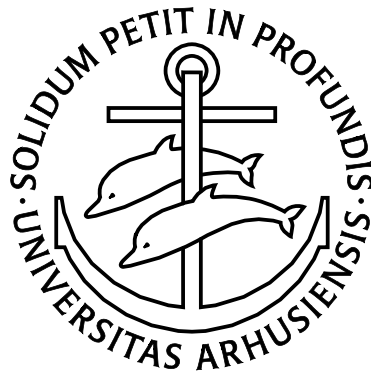


Kandidatspeciale



At finde sin lille sti i det store morads

– en kvalitativ undersøgelse af kliniske
sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion
i praksis

af

Trine Bernholdt Rasmussen

Navn: Trine Bernholdt Rasmussen
Modul: Kandidatspeciale
Måned og år: Juni 2010
Vejleder: Ingegerd Harder
Anslag: 119.582

At finde sin lille sti i det store morads

– en kvalitativ undersøgelse af kliniske
sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion
i praksis

af

Trine Bernholdt Rasmussen

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

Indholdsfortegnelse

Resumé	1
Summary	2
1.0 Indledning	3
2.0 Baggrund	4
2.1 Kliniske sygeplejespecialister i Danmark	4
2.1.1 Titler og kvalifikationer	5
2.1.2 Funktioner og ambitioner	9
2.2 Sammenfatning - kliniske sygeplejespecialister i Danmark	11
2.3 Internationale tendenser	12
2.4 Indkredsning af problemstilling	13
3.0 Formål	13
3.1 Centrale begreber	14
4.0 Metode	15
4.1 Undersøgelsens forståelsesramme	15
4.2 Den teoretiske del af undersøgelsen	17
4.3 Den empiriske del af undersøgelsen	18
4.3.1 Udvælgelse af informanter	19
4.3.2 Interview og transskribering	20
4.3.3 Ethiske overvejelser	20
4.3.4 Analyseværktøj	21
5.0 Præsentation af fund fra teoretisk undersøgelse	23
5.1 Rolleforvirring og forventninger	23
5.2 Relationer	24
5.4 Karakteristika og kvalifikationer	25
5.6 Delkonklusion - teoretisk undersøgelse	26
5.7 Tematisering af interviewguide	27
6.0 Præsentation af fund fra empirisk undersøgelse	28
6.1 At være drevet af lysten til at forandre og forbedre	28
6.2 At tilegne sig viden gennem uddannelse og praksis	29
6.3 At udvikle andre væsentlige kompetencer	30
6.4 At samarbejde med betydningsfulde nøglepersoner	31
6.5 At søge og modtage støtte og sparring	32
6.6 At udvikle praksis i praksis	33
6.7 At kende og afgrænse sit arbejdsfelt	34
6.8 Delkonklusion - empirisk undersøgelse	37
7.0 Diskussion	38
7.1 Diskussion af fund fra den teoretiske og empiriske undersøgelse	39
7.2 Diskussion med Benner og Uhrenfeldt	43
8.0 Metodediskussion	46
9.0 Konklusion	48
10.0 Perspektivering	49
11.0 Referenceliste	51
12.0 Bilagsoversigt	56

Resumé

Titel: At finde sin lille sti i det store morads - En kvalitativ undersøgelse af kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis.

Formålet med dette speciale er, at udforske kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis, og udvikle en øget forståelse for de faktorer, der er betydningsfulde, og kan påvirke de daglige opgaver og resultatet af deres arbejde.

Semistrukturerede kvalitative interview, baseret på fund fra en systematisk litteraturgennemgang, blev gennemført med fire kliniske sygeplejespecialister. De empiriske fund afslørede syv centrale temaer; *At være drevet af lysten til at forandre og forbedre, At tilegne sig viden gennem uddannelse og erfaring, At udvikle andre væsentlige kompetencer, At samarbejde med betydningsfulde nøglepersoner, At søge og modtage støtte og sparring, At udvikle praksis i praksis og At kende og afgrænse sit arbejdsfelt.* De særlige egenskaber og karakteristika, der driver de kliniske sygeplejespecialister til at arbejde med at forbedre praksis, og som gør dem i stand til, at tilegne sig relevante kompetencer, synes særligt betydningsfulde. Egenskaberne anvendes også i deres bestræbelser på at etablere samarbejdsrelationer, som de er udpræget afhængige af, når de skal realisere deres ambitioner om at forbedre den kliniske sygeplejepsiksis.

Summary

Title: To find ones pathway in the great morass - A qualitative study of clinical nurse specialists' lived experiences of their role in practice.

The aim of this thesis was to explore the clinical nurse specialists' (CNS's) lived experience with their role in practice, and to develop an understanding of the factors that are important, and might influence the daily tasks and results of their work. Semistructured qualitative interviews, based on the findings of a systematic literature review, were carried out with four clinical nurse specialists. The empirical findings reveal seven main themes in the CNSs lived experience; *To be driven by the desire to develop and improve*, *To gain knowledge through education and experience*, *To develop other important competencies*, *To collaborate with significant keypersonnel*, *To seek and receive support and professional advice*, *To develop practice in practice* and *To know and limit ones scope of practice*. The special abilities and characteristics that motivate the CNS's in working towards improving practice, and that enable them to build relevant competencies seem particularly significant. The skills are also utilized in their efforts to establish collaborative relationships, on which they are thoroughly dependant, when they want to realize their ambitions to improve clinical nursing practice.

1.0 Indledning

Kliniske sygeplejespecialister i Danmark er genstand for undersøgelse i dette speciale, hvor jeg dels søger at afdække centrale aspekter omkring gruppen i den nationale og internationale litteratur, og dels undersøger, hvilke erfaringer de kliniske sygeplejespecialister selv har med deres funktion i praksis via en empirisk undersøgelse. Specialet bygger desuden på antagelsen om, at disse forhold har indflydelse på resultaterne af de kliniske sygeplejespecialisters arbejde og på udviklingen af den kliniske sygeplejepsiksis i Danmark.

Min interesse, for undersøgelsesfeltet i dette speciale, er ansporet af mine erfaringer fra mit arbejde som sygeplejerske og sygeplejerske med særligt ansvar¹ i Hjertecentret på Rigshospitalet. Centerchefs sygeplejerske Marianne Tewes' visioner for sygepleje af høj kvalitet og for anvendelsen af akademisk uddannede sygeplejersker i praksis, betød, at kliniske sygeplejespecialister blev ansat i alle hjertecentrets afsnit fra cirka 1998 og frem (Tewes, Pedersen 2006). Ambitionen var, at de kliniske sygeplejespecialister skulle være ude i praksis, tæt på patienterne og som rollemodel for sygeplejerskerne, samtidigt med at de skulle udvikle den kliniske sygeplejepsiksis (Tewes, Pedersen 2006, Tewes 2006). Trods gode intentioner, oplevede jeg ofte frustrationer både blandt de kliniske sygeplejespecialister, og de sygeplejersker de samarbejdede med. De kliniske sygeplejespecialister oplevede indimellem, at de forventninger der blev stillet til dem var vanskelige at leve op til i virkeligheden, og de konstante krav om forandring og forbedring kunne føles som et stort pres for alle implicerede parter, især sygeplejerskerne i den direkte patientpleje. Der var desuden ofte forskelligrettede forventninger blandt diverse samarbejdspartnere til, hvad de kliniske sygeplejespecialister kunne, og skulle, bruge især deres akademiske kompetencer til. På mit kandidatstudie, blev min interesse for feltet yderligere skærpet, da jeg i mødet med sygeplejersker fra andre landsdele erfarede, at situationen omkring kliniske sygeplejespecialister kunne se meget anderledes ud andre steder i landet, men at der tilsyneladende var tilsvarende erfaringer med frustration og uklarhed omkring funktionen. Desuden opdagede jeg, at nogle af de erfaringer, jeg havde gjort mig i praksis, allerede var beskrevet i den internationale litteratur, som også bød på andre spændende vinkler på emnet.

¹ Vagtfri stilling med særligt ansvar for udvalgte udviklingsområder.

2.0 Baggrund

I nedenstående vil jeg forsøge at belyse opkomsten og udviklingen af kliniske sygeplejespecialister i Danmark. Jeg vil søge at afdække centrale aspekter i den tidligere og aktuelle debat, og danne et overblik over de tendenser og problemstillinger, der kan identificeres i den eksisterende litteratur. Derefter vil jeg kort ridse nogle af de internationale tendenser vedrørende kliniske sygeplejespecialister op.

2.1 Kliniske sygeplejespecialister i Danmark

I Danmark eksisterer der en række forskellige stillingsbetegnelser for sygeplejersker, der arbejder med at udvikle og forbedre klinisk sygeplejepraksis². De hyppigst forekommende er udviklingssygeplejerske, udviklingsansvarlig sygeplejerske, klinisk oversygeplejerske³, klinisk sygeplejespecialist, klinisk udviklingssygeplejerske og specialeansvarlig sygeplejerske. En rapport fra sundhedsstyrelsen fra 2009, søger at kortlægge og beskrive de forskellige stillingsbetegnelser for sygeplejersker med specialfunktioner i Danmark, og konkluderer, at der findes over tohundrede forskellige. Ovenfor nævnte stillingsbetegnelser befinder sig i én af to kategorier; *Kliniske funktioner* eller *Udvikling, kvalitet og dokumentation*, der i alt rummer fireogtyve forskellige titler og små trehundrede sygeplejersker, men det specificeres ikke yderligere, hvor mange der er i de enkelte grupper (Sundhedsstyrelsen. Uddannelse & Autorisation 2009: 45). I dette speciale har jeg valgt at have fokus på kliniske sygeplejespecialister med akademisk baggrund, som arbejder i klinisk praksis⁴, men at identificere denne gruppe og kortlægge opkomsten og udviklingen i antal, hvor de arbejder, og hvilke arbejdsopgaver og kvalifikationer de har, forudsætter et større 'arkæologisk' arbejde, som umiddelbart ikke lader sig gøre indenfor rammerne af dette speciale. Som jeg vil uddybe i det følgende, viste det sig hurtigt, at det at finde dokumenter, der beskæftigede sig med kliniske sygeplejersker, var udfordring, og at feltet var diffust og vanskeligt lod sig undersøge, ved isoleret at se på denne ene gruppe. Jeg valgte derfor, at anlægge et bredere fokus og inkluderede betegnelserne udviklingssygeplejerske og klinisk

² Jeg har valgt at afgrænse mig fra sygeplejersker, der arbejder med studerende og fra de nyligt omdiskuterede kliniske ekspertsygeplejersker, som endnu ikke eksisterer i praksis. For mere om kliniske ekspertsygeplejersker se evt. Rasmussen (Rasmussen 2010).

³ Betegnelsen ses ikke i nyere artikler, eller i søgning efter aktuelle stillingsopslag, og kunne således synes at være på vej ud til fordel for andre betegnelser.

⁴ Jeg er klar over, at jeg ved denne afgrænsning risikerer ikke at tegne et fyldestgørende billede, af de kompetente sygeplejersker der arbejder med udvikling og forbedring af klinisk sygeplejepraksis, men mener det er rimeligt at antage, at der kan drages paralleller til lignende stillinger.

oversygeplejerske, idet disse stillinger havde flest sammenfald og overlap med akademisk uddannede kliniske sygeplejespecialister. I mine bestræbelser på at belyse emnefeltet omkring de kliniske sygeplejespecialister i Danmark, søgte jeg indledningsvist bredt efter publiceret materiale i relevante tidsskrifter⁵, hjemmesider⁶ og databaser⁷ med en variation af søgeord⁸. Denne og relaterede kædesøgninger resulterede i cirka 20 mere eller mindre relevante dokumenter, som blev gennemgået til den følgende udredning. Blot én artikel baserede sig på en empirisk undersøgelse, men er dog ikke en decideret videnskabelig artikel (Darmer 1995)⁹. De resterende dokumenter er spredt ud over en 30 årig periode, med adskillige 'pauser' ind imellem, og består overvejende af forskellige aktørers betragtninger og kommentarer, eller beskrivelser af lokale tiltag. Debatten omkring kliniske sygeplejespecialister og de beslægtede funktioner, synes ikke at have fyldt meget, til trods for at de i stigende antal er blevet ansat, og har udviklet og søgt at konsolidere sig i praksis. Man kan altså med rimelighed sige, at hverken den reelle praksis eller holdninger og meninger om praksis med lethed lader sig undersøge, idet debatten har været sporadisk og sparsom, og de empiriske undersøgelser praktisk taget fraværende.

2.1.1 Titler og kvalifikationer

Christensen introducerer i artiklen *Den kliniske sygeplejespecialist – en tendens i sygeplejens udvikling* i 1980 betegnelsen klinisk sygeplejespecialist, som hun har stiftet bekendtskab med i USA (Christensen 1980). Hvornår og hvorfor andre stillingsbetegnelser er dukket op, er vanskeligt at afdække i det fundne materiale, men noget tyder på, at nogle titler, såsom klinisk oversygeplejerske, er opstået og har været foretrukket lokalt på et givent tidspunkt (Darmer 1995, Wintlev-Jensen et al. 1993). Delmar sonderer mellem udviklingspsygeplejersken som udvikler af fagets teorier, begreber og metoder på tværs af specialer, og betragter en klinisk specialist, som en, der har fokus på patientforløb og forskning indenfor et speciale (Delmar

⁵ Sygeplejersken.dk (1997-present), Klinisk sygepleje.dk (2002-present), Akademiske sygeplejersker/Foreningen for Akademiske Sygeplejersker i Danmark/FASID.dk (2005-present) og Tidsskrift for sygeplejeforskning/Dansk selskab for sygeplejeforskning.dk (2007-present)

⁶ FoKSy.dk/Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, DaSys.dk/Dansk Sygepleje Selskab, DSR.dk/Fagligt selskab for udviklingspsygeplejersker og kliniske oversygeplejersker og Kliniske sygeplejespecialister i Danmark/Sygeplejespecialister.blogspot.com

⁷ Bibliotek.dk, Goggle.dk, GoggleScholar.dk, SveMed+

⁸ *klinisk sygeplejespecialist, udviklingspsygeplejerske, klinisk oversygeplejerske* og på SveMed+ *clinical nurse specialist (MeSH nurse clinician), kliniska sjuksköterskor* og *kliniske sygeplejespecialister*.

⁹ Mindre spørgeskemaundersøgelse af kliniske oversygeplejersker kvalifikationer og arbejdsopgaver. Der mangler basale oplysninger om design og metode, hvilket gør det vanskeligt at vurdere validiteten af resultaterne.

2005). Denne skelnen er der tilsyneladende ikke konsensus omkring på landsplan, hvor udviklingssygeplejerske nogle steder refererer til en sygeplejerske, der netop arbejder med udvikling i praksis indenfor et speciale (Worm 2009). I DSR¹⁰ synes betegnelserne udviklingssygeplejerske og klinisk oversygeplejerske, at være de mest anvendte, og der er således også oprettet et fagligt selskab med disse stillingsbetegnelser i titlen¹¹. Det lader sig ikke opklare, hvorledes de forskellige betegnelser betragtes i forhold til hinanden, eller hvilke der eventuelt måtte være fællesbetegnelse for andre, hvilket også synes at variere lokalt. Det kan dog undre at FokSy og DSR har valgt at arbejde med betegnelser, der ikke har en engelsksproget pendant, i betragtning af den internationale karakter af videnskabeligt arbejde.

En hurtig gennemgang af stillingsannoncer og funktionsbeskrivelser afslører, at det aktuelt er i stillinger som klinisk oversygeplejerske, udviklingssygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist, hvor en akademisk uddannelse hyppigst, om ikke kræves, så efterspørges (se bilag 1). Det er dog ikke nødvendigvis en sygeplejefaglig overbygning¹², der kræves, og der sondres typisk ikke mellem master og kandidatniveau. Der ansættes således også sygeplejersker med master- og kandidatgrader fra andre mere eller mindre beslægtede felter, eksempelvis cand.scient.san., cand.pæd.soc., MPH, MHH og MSA¹³, for at nævne nogle få. Ingen af de nævnte stillingsbetegnelser, er mønsterbeskyttede eller søgt reguleret af en national kompetenceprofil. Hvilke uddannelses- og erfaringsmæssige kvalifikationer, der kræves for at bestride de forskellige stillinger, og hvilke forventninger der er til ansvar og opgaveløsning, varierer derfor både på landsplan og internt i regioner og kommuner (se bilag 1). Dette betyder givetvis, at der vil være store individuelle variationer i de kvalifikationer, disse sygeplejersker kan bringe i anvendelse, i arbejdet med at udvikle den kliniske sygeplejepspraksis, men også i de opgaver og det ansvar, der kan forventes at ligge i deres stilling. Det gør det desuden vanskeligt at få et overblik over, om stillinger med sammenfaldende arbejdsområder, men forskellige stillingsbetegnelser, eller stillinger med samme stillingsbetegnelse, men forskellige lokale funktionsbeskrivelser og forskellig uddannelses- og erfaringsmæssig baggrund, kan sammenlignes, undersøges eller beskrives i én og samme gruppe.

¹⁰ Dansk Sygeplejeråd.

¹¹ <http://www.dsr.dk/msite/frontpage.asp?id=177>

¹² Master i klinisk sygepleje (MKS) eller Kandidat i sygepleje (Cand.cur.).

¹³ Henholdsvis; Kandidat i sundhedsvidenskab, Kandidat i pædagogisk sociologi, Master of Public Health, Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling, Master i sundhedsantropologi (Svenningsen 2010)

Uklarhed omkring stillingsbetegnelser bliver problematiseret af Egerod i hendes artikel *Titlernes tag-selv-bord* fra 1996, hvor hun påpeger, at det bliver svært at vide, om der er tale om virkelige eller blot semantiske forskelle, og at de mange og upræcise titler, kan give et indtryk af en diffus profession med en uklar profil. Egerod anfægter også, at der ikke eksisterer en tilgængelig fortegnelse over officielle titler og antal af stillingsbetegnelser (Egerod 1996). I årenes løb har der været en række opfordringer til blandt andet DSR, om at udrede og eventuelt regulere feltet (Delmar 2005, Harder 2007, Luke, Reipurth 1988). Som kommentar til dette kan nævnes, at Norsk sykepleierforbunn, allerede i 1997 havde udviklet kriterier for at opnå godkendelse som klinisk sygeplejespecialist (Stenbek 1997). Dansk sygeplejeråd tager i årenes løb sporadisk emnet op, og får også etableret og præsenteret definitioner for funktionerne (Dansk Sygeplejeråd 1982, Dansk Sygeplejeråd 1986). I 1995 afholdes en konference om specialisering i sygepleje af DSR, hvor særligt afklaring af begreberne specialsygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist, er på dagsordenen. Med inspiration fra ICN¹⁴, bliver der opfordret til en styret udvikling indenfor specialisering i Danmark, da man ellers risikerer en usystematisk vækst af specialer, og en fragmentering og opsplitning af professionen. Det anbefales også, at udarbejde et sæt minimumstandarder for specialuddannede sygeplejersker (Herold 1995). Trods anbefalingerne, er der tilsyneladende ikke gjort mange tiltag fra centralt hold i denne retning endnu. Sundhedsstyrelsens rapport fra 2009 *Specialiseringer i sygeplejen* havde som nævnt til formål, at kortlægge og beskrive de forskellige stillingsbetegnelser indenfor sygeplejen, og var tiltænkt også at kunne imødekomme de mange opfordringer til udredning (Sundhedsstyrelsen. Uddannelse & Autorisation 2009). Rapporten kortlægger som tidligere nævnt, de mange forskellige betegnelser, men diskuterer ikke de problemer, der ligger i denne mangfoldighed, eller kommer med forslag til regulering (ibid). Der synes således fortsat at være et behov for udredning og afklaring, og for drøftelser og stillingtagen til en eventuel central styring og regulering af sygeplejersker med specialfunktioner, herunder kliniske sygeplejespecialister.

Hvilke uddannelsesmæssige kvalifikationer, der er nødvendige for at bestride de omtalte stillinger, synes der umiddelbart enighed om, blandt de forskellige debattører. Allerede i 1980, argumenterer Christensen for, at kliniske sygeplejespecialister i USA har en

¹⁴ International Counsel of Nursing.

sygeplejefaglig akademisk uddannelse, og hun opfordrer til, at man arbejder på at etablere tilsvarende i Danmark (Christensen 1980). Egerod peger i 1996 på det problematiske i, at titlerne klinisk sygeplejespecialist og klinisk oversygeplejerske lægger op til en klinisk ressourceperson i afdelingen, men at der ikke stilles formaliserede krav til udøverens uddannelse. Hun påpeger at 98 pct. af amerikanske kliniske sygeplejespecialister i 1990 havde en mastergrad, og til sammenligning havde ingen kliniske oversygeplejersker i Danmark i 1995 gennemført en kandidatuddannelse (Egerod 1996). Denne havde dog på daværende tidspunkt kun eksisteret i ganske få år i Danmark. Wintlev-Jensen tilkendegiver i 1993, at funktionen som klinisk oversygeplejerske er som skabt til cand.cur.'ere, til trods for at disse først lige er begyndt at 'udklækkes' på daværende tidspunkt, og påpeger da også, at der vil gå en årerække, før der er tilstrækkeligt med sygeplejersker til at honorere kravene, der også inkluderer udviklings- og forskningserfaring (Wintlev-Jensen et al. 1993). Også i det fagpolitiske system fremhæves det, at en akademisk uddannelse er en forudsætning for at arbejde med udvikling og forskning, og det fremføres at en stilling som eksempelvis klinisk sygeplejespecialist kræver 'mindst' en kandidatgrad i sygepleje (Herold 1995, Kruckow 2005). Sundhedsstyrelsen rapport fra 2009 refererer til NACNS¹⁵ definition af den kliniske sygeplejespecialist, hvor det fremgår at:

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

Der fokuseres altså i høj grad på en sygeplejefaglig akademisk uddannelse, men der gøres ingen tiltag fra centralt hold, for at anbefale eller stille krav om en sygeplejefaglig overbygning i de kliniske sygeplejespecialist stillinger, der som tidligere nævnt, ofte bestrides af sygeplejersker med en anden eller ingen akademisk uddannelse. Om dette skyldes kandidatuddannelsens relativ korte historie, og dermed en endnu ikke konsolideret kultur i sygeplejefaget, om det skyldes pragmatiske årsager hos de kommende kliniske sygeplejespecialister eller om opbakningen til kandidatuddannelsen i sygepleje er svækket gennem årene, vil jeg ikke gisne om, men der synes i al fald ikke, at være overensstemmelse mellem ambitioner og virkelighed.

¹⁵ National Association of Clinical Nurse Specialists

At den kliniske sygeplejespecialist og de beslægtede funktioner skal være erfarne klinikere har der tilsyneladende også været bred enighed om i alle årene (Christensen 1980, Weile 1981). I de senere år synes den mere specifikke viden at vægtes, og Tewes fremhæver ligesom Eg specialeerfaring og -viden (Tewes, Pedersen 2006, Eg, Sønder & Lorentzen 2010) Darmer finder overraskende, i sin undersøgelse af de kliniske oversygeplejersker¹⁶, at de selv vægtede den brede kliniske erfaring væsentligt højere end specialeerfaringen i deres arbejde (Darmer 1995). I en kommentar fra 2005 vedrørende *overvejelser om udviklingssygeplejersker¹⁷ i fremtiden* udtaler Delmar, at hun ikke mener specialeerfaring er en forudsætning for ansættelse som udviklingssygeplejerske i fremtiden, men betragter, som tidligere nævnt, udviklingssygeplejersker som udviklere af fagets teorier, begreber og metoder på tværs af specialer (Delmar 2005). Man kan måske stille spørgsmålstegn ved, i hvor høj grad kravet til klinisk erfaring beror på et reelt behov for denne erfaring i funktionen som klinisk sygeplejespecialist eller på en herskende kultur, hvor kliniske erfaring er en forudsætning for faglig respekt.

2.1.2 Funktioner og ambitioner

Formålet med og behovet for, at indføre kliniske sygeplejespecialister i Danmark, har der tilsyneladende været blandede meninger om. Fælles for debattørerne er dog, at argumenterne kun i meget ringe grad bygger på videnskabelige undersøgelser eller udenlandske erfaringer, men i højere grad på egne forestillinger og lokale behov og agendaer. Christensen beskriver tilbage i 1980, hvordan hendes egne erfaringer med mangelfuld og tilfældig sygepleje, vidner om et behov for at udvikle og forbedre den kliniske praksis, og hun efterspørger dokumentation af dette behov. Hun argumenterer også for, at sygeplejen må udvikles, for at blive en selvstændig profession (Christensen 1980), og indikerer således, at denne type stillinger kan være med til, at bidrage til en ønsket professionsudvikling i tråd med Wintlev-Jensen, der nogle år senere påpeger, at det er væsentligt, at sygeplejen dokumenterer sin egenart (Wintlev-Jensen et al. 1993). Fra en fagpolitisk vinkel påpeges det desuden, at indførslen af kliniske specialister kan betragtes som en måde, hvorpå man kan skabe karrieremuligheder og fastholdelsesincitament for erfarne sygeplejersker i klinisk praksis (Herold 1995).

¹⁶ Det skal nævnes at der i høj grad er sammenfald mellem de opgaver der beskrives for kliniske oversygeplejersker, og de opgaver kliniske sygeplejespecialister varetager i dag.

¹⁷ Uden det ekspliciteres, bruges betegnelsen udviklingssygeplejerske af Delmar, som en sygeplejerske, der er akademisk uddannet og arbejder med forskning i samarbejde med en forskningsleder

Samfundsmæssige krav bliver også fremdraget som argument for at indføre sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forbedring af klinisk praksis. Wintlev-Jensen påpeger, at det er vigtigt for at kunne kvalitetssikre plejen og leve op til eksterne krav (Wintlev-Jensen et al. 1993) og Tewes fremhæver, at sygeplejen skal baseres på evidens og patientens ønsker, at der stilles krav til høj faglig kvalitet, effektivitet og sikkerhed i ydelserne, og at den kliniske sygeplejespecialist kan være med til, at bidrage til at imødekomme disse krav (Tewes, Pedersen 2006).

Hvilke opgaver der skal varetages i de omtalte funktioner, er der i nogen grad enighed om, om end opgaverne synes at blive vægtet forskelligt. Christensen beskriver med udgangspunkt i den amerikanske model, at den kliniske sygeplejespecialists opgave er den direkte patientpleje, at være rollemodel, underviser, konsulent og forandringsformidler og at bedrive forskning. (Christensen 1980). Dette er i tråd med Lorentsen i 1987, der beskriver de fire overordnede områder som: direkte patientpleje, undervisning, rådgivning og forskning (Lorentsen 1987). Disse områder, eller tilsvarende har været gennemgående, om end der senere synes at være kommet mere fokus på at initiere og implementere udvikling og forskning, og eksempelvis fremme evidensbaseret praksis, som Eg blandt andet fremhæver i 2010 (Eg, Sønder & Lorentzen 2010). At den kliniske sygeplejespecialist skal indgå i den direkte patientpleje og være rollemodel, synes der umiddelbart bred enighed om. Dette fremhæves allerede tidligt af Christensen og Weile, som et af de væsentligste krav til funktionen (Christensen 1980, Weile 1981). Tewes mener også, at de bedst uddannede sygeplejersker skal være ude i praksis, tæt på patienterne, og være synlige rollemodeller for deres kolleger (Tewes 2006). Eg fremhæver også funktionen som rollemodel, og uddyber, at den kliniske sygeplejespecialist bør være tilgængelig, synlig i praksis og tage vagter på afdelingen, for at sikre at den udvikling, der foregår er praksisrelevant (Eg, Sønder & Lorentzen 2010).

Flere studier, herunder Adamsen, peger på, at sygeplejeforskning kun anvendes i meget begrænset omfang i praksis, fordi sygeplejersker finder det vanskeligt at få adgang til forskning, og at implementere forskningsresultaterne (Adamsen et al. 2003). Tewes peger i denne sammenhæng på, at akademiske kompetencer er nødvendige for at implementere

forskningsresultater, og at det blandt andet er den kliniske sygeplejespecialists opgave, at bringe videnskab ud i praksis (Tewes, Pedersen 2006, Tewes 2006). Eg fremhæver også implementering af ny viden og 'brobygning' mellem klinik og forskning, som en væsentlig del af funktionen (Eg, Sønder & Lorentzen 2010). Hansen spørger dog i sit speciale, om forventningen om kliniske sygeplejespecialister som formidlere af akademisk viden, bliver indfriet til gavn for patienterne, idet der ikke bliver målt på effekten af deres interventioner i praksis. Hans fund peger dog på, at de kliniske sygeplejespecialisters roller og interventioner både har en direkte, og i endnu højere grad en indirekte effekt på kvaliteten af patientplejen gennem tiltag, der påvirker dem, der udfører den direkte pleje (Abildgaard Hansen 2009).

Som nævnt, bliver forskning typisk betragtet, som en af rollekomponenterne for kliniske sygeplejespecialister (Christensen 1980). Darmer ytrer i 1995, at hun mener kliniske oversygeplejersker i højere grad skal prioritere projekter og forskningsopgaver i deres funktion, fremfor vejledning, undervisning af personale og studerende, som hun finder optager det meste af deres tid. Hun påpeger, at der er brug for den praksisnære forskning, der viser og beviser, hvad der er den bedste sygepleje – forskning, der direkte er til gavn for patienten (Darmaer 1995). Tewes ytrer et tilsvarende standpunkt ved at advare om, ikke at tilbringe al tid ude i praksis, da det kræver tid og forberedelse at udvikle faget, og der må afsættes tid til fordybelse (Tewes 2006).

Noget tyder altså på, at der igennem tiden, har været mange ambitioner med funktionen og Wintlev-Jensen peger allerede i 1993 på, at det bliver svært for den 'nye' kliniske oversygeplejerske at leve op til sin funktionsbeskrivelse (Wintlev-Jensen et al. 1993). Det kan virke som om, den kliniske sygeplejespecialist og lignende stillinger har været set som en løsning på flere af professionens problemstillinger, såsom at forbedre kvaliteten af pleje i klinisk praksis i henhold til sundhedspolitiske visioner, at styrke sygeplejefprofessionen som helhed og at fastholde sygeplejersker i klinisk praksis.

2.2 Sammenfatning - kliniske sygeplejespecialister i Danmark

Sammenfattende kan man altså sige, at der hersker en del forvirring og uklarhed omkring de kliniske sygeplejespecialisters funktion og kvalifikationer i Danmark. Dette kan naturligvis skyldes funktionens relativ korte historie i landet, og det kan derfor være relevant at vende

blikket mod de lande, hvor funktionen har eksisteret i mange år, og hvor der er udgivet en række bøger og artikler om feltet.

2.3 Internationale tendenser

Ser man til lande som eksempelvis USA, Australien, UK og Canada, har disse historisk set længst erfaring med implementering og anvendelse af kliniske sygeplejespecialister i praksis¹⁸. Det er således også fra disse lande, man finder flest publikationer om feltet, når man søger efter litteratur i diverse databaser¹⁹. Implementering og udvikling af kliniske sygeplejespecialister har i disse lande været genstand for megen debat gennem årene, og mange af de temaer og problematikker, der tegner sig i Danmark, er også identificeret her. Hamric og Spross beskriver, hvordan gruppen af kliniske sygeplejespecialister voksede gennem 70'erne i USA, men at der blev større og større forvirring omkring funktionen, da den blev varetaget af sygeplejersker med forskellig baggrund og ofte uden den anbefalede mastergrad. Dette resulterede i, at titlen i '82 blev mønsterbeskyttet (Hamric, Spross 1989: 3ff). Uklarhed omkring funktionen har medført, at der er gjort mange forsøg på at kortlægge hvilke elementer, der forventes at indgå i funktionen og hvilke der reelt optager mest tid i praksis. Bousfield hævder, at der er tre nøglekarakteristika ved kliniske sygeplejespecialister, som der er bred konsensus omkring; akademisk uddannelse, videnskabsbaseret praksis og et solidt erfaringsgrundlag som sygeplejeseksperter (Bousfield 1997). Internationalt synes der enighed om cirka fire hovedområder i den kliniske sygeplejespecialists funktion, klinisk ekspert i praksis, konsulent, underviser og forsker (Hamric, Spross 1989, Menard 1987, Sparacino, Cooper & Minarik 1990). Mayo beskriver mere nutidigt hvordan uklarhed omkring betegnelser og roller har resulteret i, at man har forsøgt at beskrive de kliniske sygeplejespecialisters praksis, men studier viser, at der er et gab mellem den ideelle praksis og den virkelige verden. Den indirekte påvirkning af kvaliteten af patientplejen, gør det desuden vanskeligt at måle på effekten de kliniske sygeplejespecialisters arbejde og har betydet, at det har været svært at argumentere for kliniske sygeplejespecialisters berettigelse i forhold til de økonomiske omkostninger (Mayo et al. 2010). De mange ambitioner med funktioner har også været et gennemgående tema. Hamric og Spross beskriver blandt andet, hvordan den kliniske sygeplejespecialist skal være *alle ting for alle mennesker* (Hamric, Spross 1989).

¹⁸ For en historisk gennemgang af udviklingen i USA, se eksempelvis Hamric & Spross (Hamric, Spross 1989, Hamric, Spross & Hanson 2005:3ff)

¹⁹ Mere om dette i afsnit 4.2

Undersøgelser af praksis har desuden afsløret, at der kan være mange problemstillinger forbundet med arbejdet som klinisk sygeplejespecialist, som påvirker de kliniske sygeplejespecialister og deres arbejde. Især har de mange forskelligrettede forventninger og det store arbejdspress været fremhævet, og deraf følgende følelser af utilstrækkelighed og udbrændthed (Bousfield 1997, McCreddie 2001).

2.4 Indkredsning af problemstilling

Det ser altså ud til, at flere af de problemstillinger og tendenser, der kan identificeres i Danmark, også har været genstand for undren og debat i de lande, hvor funktionen har eksisteret i mange år. Her er feltet dog søgt belyst via videnskabelige undersøgelser, og forskellige tiltag er gjort i forsøget på, at forbedre arbejdsvilkårene for de kliniske sygeplejespecialister og dermed udviklingen af den kliniske sygeplejepraksis. I Danmark er feltet tilsyneladende ikke søgt belyst gennem empiriske undersøgelser²⁰ eller beskrevet i videnskabelig litteratur. Ifølge Kvale og Brinkmann må fænomener beskrives, før der kan udvikles teorier om dem, forstås, før de kan forklares, og ses som konkrete kvaliteter, før de behandles som abstrakte kvantiteter (Kvale, Brinkmann 2009: 28). Jeg finder det derfor interessant og relevant at undersøge kliniske sygeplejespecialisters virkelighed gennem en kvalitativ empirisk undersøgelse. Jeg ønsker af belyse deres erfaringer med deres funktion og daglige arbejde, som de selv oplever det, og afdække hvilke ting, personer og forhold, de selv tillægger betydning.

3.0 Formål

Formålet med dette speciale bliver således, at belyse kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis.

Følgende spørgsmål søges besvaret for at belyse formålet:

- Hvori består de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer og hvilke aspekter er centrale og betydningsfulde?
- Hvilke faktorer eller personer har betydning for de kliniske sygeplejespecialisters funktion og daglige arbejde?

²⁰ Fraset Dammers spørgeskemaundersøgelse.

- Hvilken betydning har disse aspekter eventuelt for de kliniske sygeplejespecialisters arbejde med at udvikle den kliniske sygeplejepraksis?

Jeg valgte først, at søge efter mulige svar i den eksisterende internationale forskningslitteratur²¹ på området, og dernæst foretage en mindre empirisk undersøgelse, for at få uddybet danske kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer i praksis.

Min undersøgelse vil kunne være et beskedent bidrag til kortlægningen og beskrivelsen af kliniske sygeplejespecialister og deres praksis i Danmark, der som det fremgår i indledningen synes noget mangelfuld og kaotisk. Undersøgelsen af eksisterende litteratur vil afgrænse sig til kvalitative empiriske studier om kliniske sygeplejespecialisters egenrapporterede erfaringer, og vil ikke søge at besvare spørgsmål om effekt af kliniske sygeplejespecialisters arbejde eller kortlægning af deres arbejdsopgaver, om end det vil indgå i det omfang det beskrives af de adspurgte, og således opleves som en betydningsfuld del af deres levede erfaringer med deres funktion i praksis.

3.1 Centrale begreber

Klinisk sygeplejespecialist – Når jeg i specialet refererer til den kliniske sygeplejespecialist, har jeg, som tidligere nævnt, valgt at betragte det, som en sygeplejerske med en akademisk overbygning, der arbejder med udvikling og forbedring af den kliniske sygeplejepraksis indenfor et specifikt felt. Min opfattelse, af den kliniske sygeplejespecialist, er således i tråd med den tænkning Marianne Tewes beskriver og med NACNS's definition²².

Levede erfaringer – Refererer til det filosofiske udtryk, der på engelsk hedder *lived experiences*, som rummer både den umiddelbare oplevelse og de mere integrerede erfaringer. Begrebet anvendes indenfor den fænomenologiske forskningstradition, hvor det er menneskets *levede erfaringer* i dets *livsverden*, der udforskes, forstået som; verden, som mennesket møder den i dagliglivet, og som den fremtræder i den umiddelbare oplevelse, uafhængigt af og forud for alle forklaringer (Kvale, Brinkmann 2009: 47). I den empiriske undersøgelse, vil jeg bruge de mere dagligdags udtryk oplevelser og erfaringer.

²¹ I forbindelse med baggrundsafsnittet er det danske felt undersøgt ganske grundigt, og der blev ikke fundet empiriske undersøgelser, der kunne inkluderes i en litteraturgennemgang.

²² Se s. 9

Funktion – Her forstås funktion ikke isoleret som arbejdsopgave eller rolle, men som et overordnet udtryk for den kliniske sygeplejespecialists samlede virksomhed.

4.0 Metode

I dette afsnit vil jeg redegøre for mine overvejelser i forhold til valg af metode til indsamling og analyse af litteratur og empiri. Jeg vil indledningsvis gøre rede for, det overordnede videnskabsfilosofiske og epistemologiske perspektiv der præger mit valg af metode, og min tilgang til at afdække den ønskede viden. Herefter vil jeg ridse de to delundersøgelser op i forhold til tilgang og metode. Først præsenteres undersøgelsen af den internationale forskningslitteratur, som jeg har valgt at kalde den teoretiske undersøgelse, og herunder præsenteres søgestrategi og valg af artikler. Dernæst følger en beskrivelse af den interviewundersøgelse, som udgør den empiriske undersøgelse, herunder design og behandling af empiriske data, inklusive metode til analyse og fortolkning. Præsentation af interviewguide vil blive fremlagt i afsnit 5.7, umiddelbart efter fundene fra den teoretiske undersøgelse, der danner rammen for guiden. Fundene fra den teoretiske og empiriske undersøgelse vil afslutningsvis blive samlet og diskuteret i afsnit 7.0, hvor jeg også vil inddrage den indledningsvise litteraturgennemgang, og inddrage ny teori til at diskutere de fund, jeg finder særligt interessante.

4.1 Undersøgelsens forståelsesramme

Formålet med den samlede undersøgelse er, at belyse kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis. I bestræbelserne på at afdække denne viden ønskede jeg at lave en kvalitativ empirisk undersøgelse, for at 'give stemme' til de kliniske sygeplejespecialister selv. Indenfor kvalitativ forskning, er fænomenologi, ifølge Kvale og Brinkmann, i almindelighed et begreb, der peger på en interesse for at forstå sociale fænomener ud fra aktørernes egne perspektiver (Kvale, Brinkmann 2009: 44-45). Jeg fandt derfor, at den kvalitative fænomenologisk inspirerede tilgang, hvor mennesket grundlæggende betragtes som et bevidsthedsvæsen, var den mest relevante, til at afdække den ønskede viden. Kvale²³ og Brinkmanns²⁴ semistrukturerede livsverdensinterview tager netop udgangspunkt i den fænomenologisk tænkning, men på trods af den tilstræbte åbenhed overfor fænomenet og menneskets levede erfaringer i interviewsituationen, er der ikke tale om en decideret

²³ Steinar Kvale (1938-2008), norsk professor i psykologisk pædagogik.

²⁴ Svend Brinkmann, dansk professor i almen psykologi.

fænomenologisk metode, idet interviewet er bygget op omkring en bevidst tilegnet forhåndsviden, som 'strukturerer' det i modsætning til en fænomenologisk metode, der typisk ville fordre, at man går helt åbent ud og bevidst sætter sin forhåndsviden i parentes (Harder 1990: 183). Jeg valgte lave en systematisk litteraturgennemgang af internationale empiriske studier med kvalitativt design, til at generere viden om mit undersøgelsesfelt, og til at strukturere de efterfølgende interview. I tråd med den semistrukturerede tilgang, valgte jeg en hermeneutisk inspireret analysemetode²⁵. Ifølge Kvale og Brinkmann er fortolkning af mening det centrale tema i den hermeneutiske forskning. Formålet er, at opnå en gyldig og almen forståelse, ved at stille spørgsmål til 'data', og der lægges vægt på fortolkerens forhåndsviden, hendes *forforståelse*. Det er altså muligt, bevidst at 'trække' på den viden, man allerede har, og meningsfortolke i forhold til denne (Kvale, Brinkmann 2009: 335). Med udgangspunkt i min *forforståelse* fra gennemgangen af dansk og international litteratur om undersøgelsesfeltet, som var med til at forme den efterfølgende semistrukturerede interviewundersøgelse, og dermed de empiriske data, synes den hermeneutisk inspirerede analysemetode velvalgt. I både den fænomenologisk og hermeneutisk inspirerede forskning, er 'forskerens' rolle væsentlig at reflektere over, idet hun subjektivt præger både dataindsamling og analyse. Kvale og Brinkmann referer til den *postmoderne tænkning*, som har en opfattelse af virkeligheden som en social konstruktion, hvor der fokuseres på fortolkning og forhandling af den sociale verdens betydninger. Viden bliver betragtet som perspektivistisk, da den beror på forskerens synspunkt og værdier (Kvale, Brinkmann 2009: 70). De konklusioner, jeg kommer frem til i dette speciale, kan således ikke være ubesmittet af, hvem jeg er som menneske og som 'forsker'. Uanset hvor åben og bevidst om min forforståelse jeg tilstræber at være, vil min valgte erkendeposition og mine valg undervejs i processen, være præget af mine holdninger og værdier, som er internaliseret igennem opvækst, køn, kulturel og historisk kontekst, og tidligere faglige og personlige erfaringer, og dette vil uværgeligt påvirke resultatet af mit arbejde. Det er med udgangspunkt i det ovenfor beskrevne perspektiv, jeg indsamler, analyserer og fortolker data, fra den internationale forskningslitteratur og den kvalitative empiriske undersøgelse.

²⁵ Mere om interviewundersøgelsens design og metode i senere afsnit.

4.2 Den teoretiske del af undersøgelsen

Jeg foretog en mindre teoretisk undersøgelse, hvor jeg var inspireret af det systematiske litteraturreview til indsamling af data, og af den tekstanalytiske tilgang til analyse. Et systematisk litteratur review indikerer, at der er gennemført en systematisk søgning og udvælgelse af tekster på baggrund af klart definerede spørgsmål og tydelige kriterier. Det kan være en omfattende øvelse, der søger at afdække al forskningsaktiviteten indenfor et specifikt område, for at samle viden og for at afdække, hvor der eventuelt måtte være 'huller' og behov for yderligere forskning. (Polit, Beck 2006: 133). Mit ærinde var, på en systematisk måde, at søge mest mulig viden om et felt, der er sparsomt belyst i Danmark, for dels at kunne tage udgangspunkt i denne viden i den empiriske undersøgelse og dels at kunne sammenholde resultaterne i en efterfølgende diskussion. Efter udvælgelsen af litteratur, blev artiklerne analyseret med inspiration fra den tekstanalytiske tilgang, for at identificere centrale temaer. Ifølge Becker Jensen, eksisterer *den* tekstanalytiske metode ikke, men det handler om, at læse en tekst for at undersøge og besvare nogle bestemte spørgsmål ud fra et bestemt formål (Becker Jensen 1997: 20-22). De udvalgte artikler blev således læst ud fra de forskningsspørgsmål, som fremgår i specialets formål, og centrale temaer blev på denne måde udledt.

Jeg valgte at søge i de internationale databaser CINAHL, PubMed, WOS²⁶, Embase og CSA²⁷ Illumina, for i videst muligt omfang, at finde relevante artikler, der kunne hjælpe mig med, at belyse specialets formål i den internationale litteratur. Jeg søgte efter kvalitative empiriske studier om kliniske sygeplejespecialister, med fokus på levede erfaringer med deres funktion i praksis. Jeg valgte at afgrænse min søgning til artikler med tilgængelige abstracts, for at være i stand til at vurdere artiklens relevans, og til artikler der var op til 15 år gamle (se bilag 2), idet den historiske udvikling er længere fremme i lande som USA, UK, Australien og Canada, hvor funktionen har eksisteret længst, og hvor flest empiriske studier er foretaget og publiceret. Jeg valgte at fravige min indledningsvise beslutning om at afgrænse mig fra betegnelsen Advanced Practice Nursing/Nurse (APN)²⁸, da den indledningsvise gennemlæsning af abstracts tydede på, at det overordnet er de samme problematikker, der bliver undersøgt og gør sig gældende. Det samme gjorde sig gældende for studier i primær

²⁶ Web of Science.

²⁷ Cambridge Scientific Abstracts.

²⁸ Dækker over en bredere gruppe af professionelle, og inkluderer blandt andet (Advanced) Nurse Practitioners.

sundhedstjeneste og psykiatri, som jeg også indledningsvis havde overvejet at ekskludere. Jeg valgte at ekskludere artikler, der omhandlede specifikke interventioner, effektmåling og evidensbaseret praksis medmindre artiklen også refererede til CNS's oplevelser med deres rolle (se fodnote i bilag 2). Den samlede søgestrategi og udvælgelse resulterede i 15 artikler fra hhv. UK (9), US (2), Australien (2), Canada (1) og Hong Kong (1) (se bilag 2). Jeg er opmærksom på, den 'skævhed', der kan være i data, idet forholdene i disse lande ikke svarer til danske forhold. Der er eksempelvis mange forskelle mellem det amerikanske og det danske samfund og sundhedsvæsen, der kunne tænkes at influere på de kliniske sygeplejespecialisters aktuelle vilkår og arbejdssituation, herunder forskelle i den historiske udvikling, finansiering af sundhedsydelse, tilrettelæggelse af den akademiske uddannelse og organisation af faggrupper og samarbejdspartnere. Man kan således ikke antage, at de tendenser, der beskrives i den udenlandske litteratur, nødvendigvis gør sig gældende i DK, men det er rimeligt at antage, at der kan drages paralleller, og den efterfølgende empiriske undersøgelse, vil også i nogen grad kunne be- eller afkræfte om samme tendenser gør sig gældende i DK.

4.3 Den empiriske del af undersøgelsen

Jeg valgte at indsamle empiriske data, ved at gennemføre en kvalitativ interviewundersøgelse. Jeg valgte at tage udgangspunkt i Kvale og Brinkmanns bog fra 2009 *Interview - Introduktion til et håndværk*, og det semistrukturerede livsverdensinterview, som beskrives i denne (Kvale, Brinkmann 2009). Det semistrukturerede interview udføres i overensstemmelse med en interviewguide²⁹, der fokuserer på bestemte emner, som bevidst er valgt og udforsket af 'forskeren'. Ifølge Kvale og Brinkmann, er det nødvendigt at have kendskab til det undersøgte tema, for at kunne stille relevante spørgsmål, og disse spørgsmål stilles på baggrund af en teoretisk analyse (Ibid: 127). Denne tilgang passede godt til min overordnede undersøgelse, idet jeg i min teoretiske undersøgelse tilstræbte at identificere temaer, der skulle være med til at danne udgangspunkt for de efterfølgende interview. Samtidig er det Kvale og Brinkmann's hensigt, med reference til den fænomenologiske tilgang, at tilstræbe en åbenhed i interviewsituationene. På trods af de temaer, der skal afdækkes, er der altså en åbenhed over for ændringer af spørgsmålenes rækkefølge og form, således at man kan forfølge de svar, interviewpersonerne giver, og de historier, de fortæller. Intervieweren skal altså lede interviewpersonen frem til bestemte temaer, men ikke til specifikke meninger om disse

²⁹ Præsenteres i afsnit 5.7

temaer. Intervieweren bør være kritisk i forhold til egne forudsætninger og hypoteser under interviewet og en bevidst naivitet og en sætten forudsætninger i parentes er en forudsætning for at indfange nye og uventede fænomener (ibid: 144). Fordi der ikke eksisterer kvalitative empiriske undersøgelser af kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer i Danmark, fandt jeg det vigtigt, at gå åbent ud og undersøge feltet. I interviewsituationen tilstræbte jeg således, ikke at være for styret af min interviewguide, der var udarbejdet med udgangspunkt i min forforståelse, fra den danske og internationale litteraturgennemgang, men at være åben og nysgerrig, så også nye perspektiver kunne komme frem.

4.3.1 Udvalgelse af informanter

Antallet af informanter afhænger ifølge Kvale af formålet med undersøgelsen, men også blandt andet af de tidsmæssige ressourcer, der er tilgængelige (Kvale, Brinkmann 2009: 134). Med øje for specialets begrænsede redaktionelle og tidsmæssige omfang, besluttede jeg at interviewe cirka tre kliniske sygeplejespecialister, idet jeg også fandt dette et rimeligt antal, i forhold til en vis bredde i beskrivelserne af kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer i praksis. Variation blandt informanterne tilstræbes ifølge Norlyk og Harder ofte i fænomenologiske studier, men der synes umiddelbart ikke, at være belæg for dette i den klassiske fænomenologiske litteratur (Norlyk, Harder 2010). Jeg valgte derfor at begrænse mine inklusionskriterier til kliniske sygeplejespecialister med en akademisk uddannelse, som var tilknyttet et specifikt område, og havde minimum et års erfaring i stillingen. Hensigten med inklusionskriterierne var, at få informanter der mindede mest muligt om de *Clinical nurse specialist's*, som var genstand for undersøgelse i den internationale forskningslitteratur, og som ifølge NACNA's definition er akademisk uddannede og specialister indenfor et felt³⁰. For at rekruttere informanter til interviewundersøgelsen, tog jeg kontakt til et netværk for kliniske sygeplejespecialister tilknyttet et større universitetshospital i Danmark. Jeg sendte informationsmateriale om undersøgelsens formål, interviewenes varighed og kriterier for deltagerinklusion til formanden for dette netværk, som videresendte det til relevante medlemmer af netværket (se bilag 3). Fire kliniske sygeplejespecialister indvilgede i at deltage, og jeg valgte at inkludere dem alle.

³⁰ Se s. 8

4.3.2 Interview og transskribering

Jeg lavede individuelle aftaler med hver informant om tid og sted for interviewene, som alle foregik på de respektive deltagers arbejdsplads, hvor det havde været muligt, at få adgang til et uforstyrret lokale. Interviewene varede mellem 42 og 58 minutter, og jeg transskriberede selv alle interview ad verbatim. Ved at foretage transskriberingen selv, får man et indgående kendskab til sine empiriske data, før de transformeres til tekst. Desuden kan transskriberingen ses, som en del af analysearbejdet, idet forståelse og meningsanalyse mere eller mindre bevidst påbegyndes mens man gennemlytter sine interviews og overfører dem til skrift (Kvale, Brinkmann 2009: 202). Da jeg transskriberede mine interview successivt, som jeg foretog dem, gav det mig også mulighed for, at vurdere mig selv som interviewer, lære af mine erfaringer og justere min fremgangsmåde.

4.3.3 Etiske overvejelser

En af de væsentligste etiske overvejelser for mig var, at sikre informanterne anonymitet, så de følte de kunne tale frit om deres oplevelser med deres funktion i praksis. Idet gruppen af kliniske sygeplejespecialister er så relativt lille, ville ganske få data om vedkommende, såsom alder og speciale, kunne være med til at afsløre hendes identitet, og jeg besluttede at angivelsen af personspecifikke oplysninger ikke havde metodologisk relevans, hvorfor jeg undlod at præsentere informanterne yderligere. Jeg søgte indledningsvis datatilsynet om tilladelse, da jeg var i tvivl om, der i interviewsituationen kunne fremkomme personfølsomme data, som eksempelvis problemer med ledelse eller ringe arbejdsvilkår. Efter flere telefonsamtaler, afgjorde tilsynet, at undersøgelsen ikke var anmeldelsespligtig (se bilag 4). Alle deltagerne fik, cirka en måned inden interviewet, tilsendt informationsmateriale om undersøgelsen (se bilag 3) og blev opfordret til at rette henvendelse ved yderligere spørgsmål. Dette skulle give informanterne kendskab til undersøgelsen og mulighed for at gøre sig overvejelser om eventuelle konsekvenser, for at fordre åbenhed i interviewsituationen, og forebygge eventuelle frafald. Deltagerne underskrev desuden alle en samtykkeerklæring inden påbegyndelse af interviewet (se bilag 3). For at sikre føromtalte anonymitet og fortrolig behandling af data, er alle navne på personer, afdelinger, sygehuse, samt betegnelser på specialespecifikke behandlinger og lignende, sløret i transskriptionsteksten. Desuden blev de bandede interview kun gennemlyttet af mig, slettet efter transskription og derefter lagret på en computer med et personligt password, kun jeg kendte til.

4.3.4 Analyseværktøj

Analysen af det kvalitative interview er, ifølge Kvale og Brinkmann, en kontinuerlig proces, der løber fra interviewsituationen til den endelige analyse af det bearbejdede empiriske materiale. Forfatterne påpeger desuden, at forskellige analyseredskaber er teknikker, som er til rådighed for 'forskeren', men det er op til hende selv, at finde den metode, der er mest velegnet til den centrale analyse (Kvale, Brinkmann 2009: 212). Jeg valgte en analysemetode med fokus på meningsfortolkning, der dels er inspireret af Kvale og Brinkmann, og dels af den tematiske analyse, som den beskrives af Merete Bjerrum³¹ i bogen *Fra problem til færdig opgave* (Bjerrum 2005: 92-103). Bjerrums tematiske analyse, tager, ligesom Kvale og Brinkmann's analysemetode, udgangspunkt i den hermeneutiske erkendemåde, og er både reduktionistisk og konstruktivistisk i sin måde at udlede mening. Måden hvorpå 'forskeren' i den tematiske analyse koder og stiller spørgsmål til det empiriske materiale, og derefter tematiserer og sammenskriver, har flere fællestræk med Kvale og Brinkmann metode, men er også et supplement (se bilag 5). Man kan sige, at min analysemetode er en kvalitativ hermeneutisk inspireret metode, hvor jeg i højere grad opfatter mit transskriberede empiriske materiale som tekst, og hvor jeg søger at identificere centrale aspekter af kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer i praksis, og tillægge dem mening. Analyseprocessen kan for overskuelighedens skyld beskrives i fem successive faser, men selve analysearbejdet foregår, som også Kvale og Brinkmann påpeger, som en mere flydende og kaotisk proces, hvor man bevæger sig frem og tilbage mellem faserne (Kvale, Brinkmann 2009: 234). De begreber jeg anvender, i beskrivelsen af analysefaserne, er de, der giver mest mening for mig, og som jeg mener stemmer overens med en meningsfortolkende analyse.

I *første fase* blev interviewene gennemlyttet og læst, for at forstå dem i sin helhed og i sammenhæng med det, specialet søger svar på. Her tilstræber jeg en åbenhed, og registrerer mine umiddelbare indtryk.

I *anden fase* begynder jeg at identificere og udlede de dele af interviewene, der siger noget i forhold til informanternes levede erfaringer i praksis, det som Kvale og Brinkmann med reference til Giorgi³² kalder 'naturlige meningsenheder'. Væsentlige passager fastholdes, ved at markere dem med overstregningstusch og en kode, eller et nøgleord, der er genkendelig og

³¹ Merete Bjerrum, cand.mag. i historie, ph.d. i medicin, lektor ved afdeling for sygeplejevidenskab

³² Amedeo P. Giorgi, amerikansk professor i psykologi, kendt for sin videnskabelige fænomenologiske metode

forståelig for mig. Kodning er, i denne sammenhæng, blot et værktøj til at systematisere mine data.

I *tredje fase* bliver det, som fremstår betydningsfuldt og eventuelt går igen på tværs af interviewene samlet, i det jeg vil kalde overordnet grovtematisering, og som Kvale og Brinkmann kalder 'essentielle meningsenheder'. Væsentlige og 'sigende' citater markeres for at understøtte de foreløbige temaer.

I *fjerde fase* er der begyndt at danne sig mønstre og centrale temaer udfra de mange koder og grovtemaer, som samles, deles eller flyttes i en kontinuerlig, vekslende proces mellem de empiriske data og min forståelse og beskrivelse, som præges af min forhåndsviden fra udforskningen af emnet (se eksempel fra analyseskema i bilag 6).

I *femte fase* har de identificerede centrale temaer øget min forståelse for informanternes udsagn og giver nu struktur til den videre fortolkning, som sammenskrives i præsentationen af fundene, og fortsætter på et teoretisk niveau i diskussionsafsnittet.

Ifølge Brinkmann og Kvale drejer det sig om, at give en klar beskrivelse af den dokumentation og de argumenter, der indgår i en fortolkning, således at andre læsere kan efterprøve fortolkningen. Det er også vigtigt med eksplicite forskningsspørgsmål, da det er 'forskerens' spørgsmål til teksten, der er med til at konstituere de fortolkede meningsindhold (Kvale, Brinkmann 2009: 223). Det kan være vanskeligt at eksplicite alle de spørgsmål, jeg stiller til mine interview i analyseprocessen, men som udgangspunkt er det spørgsmål, der tager udgangspunkt i specialets formål³³ og i interviewguidens temaer³⁴. Kvale og Brinkmann taler om, at fortolkningskonteksten af et interview kan være *selvforståelse*, *kritisk commonsense-forståelse* eller *en teoretisk forståelse*. *Selvforståelseskonteksten* er en kondenseret omformuleret udlægning af informanternes egne udsagn, sådan som 'forskeren' har forstået dem. *Kritisk common-sense konteksten* omfatter en bredere forståelsesramme end informanternes egen og kan være kritisk overfor, det der bliver sagt og stille undrende spørgsmål udfra almen viden. I den *teoretiske forståelses kontekst* anlægges der en teoretisk ramme til fortolkning af mening med et udsagn og vil række ud over både *selvforståelse* og *kritisk common-sense* konteksten (Kvale, Brinkmann 2009: 237-239). I præsentationen af analysefundene vil de identificerede temaer blive præsenteret overvejende i en *selvforståelses*-kontekst og i delkonklusionen i en *kritisk common-sense* kontekst. Den *teoretiske forståelses* kontekst indgår i specialets diskussionsafsnit 7.0.

³³ Se s. 13-14

³⁴ Se s. 27

5.0 Præsentation af fund fra teoretisk undersøgelse

Trods store nationale forskelle i de kliniske sygeplejespecialisters opkomst og udvikling, forventede arbejdsopgaver i praksis, og i uddannelsessystemets og sundhedsvæsenets opbygning, er der mange fællestræk i fundene fra de internationale kvalitative empiriske studier. Undersøgelsen giver et billede af, hvilke aspekter der præger den kliniske sygeplejespecialists praksis og disse kan inddeles tre hovedområder, der beskrives i de følgende afsnit. For mere om de enkelte studiers formål, design, etc. se bilag 7.

5.1 Rolleforvirring og forventninger

En række studier beskriver, hvordan udviklingen af kliniske sygeplejespecialister³⁵ har været præget af forvirring, frustration og kontroverser på grund af en flertydig og uklar rolle³⁶. Med udgangspunkt i denne problemstilling, søger studierne via empiriske undersøgelser, at kortlægge CNS's funktion, og de faktorer der har betydning for den (Bousfield 1997, Gibson, Bamford 2001, Canam 2005). Jones finder i sit review af kvalitative studier, at *role ambiguity*³⁷, altså rolleklarhed eller flertydighed, er en af to faktorer, der hyppigst er identificeret som betydningsfuld i relation til CNS funktionen (Jones 2005). Flere studier bekræfter disse fund, og beskriver hvordan usikkerhed omkring funktionen og forskelligrettede forventninger blandt CNS's samarbejdspartnere, er kilde til frustration oplevelse af utilstrækkelighed (Bull, Hart 1995, Newton, Waters 2001, Cox, Ahluwalia 2000). Bousfield beskriver i sine fund en *inter-/intra-role conflict*, hvor CNS's oplever forventningspres fra sig selv og andre, og forsøger at opnå urealistiske mål, som efterlader dem stressede, frustrerede, demotiverede, udrændte og apatiske. De føler et konstant pres for at definere og forsvare rollen overfor andre, og pålægger sig selv et pres, for at leve op til egne og organisationens forventninger (Bousfield 1997). McCreddie finder, at de øgede krav til CNS's skaber vanskeligheder både professionelt og personligt, og får indflydelse på hvor effektivt, de udfylder deres funktion. De oplever deres funktion bliver begrænset, og føler de går på kompromis med deres idealer, hvilket leder til frustration og i værste fald udrændthed (McCreddie 2001). Risikoen for udrændthed i forsøget på at tilfredsstille for mange

³⁵ I følgende gennemgang af temaerne, vil forkortelsen CNS, for *Clinical Nurse Specialist* blive anvendt

³⁶ I den engelsksproget litteratur anvendes begrebet *role*, som direkte oversat betyder rolle, men som, når man taler om en arbejdsrelateret rolle, også med fordel kan oversættes til funktion. Jeg anvender begge begreber i gennemgangen af temaerne.

³⁷ Jeg har i nogle tilfælde valgt at bibeholde de engelske nøglebegreber, da de vanskeligt lader sig oversætte, uden at miste betydning.

mennesker finder Loftus og McDowell også i deres studie, og finder, at dette især knytter sig til uklare jobkrav og manglende tid (Loftus, McDowell 2000).

Flere studier peger på, at kliniske sygeplejespecialister kan opleve et stort pres i forhold til mange og forskelligartede opgaver. McCreaddie finder blandt andet at CNS's er presset af deres egne forventninger og eksterne krav, og at de har svært at sige nej og svigter deres forskningsopgaver. Hun finder også, at jo mere kompetent CNS bliver, des mere øges forventninger, arbejds mængde og dermed arbejds pres (McCreaddie 2001). Bull og Hart finder også dette *role overload*, med modsatrettede forventninger og tidspres, er et væsentligt aspekt af CNS's erfaringer med deres funktion (Bull, Hart 1995) Udforskning af funktionen er også fokus i Gibson og Bamfords studie. De identificerer CNS's *role components* som; klinisk fokus, deltage i undervisning og oplæring, være konsulent, være involveret, deltage eller forestå forskningsarbejde, administration og kontaktfunktion. De fremhæver, i lighed med andre studier, at det kliniske fokus fylder meget i funktionen, og at forskningsarbejde er svært at få tid til (Gibson, Bamford 2001). At det kliniske fokus optager CNS bekræftes af Canam, der finder at undervisning, støtte og opkvalificering af *staff nurses* er en central opgave i CNS's funktion (Canam 2005), ligesom Cox og Ahluwalia, der identificerer *educating and guiding junior colleagues*, som en væsentlig del af CNS's funktion (Cox, Ahluwalia 2000).

5.2 Relationer

Et andet tema, der ofte går igen i de empiriske studier af kliniske sygeplejespecialisters erfaringer i praksis, er relationer til andre sundhedsprofessionelle (Loftus, McDowell 2000). Jones finder dette, som det andet af de to hyppigst identificerede faktorer, som kan være med til at fremme eller hæmme funktionen (Jones 2005). McCreaddie beskriver, som eksempel på dette, at funktionens succes afhænger af andre variable end CNS's meritter, for eksempel institutionelle forhold og samarbejde med læger. Samarbejdet med læger tillægges stor betydning, idet der kan opstå uenighed om, hvad der er væsentligt, og de kliniske sygeplejespecialister oplever, at skulle bevise deres værd konstant. Dette kan betyde, at de oplever isolation og manglende støtte (McCreaddie 2001). I tråd med dette finder O'Brien, at en af de væsentlige aspekter af den kliniske sygeplejespecialists arbejde, er det hun kalder *negotiating collaborative relationships*, altså at forhandle samarbejdsrelationer. Hun finder, at væsentlige aspekter i disse samarbejdsrelationer er tilgængelighed, 'mellemmenneskelige' egenskaber, lydhørhed og kommunikationsevner (O'Brien et al. 2009). Cox og Ahluwalia

finder også, at *negotiating clinical decisions* med diverse samarbejdspartnere, som et centralt tema i deres empiriske undersøgelse (Cox, Ahluwalia 2000) ligesom Austin et. al., der i lighed finder, at *cultivating relationships* med magtfulde nøglepersoner, ofte læger eller ledere, er en betydningsfuld del af CNS's funktion, og at dette er en konsekvens af manglende autoritet og autonomi til at skabe forandring alene (Austin, Luker & Roland 2006). Også Gibson og Bamford finder, at CNS's bliver nød til at udvikle strategier til at få støtte, fra forskellige samarbejdspartnere (Gibson, Bamford 2001) og Bousfield beskriver mere uddybende, at CNS's kan opleve manglende støtte både organisatorisk, ledelsesmæssig, kollegialt og lægefagligt. De kan føle sig isoleret på grund af deres arbejdsmåde og på grund af manglende vejledning, mentorskab og rollemodeller (Bousfield 1997).

I relation til samarbejdet med læger, finder Arslanian-Engoren, at det CNS blandt andet oplever som væsentligt er, at der er gensidig tillid og respekt, og at de kan bibeholde deres sygeplejersperspektiv. De oplever, at den akademiske uddannelse modner én, til et mere ligeværdigt samarbejde med læger (Arslanian-Engoren 1995). Woods finder også at den øgede viden og selvtillid, som uddannelsen giver, er fremmede for CNS's funktion, men anerkendelse og tillid til deres evner fra ledelse, læger og sygeplejekolleger, er den mest betydningsfulde faktor (Woods 1998).

Flere af de empiriske studier peger på, at især støtte fra organisation og ledelse har stor betydning for CNS's muligheder for succes og for udvikling af funktionen generelt (Jones 2005, Cox, Ahluwalia 2000, Woods 1998). Woods finder også, at støtte fra sygeplejekolleger har stor betydning, men at det overraskende er blandt denne gruppe, CNS hyppigst oplever modstand og uvilje (Woods 1998). Bull og Hart finder i lighed, at både samarbejde med ledelse og sygeplejersker i den direkte patientpleje er central i funktionen, men beskriver også, det de kalder *the paradox of power*, der handler om, at CNS's samarbejdspartnere, føler de skal beskytte deres ret til indflydelse og magt indenfor deres specifikke arbejdsområde, og at specialisten kun ønskes som konsulent og ikke beslutningstager (Bull, Hart 1995).

5.4 Karakteristika og kvalifikationer

Forskellige karakteristika og kvalifikationer hos CNS's har været fokus i flere empiriske studier og Jones finder, at professionelle og uddannelsesmæssige forhold, og personlige karakteristika og tidligere erfaringer, er nogle af de faktorer, der er identificeret som

væsentligst i forhold til CNS's praksis (Jones 2005). Austin finder, at CNS's deler egenskaber med entreprenører, eksempelvis ved at være visionære, kreative og energiske, selvmotiverende, selvsikre og vedholdende, og det er vigtigt at organisationen finder måder, at anvende denne ekspertise optimalt (Austin, Luker & Roland 2006). Bousfield finder, at de karakteristika, som blandt andet kendetegner CNS's er, at de har entusiasme for lederskab i forhold til kvalitet af patientplejen og har omfattende viden, både teoretisk og erfaringsmæssigt. Hun finder dog også, at det er karakteristisk for CNS's, at de oplever magtesløshed, grundet manglende støtte og autonomi, og finder det vigtigt, at der etableres et kreativt og støttende miljø, der muliggør autonomi, professionel vækst og udvikling (Bousfield 1997). Gibson finder også, at 'erfaring versus uddannelse' er et tema, der diskuteres blandt CNS's. Det fremhæves, at den 'formelle' uddannelse ikke kan stå alene, og at den klinisk erfaring er påkrævet, for at give en 'helhed' i funktionen (Gibson, Bamford 2001) Bousfield konkluderer i tråd med dette, at det, der skal til, for at funktionen bliver anerkendt og accepteret, er, at CNS's skal være uddannet på højt niveau, skal udøve videnskabsbaseret praksis og have et solidt fundament som specialist i sygepleje (Bousfield 1997). Bull giver udtryk for, at hvis ikke de mange problematikker, der svækker anerkendelse af funktionen, bliver afklaret, vil CNS's løbe en risiko for ikke at blive udnyttet effektivt, (Bull, Hart 1995).

5.6 Delkonklusion - teoretisk undersøgelse.

Undersøgelsen havde til formål, at give mulige svar på, hvilke levede erfaringer kliniske sygeplejespecialister har med deres funktion i praksis. Uklarhed og forvirring omkring funktionen fremstod som meget central i de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer i praksis. Rolleforvirringen resulterede i uklare jobkrav og forskelligrettede forventninger, som igen kunne lede til frustration, følelse af utilstrækkelighed og i værste fald udbrændthed. Et andet centralt aspekt var relationer til andre sundhedsprofessionelle, herunder samarbejde med læger, ledelse og sygeplejekolleger. I denne sammenhæng blev forskellige strategier beskrevet, ligesom også erfaringer med modstand, og forhandling om magt og autonomi, var en del af specialisternes³⁸ levede erfaringer. Endelig var karakteristika og kvalifikationer, hos de kliniske sygeplejespecialister, et centralt tema i de empiriske studier. Specialisterne var visionære og engagerede, men kunne opleve sig hæmmet af manglende autonomi og

³⁸ For at bryde monotonien i sproget vil jeg fremover indimellem blot referere til 'specialisten' eller 'specialisterne', når jeg omtaler de kliniske sygeplejespecialister.

arbejdspres. Den formelle udannelse blev betragtet som væsentlig, for at få viden og selvtillid, men skulle kombineres med klinisk videnskabsbaseret praksis, for at karakterisere den kliniske sygeplejespecialist. Det er altså disse tre ovenfor beskrevne temaer, der synes at gøre sig gældende i de kliniske sygeplejespecialisters praksis, som den er beskrevet i kvalitative empiriske undersøgelser internationalt.

5.7 Tematisering af interviewguide

Med afsæt i den forhåndsviden jeg havde tilegnet mig om emnet, fra den indledningsvise litteraturgennemgang og den teoretiske undersøgelse, planlagde jeg den tidligere beskrevne interviewundersøgelse. At centrale aspekter fra den internationale forskning, i nogen grad også ville optræde blandt kliniske sygeplejespecialister i Danmark, var rimeligt at antage, men jeg ønskede at gå ud og spørge de kliniske sygeplejespecialister selv, for at undersøge, om de samme aspekter var ligeså fremtrædende, og ikke mindst, om der var andre. Jeg ønskede at anvende den semistrukturerede tilgang, hvor min forhåndsviden om emnet dannede rammen om interviewet og dermed interviewguiden, men hvor jeg stadig gik åbent ud og forholdt mig 'bevidst naivt' i interviewsituationen, for at indfange mest mulig relevant viden.

Formålet med en interviewguide er, at strukturere interviewforløbet, så de emner og spørgsmål, man ønsker at få mere viden om, bliver omdrejningspunkt for interviewet. Interviewet kan ifølge Kvale og Brinkmann være fokuseret på bestemte temaer og lede informanten frem til disse, men ikke til specifikke meninger om temaerne (Kvale, Brinkmann 2009: 49). Med opmærksomhed på det fænomenologiske tilsnit, valgte jeg derfor ikke at have mange snævre, detaljerede spørgsmål, men i højere grad spørge ind til de overordnede temaer, der havde til hensigt at åbne op for informanternes spontane beretninger om deres oplevelser. Jeg valgte således at stille spørgsmål, der knyttede sig til det tema, jeg ønskede belyst, men som åbnede op for mange mulige svar (se bilag 8).

Spørgsmål har ifølge Kvale og Brinkmann både en tematisk og dynamisk dimension. Et godt interviewspørgsmål bør tematisk bidrage til vidensproduktion og dynamisk til at fremme en god interviewinteraktion (Kvale, Brinkmann 2009: 152). Jeg var opmærksom på både de tematiske og dynamiske spørgsmål, hvoraf sidstnævnte dog primært bestod af støttespørgsmål, anerkendende mimik, gestik, udsagn og bevidst brug af pauser, eller det man kan kalde aktiv lytning (ibid: 159). Indledningsvis bad jeg desuden deltagerne om at fortælle,

hvorfor de var blevet klinisk sygeplejespecialist. Spørgsmålet havde både til hensigt, at tilvejebringe viden om personlige karakteristika hos informanten, men også at hjælpe vedkommende igang med tale om sig selv og sine levede erfaringer. Spørgsmålet ledte i alle interviewene til spørgsmålet om uddannelse og andre kvalifikationer, hvorfor rækkefølgen som en forudset mulighed, blev ændret undervejs.

6.0 Præsentation af fund fra empirisk undersøgelse

I dette afsnit vil jeg præsentere fundene fra interviewundersøgelsen. Jeg vil som nævnt rette opmærksomhed på de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis, og på de aspekter der har betydning for deres funktion og daglige arbejde. Jeg vil fokusere på de 'universelle' aspekter, men også beskrive individuelle variationer hos informanterne. Syv temaer fremkom gennem interviewanalysen. Hvert tema præsenteres ud fra en overvejende *selvforståelses* kontekst og eksemplificeres med enkelte interviewuddrag. Afslutningsvis konkluderes på fundene ud fra en *kritisk commonsense* kontekst.

6.1 At være drevet af lysten til at forandre og forbedre

Alle informanterne gav udtryk for, at de igennem hele eller det meste af deres karriere havde haft særlig interesse for, at forandre og forbedre praksis. De beskrev på forskellig vis, hvordan de havde en evne til tænke kritisk og en særlig tilgang til deres arbejde. Det personlige og faglige engagement, blev beskrevet som årsagen til, at de alle på forskellig vis havde arbejdet med udvikling, og havde gjort diverse tiltag for at erhverve sig de kompetencer, der var nødvendige, for at komme i en position, hvorfra de kunne præge den kliniske sygeplejepraksis.

"...og det har jo egentligt altid været, hvad skal man sige, drivkraften. Det at ha' fornemmelsen af, at man arbejder på at udvikle og forbedre, det er helt centralt drivkraften for mig, for også at få motivation. Ja, sådan har jeg altid arbejdet, kan man sige [...], det har ligget der latent, det har altid ligget der."
(KSS3)

Alle informanterne havde desuden på forskellig vis fået etableret deres stillingen, idet den enten ikke havde eksisteret eller været vacant til dem. To af de fire informanter havde desuden haft visionære ledere, der støttede deres ønsker og muligheder for at komme til at videreudanne sig og arbejde med udvikling og forskning.

"Og så beskrev jeg det for min oversygeplejerske, at den stilling synes jeg vi sku' ha' her på stedet, og jeg synes det sku' være mig. Og så sagde hun, det er rigtig godt, men du ska' ha' noget mere erfaring, du skal ha' noget videreuddannelse." (KSS4)

Det personlige og faglige engagement, og interessen for at forandre og forbedre praksis er en egenskab eller et karaktertræk, som tilsyneladende betyder, at de kliniske sygeplejespecialister ganske tidligt i deres karriere begynder at arbejde med udvikling på forskellig vis. Det er også en egenskab som har betydning for motivationen og opgaveløsningen i det deres daglige arbejde.

6.2 At tilegne sig viden gennem uddannelse og praksis

Alle informanterne lagde stor vægt på deres generelle og specialespecifikke sygeplejefaglige viden og erfaring. De havde alle været mange år indenfor det pågældende speciale og gav udtryk for, at dette havde stor betydning for deres arbejde som klinisk sygeplejespecialist. Både den specialespecifikke viden, som 'grundballast' i det konkrete udviklings- eller forskningsarbejde, men også kendskab til medlemmer af organisationen og dens arbejdsgange, blev betragtet som væsentlige, idet det kunne give en faglig respekt, som var nyttig og frugtbar i samarbejdet med diverse fagprofessionelle. Det at have arbejdet mange år med udviklingsarbejde indenfor det samme speciale, gav desuden værdifuld erfaring og viden og måden at tænke på og forholde sig til problemstillinger og problemløsning blev fremhævet.

"Men jeg kunne det ikke, hvis jeg ikke var uddannet sygeplejerske [...], så hvis jeg ikke havde det med mig i bagagen, så ku' jeg heller ikke det jeg gør nu, det er et 'must' simpelthen [...]...også fordi jeg er kendt her i organisationen. Jeg har været her i mange år ik' os', og ligesom sådan taget trin for trin, så bare det os' at man kender personalet." (KSS1)

Tre af de fire informanter gav udtryk for, at anledningen til at tage en akademiske uddannelse, udsprang udfra en erkendelse af, at de manglede metodiske værktøjer for at kunne arbejde, med de opgaver de ønskede. For to var en akademiske uddannelse desuden et krav fra ledelsesmæssig side, for at kunne bestride en stilling med betegnelsen klinisk sygeplejespecialist, og således også et middel til et mål. Tre af informanterne gav udtryk for, at have stor gavn af især de metodiske færdigheder, de havde tilegnet sig gennem deres studie.

"...jeg har rigtig rigtig meget gavn, af det jeg ved rent metodisk, altså teoretisk, det har jeg... rigtig rigtig meget. Jeg ville nødig sidde i den stilling uden at have fået de der, den universitetsuddannelse oveni." (KSS3)

To af informanterne påpegede dog, at de akademiske kompetencer skulle tilpasses og integreres i praksis, for at blive 'anvendelige'.

6.3 At udvikle andre væsentlige kompetencer

Alle informanterne tilkendegav, at en række af de kompetencer, som de fandt væsentlige i arbejdet som klinisk sygeplejespecialist, ikke var tillært via den akademiske uddannelse, men oftest var selv lært eller tilegnet gennem kurser eller ved intern supervision. Her blev især de pædagogiske og kommunikative kompetencer, og de ledelsesmæssige og organisatoriske kompetencer fremhævet, idet arbejdet med at lede projekter af forskellig art, og at samarbejde og vejlede forskellige grupper og fagpersoner var en stor del af alle informanternes arbejde.

"Så rent pædagogisk, det er jo så en helt anden del af det, og det har man jo ikke lært på XXX vel [...], fordi rigtigt meget af det, du går og laver her, der ka' du, du ka' ik' bruge det til en dyt, hvis du ikke tænker implementering, og hele den pædagogik der ligger i implementeringsproblematikken. Så får du ikke en skid ud af det [...] i bund og grund er det noget med at have en fornemmelse for det..." (KSS4)

De mere personlige egenskaber blev også angivet som væsentlige og knyttede sig blandt andet til den kritiske sans og drivkraft, som indledningsvis havde 'styret' dem mod funktionen. Alle beskrev på forskellig vis, at det at være innovativ, have 'gå-på-mod' og selv søge løsninger, når man ikke havde prøvet noget før, var vigtigt i arbejdet som kliniske sygeplejespecialist. To fremhævede, at mere viden omkring især pædagogik, kommunikation, projektledelse og implementering kunne være ønskværdigt, men berettede, at de med ovenfor nævnte udgangspunkt havde klaret opgaverne alligevel. Alle beskrev, hvordan arbejdet som klinisk sygeplejespecialist afhænger af den ansættende organisations aktuelle behov, og det er derfor ikke altid er muligt at forudse, hvilke opgaver man kommer til at udføre og hvilke kompetencer, der bliver nødvendige.

"Ja, det gør man os' [lærer projektledelse i stillingen]. Ja, fordi du ka' ik', man går sjældent på en uddannelse og lærer det der. Der lærer man noget om, det der kan ha' betydning for, at det lykkes, men det at gøre det, det gør man jo først, når man sidder på jobbet, ka' man sige." (KSS3)

Det er således nødvendigt at tilpasse sig og være i stand til at 'lære på jobbet' og at kunne trække på tidligere erfaringer, kreativ tænkning og samarbejde.

6.4 At samarbejde med betydningsfulde nøglepersoner

Alle informanterne tilkendegav at samarbejde med betydningsfulde nøglepersoner og beslutningstagere, herunder ledende overlæger, afdelingssygeplejersker, udviklingsansvarlige sygeplejersker og ikke mindst plejepersonalet i afdelingen havde afgørende betydning for deres arbejde. Samarbejdet havde eksempelvis betydning, ved planlægning og etablering af projekter, der krævede visse nøglepersoners deltagelse, input eller godkendelse, da processen ellers gik i stå.

”... det at sørge for, at de rigtige mennesker kommer til de rigtige møder, så man kan træffe beslutninger, kan drive tingene fremad for os’.” (KSS3)

Alle tilkendegav at samarbejdet med plejepersonalet var vigtigt, idet det oftest var plejepersonalet, der skulle deltage i forsknings- og udviklingsarbejdet, og i sidste ende plejepersonalet, der skulle tage nye ting til sig og ændre praksis, hvis den kliniske sygeplejerspraksis skulle forbedres. For de tre af informanterne, der havde størst tilknytning til praksis, blev relationen tillagt særlig stor betydning. Alle tre gav udtryk for, at det at være kendt og respekteret af plejepersonalet var væsentligt, og de gjorde forskellige tiltag, for at opnå dette. At være ’synlig’ for personalet, var en af de ting, der blev fremhævet, og de tilbragte alle tre mere eller mindre tid i klinikken og lagde stor vægt på dette. At deltage i sociale arrangementer, overdrage beskeder personligt i afdelingen eller blot gå forbi i andet ærinde var andre strategier, der blev benyttet, for at opnå denne ’synlighed’.

”...så jeg får øjenkontakt med dem, så de ser mig, og så sygeplejerskerne os’ ser, når jeg går forbi og siger hej og sådan noget. Det skal man ikke underkende, den der med, at man faktisk er til stede dagligt og ikke bare dukker op en gang om ugen og siger, nu er jeg her.” (KSS4)

Alle informanterne gav udtryk for, at de fandt det vigtigt, stadig at kunne være hos patienterne og udøve en vis form for sygepleje, om end det blot var at hjælpe en patient, der skulle inkluderes i et forskningsprojekt på toilettet, og vise at man stadig i høj grad var ’sygeplejerske’.

”...men jeg tænker, at det har noget at gøre med at opretholde en form for troværdighed, det er det ene formål, for dem jeg ikke er så tæt på, og som ikke arbejder så tæt sammen med mig. Der giver det en anden troværdighed, at man også er i stand til at være ude ved patienterne stadigvæk (ler)[...] hvis man ska’ ha’ folk til at lytte til én, ska’ de ha’ respekt for én” (KSS3)

At have kendskab til vilkårene for plejepersonalet og respekt for det tidspres, de kunne være under, var et andet aspekt, som alle informanterne, på forskellig vis, gav udtryk for var

betydningsfuldt. Dette blev eksempelvis udtrykt ved, et ønske om ikke at fremstå som én, der kom og trak noget ned over hovedet på folk, ved at tage hensyn til hvornår nye tiltag blev introduceret, og endelig ved at forsøge at lette arbejdsgangene for plejepersonalet om muligt. For at opnå denne respekt og troværdighed, synes det altså vigtigt for de kliniske sygeplejespecialister at søge, at blive betragtet som én, der er solidarisk med plejepersonalet og ikke som en autoritær figur.

6.5 At søge og modtage støtte og sparring

Måden hvorpå informanterne var indplaceret i organisationen, hvilke samarbejdspartnere de havde, og hvor de rent fysisk sad i forhold til disse samarbejdspartnere varierede en del, hvilket påvirkede deres muligheder og behov for, at søge faglig og social støtte og sparring. Alle informanterne berettede på forskellig vis om, den støtte og sparring de oplevede at få hos diverse personer, grupper og netværk eksternt og internt i organisationen. Dette kunne være hos deres nærmeste leder, i nationale eller lokale specialenetværk, i gamle studiefællesskaber eller i netværket for kliniske sygeplejespecialister. Alle informanterne gav udtryk for, at dette var givtigt og betydningsfuldt i forhold til deres funktion og daglige arbejde. To af informanterne fremhævede, at især støtte og sparring blandt 'ligesindede' var vigtigt, hvis ikke man skulle føle sig alene i funktionen.

"og det er nogle af dem, jeg sparrer med, men især de kliniske specialister[...]...vældig god støtte, altså vi er rigtig gode til både at sparre fagligt, men også socialt, altså det der med, der er et godt sammenhold, man føler sig ikke ensom i sin stilling. Det er rigtigt rigtigt vigtigt..." (KSS4)

Alle informanterne gav udtryk for, at samarbejdet med deres nærmeste leder var særligt betydningsfuldt for dem og deres arbejde. Alle udtrykte stor tilfredshed med deres nuværende leder, og oplevelsen af at blive hørt, guidet og bakket op såvel personligt som professionelt var nogle af de aspekter, der blev påpeget, og relationen havde også stor betydning i forhold til midler, muligheder og råderum.

"... jeg bruger meget min leder til at sige, nu har jeg det og det og det, det ka' jeg ikke altså det ka' jeg ikke nå, hvad vil du gerne ha' jeg først og fremmest tager mig af. [...] På den måde giver det jo mig noget arbejdsro og rammerne for mig, og der har jeg en god leder, altså jeg har en nærværende og god leder." (KSS3)

To af informanterne angav desuden, at deres leder havde været afgørende i forbindelse med deres mulighed for at blive uddannet og få stillingen som klinisk sygeplejespecialist.

6.6 At udvikle praksis i praksis

Ingen af informanterne havde kontor i de afdelinger de var tilknyttet, og ingen havde deres daglige gang i afdelingen. Tre ud af fire havde dog mere eller mindre faste dage i klinikken, hvor de enten selv fik tildelt patienter eller gik med en anden sygeplejerske, og deltog på denne måde i den direkte patientpleje. Alle tre gav udtryk for, at det at være tilstede i klinikken, var af stor betydning for deres funktion. Som tidligere beskrevet, var det en af måderne til at etablere, udvikle og vedligeholde relationen til og samarbejdet med plejepersonalet. Derudover beskrev de, at det var væsentligt at få lejlighed til at observere, hvad der foregik i praksis, både for at kunne identificere problemstillinger, men også for at holde sig selv ajour med den kliniske praksis. Det var også ved at tilbringe tid i praksis og ved at kommunikere med plejepersonalet, at informanterne, som tidligere nævnt, fik kendskab til personalets vilkår.

”... man får sådan en fornemmelse, hvor er det personalet synes de har brug for at få et løft, eller...øøh...hvor skal fokus være henne, og hvad er det for nogle problemer der er, dem får man jo ved at gå derude.” (KSS3)

De beskrev også alle tre, at det var væsentligt at få input og feedback på de tiltag, der var blevet eller skulle implementeres, så de kunne ændre, tilpasse eller tilføje noget, hvis det var uhensigtsmæssigt for anvendelsen i hverdagen.

”Og det er noget som jeg synes giver mig rigtigt meget. Udover, at jeg bliver opdateret i, hvad der sådan sker, så ser jeg jo også, hvordan tingene de bliver brugt.” (KSS2)

Alle informanterne beskrev, at en af deres væsentligste opgaver var som vejleder, formidler eller sparringspartner for diverse faggrupper og samarbejdspartnere. Den informant, som ikke havde direkte arbejdsopgaver i forhold til plejepersonalet, havde en række vejledende opgaver i forhold til læger og andre faggrupper, der skulle eller var igang med forskellige forskningsprojekter og samarbejdede med udviklingssygeplejersken i afdelingen. De andre tre beskrev hvordan en stor del af deres indsats for at udvikle den kliniske sygeplejerspraksis, bestod i eksempelvis at vejlede og sparre med specialeansvarlige sygeplejersker, at etablere, iværksætte og lede forskellige arbejdsgrupper og netværk, og lede diverse mono- og tværfaglige projekter. Alle tre havde desuden mere eller mindre formelle undervisningsopgaver, og én beskrev, hvordan de specialeansvarlige også brugte hende, som personlig støtte i forhold til deres frustrationer.

”men det er osse meget udviklingsprojekter, som sygeplejerskerne i afdelingen kører, hvor jeg så er vejleder, jeg kan godt være lidt igangsætter, jeg kan godt være medforfatter, medskriver, men hvor det li'som er dem, der skal vokse og komme med ideerne og sige, jeg har en idé, hvad kan vi gøre, så det, som vejleder, som sparre, som medprojektleder kan man sige” (KSS4)

De tre informanter, der havde mest direkte kontakt til praksis gav udtryk for, at det at 'komme igennem' med tingene og dermed få påvirket den kliniske praksis var afgørende for deres arbejde. Forskellige aspekter blev tilskrevet betydning, i forhold til at kunne påvirke praksis og implementere nye tiltag, og mange knytter sig til tidligere beskrevne aspekter, såsom relationer til nøglepersoner, kendskab til implementering og støtte fra ledelse. Samarbejdet med plejepersonale og udviklingsansvarligt personale, blev fremhævet som central i forhold til at ændre ting i praksis, idet den direkte patientpleje er afhængig af disse medarbejdere. I denne sammenhæng beskrev to af informanterne, at det var vigtigt at involvere mange forskellige i udviklings- og implementeringsarbejdet, for at engagere plejepersonalet og sikre en 'holdbar' implementering.

”Jeg er jo dybt afhængig af at dem der osse ska' gå ind og ta' fat, altså tager og løfter opgaven og holder på [...] De gange det sker, så er der jo en større tendens til det kommer til at leve, og der er jeg jo ikke tæt nok derude til at ku' drive det der, der er jeg dybt afhængig af at have nogen ude...” (KSS3)

To informanter beskrev, at det var vigtigt at tænke 'tingene' ind organisatorisk før man introducerede det i praksis, da det havde stor betydning for udfaldet, at de rigtige betingelser var tilstede, herunder den rette timing i forhold til tid og overskud hos sygeplejerskerne.

”Så derfor er det utroligt vigtigt at få tilpasset de ting vi kommer med, så det kan glide ind, og enten erstatte noget der er der, eller gøre noget lettere, eller at de kan se, det bon'er ud hos patienten det her, for så vil sygeplejersken gøre alt, hvis de kan se at det hjælper patienten, så vil de stå på hovedet simpelthen, og det er jo det jeg skal slå på hele tiden ik' os'.” (KSS4)

Alle tre informanter gav på forskellig måde udtryk for, at en af de ting, der havde størst betydning, for om tingene lykkedes, var, at sygeplejerskerne oplevede, at tingene havde værdi i praksis, altså enten havde effekt for patienterne eller betydning for plejen.

6.7 At kende og afgrænse sit arbejdsfelt

Ingen af informanterne gav eksplicit udtryk for, at de oplevede uklarhed og forvirring omkring deres funktion i praksis. De oplevede, at deres nærmeste samarbejdspartnere i overordnede træk var klar over, hvad deres funktion indebar, og de oplevede heller ikke selv

at være i tvivl om deres opgave. En af informanterne påpegede, at klarhed omkring forventningerne til hendes funktion, gav hende ro og jobtilfredsstillelse.

”... ved at der ikke er forventninger til mig om, at jeg os ’skal ud og fungere på afdelingerne, der er forventning om, at jeg yder det her arbejde, i det jeg forsker her, og så har jeg os ’fred med det [...] Nej, jeg er faktisk rigtigt godt tilfreds med mit job. Det var sådan lige det jeg havde ønsket mig. Det må jeg sige.”
(KSS1)

En af informanterne havde bevidst arbejdet for, at funktionen blev kendt i organisationen, eksempelvis ved et oplæg til introduktionen af alt nyt personale. To af informanterne fremhævede desuden, at den organisatoriske struktur og klare kurs fra topledelsen, havde haft betydning for konsolidering af funktionen. På trods af, der ikke blev givet eksplicit udtryk for, at opleve forvirring eller tvivl omkring funktion og opgaver, var der alligevel tre af informanterne, der udtrykte, at de var i tvivl om henholdsvis læger og/eller sygeplejersker vidste, hvad de konkret lavede, og én gav udtryk for, at idet hun var den første i stillingen, var der ikke ’banet vej’ for hende, hvilket indimellem vanskeliggjorde arbejdet. Der blev dog ikke givet udtryk for, at disse aspekter oplevedes som betydningsfulde eller særligt problematiske for deres funktion.

”Og så ku’ man da nogen gange ønske at f.eks. lægegruppen havde en større indsigt i, hvad det er jeg går og laver, fordi de jo nogen gange ikke rigtigt forstår hvad det er jeg går og laver.” (KSS2)

Tre af de fire informanter oplevede, at det indimellem var nødvendigt, at forsøge at afgrænse sit arbejdsfelt, for ikke at blive overbebyrdet, og for at få plads til det de oplevede som væsentligt. En beskrev, at hun fandt det vigtigt, at være opmærksom på, ikke at påtage sig ekstraopgaver, som ikke krævede hendes specifikke kompetencer, men alligevel kunne varetages af andre.

”Ja, helt sikkert. Der skal være plads til det sygeplejefaglige, det er det jeg prioriterer [...] så jeg har tænkt meget over, at øøhh ’nej tak’, specielt når der er andre der ligeså godt, altså ka’ udføre, som ikke behøver og..., hvor mine kompetencer ikke bliver brugt tilstrækkeligt.” (KSS2)

En anden beskrev, at hun skulle passe på ikke selv at påbegynde interessante og relevante opgaver, når hun allerede havde en stor arbejdsbyrde, og fandt det vigtigt at forsøge, at arbejde sammen med sin leder, for at få hjælp og støtte til at vælge og prioritere. Især to af de fire informanter oplevede indimellem et arbejdspress, som kunne blive overvældende, og oplevede ikke altid at have mulighed for at sige fra eller uddelegere, idet der umiddelbart ikke

var andre der kunne varetage opgaven og ledelsen prioriterede den. Dette kunne betyde, at andre relevante opgaver måtte tilsidesættes.

”Så man ka’ sige, jeg har meget frie rammer til at lave en masse ting, og det er fantastisk, men der ligger også nogle opgaver, hvor min ledelse synes at der skal jeg sidde, hvor jeg tænker ok, det er en del af det, jeg tager med så, men som så begrænser mig i, hvis jeg nu sku’ forske.” (KSS4)

Forventningen til at arbejde med forskning, som ligger i informanternes funktionsbeskrivelse havde betydning for alle fire, om end på forskellig måde og med forskellig vægt. To af de fire informanter bedrog næsten ingen decideret forskning, én arbejdede udelukkende med forskning, og den sidste oplevede de to ting fyldte lige meget. Alle gav udtryk for, at det at forske og skrive artikler skulle vælges til og prioriteres, hvis det skulle lykkes, og de tre oplevede, selv at bære ansvaret for at få plads til dette arbejde.

”Forskningen er jo nok noget af det som får lov til at træde i baggrunden, når klinikken den træder ind over, og hvis ikke man selv er god til at afsætte tid, så kommer man ikke til at lave forskning. Det skal man simpelthen definere og sige, og lægge tider ind i sin kalender, fordi ellers så bliver kalenderen fyldt med alle mulige andre ting.” (KSS2)

De to informanter, hvor forskningsarbejde fyldte mest i stillingen, gav udtryk for, at de specifikt havde valgt stillingen som klinisk sygeplejespecialist, fordi den rummede forskning. De gav udtryk for, at være begejstrede for dette arbejde og havde en oplevelse af, at leve op til det, der var forventet af dem. De to informanter, der oplevede ikke at kunne finde tid og ro til at arbejde med forskning, udtrykte, at forventningerne til dem kunne opleves som en stressor, og som noget, der indimellem gav anledning til ’dårlig samvittighed’. De gav også udtryk for, at de opgaver, der i højere grad knyttede sig til klinisk praksis, kunne synes mere væsentlige at arbejde med.

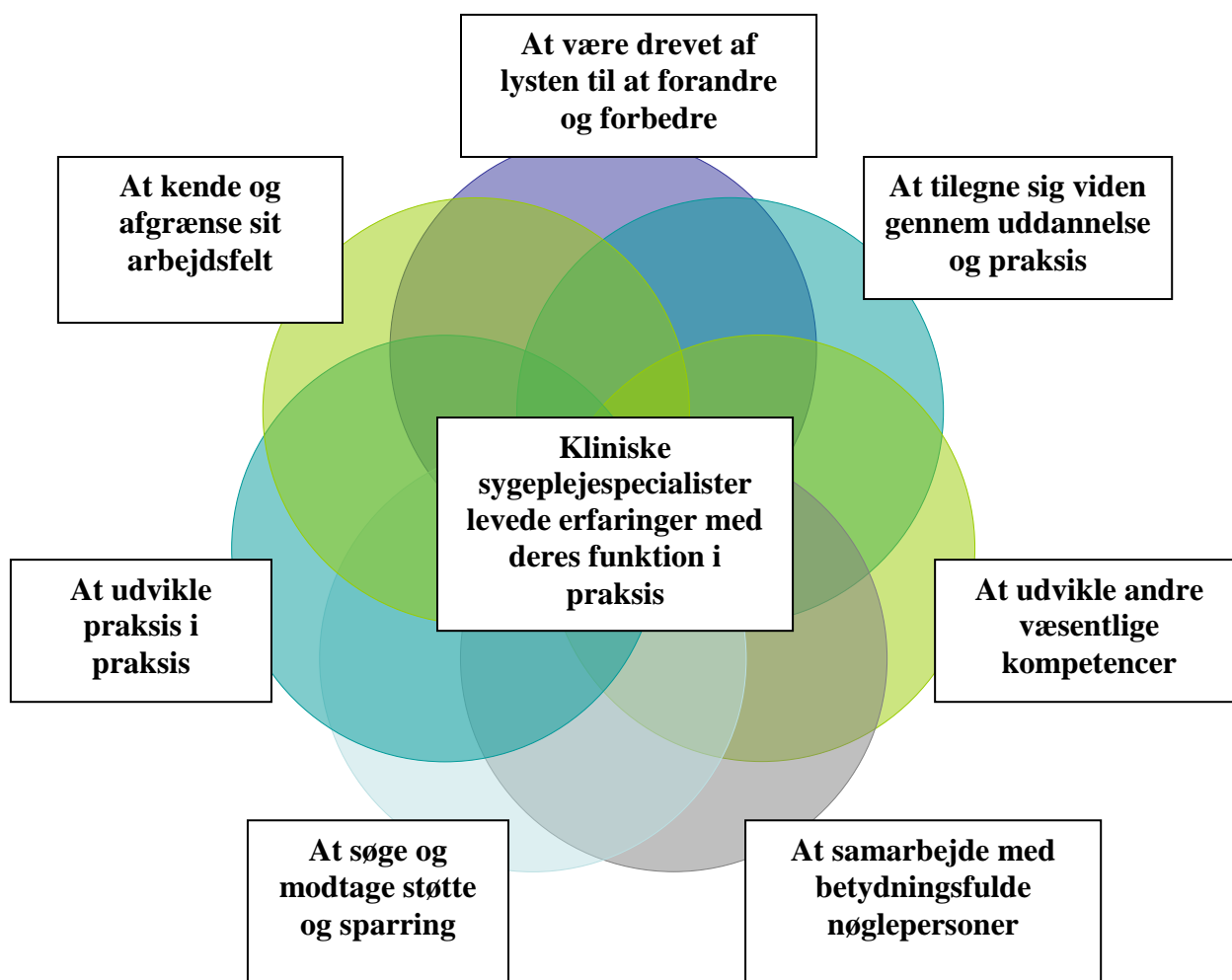
”...og det som måske ka’ frustrere noget, at der ligger den stillingsbeskrivelse, den forventning, som jeg ikke opfylder [...]...hvor jeg tænker uuuh ja, jeg burde jo osse, altså så kommer den der lidt dårlige samvittighed, fordi jeg ikke lige gør det, der bliver forventet af mig. Men det er i korte glimt vil jeg sige. Jeg synes det jeg laver måske er vigtigere, end at gå ind og lave et decideret forskningsprojekt [...] Og det er farligt at tænke sådan, det ved jeg godt, men det jeg ka’ se, det jeg går og laver, det har direkte påvirkning...” (KSS4)

Selvom disse to informanter ikke arbejdede med deres egen forskning, arbejdede de en del med eksempelvis patientforløbsbeskrivelser, kliniske retningslinjer, instrukser, projektplaner, standardiserede plejeplaner, patientinformation og så videre, der krævede systematik og

fordybelse, og hvorigennem de oplevede at bidrage til at generere viden til gavn for patienterne.

6.8 Delkonklusion - empirisk undersøgelse

Interviewundersøgelsens fund peger på mange forskellige aspekter af de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis. De knytter sig til en række faktorer, som hver især og i sammenhæng har betydning for deres funktion og daglige arbejde. På forskellig vis, er de faktorer, som konstituerer temaerne, enten en forudsætning for, eller konsekvens af hinanden og giver som en samlet helhed et billede af kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis. Dette illustreres i fig. 1.



Figur 1 Kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis.

Fundene peger på, at det personlige og faglige engagement, er helt centralt hos kliniske sygeplejespecialister. Det er med til at bane vejen for deres karriere og anvendes i mange aspekter af det daglige arbejde. Den viden og erfaring, der betragtes som væsentlig, tilegnes på forskellig vis, men mange kompetencer læres undervejs i jobbet og evnen til finde egne løsninger og tænke kreativt, synes nyttig i denne sammenhæng. Samarbejde, og de relationer der er en forudsætning herfor, synes at være helt afgørende for den kliniske sygeplejespecialists arbejde. Den kliniske sygeplejespecialists muligheder og begrænsninger afhænger af relationer og samarbejde med forskellige personer og grupper i organisationen, som kan fremme eller hæmme udviklings-, forsknings- og implementeringsprocesser. Autonomi i funktionen er vanskelig, da det ikke er muligt at forandre den kliniske sygeplejepraksis, uden at 'forandre' de mennesker, der præger og udfører denne praksis. Formidlende, vejledende og støttende opgaver, synes at 'fylde' meget i kliniske sygeplejespecialisters praksis, og har givetvis en betydelig indflydelse på det totale omfang af udviklings- og forskningsarbejde, der foregår i praksis, og som den kliniske sygeplejespecialist således kan betragtes som ansvarlig for. At prioritere og sige fra synes også betydningsfuldt i specialisternes praksis, for at undgå for voldsomt et arbejdspress, og for at få tid til det, der opleves væsentligt at arbejde med. Noget tyder ydermere på, at hvis der skal være mulighed for, at arbejde med forskning som klinisk sygeplejespecialist, er det vigtigt, at det ekspliciteres i stillingen og prioriteres af specialisten og dennes nærmeste leder, så det bliver legitimt at afsætte tid og fastholde denne prioritering. Alle aspekter af de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaring, har betydning for deres samlede virksomhed, og alle har betydning for det daglige arbejde og ultimativt effekten og resultaterne i forhold til udviklingen af den kliniske sygeplejepraksis.

7.0 Diskussion

Den følgende diskussion er delt op i to afsnit. I første afsnit vil jeg diskutere analysefundene fra den empiriske undersøgelse med fundene fra den teoretiske undersøgelse og indrage den indledningsvise litteraturgennemgang, hvor jeg finder det relevant. Diskussionen vil beskæftige sig med de spørgsmål, der udgør specialets formål, særligt hvilke faktorer eller personer, der har betydning for de kliniske sygeplejespecialisters funktion og daglige arbejde, og hvilken betydning disse aspekter eventuelt har for de kliniske sygeplejespecialisters arbejde med at udvikle den kliniske sygeplejepraksis. I det efterfølgende afsnit vælger jeg, at

trække det, jeg oplever som kernen i analysefundene frem, og inddrage Benners begreb *Clinical wisdom*, fra hendes omfattende empiriske undersøgelse af *Expertise in nursing* (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999), og Uhrenfeldts betragtninger på begrebet *mentoring* (lisbeth uhrenfeldt, århus universitet.afdeling for sygeplejevidenskab 2007).

7.1 Diskussion af fund fra den teoretiske og empiriske undersøgelse

Fundene fra den teoretiske og den empiriske undersøgelse³⁹ underbygger og supplerer hinanden, og kan være med til at give et bredere perspektiv på kliniske sygeplejespecialisters oplevede erfaringer med deres funktion i praksis. Trods en lang række fællestræk, er der også centrale aspekter, jeg ikke genfinder i den empiriske undersøgelse, eller som ikke synes lige så fremtrædende hos de adspurgte kliniske sygeplejespecialister. Disse faktorer kan dog alligevel være relevante og betydningsfulde hos kliniske sygeplejespecialister i Danmark, til trods for at jeg ikke fandt det i mit beskedne datamateriale⁴⁰.

Den empiriske undersøgelse pegede ligesom de internationale fund på, at de kliniske sygeplejespecialister oplever, at funktionen rummer mange forskelligartede opgaver, at det kan være vanskeligt at afgrænse sit arbejdsfelt og betydningsfuldt at definere funktionen overfor andre. Den 'rolleforvirring', som er markant fremtrædende i de internationale studier, synes ikke at kunne genfindes i den empiriske undersøgelse, og er tilsyneladende ikke noget, der optager de adspurgte informanter i deres daglige praksis. Dette kan skyldes, at der eksisterer en god lokal struktur og konsolidering af funktionen, og at der er samstemmende forventninger til arbejdsopgaverne. Det kan dog også skyldes, at dette aspekt bedst kan undersøges, ved at udforske diverse samarbejdspartneres perspektiv, som tilfældet også er, i flere af de internationale undersøgelser. Det synes dog væsentligst, at specialisterne ikke selv oplever det som et problem, eller som kompromitterende for deres funktion i praksis.

Dette kan synes et noget overraskende fund, idet den indledningsvise gennemgang af situationen i Danmark, afslørede stor uklarhed omkring stillingsbetegnelser, kvalifikationskrav og typiske arbejdsområder. Det ville derfor være rimeligt at antage, at de empiriske fund ville pege i samme retning som de internationale studier, men synes altså

³⁹ Når der, i de følgende afsnit henvises til 'den empiriske undersøgelse' eller 'empirien', refereres der til den, til specialet, gennemførte interviewundersøgelse.

⁴⁰ Se mere i metodeovervejelser afsnit 8.0

umiddelbart ikke at være en betydningsfuld del af informanternes levede erfaringer med deres funktion i praksis. Forskelligheden i informanternes uddannelses- og erfaringsmæssige baggrund, og aktuelle arbejdsområder, som jeg af hensyn til deres anonymitet ikke afslører i specialet, bekræfter dog stor forskellighed i funktionen, selv internt i samme organisation. Jeg vil hævde, at dette må betragtes, som et overordnet problem, tiltrods for de 'afvigende' empiriske fund og i forhold til denne problemstilling, kunne noget altså tyde på, at vi i Danmark gennemløber historien, som den har været i andre lande, men at vi tilsyneladende ikke har søgt, at drage nytte af deres erfaringer. Internationalt set, er der gjort en række forsøg på, at kortlægge funktionen ud fra både ønskværdige og virkelige forhold. I USA har blandt andet Hamric og Spross, såvel som Sparacino og Menard, publiceret værker, hvori funktionen, dens opgaver, udfordringer og meget andet udforskes og beskrives (Hamric, Spross 1989, Menard 1987, Sparacino, Cooper & Minarik 1990), og det tilsvarende har blandt andet Humphries og McGee gjort i UK (Humphris 1994, McGee, Castledine 2003, McGee 2009). En lang række artikler, søger på baggrund af empiriske undersøgelser, ligeledes at afdække hvad funktionens indhold og rækkevidde er, og introducerer modeller og forslag til, hvordan feltet kan søges valideret ved blandt andet at stille krav til kvalifikationer (Gardner, Chang & Duffield 2007, Baldwin et al. 2009). I Danmark er der tilsyneladende endnu kun taget spæde initiativer fra centralt hold, i forhold til sådanne tiltag, trods talrige opfordringer. Man kan naturligvis argumentere, at de omtalte lande, har haft mange flere års erfaring med funktionen, og erkendelsen af særlige problemstillinger og incitamentet til at handle, er derfor opstået tidligere, hvorfor de er 'længere', så at sige, med at undersøge og beskrive feltet. Man kan dog også påpege, at det tilsvarende arbejde i Danmark, var gjort betydeligt lettere af, at nogen havde 'gået vejen før'. Forskellige interventioner, programmer og tiltag er desuden gennem tiden udviklet og afprøvet internationalt, i bestræbelserne på, at opnå bedre implementering af de kliniske sygeplejespecialister i praksis og optimal udnyttelse af deres ressourcer (DiMauro, Mack 1989, Baker 1987, Page, Arena 1991, Glen, Waddington 1998). Heller ikke på dette felt synes der i Danmark at være søgt inspiration. I stedet bliver der tilsyneladende til stadighed udarbejdet forskellige lokale strategier rundt om i landet, som beskrives i overvejende interne og ikke videnskabelige dokumenter (Tewes, Pedersen 2006, Delmar 2005, Netværk for kliniske sygeplejespecialister 2010), og på trods af, at disse kan være velbegravede og velfungerende, bidrager de ikke til at udrede og afklare den nationale situation, og sikre et ensartet højt niveau for patienterne.

Følelser af utilstrækkelighed og udbændthed, som en del af specialisternes levede erfaringer, genfindes heller ikke på samme måde i den empiriske undersøgelse, men flere oplevede at arbejdspresset kunne være voldsomt, og at de manglede tid og oplevede frustration over ikke at leve op til nogle specifikke forventninger, særligt til forskningsarbejde. Empirien pegede også sammenfaldene på, at specialisterne oplevede at få flere opgaver, jo mere kompetente de blev, at det kunne være svært at sige fra, og at de som en følge heraf svigtede deres forskningsopgaver. Hvis ikke de kliniske sygeplejespecialister skal 'brænde ud' eller trække sig, fra enten de praksisnære opgaver eller forskningsarbejdet, er det altså væsentligt, at de i samarbejde med ledelse og organisation, får truffet beslutninger om, hvad der er væsentligt og skal prioriteres, og får skabt realistiske rammer for dette arbejde. Det kan også diskuteres om det er hensigtsmæssigt at have to så forskelligtartede opgaver i samme funktion, eller om de med fordel kunne deles i to.

Et væsentligt aspekt i flere af de internationale studier var frustration over, at være begrænset af manglende autonomi og autoritet. Dette blev ikke fundet tilsvarende i den empiriske undersøgelse, men det at være afhængig af diverse samarbejdspartnere, i forhold til både beslutninger og operationalisering af tiltag, indikerer dog, at specialisterne, på mange måder, er i samme position, men de oplever tilsyneladende ikke dette som problematisk. Empirien tyder på, at de kliniske sygeplejespecialister ikke ønsker at fremstå autoritære, og fremhæver kommunikation, samarbejde og involvering i stedet for autonomi. Dette kan muligvis forklares, ved kulturelle forskelle i arbejdsrelationerne i sundhedsvæsenet, hvor solidaritet i Danmark bliver betragtet som idealet, er der i lande som USA og UK typisk tradition for en mere hierarkisk opbygning. Der synes at være sammenfald mellem oplevelsen af, at det kliniske fokus, undervisning, støtte og opkvalificering af personalet fylder meget i de kliniske sygeplejespecialisters funktion. I den empiriske undersøgelse, tyder noget dog på, at dette i højere grad foregår, i forhold til eksempelvis sygeplejersker, der arbejder med udvikling eller uerfarne forskere, end i forhold til plejepersonalet. Dette kan igen bero på kulturelle forskelle, idet de kliniske sygeplejespecialister i flere lande, i højere grad er knyttet til den direkte patientpleje og har deres daglige gang i praksis.

Et af de væsentligste sammenfald er betydningen af relationer i den kliniske sygeplejespecialist arbejde. Den empiriske undersøgelse pegede på, at det at skabe, udvikle og vedligeholde relationer til især plejepersonalet og ens nærmeste leder, men også til andre nøglepersoner og netværk var afgørende for, at få støtte og opbakning, både fagligt og personligt og for at kunne udvikle og implementere i praksis. Den megen opmærksomhed på relationen og samarbejdet med lægen, der blev identificeret i den internationale litteratur, synes ikke at være fremtrædende i empirien. Dette kan som tidligere nævnt skyldes, at den kliniske sygeplejespecialist, i andre lande, i højere grad har direkte patientkontakt og opgaver som specialist i klinikken, hvorfor drøftelser og 'forhandlinger' med læger oftere forekommer og optager specialisten i hendes praksis.

At opleve isolation og manglende støtte, synes ikke udtalt i de empiriske fund, men det blev dog påpeget, at det har en positiv betydning, at opleve støtte og sparring hos ens leder og i diverse netværk og samarbejdsrelationer, da man godt kan føle sig 'som den eneste af sin slags' og alene med sine opgaver og overvejelser. De empiriske fund tydede ikke på, at de kliniske sygeplejespecialister oplevede modstand, uvilje og magtkampe hverken på ledelsesside eller med plejepersonalet. Igen her, kan divergensen eventuelt forklares med en mere solidarisk 'ledelsesstil', hvor samarbejde og diplomati tilstræbes og foretrækkes.

Et andet af de tema, der står stærkt i både den teoretiske og den empiriske undersøgelse, er de særlige karakteristika, der kendetegner kliniske sygeplejespecialister. Austin beskriver dem som visionære, kreative, energiske, selvmotiverende, selvsikre og vedholdende (Austin, Luker & Roland 2006). De samme træk kan genfindes i den empiriske undersøgelse, når de kliniske sygeplejespecialister beskriver deres interesse for udvikling, deres karrierevej og deres daglige arbejde med at forbedre den kliniske sygeplejepsaksis. Dette betyder antageligvis også, at måden en klinisk sygeplejespecialist arbejder på i høj grad afhænger af hendes personlige egenskaber og interesser, hendes tillid til egne evner, hendes evne til innovativ og kreativ tænkning og problemløsning og hendes sociale egenskaber. Disse faktorer er givetvis også med til at præge både uddannelsesvalg og fokus for arbejdet med udvikling og forskning, og de kliniske sygeplejespecialister vil således uværgeligt blive en broget skare. Forskelligheden kan formentlig i mange sammenhænge være en styrke i forhold til den overordnede udvikling af professionen og den kliniske sygeplejepsaksis, men det rejser også

nogle problemstillinger, som der tilsyneladende ikke er gjort rede for eller taget stilling til i Danmark.

7.2 Diskussion med Benner og Uhrenfeldt

Noget af det, der træder tydeligt frem i mine empiriske fund, og som jeg finder interessant at diskutere yderligere, er den store betydning af de særlige karakteristika og evner kliniske sygeplejespecialister bringer i anvendelse og betydningen af relationer i forhold til det daglige arbejde. Noget tyder på, at disse aspekter af de kliniske specialisters levede erfaringer har betydning for, eller indgår som element i, stort set alle temaer.

Benner har baseret store dele af sit videnskabelige arbejde på empiriske studier omhandlende udvikling af færdigheder og ekspertise i klinisk praksis (Uhrenfeldt, Hall 2007). I 1999 udgav Benner et. al. bogen *Clinical wisdom and interventions in critical care*, som bygger på en empirisk undersøgelse af over tohundrede akut- og intensivsygeplejersker, hvor formålet var at beskrive *practical wisdom, skilled know-how* og *notions of good practice*. Toogtredive *advanced practice nurses*⁴¹ indgik også i undersøgelsen og fundene, der præsenteres i afsnittet *The skilled know-how of clinical leadership and the coaching and mentoring of others*, beskæftiger sig stort set udelukkende med denne gruppe sygeplejersker (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 5-7). Sygeplejerskerne i Benners undersøgelse, indgik alle i et vist omfang i den direkte patientpleje, og blev betragtet som formelle eller uformelle 'ledere' af den kliniske praksis. De kliniske sygeplejespecialister, der indgår i min empiriske undersøgelse, udførte ingen eller relativt lidt direkte sygepleje. Man kan derfor ikke ukritisk sammenligne fundene, men jeg mener, der kan drages mange paralleller og at Benners fund kan bidrage med interessante perspektiver, som i det følgende vil blive fremlagt og diskuteret.

Ifølge Benner et. al. er stærke kliniske ledere en forudsætning for fremragende sygepleje i praksis. Deres evne til at påvirke deres kollegers dømmekraft til fordel for patienten, er et resultat af blandt andet kompetent handlen, velunderbygget viden og evnen til at lytte og fremhæve andres styrker, og ikke fordi de nødvendigvis har en formel lederrolle. Stærke kliniske ledere er 'personificeringen' af den bedste sygeplejepraksis, fordi de har omfattende

⁴¹ Sygeplejersker, der er uddannet på masterniveau. Dækker typisk over både *advanced nurse practitioners* og *clinical nurse specialists*, og de forskellige underkategorier, der eksisterer i USA, eksempelvis *acute care nurse practitioner* (Hamric, Spross & Hanson 2005)

akkumuleret viden, tilegnet fra praksis og videnskab, og ikke nødvendigvis fordi de er mestre i den konkrete praksis. Deres viden er *authoritative*, som indebærer, at den har forrang som velunderbygget ekspertviden, og ikke at den gør den kliniske leder autoritær og kontrollerende. Benner beskriver i sine fund, hvordan kliniske ledere deler deres *authoritative knowledge* for at fremme kollegers udvikling gennem *relational clinical leadership* (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 490). Fundene fra min empiriske undersøgelse peger på mange af de samme karakteristika hos kliniske sygeplejespecialister i deres funktion. De mange år i praksis og deres akademiske uddannelse har givet dem et vidensfundament, der tilsvarende det der beskrives af Benner. Denne viden tilstræber de ikke at bruge ved at være autoritær, men i stedet ved at kommunikere med og involvere andre, så de kan udvikle sig og skærpe deres kompetencer. Dette gør de ved at påvirke deres kolleger og samarbejdspartnere, og dette *clinical leadership* inddeles i fem af Benner identificerede temaer (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 490). Jeg har valgt i det følgende at præsentere de tre temaer, der synes relevante i forhold til mine empiriske fund. *Facilitating the clinical development of others*, er noget den kliniske leder gør, gennem formel og uformel undervisning, og coaching og etablering af udviklingsmuligheder på tværs af discipliner. Dette samspil kan ofte udvikle sig til frugtbare samarbejdsrelationer (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 509). At vejlede, undervise og 'sparre' med diverse samarbejdspartnere, for at facilitere deres udvikling, var en af de opgaver der optog en stor del af informanternes tid, og som de fandt meget betydningsfuld, uanset i hvilken faggruppe eller på hvilket niveau vedkommende befandt sig. *Building and preserving collaborative relationships* bygger på ideen om, at kollektiv viden typisk overgår ethvert enkelt individs. Den kollektive viden skabes gennem dialog og samarbejde. At deltage i dialog og bidrage til andres udvikling, bidrager til udbygningen af den kollektive viden. Den bedste praksis er derfor et resultat af samarbejde og facilitering af samarbejde med og mellem andre. Den stærke 'kliniske leder' er også opmærksom på styrken i den synergi, der opstår ved forskellighed. Hun formår at coache og undervise andre, og anerkender samtidigt respektfuldt deres kliniske baggrund, erfaringsmæssige viden og faglige perspektiver på tværs af fag, og bibeholder på denne måde en ligeværdig relation. Dette er med til at bygge en stærk samarbejdskultur, der kan bestå i lang tid i organisationen (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 532-540). De kliniske sygeplejespecialister i min undersøgelse, fremhævede i høj grad betydningen af samarbejdsrelationer, og at facilitere og udvikle disse gennem dialog og anerkendelse. På

denne måde, var de med til at udbygge den kollektive viden indenfor deres specifikke område. Det sidste tema er *Transforming delivery care systems*, hvor den 'kliniske leder' er opmærksom på problematikker, der går igen i praksis, og samarbejder med andre for at tydeliggøre problemet og finde en løsning (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 540). Dette må også siges at kunne genfindes i min undersøgelse, hvor det at påvirke arbejdsvilkårene og rammerne for den kliniske sygepleje optager de fleste af de specialisterne.

Ifølge Benner deler effektive 'kliniske ledere' en række af ovenfornævnte grundlæggende fællestræk, og de er med til at sikre en pågående udvikling af den gode praksis både for individer, grupper og på samfundsplan (Benner, Hooper-Kyriakidis & Stannard 1999: 548). At skabe udvikling af 'den gode' praksis gennem *relational clinical leadership*, ved at facilitere andres udvikling, ved at etablere og vedligeholde samarbejdsrelationer, og ved at påvirke rammerne for praksis, var også karakteristisk i de empiriske fund. Den relationelle kliniske ledelse kan desuden have betydning for kulturen i hele organisationen, og det er vigtigt, at værne om de vilkår, der muliggør dette arbejde for den kliniske sygeplejespecialist. Det synes dog vigtigt at påpege, at der i høj grad tale om handlinger fra den kliniske sygeplejespecialists side og ikke synes at være fokus på den støtte og opbakning hun kan have behov for i forhold til sin egen udvikling. Dette har naturligvis heller ikke været formålet med Benners undersøgelse, og jeg vil derfor vende mig mod et andet studie.

Uhrenfeldt beskæftiger sig i sin ph.d. afhandling *Leadership, job satisfaction and clinical wisdom* også med Benners *clinical wisdom* begreb i sin undersøgelse af *proficient nurses* ('dygtige' sygeplejersker) og *charge nurses* (afdelingssygeplejersker) (lisbeth uhrenfeldt, århus universitet.afdeling for sygeplejevidenskab 2007). Hun finder, at fænomenet *mentoring* er en del af afdelingssygeplejerskernes ledelsespraksis, men også at de selv oplever, at kunne have behov for *coaching* eller *mentoring*, for at kunne udføre deres job som initiativrige ledere. Uhrenfeldt anbefaler på denne baggrund *mentoring*, som en overordnet og formaliseret ledelsesstrategi til imødekomme sygeplejelederens behov for supervision, så de bliver bedre rustet til klinisk ledelse af de 'dygtige' sygeplejersker (Ibid: 73). Fundene fra den empiriske undersøgelse pegede på, at de engagerede sygeplejespecialister tillagde de relationer, hvor de modtog støtte og sparring, stor betydning både fagligt og personligt. Man kan dog anfægte, at

disse relationer og kvaliteten af dem, kan være mere eller mindre tilfældige, og at den kliniske sygeplejespecialist selv skal opsøge, udvikle og 'pleje' en relation, for at den bliver 'givende' for begge parter. Formaliseret *mentoring* kunne betyde, at den kliniske sygeplejespecialist var sikret den supervision og støtte hun havde behov for. At funktionen er så relativt ny i Danmark betyder, at den endnu ikke er implementeret og konsolideret alle steder, og der eksisterer endnu ikke en veletableret struktur med 'akademiske' sygeplejersker på mange niveauer, der kunne indgå i *mentor-mentee relationships*. Der synes dog at være en udvikling på vej, og disse ordninger kunne muligvis i fremtiden være en farbar vej, til at give de kliniske sygeplejespecialister støtte og stimulation, og forsøge at tage vare på den drivkraft, der motiverer dem, så de undgår at brænde ud og kan fortsætte med at arbejde effektivt for at forbedre klinisk sygeplejepraksis.

8.0 Metodediskussion

I dette afsnit vil jeg forelægge mine overvejelser i forhold til undersøgelsens kvalitet, styrker og begrænsninger. Resultaterne af et kvalitativt studie vurderes ifølge Polit og Beck ud fra parametre som troværdighed og overførbarhed (Polit, Beck 2006: 332ff+435ff).

Troværdigheden af et studie afhænger af tilliden til 'sandfærdigheden' af de indsamlede data og fortolkningen af dem, og af de skridt der er taget undervejs for demonstrere denne. Det er derfor væsentligt at der er transparens og konsistens i forskningsrapporten, således at læseren har mulighed for at gennemskue og vurdere de forhold, hvorunder undersøgelsen er blevet til, herunder forskerens overvejelser og beslutninger i forhold til teori og metode undervejs (Polit, Beck 2006: 332). Igennem specialet har jeg tilstræbt at beskrive og begrunde mine valg og har arbejdet på en systematisk og stringent måde med indsamling og bearbejdning af data i alle faser og særligt i forbindelse med den empiriske undersøgelse. 'Forskeren' kan, ifølge Polit og Beck, forsøge at styrke troværdigheden af de empiriske data, ved eksempelvis at undersøge flere forskellige datakilder (*data source triangulation*), benytte andre 'forskere' til 'kontrol-analyse' (*investigator triangulation*), anvende forskellige perspektiver til at fortolke data (*Theory triangulation*) eller udforske emnet via forskellige metoder (*method triangulation*) (Polit, Beck 2006: 333). Det kunne givetvis have været interessant og relevant, eksempelvis også at interviewe læger, plejepersonale eller ledere, eller invitere en anden 'forsker' til at fortolke mine data, for på denne måde at styrke validiteten af dem, men jeg har ikke fundet

dette muligt, indenfor rammerne af specialet. Et studies troværdighed styrkes, ifølge Polit og Beck, også af 'forskerens' troværdighed, d.v.s. vedkommendes uddannelse og erfaring (Polit, Beck 2006: 334). Som relativt utrænnet 'interviewforsker' har jeg, blandt andet i interviewsituationen, skulle være opmærksom på, ikke at være for styret af min egen forforståelse og den gennemgåede teori, som den semistrukturerede tilgang dog i nogen grad lægger op til. Yderligere træning i interviewforskning, ville givetvis medføre både en øget sensitivitet og målrettethed, der kunne være med til at kvalificere undersøgelsen. I meningsfortolkningen handler det ifølge Polit og Beck om, at 'forskeren' må holde sin egen fortolkning op til *self-scrutiny*, altså nøje granskning, og overveje, om der kunne være andre valide fortolkninger. Præcisionen i beskrivelsen og stringensen i meningsfortolkningen i det kvalitative interview modsvarer ifølge Kvale og Brinkmann eksaktheden i kvantitative målinger (Kvale, Brinkmann 2009: 48). Den meningsfortolkende proces er i overvejende grad 'usynlig' for læseren, og det er således min egen 'moral' i fortolkningen af mine data, og præcisionen og stringensen i fremlæggelsen, der bliver afgørende for troværdighed. Dette har jeg på alle måder tilstræbt, ved en omfattende grundighed og 'kritisk forholde sig' til min proces, mine tanker og mine fund.

Selvom kvalitative studier ifølge Polit og Beck ikke som sådan tilstræber generaliserbarhed og repræsentativitet, bør forskeren overveje overførbareheden af sine resultater, altså om resultaterne kan overføres til andre sammenhænge eller grupper. Resultater af kvalitative studier, vil altid være kontekstbundne, og overførbareheden knytter sig således til undersøgelsen design og informantgruppe (Polit, Beck 2006: 336+437). Den semistrukturerede metode betyder, at interviewundersøgelsen blev baseret på, og efterfølgende diskuteret med, systematisk udvalgt international forskningslitteratur. Dette både styrker og giver et bredere perspektiv til resultaterne af den empiriske undersøgelse, men giver også bud på, hvor den danske situation muligvis divergerer fra de internationale fund. Jeg mener fundene, vil kunne bidrage med mulige svar og værdifuld viden, omkring kliniske sygeplejespecialister, der fungerer andre steder i landet, og indenfor andre områder af sygeplejen, men kan ikke sige noget generelt om kliniske sygeplejespecialister i Danmark. Informantgruppen i undersøgelsen har også betydning for undersøgelsens resultater og overførbarehed. Man kan diskutere, om man havde fået markant anderledes og mere repræsentative data, hvis informantgruppen dels havde været større, og mere varieret i forhold

til parametre som eksempelvis alder, køn, speciale, erfaring, geografi og meget andet. Som tidligere beskrevet, fravalgte jeg, med reference til Norlyk og Harder, denne bevidste variation i min udvælgelse, idet jeg ikke kunne finde relevant begrundelse herfor. Det skaber dog alligevel refleksion, at en række af de centrale fund fra den internationale empiriske forskning, ikke blev genfundet i mine empiriske data. Dette kan, som nævnt, være et udtryk for kulturelle og historiske forskelle, men kan også skyldes, at det empiriske materiale ikke var stort og varieret nok. En ting, der dog synes at have haft stor betydning for divergensen i fundene, er det større fokus på direkte praksisarbejde, som i højere grad gør sig gældende internationalt end for mine informanter. I bakspejlet kunne jeg eventuelt med fordel have overvejet dette i mine inklusionskriterier, således at gruppen blev lidt mere homogen, og i højere grad var sammenlignelig med udenlandske kliniske sygeplejespecialister.

Jeg mener dog, at en systematisk gennemgang af relevante internationale empiriske studier, og en efterfølgende kvalitativ interviewundersøgelse, har været den relevante, og indenfor rammerne mulige, metode, til at afdække viden i forhold til specialets formål. Jeg har tilstræbt at vise, at en interviewundersøgelse med baggrund i en systematisk og grundig undersøgelse af eksisterende forskning på området, trods et relativt lille antal informanter, kan generere et beskedent men kvalificeret studie, der kan bidrage til den videre udforskning, kortlægning og udvikling af kliniske sygeplejespecialisters praksis til glæde og gavn for patienterne.

9.0 Konklusion

Formålet med dette speciale har været at belyse, hvilke levede erfaringer kliniske sygeplejespecialister har med deres funktion i praksis, og særligt søge svar på hvilke aspekter, der er centrale og betydningsfulde, hvilke faktorer og personer, der har betydning for funktionen og det daglige arbejde, og hvilken betydning det eventuelt har for udviklingen af den kliniske sygeplejepsiksis. De empiriske fund peger på syv centrale temaer: *'At være drevet af lysten til at forandre og forbedre'*, *'At tilegne sig viden gennem uddannelse og praksis'*, *'At udvikle andre væsentlige kompetencer'*, *'At samarbejde med betydningsfulde nøglepersoner'*, *'At søge og modtage støtte og sparring'*, *'At udvikle praksis i praksis'* og *'At kende og afgrænse sit arbejdsfelt'*. Temaerne 'spiller' sammen og udgør i et samlet hele, de kliniske sygeplejespecialisters levede erfaringer med deres funktion i praksis. De konstitueres af forskellige aspekter, som er centrale og betydningsfulde, i de kliniske sygeplejespecialisters

levede erfaringer, og beskriver en righed af faktorer og personer, der har betydning for deres funktion og daglige arbejde. Noget af det, der træder særligt stærkt frem i fundene, er betydningen af særlige egenskaber og karakteristika hos de kliniske sygeplejespecialister. Disse baserer sig dels på nogle personlige egenskaber og dels på nogle tilegnede kundskaber, såvel uddannelses- som erfaringsmæssige, og søges optimeret, når de ikke findes tilstrækkelige. De samlede kompetencer anvendes på mange forskellige måder i bestræbelserne på at forbedre den kliniske sygeplejepraksis. Betydningen af relationer og samarbejde træder ligeledes stærkt frem i de empiriske fund. Den kliniske sygeplejespecialist er afhængig af relationerne til og samarbejdet med mange forskellige samarbejdspartnere, når udviklings- og forskningsarbejdet skal planlægges og udføres, og i særdeleshed, når det skal implementeres i praksis til fordel for patienten – når hun skal 'finde sin lille sti i det store morads'. Hun gør dette gennem det, man med inspiration i Benner, kan kalde relationel klinisk ledelse, hvor hun faciliterer andres udvikling, etablerer og vedligeholder samarbejdsrelationer og påvirker rammerne for praksis. At modtage støtte og sparring, både fagligt og personligt, er også væsentlig for den kliniske sygeplejespecialists egen udvikling og velbefindende. Med inspiration i Uhrenfeldt foreslåes formaliserede mentorordninger som en mulig måde at støtte, udvikle og værne om de særlige egenskaber og den drivkraft, der karakteriserer den kliniske sygeplejespecialist og har betydning for hendes arbejde og dermed udviklingen af den kliniske sygeplejepraksis.

10.0 Perspektivering

Ifølge Kvale og Brinkmann er det væsentligt at reflektere over, om den viden der produceres, der er værd at vide – om den gør en forskel for en disciplin, og for dem der afhænger af den (Kvale, Brinkmann 2009: 36). Man kan sige, at eksplorative undersøgelser ikke altid har direkte implikationer for praksis, men de kan hjælpe os til at forstå fænomener bedre og dermed forsøge at imødekomme de behov, der tilsyneladende har betydning for en optimal og effektiv praksis. På baggrund af den viden, der igennem den empiriske undersøgelse, er blevet afdækket, synes det rimeligt at anbefale, de ansættende organisationer og ansvarlige ledere, at arbejde på at etablere en stabil struktur, der giver mulighed for kontinuerlig udvikling og tilegnelse af viden, og som støtter konsolidering af funktionen, og sætter rammer for forskningsarbejde. En øget opmærksomhed på drivkraften og de særlige egenskaber, som synes afgørende for specialisternes praksis bør også tilstræbes, og om muligt bør der gøres

tiltag for at værne om disse, så de kliniske sygeplejespecialister ikke risikere at 'brænde ud' eller trække sig fra de praksisnære opgaver. Måder hvorpå man kan etablere og styrke samarbejdsrelationer, synes også som et relevant område at beskæftige sig med, og dette kan, som nævnt, eventuelt imødekommes ved etablering af formaliserede mentorordninger. Dette kræver dog mange steder, en udbygning af strukturen og opkvalificering af akademisk uddannede sygeplejersker. Når alt dette er sagt, er det vigtigt at påpege, at der langt fra er tale om en homogen gruppe, og at der er for mange 'ubekendte' faktorer, til at konkretisere reelle forslag til handlinger. Der er således behov, for yderligere forskning på området, omkring både den virkelige og ideelle praksis, for kliniske sygeplejespecialister i Danmark. Det er derfor vigtigt, at forsøge at få afklaret hvilke behov, forventninger og ambitioner, der er til funktionen, fra flere forskellige perspektiver, eksempelvis patienter, samarbejdspartnere og sundhedspolitikere, for at skabe de optimale vilkår for arbejdet med at udvikle og forbedre praksis.

Slutteligt kan man sige, at de kliniske sygeplejespecialister har en forpligtelse til, at tilvejebringe viden, der sikrer sygepleje af høj kvalitet, og ikke mindst at sikre, at denne viden kommer borgerne til gavn. Der er utvivlsomt mange kliniske sygeplejespecialister, der arbejder for dette lokalt, regionalt og i nogle tilfælde også nationalt, og jeg har i forbindelse med denne undersøgelse mødt nogle af dem. Den store forskellighed i de kliniske sygeplejespecialisters baggrund, arbejdsfelt og vilkår, kan dog betyde, at patienterne ikke kan sikres et ensartet højt niveau. Forskelligheden gør det også vanskeligt, at indfange videnskabelige data om gruppen og effekten af deres arbejde, og dermed legitimere deres eksistens. Jeg mener man med fordel, kan vende blikket ud i verden og lade sig inspirere af erfaringerne fra de lande, der har haft funktionen i mange år, men dog være opmærksom på, at tingene kan forholde sig anderledes i den danske kontekst, som de empiriske fund synes at afsløre. Jeg mener også det er nødvendigt, at samarbejde på et mere overordnet organisatorisk plan, hvor det sundhedspolitiske og fagpolitiske system, og repræsentanter fra det universitære uddannelsessystem og sygeplejeforskerkollektiver i Danmark, arbejder på at afdække, hvordan feltet ser ud i dag, hvilke kvalifikationer der er nødvendige, for at sikre patienterne høj kvalitet i plejen og skabe struktur og plan for, hvor vi vil hen med den kliniske sygeplejespecialist funktion i fremtiden.

11.0 Referenceliste

- Abildgaard Hansen, O. 2009, *Betydningen af den kliniske sygeplejespecialists roller og interventioner for klinisk praksis: gør hun en forskel?* Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- Adamsen, L., Larsen, K., Bjerregaard, L. & Madsen, J.K. 2003, "Danish research-active clinical nurses overcome barriers in research utilization", *Scandinavian journal of caring sciences*, vol. 17, no. 1, pp. 57-65.
- Arslanian-Engoren, C. 1995, "Lived experiences of CNSs who collaborate with physicians: a phenomenological study", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 9, no. 2, pp. 68-74.
- Austin, L., Luker, K. & Roland, M. 2006, "Clinical nurse specialists as entrepreneurs: constrained or liberated", *Journal of clinical nursing*, vol. 15, no. 12, pp. 1540-1549.
- Baker, P.O. 1987, "Model activities for clinical nurse specialist role development", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 1, no. 3, pp. 119-123.
- Baldwin, K.M., Clark, A.P., Fulton, J. & Mayo, A. 2009, "National validation of the NACNS clinical nurse specialist core competencies", *Journal of Nursing Scholarship*, vol. 41, no. 2, pp. 193-201.
- Becker Jensen, L. 1997, *Indføring i tekstanalyse*, Roskilde Universitetsforlag, Frederiksberg.
- Benner, P.E., Hooper-Kyriakidis, P.L. & Stannard, D. 1999, *Clinical wisdom and interventions in critical care : a thinking-in-action approach*, W.B. Saunders, Philadelphia.
- Bjerrum, M. 2005, *Fra problem til færdig opgave*, 1. udgave edn, Akademisk Forlag, Kbh.
- 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.
- Bull, R. & Hart, G. 1995, "Clinical nurse specialist: walking the wire", *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, vol. 4, no. 1, pp. 25-32.
- Canam, C. 2005, "Illuminating the clinical nurse specialist role of advanced practice nursing: a qualitative study", *Canadian journal of nursing leadership*, vol. 18, no. 4, pp. 70-89.
- Chien, W. & Ip, W. 2001, "Perceptions of role functions of psychiatric nurse specialists", *Western journal of nursing research*, vol. 23, no. 5, pp. 536-554.

- Christensen, D. 1980, "Den kliniske sygeplejespecialist - en tendens i sygeplejens udvikling", *Fokus på sygeplejen*, , no. 80, pp. 69-82.
- Cox, C.L. & Ahluwalia, S. 2000, "Specialist nursing. Enhancing clinical effectiveness among clinical nurse specialists", *British Journal of Nursing (BJN)*, vol. 9, no. 16, pp. 1064.
- Dansk Sygeplejeråd 1986, *Beretning om Dansk Sygeplejeråds virksomhed i perioden 1984-1986, Dansk Sygeplejeråds kongres, maj 1986*, Dansk Sygeplejeråd, Kbh.
- Dansk Sygeplejeråd 1982, *Beretning om Dansk Sygeplejeråds virksomhed i perioden 1980-1982, Dansk Sygeplejeråds kongres, maj 1982*, Dansk Sygeplejeråd, Kbh.
- Darmer, M.R. 1995, "Vi kan gøre en forskel", *Sygeplejersken*, vol. 95, no. 44, pp. 28-31.
- Delmar, C. 2005, , *Overvejelser om fremtiden udviklings-sygeplejerske* [Homepage of Synergi - Dansk Sygeplejeråds nyhedsbrev], [Online]. Available: http://www.sikkerportal.dk/dsr/upload/7/177/1103/Charlotte_Delmar.pdf [2010, 03/30]
- DiMauro, K. & Mack, L.B. 1989, "A competency-based orientation program for the clinical nurse specialist", *Journal of continuing education in nursing*, vol. 20, no. 2, pp. 74-78.
- Eg, M., Sønder, H. & Lorentzen, V. 2010, "Klinisk sygeplejespecialist udvikler plejen til børn", *Sygeplejersken*, vol. 110, no. 6, pp. 44-48.
- Egerod, I. 1996, "Titlernes tagselvbord", *Sygeplejersken*, vol. 96, no. 46, pp. 38-40.
- Fog, J. 2004, *Med samtalen som udgangspunkt: det kvalitative forskningsinterview*, 2. reviderede udgave edn, Akademisk Forlag, [Kbh.].
- Gardner, G., Chang, A. & Duffield, C. 2007, "Making nursing work: breaking through the role confusion of advanced practice nursing", *Journal of advanced nursing*, vol. 57, no. 4, pp. 382-391.
- Gibson, F. & Bamford, O. 2001, "Focus group interviews to examine the role and development of the clinical nurse specialist", *Journal of nursing management*, vol. 9, no. 6, pp. 331-342.
- Glen, S. & Waddington, K. 1998, "Role transition from staff nurse to clinical nurse specialist: a case study", *Journal of clinical nursing*, vol. 7, no. 3, pp. 283-290.
- Hamric, A.B. & Spross, J.A. 1989, *The clinical nurse specialist in theory and practice*, 2. ed. edn, Saunders, Philadelphia.
- 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, pp. 27-27.

- Harder, I. 1990, "Fænomenologisk kvalitativ forskning: Et bud på metodetilgang i sygeplejeforskning" in *Grundlagsproblemer i sygeplejen: etik, videnskabsteori, ledelse & samfund*, eds. T.K. Jensen, L.U. Jensen & W.C. Kim, 1. udgave edn, Philosophia, Århus.
- Herold, S. 1995, "Specialisering på vej", *Sygeplejersken*, vol. 95, no. 6, pp. 38-43.
- Humphris, D. 1994, *The clinical nurse specialist : Issues in practice*, Macmillan Publishing, London.
- 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.
- Kruckow, C. 2005, , *Svar på fem spørgsmål om udviklings- og oversygeplejerskers fremtid*. [Homepage of Synergi - Dansk Sygeplejeråds nyhedsbrev], [Online]. Available: http://www.sikkerportal.dk/dsr/upload/7/177/633/Svar_fra_Connie_Kruckow.doc [2010, 03/30] .
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2009, *Interview: introduktion til et håndværk*, 2. udgave edn, Hans Reitzel, Kbh.
- lisbeth uhrenfeldt & århus universitet.afdeling for sygeplejevidenskab 2007, *leadership job satisfaction and clinical wisdom : a hermeneutic study of charge and clinical nurses experiences*.
- Loftus, L.A. & McDowell, J. 2000, "The lived experience of the oncology clinical nurse specialist", *International journal of nursing studies*, vol. 37, no. 6, pp. 513-521.
- Lorentsen, 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. 30-33.
- Mayo, A.M., Omery, A., Agocs-Scott, L., Khaghani, F., Meckes, P.G., Moti, N., Redeemer, J., Voorhees, M., Gravell, C. & Cuenca, E. 2010, "Clinical nurse specialist practice patterns", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 24, no. 2, pp. 60-68.
- McCreadie, M. 2001, "The role of the clinical nurse specialist", *Nursing Standard*, vol. 16, no. 10, pp. 33-38.
- McGee, P. 2009, *Advanced practice in nursing and the allied health professions*, 3. ed. edn, Blackwell Pub., Oxford.
- McGee, P. & Castledine, G. 2003, *Advanced nursing practice*, 2. ed. edn, Blackwell Publishing, Malden, MA.

- Menard, S.W. 1987, *The clinical nurse specialist : perspectives on practice*, Wiley, New York.
- Netværk for kliniske sygeplejespecialister 2010, , *kliniske sygeplejespecialister - Vision og strategi*. Available:
<http://www.aarhussygehus.dk/files/Hospital/Aarhus/Sundhedsfaglig/Sygepleje%20ergoterapi%20og%20fysioterapi/Kliniske%20sygeplejespecialister/links%20og%20pdf/visi on%20og%20strategi%20kliniske%20sygeplejespecialister%20AS.pdf> [2010, 0526] .
- Newton, J. & Waters, V. 2001, "Community palliative care clinical nurse specialists' descriptions of stress in their work", *International journal of palliative nursing*, vol. 7, no. 11, pp. 531-540.
- Norlyk, A. & Harder, I. 2010, "What makes a phenomenological study phenomenological? An analysis of peer-reviewed empirical nursing studies", *Qualitative health research*, vol. 20, no. 3, pp. 420-431.
- O'Brien, J., Martin, D.R., Heyworth, J.A. & Meyer, N.R. 2009, "A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team", *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, vol. 21, no. 8, pp. 444-453.
- Page, N.E. & Arena, D.M. 1991, "Practical strategies for CNS role implementation", *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, vol. 5, no. 1, pp. 43-48.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. 2006, *Essentials of nursing research : methods, appraisal, and utilization*, 6. ed. edn, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
- Raja-Jones, H. 2002, "Role boundaries -- research nurse or clinical nurse specialist? A literature review", *Journal of clinical nursing*, vol. 11, no. 4, pp. 415-420.
- Rasmussen, T. 2010, *Minilæger eller maxi-sygeplejersker? - En tekstanalytisk undersøgelse af Dansk Sygeplejeråds syn på kliniske ekspertsygeplejersker i Danmark.*, Institut for Folkesundhed, Afdeling for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.
- Sparacino, P.S.A., Cooper, D.M. & Minarik, P.A. 1990, *The Clinical nurse specialist: implementation and impact*, Appleton & Lange, Norwalk, Conn.
- Stenbek, U. 1997, "Utvikling af kliniske sygeplejespecialister", *Tidsskriftet sygeplejen*, vol. 85, no. 6, pp. 58-60.
- Sundhedsstyrelsen. Uddannelse & Autorisation 2009, *Specialiseringer i sygeplejen - udvikling af en fælles begrebsramme*, Sundhedsstyrelsen, København.
- Svenningsen, H. 2010, 220310-last update, *Hjemmeside for kliniske sygeplejespecialister Århus sygehus*. Available:
<http://www.aarhussygehus.dk/sundhedsfaglig/sygepleje,+ergoterapi+og+fysioterapi/fag>

[lige+netv%c3%a6rk/kliniske+sygeplejespecialister/oversigt+over+netv%c3%a6rket](#)
[2010, 180510] .

Tewes, M. 2006, "Sygepleje som profession - og hjertesag", *IndenRigs - Nyhedsbrev for Rigshospitalets medarbejdere*, vol. 09, pp. 1.

Tewes, M. & Pedersen, P.U. 2006, "Udvikling og implementering af en profession i praksis", *Tidsskrift for sygeplejeforskning*, vol. 22, no. 1, pp. 24-30.

Uhrenfeldt, L. & Hall, E. 2007, "Clinical wisdom among proficient nurses", *Nursing ethics*, vol. 14, no. 3, pp. 387-398.

Weile, L. 1981, "Viden og kunnen er vejen til faglig identitet: den psykiatriske sygeplejerskes rolle og funktion i det kliniske arbejde", *Sygeplejersken*, vol. 81, no. 38, pp. 12-14.

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

Woods, L.P. 1998, "Implementing advanced practice: identifying the factors that facilitate and inhibit the process", *Journal of clinical nursing*, vol. 7, no. 3, pp. 265-273.

Worm, A.B. 2009, 260209-last update, *Netværk for udviklingssygeplejersker*. Available:
<http://www.aarhussygehus.dk/sundhedsfaglig/sygepleje,+ergoterapi+og+fysioterapi/faglige+netv%c3%a6rk/udviklingsygeplejersker> [2010, 3105] .

12.0 Bilagsoversigt

Bilag 1:	Funktions- og stillingsbeskrivelser	s.	57
Bilag 2:	Søgestrategi	s.	58
Bilag 3:	Information og samtykkeerklæring	s.	59
Bilag 4:	Afgørelse datatilsynet	s.	60
Bilag 5:	Oversigt tematisk analyse og tekstspørgsmål	s.	61
Bilag 6:	Analyseskema	s.	62-67
Bilag 7:	Artikeloversigt	s.	68-73
Bilag 8:	Interviewguide	s.	74

Funktions- og stillingsbeskrivelser⁴²

Klinisk sygeplejespecialist:

Odense universitetshospital: www.ouh.dk/dwn76566

Århus sygehus:

www.aarhussygehus.dk/files/Hospital/Aarhus/Sundhedsfaglig/Sygepleje%20ergoterapi%20og%20fysioterapi/Kliniske%20sygeplejespecialister/links%20og%20pdf/stillingsbeskrivelse_2005.pdf

Region hovedstaden psykiatri:

http://www.ofir.dk/Plejejobbet/Resultat/klinisk-sygeplejespecialist-region-hovedstadens-psykiatri-329276498.aspx?jobId=329276498&list=SimpleSearchResultsJobsIds_SameCompanyAds&index=2&querydesc=SimpleSearchQuery_SameCompanyAds&viewedfrom=10

Klinisk oversygeplejerske:

Steno:

http://www.steno.dk/documents/faglig_info/stillingsbeskrivelser/klinisk_oversygeplejerske.pdf⁴³

Udviklingssygeplejerske:

Kolding kommune

<http://www.karriereguiden.dk/ledigt-job/klinisk-udviklingsygeplejerske-soges-til-neurointensivt-afsnit-2379.html>

Odense universitetshospital:

http://www.dagensmedicin.dk/job/annoncer/2008/02/04/udviklingsygeplejerske_til_kirurgisk_omrade_sydvestjysk_sygehus_lja1416014/

Klinisk udviklingsygeplejerske

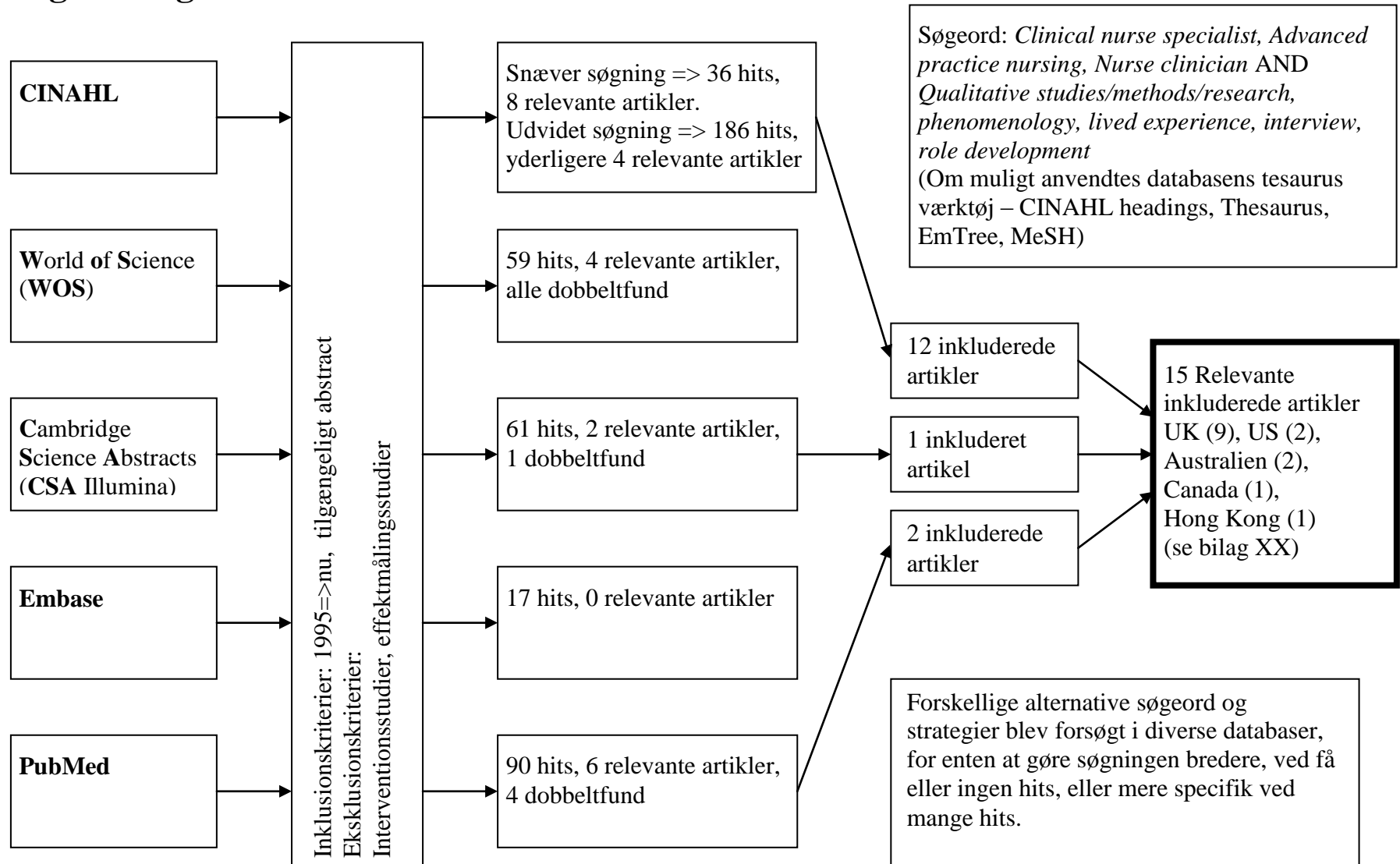
Glostruphospital

<http://www.karriereguiden.dk/ledigt-job/klinisk-udviklingsygeplejerske-soges-til-neurointensivt-afsnit-2379.html>

⁴² Disse er blot et udvalg af en mængde gennemgåede dokumenter, der kan finde via en google søgning på de respektive stillingsbetegnelser (Links i dette bilag var stadig 'aktive' per 16/5-10).

⁴³ Stillingsbeskrivelsen er fra 2007. Det har ikke været muligt at finde nyere, hvilket underbygger min formodning om, at stillingsbetegnelsen, er ved at udgå til fordel for andre.

Søgestrategi



Information og samtykkeerklæring

Du anmodes hermed om at deltage i en interviewundersøgelse. Jeg er studerende på Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet, og undersøgelsen til indgå i mit kandidatspeciale.

Formålet med undersøgelsen er at få mere viden om kliniske sygeplejespecialisters oplevede erfaringer med deres funktion i praksis. Hvis du siger ja til at deltage i undersøgelsen, er du med til at tilvejebringe ny empirisk viden om kliniske sygeplejespecialisters arbejde i Danmark, som i fremtiden kan komme kliniske sygeplejespecialister, deres samarbejdspartnere og de berørte patienter til gode. Det skal understreges, at det er frivilligt at deltage, og at du på ethvert tidspunkt kan trække dig ud af undersøgelsen.

Interviewet vil vare ca. 1 time, og forventes afholdt i uge 13 eller 14, men tid og sted aftales, så det passer dig bedst muligt. Interviewet optages på bånd, som slettes efter transskribering til skriftligt materiale. Spørgsmålene vil rette sig mod dine personlige oplevelser og erfaringer i dit arbejde som klinisk sygeplejespecialist, og de arbejdsrelaterede forhold der har betydning for dit arbejde.

Din besvarelse vil være anonym, og de indsamlede data vil blive behandlet fortroligt. Resultaterne af interviewundersøgelsen offentliggøres i mit kandidatspeciale, hvori der vil forekomme citater fra de oprindelige interview, som du eventuelt selv vil kunne genkende. Der er søgt om tilladelse til behandling af persondata hos datatilsynet

Når du har besluttet, om du ønsker at deltage i undersøgelsen, bedes du kontakte mig på mail 20085108@studcur.au.dk eller trine5000@hotmail.com eller på tlf. 2283 3022, så vi kan lave en nærmere aftale om, hvor og hvornår interviewet skal foregå. Du er også velkommen til at kontakte mig, hvis du har yderligere spørgsmål eller behov for mundtlig information. Hvis ikke jeg har modtaget besked fra dig inden d. 23/3, vil jeg forsøge at kontakte dig igen, for at høre til årsagen. Jeg medbringer et eksemplar af samtykkeerklæringen til det aftalte interview, men du er også velkommen til selv at printe den og medbringe den til underskrift.

Med Venlig Hilsen og på forhånd tak
Sygeplejerske, stud.cur.
Trine Rasmussen

Jeg bekræfter hermed, at jeg efter at have modtaget skriftlig information, siger ja til at deltage i den beskrevne undersøgelse. Jeg er informeret om, at det er frivilligt at deltage, og at jeg til enhver tid kan trække mit tilsagn om deltagelse tilbage uden yderligere begrundelse. Jeg er informeret om, at alle oplysninger vil blive behandlet fortroligt.

Navn: _____ Dato: ____/____ - 2010
(BLOKBOGSTAVER)

Underskrift: _____

CVJ
05-03-10
2010-41-4499

Telefonnotat

Ikke anmeldelsespligt

Undertegnede rettede dags dato telefonisk henvendelse til Trine Bernholdt Rasmussen. Forespurgt, oplyste TBR, at dennes projekt ikke vil indeholde personhenførbare oplysninger.

Undertegnede vurderede på baggrund af telefonsamtalen, at projektet ikke vil indeholde oplysninger, som gør dette anmeldelsespligtigt.

Det aftaltes således, at Datatilsynet hermed betragter anmeldelsen som bortfaldet.

Undertegnede lovede at fremsende kopi af dette telefonnotat.

Sagen afsluttes hermed.

Chanett Jensen Vodder

Tematisk analyse – ”de fem niveauer”

1. **Forståelsesniveau:** Indledende gennemlæsning- skaber helhedsforståelse af teksten i sammenhæng med undersøgelsens problemstilling, som den jo skal give svar på.
2. **Spørgeniveau:** En kodning af det empiriske materiale ved at stille spørgsmål til teksten med henblik på at identificere og udlede de dele af tekstmaterialet, der siger noget om de enkelte ’kategorier’ (formål og forskningsspørgsmål).
3. **Synteseniveau:** Systematisere, analysere og gennemskrive det kodede materiale til en sammenhængende helhed. Målet er synteser, der udlægger og forklarer hver kategori på en måde, så synteserne har en mere generel udsagnsværdi end de enkeltudsagn de er baseret på.
4. **Valideringsniveau** – En kontrol af synspunkter og pointer i synteserne mhp, om der meningsmæssigt er overensstemmelse mellem synteser og empiri.
5. **Teoriniveau** – En udlægning af tekstens mening indenfor problemstillingens teoretiske forståelsesmodel, den fremkommer ved at sammenfatte de sammenskrevne validerede synteser.

Spørgsmål til interviewuddrag:

- Hvad sker der i tekstuddraget? Dvs. hvori består handlingen/ytringen?
- Hvad kan handlingen/ytringen sige om/ i forhold til kategorien (formål og forskningsspørgsmål)?
- Hvilke af kategoriens begreber optræder i tekstuddraget?
- Indgår begreberne i bestemte sammenhænge? Er de f.eks. knyttet til bestemte holdninger?
- Hvem (det kan være bestemte faggrupper, patienter, svage, stærke etc.) ytrer sig, foretager en handling?
- Hvilken sammenhæng er ytringen/handlingen en del af?
- Hvad er budskabet i ytringen/handlingen?
- Hvad er formålet med ytringen/handlingen?
- Hvad er baggrunden for ytringen/handlingen?
- Hvilken effekt har ytringen/handlingen?

Analyseskema

Interviewuddrag	Budskab	Betydning
<p><i>"...og det har jo egentligt altid været, hvad skal man sige, drivkraften. Det og ha' fornemmelsen af, at man arbejder på at udvikle og forbedre, det er helt centralt drivkraften for mig, for også at få motivation. Ja, sådan har jeg altid arbejdet, kan man sige[...], det har ligget der latent..." (KSS3)</i></p>	<p>Har altid haft lyst til at forandre og forbedre. Er drivkraften for at have lyst til sit arbejde.</p>	<p>Personligt og fagligt engagement, samt en evne til at tænke kritisk, har betydning for at stræbe mod at forandre og forbedre praksis og er motivation i det daglige arbejde. Lysten til at arbejde med udvikling/forskning har betydning for at ønske at videreuddanne sig og skabe de vilkår der skal til for at 'skabe sin stilling'. TEMA: At være drevet af lysten til at forandre og forbedre</p>
<p><i>"Jeg gik i meget op i det der med, jamen hvorfor er det vi gør sådan.[...]. Så de der spørgsmål der, dukkede op meget tidligt i mit forløb, der tænkte jeg, jeg mangler en person, jeg kan gå hen til og sige, vil du ikke finde ud af det. Så egentligt forholdsvis tidligt i forløbet fandt jeg ud af, at sådan en person ville jeg være..." (KSS4)</i></p>	<p>Har altid forholdt sig kritisk til den oplevede praksis. Registreret at der mangler én, der finder svar. Været motivation til at blive 'sådan en person'.</p>	
<p><i>"..der er en måde at tænke på, en tilgang til ens arbejde [...] og det har jo noget at gøre med hvordan man tænker sit arbejde. Nogen tænker af hensyn til mine kolleger ska' jeg nå at skifte ti istedet for fem, andre er måske, har mere fokus på, jamen de fem jeg skifter ska' det udvikles og ska' det udvikles generelt i afdelingen. Det er sådan forskellig måde at have nogle refleksioner på" (KSS3)</i></p>	<p>Finder det væsentligt, at 'tænke på en bestemt måde', for at kunne identificere problemstillinger og reflektere</p>	
<p><i>"...fordi jeg altid har synes det var spændende at undersøge og udvikle problemstillinger, som kom, opstod ude i praksis. Så øøh, og det har jeg egentlig gjort lige siden jeg blev færdig med min uddannelse kan man sige" (KSS2)</i></p>	<p>Har i hele sin karriere fundet udvikling på baggrund af praksis spændende.</p>	

<p><i>" Der var jo ikke sådan en stilling til mig og komme tilbage til på det tidspunkt [...]så valgte jeg så at sige, jamen så vil jeg hellere kvalificere mig, uden at vide om jeg havde en plads i afdelingen som sådan, men fordi jeg vidste, at det havde min interesse, og det har ikke noget at gøre med, at jeg ikke gerne ville, men der var ikke den stilling..." (KSS3)</i></p>	<p>Valgte at 'kvalificere' sig til at arbejde med udvikling ud fra personlig interesse, uden at vide om, hun kunne få job i afdelingen.</p>	
<p><i>"...og efterhånden fik jeg jo sådan mere og mere lyst til det her med øøh... specielt omkring forskning, og synes det var en udfordring, jeg synes ikke, jeg kunne gøre mine data færdige, og altså jeg ville gerne noget mere..." (KSS1)</i></p>	<p>Manglede kompetencer til at arbejde med det hun havde lyst til</p>	
<p><i>"Og så beskrev jeg det for min oversygeplejerske, at den stilling synes jeg vi sku' ha' her på stedet og jeg synes det sku' være mig. Og så sagde hun, det er rigtig godt men du ska' ha' noget mere erfaring, du skal ha' noget videreuddannelse." (KSS4)</i></p>	<p>Stræbt efter stillingen. Støttet og stillet krav fra ledelse om videreuddannelse</p>	
<p><i>"... og øøh så på et tidspunkt så sagde jeg, er jeg kvalificeret nok nu, nej det mente hun egentlig ik', så sagde jeg jamen hvad skal jeg så, jeg havde selv et foreslag om jeg kunne læse en XXX [...], og så var det fint nok, og så søgte jeg ind der [...], og når jeg så kom tilbage, så sku' jeg være klinisk sygeplejespecialist, fordi der var stillingen dukket op. [...] Så jeg har været meget meget målrettet omkring det, men det har taget lang tid. [...] Men jeg har hele tiden vidst hvad jeg ville, og om jeg så hed det ene eller det andet var egentligt vel underordnet, så da den her type stillinger kom, så sagde jeg ok, der er den, det er lige præcis den." (KSS4)</i></p>	<p>Har arbejdet målrettet med at kvalificere sig til at arbejde med udvikling. Støttet og stillet krav til af leder.</p>	

Interviewuddrag	Budskab	Betydning
<i>"Mit store mål er egentlig både at holde mig selv ajour, men osse få en fornemmelse af afsnittene, og meget bruger de mig også som rollemodel stadigvæk..." (KSS4)</i>	At være i klinikken betyder, man holder sig orienteret og er 'synlig', en rollemodel	At opholde sig i klinikken har betydning for samarbejdet med plejepersonalet. Det er også vigtigt i forhold til at få input og feedback og være orienteret omkring vilkår for implementering Samarbejde, timing og hensyn til organisatoriske faktorer har betydning for, at 'komme igennem' med 'sine ting' og have succes med implementering. At påvirke praksis gennem igangsætning og vejledning af andres projekter og gennem sparring, støtte, formidling og undervisning er en betydningsfuld del af arbejdet som KSS TEMA: At udvikle praksis i praksis
<i>"... man får sådan en fornemmelse, hvor er det personalet synes de har brug for at få et løft, eller...øøh...hvor skal fokus være henne, og hvad er det for nogle problemer der er, dem får man jo ved at gå derude." (KSS3)</i>	At gå i klinikken gør, at man får viden om personalets behov og særlige problemstillinger	
<i>"Der har jeg mulighed for, både den ene og den anden vej, at få noget feedback omkring det, og det betyder os', at jeg hele tiden sådan har ligesom fingeren på pulsen, hvad er det, der rører sig derude, hvad er det, de synes der er svært, hvornår er der skide travlt, hvornår skal jeg helt holde mig fra at sige, nå men nu indfører vi lige sådan og sådan ik' os', for jeg ved, at hvis det falder på en grund hvor folk er så stressede, at de næsten ikke kan se ud over deres egen næsetip, så er det bare ikke nu." (KSS4)</i>	Det er vigtigt at tage være orienteret om tilstanden i klinikken og tage hensyn til personalets arbejdspress.	
<i>"Og det er noget som jeg synes giver mig rigtigt meget. Udover, at jeg bliver opdateret i, hvad der sådan sker, så ser jeg jo, også hvordan tingene de bliver brugt." (KSS2)</i>	Holder sig opdateret på praksis og orienteret i brugen af implementeret tiltag	
<i>"... at jeg kan sagtens gå ud og stadigvæk og, nu har vi ikke ret mange patienter der kun skal sengebades, de skal altså alt muligt andet samtidigt, men jeg kan jo sagtens være ude på stuerne, og jeg oplever stor glæde ved at snakke med patienterne og ...på den, meget tilfredsstillende..." (KSS3)</i>	Personlig tilfredsstillelse ved patientkontakt og ved stadig at kunne udføre grundlæggende sygepleje	

<p><i>"Jeg har jo meget en vejledende rolle i forhold til de specialeansvarlige, når de laver nye ting eller..., vi har også planlægningsamtaler" (KSS2)</i></p>	<p>Vejleder sygeplejersker tættere på praksis i udviklingsopgaver</p>	
<p><i>"men det er osse meget udviklingsprojekter, som sygeplejerskerne i afdelingen kører, hvor jeg så er vejleder, jeg kan godt være lidt igangsætter, jeg kan godt være medforfatter, medskriver, men hvor det li'som er dem, der skal vokse og komme med ideerne og sige, jeg har en idé, hvad kan vi gøre, så det, som vejleder, som sparre, som medprojektleder kan man sige" (KSS4)</i></p>	<p>Støtte og vejleder andres udviklingsprojekter</p>	
<p><i>"... jeg hjælper også nogle af lægerne igang med forskning og...kommer med forslag til hva', hva' ku' vi gøre her, hvordan ku' vi bygge et projekt op, et studie op..." og "...når de kommer og spørger mig om nogle præcise ting, så kan jeg gi' dem svar på det, og jeg kan hjælpe dem igang" og " så jeg øøh...der er stadig den her konsulent funktion, hvor de kan komme og spørge" (KSS1)</i></p>	<p>Vejleder andre faggrupper med at iværksætte projekter</p>	
<p><i>"...så kan vi også tænke tingene ind organisatorisk, det kan jo ikke nytte noget, at vi sætter tyve ting igang, hvis der er tyve ting igang, de os' har det igang samtidig med ik' os'" (KSS2)</i></p>	<p>Timing er væsentlig</p>	
<p><i>"Så det er en pædagogisk opgave og finde sin lille sti, ind i alt det der morads som ligger, hvor man ved, det er så mange ting de sygeplejersker bliver involveret i, det er rigtigt mange ting". (KSS4)</i></p>	<p>Det er en kompliceret opgave, at finde vej ind blandt alle de andre væsentlige ting, der foregår i klinikken.</p>	

<p><i>"... og det kan godt være administrative, som jeg i bund og grund ikke blander mig i, men udviklingen af sygeplejen er meget afhængig af at det administrative, at hele strukturen omkring det er i orden [...] Så nogle gange blander jeg mig, også ud over det jeg egentlig skal, kan man sige, fordi det har sammenhæng med nogle af de ting, som jeg kan se kan lade sig gøre. Man kan ikke udvikle, man kan ikke tage noget ind, hvis man i bund og grund er frustreret over den måde, det hele kører på." (KSS4)</i></p>	<p>Kan være nødvendigt at påvirke administrative og organisatoriske faktorer, for at skabe vilkår for udviklingsarbejde</p>	
<p><i>" Jeg er jo dybt afhængig af at dem der osse ska' gå ind og ta' fat, altså tager og løfter opgaven og holder på [...] De gange det sker, så er der jo en større tendens til det kommer til at leve, og der er jeg jo ikke tæt nok derude til at ku' drive det der, der er jeg dybt afhængig af at have nogen ude..." (KSS3)</i></p>	<p>Er afhængig af samarbejde, med de der er tættere på praksis</p>	
<p><i>"... altså jeg er jo sådan lidt heldig med, at jeg så har arbejdet sammen med de specialeansvalige, som er tættere på klinikken hver eneste dag i deres eget afsnit og de kliniske koordinatore [...]...og når vi så kommer til selve den fase med at nå ud, så kan det jo godt være jeg står for noget af undervisningen, men jeg sørger meget at vi deler det ud, så alle, så vi er flere der er aktive i denne her undervisning, så derfor er jeg jo selvfølgelig afhængig af at folk tager det til sig, men da de fleste har været involveret i processen, så er det nu sjældent så stort et problem." (KSS3)</i></p>	<p>Involvering, samarbejde og uddelegering er væsentligt for, at et implementeringstiltag lykkes</p>	

<p><i>"Jeg er konsulent for sygeplejerskerne ude i afsnittene, som ka' bruge mig, både til at stille faglige spørgsmål, men også noget de synes der er noget lort ik'." (KSS4)</i></p>	<p>Støtte i forhold til sygeplejerskernes frustrationer</p>	
<p><i>"Og det betyder også noget, når jeg implementerer ting, altså når jeg kommer med et eller andet, så ved jeg godt hvad der ka' la' sig gøre og hvad der ikke ka' la' sig gøre [...]... så sidder sygeplejerskerne og siger, helt ærligt altså, hvordan forventer de lige...jeg prøver hele tiden på at tilpasse det den virkelighed der er i klinikken. Og det tror jeg er sindssygt vigtigt, for ellers så ka' man ligeså godt lade være...." (KSS4)</i></p>	<p>Tiltag skal koordineres med 'driften' i praksis. Timing er vigtig</p>	
<p><i>"Så derfor er det utroligt vigtigt at få tilpasset de ting vi kommer med, så det kan glide ind, og enten erstatte noget der er der, eller gøre noget lettere, eller at de kan se, det bon'er ud hos patienten det her, for så vil sygeplejersken gøre alt, hvis de kan se at det hjælper patienten, så vil de stå på hovedet simpelthen, og det er jo det jeg skal slå på hele tiden ik' os'." (KSS4)</i></p>	<p>Implementeringssucces er afhængig af, om sygeplejerskerne oplever tiltaget gavner patienterne og gerne gør tingene lettere.</p>	

Artikler til teoretisk undersøgelse

Artikel \ Karakteristik	Formål/Baggrund	'Setting'	Metode/Design	Fund/resultater
O'Brien et. al. 2008: <i>"A phenomenological perspective on advanced practice nurse-physician collaboration within an interdisciplinary healthcare team"</i> (O'Brien et al. 2009)	To investigate how advanced practice nurses (APN's) and physicians (MD's) within a multisite nursing home practice perceive and describe their experiences of collaboration in an interdisciplinary team.	Multisite nursinghome, US.	In depth interviews with 8 APN's and 5 MD's. Phenomenological analysis (Giorgi/Moustakas).	4 thematic clusters as essential to collaboration: - Approachability - Interpersonal skills - Listening - Verbal message skills
Austin et. al. 2006: <i>"Clinical nurse specialists as entrepreneurs: constrained or liberated"</i> (Austin, Luker & Roland 2006)	To explore the experiences of two groups of clinical nurse specialists. In particular, the study focused on how clinical nurse specialists' relationships with other health-care professionals had an impact on their role.	Primary care, UK.	Observation and face-to-face interviews with a total of 22 CNS's. Ethnographic approach (Glaserian grounded theory).	CNS's encountered difficulties when introducing new ideas. They lacked authority to bring about change and were dependent on a number of mechanisms, including 'cultivating relationships' with powerful others.
Canam 2005: <i>"Illuminating the Clinical Nurse Specialist Role of Advanced Practice Nursing: A Qualitative Study"</i> (Canam 2005)	To increase understanding of the clinical nurse specialist role of advanced practice.	Hospital, Canada.	Indepth conversation with 16 CNS's – descriptive exploratory design. Interpretive analysis (Schwandt).	The CNS has a dual focus on the system level of healthcare and on the population health needs. - Direct care - Enhancing staff nurse care - System level interventions

<p>Jones 2003: <i>“Role development and effective practice in specialist and advanced practice roles in acute hospital settings: Systematic review and Meta-synthesis”</i> (Jones 2005)</p>	<p>To identify and synthesize qualitative research studies reporting barriers or facilitators to role development and/or effective practice in specialist and advanced nursing roles in acute hospital settings.</p>	<p>UK.</p>	<p>Literature review of 14 qualitative studies⁴⁴. Metasynthesis.</p>	<p>Barriers and facilitators related to:</p> <ul style="list-style-type: none"> - The practitioner’s personal characteristics and previous experiences - Professional and educational issues - Managerial and organizational issues - Relationships with other health professionals - Resources <p>The factors most widely identified as important were:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relationships with other key personnel - Role definitions and expectations
<p>Chien & Ip 2001: <i>“Perceptions of Role Functions of Psychiatric Nurse Specialists”</i> (Chien, Ip 2001)</p>	<p>To identify the psychiatric CNS’s perceptions of their role and to compare their perceptions with those of their clinical psychiatric nurse colleagues.</p>	<p>Psychiatry, Hong Kong, China.</p>	<p>Interviews, observations and personal diary of 8 CNS’s and 24 clinical colleagues. Qualitative exploratory design.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Similarities of role perceptions in the clinical practice, organization and education components between the CNS’s and their nursing colleagues. - Differences in role perceptions, concerns (Chien, Ip 2001) inadequate knowledge and autonomy and limitations in professional role.

⁴⁴ Fem af de inkluderede artikler i Jones’ review, er også inkluderet i dette.

<p>Gibson & Bamford 2001: <i>“Focus group interviews to examine the role and development of the clinical nurse specialist”</i> (Gibson, Bamford 2001)</p>	<p>To investigate the development of the clinical nurse specialist roles.</p>	<p>Hospital trusts, UK.</p>	<p>Focus group interview of 5 groups with a total of 25 nurses.</p>	<p>Six categories: - Role components - Experience versus education - Supportive strategies - Personal qualities - Future role development - Development strategies</p>
<p>McCreadie 2001: <i>“The role of the clinical nurse specialist”</i> (McCreadie 2001)</p>	<p>To investigate the current work and role of the clinical nurse specialist.</p>	<p>Multisite setting, Scotland, UK.</p>	<p>Semistructured interviews with 20 CNS's. Constant comparative analysis – grounded theory (Glaser & Strauss).</p>	<p>Factors affecting the work: - Increasing workload, professional and personal impact - Relationship with others - Proving the role of the CNS - Support for the role</p>
<p>Newton & Waters 2001: <i>“Community palliative care clinical nurse specialists’ descriptions of stress in their work”</i> (Newton, Waters 2001)</p>	<p>To analyse the lived experiences of work stress in community palliative care clinical nurse specialists.</p>	<p>Multisite community setting, UK.</p>	<p>Open-ended questionnaire and semi-structured interviews of 21 CNS's Thematic analysis.</p>	<p>Three major themes: - Pressure of workload - Relationships with health professionals - The impact of the sadness of the client group</p>

<p>Cox & Ahluwalia 2000: <i>Enhancing clinical effectiveness among clinical nurse specialists</i> (Cox, Ahluwalia 2000)</p>	<p>To discover how clinically effective nursing care is fostered among clinical nurse specialists⁴⁵.</p>	<p>Hospital setting, UK</p>	<p>Non-participant observation, interviews during observation and focus group meetings of a total of 20 CNS's/NP'S. Thematic analysis.</p>	<p>Themes: Enhancing clinical effectiveness: - Negotiation of clinical decisions - Educating and guiding junior colleagues Barriers to clinical effectiveness: - Disorganization - Role fragmentation - Role confusion - Professional recognition</p>
<p>Loftus & McDowell 2000: <i>"The lived experience of the oncology clinical nurse specialist"</i> (Loftus, McDowell 2000)</p>	<p>To explore what was important and what was unique in the experience of the oncology clinical nurse specialist.</p>	<p>Hospital setting, Scotland, UK.</p>	<p>Interview with 8 OCNS's into rich descriptive narratives. Phenomenological approach, thematic analysis.</p>	<p>Main Themes: - Uncertain ground - Boundaries - Support - Reflective Practice</p>
<p>Borbasi 1999: <i>"Advanced practice/expert nurses. Hospitals can't live without them"</i> (Borbasi 1999)</p>	<p>To explore the experience of being a clinical nurse specialist.</p>	<p>Metropolitan hospital, Australia.</p>	<p>Interviewing, journaling and participant observation of 9 CNS's. Hermeneutic-phenomenological method (van Manen).</p>	<p>Three broad themes: - Being-in-the-world as a CNS - Relationship with others - The patients</p>

⁴⁵ Studiets overordnede mål, er umiddelbart ikke foreneligt med det focus jeg har i min litteraturgennemgang, men som en del af studiet forelægges temaer identificeret gennem blandt andet interview, hvor CNS's og NP's beretter om deres funktion i praksis, hvorfor jeg fandt studiet relevant at inddrage

<p>Woods 1998: <i>“Implementing advanced practice: Identifying the factors that facilitate and inhibit the process”</i> (Woods 1998)</p>	<p>To investigate the factors that help or hinder advanced nurse practitioners as they attempt to implement new roles in clinical practice.</p>	<p>Multisite, UK.</p>	<p>Longitudinal, multiple case studies of 16 ANP’s.</p>	<p>Three categories: - Re-negotiating relationships - Becoming an advanced practitioner - The clinical context and deployment</p>
<p>Bousfield 1997: <i>“A phenomenological investigation into the role of the clinical nurse specialist”</i> (Bousfield 1997)</p>	<p>To investigate how a group of clinical nurse specialists think and experience their role. The study investigates and analyses their views and conveys the personal meaning clinical nurse specialists’ ‘lived experience’ in the role.</p>	<p>Multisetting, UK.</p>	<p>Intensive dialogue/interviews of 7 CNS’s. Phenomenological method (Giorgi).</p>	<p>- CNS’s - experienced practitioners who strive to be in positions in which they influence patient care and utilize advance knowledge, expertise and leadership skills. - The role can be positively influenced by the organisation and guided by the individual, but is in a transitional phase. - It is important to establish a clear role definition in a creative and supportive environment allowing for autonomy and professional growth</p>

<p>Arslanian-Engoren 1995: <i>“Lived experiences of CNS’s who collaborate with physicians: A phenomenological study”</i> (Arslanian-Engoren 1995)</p>	<p>To discover the lived experience of CNS’s who experienced physician collaboration.</p>	<p>Hospital setting, US.</p>	<p>Interview of four CNS’s. Phenomenological qualitative study (Giorgi).</p>	<p>Five themes: - Experiences mutual trust and respect - Maintains a nursing perspective - Establishes collegial relationships - Defines a practice role - Lives a positive experience</p>
<p>Bull & Hart 1995: <i>“Clinical nurse specialist: Walking the wire”</i> (Bull, Hart 1995)</p>	<p>To identify and clarify any differences in the interpretation of the role of the CNS existing between registered nurses (RN’s), charge nurses (CN’s) and clinical nurse specialists (CNS’s) themselves. (Christensen 1980)</p>	<p>Hospital setting, Australia.</p>	<p>Exploratory study based on focus group discussions and questionnaires of a total of 30 RN’s, CN’s and CNS’s Content analysis.</p>	<p>Three themes impinge in a negative way on the effectiveness of the CNS: - Role ambiguity - Role overload - The ‘paradox of power’</p>

Interviewguide

Forskningsspørgsmål	Interviewpørgsmål	Guidende
	Her indledningsvis kunne jeg godt tænke mig du fortalte lidt om, hvorfor du er blevet klinisk sygeplejespecialist?	
Betydning af rolleklarhed/ rolleforvirring	Hvordan vil du beskrive din funktion idag? Stemmer det overens med det du forventede? Hvordan tror du dine nærmeste samarbejdspartnere ville beskrive din funktion? Hvilke forventninger mærker du der stilles til dig? Oplever du så, der er rimelig klarhed i forhold til dine opgaver?	Læger, sygeplejersker, ledelse
Betydning af støtte/manglende støtte	Mærker du, at du har god støtte i hverdagen? Fra hvem især? Savner du sommetider støtte? ... eller oplever du indimellem ligefrem modstand? Fra hvem især? Hvad gør du så?	Læger, sygeplejersker, ledelse
Betydning af kvalifikationer	Hvilke kvalifikationer/kompetencer oplever du er særligt vigtige i dit daglige arbejde/ i hverdagen	Akademiske Sygeplejefaglige Specialespecifikke Pædagogiske Ledelsesmæssige

Generelle støttespørgsmål/uddybende spørgsmål

Kan du fortælle lidt mere om det?

Kan du give mig et eksempel på det?

Hvordan oplever du det?

Hvordan kommer det til udtryk?

På hvilken måde?