

På job: Sådan prioriterer vi vores opgaver

Videnskab & Sygepleje
Partner til en rygmarvsskaded

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 10 • 5. SEPTEMBER 2014

ÅBNE PATIENTRUM

Forhænget har ører



Hvis ebola
rammer Danmark

Brystkræft
Hotline støtter patienterne

5%

på din lønkonto

Mød os
på Sygepleje-
festivalen den
15. september

Ku' det ikke være skønt at få lidt mere ud af dine penge?

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du få en lønkonto med hele 5% i rente. Det er Danmarks højeste rente og betyder, at du får mere ud af dine penge.

LSBprivat®Løn giver dig 5% i rente på de første 50.000 kr. og 0% på resten. Du skal ikke betale nogen gebyrer for at have en lønkonto i Lån & Spar.

Sådan får du 5% på din lønkonto - Danmarks højeste rente

- Du skal være medlem af Dansk Sygeplejeråd - og have afsluttet din uddannelse.
- Du skal samle hele din privatøkonomi hos os. LSBPrivat®Løn er en del af en samlet pakke af produkter og services. Og vi skal kunne kreditvurdere din økonomi i forhold til den samlede pakke.
- Du behøver ikke i første omgang at flytte dit eksisterende realkreditlån, men nye boliglån og eventuelle ændringer skal formidles gennem Lån & Spar og Totalkredit.
- Rentesatserne er variable og gældende pr. 1. august 2014.

Fokus på det, der er vigtigt for dig

Hos Lån & Spar får du en personlig rådgiver, som investerer tid til at høre dine behov og ønsker og du får klar besked.

Hvis det er det du kigger efter, så ring til os direkte på **3378 1927** - eller gå på lsb.dk/dsr og vælg 'book møde', så kontakter vi dig.

Lån & Spar har eksisteret siden 1880. Vi har altid sørget for, at helt almindelige mennesker kan gøre bankforretninger på ordentlige betingelser.

Ring til Lån & Spar: 3378 1927
eller book møde på: lsb.dk/dsr



Lån & Spar

din personlige bank

Kom til foredrag og hør om dine muligheder i Grønland!

Nu har du muligheden for at møde to topfigurer fra det grønlandske sundhedsvæsen. Cheflæge Anne-Marie Ulrik og Chefsygeplejerske Ella Skifte vil være værter for en række aftensarrangementer i otte danske byer. Udover at høre om dine muligheder i Grønland kan du høre om det grønlandske sundhedsvæsen, dets visioner og de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Arrangementerne kommer til at foregå i:

KØBENHAVN:	mandag	29.09
NYKØBING FALSTER:	tirsdag	30.09
SLAGELSE:	onsdag	01.10
ROSKILDE:	torsdag	02.10
AALBORG:	mandag	06.10
AARHUS:	tirsdag	07.10
AABENRAA:	onsdag	08.10
ODENSE:	torsdag	09.10

Arrangementerne er gratis men kræver tilmelding. Tilmeld dig og få flere oplysninger tid, sted og program på www.gjob.dk ved at trykke på banneret "Danmarks turné" eller skriv til thlj@peqqik.gl

Grønland er verdens største ø med en hel unik natur. Der er 56.000 indbyggere hvoraf de 16.000 bor i Nuuk og resten er fordelt i 18 byer og 60 bygder. Den moderne hovedstad Nuuk og kysternes utæmmede natur giver helt unikke personlige og faglige oplevelser. Det gør et ophold på Grønland til en oplevelse for livet.

► **gjob.dk**

GRØNLAND – GIVER DIG EN OPLEVELSE FOR LIVET

Find dit næste job i Grønland på www.gjob.dk
Her kan du også læse mere om andres erfaringer med at arbejde i Grønland.



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

KORT

10 Mobning gav sur smiley til anæstesiafsnit

Sygehus Vendsyssels anæstesiafsnit i Frederikshavn har fået en sur smiley af Arbejdstilsynet, der vurderer, at sygeplejerskegruppen er plaget af mobning. Ledelsen arbejder på at løse problemet.

TEMA OM TAVSHEDSPLIGT I ÅBNE PATIENTRUM**16 Alle kan høre, hvad alle siger**

Fortrolighed og tavshedspligt bliver udfordret, når person- og helbredsoplysninger skal udveksles mellem patienter og sundhedspersonale i akutmodtagelser og andre åbne patientrum.

18 Patienten har ikke haft afføring i tre dage

Tidligere sygeplejerske Peter Hansen var med sin søn på akutmodtagelsen, hvor han ufrivilligt kom til at overheøre andre patienters sygehistorie. Han valgte at klage over forholdene.

20 Manglende diskretion fører til dårligere behandling

Hvis hospitalsrum er indrettet sådan, at helbredsoplysninger bliver givet til patienten i overværelse af andre, kan konsekvensen være, at man undlader at fortælle om pinlige ting. Dermed risikerer man at få en dårligere behandling.

BAGGRUND**22 Sådan vil en ebolapatient blive modtaget**

Hvis en patient på dansk jord får ebola, står sygeplejersker klar i gule oppustede dragter. Patienten vil blive ført ind i et særligt isoleret rum med undertryk for herefter at blive symptombehandlet.

30 PÅ JOB: Vi hjælper hinanden med at prioritere

I sengeafsnit 5052, Rigshospitalets Hæmatologiske Klinik, bruger sygeplejerskerne en prioriteringstrekant, når arbejdspresset bliver for stort. Et dagligt statusmøde sikrer desuden, at man prioriterer i fællesskab.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION**32 Mød næstformandskandidaterne**

Dansk Sygeplejeråds medlemmer kan på fem møder i oktober møde dem, der vil være næstformand i Dansk Sygeplejeråd.



FAGLIG INFORMATION

- 40 En udfordring at give studerende brugbar feedback
- 42 Rygsækken fyldes op i hjemmeplejen
- 44 Kommunikation mellem barn og sygeplejerske mangler teoretisk grundlag

FAG

46 Konflikter skal håndteres

Sygeplejersker kan med enkle redskaber blive bedre til at håndtere konflikter.

50 En livline efter lukketid - om telefonkontakt til kræftpatienter

Telefonsamtaler med kvinder med brystkræft benyttes som supplement til ambulante besøg for at yde støtte til kvinderne gennem forløbet i kirurgisk afdeling.

VIDENSKAB OG SYGEPLEJE

55 Som partner til et rygmarvsskadedt menneske er man også ramt

Partneren til et menneske, der får en rygmarvsskade, har behov for såvel følelsesmæssig omsorg som konkret assistance, viser et studie.

I HVERT NUMMER

- 8 Studerende i praksis
- 12 Kulturjournalen
- 14 Historisk
- 24 Parentes
- 26 Boganmeldelser
- 29 5 faglige minutter
- 36 Debat/Mindeord
- 60 Facebook
- 40 Fagtanker
- 43 Fra forsker til fag
- 68 Stillingsannoncer
- 72 Kurser/møder/meddelelser
- 75 Kontakt

Forsideillustrationer Mikkel Henssel | Susanne Østergaard

Opgør med overbelægning

For små to uger siden præsenterede regeringen sit længe ventede sundhedsudspil "Jo før, jo bedre". Udspillet sætter bl.a. fokus på tidlig opsporing af kræft, målrettede sundhedstjek til ufaglærte og på at give særligt uddannede sygeplejersker en central rolle i behandlingen af borgere med kroniske lidelser. Samtidig har udspillet fokus på kvalitet og patientsikkerhed, hvilket forhåbentligt markerer det første skridt væk fra det ensidige produktivitetsfokus, der har kendetegnet sundhedssektoren i snart mange år.

Der er alt i alt tale om et godt udspil, men der findes som bekendt ingen roser uden torne. For midt i glæden over de gode elementer i udspillet er det afgørende, at vi ikke lukker øjnene for sundhedssektorens måske største udfordring: overbelægning!

Det er ikke mere end en måned siden, det blev påvist, at dødeligheden på landets sygehuse - på grund af personalemangel - er dobbelt så høj i weekender og ferier. Det kan ingen være tjent med.

Et andet eksempel på, at arbejdspresset på landets sundhedsprofessionelle er uholdbart, finder man - som man kan læse i denne udgave af *Sygeplejersken* - på Riget. Her har man på Hæmatologisk Klinik indført en såkaldt prioriteringstrekanter for at sikre, at der bliver taget hånd om de mest presserende opgaver først. Det betyder, at personalet på travle dage må prioritere "røde opgaver" som mad, drikke og sårpleje, mens "gule og grønne opgaver" som mundpleje og mobilisering må vente. Det er hverken værdigt eller sundhedsfagligt forsvarligt.

Skal vi overbelægningsproblemet til livs, er det nødvendigt at etablere 200 ekstra sengepladser med tilhørende personale på landsplan. Prisen er 400 mio. kr. årligt. Penge, som vi i Dansk Sygeplejeråd opfordrer regeringen til at finde på den kommende finanslov.

Prisen for at lade være kan ikke gøres op i kroner og øre.



Anni Pilgaard
Anni Pilgaard,
næstformand

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 26. SEPTEMBER
Læs bl.a.:

- Tema om sociale medier
- På job: Akkrediteringsbesøg gav kropsånd
- Fag: Samtalestøtte til afasiramte

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
 (På barselsorlov 1. juni - 31. juli 2014)

Konstitueret chefredaktør 1. juni - 15. sept. 2014:
 Administrerende direktør
Anne Granborg
 ang@dsr.dk
 Tlf.: 3315 1555

Redaktionssekretær
Henrik Boesen
 hbo@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4189
 Mobil: 2121 8770

Redaktionssekretær
Lotte Havemann
 lha@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4179

Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen
 sbk@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4178

Journalist
Mille Dreyer-Kramshøj
 mdk@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4125

Journalist
Christina Sommer
 cso@dsr.dk
 Tlf. 4695 4264

Journalist
Mikkel Søren Bødker Olesen
 mso@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4119

Fagredaktør
Jette Bagh
 jbg@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4187

Layouter
Mathias Nygaard Justesen
 mnj@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4280

Layouter
Anita Raun Brogaard
 anb@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4283

Sekretær
 Kurser, møder, meddelelser

Birgit Nielsen
 bn@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4186

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2013: 73.884 ekspl.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsr@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd
 Sankt Annæ Plads 30
 1250 København K
 Tlf. 3315 1555
 redaktionen@dsr.dk
 www.sygeplejersken.dk
 ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning
 Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj
 Tlf. 7022 4088
 Fax 7022 4077

E-mail:

Stillingsannoncer:
 dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer:
 dsrtekst@dmfnet.dk

Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en mail til: udeblevetblad@dsr.dk
Oplys medlemsnummer.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Erstatninger for erhvervs- evnetab skønnes for lavt

En stikprøve har afsløret fejl og mangler i Arbejdsskadestyrelsens skønsmæssige vurderinger af midlertidig erstatning for erhvervsevnetab. Dansk Sygeplejeråd er klar til at hjælpe medlemmer, som gerne vil have genoptaget en sag.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

I slutningen af juni 2014 kom det frem, at statens advokat, Kammeradvokaten, havde fundet fejl i op til halvdelen af de sager, der handler om, hvor meget man skal have i midlertidig erstatning for sit erhvervsevnetab, inden arbejdsskadesagen er endeligt afgjort. Ud af 98 sager i stikprøven ville Arbejdsskadestyrelsen i over en fjerdedel af sagerne ikke få medhold i en eventuel retssag, vurderede Kammeradvokaten.

Ifølge konsulent i Dansk Sygeplejeråd, Anders Mølbak Petersen, er en af konsekvenserne af Arbejdsskadestyrelsens mangelfulde sagsbehandling, at erhvervsevnetabet bliver vurderet for lavt i de midlertidige afgørelser.

"Arbejdsskadestyrelsen giver f.eks. en midlertidig erstatning for tabt erhvervs-evne svarende til 15-20 pct., hvis de vurderer, at det er det erhvervsevnetab, sagen vil ende med, når den er endeligt afgjort. Men det er forkert, for de arbejdsskadede kan typisk ikke arbejde i den periode, hvor deres erhvervsevnetab bliver udredt, og ifølge Arbejdsskadestyrelsens logik burde de jo have 80-85 pct. af deres arbejds-evne tilbage. Men de er jo ude af stand til at arbejde," siger Anders Mølbak Petersen.

Erstatningen blev sat op

Dansk Sygeplejeråd hjælper løbende medlemmer med at anke afgørelser, hvor Arbejdsskadestyrelsen har sat det midlertidige erhvervsevnetab for lavt. For nylig lykkedes det at vinde en sag mod Ankestyrelsen, hvor et medlem havde fået en erstatning for midlertidigt erhvervsevnetab på 15 pct., men hvor det efter en retssag blev sat op til 50 pct.

Gennem FTF er Dansk Sygeplejeråd repræsenteret i et kvalitetspanel, som skal komme med idéer til, hvordan sagsbehandlingen i Arbejdsskadestyrelsen kan forbedres.

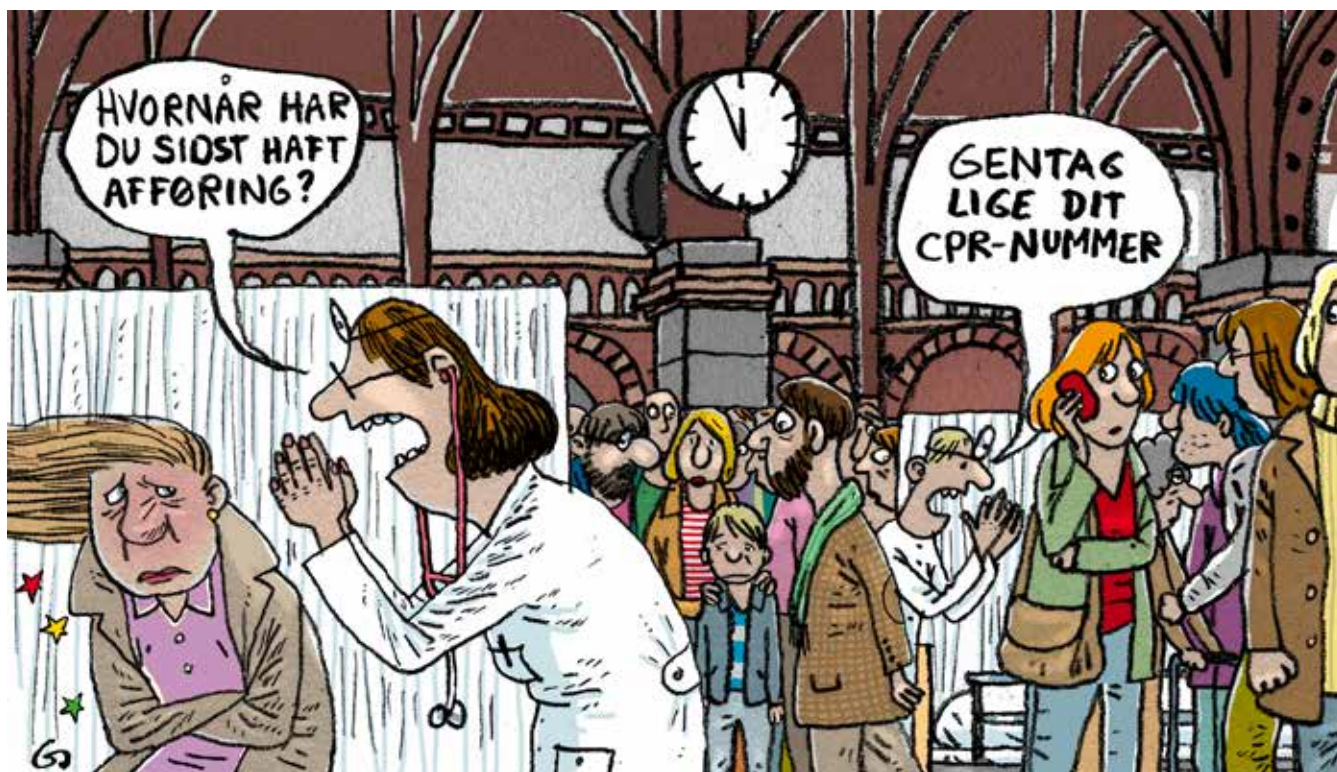
"Det er nogle ret komplicerede juridiske skøn, og de har stor betydning for modtagerne, derfor har FTF og LO påtaget over for beskæftigelsesministeren, at sagsbehandlerne i Arbejdsskadestyrelsen skal have tid, specialisering og uddannelse," siger advokat for FTF, Ann-Beth Kirkegaard.

Vigtigt med tiltro til systemet

De mange fejl i Arbejdsskadestyrelsens skøn på området for erhvervsevnetab betyder også, at FTF gerne ser, at der hvert år bliver foretaget en uvildig undersøgelse af Arbejdsskadestyrelsens praksis på andre områder.

"Når der sker så mange fejl på ét område, er det nærliggende at forestille sig, at der også sker fejl på andre områder, f.eks. omkring anerkendelse af ulykker, erhvervs sygdomme og vurderinger af varigt mén. Det er jo vigtigt, at folk har tiltro til, at de afgørelser, de har fået, er korrekte," siger Ann-Beth Kirkegaard.

Man kan altid bede om at få genoptaget sin arbejdsskadesag. Men det er særligt sagerne om midlertidig erstatning for erhvervsevnetab og fastsættelse af årsløn, det vil give mening at få genoptaget ifølge Ann-Beth Kirkegaard. Der har været henvendelser om at få sager genoptaget, men ikke det stormløb, som medierne forudså i sommer, da nyheden om de mange fejl kom ud.



Fortrolighed og tavshedspligt brydes hver dag og overalt i sundhedsvæsenet på de overfyldte gange, i akutmodtagelser og på flersengsstuer. Læs tema side 16.

Ingen forskel på karakteren

Rapport fra Danmarks Evalueringsinstitut belyser forhold, der har betydning for bl.a. sygeplejestuderende, som tager uddannelsen gennem e-læring.

Tekst **Henrik Boesen**

Karakteren for det bachelorprojekt, som en nyuddannet sygeplejerske afleverer, hvad enten han/hun har gennemført studiet på traditionel vis eller har gennemført studiet som e-læring, er stort set den samme. 8,44 er gennemsnittet for studerende fra den ordinære studieform, 8,18 er gennemsnittet for dem, der har taget uddannelsen gennem e-læring.

Det fremgår af en rapport, som Danmarks Evalueringsinstitut netop har sendt på gaden. Rapporten fokuserer på, hvad der er kendetegnet for de e-læringsstuderende, hvordan professionshøjskolerne tilrettelægger e-læringsuddannelserne, og hvad der har betydning for, at de e-læringsstuderende tilegner sig praksisnære pro-

fessionskompetencer i løbet af uddannelsen. Og på disse områder er der store forskelle, når man sammenligner de to studieformer.

6 pct. vælger e-læring

De studerende, som vælger e-læringsvejen, er få i antal (ca. 6 pct.) sammenlignet med de traditionelle studerende. Til gengæld er de ældre og har oftere en erhvervskarriere bag sig, typisk sosu-assistent eller -hjælper.

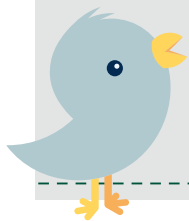
Professionsskolernes udfordring består bl.a. i at råde over lærerkræfter, som forstår at udnytte og udfylde de anderledes krav og forventninger til undervisningsindhold, anvende de tekniske hjælpemid-

ler, og det faktum, at de e-læringsstuderende kun sjældent møder op fysisk. I den forbindelse får f.eks. en aflysning af et planlagt undervisningsforløb på skolen stor betydning for den elev, som bor i udlandet og lang tid i forvejen har bestilt en flybillet.

Krav og indhold til klinikopholdet er ens for begge typer studerende, men i praksis viser der sig forskelle. F.eks. falder studerende med længere erhvervs erfaring ofte hurtigere ind i arbejdsrytmen på en afdeling, men formår ikke altid at lægge gamle rutiner bag sig og iklæde sig sygeplejerskeidentitet.

Hele rapporten kan læses på www.eva.dk

SYGE
PLEJER
SKEN



Mød Sygeplejersken på Facebook og Twitter

På Facebook og Twitter kan du debattere faglige emner.

Vær med på [facebook.com/fagbladetsygeplejersken](https://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken) og [@_sygeplejersken](https://twitter.com/_sygeplejersken)

STUDERENDE I PRAKSIS

Latter der løsner

Rikke Frydenberg Reinertsen, sygeplejestuderende på UC Diakonissestiftelsen, modul 9

Under eftermiddagskaffen på gerontopsykiatrisk afdeling får en sygeplejestuderende og to patienter sig et godt grin over noget, den ene patient fortæller. Den sygeplejestuderende nyder den gode stund, og latteren forener de tre kaffedrikkere.

En uges tid inde i min psykiatripraktik sad jeg i opholdsstuen omkring kaffetid, da Nina og Asta kom ind. Jeg hjalp Asta med at få benene op på en skammel, mens Nina gik forbi mig og satte sig i sofaen. Jeg hentede en kop kaffe til Asta, som roste den fine service på stedet.

Stemningen var god.

Næsten før hun havde sat sig, begyndte Nina at tale om en medpatient, Karen. Hun sagde, at det, der var vigtigt, det var, om Karen havde lyst til at spise. Personalet kunne tale lige så meget, de havde lyst til om menuen, og fortælle Karen, hvad hun kunne vælge mellem, og det var jo meget sødt af dem, men det var lige meget, for pointen var, at Karen måtte have lyst til at spise.

"Det handler om lysten! Pillerne er måske meget gode, men de giver ikke en lysten til livet," sagde Nina, "- og det er den, der er det afgørende."

Jeg sagde, at jeg var enig i, at det handler om lysten. Nina grinede lidt over sig selv og sin ivrighed. Jeg grinede også, og vi blev enige om, at det hele handler om lyst, og Nina foreslog, at jeg kunne tatovere "Lyst" på min pande.

Lidt senere spurgte jeg Nina, om hun havde været ude den dag, for hun havde fået udgang dagen forinden. Det havde hun, sagde hun, og hun fortalte, at hun havde købt noget åndssvagt, dumt.

"Jeg har købt to hvidvinsglas i krystal, og så har jeg skrumpelever!" sagde hun og grinede selv højt. Asta og jeg grinede med. Asta blev ved med at grine, så grinede jeg endnu mere, fordi Asta syntes, det var så sjovt, og det var det jo. Så lo vi alle tre længe over Ninas åndssvage vinglas af krystal og hendes skrumpelever.

Det fik mig til at tænke på den terapeutiske værdi af latter.



Arkivfoto iStock

Jeg syntes selv, det var helt fantastisk dejligt at grine så godt, for jeg havde haft en hård dag og var rigtig træt. Latteren med Asta og Nina løsenede op, så vi hjalp måske hinanden ved at grine sammen. De hjalp i hvert fald mig.

Er du sygeplejestuderende, og har du oplevet en situation, hvor du lærte noget af en patient, en pårørende eller en fagperson i sundhedssektoren, så skriv til os. Send din historie til jb@dsr.dk. Den må højst fylde 2.000 tegn uden mellemrum. Du får 500 kr., når din historie bliver bragt i Sygeplejersken.

Intelligente produkter til smertelindring



Semi-fowler stilling

Askulé lejringspuder til særlige lejringsbehov

Cobis populære serie af Askulé lejringspuder fremmer og sikrer den optimale lejrning i sengen på en simpel og effektiv måde. Materialets fleksible sammensætning tilgodeser alle typer af underlag uden at øge risikoen for tryk og shear af huden.

- Til særlige lejringsbehov
- Kurver sig omkring knoglefremspring og fordeler trykket
- Perfekt til lejrning i Semi-Fowler position
- Gør det muligt og nemt at lejre sideliggende
- Antibakterielt forseglede
- Aftageligt vaskbart betræk som tilbehør

TRYKAFLASTNING LEJRING – SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

Pareser.	Neurologiske patienter.
Sclerose.	Smertepatienter.
Hjerneskadede.	Terminale patienter.

Kelvin kugle/skummadras

En stabil, tonsu-dæmpende og tryksårsforebyggende helmadrass.

- Specielt velegnet til smertepatienter
- Tryksårsforebyggende
- Let at installere
- Stabilitet og funktionalitet bibeholdes
- Let at genanvende
- Ingen kontraindikationer
- Vedligeholdelsesfri – ingen pumpe, der skal indstilles
- Max brugervægt: 30-150 kg

TRYKAFLASTNING SMERTE

Kan med fordel anvendes til...

Sen hjerneskadede.	Alzheimer patienter.
Smertepatienter.	Til brugere med frakturer.
Brugere, der har brug for trykaflastning, og som samtidig har brug for et fast underlag.	
Børn og unge med sansemotoriske problemer.	
Til nyopererede, som har brug for en stabil liggestilling.	

30-150 KG

Klinisk dokumenteret

Af Dr. med. Thomas Hofmann, Christian Fehr og Carsten Hampel-Kalthoff



Læs hele undersøgelsen på cobidk



Mobning gav sur smiley til anæstesiafsnit

Sygehus Vendsyssels anæstesiafsnit i Frederikshavn har fået en sur smiley af Arbejdstilsynet, der vurderer, at sygeplejerskegruppen er plaget af mobning. Ledelsen arbejder på at løse problemet, siger viceklinikchef.

Tekst **Nana Frederikke Fischer**

Rygtespredning, verbale trusler og klike-dannelser mellem personalet er en del af dagligdagen på Afsnit Anæstesi i Frederikshavn under Sygehus Vendsyssel. Det vurderer Arbejdstilsynet, der derfor giver afsnittet en sur smiley for arbejdsforholdene.

I afgørelsen fra maj i år skriver Arbejdstilsynet, "at der ved arbejdets udførelse i forbindelse med anæstesisygeplejerskeres opgaver på Afsnit Anæstesi - Frederikshavn er risiko for fysisk eller psykisk helbredsforringelse som følge af mobning."

Og det bekymrende billede kan sikkerhedsleder ved Sygehus Vendsyssel, Sonja Dall, nikke genkendende til.

"Jeg er helt klart af den opfattelse, at nogle føler sig mobbet. Men jeg er også af den opfattelse, at der ikke er nogen, der bevidst går ud og mobber. Det handler om at skabe en ordentlig omgangstone, og at man arbejder professionelt, også i kommunikationen. På en eller anden måde har man fået skabt en kultur med meget vide rammer for, hvad der er i orden," siger hun.

Hvisken i pauserummet

Flere af de ansatte oplever ifølge tilsynsrapporten regelmæssigt at blive udsat for mobning, og både ledelse og ansatte forklarer, at mobningen har stået på i mere end et år.

Nogle ansatte er f.eks. blevet overfuset, mens de var ved at bedøve en patient, og flere ansatte har oplevet "at når de kommer ind i pauserummet, bliver der snakket og "tisket/hvisket", og at dette forstummer, når man kommer ind."

Sonja Dall forklarer, at ledelsen allerede i 2011 blev opmærksom på, at der var problemer på afsnittet på baggrund af en tilfredshedsundersøgelse. Derfor hyrede de

en konsulent, der bl.a. hjalp med at udarbejde nogle spilleregler for at skabe bedre samarbejde og bremse mobning og konflikter. Men dét arbejde er der ikke blevet fulgt tilstrækkeligt op på, mener sikkerhedslederen:

"Nu skal vi finde ud af, hvordan vi får det til at leve i dagligdagen. Vi skal være mere skarpe på at handle, når vi oplever, at reglerne ikke bliver fulgt. Man skal bruge dem i dagligdagen," siger hun.

Illustration iStock



Løsning tager tid

Arbejdstilsynets afgørelse betyder, at afsnittet har fået et påbud og et såkaldt rådgivningspåbud, der skal være efterkommet senest 1. september. Med andre ord skal ledelsen hyre en autoriseret rådgivningsvirksomhed, der kan hjælpe til at forbedre arbejdsmiljøet.

Ifølge viceklinikchef ved Klinik Anæstesi, Bjarne Dahl Christiansen, er der allerede hyret en rådgivningsvirksomhed, men klinikledelsen har søgt om en længere frist for at efterkomme påbudet, fordi man ikke kan "løse den slags

problematikker over to måneder i en sommerferie."

"Men vi forsøger at rykke så hurtigt, vi kan, så vi har netop holdt et møde med personalet, og rådgivningsfirmaet er begyndt at gennemføre interview med alle de ansatte for at afdække problemets omfang. Derefter skal vi beslutte en mere konkret handlingsplan, men det er på nuværende tidspunkt ikke mit indtryk, at mobning gennemsyrrer afsnittet fuldstændig. Der er i hvert fald medarbejdere, som giver udtryk for, at de ikke kender til problematikken," siger han.

I Arbejdstilsynets afgørelse er det også nævnt, at nogle i personalegruppen oplever, at en del af krænkelserne kommer fra ledelsen, men det kan Bjarne Dahl Christiansen slet ikke genkende.

"Det er på ingen måde ledelsens ønske at fremme mobning. Vi ønsker tværtimod det gode samarbejde," siger han.

Tidslinje

8. april

Arbejdstilsynet var på besøg på afsnittet og talte bl.a. med fem ansatte, afdelingsledelsen og arbejdsmiljøgruppen. Både ansatte og ledelse kunne berette om mobning.

7. maj

Arbejdstilsynet giver afsnittet et påbud og et rådgivningspåbud for at sikre, at arbejdet ikke fører til helbredsforringelse som følge af mobning.

1. september

Begge påbud skal senest være efterkommet. Klinikledelsen har dog anmodet om at få udskudt fristen.

Demente har svært ved at håndtere smerte

Det er nødvendigt at observere demente grundigt for smerter og bruge særlige redskaber, for de har svært ved at fortælle, at de har ondt.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Når patienter bliver demente, så fortæller de ikke lige så hyppigt som andre ældre, at de har ondt. Og heri ligger der en risiko for, at dementes smerter bliver overset.

Læge Christina Jensen-Dahm er sammen med europæiske forskere i gang med at udvikle nye redskaber til at vurdere dementes smerter. Hun forventer, at de er klar om et år.

"De skalaer, vi har i dag, kan indikere, at patienten har smerter eller ubehag eksempelvis ved en ændret adfærd eller kropsholdning, men den slags observationer kan ikke stå alene. Smerter er subjektive, og observation er derfor aldrig lige så godt, som hvis patienten selv fortæller, at det gør ondt, fordi der er en risiko for, at man tolker forkert. Hvis man finder tegn, der kunne indikere, at patienten har ondt, er der brug for en ordentlig udredning af, hvorfor personen har ondt, og hvad det er, der giver dem smerter," siger Christina Jensen-Dahm.

Først og fremmest råder Christina Jensen-Dahm til, at man husker at spørge til smerter.

"En del patienter med demens vil godt kunne svare på, om de har ondt eller ej, især i de tidligste stadier af demenssygdommen. Derfor er det vigtigt at huske at spørge. Den eneste måde, man kan være

100 pct. sikker på, om en person har ondt, er, hvis borgeren eller patienten selv siger det," siger hun.

Spørg på en simplere måde

Hvis den demente er i et senere stadium af sygdommen, er det vanskeligere at spørge til smerter.

"Man er nødt til at spørge på en simplere måde og måske spørge gentagne gange ind til, om de faktisk har smerter, fordi patienterne ikke forstår, hvad man mener. Man skal som sygeplejerske have en lang grundigere observation for smerter i forhold til demente patienter," siger Christina Jensen-Dahm.

Hun har selv udført forsøg for at finde ud af, hvordan ældre patienter med Alzheimers sygdom opfatter smerte.

Hun fortæller:

"Der er ikke noget, der tyder på, at patienter med Alzheimer ikke opfatter smerte i lige så høj grad som os andre, hvis ikke mere. De er muligvis dårligere til at tolerere og håndtere smerterne. Vi ved, at hyppigheden af, hvor ofte de fortæller, at de har ondt, bliver mindre i takt med, at sygdommen progredierer. De patienter, som har ondt, men ikke fortæller det, skal vi prøve at identificere. Det er ikke nemt."

Akutsygeplejersker er mere udadvendte

En ny australsk undersøgelse viser en række forskelle på personligheden blandt akutsygeplejersker og folk i andre erhverv.

"Akutsygeplejerskerne udviser signifikant højere niveauer af åbenhed, imødekommenhed og udadvendthed sammenlignet med normalbefolkningen," fortæller sygeplejeforsker Belinda Kennedy, University of Sydney, ifølge ScienceDaily.com.

Belinda Kennedy mener, det bl.a. kan hænge sammen med arbejdets høje stressniveau og grad af følelsesmæssige udfordringer.

Undersøgelsen "The personality of emergency nurses: is it unique?" er publiceret i *Australian Emergency Nursing Journal*, august 2014.

Tynde børn er trendy

Slankekur og kropsfiktion er nået helt ind i livmoderen, advarer sundhedsprofessionelle i Norge, der i øjeblikket ser en tendens til, at der er prestige blandt vordende mødre i at tage så lidt på i vægt under en graviditet som muligt. Og det går ud over børnene, advarer formand for Jordmorforbundet, Norsk Sykepleierforbund, Hanne Schjelderup-Eriksen:

"Fokus for de gravide bør være at få et sundt normalvægtigt barn, som er født til termin," siger hun til Aftenposten og fortæller, at jordemødre oplever, at der er status i at føde børn under 3 kg.

Trenden skyldes angiveligt, at mødrene ønsker sig et lille, let barn, og at de ikke er klar over, hvilke skadevirkninger undervægt hos spædbørn kan forårsage.

Dansk sygeplejerske opsøger ebola

Den 33-årige sygeplejerske, Jens Windahl Pedersen, har gennemgået et lynkursus i Bruxelles, inden han som en af de ganske få danskere er taget til Liberia for at behandle patienter med ebola.

Han ankom fredag den 22. august og skal arbejde i ca. fire uger for Læger Uden Grænser, skriver Ekstra Bladet.

Tilmeld dig faglige nyheder

Få nyheder fra *Sygeplejersken* direkte i din indbakke. Du tilmelder dig ved at gå ind på sygeplejersken.dk og klik på "Abonnér på nyheder fra Sygeplejersken.dk" under nyhedsspalten.



Film



Foto: Rinkel Film

I "Seje børn græder ikke" får skolepigen Akki leukæmi.

12.-28. september

Buster Filmfestival

Børnefilmfestivalen Buster har i år flere film på programmet om børn og unges udfordringer med bl.a. kræft, psykiske sygdomme og livsstilssygdomme. Til flere arrangementer vil det være muligt at møde folk fra filmene til debat efterfølgende. Se f.eks. "Skrub af, kræft!" og filmen om hospitalsklovn Ludo i "Klovn for livet" for de mindste eller "Now is good" om at være kræftsyg teenager eller "Sig det, som det er!" om psykisk sygdom i familien for de større børn.

Festival afholdes i København. Se program på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen eller www.buster.dk

Teater/Foredrag

Kræft, trit og retning

Foredrag med Søs Egelind.

Udfordringerne har stået i kø, men Søs Egelind fandt ud af, at alvorlig sygdom kan være en gave, hvis man fokuserer og holder retningen mod overlevelse.

Et åbenhjertigt foredrag, ikke kun om sygdom, men om mod, overlevelse, glæde og kærligheden til livet. *Div. datoer og steder i landet. Se www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen for yderligere information.*

Læs flere informationer og se andre arrangementer på www.dsr.dk/Sygeplejersken/Kulturjournalen. Kalenderen bringes i samarbejde med Kulturnaut.dk. Sygeplejersken tager forbehold for datoændringer, aflysninger mv.

Gonorré spredes hurtigt blandt de unge

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Antallet af diagnosticerede gonorrétilfælde lå i mange år lavt, men i de sidste 10 år har sygdommen været i stigning, og de seneste par år i stadig kraftigere grad.

Kønssygdommen gonorré bliver i stadig stigende grad spredt rundt i danskernes seksuelle netværk. Ifølge de nyeste tal fra Statens Serum Institut blev der i 2013 rapporteret om 841 tilfælde af gonorré, 72 pct. for mænd og 28 pct. for kvinder. Der er især sket en kraftig stigning fra 2011-2013, og sygdommen rammer nu hyppigst de unge i alderen 19-25 år.

"Det er bekymrende, at sygdommen vinder frem, og ærgerligt, når den har været ude af billedet i en årrække fra i 80'erne, hvor folk i stor stil brugte kondom. Vi ved fra klamydia-tallene, at de unge dyrker sex uden kondom, og når først bakterierne er blevet introduceret i de seksuelle netværk, hvor folk er aktive, så går det relativt stærkt med at få spredt smitten,"

siger afdelingslæge i Statens Serum Institut, Susan Cowan.

Hun opfordrer landets sundhedsplejersker til at tale med de unge om, at ubeskyttet sex ikke kun giver risiko for graviditet men også for at få en sexsygdom. Og at man ikke skal holde sig tilbage fra at blive testet hyppigt for kønssygdomme, hvis man dyrker ubeskyttet sex og har flere partnere.

"I dag opfordrer vi folk til at komme og lade sig teste hyppigt, hvis de dyrker sex uden kondom og har skiftende partnere. Tidligere var vi mere moraliserende "kommer du nu der igen, kan du ikke finde ud af at bruge kondom", men nu har vi indset, at vi ikke kan tvinge kondomet på. Ved at blive testet kan vi i det mindste medvirke til, at folk kommer i behandling, og at vi får brudt smittekæden," siger Susan Cowan.

Indtil videre har der ikke været eksempler på resistente gonokokker i Danmark.



Foto: Søren Svendsen

90 heldige studerende fik plads

90 sygeplejerskestuderende var blandt de næsten 800 elever, der onsdag den 27. august startede på University College Sjælland i Roskilde. Efter velkomsttale og sang skulle de nye sygeplejestuderende følge "dem i de grønne trøjer".

"Hvilket hold er du? Hvad er dit navn?" lød det fra rusvejlederne i de grønne T-shirts til de nye sygeplejerskestuderende.

De studerende blev derefter én efter én sendt til hold A, B eller C for at møde deres kommende klassekammerater.

I år havde hele 995 søgt ind på University College Sjælland i Roskilde i år. Kravet for at komme ind med kvote 1 på studiet var dermed steget fra 6,6 sidste år til 7,4.

(vys)

Få mere sul på pensionen...



I 2014 får du

7,6%

i rente

Se hvilken forskel en supplerende
pensionsopsparing kan gøre
www.pka.dk/mer

pka



Sammen giver
vi mere tilbage

Da sygeplejerskerne drog i krig første gang

I år markeres 150-årsdagen for krigen mellem Danmark og Prøjsen/Østrig. Men det er også historien om de første danske diakonisser, som drog i krig for at pleje sårede soldater.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Illustration: Filiede arkivet i Kalserswerth

Lazaretterne i Sønderborg var indrettet i større borgerhuse, telte og byens tre vindmøller. I indgangen til begge telte ses diakonisser.

Dengang

Amputeringer, forbindsskifte, sårpleje, trøst og bortskaffelse af lig ventede de danske, tyske og østrigske sygeplejersker, som drog med i den anden slesvigske krig, der blev indledt den 1. februar 1864 mellem på den ene side Prøjsen - i dag Tyskland - og Østrig og på den anden side Danmark. Striden drejede sig om hertugdømmerne Slesvig-Holsten.

Den danske diakonissestiftelse var så ny fra 1863, at det var fire svenske søstre i danske diakonissedragter, der som de første tog af sted, og snart fulgte flere.

I takt med hærens fremrykning blev der oprettet lazaretter i større bygninger som slotte, kirker, skoler, præstegårde og større private huse. Militærets læger havde ledelsen, og sygeplejen og andet arbejde blev udført af sygeplejersker i skikkelse af diakonisser og nonner, lazaretmedhjælpere, sygevogtere og civile kvinder, der tilbød deres hjælp.

De første professionelle sygeplejersker på slagmarken havde en uddannelse på mindst ni måneder og flere års erfaring bag sig. I diakonissernes uddannelse indgik anatomi og fysiologi, sygepleje og bandagelære, sårbehandling, kopsætning, hygiejne, assistance ved åreladning og operationer. Dertil kom undervisning i sjælepleje.

I Danmark var militærlægerne ikke begejstrede for det kvindelige indslag: "Skån mig for de damer," udbrød stabslæge Michael Djørup. Men efter krigen sluttede i oktober 1864, var der stor ros til kvindernes arbejde.

Kilde: "Sygepleje på tværs af nationale modsætninger" af Dagmar Bork, Sygeplejersken nr. 34/2004.



Foto Scampix

En hårdt såret afghansk soldat fra en vejsidebombe bliver fløjet ud fra Camp Price til felthospitalet i Camp Bastion.

Nu

Luften var tung af ørkenstøv, da danske sygeplejersker i 2008 ankom til Helmand-provinsen i Afghanistan. Fagbladet Sygeplejersken besøgte dengang Camp Price, hvor danske læger og sygeplejersker havde ansvaret for infirmeriet - et telt med plads til tre patienter.

Sygeplejersken var også på Helmand-provinsens største felt-hospital Camp Bastion, som var britisk ledet, og her var plads til at operere de sårede soldater. Monica Schulz havde forladt hverdagen på Gentofte Sygehus for at arbejde tre måneder på felthospitalet.

"I de store katastrofale masseskader, hvor soldaterne f.eks. har fået amputeret begge ben, har vi kunnet hjælpe dem og har til og med fået dem til at smile. Det giver mig fornemmelsen af, at jeg har hjulpet nogen videre," fortalte Monica Schulz til bladet.

Mandag den 22. juli 2013 var endnu en mærkedag i militærhistorien. Her forlod de danske soldater Camp Price. Ikke siden 1864 havde danske soldater udført så voldsomme og intense kamphandlinger.

Der er pr. august 2014 133 sygeplejersker, som har kontrakt med forsvaret. Fem af dem er i øjeblikket udsendt til hhv. Afghanistan og Afrikas Horn.

Kilde: "Ørkenkrigens danske sygeplejersker" af Katrine Birkedal, Sygeplejersken nr. 17/2008

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR
optimal hygiejne & patient-integritet



Silentia foldeskærme er
svaret på de krav, som stilles
til afskærmning indenfor
sygeplejen.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™

Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



Book tid for en
gratis fremvisning
hos jer af en Silentia
foldeskærm.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

Gør en forskel
VIA Videreuddannelse



Sundhedsfaglig
videreuddannelse
- ledige pladser
i efterår 2014

Du kan stadig nå at
tilmelde dig et af
efterårets moduler på
VIA University College.
Læs mere på
via.dk/sundhed



**43.000 kvinder
lever med brystkræft**

For at få bedst mulig behandling til alle
må vi slutte os sammen.

Du kan melde dig ind og støtte

Landsforeningen mod Brystkræft
www.brystkraefftforeningen.dk

Alle kan høre, hvad alle siger

Patienten kommer ind på akutmodtagelsen med sin pårørende, og et forhæng bliver trukket for. Her risikerer patienten og den pårørende at kunne overheøre andre patienters helbredsoplysninger og personlige oplysninger, og måske har man set nabopatienten, før forhænget blev trukket for. I bevidstheden lurer også frygten for, at andre kan høre, hvad man selv taler med lægen og sygeplejersken om.

De fysiske rammer udfordrer fortrolighed og tavshedspligt overalt i sundhæsvæsenet, hvor patienter ligger på flersengsstuer og på gange, men også på akutmodtagelser, som flere steder er indrettet i åbne rum, og hvor der bliver optaget journal og talt om fortrolige ting.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**
Illustration **Mikkel Henssel**





Patienten har ikke haft afføring i tre dage

Tidligere sygeplejerske Peter Hansen var med sin søn på akutmodtagelsen, hvor han ufrivilligt kom til at overheøre andre patienters sygehistorie. Han valgte at klage over forholdene og har opfordret Sygeplejersken til at tage emnet op.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Tidligere sygeplejerske, nu efterløner, Peter Hansen, ledsagede i foråret 2014 sin søn, som var blevet henvist til skadestuen på Nordsjællands Hospital i Hillerød.

”Det var noget ret harmløst, og efter relativt kort ventetid i venteværelset blev vi fulgt ind i den såkaldte ”Triagen”, hvor der er plads til seks patienter. Eneste adskillelse mellem patienterne er tynde forhæng. Alt efter lidelsen tildeles patienterne en seng eller et skadeleje. Til at sortere patienterne var der denne dag to personer, en sygeplejerske og en lægestuderende. De havde en livlig dialog om, hvad de hver især foretog sig i relation til patienterne, og om de patienter, der var på vej. Gennem indlæggelsesinterviewene blev vi rigeligt delagtiggjort i de andre patienters forhold. Vi fik alt at vide om deres personlige forhold og deres sygdomshistorie. Jeg vil uden besvær kunne referere adskillige patienters meget personlige forhold, alt fra cpr-numre til

Efter halvanden time blev Peter Hansens søn overført til gangen på en sengeafdeling for akutpatienter. Også her var eneste adskillelse for gangpatienterne et forhæng.

”Her oplevede vi lægelige gennemgange af patienter, udskrivelser og meget andet. Foruden meget lange samtaler i mobiltelefoner mellem andre patienter og deres pårørende,” siger Peter Hansen.

Klage til direktionen

Peter Hansen skrev efterfølgende en klage til hospitalsledelsen og formanden for Region Hovedstaden, Sophie Hæstorp Andersen (S), med henvisning til sundhedslovens paragraf 40, der handler om tavshedspligt og videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling. Han fik undskyldninger fra såvel regionens sundhedsudvalgs formand og fra Nordsjællands Hospitals direktion, hvor vicedirektør Leif Panduro Jensen i brevet skriver:

for at sikre den fornødne diskretion. På baggrund af din klage vil afdelingsledelsen også undersøge, hvordan personalet bedre kan sikre integritet og etik i kommunikationen med den enkelte patient under de givne forhold.”

Løsning på problemet

Peter Hansen skrev derfor til *Sygeplejersken* i juni 2014 og bad om, at fagbladet fulgte op på, hvad der siden er sket. *Sygeplejersken* har i august 2014 ringet til ledende overlæge på Akutmodtagelsen i Hillerød, Jakob Lundager Forberg, og spurgt, hvordan akutmodtagelsen kan sikre, at andre patienter og pårørende ikke kan overheøre fortrolige oplysninger.

”Hvis en patient beder om det, eller hvis personalet finder det nødvendigt, er det muligt, at man kan trække sig hen et sted, hvor der er mere diskretion. Vi snakker løbende med personalet om diskretion, og hvordan der skal kommunikeres, og hvornår det er hensigtsmæssigt at snakke om tingene et andet sted. Ligesom vi drøfter, hvor det er mest hensigtsmæssigt at placere patienterne. Og så arbejder vi med at se på, hvordan det kan blive bedre på det nye hospital. Det står først klar i 2020, så det er ikke lige rundt om hjørnet, men de erfaringer, vi har her, går videre til det nye hospital, hvor vi desuden får enkeltstuer,” siger Jakob Lundager Forberg, som erkender, at akutmodtagelsen i Hillerød har nogle udfordringer pga. de fysiske rammer.

”Vi har måttet indrette os under de rammer, vi har på et ældre hospital,” siger Jakob Lundager Forberg.

” Jeg vil uden besvær kunne referere adskillige patienters meget personlige forhold, alt fra cpr-numre til spisevaner, afførings- og vandladningsmønstre og alkoholindtagelse.

Tidligere sygeplejerske, Peter Hansen.

spisevaner, afførings- og vandladningsmønstre og alkoholindtagelse. Jeg hørte Falck-folk sige om en ældre mand ”han har ikke haft afføring i tre dage”, og ”han drikker for mange øl”. Manden selv fastholdt, at han ikke havde drukket i lang tid,” siger Peter Hansen.

”Jeg er enig i, at mangel på diskretion ikke er hensigtsmæssigt for nogen af de involverede parter. Jeg kan også forsikre dig om, at direktionen sammen med ledelsen af Akutafdelingen vil se på, hvordan vi ved fremtidige tiltag bedre kan sikre, at de fysiske rammer i Akutafdelingen tager højde

Sygeplejersken har efterlyst, om andre sygeplejersker har haft lignende oplevelser på landets akutmodtagelser. To sygeplejersker har skrevet til redaktionen om erfaringer fra hhv. Aabenraa og Hillerød.

Det kunne jo have været én jeg kendte

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Illustration **Mikkel Henssel**



Sygeplejerske Lene Kousgaard, som er leder på et plejecenter, kom i foråret til undersøgelse på Aabenraa Sygehus. Hun skulle tjekkes for, om det var nødvendigt akut at operere for en diskusprolaps. Hun skulle vente i et rum sammen med 4-5 andre patienter.

”Alle kunne høre, hvad alle talte om,” siger Lene Kousgaard.

”Da jeg kom derind, lå vi patienter på rad og række, der var også pårørende. Der var en gammel kone, hvis hofte var gået af led, et barn, som var kommet til skade, og en ung mand, som var kørt galt, og som muligvis var narkopåvirket. Det var først, da lægen kom ind, at gardinerne blev trukket for,” fortæller Lene Kousgaard.

”Jeg overværede, at politiet kom og afhørte ham, som måske havde kørt med stoffer i blodet. Læger og sygeplejersker talte med patienterne, og jeg kunne høre alt, hvad der blev sagt. De andre kunne også høre, at lægen lige skulle undersøge mig intime steder, der var bare et gardin imellem. Det var meget ubehageligt og en krænkelse af min blufærdighed,” siger Lene Kousgaard.

Som sygeplejerske og leder ved Lene Kousgaard alt om, hvordan man omgås tavshedspligten, og hun sendte efterfølgende en klage til sygehusledelsen.

”Jeg fik også en undskyldning fra ledelsen, som skrev, at de godt kunne se, at det var uhensigtsmæssigt. De henviste til problemer med de fysiske rammer, og at de er

” Man behøver ikke at tale så højt, at alle kan høre det. Desuden vedkommer det hverken mig eller de andre patienter og pårørende, hvad vi hver især fejler.

Sygeplejerske Lene Kousgaard.

i gang med at bygge et nyt supersygehus. Men det er jo ikke lige noget, der sker i morgen,” siger Lene Kousgaard, som godt mener, at man kan være diskret, selvom de fysiske forhold ikke er optimale.

”Det kunne jo være en jeg kendte, som havde kørt spirituskørsel og blev afhørt af politiet, men man behøver ikke at tale så højt, at alle kan høre det. Desuden vedkommer det hverken mig eller de andre patienter og pårørende, hvad vi hver især fejler,” siger Lene Kousgaard.

Ubeskriveligt ydmygende

Sygeplejerske Kirsten Månsson, der arbejder som klinisk ansvarlig sygeplejerske i en akut børnemodtagelse, fulgte i foråret 2012 med sin mor til akutmodtagelsen på Hillerød Hospital.

”Jeg er oprindelig uddannet på Hillerød Sygehus tilbage fra 1983, og sygehuset står for mig som noget ganske særligt. Stedet,

hvor vi tog hånd om patientens totale situation,” fortæller Kirsten Månsson. Men det var ikke sådan, hun oplevede gensynet den forårsdag i 2012.

”Her blev min mor, som havde akutte voldsomme rygsmerter, lagt i en seng på gangen for at blive triageret. Midt i virvaret kom en tidligere kollega fra min tid på Hillerød, som nu var patient. Hun var voldsomt præget af svær terminal sygdom, og jeg var bare så glad for, at hun og hendes mand ikke kunne genkende mig. Efter vi havde ventet små to timer, blev min mor overført til et stort rum, hvor der var plads til fem patienter langs hver side med en harmonikaskillevæg imellem. For hver ende kunne der lægges yderligere to patienter, dvs. syv patienter langs hver side. Min mor, som fik en yderplads, havde kun skillevæg til den ene side, altså til patienten ved siden af, ellers var der frit udsyn til en travl akutgang. Patienten ved siden af fik optaget journal. Min mor havde taget høreapparatet ud, men jeg hørte og forstod alt, hvad der foregik. Lidt senere ankom min alvorligt syge tidligere kollega og fik plads midt i det hele til skue for os alle. Det var ganske enkelt ubeskrivelig ydmygende. Jeg var lige hjemkommet efter fem ugers ophold på hospital i Sydetiopien og var bare så rystet over at se, hvordan vi behandler patienter på de nye store akutmodtagelser i Danmark,” fortæller Kirsten Månsson.

Manglende diskretion fører til dårligere behandling

Patienters ret til fortrolighed bliver krænket, hvis hospitalsrum er indrettet sådan, at helbredsoplysninger bliver givet til patienten i overværelse af andre. Og for patienten kan konsekvensen være, at man undlader at fortælle om ting, som er for pinlige, hvis de kommer ud i en større kreds. Dermed risikerer man at få en dårligere behandling.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Illustration **Mikkel Henssel**

Patienter på flersengsstuer eller gangpatienter kan komme til at overhøre helbredsoplysninger om andre eller selv føle sig udstillet f.eks. under stuegang eller ved udskrivningssamtaler. Men problemet findes også på akutmodtagelser, som flere steder i landet er indrettet i åbne rum. Her bliver optaget journal og talt om helbredsoplysninger, og hvis patienterne kan se hinanden eller høre f.eks. navn, adresse eller cpr-nummer, så er det en overtrædelse af personalets tavshedspligt.

Ifølge lektor ved Syddansk Universitet og ekspert i sundhedsjura, Kent Kristensen, er der retspraksis på området, der slår fast, at helbredsoplysninger ikke må gives til patienter i overværelse af andre.

”Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn har kritiseret en læge for at informere en patient om alvorlige undersøgelsesfund på en flersengsstue i overværelse af andre patienter, og nævnet har kritiseret en praktiserende læge for at tilsidesætte tavshedspligten ved at give fortrolige oplysninger i venteværelset. Retspraksis siger, at man er nødt til at tænke over, hvordan man indretter konsultationer og patientrum, så andre ikke kan overhøre helbredsoplysninger,” siger Kent Kristensen.

Helbredsoplysninger er oplysninger om personens sundhedstilstand. Det omfatter ifølge Kent Kristensen behandling, sygdom, genoptræning, men også oplysninger om f.eks. feber, blodprocent og afføring.

”Hvis der er forhæng mellem patienterne, og man ikke kan henhøre oplysningerne til

personen, så er der ikke tale om en overtrædelse af tavshedspligten. Medmindre man også overhører oplysninger om f.eks. personnummer og navn,” siger Kent Kristensen.

I nogle af de situationer, sygeplejersker har berettet om, har man set og overværet en person blive afhørt af politiet for at have kørt i bil med narko i blodet og genkendt en tidligere kollega og overhørt hendes sygehistorie. Vil du vurdere, at det er et brud på tavshedspligten?

”I de situationer er det klart et brud på reglerne om fortrolighed,” siger Kent Kristensen.



Undlader at fortælle pinlige ting

I Danske Patienter, der er en paraplyorganisation for 17 patientforeninger, mener formand Lars Engberg, at problemstillingen med manglende diskretion om helbredsoplysninger er et generelt problem på medi-

”Retspraksis siger, at man er nødt til at tænke over, hvordan man indretter konsultationer og patientrum, så andre ikke kan overhøre helbredsoplysninger.

Ekspert i sundhedsjura, Kent Kristensen.

cinske sengeafdelinger, hvor der er overbelægning og mangel på personalets tid.

”Det er ikke i orden, at man kan høre, hvad naboen på den anden side af gardinet betror lægen eller sygeplejersken om helbredsproblemer, og at man har bevidstheden om, at det, man siger, kan blive hørt af andre. Det har den konsekvens, at patienter undlader at fortælle ting, de synes er for pinligt, hvis det kommer ud til en større kreds. Det kan føre til dårligere behandling, end man ellers kunne få, og det vigtigste er jo at få en god behandling,” siger Lars Engberg.

Formand for Fagligt Selskab for Akutsygepleje, Annette Jakobsen, mener, at de åbne stuer på akutmodtagelser såvel som andre steder i sundhedsvæsenet er en stor udfordring for personalet, når de skal efterleve hensynet til patienternes ret til fortrolighed.

”De åbne stuer er et stort problem. Jeg oplever jævnligt, at nabopatienter kommenterer på det, jeg taler med en patient om. Hvis man kigger på planerne for fremtidens sygehuse, så arbejder man også med store stuer, og et af argumenterne er, at så

kan man holde øje med flere på en gang. Det er heller ikke umuligt, men de åbne stuer kræver i hvert fald, at man bruger et så banalt trick som at dæmpe stemmerne, når man taler om personfølsomme ting,” siger Annette Jakobsen.

Ensengsstuer på fremtidens FAM'er

Flere af landets sygehuse planlægger i forbindelse med nybyggeri ensengsstuer på akutmodtagelserne. På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg kommer patienterne i dag ind på flersengsstuer, men om et år står første fase af FAM-byggeriet færdigt med 51 ensengsstuer og totalt 62.

”Her har vi netop taget højde for diskretionszoner og valgt at bygge en FAM op udelukkende med ensengsstuer,” fortæller ledende oversygeplejerske Christian Jørgensen.

”Allerede i dag er vi det eneste sted i landet, hvor patienterne kommer direkte ind i den seng, som de bliver i under hele forløbet på akutmodtagelsen, og sådan bliver det også fremover, medmindre man er meget kritisk syg og skal ind på en af vores specialstuer. Ellers bliver alle patienter modtaget i en af vores nye helt identiske ensengsstuer,” siger Christian Jørgensen.

Men er det ikke lettere at overvåge patienterne, når der ligger flere i et åbent rum?

”Det stresser personalet, når patient og sygeplejerske ikke kan komme med spontane tilbagemeldinger til hinanden, og derfor mener jeg, at forhæng er noget, Fanden har skabt.

Ledende oversygeplejerske på akutmodtagelsen, Sydvestjysk Sygehus, Christian Jørgensen.

”Derfor har vi opdelt vores FAM i teams, så hvert team ”kun” skal overvåge 12-14 sengepladser. Man monitorerer jo patienterne, og en stor del af observationen er elektronisk. Man skal selvfølgelig have det kliniske blik på patienten, og man skal have med i sin kultur, at man tilser og snakker med patienterne så ofte som muligt i sin vagt.”

I dag foregår megen dokumentation væk fra patienten, i den nye FAM vil det foregå hos patienten. ”Vi vil gerne indføre, at patienten også bidrager med data i journalen, for det er jo patientens journal,” siger Christian Jørgensen.

På Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg har de i dag også forhæng, der kan afskærme patienter på flersengsstuerne, men de bliver kun brugt, når alle andre muligheder er udtømte.

Christian Jørgensen siger:

”I de tilfælde, hvor medpatienterne er mobile, bliver de bedt om at gå ud af stuen, når man har brug for at tale med en patient. I nogle tilfælde bruger vi forhæng for at opretholde diskretion på den visuelle del, men det stresser personalet, når patient og sygeplejerske ikke kan komme med spontane tilbagemeldinger til hinanden, og derfor mener jeg, at forhæng er noget, Fanden har skabt. Men så længe vi har flersengsstuer, er de nødvendige.”



Sundhedslovens bestemmelse om tavshedspligt, kapitel 9

Tavshedspligt, videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

§ 40. En patient har krav på, at sundhedspersoner iagttager tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, jf. dog reglerne i dette kapitel.

Sådan vil en ebola-patient blive modtaget

Hvis en patient på dansk jord får ebola, står sygeplejersker klar i gule oppustede dragter på Skejby og Hvidovre hospitaler. Patienten vil blive ført ind i et særligt isoleret rum med undertryk for herefter at blive symptombehandlet.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Foto **Susanne Østergaard**

To hospitaler er klar til at modtage patienter med særligt farlige smitsomme sygdomme som ebola. Det ene er Aarhus Universitetshospital i Skejby, og det andet er Hvidovre Hospital.

”Vi har højisolerede dragter. Det er lidt svært at forklare, hvordan de ser ud, men de ligner sådan nogle rumdragter,” fortæller Helle Ingmer, ledende oversygeplejerske på Infektionsmedicinsk Afdeling på Hvidovre Hospital.

Den infektionsmedicinske afdeling er inddelt i otte sektioner, som isolerer med undertryk. De åbnes og lukkes med sluser,

der tilbageholder mikroorganismene inde i rummene.

Her er man altid klar, hvis der skulle komme en patient med én af de farlige og smitsomme sygdomme.

”Hvis det så viser sig at være ebola, er behandlingen jo bare at symptombehandle, da der ikke er nogen rigtig behandling af sygdommen endnu.”

Risikofyldt arbejde

Sygeplejerskerne på afdelingen skal igenem et særligt opkvalificeringsprogram.

”De skal være trænet i at arbejde med særlige værnemidler, og derudover skal de have erfaring med pleje og behandling af svært syge patienter,” fortæller Helle Ingmer.

Men der er en anden faktor, som oversygeplejersken især lægger vægt på, når hun skal vælge sine medarbejdere:

”Ved ansættelsessamtalen gør jeg meget ud af at tale om den potentielle risiko ved at arbejde med alvorligt smitsomme patienter, og at man skal gøre op med sig selv, inden man starter, om man kan leve med det. Min forventning er, at dem, som jeg har ansat, også deltager, når vi har højisolation.”

Højisolation bruges sjældent

Den avancerede form for isolation af patienter bliver ikke brugt så ofte.

”Vi har en form for beredskab, der hele tiden ligger i dvale. Til hverdag er det en normal afdeling med patienter, der ligger på stuerne, men i særlige situationer kan vi så etablere højisolation, hvor man skaber et undertryk. Hvis der er en patient, som

vi mistænker for at have f.eks. SARS, bliver vi ringet op, og så gør vi os klar,” fortæller Helle Ingmer.

Det er sjældent, at afdelingen får patienter, der mistænkes for at have en så smitsom sygdom. Sidste gang var i november sidste år, hvor tre patienter var mistænkt for at have den smitsomme MERS-CoV (Middle East respiratory syndrome coronavirus). Det viste sig dog at være falsk alarm.

”Det var heldigvis ikke så alvorligt. En af patienterne havde tuberkulose. Vi har faktisk aldrig haft nogen, som har haft noget så alvorligt. Vi har haft nogle patienter med svineinfluenza, men det viste sig jo ikke at være så slemt som først antaget,” fortæller Helle Ingmer.

Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre

- Hvidovre hospital har landets største infektionsmedicinske afdeling.
- De behandler infektionsmedicinske sygdomme og varetager altså behandlingen af patienter med infektioner i kroppen og håndterer udredning af patienter, der mistænkes at fejle en kritisk sygdom.
- Det er sygdomme som SARS, MERS, koppevirus og fugleinfluenza, de kan varetage.
- Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital, står for det østdanske beredskab for alment farlige smitsomme sygdomme, mens Skejby varetager det vstdanske.
- Der er ansat 32 sygeplejersker, 20 læger og 3 social- og sundhedsassistenter.

Kilde: Helle Ingmer, www.hvidovrehospital.dk

Fakta om afdelingen

- En sengeafdeling med plads til 28 patienter, hvor to pladser er semi-intensive.
- Et ambulatorium med 13.000 besøgende årligt.
- En diagnostisk enhed, der varetager udredning af patienter, som er mistænkt for en kritisk sygdom.
- En indvandrermedicinsk klinik, som varetager udredning af patienter med anden etnisk herkomst end dansk.
- En forskningsenhed.

Kilde: Helle Ingmer, www.hvidovrehospital.dk



Sygeplejerske Camilla Stormgaard (2. fra venstre) og læge Stine Johnsen i gang med en øvelse.



Læge Stine Johnsen modtager patienten på stuen under en øvelse.



Steril bordtennis i sygesengen

Tekst Mille Dreyer-Kramshøj • Foto Benny Wæhrens

13-årige Lars Wæhrens (med ryggen til) fik i 2009 en knoglemarvstransplantation, da han var blevet alvorligt syg af følgesygdomme og ødelagt knoglemarv, efter at han nogle år tidligere havde haft leukæmi. Under indlæggelsen på Rigshospitalet var han i daglig kontakt med socialpædagog Jakob Høyer Larsen, som også ses på billedet. Lars' far, Benny Wæhrens, fortæller: "Jakob havde fra starten af en tanke om, at vi skulle have bordtennisbordet med på stuen og op på sengen. Selvom Lars til at starte med syntes, det var en skør idé, fik Jakob alligevel overtalte ham," siger han og forklarer, hvordan bordet blev sat fast til sengen ved hjælp af et kosterkaft og forbindinger, og hvordan forældrene sprittede bolden af, hver gang den røg på gulvet.



Indirekte er forfaldstankegangen i fokus

At kende til de særlige problematikker, der gør sig gældende for ældre mennesker ved sygdom, er et væsentligt fundament for studerende i sundhedsprofessionerne, ligesom den viden også skal være parat hos de færdiguddannede. I denne bog har redaktører og de fleste forfattere valgt en problemorienteret tilgang til anvendelsen af denne viden i det tværfaglige, sundhedsprofessionelle arbejde. Første del af bogen fremstiller det problemorienterede og tværfaglige, som danner basis for forståelsen i de følgende kapitler. De næste to dele udgør bogens tyngde, her fremstiller de forskellige forfattere henholdsvis generelle geriatrike problemområder og de største relevante sygdomsområder. Til slut et kapitel om etiske og juridiske aspekter i behandlingen af ældre habile og inhabile patienter. I dette kapitel fremstilles lovgivning og retningslinjer af Mette Hartlev, professor i sundhedsret. Denne del kunne med fordel være udbygget med flere kapitler om etiske dilemmaer i de sundhedsprofessionelles samarbejde med gamle kvinder og mænd samt deres pårørende.

Nogle kapitler skiller sig lidt ud. Høgh har skrevet om smerter, karakteristika og non farmakologisk behandling. Høgh opfordrer læseren til at forholde sig kritisk til retningslinjer. Han nævner et eksempel fra retningslinjer om lænderyg-smerter, der er rettet mod, at patienterne hurtigt kommer i arbejde. Høgh gør opmærksom på, at fokus vil være et andet for de fleste ældre patienters



Else Marie Skjøde Damsgaard, Dorte Nielsen og Kirsten Rahbek (red.)

Geriatric - en tværfaglig og problemorienteret tilgang

Gads Forlag 2014

288 sider - 399,00 kr.

vedkommende. Som Høgh gør Tellervo også opmærksom på den aldersdiskrimination, der kan gøre gamle mennesker særligt sårbare, hvilket stiller særlige krav til sundhedsprofessionelles kommunikation og øvrige indsats. Tellervo har skrevet et lille relevant kapitel om sorg og tab.

Bogens hensigt er, at patienterne kan opnå en positiv og optimistisk alderdom, også de svageste ældre står der. Det er måske nok at skyde over målet i betragtning af, at kun enkelte forfattere inddrager gamle menneskers forståelser af deres liv og hverdag. Indirekte er de fleste kapitler skrevet ud fra en medicinsk inspireret forfaldstankegang. Bogens kapitler er opbygget, så de indledes med beskrivelse af patientens problemer og afsluttes med studiespørgsmål. Der er referencer til Sundhedsstyrelsens retningslinjer, rapporter og anbefalinger. På den måde kan bogen også læses som en slags status på behandling af gamle, syge mennesker i Danmark.

*Af Marianne Mahler,
sygeplejefaglig konsulent, dr.ph.*

Bredden er styrken

Denne antologi om teknologiers betydning i sundhedsvæsenet udmærker sig ved sit perspektiv, at teknologi ikke blot er et funktionelt værktøj i pleje, behandling, monitorering, patientuddannelse eller ledelse, men er direkte med til at definere og præge de daglige, sundhedsfaglige beslutninger og handlinger. Dermed bidrager den med væsentlige vinkler på teknologianvendelse i sundhedspraksis.

En anden styrke er bogens bredde, den behandler så forskellige teknologier som pleje- og behandlingsværktøjer, visualiserings- og omsorgsteknologier, overvågnings- og sikkerhedsteknologier,

Lotte Huniche og Finn Olesen (red.).

Teknologi i sundhedspraksis

Munksgaard 2014

357 sider - 325,00 kr.

telemedicinske teknologier, journaliserings-, styrings- og ledelsesteknologier, bio- og reproduktive teknologier, hospitalsarkitektur og læringsteknologier på sundhedsuddannelserne samt koblingen mellem sundhedsteknologier og etik.

Dette gør bogen meget velegnet til målgrupperne, som er studerende på universitets- og professionsbachelor-



Når det er svært i klinikken

Bogen er skrevet af Åge Wifstad, der er ansat ved Medisinsk Filosofi ved Institut for Samfundsmedicin, Universitetet i Tromsø. Målgruppen er tænkt som studerende i sundhedsfag på mellemlange og videregående uddannelser, men det er også en glimrende bog til den, der arbejder med klinisk etik, idet omdrejningspunktet er hverdagens etiske overvejelser. Der er vedkommende eksempler fra sundhedsvæsenet i et bredt perspektiv, og samtidig har bogen klare etiske referencer som baggrund for beskrivelser og analyser samt et velopsat resumé efter hvert afsnit.

Man kan let dumpe ned et vilkårligt sted i bogen efter en aktuell oplevelse med et etisk dilemma i klinisk praksis. Til dette formål har bogen indbydende og præcise overskrifter for de enkelte afsnit, uagtet at bogen ikke skal anvendes som en facitliste. Som etikere er det væsentligt at følge med tiden eller holde sig ajour med aktuelle, etiske bevægelser, da det vil inspirere til tidsrelevante spørgsmål ved en etisk analyse. Det er på den baggrund, klinikerne skal gøre sig overvejelser og efterfølgende træffe beslutninger, når det er svært i klinikken. Og skal dette gøres med respekt og professionalisme, er det nødvendigt, at etikeren løbende følger med udviklingen. Til dette formål er bogen velegnet.

Er man ny i arbejdet med klinisk etik, kan bogen læses med fordel. F.eks. kan kapitel 4 vedrørende "Patientens bedste" læ-



Åge Wifstad
Helsefagenes etikk

En innføring

Universitetsforlaget 2013

152 sider - 299 kr.

ses som baggrundsstof i forhold til mange af de aktuelle dilemmaer vedrørende patientens autonomi. Argumentationen strækkes måske lidt for langt i kapitlet forinden, hvor overvejelserne om frihedsbegrebet umiddelbart bliver for komplicerede at anvende. Men læs alligevel bogen, hvis emnet interesserer – den giver mange væsentlige input og genopfrisker, hvorfor det er væsentligt med klinisk etik. Mar-

keringer af, at grundstammen i moral er viljen til at have medansvar for den svage samt den positive beskrivelse af nytteetikken, efterlader læseren med respekt.

*Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA,
etik- og kvalitetskonsulent, formand for Lokal Klinisk Etisk
Komité ved Aalborg Universitetshospital.*

veau. Men på grund af de ofte overraskende perspektiver på teknologiernes påvirkning af sundhedsfaglig praksis kan bogen også fungere som en øjenåbner for klinikere, administratorer og beslutningstagere. Bogens prisværdige intention er "at styrke læseren i at forstå, diskutere og udvikle brugen af teknologi i sundhedsfagligt regi", og det mener jeg er lykkedes redaktørerne at skabe grundlag for gennem valg og forløb af de enkelte indlæg.

Jeg vil alligevel hælde lidt malurt i bægget, idet der også i denne antologi savnes, at den teknologifilosofiske definition,

der blev udviklet på Aalborg Universitet i 80'erne, behandles: "Teknologi er ikke blot maskiner. Den er også de produkter, der produceres, og den måde arbejdet er organiseret på." Dette er stadig en bærende teknologiopfattelse i sundhedsvæsenet, da definitionen bl.a. er grundlaget for medicinsk teknologivurdering.

Udgivelsen blev markeret med et symposium på Syddansk Universitet, hvor flere af bogens forfattere præsenterede deres bidrag og skabte dialog med deltagerne om, hvordan bogens forståelse af teknologi i sundhedspraksis kunne integreres i uddannelse og dagligt arbejde.

Kapitlerne er velskrevne uden overdreven brug af indforstået fagsprog og har mange referencer, web-ressourcer og kilder til videre læsning.

Bogen fås også som i-bog, men en i-bog anmeldelse fordrer et særligt fokus, hvor der tilføjes et funktionelt perspektiv, og det tillader pladsen i denne anmeldelse ikke.

*Af Raymond Kolbæk, cand.cur., ph.d.,
forskningslektor, Sygeplejerskeuddannelsen
i Viborg/Thisted – Sundhedsfaglig Højskole.
Via University College og Center for Sygeplejeforskning – Viborg – Hospitalsenhed Midt.*

Skilsmisse i børnehøjde

Denne bog handler om skilsmisse set i børnehøjde. Den henvender sig til forældre, som enten har en skilsmisse bag sig, eller som står foran en. Forfatteren har i mange år arbejdet som børnesagkyndig i Statsforvaltningen, og det er disse erfaringer fra praksis, der er udgangspunktet for denne bog. Den tager afsæt i de spørgsmål og dilemmaer, som forældre både før, under og efter en skilsmisse hyppigt stiller og befinder sig i. Sagligt og usentimentalt bliver læseren guidet igennem de forskellige faser i en skilsmisse med råd om, hvordan forældre bedst tager hånd om deres børn. Det går ud over børn, at deres forældre bliver skilt, og det ved forældre sædvanligvis godt, men de har sjældent noget alternativ, fastslår forfatteren. Såvel de positive som negative følger af skilsmissen vil være det vilkår, som barnet vokser op med. Hvilke følger skilsmissen får for barnet, afhænger af det efterfølgende forældresamarbejde og barnets personlige forudsætninger. Forfatteren slår til lyd for, at forældre er opmærksomme på netop at inddrage de personlige forudsætninger hos barnet, når de skal



Hanne Søndergaard Jensen

To hjem én familie

FADL's Forlag

177 sider - 199,95 kr.

lave aftaler f.eks. om samvær og deleordninger. Det er vigtigt at være opmærksomme på, hvad er bedst for netop vores barn.

De sidste kapitler beskæftiger sig med den juridiske del omkring skilsmissen og beskriver, hvordan mødet med Statsforvaltningen foregår.

Bogen er skrevet i et sprog, der kan forstås af alle. Der er ingen løftede pegefingre, men en appel til forældre om at huske børnene midt i deres eget følelsesmæssige kaos. Den har mange cases, der illustrerer pointerne og øger læsehastigheden og -fornøjelsen.

Godt at have i sundhedsplejerskerysækken og stikke til forældre, som står foran, midt i eller har været igennem en skilsmisse.

*Af Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.*

KORT NYT OM BØGER

Signild Vallgård, Finn Diderichsen og
Torben Jørgensen

Sygdomsforebyggelse

278 sider - 299,00 kr.

Munksgaard

Til dem, som arbejder med forebyggelse og sundhedsfremme: Her introduceres basale begreber og teorier inden for sygdomsforebyggelse, og metoder til kortlægning af behovet for forebyggelse bliver præsenteret. Desuden beskrives udviklingen i sygdomsmønstre og forebyggelse i Danmark. Et kapitel om magtudøvelse i forebyggelse og sundhedsfremme er interessant. For sygeplejersker med interesse for empowerment og motiverende samtaler er der fine nuancer at hente, som kan danne grobund for diskussioner om, hvordan magten udøves. Forbud, påbud, regler, appel om ansvarlighed – der er mange måder at nå befolkningen på.

Klaus Larsen

Smitstof

Kampen mod sygdom i 1800-tallets Danmark

368 sider - 299,00 kr.

Munksgaard

En velformidlet tekst om vejen fra 1800-tallets snavs, søle, epidemier og dødelige bakterier til det 20. århundredes udvikling med teknologi, medicin, forebyggelse og professionel sygepleje. Bogen er omhyggelig og gennearbejdet, den er vinklet på kampen mod smitstof, men både sygeplejen og Florence Nightingale får nogle ord med på vejen.

Der er en omfattende litteraturliste og mange interessante citater, bl.a. om Georg Brandes' datter Astrid, som døde af difteri som 10-årig. Astrid blev pakket ind i et lagen og taget med til fotografen som af-død, så familien kunne bevare mindet om hende. Fotografiet udgør en af de mange illustrationer.

Dorit Simonsen, Rikke Krogager og

Jens Oluf Bruun Pedersen (red.)

Det som har betydning - en ZMET-analyse blandt patienter og pårørende på Hospice Djursland

Boggalleriet 2014

67 sider - gratis på www.hospicedjursland.dk

Kom med patienter og pårørende indenfor på Hospice Djursland.

Zartmanns billedfortællingsmetode er anvendt for at undersøge, hvad der har betydning under den sidste levetid på Hospice. Patienter og pårørende har, via et kamera, indfanget vigtige hverdagsbegivenheder, arrangementer eller rutiner, og efterfølgende er fotografen interviewet om det motiv, han eller hun har valgt.

Resultatet er en rørende dokumentation af det righoldige liv, der, stik mod alle fordomme, også leves på hospice. Naturen er væsentlig for mange patienter, og der er fotos af de mangler f.eks. på lette adgangsforhold og udsigtspunkter, som nogle er blevet opmærksomme på under deres færden i området udenfor Hospice. Bogen kan således, ud over at afdratisere døden, lære personale og ledere, hvad patienter og pårørende ser, sanser og sætter pris på i den sidste tid.

Eva Hoffmann er 40 år og har været ansat på UC Syddanmark siden 2001. Hun blev lektor i 2008. Eva Hoffmann blev sygeplejerske i 1996. Herefter arbejdede hun i fem år på kirurgisk afdeling på Sønderborg Sygehus. Eva Hoffmann har en diplomuddannelse i sygepleje fra 2001, hun blev master i klinisk sygepleje i 2006 og certificeret coach i 2008.



Den første gang

Det var vinter, og jeg gik over Langebro i København sammen med min veninde og vores to sønner på 11 og 12 år. Vi havde taget turen fra Als til hovedstaden for at hygge, opleve og være sammen og slentrede side om side over Langebro, mens store snefnug begyndte at drysse ned fra himlen.

"Skal vi ikke lege, at det er allerførste gang, at vi oplever snevejr," spurgte min søde veninde, som just havde afsluttet en spændende coachuddannelse og nu var ivrig for at afprøve batteriet af potente og forløsende spørgsmål. Drengene skulede til os, så meget trætte ud, lavede en snebold og gik uanfægtede af det ellers velmenende og kreative forslag videre mod byens butikker og caféer.

I tiden efter gåturen på Langebro er mine tanker flere gange vendt tilbage til det her med "den første gang" og idéen om, at den første gang ofte kommer til at udgøre en særlig intens og speciel oplevelse.

Flere kunstnere har netop beskæftiget sig med den magi, der kendetegner den første gang, og jeg tænker f.eks. på, hvordan standupkomikeren Anders Matthesen har optrådt med at trække det første kys op af skjortelommen for at smage på det og genkalde sig den særlige stemning, der var forbundet med netop det kys.

Den første gang er dog ikke altid kun kendetegnet af spænding, magi og gode tanker. Som underviser på en sygeplejeskole har jeg ofte mødt sygeplejestuderende, der begræder deres mangel på erfaring og ville ønske, at deres studieliv var fyldt af alt andet end første gange.

Erfaring er en eftertragtet størrelse, og hvis der var frit valg på alle hylder, så er der vist ingen tvivl om, at titlen som ekspert ville blive solgt før titlen som novice og nybegynder.

Det er jo også trættende, bøvlet, utrygt og ofte lidet velanset at være ny, uerfaren og "under oplæring": Effektiviteten er lavere, risikoen for fejl større, og sandsynligheden for ikke at være som de andre absolut til at få øje på. Intet under, at det med "den første gang" er noget, som ofte anses som en udfordring. Og så alligevel ...

Hvad med det klarsyn, der ofte følger med det at være ny. Hvad med alle de spørgsmål, der bliver stillet, når man går frisk og ny til en opgave, en ny gruppe mennesker, en ny arbejdsplads eller noget andet, som ikke bare animerer til, at man knalder autopiloten til?

Det er jo derfor, det er så trættende at være ny. Alle filtre er åbne, og vi er ude af stand til at rubricere, sammenligne, putte i bunker - det hele bliver taget ind, og vi er i frit fald.

Fra min egen studietid husker jeg, hvordan nogle særlige kontakter til pårørende og patienter netop fandt vej på tidspunkter, hvor jeg var ny, nølende og usikker, men åben og sårbar. Tror måske, vi skulle tænke lidt over det. Effektiviteten må ikke altid stjæle førstepladsen til fordel for værdien ved at få lov til at være ny og opleve noget for første gang. Landets sygeplejeskoler har netop igen åbnet dørene for nye studerende, som med glæde, entusiasme og en livlig flok sommerfugle i maven skal gå om bord i kavalkaden af første gange. Lad os hjælpe dem ved at huske værdien ved den første gang og sammen fejre deres første sengebad, den første injektionsgivning, den første stuegang osv. Hvis ydmygheden er til stede, skal det hele nok gå, og der vil måske oven i købet komme noget spændende og anderledes ud af situationen.

”Skal vi ikke lege, at det er allerførste gang, at vi oplever snevejr,” spurgte min søde veninde, som just havde afsluttet en spændende coachuddannelse og nu var ivrig for at afprøve batteriet af potente og forløsende spørgsmål.

"5 faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for sit indhold ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.



Sygeplejerskernes statusmøde er stedet, hvor man hjælper hinanden med at få ryddet op i arbejdsplanlægning og opgaver.

I sengeafsnit 5052, Rigshospitalets Hæmatologiske Klinik, bruger sygeplejerskerne en prioriteringstrekant, når arbejdspresset bliver for stort. Et dagligt statusmøde sikrer desuden, at man prioriterer i fællesskab og ikke kun inden for egne opgaver.

Vi hjælper hinanden me

Tekst **Kirsten Bjørnsson** · Foto **Søren Svendsen**

Alvorligt syge patienter og mange presserende opgaver er så meget hverdag for Rigshospitalets sengeafsnit 5052, at ledelsen for nogle år siden indførte en prioriteringstrekant. Den beskriver, hvilke opgaver sygeplejerskerne skal udføre, når der er for travlt til at nå det hele, og omfatter alle sygeplejeopgaver i afsnittet.

”Det var en lettelse, da den kom,” husker sygeplejerske Katrine Lethan.

”Man vil jo gerne gøre sit arbejde så perfekt som muligt, så det gav dårlig samvittighed, hvis man ikke kunne nå det hele.”

I dag er prioriteringstrekanten så godt indarbejdet, at hun altid ved, hvilke opgaver hun skal koncentrere sig om på de alt for travle ”røde” dage. Ligesom hun ved, hvilke ”gule” opgaver, hun skal gå videre med, når de røde er løst.

På en rød dag skal hun f.eks. prioritere mad og drikke, medicinsk behandling, vitale værdier, sårpleje og hjælp til toiletbesøg. Er dagen gul, skal hun også nå opgaver som f.eks. mundpleje og mobilisering, mens grønne opgaver som VAS-scoring, hudpleje og patientundervisning må vente.

Både grønne og gule opgaver er man ked af at lade ligge, siger Katrine Lethan.

”Men når jeg er nødt til det, ved jeg samtidig, at jeg har gjort noget, der var vigtigere.”

Denne tirsdag er der mange koordinerende opgaver. En patient skal hjem, så der skal arrangeres transport, sørges for medicin og overdragelse til hjemmesygeplejen. Hos en anden er der meget, der skal følges op på efter gårsdagens stuegang. En tredje skal have en blodpladetransfusion, og der skal doseres medicin til alle patienter. Men der er tid til det hele.



Selv om Katrine Lethan skal dosere, har hun alligevel tid til at svare på et enkelt spørgsmål.



Jan Rasmussen skal hjem over middag. Han får et mødekort og en kuvert med medicin til de næste par dage, medicinliste og kørselspapirer.



Stregekoden på armbåndet skal svare til stregekoden på patientens medicin.



Katrine Lethan henter en lommecomputer til medicinadministration på kontoret, hvor plakaten med prioriterings-
trekant har en fremtrædende plads på væggen.



Morten Bolding Olsen skal have en blodpladetransfusion. Sygeplejerske Sara Frausig hjælper Katrine Lethan med at kontrollere, at det er det rigtige blodprodukt.



Patienterne i Hæmatologisk Klinik får rigtig meget medicin.

d at prioritere

Det er afdelingssygeplejerske Tina Lanther, der om morgenen melder en dag ud som rød, hvis hun kan se, at det slet ikke hænger sammen. Uanset dagens farve kalder hun til statusmøde kl. 13 for at få et overblik.

Denne dag tager det syv minutter. Der er ikke brug for at omprioritere, men det er der meget ofte på de travle dage.

”Hvis jeg f.eks. har overstået mine røde opgaver, vil jeg tilbyde at overtage en rød opgave fra en kollega i stedet for at gå videre med mine egne gule. Sætte en portion blod op eller dosere medicin

til hendes patienter, når jeg alligevel skal dosere til mine egne tre,” siger Katrine Lethan.

Din bedste oplevelse med en patient i de sidste par uger?

”Det var at modtage Morten som helt ny patient med AML (akut myeloid leukæmi, red.) og føle, at vi fik taget hånd om ham og informeret ham grundigt. Når jeg ser ham i godt humør i dag, bliver jeg superstolt af mig selv og min afdeling.”

”Vi undgår, at det er en enkelt, der sidder tilbage kl. halv tre uden at nå, hvad hun skal. Og den bedste fornemmelse i verden er altså at kunne hjælpe en kollega, der har rigtig travlt. Så ser dagen pludselig lysere ud for os alle sammen.”

Efter at statusmødet blev indført, er der færre hængpartier, der må gives videre til aftenvagten. Det er effektivt, men det er også et skulderklap på de travle dage.

”Det betyder rigtig meget, at ledelsen anerkender, at vi har travlt, og hjælper os med at prioritere. At vi bliver hørt og set,” siger Katrine Lethan.

Mød næstformandskandidaterne

Fem møder i oktober, hvor medlemmerne kan møde dem, der vil være næstformand i Dansk Sygeplejeråd.



Til oktober og november skal medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd ved afstemning tage stilling til, hvem der i en ny periode på fire år skal være næstformænd i Dansk Sygeplejeråd. Der skal vælges to næstformænd, og senest den 30. september skal de, der ønsker at blive valgt, have meldt sig som kandidater. Det er der i slutningen af august indtil videre tre medlemmer, der har gjort.

Medlemmerne i Dansk Sygeplejeråds fem kredse får i løbet af oktober lejlighed til at møde de opstillede kandidater, idet der allerede nu er arrangeret vælgermøder fem steder i landet. Møderne holdes:

Kreds Syddanmark

Onsdag den 8. oktober kl. 17-21 på Vejlevej 121 i Fredericia

Kreds Nordjylland

Torsdag den 9. oktober kl. 19-21 på Sofiendalsvej 3 i Aalborg

Kreds Midtjylland

Mandag den 20. oktober kl. 17-21 i Medlemshuset, Marienlystvej 14, Virklund, Silkeborg

Kreds Sjælland

Tirsdag den 21. oktober kl. 19-21 på Møllevej 15 i Borup

Kreds Hovedstaden

Onsdag den 22. oktober kl. 17-20 på Frederiksborggade 15, 4. sal, i København

Selve valghandlingen foregår mellem 25. oktober og 6. november. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråds kongres kan stille op som kandidater til næstformandsposterne.

Læs mere på www.dsr.dk/valg2014

Tjek dine medlemsoplysninger og stem

Det er nødvendigt, at Dansk Sygeplejeråd har de rigtige medlemsoplysninger, når der skal sendes valgmateriale ud til medlemmerne.

Derfor belønner Dansk Sygeplejeråd alle, der tjekker 'Min side' på www.dsr.dk, med et lod i lodtrækningen om biograf-billetter hver uge fra uge 36 til og med uge 40. Hver uge er der 10 gratis biografure for to personer på højkant.

www.dsr.dk/tjekdigselv

DSR I MEDIERNE

I løbet af sommeren har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.

Dødsfare på hospitaler er dobbelt så stor i weekenden

Når færre læger og sygeplejersker er på arbejde i ferier og weekender, øger det risikoen for at dø på hospitalet, viser ny dansk forskning. "Undersøgelsen bekræfter de fakta, som det har været så svært at få lydhørhed for. Nemlig, jo færre sygeplejersker der er på arbejde, jo flere fejl og jo større dødelighed", siger formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen til MetroXpress.

Mangel på ressourcer koster patienter livet

Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen opfordrer regeringen og Folketinget til at opprioritere de medicinske og akutte afdelinger i en kommende sundhedspakke, og når der skal laves finanslov. "Fokus har været på de kirurgiske afdelinger og kræftafdelingerne. Men det

er ikke, fordi vi taler om at tage noget fra dem, vi minder bare om at huske de akutte og medicinske afdelinger, hvor der er et behov," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Berlingske.

Debat: Nødvendig dagbog

"Hvordan kan politikere blive ved at vende det døve øre til, når sygeplejersker fortæller om konsekvenserne af de politiske beslutninger om besparelser og nedlæggelse af senge og af den økonomistyring, der er lagt ned over hvert afsnit?" skriver kredsformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Nordjylland, Jytte Wester, i et debatindlæg i Nordjyske. Indlægget tager udgangspunkt i en sygeplejerskes nødråb i form af en detaljeret dagbog, der bl.a. beskriver stress og mangel på sygeplejerskeressourcer.

Donation til Museet fra nedlagt veteranklub

Klub af bl.a. tidligere hovedbestyrelsesmedlemmer har nedlagt sig selv og doneret kassebeholdningen til Sygeplejehistorisk Museum i Kolding.



Foto Palle Peter Skov

Formanden for Dansk Sygeplejeråd og for bestyrelsen for Dansk Sygeplejemuseum, Grete Christensen, med en check på det beløb, som blev til overs, da Veteranklubben nedlagde sig selv. Til venstre er hun flankeret af tidligere næstformand i Dansk Sygeplejeråd Jette Molin (1990-1998) og til højre af tidligere næstformand i Dansk Sygeplejeråd Benny Andresen. Yderst til højre Birthe Wernberg-Møller, næstformand i Dansk Sygeplejeråd 1982-1990.

Et beløb lidt større end 38.000 kr. stod der på den check, som repræsenterer for den nu nedlagte Veteranklubben for nylig overrakte til Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding. Beløbet – svarende til værdien af Veteranklubbens aktiver – blev overdraget til museet, fordi Veteranklubben havde besluttet at nedlægge sig selv.

Veteranklubben blev dannet i 1995 og bestod af forhenværende medlemmer af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse samt af direktører i Dansk Sygeplejeråd, alle autoriserede sygeplejersker og medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Formålet med klubben var gennem diverse arrangementer at bidrage til at bevare sammenholdet mellem medlemmerne og bevare deres tilknytning til ledelsen af Dansk Sygeplejeråd.

Men efter 19 år kunne Veteranklubbens ledelse konstatere, at tilgangen af nye medlemmer var faldende, og det samme var tilslutningen til klubbens arrangementer.

På den afsluttende generalforsamling i april i år blev det besluttet at nedlægge klubben og donere dels det økonomiske overskud, dels diverse arkivalier til museet.

Overrækkelsen af gavechecken faldt tidsmæssigt sammen med fejringen af museets 15-års fødselsdag. Flere af den nu nedlagte veteranklubs medlemmer, bl.a. tidligere næstformand i Dansk Sygeplejeråd Benny Andresen (1974-1994), var i sin tid med til at stable museet på benene, og det faldt derfor medlemmerne naturligt at donere det overskydende beløb til netop museet.

(hbo)

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



9. september

- FTF Forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- CO10 bestyrelsesmøde, København

10. september

- Konference om kvalitet og afbureaukratisering, Udviklingspolitisk Forum, København
- Møde i FTF's arbejdslivsudvalg, FTF, København

11.- 12. september

- Bestyrelsesmøde og -seminar i PKA, København

15. september

- Sygeplejefestival 2014, Lokomotivværkstedet, København

16. september

- SSN styregruppemøde, Kvæsthuset, København

17. september

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København
- Bestyrelsesmøde i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner

18.-19. september

- Bestyrelsesmøde i DIGNITY (Dansk Institut mod Tortur), Helsingør

23. september

- FTR-seminar, Kolding

23. september

- Fageftermiddag i Randers Kommune

24. september

- Oplæg på FTF's fagpolitiske talentuddannelse, København

25. september

- Bestyrelsesmøde i nyt forhandlingsfællesskab, København

LÆSERREJSE

Incredible India med Sygeplejersken

Farverige Rajasthan, blændende Taj Mahal og spirituelle Varanasi. Inkl. besøg på to hospitaler - 9 dage med dansk rejseleder.



I Rajasthan lyserøde hovedstad Jaipur venter maharajernes overdådige paladser. I Agra ser vi Shah Jahans ikoniske mesterværk Taj Mahal, såvel som det imponerende Agra Fort. Sammen med hundredvis af hinduistiske pilgrimme stiger vi herfra på nattoget til Varanasi, den hellige by ved Ganges, hvor religionen praktiseres med badende i floden, hellige mænd, begravelsesprocessioner og ligbål.

På denne rejse skal vi stifte bekendtskab med det indiske sundhedssystem. Vi besøger et moderne privathospital i Jaipur, og som kontrast til de ordnede forhold besøger vi i Agra et offentligt hospital. Rejsen inkluderer også en dags sightseeing i Delhi og et besøg i fuglereservatet Keoladeo Nationalpark, der er på UNESCO's liste over verdens naturarv.

AFREJSE
13. FEBRUAR 2015

kr. 10.998,-

TILLÆG FOR
ENKELTVÆRELSE KR. 1.698

Prisen inkluderer

- Dansk rejseleder
- Fly København - Delhi t/r
- Udflugter jf. program
- Indkvartering på 3-4-stjernede hoteller i delt dobbeltværelse
- Helpension
- Skatter og afgifter

Information og bestilling:

3698 9898, info@albatros-travel.dk
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekode LR-SYG



Medrekningen 2014

25 - 26 September, København - DGI-byen
Hotel & Conference Center.

Her findes chancen for unikke **karrieremuligheder** hos Regioner, Sygehuse og Vikarbureauer.

Alle tilbyder **spændende jobs** til både faste stillinger og korte og længere vikariater!



Dag 1: Torsdag den 25/9, kl 13:00 - 19:00

Dag 2: Fredag den 26/9, kl 08:00 - 15:00

Der trækkes lod blandt alle deltagerne på Medrekningen om et rejse gavekort på 5000 DKK!

Gå ind på www.medrek.dk og tilmeld dig!!

Vi ses på messen!



Før du søger arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobudlandet

Hvordan skal din pension skrues sammen?

Pensionen har betydning for dig og dine kolleger. Du har nu mulighed for at stille op som kandidat til at blive delegeret og få indblik i maskinrummet i din pensionskasse og pensionsordning.



Som delegeret er du bl.a. med til at beslutte:

- hvordan pensionsordningen er skruet sammen
- etiske rammer for pensionskassens investeringer
- serviceniveauet i pensionskassen

Vi i PKA hjælper dig til at få indblik gennem kurser og seminarer, så du er klædt på til at tage beslutninger på den årlige generalforsamling.

Hjælp dine kolleger

Pensionsordningen er med til at skabe tryghed for dig og dine kolleger, hvis I bliver syge eller dør i en tidlig alder. Du er med til at beslutte, hvordan pensionskassen skal udvikle sig. Du kan stille forslag på dine egne og kollegernes vegne, ligesom du har stemmeret på generalforsamlingen.

Sådan stiller du op

Gå ind på pka-valg.dk og meld dig som kandidat.

Du kan også få tilsendt en opstillingsblanket.

Fristen for at stille op er fredag den 10. oktober 2014 kl. 16.00

Vil du vide mere?

Du kan læse mere om valget på pka-valg.dk. Her kan du også se en film, hvor nuværende delegerede fortæller, hvorfor de er delegerede. Du kan desuden læse pensionskassens vedtægter og valgregulativ. Du kan også få dem tilsendt ved at kontakte PKA på tlf.: 39 45 45 48.

Regler ved opstilling

Du kan stille op som kandidat til at blive delegeret, hvis du pr. 31. august 2014 er medlem af pensionskassen. Du kan dog ikke stille op, hvis du har sendt begæring om at træde ud af pensionskassen.

Du hører som udgangspunkt til den valgkreds, hvor din arbejdsgiver har adresse. Hvis du ikke har en arbejdsgiver, der indbetaler pensionsbidrag (hvis du fx er hvilende medlem eller arbejdsledig,) kan du stille op i den valgkreds, hvor du bor.

Hvis du arbejder i en anden valgkreds end der, hvor din arbejdsgiver har adresse, er ansat på en landsdækkende institution, eller hvis du får indbetalt pensionsbidrag fra flere arbejdsgivere i forskellige valgkredse, gælder der særlige regler.

Du kan få mere information om regler for opstilling og valgkredse på pka-valg.dk.

Der skal vælges 105 sygeplejersker

Der skal vælges i alt 155 delegerede i Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægeseekretærer. De 105 sygeplejersker fordeler sig således på valgkredse:

Region Hovedstaden og udenfor valgkredsene: 34
Region Sjælland: 13
Region Syddanmark: 21
Region Midtjylland: 23
Region Nordjylland: 11
Grønland/Færøerne: 3

Hvis der bliver kampvalg i den valgkreds, du er opstillet i, får du mulighed for at præsentere dig selv på www.pka-valg.dk. Afstemningen foregår elektronisk.



Sammen giver vi mere tilbage

Ude af trit med virkeligheden

Til Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og næstformand for pensionskassen PKA.

Den 1. januar 2013 trådte den nye fleksjob- og førtidspensionsreform i kraft. Reformen har medført, at personer under 40 år ikke tildeles offentlig førtidspension. Personer over 40 år, som kan arbejde mere end to timer om ugen, tildeles ikke offentlig førtidspension, men visiteres i stedet oftest til fleksjobordningen.

Fleksjobreformen har også været omfattende og har medført en markant lønnedgang for især normalt højt-lønnede og middellønnede faggrupper.

Desuden bliver der kun indbetalt pension fra arbejdsgiver for antallet af effektive timer, dvs. arbejder fleksjobbereren kun to timer ugentligt, indbetales der kun pension for de to timer. PKA har så valgt at supplere op til det maksimale beløb hos det pågældende medlem. Men der er blot det problem, beløbet indeksreguleres ikke. Dvs. at hvis man er så uheldig at være ung nyuddannet sygeplejerske og mister sin erhvervs-evne delvist og har 40 år til alderspensionen, så bliver beløbet ikke indeksreguleret i forhold til inflation m.m., og købekraften udhules dermed. Der kan f.eks. over en tidsperiode på 40 år være tale om rigtig mange penge!

Vi kan ikke ignorere, at der vil være medlemmer, som helt eller delvist mister erhvervssevnen, og som før reformen ville være blevet tildelt offentlig førtidspension ved enten sygdom, ulykke eller skade.

Desværre er sygeplejersker ekstremt dårligt stillet via deres pensionsordning gennem PKA sammenlignet med andre faggrupper i andre pensionsordninger/kasser. Netop fordi der i betingelserne ved PKA kræves, at medlemmet skal tildeles en offentlig førtidspension, et krav, som er en variabel og kan ændres via diverse politi-

keres luner og reformer, og som skitseret ovenfor nærmest ikke lader sig gøre længere. Det beskrives bl.a. på PKA's hjemmeside således:

"Du kan få førtidspension fra pensionskassen, hvis du varigt mister din arbejdsevne og får tilkendt offentlig førtidspension, inden du fylder 65 år.

Du får en månedlig udbetaling, som er skattepligtig, og i nogle tilfælde en sum ved førtidspension. Summen er et skattefrit engangsbetrag og udbetales, hvis du er under 60 år."

Andre faggruppers pensionsordninger bruger ikke et variabelt begreb som offentlig førtidspension i deres betingelser, men der bruges bestemmelser om tab af erhvervssevne eller arbejdsevne, der enten er med 50 pct. eller 2/3 varigt tab. Hvis man opfylder betingelserne, udbetales der månedlige ydelser, pensionsordningen indbetaler til selve pensionen samt forsikringsdækninger, og man er dermed dækket økonomisk i en sårbar situation.

DSR og PKA er ude af trit med virkeligheden med bestemmelserne i pensionsordningen, og der bør snarest ske en revision af disse og selvfølgelig med tilbagevirkende kraft.

Lena Hansen og Helle Aagaard Petersen, sygeplejersker

Svar

Kære Lena Hansen og Helle Aagaard Petersen

Tak for jeres indlæg. Det er dejligt at høre fra medlemmer, der interesserer sig for og sætter sig ind i pensionen. Inden jeg kommenterer jeres konkrete punkter, vil jeg opfordre jer til at overveje muligheden for at stille op til det

aktive medlemsdemokrati i PKA og ad den vej sikre, at jeres input er med i udviklingen af pensionsordningen. Det er nemlig ikke bestyrelsen, men de medlemsvalgte delegerede, der er højeste myndighed i pensionskassen og beslutter ændringer.

Ændringer i pensionsordningen sker altid efter drøftelser med de delegerede, hvor der er mulighed for at drøfte og afveje de forskellige hensyn, der skal tilgodeses. Der er valg til delegeretforsamlingen her i efteråret. Fra den 22. august kan du læse mere på pka.dk om valget.

Dernæst er jeg ikke enig med jer i, at vores pensionsordning i PKA er dårlig og ude af trit med virkeligheden. Det er rigtigt, at PKA følger offentlig tilkendelse af førtidspension. Det valgte PKA i 2005 som et af de første selskaber. Siden da har en lang række selskaber valgt at følge PKA og bruge samme regler. Det er altså i dag normen for arbejdsmarkedspensioner. Baggrunden for at følge offentlig tilkendelse af førtidspension er, at det giver medlemmet overblik over rettigheder og skaber ro i medlemmets proces frem mod en eventuel førtidspensionering.

Vi følger i bestyrelsen i pensionskassen med i, hvilke konsekvenser lovændringer har for medlemmerne, og hvorvidt det bør medføre ændring af reglerne i pensionskassen. Det gælder også fleksjob- og førtidspensionsreformen, som trådte i kraft den 1. januar 2013.

Efter vores vurdering er det fortsat for tidligt at vurdere reformens endelige konsekvenser for medlemmerne og dermed vurdere behovet for eventuelle ændringer af reglerne i pensionskassen.

Med venlig hilsen
Grete Christensen, formand

Kliniske vejledere har for travlt

Af **Sanne Fuglsang Nyquist**, formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Klokken er 7.30, og jeg har været i klinik i tre uger. På min plan står der, at jeg skal have en anden studerende med. Det er sådan set okay, hvis det var første gang – men det er det desværre ikke.

Flere gange i sidste uge havde jeg også ansvaret for studerende, som ikke var så langt i uddannelsen som mig. Min vejleder havde ikke tid eller ressourcer. Jeg er ikke uddannet klinisk vejleder, og jeg har ikke nok erfaring til at have ansvaret for andre studerende. Men gang på gang sker det alligevel.

Den studerende og jeg skal i dag foretage et sårskifte, hvilket jeg kun har prøvet få gange. Såret er 15 cm langt og 6 cm bredt. Det væsker fra nogle områder, andre steder er det helt tørt, og der er nekrose. Jeg føler mig ikke sikker nok i behandlingen, men jeg forklarer den studerende, hvad jeg

ved. Jeg er frustreret på vegne af den studerende og patienten, som ærlig talt ikke får en optimal behandling.

En klinisk vejleder bør følge studerende tæt for at understøtte og vejlede i det teoretiske såvel som det praktiske. Desværre møder vi som studerende indimellem kliniksteder, som ikke er egnede til at have studerende. Vi møder kliniske vejledere, som har for travlt, fordi de samtidig med vejledningen af studerende skal passe patienter på lige vilkår med andre kolleger.

Uddannelse er åbenbart ikke en prioriteret kerneopgave. Det går i sidste ende udover de studerende, sygeplejerskerne og patienterne!

Kan vi ikke alle blive enige om, at studerende ikke skal have det fulde ansvar for studerende?

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

Minnesota-behandling har hjulpet titusinder til et bedre liv – uden alkohol. Vi kan også hjælpe dig.



Behandlingscenter
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

MINDEORD

Steen Aage Maj Jørgensen

Sygeplejerske Steen Aage Maj Jørgensen, uddannet ved Den Sønderjyske Sygeplejerskole i Sønderborg i 1987, er den 11. august 2014 pludselig død.

Som sygeplejeelev var han altid i godt humør, havde overskud og energi til at støtte "os tøser", hans elevkammerater.

Steen var en aktiv del af et sygeplejehold, som på mange måder var i front med visionær tankegang indenfor sygeplejen. Vi kom på studietur til England – ganske uhørt dengang – og fik ved fælles hjælp etableret økonomisk støtte til rejsen via en "Sygeplejemesse" i forbindelse med den lokale Ringridning.

Steen var en god elevkammerat, fagligt inspirerende og altid frisk på en god diskussion og hjælpende hånd!

Steen valgte tidligt ledervejen og var gennem næsten hele sin karriere beskæftiget med ældre medborgere. Først i gerontopsykiatrien, siden (på opfordring) på forskellige plejehjem som plejehjemsleder.

Han var meget engageret i sit job, og det lå ham meget på sinde, at såvel beboere, pårørende som personale trivedes, og han var kendt af mange som en ansvarsbevidst og god leder.

Steens liv blev drastisk og uventet barskt de sidste måneder. Desværre rakte hans overskud ikke.

Tilbage står vi og kan ikke forstå hans alt for tidlige bortgang, de specielle omstændigheder derved – vi er dybt berørte. Vi har hver især mange gode minder

om Steen og mindes ham som en energisk og engageret person.

Udover at være en dedikeret sygeplejerske var Steen en aktiv fodboldspiller, kulturelt engageret i Sønderborg og et stort familiemenneske, hvis velfærd og trivsel lå ham meget på sinde.

Vores tanker går til Steens hustru, Steens børn og efterladte, og vi sender dem vores dybeste medfølelse.

*Hanne Sørensen,
på vegne af elevkammerater
fra hold april 84,
Den Sønderjyske Sygeplejerskole,
Sønderborg.*



Bornholmske mænd tager uniformen på

Hver tredje nye studerende på Bornholms Sygeplejeskole er af hankøn, mens resten af landet blot kan mønstre én mandlig studerende ud af 14.

Det er stort! Vi er 5 i min klasse 😊

Hæng på, drenge! Det bli'r feminint, men I kan klare det!

Fedt 😊

Super sejt, Bornholm 😊

"Rigtige mænd er sygeplejersker." Det er sundt for faget, at der er flere mænd på arbejdspladserne.

Fint, bare hæng i, drenge 😊👍

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

Mangel på ressourcer koster liv

Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd advarer Folketinget mod at glemme de medicinske og akutte patienter i den kommende finanslov.

Det koster ikke kun liv. Det koster også sygeplejersker, for kun få kan da holde ud at være så pressede et helt arbejdsliv.

Medicinsk, kirurgisk, hjemmeplejen, plejecentre og psykiatrien. Alle mangler ressourcer, og personligt så tror jeg, vi kun skraber toppen af isbjerget lige p.t. Skæres der mere, og tilføres der ikke flere kompetente ressourcer, så vil vi se flere UTH'er i grek karakter. Spørgsmålet er bare, hvornår nok er nok.

Kunne da være en positiv forandring, hvis I rent faktisk kom på banen og fik jeres stemme hørt!

Håber alvoren er gået op for Folketinget og regionerne: Naivt at tro, at ambulant behandling kan erstatte medicinske afdelinger. Den gamle, plejekrævende medicinske patient har altid og vil altid være der. Det fortæller 40 års sygeplejemæssig erfaring mig.

Fradrag giver knap 800 kr. til hver sygeplejerske

Regeringens forslag om at fordoble fradraget for faglige kontingenter vil give 768,42 kr. årligt til hver sygeplejerske. Det vil styrke incitamentet til at melde sig ind, mener Dansk Sygeplejeråds næstformand Anni Pilgaard.

Der er jeg slet ikke enig. En god fagforening, der arbejder for deres medlemmer og følger med tiden, er incitamentet. Vi skulle meget gerne få mere ud af at være medlem af DSR end et skattefradrag på godt 700 kr., hvad med bedre løn og arbejdsvilkår??

Det er en glædelig nyhed for den enkelte sygeplejerske og for organisationen - for som du skriver, Anni - så bliver vi forhåbentlig flere, som kan løfte i samlet flok. Sammen er vi stærkere.

Men det er da også penge, selvom det ik' er noget, som gør os rigere.

Kæft alle sammen, så skal vi sgu på luksusferie. Eller noget.

Følg Dansk Sygeplejeråd på www.facebook.com/sygeplejersker, Sygeplejersken på www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken og på twitter @_Sygeplejersken

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 45 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på www.sygeplejersken.dk > Manuskriptvejledning og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen jb@dsr.dk



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Forskningsresultater med mange nuancer

Det er umanerlig hårdt at være partner til et sygt menneske, det ved vi bl.a. fra artikler om emnet bragt i *Sygeplejersken*. I den videnskabelige artikel, der kan læses i dette nummer, bliver det belyst, hvordan det er at være partner til en person, som får en skade på rygmarven. Skaden forandrer for evigt livet for parret, og den raske partner er i dette tilfælde interviewet henholdsvis et og to år efter ulykken. Artiklen indeholder mange nuancer om oplevelsen af at være partner til et skadet menneske, og det kommer frem, at sundhedspersonalet kan overveje at betragte begge ægtefæller som patienter med hver deres behov – i hvert fald i starten af forløbet.

Nye måder at hjælpe patienter på ser dagens lys bl.a. takket være sociale medier, der giver muligheder for chatrooms, rådgivning via nettet osv., men en almindelig telefon kan også bruges til at opnå psykosocial støtte. Det fortæller to sygeplejersker om i artiklen "En livline efter lukketid". Kvinder, som er opererede eller skal opereres for brystkræft, kan ringe til en åben hotline og få svar på de spørgsmål, der ofte dukker op, når de er kommet hjem, og tankerne begynder at myldre. Opkaldene er blevet registreret, analyseret og talt op, og indholdet er blevet kortlagt. Konklusionen er, at det absolut er en central sygeplejefaglig opgave at være parat med råd og vejledning til kvinder, der har behov for det. Og så er hotlinen vel at mærke døgnåben. Ikke noget med en halv time en gang om ugen. Det er da vældig imødekommende.

Kan man blive uenige om, at det er en god idé? Næppe, men skulle det ske, er der hjælp at hente i den sidste faglige artikel om konflikter på arbejdspladsen. Man mødes ikke længere bag kirken ved dagry med kære eller pistol, men hvordan tager man så hul på uenighederne uden at blive personlig? Det kan man få gode bud på i artiklen "Konflikter skal håndteres".

Jessie Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



En udfordring at give stude

Anne Brandborg, uddannelses- og udviklingsansvarlig sygeplejerske, Onkologisk Afdeling D, Aarhus Universitetshospital; annebran@rm.dk

Et projekt om feedback til sygeplejestuderende viser, at det bedste resultat opnås, når der er et tydeligt fokus for vejledningen, og denne består af få budskaber.

Siden efteråret 2011 har den uddannelsesansvarlige og fem kliniske vejledere fra Onkologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital gennemført et projekt omkring feedback til sygeplejestuderende. Formålet med projektet var at kvalificere de daglige vejlederes feedback til studerende. Feedbacken skulle være præcis, anerkendende og udfordrende samt tage udgangspunkt i de situationer, daglige vejledere og studerende havde oplevet sammen. Målet var at skabe klarhed for de studerende om, hvilke styrker de havde, samt hvilke læringsmæssige udfordringer de skulle forfølge i deres læringsforløb.

Projektet blev skudt i gang med en temaeftermiddag med oplægsholdere fra studievejleder fra VIA University College i Aarhus og uddannelses- og udviklingsansvarlige sygeplejersker ved Aarhus Universitetshospital. De kliniske vejledere holdt efterfølgende oplæg i eget afsnit med udgangspunkt i litteratur og essenser fra temaeftermiddagen (1,2,3).

Der blev rekrutteret 18 daglige vejledere fra fem af afdelingens afsnit til at deltage. Projektets udførelse bestod af træningsforløb, hvor den kliniske vejleder observerede den daglige vejleders feedback til den studerende på f.eks. studerendes dataindsamling, faglige vurderinger og udført klinisk sygepleje. Herefter gav den kliniske vejleder den daglige vejleder feedback på den givne feedback. De kliniske vejlederes observationer/refleksioner blev beskrevet i et logbogsnotat, som udgjorde projektets data. Skabelon til logbogsnotatet blev udarbejdet med baggrund i udvalgt litteratur (1,2,3).

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse
Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel
Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.
Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

Ideer, artikelforslag eller spørgsmål kan sendes til
jb@dsr.dk

rende brugbar feedback

Resultaterne viste, at rammesætning og fælles fokus mellem den daglige vejleder og den studerende blev afgørende for, at feedbacken til studerende blev præcis, anerkendende, fremadrettet og konstruktiv. Dette forudsætter, at den daglige vejleder undersøger den studerendes ønske om fokus, og at den studerende er i stand til at formulere et sådant ønske. I de tilfælde, hvor fokus var aftalt, trådte den daglige vejleders budskab tydeligere frem i feedbacken. Det viste sig, at det var vigtigt at holde sig til få budskaber, og det var en udfordring for de daglige vejledere.

Resultaterne viste desuden, at de daglige vejledere ikke i særlig høj grad fik fokuseret på, hvordan den studerendes praksis havde skabt eller fremadrettet kunne skabe værdi for andre, f.eks. patient og pårørende, hvilket kunne have været en vigtig drivkraft for den studerende.

Kontrol af den studerendes forståelse af feedbacken, som skulle sikre, at den studerende havde forstået budskabet, var kun synlig i få tilfælde.

De deltagende daglige vejledere evaluerede udbyttet efter endt træningsforløb. Generelt var evalueringerne positive, og det blev fremhævet, at projektdeltagelsen bidrog med større forståelse for og fokus på vejlederrollen. Betydningen af mere struktur, fokus på rammer, bevidsthed om få budskaber, teknikker, prioritering og planlægning af feedback blev især fremhævet. Det var en udfordring at få omsat teorien om feedback og integreret denne i egen praksis.

Den daglige vejleder og den studerende skal have fokus på et afgrænset område, hvis ikke feedbacken skal blive for tilfældig, og hvis feedbacken effektivt skal bidrage til progression i den studerendes læring. Det er væsentligt fortsat at have fokus på, hvad der kendetegner god feedback i den daglige vejledning for at sikre gode læringsbetingelser for de studerende, derfor er samarbejdet mellem aktørerne vigtigt.

Litteratur

1. Øistad G. Feedback. Oslo: Dansk psykologisk forlag; 2006.
2. Øistad G. At give og tage imod kritik. Oslo: Dansk Psykologisk forlag; 2007.
3. Stahlschmidt A. Førstehjælp til feedback. Giv andre noget at udvikle sig af. København: Gyldendal; 2009.



Styrk din ryg med en aktiv siddestilling

- så holder du længere.

Stolens design sikrer en oprejst position - musklerne får fuld bevægelsesfrihed, blodcirkulationen forbedres og ledbåndene arbejder optimalt.

Få en stol gratis på prøve i 14 dage

Ring **46 75 09 70** og aftal hvornår du ønsker at modtage stolen.

SID DIG STÆRK
dynamostol® d

Rygsækken fyldes op i hjemmeplejen

Vejle Kommune har fuldtidsansat seks kliniske vejledere til at tage sig af de sygeplejestuderende. Det har betydet et fagligt løft i vejledningen og bedre vilkår for de studerende under deres praktik i hjemmesygeplejen.

Anne Holst Thomsen, sygeplejerske, klinisk vejleder, cand.cur., Område Øst, Vejle Kommune; ANNHT@vejle.dk
Annette Ponikowski, sygeplejerske, klinisk vejleder, cand.cur., SD i undervisning og uddannelse, Vejle Kommune
Lisbeth Hornshøj Jensen, sygeplejerske, klinisk vejleder, cand.mag. i kultur og formidling, Vejle Kommune.

Tidligere foregik vejledning ofte mellem to borgerbesøg og med den sygeplejestuderende på passagersædet, den studerende ofte med en kø af spørgsmål, og sygeplejersken med hovedet fyldt op af sygeplejefaglige udfordringer, lægekontakter og kørelister. Det har været svært for kliniske vejledere at skulle balancere med to kasketter, og ofte blev den pædagogiske funktion overskygget af dagens travlhed og preserende opgaver, som kalder på sygeplejerskens opmærksomhed.

Efter et borgerbesøg kunne der være behov for refleksion med den studerende i bilen, men f.eks. kunne et akut nødopkald afbryde samtalen.

Vejle Kommune besluttede derfor at give den kliniske vejledning et løft, bl.a. gik kommunen i februar 2012 fra 22 sygeplejersker med klinisk vejlederfunktion til seks fuldtidsansatte kliniske vejledere, hvis hovedopgave det er at vejlede sygeplejestuderende. Målet var at styrke læringsmiljøet, så den studerende gennem et veltilrettelagt klinisk undervisningsforløb får rygsækken fyldt med sygeplejefaglig viden, nye kompetencer og meget gerne tager vi-

dere med gejst for hjemmesygeplejen.

Den nye organisering betyder, at de studerende møder ind til et planlagt klinisk praktikforløb. Første dag byder på en grundig introduktion, hvor vejlederen gennemgår modulets overordnede læringsmål, mulige studieaktiviteter, E-learning til kommunens dokumentationssystem og introduktion til det aktuelle praktiksted. På den måde føler den studerende sig fra første dag velkommen og får et godt overblik over praktikforløbet. Perioden er tilrettelagt i form af individuelle studieplaner, faste ugentlige følgedage med den kliniske vejleder, individuelle refleksioner via det virtuelle kommunikationsrum Fronter, fælles refleksion med andre sygeplejestuderende – og ikke mindst stor mulighed for at fordybe sig i sygeplejen til udvalgte borgere.

Især følgedagene opleves som en stor gevinst for de sygeplejestuderende, for den kliniske vejleder har tid til den studerende og hendes læring. Der er refleksion inden besøget hos borgeren, og efterfølgende er der endnu mere tid til fordybelse, så en studerende peger f.eks. på, at hun nu har helt styr på

kompressionsbehandling, både hvordan bandagen skal lægges og teorien bag.

I den ugentlige fællesrefleksion samles en gruppe, ofte 6-7 studerende, for at reflektere over den kliniske praksis. Her deler de studerende erfaringer, holdninger, værdier, følelser og oplevelser med hinanden. Måske erkender den studerende, hvilke holdninger der er væsentlige at fastholde, ændre eller måske endda opgive.

Den kliniske vejleder kan reducere den komplekse praksis til noget håndgribeligt og overskueligt og skabe sammenhæng mellem teori og praksis.

De nye tiltag har også betydet en øget tilgang af bachelorstuderende, som har lyst til at fordybe sig i den primære sygepleje, herunder flere LbD-projekter (Learning by Developing), hvor de studerende indgår i autentiske udviklingsprojekter. Det har også betydet, at studerende fra Grønland og Schweiz har været i praktik i hjemmesygeplejen.

I dag kan de kliniske vejledere koncentrere sig fuldt ud om de studerende. Det betyder styrket kvalitet i vejledningen

Fokus på unge, kronisk syge patienter i børneafdeling

I Danmark findes ca. 135 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Vibeke Bregnballe, sygeplejerske, MHH, ph.d., er 58 år, bor i Aarhus og er samlevende. Hun har tre børn. Vibeke Bregnballe er ansat som

forskningssygeplejerske i Børneafdelingen, Aarhus Universitetshospital i Skejby.

Hvad fik dig til at forske?

”Efter at have taget min master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling blev jeg ansat som forskningssygeplejerske i en nyoprettet stilling i Børneafdelingen på Aarhus Universitetshospital. Mit arbejde bestod i at bedrive egen forskning samt hjælpe andre sygeplejersker i afdelingen med mindre forskningsprojekter. Jeg fandt hurtigt ud af, at jeg manglede forskningskompetencer, så en forskeruddannelse lå lige for. Min daværende oversygeplejerske Inge Pia Christensen og professor Schiøtz støttede mig, og chefsygeplejerske Vibeke Krøll lagde karriereveje for os forskningssygeplejersker. Vi var mange forskningssygeplejersker, som i de år startede på ph.d.-studiet, og vi følges stadig ad i vores videre virke.”

Hvad er forskningsemnet i din ph.d.-afhandling?

”Ung med kronisk sygdom er mit overordnede emne. Mit ph.d.-studie er et deskriptivt studie, og unge med cystisk fibrose er den patientgruppe, min forskning omhandler. Vi spurgte de unge patienter, hvilken støtte de ønsker fra forældrene og fra sundhedsvæsenet i overgangen fra at være barn, hvor forældrene har ansvaret for behandlingen, til at være voksen og ansvarlig. Titlen på min ph.d.-afhandling er ”Fra barn til voksen med cystisk fibrose.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg var indskrevet på Klinisk Institut,

Aarhus Universitet. Min hovedvejleder var professor i pædiatri P.O. Schiøtz, og som medvejledere havde jeg professor i sygepleje Kirsten Lomborg og professor i psykologi Mikael Thastum.”

Hvordan har dine økonomiske rammer været, mens du tog din forskeruddannelse?

”Under ph.d.-studiet fik jeg samme løn som før studiet. Mange bidrog økonomisk: Børneafdelingen på AUH, Aarhus Universitet via professor P.O. Schiøtz, Rigshospitalets Børne-Unge-Program, Cystisk Fibrose Foreningen, Novo Nordisk Fonden, Roche og Dansk Sygeplejeråd.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Mine forskningsresultater er dels publiceret i afhandlingen (1), dels i videnskabelige tidsskrifter (2,3).”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Da jeg efter ph.d.-studiet vendte tilbage til mit job som forskningssygeplejerske, fik jeg til opgave at skabe fokus på unge, kronisk syge patienter i børneafdelingen. Vi etablerede Ungdomsmedicinsk Gruppe, som er en tværfaglig gruppe, der arbejder på at forbedre forholdene for indlagte patienter i alderen fra ca. 12-16 (18) år. Vi arbejder med transition, kommunikation, patientrettigheder, uddannelse af personale samt ungevenlig indretning. Vi har bl.a. startet en café for unge i alderen 12-22 år tilknyttet Aarhus Universitetshospital i Skejby. Café Nexus, som den hedder, er bemandet med frivillige fra Ungdommens Røde Kors og er et fristed på hospitalet, hvor der er fokus på ungdom frem for sygdom. Der er åbent alle hverdagsaftner. Vi har også sammen med andre hospitaler startet Dansk Ungdomsmedicinsk Netværk, som er et nationalt netværk for sundhedspersonale med interesse for ungdomsmedicin.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”I mit ph.d.-forløb lavede vi en stor spørgeskemaundersøgelse, og alle data fra undersøgelsen er endnu ikke analyseret og publiceret. Data om unge med cystisk fibrose, som flytter hjemmefra, er ved at blive opgjort. Der er bl.a. spørgsmål til såvel de unge som forældre om, hvilke besværligheder de oplever, når den unge skal flytte hjemmefra eller er flyttet hjemmefra. Desuden er vi ved at starte et projekt op om ungesamtaler, hvor bl.a. et nyligt udviklet skema skal afprøves. Det er et skema, som skal sikre god forberedelse af de unge til voksenlivet med kronisk sygdom.”

Litteratur

1. Bregnballe V, 2011. From Child to Adult with Cystic Fibrosis: Ph.d. Dissertation. Aarhus University Hospital, Faculty of Health Sciences, School of Public Health, Department of Nursing Science.
2. Bregnballe V, Schiøtz, PO, Lomborg K, 2011b. Parenting adolescents with cystic fibrosis: the adolescents' and young adults' perspectives. Patient Prefer Adherence 5, 563-70.
3. Bregnballe V, Schiøtz, PO, Boisen KA, Pressler T, Thastum M, 2011a. Barriers to adherence in adolescents and young adults with cystic fibrosis: a questionnaire study in young patients and their parents. Patient Prefer Adherence 5, 507-15.

Rettelse

Overskriften på ”Fra forsker til fag” i Sygeplejersken nr. 9/2014 var forkert, idet den var et genbrug fra Sygeplejersken nr. 8/2014.

Den korrekte overskrift til interviewet med Bodil Bjørnhave Noe om hendes forskning i rehabilitering af af patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom skulle have været: ”Rehabilitering af patienter med KOL må evalueres.”

Kommunikation mellem barn og sygeplejerske mangler teoretisk grundlag

Mari Louise Andersen, sygeplejerske, børne- og ungdomspsykiatrisk center, Hillerød; maloan28@hotmail.com

Et bachelorprojekt har undersøgt kommunikationen mellem sygeplejerske og barn under en instrumentel sygeplejehandling på en somatisk, pædiatrisk afdeling. Projektet viste, at der dels mangler sygeplejeteori om kommunikation med børn samt forskning ud fra børns perspektiv, dels at det er meget forskelligt, hvordan sygeplejersker kommunikerer med barnet. De prøver sig frem efter bedste evne, men har ikke nogen fast teoretisk tilgang eller retningslinje at tage udgangspunkt i.

En grundig litteratursøgning på emnet "kommunikation med børn under indlæggelse" afslørede manglende forskning ud fra børnenes perspektiv. Det var ikke muligt at finde en teori om sygepleje, der behandler dette emne. Der er ligeledes ingen retningslinjer for samarbejdet med børn om behandlingsprocedurer, og det ser ud til, at patientperspektivet nedprioriteres til fordel for behandlingsprocedurer og kommunikation med forældrene. Familiecentreret sygepleje har på mange måder revolutioneret sygeplejen, men hvilken indvirkning har den haft på relationen mellem barn og sygeplejerske i praksis? Fokus i mit projekt var at undersøge kommunikationen mellem barn og sygeplejerske, som den foregår på en pædiatrisk afdeling. Undersøgelsen tog udgangspunkt i børn mellem 4-8 år, som skulle igennem instrumentelle sygeplejehandlinger, f.eks. lungefunktionsundersøgelse (LFU) og fjernelse af perifert venekateter (PVK).

Min undersøgelse viste, at sygeplejerskerne på afdelingen håndterede kommunikationen med og utryghed hos barnet på forskellige måder uden at have en fast teoretisk tilgang eller retningslinje at tage udgangspunkt i. De fleste prøvede sig frem ad hoc, og tre ud af fem sygeplejersker valgte ligefrem at sætte tempoet op frem for at afstemme med barnet, når det blev utrygt. De var dygtige til at vejlede, støtte og anerkende ved procedurer, der krævede korrekt udførelse fra barnets side, og som ikke gjorde ondt (LFU). De havde derimod sværere ved

at vejlede og støtte under fjernelse af PVK, som ofte skabte utryghed for barnet.

Der findes flere positive metoder til at inddrage både forældre og børn i samtalen. Ingen af disse metoder blev anvendt som kommunikationshjælpemiddel. Sygeplejerskerne valgte derimod flere gange at henvende sig til forældrene frem for barnet.

Undersøgelsen er udført via kvalitativ metode, empirien er indhentet gennem deltagerobservationer. Der blev i alt foretaget 11 observationer på seks forskellige børn og fem sygeplejersker. Det viste sig, at der er mange forskellige aspekter i spil i kommunikationen mellem barn og sygeplejerske, derfor udvalgte jeg fem overordnede temaer, se boks. Grundet den manglende teori på det sygeplejefaglige område blev temaerne bl.a. relateret til teorien "At tale med børn" af psykolog Haldor Øvreide (1).

Ifølge undersøgelsen "Coping with hospital-related fears: experiences of preschool-aged children" beskriver børn, hvordan forældre, læger og sygeplejersker kan hjælpe dem gennem frygt for undersøgelser ved at sørge for, at børn forstår meningen med situationen, inddrager dem og viser omsorg (2). Mit projekt har vist det samme. At de sygeplejersker, der formår

at anvende de omtalte metoder i kommunikationen, evner at hjælpe børnene gennem ubehagelige procedurer på en måde, så barnet føler sig trygt.

Observationerne gav også indblik i sygeplejerskernes behov for at tale om emnet. Flere begyndte uopfordret at fortælle om deres oplevelser med kommunikation med børn. En sygeplejerske efterspurte mere teori på området og et fælles udgangspunkt i form af en vejledning eller klinisk retningslinje.

Der er således brug for teori om kommunikation mellem barn og sygeplejerske. Både for børnenes og sygeplejerskernes skyld. Min undersøgelse viste, at man ved at have fokus på de fem temaer kan arbejde aktivt for, at børn ikke bliver unødvendigt utrygge i forbindelse med sygeplejehandlinger.

Bachelorprojektet kan rekvireres på ovenstående mailadresse.

Litteratur

1. Salmela M, Salanterä S, Aronen ET. Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *J Adv Nurs*, 2010;66(6):1222-31.
2. Øvreide H. At tale med børn – metodiske samtaler med børn i svære livssituationer. København: Hans Reitzels forlag; 2009.

Fem temaer med eksempler på observationer

Sprog

Drengen spørger: "Hvad skal jeg bruge den til?" Han peger på sit PVK. Sygeplejersken svarer "Akut medicin."

Barnets forståelse og tænkning

Da sygeplejerskerne går i gang med at fjerne plasteret, får drengen meget store øjne og udbryder "avavavavavavav", han ser forpint og utrygt ud. Sygeplejersken arbejder hurtigere og besvarer ikke drengens klager.

Vejledning

Sygeplejersken: "Nu laver jeg vejtrækninger, som om det er mig ... Kig på min krop. Tøm lungerne som en ballon."

Affektiv afstemning

Under syre-base-blodprøve spørger en otteårig dreng: "Tager I alt blodet ud af min finger?" Alle de voksne i rummet griner.

Medbestemmelse

Drengen siger: "Jeg skal på toilettet" Sygeplejerske: "Nej. Du skal lige spise kiks og have medicin." Han går ud mod toilettet: "Jeg er ved at tisse i bukserne." Sygeplejersken begynder at tale med drengens mor og beslutter sig for at gå ud og hente noget mere medicin: " (...) jeg henter lige tabletter." Drengen står stadig på stuen.

TEMAER

PALLIATION 2014^(FYI)

KONFERENCE DEN 29. OG 30. OKTOBER 2014 – SCANDIC SYDHAVNEN, KØBENHAVN

Hør talere fra:

Diakonissestiftelsens Hospice
Gladsaxe kommune
Almenpraksis i Søborg
Almenpraksis i Grenå
Frederikssund Sygehus
Sygehus Vendsyssel
Odense Universitetshospital
Palliativ Videncenter
Børn, Unge & Sorg
Danmarks Lungeforening
Hjerteforeningen
Kræftens Bekæmpelse

Den palliative indsats overfor lungepatienter

Børn og unge som pårørende -
reaktioner og behov, når forældre
rammes af en livstruende sygdom

Hvilken rolle har den praktiserende
læge, hospitalet, kommunen og hospice i
det palliative forløb?

Hør hvad patientforeningerne gør for de uhelbredelige
patienter og deres pårørende – både direkte og politisk

Hjertelidelser og palliation – hvilken
betydning har hjertesvigt-klinikkerne?

TILMELD DIG PÅ
[www.fyi.dk
/pal](http://www.fyi.dk/pal)



FYI Events Christiansborggade 2 | 1558 København V | www.fyi.dk | +45 7027 1737

VIL DU HJÆLPE **BRYSTOPEREREDE KVINDER?** SAHVA HAR OPRETTET **BRYSTRUM** PÅ FACEBOOK

VI HAR BRUG FOR DIG OG DIN VIDEN

Bliv en del af Sahvas BrystRum og del dine erfaringer som sygeplejerske



- Trygt og lukket rum for brystopererede kvinder
- Mulighed for at dele tanker og erfaringer med andre kvinder
- Sahvas specialistteam er klar til at svare på spørgsmål

Sahva | *BrystRum*

Find *BrystRum* på Facebook: <https://www.facebook.com/groups/Brystrum/>

Find din nærmeste Sahva butik på www.sahva.dk · Telefon 7011 0711

Konflikter skal håndteres

Sygeplejersker er ikke verdensmestre i at håndtere uenighed og konflikter, men med nogle enkle redskaber kan de blive bedre til det. Kald et problem for et problem – ikke en udfordring, lyder det bl.a.

Bjarne Friis Pedersen, sygeplejerske, master i konfliktmægling; friis@pedersen.mail.dk

Konflikter er et vilkår, hvor mennesker arbejder sammen. De kan være negative eller positive. Det interessante er ikke alene, hvordan vi håndterer dem, men om vi overhovedet håndterer dem.

I denne artikel sættes der fokus på, hvorfor det er vigtigt at håndtere konflikter i sundhedsvæsenet.

Et sundhedsvæsen under anklage

Erik Rasmussen, administrerende direktør for Mandag Morgen og tidligere patient i det danske sundhedsvæsen, beskriver i *Danskerens Farligste Rejse* (1), hvordan mellem 1.000 og 5.000 danskere hvert år bliver ofre for uagtsomme dødsfald. Det, der også beskrives som "utilsigtede hændelser med dødelig udgang". Årsagerne til dødsfaldene kan være mange, fra medicineringsfejl over dårlig hygiejne til livstruende blodforgiftning.

Erik Rasmussens ærinde er ikke at hetze imod sundhedspersonalet. Tværtimod vil han sætte fokus på personalets hverdag og vilkår, som hænger uløseligt sammen med, at det bliver en bedre og mere sikker oplevelse at være patient.

Stress truer patientsikkerheden, påpeger Erik Rasmussen med henvisning til en undersøgelse om sammenhængen mellem arbejdsmiljø og stress på den ene side og antallet af utilsigtede hændelser på den anden. Resultaterne viser, at stress, uanset hvilken faggruppe der er tale om, øger antallet af utilsigtede hændelser. Samtidig er den væsentligste stressfaktor det manglende samarbejde.

Der er en klar sammenhæng mellem stress og konflikter på arbejdspladsen. Jo mere pressede vi er, jo lettere opstår konflikter. En konflikt kan defineres som "en uoverensstemmelse mellem to eller flere parter, der fremkalder spændinger i den enkelte" (2).

” Tage Søndergård Kristensen har i sin undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmiljø peget på den dårlige ledelseskvalitet mange steder, hvor sygeplejersker arbejder. Han slår til lyd for, at anerkendende ledelse ikke gør det i sig selv. Et problem skal kaldes et problem i stedet for en udfordring.

Stress kan defineres som en "individtilstand, som er karakteriseret ved kombinationen af ulyst og anspændthed (arousal)" (3).

Tage Søndergård Kristensen, sociolog og dr.med., sammenholder stress med utilsigtede hændelser, fejlbehandlinger og dødelighed. Han har i en stor undersøgelse af sygeplejerskers psykiske arbejdsmiljø konkluderet, at "både det psykiske arbejdsmiljø og de ansattes psykiske velbefindende spiller en helt afgørende rolle for kvaliteten i behandlingen".

At nedprioritere tiden til dialog, samarbejde og konflikthåndtering betaler sig ikke. Hverken for sygeplejersken eller brugere af vores sundhedsvæsen.

Dronningen viser vej

Dronning Margrethe ved, hvor skoen trykker i sundhedsvæsenet.

I sin nytårstale (4) 2005 udtalte Dronning Margrethe: "Det er nok typisk for os i Danmark, at vi ikke bryder os om konflikter," og "det er vigtigt, at vi både lytter til hinanden og kan tale klart om vore synspunkter, samtidig med at vi siger til, når vi er enige, og når vi er uenige."

I sin nytårstale 2013 berørte hun igen temaet:

"Vi skal ikke lægge låg på diskussioner. Vi skal turde tage de debatter, der skal tages. Det kan være på arbejdspladsen, på skolen eller dér, hvor vi bor. Det er en god begyndelse. Næste skridt er, at vi også hører efter, hvad andre siger. Så får vi den diskussion, vi kan blive klogere af. Det kræver mod at gå ind i en debat – men også at vise storsind."

Hvem kan være uenig? Mod, aktiv lytning, diskussion, dialog og storsind er meget væsentlige elementer i konstruktiv konflikt-håndtering.

Kniber med håndteringen

Tage Søndergård Kristensens undersøgelse af sygeplejerskernes psykiske arbejdsmiljø har vist, at det kniber med at få håndteret konflikter. Undersøgelsen afdækker, at nag og konflikter mellem kolleger samt mellem kolleger og ledelse er en stor belastning. Det kniber med at få noget konstruktivt gjort ved konflikterne. Det drejer sig f.eks. om sygeplejersken, som stiltiende accepterer, at aftaler om stuegang ikke overholdes. Det tyder på, at det også kniber med ledelsens evne til at håndtere konflikter. Og denne undgåelsesadfærd har negative konsekvenser for den individuelle og sociale trivsel, kvalitet og produktion.

Judith Molnar, svensk sygeplejerske med 20 års erfaring, de sidste år som chef, har en viden om sygeplejersker, som vi kan bruge.

Hun har i en afhandling fra Göteborg Universitet undersøgt sammenhængen mellem konflikter og sygemeldinger på arbejdspladser (5). Hun fandt, at de mennesker, som i en konfliktstilet scorer højt på tilpasning og samarbejde, er kendetegnet ved at have svært ved at sætte grænser. De tager stort ansvar både hjemme og på arbejde, har en meget høj empatifølelse og er engagerede og ambitiøse. Typer, der ikke tager en pause, hvis der er noget som helst, der skal gøres. Konklusionen på Judith Molnars kvalitative interview er, at uhåndterede konflikter har en betydelig negativ påvirkning ift. stress, udbrændthed og sygefravær.

En undersøgelse af over 12.000 hospitalsansatte europæiske sygeplejerskers konflikt håndteringsmønstre viste, at udsættelse af konflikter var den største påvirkende faktor i forhold til sygeplejerskernes psykologiske velbefindende og udbrændthed – især i forhold til sygemeldinger eller i forhold til at forlade jobbet (6).

Glemmer at mærke sig selv

Måske er den omsorg for andre, som sygeplejersker qua faget er specialister i, dybest set en hæmsko for at tage hul på konflikter? Judith Molnar tegner et billede af sygeplejersken som en person, der for ofte tilpasser sig og har travlt med at have omsorg for “den anden”.

Måske mærker sygeplejersken ikke sig selv, fordi hun har så travlt med at mærke den anden. En forudsætning for at kunne gå konstruktivt ind i en konflikt er naturligvis at stå ved egne tanker, følelser, kropslige reaktioner og behov.

Sygeplejersker og ledere af sygeplejen må træde i karakter og vise vilje til at have en dialog om betændte emner, før alle står på det øverste trin på konflikttrappen.

Ledernes forpligtelse

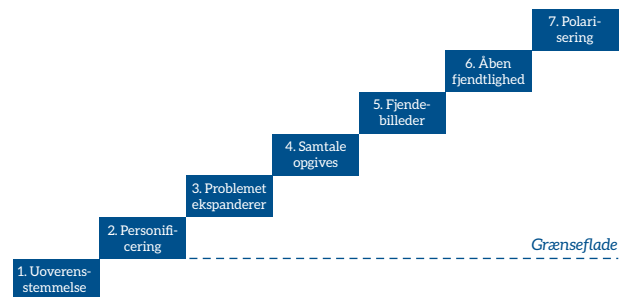
Ledere har en særlig forpligtelse til at sikre det gode arbejdsmiljø. Tage Søndergård Kristensen har i sin undersøgelse af sygeplejerskernes arbejdsmiljø peget på den dårlige ledelseskvalitet mange steder, hvor sygeplejersker arbejder. Han slår til lyd for, at anerkendende ledelse ikke gør det i sig selv. Et problem skal kaldes et problem i stedet for “en udfordring”. Han argumenterer for en fremadrettet strategi for konfliktløsning, hvor formålet skal være

” Afhandlingen anbefaler, at der i en travl hverdag skal prioriteres tid til refleksion og dialog om værdier, magt, følelser, oplevelser, frustrationer, misforståelser, forventninger og behov. Og gerne før konflikterne opstår.

at finde konstruktive løsninger, ikke at finde skyldige eller at løfte pegefinger. Vi skal ikke skjule de ubehagelige ting, men få dem frem og så gøre noget ved dem i fællesskab. Ledere har et særligt ansvar, som de ikke altid tager på sig.

Udover inkompetente ledere taler Tage Søndergård Kristensen også om et andet relevant aspekt, nemlig det offentliges plager: ▶

Boks 1. Konflikttrappen



Modellen viser, hvordan det ofte går i konfliktsituationer, der udvikler sig negativt. Uoverensstemmelser (trin 1) løses mange gange hver dag uden de store sværdslag, hvorfor der ikke opstår en konflikt. Det interessante i modellen er netop grænsefladen mellem trin 1 og trin 2. Når vi ikke løser uoverensstemmelser, er første trin op ad konflikttrappen ofte personificering. Det er her, vi glemmer sagen og begynder at gå efter personen, f.eks. “Hun er altid så dominerende”. Fra trin 2 går det ofte stærkt. Konflikten kræver mere og mere energi, der kommer en anstrengt stemning, og spændinger mellem de konfliktende parter kan medføre fysiske, psykiske, og sociale symptomer. Når parterne i konflikten ikke længere kommunikerer, ender konflikten hurtigt på øverste trin 7. Her er konflikten så alvorlig, at sygeplejersken ikke mere vil være i vagt med en bestemt kollega eller søger en anden vagt eller andet arbejde.

Kilde: Konfliktmægling, Vibeke Vindeløv, 2004.

- for megen kontrol, dokumentation og evaluering, hvilket medfører for lidt tid til kerneydelsen, der mange steder er præget af krævende, besværlige og voldelige borgere.

Den enkelte sygeplejerske må se sig selv i øjnene og spørge, hvorfor konflikter ikke adresseres. Er jeg konfliktsky? Har jeg modet til at stå ved egne følelser, tanker, oplevelser og behov? Hvem

Boks 2. Konstruktiv konflikthåndtering, fem gode råd

1. Mærk efter: Tag dine tanker, følelser og krop alvorligt. Negative tanker, vrede eller hjertebanken skal ikke overhøres, men tages alvorligt. Se tanker, følelser og kropslige signaler som en invitation til noget vigtigt, der skal analyseres. Var der noget med tonen, da hun spurgte, hvem der har ansvaret for Fru Jensen?
2. Meld ud: Sæt ord på dine tanker, følelser og kropslige signaler. Det, der ikke italesættes, kan du ikke gøre noget ved. Alt kan siges ... det er måden, du får det sagt på, der er afgørende for, om den, du taler til, går i forsvar eller lukker op for dialogen. Bliv på egen banehalvdel ved at tale om egne tanker, følelser, oplevelser og behov. Går du over på den andens banehalvdel, kommer forsvars- og angrebsspiralen hurtigt i gang, og I ender i en håbløs diskussion om, hvis sandhed der er mest sand.
3. Dialog: Dialog er relevant i enhver konflikt. Dialogen er nysgerrigheden, at komme til forståelse af den andens perspektiv, og det er svært at komme galt afsted med et velment spørgsmål. Ofte opstår konflikter, fordi vi observerer noget, fortolker og dømmes. F.eks. at hun ikke sagde godmorgen til mig ... det er nok pga. det, jeg sagde i går ... hun kan ikke lide mig. Forsøg at forstå, hvad den anden forstår, inden du drager konklusioner.
4. Konfliktnedtrappende sprog: Vær konkret og tal om det, I kan gøre noget ved. Stil åbne spørgsmål, og lyt aktivt til den andens perspektiv. Fokuser på nutid og fremtid og hold fokus på problemet, ikke personen. Bevar en venlig og rolig tone.
5. Behov: Konflikter skal håndteres, ved at de involverede parter får opfyldt nogle elementære behov f.eks. i forhold til identitet, sikkerhed og anerkendelse. Ofte er ordet respekt på spil i en konfliktsituation. Men alt for ofte er vi ikke tydelige i forhold til, hvordan respekt viser sig i et samarbejde. Ofte kan du faktisk få, hvad du gerne vil have. Du skal turde bede om det og kunne argumentere for det i forhold til en fælles sag. F.eks. omsorg for patienten eller din egen trivsel.

tager jeg hensyn til, når jeg ikke tager fat om betændte emner? Lever jeg op til mit etiske og professionelle ansvar, hvis jeg ikke håndterer konflikter?

Kuren er at tage konflikterne

KE Løgstrup beskriver, at det etiske livs grundfænomen er, at vi vover os frem for at blive imødekommet (7). Løgstrup beskriver også, hvordan vi hurtigt kommer op ad konfliktrappen, se boks 1, og går fra sag til person.

”Når vi derimod ikke hviler i sympati med hinanden, men der råder en vis spænding, fordi der er noget hos den anden, vi enten er usikre overfor eller reagerer på med irritation, utilfredshed eller antipati, begynder vi at gøre os et billede af den andens karakter.”

Det mest interessante ved konfliktrappen er netop grænsefladen mellem en uoverensstemmelse og en personificering. Uoverensstemmelser løser vi gnidningsløst på en arbejdsplads hver dag. Det er først, når vi begynder at gå efter personen, den andens karakter, at en konflikt begynder.

Vi skal spørge os selv, hvordan vi reagerer, når vi oplever, at kollegaen ikke lytter til vores argumenter på mødet, eller når vi bliver forstyrret af en kollega i medicinrummet. Siger vi noget, eller begynder den indre stemme at skabe et billede af en dominerende og ubetænksom type?

Løgstrup har sagt, at al kommunikation er at vove sig frem for at blive imødekommet. Og der er ikke noget midt imellem. Det er åbenheden og tilliden – eller det modsatte. Enten får vi håndteret frustrerede forventninger og legitime behov, eller også får det konsekvenser for relationen med kollegaen, vores trivsel, samarbejdet og patienterne. Vær glad for konflikten, tag den som en invitation til noget, der skal analyseres og håndteres.

Væk med tomgangssnakken og den evige gliden af på hinanden. Løgstrup spørger os: “Har du modet til at sprænge din egen og den andens indespærring, eller viger du udenom pga. dovenskab, af menneskefrygt og af hang til hygge?” (7).

Uløste konflikters betydning

I masterafhandlingen “Konflikter i sygehusvæsenet” (8) konkluderes det, at uløste konflikter kan have negativ betydning for sygeplejerskers hovedopgave. Afhandlingen konkluderer også, at kon-

flikter kan være med til at udvikle en organisations produktivitet, samtidig med at konflikter, der håndteres konstruktivt, forsoner menneskers legitime interesser. Afhandlingen anbefaler, at der i en travl hverdag skal prioriteres tid til refleksion og dialog om værdier, magt, følelser, oplevelser, frustrationer, misforståelser, forventninger og behov. Og gerne før konflikterne opstår. Vi ved, at god kommunikation og godt samarbejde har stor betydning for patientens overlevelse. Og vi ved, at høj kvalitet og produktivitet hænger sammen med høj trivsel. Det gode ved konflikter er, at de tvinger os til at se på os selv og hinanden. Konflikter, der håndteres, udvikler mennesker og organisationer. Det er en klar win-win-situation.

Mod eller ej, konfliktsky eller ej – når sygeplejerskers etiske retningslinjer omtaler relationer mellem mennesker, etisk ansvar, faglig kvalitet, tillid, mod, omtanke og at bidrage til et godt arbejdsmiljø, så er det en etisk forpligtelse at tage fat i konflikter, se boks 2.

Når vi tænker på, hvor store negative konsekvenser uløste konflikter kan have, kan vi ikke være andet bekendt. Find modet og prioriter den nødvendige dialog.

Litteratur

1. Rasmussen E. Danskernes Farligste Rejse. Mandag Morgen 28. oktober 2013.
2. Vindeløv V. Konfliktmægling København: Jurist og Økonomforbundets Forlag 2004.
3. Kristensen TS. Psykisk arbejdsmiljø blandt sygeplejersker, Dansk Sygeplejeråd, maj 2013.
4. www.kongehuset.dk > nyheder > nytårstaler.
5. Molnar J. Konflikters betydelse för långtidssjukskrivning. Göteborgs Universitet 2006.
6. www.HealthManagement.org > Postponing the Poison.
7. Løgstrup KE. Den etiske fordring. København: Gyldendal, 1991.
8. Espensen B og Pedersen BF. Konflikter i Sygehusvæsenet. Københavns Universitet 2009. (Masterafhandlingen kan fås ved henvendelse til forfatteren).

English abstract

Pedersen BF. Conflict must be addressed. *Sygeplejersken* 2014;(10):46-9.

The article is about how unintended incidents in the health services cost lives and how conflicts can cause unintended incidents.

A few familiar personalities point out our reluctance when it comes to confrontation, and the article underscores why conflicts must be addressed. It is a professional and ethical obligation of nurses.

Keywords: Unintended incidents, conflicts, ethics, dialogue.

En livline efter lukketid - om telefonkontakt til kræft

Kvinder med brystkræft kan opleve en række fysiske og psykiske problemer i forbindelse med diagnose og behandling. Telefonsamtaler benyttes som supplement til ambulante besøg for at yde støtte til kvinderne gennem forløbet i kirurgisk afdeling. Artiklen beskriver en undersøgelse af, hvor mange nydiagnosticerede kvinder med brystkræft der benytter en åben telefonhotline, og hvad opkaldene omhandler.

Charlotte Wiben Pihlmann, klinisk afdelingssygeplejerske, Brystkirurgisk Sektion, afsnit 3103/4, Rigshospitalet
Birgitte Goldschmidt Mertz, klinisk udviklingssygeplejerske, Brystkirurgisk Sektion, afsnit 4124, Rigshospitalet; birgitte.mertz@regionh.dk

Diagnostik og behandling af patienter med brystkræft er gennem de senere år blevet stadigt mere effektiv. Udredningen foregår efter veldefinerede retningslinjer, de såkaldte pakkeforløb, der bl.a. har til formål at undgå unødigt ventetid for patienten. Det betyder, at patienten i løbet af meget kort tid gennemgår diagnostiske undersøgelser, får en kræftdiagnose og skal forholde sig til mulige kirurgiske behandlinger af sygdommen. Det er samtidig veldokumenteret, at kvinder med brystkræft kan opleve svær psykologisk belastning allerede på diagnosetidspunktet (1) og således kan have stort behov for psykosocial støtte.

Flere brystkirurgiske afdelinger i Danmark er i dag organiseret efter principperne for optimerede patientforløb (2). De væsentligste forbedringer er sket indenfor anæstesi, smerte- og kvalmebehandling (3). Det betyder, at patienterne er fysisk velbefindende få timer efter operation og kan udskrives samme dag eller dagen efter. Indlæggelsestiden er således gennem de senere år reduceret betydeligt.

I Brystkirurgisk Sektion på Rigshospitalet er den gennemsnitlige indlæggelsestid 1,2 dage. Sygeplejer er organiseret efter principperne for enstrengt kontaktsygepleje. Det betyder i praksis, at patienterne har den samme sygeplejerske gennem hele sit forløb, altså både i ambulatorium og sengeafsnit.

De korte indlæggelser har betydet, at en række opgaver er flyttet fra sengeafsnit til ambulatorium, bl.a. sårkontrol, tilpasning af midlertidig brystprotese, information, psykosocial støtte og planlægning af rehabiliteringsaktiviteter. Dette er muligt uden at bryde kontinuiteten i kraft af kontaktsygeplejen.

Telefonkontakter i Brystkirurgisk Sektion

Planlagte telefonsamtaler anvendes som et supplement til ambulante besøg. Mange patienter er chokerede og kan have behov for at få gentaget information og få psykisk støtte. En opringning fra kontaktsygeplejersken dagen efter et besøg i ambulatoriet giver patienten mulighed for at stille supplerende spørgsmål. Sygeplejersken kan samtidig sikre, at patienten har forstået den givne information, og evt. gentage information, patienten ikke har opfanget. Endelig kan sygeplejersken spørge til patientens reaktioner på sygdom og behandling og yde støtte og vejledning (4,5). Som det fremgår af figur 1, tilbydes alle brystkræftpatienter som standard

tre opkald, nemlig efter diagnosen, 1-2 dage efter udskrivelse og endelig dagen efter det endelige mikroskopisvar i ambulatoriet. Yderligere opkald kan aftales ved behov.

En døgnåben telefonhotline fungerer desuden i sektionen. Alle patienter forsynes med et navn og telefonnummer. Det betyder i praksis, at patienterne til enhver tid kan kontakte sektionen og tale med en sygeplejerske. I en interviewundersøgelse gav flere patienter udtryk for, at den åbne telefonkontakt havde stor betydning for deres oplevelse af tryghed, det var en livline for dem (2).

Patienterne gør flittigt brug af den åbne hotline både i det tidlige forløb, lige efter de har fået diagnosen, og senere efter udskrivelsen, når de igen er hjemme og får tid til at tænke lidt mere over

Figur 1. Forløb for kvinder med brystkræft

Dag i forløb	Aktivitet
1	Henvisning modtages og visiteres
3	Røntgen, ultralyd, biopsi
10	Brystkirurgisk ambulatorium Besked om diagnose
11-12	Telefonkontakt
15	Sygeplejeambulatorium Præoperative forberedelser
17	Indlæggelse og operation
19-20	Telefonkontakt
20-22	Sygeplejeambulatorium
24	Brystkirurgisk ambulatorium Endelig diagnose, henvisning til adjuverende terapi/kontrol
25	Telefonkontakt

patienter

” Planlagte telefonsamtaler anvendes som et supplement til ambulante besøg. Mange patienter er chokerede og kan have behov for at få gentaget information og få psykisk støtte. En opringning fra kontaktsygeplejersken dagen efter et besøg i ambulatoriet giver patienten mulighed for at stille supplerende spørgsmål.

hele situationen. Selv om der er lagt vægt på psykosocial støtte gennem hele patientens forløb, vil mange opleve, at deres behov for støtte ændrer sig over tid (6).

Det har dog aldrig været undersøgt og beskrevet, hvor mange kvinder med nydiagnosticeret brystkræft der kontakter sektionen telefonisk, og hvilke emner opkaldene omhandler. Vi vil i det følgende beskrive en undersøgelse med det formål at afdække antallet af og indholdet i telefonopkald til afdelingens hotline.

Registrering af opkald – sådan gjorde vi

I oktober og november 2012 blev samtlige opkald til sektionen registreret. Der blev initialt udarbejdet et fortrykt skema til registreringen. Skemaet indeholdt rubrikker til kliniske data samt fire hovedområder: hud/væv, smerter, psykisk/socialt og en rubrik til

diverse, se figur 2. De fortrykte emner blev fundet ved en pilotundersøgelse af planlagte opkald. Der blev indsat plads til kommentarer under hvert emne for at sikre, at oplysninger ikke gik tabt. Registreringsskemaet kan i opsætning minde om et semistruktureret interview, idet sygeplejerskerne vil stille både åbne og lukkede spørgsmål undervejs.

Forud for projektet blev alle involverede sygeplejersker informeret og instrueret i brug af skemaet, så registreringen kunne foregå døgnet rundt, og der kunne opnås ensartethed i rapporteringen. Registreringen foregik fortløbende over otte uger.

Da registreringen var afsluttet, blev alle skemaer optalt og analyseret. Opkald, som var af rent administrativ karakter eller var fra patienter med en benign diagnose, blev alle ekskluderet.

Årsagen til opkaldene blev inddelt i temaer og underemner. Dette samt demografiske data blev efterfølgende indtastet i Excel og opgjort kvantitativt.

Resultater

I alt blev 331 opkald registreret i denne otteugers periode. Af disse opkald var de 139 af rent administrativ karakter, eksempelvis bestilling af mammografi eller kørsel, og disse opkald blev stillet videre til en sekretær. 25 var opkald fra patienter med en benign diagnose, og 27 var fejlregistreringer. Dermed blev i alt 191 opkald ekskluderet, og tilbage var 140 brugbare registreringer, se tabel 1.

Figur 2. Fortrykte rubrikker i registreringsskemaet

Hud/væv

- Serom
- Infektion
- Hævelse
- Rødme
- Plaster
- Andet

Smerter

- NRS (angiv 0-10)
- Serom/hårdhed
- Jag/neurogene smerter/følelseløshed
- Andet

Psykisk/socialt

- Ked af det
- Bekymret
- Pårørende
- Arbejde
- Andet

Diverse

- Udskillelse
- Mobilisering
- Indlæggelse
- Genoptræning
- Protese
- Efterbehandling
- Andet

Under alle felter var afsat plads til sygeplejerskens kommentarer.

- Som det fremgår af figur 3, drejede majoriteten af opkaldene (53 pct.) sig om temaet hud/væv. En stor del af disse opkald (63 pct.) drejede sig om tvivlsspørgsmål i forbindelse med seromdannelse. Serom er en væskeansamling i hulrummet, der dannes efter operationen (7). 17 pct. ringede om psykosociale problemstillinger. Disse opkald omhandlede emner som bekymringer (43 pct.) og usikkerhed om fertilitet, diagnose, patologisvar, ventetid, kognitive problemstillinger samt pårørende. 9 pct. af opkaldene drejede sig om smerteproblemstillinger.

Tabel 1. Demografiske og kliniske karakteristika for 140 kvinder med brystkræft

Alder	63,4 år, range 29-95 år
	Antal (Pct.)
Samboende	68 (49)
Alene	54 (38)
Andet/Uoplyst	18 (13)
	140 (100)
Erhvervsaktiv	55 (39)
Pensioneret	70 (50)
Studerende, arbejdsløs	15 (11)
	140 (100)
Operation med fjernelse af brystet	61 (44)
Brystbevarende operation	50 (36)
Anden operation	29 (20)
	140 (100)

Andre 17 pct. ringede om diverse problemstillinger. Der var ikke et enkeltstående problem i denne gruppe, der fremstod større end andre, men emner som somatiske problemstillinger, prøvesvar, træthed samt genetik var dokumenteret i de kommentarer, sygeplejerskerne havde registreret.

Endelig identificerede vi en ny gruppe på 4 pct., der ringede med spørgsmål vedrørende antihormonel efterbehandling.

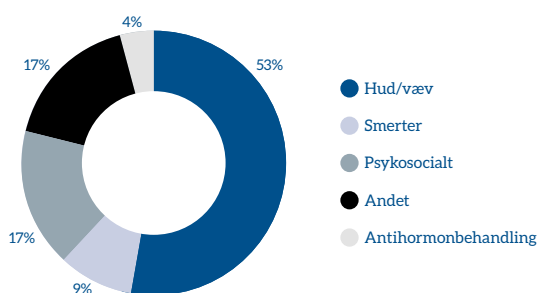
Diskussion

I alt har 140 patienter i en periode på otte uger benyttet den åbne telefonhotline. Da omkring 900 patienter opereres for brystkræft på Brystkirurgisk Sektion på Rigshospitalet årligt, betyder det, at så godt som alle patienter anvender den åbne telefonlinje. Vi har desværre ikke den præcise andel af opererede patienter, der ringer til sektionen, men undersøgelsen viser altså tydeligt, at patienter med brystkræft har behov for at komme i kontakt med sundhedsfaglige personer, idet de oplever enten symptomer eller har bekymringer, spørgsmål eller problemer, der er opstået i forbindelse med deres diagnose eller operation. Patienterne kan befinde sig i en krise, og op mod halvdelen oplever kognitive problemer i form af hukommelses- og koncentrationsproblemer (1). Derfor kan der være behov for at give information lidt efter lidt, og spørgsmål vil dukke op hen ad vejen og måske i særdeleshed, når patienten er udskrevet og hjemme i sit vanlige miljø. En nyere spørgeskemaundersøgelse blandt kvinder opereret for brystkræft viser endvidere, at ca. 25 pct. af patienterne ikke læser det skriftlige materiale, der udleveres for at understøtte den mundtlige information (8), hvilket er endnu en indikator for vigtigheden i tilbuddet om en telefonisk hotline.

Det er sektionens mål, at den enkelte patient har mulighed for at henvende sig med diagnoserelaterede problemstillinger. Derfor må det ses som en positiv tendens, at så mange benytter sig af den åbne telefonhotline.

De identificerede problemområder er i høj grad sammenfaldende med resultater fra et udenlandsk studie fra 2008 (9), hvor man interviewede nydiagnosticerede kvinder med brystkræft. På den baggrund kan det antages, at denne undersøgelses resultater er bredere gældende og giver et realistisk billede af, hvad der rører sig hos den enkelte kvinde med brystkræft i tiden omkring diagnose og operation.

Figur 3. Tematisk fordeling af opkald fra 140 kvinder med brystkræft



De mange opkald vedrørende hud og væv må ses i sammenhæng med, at seromdannelse er en naturlig følge efter brystamputation og/eller rømning af glandler i armhulen (7). Desuden er infektion en risiko ved ethvert kirurgisk indgreb. Patienterne informeres derfor inden udskrivelsen om at holde øje med tegn på væskeansamling eller infektion i og omkring operationsar samt at kontakte afdelingen ved tvivlsspørgsmål. Som nyopereret patient kan det være svært selv at vurdere, hvornår der er tale om et reelt problem, og hvornår der er behov for f.eks. udtømning af seromvæske. Endelig kunne en hypotese også være, at det opleves som mere legalt at ringe om et somatisk problem, selvom det i virkeligheden er et psykosocialt problem, patienten er optaget af. Det er dog med den valgte metode ikke muligt at afgøre, om en opringning vedrørende f.eks. serom dækker over andre problemstillinger, som først er kommet frem ved efterfølgende ambulante besøg.

9 pct. af opkaldene drejede sig om smerteproblematikker. Dette tal forekommer ikke højt, idet der er evidens for ubehag og smerter hos 47 pct. af patienterne op til tre år postoperativt (10). Der er fra sektionens side gjort en stor indsats for at forbedre smertebehandlingen de seneste år, hvilket naturligvis kan have mindsket patienternes oplevelse af smerter.

17 pct. af opkaldene handlede om psykosociale problemstillinger. Opkaldene er foretaget fra en uge før operationen til 47 dage postoperativt. Det er naturligt at opleve psykosocial belastning i

forbindelse med kræftdiagnose og -behandling, og opkaldene omhandlede bl.a. bekymring om fertilitet, risiko for spredning af sygdommen, kognitive problemer samt spørgsmål om medicinsk efterbehandling. Moderne krav til rehabilitering indebærer, at rehabiliteringsaktiviteter foregår gennem hele patientforløbet. Telefonsamtaler om psykosociale problemstillinger kan fungere som et led i rehabiliteringsprocessen.

Konklusion

Formålet med undersøgelsen var at afdække, hvor mange opkald sektionen modtog fra patienter med nydiagnosticeret brystkræft, og hvad disse opkald handlede om.

Undersøgelsen har vist, at kvinder med nydiagnosticeret brystkræft oplever flere forskellige problemstillinger, og en telefonhotline kan give patienterne en oplevelse af omsorg og tryghed samt være med til at minimere risici. Samtidig tydeliggøres, at en telefonhotline har sin berettigelse og er en central sygeplejeopgave i det samlede patientforløb i sektionen.

» Undersøgelsen har vist, at kvinder med nydiagnosticeret brystkræft oplever flere forskellige problemstillinger, og en telefonhotline kan give patienterne en oplevelse af omsorg og tryghed samt være med til at minimere risici.

Perspektiver

I en tid, hvor mange klinikker vælger at omlægge diverse patientforløb til optimerede forløb, er resultatet, at patienterne oplever kortere tid med sundhedsprofessionelle. Det stiller større krav til patienterne om at kunne håndtere meget information om behandlingsforløbet og kan betyde, at informationer går tabt. Det kræver samtidig, at sygeplejerskerne er i stand til at give præcis og målrettet information til patienterne på meget kort tid.

Det er derfor forventeligt og svært at undgå, at patienterne vil have behov for at stille supplerende spørgsmål eller have behov for at tale med en sundhedsprofessionel. Telefonkontakt er let at ►

- bruge for alle patienter og giver patienten en følelse af sikkerhed og omsorg trods geografiske afstande.

Fremover kan man forestille sig at udvide ved at anvende internettet som supplement. Det kunne f.eks. være i form af et chatroom i forbindelse med afdelingens hjemmeside. En anden mulighed er at benytte sig af fotodokumentation. F.eks. kunne patienter, der ringer med tvivlsspørgsmål om cicatrice eller serom, tage et billede af det pågældende område og sende til sygeplejersken. Således kan man formentlig opnå en mere præcis rådgivning af patienten og undgå overflødige besøg i ambulatoriet. Dette ville både lette patientens og sygeplejerskens hverdag.

Litteratur

1. Mertz BG, Bistrup PE, Johansen C, et al. Psychological distress among women with newly diagnosed breast cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2011.
2. Mertz BG, Williams HB. Implementation of an ultra-short hospital stay for breast cancer patients. *Eur J Oncol Nurs* 2010;14:197-9.
3. Mertz BG, Kroman N, Williams H, Kehlet H. Fast-track surgery for breast cancer is possible. *Dan Med J* 2013;60:A4615.
4. Allard NC. Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncol Nurs Forum* 2007;34:133-41.
5. Sayin Y, Kanan N. Reasons for nursing telephone counseling from individuals discharged in the early postoperative period after breast surgery. *Nurs Forum* 2010;45:87-96.
6. von Heymann-Horan AB, Dalton SO, Dziekanska A et al. Unmet needs of women with breast cancer during and after primary treatment: a prospective study in Denmark. *Acta Oncol* 2013;52:382-90.
7. Pogson CJ, Adwani A, Ebbs SR. Seroma following breast cancer surgery. *Eur J Surg Oncol* 2003;29:711-7.
8. Rud K, Egerod I, Brodersen J. Patientoplevelse af accelererede brystkræftoperationer belyst ved spørgeskemaundersøgelse. *Klinisk Sygepleje* 2014;1:46-62.
9. Stephens PA, Osowski M, Fidale MS, Spagnoli C. Identifying the educational needs and concerns of newly diagnosed patients with breast cancer after surgery. *Clin J Oncol Nurs* 2008;12:253-8.
10. Gartner R, Jensen MB, Nielsen J, et al. Prevalence of and factors associated with persistent pain following breast cancer surgery. *JAMA* 2009;302:1985-92.

English abstract

Pihlmann CW, Mertz BG. A lifeline after hours – telephone contact for cancer patients. *Sygeplejersken* 2014;(10):50-4.

Women with breast cancer can experience a range of physical and emotional problems as a result of their diagnosis and treatment. Telephone interviews are used as a supplement to out-patient visits, to provide support to these women during their time in the surgical department.

This article describes a study of how many newly diagnosed women with breast cancer use an open telephone hotline and what the calls are about.

The study has a descriptive design. All calls were registered over eight weeks. Subsequently, the calls were counted, and the content analysed and thematised.

140 registrations were included in the study, in total. 56 per cent of these concerned skin and tissue. 18 per cent concerned psychosocial issues. Nine per cent dealt with pain, four per cent with anti-hormonal therapy, and 17 per cent with various other issues.

The study shows that a large percentage of the newly diagnosed breast cancer patients need to be able to contact a health expert. The open telephone contact is justified and is a key nursing function. In the future, the Internet may well become a supplement, e.g. in the form of a chat room.

Keywords: Breast cancer, telephone contact, information, psychosocial support

VIDENSKAB SYGEPLEJE

Angel S, Buus N.

Som partner til et rygmarvsskadedt menneske er man også ramt:
Et fænomenologisk-hermeneutisk studie

Angel S, Buus N.

The Experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study.

Artiklen er oversat fra engelsk og bringes i Sygeplejersken med tilladelse fra International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (QHW), hvor den blev publiceret i 2011;(6):1-11.

Artiklen har været igennem peer-review.

This is a translation from the original English version which appeared in the International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (QHW), 6: 7199 - DOI: 10.3402/qhw.v6i4.7199

Fagbladet Sygeplejerskens videnskabeligt bedømte artikler

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør

Bedømmelsespanelet kan ses på www.sygeplejersken.dk

Som partner til et rygmarvsskad

Et fænomenologisk-hermeneuti

Sygeplejersker og andet sundhedspersonale kan med fordel betragte partneren til et menneske, der får en rygmarvsskade, som en patient i den første fase efter traumet. Partneren har behov for såvel følelsesmæssig omsorg som konkret assistance. Det viser et studie med fokus på partnerens oplevelser og håndtering af den rygmarvsskadede partners nye situation. Det empiriske materiale bestod af interview med syv partnere første gang et år efter ulykken og anden gang efter to år.

Artiklen er tidligere publiceret i International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being (QHW) i 2011;(6):1-11. Artiklen har været igennem peer-review.

Sanne Angel, ph.d., Sektion for Sygepleje, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, Aarhus C, Danmark; angel@ph.au.dk
Niels Buus, ph.d., Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet, Odense C, Danmark

Dette studie undersøger, hvordan det opleves at være partner til et menneske, som har fået en rygmarvsskade. De overvældende fysiske og mentale udfordringer, som et menneske står overfor ved en rygmarvsskade, er velbeskrevne, se f.eks. Angel, Kirkevold & Pedersen (1); Laskiwski & Morse (2); Lohne & Severinsson (3). Imidlertid er det ikke kun det tilskadekomne menneske, der er ramt af denne hændelse, men hele familien (4). I de senere år er der stigende opmærksomhed på sårbarhed og helbredsproblemer hos partnere til syge. Vores studie undersøger de psykosociale processer, partneren gennemgår i livet sammen med et menneske, som pludselig får en rygmarvsskade.

Baggrund

Mange syge og tilskadekomne har både fysisk og mentalt gavn af at have en partner (5,6). En partner er en stærk indikator for vellykket tilvænning til en ny livssituation efter en rygmarvsskade (6). Crewe og Krauses follow-upstudie (7) af 301 personer med en rygmarvsskade i 1974 og 1985 identificerede, at ægteskabet havde en signifikant positiv effekt på livskvalitet. Den gruppe, der var separerede, fraskilte eller enker/enkemænd, klarede sig mindre godt end gifte eller singler i forhold til indkomstniveau, familiekonflikter, afhængighed, etablering af venskaber samt mobilitet (7). Dette indikerer, at det er vigtigt at fastholde ægteskab, og derfor er det bekymrende, at der er en større forekomst af separation og skilsmisse efter en rygmarvsskade. Devivo & Fine (8) fandt en højere forekomst af separation og skilsmisse de første tre år efter en rygmarvsskade, hvilket indikerede, at det var meget krævende at genetablere et hverdagsliv og et liv sammen. Kreuter, Sullivan, Dahllorf & Siosteen (9) studerede årsager til skilsmisse, efter at den ene partner havde fået en rygmarvsskade. Begrundelserne var problemer med at vænne sig til nye fysiske funktioner, vanskeligheder med at fastholde relationer, og/eller uvilje til at leve sammen med en handicappet (9). Forfatterne understregede vigtigheden af og udfordringer i at fastholde et parforhold samt betydningen af parternes gensidige støtte.

Det er forbundet med en øget fysisk og psykosocial byrde, når et menneske varetager den primære pleje af sin rygmarvsskadede partner. Et studie af Post, Bloemen & de Witte (10) viste, at denne byrde på den plejgivende partner steg proportionalt med niveauet med fysisk funktionsnedsættelse, antallet af daglige plejetimer og depression hos plejemodtageren. Oplevelsen af byrde steg med den

Resumé

Angel S, Buus N. Som partner til et rygmarvsskadedt menneske er man også ramt: Et fænomenologisk-hermeneutisk studie. Sygeplejersken 2014;(10):55-67. (Publiceret 14. oktober 2011: Int J Qualitative Stud Health Well-being 2011, 6: 7199 - DOI: 10.3402/qhw.v6i4.7199.)

Når et menneske kommer ud for en ulykke, er partnerens situation stærkt påvirket, men ofte ikke adresseret. Dette kvalitative studie fokuserer på oplevelsen af at være partner til et rygmarvsskadedt menneske. Syv partners narrativer, et og to år efter deres partners ulykke, blev analyseret med afsæt i Ricoeurs fænomenologisk-hermeneutiske tilgang. Studiet viste, hvordan tilskadekomsten og efterforløbet blev oplevet fra partnerens perspektiv. I den akutte fase efter ulykken følte partneren sig også ramt og havde brug for støtte i forhold til det mentale pres, de daglige aktiviteter samt til at få noget at spise og at få hvile. Under den institutionaliserede rehabilitering følte partneren sig splittet imellem at støtte den tilskadekomne og hverdagslivets krav udenfor institutionen. Efter udskrivelsen kæmpede partneren for, at den tilskadekomne partner skulle genvinde et velfungerende hverdagsliv, samt for genetablering af livet som par. Partneren kæmpede for at overkomme den overvældende mængde af opgaver i hverdagen. Nogle forsøgte at genetablere deres sædvanlige funktioner udenfor familien, mens andre fokuserede på etableringen af et nyt liv sammen. Partneren oplevede sig under et stort pres og påskønnede støtte, men følte, at han/hun hovedsageligt var overladt til at klare denne vanskelige proces alene.

Nøgleord: Interview, rehabilitering, narrativer, social støtte, rygmarvsskade, pårørende.

et menneske er man også ramt: sk studie

samlede længde af tiden, som plejefunktionen havde været, og plejegerens stigende alder. Den voksende byrde kan ifølge Weitzenkamp, Gerhart, Charlifue, Whiteneck & Savic (11) have alvorlige konsekvenser i form af reduceret velvære, øget stress, udbændthed, træthed, bitterhed, og depression samt forglemmelse af egne behov og helbredsproblemer. Blanes, Carmagnani & Ferreiras studie (12) af plejegeres livskvalitet efter årelang indsats viste, at mange led af kronisk sygdom. Sammenlignet med gennemsnitsbefolkningen er tendensen, at plejegerne udviklede psykosociale problemer frem for fysisk sygdom, de besøgte den praktiserende læge mere og rapporterede dårligere helbred (11). Shejja & Manigandans studie (13) af støttegruppers betydning fremhæver den primære plejegeris isolation samt behov for støtte, uddannelse og mulighed for at tale om byrden med andre partnere i lignende situation. Weitzenkamp et al. (1) fandt, at plejegeren scorede lavere på livskvalitet end deres tilskadekomne partner.

Ændring af personlighed efter rygmarvsskaden forøgede parrenes oplevelse af byrde. Et studie af Buchanan & Elias (14) identificerede forandringer i både personlighed og adfærd, hvor de ni interviewede par hovedsagelig rapporterede negative personligheds- og adfærdsændringer efter rygmarvsskade (13). Dette blev understøttet af Chans (4) fund af, at det var meget udfordrende at klare en tilskadekomnen partners nedtrykte sindsstemning og pessimisme. Chan (4) peger på vigtigheden af god kommunikation for at opnå en forståelse af hinandens forventninger under tilpasning til de nye roller.

De fleste studier af en rygmarvsskades betydning for partneren var kvantitative, og det begrænsede antal kvalitative studier undersøgte ikke perioden umiddelbart efter ulykken. Derfor fokuserer dette kvalitative studie på oplevelsen af at have en partner med en traumatisk rygmarvsskade de to første år efter ulykken.

Metode

Denne artikel rapporterer fundene af et prospektivt studie af livet under rehabiliteringen efter en traumatisk rygmarvsskade. Med

en narrativ tilgang baseret på Ricoeurs teori (15,16,17) undersøgte vi oplevelsen af at være partner til et menneske, som havde fået en pludselig rygmarvsskade. Det empiriske materiale bestod af interview med syv partnere, første gang et år efter ulykken og anden gang efter to år. Fra partnernes narrativer fik vi indsigt i deres fortolkning af deres situation, og hvordan deres situation ændrede sig over tid. I det følgende vil vi referere til den rygmarvsskadede partner som "den tilskadekomne partner" og til den ikke-tilskadekomne som "partneren".

Studiets kontekst

Dette studie fandt sted i Danmark, hvor der er to centrale enheder for rehabilitering af patienter med rygmarvsskade. Patienter er indlagt på disse to enheder imellem to og 12 måneder efter en ulykke. Alle patienterne i dette studie vendte tilbage til deres hjem. Her oplevede nogle af dem mange besværligheder, fordi de ikke rigtig kunne få det til at fungere i deres hjemlige omgivelser.

Deltagere

Partnere var defineret som samboende par på tidspunktet for ulykken. Der var syv partnere (se tabel 1), fire mænd (tre i 60'erne og en i 40'erne) og tre kvinder (i 30'erne). Alle forhold havde været i mindst fem år før ulykken. En af mændene og tre af kvinderne havde hjemmeboende børn. Hovedparten kunne blive boende i det samme hus, som i de fleste tilfælde måtte tilpasses. Ingen af de syv partnere var i stand til at gå tilbage til det arbejdsliv, som de havde haft tidligere, på trods af at fire stadig havde det samme job.

Interviewene

Interviewene blev udført med en fænomenologisk-hermeneutisk tilgang (18,19). Denne tilgang var funderet på en forståelse af narrativer som den måde, hvorpå et menneske fortolker og forstår sig selv og sine omgivelser (20,21,22).

Partnerne blev interviewet af førsteforfatteren et og to år efter deres tilskadekomne partners ulykke. På det tidspunkt havde ▶

► de alle erfaret hverdagslivet sammen med deres tilskadekomne partner. Intervieweren lagde op til et narrativt interview ved at invitere partneren til at tænke over og tale frit om hans/hendes situation (1,23,24). I tråd med narrativ teori (20) blev partneren stillet åbne spørgsmål som for eksempel "Hvordan har rehabiliteringen påvirket dig?", "Hvad betød det for dig og dit liv?" Interviewerens førstehåndsviden om den konkrete rehabiliteringsproces efter rygmærsskaden (1) blev brugt til at facilitere tillid

og dybde i interviewet. Interviewene blev foretaget i deltagernes private hjem.

Dataanalyse

Analysen var baseret på Ricoeurs fortolkningsteori, der består af tre trin (19). Først en umiddelbar fortolkning, også kaldet den naive fortolkning, hvor de transskriberede interview blev læst flere gange og fortolket et for et og som et hele (19). Hensigten var at

Tabel 1. Resultater af strukturanalysen med kategorier, meningsenheder og temaer

Navn, partner	Navn, tilskadekomne partner	Alder	Relation til arbejdsmarkedet, tilskadekomne partner	Ulykke	Skade på rygmarven
Ben, gift med	Belinda	60+	mellemlang videregående uddannelse	Fald	Inkomplet C5
Charles, gift med	Cindy	60+	pension	Trafikulykke	Inkomplet C5
Frida, gift med	Frank	30+	Faglært	Arbejdsulykke	Alvorlig inkomplet L1
Gina, gift med	Georg	30+	Faglært	Arbejdsulykke	Komplet Th4+Th5
Ib, gift med	Isabel	40+	Mellemlang videregående uddannelse	Fald	Inkomplet C7+Th1
Kent, gift med	Kate	40+	Mellemlang videregående uddannelse	Trafikulykke	Alvorlig inkomplet C7+Th1
Laura, gift med	Larry	30+	Faglært	Trafikulykke	Inkomplet Th4

komme frem til en helhedsforståelse af interviewene. Den naive fortolkning understregede, hvordan den forfærdelige oplevelse af ens kæres ulykke tog hele deres opmærksomhed og skubbede partnerens eget liv i baggrunden. Dernæst var sigtet at afprøve den naive fortolkning gennem en strukturanalyse (18). Dette andet trin frembragte mange aspekter af partnerens oplevelse. Softwareprogrammet NVivo 8 blev brugt som et ekstra værktøj i den systematiske identifikation af temaer og deres relationer

og betydning. I det tredje trin, den kritiske fortolkning, blev den naive fortolkning udfordret af de temaer og spørgsmål, som strukturanalysen rejste. Ud fra ligheder og variationer i data fremdrog vi partnerens lidelseshistorie. Det skete i form af udfærdigelse af kort over temaerne, diskussioner, skrivning og genskrivning med henblik på gennem en dybdegående fortolkning af de subjektive oplevelser at komme frem til mere generel viden. Dermed fremkom en mere generel forståelse af rygmarvsskadens påvirkning af partneren og dennes liv. Under den kritiske analyse søgte vi at verificere vores fortolkninger ved fortsat at relatere dem til partnerens narrativer. Det fortsatte, til vi kom frem til den fortolkning, der syntes at være den mest sandsynlige fortolkning blandt mulige fortolkninger, og som gav en sammenhængende og nuanceret belysning af partnerens oplevelser (17).

Etik og inklusionsprocedure

I tråd med dansk lovgivning blev studiet anmeldt til De Videnskabetiske Komitéer og til Datatilsynet. Ingen af institutionerne havde noget at bemærke i forhold til studiet. Deltagernes tilskadekomne partnere, der allerede var med i et parallelt kvalitativt studie af rehabiliteringsprocessen (1), gav tilladelse til, at vi måtte invitere deres partner. To af de ikke tilskadekomne partnere takkede nej. Alle deltagere gav informeret samtykke på basis af skriftlig og mundtlig information. Interviewene blev behandlet fuldt fortroligt.

Fund

Narrativerne bekræftede, at det påvirker et menneske i overvældende grad, når hans eller hendes partner får en rygmarvsskade. Partneren skal både komme sig over chokket, støtte den tilskadekomne partner under dennes rehabilitering samt kæmpe for at få deres relation og liv sammen til at fungere igen. Partnerens oplevelse kunne forstås som en lidelseshistorie i tre grundlæggende forskellige faser: (1) At blive ramt af sin partners tilskadekomst. (2) At befinde sig udenfor sin tilskadekomne partners liv. (3) At kæmpe for den tilskadekomne partner og genetablere et liv sammen som par. Disse tre faser var tidsmæssigt relateret til den tilskadekomne partners rehabilitering. Den første fase var under det akutte stadie og perioden lige efter ulykken. Den anden fase fandt sted, da over-

Dysfunktion af blære, tarm/Dysfunktion af hænder 2 år efter	Hjemmeboende børn	Mobilitet 1 / 2 år efter
+/+	-	Kørestol/ går med stokke, kørestol
-/+	-	Går med rullator / går, kørestol
+/-	+	Kørestol / kørestol, går med stokke
+/+	+	Kørestol / kørestol
-/+	-	Kørestol / går, går med stokke, kørestol
+/+	+	Kørestol / kørestol
+/-	+	Kørestol / kørestol

- levelsen var sikret, og den tilskadekomne partner fulgte et rehabiliteringsprogram på en rehabiliteringsinstitution. Den tredje fase var efter, at den tilskadekomne partner var kommet hjem. Således havde rehabiliteringsprocessen en uhyre indflydelse på kravene til partneren samt dennes liv og psykosociale velbefindende.

Fase 1: At blive ramt af sin partners tilskadekomst

Ulykken betød, at alting pludselig drejede sig om den tilskadekomne partner. Situationen nødvendiggjorde stor opmærksomhed og anstrengelse for at reducere og behandle skaden. Plejen var et professionelt anliggende og var afgørende for overlevelsen. Partneren fulgte med på sidelinjen uden at være i stand til at gøre meget; de var fastlåst af situationens hårde realitet, hvor deres partner var så alvorligt tilskadekommet, at deres egne behov gled i baggrunden. Partnerne var bevidste om, at den tilskadekomne partner havde behov for pleje og støtte af professionelle, og samtidig havde det stor betydning, at de professionelle involverede partneren i plejen.

Fokus på den tilskadekomne partners situation og rehabilitering. Oplevelsen af deres partners tilskadekomst var forfærdelig. Ulykken var et chok for dem, pludselig stod verden stille, og deres fokus var fuldstændig på deres tilskadekomne partner. Med bevidstheden om, at de kunne have mistet deres partner, sørgede de over dennes tab.

Charles: ”Men hvorfor nu hende? Det synes jeg ikke, at hun fortjente. Lige i starten, da hun lå der, tænkte jeg tit ”havde det bare været mig”.”

Selvom fokus var på den tilskadekomne, var rygmarvsskaden også en stor ulykke for partneren. På grund af deres sammenvævede liv følte partnerne, at den tilskadekomnes krop også var deres krop, så smerten og den tilskadekomnes tab var også deres smerte og tab. Magtesløsheden var svær at klare og efterlod kun få og oftest kun symbolske muligheder for at gøre noget:

Laura: ”Man får mere eller mindre et lille chok på det tidspunkt. Jeg var højgravid og var lige holdt med at ryge. Det gik jeg hele tiden og tænkte på: ”For Guds skyld, Laura, du må ikke begynde og tænke på cigaretter.” Han skulle ikke have sådan en dårlig nyhed også, at jeg var startet med at ryge, for han var så glad for, at jeg var holdt med at ryge.”

De professionelle havde ansvaret for plejen, og partnerens status var ændret fra at være den primære person i den tilskadekomnes liv til at være stillet i en usikker og smertefuld venteposition. Oplevelsen af at være fastlåst var mere end en kropslig oplevelse. Hele partnerens eksistens var påvirket. Alt blev sat ind på at minimere konsekvenserne af ulykken, og fordi det var så uvist, hvordan skaden ville påvirke deres fremtidige liv, kunne de ikke gøre andet end at fokusere på situationen her og nu og så vente.

At glemme sig selv og have behov for omsorg og støtte. Den akutte periode var karakteriseret af et alvorligt chok, der fik partneren til at glemme sig selv og sine basale behov. Det betød, at professionel omsorg var meget påskønnet. I tiden lige efter ulykken havde partneren behov for støtte til at klare og prioritere daglige opgaver i forhold til at tage vare på sig selv i denne svære situation:

Ib: ”Jeg kunne ikke tage ind og arbejde. Jeg kørte ind forbi, men jeg kunne ikke tage mig sammen til at lave noget. Det skulle jeg heller ikke, sagde [sygeplejerskerne]: ”Du skal gå hjem og drikke noget rødvin, og du skal spise noget god mad, så du har overskud til næste dag.” Det var en god ting for mig og en god oplevelse.”

Denne omsorg var af stor betydning for partneren. Ikke kun fordi det var en støtte i forhold til at være der for deres tilskadekomne partner, men også som udtryk for en menneskelighed, forståelse og støtte i forhold til den vanskelige situation, de nu måtte se i øjnene. Dette bidrog med en vigtig følelse af at blive inkluderet.

Forskellige former for deltagelse. Der var et behov for støtte i forhold til at blive inkluderet i pleje og behandling af den tilskadekomne partner. Fortællingerne viste forskellige niveauer i behovet for inddragelse. I Ibs situation mødte de professionelle hans uudtalte ønsker: ”... jeg fik jo lov til at være der og kunne sådan set være der lige så meget, jeg havde lyst til. Og det tror jeg var rigtig godt for mig.” Andre partnere besøgte deres tilskadekomne partner uden at engagere sig i den fysiske rehabilitering og fortalte heller ikke noget om, at de havde et behov for at blive inkluderet. Derimod berettede de om en frustration, der måske kunne have været afværget, fordi dette stod i kontrast til de mere positive oplevelser fortalt af dem, der havde deltaget.

Pårørende som en vigtig støtte og for nogen en byrde. Chokket over ulykken havde betydning for hele familien og netværket. Pårørende, venner og endda naboer var påvirkede og prøvede at støtte på forskellig måde. Dette kunne gøre en vigtig forskel for partnerens situation. Ikke mindst fordi behovet for støtte også var meget konkret, da partneren tilbragte så megen tid på hospitalet. Dette kunne være hjælp med rengøring, vasketøj, madlavning eller pasning af dyr. Særligt hvis partneren også havde børn at skulle tage sig af, kunne venner og pårørende være en betydningsfuld ressource:

Frida: ”Børnene, de blev så hos min bror og hans kone. Hun kørte over og hentede mig, for der kunne jeg altså ikke køre hjem. Min anden brors kone fulgte med til Aarhus. Og min mands søster tog så fri fra arbejde og var sammen med mig hele tiden de første tre dage.”

I nogle tilfælde var de pårørende så påvirkede, at de, i stedet for at støtte partneren, selv søgte partnerens støtte. Dette kunne opfattes som en ekstra byrde. Om familie, venner eller naboer blev opfattet som en ressource eller en byrde, afhang af, om de var i stand til at være støttende uden at blive påtrængende.

Da chokket havde ramt partneren og dennes hele eksistens, af-fødte det en følelse af sårbarhed. Den smertefulde oplevelse satte sig kropsligt. Denne smerte blev reaktiveret igen og igen, hver gang de blev konfronteret med deres tilskadede partners kamp eller måtte gentage historien i forskellige sociale sammenhænge.

Fase 2: At befinde sig udenfor sin partners liv

Ulykken var begyndelsen til en lang periode af adskillelse på grund af den tilskadede partners indlæggelse. Hverdagslivet skulle fortsætte på en eller anden måde, selvom intet var det samme. Partneren var splittet imellem hverdagslivets krav samt behovet for og forpligtelsen til at støtte deres tilskadede partner.

Behovet for at være en del af rehabiliteringen. Gennem den periode, hvor rehabilitering foregik på institution, kæmpede den tilskadede partner for at komme sig sammen med de professionelle. Dagen var fyldt af træningsaktiviteter. Kampen for at genvinde fysiske funktioner var totalt opslugende, da det er en kamp for at få sit liv igen. Dette var også meget vigtigt for partneren. Til trods

for partnerens engagement var dette primært et anliggende for den tilskadede partner og de professionelle. At tage del i plejen på rehabiliteringsinstitutionen var en værdifuld forberedelse til perioden efter udskrivelsen. Dette kunne måske have afværget den misforståelse og skuffelse, som Hanks kone oplevede:

Hank: ”Min kone, hun troede, ”jamen, når først far kommer hjem, så kan han jo sagtens klare tingene”. Men jeg fik en masse problemer, da jeg kom hjem. Alt det jeg havde bygget op, det faldt sådan set til jorden, så kunne jeg starte forfra igen.”

Bare det at være på rehabiliteringsinstitutionen bidrog med en oplevelse af at tage del i den tilskadede partners liv. Så var det nemmere for parret at dele oplevelser og følelser og derigennem undgå, at frustrationerne hobede sig op. De fleste partnere påskønnede muligheden for at være på rehabiliteringsinstitutionen under træningen og at være involveret i udarbejdelse af plan for rehabiliteringsprocessen. Imidlertid afgjorde forskellige forhold som forpligtelser i dagligdagen samt afstand imellem hjemmet og rehabiliteringsinstitutionen, i hvor høj grad det var muligt.

At skulle forholde sig til to verdener. Ønsket om og behovet for at tage del i rehabiliteringsprocessen på institutionen stammende både fra partnerens eget ønske og den tilskadede partners behov for støtte. Men hverdagslivet måtte fortsætte, og mange måtte klare dobbelt arbejde. I nogle tilfælde betød det både at klare husholdningen og måske de arbejdsopgaver, den tilskadede partner ellers ville have taget sig af, og som betød meget for dennes velbefindende: ”Der skal være en, der holder styr på det hele.” (Gina). Det var både mentalt og fysisk krævende at være stedfortræder for den tilskadede partner. Forsøget på at overkomme det hele var ekstremt belastende for nogle.

At føle sig udenfor. At være en aktiv partner i rehabiliteringsprocessen og klare nødvendige hverdagsting kunne være i konflikt, hvilket i nogle tilfælde gjorde den professionelle praksis endnu vanskeligere. På trods af fælles forståelse af, at fokus var på rehabiliteringen af den tilskadede partner, var der ingen konsensus om partnerens rolle. Dette gav anledning til frustration og havde konsekvenser for partnerens velbefindende: ▶

- Frida: ”De tog ikke hensyn til, om man kunne være med til konferencer, og man blev heller ikke sådan involveret i nogen ting. Jeg skulle simpelthen ud og spørge hver gang: ”Hvorfor og hvordan og hvorledes og hvornår?” Sådan hele tiden. Jeg synes simpelthen, det var [for galt], fordi vi hele tiden begge to har givet udtryk for, at vi gerne ville deltage begge to. Også fordi min mands ulykke fyldte ham så meget, at hans hukommelse ikke var så god.”

Chancen for at være støttende i forhold til deres tilskadekomne partner var meget betydningsfuld, og følelsen af at være udenfor kunne påvirke partnerens sociale liv og føre til ensomhed.

Gina: ”Jeg kunne godt have tænkt mig en aften med pårørende. For man kommer ikke andre steder, når ens mand er indlagt. Så siger man ikke: ”Nu kører vi ind i byen.” Ja, det kunne man godt, men det gør man ikke. Jeg sagde engang, hvorfor må vi ikke komme med en aften, så vi pårørende kunne være sammen på en anden måde i stedet for altid at snakke om, hvad der er sket, og hvordan det går. Det var lidt træls sommetider, at man sidder hjemme. Måske er der sket noget, så man er blevet ked af det hele og sidder bare hjemme og spekulerer. Så ringer man og hører, at George [Ginas mand] hygger sig med de andre, og der sidder du alene med sovende børn, dine triste tanker med fjernsynet som eneste selskab.”

Således oplevede partneren den institutionaliserede rehabilitering som en vanskelig situation både i forhold til at leve op til egne forventninger om omfanget af støtte til den tilskadekomne partner og i forhold til at opnå et acceptabelt niveau af velbefindende. Dette havde konsekvenser både for partnerens proces og styrke.

Fase 3: At kæmpe for den tilskadekomne partner og genetablere et liv sammen som par

Udskrivelsen var noget, alle så frem til. Imidlertid var situationen fuld af vanskeligheder. Dette kom for de fleste som en overraskelse og fjernede fokus væk fra genetablering af parforholdet. Den tilskadekomne partners livsførelse havde stor indflydelse på partnerens liv og medførte en følelse af at være på standby samt at miste sit eget liv.

At miste sit liv, fordi partneren har mistet sit. Som rehabiliteringen skred frem, blev den permanente forandring og de blivende tab tydeligere. Et billede af det fremtidige liv begyndte at vise sig. Her påvirkede den tilskadekomne partners tab dem begge. At være et par betød således, at den enes tab også var den andens.

Ken: ”Det gør ondt, hvis hun [Kens kone] er ked af det. Det er det værste for mig. Men der cirkulerer mange andre ting. Så tænker man pludselig på, ”jamen, vi kommer da nok aldrig ud og danse mere” eller alt sådan noget.”

Partneren ville gøre alt for at støtte enhver form for fremskridt, der kunne lette den tilskadekomne partners liv. Hvis det kunne føre til mindre afhængighed, ville det betyde en forbedret livskvalitet for begge, fordi afhængigheden betød reducerede muligheder for begge; den tilskadekomne partner var begrænset af funktionsnedsættelsen, og partneren følte begrænsningen gennem den tilskadekomne partners behov. Dette var behov, som partnerne ønskede at opfylde, men som samtidig begrænsede partnerens mulighed for personlige aktiviteter og selvrealisering.

Ken: ”Jeg tænker ikke så meget over det [livet]. Min dagligdag, den går jo bare derudad, men hvis jeg intet arbejde havde, så tror jeg, at jeg gik amok. Altså [det er vigtigt, at] jeg kan komme væk og koncentrere mig om noget andet.”

Således kunne denne mangel på tid være konkret, men der var også det mentale aspekt i at efterlade den tilskadekomne partner derhjemme for at tage af sted og underholde sig selv. Dette oplevede nogle vanskeligere end andre. Partnerens behov for at gøre ting på egen hånd varierede. For nogle hjalp det at opretholde en form for normalitet og samle kræfter til at være støttende i forhold til deres tilskadekomne partner.

Ben: ”Jamen, der er ikke nogen grund til at ofre to liv. Jeg vil ikke ændre mit liv på et niveau, hvor jeg ikke har det godt. Så tror jeg, at vi får det dårligt begge to.”

Alligevel kæmpede han fortsat med tanken, om han havde gjort alt, hvad han burde have gjort. Den støttende funktion kunne blive partnerens hele liv for en periode ligesom for Ib, som valgte at reducere sit arbejdspress og lade sin hustrus liv og funktion være hans første prioritet og tage al hans tid:

Ib: ”Om onsdagen, der skal hun [Ibs kone] til fysioterapi ved tolvtiden. Og torsdag der går hun ud til [anden genoptræningsaktivitet] et par timer. Her bliver hun kørt derind, og så kommer jeg og henter hende. Så det der med at arbejde, det er ikke så tit, jeg gør det. Det er faktisk i de sidste to år ikke blevet til så meget. Men det betyder ikke noget. Jeg har tilpasset mig, men jeg savner meget at komme ind og lave noget. Det gør jeg. Men lige pludselig så kommer jeg også i gang med det igen.”

Forandringerne af livet var ikke til at komme udenom, og tilværelsen til det kunne opnås på forskellige måder såsom at holde fast ved nogle dele af det tidligere liv eller redefinere værdier i livet, i det mindste midlertidigt.

At få den tilskadedekomne partner i gang, før partneren kan forholde sig til sit eget liv. Fokus på den tilskadedekomne partner fortsatte efter udskrivelsen. Hvordan kunne livet leves fremover?: Funktionen i hjemmet, eventuelt et job eller omskoling, reetablere sociale aktiviteter. Dette var baseret på medfølelse for og hengivenhed til den tilskadedekomne partner. Selv om det kunne reducere partnerens egne muligheder, blev det oplevet som vejen frem imod genetablering af et liv sammen:

Laura: ”Det må man jo sige, det [Lauras mands arbejde] er hans et og alt. Der føler han simpelthen, at han gør en forskel, og det gør han også. Så det prioriterer vi som nummer et herhjemme. Det kan være hårdt en gang imellem, at man bare bliver efterladt og selv passer alt det herhjemme.”

Udfordringerne i deres nye liv sammen var, at den tilskadedekomne partner ikke kunne eksistere så uafhængigt som før og varetage så mange dagligdags husholdningsopgaver. Det betød, at tingene skulle redefineres. For nogle kom det helt naturligt:

Frida: ”Jeg har aldrig pylret over Frank [Fridas mand]. Første gang han var hjemme på besøg, så siger jeg til ham: ”Kan du ikke køre ned og hjælpe Maureen [yngste datter], hun sidder nede i badekarret? Så ordner jeg lige aftensmad. Hun kan selv kravle op, og så kan du bare tørre hende.” Så jeg satte ham jo i gang den første weekend, han var hjemme.”

Trods sigtet mod at finde en måde at leve sammen på, som kunne tilfredsstille begge parter, kunne det kun ske, hvis partneren overtog flere forpligtelser og engagerede sig mere i samlivet. Dette mødte ikke meget forståelse og anerkendelse fra sundheds- og socialvæsenet.

At udføre to menneskers arbejde uden meget hjælp og anerkendelse. Omfanget af opgaver kunne være overvældende. Det indbefattede husholdning med ekstra tøjvask på grund af lejlighedsvis, måske hyppig ufrivillig vandladning, hjælp til den tilskadedekomne partner med alle slags opgaver, kørsel for den tilskadedekomne partner og indkøb. Partnerens anstrengelser for at gøre mest muligt var ofte overraskende overset med hverken hjælp eller anerkendelse fra samfundet, hvilket affødte en masse frustrationer:

Gina: ”De [fra kommunen] sagde på et tidspunkt [til Ginas mand]: ”Du har en hustru, der er sund og rask, og hun kan godt klare det.” Så siger jeg, ”jamen, hvad så når jeg skal på arbejde og det hele?” Jeg får nu lidt hjemmehjælp en gang hver fjortende dag, så kommer de og hjælper med rengøring. Men det er jo bare en time. Det er ikke nok.”

De mange opgaver var tidsrøvende og trættende, så trods nødvendighed og vigtighed måtte nogle ting springes over eller gøres med let hånd. Dette medførte en følelse af utilstrækkelighed. Med trætheden fulgte oplevelsen af sårbarhed som en reaktion på ulykken, der for nogle kulminerede i en depression.

Genetableringen af livet sammen efter den ene partners rygmarvsskade var en lang og vanskelig proces, som parrene måtte klare selv. To mennesker, der begge var i en dyb eksistentiel krise, forventedes at kunne overkomme udfordringer i deres parforhold, som kunne være mere, end par med et normalt liv ville kunne klare.

Diskussion

Partneren var så chokeret over den tilskadedekomne partners situation, at vedkommende var nødt til at fokusere sin energi. Dette kunne være grunden til professionelles fejlfortolkning af partnerens velbefindende og evne til at klare det. Partneren fastholdt fokus på den tilskadedekomne partner, indtil tingene synes at falde på plads i et hverdagsliv. Derfor sås det, at partnerens krise kunne begynde, når den tilskadedekomne partners situation var stabilise-

- ret. Det kom som en overraskelse for partneren, at han eller hun følte sig ude af balance, når tingene synes at falde på plads. Vores fund viser, at den rygmarvsskadedes rehabiliteringsproces havde betydelig indflydelse på den raske partner i form af psykosocialt stress, også selv om de ikke var primære plejepersoner. Den tilskadekomne partners tab, smerte, helbredelse og rehabiliteringsproces var overvældende for den raske partner.

At være partner til en rygmarvsskadede person betød at være ramt uden selv at være kommet til skade. Den følelsesmæssige påvirkning på grund af sorgen over deres rygmarvsskadede partners og deres egen situation, arbejdsbyrden og usikkerheden i forhold til fremtiden påvirkede partnerens velbefindende. Livet, som det plejede at være, var forsvundet på et splitsekund. I forgrunden var den kære uheldige skæbne, og i baggrunden var partnerens personlige tab i relation dertil. Betydningen af det afbrudte livsforløb kan ifølge den østrigske eksistenspsykolog Frankl (25) sammenlignes med et tab af mening. I Frankls teori (25) om mening kan et menneske ikke se meningen i livet, når det ikke er muligt at se sammenhængen imellem fortid, nutid og fremtid. Meningen kan igen ses, når fortidens værdier kan findes i forestillingen om fremtiden. Bestræbelserne på at virkeliggøre denne fremtidsforestilling viser vej, så nuets handlinger går i retning af denne meningsgivende fremtid. I lyset af denne teori var den centrale værdi i den akutte situation medfølelsen og hengivenheden for den tilskadekomne partner. Skønt alt var usikkert, var partnerens tab af mening relateret til den tragiske hændelse mere end til livet som sådan. Meningen fandtes i form af at få det bedste ud af det, der var tilbage, ved at støtte den tilskadekomne partner. Dette indebar en overvældende mængde af opgaver, som nogle klarede bedre end andre. Det så ud til at have betydning, om partneren selv havde indflydelse på typen af opgaver, samt i hvilken grad de kunne påtage sig opgaven eller lade være uden en negativ reaktion fra den tilskadekomne partner. Den øgede mængde opgaver, hvoraf nogle var nye, var lettere at klare, hvis partneren oplevede dem som meningsfulde, og de svarede til partnerens værdier. Således følte det som en mere acceptabel byrde, hvis partnerens og den tilskadekomne partners prioriteringer var fælles. Så blev opgaverne oplevet som meningsfulde i kontrast til opgaver, der lå uden for deres færdigheder og tog tid fra noget, der var mere vigtigt for dem. Dette svarede til Frankls teori (25) om mening, hvor den vanskelige nutid kunne klares, når

fortidens værdier blev genkendt som betydende i den værdifulde fremtid, der syntes mulig. Disse værdier viste sig at være en ledetråd i en ellers forvirrende nutid. Dette kan måske forklare, hvorfor det for nogle partnere var essentielt at fastholde nogle af de gamle rutiner for at genvinde energi og ikke lade rygmarvsskaden fuldstændig få overtaget, mens andre kunne klare, at deres eget liv var på standby.

Den raske partners rolle var meget vigtig på en god og i nogle sammenhænge ødelæggende måde. Karp (26) beskriver partnerens vanskelige rolle som værende både givende og belastende i forhold til den tilskadekomne partner. I nærværende studie var medfølelse beskrevet så dybtliggende, at den ofte kunne fratage den raske partners opmærksomhed på sig selv. Dette kunne have en alvorlig betydning for deres opmærksomhed på deres eget velbefindende. Uanset hvor godt partneren klarede, at fokus var den tilskadekomne partners rehabilitering, havde det konsekvenser for den raske partners eget liv. Parrene havde det fælles mål, at den tilskadekomne partner skulle finde en form for tilfredsstillende livsførelse i hverdagen. Nogle partnere begyndte ikke at overveje deres egne behov, før dette var opnået. Andre fastholdt nogle gamle rutiner; ofte deres job, som de justerede i forhold til at generere velbefindende og energi til at kunne støtte deres tilskadekomne partner og levere den fortløbende indsats for deres fremtidige liv sammen. Hvordan de klarede dette, afhang af den rygmarvsskadede partners reaktion og deres egne forventninger i forhold til at være en støttende partner. Dette åbnede for vægtige etiske bekymringer i forhold til at være en god partner og et godt menneske. For hvordan kan man vide, hvad der er det bedste at gøre samt at overkomme at gøre det i en situation med mange ydre krav og begrænset personlig styrke og udækkede behov. Dette er set på i et retrospektivt perspektiv i Beauregard og Noreaus studie (27), der understreger betydningen af, at partneren fastholder meningsfulde aktiviteter for at opretholde sin styrke. Her troede en partner, at opgivelsen af sin hobby var noget, som hans rygmarvsskadede partner forventede. År efter kom misforståelsen frem i det åbne. Dette understreger betydningen af kommunikation i den forandrede livssituation. Selv om dette kan synes indlysende, indikerer studiet vigtigheden af at anerkende, at kommunikationen bliver endnu sværere i sådan en sårbar situation. Det er også centralt i forhold til vigtigheden af partnerens gensidige støtte samt vanskelighederne med at fastholde relationen. Dette peger Kreuter et al.s studie (9) på som en årsag til skilsmisse.

Alene italesættelsen af at være bebyrdet kan blive opfattet som uetisk i denne vanskelige situation. Det betyder samtidig, at medfølelsen kan blive udfordret af mangel på anerkendelse og personligt frirum.

Vores studie demonstrerer, at den raske partners svære situation kunne blive lettere med støtte af de professionelle, men at denne hjælp ikke altid var tilgængelig. Især i den akutte periode, hvor den overvældende hændelse gjorde, at partneren var i risiko for helt at glemme sine egne behov. Den professionelle spillede en fremtrædende rolle i forhold til den rygmarskadede partners fysiske og eksistentielle overlevelse. Med den raske partners manglende evne til at tage vare på sig selv fik plejepersonalet en anden rolle end den, der traditionelt er set i forhold til pårørende (28). Intensivafdelinger er kendte for at udøve pleje også i forhold til pårørende, men har primært fokuseret på, hvordan pårørende kan bidrage med pleje, hvilket også er afsat for Ågård & Terkildsens studie (29). Vores studie peger på, at pårørende har behov, der minder om en patients omend uden den fysiske skade. Derfor har de glæde af de professionelles opmærksomhed på og ydelser i forhold til deres vanskeligheder. Dette kunne indebære at trøste, anerkende sorgen og smerten samt yde hjælp i forhold til basale behov såsom at få mad og hvile. De raske partners oplevelse af at møde omsorg var i dette studie meget forskellig. Deres oplevelser gennem hele rehabiliteringsperioden indikerede en attitude, der i højere grad svarede til, at plejepersonalet opfattede pårørende som en ressource i forhold til pleje af patienten og nogle gange en byrde, de ønskede at undgå, som også Benzein et al. (28) finder. Denne forskellighed vil kunne forklare, hvorfor nogle partnere mødte prisværdig omsorg, mens andre led under manglen derpå. Disse udækkede behov gjorde situationen endnu sværere at klare, hvilket er i tråd med Isaksson et al.s studie (30).

Isaksson et al.s studie (30) af fire mandlige partners retrospektive oplevelser understregede også langsigtede konsekvenser. En ægte mand fortalte, hvordan han senere i forløbet måtte afvise følelsesmæssig støtte fra de professionelle, fordi han syntes, at genoplevelsen var for smertefuld (29). Der viste sig således en sammenhæng imellem den manglende støtte til den raske partner i den tidlige fase og senere afholdelse fra kontakt til de professionelle (29). Dette understreger nødvendigheden af professionel støtte i den akutte fase. En måde at sikre omsorg for partneren på kunne være en genfortolkning af, hvad det vil sige at være partner samt at have fokus på, hvad partneren tilbydes fra professionel side. Måske ville det op-

timere den professionelle omsorg til alle partnere til rygmarskadede patienter, hvis den raske partner i disse alvorlige situationer var klassificeret som en patient eller en potentiel patient?

Under indlæggelsen og efter udskrivelsen var den raske partners situation karakteriseret af en mængde opgaver, hvilket kunne være helt overvældende. Dette på trods af, at de ikke var bebyrdet med den primære pleje, hvilket er velbeskrevet i studier af partnere med sådanne forpligtelser i f.eks. Dickson et al.s studie (31). I vores studie var opgaverne relateret til den rygmarskadede patients individuelle behov, som lå udover den personlige pleje, den raske partners egne behov samt deres nuværende og fremtidige liv sammen. I starten var udfordringen, som også Isaksson et al. (30) pegede på, betydningen af at blive forberedt på et forandret liv efter udskrivelsen samt at vide, hvordan den rygmarskadede partner skulle hjælpes. Vores studie indikerer, at dette kunne fremmes gennem partnerens deltagelse under den institutionaliserede rehabiliteringsperiode. Det var ikke en del af de professionelle rutiner, men skete i et særligt tilfælde i form af en medindlæggelse. Dette viste sig også at være understøttende i relation til at være forberedt på at kunne påtage sig rollen som personlig assistent i forhold til personlig pleje, hvis noget skulle fejle efter udskrivelsen. Mere formel uddannelse kunne være en stor hjælp i relation til disse velkendte og ofte problematiske udfordringer ved at være den raske partner. Vi fandt, at dette også gælder, selvom den rygmarskadede partner ikke havde brug for hjælp til personlig pleje, da tabet af kapacitet som følge den fysiske funktionsnedsættelse betød, at der var mange ting, som den raske partner måtte overtage. Parrene kæmpede for at fastholde deres livsstil fra før ulykken, og dette forværrede situationen, fordi det indbefattede et større antal af nødvendige opgaver. Parrene havde forventet hjælp fra sundheds- og socialvæsen. Resultatet var frustration, idet de modtog langt mindre hjælp, end de havde behov for i opretholdelsen af tidligere livsstil. De offentlige autoriteter forventede, at den raske partner kunne udføre den nødvendige hjælp, som de professionelle ville have udført, hvis den tilskadede havde været alene. Det satte den raske partner i en situation, hvor hun eller han ofte havde brug for hjælp selv. Dette fremhæver den ødelæggende indflydelse, hændelsen havde på partnerens livssituation (11).

Dette studie beskriver den raske partners livssituation og de medfølgende opgaver oven i den følelsesmæssige betydning. Det kan

være en begrænsning, at det prospektive perspektiv kun var et og to år efter ulykken. Ligeledes blev ingen af disse par skilt indenfor de første tre år, som Devivo & Fine (8) rapporterer som det tidsinterval, hvor risikoen er størst. Dette kunne betyde, at en rask partner kan være alvorligere bebyrdet, end dette studie rapporterer. For at kunne lære mere om, hvad der har betydning for partneren under rehabilitering, forudsættes et studie, hvor den raske partners oplevelser følges endnu tættere og dermed kan afdække vigtige detaljer, der kan guide professionelle interventioner under hele forløbet.

Implikationer for praksis

Viden om partnerens forsinkede reaktion og langvarige sårbare situation peger på implikationer for praksis både i det akutte stadium og på sigt. Selvom patienten er den professionelles primære forpligtelse, understreger dette studie partnerens behov for professionel støtte. Initialt har partneren behov for følelsesmæssig omsorg og konkret assistance. Professionelle kan være aktive i mobiliseringen af psykosociale og materielle ressourcer i det sociale netværk og dermed initiere en vigtig, langsigtet støtte. I det lange løb kunne sygeplejersker være mere aktive i forhold til at rådgive pårørende om den forsinkede reaktion eventuelt gennem udbud af opsøgende interventioner med fokus på pårørende.

Konklusion

Når ens partner får en rygmærskade, er verden ikke længere den samme. Denne begivenhed medfører en omfattende psykosocial og eksistentiel krise for de tilskadekomne, deres partnere og familier, hvor hjælp og støtte fra andre er nødvendig for at facilitere en succesfuld transition. Hjælp er afgørende i anstrengelserne for at genetablere livet sammen med den tilskadekomne partner. Dette indbefatter at fortsætte livet under den institutionaliserede rehabilitering, støtte den tilskadekomne partner i at komme videre med sit nye liv samt at finde en måde at leve sammen på. Dette var ikke kun vigtigt for den tilskadekomne partner, fordi den raske partner har en nøgleposition i dennes rehabiliteringsproces, men betydningsfuld for dem begge og, hvis de havde børn, for hele familien. For at lette partnerens oplevelse af pres og at blive overladt til at klare den vanskelige proces selv kræves en mere fokuseret og omfattende støtte fra de professionelle, som ville kunne gøre en positiv forskel for disse par.

Tak

Vi ønsker at takke de syv par for at dele deres tanker og oplevelser med os.

Sanne Angel: Design af det kvalitative studie, dataindsamling, analyse og skrivning af artikel.

Niels Buus: Analyse og skrivning af artikel.

Interessekonflikter og økonomisk støtte

Ingen af forfatterne havde nogen konfliktende interesser. Forfatterne har ikke modtaget fondsmidler eller støtte fra industri eller andre til at udføre dette studie.

Litteratur

1. Angel S, Kirkevoild M, Pedersen B. Getting on with life following a spinal cord injury: Regaining meaning through six phases. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being* 2009;4(1):39-50.
2. Laskowski S, Morse JM. The Patient with Spinal Cord Injury: The Modification of Hope and Expressions of Despair. *Canadian Journal of Rehabilitation* 1993;6(3):143-53.
3. Lohne V, Severinsson E. Patients' experiences of hope and suffering during the first year following acute spinal cord injury. *Journal of Clinical Nursing* 2005;14(3):285-93.
4. Chan RC. How does spinal cord injury affect marital relationship? A story from both sides of the couple. *Disability & Rehabilitation* 2000;22(17):764-75.
5. Crewe NM, Krause JS. Marital relationships and spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1988;69(6):435-8.
6. Holicky R, Charlifue S. Ageing with spinal cord injury: the impact of spousal support. *Disability & Rehabilitation* 1999;21(5-6):250-7.
7. Crewe NM, Krause JS. Marital status and adjustment to spinal cord injury. *The Journal of the American Paraplegia Society* 1992;15(1):14-8.
8. Devivo MJ, Fine PR. Spinal cord injury: its short-term impact on marital status. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1985;66(8):501-4.
9. Kreuter M, Sullivan M, Dahllöf AG, Siosteen A. Partner relationships, functioning, mood and global quality of life in persons with spinal cord injury and traumatic brain injury. *Spinal Cord* 1998;36(4):252-61.
10. Post MW, Bloemen J, de Witte LP. Burden of support for partners of persons with spinal cord injuries. *Spinal Cord* 2005;43(5):311-9.

11. Weitzenkamp DA, Gerhart KA, Charlifue SW, Whiteneck GG, Savic G. Spouses of spinal cord injury survivors: the added impact of caregiving. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 1997;78(8):822-7.
12. Blanes L, Carmagnani MI, Ferreira LM. Health-related quality of life of primary caregivers of persons with paraplegia. *Spinal Cord* 2007;45(6):399-403.
13. Shejia A, Manigandan C. Efficacy of support groups for spouses of patients with spinal cord injury and its impact on their quality of life. *International Journal of Rehabilitation Research* 2005;28(4):379-83.
14. Buchanan KM, Elias LJ. Personality & behaviour changes following spinal cord injury: self perceptions – partner’s perceptions. *Axone* 1999;21(2):36-9.
15. Ricoeur P. *Time and Narrative*. Volume 1. Chicago: The University of Chicago; 1983.
16. Ricoeur P. *Time and Narrative*. Volume 2. Chicago: The University of Chicago; 1985.
17. Ricoeur P. *Time and Narrative*. Volume 3. Chicago: The University of Chicago Press; 1988.
18. Ricoeur P. *Interpretation theory. Discourse and the surplus of meaning*. Texas: Texas Christian University Press, Fort Worth; 1976.
19. Ricoeur P. *From text to action*. London: Continuum; 2008.
20. Polkinghorne D. *Narrative knowing and the human science*. New York: State University of New York Press; 1988.
21. Ricoeur P. *Life: A Story in Search of a Narrator, I: Facts and Values*, MC Doesser, JN Kraay (red). Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers; 1986:121-32.
22. Ricoeur P. *Life in quest of narrative, I: On Ricoeur. Narrative and Interpretation*, D Wood (red). London: Routledge; 1991:20-33.
23. Cicourel AV. *Elicitation as a Problem of Discourse. I: Sociolinguistics*, 2 udg. U Ammon, N Dittmar, KL Matthier (red). New York: Walter de Gruyter; 1988:903-10.
24. Kvale S. *Doing Interviews*. Los Angeles: SAGE Publications; 2007.
25. Frankl V. *Psykologi og Eksistens*. København: Gyldendals Uglebøger; 1970.
26. Karp D. *The burden of sympathy: How families cope with mental*. USA: Oxford University Press; 2000.
27. Beauregard L, Noreau L. Spouses of Persons with Spinal Cord Injury: Impact and Coping. *British Journal of Social Work* 2010;40:1945-59.
28. Benzein E, Johansson P, Arestedt KF, Saveman BI. Nurses’ attitudes about the importance of families in nursing care: a survey of Swedish nurses. *Journal of Family Nursing* 2008;14(2):162-80.
29. Ågård AS, Terkildsen HM. Interacting with relatives in intensive care unit. Nurses’ perceptions of a challenging task. *Nursing in Critical Care* 2009;14(5):264-72.
30. Isaksson G, Josephsson S, Lexell J, Skär L. Men’s experiences of giving and taking social support after their wife’s spinal cord injury. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 2008;15(4):236-46.
31. Dickson A, O’Brien G, Ward R, Allan D, O’Carroll R, Gilad D, Lavee Y, Innes-Kenig O. The impact of assuming the primary caregiver role following traumatic spinal cord injury: An interpretative phenomenological analysis of the spouse’s experience. The structure of dyadic support among couples with and without long-term disability. *Psychology and Health* 2010;25(9):1101-20.

English abstract

Angel S, Buus N. The Experience of being a partner to a spinal cord injured person: A phenomenological-hermeneutic study. *Sygeplejersken* 2014;10:55-67.

Citation: *Int J Qualitative Stud Health Well-being* 2011, 6: 7199 – DOI: 10.3402/qhw.v6i4.7199 (Published: 14 October 2011).

This qualitative interview study focuses on the personal experiences of partners to a spinal cord injured person. Using a Ricoeurian phenomenological-hermeneutic approach, we analysed seven partners’ narratives 1 and 2 years after their partner’s injury. The study revealed how the injury was experienced from the partners’ perspective through the aftermath. In the acute phase after the injury, partners also felt harmed, and support was needed in relation to their own daily activities, eating, resting, and managing distress. During the institutionalized rehabilitation, partners felt torn between supporting the injured partner and the demanding tasks of everyday life outside the institution. After discharge, partners struggled for the injured partner to regain a well-functioning everyday life and for reestablishing life as a couple. The partner struggled to manage the overwhelming amount of everyday tasks. Some sought to reestablish their usual functions outside the family, whereas others focused on establishing a new life together. The partners experienced much distress and appreciated the support they got, but felt that they were mainly left to manage the difficult process on their own.

Keywords: Interviews as topic, rehabilitation, narration, social support, spinal cord injuries, spouses.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 11 - 2014 **Nr. 12 - 2014** **Nr. 13 - 2014**
9. september 2014 30. september 2014 28. oktober 2014

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 11 - 2014 **Nr. 12 - 2014** **Nr. 13 - 2014**
12. september 2014 3. oktober 2014 31. oktober 2014

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 11 - 2014 **Nr. 12 - 2014** **Nr. 13 - 2014**
26. september 2014 17. oktober 2014 14. november 2014

To undervisere til sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg

To undervisere på fuld tid: Én til en fast stilling og én til et tre-årigt vikariat.

Du er sygeplejerske med en master- eller kandidatuddannelse og har undervisningserfaring.

Vi tilbyder en varieret dagligdag med tæt kontakt til engagerede kolleger og studerende.

Læs det fulde opslag på ucsyd.dk/stillinger.
Ansøgningsfrist er 18. september kl. 12.



Fertilitetsklinikken IVF søger fertilitetssygeplejerske



Fertilitetsklinikken IVF søger snarest muligt en sygeplejerske til en fast stilling på ca. 20 timer om ugen og vagt hver 3. lørdag.

Fertilitetsklinikken IVF beskæftiger sig med behandling af barnløshed og udfører 350-400 behandlinger om året inkluderende hormonstimulation, ultralydsskanninger, ægtransplantation, mikroinsemination, frys og tøj af æg og sædceller samt inseminationsbehandlinger. Derudover har klinikken overenskomst med Den Offentlige Sygesikring til udredning af fertilitetspatienter og behandling af almen gynækologiske patienter.

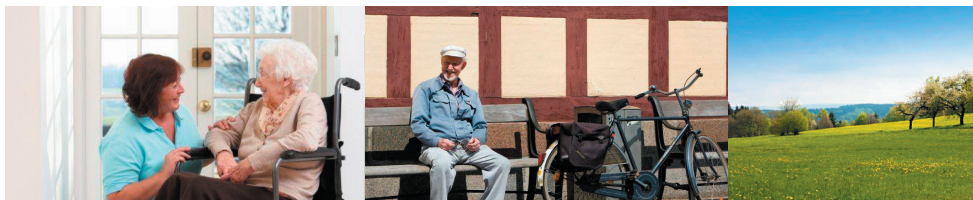
Der er tale om selvstændige arbejdsopgaver så som ultralydsskanning af fertilitetspatienter og inseminationer, men også deltagelse ved diverse undersøgelser, blodprøvetagning, afholdelse af sygeplejesamtale med fertilitetspatienter samt ikke mindst sørge for, at alle patienter får den information, de behøver, vedrørende deres undersøgelse og behandling.

Sygeplejerskerne, hvoraf du vil blive en af tre, indgår i et tværfagligt samarbejde med læger, bioanalytikere og lægesekretærer. Vi forventer derfor en sygeplejerske, der kan arbejde selvstændigt, indgå i et tværfagligt samarbejde og som er samarbejdsvillig og åben over for udvikling. Erfaring inden for området foretrækkes, men er ikke et absolut krav.

Løn og ansættelsesvilkår i henhold til særlig overenskomst med DSR/DBIO. Yderligere oplysninger om stillingen fås ved henvendelse til klinikkens sygeplejersker på telefon 4460 9027.

Ansøgning med oplysning om uddannelse, tidligere beskæftigelse mv. sendes til Fertilitetsklinikken IVF senest den 17. september 2014 på ivf@lundstrom.dk

Fertilitetsklinikken IVF ved speciallæge Peter Lundström, Centrumgaden 24, 2. sal, 2750 Ballerup



FAABORG-MIDTFYN
KOMMUNE

ENGAGERET OG SYNLIG OMRÅDELEDER TIL ÆLDREOMRÅDET

Faaborg-Midtfyn Kommune søger en områdeleder, der kan gå foran som fagligt og ledelsesmæssigt fyrtårn. Områdelederen skal have interesse og ambitioner i forhold til at drive og udvikle ældreområdet.

Ældreområdet er organiseret i 3 områder – Nord, Syd og Øst. Hvert område har 6 mellemledere, 250-275 medarbejdere og et budget på ca. 100 mio. kr. Der søges en områdeleder til Syd.

Opgaverne

På kort sigt skal ældreområdets nye organisering implementeres og den daglige drift skal være effektiv, med høj kvalitet i de faglige ydelser. Der skal sættes tydelige mål for indsatsen, hvor de tværgående og helhedsorienterede hensyn medtænkes. Synergien mellem sygepleje, hjemmepleje og plejehjem skal udnyttes.

Generelt skal du som områdeleder arbejde strategisk, og skabe faglig og organisatorisk udvikling, i et tæt samspil med mellemledere, medarbejdere, de øvrige områdeledere og ældrechefen.

Kompetencer

Det er afgørende med indsigt i opgaverne på ældreområdet og dokumenterede ledelsesmæssige erfaringer, herunder med organisatoriske forandringer – og erfaring med ledelse gennem ledere.

Det er vigtigt med indsigt i økonomi og ressourcestyring, samt implementering og opfølgning på politisk fastsatte kvalitetsmål og kvalitetsstandarder.

Yderligere oplysninger: Ældrechef Allan Christiansen, 7253 5051 eller partner Lars Bo Pedersen, telefon 4022 8718. Læs mere om stillingerne på www.fmk.dk eller www.muusmann.com. Ansøgning fremsendes via stillingsannoncen på kommunens hjemmeside, senest tirsdag den 16. september 2014 kl. 10.00.

MUUSMANN

www.muusmann.com

 Oslo
universitetssykehus

Sygeplejerske

Børne intensiv på Oslo Universitet Sykehus, Ullevål har brug for din kompetance!

Vi forventer at du:

- Er specialsygeplejerske (Intensiv-, Børne- eller Anæsthesisygeplejerske) eller mindst to års erfaring
- Børne intensiv afdeling er en lille afdeling med fire intensiv sengepladser
- Behandler akut kritiske syge børn i aldersgruppen fra 0-18 år, primært børn med trauma, akut respirationsvigt, infektioner og akut neurologi problemstillinger

Vi tilbyder:

- God løn efter aftale
- Skiftende vagter med indflydelse på egen vagtplan
- Spændende patientgruppe med fokus på trauma, infektioner og akut neurologi problemstillinger
- Vi dækker omkostningerne i forhold til interviewet og hotellophold

Oplysninger:

Betjening Sygeplejerske Hanne Sofie Arntzen tel. 0047 976 07277, email: arn2@ous-hf.no eller Afsnit Chief Thomas Rajka, tel. 0047 950 60065, email: UXTHRA@ous-hf.no

Referanse nr. 2286282828

Søknadsfrist: 15. september 2014

For fullstendig annonse se: www.oslo-universitetssykehus.no

Oslo universitetssykehus er lokalsykehus for deler av Oslos befolkning, regionssykehus for innbyggere i Helse Sør-Øst og har en rekke nasjonale funksjoner. Sykehuset er landets største med over 20 000 ansatte og har et budsjett på 20 milliarder kroner. Oslo universitetssykehus står for størstedelen av medisinsk forskning og utdanning av helsepersonell i Norge.

frantz.no

Før du søker arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobudlandet

Erfaren praksissygeplejerske, 30 timer, søges til solopraksis under forandring

Det forventes, at du har erfaring fra tidligere job i almen praksis. Klinikken er en nyetableret solopraksis. Du vil således få mulighed for at sætte dit præg på en arbejdsplads præget af variation, udfordringer og fornyelse. På sigt ventes yderligere en personale og/eller læge tilknyttet.

Dine opgaver vil udgøre alle praksisrelevante opgaver, fx laboratoriefunktioner, blodprøver og graviditetstests, samt selvstændige konsultationer ved hypertension og diabetes. Planen er tiltagende ansvar for egne patientforløb - naturligvis med supervision. Du vil stå for telefonbetjening og sekretærfunktioner, og der vil også være mere rutineprægede funktioner. Vi kommer til at samarbejde tæt.

Du er venlig og imødekommende samt tydelig i din kommunikation. Din arbejdsform er struktureret og målrettet. Du skal kunne omstille dig fra dag til dag efter klinikkens behov og forstår at prioritere og afgrænse, når flere opgaver præsenteres på en gang.

I min praksis lægger jeg vægt på en venlig atmosfære, høj faglighed og god tilgængelighed for patienter og samarbejdspartnere.

Stillingen er ledig fra 1/9 2014. Tiltrædelse senest 1/11 2014. Timetal: 30 t/uge.

Ansøgningsfrist: 12/9 - men send gerne ansøgning før.

De ansøgere, der vil blive indkaldt til samtale, vil blive kontaktet. Samtaler ventes holdt i uge 38. Øvrige ansøgere vil ikke få særskilt besked.

Ansøgning påført kontaktoplysninger med telefonnummer sendes til: odborg@dadnet.dk

De bedste hilsener, Mette Odborg, Lægerne ved Hasle Torv



2 SYGEPLEJERSKER

Grib chancen og bliv sygeplejerske på Ældrecentret Nygårds Plads i Brøndby

Vi er 8 engagerede sygeplejersker på centret og vil gerne være 2 mere.

Stillingerne er ledige 1. november og er på 30-32 timer overvejende i dagtiden på hverdage.

Sygeplejerskens hovedopgaver er sparring med medarbejderne i afdelingen samt varetagelse af et klinisk indsatsområde på tværs af centret.

Du er velkommen til at kontakte afdelingsleder Heidi Nolsøe på tlf. 3057 2055 eller afdelingsleder Susanne Markussen på tlf. 2434 9210, hvis du vil vide mere.

Ansøgningsfrist: 21. september 2014
Læs mere på www.brondby.dk/job

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsoqning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
37603
Københavns Kommune
Teamleder (sygeplejerske) til Rehabiliteringscenter Indre By/Østerbro
Ansøgningsfrist: 8. september 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37585
Glostrup Kommune
Strategisk og handlekraftig afdelingsleder
Ansøgningsfrist: 8. september 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37575
Frederikssund Kommune
Ansvarshavende aften-sygeplejerske til Rehabiliteringsafdelingen
Ansøgningsfrist: 12. september 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37609
PensionDanmark
Sygeplejersker til visitationsteam i PensionDanmark
Ansøgningsfrist: 12. september 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37612
Gladsaxe Kommune
Sygeplejerske til Seniorcenter Bakkegården
Ansøgningsfrist: 10. september 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37610
Region Hovedstaden
Sygeplejersker søges, Psykiatrisk Center København
Ansøgningsfrist: 12. september 2014

Quicknr. **Syddanmark**
37613
Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark
Faglig konsulent
Ansøgningsfrist: 12. september 2014

Quicknr. **Sjælland**
37606
Køge Kommune
Sygeplejerske til Plejeboligerne på Pedersvej og Møllebo Plejehjem
Ansøgningsfrist: 10. september 2014



DSA ER DIN DIGITALE A-KASSE 24/7

DSA er med dig. Du kan bruge os døgnet rundt. A-kasse, jobformidling og socialrådgivning – samme sted.

Book selv dine møder, få onlinesparring på dine ansøgninger og find dit næste job med DSAjobsøger. Du kan også hente inspiration til dit arbejdsliv i nyhedsbrevet – Job & Arbejdsliv og holde styr på nye love med nyhedsbrevet DSA-Nyt. Ansøg om dagpenge, feriedagpenge og efterløn, når det passer ind i din hverdag.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden**Seniorer Bornholm****Sensommertur - studiebesøg**

Besøg i Bornholms Ret, Store Torv, Rønne. Efterfølgende kaffe på Brazz.

Tid og sted:

18. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:00
Bornholms Ret, Store Torv, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

DSR på tlf.: 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen tlf.: 5695 2910, senest den 16. september

Pris:

Kr. 25

Seniormøde på Bornholm

Socialudvalgets arbejde med særlig vægt på ældregruppen. Socialudvalgsformand Bente Helms orienterer om Socialudvalgets tanker og muligheder.

Tid og sted:

2. okt. 2014 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

DSR på tlf.: 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen tlf.: 5695 2910 senest 30.09.

Pris:

Gratis

Sjælland**Besøg på Infocenter Femern Sund & Bælt, Rødbyhavn**

Mogens Hansen er daglig leder af Femern Infocenter i Rødbyhavn. Han fortæller meget levende om det store byggeri, vi ser billeder, film m.m. samtidig med en kop kaffe eller to. Aftal evt. samkørsel til Rødbyhavn.

Tid og sted:

8. okt. 2014 kl. 13:00 - 15:00
Femern Infocenter Rødbyhavn, Vestre Kaj 50 C, 4970 Rødby.

Arrangør:

Kontaktudvalget, seniorsammenslutningen tidl. "Storstrømmen".

Tilmelding:

Til Gulle, tlf.: 5482 5684 eller Inger, tlf.: 2042 5472 senest den 26.09.2014

Pris:

Gratis med medlemmer.

Seniorsygeplejerskerne i Region Sjælland/Roskilde

Møde i DSR's nye lokaler i Borup. Etnolog Anne Mette Niebuhr holder foredrag med tema "Syrien en humanitær katastrofe af værste grad" Der går tog til Borup hver halve time og der er ca. 10 min. gang til Møllevej.

Tid og sted:

27. okt. 2014 kl. 13:00 - 15:30
DSR's lokaler Møllevej 15, 4140 Borup tlf. 7021 1665

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

E-mail: sjaelland@dssr.dk

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Fyn**

Mødet denne gang, er medlemmernes eget møde, med tid til snak, gensidig orientering og ideer til planlægning af det kommende års aktiviteter. Kaffe og kage som vanligt.

Tid og sted:

2. oktober 2014 kl. 13:30 - 15:30
Munke Mose Plejecenter, Munkemose Allé 2-4, 5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest 29. september til Inge-Lise, tlf.: 5184 2275, e-mail: ibruhn@hotmail.com eller Conny, tlf.: 2176 8818, e-mail: coands@gmail.com

Pris:

Kr. 15 for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dssr.dk

Seniorsammenslutningen Trekanten

Vi besøger Frippehjemmet i Gadbjerg, hvor forstander Karin Lange viser rundt og fortæller om et anderledes plejehjem. Der vil være samkørsel fra Kolding, Vejle og Fredericia ca. kl. 12.00 - aftales ved tilmelding.

Tid og sted:

16. sept. 2014 kl. 13:00 - 15:00
Frippehjemmet i Gadbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Senest 15. september kl. 12.00 til Jenny Malberg, tlf.: 3123 7433 eller Kirsten Thygesen, tlf.: 3091 4184

Pris:

Kr. 15

Yderligere info:

www.dssr.dk

DSR Meddelelse**Generalforsamling i DSR Kreds Hovedstaden**

Kreds Hovedstaden afholder generalforsamling, tirsdag den 28. oktober 2014, kl. 17 - 22 i DGI-Byens Conferencecenter, Tietgensgade 65, København V, med livetransmission til kredskontoret på Bornholm. Læs mere på: www.dssr.dk/hovedstaden/generalforsamling Tilmeld dig her: www.dssr.dk/hovedstaden/arrangementer

Ortopædkirurgisk konference i Stockholm

Konference i Stockholm den 23-24. oktober 2014. Arbejder du med ortopædkirurgisk sygepleje og rehabilitering, så kan denne konference være interessant for dig. Konferencen er arrangeret i et samarbejde mellem Fragility Fracture Network samt de danske og svenske faglige selskaber (FSOS og OSIS). Du kan finde detaljer om tilmelding og program på FSOS hjemmeside.

Vi håber at se jer i Stockholm! FSOS

FS SASMO Generalforsamling

Dette års generalforsamling, afholdes i forbindelse med FS SASMO's kongres på Hotel Vejleford, den 3. november 2014 kl. 17. Emner til dagsorden, skal indsendes til formanden senest 15. september 2014. Dagsorden og øvrige oplysninger vedrørende generalforsamlingen, vil være at finde på selskabets hjemmeside.

Generalforsamling i FS for Diabetessygeplejersker

Generalforsamlingen afholdes lørdag den 8. november kl. 8.00-9.45 i forbindelse med landskurset den 7.-8. november, på Trinity Conferencecenter, Gl. Færgevej 30, Snoghøj, 7000 Fredericia. Dagsorden i henhold til vedtægter. Se yderligere på selskabets hjemmeside.

Generalforsamling Dansk Sygeplejehistorisk Selskab

Hermed indkaldes til ordinær generalforsamling den 9.10.2014 kl. 16 i Dansk Sygeplejeråds lokaler, Skt. Annæ Plads 30, København.
Dagsorden: 1) Velkomst
2) Valg af dirigent
3) Beretning
4) Regnskab
5) Kontingent 2015
6) Beh. indkomne forslag modt. senest 25.9.14
7) Valg af bestyrelsesmedlemmer
8) Valg af revision
9) Evt.
Derpå fortæller den nye museumsleder Lotte Søgaard om visioner og perspektiver for Dansk Sygeplejehistorisk Museum.

Jubilæum ÅKH Hold 1974 2 Q

Kære holdkammerater. Vi forsøger at komme i kontakt med hinanden, og vil meget gerne have jeres mailadresser og tlf. til kontaktlisten. Vi samles hos Marianne og Jørgen Refslund Poulsen, Gedbovej 24, Tvis, 7500 Holstebro, lørdag den 6.09.2014 kl. 12. Lad os høre fra jer! Med venlig hilsen Karen Blok, Hannah Vestenaa, Marianne og Jørgen Refslund Poulsen.
E-mail: jorgenrefslund@gmail.com
Tlf.: 3070 4855

Generalforsamling 2014 Kreds Sjælland

Kreds Sjællands generalforsamling bliver afholdt tirsdag den 28. oktober 2014 på Hotel Frederik d. II, Idagårdsvej 3, 4200 Slagelse. Der er oplæg kl. 17.00-17.50 ved Henning Jørgensen, professor ved Aalborg universitet med emnet "Fagbevægelsen og Den danske model: Dinosaurer eller dynamoer?". Der er buffet kl. 18.00-19.00, selve generalforsamlingen starter kl. 19.00.
Se programmet på www.dsr.dk/sjaelland

DSR Fonde og legater

Legatmeddelelse Dagny og P.W. Rosenstand og fru Elise Wessels fond for privatsygeplejersker

Fondens formål er at yde støtte til økonomisk trængende sygeplejersker. Sygeplejersker, der fungerer eller har fungeret som privatsygeplejersker, har fortrinsret. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 26.09.2014 på www.dsr.dk/legater
Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Sygeplejerskernes Uddannelses- og Forskningsfond

Fondens formål er at yde forsknings- og/eller uddannelsesstøtte til sygeplejersker og sygeplejerskestuderende, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Sygeplejersker, der kun har begrænsede muligheder for anden økonomisk støtte, har fortrinsret. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 26.09.2014 på www.dsr.dk/legater
Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Legatmeddelelse Maria og Johs. Herfurths fond

Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervssygdomme). Husk at oplyse, hvilken erhvervssygdom, der gør dig uarbejdsdygtig. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 26.09.2014 på www.dsr.dk/legater
Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Sundhedsplejerske Bente Grethe Jensens fond

Fondens formål er at give støtte til personer, der uddanner sig til sundhedsplejersker. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 26.09.2014 på www.dsr.dk/legater
Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Legatmeddelelse Grosserer E.A. Bloch og Snedkermester H.K. Thom- sens fond for sygeplejersker

Fondens formål er at yde støtte til økonomisk trængende sygeplejersker/sygeplejeelever ansat ved københavnske hospitaler til: a. Rekreation - b. Forbedring af kår. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 26.09.2014 på www.dsr.dk/legater
Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

DSR Kursus

FS SASMO Kongres

Dette års kongres er sammensat af emner der rører sig i tiden. En kombination af teoretiske oplæg og erfaringer fra klinikken. I år har vi vinderen som "Bedst speaker" fra EOR-NA Kongressen i Lissabon på programmet.

Tid og sted:

3. november 2014 kl. 09:00 -
4. november 2015 kl. 16:00
Vejle Center Hotel

Arrangør:

FS SASMO

Pris:

Se information på FS SASMO hjemmeside

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs/fs2

DSR Kredsmøde

Hovedstaden

Informationsmøde Få, eller bliv mentor

Kom og hør om ordningen er noget for dig. Vi søger nyuddannede (op til 2 års erfaring), der har lyst til at få en mentor, samt erfarne sygeplejersker, der ønsker at blive kvalificeret til mentoropgaven.

Tid og sted:

22. sept. 2014 kl. 16:30 - 17:30
Dansk Sygeplejeråd,
Frederiksborggade 15 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/kalendarer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/mentor

Udekørende psykiatri - fremtid og faglighed

Udrednings- og behandlingsgarantien for psykisk syge medfører anderledes arbejdstilrettelæggelse. Kom og drøft de faglige udfordringer bl.a. med næstformand Dorte Steenberg.

Tid og sted:

9. sept. 2014 kl. 16:30 - 19:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Markante kvinder i kultur, politik, sport og erhverv

Tidligere S-minister Jytte Hil- den, fortæller om udvalgte kvinder, der har taget og tager sig magt indenfor traditionelt mandsdominerede områder.

Tid og sted:

18. sept. 2014 kl. 17:00 - 19:30
Dansk Sygeplejeråd,
Frederiksborggade 15 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Hovedstaden

Tilmelding:

dsr.dk/hovedstaden/kalender

Pris:

Gratis

Yderligere info:

dsr.dk/hovedstadend/kalender

FN & apos;s Internationale ældredag

Hvilke ældrepolitiske beslutninger kommer til at tegne ældrevelfærd i Danmark de kommende år? Vi har inviteret et medlem af Europa-parlamentet til en drøftelse.

Medbring gerne en gæst.

Tid og sted:

1. oktober 2014 kl. 17:00 - 20:30
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K.

Arrangør:

Kreds Hovedstaden og Senior- sammenslutningen

Tilmelding:

dsr.dk/hovedstaden

Pris:

Gratis

Yderligere info:

dsr.dk/hovedstaden/kalender

Sjælland**Barselscafé - v/ Lola Jensen**

Når man er på barsel, sker der et brud med det faste arbejdsliv. Kom og hør familievejleder Lola Jensen, om hvordan man får det hele til at gå op i en højere enhed, når man skal starte på arbejde igen.

Tid og sted:

2. oktober 2014 kl. 10:30 - 13:30
Børnebiblioteket i Nykøbing Falster, Rosenvænget 17, "aktivitetsrummet"

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest den 25. september 2014

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjaelland

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord.

Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure: tlf. 4457 0787 eller 2023 7577 www.playaprincipe.dk booking@playaprincipe.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Tilbring ferien i Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på Det hvide Fyr. 300 m til stranden. Se billeder, priser m.m på vores hjemmeside www.fyrpasserens-villa.dk eller ring 6178 1041, 4042 7853.

Ferie På Mallorca

Skøn penthouselejlighed udlejes. Plads til 4-6 prs. Ca. 1.500 m til badestrande. Privat poolområde. Dejlig udsigt fra terrasserne. Skøn tagterrasse med udekøkken. Internetadgang, TV, vaskemaskine, opvaskemaskine, veludstyret køkken. 2 bad/toilet. Yderligere oplysninger se www.mallorca-dam.dk Ring 2337 5393 adam@mallorca-dam.dk

Avoriaz Skilejligheder

2 nyrenoverede lejligheder med balkon til 4 hhv. 6 personer beliggende på Place Centrale udlejes. Avoriaz er bilfri og ligger i 1.850 m højde med 650 km skipister i Frankrig og Schweiz. Avoriaz har badeland.

www.avoriaz401.dk
Mobil 4013 0774 / 2617 7748

Familieweekend Vestfy

Weekendophold max. 24 pers. 4 ferielejligheder, den ene med spiseplads til alle. Borde, stole, service, ovn, opvaskemaskine osv. Ved Assens på Vestfy. Idyllisk 4-længet stråttæt bondegård. Have med legeplads og boldspil. Høns og kaniner. www.kastanjegaarden.dk Tlf. 6471 5516 / 2015 1786

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Sanne Fuglsang
Nyquist**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyllegaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

Møllevej 15
4140 Borup

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Nyutdannet
- vi har jobb
til deg!

Vil du ha sikker jobb med god lønn i eksotiske Norge?

Dedicare søker etter flere sykepleiere og spesialsykepleiere.

Du styrer din egen arbeidstid. Prøve nye arbeidsplasser og arbeidsoppgaver. Jobbe korte perioder eller få fast jobb. Du får hjelp til skatt og autorisasjon og din egen personlige bemanningskonsulent. Husk at vi i tillegg betaler din reise og bolig.

Kontakt oss snarest mulig!

Registrere deg på www.dedicare.no/nurse eller ring oss på **+47 074 80**

Du kan og maile oss på rekruttering@dedicare.no

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse