

REFLEKSION

Inspirationshæfte med udgangspunkt
i sygeplejerskestuderendes
praksisbeskrivelser



DON'T QUIT

Projekt praksisbeskrivelse

er udviklet i samarbejde mellem Region Sjælland (RS) og
Professionshøjskolen Absalon (PHA)

Uddannelseskonsulent Ulla Dalby (RS)

Uddannelseskonsulent Heidi Lemb (RS)

Adjunkt Louise Støier (PHA)

Adjunkt Britt H. Steen (PHA)

December 2017

Layout: www.kreativgrafisk.dk

Foto: Professionshøjskolen Absalon

Tryk: Jørn Thomsen Elbo

ISBN: Digital: 978-87-92717-49-8

Tryk: 978-87-92717-50-4

FORORD

Ideen til dette hæfte er skabt ud af et samarbejde mellem undervisere og kliniske vejledere og et fælles ønske om at indfange, beskrive og inspirere til, hvordan refleksionsprocesser med udgangspunkt i konkrete situationer fra praksis kan anvendes som læringsredskab. Netop dette samarbejde mellem undervisere og kliniske vejledere er en afgørende forudsætning for at støtte studerende i at koble uddannelsens teori- og praksiselementer.

En kobling, der er et afgørende grundlag for at uddanne velreflekterede, selvstændigt agerende sygeplejersker. Gennem understøttet refleksion over handlemulighederne i en konkret situation og relevante teoretiske perspektiver lærer de studerende at bygge deres eget fremtidige virke på netop denne refleksive vekselvirkning. Dermed skabes forudsætningerne for såvel gode professionelle valg som generel udvikling af den professionelle praksis.

Kernen i refleksion er at stoppe op for at tænke og at skabe en distance til egne umiddelbare antagelser og handlinger ved at spejle disse i noget uden for situationen og en selv. Det kan være i form af tidligere erfaringer, andres perspektiv eller i form af relevant teoretisk viden. Det at lægge distance til det oplevede på denne måde må anses for at være essentielt for at lære nyt. Derved kan den nye viden sammenholdes med eksisterende antagelser og begrebsapparat, og værdien af det nye kan vurderes og indoptages som grundlag for valg af fremtidige handlinger.

Refleksion bliver dermed en bevidst og målrettet undersøgelse og evaluering af antagelser – egne og praksisfeltets. Gennem refleksionen skabes dermed også forudsætningerne for at kunne forestille sig og arbejde hen imod en anden praksis end den eksisterende – både som individ og som profession. Tæt forbundet med refleksion og læring er således også erkendelsen af behov for forandring og dermed forudsætningerne for at søge, tilegne sig og potentielt skabe ny professionsviden.

Reflekteret læring udgør dermed fundamentet for en profession i udvikling.

Og det starter alt sammen med uddannelsen af den enkelte i læringsmiljøer, der understøtter refleksionsprocesser i faglige fællesskaber på tværs af teori- og praksisrummene.

Dette hæfte er med sine eksempler og forslag til refleksionsspørgsmål og metoder en god inspiration til, hvordan studerende, vejleder og underviser kan skabe og styrke sådanne faglige læringsrum.

Tak til de modige studerende, der har delt deres praksiserfaringer på workshoppen og her i hæftet.

Tak til studerende, kliniske vejledere og undervisere for at eksemplificere de dialoger og den vejledning, der foregår hver dag, og som skaber rammerne for uddannelsen af fremtidens kompetente sygeplejersker.

*Kathrine Krageskov Eriksen
Områdechef for Forskning, Sundhed og Socialområdet,
Professionshøjskolen Absalon*

INDHOLD

Forord	3
Indledning	6
Formål	6
Målgruppen	6
Baggrund	7
Opbygning	8
Tak til	8
Indledning til refleksionsafsnit	9
Refleksionscirklen	11
Refleksionsafsnit	13
Fra studerende i begyndelsen af uddannelsen:	13
Nr. 1A:	13
Nr. 1B:	14
Nr. 1C:	16
Fra studerende i midten af uddannelsen:	18
Nr. 2A:	18
Nr. 2B:	21
Nr. 2C:	24
Nr. 2D:	29
Fra studerende i slutningen af uddannelsen:	32
Nr. 3A:	32
Nr. 3B:	33
Nr. 3C:	35
Nr. 3D:	37
Nr. 3E:	40
Teoriafsnit	43
Refleksionsbegrebet	43
Litteratur:	49



Bilag:	51
P1: Praksisbeskrivelse fra én studerende i starten af uddannelsen	51
P2: Praksisbeskrivelse fra én studerende i midten af uddannelsen	56
P3: Praksisbeskrivelse fra én studerende i slutningen af uddannelsen	61
Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra starten af uddannelsen	65
Referenceliste til nr. 1A:	65
Referenceliste til nr. 1B:	66
Referenceliste til nr. 1C:	66
Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra midten af uddannelsen	67
Referenceliste til nr. 2A:	67
Referenceliste til nr. 2B:	68
Referenceliste til nr. 2C:	68
Referenceliste til nr. 2D:	68
Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra slutningen af uddannelsen	69
Referenceliste til nr. 3A:	69
Referenceliste til nr. 3B:	70
Referenceliste til nr. 3C:	70
Referenceliste til nr. 3D:	71
Referenceliste til nr. 3E:	71



“Hvordan skulle jeg kunne hjælpe så skadet en dame?”

Sådan spørger en sygeplejestuderende (studerende) på andet semester. Gennem sin læring på uddannelsen til sygeplejerske får den studerende efterhånden svar på sit spørgsmål, og her vil refleksion blive en væsentlig del af læringen. Refleksionerne foregår både i den kliniske og den teoretiske del af uddannelsen såvel mundtligt som skriftligt (*Bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje*).

Mange studerende giver udtryk for at det er svært at reflektere, og så kan det resultere i at de afventer eller helt opgiver. Metaforen på side 2 skal betragtes som en opfordring i læreprocessen til de studerende: "Do it" og ikke "Don't quit".

For at opnå læring af refleksion, bør de studerende forstyrres tilpas. Derfor bør de studerende udfordres i arbejdet med deres refleksioner. Omvendt kan for stor forstyrrelse skabe forvirring og dermed ingen læring hos de studerende (Andersen, T 2005).

Formål med dette inspirationshæfte er:

- at hjælpe de studerende til at reflektere, så de kan kombinere oplevelsen hos patienterne/borgere med deres teoretiske viden.
- at give de kliniske vejledere værktøjer til brug i vejledningen.
- at underviserne kan bruge inspirationshæftet i den teoretiske undervisning.

Hvem kan have glæde af inspirationshæftet:

- Som **studerende** kan hæftet inspirere til arbejdet med refleksion allerede fra uddannelsens start.
- Som **vejleder** kan hæftet inspirere dig til at få begrebet refleksion sat i spil i dit arbejde med de studerende. Refleksion kan foregå både mundtligt og skriftligt; hæftet kan bl.a. inspirere til hvordan arbejdet med praksisbeskrivelser kan hjælpe de studerende til at koble teori og praksis.

- Som **underviser** kan hæftet anvendes aktivt i den teoretisk del af uddannelsen. Det kan anbefales at få de studerende til at medbringe egne praksisbeskrivelser i undervisningen, som kan skabe samspil mellem teori og praksis. Refleksioner fra inspirationshæftet kan også bruges aktivt - de kan medvirke til at tydeliggøre behovet for den teoretiske viden.

Baggrund for projekt praksisbeskrivelse

Mange studerende finder det svært at arbejde med praksisbeskrivelser. Når de senere i uddannelsen knækker koden og opdager hvor meget de udvikler fagligheden gennem praksisbeskrivelserne, hører vi ofte:

“Bare jeg dog havde lært det tidligere i uddannelsen, så havde jeg lært mere.”

Derfor sætter vi fokus på refleksion og praksisbeskrivelser i dette inspirationshæfte.

Projektet har været gennem flere faser og har ændret karakter undervejs. Alle studerende, bortset fra første semester, blev i efteråret 2015 opfordret til at lave en praksisbeskrivelse og der kom i alt 49 besvarelser.

Der blev nedsat en redaktionsgruppe med 2 deltagere fra Region Sjælland og 2 deltagere fra sygeplejerskeuddannelsen på Absalon (tidligere UCSJ). Redaktionsgruppen besluttede at udarbejde dette inspirationshæfte, der skal være til inspiration for de studerende samt for de kliniske vejledere og som også skal kunne anvendes i den teoretiske undervisning. Det har været ønsket fra redaktionen at holde fokus på refleksionerne, og derfor er disse klippet ud af praksisbeskrivelserne og bliver således en stor andel af dette inspirationshæfte.

Redaktionsgruppen har udvalgt 15 praksisbeskrivelse ud af de 49 besvarelser. Der er gengivet refleksionsafsnit fra 12 af praksisbeskrivelser og 3 er gengivet i fuld længde i bilaget (P1, P2, P3). Refleksionsafsnittene er udvalgt så der er 3 fra studerende i starten af uddannelsen, 4 i midten af uddannelsen og 5 fra studerende i slutningen af uddannelse. Der er valgt refleksioner fra alle niveauer på sygeplejerskeuddannelsen for at inspirationshæftet skal være anvendeligt gennem hele uddannelsen.

Udover de 12 refleksionsafsnit er der udvalgt 3 praksisbeskrivelser i deres fulde længde. Det er vigtigt at gøre opmærksom på at de hele praksisbe-

skrivelser kun er en inspiration til hvordan en praksisbeskrivelse kan opbygges og ikke en facitliste – for sådan en findes ikke.

I løbet af projektet er der blevet afholdt en workshop med tre studerende, tre kliniske vejledere og tre undervisere. Workshoppens var et skrivværksted, hvor alle deltagere havde mulighed for at skrive i materialet. I løbet af processen er flere studerende og kolleger fra både Absalon og klinikken blevet konsulteret for at kvalificere inspirationshæftet.

Opbygning

Praksisbeskrivelserne er gengivet i tre afsnit: Fra de studerende i starten af uddannelsen, fra de studerende i midten af uddannelsen og fra de studerende i slutningen af uddannelsen. Dette giver mulighed for at se progressionen i refleksionerne undervejs i de studerendes læringsforløb.

De 15 udvalgte refleksioner viser tydeligt at refleksioner kan indeholde stor forskellighed. Når de studerende opdager denne mulighed for forskellighed, vil de forhåbentlig blive nysgerrige på hvilken variant den enkelte studerende kan få udbytte af. Det er ikke kun den studerende som har ansvar for at dette sker. Det er også vejlederens/underviserens opgave at få den studerende til at arbejde med refleksioner.

Tak til

Tak til workshopens deltagere:

- Projektleder Therese Llambias
- Uddannelseskonsulent Ulla Dalby
- Uddannelseskonsulent Heidi Lemb
- Adjunkt Linda Hallengreen
- Lektor Agnete Sillesen
- Adjunkt Louise Støier
- Ansvarlig klinisk underviser Lynda Ougen
- Ansvarlig klinisk underviser Karen Meng
- Ansvarlig klinisk underviser Nikita Siemsen Frandsen
- Ansvarlig klinisk underviser Susie Kirk Andersen
- Sygeplejestuderende Lone Lind Ammitzbøll
- Sygeplejestuderende Stella Jørgensen

Herudover stor tak til de studerende på Absalon, som i efteråret 2015 indsendte praksisbeskrivelser til projektet.

INDLEDNING TIL REFLEKSIONSAFSNIT

Essensen af dette inspirationshæfte ligger i de studerendes skriftlige refleksioner. Derfor er der udvalgt praksisbeskrivelser fra forskellige steder i sygeplejerskeuddannelsen, så de forskellige niveauer af og progressionen i uddannelsen bliver tydelig:

1. 3 fra starten af uddannelsen (1A + 1B + 1C)
2. 4 fra midten af uddannelsen (2A + 2B + 2C + 2D)
3. 5 fra slutningen af uddannelsen (3A + 3B + 3C + 3D + 3E)

Oplægget til de studerende var at aflevere gennemarbejdede og uddybende praksisbeskrivelser på minimum 10.000 tegn. Det har derfor været nødvendigt at reducere materialet, så inspirationshæftet blev overskueligt at arbejde med.

Afsnittet med de studerendes refleksioner fra praksisbeskrivelserne er forsøgt opbygget med en rød tråd gennem hele inspirationshæftet:

- **Beskrivelse af situationen**
 - Kort sammendrag af konteksten.
- **Teoretisk vinkel – valgt af den studerende**
 - De teoretikere som den studerende har valgt til at belyse deres refleksioner, sat op i punktform (se referenceliste under bilag).
- **Den studerendes refleksion over situationen**
 - Afsnittet er autentisk, dvs. det er nøjagtigt det den studerende har skrevet.
- **Workshoppens drøftelser**
 - Dette afsnit er efter hver refleksion delt i tre, så det bliver tydeligt for læseren, hvad de tre grupper ville byde ind med for at få højnet kvaliteten af refleksionen i praksisbeskrivelsen.
- **Studerende**
 - Der gives et bud fra de studerendes vinkel på, hvad de godt kunne tænke sig sparring på af vejleder eller underviser for at kvalificere refleksionen.
- **Vejleder**
 - Her er det vejledernes vinkel, der uddybes. Hvordan kan vejleder bl.a. stille spørgsmål for at få de studerende til yderligere refleksioner?
- **Underviser**
 - Her er det undervisernes bud på hvordan den studerende kan kvalificere refleksionen – bl.a. via konkrete spørgsmål og forslag til yderligere teoretiske vinkler.
- **Referenceliste**
 - I oplægget til de studerendes udarbejdelse af praksisbeskrivelserne var der krav om en referenceliste. Disse referencelister kan inspirere til yderligere fordybelse og er derfor lagt som bilag.

Eksempler på hele praksisbeskrivelser

For inspirationen skyld er der som bilag lagt tre hele autentiske praksisbeskrivelser, beskrevet af studerende ud fra de opfyldte kriterier. Her er udvalgt praksisbeskrivelser fra tre niveauer i uddannelsen. Disse tre beskrivelser illustrerer én måde hvordan de kan skrives og sættes op layoutmæssigt. Det er vigtigt at påpege at de ikke er facitlister til praksisbeskrivelser, men blot inspiration.

Faktaboks

Ved workshoppen var der ønsker fra studerende om faktabokse i det færdige produkt som kunne være facitliste på, hvilken teori der anvendes i forhold til den oplevede situation på det pågældende uddannelsesniveau. Men pointen med refleksion i praksisbeskrivelser er at der ikke er en facitliste, da argumentationen for valget af teori er det essentielle. På baggrund af dette har redaktionsgruppen valgt ikke at følge workshoppens ønske. Ideen om faktabokse er dog medtaget, men med et andet indhold.

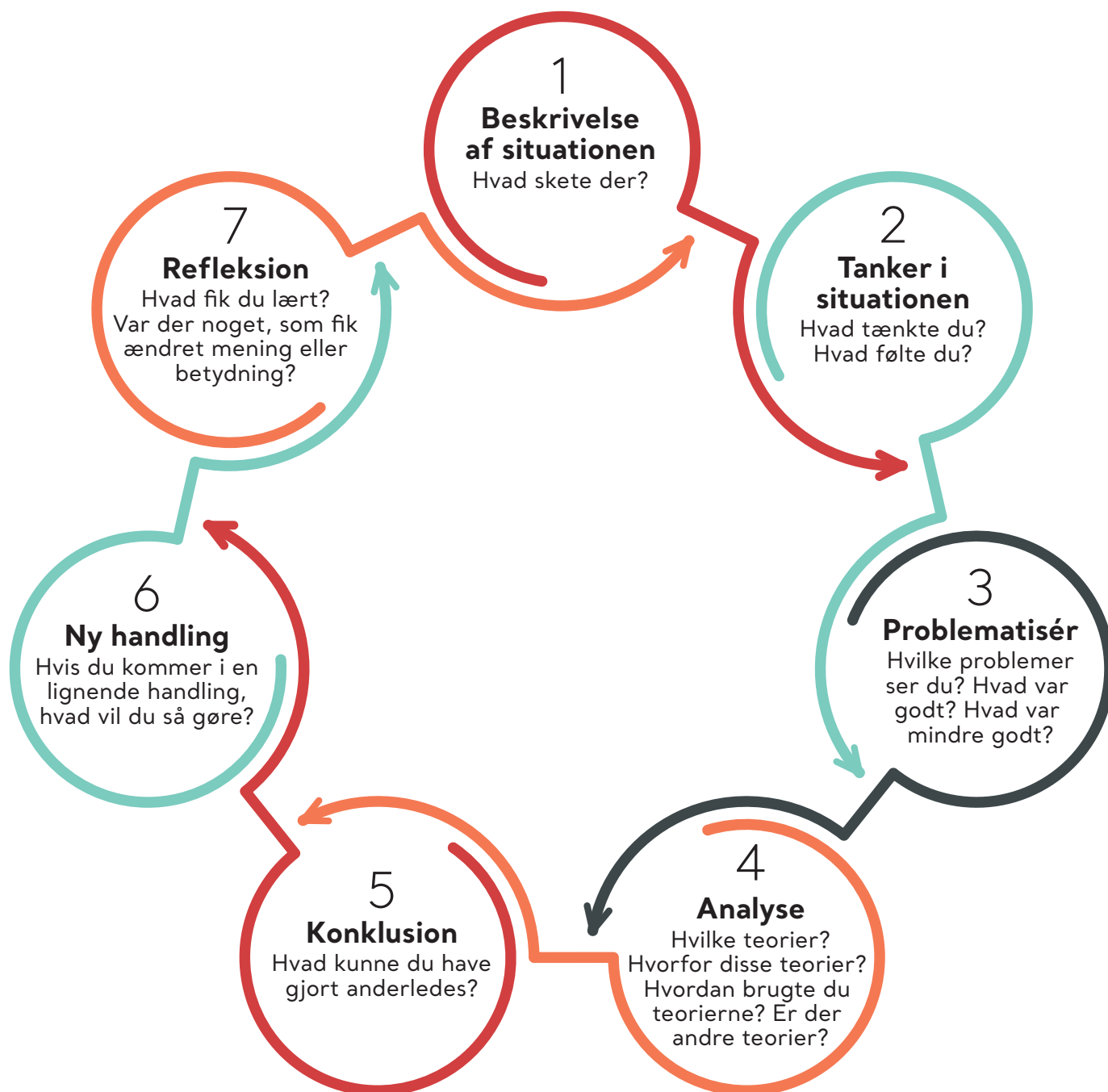
Faktabokse anvendes i dette inspirationshæfte til at understrege vigtige citater eller pointer.

Vejleder: "savner, at de studerende er blevet vejledt til at få meget mere struktur på deres refleksion. Altså at de har arbejdet ud fra refleksionscirklen.

Jeg har den opfattelse/erfaring, at det er nemmere for de fleste studerende at reflektere med hjælp af cirklen og på denne måde også får meget mere teori med.

De bliver selv bevidste om, hvor de mangler noget teori undervejs".

Refleksionscirklen





REFLEKSIONS- AFSNIT

Fra studerende i begyndelsen af uddannelsen:

Nr. 1A:

Beskrivelse af situationen:

79-årig dame "S" har søn og svigerdatter, indlægges efter apopleksi (afasi, impressiv- og ekspressiv apraksi og hemiparese i højre side). Situationen tager udgangspunkt i en episode hvor S bliver panisk.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende

- Travelbee: Menneske-til-menneske forhold
- Kommunikationsteori: verbal/non-verbal, interaktion (tanker, følelser, ideer, indtryk, hensigter)
- Inddragelse af pårørende: Linderoth – mødet mellem patienters pårørende og sygeplejersken

Den studerendes refleksion over situationen:

Hvordan skal en så ny sygeplejestuderende kunne hjælpe så skadet en dame? Jeg stod der helt alene med S, som havde så meget behov for min hjælp. Det hele var nyt for mig og jeg var lidt forvirret. Det er godt nok et kæmpe ansvar jeg har fået mig her, tænkte jeg. Jeg var selvfølgelig godt klar over at jeg havde min vejleder i ryggen og at de andre på afdelingen var klar til at hjælpe mig, men det var mig som skulle være ved S og sørge godt for hende og give hende en god pleje.

Det gode ved denne situation var, at S's søn og svigerdatter var der så meget som de havde mulighed for. De var en kæmpe hjælp for mig, da de kunne beskrive hvordan S var normalt og hvad hun normalt var glad for af fx mad og drikke, i det omfang hun nu måtte få det pga. hendes dysfagi (Linderoth 2012).

Workshoppens drøftelser:

- **Studerende:**
 - I dette tilfælde kunne den studerende have henvendt sig til sin kliniske vejleder og omtalt sit problem. Dette kunne have givet den studerende en følelse af at der blev taget hånd om hende, og hun kunne få talt ud om sin tanker og følelser – utrygheden kan blive synlig og derved italesættes.
 - Ved at få dialog med vejleder i gensidig respekt og forståelse får den studerende et nyt perspektiv på at "vi" ser forskelligt på verden, meget afhængig af vores erfaring og uddannelsesniveau.

- **Vejleder:**
 - En forventningsafstemning mellem vejleder og studerende i starten af klinikken ville fordre et samarbejde omkring den skriftlige refleksion.
 - Vejleder skal gøre klart for den studerende hvad der forventes i forhold til de svære situationer der kan opstå i klinikken – hvilke situationer kan de selv håndtere og hvad skal de have vejledning til?
 - Henvendelse fra den studerende kunne have formet sig til en dialog mellem den studerende og vejleder, så de sammen kunne have sat nogle flere vinkler på den studerendes oplevelse.
 - Hvilke interventioner er omdrejningspunktet?
 - Hvad ser den studerende som problemet i situationen?
 - Hvilke yderligere interventioner kunne den studerende have foretaget for at dæmpe patientens panik?
 - Den studerende kan opfordres til at uddybe den teoretiske vinkel som hun selv har valgt til refleksionen.
 - Den studerende nævner ernæring som et tema, hvilket den studerende kunne uddybe ud fra "D4 madpakken" ernæringscreening mm.
 - Hvad er dysfagi, hvem får det og hvilke hensyn skal vi som personale tage i forhold til kost, samt hvem ordinerer kostform til dysfagi-patienter?
- **Underviser:**
 - Forventningsafstemningen mellem den kliniske vejleder og den studerende kunne have hjulpet til at afdække:
 - Hvilke problematikker hun på nuværende uddannelsesniveau skulle være med til at varetage?
 - Hvilke andre samarbejdspartnere (tværfaglige) kunne bidrage til at løse de andre problemstillinger?
 - V. Henderson kan bidrage med at skabe et overblik over hvilke grundlæggende behov patienten havde brug for hjælp til.

Nr. 1B:

Beskrivelse af situationen:

71-årig mand "X" bor med hustru, de klarer sig selv. X falder i haven og pådrager sig en collum femoris fraktur. Situationens udgangspunkt er præoperativt. Patienten skal være ren til operation og denne refleksion handler om overgivelse til patientrollen.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende

- J. Lawler: føjeligheds- og kontrolreglen, afhængighedsreglen, blufærdighedsreglen og værnereglen

Refleksion af situationen:

Efter min oplevelse med X satte jeg spørgsmålstegn ved om jeg kunne have gjort noget anderledes. I realiteten havde jeg to muligheder:

1. Lade X ligge i afføring og ikke blive vasket

2. Stride imod hans egen beslutning

Hvis vi som sygeplejersker havde ladet X ligge i afføring, ville dette blive set som omsorgssvigt. X havde ikke selv mulighed for at fjerne afføringen, derfor måtte vi anvende vores magt som autoriserede og yde personlig pleje mod hans vilje. Vi måtte træde i kraft som sygeplejersker og vi gjorde et selvstændigt og handlekraftigt individ til en patient, som ikke har noget at skulle have sagt.

Denne situation var meget grænseoverskridende for mig, da vi skulle gå imod patientens valg. Men alligevel ville jeg etisk ikke kunne lade X ligge i sin egen afføring. Dette er en vanskelig situation, da begge valg strider imod ens moral og etik som sygeplejerske. Jeg er som sygeplejestuderende blevet mere bevidst om hvordan man takler en situation som denne. Det kan være svært som uerfaren at tage beslutninger som en autoritet og overbevise sin patient om at denne handling for hans/hendes eget bedste. Jeg er blevet mere bevidst om hvor vigtigt den teoretiske viden er, da man skal bruge sygeplejefaglige argumenter for at påvise at handlingen er korrekt.

Workshoppens drøftelser:

- **Studerende:**

- Savner teorien. Hvilke teorier kunne man have anvendt - f.eks. etik?
- Savner noget mere viden om hvad sygeplejerskerne ville have gjort - derfor har den studerende behov for sparring med sin vejleder for at få nye vinkler på situationen.
- Som studerende har vi brug for hjælp til at vide hvad er rigtigt og forkert. Tænker det altid er det faglige som skal være gældende, men pludselig spiller en patient en stor rolle da han nægter, også selv om det faglige argument vil være at det er bedst for ham

- **Vejleder:**

- Få tydeliggjort hvad er omdrejningspunktet; hvad skal denne refleksion bruges til at blive klogere på?
- Ordet grænseoverskridende kunne være omdrejningspunkt for en vejledning:
- Hvorfor er det grænseoverskridende?
- Når "noget" er grænseoverskridende, hvad sætter det så gang i af tanker hos den studerende?
- Patientrollen kontra autoritet:
- Få den studerende til at reflektere over disse perspektiver?
- Er der noget litteratur som beskriver dette?
- Kan magtbegrebet komme i spil?
- Hvad gør det ved en sygeplejerske at være en autoritet?
- Etiske overvejelser kunne sagtens sættes på situationen:
- Hvad siger de sygeplejeetiske retningslinjer?
- Hvordan adskiller etisk sig fra moral (begge ord bliver brugt i refleksionen)?
- Sengelejekomplikationer:
- Hvilken betydning kan det få for patienten at ligge i afføring for længe?
- Beskriv de sengelejekomplikationer der kunne forekomme?
- Hvordan kunne konsekvensen formidles til patienten?

- **Underviser:**
 - Her ville det være relevant at fremhæve K. Martinsens begreb svag paternalisme.
 - Vejledningssituation kunne også tage udgangspunkt i den studerendes opfattelse af sin faglighed.
 - Det var også en mulighed at tale om hygiejniske principper – og hvordan klarer vi sådan en situation hvor principperne ikke nødvendigvis kan benyttes?
 - K. Erikssons begreb plejelidelse kunne også være relevant at få i spil.

Nr. 1C:

Beskrivelse af situationen:

90-årig mand, kognitiv svækket, indlægges på medicinsk afdeling. Patienten kan ikke spise og drikke sufficient og der overvejes anlæggelse af PEG-sonde til enteral ernæring. Lægen træffer en beslutning om ikke at gøre det uden samtykke fra patienten eller pårørendes inddragelse. Der forsøges anlæggelse af en nasalsonde til ernæring, men patienten værger for sig uden ord, så det lykkes ikke. Sønnerne får senere en lægesamtale, hvor de gerne vil have sonden lagt – hvilket igen mislykkes pga. patientens modstand. Herefter indstilles al behandling. Sønnerne informeres og erklærer sig enige. Sønnerne fortryder senere, da patienten er ved at "dø af tørst".

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende

- Sundhedsloven § 15: samtykke kontra "øjeblikkelig behandling" – indledes uden samtykke
- Bekendtgørelse om lægers forpligtelse i forbindelse med livsforlængende behandling
- A. Venborg: Misforstået omsorg

Refleksion af situationen:

De love og regler som en sygeplejerske baserer sine beslutninger på, bygger på normer og værdier, såsom respekt, integritet og selvbestemmelse (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012, §2). På den anden side har sygeplejersken en faglig viden og der kan derfor opstå en konflikt mellem hvad der, baseret på hendes faglighed, er godt for patienten og respekt for patientens autonomi. Sygeplejersken har desuden pligt til at udføre den behandling lægen ordinerer, og kan komme i konflikt mellem solidariteten med patienten og loyalitet med lægen.

Workshoppens drøftelser:

- **Studerende:**
 - Store problematikker at stå med så tidligt i uddannelsen. Som studerende er det vigtigt med opbakning og vejledning i denne situation.
 - Mangler information:
 - Hvilke diagnoser har patienten?
 - Hvordan er patientens cerebrale tilstand?
 - Har der været vejledning til patient og pårørende?
 - Giver der IV-væske?

- **Vejleder:**
 - Teorien bygger meget på lov – kunne savne den "bløde" side af/vinkel på sygeplejen?
 - Da den studerende er i starten af uddannelsen, kunne der opfordres til en uddybning af ordene:
 - Respekt?
 - Integritet?
 - Selvbestemmelsesret?
 - Patientens autonomi?
 - Konflikten i forhold til solidaritet med patienten samt loyalitet med lægen.
 - Behandlingen indstilles:
 - Konsekvens?
 - Hvem har hvilket ansvar?
 - Hvad sker der, når en behandlingsplan fortrydes?
 - Sygdomslære:
 - Kan der være tale om demens?
 - Forskellige faser af demens – hvor er patienten? (Ingen interaktion, intet sprog, modstand mod fremmedlegemer, ingen appetit/tørst)
 - Etik:
 - Etik ved livets afslutning, værdighed, menneskesyn, umyndiggørelse mv.
 - Drøftelse med den studerende:
 - hvilke modificerede muligheder har vi i praksis for at gøre livet bedre for den døende eller patienten, hvor der er behandlingsstop, men hvor der er nogle behov i forhold til en lindrende funktion?
- **Underviser:**
 - Det kunne være fint også at få en snak med den studerende om hvilken rolle man har ift. de pårørende, der jo står i en vanskelig følelsesmæssig situation. Her kunne det være relevant at tale om relationen til de pårørende og ikke mindst det lovmæssige ift. tavshedspligt.

Ved at anvende alle refleksionscirkelns syv trin hjælpes den studerende til at overveje konsekvensen af egne handlinger, men også til at overveje nye handlemåder og behov for ny viden. Det er nødvendigt at komme videre med analysen og ved hjælp af konklusionen samt forslag til ændret praksis fokusere på refleksionsdelen. Dermed får den studerende mulighed for at stille sig selv spørgsmålet om hvad der er lært og om der var noget som fik ny betydning eller anden mening.

Fra studerende i midten af uddannelsen:

Nr. 2A:

Beskrivelse af situationen:

70-årig dame (borger) har været ude for en ulykke (4 år siden), hvor hendes mand var chauffør. Manden slap uskadt, mens borgeren fik amputeret højre ben helt oppe ved hofteskålen, anlagt permanent KAD og kolostomi pga. store indre skader. Borgeren og hendes mand bor i eget hus der er ombygget [så det er egnet til kørestol]. Manden hjælper meget og har dårlig samvittighed over at have været chaufføren ved ulykken. Aktuelt har borger decubitus på højre nates – reelt er der ikke en sædemuskel pga. amputationen, da huden ligger direkte på knoglen. Hjemmesygeplejen kommer til sårskift i forhold til et område hvorfra der er transplanteret hud til decubitus, da der var fuldstændig perforering af huden med blottet knogle.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- Den motiverende samtale
- Behandling af sår – (definitioner, sårheling og behandling)

Refleksion af situationen:

Jeg tænker meget over hvordan jeg træder ind i forskellige borgeres hjem. Ved at banke på og afvente svar "får jeg lov til at komme indenfor" og viser samtidig, at jeg godt ved at jeg træder ind i deres hjem og respekterer deres hjem. Til klargøring af sårbehandlingen bruger jeg et højt bord som altid står ved siden af sengen, da det giver mig den bedste arbejdsstilling.

Borgeren vil meget gerne hjælpe til med det hun kan, og det er derfor en "vane" for os begge at hun kører sengen op, så jeg får en optimal arbejdsstilling. Borgeren har stor self-efficacy og er meget bevidst om, hvilke handlinger hun selv kan varetage og vil gerne gøre så meget som muligt selv. Jeg er meget bevidst om at fortælle hende om hvordan sårene ser ud og at jeg ser fremgang, hvilket øger borgerens self-efficacy. Borgeren ved på den måde ved at det er umagen værd at sygeplejersken kommer tre gange om ugen og skifter forbindingen (Bøgelund, 2010, s. 78).

Jeg er også opmærksom på om belysningen er tilstrækkelig (Decentral enhed sygepleje, 2011, s. 4), hvilket den er i dag. Borgerens seng står lige foran et vindue, hvorfor jeg sørger at der er trukket for, da hun ellers ligger til frit skue for naboerne. Ved af- og påklædning af borgeren er jeg hele tiden opmærksom på borgerens kateter, da hun har været ude for at plejepersonalet har hevet det ud samt at ballonen springer. På grund af disse tidligere dårlige erfaringer, er borgeren mest tryk ved at hun selv holder fast i kateteret. I løbet af de gange jeg har besøgt borgeren, har hun dog udviklet tillid til at jeg er meget varsom omkring hendes kateter og stoler på at jeg ikke hiver i det. Det har derfor ikke været hver gang at borgeren har holdt fast i kateteret. Når forbindingen skal skiftes, er det nødvendigt at borgeren vender sig om på siden. Dette klarer hun selv og

jeg sørger for at sengehesten er oppe i den side hun vender sig til, for at der ikke er risiko for at hun falder ud af sengen. I den side jeg står, sørger jeg derimod for at lægge sengehesten ned og dermed sikre en god arbejdsstilling.

Jeg skifter handsker før hver ny opgave i sårplejen og desinficerer mine hænder når handskerne er taget af (Ericson, 2010, 408). Når jeg gør klar til sårbehandlingen, lægger jeg altid et ekstra sæt handsker op, hvis jeg fx skulle tabe en handske eller bare få brug for et ekstra sæt. Til slut kasserer jeg saksen i kanyleboksen, hvilket er sådan man håndterer sakse efter brug i hjemmeplejen (Ericson, 2010, s. 425).

Borgerens decubitus består af to sår, et rundt sår med tør skorpe og et aflangt sår uden skorpe. Såret med tør skorpe befinder sig i proliferationsfasen og er på vej mod maturationsfasen, fordi såret har dannet en tør skorpe og er begyndt at trække sig sammen fra siderne (Lindholm, 2005, s.19-22). Det aflange sår har tidligere været tre små sår som har samlet sig til et aflangt sår. Jeg vurderer ikke at der er behov for bekymring, da såret ikke er tiltaget i bredde. Jeg ville sige at såret befinder sig i inflammationsfasen, da der i sårbunden ses en meget tynd fibrinbelægning og det er let væskende, hvilket er tegn på, at såret er i inflammationsfasen (Lindholm, 2005, s. 20). Sårets omgivelser ser reaktionsløse ud, hvilket vil sige at der ikke er noget tegn på infektion (Lindholm, 2005, s. 126). En del af forbindingen er Physiotulle, som jeg kun lægger på såret uden skorpe, da såret med den tørre skorpe skal holdes tørt og Physiotulle er med til at opretholde et fugtigt sårmiljø. Physiotulle er med til at fremme helingen i det aflange sår da det virker antibakterielt og suger sekret til sig. En anden virkning ved Physiotulle er at det sørger for en atraumatisk skiftning, således at nydannet væv ikke rives af sammen med forbindingen (Coloplast).

Evalueringsforetaget af den studerende

Overordnet føler jeg at sårplejen gik godt. Jeg overholdt de gældende retningslinjer og gjorde meget ud af at sørge for at skifte handsker og spritte hænder efter hver del af forbindelsesskiftet. Jeg har været hos borgeren mange gange og vi plejer altid at snakke om lidt forskelligt i løbet af sårplejen, og det gjorde vi også denne gang. Jeg var måske en anelse for lang tid om at få den nye forbindelse på, fordi jeg vurderede såret der tidligere var 3 små sår, for at være sikker på at der ikke var grund til bekymring. Såret er derfor muligvis blevet afkølet en del, men jeg synes det er vigtigt at få set eventuelle forandringer der skal reageres på. For ikke at afkøle såret yderligere ville det måske have været mere optimalt at klippe Physiotulle ud ved klargøring, men det er bare svært at klippe et stykke der passer uden at have set på såret.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - Der bliver skrevet at hun desinficerer sine hænder hver gang hun tager sine handsker af - hun kunne have skrevet om vigtigheden af dette.

- Har selv erfaret at langt de fleste får fugtige hænder, når de har haft disse handsker på, og når det er fugtige hænder, så skal man vaske hænder før man spritter.
 - Der bliver nævnt at såret ser reaktionsløst ud og derfor ikke tyder på nogen infektion.
 - Kunne have tilføjet en kommentar omkring hvilke reaktioner man skal være opmærksom på ved et sår.
 - Der er beskrevet lidt omkring såret, hvilket kunne være suppleret med hvordan sårplejen foregår for at rense såret.
 - Der bliver skrevet lidt omkring tillid, hvilket kunne uddybes med en sygeplejeteoretiker på f.eks. Kari Martinsens teori omkring tillid og mistillid.
- **Vejleder:**
 - Hvilke tanker gør den studerende omkring kommunikationen og hvordan kan den motiverende samtale bruges?
 - Teorien omkring decubitus - opfordres til uddybning:
 - Hvordan opstår det og hvordan forebygges der?
 - Hvilke tanker gør du dig i forhold til dette sår (tre små sår, var blevet til ét)?
 - Hvordan er sårhelingsfasen?
 - Den studerende kunne uddybe sine overvejelser/begrundelser for valg af metode ved forbindelsesskift hos denne borger.
 - Hvilke betydning har ernæring for sårhelingen og hvordan kan borgeren vejledes i forhold til dette?
 - Hvilke hygiejniske overvejelser havde den studerende undervejs?
 - Hvilke teoretiske overvejelser bør indtænkes i forhold til håndhygiejne i forbindelse med interventionen?
 - Refleksionen er meget procedure-orienteret med korte bemærkninger om det at træde ind i borgerens hjem, borgerens selv efficacy og patientens tillid til personalet. Vejlederen kan med fordel udfordre den studerende i forhold til disse, fx med et etisk perspektiv.
 - Vejlederen kan vise den studerende Ida Torunn Bjørks model over praktiske færdigheder. Den studerende befinder sig i de første faser (indhold og rækkefølge) ved at være procedure-orienteret. Korrekte vejledninger til patienten, på vej mod nøjagtighed og medtænker omsorgsfuld væremåde.
 - **Underviser:**
 - Der er også mulighed for at uddybe området ergonomi; hvorfor er det vigtigt at både borgeren og studerende har gode arbejdsstillinger?
 - Der kunne også holdes fokus på retningslinjerne:
 - Hvilke retningslinjer kunne inddrages?
 - Begrundelse for at anvende disse?
 - Der er ikke nævnt noget om i selve refleksionen at observationerne skal dokumenteres efterfølgende:
 - Hvordan skal sårplejen dokumenteres og hvorfor?

Nr. 2B:

Beskrivelse af situationen:

25-årig kvinde "S" af anden etnisk baggrund bor med sin mand og er studerende. Har akutte underlivssmerter og indlagt på gynækologisk-obstetrisk afdeling. Det er anden gang det ikke er lykket for dem at blive gravid. Manden er ikke meget for at involvere sig med plejepersonalet.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- A. Antonovsky er amerikansk-israelske professor i medicinsk sociologi og hans tankegang er valgt til at belyse patientens oplevelse af situationen ved sygdom og lidelse.
- Inden for omsorgsteorien vælges at inddrage dele af den finske sygepleje professor K. Erikssons teori. Eriksson er inspireret af S. Kierkegaard og har fokus på det lidende menneske.

Refleksion af situationen:

Patienten i praksisbeskrivelsen har en ekstrauterin graviditet, som opstår når et befrugtet æg ikke kan sætte sig fast i livmoderen. Dette kan give smerter og gener.

Da S ankom til gynækologisk afdeling, havde hun kraftige smerter og vaginal blødning. Dette havde hun haft i nogle dage og de sidste tre dage med forværring. Graviditet er ikke en sygdom, men en graviditet udenfor livmoderen kan opleves som en sygdom, fordi det er noget unormalt. Der er derfor tale om sygdomslidelse, idet lidelsen opleves i relation til sygdom (Hounsgaard & Seibæk 2009).

Sygdomslidelse er én ud af de i alt tre former for lidelse som K. Eriksson har beskrevet i sin teori. De to andre former er plejelidelse og livslidelse, men de er ikke relevante i denne kontekst. Ydermere siger K. Eriksson at lidelse som sådan ikke har nogen mening, men at et menneske kan tilskrive den en mening ved at forsone sig med den. Det passer godt på min patient S, idet at hun indser hun ikke kan ændre ved situationen, men blot må forsone sig eller affinde sig med den.

Der er samtidig skyld indblandet i lidelsen, der blot forværrer oplevelsen.

Sygeplejersken kan lindre sygdomslidelse ved at give håb til patienten eller ved at tale om noget andet, der kan fjerne fokus. Omsorgens mål er derfor at lindre lidelsen. Et menneske der lider, ønsker at få lidelsen bekræftet og at få tid og rum til at forsone sig med den (Eriksson 2011), hvilket jeg også gjorde plads til at S kunne gøre.

Afgrænsning og problemformulering (studerendes egen overskrift):

"Patienten har underlivssmerter svarende til 4 på VAS-skalaen og får samtidig en dårlig nyhed om en ekstrauterin graviditet. Det kan være svært at tale om, især for en kvinde med anden etnisk baggrund".

Udvælgelse og teoretisk begrundelse for valg af sygeplejeproblem ifølge den studerende:

Smerter er et sygeplejefagligt problem, der især er i fokus på en gynækologisk afdeling. Smerter er uhensigtsmæssige og kan nedsætte lysten til at foretage dagligdags gøremål, fordi smerter er generende og gør fysisk ondt. Derudover kan smerter give dårligt humør og forværres, når patienten samtidig er bekymret og urolig for noget andet (Skytts 2011).

Omsorg er yderst vigtigt i arbejdet med mennesker der føler smerte og samtidig gennemgår et tab. Undersøgelser viser at etniske kvinder føler sig mere skyldige end danske kvinder, når det kommer til sygdom og udvalgte tabubelagte emner. Det er derfor et problem at patienten i denne praksisbeskrivelse føler skyld og ikke kan snakke med sin mand om det.

Analyse:

Ordet "patient" kommer oprindeligt af det latinske *patiens*, der betyder "lidelse". En patient er altså et menneske der lider, tåler, udholder og som tålmodigt må vente (Eriksson 2011).

Definition: Smerte er en subjektiv oplevelse hos den enkelte patient, som sygeplejersken ikke kan sætte sig ind i hvordan føles, men kan blot prøve at forstå hvordan det må opleves for patienten.

Patientens psykiske, sociale, åndelige og kulturelle tilstand kan have betydning for smertens intensitet (Skytts 2011).

For at udføre smertebehandling er det nødvendigt at vide hvor patienten har ondt og graden af smerte. Dette kaldes for smertevurdering. Til det kan der bruges forskellige måleredskaber og her blev der brugt VAS (Visuel analog skala). Patienten kigger på en lineal og placerer sin oplevelse af smerte på stregen mellem "ingen smerter" og "værst tænkelige smerter". Herefter vender plejepersonalet linealen om og noterer hvilket tal det svarer til, som er den aktuelle VAS score. Det er vigtigt at stregen sættes på "ingen smerter" til at starte med, for ikke at påvirke patienten til at have mere ondt end denne ellers måtte have. Smertescoring har vist sig at være en god måde at håndtere patienters udtryk for smerter på, da det ellers kan være svært at forholde sig til andres smerter.

Smertevurdering er desuden afhængig af personalets egen holdning til smerter, selvom den ikke burde være det. Derfor skal de professionelle passe på med ikke at undervurdere patientens egen opfattelse af smerter. At beskrive sine smerter kan være svært, derfor kan det være en hjælp at inddele smerterne i typer og smertekvaliteter. De nocieptive smerter inddeles i somatiske og viscerale årsager. De somatiske årsager er kendetegnet ved en aktivering af smertereceptorer i hud, knogler og dybereliggende væv, som f.eks. ved et brækket ben, som giver en vellokaliseret, trykkende, borende, murrende og/eller stikkende fornemmelse af smerterne, mens de viscerale smerter, som betyder smerter dybt inde fra organerne, giver en dårlig lokalisering af smerterne, og føles dybe, diffuse, krampagtige, kolikagtige, konstante, trykkende og murrende (ibid). S beskrev sine smerter som borende og murrende og hun udpegede v. æggestok som det sted, hvor det gjorde mest ondt. Der var derfor tale om viscerale smerter (Skytts 2011).

Samtale er også en væsentlig del af sygeplejen. Når mennesker skal mestre nye udfordringer, er det ifølge A. Antonovsky afgørende at mennesket oplever situationen som håndterbar, begribelig og meningsfuld for at opnå en sammenhæng. Det kan være svært at se nogen mening i en situation som denne, men jeg forsøgte dog ved at informere S om årsagerne til ekstrauterin graviditet at skabe mening. Som sygeplejerske er det vigtigt at have fokus på patientens forståelse af situationen og hjælpe med at pege i en retning, så patienten oplever mening og forståelse. Det fremmer også til at se hvilke ressourcer patienten har til at mestre situationen. S havde oplevet en graviditet uden for livmoderen før, hvilket måske gør at hun har tidligere erfaringer og ressourcer hun kan trække på. Jeg tænker også at min samtale med S har gjort at hun kunne tænke i nye baner og fremfinde sine ressourcer til at mestre en så svær situation som denne (Antonovsky 2000).

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - De studerende kan have den tanke at jo flere teoretikere der er i opgaven, jo bedre bliver opgaven.
 - Søge mere om:
 - Syn på sundhed og sygdom?
 - Kultur?
 - Kommunikation?
 - Kunne godt bruge nogle statistikker fx. hyppighed på spontane aborter + konsekvenser for/ved at have haft det flere gange.
- **Vejleder:**
 - Hvad er det vigtigste i denne sammenhæng? Hjælpe til at skabe fokus, fremme evnen til at begrænse sig og gå i dybden.
 - Her kunne vejlederen hjælpe den studerende til struktur. En overordnet opskrift kunne være med til at skabe fokus.
 - Den studerende har valgt patientens oplevelse af lidelse (K. Eriksson). Ville bede den studerende uddybe:
 - Hvordan hun kunne se at patienten lider?
 - Hvad har patient givet udtryk for selv og hvad har den studerende ved samtale fundet frem til?
 - Kommunikation:
 - Hvordan med patient af anden etnisk herkomst?
 - Pårørende af anden etnisk herkomst?
 - Kan situationen få indflydelse på kommunikationen (krise mm.)?
 - Fin beskrivelse af smerter som fænomen.
 - Har den studerende evidens for brug af VAS-lineal?
 - Drøfte oplevede smerter i forhold til den konkrete patient?
 - Smerter kontra patient af anden etnisk herkomst?
 - Sorg og krise samt mestring af situationen kunne også fint inddrages her til denne situation.
 - Hvordan gjorde den studerende plads til at patienten kunne forsone sig med sit tab?

- **Underviser:**
 - Fokus kunne også rettes mod ægtefællen der ifølge beskrivelsen ikke spiller en så stor rolle, men når patienten udskrives gerne skulle være en ressource for patienten til at kunne mestre situationen.
 - V. Zoffmanns teori om jeg-du-sorteret gensidighed ville være relevant at anvende, samt J. Watsons teori om det omsorgshelende paradigme.

Nr. 2C:

Beskrivelse af situationen:

78-årig mand (patient) med kendt Alzheimers. Efter fald kommer armen i gips i 4 uger – er ikke brækket, men til smertebehandling pga. slag. Aktuelt er hovedproblemet ikke armen, men antibiotisk behandling pga. en pneumoni, derfor indlæggelse. Patienten er TL (total liggende/sengeliggende). Kan gå med rollator, men er ikke motiveret for mobilisering. Lægger på vekseltryksmadras, da han er vurderet til tryksårstruet.

Patienten skal op for at spise morgenmad

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- Orem: egenomsorg

Refleksion af situationen:

Kommunikation er en vigtig del af sygeplejehandlinger i denne situation. Patienten skal vejledes i forflytning og til dette benyttes kommunikation, både det verbale og det nonverbale. Det nonverbale sprog anses for at være det mest udtryksfulde kommunikationsmiddel, hvilket argumenterer for at man bør have meget fokus på det nonverbale sprog, både sit eget, men i høj grad også patientens nonverbale sprog (Jørgensen, 2014, s. 88-89).

Patienten er kendt med Alzheimers og dette skal man være opmærksom på under situationen.

Patienter med Alzheimers kan have svært ved at overskue og forstå lange beskeder, derfor er det vigtigt med konkrete meddelelser under forflytninger.

Videncenter for demens har nogle råd til hvordan man bedst opnår en god kommunikation med demensramte patienter. Blandt andet påpeger Videnscenter for Demens at det er vigtigt at kunne forstå patientens kropssprog, for hvis de sproglige færdigheder forringes, vil det nonverbale få en større betydning. De gør også opmærksom på vigtigheden af at give korte beskeder og tale langsomt og tydeligt (www.videnscenterfordemens.dk/).

Det var ud fra patienten kropssprog at jeg vurderede at han virkede opgivende og jeg måtte handle med motivation.

D. Orem er en amerikansk omsorgsteoretiker der fokuserer på egenomsorg. Blandt andet taler D. Orem om teorien om sygeplejesystemer hvori begreberne "hjælpemetoder", "sygeplejekapacitet" og "sygeplejesystemer" indgår. Der er fokuseret på dette system da dette er relevant i forhold til den beskrevne patientsituation (Kirkevold, 2012, 144-145).

Begrebet sygeplejekapacitet henviser til den viden, holdninger, evner og egenskaber en person må have for at kunne udføre sygeplejehandlinger, dette er en kompleks tillært evne der ifølge D. Orem kræver uddannelse. Fokusset ligger her i at handlingerne er rettet mod en der har behov for hjælp (Kirkevold, 2012, s. 144).

D. Orem hævder desuden at professionelle hjælpere, såsom sygeplejersker, benytter sig af 5 generelle typer af hjælpemetoder;

1. At handle eller udføre aktiviteter for en anden
2. At vejlede en anden
3. At støtte (fysisk eller psykisk)
4. At tilrette et udviklende miljø
5. At undervise en anden

D. Orem argumenterer at denne liste afspejler en gradvis tiltagende evne til egenaktivitet hos den person der har behov for hjælp. Man kan argumentere for at personen der har behov for hjælp, får mere og mere egenomsorg (Kirkevold, 2012, s. 145).

Patienten i situationen havde en ændret egenomsorgskapacitet idet hans hånd var blevet til hans midlertidige handicap. Han havde behov for at få udført visse handlinger for sig. Han kunne dog klare det meste selv og opmærksomheden i situationen lå på vejledning og at støtte patienten. Dette blev gjort via guidning og motivation, således at patienten kunne udnytte sine egne ressourcer og opleve mere egenomsorg.

Begrebet sygeplejesystemer defineres som et system der bliver konstrueret, når der er samspil mellem patientens og sygeplejerskens handlinger. Der findes tre former for sygeplejesystemer;

1. Helt kompenserende sygeplejesystem
2. Delvist kompenserende sygeplejesystem
3. Støttende/undervisende sygeplejesystem (Kirkevold, 2012, s. 145)

I forbindelse med denne patient benyttes det delvist kompenserende sygeplejesystem. I det delvist kompenserende system udfører både patienten og sygeplejersken handlinger, hvori de fem generelle hjælpe metoder kan indgå (Kirkevold, 2012, s. 145-147).

Patienten havde behov for at få vejledning i hvordan han skulle komme op og sidde på sengekanten, når han ikke kunne benytte sin arm. Desuden blev han støttet psykisk i forhold til at få motivation for sin handling, så han ikke havde en følelse af opgivelse.

Desuden skulle patienten vejledes ved hver forflytning grundet hans Alzheimers-diagnose.

Konklusion samt afslutning:

Forflytningssituationen gik fint, med guidning og tålmodighed fik patienten mobiliseret sig på fornuftig vis.

Jeg kunne have gjort vekseltrykmadrassen hård, så det er nemmere for patienten at forflytte sig i sengen.

Det var godt at jeg lod patienten mobilisere sig uden min hjælp. Havde jeg forsøgt at hjælpe patienten, fx ved at hjælpe med benene, kunne jeg have gjort det sværere for ham at komme op og sidde. Havde jeg taget begge ben, kunne jeg have "ødelagt" det naturlige bevægemønster og patienten kunne føle sig utryg. Derfor er det rigtig godt at huske hvordan det naturlige bevægemønster fungerer, så man kan få en positiv virkning af dette.

Efter situationen reflekterede jeg over situationen. Jeg kom frem til at jeg benyttede mig af de anbefalinger der er i D4 retningslinjen "Patientforflytninger".

Medarbejdere skal følge visse grundregler i patientforflytning, disse er blandt andet; vurdere patientens handicap, analysere patientens ressourcer, benytte det naturlige bevægemønster, informere patienten og tage hensyn til sig selv.

Der blev taget hensyn til at patienten ikke kunne forflytte sig som normalt pga. armen der var i gips. Patientens ressourcer blev analyseret og vurderet i situationen. Det naturlige bevægemønster benyttede patienten fint, og havde han problemer med disse, blev han guidet til naturligt bevægemønster. Patienten blev informeret undervejs. Jeg tog hensyn til mig selv ved at sige fra, da patienten ønskede at jeg skulle trække ham op i armen.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - Her er behov for en dialog med vejleder i forhold til, hvordan teorien anvendes i praksis.
 - Det er vigtigt at vejlederen har viden i forhold til den anvendte sygeplejeteoretiker – for at der kan opstå kvalificeret dialog.
 - Baggrundsviden om Alzheimers (agnoksi, amnesi, aprakt, afasi (impressiv og ekspressiv))
 - Viden om patienten
 - pt. naturlige bevægemønster
 - habituelle tilstand
 - Andre relevante emner:
 - Sengelejekomplikationer
 - Teori om kommunikation til Alzheimer
 - Guidning
 - K. Eriksson de tre lidelser
 - Retningslinjer om IV
 - K. Martinsen svag paternalisme
 - Refleksionscirklen



- **Vejleder:**
 - En vejleder reflekterer:
 - Kunne valg af teoretiker komme fra den studerende?
 - Kunne vejlederne spørge - hvem kender du og spørge nysgerrigt ind?
 - Italesættelse efter situationen gør at vi bliver mere bevidste om hvad vi gør.
 - Valget af Orems egenomsorgsteori er velvalgt. Derudover kunne uddybes med mere omkring:
 - Kommunikationsteori
 - kropssprog
 - Sygdomslære
 - Retningslinjer (D4 - Region Sjællandssystem)
 - Forflytningsteori (Forflytninghånd brugt i Region Sjælland)
 - Sengelejets komplikationer
 - Det menneskesyn som ligger bag vores valg i at reagere
 - Andre sygeplejeteoretikere som beskriver sygeplejerskens opgave, når egenomsorgen svigter (fx K. Martinsens svage paternalisme).
 - Motivation:
 - Hvordan man motiverer
 - Hvad motivation er, fx iflg. A. Antonovsky
 - Heri kunne vi have en diskussion om hvorvidt det er muligt at motivere en patient med Alzheimers, hvor en gennemgang af sygdommen vil være relevant.
- **Underviser:**
 - Drøftelse af hvad er teori - teori er ikke kun sygeplejeteori, men også ex. hvorfor får så mange patienter lungebetændelse efter en operation. Anatomi og fysiologi eller kommunikation. Studerende tænker meget sygeplejeteori.
 - Drøftelse: kan man spille "bolden op" af sin vejleder for at få flere perspektiver på situationen?
 - Bolden skal spilles tilbage før der sker en refleksion for den studerende.
 - Studerende bliver tvunget til at tænke teori når de sætter sig ned og skal skrive om/reflektere over en situation. I selve klinikken kommer teoriperspektivet ikke af sig selv, da det ikke nødvendigvis bliver italesat i interaktionen med den studerende.

Nr. 2D:

Beskrivelse af situationen:

39-årig kvinde (pt) med bipolar lidelse og angstanfald. Pt er adopteret fra Indien. Har kæreste, men bor alene. Har to børn som hun ikke ser i øjeblikket. Pt skal efter eget ønske steriliseres, hvilket fremkalder ambivalente følelser.

- Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:
- Hummelvoll: Helt – ikke stykkevis og delt
- Liv Strand: Fra kaos mod samling, mestring og helhed.

Refleksion af situationen:

Ved sidste hjemmebesøg var pten meget usikker på dagen for operationen. Pten synes der var mange ting at holde styr på. Hun fortalte at hun var meget utryg og har givet tydeligt udtryk for et begyndende indre kaos og angst, idet hendes tanker kredser meget omkring den forestående operation. For at få skabt en ro hos pt lavede jeg derfor den aftale med hende, at jeg ville komme på hjemmebesøg dagen før operationen og medbringe en plan for selve operationsdagen. Jeg laver denne aftale med tanke på Liv Strands to overordnede principper;

- det moderlige
- det faderlige

Det moderlige princip anvendes med tanke på at vise pt kontinuitet fx ved regelmæssige besøg. Kontinuitet og regelmæssighed kan betragtes som det centrale ved behandlingen. Dette skal vises tydeligt over for pt for at kunne skabe en alliance og videreudvikle et godt forhold mellem pten og sygeplejersken. Det moderlige princip handler også om at pten får lov til bare at være uden at der stilles krav, og at der ydes trofasthed og beskyttelse (Strand 2012, s. 80). Til det moderlige princip hører også at jeg kan rumme ptens følelser og at hun kan udvikle sig i trygge rammer, da jeg ved hjælp af containing værner pten mod omverdenen (Strand 2012, s. 111).

Det faderlige princip anvender jeg ved at vise pten, at jeg tror på at hun kan klare operationen og ved at give hende tro på at blive livsduelig (Strand 2012, s. 80-81).

Endvidere vil jeg i mødet med pten prøve at opbygge et sygeplejerske-patientfællesskab fx ved at bruge en af Hummelvolls hjørnestene; nemlig ligeværdighed. Jeg vil med respektfuld anerkendelse kunne stille mig åben overfor ptens oplevelser. Ved at vise pten at jeg opfatter os som ligeværdige, er det mit mål at opbygge en alliance med pten. Herigennem kan vi møde hinanden som hele mennesker.

I mødet som ligeværdige mennesker skifter jeg imellem nærhed og afstand, støtte og udfordring for på den måde at støtte pten til selv at bearbejde sin angst (Hummelvoll 2012, s. 41-44).

Begrundelse for udført sygeplejehandling:

Inden hjemmebesøget forbereder jeg planen og undersøger om der står nye notater i OPUS. Jeg forbereder mig også på spørgsmål fra pten omkring operationen, fx ved at læse om hvordan en sterilisation foregår samt ved at læse den udleverede brochure fra sygehuset.

Idet pten har brug for at en opsøgende sygeplejerske der kan ledsage hende på operationsdagen, skrives afhentningstidspunkt på planen.

For at overholde sikkerhedsproceduren ringer jeg til vores sekretær og fortæller hvornår vi (vejlederen og jeg) går ind til pten. Derefter banker jeg på pt'ens dør og hun åbner glad og imødekommende. Vi taler lidt om vejret og pt fortæller hun lige har været ude og gå i regnvejret. Inden vi sætter os i sofaen, spørger jeg pt hvor hun helst vil sidde og hvor vi andre skal sidde. På denne måde tager jeg udgangspunkt i ptens behov og viser hende empati. Jeg gør brug af L. Strands princip om 'nærhed og afstand' (Strand 2012, s. 83-84).

Den opsøgende sygeplejerske (vejleder) giver medicin og har en aftale med pten om at hun selv skal administrere sin medicin, og at pten skal fortælle når der mangler nyt medicin. Pten havde inden besøget skrevet en sms til opsøgende sygeplejerske om at vi skulle medbringe ny medicin. Så snart vi kommer, spørger hun efter medicinen. Jeg må erkende at jeg glemte at tage det med, hvilket med det samme gør pt meget nervøs. Jeg forsikrer hende straks om at jeg har pakket medicinen til hende og at opsøgende sygeplejerske kan tage det med dagen efter og udlevere det inden operationen. Dette beroliger hende og vi kontrollerer og sikrer os at der er nok medicin til næste dag. Ved at give pten den opgave selv at administrere sin medicin, giver jeg hende mulighed for at tage ansvar for sig selv og sin sygdom. Jeg bruger her Liv Strands faderlige princip og giver patienten et 'puf' ud i verden. Jeg viser pten at jeg har en tro på at hun kan udvikle sig, men ytrer samtidig også et krav om udvikling (Strand 2012, s. 80), og det kan vise mig om pt har sygdomserkendelse (Brejll 2015).

Derefter giver pten udtryk for at hun er nervøs for næste dag, hvor operationen skal foregå. Derfor tager jeg fat på at tale om den plan der er skrevet, og udleverer den til hende. Jeg giver hende tid til at se på den og går derefter i gang med at forklare punkterne. Det går pten meget på at hun ikke kan ryge før operationen. Jeg siger til pten at jeg sagtens kan forstå hende, men samtidig forklarer jeg at sådan er forskrifterne. Pten har flere gange tidligere ytret stor bekymring omkring ikke at kunne ryge. For at pten bedre kunne opnå mestring og jeg-samling omkring denne - for hende - stressende situation, valgte jeg grænsesætning (Strand 2012, s. 90) ved at forklare årsagen hertil. Vi aftaler at pten så snart hun vågner om morgenen, har mulighed for at sætte et rygeplaster på armen. Hun kan tage sine cigaretter med og kan få mulighed for at ryge postoperativt, men at rygning præoperativt giver risiko for kvalme ifølge brochuren fra sygehuset. Som sygeplejestuderende kender jeg til KRAM-faktorerne, men i denne situation vælger jeg at have fokus på de psykiske faktorer fremfor de somatiske for at undgå at fremprovokere et angstanfald (Psykiastrifonden 2015) hos pt.

Vi blev nødt til at lave om i planen mht. bad, da pten fortæller at hun ikke kan overskue at tage bad om morgenen, da hun altid gør dette om aftenen.

Derfor ændres dette i planen. Her viser pten at hun er god til at fortælle om sine behov og at hun er god til verbalisering (Strand 2012, s. 120).

Derudover fortæller pt selv at hun føler hun har styr på det, og jeg kan mærke hun har brug for ro og ikke "rode mere rundt" i situationen. Opsøgende sygeplejerske vælger at vi skal afslutte nu.

Objektivt virker pten fattet/samlet med fin mimik, smil og et normalt stemmeleje. Pten formår under samtalen at holde øjenkontakt i halvdelen af tiden. Der skrives notat i OPUS om hjemmebesøget.

Workshoppens bemærkninger:

Studerende:

Mangler somatiske oplysninger.

Sparring med vejleder ift. rygning og KRAM

I forhold til præ- og postoperativt?

Kommunikationsredskaber

Motiverende samtale >< aktiv lytning

Hvordan bliver man klædt på til den professionelle rolle, så man ikke er usikker?

Hvordan sikres det at pt. ikke får flere angstanfald?

Vejleder:

Fokus på samtale:

Have en snak med den studerende om hvordan man tilrettelægger en samtale?

Hvordan skabes tryghed i en samtale?

Hvilke oplysninger ville være gode at indsamle inden samtalen?

Spørgeteknik (åbne/lukkede spørgsmål mm.)?

Underviser:

Fokus på vejledningssituationen - har der fundet en før-vejledning sted? Den studerende bemærker

at den opsøgende bestemmer hvornår samtalen skal slutte - er dette aftalt på forhånd?

Zoffmanns relationsteori ville være relevant at få i spil.

Ved at stille spørgsmål af typen *hvad, hvordan og hvorfor* hjælpes den studerende til ikke kun at fokusere sin refleksion mod indholdet i det valgte emne, men også til at overveje præmisserne og derved antagelserne og forforståelsen, som ligger til grund for tolkningen af situationen.

Fra studerende i slutningen af uddannelsen:

Nr. 3A:

Beskrivelse af situationen:

En sygeplejestuderende skal sammen med to sygeplejersker gøre en operationsstue klar til en kvindelig patient som har meget svag hørelse og som er utryk ved situationen. Patienten er til stede ved klargøringen og den ene sygeplejerske opdager at patienten er rystende og bange. Den studerende sætter sig hen til patienten, som bliver mere rolig.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- Rørvik, K. A. & Sebens, S. Faglig identitet, kompetencer og funktionsområder
- K. Jørgensen: Aktiv lytning i "Kommunikation - for sundhedsprofessionelle" (OBS teorien om aktiv lytning er ikke udviklet af K. Jørgensen, men beskrevet i en bog han har redigeret)
- Kari Martinsen: Omsorg, sykepleie, medicin

Refleksion af situationen:

Da jeg havde mit fokus et andet sted end hos patienten, var jeg ikke opmærksom på patienten og hendes øgede behov for omsorg og nærvær. Jeg skal som sygeplejestuderende have mit fokus på patienten, hvilket jeg, set i bakspejlet, ønsker at jeg havde haft. På den anden side er der ikke noget, som jeg vil gøre om. Uanset hvem der var opmærksom på patienten, ved jeg på baggrund af ovenstående teorier at det var den rigtige handling at sætte sig på stolen ved siden af patienten og udvise omsorg og nærvær.

Hvis jeg i fremtiden kommer ud for en situation som ligner denne, vil jeg være opmærksom fra start, for det er så vigtigt at få patienten til at føle sig tryk, set og hørt, især når vi har patienter som i forvejen er bange og utrykke ved situationen.

Jeg har lært hvor vigtigt det er at observere patienten og hvordan de udtrykker sig. Det er vigtigt hele tiden at have patienten i fokus, alt andet skal komme i anden række. Nogen gange skal der ikke så meget andet til end bare at sætte sig ned og være der for patienten. Vise at man bekymrer sig om dem, at de ikke bare er "en i rækken". Udvide respekt, omsorg, accept og ikke mindst nærvær på den måde som patienten har behov for. Jeg ved at det havde givet hende mere tryk hvis hendes mand havde været der, men det kunne han ikke være, og derfor måtte jeg træde til og udvise den omsorg som patienten har ret til og behov for.

Hele situationen fik en uventet og ikke mindst, for mit vedkommende, en rørende drejning, da jeg senere på dagen møder patienten igen.

Senere denne dag skulle jeg til undervisning og jeg går ud for at tage elevatoren. I det samme som jeg går ind, kommer en portør med en patient i seng ind i elevatoren. Elevatoren kører først op til et sengeafsnittet og da portøren begynder at køre sengen ud, ser jeg hvem der ligger i sen-

gen. Det er patienten fra operationen tidligere i dag. Hun smiler til mig og vinker derefter. Jeg smiler tilbage til hende og vinker en gang. Igen smiler hun og vinker en sidste gang, før portøren kører afsted med hende.

Da hun vinkede til mig, gav det et sæt inde i mig og min første tanke var *"hold da op, hun kunne huske mig"*.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - Inden personalet går ind på stuen, kunne vejleder have spurgt den studerende:
 - Hvad skal vi være særlig opmærksom på mht nedsat hørelse
 - Hvordan kan patienten medinddrages?
 - Hvordan kan fx mundaflæsning og nonverbal kommunikation sikre at patienten har forstået hvad der skal ske, og derved skabe tryghed for patienten?
- **Vejleder:**
 - Hvordan kan patienten bringes i centrum?
 - Hvordan kunne der drages omsorg for patienten i situationen?
- **Underviser:**
 - Fokus kunne være på relationen mellem den studerende og patienten.
 - En beskrivelse af:
 - Hvad den studerende observerede, der skabte opmærksom på patientens behov?
 - En skelnen mellem den omsorg og det nærvær man kan give som studerende og det patientens ægtefælle i givet fald kunne have givet?
 - Fokus kunne også have været på den information, som patienten havde fået forud for operationen - var den tilstrækkelig jf. "Klar kommunikation".

Nr. 3B:

Beskrivelse af situationen:

En sygeplejestuderende skal til eksamen i primær sektor hos Ole, som er terminal. Ole er gift med Pia. Han er bekymret for om hun kan klare sig selv, når han ikke er her mere. Den studerende udøvede stomipleje og skulle vaske Ole forneden, men afbrød fordi Ole havde behov for at tale om sin situation.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- L. Mørk og B. Boman: Eksistentielle, åndelige og religiøse aspekter
- S. Rydahl Hansen: Lidelsens udtryksformer og vilkår – som beskrevet af uhelbredelige kræftsyge patienter
- K. Eriksson: Det lidende menneske
- M. Guldin: Sorg i palliation

Teoretiske refleksioner over den udførte sygepleje

At lindre Oles hidtil udtalte lidelse – hvordan vil det gå med Pia? – ser jeg som en eksistentiel lidelse. Ole har ikke længere kontrollen over sit liv eller sin relation med Pia. Han har tabt sin position i forholdet til Pia, hvor det igennem det meste af deres samliv har været hende der var syg og ham der ydede hende omsorg. Nu er rollerne byttet om, samtidig med at han har tabt sin identitet som den produktive mand og samfundsborger. Han sørger over sine tabte færdigheder og oplever at stå alene med sine tab. Hans egenart er ophævet. Min opgave er ikke at være problemløser, men ledsager for Ole – at give ham mulighed for at reflektere og tage et medansvar for at tale med Pia (Mørk og Boman 2015 s. 131 – 144) *Lidelsens udtryk*).

Ved ikke at give patienterne muligheden for at meddele deres håbløshed, påfører de sundhedsprofessionelle dem plejelidelse. En lidelse der kan undgås, ved at de sundhedsprofessionelle tør stille sig til rådighed, sanser og ledsager patienten ind i følelsen af deres angst og bekymringer. (K. Eriksson 2005 s. 90 – 93)

Jeg hørte kaldet fra Ole, der viste mig tillid og talte om sine bekymringer. Jeg modtog den etiske fordring, sansede og handlede ud fra den gyldne regel – som jeg selv gerne ville have været mødt med i en sådan situation. (K. Martinsen 2012 s. 52 – 59) Men Ole sagde at "man kan også snakke for meget".

Foregribende sorg – Pias lidelse

Den foregribende sorg er den sorgproces der starter, når patient og pårørende får beskeden om forventet død. Det er altså tiden hvor der sker forskellige tab af eksistentiel karakter. Der er forsket i om det at være forberedt på dødsfaldet kan lindre den pårørendes lidelse efter dødsfaldet. Dette ser ikke umiddelbart ud til at være tilfældet. Ofte er de pårørende, efter et langt sygdomsforløb, så mentalt udmattede, at de oftere får en kompliceret sorg med risiko for belastningsreaktioner og depressioner. Ofte er sorgen op til dødsfaldet fyldt med fortrængninger og tanker om selve dødsfaldet og samtidig fyldt med håb – om overlevelse. Der er lavet forskellige studier af om det hjælper at dele tanker og følelser med andre. Sorgen og bearbejdelsen af den er en dynamisk proces, ifølge psykologerne Stroebe og Schut, der har udarbejdet tosporsmodellen. En model hvor den sørgende i sit hverdagsliv veksler mellem tab og restitution, og ved hjælp af denne dynamiske proces får integreret tabet i deres selvopfattelse. Der er ingen entydighed i resultaterne, hvilket vil sige at for nogen er det godt og for andre skidt at tale om deres sorg (Guldin 2011 289 – 296).

Mit kendskab til Pia, gennem 3 uger, fortæller mig at hun har behov for at tale om sin sorg og håbløshed – igen og igen. Hun bliver lindret ved at få lov til at reagere og reflektere i dialog.

Da den praktiske eksamen var slut, satte jeg Hospice-præsten ind i situationen. Ikke i detaljer, men bad hende opsøge Ole og Pia for at fornemme om de ville tale. Præsten gik derind med det samme – og fortalte efterfølgende at hun forsøgte at få en dialog med både Pia og Ole. Ole faldt i søvn og det var derfor kun Pia der talte.

Efter den teoretiske del af eksamen, 1½ time senere, gik jeg ind til Ole og

Pia for at sige at det gik godt og tak for hjælpen. Pia fortalte glad at præsten havde været der.

Ole sagde ikke noget, men så mig i øjnene da vi gav hånd til afsked.

En stjernestund for en studerende.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - En stjernestund for en studerende og pårørende. En studerende som er åben og modtagende i relationen og dermed tyder patientens og pårørendes budskab om den oplevede ydelse.
- **Vejleder:**
 - Rigtig godt tænkt med præsten (samarbejdspartner)
 - Har vi andre samarbejdspartnere, vi kan benytte?
 - Var der noget du kunne gøre?
 - Hvilken teori kan du benytte?
- **Underviser:**
 - Pia vil gerne tale, men Ole udtrykker "man kan også snakke for meget". Hvilke overvejelser gør den studerende i forhold til hvis behov der skal understøttes? Hvorfor vælger Ole at sove når præsten kommer? Er han udmattet eller er det et bevidst valg?

Nr. 3C:

Beskrivelse af situationen:

En nyre- og lungesyg patient har været igennem et intensivt forløb med respiratorbehandling og er nu på et sengeafsnit. Patienten får en rallende respiration i forbindelse med at hun tager piller, og bliver efterfølgende akut medtaget og meget angst. Hendes søn er til stede og bliver meget nervøs.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- Wium-Andersen og S. Ozel: Dysfagi i Sygdomslære
- V. Engel-Sørensen og K. Malmberg: Patienten med sepsis
- B. Iversen: Patientens respiration
- K. Maglekær: Stress

Refleksion over sygeplejefaglige handlinger:

Jeg fik observeret hvor hurtigt og drastisk en situation kan ændre sig. Fra at stå stille og roligt med pt. i kørestolen og hjælpe hende med at indtage sin morgenmedicin, til at stå med en pludselig respiratorisk dårlig patient der ikke kan hoste ekspektoratet op, og hvor den rallende respiration gradvist bliver værre og værre. Som modul 11-studerende der har været igennem et teoretisk modul 10 med akut og kritisk sygepleje som overskrift, blev jeg for alvor opmærksom på udviklingen i patientens tilstand. Jeg var mere opmærksom på lægens arbejde da han sugede patienten for

at afhjælpe hendes respiration, og dette gjorde at jeg observerede bedre hvordan pts. respiration blev bedret herefter. Ved at gå hjem og læse på de problematikker der opstod, er jeg blevet opmærksom på hvor meget disse problematikker fylder og hvor meget de spiller ind på hinanden hos en multisyg patient. Jeg lærte derudover mere om hvad der gjorde at pt. blev så respiratorisk dårlig, og fandt frem til nogle grunde herfor.

At observere forholdet mellem patient og pårørende og hvor meget disse to kan betyde for hinanden, har også sat sine spor i mig efterfølgende. At se hvordan sønnen observerede sin mor blive dårligere og ikke var i tvivl om at det var helt galt med hende. At få ham inddraget og dermed være med til at gøre at han også kunne føle sig nyttig, fik mig til at indse hvor vigtigt det er for de pårørende at kunne få lov til at være der for deres kære og kunne hjælpe. Jeg lærte ydermere hvor meget man kan bruge de pårørende, deres viden og erfaringer, da sønnen vidste at situationen med hans mor var helt galt og værre end det plejer, og han også kunne fortælle at de på Intensiv-afsnittet havde suget hende for at få ekspektoratet op. Disse informationer kunne gives videre og være nyttige for den videre behandling.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - Vigtigt at den studerende har viden om respiratorbehandling. Vejleder kunne have spurgt den studerende om hvad hun skulle have haft fokus på hos patienten, inden hun gik ind på stuen.
- **Vejleder:**
 - ABCDE optimering, hvad tænker du om det?
 - Hvordan ser du på relationen mellem mor og søn?
 - Hvilken teori kan du anvende?
 - Hvad med relationen mellem dig og sønnen?
- **Underviser:**
 - Den teoretiske viden kunne tage udgangspunkt i anatomi/fysiologi med omdrejningspunkt i respirationen, ABCDE principperne og akut sygepleje, som den studerende selv nævner.
 - V. Henderson og de grundlæggende behov kunne hjælpe den studerende med at skabe overblik i situationen.
 - Med blik på ledelse og organisation i sygeplejen kunne fokus rettes mod den studerendes ansvar i en sådan en situation - hvad skal ledes og af hvem? Hvordan fordeles opgaverne i akutte situationer og er organisationen hensigtsmæssigt bygget op til at tackle sådanne situationer?

Nr. 3D:

Beskrivelse af situationen:

Finn er kræftsyg og venter på at få det bedre, så han er klar til kemobehandling. Den studerende observerer patienten få smerter og oplever at patienten har flere smerter end han giver udtryk for gennem VAS-skala.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- K. Martinsen: Sanselig sygepleje og Omsorg i sygeplejen
- K. Eriksson: Det lidende menneske
- R. Mahler: Respirationen i Sygeplejebogen 2
- V. Lohne: Håb og håbløshed i sygeplejebogen 2
- M. Scheel: Interaktionel sygeplejepraksis
- Etik.dk: Stop behandlingen af håbløst syge kræftpatienter
- Sundhedsloven
- A. Skytt: Sygepleje til patienter med smerter

Refleksion af situationen:

Da jeg kom ind til Finn, spurgte jeg ham hvordan han havde det, og han sagde at han havde det godt. Det stemmer ikke overens med mit klinisk blik, idet jeg kan se at han var forpint og lavede grimasser og lyde som tegn på, at han havde mange smerter (1). Det undrede mig hvorfor Finn ikke vil indrømme, at han havde smerter. Han fortalte at hans oplevelse af smerter kun lå på 5 på VAS. Selvom smerterne er en subjektive oplevelse og alle mennesker oplever smerter forskelligt (1), så passede hans smertebeskrivelse ikke med hans kropssprog. Jeg skønnede at han lå på omkring 8 på VAS, da han virkede meget forpint. Ifølge K. Martinsen skal en sygeplejerske anvende det faglig skøn i vurdering af situationer inden hun handler (3).

Jeg spurgte om han vil have smertestillende og det vil han vente med. Jeg fortæller at kl. er 8:00 og sidst han fik smertestillende var kl. 6 og han godt måtte få mere morfin, idet han havde det ordineret som p.n..

Jeg fortalte Finn at det er bedst at holde smerterne nede og ikke vente til man ikke kan holde dem ud. Der var ingen grund til at lide. Da Finn har selvbestemmelsesret, var det op til ham om han skulle have medicin eller ej. Selvbestemmelsesret betyder at patienten kan sige nej til behandling. Jeg oplyser patienten om konsekvenserne, fordi jeg ifølge sundhedsloven har pligt til give patienten information. Sundhedsloven siger:

"Skønnes patienten i øvrigt at være uvidende om forhold, der har betydning for patientens stillingtagen, jf. § 6, skal sundhedspersonen særligt oplyse herom, medmindre patienten har frabedt sig information", jf. stk. 2.(4)

Hvis jeg kun tager udgangspunkt i patientens selvbestemmelsesret og ikke informerer ham om konsekvenserne, så udøver jeg paternalistisk omsorg ifølge K. Martinsen (5). Desuden påfører jeg patienten sygdoms- og plejelidelse (6), hvis jeg kun fokuserer på hans bestemmelsesret og ikke handler ud fra den viden som jeg har.

Finns basale værdier forstærkede min mistanke om at han havde mange smerter. Puls lå på 100, og blodtryk på 140/90 hvilket bekræfter min mistanke, idet hypertension og takykardi af nogle af de fysiologisk forandringer ved smerter (1). Finn havde en saturation på 88, som normalt skal ligge på 95-100. Jeg fortalte ham at det var en god idé med ilt, men det afviste han også med den forklaring at han trak vejret fint. Men sundhedsloven § 4 siger:

"En patient, der er fyldt 15 år, har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger.(4)

Derfor fortalte jeg ham om konsekvenserne af at ligge med så lavt SAT, idet patienten har ret til informationen, men han vil stadigvæk ikke have det. Jeg foreslog, at vi løfter hovedgærdet lidt op, da dette kan bedre vejtrækning og dermed saturation. (7) Det ville han gerne.

Jeg undrede mig over hvorfor Finn afviste alle de tiltag jeg foreslog. Havde han opgivet? havde han en høj smertetolerance, manglede han sygdomserkendelse eller var han bare stædig?

Mens vi doserer medicinen, diskuterer jeg det med min vejleder, og hun synes også at det virkede lidt underligt. Jeg gik tilbage og læste i hans journal for at se om der var noget der kunne gøre mig klog på, hvorfor han afviste behandling og nedtonede sine smerter. Jeg fandt ud af at hvis Finn var dårlig, så kan det sygehus som skulle vurdere ham til kemobehandling, afvise ham. I journalen står der "vi skal gøre ham så god", før han kan komme til kemovurdering.

Til sidst gav alt mening. Jeg havde at gøre med en patienten som tilsyneladende var så desperat efter at komme til vurdering af kemobehandling, at han gjort alt for at overbevise plejepersonale om at han havde det bedre, end han faktisk havde. Gjorde han det, fordi det er det han ønsker, er det for de pårørendes skyld eller er det autoritetens skyld, fordi lægen siger det?

Problemet var at hver dag til stuegang, havde Finn fortalt lægerne, at han havde det godt, mens plejepersonale oplevede noget andet. Lægerne gav ham håb og fortalte ham at når han fik det bedre, så kan han komme til kemovurdering. Som sundhedspersonale må vi ikke tage håbet fra patienten, men vi skal passe på ikke at give patienten falsk håb. Håbet er nemlig på samme tid lokkende og truende, fordi der bag ethvert håb lurer en mulig skuffelse (9).

I de tre dage jeg passede Finn, observerede jeg det samme mønster og jeg fik dokumenteret dette. Jeg vil gerne høre Finns mening om at han skulle til vurdering for kemobehandling, men det var svært, fordi han svarede kort med "det er fint". Jeg syntes det var synd for Finn, fordi lige meget hvor meget han nedtonede sine symptomer, så afslørede blodprøver, basale værdier og vores observationer ham. Og alt pegede på at han blev dårligere og dårligere. Jeg havde svært ved at se bedring hos ham, når han hverken spiste eller drak noget og havde en CRP der blev højere og højere hver dag, selvom han var i behandling med antibiotika. Dagen før Finn skulle havde været afsted, gjorde jeg alt for at overbevise lægen om at han var dårligere end han udgav sig for. Den læge som havde stuegang hos Finn, vurderede ud fra hvad jeg havde fortalt og ud fra journalen, at Finn

ikke kunne komme af sted. Det andet sygehus havde også ringet og sagt at han ikke var kandidat til kemo. Han skulle blive bedre end han var. Jeg hørte lægen sige til det "andet hospital" på telefon at "vi gør ikke mere herfra, jeg synes det er unødvendigt. Det bliver lindrende pleje herfra". Hurra! Jeg havde fundet en læge som tør tale om døden og som tør at få patienten til se tingene i øjnene og stoppe den udsigtsløse behandling.

I artiklen "Hvornår stopper man behandling af alvorligt syge" citeres Overlæge Tove Vejlgård, der er leder af Palliativ Team i Vejle og formand for Dansk Selskab for Palliativ Medicin:

"Der ligger en opgave for sundhedsvæsenet i at klæde patienterne på til at kunne tage stilling til, hvorvidt fortsat behandling er det bedste for dem. Ifølge hende kræver det en kulturændring. Patienterne skal informeres, og det er en opgave, der ligger foran sundhedsvæsenet. Patienterne skal forstå, at de kan leve bedre og længere uden den sidste omgang kemo, fordi de så undgår behandlingens bivirkninger" (8).

Det er lige nøjagtig hvad lægen gjorde. Finn virkede skuffet, men samtidig lettet. Lægen fortalte Finn at han var for svag og at hans krop vil ikke kunne klare en kemobehandling. Han fortalte at han synes det vil være bedst for Finn at komme på hospice, hvor der er ro og man har fokus på lindring.

Han gav samtykke til dette. Næste dag oplevede jeg at Finn var anderledes. Han var rolig og havde ikke så mange smerter.

- **Studerende:**

- Modigt af den studerende at bringe dette etiske dilemma i spil.

- **Vejleder:**

- Ser du Finn som værende i krise? – hvordan kommer det til udtryk?
- Hvad er din opgave som sundhedsfaglig person ift. krise/mestring?
- Du oplyser at han hverken spiser eller drikker – hvad kan du gøre som sygeplejerske? Hvad kan der tilbydes til småtspisende?
- Hvad er vigtigt ernæringsmæssigt til cancerpatienter som, på det tidspunkt du beskriver, skal bedres?
- Inddragelse af pårørende – er de en støtte?
 - Ville det være en ide at have dem med ift. Finns situation?
 - Han går fra håbet om mulig kemoterapi til palliativ pleje, er det en ide at tage familien med, når sådan en beslutning træffes?
 - På trods af at han oplever lettelse, kan han så stadig være i en krise og kunne familien hjælpe?

- **Underviser:**

- En meget rørende fortælling som viser kontrasten mellem de objektive målinger og det faglige skøn. En meget kompleks problemstilling som viser mange forskellige sider af sygeplejen – set såvel i et samfundsmæssigt, som et sygeplejefagligt perspektiv. Mange interessante vinkler – etik – kommunikation.
- Og de mere anatomiske/fysiologiske vinkler – hvad er det kemoterapi gør ved kroppen? Hvor går grænserne for at være i stand til at modtage kemoterapi eller at være for dårlig til dette? Hvilke bivirkninger kan patienten forvente – og hvordan med livskvaliteten?

Nr. 3E:

Beskrivelse af situationen:

En patient er opereret og forventer at være indlagt i den periode, som de har fået at vide er det almindelige. Nu har lægen vurderet at patienten er klar til at komme tidligere hjem.

Teoretisk vinkel – valgt af den studerende:

- BrancheArbejds miljøRådet: Forebyg konflikter og vold
- Klinisk retningslinje: Pjecer og patientinformation – Hoftebrud opereret med osteosyntese
- M. Møller: Ergoterapi til patienter med hoftenære fraktur – nytter det?
- A. Norlys: At balancere på en knivsæg: Kolonopererede patienters oplevelse af et accelereret forløb
- C. Sommer: Kom den aggressive patient i møde
- Sundhed.dk: Femur, lårhalsbrud 2012

Refleksion af situationen:

Klokken nærmer sig 15.00 og jeg vil afslutningsvis tage afsked med min patient inden jeg skal hjem, da jeg ikke er at finde i afdelingen næstkommende dag. På stuen har Søren fået besøg af hustru og børn. De er tydeligt meget frustrerede over beslutningen om at Søren bliver udskrevet næstkommende dag, og jeg møder mange spørgsmål som omhandler forsvarligheden.

Jeg selv havde allermest lyst til at krybe ned i det nærmeste musehul – og følte mig slet ikke klædt på til at møde denne slags frustrationer her "fem minutter i på vej ud af døren", for hvordan skulle jeg lige tackle alle de kritiske spørgsmål på en gang? Forud for mit svar på deres spørgsmål gjorde jeg mig de overvejelser, at det var vigtigt at møde patient og pårørende i deres oplevelse af situationen og anerkende deres utryghed overfor en nær udskrivelse. Jeg argumenterede på faglig vis omkring lægens beslutning om udskrivelse på baggrund af mine, lægens og fysioterapeutens observationer og afslutningsvis lagde jeg vægt på at fortælle beroligende, at jeg kunne garantere at Søren ikke ville blive sendt hjem uden at det var fagligt forsvarligt at gøre. De pårørende havde nu fået svar på de fleste af deres bekymringer og spørgsmål, og situationen blev nu en helt anden efterfølgende, omend de pårørende stadig var af den overbevisning at det var tidligt at udskrive Søren.

Hele situationen giver anledning til flere aspekter forud for mine refleksioner. I det næste afsnit vil jeg lægge fokus på selve konflikthåndteringen men også patientperspektivet i forbindelse med det accelererede patientforløb, og hvordan man som sygeplejerske måske kan klæde patienterne bedre på i forbindelse med udskrivelse til eget hjem.

Workshoppens bemærkninger:

- **Studerende:**
 - Spørge ind til hvad det var, familien ikke syntes der var forsvarligt?
 - Skulle have bedt en erfaren sygeplejerske om hjælp eller have overgivet familien og deres frustrationer til den næste, der mødte ind i vagt?

- Hvordan "mødte" du patient og pårørende? Tænker du nogen bestemt sygeplejeteoretiker ind over? Hvordan tænker du at det er etisk korrekt at takle en sådan situation?
- Hvilken kommunikationsteori kunne du anvende i denne situation? Er det inden for din kompetence at garantere faglig forsvarlighed som studerende? Du kunne have hentet din vejleder og taget drøftelsen sammen med hende/ham og familien.
- Jeg tænker at vejlederen kunne spørge ind til om den studerende kunne have gjort mere for at spørge ind til familien og deres bekymringer omkring udskrivelsen, var det noget der kunne afhjælpes inden patienten blev udskrevet?
- **Vejleder:**
 - Udover at de er bekymrede for om det er fagligt ansvarligt, kunne der så ligge noget andet bag?
 - Hvad siger Søren selv? Er det ham eller konen/børnene der er frustrerede? - og hvorfor?
 - Fordele og ulemper ved accelererede forløb?
 - Inddragelse af pårørende ifm. accelererede forløb - er det nødvendigt? Og hvis det er, hvorfor?
 - Kunne denne frustration være undgået? Og hvordan?
- **Underviser:**
 - Fokus kunne lægges på relationen med patienten og løftes op til patientens/sundhedsvæsenets forventninger til hinanden. Herudover fokus på accelererede patientforløb og kvalitet samt rekruttering til disse forløb og information til patienter og pårørende.

Underviser: *"Det er vigtigt at turde være ærlig og selvkritisk, når man reflekterer - hvad var godt, hvad var skidt. Hvad var der sket, hvis jeg havde valgt at handle anderledes?"*



TEORIAFSNIT

Refleksionsbegrebet

Refleksion kommer i en teoretisk forståelse til udtryk på to måder; som tænkning og som selvforståelse. Hensigten med refleksion er at komme ud over rutiner og teknologisk logik og dermed føre til forandringer. Refleksion vedrører både faglig tænkning og er knyttet til konkrete aktiviteter og den enkeltes selvforståelse.

Set i en uddannelsessammenhæng betyder det, at de studerende skal lære at reflektere over hvad der skete, hvorfor det skete og hvad det betyder, men også hvad vedkommende har lært og hvordan det lærte kan anvendes. Set i forhold til klinisk praksis kan refleksion udfordre vanetænkning og eksisterende rutiner (Sletting og Voigt 2011). Endvidere kan refleksion medvirke til at belægget for og konsekvensen af de lærte handlinger overvejes og kan derved styrke den læring som finder sted, når studerende skal lære praktiske færdigheder (Støier 2013).

I refleksion 1B oplever den studerende at handlingen er grænseoverskridende, men nødvendig for patientens skyld, og derved udfordres vanetænkning og teorien anvendes som argumentation for valg af handling.

I refleksion 3A kommer situationen ud over rutiner. Pludselig handler det om hvor vigtigt det er at patienten ikke har alle sine sanser i behold, men også hvordan den nye læring kan give grobund for overvejelser i andre situationer.

Refleksion anvendes overordnet som eftertanke og som et redskab til at lære at lære, til at forbinde teori og praksis samt til at kvalificere handling og læring. Refleksion bliver hermed et nøglebegreb som forbindelsesled mellem erfaring, handling og læring. Ved hjælp af refleksion og dermed begrundelser kan den studerende knytte teoretisk kundskab til handlingen. Den studerende bliver bevidst om eget kundskabsgrundlag, og hermed øges mulighederne for at kunne ændre og udvikle den nødvendige teoretiske forståelse samt at blive inspireret til at sætte sig ind i mere teori (Bjerknes og Bjørk 1994).

Ifølge Scheel inddrager flere refleksionsteoretikere "selvet" som

et vigtigt element i definitionen af refleksion. "Selvet" angives som kernen i at læring sker hos den enkelte og at dette er resultatet af forandringerne. Selverkendelse bliver hermed et vigtigt element i refleksionsprocessen (Scheel 2017).

Ifølge den amerikanske filosof John Dewey reflekterer vi, når vores handlinger ikke mere fungerer, eller når der sker en blokering af vores handlinger. Udgangspunktet for refleksion er forstyrrelsen, usikkerheden og uba-

lancen. Derfor reflekterer vi ikke, når vi kan handle rutinemæssigt og når vores rutinehandlinger fører til det, vi forventer og ønsker at opnå. Dewey beskriver reflekteret tænkning som en aktiv, vedvarende og omhyggelig granskning af vores viden og opfattelser samt deres konsekvenser (Høyrup og Pedersen 2012).

I refleksion 3C bliver den studerende ved med at nedskrive sine oplevelser, bevidst om såvel sine handlinger i situationen, men også betydningen af at inddrage den pårørende i plejen.

Reflekterende tænkning indebærer en bevidst og intentionel bestræbelse på at skabe viden og opfattelser. Kernen i refleksion er at adskille tanker og handling, at stoppe op for at tænke og at skabe en distance til egne oplevelser, oplevede problemer og egne handlinger. Det at lægge distance til det oplevede anses for at være essentielt for at der kan forekomme læring.

Den australske forsker David Boud peger på tre væsentlige processer inden for refleksion: *At vende tilbage til erfaringen; Opmærksomhed på følelser og Revurdering af erfaring med henblik på integration af nye og tidligere erfaringer* (ibid).

I den første proces **At vende tilbage til erfaringen** træder individet et skridt tilbage fra den oprindelige erfaring. Da der ikke længere er et krav om handling, kan individet undersøge aspekter i erfaringen og vurdere den fra forskellige perspektiver. Fejltagelser og misforståelser kan blive opdaget og korrigeret.

I den anden proces **Opmærksomhed på følelser** er fokus på de følelser der er tilknyttet situationen. Negative følelser såsom angst kan gøre det vanskeligt at undersøge egne erfaringer og at skifte perspektiv. Lige så vigtigt er det at være bevidst om at positive følelser kan øge motivationen for yderligere udforskning af de nye erfaringer.

Ved anvendelse af praksisbeskrivelser, hvor den studerende stopper op og vender tilbage til erfaringen med en situation (væk fra rutinen), kommer opmærksomheden "automatisk" på ens tanker og følelser i situationen. Spørgsmålene fra refleksionscirklen kan også med fordel bruges til inspiration.

Den tredje proces **Revurdering af erfaring med henblik på integration af nye og tidligere erfaringer** er ifølge Boud den vigtigste. Her undersøges erfaringen igen i lyset af den enkeltes mål og intentioner. Den nye viden sammenholdes og integreres med det eksisterende begrebsapparat og den eksisterende viden. Værdien og autenticiteten af det nye kan vurderes, og individet kan bevidst overveje hvordan der kan handles på grundlag af den nye viden (ibid).

Ifølge den amerikanske sociolog Jack Mezirow er al tænkning ikke refleksion, og al handling kræver ikke refleksion. Han definerer refleksion som *"en proces med kritisk vurdering af indhold, proces og præmis for vores bestræbelser på at fortolke og give mening til en oplevelse"* (Ibid). Refleksion bliver dermed en bevidst og målrettet undersøgelse og evaluering af antagelser. Undersøgelsen af antagelser ved hjælp af refleksion kan være rettet mod problemets indhold, proces og præmis. Set i forhold til indhold, vil refleksionen fokusere på hvad vi opfatter, tænker, føler eller handler på grundlag af i den konkrete situation. Refleksion over proces er en vurdering af hvordan vi mestrer aspekter i problemløsningen i forhold til valget af metoder, hvilke oplevelser og følelser der er knyttet til processen, samt i hvilket omfang problemløsningen lykkes. Refleksion over såvel indhold som proces kan aktiveres i umiddelbart tilknytning til handlingen og fungerer retningsangivende – refleksioner på disse niveauer kan have karakter af aktiv refleksion i forbindelse med handlingen, men kan også finde sted forskudt for denne (ibid).

I refleksion 1B kan den studerende have glæde af refleksionen, som kan fungere retningsgivende for hende. Det kan hjælpe hende når hun næste gang står i en lignende valgsituation, hvor hun kan finde argumenter både for og imod en situation.

Refleksion i forhold til præmis er en proaktiv refleksionsform, som kun kan finde sted uden for handlingen. Her sættes spørgsmålstegn ved problemet i sig selv og ved de præmisser, antagelser og den forståelse som ligger til grund for tolkningen af situationen og problemet. Præmisrefleksion kan medvirke til at tidligere oplevelser forstås på nye måder (Mezirow 1990). Denne nye forståelse kan medføre en ændret opfattelse af tidligere opfattelser i form af forståelse og lettelse, men det kan også være en modstandsfyldt og langstrakt proces, hvor der skal gøres op med grundlæggende antagelser i den enkeltes tidligere forståelse. Ifølge Mezirow kan denne refleksion kun finde sted ved dialog – den enkelte kan ikke uden hjælp

fra andre reflektere sig frem til nye antagelser. Dialogen skaber mulighed for at det enkelte individ ikke bliver fanget i sin egen forforståelse. Det er et middel til at få andre synsvinkler på egne antagelser (Høyrup og Pedersen 2012). For at skabe denne dialog kræver det at begge parter kan lytte, spørge, være åben for andres oplevelser, forståelser og antagelser, være empatiske samt være i stand til at skifte fokus fra hverdagsperspektivet og begivenheden til indholdet og antagelserne.

Refleksion over antagelser og præmisser omtales også kritisk refleksion (Thrysøe L., Jensen MF., Glasdam S. 2013). Gennem kritisk refleksion udfordres den etablerede definition og (for)forståelse af en situation og åbner muligheder for at udvikle professionel kompetence og se nye handlemuligheder (ibid.).

Patricia Cranton har operationaliseret Mezirows teori om de tre refleksionsniveauer ved at opstille en række spørgsmål som kan danne udgangspunkt for refleksionen. Hun anvender Mezirows opdeling i tre

meningsperspektiver; det sociologiske, det psykologiske og det erkendelsesmæssige, og opererer samtidig med tre læringsdomæner; det instrumentelle, det kommunikative og det frigørende. Ved hjælp af forslag til refleksionsspørgsmål er det Crantons hensigt at illustrere at forskellige tilgange stiller forskellige krav til deltagerne, deres engagement og mod til at reflektere (ibid).

Modellen afspejler Mezirows spørgsmålsstruktur, hvad-hvordan-hvorfor. Spørgsmålene kan anvendes som udgangspunkt for refleksionen, men illustrerer også bredden af mulige indfaldsvinkler til refleksion på de tre niveauer.

Refleksion og meningsperspektiver

Refleksions-form	Perspektiv		
	Psykologisk	Sociolingvistisk	Epistemisk
Indhold	Hvad er min egen rolle? Hvad tror jeg selv?	Hvad er de sociale normer?	Hvilken viden har jeg?
Proces	Hvordan har jeg fået den opfattelse af mig selv?	Hvordan har de sociale normer øvet indflydelse?	Hvordan har jeg opnået viden?
Præmis	Hvordan skulle/ skal jeg stille spørgsmålstejn ved denne oplevelse?	Hvorfor er disse normer så vigtige?	Hvorfor har jeg (ikke) brug for denne viden?

Refleksion og læringsdomæner

Refleksions-form	Læringsområder		
	Instrumentel	Kommunikativ	Frigørende
Indhold	Hvad er årsags-sammenhængen mellem begivenhederne?	Hvad siger andre om emnet eller problemet?	Hvad er mine egne antagelser om problemet?
Proces	Hvordan godtgjorde jeg empirisk årsags-sammenhængen?	Hvordan opnåede jeg/ vi enighed om emnet?	Hvordan ved jeg at mine antagelser er gyldige/valide?
Præmis	Hvorfor er denne viden vigtig for mig?	Hvorfor skal jeg tro på konklusionen?	Hvorfor skal jeg revidere eller ikke revidere mit perspektiv?

(Høyrup og Pedersen 2012)



Den studerende i refleksion 1A reflekterer over det erkendelsesmæssige indhold i situationen og stiller sig selv spørgsmål i forhold til, hvilken viden hun har til at hjælpe patienten. Hendes refleksion bliver dermed også fremadrettet, da hun bliver bevidst om hvilken viden hun har behov for for at kunne hjælpe patienten.

For at vejledning kan ændres til refleksion over handlinger og dermed en bevidstgørelse af den studerendes kundskaber i forhold til at udvikle god omsorgspraksis, er det ifølge Bjerknes og Bjørk (1994) nødvendigt at skabe et frirum for refleksion. I praksissituationer kan vejledningen forsvinde i samarbejde og planlægning. Ved tidspres bliver vejledningen præget af rutiner og logik, hvorved vejledningen bliver en del af

arbejdet og dermed bliver fokus det konkrete og det umiddelbare. Men hvis de faglige begrundelser skal opbygges, er det nødvendigt at favne dybere for at synliggøre den teoretiske forståelse for at integrere teori og praksis.

Refleksion 2A - den studerende får i den praktiske situation med sårskiftet anvendt sin teoretiske viden, der kobles med observationerne: "Jeg ville sige, at såret befinder sig i inflammationsfasen, da der i sår bunden ses en meget tynd fibrinbelægning og det er let væskende, hvilket er tegn på at såret er i inflammationsfasen".

Hensigten med refleksion er at udvikle de studerende til reflekterende praktiskere, som stiller spørgsmål til egen og andres praksis (Bjerknes og Bjørk 1994). Refleksionscirklen (bilag 1) som anvendes aktivt på sygeplejeuddannelsen på Absalon, er udviklet på baggrund af Bjerknes og Bjørks beskrivelser af refleksionsbegrebet. Refleksionscirklen er et anvendeligt redskab til at hjælpe den studerende gennem de forskellige faser og kan medvirke til at skabe struktur for den studerende. Erfaring viser at når studerende føler sig trygge i arbejdet med praksisbeskrivelser, kan de løsryde sig fra refleksionscirkelns lidt stramme struktur og udfordre sig selv i forhold til at fokusere på refleksionen. I den forbindelse kan ovenstående model af Cranton med

fordel anvendes. Modellen kan også anvendes af vejledere til at kvalificere refleksionen i form af en opmærksomhed på spørgsmål med fokus på hvad, hvorfor og hvordan.

Den studerende i refleksion 3E
aner ikke hvad hun skal gøre og
ønsker at krybe i et musehul.
Vejlederen kan via modellen
konstruere spørgsmål som kan
hjælpe den studerende til at
finde tryghed og faglighed til at
håndtere lignende situationer i
fremtiden.

Litteratur:

Andersen, Tom (2005) Reflekterende processer – samtaler og samtaler om samtalerne. Dansk Psykologisk Forlag.

Uddannelses- og forskningsministeriet, Bekendtgørelsen om uddannelse til professionsbachelor i sygepleje, BEK nr 804 af 17/06/2016

Bjerknes MS., Bjørk IT. (1994) Praktiske studier – perspektiver på refleksjon og læring. TANO.

Høyrup S., Pedersen K. (2012) Refleksion og læring i praksis. I: Brøbecher H, Mulbjerg U. (red.) Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence i professionsuddannelser. 2. Udgave. Munksgaard.

Mezirow J. (1990) Hvordan kritisk refleksion fører til transformativ læring. I: Illeris K (red.) Tekster om læring. Roskilde Universitetsforlag. 2000.

Scheel L.S (2017) Refleksion i vejledningssamtaler. Gads Forlag.

Sletting B., Voigt JR (2011) Kompetencer i kliniske metoder i sygeplejerskeuddannelsen. I: Holen M., Voigt JR., Sørensen J. (red.) Kliniske metoder i sygeplejepsis – Perspektiver og positioner. Gyldendals bogklubber.

Støier L. (2013) At have en vejleder – at være vejleder. I: Glasdam S., Hundborg S. (red.) Læring i og af klinisk praksis. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Thrysøe L., Jensen MF., Glasdam S. (2013). Udvikling af professionelle kompetencer i klinisk praksis. I: Glasdam S., Hundborg S. (red.) Læring i og af klinisk praksis. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.



BILAG

P1: Praksisbeskrivelse fra én studerende i starten af uddannelsen

Fokusområde:

Patientens egne ressourcer i forhold til personlig hygiejne.

Præsentation af patient:

En 98-årig dame tog en tur over støvsugeren derhjemme, det resulterede i en collum femoris fraktur, og behandlingen var operation med indsættelse af et langt gammasøm.

Patientens behandling på afdelingen bestod af genoptræning(mobilisering) og smertebehandling.

Patienten lå indlagt på 5.-dagen og havde før indlæggelsen været selvhjulpent. Patienten var beskrevet de forrige dage som en frisk dame der kunne gå til badeværelset med gangstativ og som kun skulle have lidt hjælp til nedre vask samt at få bukser, sokker og sko på.

Mål for patienten:

Det var i samarbejde med patienten blevet aftalt, at hun efter morgenmaden skulle prøve at komme i brusebad. Patienten var glad for dette, da hun ikke havde været i bad under indlæggelsen. Målet for patienten var at hun selv skulle vaske sig over det hele og at hun skulle øve at tage bukser på. Jeg ville observere patientens evner og hjælpe hvis hun ikke kunne.

Beskrivelse af situation:

Jeg guider patienten til at komme ud på sengekanten, idet jeg har læst mig frem til i ESD og fys-notatet at hun godt selv kan. Da patienten kommer op på sengekanten og sidde, begynder hun at ikke kunne høre hvad jeg siger til hende og hun kigger mig ikke i øjnene. Der er ingen kontakt med patienten, og jeg observerer at hun bliver klamtsvedende og hvid i ansigtet. Jeg beslutter mig derfor med hjælp fra en sosu-assistent at lægge hende i sengen igen, hæve hovedgærdet, åbne et vindue og hente en iltbombe og et BOS-apparat.

Jeg aftaler i samarbejde med sygeplejersken at give hende 2 l ilt og observere hendes saturation over lidt tid. Efter 30 min fjerner jeg den og måler saturationen igen og her er den inden for normalområder. Patienten har fået farve tilbage i hovedet og kan nu både se og høre mig. Efter et kvarter får hun problemer igen og jeg giver 2 l ilt igen. Kl. er nu 11 og jeg tilpasser målet og sygeplejen til den nuværende situation patienten befinder

sig i. Jeg tilbyder derfor at hun kan få et sengebade i stedet og sagtens selv kan hjælpe til. Patienten bliver meget lettet over at hun får lov til dette og forklarer mig at det ville hun blive rigtig glad for.

Refleksion:

Under sengebade fokuserer jeg på at understøtte og opretholde patientens egenomsorg.

(1) Jeg fokuserer derfor på ikke at gå ind og tage over der hvor patienten selv kan. Jeg undersøger hvilke præferencer og ressourcer patienten har til rådighed i forhold til egne forplejningsmidler og rutiner. Her observerede jeg at patienten havde egen tandbørste og tandpasta med, og jeg foreslog hende at vi brugte dette, og at jeg ville supplere med lidt af vores lotion til at smøre den tørre hud og lidt tørshampoo til at vaske håret med. (2) Jeg reflekterede over hvilke midler vi ville få brug for, og jeg fandt bagbath, tørshampoo, håndklæde til afdækning, lotion, rent tøj, ekstra skærm, badeforklæde og handsker frem. Jeg reflekterede over hvorvidt jeg havde givet patienten den fornødne information omkring hvad der nu skulle ske, og vurderede at det havde jeg. Under sengebade reflekterede jeg over hvordan patienten klarede det. Det viste sig at hun klarede kropsplejen selv, men skulle have en hånd til nedre vask. Jeg fik lidt hjælp til lejring af patienten på siden og gik i gang med at vaske ryggen oppefra og ned. Her observerede jeg hudens status, om der var nogle trykmærker, sår eller knopper. Der var der ikke, og jeg gik dermed videre til nedre vask og sørgede her for at udføre god hygiejne og holde rent og urent adskilt. Jeg var under sengebade opmærksom på hvordan patienten havde det, om hun var forlegen eller om hun var tryk ved situationen og min egen færden hos patienten, mest i forhold til at sikre tryk og gensidig respekt i sygeplejerske/patient-relationen. Jeg var opmærksom på at understøtte at det her havde jeg prøvet før og at jeg afdækkede patienten, så hun ikke lå unødigt blottet (3) Jeg reflekterede over sengebads-proceduren og de grundlæggende hygiejniske principper. Jeg var under sengebade også fokuseret på at observere patientens velbefindende i forhold til hendes farver i ansigtet (læberne og neglene – tegn på cyanose) og hendes hud (kold, svedig, varm), jeg stødte ikke på nogle problemer her.

Problematikker:

Patientens velbefindende i forhold til respirationen og saturationen. Patienten havde under sengebade 2 l ilt sluttet til, og der stødte jeg på lidt problemer i forhold til når der var behov for at fjerne det for at kunne færdiggøre sengebade. Her var det problematisk for patienten at skulle udføre ansigtsvask idet at det krævede lidt kræfter, og hun blev derfor dyspnø i en kort periode. Forhold blev normaliseret igen da næsekateteret blev sat i næsen.

Analyse og teori:

Hygiejne/sengebad:

I forhold til sengebad er det vigtigt at overholde de hygiejniske principper i forhold til min egen håndhygiejne og for at undgå spredning af bakterier og bryde smittekæden. Før og efter sengebad er det vigtigt at man udfører korrekt håndhygiejne, det vil sige håndvask i 15 sek. og spritning i 30 sek. efterfølgende. Det er vigtigt at man bruger værnemidler i form af forklæde og handsker for at beskytte sig selv og patienten. I forhold til sengebad er det vigtigt at man starter oppefra og ned i forhold til at opdele badet i stadier, så man kan afdække patienten når man har vasket overkroppen og herefter koncentrere sig om nedre vask. For nedre vask drejer det sig om at man starter foran, og at man først vasker uden om og herefter vasker i genitalområdet fra urethra og vagina mod anus. Da patienten er en kvinde, er det vigtigt at man får spredt skamlæberne og vasker fra urethra og væk, da man vil undgå at sprede bakterier (oftest E.coli) fra anus og til urethra, da det kan føre til en UVI.

Det er ligeledes vigtigt at man skifter kludene, når man har vasket en gang. Ved nedre vask er det vigtigt at man her også vasker området omkring anus først (nales), og herefter vasker fra anus og bagud. (4) Når man udfører nedre vask, er det vigtigt at man adskiller rent og urent, og det gøres ved at have en ren hånd man tager kludene med og en uren hånd man vasker med. På denne måde mindsker man også spredningen af bakterier. Det er vigtigt at man tørrer området hvis man har brugt vaskeklude, så der ikke kommer svamp. Patienten afdækkes og får rent tøj på.

Man skal inden sengebadet reflektere og disse punkter:

- patientens præferencer
- ressourcer til rådighed
- forskningsmæssig viden
- forholdene omkring patienten
- sygeplejerskens kliniske erfaring (2)

Kommunikation:

I forhold til kommunikation er det vigtigt at man får skabt en relation til patienten, og at man sikrer sig patientens autonomi og forståelse for det der skal ske. Det er vigtigt at sygeplejersken lytter aktivt og reflekterer over det patienten siger. Det er vigtigt at man sikrer sig at det nonverbale sprog er åbent og trygt. Man skal som sygeplejerske i denne situation udvise afslappethed og en åbenhed som sikrer patientens tryghed. Man skal være opmærksom på sit kropssprog, sin mimik og øjenkontakt med patienten, dette skaber en relation til patienten sammen med den to-vejs kommunikation som foregår, med plads til pauser, spørgsmål og tid til refleksion. Det er vigtigt at man vejleder og fortæller patienten om hvad der skal ske, og at man bagefter tager en snak med patienten om hvordan hun har oplevet det, og om der var noget der var lidt ubehageligt for hende, eller om der er noget hun ikke syntes gik godt. På denne måde får man reflekteret over episoden i samarbejde med patienten. I forbindelse med kommunikation er det vigtigt at man i denne situation lægger mærke til patientens nonverbale sprog for at forhindre/opdage ubehag hos patienten. Det

er derfor vigtigt at man som sygeplejerske kan tyde det nonverbale sprog og ved urolighed hos patienten ved hvad der kan hjælpe.

Hjælpen/trygheden afhænger af patienten, nogle patienter bliver beroliget af en rolig berøring, hvor andre skal føre en samtale som ikke omhandler situationen (5).

Sygeplejeteorier

Virginia Hendersson definerer sygepleje som:

"sygeplejerskens unikke funktion er at bistå den enkelte, syg eller rask, med at udføre de aktiviteter til fremme eller genvindelse af sundheden (eller til en fredelig død), som han ville udføre på egen hånd, hvis han havde den fornødne styrke, vilje eller viden, og at gøre dette på en måde, der hjælper ham til så hurtigt som muligt at blive selvhjulpne." (6)

Dette gøres ifølge hende ved at vurdere hvilke behov patienten har, og der har V. Henderson udviklet de 14 komponenter, som skal hjælpe sygeplejersken med at få et overblik over patienten grundlæggende behov (7). I forhold til patienten her kan man sige at hun havde på daværende tidspunkt behov for hjælp til punkt 1,6 og 8.

I forhold til patienten egne kompetencer og sygeplejerskens værktøjer snakker D. Orem egenomsorgsteorier omkring inddelingen af sygeplejerskernes hjælpemetoder i fem generelle typer.

1. at handle for eller udføre aktiviteter for en anden
2. at vejlede en anden
3. at støtte en anden (fysisk og/eller psykisk)
4. at tilrettelægge et udviklende miljø
5. at undervise en anden

Ifølge D. Orem skulle den der modtager hjælpen, få gradvist tiltagende evne til egenaktivitet.

Ifølge D. Orem skulle sygeplejesystemerne strukturere sygeplejesituationen ved at fastlægge rollerne og rollerrelationerne mellem patienten og sygeplejersken, samt hvilke teknologiske elementer der skal indgå, inklusive hvilke hjælpemetoder der skal benyttes.

Sygeplejesystemerne inddeler hun i tre patientgrupper

1. Helt kompenserede sygeplejesystemer
Patienter der er ude af stand til at udføre egenomsorgshandlinger på eget initiativ eller mangler evnen.
2. Delvist kompenserede sygeplejesystemer
Situationer hvor både patient og sygeplejerske udfører egenomsorgshandlinger.
3. Støttende/undervisende sygeplejesystemer
Patienten udfører selv egenomsorgshandlinger eller med undervisende/støttende pleje fra sygeplejersken.

I forhold til patienten benyttes det delvist kompenserede sygeplejesystem idet egenomsorgen udføres som et samarbejde mellem patienten og sygeplejersken. Og sygeplejerskens hjælpemetoder er at vejlede patienten.

Orem definerer sygeplejens problemområde som;

"omfatter det at identificere forskellige typer egenomsorgssvigt. Sygepleje drejer sig dels om at forøge patientens forudsætninger for egenomsorg og dels om at overtage de nødvendige egenomsorgsaktiviteter, når patienten selv eller pårørende ikke kan gøre det." (8)

Orem beskriver det generelle mål som

"at opretholde menneskets strukturelle og funktionelle integritet og velvære (sundhed) gennem hele livsforløbet og at fremme normal udvikling." (9)

I forhold til patienten handler det om at opretholde patientens egenomsorg ved at lade hende selv gøre det hun plejer. Derudover handler det om at vejlede patienten til at udføre en del af den egenomsorg som hun har kunnet inden indlæggelsen, og at hjælpe hende med den egenomsorg hun ikke kan (her nedre vask og vask bagpå).

Jocalyn Lawler sammenfatter 4 grundlæggende regler for kropspleje: føjeligheds- og kontrolreglen, afhængighedsreglen, blufærdighedsreglen og beskyttelsesreglen. Sammen med Bob Prices teori om body image kan de hjælpe sygeplejersken til at sikre tryghed og opdage patientens mestringsstrategier i forhold til patientens kropsideal, kropsrealitet og kropsfremtoning (10).

Konklusion:

Selve kommunikationen med patienten gik over al forventning. Patienten var klar og engageret i det vi skulle lave, og vi fik skabt en god relation til hinanden som resulterede i lange og gode samtaler efterfølgende. Jeg fik sørget for privatliv og afdækning for patienten, som hun satte stor pris på. Selve sengebadet udførte jeg i henhold til de regionale D4 dokumenter om sengebad ved hjælp af bagbath, og jeg overholdt de hygiejniske principper og brød smittekæden. Patienten viste taknemmelighed for den pleje der var udført, og følte sig som et ny menneske. Refleksionerne i situationen var velovervejede og velbegrundede, og evalueringen med mig selv bagefter gav mig en succesoplevelse, som vil danne byggestenen for fremtidige sengebad.

Litteraturliste:

- (1) Kirkevold, Marit. Kapitel 7 I: sygeplejeteorier – analyse og evaluering. København: Munksgaard Danmark; 2000. S. 141
- (2) Nøddeskou, I. Horstmann. Personlig hygiejne I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov. København: Gads Forlag; 2012. S.70
- (3) Graubæk, Anne-Mette. Kroppens betydning I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 1 sygeplejerske – patient – relation. København: Gads Forlag; 2012. S.141-157

- (4) Nøddeskou, I. Horstmann. Personlig hygiejne I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov. København: Gads Forlag; 2012. S.73
- (5) Hjortsø, Marianne. Kommunikation og den professionelle samtale I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 1 sygeplejerske-patient-relation. KBH: Gads Forlag; 2012. S. 377-395
- (6) Mathisen, Jorunn. Hvad er sygepleje – Virginia Henderssons svar I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov. København: Gads Forlag; 2012. S.16
- (7) Mathisen, Jorunn. Hvad er sygepleje – Virginia Henderssons svar I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov. København: Gads Forlag; 2012. S.18
- (8) Kirkevold, Marit. Kapitel 7 I: sygeplejeteorier – analyse og evaluering. København: Munksgaard Danmark; 2000. S. 147
- (9) Kirkevold, Marit. Kapitel 7 I: sygeplejeteorier – analyse og evaluering. København: Munksgaard Danmark; 2000. S. 148
- (10) Graubæk, Anne-Mette. Kroppens betydning I: Hjortsø, Marianne. (red.) Sygeplejebogen 1 sygeplejerske – patient – relation. København: Gads Forlag; 2012.S.146-149

P2: Praksisbeskrivelse fra én studerende i midten af uddannelsen

Indledning

Denne praksisbeskrivelse tager udgangspunkt i en situation, hvor jeg som sygeplejestuderende interagerer med patienten og hvor sygeplejen tager en anden drejning end det planlagte. Situationen forekommer en almindelig dag på en psykiatrisk afdeling, hvor jeg skal tilbyde min patient medicin under overværelse af min vejleder. Opgaven er opbygget således at der først gives en beskrivelse af patienten, derefter beskrives den sygeplejefaglige problemstilling samt formålet med sygeplejen. Dernæst vil sygeplejinterventionerne blive beskrevet med tilhørende sygeplejeteori og de refleksioner der gøres både før og efter plejen. Til sidst evalueres sygeplejen og der reflekteres over hvad der ellers kunne være gjort i denne situation.

Sygeplejefaglig problemstilling

Præsentation af patient

Denne opgave handler om en kvindelig patient på 32 år, som på opfordring af sin mor lader sig indlægge grundet forværring i de psykotiske symptomer. Det tænkes at patientens primære diagnose er skizofreni, samt at hun ved indlæggelsen er akut paranoid. Patienten er kendt i psykiatrien fra én tidligere indlæggelse, hvor hun blev indlagt med lignende symptombil-

lede. Op til indlæggelsen har patienten haft et øget hash-forbrug og har fornylig mistet to nærtstående familiemedlemmer. Patienten fortæller at hun også har været udsat for et øget arbejdspress på sit job grundet meget overarbejde. I denne periode er patienten blevet tiltagende høre- og syns-hallucineret med bl.a. stemmehøring og ændret kropsopfattelse. Derudover kan patienten styre sit TV med øjnene og oplever at TV-programmerne taler til hende og viser episoder i hendes liv. I patientens egen lejlighed har hun i et par år oplevet neologismer i form af "kuldenedfald" fra loftet, og patienten får, ifølge hende selv, -18 grader celcius i hovedet. Patientens udsigt fra hendes lejlighed har ændret sig, da bygningerne overfor skifter form og hendes naboer derfor kan overvåge hende. Patienten vurderes af lægen stærkt behandlingskrævende og indlægges derfor til stabilisering og behandling. Patienten behandles med psykofarmaka og får Olanzapin 10 mg (smeltetablet) morgen og aften samt Quetiapin 100 mg til natten.

Patienten fremstår i afdelingen psykotisk med neologismer, paranoide vrangforestillinger samt privat logik. Patienten er meget bestemt og holder fast i de oplevelser hun har haft i egen lejlighed og på afdelingen, og er derfor ukorrigerbar i forhold til de ting som hun oplever. Ligeledes fremstår patienten uden nogen form for sygdomsindsigt og er afvisende overfor behovet for behandling, hvorfor patienten indtil videre ikke har taget imod tilbud om medicin. Ved samtale kan patienten 'samle sig' og virke 'garderet', men bliver efterfølgende åbenlyst psykotisk og giver udtryk for de tidligere beskrevet paranoide vrangforestillinger. Patienten udviser talepres samt øget psykomotorisk tempo, hvorfor kontakten til personalet foregår på patientens egne præmisser. Patienten har brug for forudsigelighed og struktur i hverdagen og opsøger derfor kun personalet ved praktiske gøremål, hvilket medfører at patienten opholder sig en del på sit værelse. Hun fremstår social med både medpatienter og personale, dog med undtagelse af sine kontaktpersoner, som hun bevidst undgår.

Sygeplejeproblem

Patienten har tidligere under indlæggelsen været fikseret og fået tvangsmedicin, og føler at denne del af indlæggelsen har været det værste i hendes forløb, hvorfor hun nu har en opfattelse af at medicinen ikke gør noget godt for hende. Som tidligere nævnt fremstår patienten uden sygdomsindsigt, men er vurderet behandlingskrævende, hvorfor lægen igen har opstartet tvangsmedicinering. Patienten er ikke enig i at hun skal tvangsmedicineres, da hun er gået med til en frivillig indlæggelse. Derudover mener patienten at det går godt nu hvor hun ikke har taget medicin i et stykke tid, og mener derfor at der ikke er et behandlingsbehov. Patienten har været igennem en motivationsfase af en varighed på 3 uger, hvor hun konsekvent har afslået tilbud om medicin. Da patienten ikke ønsker medicin og da lægen ser et behandlingsbehov, er patienten nu opstartet i tvangsmedicinering. Patienten har klaget over tvangsmedicineringen, hvorfor det er besluttet at afdelingen skal fortsætte med at motivere patienten til at tage medicinen.

Formål med sygeplejen

Sygeplejens formål er at motivere patienten til at tage sin morgenmedicin. Jeg vælger at tage udgangspunkt i dette, da det er patientens primære sygeplejeproblem og derfor er det mest aktuelle og meningsfulde at foku-

sere på. I tilfælde af at patienten stadig ikke vil tage sin medicin, trods min motivation, vil jeg forsøge at få patienten til at sætte ord på sine bekymringer omkring indtagelse af medicinen, da psykofarmaka vil dæmpe de positive symptomer, som i patientens tilfælde handler om hallucinationer og vrangforestillinger (1, 103-108).

Sygeplejeinterventioner

Før-Interventioner

Jeg starter dagen med at læse i patientens journal for at holde mig orienteret omkring patientens aktuelle situation, for derefter at gå ud i medicinrummet og finde patientens morgenmedicin frem. Patientens medicin er denne dag doseret af en anden sygeplejerske på afdelingen, hvilket jeg er opmærksom på, da man som sygeplejerske er forpligtet til at udvise rettidigt omhu, samt være samvittighedsfuld i sin omgang med lægemidler (2, s. 119-120). Jeg tjekker sammen med vejleder at medicinen i doseringsæskene stemmer overens med opus medicin, hvorefter jeg tager doseringsæskene og et glas vand med op til patientens værelse. Jeg vælger at opsøge patienten på eget værelse, da det ifølge de sygeplejeetiske retningslinjer (3) er vigtigt at jeg som sygeplejerske reflekterer over de etiske dilemmaer jeg kan komme ud for i egen praksis. Jeg forholder mig til denne retningslinje, da jeg i situationen tænker at det er etisk ukorrekt at opsøge patienten i fællesmiljøet, grundet patientens ovenstående problematik omkring medicinen.

Derudover ville det i denne kontekst være relevant at inddrage Liv Strands teori om skærmning, hvor man som sygeplejerske opholder sig med patienten i et begrænset miljø, der er overskueligt for patienten (4, s. 103). Da patientens tilstand var præget af uro, var hensigten at opsøge patienten på hendes værelse, da rammerne gerne skulle skabe tryghed for patienten (4, s. 104). Patienten var dog selv gået ind på sit værelse, men i situationen var det et bevidst valg at jeg valgte at opsøge patienten i det tidsrum hvor hun var på værelset, grundet hendes sindstilstand. Jeg tænkte i situationen at det ville være en god sygeplejeintervention at henvende mig til patienten på stuen, da dette ville minimere mængden af indtryk der kunne påvirke situationen (4, s. 103).

Sygeplejeinteraktionen

Jeg banker på døren til værelset, og inden jeg når at åbne døren, fortæller patienten at hun er i bad og gerne vil have vi kommer senere. Jeg respekterer dette og siger at jeg kommer igen om en halv time. Jeg venter en halv time, hvor jeg giver patienten tid til at blive færdig med badet. I denne situation vælger jeg at acceptere patientens autonomi, værdighed og integritet, som ifølge Jan Hummelvoll (5, s. 102) er tre essentielle værdier i forhold til sundhedsetikken. Dette skyldes at det i sygepleje, og dermed behandling, er universelt, at der er respekt for patientens ret til autonomi, som ifølge Hummelvoll defineres som selvbestemmelse (Ibid). Jeg banker på igen og åbner døren. Jeg går ind og i det samme siger patienten igen at hun er i bad. Patienten går dog rundt på værelset iført bukser og bluse, samt et håndklæde viklet om håret. Jeg tilbyder patienten medicin, men hun takker pænt nej og tilføjer at hun ikke har brug for det og ønsker at være alene. I denne forbindelse anvendte jeg Liv Strands sygeplejeteori om de jeg-styrkende principper, hvor jeg benyttede princippet om nær-

hed og afstand (4, s. 83-84). Kernen i netop dette jeg-styrkende princip er at kunne have en indlevende forståelse for patientens situation, hvorfor jeg vælger at forlade værelset. Jeg forsøger så vidt det er muligt at vise en passende interesse i form af nærhed for patienten, samtidig med at jeg holder en distance mellem os. Jeg kunne i situationen fornemme at patienten virkelig havde et behov for at være alene og ikke ønskede at være sammen med nogen, hvorfor tiden sammen med patienten varede i få minutter.

I de få minutter jeg er sammen med patienten, fortæller hun at hun er dårlig og helst gerne vil være alene. Jeg anerkender patientens behov og siger at hun selvfølgelig skal have lov til det. I denne situation er det relevant at inddrage Jan Hummelvolls teori om sygeplejerske-patient fællesskabet, som hviler på de helt centrale hjørnesten. I situationen anvendte jeg den første hjørnesten i sygeplejerske-patient fællesskabet, ligeværdighed (6, s. 43-44), hvor jeg er åben overfor patientens oplevelse af situationen, har respekt for hendes integritet og realiseringen af ligeværdighed sker dermed på dette grundlag. Ligeværdighed er ifølge Hummelvoll selve ledetråden i sygepleje-patient-fællesskabet (Ibid).

Psykodynamisk perspektiv

Der lægges i denne opgave et stort fokus på jeg-styrkende sygepleje, da den psykotiske patient kan hjælpes i situationen hvor patientens jeg-funktion svigter og patientens ressourcer er dermed minimale (4, s. 77). Indenfor det psykodynamiske perspektiv er det i denne sammenhæng rationelt at inddrage Sigmund Freuds psykoanalyse, som har dannet grundlag for Liv Strands jeg-styrkende sygeplejeprincipper (7, s. 62-63). Som tidligere nævnt er den omtalte patient ukorrigerbar i sine forestillinger samt impulsdrevet, hvilket ifølge Freud må betyde at patienten er styret af det'et (Ibid). Patienten er dermed jeg-svag, da hun ikke kan kontrollere de impulser hun drives af samt ikke handler ud fra sin fornuft.

En anden drejning

Før jeg gik ind til patienten var jeg forberedt på at hun sandsynligvis ville afvise mit tilbud om medicin. Alligevel gik jeg ind til patienten i håb om at hun gerne ville tage imod den. I forbindelse med at jeg ville motivere patienten til at tage sin medicin, ville jeg forsøge at få patienten til at sætte ord på hvorfor hun ikke vil tage imod medicinen. Jeg ville i situationen have anvendt Liv Strands jeg-styrkende princip Verbalisering, hvor jeg som sygeplejerske skal hjælpe patienten til at sætte ord på fx oplevelsen, følelserne eller tanker om omkring medicinering (4, s. 120-123).

Under plejen, hvor patienten gentagende gange udtrykker sit behov for at være alene, anvender jeg Liv Strands moderlige dimension af det jeg-styrkende princip containing-function (4, s. 111-113), hvor jeg tager imod patientens følelser, især projektioner, og forholder mig til at tage imod, hvilket jeg ikke var forberedt på. Meningen med containing er at sygeplejersken skal "fordøje" og bearbejde patientens projektioner, så sygeplejersken kan tilbagelevere projektionerne i en mere struktureret form, når patienten kan "bære" det. I situationen får jeg ikke tilbageleveret patientens projektioner, da jeg vurderer at patienten på dette tidspunkt ikke var i stand til at kunne modtage.

Evaluering

Når jeg ser tilbage på sygeplejeinterventionerne i forhold til målet, så forløb sygeplejen ikke planmæssigt. Jeg formåede ikke at motivere patienten til at tage sin medicin, da patienten stod fast i sin beslutning om at hun ikke havde behov for den. Dette havde jeg dog desværre en anelse om ville ske, og hvis det skete som det gjorde, var planen derefter at få startet en dialog med patienten omkring hendes medicin og hvad denne kunne gøre for hende. Dette skete ikke, da jeg valgte at respektere patientens behov. Patienten ønskede at være alene og ville dermed heller ikke snakke om at modtage medicin, da hun selv mente at hun ikke havde behov for det. Derudover virkede patienten meget afvisende og fortalte gentagne gange indirekte at hun synes vi skulle gå. Jeg forholdt mig under plejen til patientens ret til selvbestemmelse og dermed også de sygeplejeetiske retningslinjer.

Da det, ud fra journalnotaterne, fremgik at patientens tilstand var blevet dårligere, burde jeg have ændret mine planer i forhold til plejesituationen. Jeg burde ikke have forventet en dialog med patienten grundet hendes tilstand. Jeg vidste ud fra tidligere journalnotater fra indlæggelsen at det for patienten var meget angstprovokerende at få tilbudt medicin samt at tale om medicinering. Derfor burde jeg have forudset patientens ageren og dermed have udført opgaven på anden vis.

Referencer

- (1) Allgulander, C. "Skizofrene syndromer og andre psykoser". I: Introduktion til klinisk psykiatri. 1. udgave. Gads Forlag; 2011, s. 95-119
- (2) Olsen I. & Hallin P.S. Ansvar og kompetencer. I: Farmakologi. 2. oplag. København: Munksgaard; 2014, s. 117-136
- (3) Sygeplejeetisk Råd. "De sygeplejeetiske retningslinjer". 2014.
- (4) Strand, L. Sygeplejeholdning og -handling – Jeg-styrkende sygepleje. I: Fra kaos mod samling, mestring og helhed – Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. 1. udgave. 16. oplag. København, Munksgaard; 2012, s. 77-134
- (5) Hummelvoll, J & Da Silva, A. Nogle relevante etiske grundbegreber, teorier og perspektiver i psykisk sundhedsarbejde. I: Hummelvoll, J. Helt – ikke stykkevis og delt. 4. udgave. Oslo, Hans Reitzels Forlag; 2012, s. 100-137
- (6) Hummelvoll, J. Psykiatrisk sygepleje som fagområde. I: Helt – ikke stykkevis og delt. 4. udgave. Oslo, Hans Reitzels Forlag; 2012, s. 21-61
- (7) Kragerup, J. & Sletterød, H. (red.). Sygeplejens miljøterapeutiske perspektiv. I: Psykiatrisk sygepleje. Lærebog for sygepleje-studerende. 1. udgave. København, Munksgaard; 2011, s. 45-73

P3: Praksisbeskrivelse fra én studerende i slutningen af uddannelsen

Praksisbeskrivelse

- Denne praksisbeskrivelse er udarbejdet på baggrund af min kliniske periode på modul 11 på et dialyseafsnit.

Det er en almindelig morgen hvor jeg skal igangsætte og yde sygepleje til en hæmodialysepatient, som jeg ikke har mødt før. Vi falder hurtigt i snak og taler om emner der dels er relevante for dialysebehandlingen, men også omkring vejr og vind.

Efter patienten er blevet tilkoblet dialysemaskinen og vores samtale er afrundet, går jeg rundt på stuen og småsnakker med de andre patienter, da jeg lige pludselig føler to øjne i nakken. Jeg kigger mig rundt og patienten jeg kort forinden havde sat i dialyse, skaber øjenkontakt med mig. Patienten ser spørgende ud. Derfor går jeg hen til hans seng uden at sige noget. Jeg smiler til ham for at vise at jeg er til stede, og kort tid efter siger han: *"ja vi må tage en dag ad gangen"*.

Denne sætning forbereder mig på at patienten har noget han rigtig gerne vil fortælle mig, og jeg sætter mig på en stol ved hans seng.

"Jeg er blevet nyresyg fra den ene time til den anden", et forløb som startede med at jeg følte mig ramt af influenza og opsøgte egen læge, hvor mine blodprøver skulle vise sig at få stor betydning for resten af mit liv.

Patienten blev indlagt og modtog sin første dialysebehandling samme døgn.

Samtalen som jeg havde med denne patient, var måske det som jeg havde frygtet mest ved at skulle i klinik på et dialyseafsnit. At jeg kunne risikere ikke at have svar på de oplevelser der blev fortalt eller spørgsmål om livets retfærdighed eller ej. Man kan ikke lade være med at tænke på om det var den rigtige måde at tage kontakt til patienten. Kunne der være en bedre indgangsvinkel til at lade patienten fortælle sin anamnese, uden at patienten skulle opsøge mig med spørgende øjne? Var jeg opmærksom nok på patienten eller var der noget i vores samtale som kunne have vejledt mig til at have spurgt ind til hans sygdomsforløb, eller burde jeg have taget chancen og spurgt ind til hvordan det er at være nyresyg?

Inden sygdomsforløbet havde patienten dyrket sport, haft et godt fællesskab med kammerater og passet sin arbejdsplads gennem mange år.

Det var tydeligt at patientens identitet og liv var blevet revet i småstykker, og nu var det hans eget ansvar at få det samlet på bedste vis. Sådan følte patienten det i hvert fald. Jeg ville være en del af det at hjælpe ham, om ikke andet med at få samlet et lille stykke af alle fragmenterne, som tydeligvis indeholdt spørgsmål, bekymringer, angst og ikke mindst frygt. Måske ville det lykkes mig at være med til at samle det stykke, som kunne blive afgørende for hans fremtid og fremadrettet dialysebehandlinger. Jeg tog snakken, var ærlig og når jeg ikke vidste hvad jeg skulle sige, tilføjede jeg små kommentarer til de ting han fortalte og spurgte nysgerrigt ind. Vigtigst af alt var at der var et lyttende øre, og at patienten førte samtalen for at få belyst de ting der fyldte mest i livet netop nu.

Joyce Travelbee fokuserer på den mellemmenneskelige dimension, og derfor gælder det om at finde frem til hvad den konkrete sygepleje skal bestå af og baseres på, på baggrund af et sammenspil mellem patienten og sygeplejersken. Det at blive ramt af sygdom medfører ofte lidelse, et fænomen som er individuelt og kan kobles sammen med de ting som betyder noget for individet. Her er der ikke to situationer der er helt ens. Dels kan lidelsen øge bevidstheden om en fysisk smerte, følelsesmæssig smerte eller åndelig smerte, som kan medføre et tab. Et vigtigt element i teorien er at forholde sig til patientens oplevelse af sygdom og/eller lidelse og at finde frem til hvilken reaktion patienten har. Netop ved at turde spørge ind til patienten.

Travelbee mener at der foreligger to måder at reagere på lidelse på; henholdsvis "hvorfor mig?"-reaktionen og reaktionen "hvorfor ikke mig?", men som oftest forekommer "hvorfor mig"-metoden, hvor sygdommen ikke forstås eller accepteres. Denne reaktion kan være vanskelig, da der ofte opstår selvbearbejdelse, bebrejdelse mod andre, vrede, depression eller fortvivlelse. "Hvorfor ikke mig?"-metoden er mennesker som tager imod sygdom og lidelse og ikke føler sig uretfærdig behandlet. Sygdom og lidelse findes som en naturlig del af livet hos disse patienter, dog lider de ikke mindre end de mennesker som oplever "hvorfor mig"-reaktionen, men er bedre til at håndtere lidelsen.

At finde mening i situationen er væsentlig, da det ikke kun handler om at acceptere en sygdom eller lidelse, men at bruge det som en ressource i et videre sygdomsforløb, som kan bidrage med en livserfaring (Kirkevold, 2010, s. 122-125).

Jeg tænker at denne dialysepatient muligvis benytter "hvorfor ikke mig"-opfattelsen ud fra de ting han fortæller mig. Særligt det udsagn med at vi tager en dag af gangen, får mig til at blive bevidst om at han ikke har opgivet, men accepteret sin sygdom. Der var flere problemstillinger i denne samtale og at patienten ikke havde en kone og fået børn endnu, var ikke et ønske som var opgivet, men når overskuddet og tiden er den rette, var det et element som kunne berige hans liv. Denne indstilling kan være en ressource for patienten, som gør at håbet på livet bevares og at genvinde et nyt, men anderledes liv og identitet som dialysepatient ikke er utænkeligt.

Patienten fortæller mig at det at være dialysekrævende næsten er et fuldtidsarbejde, og at være træt på deltid dræner overskuddet til at få dyrket regelmæssigt motion. Lysten til at komme af sted for at gøre de ting man hidtil har kunnet uden besvær og brugt meget tid på, er nu en kamp i frygt for at blive mindet om, at man ikke kan følge med på det niveau som en gang har været muligt. Det er en barriere i sig selv, og det fortæller at det er svært at skulle forholde sig til disse ændringer, der også påvirker en i psykisk og social sammenhæng. I dette tilfælde har det betydet at det ikke har været muligt for patienten at passe sit arbejde, som måske på sigt kan få økonomiske konsekvenser.

At være dialysepatient er en krævende proces, da det ikke kun omhandler den fysiske tid patienten er tilknyttet en dialysemaskine, hvilket typisk er 2-4 gange pr. uge af 3-4 timers varighed, men restriktioner i forhold til væske- og ernæringsproblematikker. Calcium-fosfatstofskiftet er også

væsentligt for at nedsætte mængden af affaldsstoffer i form af kalium- og fosfatophobning i kroppen. Patienterne er ofte også nødsaget til at tage medicintilskud for at forebygge eller mindske graden af knoglesygdomme og hæmme udviklingen af forkalkninger i hjerte- og blodkar (Brandi, 2007, s. 4). Patienterne oplever ofte nedsat appetit, hudkløe, kvalme, hovedpine, problemer med vægtregulering, over-/dehydrering og træthed. Disse faktorer påvirker i høj grad det sociale liv hos patienter i dialyse (Kopp, Aggernæs og Nielsen, 2011, s. 246-254).

Fysisk aktivitet modvirker nedbrydelse af muskel- og knoglemasse, som gør at patienten hurtigere vil have mulighed for at kunne genvinde en aktiv hverdag. Skelettet nedbrydes og genopbygges hele tiden og fysisk aktivitet er med til at vedligeholde knoglestyrken igennem livet. Inaktivitet påvirker calciumindholdet, hvilket gør at knoglerne er mere disponeret for frakturer og osteoporose grundet kalkmangel (Krogager og Olsen, 2010, s. 77-79).

At få implementeret fysisk aktivitet i sin hverdag er hårdt for en patient, men nødvendigt for at opbygge og vedligeholde kroppen. Fysisk aktivitet virker også forbyggende på hjerte-kredsløbssygdomme såsom arteosklerose, som på sigt ville kunne medføre nedsat blodcirkulationen og ilt til kroppens celler. Arteriosklerose øger risikoen for dannelse af tromber i hjernen, hjertet og benene, som dels kan besværliggøre patientens situation yderligere, men også gøre dialysebehandlingen vanskeligere, da fedtaflejringer gør arterierne hårde og det besværliggøres at føre overskydende væske væk fra vævet og ind til blodbanen (Viborg og Torup, 2013, s. 165).

Et stort dilemma for dialysepatienterne er at trætheden gør det vanskeligt at overvinde den barriere at skulle opretholde en hverdag med fysisk aktivitet, når trætheden overdynger lysten. Effekten af motion er at der efterfølgende opleves større energiniveau, men først som følge af ugers motion.

Det kan for nogle være lang tid at gøre noget, som ikke resulterer i en gavnlig effekt med det samme. Motion øger appetitten og følelsen af tørst, men har den betydning at kroppen danner flere affaldsstoffer og øget carbamid-produktion, som måske medvirker til at patienten har behov for yderligere dialysebehandling for at få rensat blodet tilstrækkeligt (Rasmussen, Loff, Thomsen og Jakobsen, 2010, s. 1-4). Fysisk aktivitet er medvirkende til at regulere kroppens væskebalance, som gør at patienter kan indtage mere væske end patienter der ikke er fysisk aktive. Væskeindtaget for patienterne er individuelt og afhænger af om der er urinproduktion (Nielsen og Bojsen-Møller, 2013, s. 490).

Patienter der rammes af nefrologiske sygdomme får ofte ændret hele deres liv, men også hverdagslivet og familieliv. Nogle patienter lever et liv hvor de er blevet akut syge og er blevet afhængige af sundhedsvæsenet, men samtidig lever med angst og usikkerhed for fremtiden og tabet af identitet. Her er det vigtigt at sygeplejersken støtter patienten ved at være nærværende, lyttende, være integreret i patientens forløb set ud fra et fagprofessionelt perspektiv og frembringe muligheder til at patienten kan få samling på løse tråde. Hvis der ikke gives tilstrækkelig støtte, kan det føre til at patientens risiko for en depression øges betydeligt, og det kan besværliggøre hverdagen endnu mere samt nedsætte patientens livskvali-

tet og motivation til at opretholde en så normal hverdag som muligt (Kopp, Aggernæs og Nielsen, 2011 s. 242-245).

Det kan være vigtigt at få talt med patienten om de psykiske konsekvenser det kan give at være dialysepatient og være nødsaget til at være sygemeldt fra sit arbejde, samtidig med at skulle indstille sig på at arbejdsbyrden sandsynligvis er for stor i forhold til de kræfter og ressourcer, der er til rådighed nu. Nogle af de konsekvenser af at gå i dialyse beskriver patienten med udtrykket "mørke" dage, hvor overskuddet er lille og at følelsen af at føle sig svag er dominerende.

Overskuddet til fællesinteresser er også mindre, hvilket har betydet at patienten ikke altid er en del af vennekredsen længere.

For at hjælpe patienten snakker vi om hvilke mål der ville være realistiske i forhold til de ressourcer der er til rådighed. Dels bør der tænkes over hvilke forbyggende tiltag der kan gøres for at målet lykkes for patienten. Et eksempel fra samtalen omhandler en gåtur, hvor der kan overvejes hvilken tidsramme, hvor ofte, hvor langt og hvornår patienten har lyst og mulighed for at gå en tur. En god motivationsfaktor er at lave kort- og langsigtede mål for at opretholde motivationen for patienten til at få etableret en aktiv hverdag og bryde den onde spiral, så livskvalitet hos patienten ikke forringes yderligere.

Konklusion

Et stort dilemma som dialysepatienterne sidder i, er at forskningen viser at levetiden er højere hos dialysepatienter som dyrker motion og har god kontrol med deres væskeindtag, men at deres træthed gør det vanskeligt at overvinde den barriere at opretholde en hverdag med fysisk aktivitet, når trætheden overdøver lysten.

Effekten af motion er at der efterfølgende opleves større energiniveau, men først som følge af ugers motion. Det kan for nogle være lang tid at gøre noget som egentlig ikke med det samme kan resultere i en gavnlig effekt, på trods af motion øger appetitten og følelsen af tørst, men som vil have den betydning at kroppen danner flere affaldsstoffer og øget carbamidproduktion, hvilket måske medvirker til at patienten har behov for yderligere dialysebehandling for at få rensat blodet tilstrækkeligt. Der sker blandt andet en fordampning fra blodbanen under aktivitet, som gør at væske fra vævet vil trækkes til blodbanen for at bevare et blodtryk svarende til aktivitetsniveauet. Dette kan være positivt for en dialysepatient, da det kan være med til at nedregulere et for højt indtag af væske.

Min patienter der forinden deres sygdomsforløb har været fysisk aktive, vil have nemmere ved at bevare en hverdag med et højt aktivitetsniveau under deres sygdomsforløb, da de fleste motionister føler øget livskvalitet, humør og øget velvære efter fysisk aktivitet? Næste gang jeg skal udøve sygepleje til lignende patient, vil være opmærksom på at manglende motion hos dialysepatienter til tider kan være mangelfuldt, og tænke på hvilke problematikker patienten står overfor. Hvis jeg kan få solgt fordelene ved motion, på trods af at nogle vil have svært ved at overskue det og at det at være fysisk aktiv kan betyde mere dialyse, er jeg sikker på at de fleste patienter på lang sigt kan genvinde en større livskvalitet og en længere levetid.

Referencer:

- Brandi, L. (2007). Patientinformation for nyrepatienter. Hvordan hænger det sammen. Malmø: Leo Pharma Nodic. s. 1-23.
- Kirkevold, M., (2013). Joyce Travelbees teori om sygeplejens mellemmen-
neskelige aspekter. Sygeplejeteorier analyse og evaluering. København:
Munksgaard. s. 122-138.
- Kopp, R., Aggernæs, E. og Nielsen, E., (2011). Sygepleje til patienter med
medicinske nyrelidelser. I: Nielsen, B.K. (red.) Sygeplejebogen 4 klinisk
sygepleje. Gads forlag. 239-271.
- Krogager, H. og Olsen, I., (2010). Mikronæringsstoffer. I: Krogager, H. og
Olsen, I. (red.) Ernæring, sundhed og sygdom. København: Munksgaard. s.
48-87.
- Nielsen, O.F. og Bojsen-Møller, M.J., (2013). Det aktive menneske. Anato-
mi og fysiologi hånden på hjertet. København: Munksgaard. s. 485-490.
- Viborg, A.L. og Torup, A.W., (2013). Specifikke sygdomme. I: Viborg,
A.L., og Torup, A.W. (red.) Sygdomslære hånden på hjertet. København:
Munksgaard. s. 165-214. Rasmussen,
- A.W., Loff, A.M., Thomsen, J. og Jakobsen, U., (2010). Diæt ved nyresyg-
dom. Dialysebehandling. København. s. 1-4.

Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra starten af uddannelsen

Referenceliste til nr. 1A:

- Glad, A., Olsen, V., Schmidt, M, Schaarup, S.Z. 2014 1. Sygepleje til patien-
ter med lidelser i centralnervesystemet I: Nielsen., B.K (red.) Sygeplejebo-
gen 4 Klinisk sygepleje København: Gads Forlag. S. 9-54
- Linderøth, H.R., 2012. 18. Mødet mellem patienters pårørende og syge-
plejersken I: Hjortsø, M. (red.) Sygeplejebogen 1 Sygeplejerske – Patient –
Relation. København: Gads Forlag. s. 327-340
- Mathiesen, J. (2012) Hvad er sygepleje – Virginia Hendersons svar I:
Hjortsø, M: (red) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov, Gads Forlag,
s. 9-31
- Travelbee, J. 2014. Mellemmenneskelige aspekter i sygeplejen. 2. udgave,
2. oplag. Munksgaard, København 2002. S. 126, 155-156, 160-161,
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014. Bekendtgørelse af sund-
hedsloven, Kap 9, Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbreds-
oplysninger m.v. Sidst opdateret d. 13 Juli 2010. Lokaliseret d. 20/9 2015
på <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455#K9>
- Hornnes, N., Lindegaard, L., Munck, V, mfl. Sygepleje til afatikere. Sidst
opdateret 1998. Lokaliseret d. 21/09 2015 på <http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-1998-29-31-1-Diverse.aspx>

Referenceliste til nr. 1B:

- Alsvåg, H., 2014. Omsorg - med udgangspunkt i Kari Martinsens omsorgstænkning. I: Nielsen, B. K. (red.), 2014. Sygeplejebogen 3 Teori og metode. 4. udgave. København: Gads Forlag. S. 33-67.
- Bloch, B., 2015 <http://ekstern.infonet.regionssyddanmark.dk/Files/dokument9914.htm>
- Bruun L. J. og Klamer, F. 2015 <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/knoglebrud/femur-laarhalsbrud/> Lokaliseret: 05.10.2015
- Bruun L. J. og Klamer, F. 2015 <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/knogler-muskler-og-led/sygdomme/knoglebrud/laarhalsbrud/> Lokaliseret: 05.10.2015
- Eriksson K. (1995). Det lidende menneske. Kbh., Munksgaard Kap. 11. Lidelsen i sygeplejen, s. 76 – 93
- Hjorth, A. C. O. (2012) Omsorg - en grundlæggende værdi i sygeplejen I: Hjortsø, M. (red) Sygeplejebogen 1 Sygeplejerske, patient, relation Gads Forlag, s. 89-116
- Holt, J. (2012) Infektionshygiejne I: Hjortsø, M: (red) Sygeplejebogen 1 Sygeplejerske, patient, relation. Gads Forlag, s. 393-422
- Lawler J. Bak skjerm Brettene: Sykepleie, somologi og kroppslige problemer. Oslo: Gyldendal; 1996: s. 5-235.
- Maglekær, K. M. (2012) Aktivitet og immobilitet - komplikationer til sengeleje I: Hjortsø, M. (red) Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov Gads Forlag, s. 345-373,
- Martinsen, K., 2006. Omsorg i sygeplejen - en moralsk udfordring. I: Samtalen, skønnen og evidensen. København: Gads Forlag.
- Nøddehou, L. H. 2012. Personlig hygiejne. I: Hjortsø, M. (red.), 2012. Sygeplejebogen 2 Grundlæggende behov. 4. Udgave. København: Gads Forlag.
- Overgaard, A. E. & Jørgensen, B. B. (2014) Katie Eriksson: sundhed, omsorg og lidelse I: Nielsen, B. K. (red) Sygeplejebogen 3 Teori og metode Gads Forlag, s. 69-89

Referenceliste til nr. 1C:

- Birkler, J. (2006) Filosofi og sygepleje Munksgaard København 1. udgave 3. oplag. Dansk Sygeplejeråd 2014.
- Sygeplejeetiske retningslinjer <http://www.dsr.dk/ser/Sider/Nyheder/Nye-sygeplejeetiske-retningslinjer.aspx>. [lokaliseret 13-11-2015]
- Henderson, V. (2012) Sygeplejens Grundlæggende principper. 7. udgave. Nyt Nordisk Forlag.
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2014. Sundhedsloven <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=152710> [lokaliseret 13-11-2015]

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012. Bekendtgørelse om lægers forpligtelser i forbindelse med livstestamenter m.v. <https://www.retsinformation.dk/pdfPrint.aspx?id=141130> [lokaliseret 13-11-2015]

Koblen, A. Mundtørhed. SYGEPLEJERSKEN 2001 ; (7) : 37-45 http://www.dsr.dk/Sygeplejersken/Sider/SY-2001-07-25-3-Klinisk_sygepleje.aspx [lokaliseret 13-11-2015]

Linderøth, H. R. (2012) Mødet mellem patienters pårørende og sygeplejersken I: Hjortsø, M. (red) Sygeplejerske, patient, relation Gads Forlag, s. 327- 341

Venborg, A. Misforstået omsorg. SYGEPLEJERSKEN 2000; (23) : 32-40 <http://www.dsr.dk/sygeplejersken/sider/sy-2000-23-32-1-sygepleje.aspx> [lokaliseret 13-11-2015]

WHO 2015. WHO Definition of Palliative Care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [lokaliseret 13-11-2015]

Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra midten af uddannelsen

Referenceliste til nr. 2A:

Bøgelund, S., (2010). Den motiverende samtale og fysisk aktivitet. I: Inaktivitet og immobilitet - i et tværfagligt perspektiv. København: Munksgaard. S. 59-80

Coloplast. Physiotulle. Lokaliseret d. 01/04-15 kl. 21:03 på: <http://www.coloplast.dk/physiotulle-1-da-dk.aspx#->

Decentral enhed sygepleje, 2011. Behandling af sår. Klinisk retningslinje. S. 1-6

Ericson, E.; Ericson, T., (2010). Sygehushygiejne. I: Klinisk mikrobiologi – Infektioner, immunologi, sygehushygiejne. Gads forlag. S. 399-440.

Hjorth, A. C. O. (2012) Omsorg - en grundlæggende værdi i sygeplejen I: Hjortsø, M. (red) Sygeplejebogen 1 sygeplejerske, patient, relation Gads Forlag, s. 90-114

Lindholm, C., (2005). Definitioner og sårheling. I: Sår. Gads forlag. S. 17-26.

Lindholm, C., (2005). Tryksår. I: Sår, Gads forlag. S. 99-135

Müller, KS., (2011). Sårbehandling. I: Sygeplejebogen 3 – Teori og metode. Gads forlag. S. 275-303

Watson J (2002) Caring science and the science of unitary human beings: a trans-theoretical discourse for nursing knowledge development. I: Journal of advanced nursing. vol.:37 iss:5 s.:452 -461

Zoffmann V, Kirkevold M.(2009). Relationer og deres forandringspotentiale udviklet i vanskelig diabetesomsorg. I: Klinisk sygepleje, Årg. 23, nr. 2, S. 54-70

Referenceliste til nr. 2B:

- Antonovsky, A (2006),: Helbredets Mysterium. 1. udg., 6. oplag, Hans Reitzels Forlag, København. s. 33-50, 105-110.
- Eriksson, Katie (2011),: Teorien om caritas, I: Tomey, A., Alligood, M. Sygeplejeteoretikere – bidrag og betydning for moderne sygepleje. Gyldendals bogklubber, s.207-233
- Houngaard, L.; Seibæk, L. (2009),: Perspektiver på lidelse i forbindelse med sygdom, I: Holen, M., Winther, B. Akut, kritisk og kompleks sygepleje. Munksgaard Danmark, s. 21-33.
- Sygeplejeetiske retningslinjer, 2014. Vedtaget på Dansk sygeplejeråds kongres 20 maj, 2014. (hæfte) Sundhedsloven § 40, kap. 9 Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v., 2010. Lokaliseret på Retsinformation.dk. d. 27.08.15.

Referenceliste til nr. 2C:

- Jørgensen, K., (2014). Kommunikation – for sundhedsprofessionelle. Gads forlag. 3. Udg. S. 87-100
- Kirkevoold, M., (2012). Sygeplejeteorier – analyse og evaluering. Munksgaard Denmark. S. 139-156
- Lunde, P.H. (2010). Forflytningskundskab – aktivering, hjælp og træning ved forflytning. Gads forlag. 2 udg. S. 17-19, 143-145, 182-185
- National Videncenter for demens. Kommunikation. Lokaliseret d. 18.09.2015 på:
<http://www.videnscenterfordemens.dk/pleje-og-behandling/pleje-og-omsorg/kommunikation/>
- Olesen, S. og Dalgaard, A. og Hørdam, B. og Pedersen, P., (2010). Den postoperative fase. I:
- Rasmussen, Nykjær (red.) (2010) Ortopædkirurgi – sygdomslære og sygepleje. Dansk Sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag. s. 49
- Patientforflytninger ortopædkirurgisk afdeling 300, Nykøbing F. Sygehus. Dokumentnummer 326595. Godkendt af; btp, uil. Godkendt d. 22.10.2013

Referenceliste til nr. 2D:

- Apotek Mundtørhed. Lokaliseret 16.10.2015 på:
<http://www.apoteket.dk/temaer/mundtoerhed.aspx>
- Brejl, F. 2015 Hvad kan du gøre? Sidst opdateret 06.01.2015. Lokaliseret 23.06.2015 på:
<http://depressionsforeningen.dk/hvad-kan-du-goere/>
- Hummelvoll, J. K. (2012) Helt – ikke stykkevis og delt. 4. udgave, 1. oplag. Hans Reitzels Forlag, København. Side 21 - 61
- Kessing, L. V. Bipolar lidelse. Lokaliseret 23.06.2015 på:
<http://www.psykiatrifonden.dk/guides/diagnoser/bipolar-lidelse-bipolar-lidelse.aspx>
- Pro.medicin 2013 Emla® Godkendt 18.03.2013 Lokaliseret 23.06.2015 på:
<http://pro.medicin/Medicin/Praeparater/1070>

Pro.medicin 2014 Lysantin® Godkendt 20.03.2014 Lokaliseret 23.06.2015
 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/716>

Pro.medicin 2015a Atarax® Godkendt 27.02.2015 Lokaliseret 23.06.2015
 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/753>

Pro.medicin 2015b Delepsine® Godkendt 12.05.2015 Lokaliseret
 23.06.2015 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/1899>

Pro.medicin 2015c Invega® Godkendt 24.02.2015. lokaliseret 23.06.2015
 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/4258>

Pro.medicin 2015d Lyrica® Godkendt 10.03.2015. Lokaliseret 23.06.2015
 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/3474>

Psykiatrifonden (2015) Psykisk førstehjælp ved angstanfald. Lokaliseret
 23.06.2015 på:
<http://www.psykiatrifonden.dk/guides/mentalt-motionscenter/psykisk-foerstehjaelp-vedangstanfald.aspx>

Statens Institut for Folkesundhed 2011 KRAM Sidst opdateret 23.02.2011
 Lokaliseret 16.10.2015 på:
<http://www.si-folkesundhed.dk/Forskning/Sundhedsvaner/KRAM.aspx>

Strand, L. (2012) Fra kaos mod samling, mestring og helhed. 1. udgave, 16.
 oplag. Munksgaard, København. Side 77 – 134

Sygeplejeetisk Råd (2014) De Sygeplejeetiske Retningslinjer. Sidst opdate-
 ret 20.05.2014. Lokaliseret 23.06.2015 på:
<http://shop.dsr.dk/Resources/Files/Sygeplejeetiske%20retningslinjer%202014.pdf>

WHO 2005 WHO ICD-10 psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrel-
 ser – Klassifikationer og Diagnostiske kriterier. 1. udgave, 11. oplag. Munks-
 gaard København. Side 81 – 96.

Zoffmann V, Kirkevold M.(2009)Relationer og deres forandringspotentiale
 udviklet i vanskelig diabetesomsorg. I: Klinisk sygepleje, Årg. 23, nr. 2, S.
 54-70

Referenceliste fra praksisbeskrivelser fra slutningen af uddannelsen

Referenceliste til nr. 3A:

Kirkevold, M. (2012) Kari Martinsens omsorgsteori. Sygeplejeteorier – ana-
 lyse og evaluering. 3. Udgave, 2. Oplag.. Munksgaard. S. 186-187.

Jørgensen, K. (2012). Aktiv lytning, spørgsmål og gensvar. Kommunikati-
 on – for sundhedsprofessionelle. 2. udgave, 1. oplag. Gads Forlag. s. 106
 Rørvik,

K. A. & Sebens, S. (2010) Faglig identitet, kompetencer og funktionsområ-
 der – Operationspatienten. Operationssygepleje. 1. udgave. s. 25-31

Referenceliste til nr. 3B:

- Eriksson, K (2005). Det lidende menneske. Munksgaard, Danmark. 1. udgave. 4. oplag. Side 90 – 93
- Guldin (2011). Sorg i palliation. I: Dalgaard, Karen Marie og Jacobsen, Michael Hviid (Red) Humanistisk palliation. Forfatterne og Hans Reitzels Forlag 2011. Side 289 – 296
- Martinsen K. (2012). Løgstrup og sygeplejen. Klim. 1. bogklubudgave. 1. oplag 2012 Side 52 – 59
- Mørk, L. B. og Boman, B. S. (2015). Eksistentielle, åndelige og religiøse aspekter. I: Neergaard, Mette Asbjørn og Larsen Henrik (Red) Palliativ medicin – en lærebog. Munksgaard, København 2015. Side 131 – 144
- Rydahl – Hansen, S. (2010). Lidelsens udtryksformer og vilkår – som beskrevet af uhelbredeligt kræftsyge patienter. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund nr. 12. Side 75 – 95. Side 83 – 86

Referenceliste til nr. 3C:

- Iversen, B., B(2014) Patientens respiration. I: Jastrup, S., Akut sygepleje, 1. udgave, 3. oplag. Munksgaard København.
- Engell-Sørensen, V. og Malmberg, K., E (2014) Patienten med sepsis. I: Jastrup, S., Akut sygepleje, 1. udgave, 3. oplag, Munksgaard København.
- Jensen, A. og Breitenbauch, C.(2014) Sygepleje til patienten med påvirket cirkulation. I: Jastrup, S., Akut sygepleje, 1. udgave, 3. oplag, Munksgaard København.
- Lindhart, B. og Kjeldsen H., Aspergillose, i Sundhed.dk/Lægehåndbogen, 2013, lokaliseret d. 10. september 2015 på: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/infektioner/tilstande-ogsygdomme/svampeinfektioner/aspergillose/>
- Maglekær K.(2012) Stress. I: Hjortsø M., Sygeplejebogen 2 – grundlæggende behov, 4. udgave, 1. oplag. Gads Forlag.
- Pro.medicin.dk, Vfend, i Pro.medicin.dk, 2015, lokaliseret d. 10. september 2015 på: <http://pro.medicin.dk/Medicin/Praeparater/2995>
- Viborg, A. (2014) Respirationsdybden. I: Viborg, A. og Torup, A., Sygdomslære, 1. udgave, 2. oplag, Munksgaard, København.
- Peterslund, N. (2006) Filamentøse svampe. I: Kjeldsen, K., Nielsen, L., Peterslund, N. og Tvede, M., Infektionssygdomme og mikrobiologi, 1. bogklubudgave, 1. oplag, Akademisk forlag. S. 343-344.
- [http://www.denstoredanske.dk/Natur_og_milj%C3%B8/Botanik/Skimmelsvampe_\(Deutero_mycetes\)/skimmelsvampe](http://www.denstoredanske.dk/Natur_og_milj%C3%B8/Botanik/Skimmelsvampe_(Deutero_mycetes)/skimmelsvampe) Møller, J., Infektion med Aspergillus, i Møller, J., Klinisk Mikrobiologi, 2. udgave, 1. oplag, 2010, Gads Forlag. Side 370.
- Wium-Andersen og Selim Özel, Dysfagi (2014) I: Viborg A. og Torup A., Sygdomslære, 1. udgave, 1. oplag. Munksgaard, København.

Referenceliste til nr. 3D:

- 1) Skytt, Anne-Marie . Sygepleje til patienter med smerter. I: Nielsen Birthe Kamp (red). Sygeplejebogen 3 Teori og metode. Gads Forlag; 2011. s. 243-265

- 2) Olsen I & Piilgaard Hallin. Farmakologi- hånden på hjertet, Munksgaard, København; 2014. S . 429
- 3) Dansksygeplejeråd.dk. Kari Martinsen - sanselig sygepleje. Lokaliseret d. 04- 11-2015 på: <http://www.dsr.dk/sygeplejersken/sider/sy-1997-07-18-1-sygepleje.aspx>
- 4) Retsinformation.dk (2015): Bekendtgørelse om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. Lokaliseret d. 04- 11-2015 på: <https://www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=111115>
- 5) Martinsen, Kari. Omsorg i sygeplejen – en moralsk udfordring i samtalen skønnet og evidensen. Gads Forlag, 2006. S. 152
- 6) Eriksson, K. Det lidende menneske. Munksgaard København; 2008. S. 77-81
- 7) Mahler, Runge. Respiration. I: Marianne Hjortsø (red). Sygeplejebogen 2. Gads Forlag. 2012. S. 176
- 8) Kristeligt dagblad.dk Hvornår stopper man behandling af alvorligt syge?. Lokaliseret d. 04- 11- 2015 på: <http://www.kristeligt-dagblad.dk/etik.dk/hvornaar-stopper-man-behandlingen-af-alvorligt-syge>
- 9) Lohne, Vibeke. Håb og håbløshed. I: Marianne Hjortsø (red). Sygeplejebogen 1. Gads Forlag. 2012. S. 205
- 10) Scheel, Merry – Elisabeth. Bevidsthedsparadigmet i modsætning til kommunikationsparadigmet i Interaktionel sygeplejepraksis – Vidensgrundlag – etik og sygepleje. Munksgaard København. 1999. S. 86
- 11) Etik.dk Ekspert: Stop behandling af håbløst syge kræftpatienter. Lokaliseret d. 04- 11-2015 på: <http://www.etik.dk/prioritering-i-sundhedsv%C3%A6senet/ekspert-stop-behandling-af-h%C3%A5bl%C3%B8st-syge-kr%C3%A6ftpatienter>

Referenceliste til nr. 3E:

- Brandi, L. (2007). Patientinformation for nyrepatienter. Hvordan hænger det sammen. Malmø: Leo Pharma Nordic. s. 1-23.
- Kirkevold, M., (2013). Joyce Travelbees teori om sygeplejens mellemmeneskelige aspekter. Sygeplejeteorier analyse og evaluering. København: Munksgaard. s. 122-138.
- Kopp, R., Aggernæs, E. og Nielsen, E., (2011). Sygepleje til patienter med medicinske nyrelidelser. I: Nielsen, B.K. (red.) Sygeplejebogen 4 klinisk sygepleje. Gads forlag. 239-271.
- Krogager, H. og Olsen, I., (2010). Mikronæringsstoffer. I: Krogager, H. og Olsen, I. (red.) Ernæring, sundhed og sygdom. København: Munksgaard. s. 48-87.
- Nielsen, O.F. og Bojsen-Møller, M.J., (2013). Det aktive menneske. Anatomi og fysiologi hånden på hjertet. København: Munksgaard. s. 485-490.
- Viborg, A.L. og Torup, A.W., (2013). Specifikke sygdomme. I: Viborg, A.L., og Torup, A.W. (red.) Sygdomslære hånden på hjertet. København: Munksgaard. s. 165-214.



PROFESSIONS-
HØJSKOLEN
ABSALON

