid.), derfor ønskes udelukkende at indhente artikler omhandlende kliniske sygeplejespecialisters roller og interventioner i klinisk praksis. Den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner skal tydeligt være beskrevet i studierne.

5.3 Eksklusionskriterier

Artikler der udgør anekdoter, synspunkter, kliniske beskrivelser og andre ikke forskningsbaserede artikler ekskluderes, idet de er uvidenskabelige og ikke giver svar på den eksisterende viden på forskningsområdet. Dette imødekommer kravet om udelukkende at medtage primærkilder (Ibid.).

5.4 Søgebaser

Litteratursøgningen foretages i tre videnskabelige databaser, der følgende præsenteres og anvendelsen heraf begrundes.

CINAHL: Databasen er i høj grad rettet mod sygeplejevidenskabelige artikler, idet 65 % af de indekserede tidsskrifter omhandler sygepleje, og dermed betegnes som en vigtig database for sygeplejersker (Polit & Beck 2004: 93; Stoltz et al. 2007) som er dette speciales omdrejningspunkt, hvilket begrundes anvendelsen af denne database.

PubMed: Er en omfangsrig database udviklet af 'National Library of Medicine', der indeholder mere end 11 millioner artikler fra bl.a. medicin og sygepleje. PubMed er valgt fordi den har ca. 95 % af den medicinske litteratur, samt ca. 200 sygeplejetidsskrifter (Polit & Beck 2004: 94), og dens omfang og indhold bevirker, at mulige relevante artikler kan indhentes.

Web of Science: Denne database muliggør citationssøgning, hvilket betyder, at man med udgangspunkt i relevante artikler, kan finde helt nye, der har citeret den givne artikel. Databasen anvendes, idet den udmærker sig ved muligheden for at finde nyudgivne artikler (Stoltz et al. 2007).

5.5 Søgekombinationer

I dette afsnit beskrives oversættelsen af søgeordene, søgekombinationerne samt antallet af fundne artikler i databaserne (Web of Science fremgår ikke tydeligt idet den, som tidligere beskrevet, fremgår af den usystematiske kædesøgning).

Søgningen er indledningsvis foretaget uden boks 1, for herved at lave en bredere søgning, og hente inspiration til søgeord. Herefter er der afgrænset til udelukkende at medtage artikler, der omhandler kliniske sygeplejespecialisters roller og interventioner i klinisk praksis, hvorfor boks 1 indgår i samtlige kombinationer, for at indfange konteksten (klinisk praksis). Resultatet af søgekombinationerne synliggøres ved at beskrive antal hits, og de relevante artikler præsenteres med artiklens forfatter.

PubMed (søgehistorie, bilag 5)

Boks 1 – Klinisk praksis/sygepleje: Det er ikke muligt at finde et kontrolleret emneord for klinisk praksis, derfor laves en søgning med ”Clinical Practice” (fritekst). Ved søgningen fremkommer 416 artikler heraf 53 reviwed, ingen relevante. Det besluttes derefter at bruge termen "Nursing"[Mesh], som er den overordnede term som tesaurusen foreslår.

Boks 2 – Kliniske sygeplejespecialister: ”Nurse Clinicians”(Mesh).

Boks 3 – Interventioner/roller: "Nursing Process"[Mesh] / "Role"[Mesh]

Indledningsvis kombineres de 3 bokse med AND = 0 hits

For at gøre søgningen bredere kombineres boks 1 AND boks 2 = 0 hits

Boks 1 AND boks 3 = 1854 hits, for at indsnævre foretages samme søgning uden ”Clinical Practice”(fritekst) som ikke gav relevante hits = 149 hits

Resultat af kædesøgning: 3 nye relevante (McCreaddie 2001;Profetto-McGrath et al. 2007;Scott 1999)

CINAHL (søgehistorie, bilag 6)

Boks 1 – Klinisk praksis/sygepleje: (MH ”Nursing Practice”) or (nursing practice)

Boks 2 – Kliniske sygeplejespecialister: (MH ”Clinical Nurse Specialists”) or (clinical nurse specialist)

Boks 3 – Interventioner/roller: (MH ”Nursing Interventions”) or (nursing intervention) / (MH ”Nursing Role”) or (nursing role)

Indledningsvis kombineres de 3 bokse med AND, først interventioner = 22 hits. Heraf en relevant (Duhamel et al. 2003), derefter roller = 300 hits. Heraf to relevante (Bousfield 1997;Darmody 2005)

Herefter udvides søgning ved at kombinere boks 1 AND boks 2 = 623 hits, 0 relevante.

Boks 1 AND boks 3 = 2740 hits. Denne søgning er for upræcis, og dermed gennemgås artiklerne ikke.

Resultat af kædesøgning: 3 relevante (Austin, Luker, & Roland 2006;Martin 1999;Schaefer 1991)

5.6 Samlet resultat af søgningen

Litteratursøgningen resulterede i ni artikler, hvoraf en omhandler CNS⁶ interventioner og otte omhandler CNS's roller. Årsagen til at søgningerne ikke falder ens ud kan være de modificerede søgetermer, forskellige kombinationer af søgetermer samt hvilke tidsskrifter, der er repræsenteret i databaserne. En samlet oversigt over de fundne studier kan ses af Tabel 1 og 2 s. 36-40.

Den systematiske litteratursøgning viser, at det er vanskeligt at finde empiriske studier, der beskæftiger sig med den kliniske sygeplejespecialists interventioners betydning for klinisk praksis. Det er øjensynligt et uudforsket felt.

6.0 Resultater

Afsnittet beskriver analysefundene ud fra de tre hovedspørgsmål: (1) Hvilke interventioner iværksætter den kliniske sygeplejespecialist af betydning for klinisk praksis?; (2) Hvorledes anvender den kliniske sygeplejespecialist sine roller til at gøre en forskel i klinisk praksis?; og (3) Troværdighed af fundene

6.1 Interventioner som den kliniske sygeplejespecialist iværksætter af betydning for klinisk praksis

Duhamel et al. (2007) finder, at familiesygeplejeinterventionerne har betydning for patienter og pårørende i klinisk praksis ved at lindre lidelse gennem sygeplejemøder, som tillader alle par at få en bedre forståelse af hinandens oplevelser af sygdommen.

Lidelsen bliver lindret gennem øget viden om sygdommen og behandling, som giver en følelse af sikkerhed samt trøst. Interventionen tillader alle par at lære mere om sygdommen samt hinandens sygdomsopfattelse. At få mere viden om sygdommen samt hvordan man skal leve med den betyder, at de indser, hvor skrøbelige deres helbred er blevet. At vide mere om sygdommen øger også patienternes compliance med behandlingen og giver mere selvtillid i at mestre sygdommen. CNS giver patienterne opmuntring ved at lægge mærke til deres forsøg på at hjælpe sig selv, når de føler sig nede eller modløse. Både CNS og patient-

⁶ CNS er den anerkendte forkortelse for Clinical Nurse Specialist og vil i analyse og diskussionsafsnittet blive anvendt (National Association of Clinical Nurse Specialists 2004).

ter beskriver, at interventioner baseret på systematisk undervisning og forstærkning af positive forandringer i deres sundhedsopførsel gør, at deres behov for at se en læge nedsættes. En bedre forståelse af patient og ægtefælles oplevelser og nye perspektiver på hinandens opførsel er også relateret til interventionen. Positiv reformulering bliver brugt som intervention af CNS ved f.eks. at ændre opfattelsen af en hustrus opførsel som overbeskyttende og ”hakkende” til, at være beskyttende og omsorgsfuld med det resultat, at kommunikationen mellem patient og hustru forbedres. De bliver bedre til at lytte til hinanden, og hustruene får bedre mulighed for at give råd uden at blive opfattet som generende.

Interventionerne foranlediger patienternes hustruer til at ændre deres opførsel i forhold til deres mænd og derved forbedre deres reaktioner på behandling. Ved at have større tillid til deres mands evne til at mestre deres sygdom, falder deres bekymring og de får større forståelse samt ytrer deres forslag i en mere støttende tone.

Møderne med CNS betyder, at alle par kan udveksle syn på sygdommen og tydeliggøre deres oplevelser. Desuden betyder det, at patient og CNS anerkender hustruernes oplevede lidelse, en lidelse der ofte bliver ignoreret eller forbliver ubemærket i det normale plejesystem. Alle par anerkender de positive ændringer og at de, udover sygdomsforståelsen, påvirker og trænger igennem andre aspekter af deres liv.

Forfatterne påpeger at resultaterne har potentialet til at forbedre familiesygeplejeinterventioner og forstærke CNS's praksis (Duhamel et al. 2007)

6.2 Anvendelsen af den kliniske sygeplejespecialists roller til at gøre en forskel i klinisk praksis

I det følgende vil fundene fra studierne blive analyseret i forhold til de fire roller defineret i nøglebegreberne: ”clinical expert”, ”consultant”, ”educator” and ”researcher”.

6.2.1 Betydningen af rollen som ”Clinical expert”

Aktiviteter af betydning for klinisk praksis i rollen ”clinician expert” omfatter deltagelse i diagnosticering, behandling og evaluering af patienters tilbagemeldinger på aktuelle eller potentielle sundhedsproblemer. Desuden varetagelse af plejen til patienter, hvor der er brug for ekspertpleje eller ekspertviden, udføre direkte pleje til patienter og pårørende med komplekse problemstillinger, deltagelse i tværfaglige patientpleje-konferencer samt stuegang med læger og sygeplejersker. Derudover at fungere som ”case manager” og udføre

primær pleje, ordinere laboratorieprøver og diagnostiske procedurer, ordinere eller justere medicinering, udføre bed-side undervisning til sygeplejersker og introducere ny teknologi samt færdigheder i klinisk praksis (Scott 1999).

Kommunikation med patienten beskrives som den vigtigste rolle, og CNS's beskriver vigtigheden i at være et specifikt, genkendeligt individ som patienten kan identificere på emotionelle sårbare tidspunkter. CNS etablerer personlige relationer med patienten og identificeres som en person, der afsætter tid til patienten. CNS beskriver at patienterne opnår stor tilfredshed af dette specielle forhold. Forholdet muliggør også, at CNS kan møde patientens personlige og professionelle behov. CNS føler, at det personlige forhold signifikant styrker plejen til patienterne. Ovenstående demonstrerer gensidigheden i plejen mellem patient og CNS (McCreaddie 2001).

Darmody (2005) finder at CNS's aktiviteter og tidsforbrug indenfor praksisdomænet patient/client omfatter 30 %, heraf bliver mest tid anvendt til direkte patientpleje, undervisning af patienter, patientkonsultation og stuegange. CNS betydning for patienter og klienter viser sig tydeligst i den kliniske ekspertise, som CNS besidder. Dette omfatter aktiviteter i den fysiske og tekniske pleje f.eks. repositionering af patienter i specielle senge, monitorering af kritisk syge patienter med specielt udstyr under transport til anden afdeling. De fleste aktiviteter indenfor den direkte patientpleje involverer CNS bedside i samarbejde med andre sygeplejersker. Fokus er på at møde patientens behov og sikkerhed som nødvendiggør flere sygeplejersker til f.eks. repositionering og transport med højt specialiseret udstyr (Darmody 2005).

CNS deltager i patientplejen ved at støtte og assistere andre sygeplejersker i plejen af komplekse patienter og pårørende og derved forbedre kvaliteten af plejen direkte og indirekte. CNS varetager den direkte pleje for komplekse eller vanskelige patienter. Derved er de rollemodeller ved at udøve ekspertsygepleje og dele deres erfaringer med uerfarne sygeplejersker. CNS har også en evne til at se helheden, selvom de samtidig varetager den detaljerede pleje (Schaefer 1991; Martin 1999). Desuden sørger CNS for udvikling af klinisk praksis samt uddannelse på klinisk niveau (Martin 1999). CNS tager sig af plejepersonalet ligesom patienter og pårørende. Begrebet omsorg er den helt fundamentale psykologiske proces, CNS anvender i deres virke (Schaefer 1991). CNS er også aktive som praktikere i den direkte kliniske pleje. Patienter og personale oplever CNS som en praktiker, der er i stand til at tilbyde et højt niveau af ekspertise i relation til specifikke kliniske problemstillinger. Pati-

enter henviser også til den individualiserede, kontinuerlige og personlige natur af sygeplejen fra CNS. Dybden af specialistviden gør det muligt for CNS at tale med patienterne på en meningsfuld måde og betyder også, at de kan tale med patienter og personale uden at ty til den gængse jargon eller medicinsk fagsprog (Martin 1999).

CNS's arbejde er ofte fokuseret på et specifikt patientproblem eller en intervention. Ved at CNS ikke er bundet af hierarkiske grænser fra kliniske eller organisatoriske teams, har hun mulighed for at mobilisere ressourcer til patienter hurtigere og mere effektivt (Martin 1999). Som clinical expert anvender CNS evidens direkte i plejen til patienter, pårørende samt andre sygeplejersker ved ansigt til ansigt kontakt. De gør evidens mere tilgængelig for sygeplejersker ved at fungere som ressourcepersoner i afsnittene (Profetto-McGrath et al. 2007). Desuden sørger CNS for at relevant information til patienter gives i et relevant sprog, der er brugbart og forståeligt (Martin 1999).

Bousfield (1997) finder, at CNS er erfarne praktikere som stræber efter at være i positioner, hvor patientplejen påvirkes, og de anvender deres ekspertviden, erfaring og kliniske lederevner i et multidisciplinært miljø. Entusiasme for ledelse og viden er de personlige udtryk for, hvordan CNS forsøger at menneskeliggøre deres oplevede erfaringer til dem selv.

6.2.2 Betydningen af rollen som "Consultant"

Aktiviteter af betydning for klinisk praksis i rollen "consultant" omfatter at fungere som forandringsagent ved f.eks. at lede udviklingen og implementere procedurer og politikker, plejestandarder, protokoller. Desuden samarbejde med ledelsen for at identificere kliniske problemstillinger, facilitere professionel udvikling og vækst af sygeplejersker og deltage som ekspert i reviewgrupper. CNS sørger for en konsultation og informations service for hele afdelingen. CNS sikrer, at afdelingen fortsætter med fremskridt og inkorporerer gældende viden og tænkning indenfor specialet (Martin 1999). CNS er den førende drivkraft for udvikling i klinisk praksis, og lader til at være den primære drivkraft i forhold til at udvikle nye plejedydelser. CNS er altid den drivende kraft omkring ændringer, ofte ved at agere indpisker ved møder, hvor de har sat dagsordenen. CNS rolle er ofte sammenfaldende med egenskaber som entreprenør (Austin et al. 2006).

CNS sørger for tværfagligt samarbejde til gavn for patienten, hvilket betyder at hun fokuserer på at løse patienters problemer ved at støtte eller assistere andre i det tværfaglige team. CNS faciliterer problemløsning ved at sørge for nye og velorienterede perspektiver på pro-

blemerne til andre personalegrupper. CNS bliver anset som ekspert praktiker, som alle tværfaglige gruppemedlemmer bruger som konsulent. Konsulentrollen bliver udøvet ved at kombinere klinisk troværdighed med specialistviden (Martin 1999). CNS udvider konstant deres repertoire, forøger deres personlige evner samt udvider plejeydelser. Et eksempel herpå er introduktion af ny praksis til specifikke patientgrupper og udvidelse af mængden af behandlingsmuligheder. Det kan være ved at strømline forskellige plejeforløb sådan, at patienten bliver set af den rigtige person, på det rigtige sted og på rette tidspunkt (Austin et al. 2006).

CNS deltager i gruppemøder samt besvarer spørgsmål fra andre discipliner og afdelinger i organisationen. CNS's betydning for klinisk praksis er af mere indirekte karakter ved f.eks. gruppemøde med andre CNS, hvor fokus er på samarbejde for at analysere patientpleje og implementering af ny praksis (Darmody 2005).

6.2.3 Betydningen af rollen som "Educator"

Aktiviteter af betydning for klinisk praksis i rollen "educator" er mere indirekte og omfatter orientering og uddannelse af sygeplejersker, læger og studerende samt andre tværfaglige samarbejdspartnere. Desuden udvikling, implementering og evaluering af uddannelsesmæssige ressourcer til patienter og pårørende, koordinering af sygeplejeindsatsen, tilvejebringelse af uddannelsesprogrammer, evaluering af sygeplejerskers kompetencer (Scott 1999; Darmody 2005). Orientering omfatter planlægning af programmer, kommunikation med nyt personale og undervisere for at organisere introduktionen, individuel opfølgning med nyansatte sygeplejersker og undervisere samt afdelingssygeplejersken. Uddannelsesmæssige aktiviteter omfatter planlægning af intern undervisning samt konferencer relateret til specialerne, kommunikation med sygeplejersker om behov for fortløbende undervisning samt sikring af dokumentation i den fortløbende undervisning. Et andet eksempel er "spørgetime", hvor kliniske spørgsmål, som CNS får ved sin tilstedeværelse på afsnittet ved f.eks. stuegang eller patientkonsultation, kan drøftes. Spørgsmål afføder også klinisk undervisning bedside med sygeplejerskerne, som stiller spørgsmålene (Darmody 2005).

Undervisning udspringer også fra et identificeret behov for teknisk information for at yde kvalitet i plejen. En formel vigtig del af underviserrollen er, at udvikle lektioner til uddannelsesprogrammer og introduktion. Betydningen for klinisk praksis synes at være, at støtten til sygeplejersker styrker forholdet mellem sygeplejerske og patient. CNS stiller ofte syge-

plejersker spørgsmål om deres patienter for at afgøre, om alle kritiske punkter i patientplejen bliver overvejet. Desuden følger de op på vurderingerne samt iværksættelsen af diverse handlinger, som er identificeret som vigtige for patienten (Schaefer 1991).

CNS viser også vejen ved at støtte, overtale, guide, dirigere, hjælpe, motivere og være tilstede. At være tilstede er den hyppigste måde CNS karakteriserer deres villighed til at være både underviser og hjælper for sygeplejerskerne på. Deres tilstedeværen giver personalet mulighed for at komme af med frustration eller stille spørgsmål til fordel for patienterne. At være tilstede er også den faktor, der mest positivt styrker deres troværdighed. De kan samtidig hjælpe sygeplejerskerne med at løse svære patientsituationer. Nogle gange ved at give dem pusterum, hvis de er for involverede i en patient, således at de har tabt perspektivet af syne (Schaefer 1991). CNS sørger for uddannelse til alle medlemmer af det tværfaglige team både internt og eksternt. Hun giver plads til, at sygeplejersker selv kunne erkende mangel på viden (Martin 1999). CNS ”planter” forslag og lader dem tage form. De forbereder og gennemfører uddannelsesprogrammer (Schaefer 1991).

6.2.4 Betydningen af rollen som ”Researcher”

Aktiviteter af betydning for klinisk praksis i rollen ”researcher” omfatter at være ansvarlig for anvendelsen af forskningsresultater i klinisk praksis, udbrede forskning til sygeplejersker, deltage i lægelige og medicinske produktevalueringer, udføre forskning med fokus på patienter, professionen, familie og samfund. Derudover skrive forskningsansøgninger, assistere andre sygeplejerskers, sygeplejeskolers, lægers og sygeplejeledelsens forskning, deltage i forskningskomiteer og præsentere forskningsresultater ved konferencer og seminarer (Scott 1999; Profetto-McGrath et al. 2007). CNS anvender evidens direkte i udvikling af procedurer, protokoller, politikker og til udvikling og implementering af forskningsstudier (Profetto-McGrath et al. 2007).

CNS får adgang til og bruger forskning fra et stort omfang af ressourcer. Forskningslitteratur er en primær ressource til evidens, og forskningen bliver brugt i beslutningstagningen. Klinisk erfaring, ligemænd, forskningstidsskrifter, konferencer, klinisk uddannelse, patientjournaler, politik- og proceduremanualer er ligeledes vigtige kilder til evidens. Internettet bliver brugt ekstensivt til at konsultere forskningsdatabaser, lave litteratursøgninger, online evidens-ressourcer samt til at kontakte ligemænd om gængs praksis. Desuden indsamler CNS evidens fra sygeplejersker i klinisk praksis, tværfaglige samarbejdspartnere, patienter

og pårørende inden beslutningstagning. De udfører daglige eller ugentlige stuegange og bruger informationerne fra praksis som kilder til evidens om patienters behandling og ny praksisudvikling. Disse stuegange bliver af CNS opfattet som oplysende omkring kliniske problemstillinger, hvor der er brug for mere viden. Stuegangene fungerer som et middel til at identificere de mest effektive veje til at implementere praksisviden bedside. Bedside sygeplejersker stiller spørgsmål om patientpleje, etik, udstyr, procedurer og litteratursøgninger. CNS citerer ofte personlige erfaringer som en kilde til evidens. CNS hævder, at det der muliggør identificering af praksis- og forskningsspørgsmål er, udover deres masteruddannelse, deres praksiserfaring. Eksperimental viden inkluderer viden udledt bedside, forståelse for administrative funktioner samt institutionelle kulturer. Valget af evidens i klinisk praksis afhænger ofte af spørgsmålet, som de forsøger at besvare. Spørgsmålene, der driver informationsøgningerne opstår formelt via CNS rolle og administrative pligter, i relation til formelle forskningsprojekter igangsat af CNS, eller spørgsmål fra andre forskere. Desuden kommer spørgsmål uformelt fra bedside sygeplejersker eller andre sundhedsprofessionelle. Når spørgsmål opstår, bliver flere ressourcer anvendt for at finde evidens herunder forskningslitteratur, klinisk erfaring og peers. Overvejelser over evidens forstås kontekstspecifikt.

Forskning indbefatter også observation, vurdering, validering, udforskning, bekræftelse og evaluering. Forskning er en del af CNS praksis, men få er med i egentligt videnskabelige studier. CNS deler den seneste forskning med sygeplejersker for at opmuntre dem til at anvende forskning i deres praksis og for at anvende forskningsresultater til at ændre praksis og udvikle procedurer, retningslinjer og politikker (Schaefer 1991).

CNS har beføjelsen til at sørge for, at den kliniske pleje er af høj kvalitet og er derved aktiv i udvikling af klinisk praksis. Det gør hun i rollen som innovator og motivator. Rollen indebærer at udfordre praksis, holdninger, introducere ny praksis samt skabe en reflektiv kultur (Martin 1999).

CNS anses som en informationsressource af det tværfaglige team. Her kan de få adgang til relevant forskning. CNS sørger for, at forskningen er af høj kvalitet og gængs (Martin 1999). Det er af betydning for CNS, at deres viden består af formel teoretisk og eksperimentel viden. Teoretisk viden omhandler det empiriske syn på sygepleje og afspejles i adækvat uddannelse. Eksperimentel viden refererer til klinisk sygeplejepsis og klinisk kompetence er afhængig af at klinisk praksis vedligeholdes (Bousfield 1997).

CNS bidrager til at afdelingen fungerer godt ved at facilitere den organisatoriske udvikling ved f.eks. at udvikle protokoller, arbejde med projekter samt fremmøde på afdelingsmøder (Martin 1999).

CNS er i stand til at identificere kliniske problemstillinger og designe forsøg som problem-løsninger, der af sygeplejersker anses som anvendelige. De er med til at mindske gabet mellem klinisk praksis, uddannelse og forskning ved at facilitere anvendelsen af forskning i klinisk praksis (Scott 1999).

6.3 Troværdigheden af fundene

En artikel har ikke beskrevet inklusions- og eksklusionskriterier (Martin 1999), hvilket sammenholdt med en manglende redegørelse for mæthed i data, bevirker at troværdigheden af fundene er lav, idet mæthed øger troværdigheden ved at henviser til en afdækning af viden (Polit & Beck 2006). Mæthed er yderligere ikke anført i en artikel mere (Bousfield 1997). Mæthed er anført i to andre artikler (Austin, Luker, & Roland 2006; Schaefer 1991), hvilket styrker troværdigheden.

I otte artikler savnes en begrebsafklaring af roller og interventioner, idet nøglebegreber i kvalitative undersøgelser skal defineres og forklares, så den betydning og forståelse forskerne har tillagt dem fremstår entydigt (Polit & Beck 2006). Den sidste artikel er en spørgeskemaundersøgelse, hvor roller og interventioner heller ikke er defineret (Scott 1999).

To artikler mangler en klar fremstilling af deres formål (Austin, Luker, & Roland 2006; Duhamel et al. 2007), hvilket sænker troværdigheden. Alle artikler fremstår med en stringent dataanalyse og klar fremstilling af resultater, hvilket øger troværdigheden. Ovenstående indikerer en middel troværdighed af fundene, idet der både argumenteres for styrker og svagheder ved artiklerne. .

Spørgsmål til teksterne Artikel	Formål	Metode og design	Informanterne; hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?	Setting	Begrebsmæssig/ teoretisk opfattelse af interventioner og roller	Metode til data-analysen	Fund	Samlet kritisk vurdering
<p>"A Qualitative Evaluation of a Family Nursing Intervention"</p> <p>Fabie Duhamel, France Dupuis, Mary Reidy, Nathalie Nadon, 2007</p>	<p>Ikke defineret som et præcist formål, dog formodes at være: "to evaluate family nursing interventions from the perspective of the family members and a clinical nurse specialist(CNS)"</p> <p>Der var to mål for case studiet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. The impact of the family systems nursing approach on the couples' experience of living with congestive heart failure(CHF) 2. The impact of implementing the approach on the nurse's practice. 	<p>Kvalitativt case study med et deskriptivt design som del af et større Multimetode projekt.</p> <p>2 semistrukturerede interviews blev udført med hvert par over en periode på 3 måneder. Sidste interview indeholdt samtidig et spørgeskema. Der blev afholdt et semistruktureret interview med CNS i slutningen af interventionsperioden.</p>	<p>4 par blev udvalgt ud fra hvilke par der var mest informative og repræsentative (purposeful sample) samt homogenitet. Patienterne var mænd som havde en hustru og var pensionerede. CNS havde 7 års erfaring i CHF samt en uddannelse i familiesygepleje systemer. CNS interventioner blev valideret igennem studiet via 2 andre sygeplejersker med samme træning, som gennemlyttede båndene for at sikre at interventionen var som planlagt.</p>	<p>Ambulatorier i Canada</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>De transskriberede interviews blev analyseret via indholdsanalyse som beskrevet hos Huberman & Miles 2002</p>	<p>Forfatterne har identificeret temaer under hvert mål for case studiet:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <ul style="list-style-type: none"> - Knowledge is reassuring - Knowing each other better and improved adjustment - revealing suffering - the meaning of behavior 2. <ul style="list-style-type: none"> - The suffering generated by the unspeakable - The feeling of helplessness in the face of suffering - The privilege of relieving suffering 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller.</p> <p>Mangler en klar fremstilling af sit formål.</p>

Spørgsmål til teksterne Artikel	Formål	Metode og design	Informanterne; hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?	Setting	Begrebsmæssig/ teoretisk opfattelse af interventioner og roller	Metode til dataanalysen	Fund	Samlet kritisk vurdering
<p>”A Description of the Roles, Activities, and Skills of Clinical Nurse Specialists in the United States”</p> <p>Rhonda Adams Scott, 1999</p>	<p>”To describe the roles, activities, skills, and the cost-saving and revenue-generating activities of Master’s-prepared nurses who function in traditional CNS roles in the United States”</p>	<p>Et deskriptivt forskningsdesign med spørgeskema. Rolle teori er brugt som guide til forskningen og anvendt som ramme for at beskrive, evaluere, forklare og forudsige CNS’ roller og praksis-mønstre. Måleinstrumentet blev udviklet af forfatteren via to pilotstudier. ”Content validity” blev etableret via tre erfarne CNS som var Ph.d –stud.</p>	<p>724 praktiserede CNS blev inkluderet. Valgt ud fra abonnent- listen fra Tidsskriftet Clinical Nurse Specialist. Samtykkeerklæring samt spørgeskema tydeliggjorde studiets fokus på praktiserende CNS’s med Masteruddannelse. Personer som ikke imødekom inklusionskriteriet blev bedt om at videresende spørgeskemaet til en kollega som var CNS.</p>	<p>49 stater i USA og 25 specialer blev repræsenteret</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>En modificeret version af Dillman’s spørgeskemadesign og analyseret og hjulpet af ”the Statistical Package” fra Socialvidenskab</p>	<p>Hovedfundene angiver at CNS anvender mest tid i rollen ”expert clinician” efterfulgt af ”educator”, ”consultant”, ”administrator” og ”researcher”. De administrative forpligtelser var stigende, og kun enkelte CNS kunne identificere omkostningsbesparende og indtægts-genererende aktiviteter.</p>	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller.</p>
<p>”Clinical Nurse Specialists’ Use of Evidence in Practice: A Pilot Study</p> <p>Joanne Profetto-McGrath, Karen Bulmer Smith, Kylie Hugo, Michael Taylor, Hannan El-Hajj, 2007</p>	<p>”To develop an understanding of the sources, nature and application of evidence used by CNSs in practice and to investigate the feasibility of conducting a qualitative study focused on the CNS role in relation to evidence use in practice”</p>	<p>Et deskriptivt eksplorativt design indenfor det kvalitative paradigme. Kvalitativt semi-struktureret interview af 1½ times varighed, optaget på bånd og indsamlet i foråret 2003. Der anvendtes en semi-struktureret interview-guide med 13 spørgsmål.</p>	<p>Indledningsvis blev 7 CNS kontaktede, udvælgelseskriteriet var forskerbestemt ud fra hvilke CNS der var mest informative og repræsentative (purposive sampling). 5 af dem sagde ja og to meldte fra uden begrundelse. De 5 anbefalede flere CNS og heraf blev yderligere 2 udvalgt (snowball sampling).</p>	<p>Forskellige specialer i en stor sundhedsregion i Western Canada</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>De transskriberede interviews blev håndkodede og analyseret for gentagne temaer ud fra Morse & Field 1995</p>	<p>Idet fundene er en lang beskrivelse, er det for omfangsrigt at beskrive her</p>	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller.</p>

Spørgsmål til teksterne	Formål	Metode og design	Informanterne; hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?	Setting	Begrebsmæssig/ teoretisk opfattelse af interventioner og roller	Metode til dataanalysen	Fund	Samlet kritisk vurdering
<p>Artikel</p> <p>”Observing the Work of the Clinical Nurse Specialist – A Pilot Study”</p> <p>Julie V. Darmody, 2005</p>	<p>”To describe the work of the CNS in the acute care setting and develop a tool for recording the activities using the NACNS model as an organizing framework”</p>	<p>Deskriptivt pilotstudie med feltstudier (direct observation) og tidsstudier. 5 CNS blev fulgt 4 timer hver. Dataindsamling foregik over en to måneders periode i Juli og August 2003. Forskeren optog feltnoter af aktiviteterne indenfor hvert enkelt praksisdomæne samt observerede tidsanvendelsen med et digitalt stopur. En ekstra kategori ”other” blev anvendt til aktiviteter som ikke kunne kategoriseres indenfor de tre praksisdomæner.</p>	<p>Inklusionskriterier var at informanterne skulle være Advanced Practice Nurses (APN) ansat i CNS stillinger med fokus på klinisk praksis på afdelingsniveau. Minimum 1 års ansættelse. Eksklusionskriterie var at det ikke måtte være program-baserede CNS. Til start blev 8 CNS fra forskellige specialer inkluderet og inviteret til et introduktionsmøde. 2 CNS måtte afslå af tidsmæssige årsager. 6 CNS underskrev samtykkeerklæring og heraf blev 5 CNS udvalgt ved tilfældig lodtrækning af navne.</p>	<p>Et 500-sengs akademisk medicinsk center i Midt-vesten i USA</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>Feltnoterne blev indtastet i et regneark fra Excel for hver enkel CNS og herefter lagt sammen i en SPSS database for deskriptive analyser.</p>	<p>CNS aktiviteter og tidsforbrug indenfor hvert praksisdomæne omfattede patient/client (30%), nursing (44%), organization/system (10%), other activities (16%). Beskrivelserne af aktiviteterne er omfattende og for omfangsrig at beskrive her.</p>	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller.</p>
<p>”A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist”</p> <p>Chrissie Bousfield, 1997</p>	<p>”To investigate how a group of clinical nurse specialists think and experience their role”</p>	<p>Kvalitativt interview med et deskriptivt fænomenologisk design. Alle informanter er interviewet en gang. Forskningsredskabet til indsamling af data var et interviewskema med brug af åbne spørgsmål.</p>	<p>7 CNS blev udvalgt af en population på 20 ud fra hvilke der var mest informative og repræsentative (purposive sample) samt at de skulle repræsentere et tværsnit fra forskellige specialer, ansvarsråder og professionel udvikling.</p>	<p>Forskellige specialer i England</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>De transskriberede interviews blev analyseret via Giorgi et al. 1975, fem analysetrin (er beskrevet).</p>	<p>Forfatteren har frem-analyseret 8 elementer:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enthusiasm for leadership - Knowledge - Lack of support - Isolation - Poor time management - Inter/intra-role conflict - Disempowerment - Burn out 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller. Ikke gjort rede for mæthed i data, hvilket trækker ned i troværdigheden.</p>

Spørgsmål til teksterne Artikel	Formål	Metode og design	Informanterne; hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?	Setting	Begrebsmæssig/ teoretisk opfattelse af interventioner og roller	Metode til dataanalysen	Fund	Samlet kritisk vurdering
<p>”Taking care of the caretakers: a partial explanation of clinical nurse specialist practice”</p> <p>Karen Moore Schaefer, 1991</p>	<p>”To describe the clinical practice of clinical nurse specialists (CNSs)”</p>	<p>Kvalitativt in-depth interview med et grounded theory design, hvor data desuden er indsamlet og analyseret ud fra 3 case-reports af CNS praksis. Der er foretaget 17 interviews</p>	<p>17 CNS udvalgt efter teoretisk sampling og som havde fungeret i CNS rollen i minimum 1 år</p>	<p>Angives ikke udover at det er i USA</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>Den konstant komparative metode, Hutchinson 1986</p>	<p>Forfatteren har identificeret 1 hovedtema med flere undertemaer:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. Caring Scientific Caring <ul style="list-style-type: none"> - Investigating - Teaching Humanistic Caring <ul style="list-style-type: none"> - Showing the way - Creating the new - Working with others - Taking care of the environment 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller. Gjort rede for mæthed i data, hvilket styrker troværdigheden.</p>
<p>”An exploration of the services provided by the clinical nurse specialist within one NHS trust”</p> <p>P.J. Martin, 1999</p>	<p>”To clarify the unique contribution of the clinical nurse specialist through a description of the services provided”</p>	<p>Kvalitativt fokusgruppinterview med et grounded theory design samt kvalitativ metaanalyse. Der er foretaget 16 interviews af ca. 1 t varighed. 8 med patienter og 8 med sundhedsprofessionelle. Interviewene blev ordret transskriberet af den CNS der gennemførte interviewene.</p>	<p>8 CNS gennemførte hver 2 interviews uden for deres egne specialer. Inklusions- og eksklusionskriterier beskrives ikke.</p>	<p>Acute care og community NHS Trust i England</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>Indholdsanalyse udføres af CNS's på de transskriberede interview, men nu indenfor deres egne specialer for at opnå teoretisk sensitivitet, Strauss & Corbin 1990. Forfatteren foretog kvalitativ metaanalyse af de 8 CNS indholdsanalyser ud fra Schreiber, Crooks & Stern 1997.</p>	<p>Forfatteren identificerer 2 hovedtemaer med undertemaer:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Directly observable/measurable services <ul style="list-style-type: none"> - Collaborative care - Patient care - Education - Consultation - Networking - Organizational development - Practice development - Information resource 2. Facets of the expert practitioner <ul style="list-style-type: none"> - Working in complex environments - Always being there - Being the right person 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller. Ikke gjort rede for mæthed i data, hvilket trækker ned i troværdigheden. Inklusions- og eksklusionskriterier beskrives ikke, hvilket trækker ned i troværdigheden.</p>

Spørgsmål til teksterne Artikel	Formål	Metode og design	Informanterne; hvor mange er valgt, og hvordan er de valgt ud og valgt fra?	Setting	Begrebsmæssig/ teoretisk opfattelse af interventioner og roller	Metode til dataanalysen	Fund	Samlet kritisk vurdering
<p>”Clinical nurse specialists as entrepreneurs: constrained or liberated”</p> <p>Lynn Austin, Karen Luker, Martin Ronald, 2005</p>	<p>Ikke defineret som et præcist formål, dog formodes at være: ”The study focused on how clinical nurse specialists’ relationships with other health-care professionals had an impact on their role.how CNSs experience their roles when engaged in activities aimed at diversifying nursing practice”</p>	<p>Kvalitativt etnografisk studie med et grounded theory design med deltagerobservation, face-to-face interviews. 8 CNS blev besøgt over 2 dage i perioden oktober 2001 til januar 2002. Feltnoter blev noteret i en dagbog. Interviews med 14 CNS blev foretaget i perioden juni til august 2002. Interviewene blev optaget på bånd og transkriberet. Der blev indsamlet data indtil datamæthed var opnået.</p>	<p>8 CNS blev udvalgt ud fra hvilke der var mest informative og repræsentative (purposive sample) til deltagerobservationsbesøg. Inklusionskriterier var CNS egenskaber som var fremanalyseret i et tidligere studie: Austin 2002,2003. Yderligere 14 CNS, udvalgt efter teoretisk sampling, blev interviewet. Informanterne havde erfaring fra få måneder til mange år.</p>	<p>Primærpleje i en sundhedsregion i England</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>Glaser & Strauss 1967, Glaser 1978,1992</p>	<p>Forfatterne identificerer en kernekategori hvori de andre subkategorier er integreret med sammenhængende strategier:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realising the vision - Develop the service - Streamlining the service - Authority to make changes - Mechanisms to bring about changes - Working the system - Circumvent the authority - Changing the system - Vicarious power - Working with others with shared objectives - Cultivating relationships 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller. Gjort rede for mæthed i data, hvilket styrker troværdigheden. Mangler en klar fremstilling af sit formål.</p>
<p>”The role of the clinical nurse specialist”</p> <p>May McCreadie, 2001</p>	<p>”To investigate the current work and role of the clinical nurse specialist”</p>	<p>Kvalitativt semi-struktureret interview med et grounded theory design. Der er foretaget 20 interviews.</p>	<p>Inklusionskriterier var at informanterne skulle være og arbejde som CNS. 20 CNS fra 10 forskellige specialer deltog. Informanterne blev løbende udvalgt med henblik på opnå maksimal variation</p>	<p>Flere forskellige specialer i England</p>	<p>Beskrives ikke i artiklen</p>	<p>Den konstant komparative metode udviklet af Strauss & Corbin 1990</p>	<p>Forfatteren har identificeret 1 hovedtema med flere undertemaer: 1. The CNS: Communicator-carer</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinician - Teacher/ressource - Administrator - Developing procedures and protocols - Researcher 	<p>Mangler begrebsafklaring af interventioner og roller. Gjort rede for mæthed i data, hvilket styrker troværdigheden</p>

7.0 Diskussion

I følgende afsnit vil fundene diskuteres i forhold til to hovedspørgsmål: (1) Hvilke interventioner iværksætter den kliniske sygeplejespecialist af betydning for klinisk praksis?; (2) Hvorledes anvender den kliniske sygeplejespecialist sine roller til at gøre en forskel i klinisk praksis? Her diskuteres fundene op imod problemformuleringen ved at anvende Christensens (1980) krav til den kliniske sygeplejespecialist (s. 12) som ramme.

Desuden vil metoden blive diskuteret i særskilt afsnit.

7.1 Interventioner som den kliniske sygeplejespecialist iværksætter af betydning for klinisk praksis

Der har siden 1980, da den kliniske sygeplejespecialist dukkede op første gang i Danmark, inspireret af udviklingen i USA om Clinical Nurse Specialists, været efterlyst belæg for, hvordan den kliniske sygeplejespecialist skal bruge sine evner og viden for at påvirke og forbedre klinisk praksis (Christensen 1980). Resultatet af den systematiske litteratursøgning er ni artikler (Tabel 1 og 2), hvoraf kun en omhandler den kliniske sygeplejespecialists interventioner (Tabel 1). Resultatet af analysen viser, at interventionerne handler om familie-sygepleje og lindring af lidelse via sygeplejemøder baseret på systematisk undervisning og forstærkning af positive forandringer i patienternes sundhedsopførsel. Det gøres bl.a. ved opmuntring og positiv reformulering. Betydningen for klinisk praksis kan ses af, at der bl.a. opnås en nedsættelse af lægebesøg, patienter og pårørende får en bedre forståelse af hinandens oplevelser af sygdommen, øget viden om sygdom og behandling, der giver en følelse af sikkerhed samt trøst. Lignende fund ses omkring forbedring af patientpleje, kontinuitet i plejen samt uddannelse af patienter, der kan knyttes til patienttilfredshed, øget uafhængighed for patienter, sikring af at patient og pårørende er forberedte på overgange samt sikre patient og pårørende en forståelse af sygdom og fremtidige muligheder (Ball & Cox 2003) Min undersøgelse tyder på, at der ikke er megen empiri til at understøtte, at den kliniske sygeplejespecialists interventioner har betydning for klinisk praksis, idet der kun er fundet et studie. Det stemmer overens med at der generelt er få studier, som har fokuseret på den direkte effekt af den kliniske sygeplejespecialists interventioner på klinisk praksis (Sparacino 2005). At den kliniske sygeplejespecialist opfattes af patienter som den faktor, som gør forskellen, kan genfindes i litteraturen (Bartucci 1985). Flere reviewstudier viser dog, at det er svært at dokumentere den kliniske sygeplejespecialists betydning for outcome i klinisk

praksis på grund af den indirekte natur af megen af den kliniske sygeplejespecialists praksis (Busch 1995;Keane, Richmond, & Kaiser 1994;Wilson-Barnett & Beech 1994;Wojner & Kite-Powell 1997). Desuden er det svært at adskille sygeplejefhængige variable fra andre variable. Spørgsmålet er om et resultat, der peger på, at den kliniske sygeplejespecialists interventioner gør en forskel i klinisk praksis, kan anvendes som belæg for forandringer i Danmark? Resultatet har potentialet til at forbedre familiesygeplejeinterventioner og forstærke CNS praksis og derved kan det, hvis resultatet kan genfindes i andre studier, anvendes til også at pege på betydningen af den kliniske sygeplejespecialists interventioners betydning i Danmark. Dog kan der ikke på baggrund af et studie, generaliseres om kliniske sygeplejespecialisters interventioners betydning på klinisk praksis. Der er behov for yderligere studier, der omfatter større og mere præcise interventioner.

7.2 Anvendelsen af den kliniske sygeplejespecialists roller til at gøre en forskel i klinisk praksis

Da Doris Christensen (1980) introducerer titlen den kliniske sygeplejesspecialist i Danmark, skriver hun, at den væsentligste opgave for den kliniske sygeplejespecialist er at udvikle og forbedre den direkte patientpleje, hvor patient-sygeplejerske kontakten foregår. Kravene til den kliniske sygeplejespecialists funktion er, at hun udfører direkte patientpleje og fungerer som rollemodel for kvalitetssygepleje, underviser sygeplejersker/patienter/pårørende, fungerer som konsulent for sygeplejersker og andre faggrupper, fungerer som forandringsformidler og deltager i/igangsatte forskning. Dette er det gennemgående synspunkt for den danske litteratur igennem snart tredive år, hvor Doris Christensen er primær reference.

Fundene i dette speciale om roller (Tabel 2) giver belæg for, at disse krav også er sammenfaldende med rollernes betydning for klinisk praksis, som kan ses af nedenstående sammenligning af fundene med kravene til funktionen i Danmark og derfor anvendes de som ramme.

At udføre direkte patientpleje og fungere som rollemodel for kvalitetssygepleje

Som ”clinician expert” viser betydningen sig ved deltagelse i diagnosticering, behandling og evaluering af patienters tilbagemeldinger på aktuelle eller potentielle sundhedsproblemer. Desuden varetager CNS plejen til patienter, hvor der er brug for ekspertpleje eller ekspertviden, udfører direkte pleje til patienter og pårørende med komplekse problemstillinger samt fungerer som ”case manager”. Studier bekræfter, at CNS’s har en positiv effekt på

kvaliteten af patientplejen ved direkte kontakt med patienter og pårørende (Ahrens & Padwojski 1990; Amos-Taylor & Elberson 1989; Fenton 1992; Gurka 1991; Ingersoll 1988; Walker 1986).

CNS etablerer personlige relationer med patienten og identificeres som en person der afsætter tid til patienten. CNS beskriver at patienterne opnår stor tilfredshed af dette specielle forhold. CNS føler, at det personlige forhold signifikant styrker plejen til patienterne. CNS opleves af patienter og personale som en praktiker, der er i stand til at tilbyde et højt niveau af ekspertise i relation til specifikke kliniske problemstillinger. CNS betydning for patienter og klienter viser sig tydeligst i den kliniske ekspertise, hun besidder. Dette omfatter aktiviteter i den fysiske og tekniske pleje. De fleste aktiviteter indenfor den direkte patientpleje involverer CNS bedside i samarbejde med andre sygeplejersker. Hanneman et al. (1993) finder, at den indirekte patientpleje fra en CNS kan reducere omfanget af lungekomplikationer på et sengeafsnit.

CNS varetager den direkte pleje for komplekse eller vanskelige patienter. Derved er de rollemodeller ved at udøve ekspertsygepleje og dele deres erfaringer med uerfarne sygeplejersker. CNS arbejde er ofte fokuseret på et specifikt patientproblem eller en intervention. Som clinical expert anvender CNS evidens direkte i plejen til patienter, pårørende samt andre sygeplejersker ved ansigt til ansigt kontakt.

At undervise sygeplejersker/patienter/pårørende

Som ”educator” gør CNS en forskel ved orientering og uddannelse af sygeplejersker, læger og studerende samt andre tværfaglige samarbejdspartnere. Desuden udvikling, implementering og evaluering af uddannelsesmæssige ressourcer til patienter og pårørende, koordinering af sygeplejeindsatsen, tilvejebringelse af uddannelsesprogrammer, evaluering af sygeplejerskers kompetencer. Studier viser, at CNS’s har en positiv effekt på kvaliteten af patientplejen, som ressourcepersoner og/eller underviser for sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle (Ingersoll 1988; Ahrens & Padwojski 1990; Gurka 1991; Fenton 1992).

Uddannelsesmæssige aktiviteter omfatter planlægning af intern undervisning samt konferencer relateret til specialerne, kommunikation med sygeplejersker om behov for fortløbende undervisning samt sikring af dokumentation i den fortløbende undervisning. Systematisk undervisning og arbejde med dokumentation, hvor CNS også deltager i udvikling og implementering af behandlingsplaner, kan øge kvantitet og kvalitet i sygeplejejournalen (McBride et al. 1987). Undervisning udspringer også fra et identificeret behov for teknisk

information for at yde kvalitet i plejen. En formel vigtig del af underviserrollen er, at udvikle lektioner til uddannelsesprogrammer og introduktion. Betydningen for klinisk praksis synes at være, at støtten til sygeplejersker styrker forholdet mellem sygeplejerske og patient. CNS viser også vejen ved at støtte, overtale, guide, dirigere, hjælpe, motivere og være tilstede. De kan samtidig hjælpe sygeplejerskerne med at løse svære patientsituationer.

At fungere som konsulent for sygeplejersker og andre faggrupper

Som ”consultant” fungerer CNS som forandringsagent ved f.eks. at lede udviklingen og implementere procedurer og politikker, plejestandarder, protokoller og udvikle nye plejedydelser. Det stemmer overens med, at konsulentrollen er essentiel for at ændre praksis og fastholde plejestandarder og ændringer (Patterson et al. 1995). CNS anvender evidens direkte i udvikling af procedurer, protokoller, politikker og til udvikling og implementering af forskningsstudier. CNS bidrager til, at afdelingen fungerer godt ved at facilitere den organisatoriske udvikling ved f.eks. at udvikle protokoller, arbejde med projekter samt fremmøde på afdelingsmøder. Desuden samarbejde med ledelsen for at identificere kliniske problemstillinger, facilitere professionel udvikling og vækst af sygeplejersker og deltage som ekspert i reviewgrupper. CNS sørger for en konsultations og informations service for hele afdelingen.

Beyerman (1988) finder i sit studie, at der er fire fremherskende aktiviteter CNS anvender som konsulent: information, foreskrive, stille spørgsmål og vurdering. Oftest er information relateret til kliniske problemstillinger, foreskrive er relateret til sygeplejersker og patientproblemer, spørgsmål bruges til refleksion og til at finde situationer, hvor CNS kan hjælpe. Vurdering bruges til at henlede sygeplejerskers opmærksomhed på kliniske fund (Beyerman 1988).

CNS sikrer, at afdelingen fortsætter med fremskridt og inkorporerer gældende viden og tænkning indenfor specialet samt udvikling og ændringer i klinisk praksis. Det kan være ved at strømline forskellige plejeforløb sådan, at patienten bliver set af den rigtige person, på det rigtige sted og på rette tidspunkt. CNS faciliterer problemløsning ved at sørge for nye og velorienterede perspektiver på problemerne til andre personalegrupper. CNS deltager i gruppemøder, hvor fokus er på samarbejde for at analysere patientpleje og implementering af ny praksis, samt besvarer spørgsmål fra andre discipliner og afdelinger i organisationen.

Studier viser, at den kliniske sygeplejespecialists roller ofte er strukturerede efter at yde konsultation og uddannelse for sygeplejersker, som derved bliver den kliniske sygeplejespe-

cialists primære fokus. Derfor bliver betydningen af den kliniske sygeplejespecialists rollers betydning for kliniske praksis ofte indirekte og svær at kvantificere (Busch 1995;Keane, Richmond, & Kaiser 1994;Wilson-Barnett & Beech 1994;Wojner & Kite-Powell 1997).

Som ”clinician expert” gør CNS en forskel på tværfaglige patientpleje-konferencer til gavn for patienten, ved at fokusere på at løse patienters problemer ved at støtte eller assistere andre i det tværfaglige team. CNS anvender deres ekspertviden, erfaring og kliniske lederevner i et multidisciplinært miljø. Derudover ved stuegang med læger og sygeplejersker, ordinere laboratorieprøver og diagnostiske procedurer, ordinere eller justere medicinering, udføre bed-side undervisning til sygeplejersker og introducere ny teknologi samt færdigheder i klinisk praksis. CNS stiller ofte sygeplejersker spørgsmål om deres patienter for at afgøre, om alle kritiske punkter i patientplejen bliver overvejet. Desuden følger de op på vurderingerne samt iværksættelsen af diverse handlinger, som er identificeret som vigtige for patienten. Desuden sørger CNS for udvikling af klinisk praksis samt uddannelse på klinisk niveau. Ved at CNS ikke er bundet af hierarkiske grænser fra kliniske eller organisatoriske teams, har hun mulighed for at mobilisere ressourcer til patienter hurtigere og mere effektivt.

At fungere som forandringsformidler og deltage i/igangsætte forskning

Som ”researcher” viser betydningen sig ved at være ansvarlig for anvendelsen af forskningsresultater i klinisk praksis, udbrede forskning til sygeplejersker, deltage i lægelige og medicinske produktevalueringer, udføre forskning med fokus på patienter, professionen, familie og samfund. Desuden indsamler CNS evidens fra sygeplejersker i klinisk praksis, tværfaglige samarbejdspartnere, patienter og pårørende inden beslutningstagning. Wojner & Kite-Powell (1997) anbefaler, at CNS fokuserer på outcome i patientplejen og videreudvikling af standarder for at opnå best practice. CNS’s er ideelt forberedte og positioneret i sundhedsvæsenet til at mestre integration af evidensbaseret sygepleje (DeBourgh 2001). Barnason et al. (1998) viser i deres studie om smertemestring, at CNS’s, med positivt outcome for patienter og sygeplejersker, er ansvarlige for udvikling og implementering af en struktureret intervention rettet imod forbedring af sygeplejerskers kompetencer i smertehåndtering, så de integrerer forskningsbaserede smertepprincipper som fundament for ”best practice”. Resultatet er signifikant forbedret viden hos sygeplejersker, øget patienttilfredshed og ensartethed med at angive smerteintensitet, anvendelsen af mere ensartet sygeplejepsis i smertemestring (Barnason et al. 1998).

CNS udfører daglige eller ugentlige stuegange og bruger informationerne fra praksis som kilder til evidens om patienters behandling og ny praksisudvikling. Stuegangene fungerer som et middel til at identificere de mest effektive veje til at implementere praksisviden bedside. Bedside sygeplejersker stiller spørgsmål om patientpleje, etik, udstyr, procedurer og litteratursøgninger. CNS deler den seneste forskning med sygeplejersker for at opmuntre dem til at anvende forskning i deres praksis og for at anvende forskningsresultater til at ændre praksis og udvikle procedurer, retningslinjer og politikker. CNS har beføjelsen til at sørge for, at den kliniske pleje er af høj kvalitet og er derved aktiv i udvikling af klinisk praksis. CNS udfordrer praksis, holdninger, introducerer ny praksis samt skaber en refleksiv kultur.

Som ”researcher” assisterer CNS andre sygeplejerskers, sygeplejeskolers, lægers og sygeplejeledelsens forskning, deltager i forskningskomiteer og præsenterer forskningsresultater ved konferencer og seminarer. CNS er i stand til at identificere kliniske problemstillinger og designe forsøg som problemløsninger, der af sygeplejersker anses som anvendelige. De er med til at mindske gabet mellem klinisk praksis, uddannelse og forskning ved at facilitere anvendelsen af forskning i klinisk praksis.

Fundene indikerer, at direkte betydning for klinisk praksis omfatter rollerne ”clinician expert” og ”researcher”. Desuden indikerer fundene, at indirekte betydning for klinisk praksis omfatter alle fire roller, men på hver deres måde.

7.3 Metodediskussion

Ifølge Kirkevold⁷ har et litteratur review som metode svagheder, idet manglende anerkendelse af metoden bevirker, at der ikke er rettet opmærksomhed på de metodologiske problemstillinger metoden indebærer. Dette synliggøres ved, at forskere sjældent præsenterer metoden ved anvendelsen af et litteratur review, og derfor er det vanskeligt at vurdere troværdigheden af disse studier (Kirkevold 1997). Denne svaghed ved et litteraturreview som metode, er søgt udbedret i denne opgave. Dette tydeliggøres ved, at metoden udførligt er beskrevet, herunder søgestrategien, hvilket må anses som en styrke, da troværdigheden af fundene øges.

⁷ Marit Kirkevold, professor, Dr.Ed. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet (Afdeling for Sygeplejevidenskab 2007).

Den anvendte metode, gjorde det muligt at undersøge problemstillingen, idet litteratursøgningen resulterede i ni artikler, hvormed det var muligt at svare på problemformuleringen. Dette anses som en styrke.

Kombinationen af en systematisk bloksøgning med en usystematisk kædesøgning resulterede i, at de samme artikler fremkom gentagne gange, hvilket anses som en styrke, idet den høje genfinding indikerer en udtømmende litteratursøgning (Buus et al. 2008). Det kan diskuteres, hvorvidt søgningen er udtømmende, idet der kun er anvendt tre databaser, men argumentationen om den høje genfinding samt at litteratursøgningen i de anvendte databaser syntes tilstrækkelig i henhold til databasernes størrelse og emnemæssige rækkevidde, syntes litteratursøgningen at bære en vis styrke.

Anvendelsen af metoden har den svaghed, at søgningen skulle være fortsat gennem hele opgaveprocessen, for at inddrage helt ny publicerede artikler, samt at der i søgestrategien overvejende enten er brugt kontrollerede emneord eller fritekst. Ved konsekvent at bruge, hvis muligt, både kontrollerede emneord og fritekst kombineret med den booleske operatoren OR imellem, havde dette formentlig resulteret i en bredere søgning. Grundet specialiets omfang er denne mulighed ikke udnyttet.

Endelig kan metodens anvendelse vurderes gennem overførbareheden af fundene til danske forhold, idet litteratursøgningen resulterede i artikler der alle er i engelske, canadiske eller amerikanske settings. Styrken er, at den kulturelle kontekst er ensartet grundet den vestlige kultur. Svagheden er, at uddannelsen som CNS på tværs af landene ikke er ensartet i forhold til længde og indhold. Dette vanskeliggør overførbareheden af fundene til danske forhold.

8.0 Konklusion

Med henblik på at tilvejebringe ny viden om hvordan og hvorfor den kliniske sygeplejespecialist har betydning for klinisk praksis og derved kvalificere den danske debat om kliniske sygeplejespecialister, er det i specialet undersøgt, hvilken betydning den kliniske sygeplejespecialist roller og interventioner har for forbedring af klinisk praksis. På baggrund af et systematisk litteraturreview og tekstanalyse er der udledt, hvordan roller og interventioner har betydning for klinisk praksis. Følgende kan konkluderes:

Den kliniske sygeplejespecialists roller har både en direkte og indirekte betydning for klinisk praksis. Direkte betydning omfatter rollerne ”clinician expert” og ”researcher”. Indi-

rette betydning på klinisk praksis omfatter alle fire roller ”clinician expert”, ”consultant”, ”educator” og ”researcher”, men på hver deres måde.

For det første varetager CNS den direkte pleje for komplekse eller vanskelige patienter, og er derved rollemodeller ved at udøve ekspertsygepleje og dele deres erfaringer med uerfarne sygeplejersker. Desuden er CNS arbejde ofte fokuseret på et specifikt patientproblem eller en intervention, hvor CNS anvender evidens direkte i plejen til patienter, pårørende samt andre sygeplejersker ved ansigt til ansigt kontakt.

For det andet viser CNS også vejen og hjælper sygeplejersker med at løse svære patientsituationer ved at støtte, overbevise, guide, dirigere, hjælpe, motivere og være tilstede. Derved styrkes forholdet mellem sygeplejerske og patient tilsyneladende.

For det tredje er CNS i konsulentrollen essentiel for ændringer i klinisk praksis og til at fastholde plejestandarder, som er udviklet på baggrund af tilgængelig evidens. Sygeplejersker er ofte CNS primære fokus, hvor de yder konsultation og uddannelse. Den kliniske sygeplejespecialists rolles betydning for klinisk praksis er derfor ofte indirekte og svær at måle.

For det fjerde kan CNS hurtigere og mere effektivt mobilisere ressourcer til patienter, fordi de ikke er bundet af hierarkiske grænser fra kliniske eller organisatoriske teams.

Fundene i dette speciale om roller (Tabel 2) giver belæg for, at kravene til den kliniske sygeplejespecialists funktion i Danmark (Christensen 1980), er sammenfaldende med rollerens betydning for klinisk praksis.

Et af undersøgelsens tankevækkende fund er, at der ikke er fundet så megen empiri omkring den kliniske sygeplejespecialists interventioners betydning for klinisk praksis. Det tyder på, at der ikke er megen empiri til at understøtte, at den kliniske sygeplejespecialists interventioner har betydning for klinisk praksis, idet der kun er fundet et studie. Der kan ikke på baggrund af et studie, generaliseres om kliniske sygeplejespecialisters interventioners betydning på klinisk praksis. Spørgsmålet er om et resultat, der peger på, at den kliniske sygeplejespecialists interventioner gør en forskel i klinisk praksis, kan anvendes som belæg for forandringer i Danmark? Resultatet har potentialet til at forbedre familiesygeplejehjælp og forstærke CNS praksis og derved kan det, hvis resultatet kan genfindes i andre studier, anvendes til også at pege på betydningen af den kliniske sygeplejespecialists

interventioners betydning i Danmark. Fundene i dette speciale om rollernes betydning for klinisk praksis er kvalitativ forskning. I otte af de ni studier er forskningen af kvalitativ art med interviews, feltstudier og deltagerobservation, hvilket gør overførbare til andre settings svær. Mange forskere, der undersøger betydningen af CNS praksis, tilvejebringer beskrivelser af, hvad CNS gør, eller hvordan patienter og sundhedsprofessionelle opfatter dem. Det repræsenterer en komponent af plejeprocessen, men der er behov for yderligere forskning for bedre at beskrive aktiviteter og interaktioner, der indtræffer mellem CNS's og modtagere af pleje. Fundene i dette litteraturreview bekræfter dette. Der er behov for yderligere studier, der omfatter større og mere præcise interventioner, hvor sygeplejefhængige variable kan adskilles fra andre variable, så mangel på viden om interventioner kan underbygges. En tydeliggørelse af den kliniske sygeplejespecialists rolle og intervention er nødvendig for at det bliver klart, hvad den direkte eller indirekte sammenhæng er mellem interventionen og outcome.

9.0 Perspektivering

Indledningsvis i denne opgave var det min antagelse, at kliniske sygeplejespecialister havde stor betydning i forbedring af klinisk praksis. Når der fremover skal diskuteres, vurderes og måske ændres i sammenblandingen af stillinger vi har i Danmark, kan denne viden medvirke til at nuancere og kvalificere debatten om kliniske specialstillinger. Hvis blikket vendes mod danske forhold, så er der i udgangspunktet fokus på, at der ikke er empiri, der dokumenterer et behov for kliniske sygeplejespecialister (Christensen 1980, Weile 1981), men der er ikke siden hen set tiltag til, at dette skulle undersøges nærmere. Det kan undre, når det internationalt – især i USA, har været debatteret de sidste tredive år. Fundene i dette litteraturreview kan være med til øge opmærksomheden på den positive effekt af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner. I Danmark findes også en række specialstillinger, og det ville måske gavne debatten, hvis der kunne peges på hvor og hvordan den kliniske sygeplejespecialist gør en forskel for patienten. Det kunne være med til at påvirke arbejdsgivere, politikere, Dansk Sygeplejeråd og andre vægtige aktører i sundhedsvæsenet i retning af indførelsen af den kliniske sygeplejespecialist på landsbasis og en national kompetenceprofil.

Hvis professionel sygepleje praksis skal være skattet, skal de kliniske sygeplejespecialiststillinger være veldefinerede i relation til sygeplejerskerollen. I Danmark er mange stillinger dårligt definerede i udgangspunktet. Denne uklarhed kan i sig selv lede til formindskelse af rollen som klinisk sygeplejespecialist, når hun forsøger at være ”alle ting for alle mennesker” (Hamric & Spross 1983). Derfor er faren, at de fejler i at udfylde nogen del af rollerne effektivt og derved brænder ud i processen ved at forsøge at være det (Malone 1986).

Der er behov for at standardisere og regulere den kliniske sygeplejespecialist i Danmark. Sygeplejefprofessionen er nødt til at undersøge den evigt foranderlige kontekst i sundhedsvæsenet, som de kliniske sygeplejespecialister arbejder under. Overvejelser bør omhandle hvordan de støttes i praksis, da der er mange barrierer for en optimal udnyttelse af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner (Jones 2005) Derfor er det vigtigt at undersøge deres hverdag og identificere krav og muligheder i rollen.

Undersøgelsen kan bidrage til en øget viden og forståelse for, hvorledes klinisk praksis forbedres og kan medvirke til at få sat debatten i Danmark i gang om, hvor og hvordan kliniske sygeplejespecialister skal bruge deres evner og viden til gavn for patienter, pårørende og sygeplejerskeprofessionen. For at starte en debat om de kliniske sygeplejespecialisters udvikling og fremtid i Danmark har jeg oprettet en blog på internettet. Adressen er:

<http://sygeplejespecialister.blogspot.com/>

10.0 Undersøgelsens begrænsninger

Forskningsresultaterne som præsenteres i opgaven kan være svære at sammenstille. De er forskelligartede, svært sammenlignelige grundet forskelle i outcome, metoder, teoretiske tilgange ect. Alligevel forekommer det hensigtsmæssigt at inddrage den empiri, der ligger på feltet, for at give en fornemmelse af feltets status.

11.0 Referenceliste

- Adamsen, L., Larsen, K., Bjerregaard, L., & Madsen, J. K. 2003, "Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization", *Scand J Caring Sci*, vol. 17, pp. 57-65.
- Ahrens, T. S. & Padwojski, A. 1990, "Economic effectiveness of an advanced nurse clinician model", *Nursing Management*, vol. 2, no. 11, p. 72.
- American Nurses Association 1980, *Nursing's social policy statement* Kansas City, MO.
- Amos-Taylor, R. P. & Elberson, K. L. 1989, "Quality care: the emerging role of the CNS", *Critical Care Nurse*, vol. 9, no. 4, pp. 28-37.
- Appel, A. L., Malcolm, P. A., & Nahas, V. 1996, "Nursing specialization in New South Wales, Australia", *Clin Nurse Spec*, vol. 10, no. 2, pp. 76-81.
- Austin, L., Luker, K., & Roland, M. 2006, "Clinical nurse specialists as entrepreneurs: constrained or liberated", *J.Clin.Nurs.*, vol. 15, no. 12, pp. 1540-1549.
- Ball, C. & Cox, C. L. 2003, "Part one: Restoring patients to health outcomes and indicators of advanced nursing practice in adult critical care", *Int.J Nurs Pract*, vol. 9, no. 6, pp. 356-367.
- Bamford, O. & Gibson, F. 2000, "The clinical nurse specialist: perceptions of practising CNSs of their role and development needs", *J Clin Nurs*, vol. 9, no. 2, pp. 282-292.
- Bartucci, M. R. 1985, "A comparative study of outpatient care as perceived by renal transplant recipients", *ANNAJ*, vol. 12, no. 2, pp. 119-124.
- Bjerrum, M. 2005, *Fra problem til færdig opgave* Akademisk forlag, København.
- Bjørnsson, K. & Nielsen, A. M. 1992, "Supersygeplejersker", *Sygeplejersken*, vol. 92, no. 12, pp. 10-13.
- Bousfield, C. 1997, "A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, no. 2, pp. 245-256.
- Busch, A. M. 1995, "CNS and expanded role in hospitals", *Clin Nurse Spec*, vol. 9, no. 6, pp. 318-321.
- Buus, N., Kristiansen, H. M., Tingleff, E. B., & Rossen, C. B. Systematisk artikelsøgning til akademiske opgaver. *Sygeplejersken* . 2008.
Ref Type: In Press
- Christensen, D. & Harder, I. Den kliniske sygeplejespecialist. www.sundhed.dk . 2007.
Ref Type: Electronic Citation
- Christensen, D. 1980, "Den kliniske sygeplejespecialist - en tendens i sygeplejens udvikling", *Fokus på sygeplejen* no. 80, pp. 69-82.

- Christoffersen, S. 1988, "Onkologisk sygepleje - en specialfunktion.," in *Fokus på sygeplejen 1988*, B. Persson & R. Truelsen, eds., Munksgaard, Kbh., pp. 53-63.
- Cunningham, R. S. 2004, "Advanced practice nursing outcomes: a review of selected empirical literature", *Oncol.Nurs Forum*, vol. 31, no. 2, pp. 219-232.
- Daeffler, R. J. 1977, "Oversygepleieren som klinisk specialist", *Sygepleien*, vol. 13, pp. 738-740.
- Dansk Sygeplejeråd 1982, *Beretning om Dansk Sygeplejeråds virksomhed i perioden 1980-1982, Danske Sygeplejeråds kongres, maj 1982* Dansk Sygeplejeråd, Kbh.
- Dansk Sygeplejeråd 1986, *Beretning om Dansk Sygeplejeråds virksomhed i perioden 1984-1986. Danske Sygeplejeråds kongres, maj 1986* DSR, Kbh.
- Dansk Sygeplejeråd 1995, *Strategioplæg - specialisering i sygeplejen i Danmark* Dansk Sygeplejeråd, København.
- Dansk Sygeplejeråd 2007a, *Kliniske ekspertsygeplejersker - bedre sundhedstilbud til kronisk syge* København.
- Dansk Sygeplejeråd 2007b, *Konsultationssygeplejersker - nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen* København.
- Darmer, M. R. 1995, "Vi kan gøre en forskel", *Sygeplejersken*, vol. 95, no. 44, pp. 28-31.
- Darmody, J. V. 2005, "Observing the work of the Clinical Nurse Specialist: a pilot study", *Clin Nurse Spec*, vol. 19, no. 5, pp. 260-268.
- DASYS 2004, *Dansk Sygepleje Selskab - DASYS' indsatsområder*.
- Diers, D. 1994, "What is Nursing," in *Current Issues in Nursing*, J. McCloskey & G. Grace, eds., Mosby, USA.
- Dollerup, A. 1982, "Brug for kliniske ressourcepersoner i sygeplejen", *Sygeplejersken*, vol. 82, no. 1, p. 9.
- Douglas, H. R., Halliday, D., Normand, C., Corner, J., Bath, P., Beech, N., Clark, D., Hughes, P., Marples, R., Seymour, J., Skilbeck, J., & Webb, T. 2003, "Economic evaluation of specialist cancer and palliative nursing: Macmillan evaluation study findings", *Int.J Palliat.Nurs*, vol. 9, no. 10, pp. 429-438.
- Duhamel, F., Dupuis, F., Reidy, M., & Nadon, N. 2007, "A qualitative evaluation of a family nursing intervention", *Clin Nurse Spec*, vol. 21, no. 1, pp. 43-49.
- Dunn, L. 1997, "A literature review of advanced clinical nursing practice in the United States of America", *J Adv Nurs*, vol. 25, no. 4, pp. 814-819.
- Edwards, J. 1971, "Clinical Specialists are not Effective - Why?", *Supervisor Nurse*, vol. 71.
- Egerod, I. 1996, "Titlernes tagselvbord", *Sygeplejersken*, vol. 96, no. 46, pp. 38-40.

Elgaard Sørensen, E. 2006, *Sygeplejefaglig ledelse - En empirisk undersøgelse af samspil mellem ledelse og faglighed i ledende sygeplejerskers praksis i danske sygehusvæsen*, Ph.d., Faculty of Health Sciences, University of Aarhus.

Estabrooks 1998, "Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect?", *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, no. 1, pp. 15-36.

Fagin, C. M. 1967, "The Clinical Specialist as Supervisor", *Nursing Outlook*, vol. 67.

Fenton, M. V. 1992, "Education for the advanced practice of clinical nurse specialists", *Oncol.Nurs Forum*, vol. 19, no. 1, pp. 16-20.

Fenton, M. V. & Brykczynski, K. A. 1993, "Qualitative distinctions and similarities in the practice of clinical nurse specialists and nurse practitioners", *J Prof.Nurs*, vol. 9, no. 6, pp. 313-326.

Flaherty, M. J. 1993, "Divided interests: research versus clinical interviews", *Clin Nurse Spec*, vol. 7, no. 6, p. 308.

Gibson, F. & Bamford, O. 2001, "Focus group interviews to examine the role and development of the clinical nurse specialist", *J Nurs Manag.*, vol. 9, no. 6, pp. 331-342.

Gurka, A. M. 1991, "Process and outcome components of clinical nurse specialist consultation", *Dimensions of Critical Care Nursing*, vol. 10, no. 3, pp. 169-175.

Hamric, A. B. & Spross, J. A. 1989, "History and Overview of the CNS Role.," in *The clinical nurse specialist in theory and practice*, 2. ed. edn, Saunders, Philadelphia, pp. 3-18.

Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. 2005, *Advanced practice nursing. an integrative approach*, 3. ed. edn, Saunders, St. Louis.

Harder, I. 2007, "[Debat] ; Dyrt med mangel på fælles fodslag", *Sygeplejersken*, vol. 107, no. 15, p. 27.

Hemstrup-Hansen, R. 1981, "Skridt på vejen mod uddannelse af klinisk specialist i onkologisk sygepleje", *Sygeplejersken*, vol. 81, no. 42.

Herold, S. 1995, "Specialisering på vej", *Sygeplejersken*, vol. 95, no. 6.

Holst, L. 1994, "Transplantationssygeplejerske - et utraditionelt sygeplejejob", *Kliniske sygepleje*, vol. 8, no. 1, pp. 14-17.

Ingersoll, G. L. 1988, "Evaluating the impact of a clinical nurse specialist", *Clin Nurse Spec*, vol. 2, no. 3, pp. 150-155.

Jones, M. L. 2005, "Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: systematic review and meta-synthesis", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 49, no. 2, pp. 191-209.

Keane, A., Richmond, T., & Kaiser, L. 1994, "Critical care nurse practitioners: evolution of the advanced practice nursing role", *Am J Crit Care*, vol. 3, no. 3, pp. 232-237.

- Keeling, A. W. & Bigbee, J. L. 2005, "The History of Advanced Practice Nursing in the United States," in *Advanced practice nursing. an integrative approach*, 3. ed. edn, A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, eds., Saunders, St. Louis, pp. 3-46.
- Kirkevold, M. 1997, "Integrative nursing research - an important strategy to further the development of nursing science and nursing practice", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 25, pp. 977-984.
- Kjeldstadli, K. & Bryld, C. 2001, *Fortiden er ikke hvad den har været - en indføring i historiefaget*, 1. udgave edn, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.
- Kruckow, C. Connie Kruckows svar på fem spørgsmål om udviklings- og oversygeplejerskers fremtid. Internetdokument 2005 . 2005. Dansk Sygeplejeråd.
Ref Type: Electronic Citation
- Kruckow, C. 2007, "Svar til Ingegerd Haarder", *Sygeplejersken*, vol. 107, no. 15, p. 27.
- Kusk, U. 1995, *Ledelse af sygeplejen*, 1. udgave edn, Nyt Nordisk Forlag, Kbh.
- Long, K. A. 1994, "Master's Degree Nursing Education and Health Care reform: Preparing for the Future", *Journal of Professional Nursing*, vol. 10, no. 2, p. 74.
- Lorensen, S. M., Lichtenberg, S. A., Jensdottir, G. A. B., Johansson, B. H., & Engfeldt, L. 2002, "Required and prosessed competencies of nurse leaders in the primary health care settings of the Nordic Countries", *Vård i Norden*, vol. 22, no. 4, pp. 31-37.
- Lorensen, A. 1987, "Klinisk sygeplejespecialist - hvad, hvorfor, hvordan og hvor", *Fokus på sygeplejen* no. 1987, pp. 130-145.
- Luke, L. & Reipurth, G. 1988, "Stomisygeplejersken - hvad laver hun?", *Sygeplejersken*, vol. 88, no. 46, pp. 30-35.
- Martin, P. J. 1999, "An exploration of the services provided by the clinical nurse specialist within one NHS trust", *J Nurs Manag.*, vol. 7, no. 3, pp. 149-156.
- Mathisen, L., Andersen, M. H., Breimoen, M., Førsum, A. J., Gloppstad, K., & Rønnevig, M. 1997, "Ny karrierevei ved Rikshospitalet", *Sykepleien*, vol. 97, no. 8.
- McCreadie, M. 2001, "The role of the clinical nurse specialist", *Nurs Stand.*, vol. 16, no. 10, pp. 33-38.
- McFadden, E. A. & Miller, M. A. 1994, "Clinical nurse specialist practice: facilitators and barriers", *Clin Nurse Spec*, vol. 8, no. 1, pp. 27-33.
- Mick, D. J. & Ackerman, M. H. 2000, "Advanced practice nursing role delineation in acute and critical care: application of the strong model of advanced practice", *Heart Lung*, vol. 29, no. 3, pp. 210-221.
- Møldrup, I. & Bidstrup, K. 1992, "Undervisning på stedet", *Sygeplejersken*, vol. 92, no. 7.

- Munck, F. 1988, "Cancersygepleje - et eksempel på et klinisk speciale," in *Fokus på sygeplejen 1988*, B. Persson & R. Truelsen, eds., Munksgaard, Kbh., pp. 64-71.
- Muus, I. 1990, "Klinisk sygeplejespecialist i primær sektor?", *Klinisk sygepleje*, vol. 4, no. 1, pp. 2-9.
- National Association of Clinical Nurse Specialists 2004, *Statement on Clinical Nurse Specialist Practice and Education*, 2 edn, National Association of Clinical Nurse Specialists, Harrisburg, PA.
- National Association of Clinical Nurse Specialists. Describing CNS practice and NACNS member benefits. Intended for educators or nurses to describe or explore CNS practice. <http://www.nacns.org/membership.pdf> . 2008. National Association of Clinical Nurse Specialists.
Ref Type: Electronic Citation
- Naylor, M. D. & Brooten, D. 1993, "The roles and functions of clinical nurse specialists", *Image J.Nurs.Sch*, vol. 25, no. 1, pp. 73-78.
- Nyholm, R. 1980, "Harde vi dog blot en klinisk sygeplejespecialist", *Sygeplejersken*, vol. 80, no. 33, pp. 4-7.
- O'Malley, J., Cummings, S., & King, C. S. 1996, "The politics of advanced practice", *Nurs Adm Q.*, vol. 20, no. 3, pp. 62-72.
- Palsbo, S. 2007a, "Dansk Sygeplejeråd fastslår: Ekspertsygeplejersker giver bedre kvalitet", *Sygeplejersken*, vol. 07, no. 11.
- Palsbo, S. 2007b, "Nytænkningens sundhedsvæsen", *Sygeplejersken*, vol. 07, no. 11.
- Peplau, H. 2003, "Specialization in Professional Nursing - Published 1965 in Nursing Science - reprinted here", *Clinical Nurse Specialist*, vol. 17, no. 1, pp. 3-9.
- Perron, A. & Holmes, D. 2006, "Advanced practice: A clinical or political issue?", *Can.Nurse*, vol. 102, no. 7, pp. 26-8, 35.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2006, *Essentials of Nursing Research - Methods, Appraisal and Utilization*, 6 edn, LippincottWilliams & Wilkins, Philadelphia.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. 2004, *Nursing research: Principles and methods*, 7. edition edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, Pa.
- Poulsen, I. & Voigt, J. 1999, "Forskning og udvikling i sygeplejen - lederen", *Sygeplejersken*, vol. 99, no. 52.
- Prichard, L. C., Norville, R., Oakes, L. L., Gattuso, J. S., & Howard, V. C. 1994, "The natural connection: the clinical nurse specialist and bedside nursing research", *Clin Nurse Spec*, vol. 8, no. 6, pp. 307-10, 318.

Profetto-McGrath, J., Smith, K. B., Hugo, K., Taylor, M., & El-Hajj, H. 2007, "Clinical nurse specialists' use of evidence in practice: a pilot study", *Worldviews.Evid.Based.Nurs.*, vol. 4, no. 2, pp. 86-96.

Reiter, F. 1966, "The nurse clinician", *Am J Nurs*, vol. 66, pp. 274-280.

Retsas, A. 2000, "Barriers to using research evidence in nursing practice", *31*, vol. 3, pp. 599-606.

Rienecker, L. & Jørgensen, P. S. 2005, *Den gode opgave - håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser*, 3 edn, Forlaget Samfundslitteratur, København.

Rose, S. B., All, A. C., & Gresham, D. 2002, "Role preservation of the clinical nurse specialist and the nurse practitioner", *Internet Journal of Advanced Nursing Practice*, vol. 5, no. 2, p. -13p.

Schaefer, K. M. 1991, "Taking care of the caretakers: a partial explanation of clinical nurse specialist practice", *J Adv Nurs*, vol. 16, no. 3, pp. 270-276.

Scott, R. A. 1999, "A description of the roles, activities, and skills of clinical nurse specialists in the United States", *Clin.Nurse Spec.*, vol. 13, no. 4, pp. 183-190.

Sechrist, K. R. & Berlin, L. E. 1998, "Role of the clinical nurse specialist: an integrative review of the literature", *AACN.Clin.Issues*, vol. 9, no. 2, pp. 306-324.

Sixtus Jensen, C. 2007, "Kliniske ekspertsygeplejersker bør bruges mere", *Sygeplejersken*, vol. 07, no. 15.

Smith, M. L. 1971, "The Clinical Specialist: Her Role in Staff Development", *Journal of Nursing Administration*, vol. 71.

Sparacino, P. S. A. 1990, "Review of research relevant to the clinical nurse specialist role," in *The Clinical Nurse Specialist. Implementation and Impact.*, P. S. A. Sparacino, D. M. Cooper, & P. A. Minarik, eds., Appleton & Lange., Norwalk, Connecticut., pp. 77-82.

Sparacino, P. S. A. 1993, "Applying theory and research to clinical practice: a CNS responsibility", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 7, no. 2, p. 54.

Sparacino, P. S. A. 1995a, "Demonstrating CNS impact on patient outcomes", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 9, no. 5, p. 240.

Sparacino, P. S. A. 1995b, "Is there a CNS in the house?", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 9, no. 1, p. 2.

Sparacino, P. S. A. 2005, "The Clinical Nurse Specialist," in *Advanced practice nursing. an integrative approach*, 3. ed. edn, A. B. Hamric, J. A. Spross, & C. M. Hanson, eds., Saunders, St. Louis, pp. 415-446.

Sparacino, P. S. A., Cooper, D. M., & Minarik, P. A. 1990a, *The Clinical Nurse Specialist: Implementation and Impact* Appleton & Lange.

Sparacino, P. S. A., Cooper, D. M., & Minarik, P. A. 1990b, *The Clinical nurse specialist. implementation and impact* Appleton & Lange.

Steenberg, D. 2007, "Svar til Claus Sixtus Jensen", *Sygeplejersken*, vol. 07, no. 15.

Stoltz, P., Willman, A., Bahtsevani, C., & Spliid Ludvigsen, M. 2007, *Evidensbaseret sygepleje. en bro mellem forskning og klinisk virksomhed*, 2. udgave edn, Gad, Kbh.

Sundhedsstyrelsen. Råd for sygeplejerskers special- og videreuddannelser. www.sst.dk . 2004. Sundhedsstyrelsen.

Ref Type: Electronic Citation

Tewes, M. "Forskningsbaseret uddannelse - betragtninger fra en centerchefs sygeplejerske", in *Jubilæums skrift i anledning af Afdeling for Sygeplejevidenskab 5 år, 12.januar 2006*, L. Uhrenfeldt & M. Kirkevold, eds., Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Århus, pp. 15-20.

Tewes, M. 2007, "Sygepleje som profession - og hjertesag!", *IndenRigs - Nyhedsbrev for Rigshospitalets medarbejdere*, vol. 9, p. 1.

Unna-Lindhard, M. 1994, "Lad bredden blive styrken", *Sygeplejersken* no. 44.

Walker, M. L. 1986, "How nursing service administrators view clinical nurse specialists", *Nursing Management*, vol. 17, no. 3, pp. 52-54.

Weile, L. 1981, "Viden og kunnen er vejen til faglig identitet", *Sygeplejersken*, vol. 38, pp. 12-13.

Willman, A. & Stoltz, P. 2003, *Evidensbaseret sygepleje, en bro mellem forskning og klinisk virksomhed* C.E.C.Gads Forlag, København.

Wilson-Barnett, J. & Beech, S. 1994, "Evaluating the clinical nurse specialist. A review", *Int.J Nurs Stud.*, vol. 31, no. 6, pp. 561-571.

Wingender, N. B. 1999, *Firkløveret og ildsjælene - Dansk Sygeplejeråds historie 1899-1999* Dansk Sygeplejeråd, København.

Winsløw, B. 1981, "Vi har kunnet tilbyde syge børn og deres forældre større hjælp", *Sygeplejersken*, vol. 81, no. 11, pp. 4-6.

Wintlev-Jensen, A., Hansen, R., Larsen, E., Villadsen, B., & Petersen, M. 1993, "Klinisk oversygeplejerske", *Fokus på sygeplejen* no. 1993, pp. 71-80.

Wojner, A. W. & Kite-Powell, D. 1997, "Outcomes manager: a role for the advanced practice nurse", *Crit Care Nurs Q.*, vol. 19, no. 4, pp. 16-24.

Woodrow, M. & Bell, J. 1971, "Clinical Specialization: Conflict between Reality and Theory", *Journal of Nursing Administration*, vol. 71.

12.0 Bilagsliste

- Bilag 1: Funktionsbeskrivelse Udviklingssygeplejerske, Odense Universitetshospital
- Bilag 2: Funktionsbeskrivelse Klinisk oversygeplejerske, Steno Diabetes center
- Bilag 3: Funktionsbeskrivelse Udviklingsansvarlig sygeplejerske, Århus sygehus
- Bilag 4: Funktionsbeskrivelse Klinisk sygeplejespecialist, Århus sygehus.
- Bilag 5: Søgehistorie PubMed
- Bilag 6: Søgehistorie CINAHL

Odense Universitetshospital
Administrationschefens Kontor

21. november 2001
KTH/aka

FUNKTIONSBESKRIVELSE FOR UDVIKLINGSSYGEPELEJERSKE

Formål:

Udviklingssygeplejersken er ansvarlig for at fastholde kvaliteten af og udvikle den kliniske sygepleje i overensstemmelse med afdelingens målsætning samt udviklingen indenfor sygeplejen nationalt og internationalt. Målgruppen er således patienterne.

Organisatorisk placering:

Stab til afdelingsledelsen (AL), refererer til AL ved oversygeplejersken.

	Udviklingssygeplejerske
Funktionen:	<ul style="list-style-type: none"> - retter sig imod den færdiguddannede sygeplejerske, social- og sundhedsassistent og sygehjælper. - udarbejder i samarbejde med afdelingsledelsen strategi- og handleplaner for afdelingen, herunder for udvikling af sygepleje. - samarbejder med de øvrige udviklingssygeplejersker på OUH henholdsvis SHF, og deltager i udvalgsarbejde med relation til sygeplejens udvikling i afdelingen, samt arbejdsgrupper på hospitalet til gavn for udviklingen af den kliniske sygepleje.
Ansvar for og kompetence til at:	<ul style="list-style-type: none"> - sikre, at der er sammenhæng mellem patienternes behov og sygeplejens udvikling, at der er en høj sygeplejefaglig kvalitet i alle patientforløb, herunder at den kliniske sygepleje er videns- og evidensbaseret. - ansvarlig for evaluering og justering af eget funktionsniveau i relation til afdelingens behov.
Funktionsområde:	<ul style="list-style-type: none"> - størrelsen består typisk af flere sengeafsnit, ambulatorier, operationsafsnit mv.

Arbejdsopgaver:	<ul style="list-style-type: none"> - være rollemodel i den kliniske praksis i forhold til adfærd, holdninger mm. - orientere afdelingen om relevant litteratur samt opbygge og ajourføre afdelingens sygeplejefaglige bibliotek. - informere afdelingen om udviklingen indenfor sygeplejen nationalt og internationalt.
Undervisning og vejledning:	<ul style="list-style-type: none"> - identificere undervisningsbehov samt planlægge, undervise og foranledige undervisning internt i emner relateret til udvikling og klinisk sygepleje, - evaluere og justere introduktionsmateriale for sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, - generel introduktion af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygehjælpere, - vejlede sygeplejersker i at udføre kvalitets- og udviklingsprojekter indenfor klinisk sygepleje.
Opgaveløsning:	<ul style="list-style-type: none"> - placeringen indebærer mange samarbejdspartnere, idet der dels skal koordineres på tværs, dels skal initieres nye tiltag på overordnet niveau.
Kvalitetssikre og udvikle:	<ul style="list-style-type: none"> - sikre kvaliteten af den kliniske sygepleje i afdelingen; identificere problemstillinger, der er relevante i udviklingen af afdelingens sygepleje; vejlede i forhold til komplicerede sygeplejeforløb/patientforløb. - udarbejde, evaluere og justere vejledninger og undervisningsmateriale til patienter og pårørende. - udvikle den kliniske og sygeplejefaglige kompetence i afdelingen. - koordinere udviklingstiltag indenfor sygeplejen. - inspirere til, initiere, udføre og implementere kliniske kvalitetssikringsprojekter og udviklingsprojekter i forhold til afdelingens strategi- og handleplan for sygeplejen.

Kvalifikationer for varetagelse af ovenstående funktioner:

- autorisation som sygeplejerske.
- sygeplejefagligt diplomstudie.
- dokumenteret klinisk erfaring, gerne indenfor det pågældende eller beslægtede speciale(r).
- dokumenteret erfaring i undervisning og vejledning.
- dokumenteret erfaring fra klinisk udviklings- og kvalitetsarbejde.

STENO DIABETES CENTER
2007-19 09

STILLINGSBESKRIVELSE

Klinisk Oversygeplejerske	
Navn	Initialer
Afd.nr 460	Lønnr.
Uddannelse Dansk autorisation som sygeplejerske Uddannet Diabetessygeplejerske - Skal have gennemgået uddannelsen svarende til SDC Diabetessygeplejeuddannelse, teoretisk såvel som praktisk, eller besidde kompetencer svarende til SDC diabetessygeplejerske uddannelsen	
Titel Klinisk Oversygeplejerske	
Stillingskategori, Oversygeplejerske	

Organisatorisk placering
Afdeling, team Stabsfunktion til den ledende oversygeplejerske.
Stedfortræder Den ledende oversygeplejerske
Reference til Den ledende oversygeplejerske

Ledelsesansvar
Personale
Fagligt I samarbejde med den ledende oversygeplejerske, sikre at patienterne modtager en optimal sygeplejefaglig pleje herunder at sikre at kvaliteten af den kliniske sygepleje udvikles og anvendes. Igangsætte forsknings- og udviklingsopgaver i tæt samarbejde med klinisk praksis. Være ansvarlig for implementering af udviklings og forskningsresultater. Ansvarelig for at kvaliteten i den kliniske diabetologiske svæpleje sikres og udvikles i

sengedag afsnittet, Ambulatoriet, Type 2 klinikken også i samarbejde med kliniske specialister i Diabetesenheden på RH.

Funktioner

Ansvarsområde:

Tage initiativ til og deltage i justering og videreudvikling af de sygeplejefaglige strategier så der er i overensstemmelse med kravene til sygepleje professionen.

Medansvarlig for at klinikkens uddannelsesprogrammer udvikles og opdateres, at der indarbejdes ny evidensbaseret viden og relevant materiale implementeres.

Kompetenceudvikling og supervision af sygeplejerskerne, herunder i samarbejde med den ledende oversygeplejerske og afdelingssygeplejerske i sengedagafsnittet, at planlægge og gennemføre uddannelsesforløb til diabetessygeplejerske.

Medansvarlig for at funktionsbeskrivelser udvikles og revideres i takt med de sygeplejefaglige opgaver udvikles.

Formand for "Klinisk sygepleje forum" jf. kommissoriet for sygeplejersker der arbejder med udviklingsopgaver på SDC.

Ansvarlig for identifikation og analyse af sygeplejefaglige problemstillinger, herunder implementering, evaluering, vedligeholdelse og udvikling af kvaliteten af den kliniske sygepleje herunder instrukser, standarder og vejledninger.

Ansvarlig for at igangsætte og gennemføre forsknings- og udviklingsprojekter der understøtter en forskningsbaseret sygepleje, herunder vejledning af projekter i klinikken.

At supervisere de kliniske specialister i forbindelse med udviklingen af ekspertsygeplejen på særlige områder.

Uddannelsesansvarlig for de sygeplejestuderende i praktik.

Opbygge samarbejde med uddannelsesenheden SEC.

At påtage sig relevante undervisningsopgaver i relation til sygeplejersker, sygeplejestuderende og anden postgraduat undervisning. Herunder deltage i undervisning af personale internt, i tværgående afdelinger og eksternt.

Medlem af "posterudvalget", herunder udarbejdelse og vedligeholdelse af patientinformationsmateriale herunder pjecer og postere i ambulatoriets venteareal samt på sengedagafsnittet.

Nøglemål:

- At bidrage til et godt tværfagligt miljø.

- At styrke evidensbaseret praksis samt sikre den sygeplejefaglig kvalitet.
- At sikre at sygeplejerskerne er kvalificeret til at varetage opgaverne.
- At sikre at sygeplejefaglige projekter og ideer diskuteres i sygeplejegruppen.
- At miljøet for læring styrkes og udvikles.
- Medvirke til et godt forsknings- og udviklingsmiljø.
- At være med til at profilere sygeplejen ved at deltage i formidling af forsknings og udviklingsresultater internt og gennem ekstern formidling og publicering.
- At deltage i den forestående akkreditering af hospitalet.

Arbejdsopgaver,

Klinisk arbejde, herunder undervisning og funktion som supervisor for sygeplejersker og sygeplejestuderende.

% tid

40%

Evidensbaseret klinisk udviklingsarbejde.

60%

Ansvarsfordeling

Samarbejdspartnere

Den ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejerske, koordinerende sygeplejersker, sygeplejersker, læger, kvalitetsmedarbejder samt øvrige personale på SDC. Personale på andre hospitaler, primær sundhedstjeneste og uddannelsesinstitutioner herunder UCSF, Faglige selskaber, CVU samt sygeplejeskoler. Det forventes at den kliniske oversygeplejerske prioriterer og opbygger sygeplejefagligt netværk med henblik på at udvikle forskningen i den kliniske sygepleje.

Kompetence, beføjelser

- Kompetence til at igangsætte, udvikle og indgå i tværgående opgaver og udviklingsprocesser på Steno Diabetes Center.
- I tæt samarbejde med og være sparringspartner for den ledende oversygeplejerske, afdelingssygeplejersken på sengeafdelingen, de koordinerende sygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister, om at udvikle den kliniske sygepleje til mennesker med diabetes.

Faglige kvalifikationer

- Videreuddannelse på kandidat- eller master niveau.
- Teoretisk viden og bred klinisk erfaring indenfor diabetesområdet.
- Dokumenteret erfaring med vejledning, undervisning, forsknings- og projektarbejde.
- Erfaring med kvalitetsudvikling og dokumentation.

Personlige kvalifikationer

- Høj grad af pædagogisk kompetence
- Evnen til at skabe resultater
- Koordinerings- og organisationstalent.
- Gode formidlingsevner mundtlig og skriftligt på dansk såvel som på engelsk.
- Evne til at uddelegere opgaver og ansvar
- Høj grad af kommunikative evner

Budgetansvar

Ja Nej

Ansættelsesvilkår

Overenskomstansat – skalatrin.

Øvrigt

Funktionsbeskrivelsen er gældende for 1 år og skal herefter evalueres

Underskrift og dato

Lederen

Medarbejderen

Stillingsbeskrivelse - Udviklingssygeplejerske

Stillings- og funktionsbeskrivelse for:

Udviklingsansvarlig sygeplejerske

Hæmatologisk Afdeling R, Århus Sygehus

Stillingsbetegnelse	Udviklingsansvarlig sygeplejerske
Organisatorisk placering	Stabsfunktion til afdelingsledelsen Reference til oversygeplejersken
Ansvars- og kompetenceområde	Udvikle kompetencestrategi for plejepersonalet i overensstemmelse med de overordnede intentioner og de behov, der er i Hæmatologisk Afdeling Skabe vilkår for at plejepersonalet vedvarende udvikler sine kompetencer i den kliniske praksis Planlægge, tilrettelægge og koordinere interne undervisningsforløb for plejepersonalet og andre faggrupper Undervise og vejlede plejepersonale i emner, relateret til den kliniske praksis Etablere muligheder for, at der foregår læring i organisationen på såvel individ-gruppe og afdelingsniveau Fungere som pædagogisk konsulent i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> • implementeringsprocesser af sygeplejefaglige strategier • plejepersonale, der er involverede i udviklings- og forskningsprojekter, der fremmer den sygeplejefaglige kvalitet • etablering af læringsmiljøer, der fremmer den sygeplejefaglige kvalitet Udføre pædagogiske udviklingsprojekter Være aktiv i at skabe et udviklingsorienteret miljø i afdelingen Deltage i systematisk kvalitetsudvikling- og sikring i afdelingen Være aktiv i at rekruttere nye medarbejdere og at fastholde nuværende
Kvalifikationskrav	<ul style="list-style-type: none"> • Minimum diplomeksamen i sygepleje, sundhedsfaglig supervision og vejledning eller pædagogik, gerne kandidat- eller mastergrad inden for sygepleje, pædagogik eller lignende • Minimum 2 års klinisk erfaring • Skal kunne formidle viden og erfaring både skriftligt og mundtligt
Faglig udvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Indgå i afdelingens tværfaglige udviklings- og forskningsaktiviteter

	<ul style="list-style-type: none"> • Indgå i hospitalets faglige fora for udviklingsansvarlige sygeplejersker • Være opsøgende i forhold til relevante faglige fora både nationalt og internationalt
Løn- og ansættelsesvilkår	<ul style="list-style-type: none"> • Ifølge overenskomsten for sygeplejersker og radiografer • Lønnen er sammensat af grundløn på trin 8 + funktionsløn på + eventuel kvalifikationsløn • Ansættelse 37 timer / uge
Nærmeste daglige samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Oversygeplejersken (afdelingsledelsen) • Afdelingssygeplejersker og afdelingens specialeansvarlige sygeplejersker • Den kliniske sygeplejespecialist • Øvrige sygeplejefaglige ressourcepersoner (projektsygeplejersker m.m) • De forskellige faggrupper i plejepersonalegruppen

Stillingsbetegnelse	Klinisk sygeplejespecialist
Organisatorisk placering:	Stabsfunktion til afdelingsledelsen. Sygeplejefaglig reference til oversygeplejersken. Forskningsfaglig reference til specialalets kliniske professor.
Ansvars- og kompetenceområder:	<p>Professionelt ansvar for udøvelse og udvikling af forskningsbaseret klinisk sygeplejepsiksis:</p> <p><u>Klinisk specialistvirksomhed</u> Sikre patienten den højeste mulige sygeplejekvalitet inden for specifikke kliniske områder og patientforløb.</p> <p>Demonstrere klinisk ekspertise i forhold til nærmere definerede patientsituationer og/eller patientforløb.</p> <p>Identificere og analysere kliniske problemstillinger med henblik på udøvelse af forskningsbaseret praksis.</p> <p>Medvirke til monitorering af sygeplejekvaliteten i praksis.</p> <p><u>Forskning</u> Gennemføre egen forskning. Deltage i monofagligt og tværfagligt forskningssamarbejde.</p> <p>Opsøge og vurdere forskningsresultater samt initiere implementering i klinisk praksis.</p> <p>Udarbejde kliniske retningslinier efter behov.</p> <p><u>Konsulentvirksomhed</u> Fungere som konsulent for sygeplejersker, andre faggrupper i klinikken samt eksterne samarbejdspartnere med henblik på udvikling og udøvelse af forskningsbaseret praksis.</p> <p>Fungere som sygeplejefaglig rådgiver for afdelingsledelsen</p> <p><u>Undervisning</u> Medvirke til at patienter og pårørende tilbydes forskningsbaseret vejledning og undervisning.</p> <p>Medvirke til udvikling af personalets kliniske kompetencer inden for den grundlæggende sygepleje og specialistområdet gennem formidling af forskningsbaseret viden.</p>
Kvalifikationskrav:	<p>Mastergrad, kandidatgrad, eller tilsvarende. Minimum 4 års klinisk erfaring inden for specialaet. Avanceret teoretisk viden inden for området. Erfaring med kvalitetsudvikling, projektarbejde og forskning.</p>
Faglig udvikling:	<p>Indgå i netværk for kliniske sygeplejespecialister, i forskningsenheder, og i faglige miljøer lokalt, på landsplan og internationalt. Deltage i regionale, nationale og internationale forskningskonferencer. Deltage i relevant efteruddannelse. Minimum 25% gennemfører en Ph.d.-uddannelse.</p>

Revideret december 2005 af netværksgruppen for kliniske sygeplejespecialister ved Århus Sygehus

Godkendt af chef-sygeplejerske Kirsten Bruun den 9. december 2005

Bilag 5: Søgehistorie PubMed

<u>#23</u> Search #19 AND #6 AND #9 AND #3	10:00:35	<u>624</u>
<u>#24</u> Select 20 document(s)	10:00:35	<u>20</u>
<u>#22</u> Search #19 AND #6 AND #9	09:53:06	<u>7095</u>
<u>#21</u> Search #19 AND #14 AND #3	09:50:44	<u>0</u>
<u>#20</u> Search #19 AND #14 AND #9 AND #6 AND #3	09:49:03	<u>0</u>
<u>#19</u> Search "Nursing"[Mesh]	09:46:34	<u>182827</u>
<u>#14</u> Search Clinical Practice	09:38:09	<u>416</u>
<u>#9</u> Search "Nursing Process"[Mesh]	09:25:28	<u>59244</u>
<u>#6</u> Search "Role"[Mesh]	09:06:55	<u>65067</u>
<u>#3</u> Search "Nurse Clinicians"[Mesh]	09:01:58	<u>6323</u>

Bilag 6: Søgehistorie CINAHL



#	Query	Limiters/Expanders	Last Run Via	Results
S10	S4 and S3 and S2 and S1	Limiters - Language: English	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	6
S9	TX "Caregivers" AND TX "Caregivers" AND (TX "Clinical Nurse Specialists" OR TX "Family Centered Care" OR TX "Family Nursing" OR TX "Heart Failure, Congestive")	Limiters - Language: English	Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	314
S8	S4 and S2		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	2740
S7	S3 and S2		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	623
S6	S4 and S2 and S1		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	300
S5	S3 and S2 and S1		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	22
S4	(nursing role) or (MH "Nursing Role")		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	23196
S3	(nursing intervention) or (MH "Nursing Interventions")		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	4231
S2	(nursing practice) or (MH "Nursing Practice")		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	31018
S1	(clinical nurse specialist) or (MH "Clinical Nurse Specialists")		Interface - EBSCOhost Search Screen - Advanced Search Database - CINAHL	3783