

SIDE 5

FAGLIG ARTIKEL

Patientinddragelse.
Et observationsstudie
på et almenpsykiatrisk ...

SIDE 8

FAGLIG ARTIKEL

Kender vi patienten?

SIDE 16

FAGLIG ARTIKEL

Sygepleje til den
ortopædkirurgiske patient
- med fokus på søvn



04
2016

SYGEPLEJEFAGLIGT TIDSKRIFT

forstyrrelsen

Verden er et bedre sted,
end vi tror

"Hvordan går det? Hvordan har du det?"
To simple spørgsmål som mange af os stiller
hinanden ... læs mere i Lederen på 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
Klinisk Sygeplejespecialist
Lungemedicinsk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk



Birgitte Lerbæk, RN, Cand. Scient. San
Ph.d. studerende
Center for Psykoseforskning,
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

Leder.....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen.....	s. 4
Faglig artikel. Patientinddragelse.....	s. 5
Faglig artikel. Kender vi patienten?.....	s. 8
Fun facts about Christmas.....	s. 12
Konferencer.....	s. 13
25 års jubilæumsfest 2016.....	s. 14
Faglig artikel. Sygepleje til den ortopædkirurgiske.....	s. 16
Klummen.....	s. 20
Stafetten.....	s. 22
Opslagstavlen.....	s. 24
Vil du have udvidet dit fagbibliotek?.....	s. 25
Bog anmeldelser.....	s. 26

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.

LEDER

Verden er et bedre sted, end vi tror



"Hvordan går det? Hvordan har du det?" To simple spørgsmål som mange af os stiller hinanden hver eneste dag. "Jo tak det går fint", svarer vi oftest og går videre. Men går det fint? Ja, det kommer nok an på, hvem vi spørger. Hver dag bombarderer pressen os med negative informationer. Der er nærmest ikke grænser for alt det, der er i vejen, og som bør laves om, og som er helt og aldeles katastrofalt. Passer det eller er det trangen til journalistiske salgsmetoder?

Hvis vi går i dybden med dette, har der faktisk aldrig været et bedre tidspunkt at være i live på. Forskere kalder vores tidsalder for "the golden age", fordi vi lever længere, vi er sundere, og vores fremtidsudsigter har aldrig været bedre. Antallet af mennesker, der sulter, er halveret på 25 år, bl.a. fordi mad globalt er blevet billigere, og der er kommet mere styr på madspild, samtidig har 91 % af verdens befolkning fået adgang til rent drikkevand. Børnedødeligheden rasler ned og ifølge Verdensbanken er andelen af ekstremt fattige faldet fra 35 % i 1990 til 10 % i 2016. Det betyder, at flere mennesker har mulighed for at leve sundere. Selvfølgelig må vi ikke blive blåøjede. Der er fortsat problemer i verden, der skal løses, mennesker der skal hjælpes, og systemer der skal korrigeres. Men der er også sket store fremskridt på de

fleste områder. Men måske er dette blevet undertrykt i den danske presse og derved også i retorikken i store dele af den danske befolkning.

Hvordan går det? Hvordan har du det? Hvordan har vi det? Tænk vi det hele med i det store billede, ja så er der meget, der går bedre. Med det in mente vil redaktionen på "Forstyrrelsen" gerne ønske alle medlemmer af "Selskab for sygeplejersker der arbejder med udvikling og forskning"

En rigtig glædelig jul og et positivt nyt år

Nyt fra bestyrelsen



Fysioterapeut Agnes Klit Engemann,

Ergoterapeut Gitte Lopdrup

og sygeplejerske Bettina Ellen Grønbech, alle cand.scient. san. publ. fra AAU 2016.

Kontakt: bettina.ellen.groenbech@rn.dk

Det bliver jo altid jul

Flere spændende projekter
Nye velfungerende it-systemer
Enestuer til alle

Sådan kunne jeg godt tænke mig, at min "arbejdes-ønskeseddel så ud", men det gør den bare ikke. Jeg er blevet ramt af virkeligheden i det danske sundhedsvæsen. Jeg har fået nok af nye tiltag, som næsten altid har et strejf af besparelser. Jeg har ikke brug for flere nye it-systemer, men at dem, vi har, virker, og at vi lærer at bruge dem hensigtsmæssigt. Måske lyder det mærkeligt i et selskab, hvor udvikling og forskning er omdrejningspunktet, og hvor hverdagen for mange af medlemmerne handler lige netop om det. Vi skal udvikle og forske, og det skal helst have en positiv klinisk betydning eller effekt. Men en vigtig del af arbejdet er jo også et implementerings- og vedligeholdelsesarbejde. Netop den del er mindst lige så vigtig for at løfte kvaliteten af plejen og behandlingen til vores borgere og patienter. I bestyrelsen har vores år været præget af både det nye og det gamle. Vi har både udviklet og vedligeholdt. Det nye medlemsblad er kommet godt på vej. En redaktions-

gruppe er i gang med at udvikle bladet samtidig med, at de sammen skaber rammer og vaner for at gøre bladet til en fast del af det, vi tilbyder vores medlemmer. Samtidig arbejder vi med planlægningen af årets landskonference, som er en tilbagevendende opgave. Det kræver vedligeholdelse, og selvom vi prøver at bruge erfaringerne fra sidste års planlægning, viser der sig ofte nye udfordringer. På trods af og hvem ved måske også lidt fordi det trods alt stadig er muligt at mobilisere energi og skabe bevægelse, er der lige som i sundhedsvæsenet rum til både udvikling og vedligeholdelse.

Men hvad med ønskesedlen? Så vidt jeg husker er politikerne aldrig blevet spurgt om, hvad vi ønsker os til jul. Men hvis nogen skulle spørge mig, så ville jeg helt klart sige:

Flere penge
Ingen besparelse
Arbejdsro
Flere wow-oplevelser

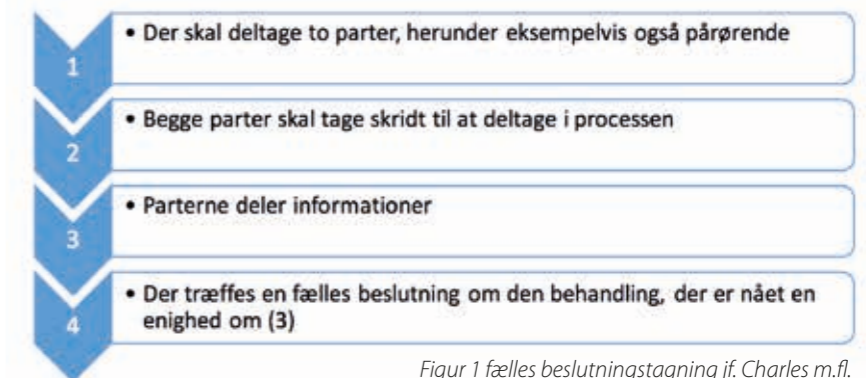
Rigtig god jul

FAGLIG ARTIKEL

Patientinddragelse

Et observationsstudie på et almenpsykiatrisk afsnit i Nordjylland

Patientinddragelse har været en intention og et tema i sundhedsvæsenet gennem mange år men kan stadig være en udfordring for såvel patienten som det sundhedsprofessionelle personale. Formålene med nærværende studie var at identificere, hvilke barrierer der eksisterede for patientinddragelse på et psykiatrisk afsnit i Region Nordjylland samt at fremkomme med forbedringsforslag for at sikre, at patienten i et større omfang inddrages i beslutninger om sin behandling.



Baggrund:

I litteraturen er der ikke enighed om, hvordan patientinddragelse skal defineres, og der findes flere beslægtede begreber som eksempelvis patientinvolvering og patientcentrering. Patientinddragelse kan endvidere praktiseres på mange niveauer, lige fra en organisatorisk patientinddragelse til den individuelle inddragelse, hvor patienten og de pårørendes inddrages i behandlingsforløbet i forskelligt omfang (1,2).

Fælles beslutningstagning (shared decision making) ses af nogle som den mest vidtrækkende form for inddragelse og som reel patientinddragelse fremfor eksempelvis kun at modtage information om sin sygdom og behandling (1). Cathy Charles, professor i folkesundhedsvidenskab, beskriver fælles beslutningstagning som bestående af fire trin, som illustreret i figur 1.

Patientens team i Region Nordjylland

I Region Nordjylland genfindes i psykiatrien og somatikken intentionen om patientinddragelse blandt andet i en samarbejdsform, kaldet Patientens team. Det betones, i gennem Patientens team bidrager patienten med sin livshistorie, sine værdier og præferencer i forhold til sin behandling og indgår på lige fod med de sundhedsprofessionelle (4). Som en del af vores metode foretog vi en tekstanalyse af en beskrivelse af Patientens team. Analysen af Patientens team viste, at der sigtes mod en samarbejdsform, som er forenelig med fælles beslutningstagning, som Cathy Charles har beskrevet det.

Ud over at der er et åbenlyst demokratisk rationale bag

inddragelse af patienten, viser studier, at manglende compliance af den medicinske behandling i Psykiatrien er den vigtigste årsag til genindlæggelser i Psykiatrien (5). Færre genindlæggelser har dermed en sundhedsøkonomisk effekt, idet genindlæggelser udgør en belastning for den samlede sundhedsøkonomi (6).

Problemstilling

Fra vores egne forskellige faglige ståsteder og tidligere erhvervs erfaring havde vi imidlertid alle mødt patienter, som det har været vanskeligt at inddrage i deres behandling. Det kunne eksempelvis skyldes deres mentale eller fysiske tilstand, en lav sundhedskompetence (health literacy) eller være grundet konsensus i en personalegruppe om, hvad patienten skal inddrages i omkring deres behandling. Afhængigt af sygdommens sværhedsgrad kan det være vanskeligt at inddrage psykiatriske patienter i deres behandling. Samtidigt er der, som tidligere nævnt, et stort potentiale ved at inddrage patienten. Vi kunne derfor se en mulig diskrepans mellem intentionen om at inddrage patienten i sin behandling, og hvad der reelt var muligt eller blev praktiseret på et afsnit.

Patientens team på behandlingsmøder

Fokus for dette speciale var at undersøge, hvordan det på et almenpsykiatrisk afsnit var muligt at inddrage indlagte patienter på behandlingsmøder, hvor samarbejdsformen Patientens team blev anvendt. Vi ville undersøge, om beslutninger foregik som en fælles beslutningstagning i tråd med intention bag patientens team. Endelig ville vi se, om vi kunne identificere barrierer for inddragelse på behandlingsmøderne. Afledt af specialets fund skulle der fremsættes forbedringsforslag.

Metode: Vi tog afsæt i en socialkonstruktivistisk tilgang og havde en tilgang til feltet, der var inspireret af Kathy Chazam's udlægning af Grounded theory. Vi havde indledningsvis en række uformelle samtaler, både udenfor og indenfor Psykiatrien. På det nordjyske afsnit havde vi en række feltsamtaler samt observationsstudier af behandlingsmøder, hvor Patientens team blev søgt praktiseret. Desuden foretog vi et systematisk litteraturstudie med det formål at søge viden om, hvilke elementer der kan medvirke til fælles beslutningstagning. Vi udvidede således vores viden om emnet igennem hele specialet og brugte denne viden fortløbende i forskningen.

Analysestrategi: Vi anvendte Cathy Charles' fire trin for fælles beslutningstagning som analyseredskab. Derudover anvendte vi udvalgte begreber fra sociolog Erwin Goffman. Vi anvendte Goffmans begreber som sensitiverende begreber til at fremanalysere, hvilke skridt der tages til at opbygge konsensus i situationen, og hvad disse skridt baserer sig på, samt hvordan en beslutning fremkommer i fællesskab. Goffmans begrebsverden tager udgangspunkt i teatermetaforer og belyser, hvordan interaktionen mellem mennesker kan ses som et skuespil med roller, der spilles på en scene.

Vi anvendte blandt andet begreberne:

hold, forscenen, bagscenen, praksiskonsensus og samhandling (7).

Goffman fremfører, at der på et *hold* er en gensidig afhængighed mellem holdets deltagere og en loyalitet overfor holdet, som vil være dominerende og beskytte mod kompromittering af den virkelighed, holdet fremfører.

Individer optræder i et facadeområde (*forscenen*), hvor adfærden skal give indtryk af at overholde visse normer for, hvordan man gebærder sig overfor et publikum både moralsk og instrumentelt. Moralske krav handler om ikke at forulempe andre, og instrumentelle krav handler om at passe på ting og yde en stabil indsats. På *bagscenen* udtrykkes det der ikke kan udtrykkes på forscenen. I den vestlige verden har man eksempelvis typisk et mere uformelt sprog på bagscenen og et mere formelt sprog på *forscenen*.

En *samhandling* er individens gensidige påvirkning af hinandens handlinger, når de er i hinandens fysiske nærvær. Med begrebet praksiskonsensus fremfører Goffman, at den enkelte i mødet med andre fremfører sit syn på situationen i overensstemmelse med, hvad der er socialt acceptabelt. Der kan ske tilføjelser eller modifikationer af deltagernes oprindelige syn, men det er svært at ændre, når samhandlingen er i gang.

Analyse: Ved brug af begreberne blev det fremanalyseret, at scenen allerede var sat, da patienten og en eventuel pårørende ankom til mødet, idet psykiateren og personalet allerede var i rummet. De havde haft et formøde, inden patienten skulle komme. Dermed fremstod tydeligt, at der var tale om to *hold*; et hold af sundhedsprofessionelle og et andet af patienten og dennes pårørende. Der var en asymmetri i situationen, hvor de sundhedsprofessionelle allerede var i mødelokalet, havde indtaget deres faste pladser og havde bestemt mødetidspunkt og sted.

Det blev gennem vores tilstedeværelse på afsnittet og en lang række uformelle samtaler med patienter og personale tydeligt, at der var en *forscene*, som blandt andet var behandlingsmøderne. Men der var også var en *bagscene*, hvor patienterne havde en mere uformel og fri tale, og der var stor forskel mellem disse scener.

Hvad taler vi om?

Goffman beskriver, at den, der kommunikerer, kun er bevidst om en del af sin kommunikation. Det blev fundet, at personalets anvendelse af fagsprog udgjorde en barriere for udveksling af information mellem parterne. Det kunne dermed ses, at det kræver en høj grad af sundhedskompetence, for at patienten kan indgå i en dialog med personalet. Det medfører dermed, at det bliver vanskeligt at opbygge *praksiskonsensus* om en behandling mellem patienten og de sundhedsprofessionelle. De pårørende spillede indimellem en central rolle som patientens talerør eller som oversættere af et fagsprog, som patienten ikke altid forstod. Det blev observeret, at patienter selv drog en konklusion, som ikke var baseret på en dialog på behandlingsmødet, og som dermed heller ikke er et udtryk for en fælles beslutningstagning.

Hvad er dagsordenen for mødet?

Der var ikke altid en fælles dagsorden på behandlingsmødet. I Goffmans begreb om *samhandling* eksisterer et moralsk aspekt om, at der tales sandt. I analysen blev fundet, at hvis der var en skjult dagsorden blandt personalet om eksempelvis snarlig udskrivelse, er det ikke foreneligt med at tale sandt og opfylder heller ikke kriterierne for en fælles beslutningstagning. Fælles beslutningstagning indbefatter, at patienten skal have lejlighed til at fremkomme med sit perspektiv og udveksle informationer med personalet. En stiltiende accept af personalet beslutning er således ikke et udtryk for en fælles beslutningstagning.

At lytte til informationer og at udveksle dem

Sammenfattende viste analysen, ved brug af begreber fra Goffman og Charles' fire skridt i fælles beslutningstagning, at det er problematisk, hvis der ikke er en fælles definition af et mødes formål. Hvis der er forskellige opfattelser af formålet, vil det bidrage til, at patienten ikke er forberedt, og det kan derfor være vanskeligt for patienten at tage en aktiv part i at træffe fælles beslutninger. Det blev ligeledes fundet, at patientens situation kan anskues fra flere forskellige perspektiver; et biomedicinsk, et bio-psyko-socialt og et hverdagslivsperspektiv. Hvis der ikke er en gensidig lydhørhed overfor de forskellige perspektiver, kan det udgøre en barriere for at træffe beslutninger som fælles beslutningstagning. Det blev konkluderet, at mange behandlingsmøder kom til at fremstå som en pseudoversion af et møde, der kun overfladisk ser ud til at basere sig på en fælles beslutningstagning med patienten.

Vi fandt, at personalets afholdelse af et formøde uden patientens deltagelse, og inden selve behandlingsmødet med patienten og dennes pårørende, kunne udgøre en barriere for at træffe fælles beslutninger. Personalet havde ofte dannet konsensus omkring tilbud til patienten, som gjorde det vanskeligt for patienten og den pårørende at have en reel dialog med det sundhedsfaglige personale. Vi fandt også, at formålet med behandlingsmødet ikke altid blev italesat, hvilket medførte, at der kunne være en forskellig opfattelse af, hvilken dagsorden, der var for mødet. Derudover udgjorde det en barriere for at træffe en fælles beslutning, hvis der ikke reelt blev delt information mellem parterne. Desuden fandt vi, at personalets anvendelse af fagsprog kunne udgøre en barriere for en dialog og dermed blev en udveksling af information vanskelig. Endelig fandt vi, at brug af en bærbar PC vanskeliggjorde en dialog, som indbefattede en øjenkontakt, og at der kom mere fokus på ordinationer og ændring af medicin når PC'en var i brug.

Forandringsforslag

På baggrund af de fundne resultater fra analysen af observationsstudiet, samt udført litteraturstudie, fremkom vi med en række forandringsforslag til afsnittets personale og ledelse.

Vi foreslog blandt andet:

- Da pårørende ofte føler sig isolerede eller ikke værdsat, bør de sundhedsprofessionelle tydeligt anerkende de pårørendes deltagelse i behandlingsmøderne, samt anerkende det vanskelige i at være pårørende til en indlagt psykiatrisk patient. Pårørende kan bidrage med at underbygge det, patienten fremkommer med eller tilføje andre aspekter, som ellers ikke var fremkommet.
- De pårørende bør på forhånd informeres om mødernes formål for at kunne forberede sig og deltage aktivt og dermed udgøre en støtte for patienten. Hertil hører, at der i god tid skal varsles om mødetidspunktet, og at der bør planlægges så pårørende gives en reel mulighed for at deltage.
- Hvis der ikke er pårørende til patienten, bør der suppleres med en bruger-til-bruger støtte som blandt andet kan medvirke til at styrke håbet om at komme sig af sygdommen.
- Det anbefales, at der ikke afholdes formøder, idet de medvirker til en faglig positionering og en konsolidering af en bestemt opfattelse af patienten, som gør det vanskeligt at møde patienten med en åben tilgang til patientens problem og mulige løsninger af problemet.
- Der bør fremkomme behandlingsalternativer og ikke blot forslag om én type behandling eller én slags medicinsk behandling. Dertil gælder, at der skal informeres om virkning og bivirkning af den foreslåede behandling.
- Det bør tydeliggøres på mødet, når der er truffet en fælles beslutning.
- Patientens self efficacy og dermed evne til at indgå i en fælles beslutningstagning kan styrkes ved at anvende beslutningsstøtteværktøjer som eksempelvis apps eller ved brug af diverse hjemmesider.
- Både patienter og personale bør uddannes i hvad fælles beslutningstagning er, og hvordan det praktiseres.

Kilder:

1. Riiskjær E. (2014) Patienten som partner. *En nødvendig idé med ringe plads*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
2. Jacobsen, C., V., m.fl. Teknologivurdering, Medicinsk Teknologivurdering (2008) *Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed*. Sundhedsstyrelsen. (Vol. 8)
3. Charles, C., m. fl. (1997) *Shared decision – making in the medical encounter: what does it mean?* (or it takes at least two to tango). Soc. Sci. Med., 44(5), 681-692
4. Olesen, G., S. (2013). Hvad er meningen med pædagogik. *Håndbog for Pædagoguddannelsen*, 19-23.
5. Lorem og Bakken (2007) *Bruken af compliancebegrebet innen psykiatrien*, (3), 48-51.
6. Coulter, A., og Ellins, J. (2007). *Effectiveness of strategies for informing, educating and involving patients*. BMJ (Clinical Research Ed.), 335(7609), 24-7.
7. Goffman, E., (1959) *Hverdagslivets rollespil* (1.udg.). Kbh.: Jørgen Paludans Forlag

Randi Melhedegård, Traume koordinator,
MKS Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital.

Charlotte Mose, Oversygeplejerske,
Fælles Akut Modtageafsnit, Odense Universitetshospital.



Kender vi patienten?

Resume

Artiklen anskuer modtagelsen af multitraumepatienter i en skadestuepraksis, hvor et helhedsorienteret menneskesyn, synes at have trange kår. Forfatterne introducerer et nyt perspektiv på det kendte ABCDE princip og ationcard, der anvendes i en traumemodtagelse.

I en skadestuepraksis kunne det se ud som om et ensidigt biomedicinsk fokus i traumebehandlingen har en utilsigtet bivirkning i forhold til en helhedsorienteret tilgang til multitraumepatientens forløb. Vor påstand er, at fagpersoner glemmer at dokumentere og viderebringe den personlige historie, som vågne patienter og pårørende fortæller i den initiale fase af en traumemodtagelse.

Sygeplejersker i skadestuepraksis kan med fordel stille spørgsmålene: Hvad kendetegner en personrettet indsats? Har den nogen betydning for, at patienten kan vende tilbage til sit levede liv? Og hvis - hvordan vil vi så sikre, at patientens historie medinddrages og viderebringes i plejeforløbet? Vores erfaringer er, at viden om patienten som person kan hjælpe sygeplejersker og læger til at planlægge forløbet for traumepatienten således, at patienten kan genoptage/kommer tilbage til sit hverdagsliv bedst muligt. De ovennævnte påstande om, at fagpersoner ikke viderebringer patientens personlige historiefølges nærmere med afsæt i multitraumepatientens historie i Danmark samt en case, der tager afsæt i oplevelser lokalt på Odense Universitetshospital (OUH).

Historien er interessant, idet vi i Danmark valgte at tage en amerikansk/international tilgang vedrørende modtagelse af multitraumepatienter til os. ABCDE og systematikken til modtagelse af multitraumepatienten har sin oprindelse her (1). Tilgangen synes biomedicinsk og synes ubearbejdet i forhold til et dansk sygeplejersperspektiv, som traditionelt bekender sig til en hermeneutisk tilgang og et holistisk menneskesyn.

Med denne artikel anskuer vi, via en case, manglende inddragelse af patientens historie allerede i den initiale fase. Vores erfaring siger os, at nogle patienter deler vigtige værdier for deres liv med os.

Multitraumepatienten i et historisk perspektiv

Sidst i 90'erne ændrede vi modtagelsen af den multitraumatiserede patient på landes traumecentre og skadestuemodtagelser til en ABCDE og systematiktilgang (jf. box 1). Dermed skete et paradigmeskifte fra en specialeorienteret vurdering og behandling til en systematiseret vurdering og behandling. Dermed ændredes også de sygeplejefaglige prioriteter i den initiale fase af modtagelsen af multitraumatiserede patienter (1).

Før 1998 blev en multitraumepatient på (OUH) modtaget af en skadestuesygeplejerske og en skadevagt. Skaden bestemte tilkald af assistance fra relevante specialer (fx: anæstesi, abdominal kirurgi, thoraxkirurgi, neurokirurgi). Sygeplejersken fulgte lægens ordinationer og gav input ud fra viden og erfaring. Var patienten hårdt kvæstet og cirkulatorisk ustabil, blev denne ofte bragt direkte til en operationsafdeling.

Skadestuesygeplejerskens kompetenceområde spændte fra vask af sår, anlæggelse af gips og vejledning til håndtering af hjertestop og svær fysiologisk ustabilitet til omsorg for patient og pårørende. Akutsygepleje var ikke anerkendt som et speciale, og teori om akutsygepleje synes ikke tilgængelig i en dansk kontekst. Historisk set var skadestuen flere steder i Danmark en del af et operationsafsnit, som operationssygeplejersker passede (Selvoplevelser; bekræftet af kolleger for 70'erne og 80'erne).

I 1998 blev den systematiserede behandling af multitraumepatienten og en enstrengt modtagelse i Skadestue/

ABCDE	PROBLEM	HANDLING
A-problem	Er der en fri luft vej? Kan patiententale? er der snot – bræk/opkast? eller løse tænder	kæbeskub og hageløft, tungeholder eller intubering.
B-problem	Er respirationen normal – respirationsfrekvens, saturation og blodgasanalyser. Eller er lungerne ikke udfoldede?	"100%" O ₂ . Pleuradræn
C-problemer	Er patientens cirkulation truet? Bløder patienten?	Blødninger stoppes Blodtryk, puls, IV-adgange anlægges Væske- og blodterapi iværksættes Kateter a demeure, Ventrikelsonde, bækkenslynge, stræk på fx femurfrakturer - alt sammen for at standse blødning og sikre ilt og blodtilførsel til hjernen
D-problem	Patientens bevidsthedsniveau	Under D observeres patientens pupiller (størrelse, om de er egale og hvordan de reagerer på lys). Patienten scores på Glasgow-coma-scale (GCS) med et tal fra 3-15, der siger noget om patientens bevidsthedsniveau. Herudover laves en grov neurologisk undersøgelse.
E-problem	Kulde, tøj og bagsiden af patienten	Patienten holdes varm. Der udføres hypotermiprofylakse. For at undgå yderligere skade klippes tøjet af patienten, småsår afvaskes og sutureres, der gives tetanus vaccine og penicillin hvis relevant, lægges gips på frakturer og patienten kiggens efter på ryggen (log-roll – vendes som træstamme)

Mellem hvert bogstav revurderer man effekten af det man har gjort.

Faktaboks 1

traumecenteret implementeret på OUH. Til systematikken hører et traumeteam bestående af relevante kompetencer (jf. box 2) (1), som arbejder efter ABCDE princippet (1).

ABCDE som redskab til indsamling af data

Systematikken består af bogstaverne ABCDE som står for: (A: Airway, B: Breathing, C: Circulation, D: Disability E: Environment) og går i hovedtræk ud på at prioritere behandlingen ud fra en skademekanisme og symptomer i stedet for tentative diagnoser. Skademekanismen beskriver, hvad det er, der er sket med patienten forud for hændelsen. FX: Faldet 5 m ned fra stillads - kørt med 100 km i timen ind i et træ. Med baggrund i skademekanismen retter fokus sig imod den livredende ABCDE behandling "det der dræber først behandles først" samt en klinisk bedømmelse ud fra at se på patienten, føle på patienten og lyt på patienten (1)

Traumesygepleje i den initiale fase

Teamets sygeplejersker arbejder efter et actioncard (1), hvor sygeplejeregiverne primært har afsæt i det Merry Scheel kalder et instrumentelt perspektiv (2).

Traumesygepleje på en traumestue har baggrund i en naturvidenskabelig ramme og består overvejende af instrumentelle sygeplejehandlinger. Traumemanualen og de procedurer ABCDE og systematikken fordrer, sætter dagsorden (1,3). Omsorgen er implicit. Omsorgen for multitraumepatienten er i første omgang den livreddende indsats. En omsorg der fordrer viden om og fortrolighed med procedurer og tekniske færdigheder.

At yde omsorg på traumestuen kræver, at sygeplejersken inddrager patient og pårørende og opbygger en tillidsfuld relation.

Traumeteam Ortopædkirurg (bagvagt)

Anæstesiolog (bagvagt)
Anæstesisygeplejerske
Skadestuesygeplejerske x 2
Radiolog (bagvagt)
Radiograf x 2
Bioanalytiker
Lægeseekretær
Serviceassistent
Ad hoc læger fra relevante specialer

Faktaboks 2

Her er sygeplejeforskeren Janice Morses velværestrategier en værdifuld model (jf. boks 2) (4). Strategier som hjælper patienten til at bevare kontrollen og at tale denne igennem procedurer. Modellen hjælper sygeplejersken til at få overblik over opgaver på traumestuen, der ligger ud over at redde liv. Patientens personlige værdier er ikke i fokus i de livreddende minutter. Dog har værdierne stor betydning for den pleje og omsorg, patienten sidenhen fordrer og modtager fx i den rehabiliterende fase med henblik på at genoprette kontrol og vende tilbage til eget liv (3). At patientens værdier og hverdagsliv har en betydning i den akutte modtagelse på en traumestue, illustreres i nedenstående case.

Case - en fortælling om Per

Fortællingen om Per er sammenfattet af oplevelser på OUH.

Per er 56 år - han er meldt til akut og traume center (ATC). Lægeambulancen har meldt, at Per på vej til arbejde er forulykket med sin knallert, da han undviger en påkørsel af en skoleelev. Per er respiratorisk påvirket med en lidt høj respirationsfrekvens (RF).

Under ABCDE gennemgang taler Per om sit uheld. Han giver udtryk for ikke at være så slemt tilskadekommet, og at han nok er klar til at komme hjem senere på dagen. Teamet går i gang med at undersøge Per.

Han taler og har frie luftveje men en lidt hurtig RF. Blodtryk og puls er normalt. Per ligger med åbne øjne og lytter – der tages røntgen af thorax samt bækken på stuen. Teamlederen formidler resultater fra røntgen til resten af teamet. Sygeplejersken taler beroligende til Per og informerer ham om, at han har et lille hul på en lungehinde (kappepneumothorax), og at hans bækken er uden skader. Per ligger og snakker om at komme hjem - dette kommenteres ikke. Teamet orienterer Per om, at han skal CT-scannes. Han spørger, om det er nødvendigt? Lægen forklarer ham igen, at det er for at udelukke andre skader. I scanneren finder man kappepneumothoraxen, som skal observeres. Per spørger igen til at komme hjem. En sygeplejerske siger at han skal videre til et observationsafsnit: "så må vi ses hvornår du kan komme hjem."

På observationsafsnittet er Per urolig og siger gentagende gange, at han vil hjem. Midt på eftermiddagen forlanger Per sig udskrevet og tager, mod givet råd, hjem.

Dagen efter bliver Per akut indbragt med en sammenklæpet lunge (trykneumothorax). Han ankommer med en høj RF og puls samt lavt BT og konverteres til traume ved modtagelsen. Per kan ikke overskue, at han skal have lagt drænen og indlægges. Han er desperat og fortæller, at han bor alene med sin gamle far, som er begyndende dement. De har ingen hjælp. Per får et længere sygeleje og flere udfordringer med smerter efter sin udskrivelse. Han er sygemeldt i tre måneder.

Diskussion

Fortællingen om Per synes at vise, at systematikken og ABCDE ikke kan stå alene. Den første fase handler om at overleve, herefter at komme tilbage til hverdagslivet (3). En helhedsorienteret tilgang til patienten synes at have en afgørende betydning, samtidig med at en holistisk sygeplejetilgang ikke kan stå i vejen for at rede liv.

En væsentlig udfordring for en helhedstilgang synes at være inddragelse af patientens egen opfattelse og fordringer om at blive mødt. Patientens særegne holdninger til behandlingstilbud, hvor hans/hendes livshistorie, erindringer og erfaringer inddrages, om muligt ved den primære modtagelse (5,6).

Litteratur viser, at patienter ønsker et team og en teamleder, der har overblik. Men patienterne oplever også at blive modtaget i et rum domineret af en teknisk kultur, hvor omsorgsaspektet er svært at få øje på (7,8). Patientens egne oplevelser har ikke samme opmærksomhed som de instrumentelle procedurer (9). Sygeplejerskers verbale og non-verbale kommunikation er fattig og ikke omsorgsfuld (9). I casen findes den nævnte instrumentelle adfærd i sygeplejerskens kommunikation med Per, hun svarer ikke på og forfølger ikke det indirekte spørgsmål om at komme hjem.

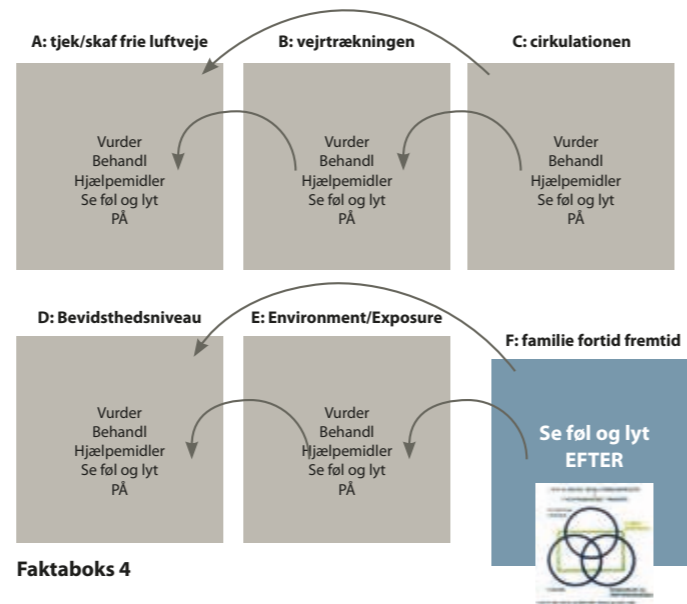
Med udgangspunkt i Scheels handlemåder (2) skal både et kognitivt-instrumentelt perspektiv med styr på procedurer såvel som et æstetisk-ekspressivt perspektiv give sygeplejersken viden om, hvad der har betydning for patienten. Et moralsk-praktisk perspektiv giver sygeplejersken mulighed for at forholde sig til patientsituationen og at være til stede. I interaktionen skal Per opleve en frigørende handlekompetence, hvor sygeplejerskens samarbejde og kommunikation med teamet giver Per mulighed for at tage vare på sig selv.

Helt fra den initiale gennemgang af Per ses et manglende fokus personlige værdier. Pers værdier inddrages ikke, og dermed er de ikke synlige i den senere planlægning af Pers indlæggelsesforløb. Sygeplejerskerne opfatter ikke de vink, Per kommer med, og der etableres ikke et tillidsforhold mellem teamet og Per. Morse pointerer, at patienterne oplever tryghed og en god atmosfære på traumestuen, når alle har styr på kommunikation og procedurer. Lægerne holdes "på sporet" i forhold til den sag, patienten er der for, og sygeplejerskernes opgave er også at se patientsituationen i ovennævnte perspektiv (10).

Dette kan være en forklaring på, hvorfor den personlige historie har det svært i skadestuepraksis. En måde at synliggøre de perspektiver, der er i spil i et holistisk overblik kunne være som i fig. 1 (3). Hvor både et ABCDE perspektiv med fokus på det, der dræber først behandles først - parallelt med et individperspektiv hvor teamet bidrager med mestringsstrategier i relationen med patienten, og et person perspektiv hvor patienterne fortæller små frekvenser af levet liv – sammenfattes og illustreres i gensidig afhængighed.

Det kunne også se ud som om ABCDE og systematikken har brug for et tilknyttet 'F'. Et F for familie, fortid og fremtid, hvor vi ser, føler og lytter efter, hvad patient og pårørende siger til os om personlige værdier i livet allerede i den initiale fase i traumecenteret (jf. boks 4).

ABCDE og systematikken går ud på at revurderer efter hver bogstav – F skal ses som et tillæg ikke som en del af denne systematik



Faktaboks 4

Velværestrategier - 8 handlemønstre

- Holde overblik i en god atmosfære omkring patienten
- Holde flow i procedurerne så procedure og diagnoser "går op i en højere enhed"
- Holde øje med patienten gennem teknisk apparatur og nærvær
- Hjælpe patienten med at bevare kontrollen og i samarbejde med patienten, tilpasse situationen så kontrol bevares
- At tale patienten gennem procedurer
- At nå personen i kroppen og tale med denne selvom denne er bevidstløs
- Holde lægen på sporet – hold øje med tiden, flow og systematikken
- Bringe pårørende til patienten og understøtte familien

(Morse JM 1992)

Faktaboks 3

Konklusion

Kendetegnet for den initiale modtagelse i traumemodtagelsen er, at de biomedicinske og instrumentelle behandlingstiltag, der redder liv, prioriteres. Parallelt med disse tiltag ligger den kommunikation, teamet har med hinanden og patienten vedrørende den sag, patienten er bragt ind for. Men der ligger også en personrelateret viden, som ikke prioriteres.

Litteraturen anerkender, at den livreddende sygepleje skal prioriteres først, men mere omsorg for patienten i kommunikationen efterlyses.

Det er essentielt, at en symptomrettet sygepleje og en hurtig gennemgang af patienten prioriteres først for at sikre, at der ikke er oversete skader. Men inddragelse af patientens historie allerede fra den primære modtagelse i Traumecenteret anses for at være lige så vigtig.

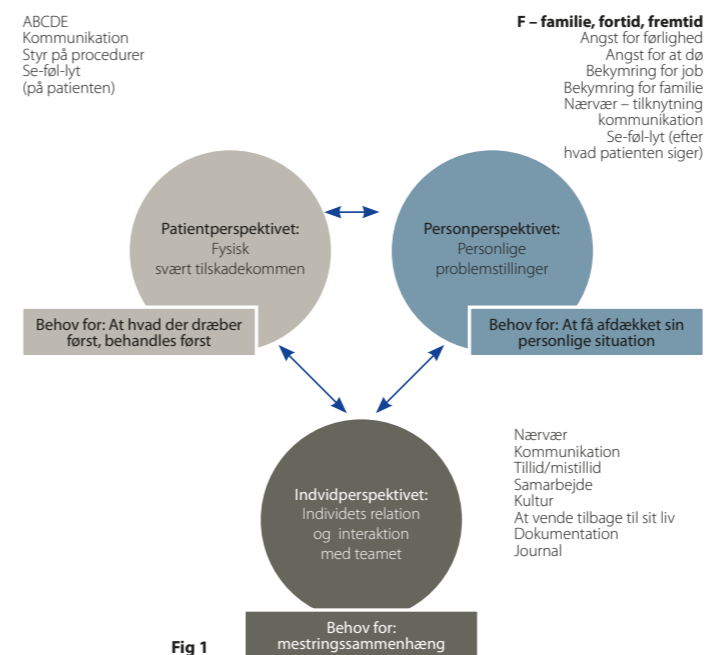


Fig 1

Implikationer for praksis

I 2015 indførte den fælles akutmodtagelse (FAM) i Odense "den kliniske beslutningsproces i evidensbaseret praksis". I den forbindelse afprøves et nyt redskab, hvor man i tillæg

til et A-B-C-D-E og systematikken indsætter et 'F' for fortid-fremtid-familie mhp. at træne en mere helhedsorienteret tilgang til traumepatienten. Redskabet afprøves 2016 i forhold til dokumentation af patienternes personlige værdier i håb om, at disse bliver dokumenteret og ført videre til gavn for patienter som Per i det videre indlæggelsesforløb. I Pers historie kunne det have gjort en forskel, hvis sygeplejersken havde spurgt, hvorfor det var vigtigt at komme hjem.

For patienten handler det ikke kun om at overleve men også om at vende tilbage til livet (2,3,4,6). Derfor skal vi kende patienten.

Litteratur

1. Larsen C.F. Roed Jakob, Larsen J.F. (2008) *Traumatologi*. Munksgaard København
2. Scheel M.E. (2005) *Interaktionel sygeplejerskepraksis. Vidensgrundlag – etik og sygepleje* Munksgaard København.
3. Morse J.M. (1992) *Comfort the Refocusing of Nursing Care*. Clin Nurs Res. Feb;1 (1): 91-106
4. Melhedegård R. (2006) *Kender vi patienten? Den svært tilskadekomne og multitraumatiserede patient – fra individ til person*. Århus. Institut for sygeplejevidenskab Århus Universitet
5. Graubæk AM. (2010) *Patientologi - at være patient*. 1 bogklubudgave 1 oplag Gyldendals bogklub
6. Sanne Angel (2009) *At komme sig efter et traume*. Kapitel 8 akut, kritisk og kompleks sygepleje. Munksgaard
7. O'Brien J-O., Futhergill-Bourbonnais F (2004) The experience of Trauma Resuscitation in the emergency Department: *Themes from Seven Patients j Emerg Nurs*. 30(3): 216-224
8. Anne Rytter Hansen og Laura Emdal Navne (2011) *Patient perspektiver på akutmodtagelser – et litteraturstudie* Dansk Sundhedsinstitut
9. Elisabeth Wiman, Karin Wikblad (2003) *Caring and uncaring encounters in nursing in an emergency department*. Clinical nursing
10. Morse J.M. (2001) *Comfort and comforting. Fokus på sygeplejen*. Red: Lausten S., Uhrenfeldt L., Noer V.R. Munksgaard København

Tak til: KommuniCare v/Anne Holm Nyland, cand.cur, for konstruktiv sparring og vejledning

Fun Facts About Christmas

Hahaha.....



How much will his sleigh weigh?

Last year, we calculated Santa's sleigh (carrying 700,000,000 Optimus Primes and dragged by three million reindeer) to weigh 1,232,300 metric tonnes. However, this year, thanks to the success of Toy Story 3, he will have to be carrying Buzz Lightyears, which have a boxed weight of 1.2kg compared to Optimus's comparatively puny 659g. So that's 840,000 tonnes of toys, which will require 5,600,000 reindeer to pull. Given each reindeer weighs around 272kg (600lb), the whole procession (assuming a weightless sleigh) will have a mass of 2,363,200 tonnes when standing still. Last year, however, we failed to take into account the relativistic increase in mass caused by the speed of the sleigh. Travelling at 10,703,437.5km/hr, or 0.97 per cent of light speed, the whole thing will have an apparent weight to a stationary observer of 2,363,310.33 tonnes.

Kilde: The Telegraph

How fast does Santa travel?

If we assume that Santa has to travel 510,000,000km on Christmas Eve, and that he has 32 hours to do it (the reasoning behind these numbers is another story), then Santa will be travelling at 10,703,437.5km/hr, or about 1,800 miles per second, all night (assuming he never stops: some sort of sleigh-mounted present-launcher will be required to shoot gifts down chimneys while moving. The guidance system will have to be quite impressive, to avoid accidentally showering Afghan wedding parties with extra presents). It will probably also be advisable to have Santa catheterised to obviate the need for lavatory breaks.

konferencer

kommende konferencer på nationalt og internationalt plan

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

Wellbeing and caring in changing times
20.-21. april 2017
Bodø, Norge

"Overcoming Barriers in Minds and Society",
Abstract deadline 15. januar
20. september 2017
København

RCN International Nursing Research Conference 2017
5.-6. april 2017
Oxford, UK

Patients as Partners Europe
6.-7. februar 2017
Kensington, UK

ICN Congres Barcelona
27. maj - 1. juni 2017
Barcelona, Spanien

Forskningsbaseret viden i den psykiatriske sygepleje. Udvikling og anvendelse.
18. januar 2017
København

KONFERENCE OM traumer og integration
20. januar 2017
København

Teoretiske og praktiske perspektiver på Familie-sygepleje
31. januar 2017
København

OMSORG FOR DEN NYE FAMILIES TRIVSEL OG UDVIKLING
26. januar 2017
København

After New Public Management
9. januar 2017
København

KL's Sundhedskonference
18. januar 2017
Kolding



25 års jubilæumsfest 2016 KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

Som uddannelsesleder af kandidatuddannelsen i sygepleje er jeg både glad og stolt over at kunne være med til at fejre, at det i dag er 25 år siden, kandidatuddannelsen i sygepleje startede i de daværende Danmarks Sygeplejerskehøjskoles smukke lokaler i Aarhus.

Vi fejrer altså et 25 års jubilæum, men faktisk er det også et 50 års jubilæum, vi fejrer.

Det er nemlig 50 år siden, at WHO's ekspertkomite om sygepleje i dens 5. rapport i 1966 anbefalede, at regeringer skulle gå ind og støtte sygeplejeforskning. De påpegede også, at forskning i sygepleje burde indgå i forskningsprogrammer inden for sundhedsvæsenet, at der skulle skaffes midler til forskning i sygepleje. Og som led i dette blev regeringerne opfordret til at sørge for uddannelse af sygeplejersker til at kunne forske. Også i 1966, var begrundelsen, at denne forskning skulle forbedre sygeplejen og sikre, at den var tilpasset samfundets behov (WHO 1966).

Så uden at fornærme nogen, kan vi nok konstatere, at der skulle et langt tilløb til med mange involverede som fx Dansk Sygeplejeråd, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd samt ministerier og repræsentanter for amter og kommuner i tæt samarbejde med Danmarks Sy-

geplejerskehøjskoles undervisere, inden dørene til undervisningslokalerne 1. september 1991 kunne åbnes for 20 kandidatstuderende, der, som færdiguddannede, fik retten til at titulere sig som candidatas curationis, hvilket er udledt fra det latinske curare, at drage omsorg for eller sørge for.

Dermed fik danske sygeplejersker som de sidste i Norden mulighed for en universitær videreuddannelse inden for deres fag, dog endnu ikke på det "rigtige" universitet, det kom først senere. Kun den ph.d.-uddannelse, der skulle sikre, at undervisningen blev forskningsbaseret, foregik på universitetet.

Men efter 10 år på Danmarks Sygeplejerskehøjskole blev uddannelsen i 2001 lagt ind under Aarhus Universitet, på Sundhedsvidenskabeligt Fakultet, det der nu på moderne dansk hedder Health, først ved institut for Sygepleje, men fra 2005 under det nyoprettede Institut for Folkesundhed, hvor vi stadig er placeret.

Igennem årene har kandidatuddannelsen været efterspurgt både i øst og vest Danmark. Så efter at en behovsanalyse udført af Dansk Sygeplejeråd viste, at der var grundlag for at udbyde uddannelsen på Sjælland, åbnede vi i 2012 dørene for kandidatstuderende i sygepleje ved

Aarhus Universitets Campus Emdrup i København, hvor der nu er etableret et frugtbart forskningsmiljø i tæt samarbejde med sektionens forskere i Aarhus til glæde for vores kandidatstuderende.

Overskriften på min tale er kandidatuddannelsen i sygepleje i et foranderligt samfund. Og meget har forandret sig i de 25 år, der er gået, siden de første kandidatstuderende trådte ind i uddannelsen. Studerende har skullet uddannes til at være omstillingsparate, eller på nydansk, omstillingsglade, de skal være kreative, dynamiske, forandringsvillige og visionære, og på helt moderne, de skal uddannes til at være robuste medarbejdere, når de forlader vores uddannelse.

Og underviserne har skullet håndtere Blackboard, alignment og flipped classroom, imens de tilpasser sig et universitet under konstante omstruktureringer.

Forandring er blevet et grundvilkår, og vi kender alle begrundelserne, hastig teknologisk udvikling, globalisering, ændringer i demografien og øgede behandlingsmuligheder og økonomisk krise.

Så igennem årene har der, naturligt nok, været udarbejdet skiftende studieordninger for at tilpasse uddannelsen til udviklingen i samfund, sygeplejen og skiftende grunduddannelser i sygepleje. Og med den seneste studieordning fra 2015, hvor kandidatstuderende i sygepleje har nogle af deres kurser sammen med studerende på de andre sundhedsvidenskabelige kandidatuddannelser på Aarhus Universitet er vægten på uddannelse til tværfaglighed blevet styrket.



Så der er forandringer nok at adressere. Men i stedet for at se yderligere på disse forandringer, vil jeg stoppe op ved det, jeg ser som et gennemgående træk i kandidatuddannelsen i sygepleje. Jeg vil se på det uforandrede i det foranderlige samfund.



Igennem alle 25 år har først Danmarks Sygeplejerskehøjskole, siden Aarhus Universitet udbudt en kandidatuddannelse, der har haft stor søgning af kvalificerede ansøgere, og vi har uddannet kandidater i sygepleje, som har været efterspurgt både i klinikken og inden for uddannelsesområdet, og som har været kvalificerede til at gå videre i ph.d.-forløb.

De sygeplejersker, der igennem årene er blevet optaget på studiet, har brændt for at

blive klogere på deres fag, og de har været villige til at ofre fritid og lide indtægtstab for at kunne videreudanne sig. Og de har kastet sig ud i deres videreuddannelse med engagement og entusiasme.

Jeg vil slutte med at trække på en god, gammel kending, som mange af os kender, og som de studerende møder i starten af deres uddannelse, når vi diskuterer forholdet mellem teori og praksis. Den kendte, amerikanske filosof og byplanlægger Donald Schön påpeger, at de problemer, som professionelle står overfor, er komplekse og uden endegyldigt facit, og den dygtige praktiker må derfor kunne reflektere i og over sin praksis. Den reflekterende praktiker følger ikke blot standarder og retningslinjer eller gør, som han eller hun plejer. I refleksionen er der brug for videnskabelig viden om patienter og sygepleje og kompetencer i videnskabelig metode. Derfor må studerende gennem deres studier udvikle evnen til at reflektere og problemløse med deres akademiske viden som redskab til at kvalificere deres refleksioner.

Jeg ser vores kandidater som reflekterende praktikere, der både har tilegnet sig kompetencer inden for videnskabelig metode, har en stor viden om patienter, sygepleje og samfund, som ønsker at lægge deres kræfter i at modvirke ulighed i sundhed, og som kan tænke kritisk over både deres egen og andres praksis, hvad enten det er forskerpraksis eller klinisk praksis, de bevæger sig i. Vi kender alle Svann Brinkmann, der opfordrer os til at stå fast og til at se ud på verden i stedet for ind på os selv. Jeg mener, at vores kandidater igennem alle årene har stået fast på de værdier, de mener, sygeplejen skal bygge på.

Berit Pedersen Haa,

Udviklingsansvarlig sygeplejerske, cand.pæd.soc
Ortopædkirurgisk afdeling E, Aarhus Universitetshospital

Gitte Sjørlev Schmidt,

Uddannelsesansvarlig sygeplejerske, cand.pæd.pæd
Ortopædkirurgisk afdeling E, Aarhus Universitetshospital



Sygepleje til den ortopædkirurgiske patient – med fokus på SØVN

Denne artikel omhandler et udviklingsprojekt, der pågår i Ortopædkirurgisk Afdeling E, Aarhus Universitetshospital (AUH), hvor sygepleje til den ortopædkirurgiske patient beskrives.

Introduktion

Afdelingens specialeansvarlige sygeplejersker beskriver, i samarbejde med afdelingens uddannelsesansvarlige sygeplejerske og udviklingsansvarlige sygeplejerske, sygepleje til den ortopædkirurgiske patient relateret til de sygeplejefaglige behovsområder: Bevægeapparatet, ernæring, hud og slimhinder, kommunikation, psykosociale forhold, respiration, cirkulation, smerter og sanseindtryk, søvn, seksualitet, viden og udvikling samt udskillelse. I Ortopædkirurgisk afdeling E er der to sengeafsnit placeret på to matrikler. Hvert sengeafsnit har fem specialer og en specialeansvarlig sygeplejerske i hvert speciale. Formålet med at beskrive sygepleje er, dels at sætte fokus på den breddefaglige sygepleje til patienter uanset diagnose indenfor afdelingens specialer (1), dels at skabe rum til at specialeansvarlige sygeplejersker kan videndele og drøfte sygepleje på tværs af specialer. Projektet startede i juni 2013 og forventes afsluttet maj 2017. Oversygeplejersken og afdelingssygeplejerskerne vælger, i samarbejde med den uddannelsesansvarlige og udviklingsansvarlige sygeplejerske, hvilke områder der beskrives hvornår. Herefter fordeler de specialeansvarlige sygeplejersker områderne, således at begge sengeafsnit er repræsenteret. Rammen for beskrivelse af et område er tre møder à 3 timers varighed over ca. ½ år. Nedenfor beskrives som eksempel, hvordan der konkret er arbejdet med behovsområdet: Søvn.

Baggrund

Jf. Sundhedsstyrelsens vejledning om sygeplejefaglige

optegnelser skal sygeplejersken tage stilling til, hvorvidt patienten har potentielle og/eller aktuelle problemer indenfor de 12 sygeplejefaglige behovsområder (2). Det er således et krav om, at der indsamles data og interveres i forhold til patientens potentielle og/eller aktuelle søvnproblemer. Dette fordrer, at sygeplejersken har en grundlæggende viden om søvn og søvnproblemer, kan vurdere patientens søvnmønster og iværksætte relevante tiltag, når patientens søvn forstyrres.

Søvn er et af menneskets grundlæggende behov og har bl.a. betydning for indlæring, koncentrationsevne, hukommelse og kontrol af følelser. Længere tids søvnmangel kan endvidere føre til dårlig sårheling og infektion. En stor del af de indlagte ortopædkirurgiske patienter gennemgår et større kirurgisk indgreb og har efter operationen en forstyrret søvn gennem en kortere eller længere periode. Graden af søvnforstyrrelser er formentlig afhængig af omfanget af det kirurgiske indgreb – herunder omfanget af kirurgiske stressrespons, specielt den inflammatoriske respons. Studier viser en klar sammenhæng mellem dårlig søvn og øget smerteopfattelse med et sekundært øget behov for morfin eller morfinlignende præparater. De ortopædkirurgiske operationer er ofte efterfulgt af smertefulde postoperative forløb, da der er påvirkning af såvel muskler som knogler. Patienten oplever smerter postoperativt, der forstyrrer søvnen, hvilket forværrer smerteoplevelsen, og behovet for morfin øges, hvilket i sig selv forstyrrer søvnen. Manglende søvn påvirker endvidere patienten subjektivt med øget

træthed, humørsvingninger og nedsat energi og dermed mindre overskud til mobilisering og genoptræning (3 & 4). I praksis må man så vidt muligt sørge for, at omgivelserne faciliterer søvn. Det vil sige, at støjniveauet holdes så lavt som muligt, unødigt lys om natten undgås og postoperative plejerutiner planlægges til at foregå i dag- og/eller aftenvagten. Derudover skal patienten være smertedækket. Hvis det stadig er umuligt for patienten at sove, kan en indslumringspille overvejes. I den forbindelse skal dosis, virkningsvarighed og behandlingsvarighed overvejes. Den medicin, patienten får i det postoperative forløb udover smertestillende, kan også have indflydelse på søvnen, hvorfor denne også bør gennemgås (4). Endvidere kan non farmakologiske interventioner som f.eks. massage og beroligende musik overvejes (5).

Formål

Formålet var at udarbejde en beskrivelse af sygepleje indenfor området søvn, der kan bidrage til forbedring af den ortopædkirurgiske patients søvn.

Hvordan?

Der blev søgt litteratur om søvn. Relevant litteratur (bøger, artikler og retningslinjer) blev læst og vurderet. Den valgte litteratur dannede baggrund for beskrivelse af faktorer, der kan påvirke den ortopædkirurgiske patients søvn før, under og efter indlæggelse. I forhold til de enkelte faktorer blev det præciseret hvilke sygeplejehandlinger, der kan have indflydelse på patientens søvn og som kan iværksættes. Beskrivelsen er i punktform og relativ kort, da den skal være overskuelig og umiddelbart anvendelig i praksis.

Inden opstart af udviklingsprojektet blev der udarbejdet en skabelon, som anvendes til beskrivelse af alle sygeplejefaglige behovsområder. Skabelonen indeholder 1. Mulige årsager/faktorer der kan påvirke det sygeplejefaglige område. 2. Sygeplejehandlinger i punktform. 3. Ressourcepersoner. 4. Kilder, dvs. henvisninger til relevant litteratur, artikler, retningslinjer og instrukser. Når beskrivelsen er udarbejdet, er de specialeansvarlige sygeplejersker, i samarbejde med deres respektive afdelingssygeplejersker, ansvarlige for, at beskrivelsen formidles ud til kollegaerne og anvendes i praksis. Beskrivelsen af det sygeplejefaglige område søvn fremgår af skemaet på side 18-19.

Status

De sygeplejefaglige behovsområder: Ernæring, hud og slimhinder, kommunikation, respiration, cirkulation, smerter og sanseindtryk samt søvn er nu beskrevet – og der ligger en plan for, hvornår de øvrige områder skal beskrives. Tilbagemeldinger fra de specialeansvarlige sygeplejersker er, at det giver god mening at mødes på tværs af sengeafsnit og arbejde med den breddefaglige sygepleje til den ortopædkirurgiske patient. Møderne giver anledning til faglige drøftelser med henblik på udvikling af sygeplejen. Den store udfordring er at udbrede kendskabet til beskrivelserne og sikre, at de anvendes i praksis. Måden at arbejde med den breddefaglige sygepleje kan forhåbentlig

være til inspiration. Ved spørgsmål eller ønske om at få de udarbejdede beskrivelser tilsendt, kan forfatterne kontaktes på mail.

Acknowledgements

Specialeansvarlig sygeplejerske Tina Agerbo Fürstenberg, Lone Frandsen, Gitte Raae Høybye, Birthe Marie Hedegaard og Hanne Fachman Sørensen har bidraget med beskrivelse af det sygeplejefaglige område: Søvn.

Referencer

- Ingerslev, K., Eg, B. & Krøll V.: Teori T – om bredde- og dybdefaglighed hos sygeplejersker. I: Sygeplejersken. Nr. 8. 2014. s. 76–81.
- Sundhedsstyrelsen: Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Vejledning nr. 9019 af 15/01/2013 Lokaliseret 27.07.16. <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=144979>
- Rasmussen D, Nykjær V. Kapitel 5: Den postoperative fase. I: Olesen S, Dalgaard A, Hørdam B, Pedersen PU (redaktør). Ortopædkirurgi. Sygdomslære og sygepleje. 1. udgave. Dansk Sygeplejeråd - Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2010. s. 43–54.
- Krenk, L. Kapitel 25: Søvnforstyrrelser efter kirurgiske indgreb. I: Jennum, P. Søvn. Munksgaard; 2013. s. 257–262.



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 sprogvask, så dit produkt bliver perfekt. Sammen når vi DIT mål.

Kontakt KommuniCare v/Anne Holm Nyland på:
info.kommunicare@gmail.com,
Facebook og Instagram

Se mere om KommuniCare på kommunicare-consult.dk.



Fokus fremmer forandring

Faktorer der kan påvirke den ortopædkirurgiske patients søvn

Sygeplejehandlinger

Før indlæggelse

Faktorer der kan påvirke søvnen før indlæggelsen er bl.a.

- Smerter
- Psykisk tilstand
- Søvnnapø

Under indlæggelse

Faktorer der kan påvirke søvnen under indlæggelse er bl.a.

- Smerter
- Psykisk tilstand
- Bevægerestriktioner og regimer efter operation
- Forstyrrelser
- Fysiske rammer
- Mad og drikke
- Medicin og bivirkninger

Før indlæggelse

- Til indlæggelsessamtale spørges systematisk ind til behovsområdet søvn, herunder:
 - Indsovningsstid og søvnvaner
 - Oplevelse af søvn og søvnkvalitet
 - Opvågning
 - Søvn i løbet af dagen
 - Emotionelle tilstande (angst, depression, nervøsitet)
 - Smerter
 - Hvordan patienten selv håndterer sine eventuelle søvnproblemer
 - Brug af sovemedicin eller alternative tiltag
- Det vurderes hvorvidt der skal oprettes en plejeplan (f.eks. ved søvnproblemer > 3 døgn eller ved længere tids indlæggelse)
- Information om at medbringe egne hjælpemidler i forhold til søvn, f.eks. ørepropper, sovemaske, søvnbriller, patientens egen dyne og pude samt musik

Under indlæggelse

Smerter

- Optimal smertebehandling ≤ 3 NRS
- NRS niveau – beskrivelse af smerter (type, intensitet, lokalitet mv.)
- Vurdering af hvorvidt "fast smertestillende" er sufficient behandling
- Smerteteam ved kroniske smertepatienter
- Isposer eller varmepakninger som smertebehandling
- PN smertestillende medicin på natbordet

Psykisk tilstand

- Patientinformation – søvn er vigtig, søvn kan ændre sig, søvn kan være vanskelig, vi har mulighed for at hjælpe
- Viden om søvn efter operation Lytte til patienten
- Måske ikke et mål at sove, men at slappe af – patienten skal acceptere det kan være svært at sove
- Plejepersonalet kan være nærværende i indsovningsfasen
- Opmærksomhed på, hvorvidt patienten har behov for at tale om eventuelle problemstillinger
- Observationer og handlinger i forhold til bekymringer, spekulationer, hallucinationer og delir
- Beroligende musik, berøring og massage

Bevægerestriktioner og regimer efter operation

- OBS hvilken madras patienten skal ligge på
- Patienten hjælpes til lejring og stillingskifte, således det er muligt at finde ro og hvile (hver 2. time)
- Patienten lejres efter behov og muligheder, så den bedst mulige sovestilling opnås
- Information om regimer i forhold til operationen – hvad må patienten?
- Samarbejde med fysioterapeuter og eventuelt ergoterapeuter i forhold til optimal lejring
- Patienten tilbydes ekstra hovedpude og tæppe ved behov
- Patienten understøttes i sine personlige ritualer før sengetid i det omfang, det er muligt
- Når patienten ikke selv kan varetage vask af ansigt og hænder samt tandbørstning, før sovetid, tilbydes hjælp hertil

Forstyrrelse (støjsanering)

- Reducere forstyrrelser
- Fjerne eller omlægge støjende arbejdsrutiner
- OBS - IV-medicin tider
- Middagshvil – "quiet time" - besøgstider
- Gøre stuen klar til middagshvil – "lukke stuen ned", ingen besøg, vandladning, smertestillende

- Gøre stuen klar til natten – der skal ikke ses fjernsyn, spilles musik mv. Der skal være ro!
- Undgå støjende arbejdsrutiner i middagshvilet og om natten
- Informere patienten / patienterne om eventuel støj og uro på stuen i løbet af middagshvilet og natten
- Minimere alarmer på nødvendigt apparatur

Fysiske rammer

- Fælles aftaler for natten om medicin tider og mobilisering
- Eventuel kolbe eller bækkensol inden for rækkevidde
- Luften ud på stuen
- Blomster flyttes ud fra stuen om natten
- Puder og dyner rystes og sengen redes
- Fjernsyn slukkes
- Tilstræbe en rumtemperatur på ca. 18 grader celsius
- Klokkenor indenfor rækkevidde
- Gardiner trækkes for, lyset slukkes – mørke på patientstuerne om natten
- Dæmpning af lyset i afsnittet om natten
- Udlevering af ørepropper og / eller søvnbriller

Mad & drikke

- Patienten tilbydes et let måltid, kamillete eller varm mælk med honning inden sovetid
- Har patienten kvalme og / eller kaster op iværksættes relevant behandling herfor
- Patienten informeres om, at kaffe, te og andre koffeinholdige væsker bør undlades i op til 7 timer før sovetid
- OBS øget diurese om natten pga. stort væskeindtag om aftenen

Medicin og bivirkninger

- Gennemgang af patientens medicin med henblik på dets påvirkning på søvnen

OBS:

- Benzodiazepiner (f.eks. triazolam, flunitrazepam og nitrazepam) giver kort indsovningsstid og øger den totale søvntid, men gør søvnen lettere med mindre dyb søvn og mindre REM-søvn
- Ikke-benzodiazepiner (f.eks. zopiklon og zolpidem) giver kort indsovningsstid, og disse præparater påvirker ikke den dybe søvn eller REM-søvnen
- Opioider (f.eks. morfin) giver en lettere søvn med mindre dyb søvn og mindre REM-søvn

Efter indlæggelse

Faktorer der kan påvirke søvnen efter indlæggelsen er bl.a.

- Smerter
- Forstyrret søvn efter operation

Ressourcepersoner:

- Fysioterapeut (f.eks. vejledning i forhold til regimer, mobilisering)
- Ergoterapeut (f.eks. puder)
- Læger (sovemedicin, smertebehandling, behandling af bivirkninger)
- Smerteteamet

Efter indlæggelse

- Vejlede patienten om redskaber der kan anvendes til at mestre søvn postoperativt
- Henvisning til Sundhed.dk "Gode råd til en bedre søvn"

Retningslinjer, instrukser mv.:

- Dokumentationsrådet for sygepleje på Aarhus Universitetshospital (2013): Manual for dokumentation af sygeplejen i EPJ på Aarhus Universitetshospital. Aarhus Universitetshospital.
- Fog, Lisbet; Maheswaran, Maduri; Wester, Dorte; Bælum, Rikke (2014): Nonfarmakologiske sygeplejeinterventioner til fastholdelse og forbedring af søvnkvalitet hos voksne indlagte patienter. Klinisk retningslinje. Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse.
- Jennum, Poul (2013): Søvn. Munksgaard
- Troelsen, Marianne (2013): Patienter sover for dårligt. I: Sygeplejersken. (3), 18 – 22.
- Troelsen, Marianne (2013): Har du sovet godt? I: Sygeplejersken. (3), 23 – 24.
- Schou, L., Laursen, DL., Madsen, E., Simonsen, AM, Nielsen K.M. & Brønnum H (2006): Klinisk vejledning. Hjertecenteret Rigshospitalet.
- Höv, LU, Holm, A. & Dreyer, P. (2015): Nightingale til de nattergale. Sygeplejersken. (2): 10 -17



Velkommen tilbage til Klummen!

Som jeg nok antydede i sidste del af Klummen, er der en hel masse forskellige opgaver knyttet til det at være ph.d. studerende. Det er en naturlig del af forskeruddannelsen, at man arbejder på at dygtiggøre sig inden for den videnskabelige og akademiske verden. Denne gang vil jeg gerne dykke ned i et par stykker af dem. Jeg har valgt at fokusere på tre opgaver, der i perioder optager særlig meget af min tid; deltagelse i ph.d. kurser, undervisning og vejledning af andre og udarbejdelse af fondsansøgninger.

Tidsrøvere

Tidsrøver nr 1. - Ph.d. kurser

Som ph.d. studerende er du forpligtet til at gennemføre kurser svarende til minimum 30 ECTS point i løbet af de 3 år sådan et studieforløb typisk varer. Der findes både generelle kurser og mere projektspecifikke kurser. Ved Aalborg Universitet, hvor jeg er indskrevet anbefaler man, at man tager begge dele (og minimum 10 ECTS point fra hver kategori). Jeg startede på at tage nogle af de mere generelle kurser i tiden op til, at jeg officielt blev ph.d. studerende og jeg når inden dette år er omme op på 18-19 ECTS, altså lidt over halvdelen af de krævede point.

Dette efterår har jeg bl.a. deltaget i et kursus her i Aalborg, som havde fokus på etnografiske studier, dvs. studier, der handler om at studere mennesker i deres naturlige setting for at opnå indsigt i deres levede hverdagsliv. Kurset Ethnography in Health Care Sciences var arrangeret af Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje ved Aalborg Universitetshospital. Det var et projektspecifikt kursus, som blev afholdt over 4 dage. Kursets program var designet omkring rammen for et traditionelt studieforløb og indeholdt en introduktion til etnografisk metodologi, relevante metoder til datagenerering, analysestrategier og formidling af resultater. Der var fokus på design og gennemførelse af etno-

grafiske studier. Kurset var meget udbytterigt for mig og særligt i forhold til to aspekter: for det første bidrog kurset til en nuancering af det teoretiske grundlag i min argumentation. Med det mener jeg, at kurset dels i den opgivne litteratur og i de oplæg, der blev holdt af underviserne, bidrog til et bredere fundament for en faglig og akademisk argumentation for de beslutninger, jeg træffer undervejs i mit studie. Kurset gav mig inspiration til ny læsning og motivation til at læse mere!

For det andet var deltagelse i kurset en lærerig oplevelse, da det var en tiltrængt mulighed for at møde andre, der står i eller har stået i samme situation, med lignende problematikker. Deltagerne var en gruppe af ph.d. studerende med meget forskellige projekter og på forskellige stadier i projektførelsen. Det var motiverende at være i et forum som anerkendte de problemer, der fylder allermost i sådan et studie set-up, som reelle og helt normale; og en rar kontrast til den ellers meget ensomme tjans, det kan være at være ph.d. studerende.

Kurset faldt på et rigtig godt tidspunkt for mit forløb og gav anledning til en pause fra feltobservationerne og en tiltrængt mulighed for at træde et skridt tilbage og se på, hvad det er, man har gang i. Min opfattelse var også, at an-

dre på kurset havde det på samme måde og det var egentlig uanset hvor langt i processen og deres studie, de var. Kombinationen af et meget relevant fokus, et veltilrettelagt kursusforløb, dygtige og engagerede undervisere med erfaring inden for det etnografiske felt og engagerede med-studerende, der velvilligt delte deres erfaringer og gik ind i de faglige diskussioner, gjorde, at det til det mest givende kursus, jeg har gennemført indtil nu.

Tidsrøver nr. 2 – Undervisnings og vejledningsopgaver

Det hører også til det at blive en bedre akademiker, at man indgår i opgaver, hvor man underviser og vejleder andre studerende. For mit vedkommende bliver denne del af min forskeruddannelse imødekommet gennem et samarbejde med kandidatuddannelsen i Folkesundhedsvidenskab på Aalborg Universitet (AAU). Fra starten af mit ph.d. forløb tog jeg kontakt til uddannelsen og udtrykte min interesse i at blive underviser eller vejleder hos dem. Der var en gensidig interesse, og jeg er her i efteråret startet som ekstern vejleder på to semesterprojekter på kandidatuddannelsens 1. semester.

På AAU arbejder man med Problembaseret Læring (PBL) efter "Aalborgmodellen". Det betyder, at semesterprojekterne følger en bestemt projektf orm, og at de studerende i høj grad tillære sig ny viden og kompetencer indenfor projektarbejde gennem gruppearbejde. Min funktion som vejleder der, tager derfor også en undervisende form, når jeg mødes med de studerende.

Vejledertjansen er utrolig spændende, og det er lærerigt at gennemføre sådanne forløb. Men samtidig er det også en gevaldig tidsrøver. Som ny vejleder, der ikke selv har den konkrete uddannelse, er der en del at sætte sig ind i. Jeg er også i dette efterår ved at gennemføre et mindre kursus for nyansatte undervisere i netop Aalborgmodellen, for at lære fremgangsmåden, for at kunne forstå og anvende de rette projektermer og derved blive rustet til at varetage opgaven som vejleder.

Tidsrøver nr. 3 - Fondsansøgninger

Som ph.d. studerende går der rigtig lang tid med at arbejde på fondsansøgninger. Rigtig, rigtig lang tid for nogens vedkommende! Mit ph.d. studie finansieres af Psykiatrien i Region Nordjylland, som der er indgået en aftale om underskudsgaranti med. Sådant en aftale betyder, at studiet støttes af Psykiatrien, men at jeg skal forsøge at søge midler hjem fra eksterne fonde undervejs i forløbet. Fra starten er der lagt et budget med estimerede beløb for projektførelses udgifter. Nogle beløb er lettere at estimere end andre og ved ansøgning om midler til specifikke dele af studiet, skal der udarbejdes mere specifikke budgetter.

Det er en stor opgave i sig selv at finde frem til de fonde, der kan være relevante at søge. Derudover må man forberede sig på, at ansøgningen ikke giver resultat. Der bliver større og større konkurrence om de midler, der udbydes og mere erfarne kilder inden for forskningens verden fortæller, at man må forvente, at der kun er gevinst svarende til måske 1/4 af de ansøgninger, der sendes afsted. Og det er måske endda lidt højt sat.

I øjeblikket er mine ansøgninger rettet mod midler, der kan bruges i forbindelse med et længere udlandsophold. Det er lagt ind i planen for mit projektførelse, at jeg tager et ophold i Sydney i Australien i ca. 10 måneder. Her skal jeg have tilknytning til the University of Sydney og St. Vincent's Private Hospital, hvor min projektvejleder Niels Buus er tilknyttet som professor.

Et udlandsophold af den længde kræver naturligt nok nogle midler til betaling af en bolig under opholdet og transport til og fra Australien. Derudover kan der være udgifter i forbindelse med anskaffelse af et passende visum til opholdet og eventuelt også til udgifter forbundet med deltagelse i konferencer eller kurser under opholdet.

Det kan være rigtig svært at udforme en god ansøgning. Det er vigtigt at orientere sig om den konkrete fondsbevilgninger og fokus områder. Derudover er det vigtigt at sætte sig ind i hvem, der foretager vurderingen af ansøgningerne. Det vil have stor betydning for hvilket sprog ansøgningen udformes i. En anden nyttig ting kan være at udføre lidt opsøgende arbejde – eller "lobby-arbejde" - forud for ansøgningen, hvor man kan få en ide om, hvorvidt ens projekt ligger inden for fondens interesseområder.

Min succesrate i forhold til ansøgninger har været begrænset indtil nu – både i forhold til ph.d.en og i tiden op til. Men der er ikke andet for end at beskrive sit studie med vedvarende begejstring hver gang, man laver en ansøgning og så krydse fingre for, at det kommer til at lykkes.

Ordet 'tidsrøver' må ikke forstås som noget negativt. Jeg tænker alle de her opgaver, som en del af min uddannelse og dermed som noget, der er med til at udvikle mig. Jeg bruger ordet 'tidsrøver', fordi det er opgaver, der stjæler min opmærksomhed fra det arbejde, der knytter sig til den direkte gennemførelse af min ph.d. studie, f.eks. generering af data, her særligt nedskrivning og udvikling af feltnoter og min kontakt til samarbejdspartnere. Men sådan vil virkeligheden også se ud på den anden side af ph.d. forløbet. Det er egentlig nok bare med at nyde, at der lige nu trods alt er mulighed for fordybelse i forhold til et konkret projekt.

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.

Stafetten

–mød en kollega

Katrine Rey-Andersen

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dit nuværende job?

Inden min uddannelse til sygeplejerske var jeg interesseret i neurologien, og gennem mit studie fokuserede jeg ofte på noget indenfor det neurologiske speciale. Efter endt uddannelse fik jeg job på neurokirurgisk og efterfølgende på neurologisk afdeling. Jeg startede på Neurologisk Afdeling, SUH i år 2009 som basissygeplejerske. Efterhånden fik jeg flere ansvarsområder og bød gerne ind på arbejdsopgaver, f.eks. indenfor kvalitets- og udviklingsarbejdet. Undervejs fandt jeg ud af, at jeg gerne ville ledervejen for at kunne være med til at sætte mit præg på neurologien. I 2014 var jeg som ny leder med til at åbne et nyt neurovaskulært sengeafsnit, og det er her, jeg er i dag.

Hvad består dit job af?

Jeg har en meget varieret hverdag med mange forskellige artede opgaver. Mine arbejdsopgaver består af alt lige fra vagtplanlægning, planlægning/strukturering af dagligdagen, visitation, planlægning af introduktion af nyansatte, medarbejdersamtaler, medansvarlig for strategi- og kvalitetsarbejdet til igangsætning af nye projekter mv.

Hvilke udfordringer har du stødt på i dit nuværende job, og hvilken har været den største?

Som en del af et lederteam støder man ofte på udfordringer – det kan være alt lige fra udfordringer ift. vagtplanlægning til udfordringer med en strategi/et kvalitetsarbejde, der skal implementeres.

Den største udfordring er at balancere mellem vores faglighed som sygeplejersker og hverdagens mange opgaver.

Hvilken faglig oplevelse vil du fremhæve, som den der har gjort mest indtryk på dig?

Jeg har mange oplevelser, som er værd at fremhæve. Jeg synes mange af de oplevelser, jeg har som sygeplejerske gør indtryk, fordi vi har med mennesker at gøre, og fordi vi qua de relationer, vi indgår i med disse mennesker, gør en forskel i vores virke.

Men jeg har to oplevelser, som jeg gerne vil fremhæve. Den ene oplevelse var, da vi åbnede det nye sengeafsnit, hvor jeg oplevede en masse drive, motivation og positiv

energi omkring det fælles projekt, vi havde om at åbne et nyt sengeafsnit. Og hvordan vi som faggruppe skulle sætte vores præg på hverdagen og kvaliteten i den sygepleje, vi tilbyder vores patienter og pårørende hver eneste dag. Jeg oplevede en samhørighed og et fællesskab, som jeg er virkelig stolt af stadig at være en del af.

En anden oplevelse, som har gjort stort indtryk på mig, var i mit job på neurokirurgisk afdeling, da jeg første gang fik lov til at følge en patient gennem hele forløbet. Jeg fulgte patienten og hans hustru fra første møde med neurokirurgisk afdeling, under operation for en hjernetumor, på intensiv og tiden efter på sengeafsnittet. Her gik det for alvor op for mig, hvilket ansvar vi har som sygeplejersker og hvilken forskel, vi gør i patienternes og de pårørendes liv. Her gør vi som sygeplejersker en væsentlig forskel med vores faglighed, empati og omsorg.

Hvordan ser du sygeplejen udvikle sig indenfor de nærmeste 10 år?

Det fantastiske ved sygeplejen er, at det er et fag, som konstant er under en rivende udvikling og forandring. Det er derfor svært at spå om, hvor sygeplejen er om bare 10 år. Dog tror jeg, at vi fremadrettet vil se flere sygeplejersker i afdelingerne rundt omkring på sygehusene med en master-/ kandidatuddannelse eller en ph.d.-grad. Der er ingen tvivl om, at fokus på kvalitet, udvikling og forskning indenfor sygeplejen vil se nye højder, dog må vi ikke glemme vores kerneopgave som sygeplejerske, som er patienterne. Jeg håber på, at vi fortsat vil se en masse kompetente sygeplejersker, som brænder for og værner om deres fag.

Stafetten gives videre til PhD stud, Malene Beck



Skal du med til Landskonference 2017?

Inspireret af de otte national mål for sundhedsvæsenet, tager Landskonference 2017 livtag med fællesskabet og samarbejdet i bestræbelserne på at skabe mere sammenhængende forløb, et mere effektivt og sikkert sundhedsvæsen.

Vi håber, vi kan være med til at inspirere til en styrket og bedre indsats med fokus på overgange og et anderledes partnerskab med den enkelte patient/borger og tværfagligt.

Frihed til at gøre det bedre
– sammen om fælles mål, fælles sag og fælles indsats



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!

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

DSRs aftale

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




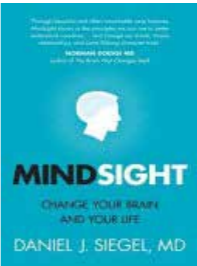





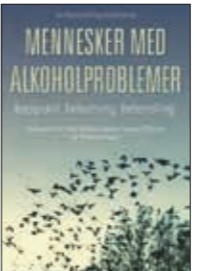





Find os på facebook: Det faglige selskab for sygeplejersker, der arbejder med udvikling og forskning

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...

issuu.com
Fagbladet Forstyrrelsen kan også findes på issuu.com

Vil du have udvidet dit fagbibliotek?

 <p>Alkohol – brug, konsekvenser og behandling Red.: Ulrik Becker og Janne Schurmann Tolstrup Munksgaard, 2016</p>	 <p>Mindsight: The New Science of Personal Transformation Daniel J. Siegel Goodreaders</p>	 <p>Håndbog i Laboratorieanalyser Linda Maria Hilsted, Mette Gyldenløve, Anne-Lise Kamper Munksgaard, 2016</p>
 <p>Bariatri i et tværfagligt perspektiv Forebyggelse og behandling af svær overvægt Red.: Jette Ingerslev og Andreas Printzlau Nyt Nordisk Forlag, 2016</p>	 <p>Ukuelighed og nåde Ken Wilber Klim, 206</p>	 <p>Praksisforskning i socialt arbejde Kirsten Henriksen, Tilde Østergaard Sørensen og Per Westersø (red.) HansReitzels, 2016</p>
 <p>Kulturteori og kultursociologi Anne Scott Sørensen, mfl. HansReitzels, 2016</p>	 <p>Mennesker med alkoholproblemer Baggrund, belastning, behandling Red.: Nina Brünés, Bjarne Stenger Elholm, Nanna Kappel Nyt Nordisk Forlag, 2015</p>	 <p>Udsatte voksne og socialt arbejde Inge Schiermacher og Bettina Myggen Jensen HansReitzels, 2016</p>
 <p>Skrive terapi Annette Aggerbeck Nyt Nordisk Forlag 2014</p>	 <p>Forebyggelse og bekymring Gitte Sommer Harrits og Marie HansReitzels, 2016</p>	 <p>Sociale forskelle og social stratifikation Carsten Strøby Jensen HansReitzels, 2016</p>
 <p>Praktiske færdigheder Karin Larsen, Carsten Munch Nielsen, da Torunn Bjørk Munksgaard, 2015</p>		

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

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

Boganmeldelser

Af: Anja Geisler. Klinisk Udviklingspsygeplejerske, PhD studerende. Anæstesiologisk afdeling. Sjællands Universitetshospital, Køge.

Menneskets ernæring

Redigeret af: Arne Astrup, Susanne Bügel, Jørn Dyerberg, Steen Stender. Forlaget Munksgaard, 4. udgave 2015, 694 sider.

Denne er en tværfaglig lærebog om ernæring og sundhed. Den udkom første gang i 1997, så mange sygeplejersker har nok stiftet bekendtskab med den på sygeplejerskolen. Denne 4. udgave har gennemgået en gennemgribende revidering, så den er tidssvarende i forhold til anbefalinger og forskning på området.

Bogen er inddelt i 6 overordnede kapitler. 1. Ernæringsfysiologi, 2. Næringsstoffer 3. Fra næringsstoffer til fødevarer og kost, 4. Særlige fødevarer, 5. Ernæring hos udsatte grupper, og 6. Historie og perspektiv. Bogen har 44 kapitler. Visse kapitler har kun 1 forfatter, andre har mange. Hver især er de eksperter på de områder, de behandler i kapitlerne. Hvert kapitel afsluttes med en kort opsummering, så har man behov for et hurtigt overblik, kan man med fordel læse disse.

Bogen er skrevet som en lærebog, der kan anvendes ved alle uddannelser, der beskæftiger sig med menneskets ernæring fra gymnasiet til bachelor og kandidatuddannelser. Står man lige og vil vide mere om f.eks. ernæring til børn, ældre eller folk med sukkersyge, fungerer bogen rigtig godt som opslagsværk. Specielt vil jeg fremhæve kapitlerne 26 til 38 – ernæring hos udsatte grupper. Udover at være velskrevne er

det også yderst god baggrundsviden at have som sygeplejerske.

Kapitel 16 og 17 omhandler forskellige studiedesigns, hvormed man bl.a. kan undersøge folks kostvaner, nogle mere gennemskuelige end andre. Efter have læst disse kapitler finder jeg det ikke længere så utroligt, at det kan være vanskeligt at finde en "gold-standard" på kost området, da det at undersøge feltet til bunds er så vanskeligt og fyldt med potentielle bias. Visse kapitler har stor detaljerigdom og er knap så læsevenlige f.eks. kap 21 omhandlende ernæringspolitik og - lovgivning. Men benytter man bogen som opslagsværk, hvor fokus udelukkende er på at finde et specifikt emne, fornemmes dette ikke i samme grad, som hvis bogen læses fra ende til anden. Andre kapitler bl.a. kap 12 omhandlende sporstoffer er alt for overfladisk skrevet, i hvert tilfælde hvis man arbejder med intensive patienter.



Af Mette Kjerholt, Forskningsleder PhD. Hæmatologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde.

Videnskabsteori – lærebog for sundhedsprofessionelle

Esben Nedenskov Petersen & Caroline Schaffalitzky De Muckadell: 2014, Gads Forlag,

Denne bog omhandler mange forskellige aspekter af videnskabsteori samt forskning. Hensigten med bogen er "at sundhedsprofessionelle får en videnskabelig ballast, så de kan deltage i den videnskabelige diskussion på kvalificeret vis". Forfatterne angiver, at bogen medvirker til at slå bro mellem "det abstrakte videnskabsteoretiske og de studerendes dagligdag og praksis"

Lad mig slå fast med det samme: Hverken jeg eller en sygeplejerske og masterstuderende finder at bogen er en let læselig bog om videnskab! Det er en bog med et komplekst sprog og til tider højt lixtal, som på 230 sider udfolder, reflekterer over samt diskuterer videnskab, videnskabsteori samt forskningens metodologi og metoder. Bogens forfattere har begge en ph.d grad i filosofi, og det bærer bogen præg af, således forstået at forfatterne stiller spørgsmål konstant gennem hele bogen og giver sjældent entydige svar på de stillede spørgsmål. Bogen igangsætter med andre ord mange refleksive processer om videnskab, videnskabsteori og konkret praksis, men dette forudsætter efter min vurdering, at læserne har et forhåndskendskab til videnskab og forskning. Bogen egner

sig således ikke som en grundlæggende indføring i videnskab og-teori, men kan bruges til at give læserne en uddybende og mere reflekterende forståelse af videnskab.

Når det så er sagt, så byder bogen på mange både relevante og spændende perspektiver på samt aspekter ved videnskab og dennes tilhørende forskningstilgange, og ved at læse bogen er jeg blevet klogere på videnskabens mange veje og vildveje.

PS: Man kan med fordel starte med at læse opsummeringerne efter hvert kapitel (kaldet "Afsluttende bemærkninger") og på den måde få en fornemmelse af kapitlernes indhold, inden man giver sig i kast med selve kapitlerne.



Karin Brochstedt Dieperink, Sygeplejerske, Ph.d, post doc Academy of Geriatric Cancer Research AgeCare www.agecare.org samt Videncenter for Rehabilitering og palliation REHPA. Onkologisk Afdeling R, Odense Universitets Hospital.

Syg litteratur

Anne-Marie Mai, Peter Simonsen, Camilla Schwartz, Iben Engelhardt Andersen (red)

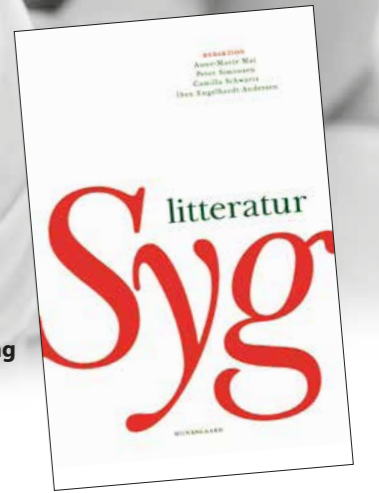
Hvorfor skal vi som sygeplejersker dog bruge tid på at læse en skønlitterær bog, når vi nu burde læse faglitteratur?... for der er jo en forventning om at vi holder os ajour. Syg litteratur kan dog betragtes som en interessant blanding, for den er med til at give en uvurderlig mulighed for refleksion over menneskelige perspektiver i forbindelse med sygdom, som ikke synes tilgængelig på anden måde. Teksterne kan måske ovenikøbet bidrage til at hindre, at forrælsen kommer snigende i det evige arbejdspress og krav om effektivitet.

Et rigt udvalg af uddrag fra historisk, samtids- og fremtidslitteratur er klogt delt ind i 5 hovedafsnit med hver sin indledning. Temaerne er: Mødet mellem patient og behandler, Pårørende, Hospitalets verden, Om at være syg og Der var engang. Denne særlige genre henter inspiration fra "narrativ medicin" som er en voksende tendens i USA. Som der står i indledningen, er litteraturen et mellemværende mellem den læsende, den skrivende og omverdenen, og det vil derfor være individuelt, hvad

der gør mest indtryk på læseren.

På mig gjorde uddraget af Peter Seebergs "Patienten" dybt indtryk. En mand får udskiftet efterhånden alle kropsdele, og spørger berettiget "hvor meget kan man reducere et menneske uden helt at gøre det til noget andet?" Et relevant etisk dilemma at diskutere i en tid hvor viden-skaben kan mere end måske godt er. Et andet uddrag "Forebyggende kredsløbsundersøgelse" af Henning Mortensen gav anledning til en refleksion over, hvordan forskningens ofte firkantede kasser passer så dårligt ind i det levede liv.

Bogens tekster er således relevante til både individuel eftertanke som kollektiv drøftelse og synes oplagt til (ud)dannelsesmæssig brug, og som Anne-Marie Mai pointerer, man kan med sindsro bruge løs af det hele, for man åbner og lukker selv døren til litteraturens rum.



Af: Anne Holm Nyland, Cand.Cur., udviklingskonsulent, iværksætter og ejer af KommuniCare

Giv teksten liv – greb der griber

Christina Pontoppidan & Andreas Emmanuel Graae. Samfundslitteratur, 1. udgave 2016

Forført af en forside.

Allerede da jeg kaster første blik på bogen, er jeg solgt. Bogens visuelle udtryk lover godt og er tro mod resten af indholdet, der er uforudsigeligt, dramatisk og legende.

Bogen er en fremragende inspiration til at skrive levende og dynamiske tekster. Med forfatterens ord er levende tekster netop uforudsigelige, dramatiske og legende. Bogen er bygget op som et teaterstykke i tre akter (det uforudsigelige og dramatiske) med en happy ending (det legende).

Gennem tre centrale akter viser forfatterne, hvordan du linje for linje, greb for greb, vækker dine tekster til live: Først får tekstens fokus liv, så tager teksten form og sidste akt er helliget tekstens formuleringer dvs. indhold, der leger og fænger læseren. Hver akt præsenterer tre enkle greb. I dit private skrivestue lærer du fx at sætte ansigt på stoffet og søge efter sigende og afvigende fragmenter, at blande genrer, vække læserens begær og bruge metaforer, rim og rytme. Med de ni greb linet op i skrivestuet er du rustet til at skrive af karsken bælg og gribe dine læsere.

Bogen er rigt illustreret med sjove eksempler, der viser, hvordan forskellige skribenter bruger genrer og greb. Et eksempel er tekstens indledning, der består af tre x F: Forfør, Fasthold og Forløs. Tekstens midte fastholder læserens begær efter at vide mere. DU fastholder læserens begær ved at

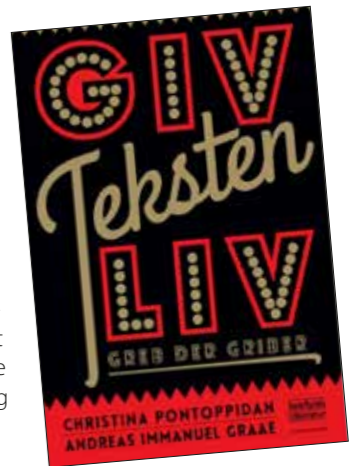
veksle mellem handling og baggrund – flere gange. Du starter med et handlingsmættet afsnit, går bag om handlingen, analyserer, informerer og forklarer betydningen af netop den handling, der udspilles. Tekstens afslutning er klimaks, hvor læsers begær løses. Du giver svaret.

'Giv teksten liv - greb der griber' er skrevet til alle, der vil formidle en stimulerende læseoplevelse: Forskeren, der vil formidle sine resultater til lægmand eller andre fagområder; journalisten, der vil fænge læserne med sine historier;

den studerende; bloggeren og os der er fascineret af sprogets finurligheder, muligheder, utallige nuancer og med hang til skriftlig formidling.

Hver akt afsluttes med en prøve, hvor du kan teste dine skrivefærdigheder.

Forfatterens baggrund som hhv. retoriker og litterat fornægter sig ikke. Det er en solid bog, der både kan læses fra A-Z og bruges som opslagsbog til inspiration. Bogen er ikke direkte målrettet akademisk opgaveskrivning, men alle skribenter kan hente inspiration, tips og tricks.



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,
Udviklingssygeplejerske, MPQM
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afd. T
Odense Universitetshospital
britt.borregaard@rsyd.dk



Kasserer

Tina Nielsen,
Klinisk Udviklingssygeplejerske
Hæmatologisk Afdeling,
Roskilde Sygehus
tni@regionsjaelland.dk



Webmaster

Charlotte Myhre Jensen
Udviklingssygeplejerske, MSU, phd-studerende,
Ortopædkirurgisk afdeling O,
Odense Universitetshospital
charlotte.myhre.jensen@rsyd.dk



Fagsbladsredaktør og ansvarlig for medlemsregistrering og legatansøgninger

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



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



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



Suppleant

Mette Damkjær Syse,
Lektor, Klinisk Sygepleje Specialist
Leder af CO-lab Denmark
mette.syse@rsyd.dk