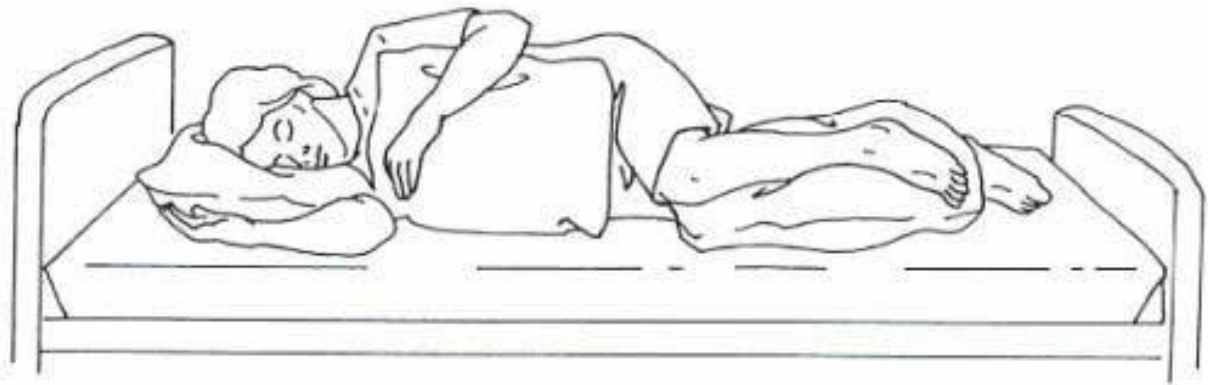


Hvad nu hvis lejring er svaret?

- En kvalitativ undersøgelse på en intensiv afdeling

What if positioning is the answer?

- A qualitative study in an intensive care unit

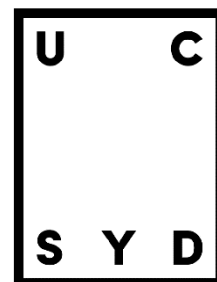


Professionsbachelor i sygepleje.

Maria Wittrock Sørensen i samarbejde med Vendlet ApS.

Sygeplejerskeuddannelsen Campus Sønderborg.

Januar 2017.



Resumé

Dette bachelorprojekt omhandler sygeplejerskens overvejelser for valget af lejring af patienten på en intensiv afdeling. Patienten på en intensiv afdeling bruger stort set hele døgnet i sengen, og mange har lange og komplicerede forløb. Det er derfor vigtigt, at patienterne har de bedste vilkår for at restituere. Projektets problembaggrund har vist en mangelfuld national forskning på området samt en mangel på generel viden om lejring, hvorfor problemformuleringen blev:

Hvilke overvejelser oplever sygeplejersken, at der ligger til grund for hendes valg af lejring til patienten på en intensiv afdeling?

Projektet tager udgangspunkt i en hermeneutisk tilgang til belysning af problemformuleringen. Som metode er der udarbejdet et kvalitativt semistruktureret interview, hvor tre intensivsygeplejersker er brugt som informanter. Gennem den faglige bearbejdning ud fra Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysemetode fremkom fire temaer, som udgjorde essensen af den videre analyse. Med udgangspunkt i den hermeneutiske analysemetode, blev konklusionen, at sygeplejerskerne begrundede deres valg af lejring ud fra erfaringer med egen krop samt ud fra en hensyntagen til patientens monitorering.

Antal anslag: 1.196

Søgeord: Lejring, Intensiv, Sygepleje, Evidensbaseret sygepleje, Søvn

Abstract

This bachelor project deals with the nurse's considerations in relation to the choice of positioning the patient on an intensive care unit. Patients in the intensive care unit spend almost the whole day in bed. Many patients will find the treatment long as well as complicated, whereas it becomes important that their recovery takes place under the best possible conditions. The problem background has highlighted, that the existence of national research is very limited, and led to the following problem statement:

Which considerations are the nurse experiencing as underlying her choice of positioning of the patient in an intensive care unit?

The project has a hermeneutic approach and the method is a qualitative semi-structured interview, in which 3 critical care nurses are used as informants. Working further with the outcome of the interviews based on Fredslund and Dahlager's hermeneutical analysis methodology, I found four themes that instituted the essence of the further analysis. Based on the hermeneutic method of analysis, the conclusion was that the nurses base their choice of positioning the patients with personal experience and from a consideration of the patient's monitoring.

Number of characters: 1.197

Key words: Positioning, ICU, Nursing, Evidence based nursing, Sleep

Indholdsfortegnelse

1.0 Indledning.....	1
2.0 Problemområde.....	2
2.1 Hvorfor lejrning?.....	2
2.2 Lejrings indvirkning på restitutionen.....	2
2.3 Lejrning gavner samfundet.....	4
3.0 Afgrænsning.....	5
4.0 Problemformulering.....	6
4.1 Begrebsafklaring.....	6
5.0 Litteratursøgning.....	6
6.0 Fremgangsmåde.....	7
7.0 Videnskabsteoretiske overvejelser.....	8
7.1 Hermeneutik.....	8
7.2 Valg af dataindsamlingsform.....	9
7.3 Valg af informanter.....	10
7.4 Præsentation af informanter.....	11
8.0 Juridiske og etiske overvejelser.....	11
9.0 Faglig bearbejdning.....	12
9.1 Valg af analysemetode.....	12
9.2 Helhedsindtryk.....	13
9.3 Identificering af meningsbærende enheder.....	14
9.4 Operationalisering.....	14
9.5 Høj faglighed.....	15
9.6 Patienten har sjældent ro.....	17
9.7 Søvn prioriteres højt.....	18
9.8 Lejrning er vigtigt.....	20
10.0 Diskussion.....	23
10.1 Diskussion af fund.....	23
10.2 Diskussion af metode.....	24
11.0 Konklusion.....	26
12.0 Perspektivering.....	26
13.0 Litteratur.....	28
14.0 Bias oversigt.....	33
Bilag 1 Søgeprotokol.....	34

Bilag 2 Retningslinjer udviklet af Thomsen og Brinkmann	40
Bilag 3 Kvaales Syv faser af en interviewundersøgelse	41
Bilag 4 Lejringsspiralen	42
Bilag 5 Samtykkeerklæring	43
Bilag 6 Tilladelse til at foretage undersøgelse.....	44
Bilag 7 Interviewguide	46

1.0 Indledning

Dette professionsbachelorprojekt er skrevet i perioden oktober 2016 til januar 2017, og er den afsluttende opgave i Professionsbachelor uddannelsen til Sygeplejerske ved UCSYD Campus Sønderborg. Holdet september 2013 har, som et forsøg fået en velfærdsteknologisk/innovativ toning, hvilket er medvirkende årsag til, at projektet er udarbejdet i delvis samarbejde med virksomheden Vendlet ApS.

Vendlet ApS er en dansk virksomhed indenfor rehabiliteringsområdet, med fokus primært på den sengeliggende patient og de aspekter der vedrører denne gruppe. Vendlet ApS historie går tilbage til 1985, hvor de kom på markedet med det unikke vendelagen Vendlet HC-2, og siden da er firmaet vokset stødt. De har således modtaget Børsens Gazellepris tre år i træk senest i år 2016. Firmaet har på baggrund af den demografiske udvikling en mission om, at være medvirkende til, at optimere processer og løsninger, som skaber værdi for både den sengeliggende, sundhedspersonalet og samfundet (Maindal, P 2014 s.1 + DST, 2016). Det er gennem samarbejdet med Vendlet ApS lykkedes, at forene en fælles interesse for ny viden og evidensbaseret sygepleje. Dette projekt tager primært udgangspunkt i en undren over sygeplejerskers begrundelser for valg af lejring af den intensive immobile patient.

En undersøgelse fra 2014, lavet i USA for CriticalCareNurses viser, at der på afdelingerne siden 1900 tallet har været en politik om at vende de immobile patienter hver anden time, for blandt andet at forhindre tryk (Makic, MBF, 2014 s.28-29). Et interessant spørgsmål er, hvor stammer denne politik fra, når det samtidigt er bevist, at en person, der er mobil ændrer sin stilling minimum hvert 12. minut? (Ibid, s. 32).

2.0 Problemområde

I følgende afsnit vil projektets problemområde blive præsenteret, efterfølgende afgrænset og slutteligt ende ud i en problemformulering, som bliver projektets omdrejningspunkt.

2.1 Hvorfor lejring?

Der findes flere undersøgelser om lejring samt løsninger på, hvordan en immobil patient lejreres med de rigtige midler for at undgå decubitus. Eksempelvis har Simonsen og Weel udgivet en bog, med titlen "*Grundbog i lejring*", som findes på Region Syddanmarks infonet. Ved en gennemgang af deres referencer, er det dog tydeligt, at alle lejringerne udelukkende tager udgangspunkt i at forhindre decubitus, og at korrekt lejring ikke associeres med andre problemstillinger (Simonsen og Weel, 2012). Samme bog danner grundlag for regionens instruktioner til lejring for personalet på flere afdelinger. Udover Syddanmark, gør også Region Nordjylland brug af denne bog til instruktion af deres personale. I de øvrige regioner har det ikke været muligt, at finde direkte links til instrukser for generel lejring. Lejring har stor betydning for den sengeliggende patient og ikke alle patienter har fysioterapi som en del af hverdagen (Guldager, 2011 s.1). Der ud over er det langt fra alle immobile patienter, der forlader sengen, i forbindelse med deres ophold på en intensiv afdeling. Det scenarie alene, gør lejring til et vigtigt område, at have fokus på.

En optimal lejring er ikke blot med til at forebygge decubitus og bedre forholdene for patientens muligheder for en optimal respiration. Lejring kan være direkte medvirkende til at skabe stabilitet, som indirekte skaber tryghed og afslapning for den sengeliggende. Trygheden og den afslappede krop fører til nedsat tonus og arousal, og optimerer dermed vilkårene for en optimal søvn (Maindal, 2014 s.2). Gevinsterne ved lejring tæller endvidere bedre fysiologiske vilkår for restitution samt en forbedret fordøjelse, som i sidste ende giver en bedre heling og fører til, at patienten oplever ny energi og kan få bedre livsmod (Ibid, 2014). Denne proces har Vendlet ApS visualiseret i en figur, de har valgt at kalde for lejringsspiralen (bilag 4).

2.2 Lejrings indvirkning på restitutionen

Patienterne på intensiv bliver ofte sederet, i mere eller mindre grad, for at undgå; angst, gener fra monitorering og for at give patienterne søvn (Lærke Bødker, 2002 kap 8). Men et litteraturstudie fra 2004, lavet for tidsskriftet Intensive Care Medicine viser, at kontinuerlig infusion af sedativer,

kan forlænge tiden, hvor patienten har brug for respirator med op til 2½ dag. Samme undersøgelse viser, at sedativerne kan forlænge selve opholdet på intensiv med op til 3½ dag (Parthasarathy et al. 2003 s. 200). I henhold til den tidligere præsentation af lejringsspiralen vil der altså gennem lejrning, i nogle tilfælde, kunne skæres op mod 3½ dag af indlæggelsen på intensiv for den akut kritisk syge patient. Dette ville være muligt, i kraft af at lejre patienten optimalt således, at ovenstående problemer afhjælpes via stabilitet og derved tryghed. Undersøgelsen viser også, at 40-50% af de kritiske syge patienter er vågne om natten. Det er dog ikke kun et problem under indlæggelsen. For cirka 68% fortsætter søvnproblemerne i op til et år efter indlæggelsen (Ibid). Men hvorfor er det så vigtigt at sove?

Siden 1960'erne er fokus på søvn steget stødt i forbindelse med fokus på begreberne sundhed og sygdom (Jennum, 2015 + Løppenthin et al. 2016). Det er alment kendt i den medicinske verden, at en af de væsentligste faktorer i søvnen, er vedligeholdelse af hjernens funktioner. Får et menneske ikke tilstrækkeligt søvn i en kort periode, vil hukommelsen, reaktionsevnen og koncentrationsevnen blive væsentligt nedsat (ibid). På længere sigt, vil søvnunderskud medføre en permanent systemisk inflammation og det vil forringe immunforsvarets funktion (Boyko et al. 2012). Dette ses især ved i forvejen syge mennesker, men raske mennesker øger også deres modtagelighed overfor infektioner og reducerer deres respons på en eventuel vaccination, hvis de har underskud af søvn (ibid). Når der nu forskes så meget i søvn, hvorfor er vi så ikke mere opmærksomme på at give patienterne de bedste forudsætninger for at sove?

Et litteraturstudie foretaget i England i 2013 viste, at der i blandt 120 sygeplejerskestuderende i deres sidste praktik, ikke var en tilstrækkelig viden om søvn. Derudover viste den, at der kun var én af de 120 personer, som rent faktisk havde oplevet, at der i praksis var en protokol for dokumentation af patienternes søvnmønstre (Nesbitt, 2013 s.234).

Ifølge lejringsspiralen udarbejdet af Vendlet ApS, er det ikke kun søvnforudsætningerne, der bedres ved en korrekt lejrning. Søvnen er dog forgænger for blandt andet en bedre restitution samt forbedret fordøjelse og kan i den sidste ende føre til en bedre heling (Maindal, 2014, s.1).

2.3 Lejring gavner samfundet

Manglende eller uhensigtsmæssig lejring er den alt overskyggende årsag til decubitus og er en kæmpe samfundsøkonomisk belastning. I 2012 blev der brugt 750.000.000 kroner på omkostninger forårsaget af decubitus (OUH, 2012). Til trods for den brede viden om forebyggelse af decubitus og viden om det mobile menneskes forflytningsmønstre, er der altså stadig brug for forbedring og implementering på området. Undersøgelser viser, at guidelines for lejring, som middel til forebyggelse af decubitus slet ikke har den ønskede effekt (Peterson, 2013 s.479 og Källman, 2015). På et af landets førende hospitaler, Riget, har de gjort en aktiv indsats for, at forebygge decubitus forårsaget af manglende lejring og mobilisering (Sommer, 2011 s.2). I 2011 fortalte oversygeplejerske Susanne Sebens, i et interview til tidsskriftet Fysioterapeuten, hvordan de på en afdeling var gået fra, at 28% af de indlagte patienter havde begyndende decubitus, til et fald på helt ned til 7%. Dette fald skyldtes, at afdelingen havde øget deres fokus på lejring og mobilisering, samt arbejdede tværfagligt. Susanne Sebens udtalte endvidere i interviewet følgende:

“Vi kan ikke forsvare, at vi giver patienterne decubitus, når vi bruger så mange ressourcer på at holde liv i dem” (Guldager, 2011 linje 12).

Det kan være svært at udregne et nøjagtigt tal for, hvor meget den korrekte lejring kan spare samfundet for, men flere ting kan påvirkes i positiv retning, hvis afdelingerne vælger at have fokus på det. På Rigets intensive afdelinger var det ikke kun en nedsat forekomst af decubitus, men også en konkret ændring i arbejdsmiljøet, der blev tydelig i forbindelse med lejrings arbejdet (ibid). Antallet af rygskader er minimeret og personalet har fået en positiv holdning til lejring og mobilisering. Selvom afdelingerne skal budgettere med uddannelse af personalet og remedier til at lejre patienterne korrekt, er de penge imidlertid godt givet ud, mener Susanne Sebens, der udtaler:

“Stamafdelingerne melder, at de aldrig har oplevet de intensive patienter i så god fysisk og psykisk form før. Og hvad er dyrest – en fysioterapeut i 25 timer eller 10 sygemeldte sygeplejersker? Intensivafdelinger er nogle af de økonomisk tungeste at drive i sundhedsvæsenet, og patienterne er måneder, nogle gange år om at komme sig efter indlæggelse. Det giver ikke mening, at vi bruger tusindvis af kroner på akut at redde patienterne og så glemmer den basale sygepleje. Det er det

højteknologiske intensive niveau, det tværfaglige samarbejde og den basale sygepleje, som giver de gode resultater” (Sommer, 2011, s.2 linje 27)

Det er altså ikke kun for patienternes skyld, at der bør sættes fokus på lejring, men også for de ansattes og hele samfundets skyld. Mange tunge arbejdsopgaver, som for eksempel påklædning af patienterne og nedre hygiejne kan gøres lettere med de rigtige redskaber til lejring. Dette vil ikke kun bevirke, at patienten får en større følelse af velvære og bliver roligere, det vil også lette arbejdsbyrden for plejepersonalet (Maindal, 2014 s. 4).

3.0 Afgrænsning

I dette afsnit vil de præsenterede problemområder blive afgrænset og ende ud i projektets problemformulering.

På baggrund af problemafsnittet, samt en systematisk litteratursøgning og korrespondance med Vendlet ApS, er det blevet fundet, at lejring ofte associeres med forebyggelse af decubitus og optimering af f.eks. respirationen hos patienterne. Tidligere nævnte undersøgelse (kilde 37) viser, at 40-50% af kritisk syge patienter er vågne om natten grundet forstyrrelser eller fordi de har sovet i løbet af dagen. Disse forstyrrelser viser sig ofte som udefrakommende og kan være støj, generende lys eller anden elektronik (ibid). Derudover er fysiologiske faktorer som for eksempel delirium, metabolisk stress, dårlig lejring, depression eller smerter også forstyrrende (ibid). Ydermere ses det, at der til trods for en bred litteratursøgning og personlige erfaringer ikke foreligger evidensbaserede kliniske retningslinjer for korrekt lejring på sygehusenes info/intranets. Der findes mange undersøgelser omkring lejring ift. decubitus, men dette emne ses allerede som velundersøgt. Med viden om, at de immobile patienter ikke bliver mobiliseret på alle intensiv afdelinger, samt egne erfaringer, må jeg antage at patienterne på intensiv bruger det meste af døgnet i sengen.

I specialuddannelsen til intensiv sygeplejerske, nævnes bogen ”Intensivsygepleie” (Guldbramsen, 2015), som værende delvis grundbog for uddannelsen (Pensumudvalget, 2004 s.3). Til trods for at denne bog giver en fin indsigt i intensivsygeplejen, nævnes der kun lejring på knapt to sider, og dette i forbindelse med forebyggelse af decubitus, og sikring af de bedste forhold for mekanisk ventilation (Guldbramsen, 2015). Er der ikke et fagligt fokus på lejringen, kan det være svært for sygeplejersken, at bruge evidensbaseret viden i forhold til lejring i praksis. Og når der ikke findes

retningslinjer for lejring, med hvilken faglig baggrund lejrer sygeplejerskerne så patienterne som de gør? På baggrund af viden om vigtigheden i at lejre, samt en oplevelse af manglende videreformidling af denne viden, er opgavens problemformulering udformet.

4.0 Problemformulering

Hvilke overvejelser oplever sygeplejersken, at der ligger til grund for hendes valg af lejring til patienten på en intensiv afdeling?

4.1 Begrebsafklaring

Sygeplejersken: En uddannet intensivsygeplejerske ansat på en intensiv afdeling.

Lejring – Det er den måde en borger/patient positioneres i sengen. Dvs. den stilling patienten ligger i.

Patienten på en intensiv afdeling – kritisk syg, immobil, mild grad af sedering.

5.0 Litteratursøgning

I dette afsnit, vil der blive redegjort for litteratursøgningsprocessen samt hvilke fund, der blev gjort i processen.

Projektet referer til artikler, tidsskrifter, bøger og kapitler fra bøger. Disse er fundet gennem litteratursøgning i primært tre faser, som er beskrevet herunder.

I den indledende fase blev der foretaget en bred litteratursøgning, hvor der blev søgt efter bøger, artikler og andet materiale på biblioteket samt dets hjemmeside. Der blev søgt på bøger, som indeholdt intensiv sygepleje, søvn, respiration samt forskning i sygepleje. Derudover blev der fundet bøger med emner som spørgeteknikker, forskning i sygepleje og etik. Bøgerne har været på norsk, dansk eller engelsk. Første fase indeholdte også korrespondance med Vendlet ApS, der havde anvendelige forskningsbaserede artikler.

I anden fase blev der foretaget en bredere fritekstsøgning på flere internationale databaser. Disse databaser var Cinahl, Cochrane og PubMed. Dette blev gjort ud fra viden om, at det naturlige

sprogbrug kan være flertydigt og, at søgemaskinerne kun søger på bogstavkombinationen og ikke synonymer (Buus et al. 2008 s. 3).

I tredje fase blev der foretaget en systematisk litteratursøgning af flere gange, fortrinsvis foretaget på engelsk og gennemført via kontrollerede emneord i CINAHL og PubMed. Der er efterfølgende foretaget en bloksøgning, hvor der er anvendt en fritekstsøgning, som blev korrigeret af de boolske operatører "OR", ""AND" og "NOT" samt trunkeringer. I denne søgning, blev det blandt andet fundet, at 'Intensive Care Unit' tit blev forkortet til 'ICU' og at 'positioning' i flere tilfælde var lig 'mobilization'. Der blev i søgningen fundet, at mange af de udgivne tidsskrift artikler både af helt nye dato, men også ældre artikler, omhandlede lejring i forhold til at forebygge decubitus.

Igennem hele søgeprocessen er problemstillingen ændret. Der blev fundet materiale, der allerede afdækkede den første problemstilling, og derfor er der søgt efter en mere u belyst del af problemet. Det har været en dynamisk proces, hvor litteratursøgningen har været medvirkende faktor til, at problemstillingen er blevet lavet om. Grundlaget for dette, har været et mål om, at producere ny viden, da dette er det egentlige formål med akademisk arbejde (ibid + Karlsson, 2014). Gennem hele processen er de forskningsbaserede artikler blevet kritisk vurderet (Markussen, 2004 + Habicht, 2015). De kvalitative forskningsartikler er vurderet ud fra VAKS, der primært fokuserer på fire aspekter: Troværdighed, konsistens og transparens (Høstrup et al, 2009). Denne vurdering er også opstillet i andet empiri (Brown, 2012 kap 3 + Brinkmann, 2015 kap 25).

6.0 Fremgangsmåde

I følgende afsnit vil fremgangsmåden for udførelsen af projektet blive fremstillet.

For at undersøge, hvilke overvejelser sygeplejersken oplever, der ligger til grund for hendes valg af lejring af patienten på en intensiv afdeling, vil der i projektet blive brugt en kvalitativ metode i form af semistruktureret interview (Christensen, 2011). Den kvalitative metode oprinder fra den humanvidenskabelige tradition og har til formål, at studere individers personlige erfaringer med et bestemt fænomen (Henricson et al. 2014). Kvalitativ forskning bruges primært indenfor de humanistiske, samfundsvidenskabelige, sundhedsvidenskabelige og naturvidenskabelige områder,

og er opposition til de kvantitative forskningsmetoder (Brinkmann et al. 2015 s.13). I dette projekt er formålet at undersøge tre intensivsygeplejerskers erfaringer.

I bearbejdelsen af undersøgelsen vil der blive brugt en induktiv tilgang i form af en hermeneutisk analysemetode. Den induktive tilgang ses i henhold til, at der tilstræbes at danne et svar på problemformuleringen ud fra personlige beretninger (Priebe, 2014).

7.0 Videnskabsteoretiske overvejelser

I dette afsnit redegøres der for de videnskabsteoretiske overvejelser samt for udvalgte begreber indenfor videnskabsteorien. Efterfølgende vil dataindsamlingsformen samt overvejelser omkring projektet blive beskrevet.

Projekt tager udgangspunkt i et hermeneutisk perspektiv i form af et kvalitativt forskningsdesign. Det kvalitative forskningsdesign beskæftiger sig bl.a. med fortolkning af menneskets kultur, åndsliv, levevis mm. I et kvalitativt forskningsdesign undersøges menneskets subjektive erfaringer/tanker/holdninger til et fænomen, som i dette tilfælde er lejring af den intensive patient (Henricson et al, 2014). Ved det kvalitative forskningsdesign påvirker forskerens ontologi og epistemologi selve paradigmet, som ligger til grund for undersøgelsen. Et paradigme kan betegnes som et normsystem eller mønster, der er afgørende for, hvordan undersøgelsens videre forløb bliver (ibid).

7.1 Hermeneutik

Den moderne hermeneutik er grundlagt af den tyske filosof Hans-Georg Gadamer (1900-2002), som mener, at vores for forståelse er en række fordomme, han kalder for forståelsehorisonten. Det er med forståelsehorisonten, vi fortolker verden (Birkler, 2010). I projektet vil den hermeneutiske tilgang ses ved, at jeg sætter min for forståelse på spil og prøver at danne en ny forståelse. (Friberg et al, 2014).

Hermeneutik kan oversættes indirekte til *læren om forståelse* eller *fortolkningskunst* og beskæftiger sig med kunsten at tolke, samt anskue de muligheder og problemer, der kan opstå når der tolkes (Thornquist, 2006 s.9-13). I hermeneutikken refereres der som regel til to hovedtraditioner: Den traditionelle hermeneutik, der primært er metodeorienteret samt den

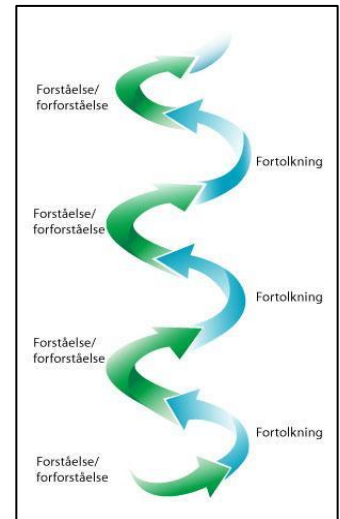
filosofiske hermeneutik, som er optaget af de ontologiske spørgsmål (ibid).

Den hermeneutiske videnskab bygger primært på tre centrale begreber:

Forforståelse, horisontsammensmeltning og den hermeneutiske spiral (Friberg et al. 2014). Den hermeneutiske spiral er et udtryk for, at vi forstår delene ud fra helheden og helheden ud fra delene (Ebdrup, N, 2012).

I praksis betyder det, at hver gang vi opnår en forståelse af virkeligheden på baggrund af en fortolkning, ændres vores opfattelse af helheden.

Horisontsammensmeltning beskriver Gadamer som opståelse af en ny forståelse i mødet mellem to horisonter. På den måde mødes to forskellige horisonter og der dannes en ny forståelse, da det ene individ sætter sig ind i den andens horisont (Friberg et al. 2014).



Den hermeneutiske spiral

Ordet forforståelse er, som tidligere nævnt, et centralt begreb i hermeneutikken og bunder ud i vores antagelser, viden og forestillinger om bestemte områder. I projektet har jeg en forforståelse om, at sygeplejersken ikke lejrer patienterne ud fra evidensbaseret videnskab, men på baggrund af indforståede regler i personalegruppen. En sådan forforståelse kan blive en udfordring, da det er en fordom jeg har. Omvendt kan det også være en fordel, i forhold til mit kvalitative forskningsprojekt, da det er en forkundskab, der kan hjælpe mig på vej til en ny forforståelse (Ibid, 2014). Når et nyt emne undersøges, hvor der allerede er en forforståelse, kan den nye viden om emnet skabe en ny forforståelse. Måden hvorpå jeg har sat min forforståelse i spil, for at danne mig en ny forståelse, er ved at lave åbne spørgsmål i min interviewguide. Spørgsmålene er neutrale, og jeg mener ikke, at jeg har påvirket informanterne med min spørgemåde (bilag 7).

7.2 Valg af dataindsamlingsform

Der er i projektet anvendt en kvalitativ tilgang. Specifikt for den kvalitative metode er, at den søger nuancerede redegørelser for menneskers livsverden og ikke tal (Kvale, 2015 s.50-51). Den kvalitative metode vil i dette projekt ses som et semistruktureret interview, der ifølge Kvale, kan ses mere eller mindre som en hverdagsamtale, dog med et formål, der indebærer en særlig tilgang og teknik (ibid). Et semistruktureret interview søger at forstå udvalgte temaer fra hverdagen, set ud fra informanternes perspektiver, og i dette tilfælde vil det undersøge tre sygeplejerskers oplevelser.

Interview formen udføres i overensstemmelse med en, af forskeren, udformet interviewguide. Interviewguiden er et redskab, hvor forskeren har opstillet en række temaer (forskningsspørgsmål) og ud fra dem udformet en række åbne spørgsmål (interviewspørgsmål) og derefter lavet en række støtteord (ibid). Interviewet bliver som regel udført som en samtale, hvor interviewguiden bruges som støtte, og hvor det ikke er afgørende, i hvilken rækkefølge spørgsmålene stilles, eller temaerne tages op (ibid). Valget om dataindsamlingsformen, er truffet ud fra viden om, at der ved et semistruktureret interview er mulighed for at høre informantens egne erfaringer med emnerne i interviewguiden (Danielson, 2014). Derudover får forskeren med et semistruktureret interview muligheden for at åbne op for emner, der ellers ikke var tiltænkt at skulle have betydning. Dog kan forskeren ved hjælp af interviewguiden stadig holde sig til sagens kerne (ibid).

Interviewene er fortaget med udgangspunkt i Thomsen og Brinkmanns retningslinjer. Dette for at sikre, at informanten giver de mest sandfærdige svar (Thomsen, 2009). Retningslinjer har blandt andet til formål at sikre, at informanten får tid og plads til at give de mest levende svar, som er så tætte på deres livsverden, som muligt (bilag 3). Et semistruktureret forskningsinterview kan være et omfangsrigt projekt, og som uerfaren forsker kan det være belejligt at have en rettesnor i forbindelse med processen. Der er derfor til dette projekt brugt Kvaes guide "Syv faser af en interviewundersøgelse", for at sikre en optimal proces i udarbejdelsen af undersøgelsen (Kvale, 2015 s.154-155) (bilag 4).

7.3 Valg af informanter

Undersøgelsen udføres på en intensiv afdeling på et større Universitetshospital i Danmark, og inkluderer tre specialuddannede intensivsygeplejersker ansat på afdelingen. Inklusion og eksklusions kriterierne er:

Inklusionskriterier:

Uddannet intensivsygeplejerske.

Arbejdet på afdelingen min. 2 år.

Have blandet dag-, aften- og nattevagter.

Skal kunne tale og forstå dansk.

Eksklusionskriterie:

Må ikke have specielle funktioner på afdelingen ift. kvalitetssikring.

7.4 Præsentation af informanter

Sygeplejerske A: Mellem 35-45 år. Har arbejdet på Intensiv afdeling i 15 år, og er uddannet intensivsygeplejerske i 2000. Har erfaring fra kardiologisk speciale og har arbejdet i udlandet.

Sygeplejerske B: Mellem 45-55 år. Har arbejdet på Intensiv afdeling af to gange. Første gang i 1990'erne i tre år. Dernæst fra 2008 og til nu. Er uddannet intensivsygeplejerske i 2011 og har erfaring fra obstetrisk speciale.

Sygeplejerske C: Mellem 35-45 år. Har været sygeplejerske i 13 år og har to års erfaring fra alment medicinsk sengeafsnit. Har været uddannet intensivsygeplejerske siden 2007.

Af hensyn til sikring af sygeplejerskernes anonymitet, er alderen ikke præcist nedskrevet i projektet.

8.0 Juridiske og etiske overvejelser

I følgende afsnit vil de juridiske og etiske overvejelser omkring undersøgelsen blive beskrevet.

Der er af UCSYD udgivet konkrete etiske retningslinjer, som indeholder stykker fra "Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter" og "Persondataloven". De juridiske retningslinjer stiller krav til indholdet i en samtykkeerklæring til informanterne. De førnævnte love har begge til hensigt, at sikre sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter udføres etisk forsvarligt og, at persondata behandles korrekt (Kjellström 2014). Persondataloven beskytter informanten fra at opgive personinformationer, der er udover, det formål de ønskes til brugen af (Kap 4 §5 stk. 2). Derudover foreskriver loven, at der kun må bruges persondata, hvis der er givet udtrykkeligt samtykke fra informanten (Kap 4 §6). Loven om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter handler om at sikre informanternes rettigheder, sikkerhed og velbefindende. Den fordrer blandt andet, at der aldrig må søges at tilvejebringe ny viden eller undersøges eksisterende viden på bekostning af informanterne (Kap 1 §1). På baggrund af ovennævnte bestemmelser, har jeg udformet en samtykkeerklæring til de involverede sygeplejersker. Derudover er der indhentet skriftligt

tilladelse fra afdelingssygeplejersken til at foretage undersøgelsen. Alle informationer er givet såvel skriftligt, som mundtligt (bilag 5 +6).

9.0 Faglig bearbejdning

Dette afsnit vil indeholde en hermeneutisk analyse, samt begrundelse for den valgte analysemetode.

9.1 Valg af analysemetode

Der er til dette projekt valgt en hermeneutisk analysemetode, dette er gjort på baggrund af, at der ved den hermeneutiske analysemetode ønskes at opnå en forståelse. Forståelsen dannes ud fra en analyse af empiri, som i dette tilfælde vil være de semistrukturerede interviews med tre intensivsygeplejersker. Det tilstræbes med analysemetoden at danne en forståelse af, hvorledes sygeplejersker oplever, at de begrundet valget af lejringen af den intensive patient. Ved at forstå dette, vil jeg automatisk danne en ny forståelse, som vil ligge til grund for dannelsen af en ny forforståelse (Friberg, 2014 + Gunnarsson et al., 2014). Der springes i analysen frem og tilbage mellem det at forstå og forklare, og dette er grundtanken for den valgte hermeneutiske analysemetode (ibid).

Når der udarbejdes en hermeneutisk analyse, sker det ud fra princippet helhed-dele-helhed, og består af flere skridt. I dette projekt vil analysen bære præg af Dahlager og Fredslunds hermeneutiske analysemetode, som i sin enkelthed består af fire trin:

1. Helhedsindtryk.
2. Identificering af meningsbærende enheder.
3. Operationalisering
4. Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning (Dahlager et al. 2011 s.175-177).

Trin nummer 1, Helhedsindtryk består i at finde frem til interviewenes helhed. Dette er sket ved at transskribere de tre interviews og efterfølgende udarbejde en meningskondensering.

Meningskondenseringen ender ud i flere meningsstrukturer, som er små temaer, der er dannet ud fra de meningsbærende enheder i transskriberingen.

Trin nummer 2, Identificering af meningsbærende enheder består i at finde frem til essentielle temaer for interviewet. Hvilke temaer gik igen og hvilke temaer kan knyttes sammen til få

meningsbærende enheder? I dette projekt blev teksten bearbejdet og der kom i alt 19 meningsbærende enheder frem.

Trin nummer 3, Operationalisering består i at ændre de meningsbærende enheder til temaer. Dette sker ved at sammenholde og sammenligne enhederne. Her lappede flere af enhederne over hinanden og jeg kunne dermed sammensætte dem til 4 temaer, som er beskrevet senere i opgaven.

Trin nummer 4, Rekontekstualisering og hermeneutisk fortolkning. Her er spørgsmålet ikke længere, hvad empirien (interviewene) siger, men hvordan det kan opfattes i henhold til at give svar på problemformuleringen. Når dette trin bliver udført, bevæger forskeren sig fra det specifikke til det generelle, hvilket betyder, at forskeren bevæger sig fra tekst til kontekst og opnår en forståelse af delene ud fra en større helhed (ibid).

9.2 Helhedsindtryk

For at danne et helhedsindtryk, er datamaterialet for de semistrukturerede interviews transskriberet. Dette er fase 4 i Kvaless "syv faser i en interviewundersøgelse", og handler om at få det sagte skrevet ned til tekst (Kvale, 2015 s.235). Der er flere ting, at være opmærksom på ved denne proces, hvilket i den hermeneutiske tradition beskrives ved at *oversættere er forrædere* (ibid). Det er vigtigt at være kritisk når der transskriberes og huske på, at interviewet er en levende begivenhed, hvor tempo, pauser, tonefald og kropssprog også har en betydning for det sagte. Der er mange ting ved et interview, der kan være svært at gengive ved en transskribering, især ironi kan være svært at videreformidle i skrevet tekst.

Transskriberingen af interviewene er foretaget af projektets forfatter og er gjort i dagene efter interviewenes udførelse. Transskriberingen er skrevet ordret, ord for ord med registrering af væsentlige lange pauser, samt 'øh' og forlængelser af vokaler, som f.eks. *Jaaaamen*. Interviewene er ikke transskriberet med henblik på konversationsanalyse, men er skrevet ordret ned, for bedre at kunne finde frem til helheden (ibid). En forståelse af helheden for interviewet er dernæst blevet tydeliggjort yderligere ved gennemlæsning af den transskriberede tekst.

9.3 Identificering af meningsbærende enheder

Efter transskriberingen af interviewene, blev der foretaget en meningskondensering.

Meningskondenseringen blev udarbejdet ved en systematisk gennemgang af hvert enkelt svar fra de interviewede. Interviewene blev herefter inddelt i naturlige meningsenheder, hvorefter de væsentligste udsagn blev lavet om til små sætninger; meningsbærende enheder. Der fandtes i alt 19 meningsbærende enheder, der var en sammensmeltning af de tre interviews:

- | | | |
|--|--|--|
| 1. Fagligheden er høj | 8. Anatomisk korrekthed | 15. Mange nye tiltag |
| 2. Plads til refleksion | 9. Kontinuerlig pleje | 16. Søvn over lejring |
| 3. Patienten har sjældent ro | 10. Ukorrekt lejring en del af hverdagen | 17. Patienter er tit lejret forkert |
| 4. Lejring afgørende for den intensive patient | 11. Anti-decubitus lejring | 18. Der skal tages hensyn til monitoreringen |
| 5. Patienterne skal være trygge | 12. Decubitus dræber | 19. Man lejrer som man selv ligger bedst |
| 6. Søvn har stor betydning | 13. 2 timers reglen | |
| 7. Dokumentation | 14. Personlige erfaringer | |

Derved blev essensen af interviewene fundet, og der kunne arbejdes videre med operationaliseringen.

9.4 Operationalisering

I operationaliseringen blev de meningsbærende enheder fra meningskondenseringen snævret yderligere ind. Her blev de sammenstillet og opvejet i forhold til at ende ud i temaer, der senere kan bruges i analysen til at besvare problemformuleringen. Der blev efter en nøje gennemgang fundet frem til følgende 4 temaer for analysen:

1. Høj faglighed	2. Patienten har sjældent ro	3. Lejring er vigtigt	4. Søvn prioriteres højt
------------------	------------------------------	-----------------------	--------------------------

Disse fire temaer er fremkommet ud fra gennemgående meningsenheder i meningskondenseringen, som jeg mener vil fungere bedst i forhold til at få besvaret problemformuleringen.

I denne del af analysen er der dannet et samlet overblik over de indsamlede data. Dette er gjort ved, at gennemlytte alle tre interviews, samtidigt med at læse transskriptionerne.

Transskriptionerne er udskrevet, og væsentlige citater, der underbygger de udvalgte temaer fra operationaliseringen, er blevet highlightet. Det er på denne måde blevet bekræftet, at de valgte temaer har citater, der understøtter dem. Når resultaterne for denne interviewundersøgelse bliver fremstillet og fortolket, vil det foregå ved hjælp af udvalgte citater fra alle tre interviews. Citaterne vil nogle steder være taget ud af en sammenhængende tekst, hvilket vil være markeret: (...).

Transskriberingen er, som tidligere nævnt, skrevet ordret ned og fyldord som *øh* og *mmh* er også nedskrevet. I de fremstillede citater til brug i analysen, vil disse fyldord være sorteret fra, medmindre de har en væsentlig betydning for sætningen.

9.5 Høj faglighed

Sygeplejerskernes svar på emnerne omhandlende evidens, er alle meget ensartede. Der er spurgt ind til, hvorledes de anvender kliniske retningslinjer i deres daglige arbejde. Alle tre sygeplejersker berettede, at kliniske retningslinjer og i det hele taget brugen af nyeste evidens var meget vigtigt, i forhold til at kunne arbejde som intensivsygeplejerske. Afdelingen har stort fokus på at implementere nye tiltag, da de ønsker at yde sygepleje ud fra nyeste evidens. Spl. A siger:

"Det er en afdeling, der er hele tiden er meget sådan; hvad for noget er nyt? Hvordan skal vi følge den her retningslinje og hvordan får vi nye ting implementeret? Det er jo ikke altid lykkedes i første hug vel? Men vi er altid meget sådan med; hvordan vi får det med ind i vores hverdag".

Sygeplejerskerne fortæller, at de gennem deres uddannelser er klar over, at arbejdet med evidens er yderst vigtigt for deres fag. Deres udsagn vidner om, at det er noget de bruger hver dag, men at mange af dem også efterhånden er blevet en vane for dem. Deres høje faglighed kommer især til udtryk, når der snakkes om retningslinjerne, hvor spl. C udtaler:

"Og hvis jeg gør det efter de kliniske retningslinjer, er jeg i hvert fald sikker på, at det jeg gør er rigtigt. Så er jeg på den sikre side. I hvert fald juridisk set, men jeg forholder mig kritisk til dem".

Den høje faglighed blandt sygeplejerskerne kommer her til udtryk ved, at sygeplejersken til trods for en retningslinje stadig tillader sig, at forholde sig kritisk til indholdet. Spl. A svarer følgende på spørgsmålet: Stiller I jer også kritisk i hverdagen til de retningslinjer, der nu er?:

”Der kommer nok nogen ned på mit kontor 15 gange i løbet af en dag, og siger hvad med det og hvad med det og hvad med det. Skal der godt nok vand ned i den, skal den fugtes? Så ja, det vil jeg sige at vi gør. I høj grad”.

Derved bekræfter spl. A altså, at der blandt sygeplejerskerne på afdelingen er en høj grad af faglighed og en reflekterende tilgang til sygeplejen. Det er også tydeligt under alle tre interviews, at sygeplejerskerne nærer en vis tiltro til, at det der er aktuelt også nok skal blive taget op til diskussion. Alle tre sygeplejersker fortæller således, at der en dag i hver uge er en mindre konference blandt personalet, hvor blandt andet reviderede kliniske retningslinjer bliver taget op.

Efter at have udført interviewene, samt været i to kliniske praktikker, begge på intensiv afdelinger, er det min opfattelse, at intensivsygeplejersker er fagligt dygtige og engagerede. Sygeplejerskerne søger altid ny information og med et videns begær kommer automatisk også viden. Spl. A fortæller:

”Og det er vi også gode til, der er ikke nogen, der bare sådan lige. Sådan noget som pigline f.eks., som man ikke ser ret tit, er der ikke nogen der siger: ”Jamen det gør vi bare sådan cirka”, det er ikke noget man bruger så meget. Vi er meget vant til at søge ny information hele tiden”.

Spl. A fortsætter:

”Intensiv sygeplejerske er meget, meget spørgende om alt ting. Plejer er ikke noget der hersker stort her (...) Hele tankegangen ved dem der arbejder her. De er hele tiden sådan: ”hvordan kan vi gøre det her bedre”? Og forholder sig kritisk. ”Vi gjorde jo sådan før, så hvorfor gør vi sådan her nu? Hvorfor er det her bedre end det andet”? Sådan er det hele, det kører hele tiden sådan her”.

Det er altså, i følge sygeplejerskerne på afdelingen, meget vigtigt for dem, at være opdateret med den nyeste viden og implementere de nyeste undersøgelser. I interviewet forklarer spl. A, hvorledes de blandt andet har implementeret et nyt tiltag om fuld afdækning ved anlæggelse af CVK, og at de på den måde sparer over 2000 liv om året. Alle sygeplejersker lægger dog heller ikke skjul på, at der er nogle retningslinjer, der bliver brugt mere end andre. For to af sygeplejerskerne

skyldes dette, at det er retningslinjer, som de arbejder ud fra hver dag og som de derfor ikke behøves at tænke over længere. For en anden af sygeplejerskerne er det mere et spørgsmål om, hvad der er vigtigt. Således udtaler spl. A:

”Der har vi jo nogle, som vi er rigtig, rigtig gode til at følge, næsten fuldstændig slavisk. Og det er alt hvad der omkring invasiv adgang at gøre. Altså alle indstiksstedet, CVK, katetre og alle steder hvor man stikker ind i en patient. Rør, tuber alt sådan noget”.

9.6 Patienten har sjældent ro

Hvordan ser et typisk døgn ud for en patient på intensiv? Dette spørgsmål var der stor enighed om i besvarelserne. Alle sygeplejersker fungerer både i dag-, aften- og nattevagt. De er derfor alle kvalificerede til at svare på, hvordan døgnen former sig i sin almindelighed. Et døgn for en patient på en intensiv afdeling er lang. Meget lang. Spl. A siger, efter at have ridset dagens aktiviteter for patienten op, følgende:

”Så de har en rigtig hård dag. De har en arbejdsdag, som vi andre aldrig har prøvet det i hvert fald. Så for en almindelig intensiv patient så er det en rigtig, rigtig lang dag. Og den er rigtig, rigtig hård, fordi at bare den første mobilisering den plejer at tage det første pip fra dem ikke”?

Patienterne skal fra morgenstunden i gang med personlig pleje, så er der en masse medicin de skal have, de skal måske trænes af en fysioterapeut og så er der stuegang. Efter stuegangen er patienterne igen i gang. Der skal måske trænes med en ergoterapeut eller der skal skiftes plastre, tilses dræn eller cikatriser skal renses. Dernæst kan patienten hvile i en lille time, imens aftenvagten møder ind. Når aftenvagten møder ind, er patienten igen i berøring. Der skal måske mobiliseres, sengecykles eller anden aktivitet. Spl. C fortæller yderligere om dagen:

”Altså fra om morgenen så er der stuegang, personlig pleje så er der fys, ergo, samtidigt så er der besøg. Så der sker faktisk ret meget omkring patienten om dagen. De får i hvert fald ikke særlig meget ro. De bliver vækket og rørt hele tiden og øh, undersøgt”.

Der er en bred enighed blandt de interviewede sygeplejersker om, at afdelingen ikke hedder intensiv for ingenting. Der er intensiv pleje, og det er hele dagen. Patienten har sjældent ro og der er altid en form for uro omkring dem. Uroen kommer til dels fra alle de aktiviteter, der foregår i løbet af dagen, men også fra monitoreringen. Spl. B fortæller:

”Alle vores alarmer, alt lys og lyd men det er jo noget vi skruer ned for til natten. Men det er ikke noget vi helt kan undgå. Men vi forsøger hvis vi ved det er en stabil patient, så forsøger vi jo at minimere vores gang inde på stuen om natten ikke”?

Der er altså heller ikke om natten ro for patienterne og det kan være derfor, at spl. A mener, at patienterne har en arbejdsdag så hård, at vi andre aldrig har prøvet noget lignende. Det kan selvfølgelig være svært at sætte sig ind i helt præcist, hvor hård dagen er, men alle sygeplejersker er enige om, at den er fuldt belagt med opgaver. Flere udsagn fra alle tre sygeplejersker underbygger i høj grad den betragtning, at patienten på en intensiv afdeling sjældent har ro. Så skulle man jo tro, at denne aktivitet kun foregår om dagen, hvor patienterne alligevel er vågne. Men sygeplejerskerne fortæller alle, at det på en intensiv afdelingen ikke kan undgås, at der også er en vis mængde aktivitet om natten. Således fortæller spl. B:

”Alle vores alarmer, alt lys og lyd. Men det er jo noget vi skruer ned for til natten. Men det er ikke noget vi alligevel helt kan undgå”.

Spl. C underbygger denne udtalelse:

”For selvom der er mørkt om natten, så er der stadig alle display, apparatur og det og det giver alligevel meget lys”.

Her fremgår det altså, at der heller ikke om natten er ro omkring patienterne. Godt nok er uroen ikke af fysisk medinddragelse eller deltagelse for patienten, men af en lidt mere perifer uro i form af lys- og lydkilder. Disse forstyrrelser om natten, kan være afgørende for om patienterne kan få sovet om natten. Det er jo meget forskelligt, hvordan vi mennesker bedst finder ro, men med min baggrundsviden omkring søvn, fordrer lys og lyd ikke ligefrem til et godt miljø for en god søvn (Milsted et al. 2010).

9.7 Søvn prioriteres højt

I forhold til tidligere afsnit omhandlende patientens meget lange dag og det høje niveau af aktiviteter og uro i løbet af dagen, er det oplagt at spørge ind til, hvorledes sygeplejerskerne oplever, at patienterne får lov til hvile og søvn. Ifølge to af sygeplejerskerne på afdelingen, prioriteres søvnen for patienterne højt. Faktisk rigtig højt. Således udtaler spl. A over flere gange:

"Ellers prioriterer vi søvn over alt andet".

"Om natten stopper vi lægerne i døren, vi stopper pårørende i døren, uden at blinke".

"Vi prioriterer søvn over alt andet, men decubitus er vi nødt til at prioritere over".

Søvnen er altså, ifølge spl. A, et punkt, hvor de på intensiv er meget opmærksomme på, at give patienterne de bedste forhold. Sygeplejerskerne fortæller dog alle, at der ikke som sådan er nogle teknologiske tiltag, der kan hjælpe med at fremme en uafbrudt søvn for patienterne.

Sygeplejerskerne har selv lavet tiltag, for at forstyrre patienterne så lidt som muligt på stuerne om natten. Blandt andet fortæller spl. C, at de har en aftale om, at hvis en patient skal have medicin kl.24 og klokken 02, gives det samlet kl.01, for at undgå at forstyrre patientens søvn.

Sygeplejerskerne fortæller, at de om aftenen dæmper alt uro, der har været omkring patienten om dagen. Dette kan både være uro i form af lys, men også uro i form af lyde. Alle sygeplejersker gengiver vigtigheden af, at patienterne ikke forstyrres unødigt i løbet af natten og spl. C udtaler således at:

"Hvis jeg kender patienten og patienten er stabil, går jeg kun ind hver anden gang eller hver tredje gang på stuen. Så jeg ikke forstyrrer deres søvn. Søvn er jo vigtig for en intensiv patient".

Da spørgsmålet lyder på, hvor vigtigt de synes søvn er i forhold til ting som medicinering og ernæring, er der også en del enighed om, at den er på samme niveau som begge dele, men at det ikke altid kommer til udtryk i praksis. Således kan det være sværere for personalet at sikre sig, at patienterne sover, end at de f.eks. får den optimale ernæring eller medicinering. Søvn er jo ret svær at vurdere i sin almindelighed, men endnu sværere at vurdere ved en patient, som måske i nogen grad er medicinsk sederet og derfor har nedsat tonus og bevægelsefrihed. Der er ingen tvivl om, at de tre informanter er vidende om, hvor vigtigt søvn er for den intensive patient og, at der er fokus på sygeplejefaglige interventioner for at forstyrre dem mindst muligt om natten.

Sygeplejerskerne oplever dog også, at det kan være svært at have indflydelse på, hvor længe patienterne får lov at sove, og hvornår på dagen der er ro til det. Dette hænger blandt andet sammen med skiftende 8 og 12 timers vagter og portørrunder. Her fortæller spl. C at:

"Vi har 12 timers vagter, vi arbejder fra 7 til 19 og fra 19 til 7. Og når jeg arbejder fra 19 til 7 så kan jeg selv vurdere, hvornår patienten skal puttes og det, så får de lov til at sove fra klokken ti eller

tolv eller ti eller elleve. Men altså når vi har otte timers vagter og nattevagter, der begynder klokken 23 og så skal man først kontrollere stuen, apparatur og patienten samt alt medicin. Så bliver det strukket til tolv-halv et og så kommer portørerne, og så er det tit, at patienten først får sin sovetablet klokken et-halv to og så går vi i gang igen kl.5 med morgen arbejde”.

Der er ingen tvivl om, at der fokuseres mere og mere på søvn som en del af restitutionen på denne intensiv afdeling. En af sygeplejerskerne nævner, at søvn i vedkommendes optik, er ved at være på stadie med, hvad ernæring var for 10 år siden. Her refererer hun til, at fokus på søvnens egenskaber i et rehabiliterende forløb er mere og mere synlige. En udtalelse fra spl A underbygger også denne påstand:

”Jeg giver mig ikke til at pille ved noget. De gamle dage, da jeg startede på intensiv, der skiftede man jo infusionsæt, det var nattevagtsarbejde, sådan. Og det er jo uddødt for længst, ikke også”?

Det er netop denne trang til ny viden blandt sygeplejerskerne, optimering af forløb for patienterne og sikring af vitale ting som søvn og hvile, der bringer analysen frem til næste tema, som er lejrning.

9.8 Lejrning er vigtigt

Patienterne på intensiv er syge. Meget syge. Et ophold på afdelingen, er derfor ikke ensbetydende med gåture op og ned af gangen med en fysioterapeut tre gange dagligt. Som patient indlagt på en intensiv afdeling, bruges der meget tid i sengen. Det er derfor et område, der burde være genstand for megen opmærksomhed. Sygeplejerskerne fortæller, at de på afdelingen har en regel om, at de lejrer patienterne hver anden time. Deres argumentation, er at de kan holde øje med, hvordan lejringsmønsteret har været. For at hjælpe patienterne med at sove bedst muligt har de et redskab, som de bruger til alle indlagte, således fortæller spl. B:

”Men vi har et skema de pårørende udfylder, hvor de fortæller, hvordan patienten normalt sover og om der skal være varmt eller koldt i lokalet, dyne eller tæppe, hovedpude eller uden”.

Sandsynligheden for, at patienter indlagt på intensiv, er intuberet eller tracheostomeret, er stor. Ved disse indgreb, er der retningslinjer på intensiv, der beskriver, at hovedgærdet skal være eleveret 30 grader. Her forklarer spl. A, hvordan det kan være en udfordring i forhold til at få sovet:

"Men det er jo også svært, hvis man er vant til at ligge helt fladt og de så kommer herind og skal sidde op ikke også? (...) Det er rigtig svært ikke? Der er mange hensyn tage ift. det. (...) Men har man været herinde lang tid, så går vi mere på kompromis med det ikke? For det er klart, at som tiden går er det mere og mere vigtigt at de får lov at sove om natten ikke? For selvfølgelig kan man måske godt klare sig et par dage uden men man kan jo ikke klare sig to måneder uden at sove godt vel"?

Ud fra denne udtalelse, er det altså tydeligt, at sygeplejersken kender til vigtigheden af søvn, og under interviewet finder vi ud af, at det kræver en ordentlig liggestilling, for at kunne sove godt.

Vigtigheden af en god lejring i forhold til at kunne sove godt om natten, er alle tre sygeplejersker enige om er ret essentiel. Under interviewet, blev alle tre sygeplejersker bedt om at vurdere, hvor vigtig lejring var ift. at kunne sove. Her blev de bedt om at svare med et tal på en skala mellem 1 og 10, hvor 1 var 'slet ikke' og 10 var 'alt afgørende'. Sygeplejerskernes svar på spørgsmålet var som følger:

Spl. A: *"Den er nok. Den er høj. 8-9 stykker vil jeg gætte på"*.

Spl. B: *"Øh, jamen hvis du ikke ligger godt, så kan du ikke sove. Så så. Jeg er oppe på en 8-9 stykker"*.

Spl. C: *"Så vil jeg sige det er 8. Ja, altså det er vigtigt ja"?*

Det er indlysende, at alle tre sygeplejersker fandt en god lejring essentiel for at kunne sove godt, og da jeg fra den tidligere analyse ved, at de er klar over vigtigheden ved søvn, vil jeg umiddelbart tænke, at der lå nogle gode overvejelser bag deres valg af lejring. Men sygeplejerskernes overvejelser omkring det at lejre deres patienter, er ikke så lige til. To af sygeplejerskerne har en del gode overvejelser over, hvordan de lejrer deres patienter, og fortæller lidt om, hvordan patienterne rent anatomisk burde ligge for ikke at lukke af for nerver og blodtilførsel. Men når de skal forklare, hvad en god lejring er for dem, kommer de lidt til kort. Her udtaler spl. C:

"En optimal lejring, det ville være som øh. Som jeg selv ligger".

Og siger igen cirka 20 sekunder efter:

"Men altså øh, jeg ligger jo patienten som jeg bedst ligger".

Spl. B svarer til samme spørgsmål om en optimal lejring:

"(...) Jeg skal have dem polstret, så jeg tænker, at der er ikke noget, der trækker i noget. Sådan så for at få dem til at ligge stabilt eller sådan noget. Ja ja, altså jeg ser jo sådan et sideleje for mig ikke? Jeg synes det er sådan en dejlig kramme stilling og man ligger så godt i den, he he".

Spl. C svarer: *"Vi prøver at lejre dem, så de selv synes de ligger godt".*

Det fremgår af deres svar, at den optimale lejring er en position, som den enkelte sygeplejerske selv har erfaringer med, er behagelig.

Sygeplejerskerne fortæller, at de oplever en del udfordringer i forhold til at vurdere, hvornår de bør lejre en patient i forhold til at prioritere om der skal tages hensyn til risikoen for decubitus eller om patienternes søvn og almene komfort skal prioriteres. De fortæller i starten af interviewet om brugen af evidens, og hvor vigtig evidensen er for deres udførsler af sygepleje til den intensive patient. Jeg spørger dem, om de på afdelingen har retningslinjer for, hvordan de lejrer deres patienter og svaret er entydigt. *Nej*. Da jeg spørger dem, om de har overvejet, hvorfor der ikke findes retningslinjer omkring dette, svarede alle tre, at det havde de faktisk ikke tænkt over. Der er ingen tvivl om, at alle tre sygeplejersker har gode overvejelser omkring lejring, men de fortæller også, hvordan de tit har oplevet, at patienterne har ligget lejret i stillinger, som har været meget "tåkrummende" at se på. Dette forklarer de med, at der på afdelingen ikke er retningslinjer for, hvordan patienterne lejres, og at det er en individuel beslutning. Deres overvejelser om lejring, kredser i gennem hele interviewet omkring emnerne; respiration, kredsløb og risikoen for decubitus; således udtaler spl. A:

"Nogen er meget sådan korthalede og det kan være rigtig svært at lejre dem, hvis de ikke selv kan give udtryk for noget eller hjælpe til. Og nogen er vant til at sove på maven, det kan man bare ikke ret godt i en respirator. Men vi lejrer efter principperne om anti-decubitus".

Sygeplejerskerne har flere udfordringer med monitoreringen af den intensive patient, og som og som spl. C så fint siger:

"Nogen sover altid på maven. Det er bare ikke ret optimalt, når man er fuldt monitoreret og i en respirator vel"?

I den afsluttende del af hvert interview, fik alle sygeplejerskerne lov til at tale frit samt stille spørgsmål til interviewet, og det virkede som om de foregående 20 minutters interview, havde fået især spl. C til at undre sig lidt:

”Altså jeg synes, at man generelt skal have lidt mere fokus på, hvor hyppigt man lejrer en patient, eller i hvert fald ændrer noget i lejrning. Og så kan det også bare være små justeringer. Og så skal man kigge til natten, og ikke nødvendigvis bruge de faste portørtider, men mere se på den enkelte. Så kan man sige; jamen er det så nødvendigt om han bliver lagt på siden nu? Eller kan det vente lidt. Så sådan... Lidt mere individuelt”.

10.0 Diskussion

I de kommende afsnit vil undersøgelsens fund blive diskuteret og der vil ligges et omsorgsteoretisk perspektiv på fundene i form af, inddragelse af Katie Erikssons teori om plejelidelse. Efterfølgende vil den valgte metode for undersøgelsen blive diskuteret.

10.1 Diskussion af fund

Fundene i min kvalitative undersøgelse tyder på, at sygeplejerskerne er meget velovervejede i deres måde at udføre sygepleje på. Når det kommer til spørgsmålet om, hvor vidt de prioriterer lejrningen som en del af sygeplejen og ikke mindst rehabiliteringsprocessen, er der dog en del af udsagnene, der kunne tyde på, at dette er et område, der mangler fokus. Om dette manglende fokus stammer fra en generel mangel på viden, eller om det er pga. tidspres eller andre faktorer er imidlertid ikke besvaret i denne undersøgelse. På baggrund af denne undersøgelse, min viden om korrekt lejrning samt mit samarbejde med Vendlet ApS, undrer det mig, at der ikke er udformet nogle overordnede retningslinjer for lejrning. Det undrer mig også, at der på intensiv afdelingen ikke er bedre redskaber til rådighed for sygeplejerskerne, som de kan anvende til lejrning af patienterne. Det kan virke helt absurd, at der gøres så meget for at holde patienterne i live, og samtidigt negligerer en så betydningsfuld ting som lejrning. Det er på baggrund af dette, at jeg vil inddrage den finske sygeplejeteoretiker Katie Erikssons teori om det lidende menneske. Katie Eriksson (herefter KE) stiller i sin bog ”Det lidende menneske” skarpt på lidelse som fænomen, både i forhold til, hvordan den opstår og hvordan den kan afhjælpes (Eriksson, 2012 s.22-28). Bogen beskæftiger sig med sygeplejerskens rolle i forhold til at hjælpe mennesket gennem en

lidelse, samt at finde en mening med denne. KE skriver om lidelse i sygeplejen og inddeler lidelsen i tre overordnet kategorier; sygdomslidelse, plejelidelse og livslidelse. De tre former for lidelse er ikke enestående, men lapper over hinanden i mere eller mindre grad. Det er især plejelidelsen, der ville være interessant at diskutere ift. fundene i mit projekt. KE beskriver plejelidelsen som:

”Den lidelse, der opleves i relation til selve plejesituationen” (Eriksson, 2012s.77 linje 1+2).

Plejelidelsen opdeler KE i yderligere fire kategorier;

Krænkelser af patientens værdighed, fordømmelse og straf, magtudøvelse og manglende pleje eller ikke-pleje. Det er især det sidste punkt, *manglende pleje eller ikke-pleje*, som er væsentligt i

forhold til fundene. Hvis sygeplejersken ikke kan se eller bedømme, hvad patienten har brug for, er der altså tale om plejelidelse i form af manglende pleje eller ikke-pleje (Eriksson, 2012 s.79-81).

Denne form for lidelse kan ses helt ned i de små forseelser og op til sjusk og direkte vanrøgt af patienterne. Det kan være svært at koble en direkte forbindelse til mine fund og plejelidelsen som begreb, men ud fra KE's beskrivelser af plejelidelsen, ses der dog en sammenkobling (ibid).

Sygeplejerskerne lejrer patienterne ud fra deres egne præferencer og de har svært ved, at bedømme, hvordan den enkelte patient bedst ligger i sengen. En stor del af plejen for en intensiv patient foregår i sengen, og det må derfor være essentielt, at de ligger godt. Ud fra fundene i min undersøgelse tyder det på, at sygeplejerskerne godt kan se, at der mangler nogle evidensbaseret retningslinjer for, hvordan de lejrer patienterne. Det kan dog imidlertid diskuteres, hvorvidt der er tale om manglende viden indenfor området, eller en bevidst forsømmelse af lejringen som en del af plejen. Det er min opfattelse, at de interviewede sygeplejersker vil deres patienter det godt, men at de til dels ubevidst udsætter dem for plejelidelse. Ud fra fundene i denne undersøgelse, kan årsagen tyde på at være manglende viden eller en nedprioritering af lejringen som en del af plejen.

10.2 Diskussion af metode

Det kvalitative forskningsinterview søger at forstå temaer i den levende dagligverden ud fra subjekternes egne perspektiver (Kvale, 2015 s.45). Formålet med dette projekt, var således at undersøge tre sygeplejerskers subjektive oplevelser. Det kvalitative forskningsinterview er ifølge Kvale, brugbart i forhold til at undersøge informanternes livsverden og i dette tilfælde sygeplejerskernes oplevelser. Det er med baggrund i problemformuleringen, at valget om det

semistrukturerede interview er blevet taget. Ifølge Kvale er det essentielt at se på kvaliteten af interviewet når forskeren er nået til vejs ende med sin undersøgelse (ibid). Kvaliteten af interviewet er afgørende for kvaliteten af den videre bearbejdelse af undersøgelsen, således har det altså stor betydning for resultaterne, at interviewet er konstrueret ordentligt fra begyndelsen. Et af forbeholdene for en kvalitativ undersøgelse er, at jeg som interviewer har en forudgående viden om emnet og, at jeg på baggrund af min eksisterende viden har konstrueret nogle spørgsmål, som viser, at jeg har en viden (ibid). Dette har jeg gjort med en bevidsthed om ikke at påvirke informanterne i en bestemt retning. Det er vigtigt at fastslå, at fundene i denne undersøgelse ikke nødvendigvis er sandheden, men er et produkt af forskellige meninger, holdninger og udsagn og altid ville kunne diskuteres. Det er derfor også påfaldende at spørge om disse fund fra min undersøgelse kan generaliseres? Et af målene med at forske, er netop at kunne overføre det ud over den begrænsede population, hvor undersøgelsen er foretaget (Preibe, 2014). Men det kan være svært at bedømme generaliserbarheden ved kvalitative studier, og ifølge en artikel udgivet af tidsskriftet SAGE Journals, er det vigtigste ved generalisering af kvalitative studier:

“What really matters is the quality of the original piece of research providing the platform on which generalization can be built” (Payne, 2005 s.297 linje 42).

Det er altså kvaliteten af undersøgelsen, der afgør hvorvidt den kan generaliseres. På baggrund af den korte tidsperiode og inddragelsen af kun tre informanter, vil jeg derfor sige, at min undersøgelse ikke kan generaliseres. Det bør dog nævnes, at Kvale beskriver generaliserbarhed i forhold til kvalitative undersøgelser. Han beskriver det som analytisk generaliserbarhed, og her handler det om at:

“Omhyggeligt overvejede bedømmelse af i hvilken udstrækning resultater kan anvendes på situationer der ligner, baseret på en vurdering af idiosynkratiske og fælles egenskaber ved disse situationer” (Roald, 2008 s.95 linje 14)

Det handler her om at bruge sin fornuft og logiske tænkning, for at analysere sig frem til om undersøgelsen kan generaliseres ud fra alle aspekter i den. Jeg vil mene, at hvis jeg ser på hele opgaven, måden den er udført på og baggrunden for den, at den kun i ringe grad ville kunne generaliseres. Igen med udgangspunkt i, at jeg kun har tre informanter og en kort tidsperiode, vil

undersøgelsen ikke nødvendigvis afspejle, hvorledes forholdene er på andre intensiv afdelinger i landet. Dog ville undersøgelsen kunne være optakt til en større undersøgelse indenfor området, især med tanke på den manglende nationale litteratur på området.

11.0 Konklusion

Formålet med denne undersøgelse, var at finde ud af, hvilke overvejelser sygeplejersken oplever, at der ligger til grund for hendes valg af lejring til patienten på en intensiv afdeling.

Det kan på baggrund af analysen konkluderes, at sygeplejersken oplever, at især hendes personlige erfaringer med liggstillinger påvirker hendes overvejelser omkring, hvordan hun lejrer patienterne. Det konkluderes ydermere, at de adspurgte sygeplejersker oplever, at deres overvejelser bunder i hensyntagen til patientens monitorering samt de pårørendes udsagn, om patientens habituelle liggstillinger til natten. Sygeplejerskerne oplever alle, at de udfører sygepleje ud fra nyeste evidens, og de er meget opmærksomme på netop at inddrage nyeste forskning i deres daglige arbejde. Det kan dog konkluderes, at der blandt de tre sygeplejersker også er et væsentligt hul, i forhold til at inddrage evidens til brug i deres overvejelser omkring lejring af patienterne. Det kan dog ikke konkluderes, hvorfor dette hul er tilstede og hvilke faktorer, der kan ændre det.

12.0 Perspektivering

Fundene i dette projekt har vist, at sygeplejersken ikke baserer deres valg af lejring på videnskabelig evidens, men snarere på personlige erfaringer. Der har under hele undersøgelsen ikke hersket nogen tvivl for mig, om, at de adspurgte sygeplejersker alle er enormt engagerede i deres arbejde. De bruger hele tiden nyeste evidens i deres arbejde, men alle giver udtryk for, at der i en vis grad er en kultur på afdelingen. Hvorvidt denne kultur er skyld i den manglende fokus på lejring, vides ikke. Det væsentligste problem kan være, at der ikke er nogen, som har fokus på lejringen som en del af restitutionen. De interviewede sygeplejersker er alle enige om, at søvn er vigtig for det syge menneske, og alle tre mener, at det absolut ikke er muligt at sove, hvis ikke der er opnået en god liggende stilling. Det er interessant og en smule foruroligende, at der ikke findes mere evidens om lejring, end der gør.

Jeg har gennem perioden for dette bachelorprojekt deltaget i et lejringsseminar ved Vendlet ApS, og det har i særdeleshed åbnet mine øjne for, hvad lejrning kan gøre for det syge menneske. Her var det ikke en salgs tale fra Vendlets side, men et foredrag fra flere faggrupper og mennesker, som har mærket, hvad lejrning har gjort for netop dem. Det kvalitative forskningsinterview har været en god måde, at få afdækket, at der altså ses et problem i praksis i form af manglende evidens. Det kunne være interessant at afdække fundene i et observationsstudie, for at få en anden vinkel. Det kunne samtidig være spændende at se, hvorledes lejrningen af patienterne foregår i praksis og derigennem belyse, hvilke udfordringer sygeplejerskerne møder i deres hverdag. Tænkes der i et endnu større perspektiv, kunne jeg håbe, at der i sundheds systemet snart kommer et større fokus på lejrning. Samt at der på sigt, ville blive udarbejdet kliniske retningslinjer på området, på samme niveau som der er kliniske retningslinjer for stort set alle andre procedurer på intensiv afdelingerne. Det at ligge i sengen, er trods alt en stor del af patienternes ophold på intensiv afdelingerne. Så hvad nu hvis vi kunne forkorte deres ophold ved noget så basalt, som at lejre dem optimalt?

13.0 Litteratur

- (1) Birkler, J, 2010, *Videnskabsteori – en grundbog* 1 udgave, 2 oplag. København: Munksgaard. Side 95 – 106 = 11 sider.
- (2) Boyko, Y, Ørding, H, Jennum, P, 2012, *Sleep disturbances in critically ill patients in ICU: How much do we know?* Acta Anaesthesiologica Scandinavica, no 56. Side 1-10 = 10 sider.
- (3) Brinkmann, S og Tanggaard L, 2015, *Kvalitative Metoder – en grundbog*, Hans Reitzels forlag: København, side 13-20 + 521-544 = 30 sider.
- (4) Brown Jo, S 2012, *Evidence-based nursing – the research-practice connection*, Jones and Bartlett learning, side 25-38 + 209-238 + 285-301 = 58 sider.
- (5) Buus, N, Tingleff, BE, Rossen, BC og Kristiansen, HM, 2008, *Litteratursøgning I praksis – begreber, strategier og modeller*, Sygeplejersken nummer 10, side 1-11= 11 sider.
- (6) Christensen, U og Nielsen, M og Schmidt, L, 2011 'Det kvalitative forskningsinterview' i Vallgård, S og Koch, L (red), Munksgaard Danmark: København, side 61-90 = 29 sider.
- (7) Dahlager, L og Fredslund, H, 2011. 'Hermeneutisk analyse' i Vallgård, S og Koch, L (red) *Forskningsmetoder i folkesundhedsvidenskab*, Munksgaard Danmark: København, side 157-182 = 25 sider.
- (8) Danielson, E, 2014 'Kvalitativt forskningsinterview' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard, side 161-172 = 11 sider.
- (9) DST, 2016, *Befolkningens udvikling 2015*, Danmarks Statistik, side 21-44 = 34 sider.
- (10) Ebdrup, N, 2012, *Hvad er hermeneutik?* Side 1-8 = 8 sider. Lokaliseret d.17.12.2016 på <http://videnskab.dk/kultur-samfund/hvad-er-hermeneutik>
- (11) Eriksson, K, 2012, *Det lidende menneske*, Munksgaard: København, 2. udgave side kap 3 s. 22-28 + kap 11 s.73-92 = 25 sider.
- (12) Friberg, F og Öhlén, J, 2014 'Fænomenologi og hermeneutik' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard side 333-357 = 24 sider.

- (13) Guldager, A, 2011, *Mobilisering er kommet I fokus på Intensiv*, Fysioterapeuten nr. 10, side 1-3 = 3 sider. Lokaliseret d.17.11.2016 på kortlink.dk/fysio/pce8
- (14) Guldbramsen, T og Stubberud, D, 2015, *Intensivsykepleie*, 3. udgave, Oslo, Akribe. Side 23-30, 32-36, 197-206, 208-218, 443-448, 593-601 = 43 sider.
- (15) Gunnarsson, R og Billhult, A, 2014 'Måleinstrumenter og diagnostiske test' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard side 151-160 = 9 sider.
- (16) Habicht, A, 2015, *Vurder selv evidens*, Gyldendals Akademisk: København, side 13-38 = 25 sider.
- (17) Harder, I, 2000, *Sygepleje ud fra grundlæggende behov*, i Sygeplejersken nummer 44. Side 1-11 = 11 sider.
- (18) Henricson, M, 2014 'Forskningsprocessen: problem, formål og indledning/baggrund' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, Munksgaard: København, side 55-68 = 13 sider.
- (19) Henricson, M og Billhult, A 2014, 'Kvalitativt design' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard side 131-137= 6 sider.
- (20) Hoffmann, T, 2013, *Hvad i al verden kan man bruge kvalitativ forskning til?* Side 1-9 = 9 sider. Lokaliseret d.2.12.16 på kortlink.dk/pce9
- (21) Høstrup, H, L. Schou, I. Poulsen, S. Larsen, E. Lyngsø, 2009, *Vurdering af kvalitative studier VAKS*, side 1-8 = 8 sider. Lokaliseret d.18.10.16 på: <http://dasys.dk/images/VAKS-danskversion.pdf>
- (22) Jennum, P, Bonke, J, Clark, AJ, Flyvbjerg, A, Garde, AH, Hermansen, K, Johansen, C, Møller, M,
- (23) Hulvej Rod, N, Sjödin, A, Zachariae, B, *Søvn og Sundhed*, Vidensraad for Forebyggelse, 2015, Side 9-69 + = 60 sider.
- (24) Justitsministeriet, 2000, *Lov om behandling af personoplysninger*, side 1-5= 5 sider. Lokaliseret d.16.11.2016 på <https://www.retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=828>
- (25) Karlsson, KE, 2014 'Informationssøgning' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, Munksgaard: København, side 97-111 = 14 sider.

- (26) Kjellström, S 2014, *Forskningsetik*, i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard. Side 71-93 = 22 sider.
- (27) Kvale, S og Brinkmann, S, 2015, *Interview - det kvalitative forskningsinterview som håndværk*, Hans Reitzels Forlag: København. Side 19-41 + 75-86 + 45-69 + 105-123 + 149-162 + 177-189 + 235-243 = 108 sider.
- (27) Källman, U, 2015, *Evaluation of Repositioning in Pressure Ulcer Prevention*, Linköping University Medical Dissertations no. 1455, Sweden, s.1-89 = 88 sider.
- (28) Lærke Bødker, F, 2002, *Intensiv Sygepleje – viden og praksis*, Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck: København. Side 237-269 = 32 sider.
- (29) Løppenthin, K, Sommer, C, 2016, *Patientens søvn er grundlæggende sygepleje*, i Sygeplejersken Fag og Forskning, nr. 2. 2016, side 23-37 = 14 sider.
- (30) Maindal, P, 2014 *Viden om lejring*, Vendlet. Artikel 1-4. Side 1-8 = 8 sider. Lokaliseret d.05.11.2016 på <http://www.vendlet.dk/viden-om/lejring>
- (31) Makic, MBF, Rauen, C, Watson, R, Poteet, W, 2014, *Examining the Evidence to Guide Practice: Challenging Practice Habits*, CriticalCareNurse, nummer 12, side 28- 48 = 20 sider.
- (32) Markussen, K, 2004, *Læsning og vurdering af forskningsartikler*, Sygeplejersken nummer 33, side 1-12= 12 sider.
- (33) Milsted, T og Rasmussen, R, 2010 *Sov godt hele natten*, Gyldendal København s.6-71 = 65 sider.
- (34) Ministeriet for Sundhed og forebyggelse, *Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*, 2011, s. 1-16 = 16 sider. Lokaliseret d.03.11.2016 på <http://kortlink.dk/gm2t>
- (35) Nesbitt, L og Goode, Debbie, 2013 *Nurses perceptions of sleep in the intensive care unit environment: A literature review*, Intensive and Critical Care Nursing number 30, side 231—240 = 9 sider.
- (36) OUH, 2012, *OUH vil halvere forekomsten af tryksår*, s.1-2 = 2 sider, lokaliseret d.26.10.16 på <http://www.ouh.dk/wm384626>

- (37) Parthasarthy, S og Tobin J, M, 2003, *Sleep in the intensive care unit*, Intensive Care Medicine, side 197-210 = 13 sider.
- (38) Payne, G og Williams, M, 2005, *Generalization in Qualitative Research*, Sociology number 39, side 295-311 = 16 sider.
- (39) Priebe, G & Landström, C 2014 'Den videnskabelige erkendelses muligheder og begrænsninger – grundlæggende videnskabsteori' i Henricson, M (red) *Videnskabelig teori og metode*, København: Munksgaard side 33-51= 18 sider.
- (40) Pedersen, PU og Krøll, V, 2011, *Udarbejdelse af kliniske retningslinjer - en metode til kompetenceudvikling*, side 1-5 = 5 sider. Lokaliseret d.18.10.2016 på <http://kortlink.dk/pced>
- (41) Pensumudvalget tilknyttet den intensive specialuddannelse i Danmark, 2004, *Specialuddannelse for sygeplejersker i intensiv sygepleje*, s.1-62 = 62 sider. Lokaliseret d.04.11.2016 på <http://kortlink.dk/pcee>
- (42) Peterson, J, Gravenstein, N, Schwab, W, Oostrom, J og Caruso, J, 2013 *Patient repositioning and pressure ulcer risk . Monitoring interface pressures of at-risk patients*, JRRD nr.4, side 477-488 = 11 sider.
- (43) Roald, T og Kjøppe, S, 2008, *Generalisering i kvalitative metoder*, Psyke & Logos nummer 29, side 86-99 = 13 sider.
- (44) Sundheds- og ældreministeriet, 2016, *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*, kap 1-6 + 13 = 9 sider.
- (45) Sundheds- og ældreministeriet, 2011, *Lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*, kap 1-10 = 16 sider.
- (46) Simonsen og Weel, 2012, *Grundbog I lejrning*, side 1-60 = 60 sider, lokaliseret d.20.10.16 på: <http://kortlink.dk/pcec>
- (47) Skou, M, 2013, *Patienter sover for dårligt*, Sygeplejersken Årgang 2013 nummer 3. Side 1-5 = 5 sider.
- (48) Sommer, C, 2011, *Godt arbejdsmiljø og færre tryksår går hånd I hånd*, side 1-3 = 3 sider. Lokaliseret d.03.11.2016 på <http://kortlink.dk/pcef>

(49) Tanggaard, L og Brinkmann, S, 2015, *Interviewet: samtalen som forskningsmetode*, Hans Reitzels Forlag: København. Side 29-53 = 24 sider.

(50) Thomsen, DK og Brinkmann, S, 2009, *An interviewer's guide to Autobiographical Memory: Ways to Elicit Concrete Experiences and to Avoid Pitfalls in interpreting them*, in *Qualitative Research in Psychology*, s.294-312 = 18 sider.

(51) Thornquist, E, 2006, *Videnskabsfilosofi og videnskabsteori for sundhedsfagene*, 1. udgave, 3. Oplag. Gads Forlag. Side 7-39 + 131-166 = 67 sider.

(52) Buus, N, Tingleff Boldrup, E, Rossen Blach, C, Kristiansen Munch, H 2008, *Litteratursøgning i praksis - begreber, strategier og modeller*, *Sygeplejersken* nummer 10, side 1-11 = 11 sider.

Lokaliseret d.08.11.2016 på <http://kortlink.dk/pceg>

(53) Uddannelses- og Forskningsministeriet, 2016, *Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje*, side 1-8= 8 sider.

I alt: 1226 sider

14.0 Bias oversigt

Bilag 1 - Søgeprotokol

Bilag 2 - Retningslinjer udviklet af Thomsen og Brinkmann

Bilag 3 - Kvaales Syv faser af en interviewundersøgelse

Bilag 4 - Lejringsspiralen

Bilag 5 – Samtykke erklæring

Bilag 6 – Tilladelse til at foretage undersøgelse

Bilag 7 – Interviewguide

LITTERATURSØGNING - SØGEPROTOKOL Modul 14

Studienr.	Navn	Hold	Dato
SYA 13941	Maria Wittrock Sørensen	TEK13	02.01.2017

DEFINITION

En søgeprotokol er en eksplicit og struktureret gennemgang af de elementer, der indgår i en systematisk litteratursøgningsproces. Den er opbygget over den logiske rækkefølge for trinene i en litteratursøgning. Søgeprotokollen kan danne grundlag for diskussion og dokumentation af de foretagne litteratursøgninger.

INDHOLD

Omdrejningspunktet for de litteratursøgninger, der skal dokumenteres i søgeprotokollen, er problemfeltets empiri, forstået som skriftligt materiale der f.eks. omhandler undersøgelser, beskrivelser, cases, statistik m.v.

SYGEPLEJEFAGLIG PROBLEMSTILLING

Redegørelse for opgavens problemstilling.

Hvilke overvejelser oplever sygeplejersken, at der ligger til grund for hendes valg af lejrning til patienten på en intensiv afdeling?

SØGEORD/EMNEORD

Skriv søgeord/emneord ud fra de forskellige aspekter i problemstillingen.

Overvej om der findes synonymmer til de enkelte emneord, der kan bruges.

Overvej om søgeordene skal trunkeres.

Oversæt søgeordene til udenlandsk, hvis der skal søges i udenlandske kilder.

Søgeord	Synonym (er)	Oversættelse til fremmedsprog
Intensiv afdeling	Intensivt afsnit	ICU, Intensive Care Unit, Intensive Care Ward, Critical care nursing,
Lejring	Positionering Mikrolejring Mobilisering	Positioning, repositioning, mobilization
Evidensbaseret sygepleje	Videnskabeligt baseret sygepleje	Evidensbased nursing, evidence, evidence based practice
Immobil patient	Sengeliggende patient, sederet patient, intensiv patient	ICU patient, immobile patient, bed-laying patient
Søvn	Søvn behov, døgnrytme	Sleep, circadian rhythm

INFORMATIONSKILDER

Kort begrundelse for valg af informationskilder, der kan anvendes.

Database/kilde	Begrundelse
CINAHL	Denne database er den jeg har brugt mest i min opgave og dette er gjort ud fra en viden om at den betegnes som den vigtigste elektroniske database for sygeplejersker. Det er en stor database med over 3 millioner artikler med fokus på sygepleje. Databasen var oprindeligt udviklet til kun at indeholde sygeplejefaglig litteratur, men dækker nu også ergoterapi, fysioterapi mm., hvilket er en fordel ift. at finde dækkende materiale. Her har jeg brugt CINAHL Headings, for at få mere præcise søgninger.
Pubmed	Databasen er valgt fordi den er verdens største internationale sundhedsvidenskabelige database. Den indeholder over 25

	millioner artikler og mange af den kan man læse i fulltext. Her har jeg brugt MeSH ord, for at præcisere mine søgninger.
Cochrane	Denne database er brugt grundet dens internationale kvalitetsvurderede og evidensbaserede artikler. Database indeholder artikler over behandling og forebyggelse i sundhedsvæsenet. Det er dog også en database med meget få hits, dog er alle af meget høj kvalitet.
Bibliotek.dk	Databasen er brugt til den lidt bredere søgning i starten af projektet.
Sygeplejersken.dk	Denne database blev brugt, for at indskærpe søgningen til danske artikler. Her kunne jeg finde artikler, der påviste emnet specifikt i Danmark. På sygeplejersken.dk er alle artiklerne bedømt at en fagredaktør.

SØGEHISTORIE

Database/kilde	Søgehistorie
Bibliotek.dk	<p>Disse søgninger er foretaget i forbindelse med at lede efter baggrundsviden til mit bachelorprojekt. De er foretaget i perioden d.17.10.16-10.12.16.</p> <p>Søvn – 4497</p> <ul style="list-style-type: none"> - Add: Sygepleje – 242 hits - Limit to: bog – 150 hits - Limit to: sygepleje – 128 hits - Add: Intensiv – 37 hits <p>Lejring – 110 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: bog + tidskriftsartikel – 19 hits <p>Kvalitativ metoder – 3154 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: bog – 1234 hits - Limit to: emne – forskning – 311 hits - Add: interview – 29 hits

CINAHL	<p>Efter at have brugt Cinahl Headings, for at finde frem til de bedste termer for min søgning i forhold til de tidligere angivne søgeord, er der blevet foretaget følgende søgning:</p> <p>ICU AND Positioning OR Mobilization – 150 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 46 hits - Limit to: Abstract available – 31 hits - Limit to: Full Text – 18 hits <p>ICU OR Intensive Care* AND Positioning – 16.625 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 8.566 hits - Limit to: Abstract available – 5.124 hits - Limit to: Full Text – 2.608 hits - Limit to: Publication: Critical Care – 419 hits - Limit to: Subject: Major Heading: Intensive care units – 72 hits <p>ICU AND repositioning OR Mobilization – 18 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 7 hits <p>ICU OR Intensive Care Unit AND Repositioning – 14.931 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 8.337 hits - Limit to: Abstract available – 5.609 hits - Limit to: Full Text – 1.507 hits - Limit to: Language – English – 1.463 hits - Add: AND Nursing Care – 1.499 hits - Add: AND Evidence based Practice – 1.496 hits <p>Positioning AND evidence based practice – 303 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 146 hits - Limit to: Abstract available – 80 hits - Limit to: Full Text – 25 hits - Limit to: Language – English – 23 hits - Add: AND nursing – 12 hits <p>Evidence based nursing AND positioning patients OR repositioning – 1.523 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 743 hits
--------	--

<p>Pubmed</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Abstract available – 580 - Add: NOT ulcer prevention – 538 hits - Add: AND ICU or intensive care unit or critical care unit – 45 hits. - Limit to: Full Text -11 hits <p>Positioning AND Sleep AND ICU or intensive care* – 38 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Year 2011-2016 – 15 hits - Limit to: Source types – Academic Journals – 12 hits - Limit to: Full Text – 4 hits <p>Disse søgninger er, ligesom ovenstående søgninger i Cinahl, foretaget i forbindelse med afdækning af problembaggrunden for projektet og i samme tidsperiode. I Pubmed har jeg også gjort brug af såkaldte "kontrollerede søgeord", som i Pubmed hedder MeSH ord (Medical Subject Headings). Disse er fundet og tilføjet til PubMeds "Search Builder", for at gøre det mere dækkende i forhold til databasens indhold.</p> <p>ICU AND Positioning OR Mobilization– 526 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: 5 years – 221 hits - Limit to: Clinical trials – 24 hits - Limit to: Free full text- 7 hits <p>ICU OR Intensive Care* AND Positioning – 852 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: 5 years – 354 hits - Limit to: Clinical trial – 41 hits - Limit to: Free full text – 15 hits <p>ICU AND repositioning – 87 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Add: NOT pressure ulcer – 59 hits - Limit to: 5 years – 25 hits - Add: NOT pain – 18 hits - Limit to: Free full text – 6 hits <p>Positioning AND evidence based* – 310 hits</p>
---------------	---

Cochrane	<ul style="list-style-type: none"> - Limit to: 5 years – 165 hits - Limit to: Review – 64 hits - Limit to: Free full text – 14 hits - Add: AND ICU – 0 hits <p>Positioning AND Sleep AND ICU – 17 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: 5 years – 11 hits - Add: NOT neonatal – 4 hits <p>Mobilization AND evidence based* - 7.840 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: 5 years – 3.168 hits - Limit to: Abstract – 2.888 hits - Limit to: Review – 1.583 hits - Add: AND ICU – 30 hits - Limit to: Free Full text – 7 hits - Add: NOT nutrition – NOT Nutrition – 6 hits <p>Disse søgninger har været begrænsede, da de er blevet foretaget i forlængelse af ovenstående søgninger, som gav en del gode hits. Dog er Cochrane en meget anerkendt og valid database, og jeg har derfor alligevel foretaget søgninger her i samme periode, dog kun fundet en enkelt undersøgelse, som jeg kunne drage nytte af i mit projekt.</p> <p>Positioning AND ICU – 4 hits</p> <p>Positioning AND Intensive Care Unit – 17 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: NOT Infant – 10 hits <p>Positioning OR Mobilization AND Evidence -241 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Limit to: Trials – 13.482 hits - Limit to: Year 2011-2016 – 182 hits - Add: AND Comfort – 14 hits <p>ICU AND repositioning – 7 hits</p> <ul style="list-style-type: none"> - Add: NOT ulcer – 5 hits <p>Sleep AND ICU – 4 hits</p>
----------	---

Bilag 2 Retningslinjer udviklet af Thomsen og Brinkmann

- Giv interviewpersonen tid til at huske og overbevis ham eller hende om, at dette er normalt.
- Giv konkrete stikord, f.eks. "Sidste gang du talte med læge/sygeplejerske" fremfor en "en kommunikationsoplevelse".
- Anvend typiske indholdskategorier af specifikke erindringer til at udlede stikord (f.eks. igangværende aktivitet, sted, personer, andre menneskers affekt og egen affekt)
- Bed om specifikke erindringer af nyere dato.
- Brug relevante længere tidsrum og vigtige begivenheder som kontekstuelle stikord, dvs. "da du arbejdede på x", som hjælp til at genkalde erindringer af ældre dato.
- Bed interviewpersonen om at fortælle frit og detaljeret om den specifikke erindring.

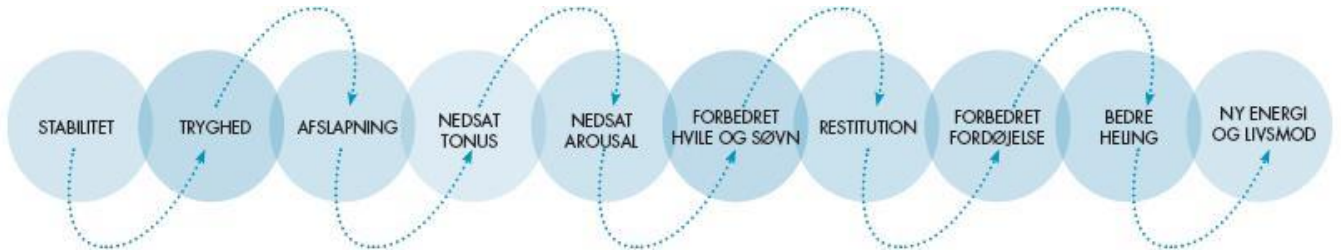
(Thomsen et al. 2009 s.294-301).

Bilag 3 Kvaales Syv faser af en interviewundersøgelse

1. Tematisering. Formuler formålet med undersøgelsen og opfattelsen af det tema, der skal undersøges, før interviewerne begynder. Undersøgelsens *hvorfor* og *hvad* skal være afklaret, før spørgsmålet om *hvordan* – metode – stilles.
2. Design. Planlæg undersøgelsens design med hensyn til alle syv faser af undersøgelsen, før selve interviewene foretages. Undersøgelsens designes med henblik på at opnå den tilsigtede viden og under hensyntagen til undersøgelsens moralske implikationer.
3. Interview. Gennemfør interviewene på grundlag af en interviewguide og med en reflekteret tilgang til den viden, der søges, og interviewet som kontekst og overvej interviewsituationens interpersonelle relationer.
4. Transskription. Forbered interviewmaterialet til analyse, hvilket almindeligvis omfatter en transskription fra talesprog til skreven tekst.
5. Analyse. Afgør på basis af undersøgelsens formål og emne og interviewmaterialets karakter, hvilke analysemetoder der passer til interviewene.
6. Verifikation. Fastslå validiteten, reliabiliteten og generaliserbarheden af interviewresultaterne. *Reliabilitet* betyder hvor konsistente resultaterne er og *validitet* vil sige, om en interviewundersøgelse undersøger det, det er meningen den skal undersøge.
7. Rapportering. Kommunikér undersøgelsens resultater og de anvendte metoder i en form, der lever op til videnskabelige kriterier, tager hensyn til undersøgelsens etiske aspekter og resulterer i et læseværdigt produkt.

(Kvale, 2015 s.150-162).

Bilag 4 Lejringsspiralen



Kilde: <http://www.vendlet.dk/viden-om/lejrning>

Samtykkeerklæring i forbindelse med opgaver/projekter i sygeplejerskeuddannelsen



Vedrørende:

Opgave/projekt: Bachelor projekt.

Udarbejdet af: Maria Wittrock Sørensen.

Formålet med projektet: Undersøge hvilke overvejelser sygeplejersken har i forhold til lejring af patienten med henblik på at opnå optimale betingelser for en god nats søvn.

Projektets foreløbige problemformulering: *Hvilke evidensbaserede redskaber bruger sygeplejersken i sin hverdag, for at sikre optimal lejring af den intensive patient, således at patienten får de bedste betingelser for en optimal søvn?*

Jeg giver hermed samtykke til, at jeg vil deltage i ovenstående projekt. I den forbindelse kan mine oplysninger m.v. bruges af den studerende, der udarbejder projektet.

Jeg er blevet informeret om:

- 1. At deltagelse er frivillig, og det er uden konsekvenser at sige nej til deltagelse.**
- 2. At jeg på et hvilket som helst tidspunkt kan trække mig fra deltagelse.**
- 3. At ingen informationer gives videre i en sådan form, at min identitet kan genkendes.**
- 4. At fortrolige oplysninger slettes/makuleres efter at prøven er afsluttet.**
- 5. At der ingen risici er ved at deltage i projektet.**
- 6. At jeg ved tvivlsspørgsmål kan kontakte Maria Wittrock Sørensen på mobil nummer 42755575 eller på mail mws1990@live.dk**

Navn: [REDACTED]

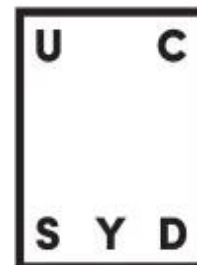
Underskrift: [REDACTED]

Dato: 04.11.16

Bilag 6 Tilladelse til at foretage undersøgelse

Ansøgning til klinisk uddannelsessted om tilladelse til at foretage dataindsamling i forbindelse med opgaver og projekter på

_____.



I perioden: Oktober 2016 til januar 2017.

Opgave/projekt: Bachelor projekt.

Formål: Indsamling af kvalitativ data til videre analyse.

Undersøge hvilke overvejelser sygeplejersken har i forhold

til lejring af patienten med henblik på at opnå optimale betingelser for en god nats søvn.

Problemformulering: Hvilke evidensbaserede redskaber bruger sygeplejersken i sin hverdag, for at sikre optimal lejring af den intensive patient, således at patienten får de bedste betingelser for en optimal søvn?

Dataindsamlingsmetode: (sæt x)

Interview af enkeltpersoner	X
Gruppeninterview	
Spørgeskema	
Observation	
Andet	

Deltagere

	Hvilken gruppe?	Hvor mange?
Fagpersonale	Sygeplejersker	2-3
Patienter i et bestemt afsnit eller med en bestemt diagnose		
Andre		

Information til deltagerne

	Hvornår?	Hvem informerer?
--	----------	------------------

Der gives mundtligt information	D.04.11.16	Maria Wittrock Sørensen
---------------------------------	------------	-------------------------

	Hvornår?	Hvem udleverer det?
Der gives skriftlig information	D.04.11.16	Maria Wittrock Sørensen

Med venlig hilsen

Navn og Studienummer: Maria Wittrock Sørensen – SYA13941

Uddannelsessted: UCSYD Campus Sønderborg

E-mail adresse og telefon: mws1990@live.dk mobil 42 75 55 75

Ovenstående er godkendt af

Vejleder: (underviser) [REDACTED]

Uddannelsessted: [REDACTED]

E-mail adresse og telefon [REDACTED]

Vejleders underskrift [REDACTED]

Den ansvarlige kliniske leder:

Undertegnede imødekommer hermed ovennævnte ansøgning:

Dato: 04.11.16

Navn: [REDACTED]

Undertegnede kan desværre **ikke** imødekomme ovennævnte ansøgning

Dato: _____

Navn: _____

1. Præsenter dig selv. Navn, alder, skole, tidligere praktikker.
2. Informer om emnet + kategorierne i interviewet (tidsramme + hvis der opstår tvivl undervejs så endelig spørg + vigtigt med helt oprigtighed + jeg dømmes ikke + tag dig gerne god tid)
3. Informer om samtykket.
4. Få underskrift på begge samtykkeerklæringer. Giv den ene til sygeplejersken.
5. Start diktafon.
6. Start interview.

Forskningsspørgsmål / emne	Interviewspørgsmål + støtteord
Præsentation af informant	<p>Vil du fortælle lidt om hvem du er? Stilling, antal år på afdelingen, tidligere jobs, hvorfor intensiv?</p>
Evidens	<p>Fortæl mig lidt om brugen af de kliniske retningslinjer her på afdelingen.</p> <p>Hvad oplever du, at man gør på afdelingen, hvis man er i tvivl om en procedure? Kan du uddybe. Kan du give et eksempel.</p> <p>Hvad er din holdning til det at bruge de kliniske retningslinjer i din hverdag? Stoler du på hvad der står. Er du kritisk.</p> <p>Kan du komme med et eksempel på hvornår du sidst har brugt en klinisk retningslinje i din arbejdsgang? Hvad var dine overvejelser omkring brugen?</p>
Sikring af en god døgnrytme	<p>Hvordan ser en typisk dag ud for en immobil intensiv patient? Morgen, middag, aften, nat.</p>

	<p>Hvor stor fokus har det at opretholde en god døgnrytme for jeres patienter? Evt. ift. korrekt medicinering, ernæring, decubitus forebyggelse osv. Hvorfor prioriterer I søvnen sådan?</p> <p>Bruger I sygeplejefaglige redskaber som led i at sikre at patienterne får den korrekte mængde søvn? Hvis ja, hvilke? Hvis nej, hvorfor tror du ikke det er i fokus?</p> <p>Hvilke faktorer tænker du er forstyrrende for patienterne på afdeling, ift. at kunne sove? Hvad gør de ved patientens muligheder for ro?</p> <p>Kan du komme med et eksempel på noget du selv eller en kollega har gjort, for at fremme at en patient har fået gode/bedre vilkår for at få en god nts søvn? Kan være små ting.</p>
Sikring af optimal lejring	<p>Hvordan holder I øje med om de immobile patienter bliver lejret optimalt og hyppigt nok?</p> <p>Hvad indebærer en 'optimal lejring' for dig?</p> <p>Hvilke remedier har i til rådighed til at lejre jeres patienter? Hvordan bruges de?</p> <p>Findes der, dig bekendt nogle kliniske retningslinjer for lejring? Hvis nej → Har du tænkt over hvorfor? Hvis ja, kan du gengive lidt af det, der stod i retningslinjerne?</p>

	<p>Har I på afdelingen nogle standarder for hvordan I lejrer patienterne? Skriftligt, fælles indforståelse, personligt. Kan du uddybe? Hvorfor tror du det er sådan?</p> <p>På en skala fra 1-10 hvor 10 er altafgørende og 1 er slet ikke. Hvor vigtig vil du sige at en korrekt lejrning af en immobil patient er, ift. at de kan finde ro til at sove? Evt. uddyb?</p> <p>Er der i din optik, brug for retningslinjer for noget så basalt som lejrning? Hvorfor/hvorfor ikke?</p> <p>Kan du komme med et eksempel på en gang, hvor du har tænkt, at lejrningen en patient lå i ikke var optimal?</p>
Debriefing	<p>Har du andet du gerne vil tilføje? Har du spørgsmål til noget af det vi har snakket om?</p> <p>Tak fordi du ville tage dig tid til at deltage. Det sætter jeg stor pris på! Husk at hvis du kommer i tanke om nogle spørgsmål, skal du være velkommen til at kontakte mig. Mine informationer står på samtykkeerklæringen.</p>

