

ORIGINAL ARTIKEL

OPEN ACCESS

Facilitering af evidensbaserede diskussioner i Fælles akutmodtagelsen

*Facilitation of evidence-based discussions in an Emergency Department*Barna Hjersing^{1*} | Astrid Vittrup Larsen¹ | Charlotte Mose Hansen² |Anne Bejlegård List¹ | Christina Østervang ^{1,3}¹Fælles Akutmodtagelsen, Odense Universitets Hospital, Odense, Danmark. ²Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Danmark, ³Klinisk Institut, Syddansk Universitet, Odense, DanmarkKorrespondance (*): barna.nielsen@rsyd.dk

Resumé

Baggrund: Evidensbaseret praksis (EBP) er et middel for klinikere til at mindske kløften mellem teori og praksis. EBP er baseret på beslutningstagning og bruges til at optimere patientresultater og forbedre klinisk praksis. For at styrke klinikernes fokus på EBP i Fælles akutmodtagelsen (FAM), introducerede vi 10 minutters daglig sygeplejeleret diskussion. En sygeplejefaglig leder og en klinisk sygeplejespecialist faciliterede dette ved at bruge EBP-modellen som ramme for diskussionen.

Formål: Formålet var at undersøge klinikernes vurdering af '10 faglige minutter' samt deres oplevelse af dets faglige udbytte i relation til klinisk praksis.

Metode: Hver dag valgte en kliniker et emne til diskussion. En klinisk sygeplejespecialist og en sygeplejefaglig leder faciliterede diskussionen ved hjælp af en flipover til at illustrere emnet i EBP-modellen. For at evaluere projektet blev et spørgeskema med ti spørgsmål distribueret til alle sygeplejefaglige klinikere i FAM (n = 116) efter 4½ måned. Der blev desuden afholdt to fokusgruppelinterviews med klinikere og ledere for at uddybe undersøgelsen.

Resultater: Spørgeskemaet havde en svarprocent på 72%. 61% af klinikerne svarede, at '10 faglige minutter' havde påvirket deres sygeplejepsis. 54% fik en øget fokus på retningslinjer og søgning efter evidens. Klinikere med anciennitet mellem 3-6 år vurderede '10 faglige minutters' udbytte til klinisk praksis lavest. Fra fokusgrupperne opstod to temaer: 1) Muligheder og barrierer for sygeplejefaglig refleksion og sparring, og 2) Bekymring for at udstille sin egen uvidenhed.

Konklusion: Samlet set faciliterer '10 faglige minutter' øget fokus på evidensbaseret arbejde. Det skaber rum for sygeplejeleret diskussion og refleksion i klinikernes daglige arbejde. Der bør rettes særlig opmærksomhed mod at forebygge en følelse af at blive fagligt udstillet.

Nøgleord: Evidensbaseret sygepleje; Akutsygepleje; Klinisk beslutningstagning

English abstract

Background: Evidence-based practice (EBP) is a means for clinicians to minimize the gap between theory and practice. EBP is grounded in decision-making and is employed to optimize patient outcomes and enhance clinical practice. To strengthen clinicians' focus on EBP in the Emergency Department (ED), we introduced 10 minutes of professional nursing-related discussion daily. A nurse leader and a clinical nurse specialist facilitated the sessions, using the EBP model to structure the discussion.

Objective: The aim was to explore clinicians' assessment of '10 Professional Minutes' and their experience of its professional value in relation to clinical practice.

Method: Each day, a nurse from the ED chose a topic for discussion. A clinical nurse specialist and a staff nurse facilitated the discussion by using a flip-over to illustrate the topic in the EBP model. To evaluate the project, a questionnaire containing 11 questions was distributed to all nurses at the ED (n = 116) after 4½ months. Two focus group interviews with clinicians and leaders were conducted to elaborate on the survey.

Results: The questionnaire had a response rate of 72%. 61% of the clinicians answered that '10 professional minutes' had influenced their nursing practice. 54% gained an increased focus on guidelines and a search for evidence. Clinicians with education between 3-6 years evaluated '10 professional minutes' contribution to clinical practice the lowest. From the focus group interviews, two themes emerged: 1) Opportunities and barriers for nursing reflection and peer support, and 2) Concerns about exposing one's own lack of knowledge.

Conclusion: In conclusion, '10 professional minutes facilitate an increased focus on evidence-based work. It creates room for nursing-related discussion and reflection in the clinicians' daily work. Special attention must be directed towards its intent to prevent the feeling of being professionally questioned.

Introduktion

I mange år har der været fokus på at udvikle den sygeplejefaglige praksis, så arbejdet udføres i overensstemmelse med den nyeste viden og evidens [1]. Det betyder, at der stræbes efter, at patienterne altid modtager behandling og pleje af højst mulig kvalitet. Anvendelse af evidensbaserede guidelines, som en central del af en evidensbaseret praksis, har vist mange positive effekter, herunder forkortelse af indlæggelsestid samt reduktion af komplikationer og mortalitet [2, 3].

Internationalt har man siden 1990'erne arbejdet med *evidence-based medicine*, der senere blev reformuleret til *evidence-based practice* (EBP) [4]. EBP er fundamenteret i klinisk beslutningstagen og indebærer, at pleje og behandling tilrettelægges ud fra den aktuelle bedste viden på området og forenes med patientens værdier og ønsker. EBP er således noget, man enten *praktiserer* eller *kan stræbe efter at praktisere* [5, 6]. Til at visualisere elementerne i EBP kan anvendes en model [5]. Modellen har følgende elementer:

- Evidens
 - Relevant forskningsbaseret viden
- Patientens værdier og ønsker
- Ressourcer og organisatoriske rammer
- Klinikernes erfaring

Ved brug af EBP-modellen kan klinikerne opnå praksisnære refleksioner i det daglige arbejde og integrere disse med evidensbaseret viden [5]. Tidligere undersøgelser viser, at klinikere, der har arbejdet målrettet med EBP-modellens centrale komponenter, rapporterer en positiv indvirkning på deres arbejdsglæde. De oplever øget kompetence og større sikkerhed i deres faglige arbejde [3, 7]. Litteraturen fremhæver dog også, at der kan opstå barrierer i forbindelse med implementering af EBP. Schaefer et al. [8] understreger, at organisationens parathed til at understøtte EBP er afgørende for succes [9]. Det kræver, at organisationen investerer i: 1) tilstrækkelig tid til medarbejderne, 2) generel viden om evidensbaseret praksis, 3) træning i at arbejde evidensbaseret, og 4) adgang til relevante evidensskilder [8, 9].

I *Strategi for sygeplejen* (2020-23) på Odense Universitetshospital (OUH) [10] var et af målene at udføre sygepleje på et højt fagligt niveau baseret på den nyeste viden [10]. Dette mål er i tråd med principperne for EBP, der sigter mod at integrere den nyeste forskning, klinisk ekspertise og patienternes præferencer i det daglige arbejde. For at fremme klinikernes forståelse og anvendelse af EBP blev der i Fælles Akutmodtagelsen (FAM), OUH, iværksat lokale initiativer såsom sygeplejekonferencer, ugentlige undervisningssessioner, personalemøder og temadage. Tids- og ressourcemæssige begrænsninger viste sig imidlertid hurtigt som en udfordring, hvilket førte til begrænset fremmøde og reduceret udbytte for klinikkerne. Dette nødvendiggjorde udviklingen af alternative metoder til at styrke fokus på EBP. I denne sammenhæng henviser "klinikere" til sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter ansat i FAM, OUH.

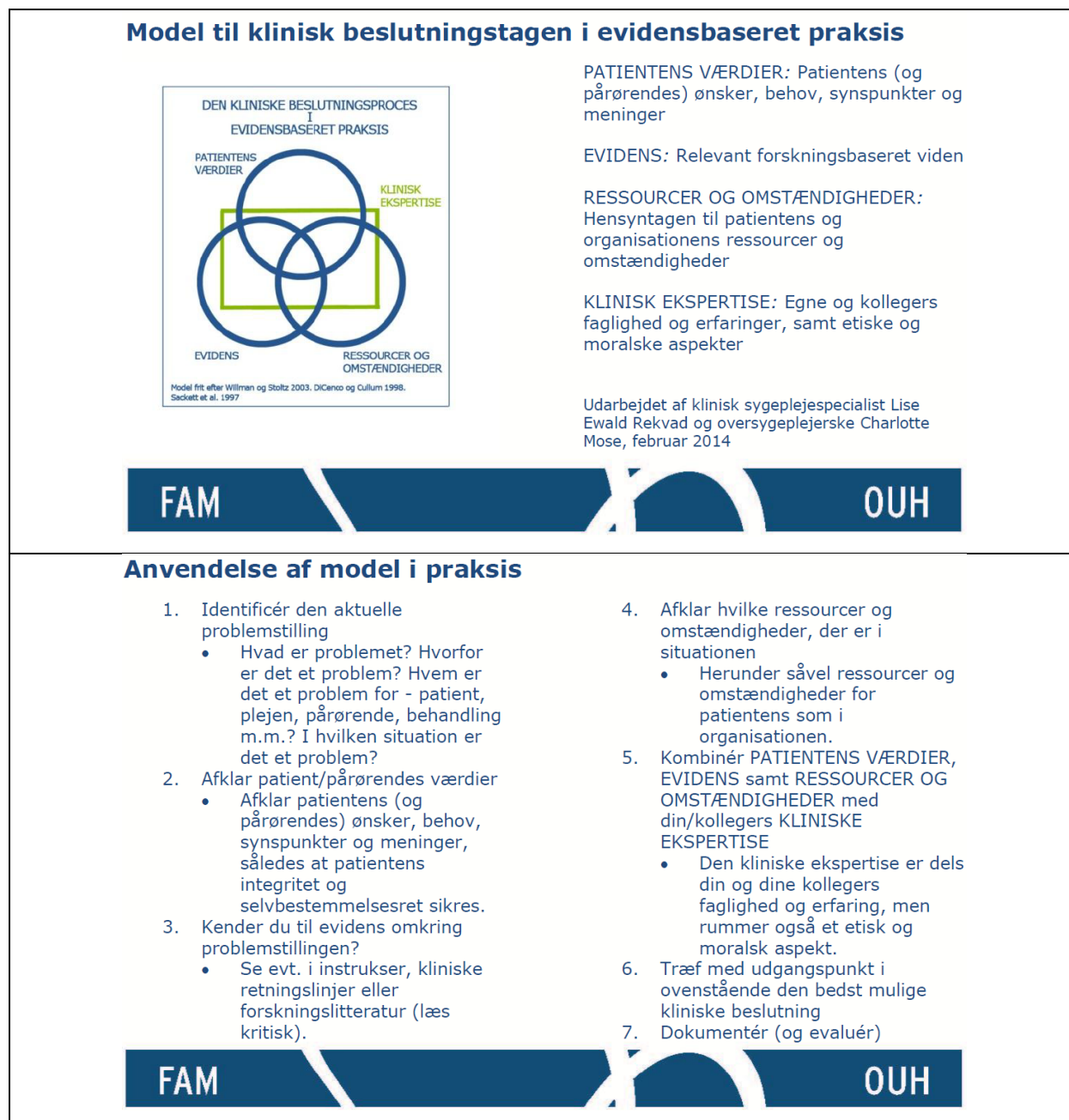
Inspireret af EBP-modellen blev et nyt initiativ udviklet med det formål at forene den travle kliniske hverdag med en evidensbaseret tilgang. Arbejdsgangen blev døbt '10 faglige minutter'.

INTERVENTION – 10 FAGLIGE MINUTTER

Ideen til '10 faglige minutter' opstod i et samarbejde mellem de kliniske sygeplejespecialister og den sygeplejefaglige ledelse. Formålet var at flytte de sygeplejefaglige drøftelser tættere på den kliniske praksis. Ønsket var at skabe et rum, hvor evidens kunne inddrages i forhold til de aktuelle sygeplejefaglige problemstillinger, som klinikkerne oplevede i hverdagen. Emnerne, der blev taget op, var derfor patientrelaterede og aktuelle problemstillinger.

Faciliteringen af '10 faglige minutter' blev varetaget af en klinisk sygeplejespecialist og en oversygeplejerske på et fast tidspunkt og i en planlagt zone i afdelingen på hverdage. Det var primært klinikere fra den pågældende zone, der deltog, men øvrige, som havde tid og lyst, kunne også deltage. En flipover blev brugt til at visualisere EBP-modellen, jf. figur 1. Ved de fleste seancer blev evidensbaseret litteratur inddraget. Hvis der ikke var kendt evidens på området, blev en deltager udpeget til at undersøge

dette. Oftest var det den kliniske sygeplejespecialist, der påtog sig denne opgave og videreformidlede denne viden fx via nyhedsbrev, udviklingstavler eller en opfølgende '10 faglige' seance.



Figur 1. Lommekortvejledning ved afholdelse af 'de 10 faglige minutter'. Her illustreres modellen af den kliniske beslutningsproces i evidensbaseret praksis inspireret af Willman og Stoltz [5].

Formål

Formålet var at undersøge klinikernes vurdering af '10 faglige minutter' samt deres oplevelse af dets faglige udbytte i relation til klinisk praksis.

Metode

ORGANISATORISKE RAMMER FOR AFHOLDELSE AF 'DE 10 FAGLIGE MINUTTER'

Undersøgelsen blev gennemført i FAM, OUH, hvor der årligt modtages 70.000 akutte patienter. På undersøgelsestidspunktet var der 116 fastansatte sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt 20 faste læger. FAM er inddelt i seks zoner, der modtager akutte patienter fra ni forskellige specialer, hvor klinikerne typisk arbejder inden for 1-3 specialer.

DESIGN

For at besvare undersøgelsens formål blev der anvendt et mixed-methods design, specifikt et forklarende sekventielt design inspireret af Creswell [11]. Fordelen ved dette design er, at de kvantitative data kan suppleres og nuanceres gennem kvalitativ dataindsamling og analyse, hvilket muliggør en dybere forståelse af resultaterne [12]. I denne undersøgelse gav de kvantitative data et indblik i deltagernes karakteristika og deres vurdering af interventionen '10 faglige minutter' baseret på udvalgte spørgsmål. Efterfølgende blev en kvalitativ metode anvendt, for at opnå en dybere forståelse af årsagerne og forklaringerne bag deres svar, samt for at belyse, hvordan de oplevede '10 faglige minutter' bidrog fagligt til deres kliniske praksis.

KVANTITATIVE METODER

De kvantitative data bestod af:

1. Deskriptive registreringer af prædefinerede parametre forbundet med de afholdte '10 faglige minutter', herunder antal seancer
2. Data fra spørgeskemaundersøgelsen

DESKRIPTIVE REGISTRERINGER

Følgende prædefinerede data blev indsamlet ved hver af de '10 faglige minutter':

- Dato for afholdelse
- Zone, hvor det blev afholdt
- Hvilke kliniske specialister og oversygeplejerske, der deltog
- Hvilket emne, der blev talt om
- Kort beskrivelse af "drøftelse"
- Antal klinikere, der deltog

SPØRGESKEMA

Et spørgeskema blev udviklet med inspiration fra Hansen et al. [13], som beskriver centrale aspekter af spørgeskemadesign, herunder spørgsmålstyper og svarkategorier. Vi fulgte specifikt deres anbefalinger til udformning af lukkede spørgsmål og valg af svarmuligheder for at sikre relevans og forståelighed. Spørgeskemaet blev udviklet af første- og andenforfatteren og bestod af ti erfaringsbaserede spørgsmål, hvoraf de første fem omhandlede baggrundsoplysninger såsom respondentens uddannelsesmæssige baggrund, ansættelseslængde, anciennitet, kendskab til EBP-modellen og deltagelse i de faglige seancer. Respondenter, der ikke havde deltaget i seancerne, afsluttede spørgeskemaet efter disse spørgsmål.

De næste fem spørgsmål fokuserede på respondenternes vurdering af interventionen '10 faglige minutter' og dækkede følgende aspekter: i) relevans og kvalitet af interventionen, ii) fagligt udbytte, herunder den værdi respondenter oplevede i forhold til egen faglige udvikling og læring, iii) i hvilken grad EBP-modellen bidrog til en bedre forståelse af evidensbaseret praksis.



Figur 2. Processen for indsamling af data ved anvendelse af et 'Explanatory sequential design' inspireret af Creswell [11].

Spørgeskemaet var udformet med lukkede svarkategorier på en fempunkt Likert-skala for at indfange respondenternes vurderinger på en ensartet og skalerbar måde. For at sikre spørgeskemaets forståelighed og relevans blev det pilottestet af 5 klinikere, før den endelige version blev anvendt. Testen gav ikke anledning til ændringer.

KVALITATIV METODE

FOKUSGRUPPEINTERVIEW

Der blev afholdt to fokusgruppeinterviews, der tog udgangspunkt i analyseresultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

Formålet var en eksplorativ undersøgelse af deltagernes oplevelser af '10 faglige minutters' faglige udbytte i relation til deres praksis, baseret på svarene fra spørgeskemaet. De sociale dynamiske interaktioner, der kan opstå i et fokusgruppeinterview, blev forventet at kunne bidrage til et nuanceret billede af undersøgelsesfeltet [14]. Fokusgruppen blev struktureret ved anvendelse af statements. Alle statements var udvalgt på baggrund af resultaterne fra spørgeskemaet og fra udtalelser fra klinikerne under deres deltagelse i de '10 faglige minutter', som vi ønskede uddybet.

Statements og spørgsmål til diskussion under fokusgruppeinterviewene

- De 10 faglige minutter understøtter sygeplejefaglige diskussioner i afdelingen
- Når jeg tager et emne op, udstiller jeg min sygeplejefaglige usikkerhed
- Det har betydning, at det er forskellige oversygeplejersker og kliniske sygeplejespecialister, der leder de '10 faglige minutter'
- Det giver mening at anvende EBP-modellen
- Hvordan får vi udbredt den viden, der opstår under de '10 faglige minutter'?
- Hvordan skal det afholdes i fremtiden?

Figur 3. Statements, der blev anvendt under fokusgruppeinterviewene.

DATAINDSAMLING

Som beskrevet ovenfor, blev data indsamlet ved hjælp af tre metoder: registreringer fra seancerne, spørgeskemaundersøgelse og fokusgruppeinterviews. De deskriptive registreringer blev indsamlet fra d. 1.3.2019 til 14.7.2019 og blev kategoriseret ud fra emne, dato, lokalitet og antal deltagere. Spørgeskemaet blev udleveret til de fastansatte klinikere (N = 116) i papirform og lagt i deres dueslag. Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført 20.9.2019-4.10.2019. Fokusgruppeinterviewene blev afholdt i januar 2020.

Der blev afholdt to fokusgrupper: én med klinikere og én med ledere, hver med en varighed på 1 time og 15 minutter. Formålet med opdelingen var at skabe et trygt rum for begge grupper, så de frit kunne dele deres oplevelser og vurderinger af '10 faglige minutter'. Fokusgruppen

med ledere bestod af de oversygeplejersker, der havde mulighed for at deltage, mens deltagerne i fokusgruppen med klinikere blev rekrutteret via et opslag i personalestuerne. Opslaget specificerede, at deltagelse krævede udfyldelse af spørgeskemaet og deltagelse i én eller flere seancer. Tilmeldingen var frivillig. BH, som også var ansat som klinisk sygeplejespecialist i FAM, fungerede som moderator. Ved interviewets start pointerede BH, at der ikke fandtes rigtige eller forkerte svar, og at fokusgruppen var et fortroligt rum, hvor deltagernes erfaringer, viden, ideer og inputs var centrale. Fokusgruppeinterviewene blev optaget og transskriberet ordret.

ANALYSEMETODE

Kvantitative data blev opgjort ved hjælp af deskriptiv statistik [15] og procentvise opgørelser af respondenternes besvarelser i Excel.

De kvalitative data blev analyseret ifølge Halkiers metode [14]. Processen startede med en åben læsning af teksten, hvor der blev noteret foreløbige temaer. Herefter kondenserede BH og AVL hver især udsagn og udarbejdede koder tematisk med fokus på forskningsspørgsmålet. Derefter blev koderne samlet i større temaer og kategoriseret efter deres relevans. Efter dette sammenlignede BH og AVL deres kategorisering og kodning for at diskutere eventuelle fortolkningsforskelle og sikre konsistens og pålidelighed i analysen. Denne diskussion var essentiel for at sikre korrekt fortolkning [14]. Efter denne proces blev de overordnede temaer fastsat. Tilgangen styrkede analyseprocessens troværdighed gennem forskertrianglering, da flere perspektiver blev inddraget i fortolkningen af dataene [14].

STRATEGI FOR INTEGRATION AF DATA

Efter analysen af spørgeskemaundersøgelsen blev resultaterne gennemgået for at identificere væsentlige mønstre, som krævede yderligere forklaring for at forstå, hvad '10 faglige minutters' faglige udbytte i relation til praksis er. Disse mønstre dannede inspiration til de statements som ses i Figur 3. Et eksempel var et ønske om at undersøge, hvordan klinikerne oplevede '10 faglige minutters' potentiale for at skabe et rum til faglige diskussioner. Et statement blev således formuleret: *"De 10 faglige minutter understøtter sygeplejefaglige diskussioner i afdelingen."* Nogle statements blev genereret på baggrund af overvejende positive besvarelser i spørgeskemaet, andre på baggrund af mindre positive besvarelser, f.eks. spørgsmål 5 i tabel 3.

Efter den kvalitative analyse af fokusgrupperne gennemgik BH og AVL resultaterne igen fra spørgeskemaet og sammenholdt dem med citaterne fra fokusgrupperne. Se afsnittet "Integration af data".

ETISKE OVERVEJELSER

Alle deltagere i undersøgelsen blev mundtligt og skriftligt informeret om deltagelsens formål, håndtering og præsentation af data, deres frivillige deltagelse samt retten til at trække sig fra studiet uden konsekvens. Der blev opnået skriftligt samtykke fra alle deltagere..

Resultater

SEANCER

I løbet af de 4,5 måneder, hvor der på alle hverdage var planlagt seancer, blev der afholdt '10 faglige minutter' på 55% af de planlagte dage. Aflysningerne skyldtes oftest fravær af enten den kliniske specialist eller oversygeplejerske. Der deltog oftest 3-5 klinikere pr. seance.

I dataindsamlingsperioden blev der taget 41 forskellige emner op, hvoraf forekomsten af flere emner gik igen; se Tabel 1.

Emne for sygeplejefaglig drøftelse	Antal drøftelser
Kommunikation	9
Tværfagligt samarbejde	7
Håndtering af medicin	7
Smerter	5
Grundlæggende sygepleje	5
Diabetes	5
Psykiatriske patienter, vold og krisereaktion	5
Neurologiske sygdomme og bevidsthedssvækkelse	5
Den komplekse patient	4
Traume og medicinske nødkald	4
Palliation	3
Misbrugsproblematikker	3
Obstipation	3
Præoperativ sygepleje	3
Delirium og demens	3
Generaliserede krampes	3
Triage og observationsregime	3
Samarbejde om borgerens forløb (SAM:BO)	3
Håndtering af tracheostomi, sår- og kompressionsbehandling	3
Gastrointestinal blødning	2
Postoperativ sygepleje	2
Urologiske problematikker	2
Etik	2
Genindlæggelse	2
Isolationsregimer	2

Tabel 1. Emner, der blev diskuteret i forbindelse med de '10 faglige minutter'.

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE

Der blev udleveret i alt 116 spørgeskemaer. Der var en svarrate på 72,4% (n = 84). Klinikerne fordelte sig således, at 5,9% (n = 5) var social- og sundhedsassistenter, og 94,1% (n = 79) var sygeplejersker. Heraf var 78,6% (n = 66) blevet introduceret til EBP-modellen, og 66,7% (n = 56) havde deltaget i seancerne. Se Tabel 2 for deltagerkarakteristika.

Deltagerkarakteristika	N (%)
Profession	
Sygeplejerske	79 (94,1)
Social- og sundhedsassistent	5 (5,9)
Uddannet antal år	
0-2 år	42 (50)
3-4 år	15 (17,9)
5-6 år	6 (7,1)
7-8 år	7 (8,3)
>8 år	14 (16,7)
Ansættelse i FAM, antal år	
0-2 år	23 (27,4)
3-4 år	12 (14,3)
5-6 år	5 (5,9)
7-8 år	5 (4,8)
>8 år	39 (46,4)
Introduceret til FAMs model for evidensbaseret praksis	
Ja	66 (78,6)
Nej	17 (20,2)
Blank	1 (1,2)
Deltaget i 'de 10 faglige minutter'	
Ja	56 (66,7)
Nej	28 (33,3)

Tabel 2. Karakteristika for respondenter i spørgeskemaundersøgelsen.

I undersøgelsen fremkom, at 63,6 % (n = 53) af deltagerne i høj grad eller i nogen grad oplevede at få et fagligt udbytte af at deltage i '10 faglige minutter'. Af deltagerne vurderede 69,1% (n = 58), at '10 faglige minutter' i høj grad eller i nogen grad skabte opmærksomhed på patientens problemstillinger. 69,1% (n = 58) mente, at '10 faglige minutter' i høj eller nogen grad var med til at skabe et rum til at tale sygepleje. Derudover vurderede 9,1% (n = 8), at '10 faglige minutter' slet ikke øgede fokus på instrukser, retningslinjer eller artikler. 25,4% (n = 21) fandt, at '10 faglige minutter' i mindre grad eller slet ikke

øgede deres forståelse for at arbejde evidensbaseret. Se Tabel 3.

Tabel 4 viser respondenternes anciennitet, og hvorledes de placerede deres svar i spørgsmålet om 'oplevelse af et øget fokus på instrukser, retningslinjer m.m.'. Af de nyuddannede mente 68,4% (n = 29) 'i høj eller nogen grad' at have fået øget sit fokus på retningslinjer i afdelingen, hvor 60% (n = 13) med >7 års erfaring havde samme opfattelse. Kun 23,1% (n = 5) af dem med 3-6 års erfaring svarede tilsvarende.

Samme tendens fremkom i spørgsmålet omhandlende 'fagligt udbytte', hvor 85% (n = 36) af de nyuddannede oplevede 'i høj eller nogen grad' et fagligt udbytte, hvorimod 38,3% (n = 8) af dem, der havde været uddannet 3-6 år, havde samme oplevelse. Af dem, der havde været uddannet mere end 7 år, havde 56% (n = 12) 'i høj eller nogen grad' et fagligt udbytte. 46,3% (n = 10) af de klinikere, der havde været uddannet mellem 3 og 6 år, oplevede 'hverken/eller', eller 'i mindre grad' et fagligt udbytte. Når 'rum til at tale sygepleje' kombineredes med anciennitet, vurderede 88,6% (n = 37) af de nyuddannede, at det 'i høj eller nogen grad' skabte et rum til at tale sygepleje. Hvorimod 46% (n = 10) i den gruppe, der havde været uddannet mellem 3-6 år, oplevede, at '10 faglige minutter' 'hverken/eller' eller 'i mindre grad' skabte et rum til at tale sygepleje.

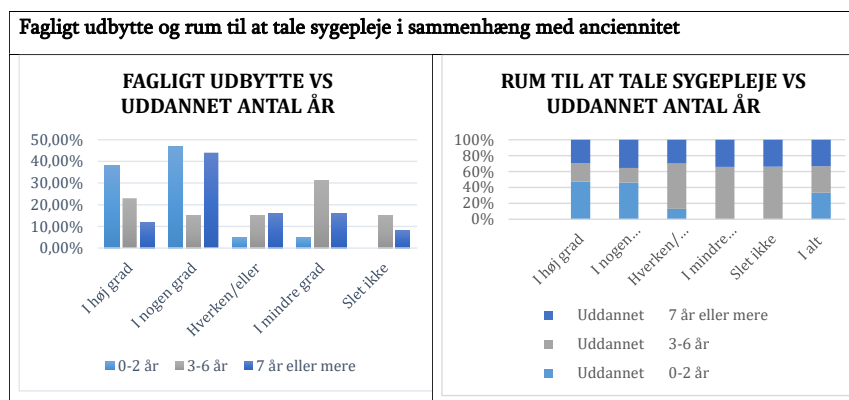
Spørgeskemaundersøgelsen viste blandt andet, at det faglige udbytte af '10 faglige minutter' blev vurderet forskelligt, afhængigt af anciennitet. Forklaringer herpå blev forsøgt opnået gennem fokusgruppeinterviews.

Procentvis fordeling af deltagernes svar i kvantitative data					
	I høj grad	I nogen grad	Hverken/eller	I mindre grad	Slet ikke
I hvilken grad får du et fagligt udbytte, ved at deltage i de 10 faglige minutter?	21,8%	41,8%	12,7%	16,4%	7,3%
I hvilken grad er de 10 faglige minutter med til at skabe opmærksomhed, på patientens problemstillinger i plejen?	29,1%	40%	14,5%	14,5%	1,9%
I hvilken grad er de 10 faglige minutter med til at skabe et "rum", hvor du kan tale sygepleje med dine kolleger?	23,6%	45,5%	12,7%	10,9%	7,3%
I hvilken grad er de 10 faglige minutter med til at øge dit fokus på instrukser, retningslinjer eller artikler m.m., der understøtter den sygepleje, du udfører i det daglige?	16,4%	40%	16,4%	18,1%	9,1%
I hvilken grad er modellen 'evidensbaseret praksis', med til at øge din forståelse for at arbejde evidensbaseret?	10,9%	45,5%	18,2%	23,6%	1,8%

Tabel 3. Respondenternes besvarelse af deres oplevelse af deltagelse i 'de 10 faglige minutter'.

Anciennitet i sammenhæng med svarkategorien 'øget fokus på retningslinjer'						
	I høj grad	I nogen grad	Hverken/eller	I mindre grad	Slet ikke	Ikke svaret
0-2 år	31,6	36,8	15,8	10,5	0,0	5,3
3-6 år	7,7	15,4	38,5	7,7	30,8	0,0
≥7 år	8,0	52,0	8,0	24,0	4,0	4,0

Tabel 4. Oplevelse af øget fokus på instrukser, retningslinjer m.m. i sammenhæng med anciennitet. Angivet i procent.



Tabel 5. Oplevelse af det 'faglige udbytte' og 'rum til at tale sygepleje' i sammenhæng med anciennitet.

FOKUSGRUPPEINTERVIEWS

Formålet med de to fokusgruppeinterviews var at undersøge deltagernes oplevelse af '10 faglige minutter' med udgangspunkt i svarene fra spørgeskemaundersøgelsen. Deltagernes karakteristika ses i tabel 6.

Deltagerkarakteristika		N = 9 (%)
Køn		
Mænd		0 (0)
Kvinder		9 (100)
Alder (gennemsnit)		41,1 (24-62 år)
Profession/Funktion		
Sygeplejefaglige ledere		3 (33,3)
Kliniske sygeplejersker		6 (66,6)
Ansættelsestid i FAM (gennemsnit)		8,5 år (1-41 år)

Tabel 6. Deltagerkarakteristika fra fokusgruppeinterviewene

Fra analysen fremkom to temaer:

1. Muligheder og barrierer for sygeplejefaglig refleksion og sparring
2. Bekymring for at udstille sin egen uvidenhed

MULIGHEDER OG BARRIERER FOR SYGEPLEJEFAGLIG REFLEKSION OG SPARRING

Lederne diskuterede, at indførelsen af '10 faglige minutter' havde påvirket kulturen i afdelingen. De havde en oplevelse af, at de fastlagte tidspunkter, det planlagte afholdelsessted og den faste model (EBP) bidrog til at skabe trygge og forudsigelige rammer. Dette gav klinikerne tæthed og skabte en kultur, hvor daglige refleksioner med fokus på evidens blev en integreret del af hverdagen:

"Det er godt, at der er få personer, for det giver mere tæthed, og det er godt, at der er et fast tidspunkt, for så når de at have tænkt på et problem eller emne forinden. De er klar på at være med." (Leder 1)

Klinikerne beskrev '10 faglige minutter' som et forum, hvor man kunne lære af hinandens faglige fundament, men også øve sig i refleksion og systematisk tænkning. De

oplevede, at det både kunne være nuværende problemstillinger, der kunne tages op eller emner, som de havde gået og tænkt over. Muligheden for at kunne drøfte egne refleksioner med evidens blev oplevet positivt:

"Hvad vejer tungest? Delirforebyggelse, eller GCS-vurdering? Skal jeg smertepåvirke (som en del af GCS-vurderingen), og se hvor meget han reagerer (eller lade ham sove og få ro)? Jeg er forholdsvis ny. Jeg synes, det var godt, man kunne tage sådan et emne op." (Kliniker 2)

Lederne havde en oplevelse af, at klinikerne var meget engagerede, hvilket styrkede refleksionen. Engagementet tillagde de, at klinikerne følte, at de fik et fagligt eller personligt udbytte. Klinikerne oplevede, at '10 faglige minutter' bidrog til at se forskellige perspektiver ind i samme problemstilling. De forskellige vinkler hjalp med at give et samlet helhedsbillede af situationen på trods af en kort tidsramme. De oplevede, at dette øgede kvaliteten af sygeplejen:

"Altså de 10 minutter... det er kort tid. Men refleksionen kan godt fortsætte bagefter. Hvilket jo er super, og det gør, at vi får noget ud af det, eller vi får lidt blod på tanden i forhold til at ville læse om retningslinjen. Jeg har fået viden om min egen uvidenhed på det her område. Det kan åbne op for nogle flere spørgsmål." (Kliniker 4)

Selvom det relativt korte tidsinterval blev betragtet som nødvendigt for at gøre diskussionerne gennemførlige i en travl hverdag, skabte det også udfordringer i forhold til at få afklaret komplekse problemstillinger. Den pressede tid, drevet af både tidsbegrænsninger og arbejdsbyrde, betød, at diskussionerne ofte manglede dybde og opfølgning. Klinikernes diskussioner understregede spændingen mellem at have værdifulde diskussioner og de pludselige afslutninger, som tidspresset påførte:

"Travlhed begrænser indimellem. Jeg tænkte sådan, at fordi man har travlt, så er det, som om der mangler lidt opfølgning. Man har et brandgodt emne og diskussion og refleksion, men at det stopper så brat, fordi vi har travlt og skal videre og ikke har den opfølgning." (Kliniker 1)

BEKYMRING FOR AT UDSKILLE EGEN FAGLIGE USIKKERHED

Både ledere og klinikere diskuterede, at '10 faglige minutter' bidrog til gode drøftelser af klinisk nære problematikker. Det blev fremhævet, at deltagelse af klinikere med forskellig anciennitet skabte en god dynamik og mulighed for erfaringsudveksling. Samtidig blev det også nævnt, både af ledere og klinikere, at forskellig anciennitet kunne vanskeliggøre lysten til at tage en problemstilling op, da man kunne føle, at man udstillede sin egen uvidenhed. Dette gjaldt især for de klinikere med kun et par års erfaring:

"Dem med få års erfaring er en gruppe, hvor de har et stort ansvar. De er meget hurtigt 'de erfarne', fordi der kommer mange nyuddannede... det er min oplevelse, at de lukker af for nysgerrigheden. Og måske føler de, at de skal vide det hele." (Leder 2)

"Det kan være svært for den med et par års erfaring at fremstille en problematik, som man ikke ved så meget om, så kan man blive bekymret for, om man slår til." (Kliniker 4)

Lederne bemærkede lavest engagement blandt klinikere med 2-4 års erfaring. De fremhævede, at følelsen af uvidenhed eller frygten for at svare forkert ofte opstod, når mindre erfarne kollegaer var til stede. Desuden udtrykte de bekymring for, at klinikerne følte sig som om de var i 'forhør', eller oplevede en mangel på tillid til deres faglighed fra lederens side, hvilket kunne forklare et lavt engagement i at deltage:

"For der er nogle, der kan føle sig overhørt, altså "ved jeg nu nok om det her?" Det er vigtigt, at jeg får skabt et refleksionsrum, hvor man kan være helt åben og ærlig, fordi det er der, man rykker sig. Så det her med at kunne lave det rum eller bruge EBP-modellen til at lægge rammen for rummet. Så er det tydeligt, hvad vi vil, altså skabe udvikling." (Leder 3)

Blandt klinikerne blev det problematiseret, hvorledes forskellig anciennitet kan medvirke til en negativ tilgang til '10 faglige minutter':

"Hvis man er sygeplejerske med erfaring, kan man jo godt have sine egne holdninger og meninger og være formet på en vis måde. Man har sin egen viden. Det kan være svært at modtage ny viden og teori. Alle de nyuddannede kommer med viden fra skolen, og de skal ikke komme og spille smarte... Det kan være svært, at få fif og ideer fra de nye sygeplejersker, der kommer og sætter spørgsmålstegn ved ens viden." (Kliniker 3)

For både de mest erfarne (+ 4 år) klinikere og de nyuddannede var der andre dynamikker på spil end for mellemgruppen, hvilket både ledere og klinikere gav udtryk for. Lederne observerede, at de mest erfarne var nysgerrige og åbne for at modtage ny viden samt reflektere, samtidig med at de udviste en ro i deres faglighed. Dette blev også bekræftet i fokusgruppen med klinikerne, som beskrev '10 faglige minutter' som et forum, hvor man kunne lære af hinanden og se problemstillinger fra flere vinkler, uden at det skulle opfattes som et nederlag ikke at kende alle svar. De nyuddannede oplevede stort udbytte af formatet, da '10 faglige minutter' gav dem ny viden, og ved at problemstillingen blev bearbejdet ud fra EBP-modellen, skabtes der genkendelighed:

"Det giver mulighed for øget viden og flere aspekter af problemstillingen. Der bliver talt om emner, som man ikke plejer at gå så meget i dybden med, og ikke har så meget erfaring med. Så kommer det op i plenum, så kan jeg jo godt byde ind med noget alligevel, selvom jeg er ny, og det giver mening for mig at bruge en fast model." (Kliniker 3)

INTEGRERING AF DATA

Spørgeskemaundersøgelsen viste, at 69,1% (n = 39) mente, at '10 faglige minutter' i høj eller nogen grad var med til at skabe et rum til at tale sygepleje. Det blev forklaret, at klinikerne oplevede, at den faste model (EBP), som faciliterede '10 faglige minutter', skabte forudsigelighed og gav mulighed for at inddrage evidens i aktuelle

problemstillinger. Vi fandt, at 46% (n = 10) i gruppen med 3-6 års erfaring oplevede, at '10 faglige minutter' enten ikke skabte et rum til at tale sygepleje eller kun i mindre grad. Det blev forklaret, at '10 faglige minutter' kunne føles som et 'forhør', eller at deltagerne kunne være bekymrede for at udstille deres uvidenhed. Spørgeskemaundersøgelsen viste, at 25,4% fandt, at '10 faglige minutter' i mindre grad eller slet ikke øgede deres forståelse for at arbejde evidensbaseret. Oplevelserne relateret hertil blev forklaret ud fra, at den korte tidsramme i nogle tilfælde manglede dybde og refleksion.

Diskussion

Undersøgelsen viste, at afholdelse af '10 faglige minutter' kan skabe et rum, hvor man kan diskutere evidensbaseret sygepleje. Der blev fremhævet et behov for en fast ramme, både i form af tid, facilitatorer og struktur for at det kunne gennemføres som ønsket. Særligt de klinikere, der havde været uddannet mellem 3-6 år, fandt ikke udbyttet af '10 faglige minutter' stort. Dette blev udfoldet med en forståelse for, at interventionen kunne give følelsen af at være i forhør ved sin leder, samt at tidsrammen var for kort.

Som vi indledningsvist fremhævede, så finder litteraturen, at en organisations parathed for at understøtte EBP er vigtig [8]. Særligt fire punkter anses essentielle: 1) tilstrækkelig tid til medarbejderne, 2) generel viden om evidensbaseret praksis, 3) træning i at arbejde evidensbaseret, 4) adgang til relevante evidenskilder [8]. I tråd med de fire punkter, berørte vores fund særligt tidsperspektivet og træning i at arbejde evidensbaseret. Det blev vurderet, at '10 faglige minutter' kunne blive udfordret i dets mangel på tid, da nogle af klinikerne fandt, at ti minutter, føltes utilstrækkeligt, hvis målet var at koble evidens og patientnære problemstillinger. Omvendt var den korte tidsramme et realistisk alternativ til ingenting.

Vores resultater viser, at '10 faglige minutter' kan være en vej til at støtte op om muligheden for at kombinere akutsygepleje og evidensbaseret tænkning i dagligdagen. Et studie viser netop, at i en akut setting er der en forventning om, at klinikerne bidrager til at opretholde et

højt patientflow, hvilket kan påvirke deres muligheder for at holde sig ajour med de gældende retningslinjer [16]. På den baggrund fremstår '10 faglige minutter' som et konkret bud på, hvordan man i en akut kontekst kan understøtte, at personalet holder sig ajour med viden og retningslinjer.

Vores fund viser, at '10 faglige minutter' kan opleves negativt, hvis klinikerne føler sig bange for at udstille sin uvidenhed. Dette blev særligt tydeligt for de klinikere, som havde 3-6 års anciennitet. Et systematisk review fremhæver netop, at frygten for at fejle, kan have en stor indflydelse på udbyttet af et klinisk læringsmiljø [17]. Denne frygt kan skabe en barriere for åben kommunikation og læring, hvilket i sidste ende kan hæmme både den individuelle og kollektive udvikling inden for sygeplejepspraksis [17]. Med det in mente, er det fremadskuende relevant at overveje, hvordan '10 faglige minutter' bedst kan implementeres for at fremme et trygt klinisk læringsmiljø. En central overvejelse er, om det bør drives af uddannelsesansvarlige og kliniske sygeplejespecialister, der ikke har en direkte ledelsesmæssig relation til klinikerne, men derimod en uddannelsesmæssig relation.

Deltagerne i undersøgelsen italesatte, at '10 faglige minutter' støttede op om en kultur, hvor man de kunne reflektere over sit fag sammen med kollegaer. I tråd med dette viser et tidligere studie, at viden, som tilegnes i et team, har vist positive påvirkninger både i forhold til engagement og udbytte [18]. Dette kan være et af argumenterne for at fastholde '10 faglige minutter', da de positive læringsdynamikker mellem klinikerne kan være med til at fastholde en kultur, der er nysgerrig på at tilegne sig viden.

Undersøgelsen af de '10 faglige minutter' giver ikke et entydigt svar, men medgiver os en viden om, at interventionen er gennemførbart i et klinisk miljø, og er med til at facilitere faglige diskussioner understøttet af eksisterende evidens. På baggrund af fundene bør det overvejes, om interventionen skal justeres snarere end fortsættes uændret. Det gælder særligt ift. facilitering, da lederens rolle potentielt kan hæmme læring. Ledelsen bør derfor forholde sig aktivt til, hvordan ansvar og roller placeres, hvis

formatet skal fastholdes. Resultaterne peger på et behov for tydelig struktur og trygge rammer, før interventionen kan forankres bredt. Et ukritisk videreført format risikerer at modarbejde intentionen om at fremme faglig refleksion og læring.

BEGRÆNSNINGER I STUDIET

I dette studie er der visse begrænsninger. For det første er studiet gennemført som et kvalitetsudviklingsprojekt, hvilket afspejler sig både i den lokale kontekst og den begrænsede sample size. Derudover er der anvendt et selvkonstrueret spørgeskema, som ikke er valideret til formålet. Et selvkonstrueret spørgeskema kan mangle dokumenteret validitet og reliabilitet, hvilket svækker resultaternes troværdighed. Derudover kan spørgsmålene være præget af forforståelser, som påvirker svarenes anvendelighed [13]. Svarraten på spørgeskemaundersøgelsen kunne også have været højere for at styrke undersøgelsens validitet [19]. Det er ikke muligt at udtale sig om karakteristika ved dem, der ikke deltog, da der ikke er indsamlet oplysninger om dette. Årsagen til deres fravær er derfor ukendt. Derudover var der i den ene fokusgruppe kun tre deltagere, som må anses som et beskedent antal og kan have påvirket resultatet, da diskussionerne kan være begrænsede af manglende perspektiver [20]. Dette er ligeledes en af undersøgelsens begrænsninger.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at '10 faglige minutter' rummer potentiale som en lavpraktisk ramme for faglig refleksion og kobling til evidensbaseret praksis i en travl klinisk kontekst. Samtidig tydeliggør resultaterne, at udbyttet afhænger af trygge rammer, tydelig struktur og en facilitering, der ikke forbindes med kontrol. For nogle klinikere – særligt dem med 3-6 års erfaring – kan interventionen virke hæmmende, hvis der ikke tages højde for psykologisk tryghed. Det bør overvejes, om interventionen kan videreføres uændret, men i stedet justeres med henblik på at styrke læringsmiljøet. Det kræver aktiv opmærksomhed fra ledelsen på både organisering og implementering.

Interessekonflikter

Forfatterne angiver ingen interessekonflikter.

Finansiering

Ingen.

Referencer

1. Hagstrøm, J. and A.C. Engers, *Kvalitet og udvikling*. 1. udgave ed. Sosuserien. SSA. 2018, Kbh.: Munksgaard. 207 sider.
2. Aiken, L.H., et al., *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. Lancet, 2014. **383**(9931): p. 1824-30.
3. Considine, J. and B. McGillivray, *An evidence-based practice approach to improving nursing care of acute stroke in an Australian Emergency Department*. J Clin Nurs, 2010. **19**(1-2): p. 138-44.
4. Mackey, A. and S. Bassendowski, *The History of Evidence-Based Practice in Nursing Education and Practice*. J Prof Nurs, 2017. **33**(1): p. 51-55.
5. Willman, A.S., Peter; Bahtsevani, Christel, *Evidensbaseret sygepleje : en bro mellem forskning og klinisk virksomhed*. 2. udgave, oversat fra svensk af Kent Havemann & Gitte Lyngs ed. 2007, Kbh.: Gad. 201 sider.
6. Sackett, D.L., et al., *Evidence based medicine: what it is and what it isn't*. BMJ, 1996. **312**(7023): p. 71-72.
7. Fitzpatrick, B., K. Bloore, and N. Blake, *Joy in Work and Reducing Nurse Burnout: From Triple Aim to Quadruple Aim*. AACN Adv Crit Care, 2019. **30**(2): p. 185-188.
8. Schaefer, J.D. and J.M. Welton, *Evidence based practice readiness: A concept analysis*. J Nurs Manag, 2018. **26**(6): p. 621-629.
9. Yoo, J.Y., et al., *Clinical nurses' beliefs, knowledge, organizational readiness and level of implementation of evidence-based practice: The first step to creating an evidence-based practice culture*. PLoS One, 2019. **14**(12): p. e0226742.
10. Universitetshospital, O. *Strategi for sygepleje 2020-2023, tættere på patienten i alle opgaver*. 2020 [cited 2022 0410].
11. Creswell, J.W. and V.L.P. Clark, *Designing and conducting mixed methods research*. Third edition ed. 2018, Thousand Oaks, California: Sage Publications Inc. xxvii, 492 s.
12. Fetter, M.D., L.A. Curry, and J.W. Creswell, *Achieving integration in mixed methods designs-principles and practices*. Health Serv Res, 2013. **48**(6 Pt 2): p. 2134-56.
13. Hansen, N.-H.M., B. Marckmann, and E. Nørregård-Nielsen, *Spørgeskemaer i virkeligheden:-målgrupper, design og svarkategorier*. 2008: Samfundslitteratur.
14. Halkier, B., *Fokusgrupper*. 3. udgave ed. 2016, Frederiksberg: Samfundslitteratur. 126 sider.
15. Petersen, R.A., *Deskriptiv statistik, in Analysestrategier i sundhedsfaglige undersøgelser*. 2023, Samfundslitteratur. p. 113-126.
16. Kirk, J.W., *Implementing evidence-based practices in an emergency department: contradictions exposed when prioritising a flow culture*. Journal of clinical nursing, 2016. **25**(3-4): p. 555-565.
17. Panda, S., et al., *Challenges faced by student nurses and midwives in clinical learning environment - A systematic review and meta-synthesis*. Nurse Educ Today, 2021. **101**: p. 104875.
18. Dearnley, C., et al., *Team based learning in nursing and midwifery higher education; a systematic review of the evidence for change*. Nurse Educ Today, 2018. **60**: p. 75-83.
19. Boolsen, M.W., *Spørgeskemaundersøgelser*. 2008: Hans Reitzels Forlag.
20. Morgan, D.L. and J.L. Bottorff, *Advancing our craft: focus group methods and practice*. Qual Health Res, 2010. **20**(5): p. 579-81.