



Indholdsfortegnelse

Leder.....	s. 3
Nyt fra Bestyrelsen	s. 4
Magisk viden - Landskonference	s. 5
Faglig artikel: At lykkes med inklusion af... ..	s. 6
Når en idé og et projekt gror nedefra	s. 9
Stil skarpt på: Kandidatuddannelsen i klinisk syge... ..	s. 12
Faglig information: Refleksioner over forskning i	s. 14
Stafetten	s. 16
Klommen	s.18
Faglig information: Writing tips... ..	s. 20
Boganmeldelser	s. 22

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 Ph.d. studerende*
Reumatologisk afdeling
Odense Universitetshospital
laila.t.bay@rsyd.dk



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



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

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

Brug din (akademiske) stemme

Dette nummer sætter fokus på den først del af projekt- og forskningsfasen med tre artikler, der illustrerer, hvordan du kan komme fra idé til projekt, inkludere patienter i projektet, samt anvende andres erfaringer om at være forsker i eget felt til en bedre forståelse af din egen rolle i dit projekt/felt. Idéen er dels at videndele, dels at skabe refleksion over de roller, du som forsker/projektleder/projektdeltager tildeles eller tildeler sig selv i feltet. Derudover stiller vi skarpt på kandidatuddannelsen i sygepleje på SDU. Her ser vi på en ny tendens i uddannelsesfeltet, hvor flere og flere videreuddannelser er begyndt at rette sig mod en tværprofessionel målgruppe. Om der i fremtiden stadig vil være brug for en monofaglig kandidatuddannelse kan du læse mere om inde i bladet.

At være akademisk sygeplejerske og arbejde med udvikling og forskning handler også om ansvar og medbestemmelse i politisk regi. Dansk Sygeplejeråd holder valg

til kredsbestyrelserne fra d. 25. oktober til d. 8. november 2017. Selv om flere og flere sygeplejersker vælger at videreudanne sig fra diplom- til ph.d.-niveau er den akademiske sygeplejerske desværre ikke særlig stærkt repræsenteret i kredsbestyrelserne. Dertil kommer, at akademiske sygeplejerskes vilkår (endnu) generelt ikke vægtes særlig højt i organisationen. Det skal der gøres noget ved. Derfor opfordrer vi dig til at bruge din stemme - enten ved at stille op til kredsbestyrelsen - eller ved at stemme på kandidater, der stiller op for at arbejde med forbedring af akademiske sygeplejerskers synlighed og vilkår i sundhedsvæsenet.

Som noget nyt sidder kredsbestyrelsesmedlemmer nu for en 4-årig periode, derfor er det særlig vigtigt at få bestyrelsesmedlemmer ind, der vil arbejde med anerkendelse og forbedring af vilkårene for (det stigende antal) akademiske sygeplejersker, der arbejder på tværs af sektorgrænser i sundhedsvæsenet. Brug din stemme!





Nyt fra bestyrelsen

Hvad ved du egentlig om det?

Sådan spørger vi nogle gange, når vi taler med andre om noget vi er nysgerrige efter at få viden fx om et bestemt fænomen. Andre gange er det os selv, der skal besvare spørgsmålet. Spørgemålet, hvis svar altid vil være afhængigt af, hvem vi er, har med andre ord et uendeligt antal dimensioner. Hvad betyder det f.eks. for en person at have en kronisk sygdom? Er det en sygdom, som griber ind i hverdagen som fx diabetes? (I så fald betyder det, at man konstant skal forholde sig til sin sygdom). Eller handler det om, at man har allergi over for græs, så får det en anden betydning. Tja og igen afhænger det af, hvem vi spørger? Er det lægen, sygeplejersken, patienten eller måske den pårørende.

På Landskonference i april 2018 har vi sat "Viden" til debat. Hvad nytte er alt den viden egentlig til? Hvilken værdi har det, at vi deler vores viden? Hvilken betydning har forskellige opfattelser af og metoder til udvikling af viden, og hvilken betydning har det for det, vi ved eller ikke ved. Dette kaster konferencen lys over, bl.a. ved at tilbyde ni workshops omhandlende metoder til udvikling af og implementering af viden samt oplæg omhandlende perspektiver på viden. Samtidig ønsker vi at stille skarpt på evidensbaseret sygepleje eller evidensbaseret praksis. Derfor har vi inviteret

John Paley, som har bidraget til bogen Exploring Evidence-Based Practice: Debates and Challenges in Nursing, Morten Knudsen fra Copenhagen Business School, der taler om "Ledelse af evidens og ikke-evidens" samt DASYS's formand Lektor Pia Dreyer, som i mange år har arbejdet med evidensbaseret sygepleje. De vil hver især komme med deres syn på konferencens tema.

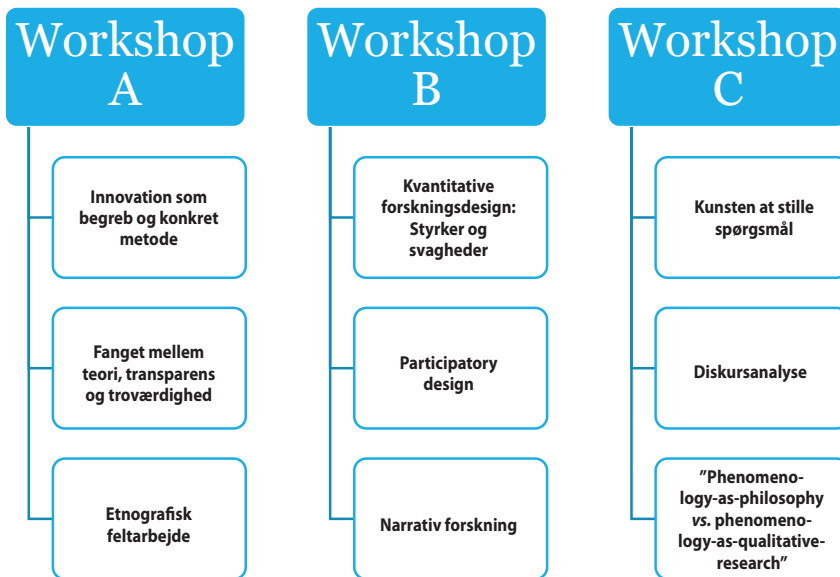
I bogen "Viljen til viden" skriver professor i antropologi Kirsten Hastrup, at "viden ikke blot er noget vi finder, men noget som opstår ved et særligt perspektiv på verden". Jeg vil argumentere for, at vi har brug for mange forskellige perspektiver på verden og dermed forskellige former for viden. På landskonferencen kridter vi banen op og spørger: Hvad bruger vi den viden, vi udvikler til? Og hvad betyder det for de valg, vi træffer i sundhedsvæsenet?



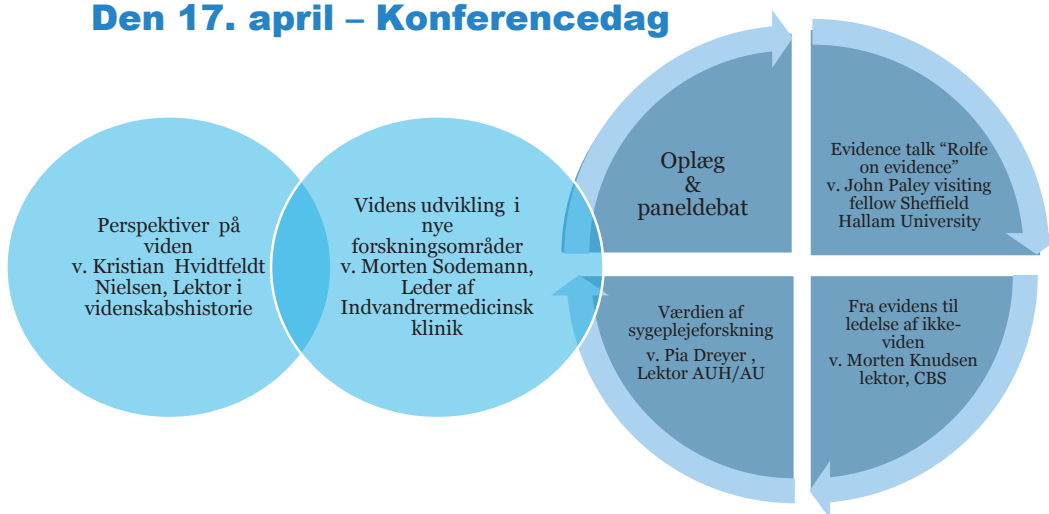
MAGISKE VIDEN

- LANDSKONFERENCE

Den 16. april - Ni workshops



Den 17. april – Konferencedag



D. 16. og 17.
april 2018

Hotel Kolding
Fjord

Workshops
&
Konference

Deadline for
abstract
1.12.2017

Early bird
8.1.2018

Tilmelding til
en/to dage via
selskabets
hjemmeside:

<https://dsr.dk/fs/fs32>

Randi Maria Hanghøj Tei

Klinisk sygeplejespecialist, PhD, MHH
Medicinsk Endokrinologisk Afdeling (MEA)
Aarhus Universitetshospital



FAGLIG ARTIKEL

At lykkes med inklusion af patienter i en travl akut afdeling

Appetizer: *Det behøver ikke at være kompliceret at få akutte patienter til at deltage i et studie, der opleves som "et godt og overkommeligt tilbud". Det kan til gengæld være en udfordring at "få fat" i pati-enterne, når de hver især ankommer på alle tænkelige tider af døgnet og befinder sig i flere forskellige afsnit på hospitalet, før de hurtigt forsvinder hjem igen. Inspiration til, hvordan det kan lykkes at "indfange, inkludere og fastholde" en stor gruppe patienter, videregives hermed fra "OFELIA"; et PhD-projekt med fokus på opsporing af osteoporose hos voksne patienter med knoglebrud efter et lav-energi traume.*

Baggrund: I epidemiologiske studier er det vigtigt at få så mange deltagere som muligt med, så statistisk signifikante associationer kan påvises. Men selv når der skal rekrutteres fra en stor tilgængelig population, kan andre udfordringer være tunge. I et prævalensstudie af osteoporose hos voksne, der behandles på Aarhus Universitetshospital (AUH) for en fraktur efter et lavenergitraume, der aktuelt er udgangspunkt for nærværende artikel, var rekrutteringsgrundlaget stort (ca. 4000 ptt./år). Til gengæld var logistikken udfordret af, at rekrutteringen foregik fra både skadestuen og fra to akutte senge-afsnit. Etikken udfordredes af, at patienterne befandt sig i en akut og uvant situation med et knoglebrud, og at behandlerpersonalet - med al respekt - havde fokus på deres primære opgave; at behandle patienten og dennes brud sufficient. Når der som her er tale om hovedstudiet i et PhD-projekt, er der som regel i alt fald én (den PhD-studerende), der er dybt motiveret for og har megen energi i at få så mange som muligt til at deltage. Men denne ene er oftest afhængig af, at andre (sundhedsprofessionelle kollegaer) engagerer sig og på trods af en travl hverdag orker det ekstra arbejde, som er nødvendigt for at rekrutteringen skal lykkes. Jeg ønsker hermed at videreformidle nogle af de metoder,

værktøjer og kommunikationskanaler, jeg benyttede for at nå så langt ud som muligt med informationer, at minimere arbejdsbyrden for mine kollegaer og at optimere betingelserne for patientens deltagelse. Tiltag, der synes overkommelige og (i hvert fald i dette studie) overbevisende i arbejdet på at rekruttere, inkludere og fastholde en stor gruppe patienter.

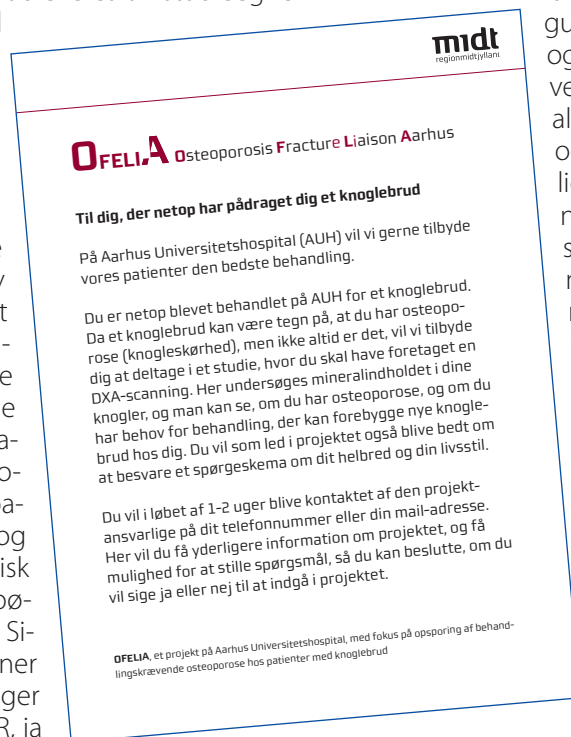
Forberedelser inden rekrutteringsstart kan være afgørende for optimal udnyttelse af afsatte tid.

At navngive studiet kan lyde som en banal opfordring, men ikke desto mindre et must. Et let, genkendeligt og mundret navn gør simpelthen hele promotionarbejdet mere enkelt. I aktuelle studie op-stod navnet af ordene **O**steoporosis **F**racture **L**iaison **A**arhus, som min kreative hovedvejleder skal krediteres for. Alle - både sundhedsprofessionelle og patienter - vidste, at når OFELIA blev nævnt/skrevet, så var det "det", der mentes. Når jeg ringede potentielle deltagere op, fik navnet OFELIA dem til at genkalde, at de havde sagt ja til et eller andet, og at det var okay, at jeg ringede.

En informativ internetbaseret hjemmeside til patienterne, hvor der bl.a. kan læses om formålet med projektet, om hvad et JA til at deltage betyder, og om hvem der står bag projektet, kan med fordel oprettes inden første patient inkluderes. I OFELIA kunne alt informationsmateriale, der udleveredes (og mere til) genfindes her, nu blot krydret med naturtro billeder, der illustrerede vejen gennem projektet. Hjemmesiden blev nævnt i al udleveret informationsmateriale og er også blevet brugt som udgangspunkt for informationsseancer om OFELIA internt på AUH. Se www.ofelia.auh.dk for inspiration.

Konteksten, hvori studiet foregår, er afgørende for, hvilke opgaver der skal prioriteres i studiets setup. I OFELIA, der som nævnt foregik i en stor, akut afdeling, var det væsentligt at nå ud med information om studiet til så mange sundhedsprofessionelle som muligt, at minimere opgaverne for den enkelte og at gøre det helt konkrete informations- og registreringsarbejdet (som jeg var afhængig af andre til at udføre) så simpelt som muligt. Jeg valgte at udarbejde det første trin af patientinformation i postkort-format, som den sundhedsprofessionelle kunne have i lommen (og ikke nødvendigvis i hove-det, hvor damagecontrol og triagering har førsteprioritet). Kortet skulle udleveres til "studieegnede" patienter i forbindelse med indhentning af accept til, at jeg måtte ringe vedkommende op. På dette handout card (OFELIA-kort) stod, hvad patienten gav accept til, når der blev sagt ja til at blive ringet op, kontaktoplysninger på projektansvarlige samt hjemmeside. På kortet blev det understreget, at man blot sagde "ja" til at måtte blive kontaktet og informeret yderligere – og så først derefter måske ville sige ja (give samtykke) til deltagelse i studiet. Opgaven for personalet med at registrere, hvilke patienter, der var blevet spurgt, og hvad de havde svaret, blev praktisk løst ved specialfremstillede log-bøger i A4-format med spiralryg. Siderne heri var fortrykte kolonner til de absolut vigtigste oplysninger som dato, patientlabel/navn CPR, ja tak til kontakt (x), ønsket mobilnummer/mailadresse de ønskede benyttet, nej tak ønsker ikke kontakt (x), årsag til ikke at have spurgt (demens, geografi, sproglige barrierer; studiets eksklusionskriterier) samt navn på den person, der havde indhentet samtykket. Bøgerne skulle således ikke udfyldes med tidskrævende oplysninger som diagnoser, brudlokalisering m.v. som jeg selv kunne tilføje senere.

At få taletid på berørte/rekrutterende afsnits mono/tværfaglige morgenkonferencer og møder er en nødvendighed, og denne tid (som ofte er afmålt og i konkurrence med andre vigtige emner) kan med fordel bruges til at udsende et klart og koncist budskab om projektets formål, hvilke konkrete opgaver der vil være for personalet, hvordan de får fat i den studieansvarlige, hvem der opad i systemet bakker op om studiet, og hvordan der fremadrettet vil blive informeret om fremdriften i studiet. Trods mange seancer var jeg helt klar over, at langt fra alle interessenter fik hørt "min OFELIA tale". En A4 flyer indeholdende de vigtigste facts om studiet, om OFELIA-kortet, logbogen, hjemmesiden og kontaktoplysninger på studieansvarlige (mobil og mail) blev udsendt med nyhedsbreve og hængt op som lamineret udgave i kaffestuer og kommandorum.



Ledelsesforankring er essentielt for, at et studie kan lykkes i de mange afsnit, det breder sig over. Man skal være åben for at inddrage ledelsesmæssige ideer og ønsker om studiets afvikling og logistik allerede i planlægningsfasen og være villig til at stille op på udebane. Min oplevelse er, at muligheden for at blive hørt af både hospitalsledelse, centerledelse og afdelingsledelser skal gribes, når den byder sig (nogle gange skal man selv give bolden op) og afleder reklame, samarbejdsvilje og goodwill på den lange bane. De kæppe, der på alle niveauer kan blive stukket i hjulene, når projektet er skudt fra start – og de findes – kan hurtigere elimineres med vægtige argumenter om, at studiet er kendt, støttet og accepteret i sin nuværende form hele vejen op gennem organisationen. Ikke alle elsker og forstår netop dit projekt, og nogen har måske forsøgt sig med lignende uden at lykkes. Det må man nødvendigvis acceptere, men ikke lade sin entusiasme, energi og sit engagement gå ned på. Modstand kan faktisk med fordel skrives ned som inspiration til diskussionsafsnittet i en efterfølgende publikation. For mig var det vigtigt – og en stor fordel – at OFELIA blev anerkendt af AUH's ledelse på alle niveauer (både afsnits-, afdelings-, center- og hospitalsniveau).

Opgaver undervejs i rekrutteringsfasen, er - udover de på forhånd givne med "at inkludere og føre patienten videre i studiet" - at være synlig, imødekomme overfor spørgsmål om rekruttering, åben om mid-

lertidige resultater og opmærksom på praktikaliteter. Er noget så lavpraktisk som fx. en log-bog blevet væk, kan det betyde dage uden registrering af tilsagn fra patienter – og dermed tabte potentielle deltagere. Det er irriterende og demotiverende for personalet, hvis de skal løbe og lede for at kunne aflevere oplysninger, de er blevet bedt om at indhente i studiets tjeneste. I OFELIA var min gang i de forskellige afsnit en naturlighed, idet jeg flere gange om ugen kom i de forskellige afsnit for at afskrive nytilkomne registreringer i logbøgerne (som også blev fundet, hvis de var kommet på afveje), tale med personalet om fremdriften i OFELIA, tjekke om der var en bunke OFELIA-kort de aftalte steder, og om de laminerede A4 stadig var synlige. Informative nyhedsbreve med ad hoc resultater blev udsendt.

"Learning by doing" resulterede i et valg om at ændre rekrutteringsstrategi efter de først 4 måneder med et utilfredsstillende lille antal rekrutterede patienter blandt mange mulige. Da det efter drøftelse med involverede parter stod klart, at patient og personale havde svært ved at rumme/få plads til/huske information om forebyggelse af frakturer i den helt akutte primære kontakt, flyttede vi rekrutteringen til den semi-elektive kontakt, nemlig til den kontrol, der foregår ambulantly få dage/uger efter primær behandling. Her kunne jeg som projektansvarlig tilrane

mig et overblik over næste dags ambulante patienter og dermed på forhånd "mærke" relevante patienter "OFELIA" på køreplanen. Personalet blev således mindet om OFELIA, samtidig med at de her oplevede, at de selv have mere tid, og at pa-tienterne havde mere overskud til at kunne kære information om forebyggelse af deres næste fraktur. Ændringen resulterede i en ønsket stigning i rekruttering. Fra en inklusionsrate på ca. 35 deltagere /måned i de første 4 måneder, var det nu blevet muligt at inkludere ca. 85 deltagere hver måned (gen-nemsnitlige tal) de sidste 8 måneder.

Når patienten er registreret som potentiel deltager (i OFELIA=sagt JA til kontakt), ligger ansvaret alene hos projektansvarlige (omtales herefter som "dig", der kan naturligvis være flere) i forhold til al efterfølgende kontakt; mundtlig og skriftlig information, indhentning af skriftligt samtykke, booking af scanningstid, udsendelse og indsamling af spørgeskema (pilottestet) m.v. Det betyder naturligvis et kæmpe og tidskrævende arbejde for dig, men en uafhængighed i forhold til rekrutterende kollegers goodwill eller mangel på samme. Fra da af er du – og din energi og entusiasme - alene ansvarlig for studiets succes-rate (og power) i forhold til antal deltagere blandt allerede rekrutterede. Det giver en sikkerhed for og tilfredshed, at alle potentielle deltagere har haft bedst mulige forudsætninger for at sige "ja" eller "nej" til deltagelse. Svaret gives nemlig på baggrund af en dialog med dig, der er den, der kender hvert et led i studiet bedst og har de bedste argumenter for hvilke gevinster, risici og forbehold, der kan følger med ved hhv. deltagelse/ ikke deltagelse. Din energi gives videre i den direkte kommunikation til deltagerne, og uanset om det bliver et ja eller et nej, efter en til tider meget lang samtale, oplever du et ejerskab i at svaret falder ud, som det gør. Det er også her, man har muligheden for at sikre, at deltageren har forstået væsentlige detaljer i studiet. I OFELIA foregik denne dialog pr. telefon fra det nummer, som overalt var opgivet som projektsansvarliges nummer (og som vist i displayet), at jeg havde mulighed for at skabe et (minimalt, men vigtigt) tillidsforhold til deltagerne, og mange benyttede muligheden for senere at vende tilbage ved spørgsmål og tvivlstanker. I OFELIA var det væsentligt at gøre deltageren opmærksom på at få svar hos deres egen læge, men også deres accept af, at de ved positivt svar (osteoporose) ville blive genkontaktet af mig (studieansvarlig men "ikke-læge") som sikring for, at der ville blive taget action på denne diagnose. Her lærte jeg for eksempel, at det, der i mine øjne var en klar mundtlig og skriftlig aftale mellem deltager og jeg om, at jeg (som studieansvarlig "ikke-læge") ville kontakte dem, hvis diagnosen var positiv, ikke var så klar endda. I et tilfælde mødtes jeg med voldsom vrede; "og så er du ikke engang læge", som vedkommende udtrykte det. I efterfølgende inklusionssamtaler havde jeg derfor særlig opmærksomhed på at indhente accept (som jeg registrerede særskilt) til denne re-kontakt af mig ved et osteoporotisk resultat.

Mulighed for individuelle hensyn ved booking af tider (hvis aktuelt) kan – sammen med autogenereret sms-service - anbefales. Jeg fik lov til selv at booke tiderne til DXA – og gjorde det sidst i inklusionssamtalen, mens "ja"-sigeren

stadig var i telefonen. Jeg er overbevist om, at favorable muligheder for individuelt aftalt scanningstid har været medvirkende til et fremmøde på over 95 %.

Luksus for dig som studieansvarlig er fantastisk. I OFELIA var det luksus, at deltagerne blev scannet på Osteoporoseklinikken af en gruppe dygtige og studieerfarne bioanalytikere. Det resulterede i DXA-resultater af høj kvalitet, at deltagere blev godt modtaget, og at spørgeskema med indbygget skriftligt samtykke blev indsamlet på forsvarlig vis.

Resultater af indsatsen er jo altid spændende. For mig var primære succes-kriterium at få så mange deltagere med som muligt. Hvor stor en andel der så viste sig at have osteoporose og dermed i fremtiden ville kunne profitere af et frakturforebyggelses program, var kun et sekundært succes-kriterium i denne fase. Det lykkedes over en periode på 12 måneder at rekruttere godt 1000 patienter, inkludere 832 heraf og føre i alt 794 deltagere igennem alle studiets faser. Et drop out på under 5 % kunne med stolthed konstateres efter scanning af de sidste OFELIA-deltagere.

Taksigelser fra mig går til samtlige deltagende patienter, der midt i uheldet havde overskud til at mel-de "ja". En tak til alle AUH's sundhedsprofessionelle i skadestuen, i frakturklinikker og i ortopædi-kirurgisk sengeafsnit, der gjorde en indsats for at mit projekt kunne lykkes. Ligeledes stor tak til bioanalytikere og sekretærer i Osteoporoseklinikken for kvalitetsarbejde, og til endokrinologerne, der i perioden havde betydeligt flere scanninger at beskrive.

Ideer til inspiration

Udover at minimere andre aktøres opgaver så meget som muligt, og selv være synlig, imødekomme og tilgængelig, videregives følgende ideer som inspiration til andre og deres projekter (pluk frit):

- Navn til studiet (mundret og enkelt)
- Hjemmeside rettet mod patienten, hvor al informationsmateriale – også det, der fremsendes og udleveres på anden vis – fremgår, gerne med guidende billeder
- Hand out card (lommeformat i karton indeholdende patientinfo med kontaktinfo.)
- Log-bøger (der ligger på faste og nøje udvalgte pladser)
- Booking; så individuelt tilpasset som muligt (hvis aktuelt)
- SMS-service (udnyt muligheden)
- Klare aftaler for opfølgning
Ring altid fra et "ikke-ukendt" nummer, der viser nummeret i modtagers display

Tina Nielsen, Klinisk Udviklingspsygeplejerske, MHH, tni@regionsjaelland.dk,

Mette Kjerholt, Forskningsleder, Ph.D,

Begge ansat på Hæmatologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital



FAGLIG ARTIKEL

Når en idé og et projekt gror nedefra

En beskrivelse af en vellykket ernæringsindsats

Indledning

Ernæringsindsatsen kan være vanskelig at prioritere i et afsnit, men at spise nok har stor betydning for, at patienten bedre kan stå imod eventuelle bivirkninger til den medicinske behandling og for rehabiliteringsforløbet efterfølgende. I vores hæmatologiske afdeling er der stor interesse for ernæring men også en følelse af, at det er svært at prioritere i en afdeling med høj fokus på den medicinske behandling af patienterne. Derfor iværksatte og gennemførte afsnittets ernæringsgruppe et aktørinvolverende udviklingsprojekt for at forbedre ernæringsindsatsen for vores patienter.

Baggrunden for udviklingsprojektet

Afsnittets ernæringsgruppe havde en oplevelse af, at ernæringsindsatsen for vores hæmatologiske patienter ikke blev udført, dokumenteret og evalueret konsekvent. Gruppen havde observeret, at der manglede sygeplejefaglige kompetencer på området samtidig med, at omsætningen af de eksisterende kompetencer blev nedprioriteret. Den observation blev understøttet af audit på ernæringsindsatsen over sommeren 2016, som viste faldende primær- og sekundær screening i forhold til tidligere audits.

En lille gruppe interesserede sygeplejersker etablerede en projektgruppe med henblik på at styrke ernæringsindsatsen. Afdelingens handlingsalgoritme for sepsistruede patienter fungerede rigtig godt og gjorde, at hele plejepersonalet kendte til brugen af en sådan. Samtidig havde Rigshospitalet afprøvet en handlingsalgoritme for opstart af klinisk ernæring. Derfor valgte projektgruppen at udarbejde en handlingsalgoritme for ernæringsindsatsen for vores afsnit med udgangspunkt i regionens retningslinjer (1, 2). En handlingsalgoritme defineres som en anbefaling til klinikere for adækvat handlings- og beslutningstagning i relation til afvigende værdier og observationer (3).

Formålet var at forbedre kvaliteten af den ernæringsindsats, afsnittet tilbyder, ved at ensrette rammen og frem for alt indsætte en hurtigere ernæringsindsats end nuværende praksis. Formålet var derudover at give faglig indsigt og udvikling af ernæringsindsatsen hos den enkelte sygeplejerske samt facilitere en højere prioritering af ernæringsindsatsen generelt i afdelingen.

Hvordan gjorde vi?

Reelt blev konkrete metoder fra aktionslæring og aktørinvolverende processer brugt, da afdelingen har gode erfaringer med brugen af disse til sikring af varige praksisændringer (4). Metoderne passede godt til udviklingsprojektet, da både ide og projekt udsprang af et ønske fra projektgruppens medlemmer om at forbedre ernæringsindsatsen, og hvor gruppen gerne ville have en aktiv rolle fra start til slut.

Gennem implementeringsperioden over 7 uger i efteråret 2016 skrev projektgruppen log-bøger og mailede refleksioner og udfordringer til hinanden, og den mødtes én gang om ugen for at drøfte deres refleksioner og udfordringer samt diskutere mulige løsninger. Inden opstart aftalte gruppen at anvende PDSA cirklen til at udvikle og implementere handlingsalgoritmen, hvor projektgruppen først udførte en pilotafprøvning af første udkast til ernæringsflowet med henblik på at vurdere funktion og effekt af denne. Erfaringerne herfra blev evalueret, og ændringer blev foretaget forinden den reelle implementering i afsnittet. Figur 1 viser både projektfaserne samt indhold og varighed af de forskellige faser.

Gruppen udviklede handlealgoritmen efter regionens retningslinjer for ernæringscreening og -terapi (1, 2). Den indikerede, hvor hurtigt patienten skulle øge indtaget, og hvilke handlemuligheder der var, hvis ernæringsbehovet ikke kunne opfyldes – f.eks. hvornår sondeernæring som

supplement eller fuld-ernæring skulle overvejes. Handlealgoritmen skulle i projektperioden afprøves på en udvalgt gruppe patienter valgt ud fra en vurdering af, at det var bedst at starte i det små og ud fra de observerede ernæringsproblematikker, gruppen havde gjort sig i sengeafsnittet, for derefter at udbrede anvendelsen af handlealgoritmen til alle patienter i afsnittet og på sigt afdelingen. Metoderne til oplæring og information af det øvrige personale var afholdelse af workshops og sidemandsoplæring for hele personalegruppen. Desuden deltog projektlederen på en morgenkonference for læger for at informere om tiltaget. Diætisten og sekretærene blev informeret pr. mail løbende. Der blev desuden udarbejdet A3 plancher af handlealgoritmen, som blev placeret ved samtlige arbejdsstationer. Under implementeringsfasen, og særligt de første uger, prioriterede projektgruppen at være repræsenteret i så mange vagter som muligt for at kunne fungere som nøglepersoner.

Resultater af projektet

Målet var at forbedre kvaliteten af ernæringsindsatsen ved at ensrette indsatsen og etablere en hurtigere indsats. Formålet var derudover at give faglig indsigt og udvikling af ernæringsindsatsen hos den enkelte sygeplejerske samt facilitere en højere prioritering af ernæringsindsatsen generelt.

Ifølge audits udført undervejs og efter implementeringsperioden tages der nu stilling til behov for ernæringsindsats tidligere i indlæggelsesforløbet, og ernæringsstatus evalueres undervejs. Indsatsen er blevet ensrettet og etableres hurtigere, ligesom den enkelte sygeplejerske har en rettesnor i forhold til hvilken indsats, der skal etableres. Sygeplejerskerne har fået større viden om hvilken ernæringsindsats, der er nødvendig; denne anvendes i dagligdagen. Efterhånden som der arbejdes med ernæringsindsatsen, bliver denne også mere og mere nuanceret og rettet mod den enkelte patient fremfor at følge algoritmen slavisk. Plejepersonalet fortsætter med at reflektere over ernæringsindsatsen og opnår større og større kompetencer på området.

Udfordringer i projektperioden

Der var følgende udfordringer i pilotafprøvningsfasen:

- Forståelsen af at proteinindtaget er det væsentligste, selvom den samlede energimængde er nemmest at opnå
- Behov for finjustering af handlingsalgoritmen
Dette tog projektgruppen højde for i de workshops, der blev gennemført og i den sidemandsoplæring, der fandt sted.

I implementeringsprocessen afdækkedes følgende udfordringer:

- Gennemførelse af workshops
- At følge handlealgoritmen OG den regionale retningslinje
- Kun at afprøve handlealgoritmen på den udvalgte patientkategori
- Dokumentationen

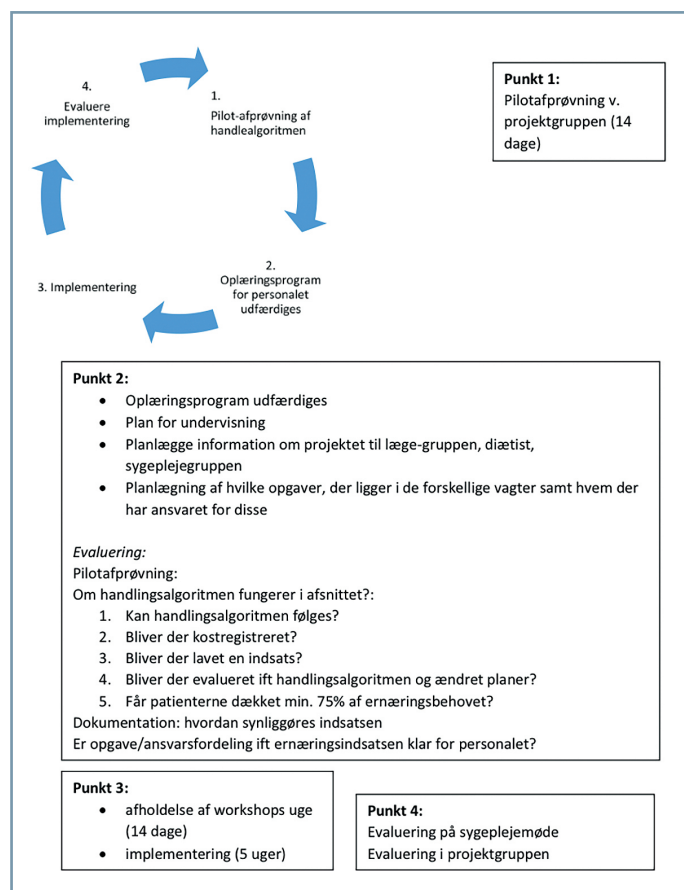
Udfordringerne blev afdækket af plejegruppen og projektgruppen i fællesskab. De blev drøftet i projektgruppen og gav anledning til konkrete ændringer i den planlagte projektproces:

De planlagte workshops var svære at gennemføre. I stedet lykkedes sidemandsoplæring af personalet, foretaget af projektgruppen, lige før og i opstartsfasen af projektet, så flertallet af plejepersonalet blev indført i handlealgoritmens formål og metode.

For at have stort nok patientgrundlag til at introducere og facilitere alle plejepersonaler i handlingsalgoritmen, for at kunne holde stort fokus i projektperioden og for at sikre afsnittet fulgte den regionale retningslinje, blev alle indlagte inkluderet. Der var i gennemsnit 3 patienter dagligt, der indgik.

Projektgruppen var til stede i de fleste vagter og brugte ressourcer på sidemandsoplæring ift. dokumentation af handlealgoritmen og ernæringsindsatsen.

Flere patienter gav undervejs i projektførløbet anledning til faglige refleksioner monofagligt og flerfagligt, da de i løbet af indlæggelsen blev erklæret terminale. Diskussionerne og de enkelte deltagers faglige refleksioner gik blandt andet på, om og hvilken ernæringsindsats terminale patienter har gavn af samt, hvad det vil sige at være terminal patient.



Evaluering

Overordnet lykkedes projektet. Ernæringsindsatsen sker tidligere, den er mere struktureret og ensrettet. Der er sket en læring, forandring og udvikling af ernæringsindsatsen bl.a. via de faglige og tværfaglige refleksioner og diskussioner, der har været i implementeringsforløbet, og derfor er

indsatsen også på et højere fagligt niveau. Flere uoverensstemmelser mono- som tværfagligt omkring indsatsen er således afklaret.

Deltagerne påpegede efter implementeringen det gode ved en hurtigere og mere ensrettet indsats samt, at det er tydeligere, hvad indsatsen skal være, men der blev også påpeget, at det er svært at føre en korrekt kostregistrering. Handlealgoritmen gav lynhurtigt en effekt, fordi der var fokus på det. Der er fortsat nu et år efter meget mere fokus på ernæringen, måske takket være den aktørinvolverende tilgang. Der bliver ofte lagt sonde tidligere i indlæggelsesforløbet. Disse ses nu som en hjælp og ikke et overgreb. Patienterne er selv generelt mere opmærksomme på behovet for protein, og flere vil gerne have sonden – patienterne er således også mere vidende om betydningen af en god ernæring.

Konklusion

Projektgruppen har været meget glade for at deltage i projektet, de føler sig bedre klædt på i diskussioner omkring patienter i ernæringsrisiko og har selv forbedret deres viden bl.a. via workshops og sidemandsoplæringen. Også de øvrige sygeplejersker har fået forbedret deres viden og øget prioriteringen af en ernæringsindsats over for udsatte patienter

Med andre ord har den aktørinvolverende tilgang og de anvendte aktionslæringsmetoder i projektet medført læring, forandring og meningsfuld udvikling i og af praksis

både på et individuelt og kollektivt niveau.

Projektet har medført, at der er påbegyndt et arbejde med at udarbejde en patientinformation om, hvilke ernærings-tilbud afdelingen har, som både er til udlevering til patienterne samt til ophængning på alle sengestuer.

Projektet har også givet indsigt i, hvilke udfordringer der generelt kan være ved implementering af andre algoritmer og dermed indsigt i implementeringsudfordringer mere generelt.

Henvisninger:

- (1) Paamejer I (2017): "Ernæringscreening, vurdering og dokumentation hos voksne", Dokumentportalen, Region Sjælland <http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=476112&q=Indtast%C3%B8geord...>
- (2) Paamejer I (2017): Ernæringsterapi – voksne, Dokumentportalen, Region Sjælland <http://d4.regsj.intern/Doks/dokument.asp?DokID=477460&q=Indtast%C3%B8geord...>
- (3) Sestoft B m.fl (2015): "Tidlig opsporing af akut opstået kritisk sygdom hos indlagte patienter over 16 år", CfKR, s.6 http://www.cfkr.dk/media/347724/complete_version_kr_tidlig_opsporing_kritisk_syg_sjh_palle_bodil_10__april__15_r1__2_-pallearbejdspec_final.pdf
- (4) Kjerholt M, Toftdahl OT (2014): "Implementerings-barrierer i klinisk praksis – Hvordan kan disse forstås og håndteres?". I "Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis", Den regionale Forskningsenhed, Region Sjælland

PPS

- Vi ændrer navn til VAR Healthcare
- Ny platform tilpasset smartphone, tablet og PC
- Nyt design
- Effektiv søgemotor

The logo for VAR Healthcare consists of three stylized, overlapping geometric shapes (triangles) in a light green color, arranged to form the letters 'VAR'.

HEALTHCARE

www.varhealthcare.dk

Stil skarpt på...

Af Britt Borregaard



Uddannelsesleder Dorte Boe Danbjørg

Kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje, cand. cur. på Syddansk Universitet, SDU

Interview med uddannelsesleder Dorte Boe Danbjørg

INFOBOKS

Cand. cur.- uddannelsen i Odense har eksisteret side 2014. Uddannelsen blev tegnet af Enheden for sygeplejeforskning på Syddansk Universitet, SDU.

Uddannelsen optager 36 studerende årligt.

Uddannelsen har siden start været tæt forbundet med Kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab og ergoterapi, hvor der har været samlæsning af de samfundsvidenskabelige og forskningsmetodologiske fag. Fra 2017 kommer de nye studerende ind under en ny studieordning, som er en del af det, som kaldes 'De 5'. Nu er der ikke kun tæt forbindelse til Kandidatuddannelsen i jordemodervidenskab og ergoterapi, men også Kandidatuddannelsen i Fysioterapi og Den sundhedsfaglige kandidatuddannelse.

Hvorfor er der brug for monofaglige kandidatuddannelser for sygeplejersker?

Der er brug for en monofaglig kandidatuddannelse, fordi vi har en vigtig opgave i sundhedsvæsenet i forhold til at udvikle og evidensbasere klinisk sygepleje. Andre kandidatuddannelser har fokus på mere generelle sundhedsvidenskabelige kompetencer. Jeg mener, at sygeplejefaget har brug for, at sygeplejersker i løbet af kandidatuddannelsen har forholdt sig til komplekse problemstillinger indenfor klinisk sygepleje på et akademisk niveau. På den måde får vi kandidater, som kan beskrive, analysere og diskutere klinisk sygepleje med henblik på innovativt at udvikle og forandre samt evidensbasere og styrke klinisk sygepleje.

Hvorfor er en del af uddannelsen tilrettelagt med andre faggrupper?

Det monofaglige fokus er vigtigt, men ligeså væsentligt er det at sikre et samspil med andre faggrupper, så den tværfaglige og tværvideenskabelige dynamik tilgodeses – og

det er nyt! De studerende har på tværs af de fem kandidatuddannelser samlæsning i de samfundsvidenskabelige og forskningsmetodologiske fag. Her er fokus de mere generelle akademiske kompetencer, som er uafhængige af fag.

Hvordan adskiller den sig fra den "gamle" cand. cur.-uddannelse ved Aarhus Universitet?

Uddannelsen på SDU blev til ud fra tanken om, at der var brug for en kandidatuddannelse, som havde mere fokus på klinisk sygepleje og ikke mindst teknologi. Som jeg ser de to uddannelser, har de jo begge fokus på sygeplejen, da det er den, som er genstand for analyse og kritisk refleksion uddannelserne igennem. SDU har valgt at have en profil, som netop tager udgangspunkt i vores navn 'Klinisk sygepleje', og så alle fag er bundet op på dette. Dvs. der vil ikke blive en teoretisk gennemgang af fx begrebet palliation, uden at det linker op til klinisk sygepleje. Ligeledes tilstræber vi, at de studerende i flere af modulerne har mulighed for at komme ud i klinikken.

Derudover har vi et stærkt fokus på projektledelse og muligheden for at gennemføre eller være en del af forskningsprojekter i klinisk sygepleje. De studerende kan i deres valgfag vælge 'projektorienteret forløb', hvor de bliver en del af et forskningsprojekt. Fx har jeg to studerende, som her i efteråret skal være en del af et forskningsprojekt, der handler om brug af videokonsultation i stuegangen. Den mulighed for at være en del af kliniske forskningsprojekter styrker fokus på klinisk sygepleje i uddannelsen.

Endelig ønsker vi at give de studerende innovative kompetencer, fordi vi mener, det er påkrævet i forhold til de opgaver, som sundhedsvæsenet står overfor. Derfor vægter vi muligheden for, at de studerende kan arbejde intenst med brugerdreven innovation og teknologi. Igen er det et modul, der kobler de teoretiske kompetencer med klinisk sygepleje, idet de studerende skal spotte problemer og mulige løsninger i klinisk sygepleje. Det forudsætter et tæt samarbejde med hospitalerne, og her er konstruktionen på Klinisk Institut, hvor uddannelsen er forankret, fremmende for fokus på klinisk sygepleje, fordi undervisere både er ansat på universitetet og i klinikken.

Derudover har vi tæt samarbejde med andre fakulteter på SDU. Fx udbyder vi et innovationsforløb, Health Tech Innovator, sammen med Det Tekniske Fakultet. Her får de studerende mulighed for at komme ud på de kliniske afdelinger for at problemspotte, for at de kan arbejde med udgangspunkt i kliniske problemstillinger med henblik på at udvikle en teknologisk løsning. Udover at de arbejder innovativt, så får de muligheden for et stærkt tværvideenskabeligt samarbejde, da de arbejder tæt sammen med studerende fra andre studieretninger, blandt andet ingeniørstuderende.

Hvad mener du er unikke kompetencer for de sygeplejersker, der har gennemført kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje på SDU?

Det, som er unikt for vores kandidater, er, at de klassiske akademiske kompetencer kombineres med innovative. Jeg tror, at de vil blive meget eftertragtede i forhold til de opgaver, som kommer; fx når vi skal omstille os til de nye forhold på supersygehusene.

Hvad er dine ambitioner med kandidatuddannelsen? Hvor er uddannelsen på vej hen?

Min ambition for uddannelsen er, at der bliver mulighed for at læse den på deltid. Der har været en politisk debat henover sommeren, hvor der blev lagt op til, at erhvervskandidatuddannelser kan tages på deltid. Disse er primært rettet mod erhvervslivet, men jeg mener, at det også bør målrettes sundhedsvæsenet, hvor vi i ligeså høj grad har brug for den tætte konneks mellem universiteterne og praksis.

Hermed mener jeg, at vi kan øge mulighederne for, at der er flere sygeplejersker, der tager en kandidatuddannelse i klinisk sygepleje. Det har vi brug for i forhold til at sikre, at flere sygeplejersker begynder at forske, så sygepleje udøves på et evidensbaseret grundlag. Og det leder mig til

min næste ambition: at vi bliver bedre til at lede de studerende, der har interesse for forskning i den retning. Vi har taget nogle spæde tiltag i forhold til at holde informationsmøder omkring vejen fra kandidat til ph.d., men det skal vi blive bedre til.

SDU har ligeledes et stort fokus på internationalisering, og her håber jeg på, at mange af vores studerende vil benytte sig af de muligheder, der er for at få et udlandsophold. Det sundhedsvidenskabelige Fakultet udbyder et valgfag Global Health, som giver de studerende mulighed for at komme til et andet land og hermed sætte det danske sundhedsvæsen i et internationalt perspektiv.

Hvordan har I skabt forandringer for uddannelsen?

Forandringsprocessen er gået på tværs af de fem uddannelser, og der har været et tæt samarbejde i forhold til at skabe nye studieordninger, hvor uddannelserne får mere pondus via samlæsningen. Derudover har der været et tæt samarbejde med de modulansvarlige og de undervisere, der er tæt knyttet til uddannelsen. Det er her, den sygeplejevidenskabelig profil er blevet styrket og fremtidssikret.

Fremtidens sundhedsvæsen stiller store krav til evidensbaseret viden og praksis – hvordan er I med til at sikre, at sygeplejersker med kandidatuddannelser er rustet til denne opgave?

Den tætte kobling til og fokus på klinisk sygepleje, som er selve essensen i uddannelsen, gør, at de kommende kandidater er rustede til fornyelse på dette område. Uddannelsen er struktureret således, at de studerende tilegner sig de nødvendige akademiske kompetencer i forhold til evidensbaseret viden og praksis, og de sygeplejevidenskabelige fag sikrer, at de studerende kan bruge de nye akademiske kompetencer til at evidensbasere netop klinisk sygepleje.

Hvilke jobmuligheder er der/vil der være med en kandidatuddannelse i sygepleje?

Kandidatuddannelsen i klinisk sygepleje kvalificerer til en lang række ansættelser. Det kan både være indenfor staten, regioner, kommuner, hospitaler, samt uddannelsesinstitutioner og private organisationer fx patientforeninger og private virksomheder.

Kandidaterne er nemlig kvalificerede til at varetage komplekse arbejdsopgaver inden for blandt andet sundhedsfremme og forebyggelse, dokumentation og evaluering, organisering og ledelse af tværfaglige og tværsektorielle tiltag. Desuden kan de stå for udvikling og implementering af sundhedsteknologi, iværksættelse og ledelse af udviklings- og innovationsprojekter, uddannelse og undervisning i såvel klinisk praksis som i uddannelsessektoren og ikke mindst formidling og forskning.

Af **Lotte Evron, adjunkt, ph.d.,
sygeplejersker**

**Institut for Sygepleje,
Det Sundhedsfaglige
og Teknologiske Fakultet
Professionshøjskolen Metropol**



Faglig information

Refleksioner over forskning i eget felt

Denne artikel sætter fokus på mine erfaringer med forskning i eget felt og de forskellige roller, som jeg blev tildelt og tildelte mig selv under mit forskningsprojekt i en faldklinik på Rehabiliterende klinik. Forskningsprojektets teoretiske ramme byggede på en diskursanalytisk tilgang (Evron 2015). Formålet er dels at synliggøre de forskellige positioner, jeg under projektet og senere i analysefasen blev opmærksom på og kom til at arbejde med for at forstå feltet og egne resultater. Dels at bidrage til diskussionen om forskning i eget felt og de fordele og ulemper, som netop kan være forbundet med udviklings- og forskningsprojekter i eget felt.

Baggrund

Eksemplerne bygger på min rolle som feltforsker i en faldklinik og dens kontekst, derfor vil jeg først ride den faglige, økonomiske og politiske baggrund op for min rolle i feltet. Forud for min rolle som forsker i Rehabiliterende klinik havde jeg været ansat som risikomanager på hospitalet. Jeg havde på det tidspunkt en faglig baggrund som sygeplejerske og en cand. mag. grad i pædagogik. I forbindelse med mit arbejde med utilsigtede hændelser på hospitalsniveau havde jeg haft et særligt fokus på patientfald i klinikken. Rehabiliterende klinik havde relativt mange patientfald, som der for at forebygge, blev arbejdet målrettet med på ledelses- og medarbejderplan. Hertil skal nævnes, at oversygeplejersken var en af de nøglepersoner, som havde været med til at sætte faldforebyggelse på den faglige dagsorden i geriatrien i det tidligere H:S. Ledelsens prioritering og personalets engagement gjorde, at jeg ofte kom på besøg i klinikken, og at jeg derfor var et kendt og velkomment ansigt. Desuden deltog jeg ofte med oplæg på møder for ledelsen og personalet.

Den økonomiske baggrund var, at Rehabiliterende klinik havde søgt og modtaget en stor pulje penge til et projekt om den ældre medicinske patient på tværs af sektorgrænser. I den forbindelse blev jeg tilbudt en stilling som Ph.d.-studerende i projektet, hvor mit fokus var på faldforebyggelse på tværs af sektorgrænser. Klinikken betalte halv-

delen af min løn i projektperioden, mens jeg selv søgte og fik finansieret den anden halvdel. Af den samlede pulje på ca. 100 millioner kr. fik klinikken i en firårig periode næsten 8 millioner til projektet. På landsplan blev de 100 millioner stort set alle allokeret til oprettelse af faldklinikker rundt om i hele Danmark (Aagaard 2007). Omdrejningspunktet i mit forskningsprojekt var at følge oprettelsen af en konkret faldklinik, hvor man arbejdede med faldudredning -behandling gennem multifaktoriel faldforebyggelse. Denne type udredning og behandling byggede på ny evidens og på et særligt tværprofessionelt samarbejde om den ældre borger, der er faldet. I det overordnede projekt ville man undersøge evidensen af multifaktoriel faldforebyggelse i en dansk kontekst.

Den politiske ramme var, at Strukturreformen lige var blevet implementeret, og at rehabilitering som noget nyt var blevet flyttet fra hospitalsniveau til primærsektor. I forbindelse med reorganisering af rehabiliteringsfeltet og flytning af området fra sekundær til primær sektor, blev det geriatriske felts tilknytning til hospitalsniveau truet (Aagaard 2007). Man kan derfor sige, at den massive oprettelse af faldklinikker på hospitalsniveau kan ses som en måde at legitimere geriatriens position på og sikre dens tilknytning til hospitalsniveau i den periode.

Feltforskning

I feltforskningen genereres viden gennem forskerens involvering i feltet. Ifølge Alvesson (2003) er der fordele og ulemper forbundet med at bedrive forskning i eget felt. Kendskab til hospitalets organisering og strukturering af opgaver gjorde det nemmere for mig at forstå, hvad der skete i feltet. Samtidig betød forhåndskendskab til feltet, at der muligvis var selvfølgheligheder, som jeg ikke fik stillet spørgsmål til. Det, at jeg som risikomanager, tidligere havde arbejdet med patientsikkerhed og faldforebyggelse på samme hospital og havde en særlig tilknytning til Rehabiliterende klinik, som var det sted, hvor feltstudiet blev gennemført, positionerede mig som forsker på en bestemt måde.

I begyndelsen af forskningsprojektet var det et vilkår for mig at bære hvid uniform med titlen 'projektsygeplejerske' påsyet brystlommen. Under min ansættelse som forsker, drøftede jeg min rolle med den øverste leder i projektet. Jeg argumenterede for at være tilstede i civilbeklædning og have et skilt med "Ph.d.-studerende" på. Min leder argumenterede for, at jeg skulle bære hvid sygeplejerskeuniform med titlen "projektsygeplejerske". Rationalet var, at det ville virke 'afskrækkende' på patienter og personale, mens en Ph.d.-studerende titel ville virke skræmmende. Ledelsen ønskede at nedtone forskerrollen, så jeg som sygeplejerske og forsker ikke fremstod 'pralende' over for personalet i klinikken. Et andet argument var, at Ph.d.-studerende ville forvirre patienterne. Jeg anså det derfor som et vilkår at bære uniform med titlen projektsygeplejerske.

Som feltforsker var jeg deltagende i arbejdet uden dog at have en formel klinisk position. Uniformen viste sig at give mig rettigheder, men også pligter i feltet. Fx muliggjorde den, at jeg kunne færdes frit alle steder i klinikken, hvor sygeplejerskepersonale normalt opholder sig, uden at personale eller patienter satte spørgsmålstegn ved min tilstedeværelse. Pligt-mæssigt blev det fx under samtaler mellem patient og læge forventet, at jeg hjalp til med af/påklædning af patienter i forbindelse med undersøgelsen og gik til håndte som sygeplejerske.

Efter få måneder med uniformen udskiftede jeg den til civilt tøj, da jeg med uniform blev afskåret for at deltage som forsker. Det kan ses som klinikkens greb om genstandsområdet, når forskeren indtager en uniformeret position. Ved at blive positioneret og positionere mig som sygeplejerske gav uniformen bestemte muligheder og begrænsninger i feltet. Først og fremmest gav den mig gode muligheder for at se på feltet med sygeplejerskeøjne, men der var også begrænsninger som særligt blev tydelige efter udskiftning af uniformen til civilt tøj. Fx gav uniformen frit adgang til data i sygeplejerskegruppen, som senere viste sig at være vanskelige at få adgang til med civilbeklædning. Modsat åbnede den civile beklædning op for adgang til deltagelse i andre sammenhænge, fx blev jeg som noget nyt inviteret til andre monofaglige frokostmøder blandt fysioterapeuterne.

Ved at skifte uniformen ud med civilt tøj tydeliggjorde jeg over for patienterne og personalet, at jeg ikke var en del af klinikkens personale. Med uniformen på oplevede jeg ofte, at patienterne sagde 'jer' og ikke 'dem' til mig, når vi talte om det, der skete i klinikken, hvilket positionerede mig som sygeplejerske og ikke som forsker. Det skete ikke, da jeg havde civilt tøj på.

En tredje position blev fremanalyseret under en diskussion med forskerfagfæller om min sygeplejefaglige baggrund. Her blev jeg positioneret som en slags undercover agent. Rollen blev italesat i forbindelse med etiske overvejelser og datagenerering via det at være vidende til personalets frustrationer og norges frygt for tab af job i forbindelse med faldklinikens etableringsfase. Under etableringsfasen blev specifikke rum inddraget til faldklinikker, samtidig med at personale blev flyttet til andre afdelinger. Her blev jeg som forsker opfordret til at se mig selv som en slags undercoveragent for at sikre selve forskningsprocessen. Men

også som en strategi for bedre at kunne udholde at være i disse konflikter i klinikken og forblive så neutral som muligt.

En fjerde rolle kom til syne gennem invitationer til fester og uformelle arrangementer og positionerede mig som kollega. Det gode forhold til personalet gav mig på den ene side adgang til uformelle data fra personer i fællesskabet. På den anden side positionerede kollegarollen mig som en slags undercover agent igen, idet data fra deltagelse i disse uformelle arrangementer indgik i den samlede dataindsamling. Det vidste personalet egentlig godt, men glemte det måske undervejs. Gennem anonymisering af datafremstillingen er der taget forbehold for undercoverpositionen. Der er imidlertid situationer i min afhandling, som er vanskelige helt at kamuflere, derfor vil involverede deltagere vide, hvem der er tale om.

Vilkårene som feltforsker er, at man bliver positioneret på bestemte måder i forhold til de interesser, der ligger i feltet samt de forventninger og opfattelser, omgivelserne har. Tilsammen blev jeg i mit faldforskningsprojekt positioneret som: forsker, sygeplejerske, sundhedspersonale, kontrollør, undercover agent og kollega. I den empiriske del af undersøgelsen tilstræbte jeg at fremmedgøre mig fra feltet netop ved at tage feltforskerrollen på mig – samtidig med at jeg erfarede, at det ikke helt var muligt. Fremmedgørelsen foregik dels via refleksion og diskussioner med vejleder og fagfæller og ved bevidst at forsøge at spørge ind til selvfulgkelige handlinger i feltet – netop fordi de virkede så selvfulgkelige. Ligesom deltagerne blev konfronteret med modsattede ytringer under samtaler. Med disse handlinger har jeg i tråd med Jørgensen og Phillips' (1999) anbefalinger forsøgt at 'sætte parentes' om mig selv som forsker og ved brug af metode og teori tilstræbt en distance til den diskursive strukturering af feltet. I diskursanalyse er forskerpositionen et uløseligt problem idet, forskeren på en og samme tid skal søge at distancere sig fra egen viden i feltet, men samtidig skabes og skaber forskeren sig selv ud fra den viden, der eksisterer i feltet. Derfor kan der argumenteres for, at det er praktisk taget umuligt at sætte parentes om sig selv som feltforsker. En måde at overkomme den problematik på er imidlertid at synliggøre forskerens mulige positioner i feltet og på den måde bruge teori og metode til at overkomme problematikken (Ibid.).

Referencer

Aagaard J. 2006. Sygehuse opruster i behandling af ældres fald. Faldklinikker og følgehemteam breder sig på sygehuse som følge af ældrepulje som amterne har fået til at forbedre geriatrien med. Dagens Medicin d. 25.10.2016.

Alvesson M. 2003. Methodology for close up studies – struggling for closeness and closure. Higher Education, 46: 167-193.

Evron L. 2015. Egenomsorg som selvteknologi i multifaktoriel faldforebyggelse. Et feltstudie med diskursanalyse. Ph.d. afhandling. Aalborg: Aalborg Universitets Forlag.

Jørgens WM & Phillips L. 1999. Diskursanalyse som teori og metode. Roskilde: Ro



Stafetten

–mød en kollega

Katrine Haase

Hvad er din jobtitel og hvad består dit job af?

Lektor ved Professionshøjskolen Metropol. Mit job består i at undervise og vejlede studerende på sygeplejerskeuddannelsen. Derudover deltager jeg i øjeblikket i projektet Digital Diabetes, der undersøger og udvikler teknologier, der bl.a. har til formål at lette hverdagen for unge med type 1 diabetes.

Hvordan arbejder du med udvikling eller forskning i sygeplejen?

Jeg tænker udvikling og forskning ind i min undervisning – på mangfoldig vis. Jeg underviser fx på sygeplejerskeuddannelsens 1. semester, hvor de studerende præsenteres for forskellige forsknings- og udviklingsprojekter. De studerende får her en begyndende forståelse for, at den viden, de tilegner sig via studiet, har en oprindelse, og at oprindelsen kan være ret afgørende for, hvilke valg og handlinger de kommer til at træffe i klinisk praksis. Opmærksomheden på hvor ens viden stammer fra, mener jeg, er afgørende for, at fremtidens (og nutidens) sygeplejersker kan finde rundt i den enorme videns mængde, de præsenteres for i dag. Et andet eksempel på at inddrage forskning i undervisningen, er en Journalclub, jeg i samarbejde med den kliniske underviser på Gastroenheden på Herlev hospital afholder for de 12. modul studerende (fra efteråret 17 = 6. semester). Her har de studerende med udgangspunkt i en problemstilling fra klinisk praksis til opgave at fremsøge en forskningsartikel, der belyser problemstillingen og efterfølgende præsentere artiklen for sine medstuderende. I mit arbejde er jeg inspireret af Mick Healey, der netop forsker i, hvordan studerende kan inddrages i forskningsaktiviteter på universiteter og professionshøjskoler.

Hvilke metoder vil du fremhæve som dine kompetenceområder?

Jeg er interesseret i litteratur reviews og har med en kollega udviklet et valgfag for studerende på 13. modul (fra foråret 18 = 7. semester). Desuden har komplekse interventioner min interesse. For mig er sygepleje indbegrebet af en kompleks intervention, og jeg er optaget af, hvordan effekten af

komplekse interventioner kan indfanges. På Metropol er vi en gruppe på tværs af de forskellige professioner, der mødes og "nørder" komplekse interventioner.

Hvordan har din karrierevej bragt dig til dig nuværende job?

Jeg er uddannet sygeplejerske og cand. cur. I foråret 2013 blev jeg ansat som adjunkt og blev i efteråret 2016 lektor på sygeplejerskeuddannelsen Metropol.

Hvor ser du, at der er brug for mere udvikling og forskning indenfor sygeplejen?

Jeg synes faktisk allerede der findes meget kvalificeret forskning indenfor sygepleje. Det er imidlertid ikke altid den viden kommer patienterne, sygeplejerskerne eller samfundet til gode. Så mit svar må være, at der mangler udvikling og forskning i forhold til at få noget af den eksisterende forskning implementeret i praksis.

**Stafetten gives videre til
Lone Jørgensen, Sygeplejerske,
Postdoc., Det Sundhedsvidenskabelige
Fakultet, Aalborg Universitetshospital,
lojo@rn.dk**



DANSK TIDSSKRIFT FOR AKUTMEDICIN

SUBMISSION 2017

ÅBNER 12. SEPTEMBER
DEADLINE 12. OKTOBER
FØRSTE UDGIVELSE MEDIO DECEMBER



Dansk Tidsskrift for Akutmedicin er en nyetableret online open-access platform for vidensdeling på akutområdet.

Formålet med tidsskriftet er at understøtte den faglige, kulturelle og organisatoriske udvikling på akutområdet i Danmark.

Målgruppen for tidsskriftet er sundhedsprofessionelle med interesse for akutområdet.

Artikeltypen der modtages til vurdering:

- Danske resumeer af originalartikler
- Statusartikler
- Kvalitet- og udviklingsartikler
- Resume af afhandlinger
- Kliniske retningslinjer
- Protokolartikler
- Case reports

Der udgives en manuskriptvejledning på www.akutmedicin.org ultimo juli 2017

Emner der f.eks. behandles i tidsskriftet:

- Visitation, modtagelse, differentialdiagnostik, klinisk beslutningstagning, behandling
- Kommunikation, patienttilfredshed, patientsikkerhed
- Patientforløb, snitflader, tværsektorielt- og tværfagligt arbejde
- Kvalitet, implementering, organisering, udvikling, uddannelse og supervision

Mere info: www.akutmedicin.org #akutmedicin #akutforskning





Erkendelsen og kampen

Klummen er denne gang lidt anderledes – i hvert fald at skrive. Den handler om noget, som er lidt personligt og derfor lidt grænseoverskridende at skrive om. Men ideen med at skrive klummen om mit ph.d. forløb var at dele både 'goder' og 'onder', og jeg tænker, at jeg godt kan fortælle noget personligt uden at skulle fortælle noget helt privat. Så denne gang er Klummens fokus 'et onde', nemlig historien om at blive ramt af stress og om kampen for at komme tilbage.

ERKENDELSEN af at man er gået langt over grænsen for, hvad man kunne klare

Ph.d. arbejdet er hårdt arbejde. Faktisk er jeg ked af at kalde det "et arbejde", fordi det er så meget mere end det for mig. Men det er hårdt, til tider meget hårdt og det tænker jeg, at det er for alle ph.d. studerende. Jeg har fra starten af mit forløb set langt uden om de ph.d. kurser og workshops, der handler om at balancere ph.d. studie og fritid. Jeg har flere gange tænkt for mig selv, at det da overhovedet ikke ville blive aktuelt for mig med sådan et kursus, fordi jeg, som netop skrevet, ikke helt så det som et arbejde, man kan skille fra fritiden. Lige nu sidder jeg et sted, hvor det absolut er en nødvendighed, at jeg lærer at balancere "arbejde" og "fritid". Jeg har fået stress...

Jeg kan godt lide, at der er fart på tingene. Jeg kan også godt lide at involvere mig i forskellige ting, sætte projekter i gang, og er på den måde et ret aktivt menneske. Ofte er det aktive ikke så meget fysisk, men handler om at have gang i mange ting og indgå i forskellige sammenhænge. Når jeg tænker tilbage, har jeg gennem flere år haft mange

perioder, hvor jeg tænkte "okay... pyh... den næste måned ser godt nok slem ud" eller "træk vejret, så kommer du hel igennem", fordi mine dage og uger var booket til bristepunktet. Oven i mit talent for ikke at kunne sige nej til nye, spændende ting, så vil jeg meget gerne være forberedt til fingerspidserne og præstere på et vist niveau ved de ting, jeg laver.

Det er alt sammen i mine øjne positive kvaliteter, som har gjort, at jeg er kommet dertil, hvor jeg er nu – i gang med ph.d. drømmen. Men nu har buen altså alligevel været spændt for meget lidt for længe, og jeg må sande, at jeg er nødt til at geare ned, fordi jeg er væltet. Det er hårdt som bare fanden!

Jeg har vidst et stykke tid, at jeg kørte for hårdt på, og jeg har også gennem et stykke tid mødt bekymrede blikke og kommentarer fra nogle af de bedste mennesker omkring mig. Alligevel har jeg tænkt (som tidligere skrevet) "ej, kom nu! Du skal bare lige igennem de næste uger, så er det bedre".

Jeg har lovet mig selv og mine nærmeste omgivelser en million gange, at nu skulle jeg nok geare ned og passe på, så jeg ikke væltede. Jeg skulle bare lige igennem den næste hurdle. Men pludselig sagde min krop og mit hoved helt fra. Jeg har været ramt af kvalme, svimmelhed, hovedpine, tilbagevendende influenzalignende sygdom og en helt ubeskrivelig træthed. Derudover kom balanceproblemer og en underlig sugende fornemmelse i kroppen.

Noget af det værste er det, som jeg vil beskrive som tankestop og nærmest lammelse af mine kognitive funktioner som hukommelse og evne til at koncentrere mig. Jeg måtte pludselig sande, at jeg hverken kunne læse eller skrive.

En person, der kender mig godt, tog fat i mig og fik mig overbevist om, at jeg skulle gå til lægen. Lægens konklusion var klar: stressreaktion. Han ordinerede (eller beordrede) ingen arbejde efter kl. 20 om aftenen, ikke arbejde ud over 12 timer om dagen (hvilket han også ville fraråde), absolut intet arbejde i weekenderne – ”og gør så nogle ting, der gør dig glad”. Og den var svær, fordi ph.d. projektet i lang tid i høj grad har været prioriteret som det, der kom først – og det var det, som gjorde mig glad. Men det kunne mit hoved ikke følge med til længere.

I et stykke tid levede jeg efter bedste evne efter lægens ordination, men det var ikke nok. Det var som om, at da jeg først erkendte problemet, var rutscheturen nedad kun lige begyndt. Jeg blev sygemeldt på deltid med 10 timers arbejde om ugen. Dette var i foråret i år. I skrivende stund har vi september, og først for ganske nylig har jeg mærket en positiv fremgang.

KAMPEN for at komme tilbage

”Kampen for at komme tilbage” virker måske som en lidt over-dramatiseret overskrift, men det er sådan, det føles lige nu, hvor jeg står i det. Jeg har følelsen af, at jeg er blevet væk fra mig selv og skal finde tilbage igen. I forhold til mit ph.d. projekt har det været rigtig svært ikke at kunne det, som jeg plejer at kunne. For nogen har jeg beskrevet det som at miste forbindelsen til sin hjerne, fordi ingenting fungerer, som det plejede at gøre. Hvis jeg kører for hårdt på og kommer til at træde over grænsen i forhold til, hvad jeg kan klare, så slår mit hoved simpelthen fra, og min krop reagerer med fysiske symptomer.

Når man bliver ramt af stress, er der en masse instanser, der kan og gerne vil hjælpe. I mit tilfælde har der været noget ventetid til de tiltag, som skal hjælpe mig med at håndtere stress. Så indtil nu har det mest været det at geare ned, der har været min ”behandling”. Derudover har en enorm forståelse og opbakning fra mine nærmeste omgivelser, venner og kolleger også støttet mig i at finde en vej i det kaos, som opstod.

I de store linjer er der som skrevet en positiv fremgang – ellers havde det heller ikke været muligt for mig at skrive *Klummen*. Men der er et stykke vej endnu, før jeg kan vende tilbage til at være fuldtids ph.d.-studerende.

Når man ender i en situation som denne, tror jeg, at det er meget naturligt at overveje sine fremtidsplaner. Jeg har ikke været i tvivl om, at jeg helt afgjort skal tilbage til ph.d. verdenen og vil fortsætte min vej indenfor dette område. Jeg kan ikke forestille mig, at skulle noget andet og som nævnt flere gange i *Klummen*, så er det en drøm, der forføl-

ges og opfyldes.

Lige nu er det vigtigste at finde mig selv igen og at komme hel tilbage. Undervejs i den proces skal jeg lære, hvordan jeg får kontrol over min ustyrlige trang til at involvere mig i ting i forhold til den tid, der er til rådighed. Så jeg skal øve mig i at sige nej, nej og nej.

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.lerbak@rn.dk.

Faglig information

Writing tips

Akademisk skrivning er en svær proces, der kun udvikles og forbedres ved at skrive. Det faglige indlæg herunder tager udgangspunkt i tips fra John H. Cochrane.

The most important thing in writing is to keep track of what your reader knows and doesn't know. Most Ph.D. students assume far too much. No, we do not have the details of every paper ever written in our heads. Keep in mind what you have explained and what you have not.

The reader usually wants most of all to understand your basic point, and won't start criticizing it before he or she understands it. That's behind my advice to first state and explain what you do, and save defending it and comparing it to other approaches until much later.

Use active tense. Not: "it is assumed that $\tau = 3$," "data were constructed as follows." Gee, I wonder who did that assuming and constructing? Search for "is" and "are" in the document to root out every single passive sentence.

"I" is fine. Don't use the royal "we" on a sole-authored paper. "I assume that $\tau = 3$," "I construct the data as follows." If it seems like too much "I," you can often avoid the article altogether. For example, I think it's ok to write "Table 5 presents estimates" rather than "I present estimates in Table 5," though a purist might object to making a Table the subject of a sentence. I use "we" to mean "you (the reader) and I," and "you" for the reader. "We can see the u-shaped coefficients in Table 5" or "You can see the u-shaped coefficients" is much better than "The u-shaped coefficients can be seen" (passive) or "one can see the u-shaped coefficients" (who, exactly?)

Much bad writing comes down to trying to avoid responsibility for what you're saying.

That's why people resort to passive sentences, "it should be noted that", poor organization with literature first and your idea last, and so on. Take a deep breath, and take responsibility for what you're writing.

Present tense is usually best. You can say "Fama and French

1993 find that" even though 1993 was a while ago. The same goes for your own paper; describe what you find in Table 5 not what you will find in Table 5. Most importantly, though, keep the tense consistent.

Don't start a paragraph in past tense and finish it in the future.

Use the normal sentence structure: subject, verb, object. Not: "The insurance mechanisms that agents utilize to smooth consumption in the face of transitory earnings fluctuations are diverse" Instead: "People use a variety of insurance mechanisms to smooth consumption.." (I also changed the starchy "agents" to the concrete "people," and the simple "variety" rather than the fancy "diverse." Actually, this whole sentence probably should be dumped; it was introducing a paragraph that described the mechanisms. It's a throatclearing sentence that violates the rule that every sentence should mean something. The fact that people use a variety of mechanisms is not big news, the news is what the mechanisms are.)

Avoid technical jargon wherever possible.

Writing should be concrete, not abstract. (Insert concrete examples.)

Little writing tips

Don't use adjectives to describe your work: "striking results" "very significant" coefficients, etc. If the work merits adjectives, the world will give them to you. If you must use adjectives, don't use double adjectives. Results are certainly not "very novel."

Use simple short words not big fancy words. "Use" not "utilize." "several" not "diverse". It is usually the case that most good writers find that everything before the "that" should be deleted from a sentence. Read that sentence again starting at "Everything": it's true, isn't it? "It should be noted that" is particularly obnoxious. Just say what you want to say. "It is easy to show that" means that it isn't. Search for "that" in the document to get rid of these. Similarly, strike "A comment is in order at this point." Just make the comment.

These phrases also violate the rule that each sentence should mean what it says. Is the point of the sentence really that “it should be noted?” Or is this just a wimpy way to bring up the topic?

Clothe the naked “this.” “This shows that markets really are irrational...” “This what?” “This” should always have something following it. “This regression shows that...” is fine. More generally, this helps (no, that should be “this rule helps,” right?) you to avoid an unclear antecedent to the “this.” Often there are three or more things in recent memory that “this” could point to.

Hyphens are widely misused. Here’s the rule from the JFE style sheet: “Hyphens are used for true compound modifiers before the noun (e.g., after-tax income, risk-free rate, two-day return, three-digit SIC code, value-weighted index) unless part of the compound modifier is an adverb ending in ‘ly’ (e.g., previously acquired subsidiary, equally weighted index, publicly traded stock). When there is no risk of misinterpretation, the hyphen can be omitted, but the treatment must be consistent throughout the paper.” Note the hyphen is optional, so you don’t have to construct monstrosities like “continually-rebalanced-equallyweighted portfolio.” Don’t use hyphens in other circumstances, e.g. “The paper focuses on small-stocks.”

People forget Greek letter definitions. If you define them once in an obscure part of the text and then use naked references (“ $\theta = 3$ gives the best fit”) no one will know what you’re talking about. Define them clearly in an easy-to-find place. It’s best to give them a name too, and then remind people of the name and the number (“I find the best fit when the elasticity of substitution θ equals 3.”) This is the one place where a little repetition isn’t bad. If you’ve reminded them of the name in the last paragraph or two, however, you can use the naked letter.

Strike “I leave x for future research.” We’re less interested in your plans and excuses than we are in your memoirs.

Never use the words “illustrative test” or “illustrative empirical work.” Never do illustrative work. Do real empirical work or don’t do any at all. Illustrating technique with empirical work you don’t believe in is a waste of space. Even if you do it, there is no faster way to get readers to fall asleep than to tell them that what you’re doing doesn’t really matter.

You don’t need to “assume” things about a model. Don’t write “I assume that consumers have power utility” (And, of course, don’t write “it is assumed that utility is power,” right?). You are describing a model, not reality, so you can just state the model structure. “Consumers have power utility.” (“In this model” is understood.) Save “assumptions” for things that really do modify the real world, “I assume there are no shifts in the demand curve so that the regression of price on quantity identifies the supply curve.”

Keep down the number of clauses in your sentences, and the number of things kept hanging.

“Where” refers to a place. “In which” refers to a model. Don’t write “models where consumers have uninsured shocks,” write “models in which consumers have uninsured shocks.”

Don’t abbreviate authors’ names, “FF show that size really does matter.” There is always enough space to spell out people’s names. You’d want them to write out yours, no?

It is appropriate to thank people who have helped you in the author footnote. I don’t add the qualifier about not blaming people I thank for comments for mistakes. It goes without saying. I don’t list every single place I’ve given the workshop in the thanks. I’m not ungrateful, but the long list can get out of hand.

Don’t start your paper with a cute quotation.

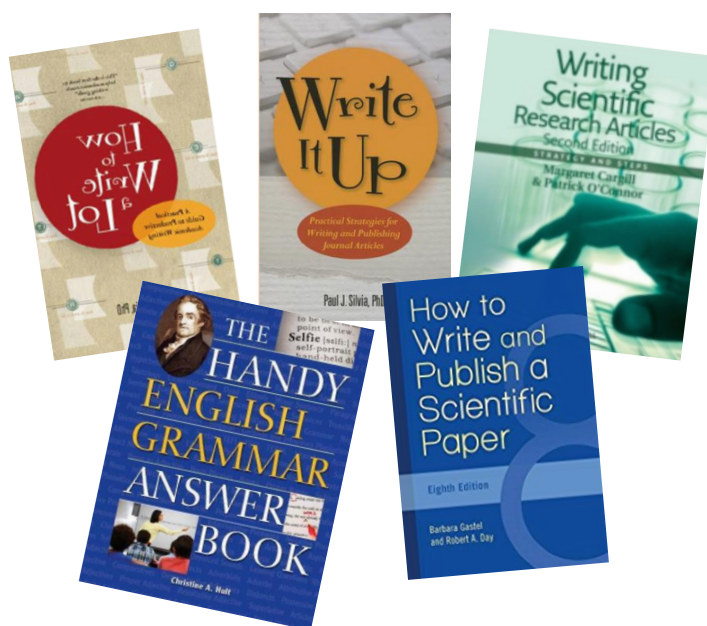
Don’t overuse italics. (I use them far too much.) It’s best to use them only when the emphasis in a sentence would otherwise not be clear — but maybe then you should rewrite the sentence so that the emphasis really is clear. (Who is that shouting in here?)

When describing the sign of a causal link, one direction is enough. “When Jane goes up (down) on the teeter-totter, Billy goes down (up) on the other side,” the stuff in the parentheses is distracting. Add “and vice versa” if you must.

Every sentence should have a subject, verb and object. No sentences like “No sentences like this.”

John H. Cochrane, 2005

Vil du vide mere om akademisk skrivning?
Så kan følgende bøger anbefales



Boganmeldelser

Af: Birgitte Lerbæk, Projektsygeplejerske, Ph.d. studerende; Center for Psykoseforskning, Aalborg Universitetshospital

Menneskenære grundbegreber – i social- og sundhedsprofessionerne

Jan Brødsløv Olsen; Gitte Duus (red.). Samfundslitteratur, 2016, 278 sider. 2017.

Menneskenære grundbegreber og menneskelige kvaliteter i en foranderlig praksis

Ambitionen for denne bog er at beskrive og teoretisk analysere centrale menneskenære begreber samt at illustrere dem med praksisnære eksempler. Der er fokus på nogle af de begreber, der er i spil relationerne i hjælpeprofessionernes praksis. Det er dels begreber relateret til den professionelle (dygtighed, omsorg, empati, kontakt og barmhjertighed), og dels begreber relateret til borgeren, som den professionelle møder i social- og sundhedssektoren (anerkendelse, mening, modstandskraft, værdighed, frihed og taknemmelighed) - og meget sigende for bogens budskab benævnes begreberne menneskelige kvaliteter.

I bogens første del beskrives det ganske kort, hvordan udviklingen i den offentlige sektor har haft betydning for hjælpeprofessionernes praksis. En vigtig pointe er, at vores sprogbrug – og dermed anvendelsen af bestemte begreber – har betydning for hvordan praksis er samt fungerer som symboler på de herskende værdier. Forfatterens udgangspunkt er en kritik af objektgørelse af mennesker, og de ser behov for at fremhæve nogle af de begreber, der sætter menneskelighed i centrum i hjælpeprofessionernes foranderlige kontekst.

Begreberne, som præsenteres, er ud tvivl interessante og relevante for

hjelpeprofessionernes praksis.

Bøger som denne hvor der præsenteres en række af forholdsvis store begreber, vil jeg oftest selv anvende som en form for opslagsværk, da det vil være udvalgte begreber, som jeg er optaget af her og nu. Mine favorit-kapitler er kapitlerne om dygtighed, empati (relateret til de professionelle) og mening (relateret til borgeren). Dette er netop stærkt farvet af, hvad jeg selv er optaget af for tiden og vil med garanti variere alt efter læseren. "Menneskenære grundbegreber" kan desuden læses og bruges som udgangspunkt for refleksion over, hvordan vores praksis ser ud og over hvorvidt de begreber, som vi anvender i vores arbejde, repræsenterer de værdier, som vi gerne vil arbejde ud fra.

Bogen er skrevet i et letlæseligt sprog, og hvert kapitel har eksempler, der hjælper med at knytte de teoretiske analyser til virkelighedens praksis. Hvert kapitel afsluttes med en referenceliste, hvilket er rigtig godt. Prikken over i'et havde for mig været en liste med foreslået supplerende litteratur, netop fordi de enkelte begreber må være præsenteret og diskutert andre steder i litteraturen.



Helen Schultz, Klinisk Sygeplejeforsker, ph.d., Odense Universitetshospital

Skriveterapi

Anette Aggerbeck. Nyt Nordisk Forlag. 208 sider. 2014

Anette Aggerbeck, som er psykoterapeut med speciale i skriveterapi, har skrevet en let tilgængelig hands-on bog om, hvordan dagbogsskrivning kan anvendes til personlig udvikling. Bogens let tilgængelighed sker ikke på bekostning af tyngde, da der løbende er henvisninger til teori og forskning på området.

Bogen er opdelt i 4 dele: 1) Kom godt i gang, 2) Din værktøjskasse, 3) Øvelser og 4) Særlige arbejdsopgaver.

I bogens første del bliver der beskrevet 10 gode grunde til at skrive dagbog, dvs. hvad man kan få ud af at skrive dagbog. Det er ikke så lidt. Derefter gives nogle helt konkrete og let forståelige anbefalinger til, hvordan man skal skrive, for at skrivningen bidrager til personlig terapi og udvikling. Anbefalingerne er krydret med gode konkrete eksempler på skrivning. Til sidst gives forslag til praktiske forberedelser før opstart af dagbogsskrivning, f.eks. hvor man skal skrive, og hvilket papir og pen man skal bruge. Det sidste bliver for detaljeret til mig. Forfatteren Anette Aggerbeck har den tilgang først i bogen, at læseren skal finde ud af, hvad der fungerer bedst for læseren. Den tilgang skrider lidt sidst i bogens første del, da hun vil argumentere for anvendelse af pen og papir, som er hendes egen personlige præference. Her køber jeg ikke hendes argumentation, og måske gør den yngre læser, som er vokset op med et elektronisk apparat for enden af fingerspidserne, det heller ikke.

Da jeg er kommet igennem bogens første del, sidder jeg med modsatte følelser. Jeg er både topmotiveret til komme i gang, men jeg er næsten også allerede lidt udmattet, da jeg forstår, at man ikke kommer

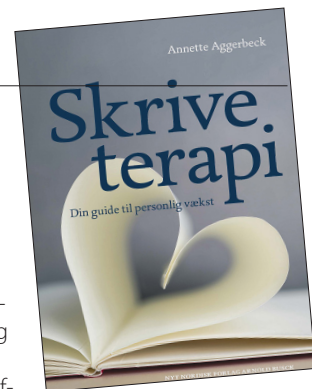
sovende gennem personlig terapi og udvikling via dagbogsskrivning. Det er dog forståeligt nok.

I bogens anden del bliver jeg hurtigt opløst igen, da der er beskrevet en række helt konkrete anvisninger til forskellige redskaber, man kan anvende i sin skrivning. Der er beskrevet kickstartere, friskrivning/associationsskrivning, usendte breve, logbøger, dialoger, lister, mindmaps og måder til at tyde sine drømme. Igen er der dejlige konkrete eksempler, man kan tage udgangspunkt i.

I bogens tredje del præsenteres ikke mindre end 100 korte øvelser, man kan anvende. Der er ydermere forslag til lidt dybere øvelser, der tager lidt længere tid end de korte.

I bogens fjerde del er beskrevet, hvordan man kan arbejde med nogle særlige udfordringer. De omhandler at styrke selvværdet og kreativiteten, at anvende kostdagbøger ved vægttab, at arbejde med sorg, at få styr på sin stress og hvordan dagbøger kan hjælpe voksne børn af alkoholikere.

Bogen kan varmt anbefales til både begyndere inden for dagbogsskrivning og til den mere erfarne dagbogsskriver, som søger inspiration i sin dagbogsskrivning. Bogen beskriver dagbogsskrivning som middel til terapi og personlig udvikling, men udvalgte dele kan også anbefales som læringsredskab for både præ- og postgraduate studerende.





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

Styrk projektarbejdet

Anders Dahl, Trine Dich, Tina Hansen, Vagn Olsen. Forlaget Samfundslitteratur, 3. udgave 2016, 218 sider.

Værktøjskassen du ikke har lyst til at undvære

Denne bog er tænkt som en værktøjskasse til studerende og andre, der arbejder med problemorienteret projektarbejde. Jeg finder den også egnet som en god hjælp til opgaveskrivning på bacheloruddannelsen og specialuddannelserne indenfor sygepleje, samt opgaveskrivning på kandidat og masteruddannelserne. Bogen beskriver nogle konkrete redskaber, der er anvendelige i projektarbejdets forskellige aktiviteter bl.a. anvisninger til, hvordan en projektrapport disponeres, hvordan der søges litteratur, og hvordan denne håndteres.

Bogen er inddelt i 3 overordnede kapitler som følger faserne i et projektarbejde. 1. Samarbejdet, 2. Idé og problemanalysefasen 3. Projektformidlings og evalueringsfasen. Alt i alt er der 10 kapitler.

Selvom de eksempler der benyttes af forfatterne til at underbygge de forskellige faser i projektarbejdet stammer fra Det Natur- og Biovidenskabelige felt og omhandler kvægproduktion, mener jeg sagtens, at bogen kan benyttes som inspirationskilde og værktøjskasse for alle, der står foran enten at skulle indgå i en projektgruppe eller at skulle facilitere en.

I denne bog er det meget vanskeligt at fremhæve en ting frem for noget andet, da alle kapitler er relevante og brugbare på hvert deres tidspunkt af projektarbejdet, intet mener jeg kan undværes. Alle kapitler er vel-

skrevne og tyder på, at forfatterne har stor erfaring og ekspertise indenfor projektarbejdet. Dette gør bogen så brugbar.

Skal jeg gøre et forsøg, vil jeg positivt fremhæve første del af bogen, der omhandler, hvilke faktorer der bør reflekteres over, inden et projektarbejde opstartes. Denne del af projektarbejdet har man en tendens til at skøjte ret let henover, så man hurtigt kan komme i gang med selve arbejdet. Dette kan dog blive fatalt for gruppedynamikken senere hen og give et rigtig dårligt samarbejde i gruppen, da forventningerne således ikke er blevet afstemt på forhånd. Specielt kapitel 4 der hedder "Gruppевærktøjer" og især skemaet omhandlende samarbejdsaftaler, finder jeg meget anvendeligt.

Også kapitel 7 der handler om den skriftlige formidling, finder jeg særlig brugbar. Her vil jeg fremhæve det, der bliver beskrevet omkring skriveprocessen, og de værktøjer der kan anvendes, når der opstår vanskeligheder ved at få formuleret noget på skrift. Noget alle formentlig har oplevet i et projektarbejde, ved opgave eller artikelskrivning.



Bestyrelsen



Formand

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



Næstformand, fagsbladsredaktør og ansvarlig for boganmeldelser

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



Kasserer

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

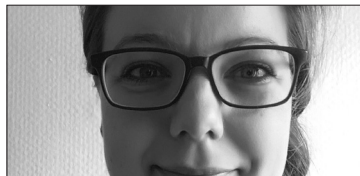


Fagbladsredaktør og ansvarlig for medlemsregistrering og legatansøgninger

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



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



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



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



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