

KROB-modellen - en model til klinisk refleksion omkring beslutningstagen



Af Thora Grothe Thomsen (kontaktperson). Lektor i klinisk sygepleje, ph.d. Forskningsstøtteenheden, Sjællands Universitetshospital og Syddansk Universitet. thst@regionsjaelland.dk,

Christine Ystrøm Bjerre, Uddannelseskonsulent, cand. san., HR og Uddannelse, Sjællands Universitetshospital. cy@regionsjaelland.dk,

Pia Scheuer, Udviklingssygeplejerske, MVO. Kirurgisk afdeling, Sjællandsuniversitetshospital. pias@regionsjaelland.dk,

Lisbeth Trebbien, Uddannelseskonsulent, MVO, HR og Uddannelse, Sjællands Universitetshospital. ltrb@regionsjaelland.dk,

Rikke Ringdal, Adjunkt, cand. scient. San, Professionshøjskolen Absalon. riwr@pha.dk

Keywords: Klinisk beslutningstagen, refleksion, evidensbaseret praksis

Artiklen præsenterer en ny refleksionsmodel, der kan være med til at styrke såvel sygeplejestuderendes som sygeplejerskers grundlag for at træffe evidensbaserede kliniske beslutninger. Modellen er udviklet gennem en 2-årig aktionsforskningsproces og i et tæt samarbejde med adskillige sygeplejersker og studerende. Artiklen beskriver endvidere den læring samt nogle af de oplevelser og erfaringer, der er fremkommet undervejs.

Baggrund

Indenfor de seneste årtier er der i stigende grad blevet stillet krav til sygeplejerskers viden, færdigheder og kompetencer. Intentionen har været at styrke en evidensbaseret klinisk praksis, hvor flere former for viden er i spil, herunder: Viden baseret på forskning, viden fra erfaringer, viden fra patienter og pårørende samt viden fra lokale data (1,2,3). Kravene kommer også til udtryk i rapporten 'Kompleks fremtid og refleksive sundhedsprofessionelle - Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne' (4). Formålet med rapporten er at skabe et grundlag for debat om indsatsmuligheder i tilknytning til uddannelses- og kompetencebehov i årene 2020/2025. Rapporten anbefaler bl.a., at sundhedsprofessionelle gennem deres uddannelse udvikler

Abstract

Forskning viser, at sygeplejersker ofte baserer deres kliniske beslutninger på egne eller kollegaers erfaringer. En arbejdsgruppe på Sjællands Universitetshospital tog derfor initiativ til at udvikle en struktureret refleksionsmodel, som styrker evidensbaserede kliniske beslutninger. Modellen, der er udviklet i et aktionsforskningsprojekt, har fokus på flere videnskilder samt betydningsfulde organisatoriske og lovmæssige forudsætninger. Den giver desuden mulighed for at anvende klinisk relevante støttespørgsmål som hjælp til refleksion omkring klinisk beslutningstagen. Evalueringer viser, at modellen er anvendelig både i klinisk praksis og i undervisningssammenhænge. Særligt støttespørgsmålene fremhæves som et element, der gør modellen overskuelig og anvendelig i klinisk praksis.

refleksive kompetencer med inddragelse af flere videnskilder, hvilket bl.a. fører til at *"... grundlæggende former for viden – den evidens-/forskningbaserede og den erfaringsbaserede... suppleres med borgerens/patientens viden, behov og ønsker"* (4).

I den seneste bekendtgørelse for sygeplejerskeuddannelsen fra 2016 sættes fokus på klinisk beslutningstagen som et centralt element i uddannelsen: *"Den uddannede skal selvstændigt kunne varetage klinisk lederskab og klinisk beslutningstagen i samspil med patient, borger og pårørende om sygepleje"* (5). Fra flere sider beskrives, hvordan kravene om at inddrage flere videnskilder i en evidensbaseret praksis får betydning for processen omkring klinisk beslutningstagen. Endvidere beskrives klinisk beslutningstagen som en kompleks proces, der kan belyses fra flere perspektiver samt styrkes gennem refleksion (6,7). Refleksion forstås i denne sammenhæng som en proces, i hvilken voksne lærer at tænke kritisk i stedet for at tage de antagelser, der umiddelbart understøtter et synspunkt, for givet (8).

Forskning viser imidlertid, at sygeplejersker ofte baserer deres kliniske beslutninger på egne eller kollegaers erfaringer. Dermed inddrages i mindre grad viden fra f.eks. forskning og teorier samt viden om patienternes situation, præferencer, ønsker og behov (9). En konsekvens er, at der er aspekter af klinisk praksis, som sygeplejersker sjældent sætter spørgsmålstejn ved og reflekterer over, hvilket kan føre til en mindre nuanceret klinisk beslutningstagen, der hverken er evidensbaseret eller patientinddragende (10).

På Sjællands Universitetshospital (SUH) oplevede en gruppe af sygeplejersker med særlig interesse for udvikling og uddannelse tilbage i 2016, at der manglede en struktureret refleksionsmodel, som til fulde kunne indfri klinikkens forventninger til refleksion omkring evidensbaseret klinisk beslutningstagen. Derfor nedsatte vi som en del af forskningsprogrammet CAPAN (Capacity building in Clinical Nursing) en arbejdsgruppe bestående af 2 kliniske udviklings- og uddannelsesansvarlige sygeplejersker, en uddannelseskonsulent samt en forsker. Senere er arbejdsgruppen suppleret med en uddannelseskonsulent fra Center for Kompetenceudvikling og Uddannelse (CUK) samt en underviser fra Professionshøjskolen Absalon.

Arbejdsgruppen gennemførte en systematisk litteratursøgning i databaserne CINAHL, PubMed, en bred søgning i tidsskriftet Sygeplejersken og Uddannelsesnyt samt diverse kædesøgninger for at finde frem til relevante refleksionsmodeller. Vi fandt flere såvel nationale som internationale refleksionsmodeller og -tilgange (11,12,13,14,15,16,17), der på forskellige måder kvalifi-

cerer sygeplejerskers kliniske beslutninger og bidrager til en evidensbaseret sygeplejepraksis. Med afsæt i flere års klinisk vejledning, hvor der er brugt forskellige modeller til klinisk beslutningstagen (12,13), vurderede arbejdsgruppen imidlertid, at der var behov for en struktureret refleksionsmodel, som både lagde vægt på at inddrage dokumenterede videnskilder (1,2,3) og organisatoriske og lovmæssige forudsætninger med betydning for de kliniske beslutninger. Det var endvidere væsentligt for arbejdsgruppen, at modellen inddrog støttespørgsmål, som gjorde det overskueligt at knytte videnskilderne og forudsætninger til klinisk beslutningstagen. Samtidig var det vigtigt, at støttespørgsmålene var meningsfulde for såvel studerende som sygeplejersker, samt at refleksionsmodellen kunne inddrages i tværfaglige samarbejdsrelationer og derfor også var genkendelig blandt andre sundhedsprofessionelle end sygeplejersker.

Med henblik på at gøre refleksionsmodellen meningsfuld for dem, der skulle anvende den, valgte arbejdsgruppen at bruge et aktionsforskningsdesign til udvikling af en ny refleksionsmodel.

Udvikling af en refleksionsmodel - et aktionsforskningsprojekt

Projektets overordnede metodiske ramme har været aktionsforskning, som bl.a. er kendetegnet ved, at praktikere i samarbejde med forsker skaber viden om, hvad der skal til for at styrke en given praksis, samt hvad der er i spil i klinisk praksis, når man implementerer indsatsen (18,19,20). I aktionsforskning er forskning, udvikling og læring tæt forbundet og giver mulighed for at ændre og udvikle praksis gennem dialog og samarbejde med og mellem de involverede aktører. I udviklingen af refleksionsmodellen har aktørerne været udviklings- og sygeplejersker, undervisere, kliniske vejledere, studerende, forsker samt repræsentanter fra andre faggrupper – bl.a. fysioterapeuter, ergoterapeuter, jordemødre og diætister. Endvidere kan aktionsforskningsprocessen kendetegnes ved kontinuerlige cykliske processer af "plan, act, evaluate, analyse" (se figur 2). Alle relevante data fra interviews og dialogmøder er analyseret med brug af meningskondensering, som beskrevet af Kvale og Brinkmann (21). Yderligere information om projektets metodetilgang kan rekvireres ved at kontakte forfatterne.

Etiske overvejelser

De sundhedsprofessionelle og studerende, der har deltaget i interviews, er blevet mundtligt og skriftligt informeret om aktionsprojektet. Det blev understreget, at deltagelse var frivillig, og at deltagerne når som helst kunne trække sig fra projektet uden at give en begrundelse. Samtykkeerklæring blev indhentet fra alle interviewdeltagerne. Alle interviews blev anonymiseret,

således at det ikke er muligt at identificere deltagerne i det analyserede materiale.

Resultat: KROB-modellen

Det 2-årige aktionsforskningsprojekt muliggjorde udviklingen af modellen 'Klinisk Refleksion Omkring Beslutningstagen – KROB-modellen'. Modellen ses i figur 1. Formålet med KROB-modellen er at kunne gennemføre en struktureret refleksion som grundlag for at træffe evidensbaserede kliniske beslutninger. De evidensbaserede beslutninger kan derefter føre til handlinger og/eller efterrefleksion i klinisk praksis. Modellen kan både bruges individuelt og i grupper og er f.eks. anvendelig i forbindelse med spørgsmål som "På hvilket



Version 7: April 2019

Figur 1: KROB-modellen

grundlag træffer jeg/vi den eller de givne kliniske beslutninger", eller "Hvorfor og på hvilket grundlag traf jeg/vi den eller de kliniske beslutninger, som jeg/vi

Der indgår 3 kerneelementer i modellen: Organisatoriske og lovmæssige forudsætninger, fem forskellige videnskilder samt evidensbaserede kliniske beslutninger. Anvendelsen af refleksionsmodellen konkretiseres af støttespørgsmål, som er tilknyttet de tre forskellige kerneelementer i modellen. Støttespørgsmålene skal ses som inspiration til at reflektere omkring kerneelementerne. Spørgsmålene skal ikke nødvendigvis besvares i rækkefølge, og det kan være, at det ikke er alle spørgsmål, som har samme relevans i situationen. Ligeledes er det muligt at supplere med andre spørgsmål, som viser sig at være meningsgivende i den konkrete situation. I boks 1-7 ses de støttespørgsmål, der som udgangspunkt kan avendes til hver af modellens kerneelementer:

Organisatoriske og lovmæssige forudsætninger

Første kerneelement giver anledning til at reflektere omkring de organisatoriske og lovmæssige forudsætninger, som den kliniske beslutning er påvirket af - herunder de organisatoriske rammer i den enkelte afdeling f.eks. afdelingens størrelse samt speciale, sundhedsloven, nationale mål for kvalitet og etiske retningslinjer. Forudsætninger handler endvidere om organisationens holdning til inddragelse af patienter og pårørende i beslutninger, samt den forpligtede professionelle ansvarsfordeling, der er mellem kollegaer og patient i situationen.

Organisatoriske og lovmæssige forudsætninger:

- Hvilken konkret situation drejer det sig om, og hvorfor er den vigtig for dig at tage op?
- Hvad er din rolle og dit ansvar i situationen, og hvilket ansvar har de øvrige involverede?
- Hvilke etiske og lovmæssige overvejelser indgår i situationen?
- Hvilken tilgang har afdelingen til at inddrage patienter og pårørende i kliniske beslutninger?
- Er der andre temaer omkring organisatoriske og lovmæssige forudsætninger, som giver mening at reflektere over i forhold til den konkrete situation?

Boks 1: Støttespørgsmål til kerneelementet "Organisatoriske og lovmæssige forudsætninger!"

Fem forskellige videnskilder

Andet kerneelement i modellen fokuserer på at inddrage forskellige videnskilder, som alle indgår i en evidensbaseret praksis. De er opdelt som fem videnskilder i KROB-modellen, hvor videnskilderne FRA og OM patienter og pårørende er tæt forbundne, og dog forskellige:

Viden FRA patienter og pårørende: Videnskilden refererer til den viden, der hentes FRA patienter og pårørende med henblik på at afdække deres oplevelse af både sygdomsforløbet og relevante aspekter af deres hverdagsliv – f.eks. deres oplevede ønsker, behov, værdier og tidligere erfaringer. Dette kan betegnes som subjektive data.

Viden FRA patienter og pårørende:

- Hvem er patienten, og hvilken sygdomsindsigt giver patient og pårørende udtryk for?
- Hvilke oplevede ønsker, behov og værdier giver patient og pårørende udtryk for er væsentlige i den konkrete situation – både i forhold til sygdomsforløb og hverdagsliv?

Boks 2: Støttespørgsmål til "Viden FRA patienter og pårørende"

Viden OM patienter og pårørende: Er den viden, der indhentes gennem observation, fra journaler, relevante screeninger og scoringer samt viden fra samarbejds partnere, som kan være med til at belyse patientens samlede situation og forløb. Dette kan betegnes som objektive data.

Viden OM patienter og pårørende:

- Hvilken viden har du om patientens tilstand – fysisk, psykisk, socialt?
- Hvilke ressourcer har du indtryk af, patient og pårørende har i forhold til at handle i situationen?
- Hvad viser observationer, notater, blodprøver, scoringer og screeninger om patientens situation? Hvordan følger du op på de data, og hvorfor er de data vigtige i situationen?
- Vurderer du tilstanden som: Livstruende? Akut? Kronisk? Stabil?

Boks 3: Støttespørgsmål til "Viden OM patienter og pårørende"

Viden fra erfaring: Er viden fra egen erfaring opnået gennem gentagelser og læring, viden fra kolleger samt viden fra forandrings- og udviklingsprojekter dokumenteret gennem faglige rapporter, lokale kliniske retningslinjer, faglige artikler, bøger, undervisning og oplæg samt andre faglige informationskilder.

Viden fra erfaring:

- Har du eller dine kollegaer erfaring med tilsvarende situationer?
- Hvor og hvordan vil du finde frem til relevant faglig viden?
- Hvem kan evt. støtte dig i at finde frem til relevant faglig viden?
- Giver erfaringsbaseret, faglig viden tilstrækkeligt grundlag for at træffe beslutninger i den konkrete situation?

Boks 4: Støttespørgsmål til "Viden fra erfaring"

Viden fra forskning: Er viden fra publicerede forskningsresultater eller forskningsbaserede kliniske retningslinjer. Viden kan også hentes fra relevante teorier.

Viden fra forskning:

- Hvor og hvordan vil du finde frem til relevant forskningsbaseret viden, som kan være med til at kaste nyt lys over situationen?
- Hvilken forskningsbaseret viden vælger du at inddrage, og hvorfor er den viden vigtig i situationen?
- Hvilke evidensbaserede kliniske retningslinjer samt relevante teorier kan bidrage til forståelse af

Boks 5: Støttespørgsmål til "Viden fra forskning"

Viden fra lokale ressourcer: Denne videnskilde har fokus på viden fra og om lokalt tilgængelige ressourcer - herunder materielle, tidsmæssige og "menneskelige" ressourcer samt viden fra audits og lokale rutiner.

Viden fra lokale ressourcer

- Hvilke ressourcer er til stede i afdelingen i forhold til at handle i situationen – f.eks. tilgængelige hjælpemidler, tid, kompetencer og tværprofessionelt samarbejde?
- Hvilke lokale kliniske retningslinjer er relevante at inddrage i situationen?

Boks 6: Støttespørgsmål til "Viden fra lokale ressourcer"

Evidensbaserede kliniske beslutninger

Tredje kerneelement giver på baggrund af besvarelse og refleksion omkring de to første kernelementer mulighed for at overveje hvilke evidensbaserede kliniske beslutninger, der synes nødvendige at træffe i situationen. På den baggrund vil det være muligt at planlægge konkrete interventioner og udarbejde en handleplan. Samtidig giver kerneelementet mulighed for at gennemføre en efterrefleksion (evaluering af handleplanen) for at blive bevidst om, hvordan handleplanen forløb. En sådan efterrefleksion åbner både for ny læring omkring selve beslutningsprocessen og skaber opmærksomhed omkring eventuelle behov for forbedringer og udvikling i klinisk praksis – jf. boks 7.

Evidensbaserede kliniske beslutninger

Handleplan

- Hvilke kliniske beslutninger er nødvendige at træffe?
- Hvilke kliniske beslutninger er nødvendige at træffe sammen med patienter og pårørende?
- Overvej hvilke relevante interventioner, der er nødvendige at iværksætte på baggrund af de trufne evidensbaserede kliniske beslutninger.
- Udarbejd en detaljeret handleplan, som støtter dig gennem den konkrete situation.
- Er der overensstemmelse mellem de trufne evidensbaserede beslutninger og patient/pårørendes ønsker, behov og værdier? Begrund hvis ikke der er.
- Har du de nødvendige kompetencer til at træffe de nødvendige beslutninger og gennemføre handleplanen? Hvor vil du evt. søge hjælp og vejledning?

Efterrefleksion

- Hvilke udfordringer stødte du på i forbindelse med at træffe hensigtsmæssige evidensbaserede kliniske beslutninger?
- Hvilken viden kunne evt. have styrket din handleplan?
- Hvordan forløb handleplanen, og er der noget, du vil ændre til næste gang, du står i en tilsvarende situation?
- Hvilke behov for kliniske forbedringer har du fået øje på, x justering af arbejds gange eller retningslinjer?
- Giver forløbet anledning til at iværksætte et eller flere forbedrings- og/ eller udviklingsprojekter? Hvis ja, hvem

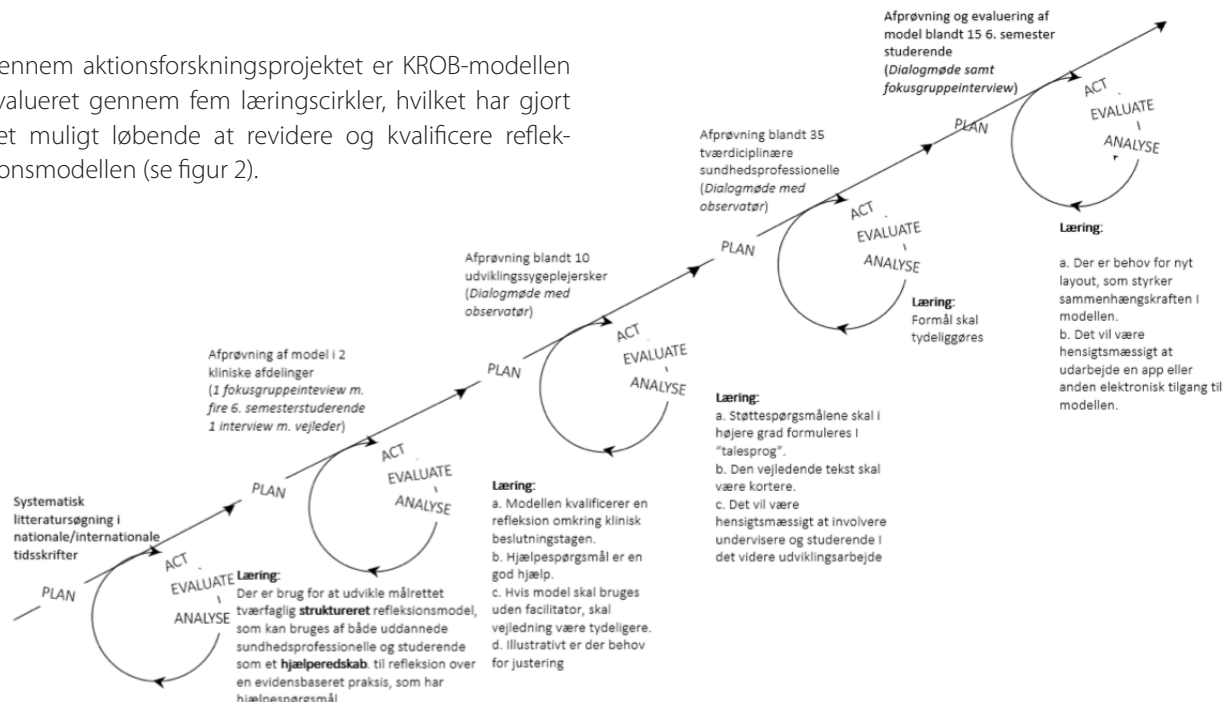
Boks 7: Støttespørgsmål til "Evidensbaseret kliniske beslutninger"

Oplevelser med anvendelse af refleksionsmodellen KROB

Aktionsforskningsrammen har gjort det muligt at afprøve og anvende modellen både i klinisk praksis og i undervisningssammenhænge. Samtidig har det været muligt at afdække en række af de oplevelser og erfaringer, som studerende, vejledere og andre sundhedsprofessionelle har tilkendegivet i forbindelse med afprøvning og anvendelse af KROB-modellen (jf. figur 2).

Gennem aktionsforskningsprojektet er KROB-modellen evalueret gennem fem læringscirkler, hvilket har gjort det muligt løbende at revidere og kvalificere refleksionsmodellen (se figur 2).

Figur 2: Figuren illustrerer de læringscirkler samt de læringsaspekter, som gennem aktionsforskningsprocessen har ført til KROB-modellen i sin nuværende form.



En nærmere analyse af læringscirklerne/evalueringerne i aktionsprocessen peger på tre gennemgående temaer, der fra forskellige vinkler tydeliggør styrker og udfordringer forbundet med KROB-modellen; *Nuancering af kliniske refleksioner, Overskuelighed ved brug af støttespørgsmål, samt Fokusering på introduktion og tilgængelighed.*

Nuancering af kliniske refleksioner

Både sygeplejestuderende og vejledere oplevede, at KROB-modellen gav mulighed for en nuanceret refleksion omkring en klinisk beslutning. En studerende forklarede: *"Ja, man bliver jo tvunget til at tænke det ud på flere forskellige måder, altså sin egen situation, og andres situation og handlekompetencer, altså du ser det fra det brede perspektiv med den her model"*.

Denne form for nuanceret refleksion er ikke særegen for KROB-modellen (11,12,13,15,16), men fremhæves, fordi den synes væsentlig i forhold til styrkelse af evidensbaserede kliniske beslutninger (10). Adskillige deltagere pegede endvidere på, hvordan den specifikke inddragelse af de 5 videnskilder "tvang" dem til at reflektere mere nuanceret, end de ellers gjorde:

"Modellen viser de forskellige måder, jeg kan søge viden på... Fordi jeg skulle svare på, hvilken viden jeg har til rådighed, altså hvad har jeg brugt, så blev jeg tvunget til at komme meget mere rundt omkring det videnskabsmæssigt, altså evidensen. Det er tit man kun bruger sin forforståelse".

Citatet indikerer, hvordan KROB-modellens brede videnstilgang kan være med til at styrke en evidensbaseret praksis, som baserer sig på mere end erfaring og forforståelse (7,9,10). En vejleder uddyber: *"Flere former for viden er relevant.... Super godt at bruge. Det er det jeg har manglet i refleksionscirklen. Det giver større indblik for, hvordan vi kan inddrage viden"*.

Den brede videnstilgang blev også fremhævet som en styrke ved modellen, da den blev afprøvet på et tværfagligt dialogmøde (jf. figur 2). Ikke mindst deling mellem videnskilderne, FRA patienter og pårørende og viden OM patienter og pårørende, blev betragtet som værdiskabende i forhold til at fastholde et nuanceret og inkluderende patientperspektiv som en del af en evidensbaseret klinisk praksis.

Overskuelighed ved brug af støttespørgsmål

Alle evalueringer viste, hvordan støttespørgsmålene gav et godt overblik. En studerende sagde: *"Der er gode spørgsmål at læne sig op ad. Man får overblik over, hvad man kan spørge om på en anden måde end på en anden model". En anden studerende fortalte: "Jeg synes også ... de her spørgsmål meget nemt klargør det [de tre kerneelementer i modellen], og så kommer man netop til at reflektere over det i situationen, hvad man gør og hvorfor man gør det".*

En vejleder forklarede, at studerende generelt har svært ved at forholde sig til en refleksion omkring deres kliniske beslutning, fordi det er lidt abstrakt for dem. Hendes erfaring med KROB-modellen tydeliggjorde, hvordan KROB-modellen, med dens hjælpspørgsmål, fungerede som rød tråd for de studerende: *"Ved de andre refleksionsmodeller... står bare: Hvad skete der, eller meget få spørgsmål. Spørgsmålene kan være sådan en hjælp til at tænke over nogle ting, man ikke selv lige kom på".*

Heller ikke støttespørgsmål er særegent for KROB-modellen. I Gillespi's model indgår således også refleksionsspørgsmål (11). En væsentlig pointe i forhold til KROB-modellen er imidlertid, at spørgsmålene er udviklet og tilrettet sammen med både studerende, sygeplejersker og undervisere med henblik på at gøre spørgsmålene enkle og klinisk relevante. En anden pointe er, at spørgsmålene ikke er statiske, men kan nuanceres, hvis det viser sig at være hensigtsmæssigt i den kontekst, spørgsmålene indgår i. I et undervisningsforløb for erfarne sygeplejersker viste evalueringerne blandt andet, at tilpasninger af støttespørgsmål til en konkret kontekst gjorde modellen særlig anvendelig i sammenhængen.

Fokusering på introduktion og tilgængelighed

Fleere af de involverede pegede på, at hvis KROB-modellen skal inddrages i en travl klinisk hverdag, er det nødvendigt med en grundig introduktion til redskabet for både studerende og kliniske vejledere, som skal være fortrolige med redskabet, hvis det skal give mening at anvende. På den baggrund blev der gennemført en samlet introduktion for en gruppe studerende, der var i praktik. En studerende fortæller:

"Jeg synes også, modellen var god, og jeg kunne bedre bruge den, efter vi havde haft introduktion. Altså vores kliniske vejleder ville gerne have, at vi brugte den fra start af, og der synes jeg, det var lidt svært, for jeg vidste ikke rigtig hvad jeg skulle gøre, så det hjalp rigtig meget med en introduktion".

Fleere studerende gav udtryk for, at når modellen blev gennemgået, så var det rigtig godt at arbejde med praktiske eksempler ud fra de studerendes egne erfaringer med at træffe kliniske beslutninger, ellers kunne modellen godt virke lidt abstrakt: *"Når man sad derovre [til introduktionen] og I [underviserne] gik det igennem, og man fik et eksempel med at prøve den, så havde man fuldstændig styr på den [modellen]. En anden studerende sagde: "Det var rart med forskellige eksempler... Vi har brug for jeres forklaringer som i dag".*

Endvidere gjorde de studerende opmærksom på, at unge i dag er vant til elektroniske støtteredskaber samt, at hvis et refleksionsredskab som KROB-modellen i årene fremover skal fortsætte med at være meningsgivende, i en travl klinisk hverdag, så synes det nødvendigt at udvikle en let tilgængelig og anvendelig elektronisk introduktion, som nemt kan gentages efter behov. På den baggrund er en introduktionsfilm til KROB-modellen aktuelt under udvikling. Intentionen er således også at gøre selve modellen elektronisk i et tæt samarbejde med studerende og vejledere.

Konklusion

Gennem et 2-årigt aktionsforskningsprojekt har det været muligt at udvikle en struktureret refleksionsmodel, som understøtter evidensbaseret klinisk beslutningstagen. Modellen inddrager flere videnskilder samt betydningsfulde organisatoriske og lovmæssige forudsætninger. Endvidere giver modellen mulighed for at anvende klinisk relevante støttespørgsmål som hjælp til refleksion omkring klinisk beslutningstagen. Evalueringer peger på, at modellen er anvendelig både i klinisk praksis og i undervisningssammenhænge. Støttespørgsmålene fremhæves som et element, der gør modellen overskuelig i en klinisk praksis. Samtidig er det blevet tydeligt, at modellen fordrer en god introduktion og med fordel kan videreudvikles, så den bliver tilgængelig gennem en app.

Perspektivering

KROB-modellen vil i 2019 blive implementeret både på Sjællands Universitetshospital og på sygeplejerskeuddannelsen på Professionshøjskolen Absalon, Campus Slagelse. Der er nedsat en arbejdsgruppe på tværs af Sjællands Universitetshospital og Professionshøjskolen Absalon, som vil fortsætte afprøvning og evaluering af modellen bl.a. med henblik på at styrke implementeringsprocessen. Endvidere er intentionen at videreudvikle modellen postgraduat, så den i højere grad end nu henvender sig til udviklingsorienterede sygeplejersker – og evt. andre sundhedsprofessionelle, som ønsker at afdække behov for forandring- og udviklingsprojekter, der styrker en evidensbaseret klinisk praksis.

Aktionsforskningsprocessen har vist os, hvordan et struktureret udviklingsarbejde, på tværs af funktioner og institutioner, kan bidrage med meningsfuld læring og viden. Vores håb er derfor, at den fortsatte udvikling af KROB-modellen sker i tæt samarbejde med sundhedsprofessionelle og institutioner, der ligesom os brænder for praksisudvikling.

I følgende link findes KROB-modellen i en printervenlig pjece: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Sider/KROB-model.aspx>

Referencer

- Rycroft-Malone J, Seers K, Titchen A, Harvey G, Kitson A, McCormack B. (2004) What counts as evidence in evidence-based practice? *J Adv Nurs.* juli 47(1):81–90
- Thomsen TG (2014) Evidens i klinisk praksis er multifacetteret. I: Hølge-Hazelton, B (red.) *Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis*, 1. udgave. Region Sjælland, Forskningsenheden. Tilgængelig på: <https://www.regionsjaelland.dk/sundhed/geo/suh/Om/Forskning/Forskningsstoetteenheden/Sider/Publikationer.aspx>
- Eriksson BG, Hummelvoll JK (2012) Relevans og evidens. *Praksisnær og brugerrettet kunnskabsdannelse innen psykisk helsearbeid.* Tidsskrift for Psykisk Helsearbeid, 9(1):33-43.
- Implement Consulting Group, *Kompleks fremtid og reflekseive sundhedsprofessionelle. Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne.* Hellerup: Implement Consulting Group. Hentet 8. maj 2019. Tilgængelig på: http://www.sundhedskartellet.dk/dsr/upload/7/46/917/Afrapportering_Sundhedskartellet_uddannelsesprojekt_endelig.pdf
- Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. *Retsinformation.dk* [Internet]. Hentet 20. oktober 2017. Tilgængelig på: <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=181963>
- Nielsen B, Barbesgaard H (2019) *Klinisk beslutningstagen*. 1. udgave. FADL
- Pedersen PU, Larsen P, Håkonsen SJ, Bjerrum MB (2017) *Klinisk beslutningstagen. I: Fra forskning til praksis.* København: Munksgaard
- Mezirow J (1990) *Fostering Critical Reflection in Adulthood*, San Francisco, Jossey-Bass
- Voldbjerg SL, Grønkaer M, Sørensen EE, Hall EOC (2016) Newly graduated nurses' use of knowledge sources: a meta-ethnography. *J Adv Nurs.* 72(8):1751–65
- Voldbjerg SL, Grønkaer M, Wiechula R, Sørensen EE (2017). Newly graduated nurses' use of knowledge sources in clinical decision-making: an ethnographic study. *J Clin Nurs.* 26(9–10):1313–27.
- Gillespi M, Peterson BL (2009) Helping novice nurses make effective clinical decisions: the situated clinical decision-making framework. *Nurs Educ Perspect Natl Leag Nurs.* 30(3):164–70
- Færch J, Bernild C (2015) *Klinisk beslutningstagen – en metode til gavn for patienten.* *Sygeplejersken* (7):78-83.
- Haase K, Barbesgaard H, Hjortsø M, Andersen JF, Kappel N (2016) Nye begreber i sygeplejerskeuddannelsen: klinisk beslutningstagen og klinisk lederskab. *Uddannelsesnyt*, nr. 27
- Tanner CA (2006) Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *J Nurs Educ.* 45(6):204–11.
- Aglen B (2016) Pedagogical strategies to teach bachelor students evidence-based practice: A systematic review. *Nurse Educ Today* 36:255–63
- Schuelke S, Barnason S (2017) Interventions Used by Nurse Preceptors to Develop Critical Thinking of New Graduate Nurses: A Systematic Review. *J Nurses Prof Dev.* 31(1):E1–7.
- Edwards SL (2007) Critical thinking: a two-phase framework. *Nurse Educ Pract.* 7(5):303–14
- Duus G, Husted M, Kildedal K, Laursen E, Tofteng D (2012). *Aktionsforskning- en grundbog*. 1 udgave. Samfundslitteratur
- Hummelvoll JK (2006) *Handlingsorienteret forskningssamarbeid – teoretisk begründelse og praktiske implikasjoner.* *Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning*, 8: 17-30.
- McNiff J (2013) *Action Research – Principles and Practice*, 3th Ed. London: Routledge
- Kvale S, Brinkmann S (2014) *Interview: Det kvalitative forskningsinterview som håndværk*. 3. udgave. København: Hans Reitzel