

SIDE 5

Faglig artikel

Sygepleje til patienter
med nyt knæ

SIDE 8

Faglig artikel

Seksualitet og seksuelle
problemstillinger
- hvordan hjælpe?

SIDE 12

Faglig information

Sygeplejersker som fyrtårne

02

2017

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen

"If you don't have a
seat at the table,
bring your own chair."



Fagligt selskab for
SYGEPLEJERSKER
der arbejder med
UDVIKLING OG FORSKNING



Fagbladet Forstyrrelsen

Redaktionsgruppen

Indholdsfortegnelse

Leder.....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Faglig artikel: Sygepleje til patienter med nyt knæ.....	s. 5
Konferencer.....	s. 9
Faglig artikel: Seksualitet og seksuelle.....	s. 10
Tilbageblik på landskonferencen 2017.....	s. 12
Faglig information: Sygeplejersker som fyrtårne.....	s. 14
Faglig artikel: "Min patient".....	s. 16
Bog anmeldelser.....	s. 18
Faglig artikel: En sengedames bekendelser.....	s. 20
Klommen.....	s. 23



Britt Borregaard, RN, MPQM,
Udviklingssygeplejerske, Ph.d. studerende
Hjerte-, Lunge og Karkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital
Britt.borregaard@rsyd.dk



Anni Sørensen, RN, Cand. Cur
Udviklingssygeplejerske
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
Anni.Noerregaard@rsyd.dk



Laila Twistmann Bay, RN, Cand. Scient. San
Udviklingsygeplejerske.
Gynækologisk obstetrisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk



Birgitte Lerbæk, RN, Cand. Scient. San
Ph.d. studerende
Center for Psykoforskning,
Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital
birgitte.lerbæk@rn.dk



Lotte Evron, RN, Ph.d.
Adjunkt
Institut for Sygepleje, Det Sundhedsfaglige
og Teknologiske Fakultet
Professionshøjskolen Metropol
Loev@phmetropol.dk

Af Lotte Evron

LEDER

Hvis du ikke har plads ved bordet – så tag en stol med dig

"If you don't have a seat at the table, bring your own chair."



Sådan lød opfordringen fra sygeplejersker i høje politiske positioner på ministerie- og NGO-niveau til deltagerne på ICN 2017 kongressen i Barcelona. Hovedbudskabet var, at vi som sygeplejersker skal bruge vores faglighed, viden og magt til at skabe mere sundhed for alle verdens borgere. Sygeplejersker har både viden og faglighed til at skabe forandring og flytte sundhed på det lokale og globale plan. Desværre tager al for få sygeplejersker magten og skaber sig en plads ved det bord, hvor de store sundhedspolitiske beslutninger tages.

Det tragiske er, at alt for mange beslutninger bliver taget på et forkert grundlag, fordi vigtige erfaringer og viden fra sygeplejefaget ikke er med til at løfte dagsordenen og synliggøre effekten af det arbejde, sygeplejersker udfører hver dag. Usynligheden af sygeplejen og de positive effekter den har for samfundet og individer, har reelle konsekvenser for den globale sundhed. Vi skal ind og sidde på stole, hvor de sundhedsøkonomiske beslutninger tages, og medvirke til at pengene gives der, hvor der er mest brug for dem – og der hvor der flyttes mest sundhed. Det ved sygeplejersker, der arbejder med forskning og udvikling rigtig meget om.

At sundhed og sundhedsfremme rækker langt ud over fravær af sygdom ved vi alle, men på konferencen blev det igen og igen tydeliggjort gennem FNs 17 mål for bæredygtig udvikling – på engelsk kaldet 'sustainable development goals' (SDG). Prøv at søge på #SDG, og se hvordan højt positionerede personer med sygeplejefaglig baggrund (de såkaldte fyrtårne) fra hele verden blander sig i sundhedsdebatten og påvirker beslutningstagerne, hvad enten det drejer sig om forebyggelse af fattigdom, sult, sundhedsfremme og well-being eller klimaforandringer.



Gennem de sidste år er sygeplejersker i vigtige sundhedspolitiske organisationer blevet stærkt reduceret i forbindelse med massive og kontinuerlige besparelser på sundhedsområdet. Det står fx sløjt til med tilstedeværelse af sygeplejersker i Sundhedsstyrelsen. De tomme pladser ved beslutningsbordene, der blev ved sidste fyrringsrunde, er nu besat af djøffer og flere læger. Gennem de faglige selskaber inviteres vi kort ind til fx udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer eller andre tidsafgrænsede arbejdsgrupper. Det er et skridt på vejen, men målet er faste pladser i vigtige sundhedspolitiske organer som Sundhedsstyrelsen.

Netop fordi vi sygeplejersker kender sundhedsproblemerne og forstår sundhedsvæsenet indefra, er det nødvendigt, at vi sidder med til alle steder, hvor der tages beslutninger om sundhed og sundhedsfremme. Blev vi ikke inviteret, må vi invitere os selv!

forstyrrelsen - SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

Fagbladet Forstyrrelsen udgives af overstående redaktørgruppe på vegne af Fagligt Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning. Bladet udkommer 4 gange årligt – Marts, juni, oktober og december. Frist for indsendelse er 1. marts 1. juni, 1. oktober, 1. september

Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: www.dsr.dk/fs32

Redaktionsgruppen forholder sig ret til at afvise artikler eller bede om revision.

Artikler skal rettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

Bladet finansieres gennem annoncerer, hvorfor der kontinuerligt er behov for medlemmer byder ind med forslag til annoncører.

Grafisk produktion: Kosmos Grafisk ApS · Oplag: 300 stk.

Nyt fra bestyrelsen

Det er så livs ... øh, fag-bekræftende

Jeg har lige været på ICN kongressen. Ja der var sygeplejersker over alt. Utroligt at opleve den betydning vores faggruppe, har for sundheden i verden. Det bliver man høj af. Samtidig bliver man bevidst om, at det ikke bare kommer af sig selv. Man er nødt til at være ambitiøs. Nødt til at vove noget nyt og samtidig holde fast i, at målet er udvikling af og forskning i sygepleje for patienternes bedste.

Deling af viden, skabelse af og vedligeholdelse af netværk er i min optik målet med at deltage på en konference. I "Netværk" af Jens Mogens Olesen i Tænkepauser-serien skriver han, at "sociale netværk er landkort, der viser vejene for spredning af "information". Konferencerne er blot et af vores netværk og et knudepunkt. Med vores eget blad "Forstyrrelsen" er vi i gang med at udvikle et nyt knudepunkt. Ligesom andre tidsskrifter, hvor sygeplejersker publicerer, skaber det respekt for faget. Det kræver jeres deltagelse, så del jeres viden med os og hinanden. Ikke bare ved at skrive artikel, men ved at dele viden om fx kommende konferencer, om ph.d. forsvar, om publicering af bøger eller lancering af ny redskaber, som E-læringsportalen 'Livet med og efter kræft' (www.livogkraeft.rm.dk).

I bestyrelse vil vi gerne gøre det faglige selskab til det man i forretningsverden kalder en "Connector". Et bindemiddel ikke bare mellem mange mennesker. Det vigtigste er, at det er vidt forskellige mennesker. Vores selskab er netop kendetegnet ved, at det favner sygeplejersker fra mange forskellige specialer, ansættelsessteder og stillingskategorier. Det vil sige vidt forskellige sygeplejersker, som kan dele og sprede deres viden.

Ved sidste generalforsamling blev vi i bestyrelsen beriget med to nye LINK (eller bestyrelses medlemmer). Jeanette som er ansat i Gentofte kommune og Birgitte, som læser ph.d. inden for psykiatrien på Aalborg Universitet. Nye link, som kan bringe nye muligheder og kontakter til andre miljøer. Det skaber nye muligheder, som i de sociale medier kunne kaldes nytte link. Vi håber, det smitter af på vores medlemmerne, og at der kan krydses grænser til andre netværk.



**Britta Hørdam, Seniorforsker (ph.d.),
Anne-Katrine Mathiassen,
Klinisk Sygeplejespecialist (cand.cur.),
Hannah Lee Thorsen, Projektsygeplejerske,
Trine Herskind Hasløv, Projektsygeplejerske.
Ortopædkirurgisk afdeling,
Herlev/Gentofte Universitetshospital**



FAGLIG ARTIKEL

Sygepleje til patienter med nyt knæ - Et eksempel på forskning og innovation i klinisk praksis.

Introduktion

På ortopædkirurgisk afdeling Herlev/Gentofte Hospital fik 1016 mænd og kvinder i 2015 på Gentofte-matriklen indsat et nyt knæ (total knæ-alloplastik (TKA)) eller gennemgået en revision efter TKA (www.dkr.dk/2015). En pilotundersøgelse gennemført af to sygeplejersker viser, at der over en tre måneders periode var 362 opkald fra patienter, der aktivt bedte om yderligere sygeplejefaglig vejledning og praktiske informationer efter udskrivning (1). Flere videnskabelige studier og supplerende pilotundersøgelser (1-2, 4-9) indikerer, at patienter har brug for sygeplejefaglig vejledning efter tidlig udskrivning, Data fra LUP 2015 (Patientoplevelser.dk) viser, at patienter har behov for sygeplejefaglig vejledning i forbindelse med postoperative symptomer efter tidlig udskrivning i fast track-forløb. Vi ved fra danske undersøgelser, at patienter med ny hofte (total hofte alloplastik (THR)) opnår et passende egenomsorgsniveau postoperativt efter syv uger, når "coaching to self-care" programmet anvendes som systematisk opfølgning og individuel støtte en, tre, og syv uger postoperativt (4-9).

Hypotese

Patienter med nyt knæ vil opnå et passende egenomsorgsniveau med systematisk, individuel opfølgning og involvering i egen rehabilitering efter tidlig udskrivning.

Formål

Individuel sygeplejefaglig vejledning til forbedring af patienternes selvvalgte helbreds- og rehabiliteringsstatus (egenomsorgsniveau) postoperativt.

Metode

Der anvendes spørgeskema/interviewguide en, tre, og syv uger postoperativt til 100 patienter, som er visiteret til operation (TKA) over en periode på 3 måneder. Spørgsmål og interviewguide er videreudviklet og valideret på baggrund af tidligere danske studier (4-10).

I regi af og i samarbejde med Center for Offentlig Innova-

tion (coi.dk) anvender vi deres videns- spredningsguide som model for innovationen. Principperne her er, at allerede dokumenteret og forskningsbaseret viden genbruges, videreudvikles, evalueres og implementeres primært ved hjælp af spredningsguiden. Derfor indledes innovationen med en tjekfase, der kan vise, om det giver mening at "genbruge" resultaterne fra tidligere forskning mhp at videreudvikle, implementere og validere sygeplejeaktiviteterne i "coaching to self-care" yderligere".

Spredningsguiden (www.coi.dk)

Fase 1: Tjek

Her undersøges, om det giver mening at sprede innovationen fra Næstved til Gentofte.

Fase 2: Test

Her prøves innovationen af i den nye kontekst.

Fase 3: Tilpas

Her bliver innovationen tilpasset den nye kontekst.

Fase 4: Fjern

Her fjernes forhindringer og gamle vaner, som står i vejen for innovationen.

Fase 5: Brug

Her tages innovationen i brug det nye sted.

Fase 6: Høst

Når alle faser er gennemført, er der status over og evaluering af, hvilken innovation spredningsguiden har kunnet inspirere sygeplejerskerne til at generere.

Projekterne deltager kontinuerligt i informations-, viden-sprednings- og innovationsmøder med Center for Offentlig Innovation, hvor der er fokus på både vidensdeling og supervision af både proces og brug af deres guides til fortsat innovation og evaluering (www.coi.dk).

Intern organisering på Gentofte Sygehus Ortopædkirurgisk Afdeling

Projekterne er en styregruppe med deltagelse af afdelingsledelsen: ledende overlæge, ledende oversygeplejerske, to afdelingssygeplejersker samt en klinisk specialsygeplejerske og en seniorforsker i ortopædkirurgisk afdeling. Styregruppen beslutter, hvordan den interne organisering, økonomi og ressourcer anvendes til at gennemføre den aktuelle innovation.

Den kliniske sygeplejespecialist og seniorforskeren udgør sammen med to sygeplejersker en projektgruppe. De to sygeplejersker har en omfattende klinisk erfaring og erfaring i kommunikation og formidling til patienter, der får indsat nyt knæ (TKA). Sygeplejerskernes erfaring omfatter også vejledning og information både præoperativt, i indlæggelsesforløbet og ved udskrivning. De superviseres i projektførelsen af den kliniske sygeplejespecialist og seniorforskeren.

Styregruppen godkender projektplan for innovationen, der gennemføres i en periode på tre måneder, hvor det er muligt at inkludere ca. 100 patienter, der efterfølgende følger programmet "Coaching to Self-care" (boks 1). Seniorforsker og klinisk sygeplejespecialist forbereder de to sygeplejersker til at bruge den planlagte interview- og

vejledningsguide en, tre og syv uger postoperativt, der har afsæt i POMI-modellen (boks 2) (3). Der oprettes en database, hvor sygeplejerskerne indtaster patienternes rapporterede data, supplerende spørgsmål og kommentarer, mens interviewet gennemføres.

Der gennemføres først en test med få patienter, inden selve projektet går i gang. Efter evaluering af denne test og endnu en gennemgang af interviewguide til de tre systematiske interviews postoperativt er projektet i gang (10). Der aftales og gennemføres kontinuerlig supervision med de to sygeplejersker, hvor der drøftes erfaringer med den systematiske opfølgning, kommunikation, patienternes reaktion, tidsforbrug og fremadrettede forbedringer.

Seniorforsker og klinisk sygeplejespecialist udarbejder en statusrapport over aktiviteter i projekter. Der gennemføres et informationsmøde med læger, afdelingssygeplejersker, afdelingsledelse, projektgruppe og styregruppe midtvejs i forløbet.

Efter de tre måneder samles data og behandles statistisk, og mens dette arbejde med statistik og bearbejdning gennemføres, har afdelingsledelsen besluttet, at projektet fortsætter, indtil det er muligt at forholde sig til projektgruppens anbefalinger for fremadrettet innovativ "Coaching to Self-care" programmet.

Præsentation af "coaching to self-care"

POMI-modellen (boks 2) (3) og forskningsprogrammet "coaching to self-care" (boks 1) er udviklet af sygeplejersker med feedback og inspiration fra sygeplejersker og læger i de ortopædkirurgiske afdelinger i Århus, Slagelse, Næstved, Gentofte/Herlev og Holbæk.

Udviklingen af programmet har været udfordret af, at indlæggelsestiden er reduceret løbende fra ca. 12 dage til nu en-to dage, hvor 'fast-track' er indført (7-9). Udfordringen har så bestået i at undersøge, om de tidsintervaller, der er planlagt til sygeplejefaglig vejledning og opfølgning på individuelle behov hos patienterne har været passende i forhold til tidligere og tidligere udskrivning.

"Coaching to self-care" interviewguiden er bygget op i flere faser (Boks 1) (10). Fase 1: Den præoperative indsats, dvs. forundersøgelse og deltagelse i præoperativt seminar. Fase 2: Indlæggelse til operation samt informationer og forberedelse til udskrivning med nyt knæ efter en-to døgn. Fase 3: Systematisk opfølgning og interviews telefonisk en, tre og syv uger postoperativt. Fase 4: Dataopgørelse og bearbejdning mhp en kontinuerlig udvikling og forbedring af patientprogrammet "coaching to self-care" samt en sygeplejefaglig drøftelse til at understøtte kompetenceudvikling blandt sygeplejerskerne.

Patientinvolvering

Patienterne har taget godt imod den systematiske telefoniske opfølgning postoperativt, hvilket kan aflæses i deltagertal samt det høje antal af patienter, der gennemførte alle tre interviews.

Da dataindsamlingen netop er afsluttet, vælger vi her at vise denne deltagelse. Senere artikler vil præsentere alle statistiske resultater.

Interviewguiden rummer både kvantitative og kvalitative spørgsmål, hvorfor besvarelsene også kræver både en kvantitativ og en kvalitativ analyse og bearbejdning efterfølgende (10). Den har fokus på følgende områder: velbefindende, forventninger til operationen, forventninger afstemt til faktiske forhold, symptomer som: smerter, hævede ben, svimmelhed, søvnbesvær, kvalme, appetitproblemer samt træningsaktiviteter og hjælp i nærheden. Desuden registreres sygeplejerskens vejledning og anbefalinger i forhold til patienternes egne rapporterede symptomer (4-6).

Tabel 3: Patienternes vurdering af egen helbredsstatus syv uger postoperativt.

Hvordan har du det nu, sammenlignet med inden operationen?	Respondenter	Procent
Meget bedre end inden operationen	36	42 %
Noget bedre end inden operationen	35	41 %
Noget dårligere end inden operationen	5	6 %
Meget dårligere end inden operationen	1	1 %
Hverken værre eller bedre	9	10 %
I alt	86	100 %

Boks 1. Coaching to self-care

Coaching to self-care

Faserne i "Coaching to self-care" er som følger:

Fase 1:

- Patienterne får udleveret skriftligt informationsmateriale om operation, rehabiliteringsforløb og hjælpemidler.
- Patienterne og pårørende tilbydes at deltage i et seminar, hvor læger både kirurg og anæstesiolog, sygeplejerske og fysioterapeut holder oplæg. Patienter og deres pårørende sidder i grupper og har mulighed for debat og erfaringsudveksling.

Fase 2:

- Patienterne indlægges til operation.
- Patienterne udskrives en-to dage efter operation.
- Individuel udskrivningssamtale.

Fase 3:

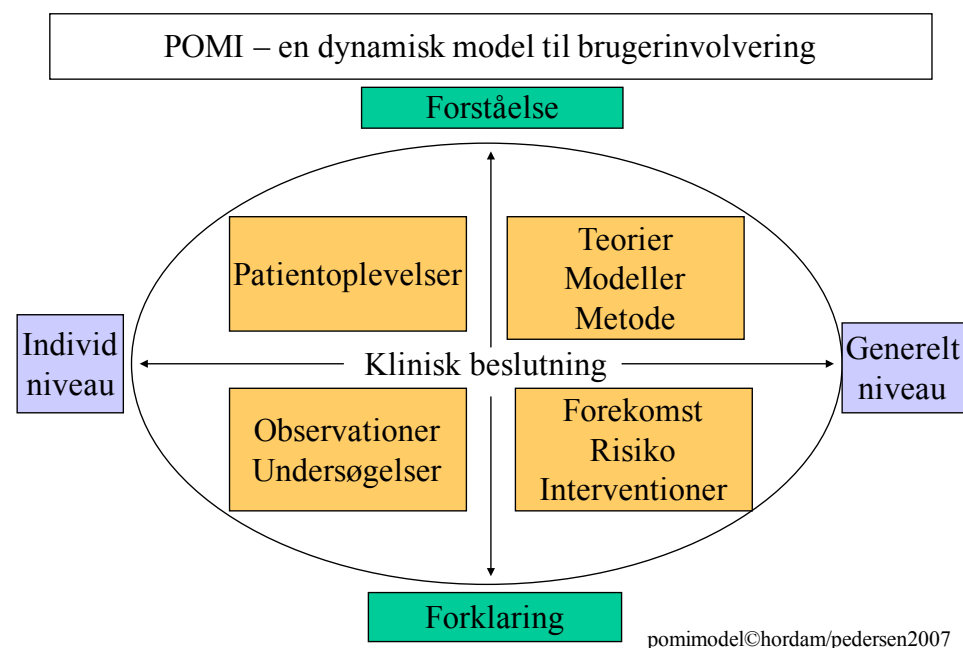
- Patienterne kontaktes telefonisk to-tre dage efter operation, hvor sygeplejersken systematisk interviewer og vejleder patienterne både specifikt i forhold til operationen og individuelt i forhold til patienternes selvvalgte egenomsorgsniveau.
- Patienterne kontaktes igen telefonisk 15-17 dage efter operation, hvor der igen interviewes og vejledes specifikt og individuelt.
- Patienterne kontaktes igen ca. syv uger efter operation, hvorefter data bearbejdes, analyseres og drøftes i afd.

Fase 4:

- Lægetjek 12 uger postoperativt.
- Foreløbige erfaringer og statistiske resultater viser, at "Coaching to self-care"-modellen har signifikant effekt.
- Evaluering af innovationen.
- Validering af interviewguide.

coachingtoselfcare@brittahordam2008

Boks 2. POMI-model



Tabel 1: Deltagere i "coaching to self-care" innovationen i Gentofte er (2017).

Patienter inkluderet		
Køn	Respondenter	Procent
Kvinder	60	(61%)
Mænd	38	(38%)
I alt	98	
Gennemsnitsalder	70,2 år	

Tabel 2. Antal patienter, der gennemførte alle tre interviews efter TKA.

Patient interviews efter knæoperation		
Interview	Antal respondenter	Procent
Interview 1 - 1 uge	94	(95%)
Interview 2 - 3 uger	95	(96%)
Interview 3 - 7 uger	88	(89%)

Resultater

Med afsæt i interviewguidens fokus på, at det er patientrapporterede data, afsluttes interviewguiden med spørgsmålet: "Hvordan har du det nu - sammenlignet med inden operationen?"

Det viser sig, at ved det tredje interview som er syv uger postoperativt, vurderer i alt 83% af patienterne, at de har det meget bedre/noget bedre end inden knæoperationen. 6% vurderer, at de har det noget dårligere end inden operationen, mens 1% har det meget dårligere på dette tidspunkt. 10% svarer, at de har det hverken værre eller bedre. Der er naturligvis plads til forbedringer af "Coaching to self-care", for en del patienter fremadrettet. Især kræver det en yderligere statistisk analyse og bearbejdning af gruppen af patienter, der rapporterer, at de har det noget dårligere eller meget dårligere, det er i alt 7% (6% og 1%).

Perspektiver

Med afsæt i POMI-modellen og "coaching to self-care" programmet som reference suppleret med spredningsguiden som innovationsredskab forbedres både patienternes selv-vurderede helbreds- og rehabiliteringsstatus signifikant syv uger postoperativt. Patientsikkerheden sikres gennem den tætte kontakt med patienterne i alle fire faser af projektet. Næste fase i projektet er analyse og bearbejdning af både de kvantitative og kvalitative besvarelser og resultater, som så kan publiceres og bruges som inspiration til udvikling af "coaching to self-care" (coachingtoselfcare@britta-hordam2008).

Referencer

1. Thomsen HL, Madsen M (2015): Hvilke problematikker oplever alloplastikpatienten efter udskrivelse, og hvordan kan dette inddrages i informationen under indlæggelse?, UCC 2015.
2. Barksdale P, Backer J (2005). Health- related stressors experienced by patient who underwent total knee replacement seven days after being discharged home. *Orthopedic Nursing* 24(5): 336-342.
3. Hørdam B, Overgaard D, Pedersen PU (2008). *Klinisk Sygeplejeforskning*. Gads Forlag
4. Hørdam B, Watt-Boolsen M (2016). Patient involvement in own rehabilitation. *Scand J Caring Sci*. DOI: 10.1111/scs.12407.
5. Hørdam B, Pedersen N, Nielsen L, Dhmitri E, Hemmingsen L (2014). Hyppig og tæt kontakt til hoftepatienter sikrer hurtigere og bedre rehabilitering. www.dssnet.dk (s. 17-28).
6. Hørdam B, Pedersen PU, Sabroe S, Søballe K (2010). Nursing intervention by telephone interviews of patients aged over 65 years after total hip replacement improves health status: a randomised clinical trial. *Scand J Caring Sci*. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00691.x.
7. Szöts K et al. (2015). Physical health problems experienced in the early postoperative recovery period following total knee replacement. *International Journal of Orthopedic and Trauma Nursing* 19(36-44).
8. Rehder B (2014). Evidensbaseret sygepleje til patienter i accelererede forløb efter knæalloplastik. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Master i Klinisk Sygepleje.
9. Husted H (2012). Fast-track hip and knee arthroplasty clinical and organizational aspects. *Acta Orthop Suppl*. doi: 10.3109/17453674.2012.700593.
10. Kvale S, Brinkmann S (2015). *Interview*. Hans Reitzels Forlag. 3. Udg.

konferencer

kommende konferencer på nationalt og internationalt plan

Vil du reklamere for en konference i fremtiden? Skriv til redaktørerne.

KONFERANSE OM BRUKARMEDVERKNAD I FORSKNING
19.-21. sept. 2017
Loen, Norge

Nordic Conference in Family Nursing
Open for abstracts:
15. aug.-30. nov. 2017

Dokumentation
Indblik og overblik
- mening og sammenhæng
12.-13. sept. 2017
Comwell Aarhus

Spiritual Care
- a resource in Nursing
21.-22. sept. 2017
UC Diakonissestiftelsen
København

EVIDENS OG KLINISK LEDERSKAB I ET MODERNE SUNDHEDSVÆSEN
8. nov. 2017
Rigshospitalet, København

Rehabiliteringsforskning i Dk 2017
23. nov. 2017
Hotel Nyborg Strande

Nordic Conference in Nursing Research
13.-15. Juni 2018
Oslo Norway

23rd Annual Qualitative Health Research Conference
17.-19. okt. 2017
Quebec City Canada

Int. Conference Family Health over Lifespan
8.-9. feb. 2018
Groningen Holland

**Anette Højer Mikkelsen, klinisk sexolog,
klinisk sygeplejespecialist, cand.cur.**

**Sexologisk Center, Klinik Kvinde- Barn
& Urinvejskirurgi,
Aalborg Universitetshospital.
anette.hoejer.mikkelsen@rn.dk
tlf. 23666281**



FAGLIG ARTIKEL

Seksualitet og seksuelle problemstillinger – hvordan hjælpe?

Seksualitet og sexliv er en vigtig del af menneskers livskvalitet, som ofte påvirkes ved sygdom, bivirkninger af behandling og andre livsbelastninger. Sundhedsprofessionelle er forpligtet til at tale om seksualitet. Sexologisk Center, Aalborg Universitetshospital tilbyder behandling og samtaler ved seksuelle problemstillinger.

Hvad er seksualitet?

Seksualitet og et velfungerende sexliv har stor betydning for de fleste menneskers livskvalitet. En undersøgelse viser, at ni ud af ti danskere mellem 16 og 95 år finder det vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (1). Seksualitet og den seksuelle udfoldelse kan påvirkes af mange forskellige faktorer livet igennem, som indvirker på den enkeltes fysiske formåen, identitet og parforhold. Seksualitet involverer både biologiske, psykologiske og relationelle aspekter, og et menneskes sexliv er andet og mere end blot seksualfysiologiske processer. Seksualitet og identitet er tæt sammenflettet og ligeledes knyttet sammen med den enkeltes kropsopfattelse. Seksualitet tager forandring gennem livet og kan udledes på mange måder i et samspil mellem krop, følelser, oplevelser og seksuelle tanker. Seksualitet og sex opfattes i vores kultur ofte som en selvstændig kilde til fornøjelse, velvære, bekræftelse og nærhed i modsætning til tidligere, hvor opfattelsen i højere grad var knyttet til forplantning. I dag er det således mulighed at få børn uden sex og at dyrke sex uden at få børn (2).

Hvad kan påvirke seksualiteten?

Det er velkendt, at sygdom og behandling ofte påvirker menneskers kropsopfattelse, parforhold og seksualitet, som kan medføre problemstillinger i samlivet. Alle kroniske sygdomme og alvorlige sygdomme som eksempelvis

kræft, diabetes, neurologiske sygdomme, gigt, hjerte-kar-sygdomme og flere kunne nævnes, medfører ofte seksuelle besværligheder. Behandlinger med stråler, operationer og medicin har ofte bivirkninger, som påvirker seksualitet og parforhold.

Der kan også være andre seksuelle problemstillinger, som ikke skyldes sygdom eller bivirkninger af behandlinger, men som måske har været til stede fra den seksuelle debut. Årsager kan også være fysiske og/eller psykiske traumer eller andre belastninger i livet som også involverer seksualitet, og livsstilfaktorer kan også påvirke.

Det er vigtigt at tale med patienter om seksualitet og seksuelle problemstillinger, og faktisk er sundhedsprofessionelle forpligtet til at tage dette emne op. Blufærdighed fra begge parter kan være blokerende for samtalen, og det kan ikke forventes, at patienten er initiativtager til samtalen. Det må forventes, at den sundhedsprofessionelle indleder samtalen med respekt for patientens og egne grænser, og eventuelt henviser patienten videre, hvis der er behov for det.

Sexologisk Center

I 2012 blev Sexologisk Center ved Aalborg Universitetshospital indviet, og siden er personalestaben vokset i takt med øget henvisninger af patienter/par.

Vi modtager henviste patienter/par med mange forskellige seksuelle problemstillinger. Der er mænd, der henvises på grund af erektil dysfunktion, præmatur ejaculation, sen/manglende udløsning og orgasme eller manglende lyst. Kvinder kan henvises på grund af manglende lyst, manglende orgasme, smerter ved samleje eller vaginisme. Andre henvises på grund af sexafhængighed, parforholdsproblemer, transkønnethed eller har været udsat for voldtægt.

Selv om den ene af parterne har et seksuelt problem, har langt de fleste deres partner med, hvilket ofte er en fordel, da parret i fællesskab må løse problemet.

Vi er tolv ansatte i Sexologisk Center, inklusiv to sekretærer. Behandlerne har forskellige sundhedsfaglige grunduddannelser som læge, sygeplejerske, psykolog og de fleste har videreuddannelse i sexologi. Det er ikke alle, der er fuldtidsansat i Sexologisk Center, eksempelvis arbejder jeg 2 dage om ugen som klinisk sexolog og de andre dage som klinisk sygeplejespecialist tilknyttet 5 specialer i Klinik Kvinde- Barn & Urinvejskirurgi.

Behandling- og samtaleforløb

Patienten/parret indkaldes til første samtale, der blandt andet omhandler samtale om det seksuelle problem, parforholdets kvalitet, evt. sygdomsforløb og behandling og forventninger til behandling og samtale i Sexologisk Center. Der lægges en plan ved første samtale og efterfølgende kan forløbet omhandle yderligere udredning, samtaler, hjemmeøvelser og medicinsk behandling. Det kan være meget forskelligt hvor mange gange patienten/parret kommer i Sexologisk Center og nogle gange kan der også være tale om telefonkonsultationer, hvis det for eksempel drejer sig om medicinændringer eller blodprøvesvar.

Andre aktiviteter i Sexologisk Center

Ud over personalemøder har vi supervision ca. en gang om måneden med en udefrakommende psykolog, hvor flere cases drøftes. Her er det fordelagtigt, at vi er en gruppe med flere forskellige grunduddannelser, da de forskellige komplekse cases kan drøftes ud fra flere vinkler.

Vi har ofte psykologistuderende i praktikforløb, og andre faggrupper som kommer på studiebesøg. Derudover varetager vi også undervisningsopgaver eksempelvis på uddannelsesinstitutioner, i forskellig afsnit på hospitalet og som oplysning til borgere generelt.

Referencer

1. Graugaard, Christian, Pedersen Bente Klarlund, Frisch, Morten. Seksualitet og sundhed. Vidensråd for forebyggelse. 2012.
2. Graugaard, Christian, Bo Møhl & Preben Hertoft. Krop, sygdom og seksualitet. I: Krop, sygdom og seksualitet, Graugaard, Christian, Bo Møhl & Preben Hertoft (red), 2006, forfatterne og Hans Reitzels Forlag.

Er hospitalssengen egentlig ikke den allervigtigste ting, på hele hospitalet? Det er her, patienterne opholder sig det meste af tiden. Det er også omkring sengen mange af sygeplejerskernes fysiske belastende arbejdsopgaver finder sted. Sengen må være en ting af væsentlig og central betydning på alle hospitaler. Eller hvad..?

Læste du

En sengedames bekendelser?

Har du en kommentar eller et synspunkt, du vil dele? Så er du meget velkommen hos os på Facebook. Vores side hedder Alcyon – innovativ hospitalsindretning.



Tilbageblik på Landskonference 2017:

Frihed til at gøre det bedre - Sammen om fælles mål, fælles sag og fælles indsats



Vi havde i marts endnu en inspirerende og udbytterig landskonference, denne gang i hovedstaden. Vi var ikke så mange deltagere i år. Dette blev af mange oplægsholdere udnyttet positivt til høj grad af deltagerinvolvering og fælles drøftelser om de vedkommende emner, der udgjorde konferencens samlede program, hvor næsten alle 8 nationale mål var indeholdt. Man skulle dog næsten tro, at patient-/ brugerinddragelse var årets tema, da dette så absolut var prioriteret højt. Egentlig tankevækkende, at ingen vælger at inddrage nogen bruger i formidlingen af emnet. Det nationale mål om hurtig udredning og behandling blev ikke berørt, selv om dette jo politisk har høj prioritet. Årets program var særdeles tværsektorielt med foredragsholdere fra sygehus, psykiatri, primærsektor og privat udbyder. Her følger en kort sammenfatning af de mundtlige oplæg:

Sine Lehn-Christiansen indledte med Tværprofessionelt samarbejde i sundhedsfaglig praksis: Vi har en ægte bestræbelse på at skabe sammenhængende forløb med patienten i centrum, samtidig med stadig højere grad af faglig specialisering, organisatorisk fragmentering, biomedicinsk dominans og økonomiske begrænsninger, så hvordan lader det sig gøre? Og skal man tale om sygeplejefaglighed eller sektorbestemt faglighed? En opfordring til, at få "øjne på stilke" og kigge kritisk på egen praksis, diskutere målet med samarbejdet, og hvilket sundhedsvæsen vi vil have nu og fremover.

Birgitte Hansson talte herefter om Brugerstøttet praksis i psykiatrien: Hvordan kan vi finde nye måder at forstå psykiatriske patienter på og få deres hverdagsliv til at fungere? Udviklet en brugerstøtte-praksis, hvor tidligere psykiatriske patienter hjælper andre ved f.eks. at følge patienterne til aftaler, aktiviteter, ud at handle, være et alternativt tilbud. Patientoplevede fordele herved er ligeværdighed, genkendelse og håb for at det kan blive bedre. Projektet slører grænserne mellem, hvem der er syg og hvem der er rask og medfører nye spørgsmål om, hvilken position brugerstøtter skal have i sundhedsvæsenet.

Brigitta R.Villumsen fortsatte med Fælles indsats for bedre sundhed hos mænd med prostatakræft: Patienter vil selv bestemme, hvor, hvornår og hvordan de vil træne og de færreste træner så meget som anbefalet. Inspireret af Nintendo-Wee, er udviklet et træningstilbud i samarbejde mellem FC-prostata (fodbold for ældre mænd med prostatakræft), Måbjerg IF og urinvejskirurgisk afdeling i Holstebro. Forhåbentlig kan projektet vise at fysisk aktivitet giver flere sunde leveår.

Britta Hørdam kaldte sit oplæg Hip today - home tomorrow og er optaget af, hvordan vi kan udvikle modeller for brugerinddragelse? Et projekt hvor hofteopererede fulgtes i 10 uger fra visitation til efter operation kunne konkludere, at patientinvolvering fremmer rehabilitering efter tidlig udskrivning. Måske så du Britta Hørdam's artikel om emnet i sidste nummer af Forstyrrelsen?

Anders Møller Jensen fortsatte med oplægget Når personer med demens indlægges med hoftebrud: Demens er en global udfordring, 5. hyppigste dødsårsag og en udfordring i sygeplejen, hvor næsten halvdelen af sygeplejersker ikke føler sig klædt godt nok på til at pleje demente. Meromkostningerne forbundet med demens er knap 32.000 kr. årligt/ person. Hvad kan vi med fordel re-tænke? Hvordan kan vi, inspireret af f.eks. England designe demensvenlige sygehuse med begrænsede stimuli og opholdssteder, hvor demente kan sidde tæt på personalet?

Lene Lauge Berrings oplæg handlede om Samarbejde med brugere i forskningsprojekter: Hun har gennem aktionsforskning i samarbejde med 12-patient-medforskere udforsket deeskalering i psykiatrien. Hvad er det for etiske spilleregler, vi har, når vi forsker med psykiatriske patienter, som kan have erfaring med lidelse, ledelse og fag? Forskeren er avanceret sekretær og skal skabe bevidsthed om det forandrende. Derfor skal hun være ude i klinikken. Aktionsforskning giver medejerskab og resonans.

Nynne Barchager fortalte med Patientinddragelse og myndiggørelse i rehabiliteringsforløb om udforskning af, hvordan patienter med iskæmisk hjertesygdom skaber mening i eget liv. Viser eksempler på, hvordan begivenheder i forbindelse med sygdom passes ind i den biografi og fortælling, der allerede er i gang, ligesom sundhedsprofessionelle og omverdenens generaliserede fortællinger også er med til at forme patientens perspektiv.

Inger Marie Siemsen talte om Patientovergange - faktorer, der påvirker sikkerheden: Overgange mellem afdelinger, sygehus og sektorer er en stor udfordring. I en undersøgelse af førstnævnte fandtes, at der er flest svigt i forhold til kommunikation, uklart ansvar og forsinket ansvar. Så for at sikre patientovergange må vi styrke: Kommunikation, ansvar, kontekst (teamets kompetencer) kultur, organisationsstruktur, infrastruktur, ligesom sundhedsprofessionelles evner til det relationelle må styrkes.

Dorte Boe Danbjørg fortalte om Brugerdriven innovation som ramme for fællesskab og partnerskab: Gennem Participatory design skabes, testes og videreudvikles Telling (brugerens perspektiv) - making (aktivt medskabende) - enacting (tilgængelig viden på området, brugeraktivite-

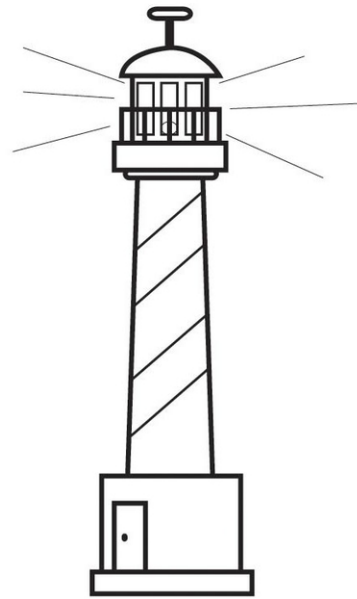
ter, pilot test, eksperimenter) ved kreative workshops. Take home message: Brugerdriven innovation skaber ikke nødvendigvis fællesskab og partnerskab. Dette afhænger af de anvendte metoder.

Sara Fokdal Lehns oplæg hed Samarbejde på tværs og implementering af ny klinisk praksis: Det er tvivlsomt, om opfølgende hjemmebesøg forebygger genindlæggelser, hvorfor fænomenet nu er udforsket med spørgsmålet: Hvordan interagerer den institutionelle kontekst med implementering - fra de sundhedsprofessionelles perspektiv? Projektet finder at kampen for at nå al ting, kravet om produktivitet, monoproduktion, arbejdsstrukturer, manglende fællestid, professionel autonomi og standardiseret screening over-rouler vores kliniske vurdering og elektroniske kommunikation.

Dorthe Olsen fortsatte med Sådan forvandler du UTH til konkrete forbedringer: Vi skal skabe bedre i morgen og det kan vi kun gøre sammen. Men rigtig mange forbedringstiltag opleves ikke at give mening for klinikere ude i praksis. DO præsenterer tidslinje-case om garvet hjemmesygeplejerske, der lægger blærekateter på cancerpatient, og efterfølgende krymper grundet omgivelsernes reaktioner. Casen giver grund til overvejelser i forhold til julebemanding, adgang til journaloplysninger og kommunikationsveje. Der skal flere sikkerhedslinier til, før vi kan arbejde sikkert.

Lotte Evron afsluttede rækken af mundtlige oplæg med Tværfagligt samarbejde med faldforebyggelse som eksempel: Der er grund til at se mere bredt på fald end den biomedicinske definition. Fra et humanistisk perspektiv symboliserer fald overgangen til alderdommen, tab af funktionsevne og kontrol. Dominerende fald-forståelser: En naturlig del af aldringsprocessen, et forebyggeligt uheld, symptom på sygdom, livsstilssygdom/-problem. Illustreret gennem rollespillet "Ellys fald", hvordan skyld og skam fylder for den ældre borger og hvor grænseoverskridende det kan være, f.eks. at skulle overtales til at bruge ble for at blive selvhjulpne.





Faglig information

Sygeplejersker som fyrtårne

I maj deltog vi på ICN konference i Barcelona, hvor sygeplejersker fra hele verden mødtes og udvekslede viden og ideer, og tog klare politiske budskaber med hjem. Her var hovedbudskabet, at det er fyrtårnene med den solide viden om sygeplejefaget, der skaber sundhed og forandrer vilkårene i sundhedsvæsenet.

ses i lyset af, at ICN modtog mere end 4500 indsendte bidrag, hvilket ikke er sket før. Derfor fyldte forskning rigtigt meget. På selve konferencen var der rig mulighed for at netværke og vi delte både erfaringer – og havde sjov med sygeplejersker fra Mexico, Barbados, USA og Europa.



Verdens største sygeplejerske konference ICN 2017 er lige afsluttet – og vi er stadig høje efter at deltaget for første gang. I år var mere end 8000 sygeplejersker fra hele verden samlet i Barcelona, og der deltog ca. 300 danske sygeplejersker.

Temaet for konferencen var: "sygeplejersker i spidsen til forandring af plejen" (Nurses in the forefront transforming care). Programmet bød på mange sessioner med korte oplæg og ligeså mange posterpræsentationer. De fleste oplægsholdere præsenterede forskningsresultater og udviklingsarbejde, mens kun få basissygeplejersker fik formel plads til at dele deres erfaringer. Denne ulige fordeling skal

Oplæggene foregik på engelsk, spansk eller fransk, og der var simultantolke og høretelefoner ved hver session. Konferencen varede seks dage (27/5-1/6 2017), og hver dag indledtes med et hovedoplæg med fokus på et tema som fx 'transforming care', 'empowering women' og sygeplejerske normeringer. Hovedtalerne var sygeplejerske-fyrtårne, som havde høje positioner i ministerier, betydningsfulde NGO'er eller topforskere.

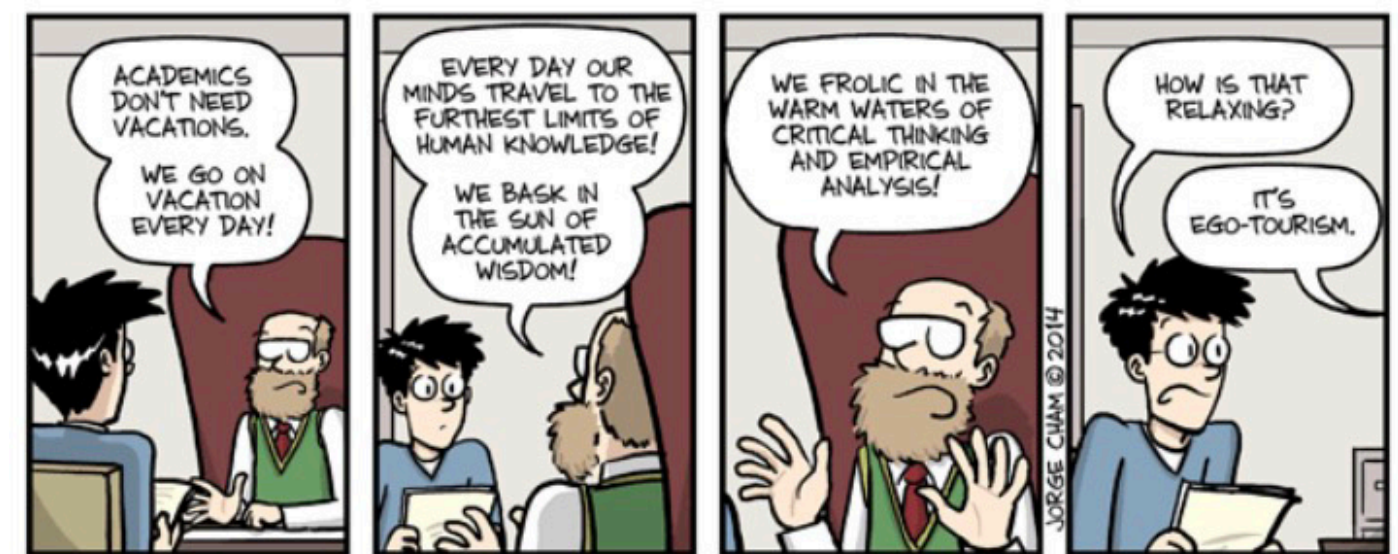
Gennemgående fokus var på sygeplejerskers position og værdi i sundhedsvæsenet og nødvendigheden af, at sygeplejersker søger politisk indflydelse og italesætter sygeplejens betydning for den globale sundhed. Dette budskab

stod stærkt. Vejen til at opnå sundhedspolitisk indflydelse er at søge og indtage magtfulde positioner, men i høj grad også at støtte andre sygeplejersker i at komme frem i politiske organisationer, skabe rollemodeller og stå sammen på tværs af sektioner og landegrænser, samt tale højt om det sygeplejen kan og skal, så vi sammen kan skabe mere sundhed for alle.

ICN (International Council of Nurses) er en sammenslutning af 135 sygeplejeorganisationer på verdensplan. Organisationens formål er at være sygeplejerskers talerør på verdensplan, fremme professionen samt påvirke sundhedspolitik på et internationalt plan. Hvert andet år samles flere tusinde sygeplejersker til videndeling og indhentning af inspiration til udvikling og forskning af sygepleje. Mødet med sygeplejersker på tværs af landegrænser og kulture giver mulighed for at lære om sygepleje i et globalt perspektiv, møde gamle og nye venner og danne nye netværk.

Oplægget af Dr. Mary Wakefield gjorde særligt stærkt indtryk på os. Dr. Wakefield er den tonegivende sundhedspolitiske amerikanske sygeplejerske og som var sundhedspolitisk rådgiver for præsident Obama. Hendes klare budskab var, at flere sygeplejersker skal sætte sig til bords med beslutningstagerne, da der er brug for den sygeplejefaglige viden og erfaring til at forandre vilkårene for sundhedsvæsenet. Hun har selv en stor indsigt i faget med sin solide baggrund som sygeplejerske i både primær og sekundær sektor, samt mere 10 års erfaring som underviser på sygeplejeuddannelsen på universitetet.

Til alle de sygeplejersker, som endnu ikke har deltaget i en ICN konference, vil vi opfordre til at de allerede nu arbejder på at kunne deltage i 2019 i Singapore. Det er en fantastisk oplevelse.



**Mette Stie, Sygeplejerske,
Kræftsygeplejerske, Cand.cur.
Udviklingssygeplejerske på
Onkologisk Ambulatorium,
Vejle Sygehus
– en del af Sygehus Lillebælt.
Mail: mette.stie@rsyd.dk**



FAGLIG ARTIKEL

"Min patient"

-en fænomenologisk hermeneutisk undersøgelse af hvad der har betydning for, om sygeplejersker tager vare på patientens individuelle behov i forbindelse med ambulant kemoterapibehandling

Posteren er præsenteret ved dette års konference for sygeplejersker, der arbejder med forskning og udvikling den 22.-23. marts i København.

Posteren præsenterer mit kandidatspeciale (cand.cur) fra sommeren 2016. Nedenstående er en kort præsentation af kandidatspecialet samt en kort beskrivelse af, hvordan vi har bragt de fremkomne fund i spil i den kliniske praksis på Onkologisk Ambulatorium i Vejle.

Baggrund: Patienter, der er i ambulant kemoterapi behandling for kræft, har udfordringer og bivirkninger af fysisk, psykosocial og eksistentiel karakter, som de i høj grad selv eller ved hjælp fra pårørende skal håndtere (1-6). Patientens mestring af disse udfordringer og bivirkninger fordrer, at sygeplejersker forstår patientens individuelle behov, som det der betyder noget for patienten og, at denne forståelse er udgangspunktet for den sygepleje, der udøves (7-9). Undersøgelser viser, at en væsentlig del af de patienter, der er i ambulant behandling for kræft, oplever, at der ikke tages vare på deres individuelle behov i tilstrækkelig grad (10-11). Taget i betragtning at de grundlæggende værdier i kræftbehandlingen i Danmark og i sygeplejen generelt er, at patientens individuelle behov skal være omdrejningspunktet for behandling og pleje (12-14) har dette givet anledning til undring. Litteraturen viser, at der kan være flere grunde til det manglende fokus på patientens individuelle behov, herunder bl.a.

- at de strukturelle og organisatoriske rammer gør det vanskeligt at fokusere på patientens individuelle behov (9,15)
- at patienterne ikke kommer frem med deres behov, fordi de gerne vil være "gode patienter" og leve op til personalets forventninger og behandlingsstandarderne (3,6,9,15)
- at nogle sygeplejersker ser det som deres primære opgave at håndtere den højteknologiske behandling fremfor at fokusere på patientens individuelle behov (16-17).

Forskning på dette område er primært baseret på kvalitative interviews af patienter og sygeplejersker. Det er endnu ikke undersøgt, hvad der i den konkrete situation har betydning for, om sygeplejersken tager vare på patientens individuelle behov.

Formål: Formålet med specialet har været at undersøge, hvad der i den konkrete kliniske praksis har betydning for, om sygeplejersken tager vare på patientens individuelle behov i forbindelse med ambulant kemoterapibehandling. Hensigten har således været at frembringe ny viden, der kan pege på, hvordan patientens individuelle behov kan blive en mere integreret og forankret del af den kliniske sygeplejefaglige praksis.

Metode: Der er indsamlet empiri ved hjælp af feltobservationer, formelle og uformelle interviews. Det betyder, at jeg har fulgt, observeret og talt med fire sygeplejersker en hel dag, hvor de har varetaget ambulant kemoterapibehandling til patienter med kræft. Feltobservationer og interviews er transskriberet og empirien er efterfølgende analyseret med inspiration fra Hammersley og Atkinsons analyseproces (18) og fortolket i lyset af udvalgte dele af Kari Martinsens omsorgsfilosofi (19-23).

Fund: Der er fremkommet fem undertemaer: *Min patient*, *Patienten – et medmenneske*, *Medicinsk og klinisk viden*, *Kemoterapi- til tiden og Muren*, som har ført til to endelige temaer: *Patientens fremtræden* og *Tid og rum*. Det endelige tema "Patientens fremtræden" er fremkommet, fordi de udledte undertemaer viser, at måden hvorpå patienten træder frem for sygeplejersken, har betydning for, om hun tager vare på patientens individuelle behov. Det handler om, at når sygeplejersken har mødt patienten før, så er der skabt en relation mellem patienten og sygeplejersken, hvor patienten træder frem som *Min patient* for sygeplejersken. Det handler ligeledes om, at når patienten tydeligt udtrykker sine behov – verbalt som nonverbalt, så træder patienten frem som sygeplejerskens "*medmenneske*". Endelig viser det sig, at når sygeplejersken an-

vender sin medicinske og kliniske viden på en sådan måde, at patientens behov træder tydeligt frem, så er det muligt for sygeplejersken at tage vare på patientens individuelle behov. Det endelige tema "*Tid og rum*" er fundet, fordi de udledte undertemaer viser, at tiden og rummet betyder, at det er vanskeligt for sygeplejersken at tage vare på patientens individuelle behov. *Tid* handler om sygeplejerskens bestræbelser på at udøve "*kemoterapi til tiden*". Det skal forstås som en bestræbelse på at overholde en objektiv, målelig og afsat tid, hvilket gør varetagelsen af patientens individuelle behov vanskelig. *Rum* handler om, at *muren* – i form af en fysisk halvmur placeret midt på kemostuen og i form af en til tider manglende mur – er med til at skabe en adfærd hos sygeplejersker og patienter, som gør det vanskeligt at tage vare på patientens individuelle behov.

Konklusion: Undersøgelsen viser, at når patienten træder frem på bestemte måder fx som "*Min patient*" eller som *et medmenneske*, så tages der vare på patientens individuelle behov. Mens det onkologiske ambulatorium samtidig er præget af en objektiv tid og et fysisk rum, som gør det vanskeligt at tage vare på patientens individuelle behov. Fx har det betydning, at kemoterapibehandlingen er berammet til at vare en bestemt klokke tid og, at der på behandlingsstuen er en halvmur, som begrænser kontakten mellem sygeplejerske og patient.

Projektets betydning for den kliniske praksis i Onkologisk ambulatorium

Specialet er præsenteret for Afdelingen og har dannet afsæt for Ambulatoriets årlige temadag. Her har vi bl.a. diskuteret, hvordan vi fremadrettet kan sikre at ALLE patienter får taget vare på deres individuelle behov i forbindelse med den ambulante behandling. Fundene er bragt i spil ved, at vi har diskuteret og tilrettelagt en konkret plan for, hvordan vi kan arbejde henimod at ALLE patienter møder en sygeplejerske, der betragter patienten som "*min patient*" og som "*medmenneske*". Ligesom vi har arbejdet med at skabe tid og fysisk rum til, at sygeplejersken kan være nærværende og skabe en relation til patienten, hvor patienten kan træde frem som "*medmenneske*", og hvor sygeplejersken i sit nærvær kan anvende sin medicinske og kliniske viden. Onkologisk Ambulatorium er delt op i dels tre diagnoserelaterede teams og dels et team af sekretærer og et team af forløbskoordinatorer. Hvert team har lagt konkrete planer og mål for, hvordan de vil arbejde med at fremme varetagelsen af patientens individuelle behov. Dette arbejde er i fuld gang og de foreløbige resultater af hvert teams indsats fremlægges i sommeren 2017.

Referencer:

1. Gram D. Psykologiske reaktioner på kræft. I: Zachariae B & Mehlsen M.Y. Kræftens psykologi- psykologiske og sociale aspekter ved kræft. 1. udgave. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
2. Arantza, emdo M, Kearbey N. The psychological needs of patients receiving chemotherapy: an exploration of nurse perceptions. *European Journal of Cancer Care*, 2004, 13, 1, 23-31
3. Defossez A, Ducournau P. Patients receiving ambulatory care: A problematic autonomy situation *Health Sociology Review: The Journal of the Health Section of the Australian Sociological Association*, 2013, 22, 4, 400-410
4. Hjörleifsdóttir E, Hallberg IR, Gunnarsdóttir ED, Bolmsjö

IÅ. Living with cancer and perception of care: Icelandic oncology outpatients, a qualitative study. *Supportive Care in Cancer*, 2008, 16, 5, 515-524.

5. Richer MC, Ezer H. Living in it, living with it, and moving on: dimensions of meaning during chemotherapy. *Oncol.Nurs.Forum*, 2002, 29, 1, 113-119
6. Ventura F, Nobis R, Sandén I. Patients' experiences of chemotherapy in an ambulatory cancer care unit. *Nordisk sygeplejeforskning*, 2013, Årg. 3, nr. 3 (2013), 176-192
7. von Plessen C, Aslaksen A. Improving The Quality Of Palliative Care For Ambulatory Patients With Lung Cancer. *BMJ: British Medical Journal*, 2005
8. O'Baugh J Wilkes LM, Sneesby K, George A. Investigation into the Communication that Takes Place Between Nurses and Patients During Chemotherapy *J.Psychosoc.Oncol.*, 2009, 27, 4, 396-414
9. McIlpatrick S, Sullivan K, McKenna H, Parahoo K. Patients experiences of having chemotherapy in a day hospital setting. *J.Adv.Nurs.*, 2007, 59, 3, 264-273.
10. Grønvold M, Pedersen C, Jensen CR, Faber MT, Johnsen AT. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienternes verden. En undersøgelse af hvad danske kræftpatienter har brug for. 2006
11. Sandager MT, Sperling C, Vinter MM, Dahllöf LS, Bæksted C, Knudsen JL, Jensen H. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienternes behov og oplevelser gennem behandling i og efter forløbet, Barometerundersøgelse 2013.
12. Sygehus Lillebælt, Vejle Sygehus - Patienternes Kræftsygehus, Programplan 2012
13. Sundhedsstyrelsen. Kræftplan 4. Styrket indsats på kræftområdet – patienternes kræftplan 2017
14. Charlotte Delmar Tiltrædelsesforelæsning: Professionel omsorg for patient og pårørende ? hvor svært kan det være? *Klin.Sygepleje*, 2013, 31, 2, 8-21.
15. Norlyk A. Patienters oplevelse af deltagelse i et accelereret operationsforløb efter en kolonoperation. *Klinisk Sygepleje* 2010; 34(3):36-47.
16. McIlpatrick, Sonja; Sullivan, Kate; McKenna, Hugh. Nursing the clinic vs. nursing the patient: nurses' experience of a day hospital chemotherapy service *J.Clin.Nurs.*, 2006, 15, 9, 1170-1178,
17. Brataas HV, Thorsnes SL, Hargie O. Cancer nurses narrating after conversations with cancer outpatients: how do nurse's roles and patients perspectives appear in the nurses' narratives? *Scandinavian Journal of Caring Science* 2009; 23(4): 767-774.
18. Hammersley, Martyn; Atkinson, Peter. *Feltmetodik: grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*, 2004, Ad Notam Gyldendal
19. Martinsen K. Løgstrup & sygeplejen. 2012, 187, Klim, Aarhus, 1. udgave.
20. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup : om etik og sanselighed i sygeplejen; 2010, 197, Munksgaard Danmark, Kbh., 2. udgave.
21. Martinsen K. Øjet og kaldet; 2001, 168, Munksgaard, Kbh., 1. udgave
22. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin : historisk-filosofiske essays. 1991, 278, Tano, Oslo, 3. opl.
23. Martinsen K, Wærness K., Pleie uten omsorg? : norsk sykepleie mellom pasient og profesjon 1991, 134, Pax, Oslo, Ny utgave.

Boganmeldelser

Dorthe Boe Danbjørg, sygeplejerske, ph.d., adjunkt. Ansat som uddannelsesleder på kandidatuddannelsen i Klinisk Sygepleje på Syddansk Universitet og klinisk sygeplejeforsker på Odense Universitetshospital

Innovation i sundhedsvæsenet

Trine Ungermann Fredskild, Dorte Dalkjær & Henning Langberg (red.) Gads Forlag. 2017.

Innovation i sundhedsvæsenet udfylder et hul på boghylden

Innovation i sundhedsvæsenet udfylder det hul, der har været på boghylden i forhold til den stigende interesse, der er for innovation i sundhedsvæsenet. Den er målrettet de sundhedsprofessionelle medarbejdere og studerende på sundhedsuddannelserne. Bogen har høje ambitioner, idet den både vil introducere et teoretisk fundament for innovation krydret med konkrete eksempler på, hvordan innovation i sundhedsvæsenet foregår. Den giver læseren et godt overblik i forhold til innovation i sundhedsvæsenet, samt hvorfor og hvordan der arbejdes med innovation i sundhedsvæsenet, og den lever på sin vis op til intentionen om både at give et indblik i teori og eksempler på innovation. Bogen er helt klar værd at læse, men den kommer ikke skudsikkert i mål med de høje ambitioner. Det skyldes ikke valget af forfattere, som alle med deres forskellige baggrunde er velvalgte, og som formår at bidrage med relevante og kvalificerede perspektiver på innovation fra forskellige positioner som forskning, praksis og uddannelse. Det, bogen savner, er en mere skarp redigering, så de teoretiske kapitler kunne være placeret naturligt sammen i en teoretisk del, og de konkrete eksempler for sig. Det ville styrke læsevenligheden og have fremmet en mere logisk struktur i bogen.

Fleere steder bliver bogen for konkret og for lidt teoretisk. En fare ved de meget konkrete eksempler er, at de netop bliver for konkrete og beskrivende og dermed svære at overføre, og det svækker den generelle værdi af eksemplerne, som må siges at være nødvendige i en bog rettet mod blandt andet de studerende. Bogens aktualitet er også i risiko for at forældes for hurtigt, simpelt hen fordi eksemplerne bliver uaktuelle. Der mangler essentielle aspekter i forhold til innovation og ikke mindst buzz ordet brugerdriven innovation. Jeg savner, at de væsentlige aspekter omkring brugerinddragelse som rationalet for brugersidig læring bliver udfoldet. Det kunne have styrket bogen teoretisk og kunne have været med til at tegne et spændende historisk rids af brugerdriven innovation og dermed kortlagt de skandinaviske rødder, der er forbundet med innovation.



gerinddragelse og

Karin Brochstedt Dieperink, Sygeplejerske, Ph.d, post doc www.agecare.org, www.rehpa.dk Onkologisk Afdeling R, Odense Universitets Hospital.

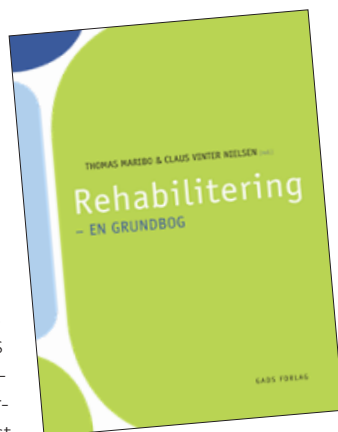
Rehabilitering - en grundbog

Thomas Maribo & Claus Vinther Nielsen (red.) 2016

Hvorfor er det vigtigt at få endnu en lærebog om rehabilitering? Det er det, fordi vi har den stigende udfordring, at mere end 40% af Danmarks befolkning lider af en eller flere kroniske sygdomme, og mange føler sig hæmmet eller meget hæmmet i dagligdagen. En problemstilling som det herskende behandlingsparadigme i det danske sundhedsvæsen ikke har ændret på. Rehabilitering har et andet paradigme, som med sin brugerinddragende, tværfaglige og biopsykosociale tilgang rækker ind i hverdagslivet og forsøger at mildne de funktionstab eller senfølger, som sygdom kan medføre.

Bogen er delt i 4 dele: Rehabiliteringsfeltet, Væsentlige elementer i rehabilitering, Anvendt rehabilitering, og Forskellige faggruppers tilgang til rehabilitering. Desuden er bogen underinddelt i 25 afsnit skrevet af forskere og eksperter på hver deres felt. Kapitlerne er varierede og kan læses uafhængigt af hinanden. Nogle af kapitlerne er forskningsbaserede, og andre mere erfaringsbaserede. Hvert kapitel har tilhørende studiespørgsmål, som kan findes enten via bogens hjemmeside eller via QR koden, som scannes med en smartphone. Nogle af kapitlerne

anvender pædagogisk klogt de realistiske cases, som er beskrevet i starten af bogen. Et kapitel, som jeg fandt særligt brugbart, beskriver rehabilitering som en kompleks intervention, idet der ofte indgår flere interagerende komponenter med en tværfaglig indsats, og afhængigt af den kontekst som rehabiliteringen udføres i. Dette har stor betydning for, hvordan man evaluerer en rehabiliterende indsats. På trods af at rehabilitering omfatter hverdagslivet, er den systemiske tænkning i forhold til, hvordan man kan inddrage pårørende eller andre netværk ikke så tydeligt beskrevet. Bogen henvender sig som lærebog primært til sygepleje, fysio- og ergoterapeutstuderende, men jeg vurderer, at også studerende på fx master- og kandidatuddannelserne vil kunne anvende bogen.



Ann G. Jensen, klinisk underviser, cand.cur. Neuroanæstesiologisk klinik, Rigshospitalet

Refleksion i vejledningssamtaler

Linda Schumann Scheel. Gads Forlag. 2017

Et oplagt grundlag for udvikling i vejledergruppen

Arbejder man som klinisk vejleder eller som vejleder på en specialuddannelse, og har man interesse i at styrke sine vejledningskompetencer samt se på egen vejledning med nye øjne, så er denne bog et oplagt sted at starte.

Linda Schumann Scheel har i sit Ph.d. projekt udviklet teorien RIED (Reflection in Educational Dialogues); en omfattende teori om refleksionsprocessen, der foregår i vejledningssamtaler, hvor både erkendelsesformer, aktører, tid, sted og socialt rum, det asymmetriske forhold mellem vejleder og studerende samt professionens virksomhedsområde er inddraget. RIED opdeler vejledningssamtalen i fire faser samt i sekvenser, der er karakteriseret ved, at samtalen skifter fra en erkendelsesform til en anden. Bogen beskriver, hvordan RIED kan inddrages som værktøj til at øge refleksionen i både den klassiske og i den problematiske vejledningssamtale. Gennem hele bogen underbygger forfatteren de

teoretiske overvejelser for RIED ved inddragelse af anerkendt teori indenfor de pædagogiske fag. Bogens sande styrke er dog den konstante eksemplificering af RIED ved afskrift af vejledningssamtaler. Hver enkelt af RIED's fire faser gennemgås, og RIED bliver herved illustreret som en praksisnær og anvendelig teori og eksemplerne øger læserens forståelse af, hvordan RIED kan anvendes til at kaste

et kritisk blik på egen vejledningspraksis, alene eller i fællesskab med ligesindede.



Anja Geisler, Klinisk Udviklingsygeplejerske, PhD studerende, Sjællands Universitetshospital, Køge.

Metoder i samfundsvidenskaberne

Catharina Juul Kristensen og M. Azhar Hussein (red.) Forlaget Samfundslitteratur, 1. udgave 2016

En hurtig oversigt over metoderne

Ønsker du at få et hurtigt indblik i en række af de mest centrale videnskabelige metoder, der anvendes inden for samfundsvidenskabelige undersøgelser, så er denne bog absolut anvendelig.

Bogen er inddelt i 4 overordnede dele. 1. Problemformulering og projektdesign, 2. Kvalitative metoder 3. Kvantitative metoder, og 4. Eklektisk tilgang. Kvantitative og kvalitative metoder sidestilles i denne bog som ligeværdige metoder.

Bogens 22 kapitler er skrevet af forskellige forfattere, som hver især er eksperter på det område, de behandler i kapitlet.

Hvert kapitel afsluttes med en kort opsummering, så har man behov for et hurtigt overblik, kan man med fordel starte med at læse disse.

Der lægges vægt på vigtigheden af, at metoden vælges ud fra, hvad der bedst muligt belyser den problemstilling, man står over for, og ikke som det til tider sker i praksis, at fremgangsmåden allerede er valgt på forhånd.

Bogen er stilet til studerende på samfundsvidenskabelige uddannelser men kan sagtens bruges af alle faggrupper som interesserer sig for forskning. Sproget i bogen er flydende og let forståeligt. Igennem hele bogen bliver metoderne koblet op på konkrete eksempler, der er med til at gøre de forskellige forskningstilgange lettere tilgængelige. Forfatterne

har valgt at benytte flere kapitler i den kvantitative forskningstilgang til at beskrive måder at bearbejde data på statistisk. Dette er vanskeligt tilgængeligt stof, som bedre beskrives i bøger, der udelukkende beskæftiger sig med disse emne. I stedet ville det have været interessant, hvis der havde været brugt plads til f.eks. at beskrive observationelle kohorter eller randomiserede forsøg.

Står man overfor at skulle skrive en opgave eller tilrettelægge sit forskningsdesign, kan man i denne udmærkede bog få en kort indføring i hvad forskningsmetoden indebærer. Er der behov for at vide mere dybdegående, hvordan en metode bør udføres, kan det være en god idé at supplere med anden litteratur.





FAGLIG ARTIKEL

En sengedames bekendelser

Er hospitalssengen egentlig ikke den allervigtigste ting, på hele hospitalet? Det er jo her, patienterne opholder sig det meste af tiden. Det er også omkring sengen mange af sygeplejerskernes fysiske belastende arbejdsopgaver finder sted. Sengen må da være en ting af væsentlig og central betydning på alle hospitaler. Eller hvad..?

Til Landskonferencen for det Faglige Selskab for Sygeplejersker der arbejder med Udvikling og Forskning i marts, hvor jeg deltog med en stand fik jeg tilnavnet *Damen med sengene*. Det opstod under middagen om aftenen, hvor en deltager spurgte mig, hvor jeg arbejdede og en af hendes kollegaer sagde: - Det er damen med sengene. Jeg blev rigtig glad for dette tilnavn. For det er rigtigt nok. Jeg er damen med sengene. Man kunne også kalde mig senge-nørd. For jeg synes, hospitalssenge er noget af det mest interessante, og det bedste, jeg ved, er at være sammen med sundhedsfaglige, som har lyst til at kigge på, prøve at ligge i, hæve og sænke, tilte, og tale om hospitalssenge sammen med mig.

Efter landsmødet blev jeg spurgt, om jeg havde lyst til at skrive dette indlæg til *Forstyrrelsen*. Et indlæg, der skulle handle om hospitalssenge. Det ville jeg mægtigt gerne. Dog blev jeg et øjeblik ramt af præstationsangst, da jeg satte mig og læste i nogle af de tidligere numre af *Forstyrrelsen*. For artiklerne heri var jo faglige artikler på højt niveau, baseret på forskning og videnskabelige studier. Og nok ved jeg rigtigt meget om hospitalssenge. Om de kliniske behov og arbejdsgange omkring sengen. Om de mange forskellige typer af senge, der findes, med hver deres muligheder (og begrænsninger). Og om arbejdsmiljø for

sygeplejersker. Men jeg kunne med det samme konstatere, at det ville falde til jorden med et brag, hvis jeg forsøgte at skrive "videnskabeligt" om dette.

Derfor fik jeg en anden idé. Jeg kom til at tænke på tv-programmet *Gintberg på kanten*. Det sjove og underholdende ved dette program er, at komikeren Jan Gintberg træder ind i et lokalsamfund og kigger på kultur, interesser, vaner, rutiner og relationer beboerne imellem med en nysgerrighed på, og en interesse i, at forstå, hvad der kendetegner netop dette område. Efter at have opholdt sig i lokalsamfundet et par dage samler han byens borgere til et show i forsamlingshuset og fortæller, hvad han har oplevet, og hvad han tænker om det. Nogle af de ting, han siger, kan virke drillende og provokerende. Men folk griner. Dels fordi der ligger en respektfuld og kærlig tone hen over hele showet. Men også fordi det er sjovt, når en udefra kigger på os og under sig over, hvorfor vi gør, som vi gør. For de fleste af os, giver det anledning til selvrefleksion og til lige at stoppe op og tænke, - Ja, hvorfor gør vi egentlig sådan her?

Jeg besluttede mig for, at det var sådan, jeg ville skrive dette indlæg. For når jeg, i mit daglige arbejde, træder ind i jeres verden, på hospitaler og i klinikker, så sker det nemlig, at jeg, på vej hjem i bilen, tænker over ting, jeg har oplevet, som undrer mig. Nogle af dem, vil jeg gerne dele med jer nu. Deraf overskriften *En sengedames bekendelser*.

Detektivarbejdet

Det første, jeg, som sengedame, fandt ud af, da jeg trådte ind i jeres verden, var, at hospitalssenge er noget, der egentlig ikke interesserer ret mange. Det er lidt som om sengene er et område, hvor tiden er gået i stå.

Det er ofte lidt af et detektivarbejde at finde frem til den person, der "har ansvaret" for sengene på hospitalet. Som regel henvises jeg enten til teknisk afdeling eller udbud og indkøb. - Jamen, siger sengedamen, jeg vil gerne mødes med de sundhedsfaglige udviklingspersoner, der interesserer sig for, hvad der er af nyt på markedet inden for senge. De, der er nysgerrige på, hvordan andre senge end dem, vi plejer at bruge, på nye måder understøtter arbejdet omkring patienten og arbejdsmiljøet for sygeplejerskerne. Og så går detektivarbejdet for alvor i gang. For hvem er det lige, det er?

Modsattede ønsker og behov

I min søgen efter interesse-fæller kommer jeg vidt omkring, fra teknisk personale til ledende overlæger og sygeplejersker og til indkøbere på regionalt niveau.

Det viser sig hurtigt, at der er forskellige, og nogle gange modsattede, ønsker og behov i forhold til sengene. Det overraskende er, at det virker til, det ofte er praktiske/logistiske behov, der afgør sengeindkøbene: de nye senge skal gerne være de samme som dem, der allerede findes på hospitalet.

- Hvorfor mon det, tænker sengedamen. Jeg har en god veninde, der er sygeplejerske, og hun siger altid: - Noget af det farligste man kan gøre er at lægge en person ned i en seng. *Sengelejekomplikationer* hedder det i fagsprog, har jeg lært. Vi ved også, at der er sket en masse udvikling på sengeområdet, som kan være med til at forebygge og minimere disse komplikationer. Hvorfor er det så, vi helst vil holde fast i at bruge de senge, vi altid har brugt, når der findes nyere og bedre løsninger?

Noget af forklaringen er helt sikkert, at det kan virke mest effektivt at fortsætte med det, vi kender. Så ved vi, hvordan sengene skal serviceres. Vi kender reservedelene. Vi har dem måske endda allerede på lager. Somme tider bliver det også nævnt, at det er noget bøvl at skifte til nye, mere teknologiske senge, fordi sygeplejerskerne ikke bryder sig om, at sengene pludselig er anderledes, end de plejer at være. De to første er absolut gode og gyldige grunde til at man ønsker at bevare status quo i forhold til sengene. Om det sidste, det med sygeplejerskerne, passer, det ved jeg ikke. Men jeg kan sagtens sætte mig ind i, at folk, i en travl hverdag, kan have svært ved at overskue at lære nye "arbejdsredskaber" at kende. Der er ingen tvivl om, at hvis man vil skifte den traditionelle hospitalsseng ud med en mere moderne en af slagsen, så skal man afsætte tid til, at det sundhedsfaglige personale lærer sengen godt at kende og får lejlighed til, rigtigt gerne i et tværfagligt set-up, at kombinere sengenes muligheder med egen faglighed.

Men det, jeg tænker over, er, at selvom det absolut giver god mening, at man ønsker en "sengeflåde", som er velkendt og ensartet, så er det måske også lidt ærgerligt, hvis det udelukkende er disse overvejelser, der danner grundlag for sengevalg. Som sengedamen, der kigger ind udefra, tænker jeg, det, i høj grad, burde være sygeplejerskerne, øvrige sundhedsfaglige og patienterne, der var med til at sætte standarden for, hvilke krav, der stilles til sengene. Især



når udviklingen på området går så stærkt, som den gør, og nye, teknologiske senge findes på markedet.

Når man vælger noget til, vælger man altid noget fra

Sengen skal kunne vaskes i en vasketunnel. Det er helt klart det indtryk, jeg får, når jeg er nysgerrig på, hvilke krav, der stilles til hospitalssengene i dag og fremover. Sådan ER det bare. Jeg har et lidt sjovt eksempel, hvor jeg talte med en medarbejder på et hospital, og han nævner dette krav om, at de senge, de køber skal kunne køre igennem vasketunnelen. Jeg spørger: - Har I en vasketunnel? Han svarer: - Nej. Jeg fortsætter: - Er det besluttet, at I skal have en vasketunnel i fremtiden? Han svarer: - Nej.

Sengedamen undrer sig. Hvis man stiller krav om, at sengen skal kunne vaskes i vasketunnel, så afskærer man sig fra nogle andre ting, man ellers ville kunne få ind i sin seng - ofte til samme pris. Nogle af disse teknologiske forbedringer af sengen tåler ikke vasketunnel. Til gengæld er hele sengens design helt anderledes end de traditionelle hospitalssenge, vi kender i dag. Disse senge er nemlig designet til at de skal have så få steder som muligt, hvor bakterier og snavs kan samles. Og til at være nemme og hurtige at gøre effektivt rene på stuen.

Det er ikke ment som en snak for eller imod vasketunneller. Der er ingen tvivl om, at sengene bliver gjort grundigt rene, når de køres igennem vasketunnelen. Til gengæld findes der også hygiejneeksperter, der mener, at sengene helst aldrig skal forlade stuen. For så snart en seng forlader stuen, er den i risiko for at blive kontamineret. Det gælder også på dens vej fra vasketunnel og tilbage til stuen. Verden er sjældent sort eller hvid, hygiejne er et kompliceret og vigtigt emne, og når det kommer til sengehygiejne, så er den bedste løsning nok også en kombination af flere metoder.

Historien om vasketunneller er ment som et eksempel på, at når man vælger noget til, vælger man ofte også noget fra. Så derfor er det vigtigt, at det er bevidst og prioriteret, hvad man vælger til. At man vælger det til, der er mest til gavn for patientforløb og arbejdsmiljø. Sådan at det, man betaler for, er det, der skaber den værdi, man ønsker.

Hospitalsprojekter i international verdensklasse

Resten af verden kigger mod Danmark for at følge med i, hvordan vi er i gang med at ny- og ombygge hospitalerne. Jeg læste f.eks. en artikel om, at Tyskland er meget interesseret i at lære fra Danmark om hospitalsstruktur (de har stadig en meget decentral struktur). Jeg følger selvfølgelig sygehusprojekterne tæt, og jeg synes, det er så inspirerende, hvordan der arbejdes med brugerinddragelse, formidling og visualisering. Arkitekter og projektmedarbejdere arbejder med principper for helbredende arkitektur. Der gennemføres testforløb i forhold til fremtidens sundhedsteknologier og hvordan de kan tænkes med fra start. Men hvad med sengene? Nogle steder tænker man nye senge i stor skala ind i de nye projekter. Andre steder har man besluttet, at de "gamle" senge skal flyttes med, når det nye hospital står klart. Fuldt forståeligt. Der reduceres sengepladser, så det er sikkert sådan, at der mange steder er nok nyere senge på hospitalerne til at flytte med over. At prioritere at købe nye senge ville også være en stor post i projektøkonomien.

Men sengedamen kan ikke lade være at synes, det er lidt trist. Sengen er så stor en del af udtrykket på en sengestue. Tænk hvis man, som patient, kom ind på sin stue og fandt en helt anden, moderne og designet hospitalsseng, der var med til at give indtrykket af nyt hospital, hvor der er forsøgt tænkt på alt det, der påvirker humøret og helbredet og skaber tryghed hos patienter og pårørende under hospitalsopholdet.

One size fits all?

Mine små "undringer" herover handler i virkeligheden om, at jeg synes, det kunne være spændende at se, hvad der ville ske, hvis vi, i langt højere grad, begyndte at opfatte sengen som et sundhedsfagligt arbejdsredskab og ikke bare som et stykke møbel, der nemt skal kunne stå på lige, ensartede rækker. For der findes så mange forskellige typer af senge, som hver især egner sig til forskellige formål.

En seng er vel en seng? Sådan tænkte jeg selv, da jeg var helt "grøn" sengedame. Men nej, det er den langt fra. Der findes senge, der er udviklet med særligt fokus på sikkerhed. Andre er tilpasset bariatriske eller semi-bariatriske patienter. Intensivsengene er et stykke højteknologisk, medico-teknisk udstyr, der også har terapeutiske funktioner. De kan måle og veje, give alarmer og føre patienthistorik. Børnesenge med bamser på siderne i stedet for tremmer. Senge med særligt fokus på at forebygge tryksår ved at sengebunden kan tilte lateralt, så trykket kan fordeles på flere måder. Forprogrammerede indstillinger, der f.eks. ind-

stiller hovedgærdet til præcist 30 grader bare ved at trykke på én knap. Automatisk lateralt tilt-terapi, der modvirker lungekomplikationer, urinvejsinfektioner m.m. hos patienter i koma osv.

De moderne hospitalssenge produceres af helt andre materialer og med helt andre udtryk end de traditionelle senge. De har sengeheste, der ikke ligner tremmer og er designede til at fungere som udstigningshjælp. De har mobiliseringsfunktioner, der understøtter den vigtige mobilisering af patienten. De har et minimum af samlinger, og besværlige overflader, der gør sengen nemmere at holde ren (som i eksemplet med vasketunnellen).

Der findes så mange forskellige muligheder. Men det er sjældent, synes jeg, at én seng kan bruges af alle til alt. Så budskabet er: produkterne og teknologierne er her til at understøtte det sundhedsfaglige arbejde omkring den sengeliggende patient. Det skal da udnyttes. Og måden, det sker på, er, når det er sundhedsfagligt personale, der definerer behovene og kombinerer deres egne fagligheder med mulighederne, som sengene giver. Konsekvensen bliver, at et hospital IKKE kun har én slags seng: den vi plejer. (Men er det ikke også helt OK?)

Hvad sker der egentlig ved, at vi fortsætter som vi plejer?

Der sker for det første det, at vi ikke udnytter den teknologiske udvikling, der er sket omkring hospitalssenge. Men jeg synes, der er flere aspekter i det. Hvis vi tager markedsteorien frem et øjeblik, så ved vi, at hvis man har et marked, hvor der er monopol, så sker der to ting: Produktudvikling og innovation stagnerer. Til gengæld stiger prisen. Har vi i virkeligheden skabt et monopoliseret hospitalssenge-marked i Danmark, fordi vi foretrækker at blive ved med at købe det, vi plejer? Jeg ved det ikke. Men jeg tror det. Hvad jeg ved med sikkerhed er, at der købes hospitalssenge ind for rigtigt mange penge. Tænk hvis vi, ved at efterspørge nye, innovative hospitalssenge, kunne skabe en situation, hvor vi fik både bedre og billigere senge.

Hov, blev det nu et samfundsøkonomisk og sundhedspolitisk indlæg?

Nej. Slet ikke. Blot et par refleksioner fra mig – en sengedame, der kigger ind i jeres spændende verden udefra. Tak fordi du læste med. Og tak fordi du bidrager til innovation, udvikling og forskning inden for et, for os alle, så vigtigt felt som sygeplejefaglighed.



KLUMMEN

Netværk!

Sidste afsnit af Klummen handlede om mit Pre-defence, og om hvordan en del af livet som ph.d.-studerende handler om milepæle og deadlines! Denne gang vil jeg gerne fokusere på en anden vigtig del af ph.d. livet, nemlig netværk. Det kan være ganske ensomt at være ph.d. studerende, også selvom man bestemt ikke står alene i verden med sit studie. Men hvis man som i mit tilfælde arbejder meget selv med projektet i det daglige og ikke når at sidde ret mange timer på kontoret, hvor de nærmeste kolleger er, så bliver det let en ensom tjans. Derfor kan det være en god ide at prioritere at blive engageret i forskellige netværkssammenhænge. Og vidste du, at om imod 65 % af alle stillinger bliver besat gennem netværk? Og at gode sociale netværk øger levealderen?

Ph.d. netværk og Journal Club

Da jeg startede på mit ph.d. forløb, startede jeg også på et helt nyt kapitel af mit liv i en (for mig) ny del af Danmark. Det betød, at jeg på mange måder måtte starte forfra med at finde plads i forskellige professionelle netværkssammenhænge. Heldigvis var mit professionelle bagland meget behjælpelige med til at sætte mig i kontakt med forskellige personer, der kunne hjælpe mig videre ind i nogle nye netværk. Det betød, at jeg hurtigt fik mulighed for at deltage i en Journal Club i Enhed for Psykiatrisk Forskning og et ph.d. forum i Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje. Begge dele lokalt i Aalborg. Begge disse fora er skabt for ph.d. studerende, organiseres i det daglige af ph.d. studerende og fungerer begge efter en fast ramme med en dagsorden og med et fastsat emne fra gang til gang. Det ene sted er det sådan, at en ph.d. studerende laver en præsentation, hvorefter der er lagt op til konstruktiv diskussion og feedback, alt efter hvad det er i fokus. Det kan være en præsentation af en protokol 'in the making', et artikeludkast, en poster eller et emne som diskuteres ud fra en artikel eller to. Det er et forum, hvor der også deltager andre end lige ph.d. studerende, og hvor gruppen af deltagere skifter fra gang til gang.

Det andet forum er forbeholdt ph.d. studerende og præ-ph.d. studerende. Her prioriteres det, at man følger lidt med i hinandens projekter og forløb, og hver gang starter derfor med en 'runde', hvor alle tilstedeværende kort fortæller om, hvad de er optaget af netop nu. Her deltager ph.d. studerende på alle stadier i forløbet, og gruppen repræsenterer studier, der er placeret i vidt forskellige kliniske sammenhænge. Hver gang er der også mindst en seniorforsker til stede. Efter runden beskæftiger vi os med forskellige temaer. I dette forår har vi bl.a. haft oplæg fra nye ph.d. studerende om deres projekter, og vi har diskuteret brug af teori i forskningsprojekter. Jeg tænker, at de to typer af netværksgrupper er genkendelige for mange andre. Mange vil nok også nikke genkendende til, at det, man får ud af at være en del af disse netværk, også handler om det engagement, man ligger i dem. Men det gælder jo nok for de fleste ting her i livet. Jeg synes, at denne type netværk giver gode muligheder for at få sparring blandt 'ligestillede'. Både tidligere og som ph.d. studerende oplever jeg dog ikke, at dette er nok i sig selv. Der kan være behov for at omgås flere mere erfarne forskere for også at blive udfordret på et andet plan. Dertil

har man naturligvis også et gruppe vejledere, men det er alligevel noget andet at få sparring med andre, der ikke er helt fedtet ind i projektet.

Samarbejdsnetværk

I relation til ph.d. forløbet kommer der også andre typer af netværk i spil. En af grundene til, at jeg har valgt denne karrierevej, er naturligt nok, at jeg gerne efterfølgende vil fortsætte med at arbejde med udvikling og forskning inden for klinisk psykiatri. Derfor er det vigtigt for mig, at en del af tiden under ph.d. forløbet bruges til at opsøge, skabe og fastholde stærke og relevante samarbejdsnetværk både i forskningsmæssige og kliniske kontekster. Her er igen et væld af muligheder, og det er hverken interessant eller relevant at liste en masse op her. Noget af det, som jeg tænker er væsentligt at gøre op med sig selv, er, hvilke netværkssammenhænge, der er de mest vigtige at engagere sig i. Nogle er meget fagspecifikke, mens andre er mere relateret til selve projektet. For mit vedkommende er der f.eks. et netværk med forskning og psykiatrisk sygepleje som omdrejningspunkt. Det er nationalt netværk og rummer derfor muligheder for at få kendskab til igangværende projekter landet over, ligesom det rummer muligheder for indblik i, hvordan andre griber forskning an i klinisk psykiatrisk kontekst.

Ud over de nye netværk, har jeg gennem nogle år deltaget i et forskerspire-netværk. Det er en lille sluttet flok, som dækker landet fra øst til vest og nord til syd. Det er egentlig lidt forkert at kalde det et forskerspirenetværk, for flere af de andre er fuldtids- (og fuldblods-) forskere. Men for mig og et par stykker af de andre, som er forskere in spe, er det korrekt nok. Det er et meget givende netværk at være en del af, hvor der altid er kvalificeret og engageret sparring at hente.

Det sidste, jeg vil nævne her, har tilknytning til, at der som en del af mit ph.d. forløb er planlagt et længerevarende studieophold i Australien. Udover at arbejde med mit projekt og skrive på afhandling og artikler, skal dette udlandsophold også bruges til at opsøge relevante forskningsmiljøer og prøve lykken i forhold til mulige fremtidige samarbejdspartnere. Udlandsopholdet får en vis varighed, og det er

derfor en enestående mulighed for at skabe gode relationer. Det er jo med at gribe chancerne, når de er lige for næsen af en.

Et godt råd?

Ja, det er jo svært, fordi der findes uendeligt mange muligheder for hvilke netværk, man kan engagere sig i, og det er så forskelligt, hvad man vil bruge sit netværk til. Én ting gælder nok for alle; det kræver tid og engagement. Mine bedste erfaringer er fra de netværk, hvor man opnår et vist kendskab til hinanden og det projektarbejde, som man hver især er fordybet i, og hvor den sparring og diskussion, der opstår, også får en anden dybde. Forskelligheder kan være både godt og mindre godt, og jeg tænker, at der hvor jeg oplever, at tingene giver bedst mening, er i de netværkssammenhænge, hvor man trods forskellighederne også har et eller andet til fælles. Det har man måske også oftest i de kredse, man opsøger, men det kan måske være meget godt, at være sig bevidst, hvad det er, man er ens eller forskellig i forhold til.

Det kan måske virke lidt banalt alt sammen, men når man står i en situation, hvor man skal starte forfra i nye omgivelser, går det op for en, hvor vigtigt netværk er. Og ikke bare netværk, men de gode netværk, som uden at tøve henviser en ind i nye relevante sammenhænge.

Venlig hilsen

Birgitte Lerbæk

Ph.d. studerende

Center for Psykoseforskning, Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital

Klinisk Institut, Aalborg Universitet

'Klommen' beskriver mit ph.d. forløb fra start til slut. Projektet forløber fra maj 2016 til april 2019.

En beskrivelse af projektet kan læses i Klummens første indlæg i Forstyrrelsen, juni 2016.

Kommentarer og spørgsmål er velkomne på birgitte.lerbaek@rn.dk.

Bestyrelsen



Formand

Annesofie Lunde Jensen,
Klinisk sygeplejespecialist, phd
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA
Aarhus Universitets Hospital
annesjen@rm.dk



Næstformand, fagsbladsredaktør og ansvarlig for boganmeldelser

Britt Borregaard,
Udviklingsygeplejerske, MPQM, PhD studerende
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afd. T
Odense Universitetshospital
britt.borregaard@rsyd.dk



Kasserer

Tina Nielsen,
Klinisk Udviklingsygeplejerske
Hæmatologisk Afdeling,
Roskilde Sygehus
tini@regionsjaelland.dk



Fagbladsredaktør og ansvarlig for medlemsregistrering og legatansøgninger

Anni Nørregaard
Udviklingsygeplejerske, Cand. Cur.
Neurokirurgisk Afdeling U,
Odense Universitetshospital
anni.noerregaard@rsyd.dk



Kirsten Vinther,
Udviklingsygeplejerske
Klinik Akut,
Sygehus Thy-Mors
kirsten.vinther@rn.dk



Julie Maria Duval Pedersen,
Udviklingsygeplejerske
Syddjurs Kommune,
Syddjurs Sygeplejeteam
jmdp@syddjurs.dk



Jeanette Rasmussen
Udviklingsygeplejerske, cand. cur.
Plejeboliger & Dagcentre
Social & Sundhed
Gentofte Kommune
jera@gentofte.dk



Birgitte Lerbæk, RN, Cand. Scient. San
Ph.d. studerende
Center for Psykoseforskning,
Klinik Psykiatri Syd, Aalborg Universitetshospital
birgitte.lerbaek@rn.dk