

**SIDE 5**

Faglig artikel

Rehabilitering for patienter  
behandlet med ablation for  
atrieflimren

**SIDE 8**

Faglig artikel

JBI modellen  
som procesredskab

**SIDE 12**

Opslagstavlen

Løst og fast...

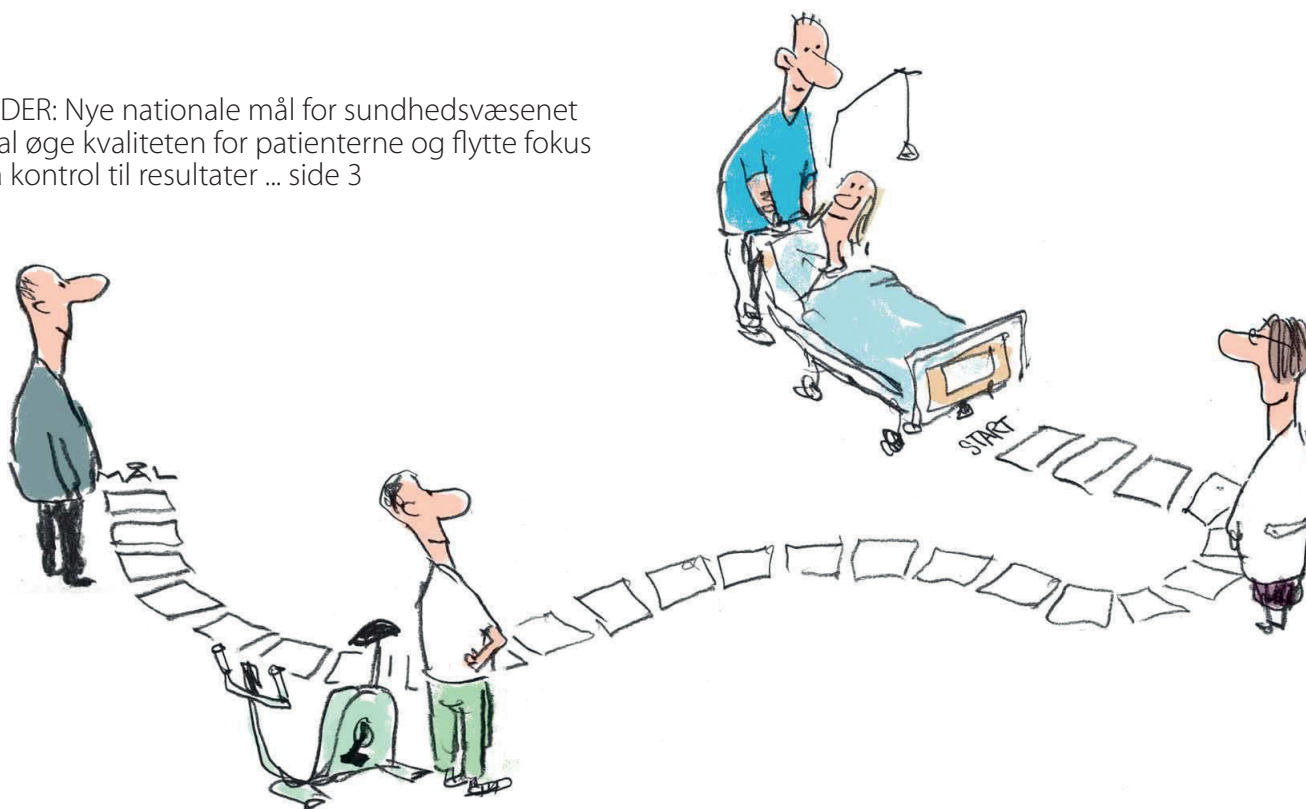
**03**

**2016**

**SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT**

# forstyrrelsen

LEDER: Nye nationale mål for sundhedsvæsenet  
skal øge kvaliteten for patienterne og flytte fokus  
fra kontrol til resultater ... side 3



Fagligt selskab for  
**SYGEPLEJERSKER**  
der arbejder med  
**UDVIKLING OG FORSKNING**



## Fagbladet Forstyrrelsen

### Redaktionsgruppen



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 Twisttmann Bay, RN, Cand. Scient. San  
Udviklingsygeplejerske  
Reumatologisk Afdeling C,  
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

### Indholdsfortegnelse

Redaktionsgruppen .....	2
Indholdsfortegnelse .....	2
Leder .....	3
Nyt fra bestyrelsen .....	4
Faglig artikel, Rehabilitering... ..	6
Faglig artikel, JBI modellen... ..	8
Svar på debat... ..	10
Faglig artikel, APN - sygeplejersker... ..	11
Opslagstavlen .....	12
Kommende konferencer.....	13
Skal du have udvidet dit fagbibliotek.....	14
Stafetten .....	15
Klummen.....	16
Bogameldelser .....	18
Kontaktinformationer på bestyrelsen.....	20

## 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 15. februar, 15. maj, 15. september og 15. oktober.

**Manuskriptvejledning kan findes på selskabets hjemmeside: [www.dsr.dk/fs32](http://www.dsr.dk/fs32)**

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

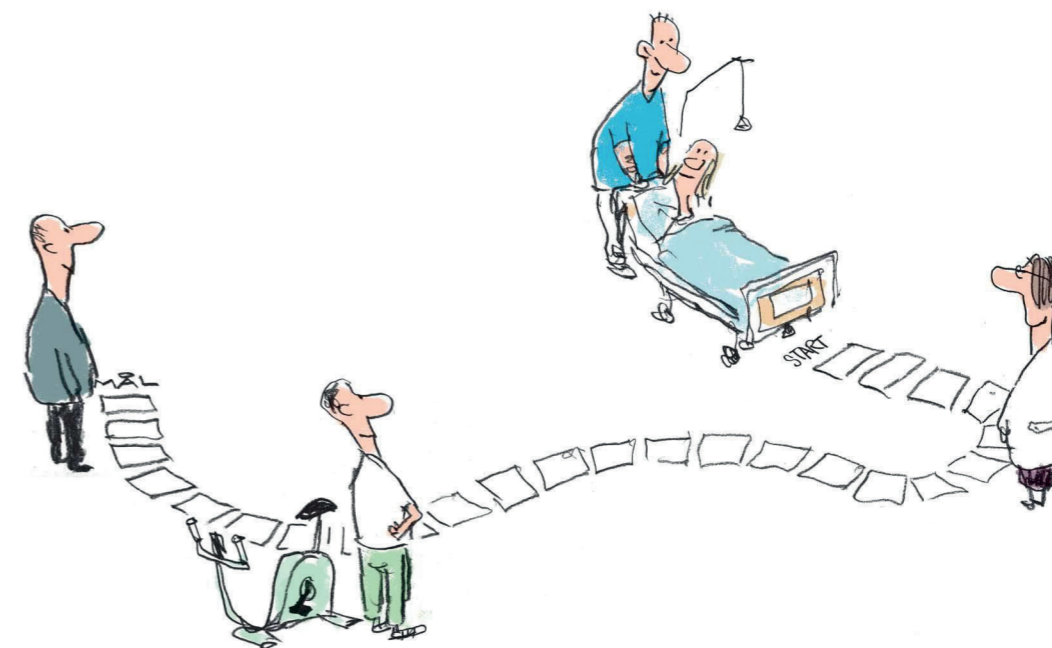
Artikler skal rettes til bladets målgruppe: Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

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.

## LEDER

### Nye nationale mål for sundhedsvæsenet skal øge kvaliteten for patienterne og flytte fokus fra kontrol til resultater



#### Regeringen, Kommunernes Landsforening og Danske Regioner blev i april 2016 enige om otte nye nationale mål:

- ✓ Bedre sammenhængende patientforløb
- ✓ Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- ✓ Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- ✓ Behandling af høj kvalitet
- ✓ Hurtig udredning og behandling
- ✓ Øget patientinddragelse
- ✓ Flere sunde leveår
- ✓ Mere effektivt sundhedsvæsen

De nationale mål udtrykker en politisk retning for udviklingen af det danske sundhedsvæsen. Der er knyttet en række indikatorer til hvert af de enkelte mål. Trafiklysmarkering skal visualisere udviklingen og gøre det muligt for regioner og kommuner at tage initiativer til ændringer, hvis målene ikke nås.

De otte nationale mål afløser Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM), som har været meget udskældt især af vores lægefaglige kollegaer. Tager vi målene en efter en, var de alle

en del af de beskrevne standarder i DDKM. Men hvad er så det nye i disse nationale mål? Svaret fra initiativtagerne er; "Et skift væk fra proces – og registreringskrav til i højere grad at fokusere på resultater til gavn for den enkelte patient". Altså målstyring frem for processtyring, så der bliver en større metodefrihed for personalet.

Sundheds- og ældreminister Sophie Løhde er ikke i tvivl om, at med de nationale mål bliver det både mere enkelt og gennemskueligt at se, om kvaliteten i sundhedsvæsenet flytter sig i den rigtige retning til gavn for den enkelte patient. Lad os håbe hun har ret.

Arbejdsgruppen, som er i fuld gang med at arrangere næste års landskonference, har netop ladet sig inspirere af de otte nationale mål. Sæt derfor allerede nu kryds i kalenderen den 22.-23. marts 2017, og deltag i en spændende konference i København, hvor foredragsholderne vil give deres bud på, hvordan vi forbedrer kvaliteten i det danske sundhedsvæsen.



## Nyt fra bestyrelsen

### Hej Sundhedsvæsen

Mon I har læst undersøgelsen med overnævnte titel?

# I gang igen

Hverdagen kom så igen. Hurtigt bliver vi opslugt af og fanget i alle former for udfordringer. Den elektroniske patientjournal, dokumentation, forskning, som skal sættes i gang eller afsluttes, besparelser eller nye muligheder for at udvikle og forbedre vores praksis. Og forbedringerne er der åbenbart brug for, når det er patienterne, det drejer sig om? En ny undersøgelse af patienters oplevelser af deres sygehusindlæggelse sætter fokus på patienternes ønsker til og faktiske involvering i egen behandling. Interessant og måske lidt skræmmende er det at læse, at kun 55 % oplever, at sundhedsvæsenet er til for dem. Det må siges at være en af de store udfordringer, som nok ikke løses over natten. For over 300 år siden, da de første sygehuse så dagens lys, var de ikke for patienterne. Sygehusene var kort fortalt til for, at lægerne kunne lære om sygdommene. Gad vide, hvad datidens patienter havde svaret, hvis de var blevet spurgt om deres ønsker til og oplevelse af involvering. Man kan kun gætte. Måske var spørgsmålet så fremmed for dem, at det ikke gav mening. Det gør det i dag. Heldigvis!

Og svaret udfordrer os. Vi får lyst til at blive bedre og til at undersøge, hvornår og hvordan det går galt. Det hænger sammen med, at spørgsmål kræver (an)svar, som Pia Lauritzen skriver i den lille bog som lyder navnet "Spørgsmål". Samtidig har spørgsmål det med at markere overgangen fra uvidenhed til viden. Det forpligter.

I det faglige selskab stiller vi måske for få spørgsmål til vores medlemmer? I stedet forsøger vi at skabe dynamik, dele viden og informere om muligheder. For eksempel reklamerer vi jævnligt på vores hjemmeside, når sundhedsstyrelsen søger nye medlemmer til arbejdsgrupper. Og det sker ofte, at der er medlemmer, som melder sig. Det giver mulighed for at sætte præg på vores sundhedsvæsen, og for at stille spørgsmål og udfordre den praksis som ofte vi kun kender fra bestemte positioner. Så hold øje med hjemmesiden og de andre sociale medier – det kan det være, vi begynder at stille et spørgsmål!

## FAGLIG ARTIKEL

Signe Risom, sygeplejerske, Cand.scient.san, PhD

Ansæt som postdoc ved Hjertecentret, Rigshospitalet. Blegdamsvej 9, 2100 København Ø og Professionshøjskolen Metropol, Institut for Sygepleje. Tagensvej 86, 2200 København N.



## Rehabilitering for patienter behandlet med ablation for atrieflimren

### Resumé:

Hjerterehabilitering bliver i dag ikke tilbudt til patienter med atrieflimren (AF) eller behandlet for AF. De beskrevne studier vil sætte fokus på dette og undersøge, om de positive effekter, som hjerterehabilitering har vist at have på patienter med eks. hjertesvigt, kan overføres til patienter med AF. Dette gøres ved et Cochrane review, et landsdækkende survey og et stort randomiseret forsøg.

### Indledning

Det er fundet, at hjerterehabilitering har en positiv effekt på patienter med hjertesvigt og iskæmisk hjertesygdom i forhold til genindlæggelser, sundhedsrelateret livskvalitet og fysisk kapacitet (1). Derfor anbefaler European Society of Cardiology (ESC) og American College of Cardiology (ACC)/American Heart Association (AHA) nu hjerterehabilitering til disse patientgrupper, og deltagelse i hjerterehabilitering bliver betragtet som sikkert samt effektivt. Behovet for og effekten af hjerterehabilitering er ikke testet hos patienter med AF eller patienter behandlet for atrieflimren med ablation. Atrieflimren påvirker op til 2 % af befolkningen, og dette tal er stigende primært på grund af den stigende gruppe af ældre. AF udgør ca. 1/3 af alle indlæggelser på grund af rytmeforstyrrelser. Ablation er en voksende invasiv behandlingsform med en succesrate på ca. 70 % (2). Studier viser, at livskvaliteten er nedsat blandt patienter med AF sammenlignet med den generelle befolkning eller patienter med anden hjertesygdom (3). Patienter føler sig ofte stressede og mangler viden angående symptomhåndtering og hjælp fra sundhedsprofessionelle (4).

Et stort studie har fundet, at AF symptomer er en negativ prædikator for patienternes fysiske kapacitet (5). Mindre studier viser, at fysisk træning kan forbedre AF patienternes livskvalitet og fysisk kapacitet og nedsætter den ventrikulære rytme samtidig med at øge den fysiske kapacitet (6,7).

Mange patienter fortæller imidlertid, at de er bange for at udføre fysisk aktivitet og dyrker derfor mindre motion (4).

### Et systematisk Cochrane review

Ved systematisk gennemgang af den eksisterende litteratur blev effekten af træningsbaseret hjerterehabilitering undersøgt i et Cochrane review for patienter med atrieflimren eller behandlet for atrieflimren (8).

The Cochrane Central Register of Controlled Trials in The Cochrane Library, The Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness in The Cochrane Library, MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsycINFO, LILACS, and Conference Proceedings Citation Index-S in Web of Science op til maj/juni 2014 blev gennemgået. Der var ingen dato eller sprog kriterier sat op. Randomiserede kliniske forsøg, der undersøgte fysisk træningsbaseret interventioner sammenlignet med alle former for kontrol (eks. undervisning) eller ingen kontrol, blev inkluderet. Patienterne var 18 år eller ældre med AF eller behandlet for AF. To medforfattere gennemgik uafhængigt af hinanden de fundne forsøg og sammenlignede inkluderede forsøg. Risiko for bias blev gennemgået ud fra Cochranes biasformer.

Tre forsøg med i alt 122 deltagere levede op til inklusionskriterierne. Alle forsøg var fra Europa og gennemført i 2006 til 2011 og havde 8-16 ugers follow-up. Alle forsøg havde generelt høj risiko for bias.

Resultaterne viste, at der ikke var nogle døde i forsøgene og i alt fire alvorlige bivirkninger (intervention: 1/59 versus kontrol: 3/59). Træningsbaseret hjerterehabilitering øgede imidlertid den fysiske kapacitet signifikant (SMD 1.23, 95 % CI 0.83 til 1.63;  $p < 0.0001$ ;  $I^2 = 0\%$ ; 3 forsøg; 118 deltagere), men mere evidens på området efterlyses i forhold til effekten på dødelighed, alvorlige bivirkninger, sundhedsrelate-



ret livskvalitet, atrieflimren symptomer og tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

### Et nationalt survey

I en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse 6-12 måneder efter ablation for atrieflimren og atrieflagren blev patient rapporterede data undersøgt. Af spørgeskemaer blev inkluderet Short Form-36 (SF-36), HeartQoL, Hospital Anxiety Depression Scale (HADS) og spørgsmål om fysisk aktivitet. Desuden blev effekten af et integreret hjerterehabiliteringsprogram på fysisk kapacitet og mentalt helbred undersøgt for patienter behandlet for AF med ablation.

Patient rapporterede data 6-12 måneder efter ablationsbehandling (svarprocent: 73.7%) viste, at patienterne opnåede lavere scorer sammenlignet med en befolkningsgruppe uden langvarig sygdom i forhold til selvopfattet helbred og fysisk aktivitet. De patienter, der scorede lavest, var: patienter med høj alder, kvinder samt patienter med høj co-morbiditet.

### CopenHeartRFA det randomiserede kliniske forsøg

Blev designet som et randomiseret forsøg (9) hvor patienter behandlet for AF med ablation blev computer randomiseret til rehabilitering med vanlig efterbehandling eller vanlig efterbehandling alene. Der er efter sample size beregning inkluderet 210 patienter på 2 sites (rekrutteringsperiode: dec. 2011 til dec. 2013).

Interventionen var ikke-blindet for personale og patienter. Fysiske tests, dataindsamling og administration samt statistiske analyser blev gennemført blindet. Data blev analyseret med relevante statistiske metoder og analyseret efter intention-to-treat princippet. Forskellen mellem tests blev testet ved at anvende passende non-parametriske eller parametriske tests. Signifikansniveauet blev sat til  $p < 0.05$ .

Fysisk træning. Interventionen byggede på den nuværende viden om rehabilitering af hjertepatienter (1).

Interventionen bestod af fysisk træning i form af høj intensitet træning med kardiovaskulær træning (pulstræning) og styrketræning for både at opnå forbedring af muskelstyrke samt udholdenhed. Træningen var individuelt tilrettelagt af en fysioterapeut. Træningsperioden var 12 uger, og der blev trænet minimum 3 gange ugentligt af 30-60 min. med opstart på Rigshospitalet på et lukket hold. Herefter kunne træningen foregå på lokalsygehus, hjemme hos patienten eller i nærmiljø. Patienterne trænede efter Borg skala og blev opfordret til at træne intensivt (Borg 15-17). For at opnå kardiovaskulær justering blev der gennemført opvarmning og "cool down", da det er vist at kunne minimere risikoen for arytmi. Patienterne trænede med pulsor og førte dagbog over deres træning for at kontrollere compliance.

Den psyko-edukative intervention blev gennemført af to sygeplejersker med klinisk erfaring med patienter med AF og ablation. Sygeplejerskerne gennemførte konsultationerne med patienterne enkeltvis og evt. med pårørende.

Patienten havde 4 samtaler fordelt på 6 måneder. Samtalerne foregik på Rigshospitalet eller telefonisk.

Konsultationerne tog et teoretisk udgangspunkt i en patientcentreret tilgang, hvor vægten blev lagt på støtte og undervisning. Målet var at forbedre mestringskompetencer og sygdomshåndtering. Interventionen blev rettet mod de modificerbare parametre som AF er rapporteret at have indflydelse på. Konsultationerne blev guidet af Dr. Parses Human Becoming Practice Methodology (10) og fulgte tre trin: 1. afdække betydning af at have AF eller sinusrytme og have været igennem ablation; 2. opdage og diskutere begivenheder og muligheder relateret til AF eller sinusrytme; 3. følge forestillede forandringsmuligheder sammen med patienten.

Kontrolgruppen bestod af patienter, der fik vanlig behandling med gennemførelse af baseline, 1, 4, 6, 12 og 24 måneders forsøgsrelateret undersøgelser.

Resultaterne viste en statistisk signifikant forøgelse af det primære effektmål: måling af maksimal iltoptagelse,  $VO_2$  peak ved ergospirometri (Ergo-Spiro CS-200, Schiller, Schweiz) på 24.3 ml/kg/min versus 20.7 ml/kg/min,  $p$  af hovedeffekten=0.003,  $p$  af interaktionen mellem tid og interventionen=0.020). For det sekundære effektmål, livskvalitet og selvurderet helbred målt på spørgeskemaet SF-36 fandt vi ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne (53.8 versus 51.9 points,  $p=0.20$ ).

Vi har desuden gennemført en interviewundersøgelse, der inkluderede 10 % af patienterne randomiseret til interventionsgruppen. Interviewene har en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang og blev gennemført for at evaluere patienternes deltagelse i rehabiliteringsprogrammet. Disse er ved at blive analyseret i skrivende stund.

### Etiske aspekter

CopenHeartRFA udføres i overensstemmelse med Helsinki-deklarationen fra 2008. Skriftlig informeret samtykke er indhentet fra patienterne før inklusion. Der foreligger tilladelse fra Datatilsynet og Etisk komité. Oplysningerne om deltagerne beskyttes efter Sundhedsloven og Lov om behandling af personoplysninger, CopenHeartRFA er registreret i "The Clinical Trials Database" (ClinicalTrials.gov nr.: NCT01523145).

### Konklusion og perspektivering

Ved at benytte forskellige forskningsdesigns konkluderes, at patienter med AF vil opnå positiv effekt af hjerterehabilitering specielt i form af øget fysisk kapacitet. Patienter behandlet for AF med ablation oplever nedsat selvopfattet helbred og fysisk aktivitet. Deltagelse i et hjerterehabiliterings program havde positive effekter primært i form af øget fysisk kapacitet, hvilket stemmer overens med resultatet i det systematiske Cochrane review. Eftersom det randomiserede forsøg ikke primært var designet til at undersøge dødelighed eller alvorlige bivirkninger, er der behov for yderligere evidens på området, før hjerterehabilitering til patienter behandlet med ablation for AF kan indskrives

i generelle anbefalinger. Der blev i hjerterehabiliteringsgruppen observeret flere ikke-alvorlige bivirkninger i form af muskuloskeletale skader og smerter, og derfor anbefales det at individuelle hjerterehabiliterings programmer sammensættes.

I forlængelse af CopenHeart er der planlagt eksplorative undersøgelser, der lægger vægt på langtids-follow-up af patientgruppen med fokus på fysisk kapacitet, livskvalitet, angst, depression, søvnkvalitet, genindlæggelser og død samt økonomiske analyser af interventionen. Målet er at komme så mange patienter behandlet med ablation for AF til gode. Der bruges i dag mange ressourcer på den højt specialiserede ablationsbehandling. Med CopenHeart sættes fokus på efterfølgende, og det undersøges, hvordan sundhedsprofessionelle kan hjælpe og støtte patienten hurtigt tilbage til et godt hverdagsliv.

### Vil du vide mere om CopenHeart:

<http://www.copenheart.org/da-DK/Forside.aspx?arealD=1>

### Referencer

1. Anderson LJ, Taylor RS. Cardiac rehabilitation for people with heart disease: An overview of Cochrane systematic reviews. *Int J Cardiol.* Elsevier; 2015 Nov;177(2):348-61.
2. Camm AJ, Kirchhof P, Lip GYH, Schotten U, Savelieva I, Ernst S, et al. Guidelines for the management of atrial fibrillation. *Eur Heart J.* 2010 Oct;31(19):2369-429.
3. Thrall G, Lane D, Carroll D, Lip GY. Quality of life in patients with atrial fibrillation: a systematic review. *Am J Med.* 2006;119(5):448.e1-448.19.
4. McCabe PJ, Schumacher K, Barnason S a. Living with atrial fibrillation: a qualitative study. *J Cardiovasc Nurs.* 2011;26(4):336-44.
5. Atwood JE, Myers JN, Tang XC, Reda DJ, Singh SN, Singh BN. Exercise capacity in atrial fibrillation: a substudy of the Sotalol-Amiodarone Atrial Fibrillation Efficacy Trial (SAFE-T). *Am Heart J.* 2007 Apr;153(4):566-72.
6. Hegbom F, Sire S, Heldal M, Orning OM, Stavem K, Gjesdal K. Short-term exercise training in patients with chronic atrial fibrillation: effects on exercise capacity, AV conduction, and quality of life. *J Cardiopulm Rehabil.* 2006;26(1):24-9.
7. Osbak PS, Mourier M, Kjaer A, Henriksen JH, Kofoed KF, Jensen GB. A randomized study of the effects of exercise training on patients with atrial fibrillation. *Am Heart J.* 2011 Dec;162(6):1080-7.
8. Risom SS, Zwisler A-D, Johansen PP, Sibilliz KL, Lindschou J, Taylor RS, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for adults with atrial fibrillation. *Unpubl Rev Cochrane Database Syst Rev.*

9. Risom SS, Zwisler A-DO, Rasmussen TB, Sibilliz KL, Svendsen JH, Gluud C, et al. The effect of integrated cardiac rehabilitation versus treatment as usual for atrial fibrillation patients treated with ablation: the randomised CopenHeartRFA trial protocol. *BMJ Open.* 2013;3(2):1-14.
10. Parse RR. The human becoming school of thought: a perspective for nurses and other health professionals. Thousand Oaks, Calif.: Sage; 1998. 130 sider p.





## Problemer med opgaven eller artiklen?

- Er din vejledningstid brugt?
- Har du brug for hjælp til udarbejdelse af dit målrettede CV?

Her er din løsning.

KommuniCare hjælper dig med vejledning, redigering og sprogvaske, så dit produkt bliver perfekt. Sammen når vi DIT mål.

Kontakt KommuniCare v/Anne Holm Nyland på:  
[info.kommunicare@gmail.com](mailto:info.kommunicare@gmail.com),  
Facebook og Instagram

Se mere om KommuniCare på [kommunicare-consult.dk](http://kommunicare-consult.dk).



**Fokus fremmer forandring**

Lisbeth Uhrenfeldt, phd, lektor,  
Aalborg Universitet [lisuhr@hst.aau.dk](mailto:lisuhr@hst.aau.dk)



## JBI modellen som procesredskab

Denne faglige artikel sætter fokus på sammenhængen mellem ledelse, udviklings- og forskningsarbejde. Sammenhængen er beskrevet af ledende forskere hos Joanna Briggs Institute, repræsenteret i Danmark gennem Center for kliniske retningslinjer. Det fælles ærinde er at fremstille evidens er at sikre, at den nye viden er relevant i forhold til en samlet samfundsstrategi, og at den kommer til anvendelse hos patienterne. Det kalder JBI for *Use evidence* (model 1) eller *Evidence utilisation* (model 2). Forud herfor er der brug for en ledelsesstrategi, der udpeger de områder, der skal samles evidens indenfor, både i forhold til nationale og internationale sundhedsvisioner men også i forhold til lokale patientgrupper med særlige behov og udfordringer. Der argumenteres for, at JBI modellen kan inspirere ledere og forskere til at arbejde mere aktivt med den fælles forsknings- og udviklingsopgave. Artiklen er skrevet på baggrund af et oplæg, der blev givet på Landskonferencen for sygeplejersker, der arbejder med udvikling af forskning 2016 under titlen: *Hokus pokus udvikling og forskning i fokus*.

### Indledning

Jeg er ansat på Aalborg universitet, Institut for medicin og sundhedsteknologi (AAU). Mine nærmeste lokale samarbejdspartnere er ansat på Aalborg universitetshospital/klinisk institut (AAUH), Center for kliniske retningslinjer (CFKR) og University college Nordjylland (UCN). Forud for dette var min tilknytning Regionshospitalet Horsens (HEH)/ Aarhus universitet og Sektion for sygepleje. I hele perioden (syv år) har jeg arbejdet med det, der på Landskonferencen 2016 blev omtalt som "JBI modellen som procesredskab". JBI er forkortelsen for Joanna Briggs Institute, et center med adresse på University of Adelaide i Australien (se evt.: <http://joannabriggs.org/index.html>).

Professor Preben Ulrich Pedersen fra CFKR deltog på HEH i udviklingen af et kursus der kunne bidrage til oversygeplejerskernes ledelseskompetence inden for forskning og udvikling (Uhrenfeldt et al. in press). I forlængelse heraf købte vi på HEH kurset "Comprehensive Systematic Review" af CFKR. Formålet var at stimulere udviklingssygeplejersker og terapeuter, samt andre klinikere med ønske om at kickstarte en ph.d. uddannelse, til at kende evidensen inden for det emne de var optaget af. Desuden at undersøge fordele ved at publicere en protokol forud for udarbejdelsen af et systematisk review. Flere studier blev publiceret på den

baggrund (f. eks.: Toft & Uhrenfeldt 2014, 2015, Rasmussen & Uhrenfeldt 2015, 2016). Herefter (2013) blev jeg tilknyttet CFKR som én af deres *Core staff members* et ulønnet hverv til glæde for begge parter. Det var på den baggrund, jeg gav oplæg på Landskonferencen 2016 *Hokus Pokus udvikling og forskning* i fokus i april måned i Ålborg.

### At tænke evidens som en del af ledelse, koordinering og daglig praksis

Hvis udgangspunktet i klinisk praksis er: at kliniske beslutninger skal baseres på den bedst tilgængelige evidens. At forudsætningen er, at patientens behov og ønsker tilgodeses og er sat i forhold til den kontekst pleje og behandling foregår i. At klinikerens dømmekraft skal bidrage til beslutningstagningen, så kan både udvikling, ledelse og klinisk praksis inspireres af JBI modellen (frit oversat efter Pearson 2005).



JBI Model 1

Kilde: [https://www.google.dk/search?q=jbi+model&espv=2&biw=1920&bih=1075&site=webhp&source=lnmstbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj0n9\\_BkkDOAhXJCSwKHVykAGwQ\\_AUIBigB#imgrc=YUS6j3zRaoLMmM%3A](https://www.google.dk/search?q=jbi+model&espv=2&biw=1920&bih=1075&site=webhp&source=lnmstbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj0n9_BkkDOAhXJCSwKHVykAGwQ_AUIBigB#imgrc=YUS6j3zRaoLMmM%3A)

I den første model, præsenteres der fem hovedområder, der skal tages i betragtning, de har hver sin farve. Gul viser hen til hvilke områder, som samfundet ønsker (se *Jo før jo Bedre* eller Third EU Health Programme 2014-2020 i referencelisten), at dets ansatte udøvere (sygeplejersker, læger, fysioterapeuter m.fl.) især skal rette deres opmærksomhed imod i vores land/region. Den blå farve viser, hvordan vi

via strategiske søgninger og primær forskning kan bidrage med viden på de anviste felter. I det grønne felt lægges der vægt på den kritiske læsning af andres forskning, og i det røde felt er opmærksomheden rettet imod anvendelsen af vores viden hos de rette grupper af borgere. I midten befinder de særlige kendetegn ved at være dansk sig, herunder vores sprog, vores kultur, det offentlige sundhedsvæsen, forholdet mellem antal læger og sygeplejersker m.m. som er ret forskelligt mellem fx de Europæiske lande (Attree et al 2011). Ledere kan hente inspiration i de pile der forbinder områderne til kritiske refleksioner. Hvis en medarbejder er mest optaget af det grønne felt og ønsker at anvende sin ny fundne viden i praksis (det røde felt), men det kræver måske nogle ændringer, så kan lederen understøtte sin beslutningstagning ved at hente viden i det gule felt.

Model 1 anvendes ofte i en mere detaljeret og handlingsvejledende udgave, den vises her som model 2.



JBI Model 2 Kilde: <http://joannabriggs.org/assets/img/JBI-Model.png>

Der er stadig en indre cirkel der omhandler konteksten, blot med lidt flere ord. Den næste cirkel er udvidet med et element: vidensoverførsel (Eng.: Knowledge transfer) og der er sket skift i to farver. Gul viser stadig her hen til hvilke områder, som samfundet ønsker, at dets ansatte udøvere skal rette deres opmærksomhed imod i vores land/region. Den blå farve er nu blevet lilla, men viser hen til hvordan vi via strategiske søgninger og primær forskning kan bidrage med viden på de anviste felter. Men derudover er der lagt fire kriterier ind, der må fastlægges forud for opstart af forskningsinitiativer: forkortet på engelsk som FAME: F for feasibility, på hvilken måde er denne aktivitet eller intervention fysisk, kulturel eller finansielt praktisk eller ønskelig inden for det vi kalder vores kontekst? A for appropriateness, på hvilken måde er denne aktivitet eller intervention relevant og acceptabel i vores sammenhæng? M for meaningfulness, på hvilken måde har denne aktivitet eller intervention sammenhæng til de holdninger, værdier og øvrige valg vi har truffet i den aktuelle kliniske sammenhæng? E for effectiveness, klinisk effektivitet drejer sig om sammenhængen mellem en gi-

ven intervention, klinisk aktivitet og det forventede udbytte heraf.

I det grønne felt lægges der vægt på både den kritiske læsning af andres forskning, men også at syntetisere andres forskning op til et højere niveau for evidens f.eks. gennem systematisk review, teoridannelse, metasyntese eller metaanalyse. Et nyt felt, blått optræder i denne figur og det præciserer, at det ikke er nok selv at have viden og anvende den, viden skal deles, og der er flere veje at gøre det ad (information, uddannelse, eller/og systemændringer). I det røde felt er opmærksomheden stadig rettet imod anvendelsen af vores viden hos de rette grupper af borgere, men desuden at monitorere den virkning den nye evidens har for patienterne, at igangsætte en ændret praksis/retningslinjer/fremgangsmåder og at sikre at de værdifulde ændringer bliver en stationær del af praksis. Her mødes lederen, forskeren og den udviklingsansvarlige sygeplejerske om en fælles innovativ proces.

Afsluttende, kan det konkluderes, at ovenstående er en appetitvækker til det selv at besøge JBI hjemmesider og CFKR's nyhedsbreve, idet udviklingen inden for metoder til fremstilling af evidens er i en spændende og stor udvikling ikke mindst indenfor sygepleje og ledelse.

### Referencer

- Attree, M., Flinkman, M., Howley, B., Lakanmaa, R. L., Lima-Basto, M. & Uhrenfeldt, L. (2011). A review of nursing workforce policies in five European countries: Denmark, Finland, Ireland, Portugal and United Kingdom\*/ England. *Journal of nursing management*, 19(6), 786-802.
- Jo før – jo bedre - Tidlig diagnose, bedre behandling og flere gode leveår for alle. August 2014. [http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Ministeren/2014/August/~/\\_/media/Filer%20-%20Publikationer\\_i\\_pdf/2014/Sundhedsudspil-jo-foer-jo-bedre-aug-2014/Sundhedsudspil-Jo-foer-jo-bedre-aug-2014.ashx](http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Ministeren/2014/August/~/_/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Sundhedsudspil-jo-foer-jo-bedre-aug-2014/Sundhedsudspil-Jo-foer-jo-bedre-aug-2014.ashx)
- Pearson A, Wiechula R, Court A, & Lockwood C. (2005) The JBI model of evidence-based healthcare. *Int. J Evid Based Healthcare*, 3, 207-215.
- <http://extranet.hospitalcruces.com/doc/adjuntos/JBI%20model%20of%20evidence%20based%20health-care%202005.pdf>
- Rasmussen B. & Uhrenfeldt L. (2014) Lived experiences of self-efficacy and well-being after hip fracture rehabilitation: A systematic review protocol of qualitative evidence. *JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports* 12(10) 73 -84
- Rasmussen B. & Uhrenfeldt L. (2016) Establishing well-being after hip fracture: A systematic review of qualitative studies. *Disability and Rehabilitation*. <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1138552>
- Third EU Health Programme 2014-2020. European Commission. [http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ev\\_20141104\\_co01\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/programme/docs/ev_20141104_co01_en.pdf)
- Toft BS & Uhrenfeldt L. (2014) Facilitators and barriers for participation in physical activity experienced among obese adults: a systematic review protocol of qualita-



tive evidence. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports,12(6)13-23.

- Toft BS & Uhrenfeldt L. (2015) The lived experiences of being physically active when morbidly obese: A qualitative systematic review. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. ISSN 1748-2631. Available at: <http://www.ijqhw.net/index.php/qhw/article/view/28577>. Date accessed: 22 Sep. 2015. doi:http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v10.28577.
- Uhrenfeldt L, Ulsøe M-L, Pedersen PU, & Ammentorp J.

(in press) Competency development: an intervention for clinical leaders. Nordisk sygeplejeforskning. Accepteret 18-02-2016

## FAGLIG ARTIKEL

**Vibeke Westh,**  
Kredsformand Kreds Hovedstaden



# Svar på Debatoplæg

I Forstyrrelsen nr. 2/2016 bragte vi et forslag til debat med titlen:  
Skal patienterne inddrages i forskning?

Oplægget blev også bragt på facebook, hvor følgende kommentarer dukkede op:



**Carrinna Hansen**

*Jeg er klart tilhænger af at patienter og pårørende inddrages i forskningsprocessen.. De kan bidrage i processen som betydningsfulde sparringspartnere. Det der for mig at se, i virkeligheden er den største udfordring er udvælgelsen af de "rigtige" patienter / pårørende som kan bidrage til forskningsprocessen. Det kan være en god ide, at få kontakt til patienter og pårørende igennem patientforening og pårørende forening.*



**Frederikke Ellersgaard Pudselykke**

*Jeg kan godt se at, patienternes inddragelse er essentiel, for den forskning, der finder sted i sundhedsvæsenet. Dog har jeg svært ved at se hvordan det i praksis kommer til at hænge sammen, hvis det er patienterne skal inddrages i designet af forskningsprojektet. Patienternes oplevelser af vores sundhedsvæsen, kan være en del af hvilke problemstillinger der bliver taget op af forskningen. Dog mener jeg, at vi skal være opmærksomme på at forskningen kommer op på et højere niveau, end enkelte patient klage sager.*



## Hvad mener du?

Du kan stadig nå at diskutere med...

## APN – sygeplejersker er en del af svaret på sundhedsvæsnets udfordringer

Det er sagt så mange gange før, men det bliver det ikke mindre sandt af: Antallet af danskere, der lever med en eller flere kroniske sygdomme, stiger og vil stige i fremtiden. Politikerne skal finde en måde at få sundhedsvæsnets økonomi til at passe med den situation. I lande som Canada, USA, England og Holland har noget af svaret på den store udfordring været at indføre funktionen APN (Advanced Practice Nurse).

Skal vi have APN i Danmark? Som Trine Stougaard Madsen skrev i sidste nummer af "Forstyrrelsen", ja – så er DSR i fuld gang med at drøfte og definere, hvordan APN-sygeplejersker kan blive en faktor i det danske sundhedsvæsen. At der er brug for rollen, er DSR – sammen med OECD<sup>1</sup> - ikke i tvivl om: I landet med de korteste indlæggelsestider i Europa er der brug for en person, der sammen med borgeren kan "oversætte" fra den super specialiserede medicinske tilgang til det hverdagsliv, der skal leves med kronisk sygdom og konsekvenserne af livslang sygdom og behandling.

Sygeplejersker vil måske nu sige... jamen det gør vi allerede, og hvis vi fik lidt mere tid, ville vi kunne gøre det bedre og mere. Her er det vigtigt at pointere, at APN er noget andet end nogen af de roller og funktioner, som sygeplejersker kender i Danmark i dag. APN er sygeplejersker, der har en høj grad af autonomi og selvstændig praksis: De

har selvstændigt ansvar for patienters behandling, de har kompetencer til selvstændig diagnosticering og beslutningstagning, de integrerer forskning, uddannelse, ledelse i praksis, de har ret til at henvise borgere til andre i sundhedsvæsenet.

Er APN en så halvdårlig mini-læge? vil andre måske så spørge. Nej – er svaret selvfølgelig. APN udfylder i de lande, hvor det eksisterer, en plads i sundhedsvæsenet som lige præcis ikke er dækket ind i det danske sundhedsvæsen i dag. En mere samlet og holistisk tilgang, som APN-sygeplejersker står for, har vist sig i udlandet at være win win for både borgeren, sundhedsvæsenet og fagets udvikling. APN-sygeplejersker supplerer den lægefaglige højt specialiserede tilgang på en for borgerne tiltrængt og hverdagsrelateret måde. APN-sygeplejersker fungerer i udlandet i kommunal sygepleje, ambulatorier, lægepraksis, akutmodtagelser, psykiatrien og har også flere steder selvstændig praksis.

Medlemmer i FS for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning kan, hvor I befinder jer, være med til at efterspørge APN-rollen og kompetencerne; på arbejdspladserne, i ledelseslagene og i det politiske system. Det er vigtigt at synliggøre behovet, så der bliver efterspørgsel og kunder, og vi kan få sat den nødvendige uddannelse i værk.

<sup>1</sup> OECD's Review of Health Care Quality in Denmark fra 2013



# Opslagstavle

- løst og fast

Er du også vild med bøger, men synes engelske bøger er lidt for dyre i Danmark? Tjek

**Alibris.uk.com**  
for både nye og brugte bøger meget billigt!

Husk Bogforum i Bella Centret  
11.-13. november

## hjælp til annoncer

Fagbladet Forstyrrelsen finansieres af annoncører - kender DU en, der kunne have lyst til at annoncere, så giv redaktionen besked!

### nyt medlem?

Vil du meldes ind i Det Faglige Selskab for Sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning? Tjek [dsr.dk/fs32](http://dsr.dk/fs32)

Vil du skrive en artikel til fagbladet Forstyrrelsen? Send endelig dine ideer til os

### Fik du ikke sidste blad?

Vi har erfaret, at ikke alle har fået sidste blad, det beklager vi meget, og håber at PostDanmark er mere pålidelige denne gang...

### DSRs aftale

aftale om at købe fagbøger på tilbud? Tjek <https://dsr.dk/medlemskab/nyhed/tilbud-paa-fagboeger>



Find os på facebook:  
Det faglige selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

**issuu.com**

Fagbladet Forstyrrelsen kan også findes på [issuu.com](http://issuu.com)

# konferencer





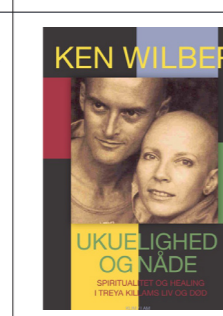
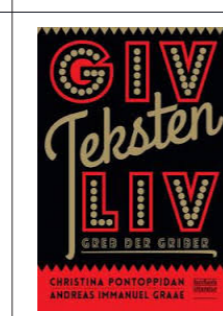
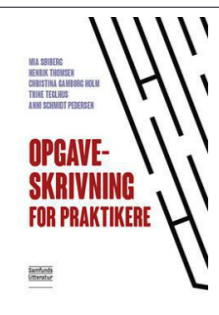

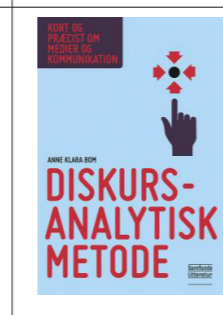





kommende konferencer på nationalt og internationalt plan

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





# Vil du have udvidet dit fagbibliotek?

 <p><b>Alkohol</b> brug, konsekvenser og behandling</p> <p>Red.: Ulrik Becker og Janne Schurmann Tolstrup Munksgaard, 2016</p>	 <p><b>Menneskenære grundbegreber</b> i social- og sundhedsprofessionerne</p> <p>Red.: Gitte Duus og Jan Brødsløv Olsen Samfundslitteratur, 2016</p>	 <p><b>Håndbog i Laboratorieanalyser</b></p> <p>Linda Maria Hilsted, Mette Gyldenløve, Anne-Lise Kamper Munksgaard, 2016</p>
 <p><b>BARIATRI</b> i et tværfagligt perspektiv</p> <p>Forebyggelse og behandling af svær overvægt</p> <p>Red.: Jette Ingerslev og Andreas Printzlau Nyt Nordisk Forlag, 2016</p>	 <p><b>KEN WILBER</b> UKUELIGHED OG NÅDE</p> <p>Ken Wilber Klim, 2016</p>	 <p><b>GIV Teksten LIV</b> GEB DER GIBER</p> <p>Christina Pontoppidan og Andreas Immanuel Graae Samfundslitteratur, 2016</p>
 <p><b>OPGAVE-SKRIVNING FOR PRAKTIKERE</b></p> <p>Mia Søiberg Samfundslitteratur, 2016</p>	 <p><b>At se verden i et sandkorn</b> en eksperimentel metode</p> <p>Jan Holm Ingemann &amp; Brian Benjamin Hansen Samfundslitteratur, 2016</p>	 <p><b>DISKURS-ANALYTISK METODE</b></p> <p>Anne Klara Bom Samfundslitteratur, 2015</p>
 <p><b>Skrive terapi</b></p> <p>Annette Aggerbeck Nyt Nordisk Forlag 2014</p>	 <p><b>SKRIV ARTIKLER</b> OM VIDEENKABELLE, FALIGE OG FORMELLESE ARTIKLER</p> <p>Peter Stray Jørgensen, Lotte Rienecker &amp; Morten Gandil Samfundslitteratur, 2016</p>	 <p><b>Rehabilitering</b> - EN GRUNDBOG</p> <p>Claus Vinther Nielsen &amp; Thomas Maribo GAD, 2016</p>
 <p><b>Praktiske færdigheder</b></p> <p>Karin Larsen, Carsten Munch Nielsen, da Torunn Bjørk Munksgaard, 2015</p>	 <p><b>MENNESKER MED ALKOHOLPROBLEMER</b> baggrund, belastning, behandling</p> <p>Red.: Nina Brúnés, Bjarne Stenger Elholm, Nanna Kappel Nyt Nordisk Forlag, 2015</p>	

Er du interesseret i at få og anmelde en af ovenstående bøger?

Send en mail til:  
britt.borregaard@rsyd.dk



# Stafetten

## –mød en kollega

**Inger M. D. Siemsen, Sundhedsfaglig Specialkonsulent, Region Hovedstaden, Center for Sundhed, Enhed for Kvalitet og Patientsikkerhed**

*Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?*  
Jeg har i 20 år arbejdet i klinikken i ca. 2½ år på intensiv på Hvidovre Hospital, ½ år i hjemmeplejen i daværende Gundsø Kommune og den resterende del af de 20 år i anæstesi på forskellige hospitaler i Region Hovedstadens, som hhv. frontlinje medarbejder, afdelingssygeplejerske, uddannelsesansvarlig og kvalitetskoordinator. Uddannelsesmæssigt har jeg gennemført en videreuddannelse i intensiv terapi, en specialuddannelse som anæstesisygeplejerske, en HD 1. del, en master i voksen uddannelse fra RUC og en ph.d. om "Patientovergange".

*Hvad består dit job af?*  
Jeg sidder i den centrale administration i Region Hovedstaden og er fysisk placeret på Kongens Vænge i Hillerød. Min opgave portefølje er varierende over tid og består i at sekretariatsbetjene forskellige komitéer, arbejdsgrupper og udvalg, at arbejde som projektleder på forskellige projekter og som konsulent at facilitere processer. For nuværende arbejder jeg konkret med tværsektoriel patientsikkerhed og afbureaukratisering. Herudover er jeg TR for DSR og næstformand i vores VMU for koncerntreene, som FTF repræsentant, samt kredsbestyrelsesmedlem i Kreds Hovedstaden.

*Hvilke udfordringer har du stødt på i dit nuværende job, og hvilken har været den største?*  
Jeg støder på udfordringer hver dag i mit arbejde. Oftest er de største udfordringer at finde i konkrete samarbejdsrelationer, i de såkaldte 'ikke tekniske færdigheder'. I min optik er mine evner til, i samarbejde med mine kollegaer, at løse mine opgaver på et tilfredsstillende niveau tæt koblet til mine og vores kommunikative evner her med de samarbejdsrelationer, vi på kryds og tværs i Region Hovedstaden har med hinanden. Jeg oplever, at de fleste udfordringer kan løses, hvis der er en vilje til det fra både ledelse og medarbejder side.

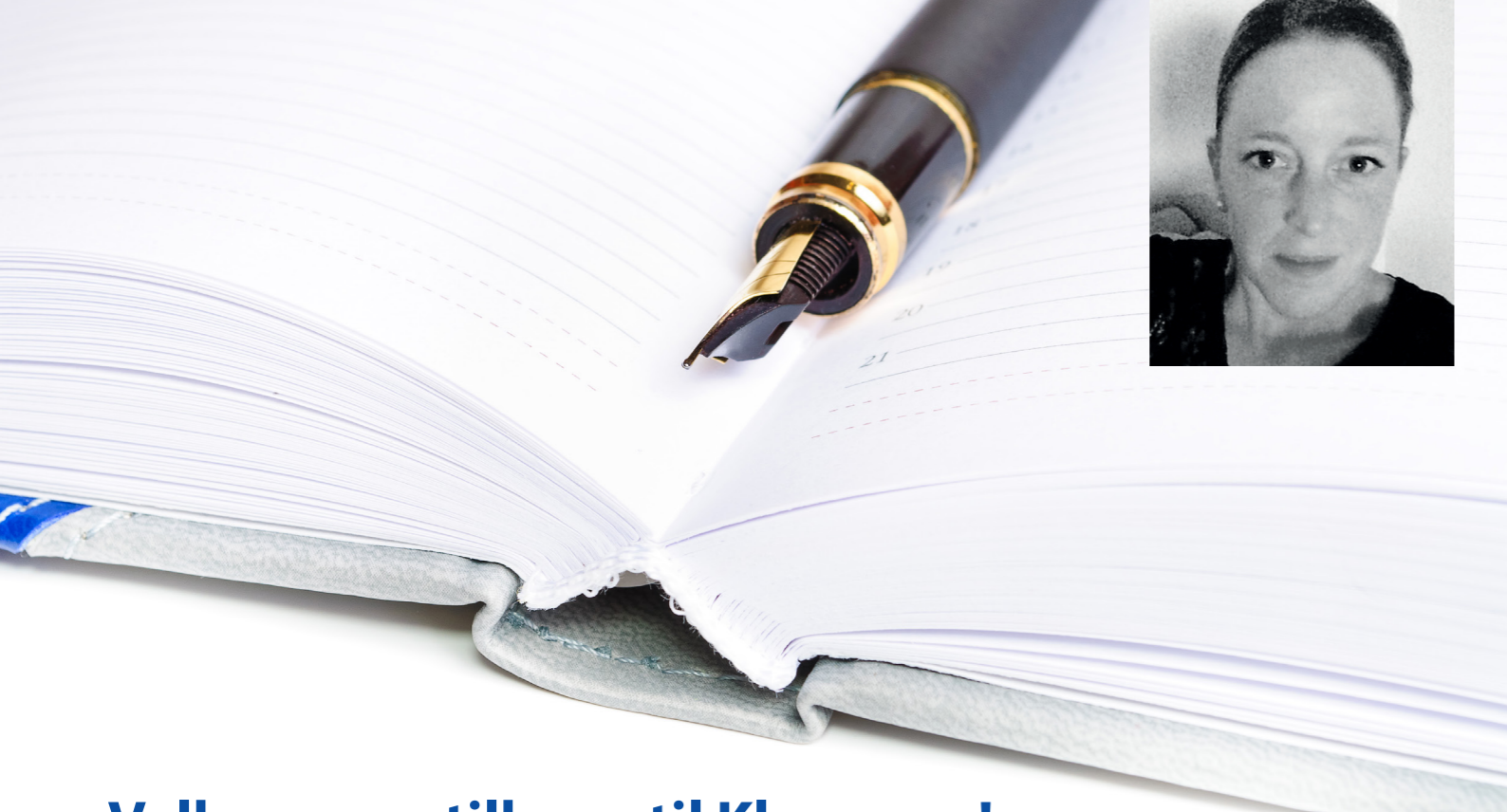
*Hvilken faglig oplevelse vil du fremhæve, som den der har gjort mest indtryk på dig?*  
Det er ikke et nemt spørgsmål at svare på for mig. Der har været mange faglige højdepunkter i mit i alt ca. 30-årige arbejdsliv. Men jeg vil fremhæve den faglige og personlige læring, det for mig har været i en forholdsvis høj alder at gennemføre en ph.d. Den udvikling, jeg har været igennem i de 3 år, har styrket min oplevelse af, at hvis vi i samarbejde i teams og alle i de teams vil hinanden og opgaven, så er der ikke en opgave, der ikke kan løses. Den ro, den erkendelse har givet mig, har gjort stort indtryk på mig og hjælper mig hver dag, når jeg skal løse mine faglige opgaver.

*Hvordan ser du sygeplejen udvikle sig indenfor de nærmeste 10 år?*  
Jeg tror, at vi som sygeplejersker i endnu større omfang får en rolle i at sikre sammenhæng i patienters samlede forløb, såvel internt på hospitalerne, i kommunerne og på tværs af vores forskellige sektorer. Mit håb er, at vi på sigt får et samlet sundhedsvæsen uden sektorgrænser, hvor det primære fokus er på individuelle forløb og kvalitet i disse frem for på tal og kvantitet.

**Stafetten gives videre til  
Katrine Rey-Andersen**







## Velkommen tilbage til Klummen!

Det sidste indlæg i Klummen havde fokus på at præsentere ph.d. projektet, og på den vej jeg har taget for at komme i gang. Siden da er projektet for alvor blevet virkelighed og jeg vil derfor gerne denne gang give jer et indblik i nogle af de udfordringer, jeg har oplevet i forbindelse med, at studiet har fået en hverdag i virkelighedens verden.

# Projektprotokollens møde med virkeligheden

I den første tid af projektperioden er jeg kommet til en vigtig erkendelse: Alting tager meget længere tid end forventet. Et eksempel på dette er, at den første tid af mit ph.d. forløb har haft fokus på at etablere samarbejdsrelationer ude i den kliniske praksis. Da jeg er ny i den nordjyske psykiatriorganisation, har det taget meget tid at få overblik over, hvordan alting er skruet sammen.

Studiet går på tværs af sektorer, da målgruppen er mennesker med skizofreni, som rekrutteres fra ambulatorieregi på universitetshospitalet i Aalborg og fra to regionale bosteder, der tilbyder længerevarende ophold for mennesker med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse (primært efter Servicelovens § 108).

Da der ikke er oceaner af tid til at afdække sundheds- og sygdomsadfærd blandt denne gruppe af mennesker, har det naturligvis været nødvendigt at træffe en hel masse valg. Og da det er en forskeruddannelse, jeg har kastet mig ud i, har de forskellige valg naturligvis skulle træffes på et

velovervejet, videnskabeligt grundlag og ikke bare ud fra, hvad jeg lige synes, der kunne være bekvemt eller praktisk. Særligt udvælgelsen af hvilke bosteder, der skulle indgå i studiet, viste sig at være en tidskrævende proces. Som det første begyndte jeg med sætte mig grundigt ind i, hvad de forskellige bosteder egentlig var for nogle steder. Det blev hurtigt klart for mig, at selv om de steder, der var i spil alle hørte under specialsektorens tilbud, var der stor forskel på, hvordan de var skruet sammen for at passe til den målgruppe, som denne slags tilbud dækker. Et andet skridt blev at kigge nærmere på paragraffer for de pågældende bosteder. Det næste skridt var at høre fra stederne selv, hvad de var for nogen. Jeg var f.eks. interesseret i at høre noget mere om hvilke faggrupper, der var ansat, hvor mange beboere de havde, hvor mange af dem, der ramte den specifikke målgruppe for studiet, hvilke faglige rammer de arbejdede ud fra og naturligvis også om stedets interesse i og muligheder for at blive en del af projektet. Alle informationerne var guld værd, men imens jeg nok havde forventet, at de ville bidrage til entydig klarhed i forhold til

min beslutning, bidrog de kun til yderligere forvirring, da det blev klart for mig, at flere af stederne jo sådan set var 'lige gode' til dette studie.

Processen strakte sig over en lille måneds tid, men er også endt ud med nogle rigtig gode samarbejdsaftaler.

### Adgang til feltet...

Da samarbejdsaftalerne var kommet på plads var det tid til at begynde det opsøgende arbejde ude på de pågældende steder. Et arbejde, der havde til formål at skabe relationer til beboere og personale samt at udvælge de potentielle deltagere til studiet, fordi hvordan beder man som totalt fremmed om lov til at få et dybdegående indblik i et andet menneskes hverdag?

Jeg valgte at gå ind i dette arbejde ved at bede om lov til at følge med personalet på de pågældende bosteder i fire vagter hen over sommeren. Jeg var med i dag- og aftenvagter og kunne på den måde få et indblik i dagligdagens rytmer og lære menneskerne lidt at kende – og ikke mindst kunne de lære mig lidt at kende.

På forhånd havde jeg på god videnskabelig vis gjort mig en masse tanker om, hvordan jeg ville præsentere mig selv for ligesom at positionere mig i forhold til personale og beboere i feltet, som jeg undersøger. Virkeligheden blev dog noget mere flyvsk, og til min store frustration har jeg fået mange forskellige roller alt efter, hvor jeg kommer, og hvem jeg er i kontakt med.

En stor del af min tid går i disse dage med at opbygning relationer til de potentielle deltagere. Dette opsøgende arbejde tager i mit tilfælde meget udgangspunkt i, hvem de er, og hvordan jeg har oplevet det muligt at blive lukket ind i deres hverdag. I løbet af processen er det blevet mere og mere klart for mig, hvor meget der egentlig skal til før det, jeg får lov til at opleve og observere, rent faktisk er deltagernes 'almindelige hverdag'. Selvom jeg jo bare er et helt almindelig menneske, så kræver det en vis tilvæning for deltagerne og deres omgivelser, at jeg er til stede i deres verden. Derudover er det væsentligt hele tiden at have sig for øje, at det er en sårbar gruppe af mennesker, der indgår som deltagere. Jeg oplever, at det sætter en masse begrænsninger i forhold til, hvordan jeg kan være tilstede i deres hverdag, fordi der er nogle grænser for privatliv, som det bare ikke duer at træde ind over.

Perioden med generering af data er planlagt til at fortsætte frem til starten af 2018, og selve rekrutteringen af deltagere forløber frem til en gang i starten af 2017. Studiet skrider planmæssigt fremad, men det er også allerede nu sådan, at jeg kan se visse planlagte deadlines ude i fremtiden, der må skubbes en smule.

### Planlægning, planlægning, planlægning

I forhold til det her med planlægning og deadlines må jeg indrømme, at jeg altid har været planlægger, og at jeg altid bedst har kunnet forene mig med at have sådan nogenlun-

de styr på, hvad dagen i dag og i morgen eller den næste uges tid måtte byde på. Livet som ph.d. studerende udfordrer på mange måder mit planlægger-gen. Lige nu er der rigtig meget planlægning at holde styr på, fordi jeg skal besøge de forskellige deltagere, passe møder, gå til kurser, skrive på et udkast til den første artikel, skrive ansøgninger om midler, undervise, vejlede andre, selv have vejledning, 'journal clubbe' og være opsøgende i forhold til netværk og alt muligt andet.

Som alle nok ved, kræver det tid og kræfter at lære nye steder og mennesker at kende, og noget af det, der er særligt udfordrende i denne fase af studiet, er, at jeg bruger rigtig mange dage på forskellige matrikler i forskellige dele af Region Nordjylland. Det betyder for det første, at der godt kan gå rigtig mange timer om ugen med transport frem og tilbage, men det betyder også, at der på en uge måske er én dag på kontoret, og resten af dagene går med at være 'ude i feltet', på kurser eller det andet. Jeg ser det egentlig som et privilegie, at jeg har fået lov til at blive en del af nogle andre menneskers liv i den her periode, og jeg synes, at det er helt fantastisk at blive rykket ud fra det meget akademiske arbejde på kontoret og ud i den virkelige verden – men hold op det tærer på kræfterne! Jeg må også erkende, at selv om jeg planlægger og planlægger og knokler afsted alle ugens dage, så bygger der sig alligevel ganske langsomt en tsunamibølge af to-do ting op foran mig, efterhånden som projektperioden skrider frem. Jeg tror – og kan også høre på andre af mine ph.d. studerende kolleger – at sådan er det bare! Der er så utroligt mange ting at holde styr på, og der kommer hele tiden flere ting til. I nogle perioder af det kommende efterår, ser kalenderen lige nu sådan ud, at jeg tænker, at jeg bare må køre på og holde tungen lige i munden og komme igennem det. Jeg har heldigvis efterhånden et rigtig godt netværk omkring mig, som er helt med på, at nogle gange er bægeret bare fyldt til kanten og lidt mere. Der er heldigvis rum og plads til, at jeg kan læsse af og få plads til flere nye indtryk – og så har jeg vist også efterhånden lært, at fridage er nødvendige!

Venlig hilsen  
Birgitte Lerbæk  
Ph.d. studerende

Center for Psykoseforskning, Klinik Psykiatri Syd,  
Aalborg Universitetshospital  
Klinisk Institut, Aalborg Universitet

'Klummen' 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](mailto:birgitte.lerbaek@rn.dk).



# Boganmeldelser

Af Kristine Antonsen, udviklingssygeplejerske

## Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder.

Stine Glasdam (red.) 2. Udgave. Dansk Sygeplejeråd. Nyt nordisk Forlag Arnold Busck, 2015.

Endelig er bogen her! (i revideret udgave). Bogen, der samler det, der kan virke som en større opgave, at danne sig et overblik over og få et indblik i.

Bogen er opbygget så den fra første kapitel leder dig igennem, hvordan du kommer i gang med et sundhedsfagligt bachelorprojekt. Hvilke områder som skal overvejes, f.eks. jura og etik og derfra videre til omfanget af litteratursøgningen og dernæst til de forskellige videnskabelige metoder. For så i bogens sidste kapitel at beskrive afslutningen af et bachelorprojekt. Alt sammen noget der kan hjælpe den studerende med at komme godt fra start med projektet.

Bogen henvender sig til studerende på bachelor eller diplomniveau. Bogens kapitler er alle opbygget med en indledning og en afrunding og leder dig meget kortfattet igennem det, der for metoden er vigtigst

samt hvilke overvejelser, der kan være i forbindelse med metoden.

Bogen er let læselig og kan anvendes som opslagsværk for de enkelte metoder.

Som det også beskrives i bogens forord må bogen ikke betragtes som en endegyldig metodepræsentation, hvilket jeg kun kan tilslutte mig og tilføje, at når metoden er valgt, må der søges fordybelse i anden litteratur. For derved at få indsigt i udfordringer ved metoden, der kan danne baggrund for en kritisk forholde sig.

Alt i alt en rigtig god bog, som giver et godt afsæt til refleksion inden skriveredskaberne findes frem.



Af Katrine Rey-Andersen, MSF, Neurologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital

## Organisationskommunikation - teori og cases om tekst og tale

Helle Petersen (red.). Samfundslitteratur 2014.

Bogen er opdelt i 10 afsnit, hvor hver forfatter giver deres input til en bedre organisationskommunikation. Hver forfatter veksler mellem teoretisk præsentation, praksisnære cases og visuelle præsentationer.

Bogen er meget pædagogisk, når man tænker på, at den præsenterer et emne, som kan være svært at formidle og gøre interessant i alle instanser. Gennem bogen præsenteres man for problemstillinger, som man også møder indenfor sundhedssektoren; det vil sige formidling af budskaber fra leder til medarbejder eller fra sundhedsprofessionel til patient eller pårørende osv. Beskrivelse af disse problemstillinger med kobling til teori gør bogen praksisnær – også for sygeplejersker.

Ingen tvivl om at jeg ved at læse bogen blev inspireret og i flere af kapitlerne trillebundet af forfatternes evne til at formidle budskabet, dog ser jeg ikke bogen som et "must-have" for basissygeplejersker. Jeg ser den

som et rigtig godt opslagsværk, som jeg højst sandsynlig vil bruge i flere sammenhænge fremadrettet. Jeg synes især bogen henvender sig til ledere samt specialtsygeplejersker med et ansvar for f.eks. at formidle budskaber til kollegaer og eller patienter eller pårørende.



Af Katrine Rey-Andersen, MSF, Neurologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital

## Perspektiver på organisering og ledelse af sygepleje

Annette Rosenkilde Jensen, Inger Marie Jaillet & Marianne Eilsø Munksgaard (red.). Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2. udgave 2015.

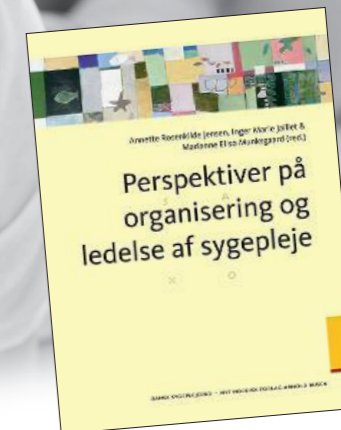
Bogen er opdelt i tre overordnede temaer; "Sundhedsvæsenets overordnede rammer", "Udvalgte felter indenfor sundhedsvæsenet" og "Refleksioner over tiltag, vilkår og muligheder".

Bogens to første temaer brugte jeg primært som genopfriskning af allerede eksisterende viden. Her giver bogens forfattere input indenfor bl.a. konsultationsmodeller, sundhedsvæsenets økonomi, kompetencer indenfor sundhedsvæsenet samt indblik i ledelsesformer. Bogens tredje tema indeholder emner såsom ledelse af sammenhængende patientforløb, tværfagligt samarbejde samt et bud på fremtidens sundhedsvæsen.

Bogens tredje tema gav rum til refleksion over egen klinisk praksis med tanke på hvilke strategier, sundhedsvæsenet og det kliniske arbejde bærer præg af. Hvordan vi som sundhedsprofessionelle ser patienten og de pårørende, samt hvorledes sammenhængende patientforløb og patienten som samarbejdspartner politisk set betragtes positivt men samtidig også fordrer til en professionel sygeplejerske med stor faglighed, som skal navigere i en hverdag mellem sin egen faglighed, patientens ønsker og andre organisatoriske krav. Bogens tredje tema giver et refleksivt per-

spektiv på organisering og ledelse af sygeplejen, som er et sundt input for færdiguddannede sygeplejersker, da det (forhåbentlig) giver refleksion til eftertanke ift. egen klinisk praksis.

Bogen henvender sig især til sygeplejestuderende i sidste del af studiet samt til færdiguddannede sygeplejersker, som ønsker at få genopfrisket nogle teoretiske begreber og emner indenfor organisering og ledelse af sygeplejen. Bogen er qua sine inddelte temaer let at gå til og kan læses fra ende til anden eller bruges som opslagsværk. Bogen er i skrevet i et let forståeligt sprog. Bogen rummer både teoretisk viden og begreber, henvisninger til lovgivningen samt cases fra klinisk praksis og visuelle modeller. Bogen 'Perspektiver på organisering og ledelse af sygepleje' giver ikke et endegyldigt svar på, hvordan organisering og ledelse indenfor sygeplejen skal finde sted, men den giver derimod mulighed for og rum til at reflektere over egen klinisk praksis, og hvilken konsekvens forskellige tendenser indenfor organisering og ledelse af sygeplejen kan have. En bog som jeg mener enhver sygeplejestuderende og/eller færdiguddannet sygeplejerske bør have kendskab til.



Af Helen Schultz, Klinisk Sygeplejeforsker og Postdoc, Ph.d., Kirurgisk Afdeling A, OUH & Klinisk Institut, SDU.

## "Kend din søvn"

Marianne Rohweder, Munksgaard 2016

Vi har alle brug for søvn og en tredjedel af vores liv, bruger vi på at sove. Får vi ikke tilstrækkelig med søvn, fungerer vi ikke optimalt. Det er almenviden, som vi alle på et tidspunkt har oplevet i vores liv. Bogen "Kend din søvn" giver en meget detaljeret indføring i somatiske og psykologiske faktorer indvirkninger på søvnen. Bogens forfatter, som er journalist, præsenterer den nyeste viden, der findes på området.

Bogen er inddelt i 5 kapitler: 1) Søvn – sådan fungerer det, 2) Forstyrrelser i søvnen, 3) Børn og søvn, 4) Voksne og søvn og 5) Søvn og sygdomme. De første kapitler beskriver definitionen på, hvornår vi sover, søvnens faser, samt hvad der regulerer og forstyrrer søvnen f.eks. dårlige søvnvaner, søvnapnø og mareridt. Kapitlet om børns søvn præsenterer søvnmønstrene for børn i forskellige aldre, inklusive søvnmønstret for det præmature barn. Søvnforstyrrelser ved nattevæderi og psykiatriske tilstande som ved ADHD, autisme og spiseforstyrrelser bliver fremstillet. Det fjerde kapitel om voksnes søvn omhandler søvnforstyrrelser hos kvinder i overgangsalderen, hos ældre og ved hovedpine. Bogen slutter af med at beskrive både somatiske og psykiatriske sygdommes indvirkning på søvnen.

Bogens kapitler er meget strukturerede og informative, hvilket gør, at bogen kan anvendes som opslagsværk. Til tider kan bogen dog virke lidt opremsende, og som læser tænker jeg nogle gange, hvad jeg skal bruge informationen til.

Bogen kan anbefales til både raske og sygdomsramte privatpersoner, som har søvnproblemer, da bogen præsenterer flere konkrete og jordnære råd til, hvordan man kan ændre uheldige søvnmønstre og forskellige faktorer, der generer søvnen. Bogen kan også anbefales til professionelle, der arbejder med mennesker med søvnproblemer, da den går meget i dybden med søvnens fysiologiske og psykologiske mekanismer.





# Bestyrelsen



## **Formand**

Annesofie Lunde Jensen,  
*Klinisk sygeplejespecialist, phd*  
Medicinsk Endokrinologisk afdeling MEA  
Aarhus Universitets Hospital  
[annesjen@rm.dk](mailto:annesjen@rm.dk)



## **Næstformand, fagsbladsredaktør og ansvarlig for boganmeldelser**

Britt Borregaard,  
*Udviklingssygeplejerske, MPQM*  
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afd. T  
Odense Universitetshospital  
[britt.borregaard@rsyd.dk](mailto:britt.borregaard@rsyd.dk)



## **Kasserer**

Tina Nielsen,  
*Klinisk Udviklingssygeplejerske*  
Hæmatologisk Afdeling,  
Roskilde Sygehus  
[tni@regionsjaelland.dk](mailto:tni@regionsjaelland.dk)



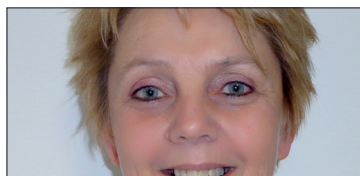
## **Webmaster**

Charlotte Myhre Jensen  
*Udviklingssygeplejerske, MSU, phd-studerende,*  
Ortopædkirurgisk afdeling O,  
Odense Universitetshospital  
[charlotte.myhre.jensen@rsyd.dk](mailto:charlotte.myhre.jensen@rsyd.dk)

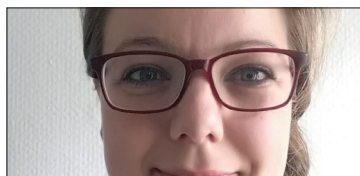


## **Fagbladsredaktør og ansvarlig for medlemsregistrering og legatansøgninger**

Anni Nørregaard  
*Udviklingssygeplejerske, Cand. Cur.*  
Neurokirurgisk Afdeling U,  
Odense Universitetshospital  
[anni.noerregaard@rsyd.dk](mailto:anni.noerregaard@rsyd.dk)



Kirsten Vinther,  
*Udviklingssygeplejerske*  
Klinik Akut,  
Sygehus Thy-Mors  
[kirsten.vinther@rn.dk](mailto:kirsten.vinther@rn.dk)



Julie Maria Duval Pedersen,  
*Udviklingssygeplejerske*  
Syddjurs Kommune,  
Syddjurs Sygeplejeteam  
[jmdp@syddjurs.dk](mailto:jmdp@syddjurs.dk)



## **Suppleant**

Mette Damkjær Syse,  
*Lektor, Klinisk Sygepleje Specialist*  
Leder af CO-lab Denmark  
[mette.syse@rsyd.dk](mailto:mette.syse@rsyd.dk)