

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 15-16 » 8. AUGUST 2008 » 108. ÅRGANG

En fredelig død skal sikres i journalen

**Svær samtale –
Når din kollega har brug
for dig som bisidder**

**KORT NYT
Kampagne skal skaffe
unge til uddannelsen**

KLINISK SYGEPLEJE

Somatisk sygdom kan gøre gamle psykotiske

**! Alternativ til
strejke efterlyses**

**★ De hygiejniske
principper i højsædet**

EN NY TIDS LÆREBOG

DET ER NØDVENDIGT AT KENDE
DET **SUNDE** MENNESKE FOR AT FORSTÅ DET **SYGE**

For den norske læge og forfatter, Vegard B. Wyller, er helhedstænkning i både behandling og pleje af patienten og i den pædagogiske tænkning uhyre vigtigt.

Helhedstænkning er ideen bag hans storværk i seks bind, som nu foreligger på dansk. Hvert bind består af to bøger, så man kan arbejde parallelt med den sunde og den syge krop.

Det sunde og det syge menneske rummer de natur- og sundhedsvidenskabelige fag: cellebiologi, anatomi, fysiologi, mikrobiologi, patofysiologi, farmakologi og sygdomslære. Der er utallige krydshenvisninger mellem den "sunde" og den "syge" del af hvert bind, men også mellem alle seks bind indbyrdes.

Værket indeholder mere end 200 kliniske cases, som sætter det teoretiske stof ind i en meningsfuld sammenhæng med den kliniske virkelighed. Indlæringen bliver derved integreret og problembaseret.



ALLE 6 BIND UDE NU

VEGARD B. WYLLER
DET **SUNDE** OG DET **SYGE** MENNESKE
BIND 1-6

PR. BIND KR. 500,-. SAMLET KR. 2.400,-.



Det er snart 60 år siden vi
lancerede vores første produkt



I 1949 blev det første Natusan® produkt lanceret: Natusan® Salve. Svanen symboliserer seriens oprindelse fra apoteket "Svanen", Strøget, København.



NATUSAN® INSTITUTION - hudpleje siden 1949



ARTIKLER

22 På job – De skåner ryggen og styrker patienterne

Patienterne bliver bedre mobiliseret, og personalet undgår arbejdsskader, efter at afdeling P5 i Horsens har uddannet alt plejepersonale i forflytning.

24 Patientsikkerhed – Styr på patienterne?

Mange utilsigtede hændelser skyldes forkert identifikation af patienterne. Aktiv identifikation og arbejdsro er vejen frem. Identitetsarmbånd og pårørende er også med til at sikre, at rette patient modtager rette behandling.

26 Udfordringen – Medicinsk afdeling afskaffede overbelægningen

Stigende sygefravær var kun det yderste lag i et garnnøgle af problemer for Medicinsk afdeling F, Gentofte Hospital.

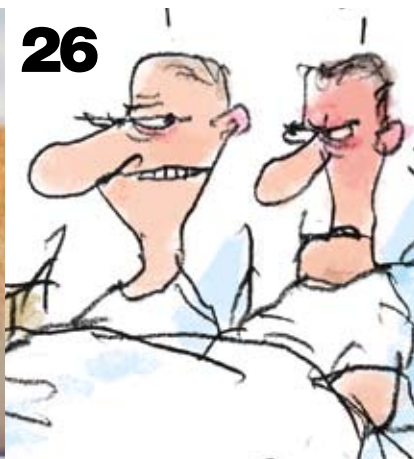
28 Mit holdepunkt – Sygeplejerske med smag for sikkerhed

Sygeplejerske Kirsten Hjort Streichs fornemste opgave er at være med til at udvikle et godt arbejdsmiljø.

31 Svær samtale – Når din kollega har brug for dig som bisidder

6 + 44





TEMA – GENOPLIVNING SIDE 16-20

16 En fredelig død skal sikres i journalen

Det er en lægelig beslutning, om der skal genoplives ved hjertestop. Derfor har sygeplejersker ikke lov til at lade gamle, dårlige patienter dø i fred, medmindre der er gjort et notat i patientens journal.

19 Hun skulle slet ikke være genoplivet

I stedet for en fredelig død fik en 90-årig kvinde en kortvarig livsforlængelse og store skader. Sygeplejersken var nødt til at genoplive, fordi der ikke var taget stilling i journalen.

20 Kun en læge kan tage stilling

Fagbladet Sygeplejersken har spurgt Sundhedsstyrelsen, hvordan sundhedslovens paragraffer om livsforlængende behandling skal forstås.

FAG

44 Klinisk sygepleje

Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir

Delir er en almindelig tilstand blandt især svækkede ældre i den kommunale ældresektor. Artiklen henvender sig til primærsygeplejersker og beskriver de opgaver, sygeplejerskerne skal varetage i forbindelse med udredning og håndtering af delirforløb hos ældre.

52 Unødvendig præmedicin

Undersøgelse på Odense Universitetshospital viser, at 75 pct. af patienterne efter KAG-undersøgelsen angiver ikke at opleve nervøsitet under KAG-undersøgelsen. Mange oplever nervøsitet ved meddelelse af undersøgelsessvaret. Interessant for undersøgelsen er, at patienter i stesolidgruppen angiver større nervøsitet før KAG end patienter i ikke-stesolidgruppen. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt stesolid reelt fremkalder nervøsitet.

56 Begrebet validitet og anvendelse af begrebet i praksis

Artiklen introducerer begrebet validitet, viser begrebets mangfoldighed og beskriver de mest almindelige måder at undersøge validitet på. Desuden præsenteres en figur, der viser forskellige skalatyper og deres anvendelse. Hovedbudskabet er, at validering bør indgå som en naturlig del af klinisk praksis, inden nye metoder tages i brug.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 32 Dansk Sygeplejeråd mener
- 33 Debat
- 40 In memoriam
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 43 Resuméer
- 60 Agenda
- 61 Testen
- 62 Anmeldelser
- 64 5 faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 82 Kurser/Møder/Meddelelser

Back to næsten normal

"Back to school" står der at læse på vort gamle modersmål i reklametryksagerne, og det er ganske vist: Skolernes sommerferie er ved at være brugt op, og dermed er en stor del af arbejdstagerne i familien Danmark tilbage på arbejdspladserne eller på vej tilbage.

Det gælder også sygeplejerskernes arbejdspladser. Her er situationen næppe, som den plejer, oven på danmarkshistoriens hidtil længste strejke blandt sygeplejersker og de 10 andre faggrupper i Sundhedskartellet. Overgangen fra en tiltrængt ferie til en forceret arbejdsdag kan ellers være barsk nok i forvejen. Der venter uden tvivl mange ekstra arbejdsopgaver.

Nærværende nummer af *Sygeplejersken* belyser flere dilemmaer eller problemstillinger, som sygeplejersker kan blive stillet over for. Nogle dilemmaer kan undgås, hvis man forudser de hændelser, der skaber dem. Det gælder eksempelvis beslutning om genoplivning ved hjertestop – eller ej. Sygeplejersker kan nemlig ikke lade gamle dårlige patienter dø i fred, medmindre der er taget lægelig stilling på forhånd og gjort notat i journalen om beslutningen. Det handler artiklerne side 16-20 om.

Den sygeplejefaglige artikel om pludseligt opståede psykiatriske symptomer hos ældre (side 44-51) henvender sig især til primærsygeplejersker. Artiklen slår fast, at delir hos ældre hyppigst skyldes behandlingskrævende fysisk sygdom. Det skal sygeplejersken være bevidst om. Organisationen i kommunen skal til gengæld give plads til, at sygeplejersken kan bruge den nødvendige tid hos den ældre, både i den akutte og den rehabiliterende fase.

Redaktionen ønsker læserne god læselyst og velkommen tilbage på arbejdet.

Søren Palsbo

Søren Palsbo, redaktør
snp@dssr.dk

Sygeplejersker



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST
FOTO: SØREN ZEUTH

Konfus. Når ældre bliver psykotiske, virker forvirrede eller tiltagende demente, kan det skyldes banale fysiske lidelser som en ubehandlet blære- eller lungebetændelse. Svenske undersøgelser viser, at lidelsen delir rammer mellem halvdelen og en tredjedel af alle ældre på plejehjem. Men lidelsen overses i ældreplejen.

Den 87-årige kvindelige plejehjemsbeboer var lettere dement. En dag begyndte hun pludselig at ændre adfærd. Hun blev opfarende, skældte meget ud, havde hallucinationer, kunne ikke kende sin lejlighed, vendte op og ned på dag og nat og forlod plejehjemmet.

En sygeplejerske undersøgte kvinden og fandt ud af, at hendes ændrede mentale tilstand skyldtes en ubehandlet blærebetændelse. Efter tre dages behandling med antibiotika var kvinden sig selv igen.

Denne virkelige historie fra et dansk plejehjem er blot et eksempel på, at mange ældre rammes af delir. De bliver psykotiske, konfuse eller virker pludselig tiltagende demente på grund af en akut fysisk lidelse som f.eks. en ubehandlet blærebetændelse, et lårbensbrud eller forkert medicinering.

Der findes ingen danske undersøgelser af omfanget af delir, men svenske undersøgelser viser, at mellem en tredjedel og halvdelen af alle plejehjemsbeboere er ramt af lidelsen.

"Delir er den mest almindelige psykiske sygdom hos ældre. For mange ældre er det en skræmmende oplevelse, at de under delirforløbet ikke kan genkende omgivelser



REDAKTIONEN)))

Chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen (DJ)
snp@dssr.dk
Tlf.: 4695 4193



Journalist
Kirsten Bjørnsson (DJ)
kbj@dssr.dk
Tlf.: 4695 4188



Journalist
Lotte Havemann (DJ)
lha@dssr.dk
Tlf.: 4695 4179



Journalist
Rebekka Holm Andersen
rea@dssr.dk
Tlf.: 4695 4184



Redaktionssekretær
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dssr.dk
Tlf.: 4695 4189



Journalist
Katrine Birkedal Christensen (DJ)
kbc@dssr.dk
Tlf.: 4695 4194



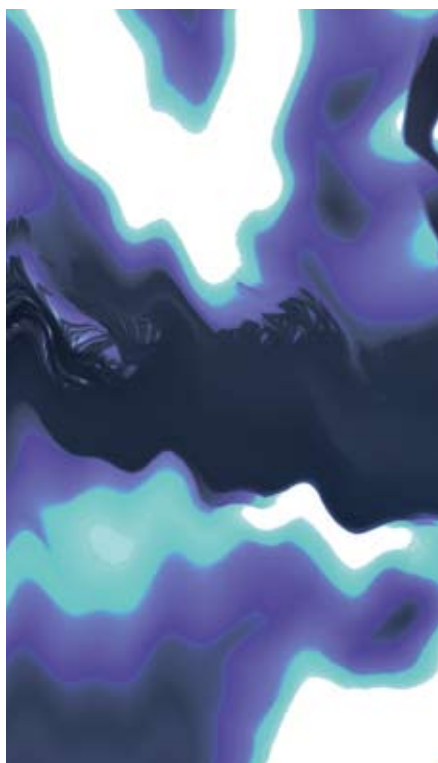
Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dssr.dk
Tlf.: 4695 4178



Redaktør
Søren Palsbo (DJ)
sp@dssr.dk
Tlf.: 4695 4185



overser delir hos gamle



Mange ældre rammes af delir og bliver f.eks. konfuse på grund af en akut fysisk lidelse.

og pårørende, og mange kan være flove over, at de foretog sig ting, som de ikke plejer at gøre,” fortæller sygeplejerske *Kirsten Gottfredsen*, som arbejder med demens. Hun mener, at delir er overset i ældreplejen, fordi mange sygeplejersker ikke er tilstrækkeligt opmærksomme på lidelsen.

”Kommunernes Landsforening burde komme på banen og udsende retningslinjer for, hvordan ældreplejen kan tackle lidelsen. Mange tilfælde af delir er lette at behandle, men sygdommen kan i værste fald være livstruende,” siger *Kirsten Gottfredsen*.

En af landets førende gerontopsykiatere, overlæge *Jens Djernes* fra Brønderslev Psykiatriske Sygehus, mener også, at der er stort behov for at udbrede kendskabet til delir både blandt praktiserende læger og personalet i ældreplejen.

”Når jeg underviser hjemmehjælpere, kender de udmærket symptomerne, men de ved ikke, at den ældres psykose eller tiltagende demens kan skyldes en kropslig sygdom. De ældre behandles ofte med antipsykotiske midler, men de helbreder ikke. I stedet skal de have en grundig somatisk undersøgelse og en behandling for den sygdom, der har udløst delir,” siger *Jens Djernes*.

Jørgen Peter Ærthøj, praktiserende læge og leder af Lægemeddelheden i Nordjylland, fremhæver, at sundhedsvæsnets kan spare unødvendige indlæggelser, hvis hjemmeplejen indfører bedre retningslinjer for behandling af patienter med delir.

”Der er helt klart brug for, at hjemmeplejen er mere opmærksom på sygdommen og indfører procedurer, så det altid undersøges, om et ældre menneskes psykiske tilstand hænger sammen med patientens fysiske tilstand,” siger *Jørgen Peter Ærthøj*.

På landets medicinske afdelinger er delirpatienter en kronisk bekymring, fortæller geriatrisk overlæge *Jens Bank* fra Frederiksberg Hospital.

”Patienterne har brug for ro, men det er de færreste afdelinger, som har særligt skærmede afsnit for den type patienter. En særlig lumske form for delir er, når patienten bliver mere sløv og apatisk på grund af f.eks. en blærebetændelse eller et lårbensbrud. Den stille delir er let at overse,” siger *Jens Bank*.

De fagfolk, *Sygeplejersken* har talt med, efterlyser danske undersøgelser, der kan kortlægge problemets omfang.

Læs den faglige artikel ”Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir” side 44.

»»» HVAD ER DELIR?

Delir er pludseligt opståede psykotiske symptomer som hallucinationer eller vrangforestillinger. De mest typiske tegn ved delir er forstyrret søvnrhythme, forvirring, uro, synshallucinationer og aggressivitet. Men apati kan også være et tegn på delir.

Almindelige årsager til delir hos ældre:

- Bivirkninger ved medicin
- Blærebetændelse
- Blodmangel
- Væskemangel
- Forstyrrelser i saltbalancen
- Forværring af rygerlunger
- Hjerterytmeforstyrrelser eller hjertesvigt
- For lavt blodtryk (især overbehandlet blodtryk).

Journalist
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264



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



Sekretær
Helle Refsgaard Amstrup
hra@dsr.dk
Tlf.: 4695 4035



Sekretær
Anette Olsen
ao@dsr.dk
Tlf.: 4695 4183



Journalist
Britta Søndergaard (DJ)
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261



Fagredaktør
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256



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



Webkoordinator
Sabina Ringqvist
sr@dsr.dk
Tlf.: 4695 4191



Kampagne skal skaffe unge til uddannelsen

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

Frit fald. Sygeplejerskeuddannelsens ansørgertal er faldet drastisk de sidste tre år. En kampagne skal vende de fordomme, der afholder unge fra at søge faget.

Det er kun tre år siden, at sygeplejeskolerne i Danmark mærkede en stigende interesse for at blive sygeplejerske. Men siden er flokken af ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen skrumpet år for år, og med foruroligende fart.

I årets ansøggerrunde har godt 2.300 unge sygeplejerskeuddannelsen som deres første prioritet. Det er 18 pct. færre end sidste år og slet ikke nok til at fylde de lidt mere end 3.300 uddannelsespladser.

De fleste skoler kan formentlig fylde septemberholdene, vurderer Rektorforsamlingens formand Aase Holdgaard. Men når næste hold starter i februar 2009, bliver det med tomme pladser. Også flere end de 296 pladser, der stod ledige på februarholdene i år – selv om der kan nå at komme nye ansøgninger inden februar.

”Det betyder, at alle interessenter, skoler, arbejdsgivere og organisationer, må lægge hovederne i blød for at finde ud af, hvordan vi kan ændre billedet. For det kan ikke blive ved med at gå den vej,” siger hun.

Alvorlig bekymring er også reaktionen hos Dansk Sygeplejeråd og Sygeplejestuderendes Landssammenslutning SLS. For der mangler allerede 2.400 sygeplejersker.

”Og vi ved fra internationale undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem antallet af

fejl og sygeplejersker. Jo flere sygeplejersker, jo færre fejl og dødsfald,” siger 2.-næstformand i DSR, Dorte Steenberg.

Fordomme kan vendes

En langsigtet holdbar løsning kræver bedre løn og reel politisk anerkendelse af fagets betydning for velfærdssamfundet. Det er



”Grundlæggende skal man tage udgangspunkt i de unges fordomme om faget, siger den netop afgående formand for de studerende,” Kirsten Salling Rasmussen

Aase Holdgaard og Dorte Steenberg enige om. Men noget må der gøres her og nu, og det er undervisningsminister Bertel Haarder (V) enig i.

Den 26. august har Undervisningsministeriet indkaldt arbejdsgivere, organisationer og skoler til møde om en rekrutteringskampagne. Det er et arbejde, der blev sat i stå, mens konflikten i foråret kørte, og som nu går i gang igen.

En del af forarbejdet har Rektorforsamlingen, Danske Regioner, SLS og DSR allerede gjort med et forslag til en rekrutteringsstrategi. Grundlæggende skal man tage udgangspunkt i de unges fordomme om faget, siger den netop afgående formand for de studerende, Kirsten Salling Rasmussen, der har deltaget i arbejdet som SLS-repræsentant.

”Mange tror f.eks., at sygeplejerske er noget, alle kan blive. Derfor skal vi fortælle, at det kræver noget særligt at blive sygeplejerske, stærk psyke, empati, lyst til at gøre en forskel.”

Mange tror også, at man er henvist til at passe patienter på et sygehus resten af sit liv, hvis man tager en sygeplejerskeuddannelse. De skal have at vide, hvor mange muligheder uddannelsen giver og bliver ved med at give.

”Sygeplejerskens hverdag er fyldt med udfordringer og action. Du skal være hurtig, kreativ, tage beslutninger, og de beslutninger kan være livsvigtige. At vise sygeplejersker som blide piger med langt lyst hår er en fejltagelse,” siger Kirsten Salling Rasmussen.

Det er ikke længere moderne at fordybe sig

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Timing og tendens. Er det manglende anerkendelse af sygeplejen eller DSR's lønkampagne, der har skræmt unge væk fra uddannelsen? Har den nye sygeplejerskeuddannelse sat sig mellem to stole? Eller vil de unge bare hellere tjene penge?

Tre år med stadigt færre ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen giver mange overvejelser om årsagerne. Nødvendige overvejelser, hvis man skal gøre noget ved problemet. Men billedet er komplekst, understreger 2.-næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd.

Ligesom Rektorforsamlingens formand Aase Holdgaard peger Dorte Steenberg på, at de såkaldte velfærdssuddannelser, sygeplejerske, pædagog, skolelærer, alle har problemer med søgningen.

”Den politiske prioritering af velfærdsud-

dannelserne halter, og det afspejler sig i fagenes løn og arbejdsforhold,” siger Dorte Steenberg.

Løn og arbejdsforhold indgår også i en anden forklaring, som er blevet fremsat af f.eks. formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S) (i Sygeplejersken nr. 7/2008) og af undervisningsminister Bertel Haarder (V) (se interview på næste side). Den går på, at Dansk Sygeplejeråds kampagne for højere løn har tegnet et afskrækkende billede af faget.

Den forklaring er der delte meninger om inden for sygeplejens egne rækker. Efter Aase Holdgaards mening kan der være noget om det.

”Det har ikke gjort situationen bedre, at medierne i den forbindelse satte fokus på dårlig løn og dårlige arbejdsforhold,” siger hun.

”Det gjorde de med rette, men det var uheldig timing for skolerne. Vi har slet ikke

haft de henvendelser med spørgsmål om uddannelsen, som vi plejer at få i den periode, hvor de unge skal beslutte sig.”

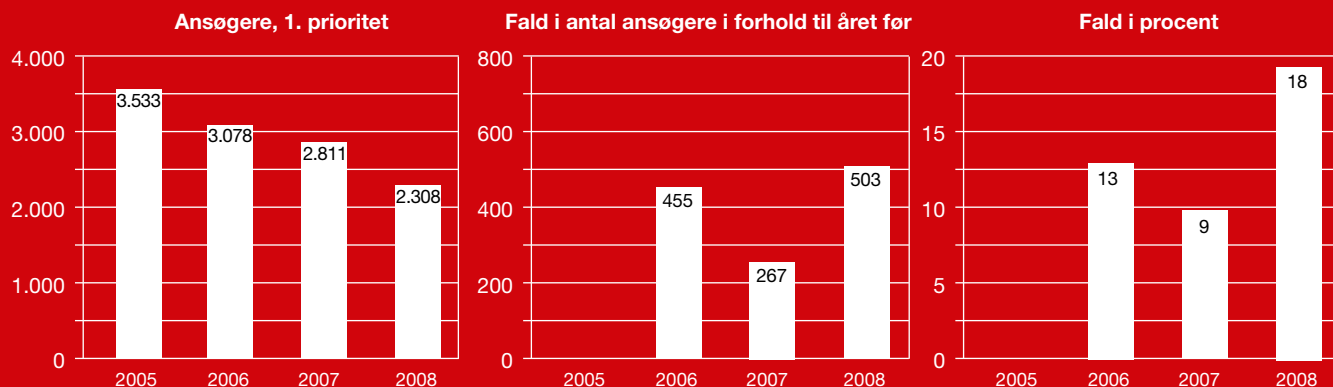
Dorte Steenberg, på den anden side, tror ikke på, at de unge er skræmt væk.

”Så skulle man se det samme fald i søgningen til social- og sundhedsuddannelsen. Men der har udviklingen jo været den modsatte. De har haft fremgang.”

I en årrække har man talt om små ungdomsårgange. De kan ikke forklare det fortsatte fald, for i disse år begynder antallet af unge i aldersgruppen 18-24 år igen at stige.

Men der er ingen tvivl om, at konkurrencen om de unge er blevet hård. Det fremhæver både Bertel Haarder og formanden for de studerende i SLS, Anja Skov Refsgaard. Og så bliver det et stort problem, at de unge ikke ved, hvilke muligheder sygeplejerskeuddannelsen giver.

»»» ANSØGERE TIL SYGEPLEJERSKEUDDANNELSEN 2005-2008



Bertel Haarder Situationen er alvorlig

Faldende søgning til sygeplejerskeuddannelsen for tredje år i træk. 1.000 uddannelsespladser flere, end der er ansøgere til. Hvad siger undervisningsminister *Bertel Haarder (V)*?

"Jeg synes, Dansk Sygeplejeråd skal overveje situationen meget grundigt," svarer Bertel Haarder.

"Den faldende søgning hænger naturligvis sammen med den voldsomme kampagne, der er ført op til overenskomstforhandlingerne. Løn og arbejdsforhold er stillet i et meget dårligt lys, og man kan ikke fortænke de unge i, at de lader sig påvirke af det."

Men ansøgetallet er faldet i tre år i træk, så der må også være andre forklaringer?

"Nu taler jeg om det ekstraordinære fald, der er tale om i år. Det generelle fald er et resultat af højkonjunktur og konkur-

rencen på jobmarkedet med tilbud til hvem som helst, især unge mennesker. I den konkurrence kniber det med at trække de unge væk fra job over i en uddannelse.

Derfor er jeg meget glad for, at jeg skal i gang med at forberede en kampagne sammen med DSR. Jeg håber, vi kan tale faget op i stedet for ned i de kommende måneder, så skal det nok blive bedre næste år."

Hvor hurtigt kan sådan en kampagne komme i gang?

"Jo før, jo bedre. Jeg har altid haft et godt samarbejde med DSR, det er jeg sikker på, at jeg også får i denne sag.

Og hvis der er andre idéer, bedre idéer, har jeg en åben dør og et åbent sind. For det er jo alvorligt nok, det her, og jeg tager det absolut ikke sorgløst."

"Der er så mange andre tilbud, hvor man har gjort et større stykke arbejde for at få fat i de unge, uddannelser, der ser mere spændende og interessante ud," siger Anja Skov Refsgaard. "Private firmaer headhunter folk, og der er oprettet mange trainee-stillinger med elevløn, som er superpopulære. Hele samfundet skriger på arbejdskraft, og man kan tjene penge og have et fedt liv – det kan man ikke på SU. Pludselig har man bil og lejlighed, og så udskyder man måske sin uddannelse."

Piger vil på universitet

De uddannelser, der har haft stigende søgning i år, er de praktisk orienterede, påpeger lederen af den Koordinerede Tilmelding, *Jakob Lange*.

"Det med at fordybe sig er ikke så moderne længere. Søgningen til universiteterne er faldet med 15 pct., og det ser ud til, at akademiseringen af sygeplejerskeuddannelsen og andre mellem lange uddannelser ikke har haft den tilsigtede virkning."

Ændringerne har været nødvendige for uddannelsen af sygeplejersker, men de sælger ikke billetter, tilføjer *Jakob Lange*.

"De meget dygtige piger, som før blev sygeplejersker, vil hellere have den rene vare. Hvis de skal studere, vil de hellere gå på universitetet.

Vi kan se, at antallet af piger, der søger universiteterne, er steget voldsomt over tid, og både lærer- og sygeplejerskeuddannelsen har tabt mange af de dygtige piger til universiteterne."

Det hjælper heller ikke ligefrem, at sygeplejerske- og læreruddannelser er blevet samlet i professionshøjskoler, som markedsføres under navne som Lillebælt og Øresund. Det skaber en del forvirring, mener *Jakob Lange*, men den kan være forbigående. Mere alvorligt er det store frafald på uddannelsen.

"Mange har haft dårlige oplevelser, når man har et frafald på 30-40 pct. nogle steder. De er ikke gode ambassadører for uddannelsen. De siger ikke til deres lillesøster eller

veninde: Det er da sygeplejerske, du skal være!"

Heller ikke *Jakob Lange* tror, at lønkrav og strejke har skadet interessen for sygeplejerskeuddannelsen.

"Men jeg synes, det er en fejl, at man ikke er kommet ud med det budskab, at man faktisk kan tjene rigtig mange penge som sygeplejerske. Og meget fleksibelt.

Hvis du står og mangler penge, kan du bare tage en vagt i et vikarbureau ved siden af din fastansættelse. Du kan få arbejde i hele verden, du har mange avancementsmuligheder.

Hvis man skulle lave en liste over, hvad unge gerne vil, er sygeplejerske næsten det, der svarer bedst til det hele. Du kan let skifte job, du kan selv bestemme, hvad du tjener, du kan arbejde i udlandet, du kan selv bestemme, om du vil arbejde 20 timer om ugen eller 50.

Der er en masse ting, der taler for at blive sygeplejerske, som ikke er kommet godt nok ud over rampen."

Udskrives du patienter med sondeernæring?

Resultat
Færre gen-indlæggelser

Nutricia Direkte
følger sondeernærede patienter **hjem** med

- ▶ Direkte levering
- ▶ Telefonisk rådgivning
- ▶ Personlig opfølgning

Få mere at vide

 **NUTRICIA**
Direkte **70 21 07 09**

Også risiko for fejl med

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Nye faldgruber. Identitetsarmbånd forbedrer patientsikkerheden. Men de erstatter ikke sygeplejerskens opmærksomhed.

Næsten alle sygehuse bruger identitetsarmbånd i deres indsats for at sikre den rette behandling til den rette patient, viser en ny undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen.

Men det giver ikke 100 pct. garanti mod forvekslinger.

"Identitetsarmbånd er et redskab til bedre patientsikkerhed, så man skal bestemt bruge dem. Men man skal være opmærksom på, at nye metoder skaber nye faldgruber," siger projektleder *Elisabeth Brøgger Jensen*, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Ifølge en undersøgelse fra Sund-

hedsstyrelsen og Dansk Patientsikkerhedsdatabase blev der indberettet 57 utilsigtede hændelser i forbindelse med identitetsarmbånd i de første ni måneder af 2007. I langt de fleste tilfælde havde patienten ikke fået armbånd på. Men der var også seks rapporter om, at armbåndet ikke var brugt til at identificere patienten med, fem rapporter om, at der var fejl i oplysningerne på armbåndet, og ni rapporter om patienter, der havde fået en anden patients armbånd på.

"Ved forsøg med stregkoder har der været eksempler på, at det tekniske udstyr ikke har virket godt nok. Og så kan det, der er introduceret som en sikkerhedsforanstaltning, blive en ny sikkerhedsrisiko, fordi de sædvanlige kontrolforanstaltninger bli-



Til tasterne igen

Du skal taste igen og gennemføre en indtastning i den endelige konfliktberegner **for at få den endelige afregning af din konfliktunderstøttelse.**

Den endelige konfliktberegner er åben fra den 11. august kl. 08.00 og fem uger frem til den 14. september kl. 23.59.

Den endelige opgørelse skal sikre, at du for konfliktperioden får, hvad der svarer til den løn, du normalt ville have fået (inkl. pension, tillæg og feriepenge) – hverken mere eller mindre.

Der vil blive foretaget en efterregulering af de acontobeløb, du har modtaget under konflikten, og det kan betyde, at du enten skal have penge udbetalt, eller at du skal tilbagebetale penge.

Alle skal taste igen

Det er vigtigt, at *alle* fastansatte sygeplejersker, der har været omfattet af konflikten, taster i den endelige beregner. Både de medlemmer, der under konflikten har tastet i acontokonfliktberegneren, men også de medlemmer, der ikke har tastet hidtil.

Indtastningerne skal godkendes af din tillidsrepræsentant (eller FTR/din lokale kreds). Sker det ikke, vil Dansk Sygeplejeråd tilbagekræve de udbetalte acontobeløb.

Spørgsmål

Hvis du var udtaget til konflikt og derfor er berettiget til at få konfliktunderstøttelse, har du modtaget et brev fra Dansk Sygeplejeråd, hvori du kan læse mere om den endelige opgørelse, og hvordan du taster i beregneren.

Har du andre spørgsmål, der vedrører din konfliktunderstøttelse, kan du kontakte Konflikt hotline på telefon 4695 4301 i tidsrummet kl. 9-16 på alle hverdage.

identitetsarmbånd



ver skubbet i baggrunden," siger Elisabeth Brøgger Jensen.

"Men i virkeligheden er den største risiko nok, hvis man bliver for rutinepræget i sin brug af identitetsarmbåndene. Man læ-

ser dét på armbåndet, som man forventer at læse."

Læs mere om sikker patientidentifikation på side 24.

Politiker dømt for injurier mod sygeplejerske

Byrådsmedlem *Arno Kruse* fra Rudkøbing Kommune er blevet idømt dagbøder for uretmæssigt at beskyldte sygeplejerske og områdeleder *Bodil Skriver* for strafbare forhold i forbindelse med udlicitering af rengøring i Rudkøbing Kommune. Desuden skal han betale en godtgørelse på 20.000 kr. til *Bodil Skriver* samt sagsomkostninger. Beskyldningerne blev bl.a. fremsat offentligt i den lokale presse.

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse indledte i 2006 en injuriersag mod byrådsmedlemmet på vegne af *Bodil Skriver*, idet *Arno Kruse* nægtede at trække sine udtalelser tilbage. Knap to år efter er der nu faldet dom i sagen.

Dansk Sygeplejeråd betragter sagen som principiel, "idet den er med til at fastlægge grænserne for, hvad en offentligt ansat skal acceptere af beskyldninger fra det politiske led på arbejdspladsen."

(kbc)

"Det er sommer, vejret er godt, og vores medarbejdere knokler for at få konfliktpuklen bragt ned. Derfor laver vi en happening, hvor vi lige stopper op, kigger på hinanden og spiser en is."

Kenneth Serup Jørgensen, administrationschef på Sygehus Lillebælt, delte vaffells ud til patienter og medarbejdere en varm mandag i slutningen af juli. Kilde: Vejle Amts Folkeblad den 28. juli.

Sygeplejersken som pårørende?

Kræver det noget ekstra – eller noget andet – at få pårørendesamarbejdet til at fungere, når den pårørende selv er sygeplejerske? Det vil redaktionen gerne høre noget om. Vi vil også gerne høre fra sygeplejersker, der har oplevet rollen som pårørende uvant eller måske ligefrem vanskelig. Kontakt journalist *Kirsten Bjørnsson* på kbj@dsr.dk eller tlf. 4695 4188.

Vidste du at ...

... der er etableret sundhedscentre i samtlige store kommuner, dvs. kommuner med over 100.000 indbyggere? Samlet set har lidt under halvdelen af de nye kommuner etableret sundhedscentre, flest i Region Nordjylland, hvor der er etableret sundhedscentre i to af tre kommuner, færrest i Region Sjælland, hvor ca. hver tredje kommune har etableret et sundhedscenter.

Kilde: Sundhedsstyrelsen/Rambøll Management. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008.



ARKIFOTO: SØREN HOLM

Sygeplejersker forsker i det alternative

To sygeplejersker er blandt de fem forskere, der får penge fra det statslige Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling VIFAB.

Sygeplejerske, cand.cur. *Anita Lunde*, Syddansk Universitet, får penge til et projekt, der skal handle om sygeplejerskers forudsætninger for at tale med patienterne om alternativ behandling. Anæstesisygeplejerske og akupunktør *Marianne Wiegandt Kroghslund*, Fertilitets-klinikken Trianglen, får penge til et projekt om akupunktur i forbindelse med fertilitetsbehandling.

(kb)

Læs mere på: www.vifab.dk



Kostuddannelse med overbygning om Børn og overvægt

Vi tilbyder en kostvejleder uddannelse med fokus på vægttab.

Uddannelsen Slankekonsulent™ er allerede taget af 700 danskere, og bliver bl.a. brugt i lægepraksis, på hospitaler samt på apoteker.

Nu tilbydes en overbygning om børn og overvægt.

Samlet pris er 9.750 i alt inkl. alle materialer (særligt tilbud til sygeplejerskens læsere. Tilbuddet gælder kun fremadrettet og i året 2008)

Bestil gratis kursuskatalog på telefon 44 48 61 00 eller på mail info@atwork.dk



Kursus i Sundhedscoaching
8 aftener 8.750 kroner
Næste opstart: 2. sept.

Læs mere på:
www.atwork.dk

AT WORK
FREMME SUNDHED OG LIVSKVALITET

Store variationer i kommunernes sundhedsudgifter

Der er store forskelle på, hvor store udgifter de nye kommuner har i forbindelse med borgernes indlæggelse på sygehus, siger en rapport, som KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen står bag.

Forskellene kan til dels, men ikke helt forklares ved forskelle i befolkningssammensætningen og borgernes situation. Det tyder på, at en række kommuner kan nedsætte deres udgifter ved at blive bedre til at forebygge indlæggelser. (kb)

Se "Rapport vedrørende bedre grundlag for forebyggelsesindsatsen i kommunerne" på: www.sum.dk

Kultursammenstød på hospitalsgangen

91 pct. af personalet på danske hospitaler oplever, at patienter med anden etnisk baggrund kræver helt særlige hensyn.

Det viser en undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen, der har spurgt om personalets og patienternes oplevelse af mødet med sundhedsvæsnet. 75 pct. af de adspurgte læger og sygeplejersker nævner, at patienter med anden etnisk baggrund har en sparsom sygdomsforståelse, og 40 pct. oplever, at gruppen har man-

gelfuldt kendskab til kroppens funktioner. Undersøgelsen viser også, at 85 pct. af de adspurgte patienter med anden etnisk baggrund er rigtig godt tilfredse med indlæggelsen. Men samtidig vurderer kun 40 pct., at personalet har brugt tid nok til at tale med dem om deres situation, mod 70 pct. af de etniske danskere. (bso)

Læs mere om undersøgelsen på www.sst.dk

Søg penge til gode idéer

Offentligt ansatte får lige så gode og nytænkende idéer som medarbejdere i den private sektor. Derfor er der afsat 20 mio. kr. til forsøg med innovation i den offentlige sektor, hvor projekterne er baseret på medarbejdernes gode idéer. Der kan gives støtte til projekter med omkostninger over 500.000 kr. og op til 75 pct. af udgifterne. Puljen administreres af Erhvervs- og Byggestyrelsen, og der er ansøgningsfrist den 24. september 2008. (kb)

Find ud af mere på: www.brugerdreveninnovation.dk

Behandling så langt pengepungen rækker

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Europæisk. Frit sygehusvalg skal være en europæisk rettighed, foreslår EU's sundhedskommissær. Patienterne skal dog selv lægge ud for omkostninger til behandling, rejse og ophold, så refunderer det offentlige hospitalsregningen efterfølgende.

Få en ny hofte i Holland, en scanning i Sevilla eller få ordnet den grå stær i Stockholm. Det er dit valg, hvis et nyt direktiv fra kommissionen bliver vedtaget. EU's sundhedskommissær foreslog nemlig i juli, at det frie sygehusvalg skal gælde alle patienter på tværs af Europa.

Det vil betyde, at en patient, som står på venteliste i Danmark til f.eks. en ny hofte, kan tage til et hospital i et hvilket som helst land i EU

og blive behandlet på den danske stats regning. Patienten skal dog selv lægge ud for udgifterne til behandlingen, og det kan betyde, at det frie valg reelt kun kommer til at gælde for de ressourcestærke, hævder skeptikerne.

Det er nogle af de synspunkter, der er kommet frem i både internationale og danske medier i kølvandet på det kontroversielle forslag fra EU.

"Direktivet er et charter for de rige, som vil have sundhed i udlandet. Folk skal selv lægge ud for udgifterne til behandlingen, og den mulighed har de fattige ikke. Derfor vil det føre til mere ulighed end lighed," sagde det irske medlem af Europa-Parlamentet, *Avril Doyle*, som er kristendemokrat, efter præsentationen af direktivet.

Ikke kun for de stærke

På den anden side mente de liberale tilhængere af forslaget, at det frie valg netop skaber lighed, fordi alle patienter kan søge behandling, der hvor de kan få det hurtigst og bedst.

"Når man er syg, har man behov for at handle, og det får man mulighed for med det nye direktiv. Som jeg ser det, har vi allerede A- og B-patienter i dag. Dem, der er ressourcestærke og har kræfter til at kæmpe for at komme af sted, og dem, der ikke en gang kender muligheden.

Med direktivet vil alle blive stillet lige," var kommentaren fra Venstres danske medlem af Europa-Parlamentet, *Karin Riis-Jørgensen*.

Mens det længe ventede forslag, der er døbt det mundrette navn "Direktivet om patientrettigheder i forbindelse med grænseoverskridende sundhedsydelser", altså vakte jubel hos de liberale, var den socialdemokratiske del af Europa-Parlamentet mildt sagt skeptiske.

Medlem af Europa-Parlamentet, *Christel Schaldemose* (S), har udtrykt sin bekymring for en skævvridning mellem fattige og rige lande på tværs af Europa. Forslaget indebærer nemlig, at man som patient kun kan få refunderet det beløb til en operation, som en tilsvarende operation koster i ens hjemland. Det gør det svært for eks. en rumæner at vælge at lade sig operere i Danmark.

"Patienter fra fattigere lande, hvor lønninger og derved behandlinger er billigere, vil ikke kunne købe sig til den bedste behandling. Det vil dele EU i A- og B-patienter," sagde Christel Schaldemose.

Uanset om man tror, direktivforslaget vil skabe ulighed eller lighed for de europæiske patienter, må man vente lidt endnu på at få den endelige udgave at se. Der går formentlig 2-3 år, før forslaget er blevet diskuteret og færdigbehandlet i den europæiske lovgivningsproces.



ARKIVFOTO: SCAMPX

Deprimerede dropper behandlingen

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Psykatri. Op mod halvdelen af de patienter, der behandles med antidepressive midler, dropper ud af behandlingen. Sygeplejerske skal nu kortlægge, hvorfor så mange patienter med depression holder op med at tage medicin.

Flere end 200.000 danskere tager medicin mod depression, men mellem en tredjedel og halvdelen dropper behandlingen allerede i løbet af de første 12 uger.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har netop bevilget knap 800.000 kr. til et projekt, der skal kortlægge, hvorfor så

mange stopper behandlingen. Sygeplejerske og postdoc *Niels Buus* fra Forskningsenheden Helbred, Menneske og Samfund ved Syddansk Universitet skal følge 12-15 deprimerede personer i året efter en hospitalsindlæggelse for at finde frem til de personlige motiver, der afgør, om de følger den medicinske behandling eller ej. Projektet skal munde ud i en række anbefalinger for behandlingen af depression

"Man kan få langvarige handicap som følge af en depression, og den medicinske behandling kan i mange tilfælde mindske disse handicap. Hvis man har

haft en depression, så stiger sandsynligheden for at få den næste depression med 60 pct., og hvis man har haft depression nummer to, så stiger risikoen for at blive syg igen til 80 pct. Derfor er det problematisk, at så få tager deres medicin efter forskrifterne," siger Niels Buus.

Undersøgelser viser, at mange dropper den antidepressive medicin på grund af bivirkninger som f.eks. manglende lyst til sex, hovedpine, svimmelhed og søvnproblemer.

"Vi ved også fra litteraturen, at det for nogle virker meget stigmatiserende at tage medicinen. Når man tager antidepressiva,

rejser det ofte eksistentielle spørgsmål for den enkelte. Medicinen kan forandre ens væremåde på godt og ondt, og når man ikke længere kan genkende sig selv, kan det i nogle tilfælde betyde, at man dropper medicinen," siger Niels Buus.

Han understreger, at målet med projektet ikke er at fastholde patienten i medicinsk behandling for enhver pris. "Det er vigtigt, at behandlerne får viden om, hvordan man bedst indgår i et samarbejde med patienten omkring en fælles vedtaget plan og behandling," lyder det fra Niels Buus.

Udviklingen går mod sundhedsforsikringer

Dobbeltsikring. Over 600.000 danskere har en sundhedsforsikring, der dækker operationer på privathospitaler, fysioterapi o.l. De fleste har forsikring gennem deres arbejde, men mindst 60.000 har selv tegnet én. Er det noget for sygeplejersker?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Julie Sandberg, sygeplejerske, Øre-næse-hals-afdelingen, Vejle Sygehus

Har du nogensinde overvejet at tegne en sundhedsforsikring?

"Nej. Min kæreste har én gennem sit arbejde, men jeg var faktisk ikke opmærksom på, at man selv kan tegne én."

Kunne du finde på selv at betale for en undersøgelse, hvor der var lang ventetid?

"Helt sikkert. Man ved jo med mange ting, at jo længere der går, jo værre bliver det."

Tror du, sundhedsvæsenet på et tidspunkt vil udvikle sig sådan, at de fleste vil have en sundhedsforsikring?

"Det kan jeg godt forestille mig. Folk bliver mere og mere opmærksomme på deres helbred, og jeg tror, mange gerne vil forsikre sig."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Pernille Wiinblad, assisterende områdeleder, Horsens Kommune

Har du nogensinde overvejet at tegne en sundhedsforsikring?

"Nej. Men måske kan det komme på tale en dag, hvis jeg har haft en dårlig oplevelse med det danske sundhedsvæsen."

Jeg synes ikke, vores sundhedsvæsen er velfungerende. Man skal have utrolig stort overskud for at klare sig i det, og når man er syg, har man ikke det overskud. Så kan det være godt med et stort forsikringsselskab i ryggen, der kan sikre ens rettigheder."

Kunne du finde på selv at betale for en undersøgelse, f.eks. en skanning, hvor der var lang ventetid?

"Ja, det kunne jeg godt."

Tror du, sundhedsvæsenet på et tidspunkt vil udvikle sig sådan, at de fleste vil have en sundhedsforsikring?

"Jeg tror, det vil blive mere og mere almindeligt. Når folk er syge, vil de ikke acceptere tre og fire måneder på venteliste."



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Jane Lassen, sygeplejerske, anæstesi-afsnit NA, Regionshospitalet Viborg

Har du nogensinde overvejet at tegne en sundhedsforsikring?

"Nej. Her på sygehuset var der på et tidspunkt snak om at tilbyde sundhedsforsikringer, og da overvejede jeg det og besluttede, at jeg ikke ville."

Jeg synes, det er en falliterklæring for vores system. Trist. Vi må støtte op om det system, vi har."

Kunne du finde på selv at betale for en undersøgelse, hvor der var lang ventetid?

"Ja, hvis det var noget alvorligt. Ellers ville jeg vente eller finde ud af, hvor i landet jeg kunne komme hurtigere til."

Tror du, sundhedsvæsenet på et tidspunkt vil udvikle sig sådan, at de fleste vil have en sundhedsforsikring?

"Ja, hvis vi stadig har en borgerlig regering. Desværre. Det handler meget om politik, og når jeg siger desværre, er det, fordi jeg synes, vi har haft et godt sundhedsvæsen."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Ulla Brink Floor, sygeplejerske, Kardiologisk afdeling B1, Skejby Sygehus

Har du nogensinde overvejet at tegne en sundhedsforsikring?

"Nej. Jeg har ikke selv været alvorligt involveret med sundhedsvæsenet, og det, jeg selv arbejder med, synes jeg, fungerer godt. Jeg vil hellere bruge mine penge på noget sjovt, rejse osv. Så må jeg håbe, vi har et sundhedssystem, der virker, den dag jeg får brug for det."

Jeg vil hellere bruge mine penge på noget sjovt, rejse osv. Så må jeg håbe, vi har et sundhedssystem, der virker, den dag jeg får brug for det."

Tror du, sundhedsvæsenet på et tidspunkt vil udvikle sig sådan, at de fleste vil have en sundhedsforsikring?

"Tendensen går da i den retning, politikkerne vil jo have mere og mere privatisering. Når over 600.000 har en forsikring, er vi allerede langt derhenne."

»»» SKRIV EN KOMMENTAR

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

LÆSERREJSE

Albatros
travel

Del oplevelser med sygeplejerskekollegaer på denne spændende rejse til Kina, der giver et indblik i traditionel kinesisk medicin kombineret med seværdigheder i Beijing og Shanghai samt Yangtze-deltaets storslåede natur – med dansk rejseleder, 12 dage.

Kina

Den røde drage

Sygeplejersken arrangerer i samarbejde med Albatros rejse til Kina. Her skal vi lære en masse om den 10.000 år gamle traditionelle kinesiske medicin fra urtebehandling til zoneterapi og akupunktur. Derudover bliver vi selvfølgelig ikke snydt for Kinas mange verdensberømte attraktioner. Vi bevæger os fra kejserstaden Beijings historiske seværdigheder til den smukke natur ved Yangtze-deltaet og den fremadstormende metropol Shanghai. Ud over at nyde alle de klassiske seværdigheder får vi rig mulighed for at blive klogere på den spændende kinesiske kultur med tai-chi, markeder og storslåede akrobatikshows.

- Dag 1** Afgang København
- Dag 2** Ankomst Beijing, Himlens Tempel
- Dag 3** Beijing. Den himmelske Freds Plads, Den Forbudte By, Peking-opera
- Dag 4** Beijing. Cloisonné-fabrik, Ming-gravene, Den Kinesiske Mur
- Dag 5** Beijing. Madmarked, kinesisk fodmassage, Sommerpaladset, nattog til Shanghai
- Dag 6** Shanghai – Luzhi – Suzhou. Kinesisk havekunst, kanalsejlads
- Dag 7** Suzhou. Fiskerens Have, silkespinderi, byporten, tid på egen hånd
- Dag 8** Suzhou – Hangzhou. Temarker, Jingci-templet, den gamle bydel
- Dag 9** Hangzhou. Tai-chi, kinesisk naturmedicin, Vestsøen, tid på egen hånd
- Dag 10** Hangzhou – Shanghai. Basar, tv-tårn, akrobatik
- Dag 11** Shanghai – Beijing. Fly til Beijing, marked, Peking-and
- Dag 12** Hjemrejse

Afrejse 13. november 2008

Kr. 12.990,-

Tillæg for enkeltværelse: kr. 1.990,-

Rejsen bestilles på tlf. 36 98 98 98 eller mail info@albatros-travel.dk

Oplys rejsekode: LR-SYG 02

Begrænset antal pladser

Læs hele programmet på <http://www.albatros-travel.dk/lr/DenRodeDrage>

Prisen inkluderer

Fly København – Beijing t/r, alle flyskatter og -afgifter, dansk rejseleder, udflugter og entreer ifølge program, 9 nætter på turistklassehotel, 1 nat på nattog, morgenmad dagligt, frokost dag 2-10, middag dag 2-11

Informationsmøde

Inden afrejse afholdes et informationsmøde i Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1084 København K.

Spørgsmål vedrørende selve rejsen og rejsens gennemførelse skal rettes til Albatros Travel, som er den ansvarlige rejsearrangør. Find ud af mere på www.albatros-travel.dk





AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

EN FREDELIG DØD SKAL SIKRES I

Hjertejuridisk dilemma. Det er en lægelig beslutning, om der skal genoplives ved hjertestop. Derfor har sygeplejersker ikke lov til at lade gamle dårlige patienter dø i fred, medmindre der er gjort et notat i patientens journal.

Det er stort at redde liv. Men at genoplive en gammel syg patient til en kortvarig livsforlængelse med risiko for brækkede ribben og hjerneskader er noget, som mange sygeplejersker vil opleve som et fagligt og etisk dilemma.

Hvor ulykkeligt sådan en situation kan forløbe, oplevede sygeplejerske *Gitte Jensen*, der blev nødt til at genoplive en gammel dame, selv om det stred mod både patientens og familiens ønske, og patienten kun overlevede kortvarigt og med store skader (se artiklen/boksen "Hun skulle slet ikke være genoplivet").

Men selv om sygeplejerskens faglighed siger hende noget andet, er hun nødt til at genoplive, når en meget syg patient får hjertestop

– medmindre der er taget lægelig stilling på forhånd og gjort et notat i journalen om, at der ikke skal genoplives. For en beslutning om at undlade genoplivning er det kun en læge, der kan tage.

I de sygehusafdelinger, der har vagtberedskab døgnet rundt, kan der som regel hurtigt komme en læge til stede og tage stilling. Men i de seneste mange år har tendensen været, at specialerne bliver samlet, og de mindre sygehuse bliver betjent af læger fra et stort sygehus mange kilometer væk.

Den tendens gør det vigtigere end nogensinde, at ansvarsforholdene i afdelingen er fuldstændig afklarede, bekræfter overlæge *Anne Mette Dons*, der er leder af Sundhedsstyrelsens Enhed for Tilsyn.)



”Som plejepersonale har vi også et ansvar, selv om det kun er lægen, der må tage en beslutning. Vi må ikke bare sige: Det må de tage sig af.”

Oversygeplejerske Dorthe Lund.

JOURNALEN



”Vi må have modet til at bevæge os ind på emnet på en respektfuld måde, så vi kender det gamle menneskes og de pårørendes holdninger. Og så er det en del af et godt tværfagligt samarbejde, at man får tingene skrevet ind i journalen.”

Formand for Sygeplejeetisk Råd Lone Langkjær.

» ”Der skal være en grundig instruktion af sygeplejerskerne, så de ved, hvad de skal gøre i en situation med hjertestop. Og der skal være en grundig instruks for genoplivning, og hvilke kriterier der skal være, for at man kan stoppe, hvis lægen ikke er til stede,” siger hun.

Sundhedsstyrelsen arbejder aktuelt på en vejledning om lægers brug af medhjælpere. Den vil bl.a. præcisere, hvilke opgaver læger kan delegerer, og hvordan det skal foregå.

I forhold til genoplivning vil meldingen dog være helt klar: Efter Sundhedsstyrelsens vurdering er det ikke en beslutning, lægen kan delegerer til en sygeplejerske. Og selvom der er skrevet livstestamente, eller der er pårørende til stede, som ikke ønsker genoplivning, skal der stadig en læge til at tage den konkrete beslutning.

Aftenvagter uden læger

Et af de sygehuse, der ikke længere har læger døgnet rundt, er Give Sygehus, der har fælles ledelse med Vejle Sygehus. Ortopædkirurgisk afdeling har fem afsnit i Vejle og fire i Give, men operationsafsnit, skadestue og ambulatorier ligger i Vejle, og det er fra Vejle, 30 km væk, at det lægelige beredskab til genoptræningsafsnittet i Give udgår.

Derfor har afdelingsledelsen i flere år arbejdet på at sikre patienter, pårørende og personale i Give mod uønsket genoplivning og anden livsforlængende behandling, siger over-sygeplejerske *Dorthe Lund*.

Hun minder om, at selv gamle mennesker somme tider bliver genoplivet og får det godt igen. Og selv om mange pårørende kun ønsker deres slægtninge en fredelig død, er der også dem, der synes, at deres 98-årige slægtning skulle være genoplivet.

”Men i dag, hvor lægerne ikke er i afdelingen døgnet rundt, må vi være meget opmærksomme på, at vi ikke går i gang med at genoplive patienter, der skal have lov til at dø.”

Da Give Sygehus for halvandet år siden mistede sit medicinske døgnerberedskab, tog den ortopædkirurgiske afdelingsledelse problemet op, og i dag er stillingtagen til eventuel genoplivning f.eks. et punkt i den kliniske retningslinje for overflytning af patienter til genoptræning.

”Vi overflytter patienter med hoftenære frakturer til Give allerede dagen efter operationen. Det er gamle mennesker og ofte meget syge med de forskellige følgesygdomme, de nu engang har,” siger Dorthe Lund.

”De bliver alle gennemgået af vores læger, inden de kommer til Give, og i den forbindelse vil man overveje, om genoplivning er et spørgsmål, man skal tage op med patient og pårørende, så man kan blive enige, og det kan blive noteret i journalen.”

Vi kender patienterne bedst

Selv om patienten har haft det godt ved overflytningen, kan situationen hurtigt ændre sig.

Derfor vil afdelingsledelsen gerne have overvejelserne om livsforlængende behandling indarbejdet som et fast punkt ved stuegang, når patienterne er overflyttet til Give Sygehus.

”Her er det vigtigt, at den læge, der ser patienten den dag, bliver konfronteret med spørgsmålet af sygeplejersken: Hvis der sker noget i aften eller i nat, skal der så gøres noget?”

Så lægen kan tage det op med patient og pårørende og få gjort et notat i journalen.”

Det er et spørgsmål, der skal arbejdes med, oplever Dorthe Lund, for døden er lidt af et

tabu, selv for sygeplejersker. Det er et emne, som det kræver både livserfaring og lidt overvindelse at bringe på bane.

”Men som plejepersonale skal vi hjælpe os selv ved at tage spørgsmålet op – altid først med patienten, hvis det er muligt, men også med de pårørende. Om de er klar over, at deres far eller mor ikke ønsker, at der skal gøres noget, hvis de bliver dårlige i aften eller i morgen?”

Det kan lige så godt være sygeplejersken, der tager initiativet, hvor lægen så tager over, sikrer sig, at patient og pårørende er enige, og får gjort et notat i journalen.

Som plejepersonale har vi også et ansvar, selv om det kun er lægen, der må tage en beslutning. Vi må ikke bare sige: Det må *de* tage sig af. Ansvaret er fælles, og det er os, plejepersonalet, der har patienterne allerflest timer i døgnet og har den løbende kontakt med de pårørende.”

Mod til den svære samtale

Konflikten mellem ønsket om en fredelig død og forpligtelsen til at handle er et fælles problem for faget, også for sygeplejersker i hjemmesygeplejen og på plejehjem, siger formanden for Sygeplejeetisk Råd *Lone Langkjær*.

”Derfor er det vigtigt, at vi får taget de svære samtaler med borgerne og patienterne i tide. Det er også rigtig svært, fordi situationen kan opstå pludseligt, selv om et menneske ellers har det godt.

Det er altid vanskeligt at finde det rigtige tidspunkt. Men min erfaring er, at det handler om at gribe situationen, når den er der, og turde gå ind i den.”

Ligesom Dorthe Lund understreger Lone Langkjær, at sygeplejersker har et ansvar, selv om det kun er læger, der kan træffe en beslutning.

”Vi må have modet til at bevæge os ind på emnet på en respektfuld måde, så vi kender det gamle menneskes og de pårørendes holdninger. Og så er det en del af et godt tværfagligt samarbejde, at man får tingene skrevet ind i journalen.

Det er den måde, vi kan imødegå de dårlige forløb på, eller i hvert fald bidrage til, at der bliver færre af dem,” siger hun.

kbj@dsr.dk





Sygeplejerske Gitte Jensen havde intet valg. Hun måtte genoplive en 90-årig patient med hjertestop, selv om det hverken var patientens eller familiens ønske.

HUN SKULLE SLET IKKE VÆRE GENOPLIVET

Svært at glemme. I stedet for en fredelig død fik en 90-årig kvinde en kortvarig livsforlængelse og store skader. Sygeplejersken var nødt til at genoplive, fordi der ikke var taget stilling i journalen.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: LENE ESTHAVE

Sygeplejerske *Gitte Jensen* arbejder i en medicinsk afdeling på et mindre sygehus. Tre gange inden for det sidste år har hun stået over for en patient med hjertestop.

Den ene gang var der ingen tvivl om, at patienten skulle genoplives. Han var omkring 60, var netop blevet udskrevet og var i gang med at pakke sine ting på stuen.

Den anden gang var det lige så indiskutabelt, at patienten *ikke* skulle genoplives. Det drejede sig om en meget gammel og hjertesyg dame, som selv havde sagt, at hun ikke skulle genoplives, hvis hun fik hjertestop. Og det var dokumenteret i journalen.

Men det tredje tilfælde forløb på en måde, som det stadig gør Gitte Jensen ondt at tænke på.

”Patienten var en dame på omkring 90 år, som blev indlagt, fordi hun var tiltagende dårlig. Hun havde haft et godt liv, og indtil 14 dage tidligere havde hun klaret sig selv uden de store problemer, bare med lidt hjælp

til rengøring. Men da hun blev indlagt, var det, som om hun mistede livsmodet.”

En aften omkring kl. 19 fik den gamle dame hjertestop. Bagvægten var i huset, men kendte ikke patienten, og det varede et stykke tid, før hun nåede frem og fik kigget på patientens journal. Så umiddelbart var det Gitte Jensen, som måtte handle.

”De pårørende var lige kørt fra os, og jeg kunne ikke få fat på dem. Der stod heller ikke noget i journalen, så jeg kunne ikke bare lade hende sove ind,” husker hun.

Gitte Jensen trykkede på stopknappen, fik lagt hjertebræt i patientens seng og gav hjertemassage, til den vagthavende narkosesygeplejerske og en portør kom og tog over. Og det lykkedes til sidst at få den gamle dames hjerte i gang igen.

”Men det var slet ikke hendes ønske, at hun skulle genoplives. Hverken hendes eller de pårørendes. Det var det første, de sagde, da vi fik fat i dem, og de kom ind og så deres mor.”

Patienten overlevede til næste dag, men

hun vågnede aldrig rigtig op. Hun havde fået en halvsidig lammelse ved genoplivningen, en del ribben var også brækket. Næste eftermiddag sov hun stille ind, mens børnene sad hos hende.

”De var meget kede af det, men de bebrejdede os ingenting. Vi måtte jo sige, at vi var nødt til at handle, og det accepterede de.”

Tanker om patientens alder og skrøbelige tilstand, og hvad hun risikerede at skulle igennem ved en genoplivning, var fløjet gennem Gitte Jensens hoved, da hun opdagede, at patienten havde fået hjertestop.

”Samtidig har man det i sig, at man skal handle. Vi kunne heller ikke andet, når der ikke var taget stilling. Men man står lidt bag efter ...”

Gitte Jensen finder ikke rigtig ordene, men fortsætter:

”... når man så får at vide af børnene, at det ikke var det, hun ønskede, og ser, at det faktisk har skadet hende.”

kbj@dsr.dk

KUN EN LÆGE KAN TAGE STILLING

Efter loven. Bestemmelserne om, hvornår man kan undlade livsforlængende behandling, står i sundhedslovens § 25 og 26. Sygeplejersken har spurgt Sundhedsstyrelsen, hvordan de skal forstås.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN



Hvornår kan man lade være med at starte genoplivning af alvorligt syge patienter?

"Når en læge har vurderet, at patienten er uafvendeligt døende, kan lægen beslutte at undlade eller afbryde livsforlængende behandling. Dvs. en behandling, hvor der hverken er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring, men kun en vis livsforlængelse."

Hvem kan tage beslutningen om at undlade eller afbryde genoplivning?

"Det kan kun en læge."

Må sygeplejersken lade være med at genoplive, hvis patienten tidligere har sagt, at han eller hun ikke ønsker genoplivning ved hjertestop?

"Ikke uden at en læge har taget stilling. Men et mundtligt ønske fra patienten har samme status som et livstestamente, så hvis lægen har skrevet i journalen, at patienten er uafvendeligt døende og ikke skal genoplives, er sygeplejerskens grundlag i orden."

Hvad skal sygeplejersken gøre, hvis en alvorligt syg patient får hjertestop, og der ikke er en læge i nærheden?

"Hun skal starte genoplivningen, medmindre lægen på forhånd har taget stilling, og det er noteret i journalen, at der ikke skal foretages livsforlængende behandling, f.eks. i form af genoplivning ved hjertestop."

Kan en sygeplejerske kontakte Livstestamenteregistret for at konstatere, om patienten har frabedt sig livsforlængende behandling i et livstestamente?

"Ja, men det er stadig en lægelig vurdering, om der skal genoplives. I et livstestamente kan man fremsætte et ønske om at undgå livsforlængende behandling i to situationer: Hvis man er uafvendeligt døende, og hvis man pga. sygdom, alderdomssvækkelse m.m. vil være varigt ude af stand til at tage vare på sig selv fysisk og psykisk. Det første ønske er bindende for lægen, det andet er vejledende. Men et livstestamente træder først i kraft, når patienten ikke kan udøve sin selvbestemmelse. Og det er en lægelig vurdering, om patienten er inhabil, ligesom det er en lægelig vurdering, om patienten er uafvendeligt døende eller vil være varigt ude af stand til at tage vare på sig selv."



Kan en læge delegere sin stillingtagen til en sygeplejerske?

"Nej, det er en lægelig vurdering, om en patient er uafvendeligt døende, og om behandlingen kun er livsforlængende, eller der er udsigt til helbredelse, bedring eller lindring. Den vurdering kan en sygeplejerske ikke foretage."



Må sygeplejersken lade være med at genoplive, hvis tilstedeværende pårørende fortæller, at patienten ikke ønsker at blive genoplivet, og beder om, at man ikke genopliver?

"Nej, det er stadig en lægelig beslutning, hvor de pårørendes oplysninger vil indgå i de samlede overvejelser."

Nogle kommunale omsorgssystemer har en rubrik, hvor man kan dokumentere borgerens ønske i forhold til udsigtsløs behandling. Hvis denne dokumentation er medsendt ved indlæggelse, er det så tilstrækkeligt grundlag for sygehuspersonalet til at undlade genoplivning?

"Nej, det vil kun være vejledende. På sygehuset skal der stadig tages lægelig stilling til patientens aktuelle situation."

Uddannelse til Arbejds- miljøsygeplejerske 2008-2009

DSR udbyder i samarbejde med The University of Sheffield sygeplejerskernes arbejdsmiljøuddannelse i 2008/2009.

Du kan nu sikre dig plads på uddannelsen, som starter i november 2008.

Uddannelsen giver adgang til en on-line Mastergrad i Occupational Health Nursing ved The University of Sheffield UK.

Den et-årige arbejdsmiljøsygeplejerskeuddannelse foregår i Danmark og kursusmodulerne afholdes henholdsvis på Skovskolen i Nøddebo samt Fredensborg Vandrehjem i Nordsjælland. Optagelsen til uddannelsen sker efter "først til mølle princippet".

Uddannelsen er planlagt til at starte den 24. november 2008 og løber frem til den 4. november 2009. Igennem uddannelsen vil du blive præcenteret for arbejdsmiljø i bred forstand og den nyeste viden på arbejdsmiljøområdet. Uddannelsen ruster dig til efterfølgende at søge job indenfor arbejdsmiljøområdet som f.eks. konsulent, sikkerhedsleder, projektleder eller giver dig nye ledelsesværktøjer til brug i hverdagen.

Uddannelsen er planlagt som internatophold med 5 moduler. For at blive optaget på kurset skal du være uddannet sygeplejerske med mindst 2 års erfaring. Der kan max. være 18 deltagere pr. hold.

Ønsker du mere information om uddannelsen kan program og prisliste findes på: www.ditarbejdsmiljo.dk.

Tilmelding skal ske online via www.dsr.dk.

Tilmeldingsfrist er den 3. oktober 2008.

Ved spørgsmål kan der rettes henvendelse til Lise Embalo Sørensen tlf:46954057, email: les@dsr.dk



ICN kongres i Sydafrika 2009 – nu åben for abstracts

Ønsker du at dele viden og erfaringer fra din praksis med kollegaer fra hele verden og deltage i studiebesøg i Sydafrika? Så har du chancen på ICN's kongres i Durban, Sydafrika 29. juni - 4. juli 2009. Obs! Ny dato.

Tema: "Sygeplejersker går forrest i opbygning af sundere samfund" (Leading Change: Building Healthier Nations)

Der er 3 former for abstracts:

- Concurrent sessions - 15 minutters oplæg
- Symposium – emne belyst af op til 3 personer – 80 minutter
- Poster præsentation, hvor du i plakatform fortæller om din praksis

Ansøgning kan ske via nettet. Ansøgningsfrist er 15. september 2008.

Læs mere på www.icn.ch/congress2009/abstracts.htm

Særuddeling af stipendier

- DSR uddeler 250.000 kr. i portioner af op til 10.000 kr. fortrinsvis til ansøgere, der har fået godkendt abstract
- Fristen for stipendieansøgning er 2. januar 2009
- Ansøgningerne behandles den 4. februar 2009
- Ansøgningsskema kan hentes fra www.dsr.dk > Fag > Uddannelse > Legater og stipendier

ICN - International Council of Nurses er en sammenslutning af 131 sygeplejerskeorganisationer på verdensplan





En akut patient er på vej til sengeafdelingen, før han skal videre til operationsgangen. De to sygeplejersker Nana Bach og Gitte Vinther (th.) gør hans medicin klar.



Elly Kristiansen er træt efter operationen for to dage siden. Hun skal op at sidde, men behøver ikke komme længere end til sengekanten.



Jesper Nordentoft på ni år har kørt motocross og brækket benet. Det ser ud til at gøre ondt, når han skal fra sengen til kørestolen, men han piver ikke.

DE SKÅNER RYGGEN OG STYRKER

Dobbelt gevinst. Patienterne bliver bedre mobiliseret, og personalet undgår arbejdsskader, efter at afdeling P5 i Horsens har uddannet alt plejepersonale i forflytning.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Det er tre dage siden, *Anna Margrethe Pedersen* fik en ny hofte. Kl. 11 skal hun til træning, og sygeplejerske *Nana Bach* hjælper hende op i kørestolen.

Hun hjælper det svage ben ud over sengekanten, men da *Anna Margrethe Pedersen* griber ud efter hendes hånd, guider *Nana Bach* hende i stedet til selv at finde balancen.

I gamle dage ville sygeplejersken uden tøven have grebet den udstrakte hånd. Patienten var gået glip af den træning, hun kunne få ved at hjælpe sig selv, og sygeplejersken havde budt sin ryg endnu en af hverdagens mange store og små belastninger.

"Gamle dage" var, før afdeling P5 på Horsens Sygehus gik i gang med et toårigt projekt, hvor omkring 50 sygeplejersker og 15 assi-

stenter i den store ortopædkirurgiske sengeafdeling blev undervist i forflytningsteknikker. Det er tre år siden, projektet sluttede, og selv et vellykket projekt kan sagtens gå i glemmebogen på kortere tid. Men ikke dette.

Nana Bach og fire andre sygeplejersker fungerer som forflytningsvejledere, og de skal ikke kun oplære nyt personale og hjælpe, når en kollega spørger. De skal også vejlede uopfordret.

Det er blevet en del af kulturen i P5, at man ikke opfatter det som kritik, når en kollega kommer med et forslag, fortæller *Nana Bach*. Og korrekt forflytning handler ikke kun om at bruge de mange gode hjælpemidler, som afdelingen har.

"Vi bruger teknikkerne i alt, hvad vi gør.

Hvis man skal rense et sår, indstiller man først sengen i den højde, der passer. Og vi hjælper hinanden med at huske på, hvad vi skal: Kan vi lige få flyttet det bord, så der er plads, kan vi lige få sengen højere op."

Det kan ses på liggetiden, at patienterne er blevet mere aktive. Og de ældre sygeplejersker har til deres forbavselse konstateret, at de kan gå hjem efter en arbejdsdag uden den velkendte træthed i lænden. Siden 2004 har der hverken været arbejdsskader eller lange sygemeldinger med ryg- og skulderproblemer.

Løft og forflytninger har altid været en belastning i en ortopædkirurgisk afdeling. Men der er endnu mere brug for gode forflytningsteknikker i dag end tidligere, vurderer *Nana Bach*.



En del af sygeplejerskerne i afdelingen har specialansvar, Nana Bachs er forflytning og sår. Her tilser hun Bent Jakobsen, der kom fra intensivafdelingen med hul i halsen efter en trakeostomi. Social- og sundhedsassistentelev Rikke Ebbelin ser til.



En mor ringer om sit barn, der har været indlagt med en brækket arm – smerterne er i tiltagende. Nana forklarer, hvordan hun skal forholde sig.

PATIENTERNE

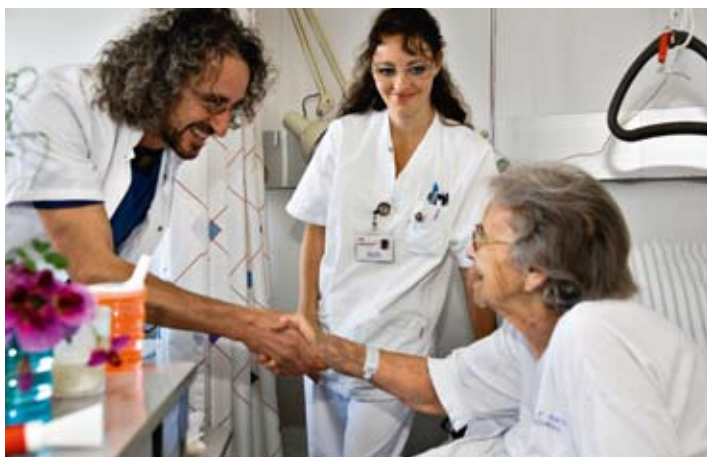
”Tidligere lå folk mere i sengene,” forklarer hun.

”I dag er vi mere på vagt, og det ligger i vores dag til dag-programmer, at patienterne skal op hver dag og tidligere i forløbene.”

Hvad skal der til, for at en afdeling kan nå det samme som hos jer?

”Alfa og omega er, at ledelsen virkelig bakker op og ikke bare siger ja til et projekt, som nogen foreslår. Hos os blev al anden kursusaktivitet indstillet i to år, selv om mobilisering ikke har høj faglig status, og alle var på kursus i tre dage. Det koster, og det koster også at indkøbe de hjælpemidler, der skal til.”

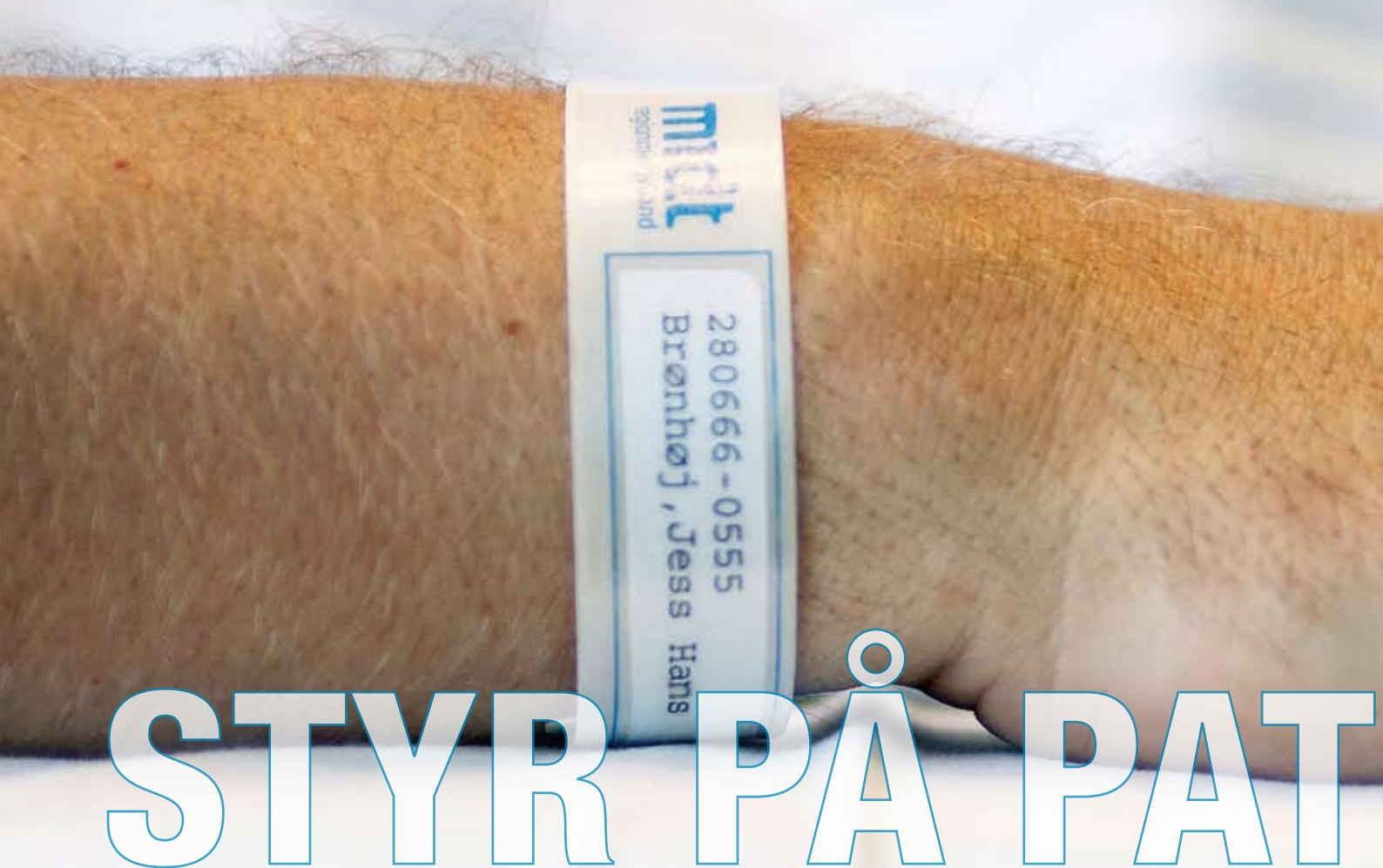
Læs om selve projektet i Sygeplejersken nr. 25-26/2007.



Elly Kristiansens hofteoperation blev udført af afdelingslæge Srdjan Zivanovic, derfor er det ham, der går stuegang hos hende.

»» HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SIDSTE UGE?

”Det var en patient, som fik en lungebetændelse efter en operation. Om aftenen blev han akut dårlig og kunne ikke få vejret. Vi fik styr på det, han fik vanddrivende medicin, og ved titiden havde han det godt. Det var et helt andet blik, han havde, da vi sagde godnat til ham, end det bange blik fra tidligere.”



STYR PÅ PAT

Navn og CPR-nummer på foto er konstrueret til lejligheden.

))) IDENTIFIKATIONSARMBÅND

Identifikationsarmbånd er ikke lovpligtige, men bliver brugt på de somatiske afdelinger næsten alle offentlige sygehuse, viser en ny undersøgelse fra Sundhedsstyrelsen. Armbåndene er en enkel metode til entydigt at identificere patienten og er derved med til at forbedre patientsikkerheden. Hvis de vel at mærke bliver brugt og brugt korrekt. Dansk Patientsikkerhedsdatabase har f.eks. fået rapporter om manglende og forbyttede armbånd. Derfor skal sundhedspersonalet være opmærksomme på:

- altid at påsætte identifikationsarmbånd, når det er indført som standardprocedure i afdelingen
- at sikre korrekt information på båndet
- risikoen for at forbytte armbånd mellem patienter
- rutinemæssigt at anvende armbåndet som led i den korrekte patientidentifikation
- at sygehuse, som benytter afdelingsidentifikation på armbåndene, skal huske at udskifte dem, hvis patienten skifter afdeling.

På de psykiatriske afdelinger bruger man ikke armbåndet i samme grad, bl.a. fordi man ikke ønsker at stigmatisere f.eks. langtidsindlagte patienter, der er i en udslusningsfase. På baggrund af udviklingen vil Sundhedsstyrelsen næste år revidere sin vejledning om patientidentifikation af maj 1998.

Kilde: Patientidentifikation ved brug af identitetsarmbånd. Sundhedsstyrelsen/Dansk Patientsikkerhedsdatabase, 2008.

ID-tjek. Mange utilsigtede hændelser skyldes forkert identifikation af patienten. Aktiv identifikation og arbejdsro er vejen frem. Identitetsarmbånd og pårørende er også med til at sikre, at rette patient modtager rette behandling.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Hvert år kan flere hundrede utilsigtede hændelser i det danske sundhedsvæsen tilskrives forkert identifikation af patienten. I mange tilfælde resulterer fejldokumentationen først og fremmest i forsinkelser, da man må tage nye blodprøver eller røntgenbilleder, men det kan også have mere alvorlige og måske fatale konsekvenser. Derfor opfordrer projektleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, *Elisabeth Brøgger Jensen*, sygeplejersker og andet sundhedspersonale til at sikre sig, at det er den rette patient, de står over for.

”Hver gang sygeplejersken skal udføre en procedure over for en patient, skal hun i princippet bede patienten om at identificere sig ved aktiv identifikation. Det kan dog godt være svært at holde fast i, især hvis patienten har været indlagt i mange dage. Det kan virke lidt kunstigt, og mange mener måske, at patienten tror, at sygeplejersken er lidt glemsom eller forvirret, når hun spørger til navn og personnummer hver gang,” siger Elisabeth Brøgger Jensen.

Kunstigt eller ej. Som grundregel skal patienten – med eller uden identifikationsarmbånd – selv sige sit navn og personnummer, før der gives medicin, tages blodprøve eller noget helt tredje. Er aktiv identifikation ikke muligt f.eks. ved en bevidstløs patient, der kommer fra en anden afdeling, skal man bede personen, der er med patienten, om at sige navn og personnummer eller inddrage de pårørende.

cso@dsr.dk



PATIENTERNE?

VEJEN TIL SIKKER PATIENTIDENTIFIKATION

Afdelingsinstrukser

Kend jeres retningslinjer for patientidentifikation. Alle sygehusafdelinger og lignende enheder inden for sundhedsvæsenet skal have klare retningslinjer for identifikation af patienter og sikring mod forveksling af oplysninger som journaloptegnelser og diagnostisk materiale.

Du skal som hovedregel foretage identifikation før enhver handling rettet direkte mod patienten og ikke kun, hvis du er i tvivl om patientens identitet.

Aktiv identifikation

Er patienten habil, skal du bede ham om at sige sit eget fulde navn og personnummer. Undtagelsesvis kan personnummer erstattes af fødselsår, måned og dato. Tag stadig hensyn til fortroligheden, f.eks. i et venteværelse fyldt med patienter. Råb navnet op i rummet og lav så den aktive identifikation, når patienten er kommet ind i undersøgelseslokalet.

Brug aldrig stuenummer eller fornavn til at identificere patienter med. Flere patienter kan hedde det samme, og patienterne kan blive flyttet fra stue til stue.

Passiv identifikation

Er patienten et barn eller inhabil, f.eks. pga. bevidstløshed, medicinpåvirkning eller en psykisk lidelse, kan identifikations- armbånd om hånd- eller fodled være med til at sikre bedst mulig identifikation.

Andre metoder til passiv identifikation er at få patientens identitet bekræftet af personale fra stamafdelingen eller af pårørende.

Inddragelse af patienten

Informér patienten og de pårørende om, at når du så mange gange spørger ind til navn og personnummer, er det ikke, fordi du er glemsom, men at det derimod er en sikkerhedsforanstaltning.

Arbejdsro

Afbrudelser og støj er store kilder til distraktion, som også kan føre til fejlidentifikation. Bliver en sygeplejerske f.eks. forstyrret, mens hun finder en journal frem, kan hun komme til at tage den forkerte og derved komme til at begå fejl som at sætte forkerte labels på en rekvisition til blodprøvetagning eller ringe til de forkerte pårørende.

))) UDFORDRINGEN

Udfordringen: Overbelægning, lange liggetider, stort sygefravær og personaleudskiftning.

Afdelingen: Medicinsk afdeling F, Gentofte Hospital.

Det gjorde de: I første omgang blev der sat fokus på trivsel og en stringent sygefraværspolitik. I anden runde fokus på belægningsprocent og liggetider: En af lægerne fik ansvaret for visitationen, der blev ansat en koordinerende sygeplejerske til at planlægge udskrivelser, og arbejdsgange blev ændret i akut modtageafsnit, sengeafsnit og ambulatorium.

Det har de opnået: På to år faldt den gennemsnitlige belægning i AMA fra 120,3 pct. til 94,4 pct., og belægningen i sengeafsnit 825 faldt fra 103,9 pct. til 91,1 pct. (2005-2007).

På to år faldt personaleudskiftningen fra 48 pct. til 21 pct. (2004-2006). På ét år faldt sygefraværet fra 7,5 pct. til 6,0 pct. (2006-2007).

Det er de stolte af: At være en medicinsk afdeling uden overbelægning og patienter på gangene.

Det slås de stadig med: En meget travl morgen for sygeplejerskerne i sengeafsnittet.

MEDICINSK AFDELING AFSKAFFEDE OVERBELÆGNINGEN

Problemoptrævelse. Stigende sygefravær var kun det yderste lag i et garnnøgle af problemer for Medicinsk afdeling F, Gentofte Hospital.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Det startede egentlig med en indsats mod det stigende sygefravær på Gentofte Hospital. I Medicinsk afdeling F faldt sygefraværet med 1,5 pct., men ledende oversygeplejerske *Birgitte Degenkov* var alligevel ikke tilfreds.

”Vi var stadig en stor medicinsk afdeling med stort personaleflow, høje belægningsprocenter og lange indlæggelsestider,” fortæller hun.

”Vores liggetider måtte ned, det var helt afgørende. Hvis der er noget, der dræner personalet for kræfter, så er det konstant overbelægning.”

I AMA, det akutte modtageafsnit, var der f.eks. lange perioder med en belægning omkring 130 pct., fortæller afdelingssygeplejerske *Helle Christensen*.

”Og mens de gamle sygeplejersker bare løb hurtigere, havde vi et stort flow af sygeplejersker, der kun holdt et par måneder i afdelingen.”

De lange liggetider skyldtes bl.a. færdigbehandlede patienter, som kommunerne ikke var klar til at modtage. Men andre årsager var interne, konstaterede afdelingsledelsen.

Det handlede på flere måder om at bryde vanetænkningen.

”Der var en stiltiende accept af overbelægningen. Den var der bare, og så var det afdelingssygeplejerskens og oversygeplejerskens opgave at dække ind med personale,” siger oversygeplejersken.

”Vores fokus på det akutte gjorde også, at vi hele tiden var et skridt bagefter med at planlægge, hvad der skulle ske efter indlæggelsen.”

På mange fronter

For at stramme og forbedre visitationen gav afdeling F en af lægerne fast ansvar for denne funktion, og der er ansat en koordinerende sygeplejerske til at planlægge patienternes hjemkomst. Hun går ind, hver gang en patient med svære funktionstab eller forudgående kontakt til hjemmeplejen bliver indlagt.

Samtidig er der gennemført en række organisatoriske ændringer i ambulatorium, AMA og sengeafsnit.

I ambulatoriet er der oprettet faste reser-

vationer på subakutte tider, så flere patienter kan udredes og behandles ambulantly.

Der er oprettet faste akuttider til røntgen, som afdeling F selv kan disponere over, og Biokemisk afdeling leverer nu prøvesvar inden kl. 13, så man allerede om eftermiddagen kan tage stilling til, hvad der videre skal ske med patienten.

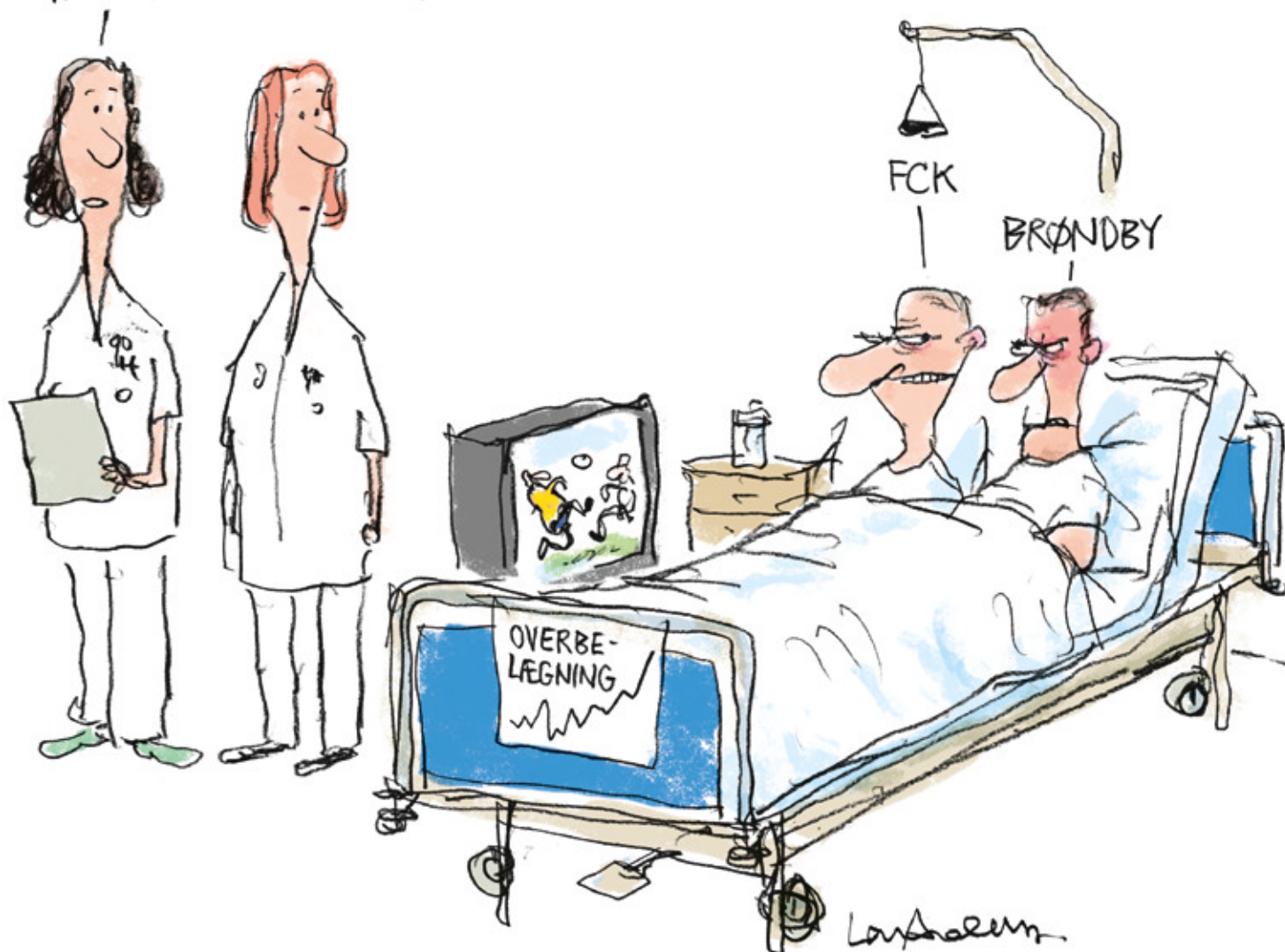
I AMA er der indført tavlemøde hver dag fra 8.30 til 8.45.

Her deltager samtlige sygeplejersker i AMA, den koordinerende sygeplejerske og samtlige læger fra de medicinske afdelinger. AMA modtager nemlig ikke kun patienter til afdeling F, men også til Medicinsk afdeling C.

Kl. 12.30 holder AMA et nyt møde for at samle op på de patienter, der endnu ikke er afklaret.

I sengeafsnittet er det nu kun speciallæger, der går stuegang, og den ligger fast mellem 8.45 og 10.00. Nu kan vigtige beslutninger tages på stedet, og sygeplejerskerne kan komme tilbage til patienterne og nå deres opgaver bagefter.

DET DER GÅR GARANTERET
IKKE MEGET LÆNGERE...



”Stuegang er jo vigtig for os. Den er, hvad kniven er for kirurgien,” siger afdelingssygeplejerske Lone Aaskov.

”Men det var ret frustrerende før i tiden, når den varede hele dagen, og sygeplejerskerne ikke kunne blive færdige.”

Kl. 10.30 bliver alle patienter i sengeafsnittet gennemgået på et tværfagligt tavlemøde. Patienter, der har ligget en uge eller mere i afsnittet, bliver markeret med rødt – en påmindelse om, at deres situation er kompliceret og måske kræver særlig opmærksomhed. Tilsvarende er tallet 28 en vigtig markør. Der er 30 senge i afsnittet, men hvis patienttallet når op på 28, begynder lamperne at blinke.

”Vi har sat meget fokus på dagens tal,” fortæller Birgitte Degenkolv.

”Alle skal vide, hvor mange patienter man har, og hvis man når over 28, har alle et ansvar for at finde løsninger.”

Travlt på den gode måde

I dag er det igen blevet sjovt og spændende at være sygeplejerske på Medicinsk afdeling F.

”Vores flow har været lavt i lang tid, men nu er vi inde i en periode, hvor flere af vores sygeplejersker er blevet headhuntet,” fortæller afdelingssygeplejerske på AMA, Helle Christensen.

”Det er ærgerligt, men der er forskel på, om de rejser, fordi de er kede af det, eller fordi de vil have nye udfordringer.”

På sengeafsnittet har afdelingssygeplejerske Lone Aaskov fået plads til de faglige projekter, som skal fastholde og tiltrække erfarne sygeplejersker.

”Der er stadig travlt, men det er sjovt, når der er et godt flow i patientgruppen. Og det er sjovere at gå stuegang med erfarne læger end med de unge, man hele tiden skal oplære.”

Det stramme program har givet sygeplejerskerne en meget travl morgen, men en vis kompensation har de fået.

En servicemedarbejder fylder op på hylder og depot, og køkkenpersonalet har overtaget det praktiske i forbindelse med mad og drikke. Og så har ansættelsen af den koordinerende sygeplejerske givet en mærkbar lettelse. ”Hun tager meget af kontakten til kommu-

nerne, så sygeplejerskerne er fri for at sidde og vente i røret som nummer to i køen,” siger Lone Aaskov.

Birgitte Degenkolv indrømmer, at hun er endda rigtig stolt af at være en medicinsk afdeling uden overbelægning.

”Det har så stor afsmittende virkning på personaleflow, sygefravær osv. Det giver også mig som leder bedre muligheder for at sige: Nu skal vi se på ernæringscreening. Den slags er svært at nå, hvis man bare kæmper for at få hverdagen til at hænge sammen.”

kbj@dsr.dk

))) MERE INFORMATION

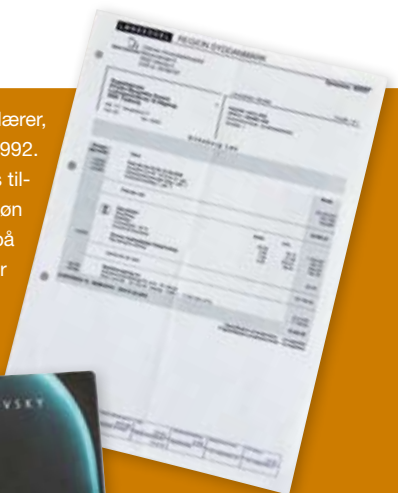
Kontakt: Ledende oversygeplejerske Birgitte Degenkolv på bide@geh.regionh.dk

Læs mere: Artiklen ”Koordinerende sygeplejerske på medicinsk afdeling”, *Sygeplejersken* nr. 2/2008. Afdelingsinformation på www.gentoftehospital.dk

SYGEPLEJERSKE MED SMAG FOR SIKKERHED

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

En af mine veninder er folkeskolelærer, hun er uddannet i 1995, jeg i 1992. Hendes grundløn er 28.000 kr. plus tillæg, jeg får ca. 23.000 kr. i grundløn plus tillæg. Jeg når aldrig op på 28.000, og selvom lønnen ikke er altafgørende, synes jeg ikke, vi sygeplejersker får løn som fortjent.



Sygeplejerske *Kirsten Hjort Streich* er sikkerhedsrepræsentant for 36 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter på Thorax kirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital, hvor hun har været ansat i knap fem år. Hun er 42 år og uddannet sygeplejerske i 1992 og er med egne ord en basissygeplejerske og generalist, der fik smag for sikkerhed, da hun arbejdede som hjemmesygeplejerske og siden gruppeleder i Københavns Hjemmepleje. Hendes fornemste opgave er at være med til at videreudvikle et godt arbejdsmiljø, og hun elsker, når kollegerne bruger hende aktivt. I maj 2008 vandt hun sammen med to andre sygeplejersker Dansk Sygeplejeråds konkurrence om det bedste indlæg fra en sikkerhedsrepræsentant.

Familie: Gift med *Christian* og bonusmor til tvillingepiger på 15 samt en søn på 18. Bor i Danmarks tredjeældste folkeskole i nærheden af Brahetrolleborg Slot i Korinth.

Min funktion

Som sundhedspersonale gør vi vores bedste for at passe godt på patienterne, men der skal også være nogen, der passer godt på os. Det er ikke kun en ledelsesopgave, for ledelsen kan ikke nå alt. Som medarbejdere kan vi også være med til at passe godt på hinanden, og her synes jeg, at sikkerhedsrepræsentanten og tillidsrepræsentanten spiller en central rolle. Sikkerhed eller snarere arbejdsmiljø er mange ting lige fra, om ledningen ligger skævt hen over gulvet til psykisk, men også fysisk arbejdsmiljø på et nedslidt sygehus fra 1960'erne som OUH. Der er meget at tage fat på.

Lige nu

Vi er i gang med at indføre selvledelse på afdelingen og er ved at vænne os til ord som singleloop, doubleloop og synteseplan. Der har også været problemer med udsugning i et nyindrettet medicinrum. Her har vores afdelingssygeplejerske og jeg som sikkerhedsrepræsentant arbejdet tæt sammen om at få teknisk afdeling, apoteket med flere i tale for at få løst problemet.

Om fem år

Jeg kan ikke kigge så langt ud i fremtiden, men jeg har tidligere flyttet mig meget geografisk og arbejdsmæssigt. Jeg har behov for at være i bevægelse og udvikle mig, men ikke nødvendigvis kun ved at videreudanne mig. Jeg finder udvikling i mange opgaver, f.eks. sikkerhedsarbejdet.

cso@dsr.dk

Jeg er afhængig af naturen, den skaber mening i mit liv. Jeg er opvokset på en gård uden for Haderslev og har lært at nyde naturen, om det så er næroplevelserne som en smuk solnedgang eller de store naturoplevelser, man ofte får i udlandet.

Jeg er vild med at læse, både fag- og skønlitteratur. Lige nu er jeg ret vild med den polske sociolog *Aaron Antonovsky* og hans tanker om sammenhæng i livet og de tre begreber begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed.

Med kameraet foreviger jeg både de små og store naturoplevelser, f.eks. bare det at tage et billede af en smuk blomst eller valnødderne, vi har ude i haven.

Jeg googler meget både privat og som fagperson, hvor jeg f.eks. finder mange nye interessante vinkler på arbejdsmiljø.



Selvom jeg ikke spiller så meget for tiden, ville jeg ikke kunne leve uden et klaver i mit hjem. Min mand har trommer, guitar og keyboard og spiller lidt på det hele. Vi elsker både at lytte til musik og skabe den selv.



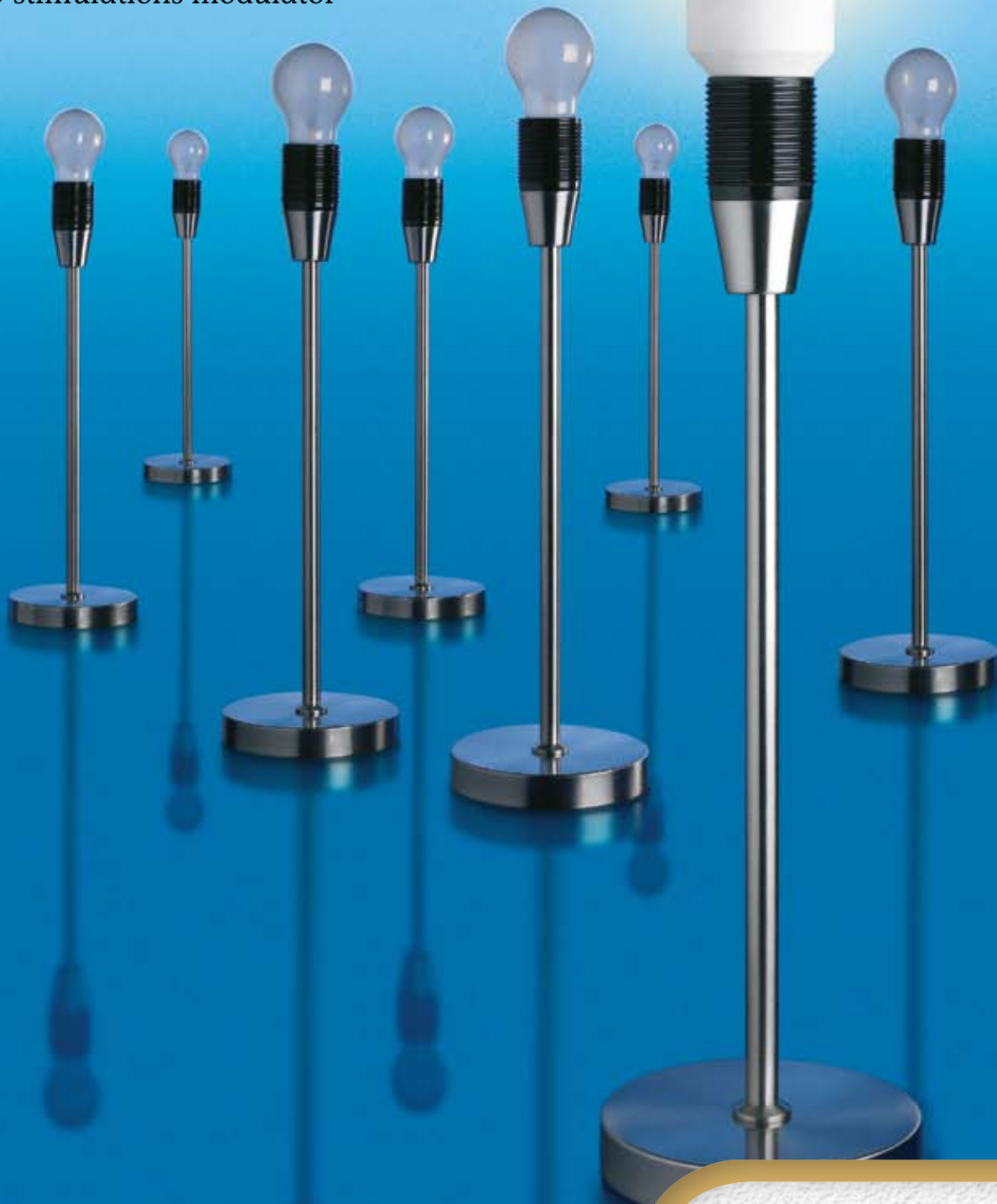


Jeg er havnet i en meget kreativ familie, hvor de laver hjemmelavede ting i lange baner, og det smitter. Min mands far er fra Schweiz, som hans mor kom til som ganske ung dansker. Her lærte hun bl.a. at bage fletbrød. Det er smukt ud over alle grænser og smager supergodt, og hun har siden lært mig at lave det. Det skal ikke æltes, men bankes i bordet.

ORENCIA® (ABATACEPT):

Det første i en ny generation af biologiske lægemidler¹

Den første selektive T-celle co-stimulations modulator¹



ORENCIA® er i kombination med methotrexat indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv reumatoid arthritis hos voksne patienter, som har haft insuffisient respons på eller er intolerante over for andre sygdomsmodificerende anti-reumatiske lægemidler, inklusive mindst én tumornekrosefaktor-hæmmer (TNF-hæmmer). Der er vist reduktion i progression af ledske og forbedring i fysisk funktion med kombinationsbehandling med abatacept og methotrexat.

 ORENCIA®
(abatacept)

Ref: 1 Genovese et al, N Engl J Med. 2005 Nov 24;353(21):2311

NÅR DIN KOLLEGA HAR BRUG FOR DIG SOM **BISIDDER**

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN • FOTO: SØREN HOLM

Din sygemeldte kollega bliver kaldt til omsorgssamtale. Undervejs i samtalen siger lederen: "Du kan ikke tillade dig at være syg længere." Her kan du som bisidder være din kollega til stor hjælp. Bisidderens opgave er i dette tilfælde at gribe ind og stoppe samtalen, som tydeligvis er kørt af sporet. Det, der var ment som en hjælp til den syge, lyder pludselig som en trussel. Men måske var det slet ikke sådan ment, og så er der under alle omstændigheder brug for at få redt trådene ud.

De samtaler, hvor det er særligt relevant med en bisidder, handler typisk om samarbejdsproblemer, sygefravær, arbejdsskader og klager. Som bisidder behøver man ikke vide alt, men det er en god idé at sætte sig ind i, hvad rollen går ud på, inden man melder sig. Er man i tvivl, kan man altid bede om hjælp fra tillidsrepræsentanten eller en faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråd.

sbk@dsr.dk

))) SE OG LYT

Alle kan i princippet være bisidder for en kollega, men ofte er det tillidsrepræsentanterne, der bliver brugt, og de er særligt rustede til opgaven. Hvis du bliver spurgt, om du vil være bisidder for en kollega, er dit vigtigste redskab dit sansesystem. Se og lyt.

Lyt aktivt. Lad være med at afbryde og tage over, blot fordi du ved, hvordan du kan hjælpe. Giv tid og rum til din kollega, og der må gerne opstå pauser, før den næste siger noget.

Brug dit kliniske blik. Får din kollega fremsat sin sag på en troværdig måde? Hænger kropssprog og det, der bliver sagt, sammen? Brug dine iagttagelser til at give din kollega sparring.

Kilde: Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Vejle-Give Sygehus *Lisbeth Hammer Andersen*.

))) FØR, UNDER OG EFTER SAMTALEN

Formøde

- Aftal et formøde og skab afklaring af, hvad sagen og den eller de kommende samtaler handler om.
- Afklar om din kollega ønsker, at du skal føre ordet ved den kommende samtale.

Selve samtalen

- Aftal hvem der tager referat, lederen har referatpligten, hvis ikke der er en uvildig referent til stede. Det er vigtigt, at du tager egne noter.
- Vær opmærksom på, om din kollega har brug for pause undervejs.
- Stop samtalen, hvis den kører af sporet.

Opfølgning på samtalen

- Gennemgå referatet fra mødet og se, om det stemmer overens med jeres oplevelse.

Husk i øvrigt, at du som bisidder har tavshedspligt. Hvis du selv er part i sagen, skal du lade en anden være bisidder for din kollega.

Læs mere om rollen som bisidder på www.dsr.dk Skriv "bisidder" i søgefeltet.

Nyt fokus på arbejdsmiljøet

Mange meningsdannere havde i foråret travlt med at kommentere konflikten i sundhedsvæsenet. En af de mere bizarre analyser var, at strejken ikke handlede om utilfredshed med lønnen, men først og fremmest var et udtryk for sygeplejerskernes frustration over et dårligt arbejdsmiljø. Det er naturligvis noget sludder. Temaet for overenskomstforhandlingerne var og er ligeløn.

Men selvom arbejdsmiljøet ikke var konflikten hovedårsag, så spiller arbejdsmiljøet naturligvis en væsentlig rolle i hverdagen. F.eks. har international forskning dokumenteret sammenhæng mellem stort arbejdspress og dårligere kvalitet i sygeplejen. Det kender vi også i det danske sundhedsvæsen, hvor sygeplejersker oplever, at arbejdsmiljøet og fagligheden presses "over kanten" for at imødekomme patienternes behov for sygepleje.

Derfor er det helt afgørende at have opmærksomhed på de konsekvenser, et presset arbejdsmiljø har for den enkelte sygeplejerske, patienterne, arbejdspladsen og samfundet som helhed. Men det er også klart, at arbejdsmiljøet ikke er en ensartet størrelse. Vi ved fra forskningsundersøgelser og daglige tilbagemeldinger fra sygeplejersker, at arbejdsmiljøet ikke er ens belastet. Der er geografiske forskelle, individuelle forskelle og forskelle mellem faglige områder.

Nogle af de faktorer, der påvirker arbejdsmiljøet negativt, kan man gøre noget ved på arbejdspladsen. Det gælder f.eks. den enkeltes indflydelse på eget arbejde, oplevelse af retfærdighed og tillid, bedre uddannelsesmuligheder, lederuddannelser, mv. Andre faktorer som f.eks. økonomisk pres og mangel på ressourcer i sundhedsvæsenet kræver samfundsmæssige løsninger.

I arbejdet med arbejdsmiljø er det derfor centralt, at vi har fokus på alle tre niveauer: individ, arbejdsplads og samfund. Men også, at vi fokuserer på negative og positive faktorer for et godt arbejdsmiljø.

Alle har et ansvar for at sikre et godt arbejdsmiljø. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd i løbet af efteråret stille skarpt på arbejde og arbejdsliv i sundhedssektoren. Dels i form af en politisk høring, hvor konsekvenserne af et presset arbejdsliv sættes i fokus, dels i form af temadage for tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter og ledere, hvor vi inviterer til at udfordre holdninger og medvirke til at sætte den arbejdsmiljømæssige dagsorden.

Her vil det bl.a. være vigtigt at få diskuteret, hvilke områder af arbejdsmiljøet tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter og ledere kan påvirke direkte. Samt hvilke områder af arbejdsmiljøet der kræver, at de overordnede strukturer ændres. Det vil sige, hvordan Dansk Sygeplejeråd kan arbejde med at påvirke den samfundsmæssige dagsorden.

Samtidig håber jeg, at mange af de meningsdannere, der bidrog med analyser under forårets konflikt, vil være lige så aktive, når det gælder opbakningen til at gøre arbejdsmiljøet på sundhedsvæsenets arbejdspladser langt mere attraktivt.

"International forskning har dokumenteret sammenhæng mellem stort arbejdspress og dårligere kvalitet i sygeplejen."

Dorte Steenberg
Dorte Steenberg,
2.-næstformand





Alternativ til strejke efterlyses

Af Susan Michelsen, sygeplejerske

F Er strejke den eneste måde at opnå lønstigninger på? Som nyuddannet sygeplejerske har jeg, mens jeg skrev mit bachelorprojekt, observeret, hvorledes mine kommende kolleger har kæmpet og strejket for at opnå en ordentlig løn til sig selv og til mig og mine studiekammerater, som i denne måned starter arbejde på forskellige afdelinger på Danmarks hospitaler. Al respekt for kampen og dens resultater – hvad man så end må mene om dem.

Jeg har dog i denne periode gjort mig nogle tanker om strejkevåbenet og en strejkes relevans for et fag som sygepleje. For har vi overhovedet ret til at strejke? Jo, officielt og lovgivningsmæssigt er det vores ret at strejke. Men fordi man har en ret, er det ikke nødvendigvis det rigtige at gøre.

Hvis man i søgemaskinen Google slår op under *strejke* eller det engelske *strike*, kan man læse om strejkens historie. Det viser sig, at der allerede i år 1200 f.Kr. blev strejket i det gamle Ægypten. Man kan også se lister over betydningsfulde strejker gennem historien. Men stort set alle disse historiske strejker er gennemført af produktionsarbejdere, som forsøgte at ramme deres arbejdsgivere økonomisk ved at standse den givne produktion. Hver dag en strejke fortsatte, var det en økonomisk lussing til ejerne af en given fabrik eller virksomhed.

Sådan er det ikke, når sygeplejersker, sosu-assistenten eller pædagoger strejker. Der er ingen andre end os selv, som er blevet ramt økonomisk af vores strejke. Der er mange, som er ramt på anden vis af vores strejke: vores ældre og syge, som står på venteliste til operation. Men er det virkelig dem, som skal "straffes", fordi vores løn er lav? De har dog været med til at betale den skat, som finansierer vores løn – og de har brug for vores hjælp.

I mit afsluttende projekt på sygeplejerskolen inddrog jeg bl.a. den danske teolog og filosof K.E. Løgstrup. Han skriver om den etiske fordring – om at vi i mødet med et andet menneske fordres til at tage vare på den andens liv. Hvordan kan vi forsvare ikke at tage vare på vores medmenneske for at opnå en lønstigning på 0,5 pct.? Der er måske ingen, som under denne strejke er blevet truet på liv eller lemmer. Men mange har fået forlænget smerte og ubehag og må nu leve i uvished om, hvornår deres operation eller undersøgelse skal finde sted.

Nu skal vi så fylde strejkekassen op igen inden 2011. Men for hvad? Skal vi igen i ni uger nedlægge arbejdet og påføre uskyldige mennesker lidelser for sølle 0,5 pct.? Eller er det ved at være tid til at finde en anden måde at gøre opmærksom på, at vi ikke får løn efter ansvar og uddannelse? Jeg håber det. Noget idéer?

Susan Michelsen er nyuddannet sygeplejerske.

Læs svar på dette debatindlæg "Det kunne betale sig at strejke" side 35.

På arbejde med flinkeskolen

Af Jeanett Johansen, sygeplejerske

F Så blev det afgjort – over 86 pct. sagde *ja!* Jeg sagde *nej* – ikke fordi jeg ikke er tilfreds, men fordi mit arbejde betyder meget for mig, og jeg håber, at der er en masse nye, der vil lære sygeplejefaget.

Når en læge vil have 1.000 kr. mere i timen, eller når en lægevikar får omkring 190.000 kr. pr. måned, er der ikke problemer, men når vi som sygeplejersker ønsker en stigning på 15 pct. (jeg mener, en stigning på 20-25 pct. havde været rigtig), så vælter den danske økonomi – jeg forstår det ikke.

Jeg har en god ven, der lige er blevet færdig som folkeskolelærer og er blevet ansat i en specialklasse. Han får 29.000 kr. pr. måned. Får jeg for lidt eller for meget?

Som min mand har sagt gennem hele strejken: "Hvorfor siger I ikke op alle sammen?" Jeg ved godt, at kollektiv opsigelse rammer DSR, men reelt, vi har vel ikke andre midler, hvis vi ønsker en højere løn.

Vi er vel bare for flinke – for vi sygeplejersker har nok gået i flinkeskolen i alt for mange år, ikke at vi ikke har kampgejsten, men selv under strejken passede vi vores arbejde.

Der er sikkert mange, der kan huske, da renovationsarbejderne strejkede, der blev ikke tømt skrald i fire uger, om det var sundhedsskadeligt med fare for det ene og det andet, der var ikke nødberedskab, nej, de strejkede. Vi burde også have sagt nej til nødberedskab, lad læger og ledelsen overtage arbejdet, mens vi kæmper for mere i løn. Jeg er sikker på, at en sådan strejke blev kort.

Jeg mener ikke, *Connie Kruckow* har handlet forkert, der var ikke andre midler, for vi er så flinke, at vi passer vores arbejde, og det belønnes med en lønstigning på 13,3 pct. Der er dog bare det, at det tager ca. 9-10 måneder a 374,50 kr. at fylde strejkekassen op igen. Vores kontingent stiger vel også, så reelt, hvor meget få vi i lønstigning?

Mens strejken har varet, er der varer, der er steget 33 pct., dér hvor jeg handler.

Så hvor langt rækker 13,3 pct. – nyt job måske?

Men hvor blev politikerne af, som under valgkampen tordnede om mere løn til sundhedspersonalet, de blev væk, helt væk, altså valgfæsk, som de fleste af os ikke har meget næring af, men der var selvfølgelig også valg.

Jeanett Johansen er aftensygeplejerske på Sygehus Nykøbing.

Læs svar på dette debatindlæg "Det kunne betale sig at strejke" side 35.

"Man kan kun gøre alle glade, hvis man siger, at intet skal laves om, men så vil vi jo ikke fremtidssikre sygehusene."

Poul-Erik Svendsen (S), 1.-næstformand i Region Syddanmark, som reaktion på protesterne mod at placere et nyt akutsygehus i Gråsten frem for i Aabenraa.
Kilde: JyskeVestkysten den 27. juli.

Forkortet produktresumé. ORENCIA® 250 mg pulver til koncentrat til infusionsvæske, opløsning.

Indikationer: ORENCIA® er i kombination med methotrexat indiceret til behandling af moderat til svær, aktiv reumatoid arthrit hos voksne patienter, som har haft insufficient respons på eller er intolerante over for andre sygdomsmodificerende anti-reumatiske lægemidler, inklusive mindst én tumornekrosefaktor-hæmmer (TNF-hæmmer). Der er vist reduktion i progression af ledske og forbedring i fysisk funktion med kombinationsbehandling med abatacept og methotrexat. **Dosering:** **Voksne:** Skal administreres som en 30-minutters intravenøs infusion. Dosis er 500 mg til patienter under 60 kg, 750 mg til patienter mellem 60 og 100 kg og 1000 mg til patienter over 100 kg. Efter 1. infusion gives ORENCIA® efter 2 og 4 uger og herefter hver 4. uge. Dosisjustering er ikke nødvendig ved samtidig behandling med andre DMARD, kortikosteroider, salicylater, non-steroid anti-inflammatoriske lægemidler eller analgetika. **Ældre:** Dosisjustering ikke nødvendig. **Børn:** Der er ingen erfaring med behandling af børn eller unge. ORENCIA® bør derfor ikke bruges til børn og unge, før der foreligger yderligere data. **Nyre- og leverinsufficiens:** ORENCIA® er ikke undersøgt i disse patientpopulationer. Der kan ikke angives dosisanbefalinger. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Svære og ubehandlede infektioner, som for eksempel sepsis og opportunistiske infektioner. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Patienter, der skifter fra behandling med et TNF-hæmmende middel til ORENCIA®, skal overvåges for tegn på infektion. Der bør udvises særlig forsigtighed hos patienter, der tidligere har haft allergisk reaktion over for abatacept eller et eller flere hjælpestoffer. Lægemidler som påvirker immunsystemet, inklusive ORENCIA®, kan påvirke forsvaret mod infektioner og maligniteter samt påvirke vaccinationsrespons. Samtidig administration af ORENCIA® og biologiske immunsuppressive eller immunmodulerende stoffer kan forstærke ORENCIA®s effekt på immunsystemet. Der er teoretiske overvejelser hvorvidt behandling med ORENCIA® kan øge risiko for autoimmune processer fx forværring af dissimineret sklerose. Parenterale lægemidler, der indeholder maltose kan påvirke aflæsningen i bestemte blod-glukoseapparater. Hvert hætteglas indeholder 8,625 mg natrium. **Interaktioner:** Samtidig behandling med ORENCIA® og TNF-hæmmende middel frarådes. **Graviditet og amning:** ORENCIA® bør ikke anvendes til gravide kvinder, med mindre dette er klart nødvendigt. Fertile kvinder bør anvende effektiv antikonception under behandling med ORENCIA® samt 14 uger efter sidste dosis af abatacept. Kvinder bør ikke amme under behandling med ORENCIA® samt 14 uger efter sidste dosis af abatacept. **Bivirkninger:** De hyppigst indberettede bivirkning ($\geq 5\%$) blandt abataceptbehandlede patienter var hovedpine og kvalme. Følgende bivirkninger forekom med større hyppighed i gruppen af abataceptbehandlede patienter end blandt de placebobehandlede patienter. Bivirkningerne angives efter organklasse og hyppighed, og er opdelt i følgende kategorier: Meget almindelig ($\geq 1/10$); Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$); Ikke almindelige ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$); Sjælden ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$); Meget sjælden ($< 1/10.000$). **Undersøgelser:** Almindelig: Forhøjet blodtryk, forhøjet leveralt. Ikke almindelig: Fald i blodtryk, vægtøgning. **Hjerte:** Ikke almindelig: Takykardi, bradykardi, palpitationer. **Blod og lymfesystem:** Ikke almindelig: Trombocytopeni, leukopeni. **Nervesystemet:** Meget almindelig: Hovedpine. Almindelig: Svimmelhed. Ikke almindelig: Paræstesier. **Øjne:** Ikke almindelig: Konjunktivitis, nedsat syn. **Øre og labyrint:** Ikke almindelig: Vertigo. **Luftveje, thorax og mediastinum:** Almindelig: Hoste. **Mave- tarmkanalen:** Almindelig: Abdominalmerter, diarré, kvalme, dyspepsi. Ikke almindelig: Gastritis, mundsår, aftøs stomatitis. **Hud og subkutane væv:** Almindelig: Udslet. Ikke almindelig: Øget tendens til blå mærker, alopeci, tør hud. **Knogler, led, muskler og bindevæv:** Ikke almindelig: Artralgi, ekstremitetssmerter. **Infektioner og parasitære sygdomme:** Almindelig: Nedre luftvejsinfektion, urinvejsinfektion, herpes simplex, øvre luftvejsinfektion, rhinitis. Ikke almindelig: Tandinfektion, inficerede hudsår, onychomycosis. **Benigne, maligne og uspecificerede tumorer:** Ikke almindelig: Basalcelle-carcinom. **Vaskulære sygdomme:** Almindelig: Hypertension, rødmen. Ikke almindelig: Hypotension, hedeure. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Almindelig: Træthed, asteni. Ikke almindelig: Influenzalignende sygdom. **Det reproduktive system og mammae:** Ikke almindelig: Amenorré. **Psykiske forstyrrelser:** Ikke almindelig: Depression, angst. De bivirkninger, der blev rapporteret for gruppen af abataceptbehandlede patienter, og som ikke forekom med en større hyppighed end med placebo, men som alligevel betragtes som medicinsk relevante omfatter følgende hændelser: Almindelig: herpes zoster; Ikke almindelig: pneumoni, hypersensitivitet, pyelonefritis, bronkospasme, urticaria, psoriasis, cystitis, migræne, synkebesvær, tørre øjne; Sjælden: sepsis, bakteriæmi. **Overdosering:** Der er administreret doser på op til 50 mg/kg uden åbenlys toksisk effekt. I tilfælde af overdosis anbefales det at overvåge patienten for eventuelle tegn og symptomer på bivirkninger og at klargøre relevant symptomatisk behandling. **Pakning og pris (ESP (28-1-2008):** 1 hætteglas (250 mg): 4136,55 kr. Se venligst dagsaktuelle priser på www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Nej. **Udlevering:** BEGR. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb Pharma EEIG, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Bristol Myers Squibb, Lyngby Hovedgade 98, 2800 Lyngby.



Reel lønnedgang

Af Anita Reuss, sygeplejerske



Nu er konflikten slut, og resultatet blev rimeligt.

Men jeg synes bestemt ikke, det er rimeligt, at vi de næste fire år skal betale til strejkekassen.

Bliver det mellem 300 og 400 kr., får jeg, der er på 24 timer, en reel lønnedgang, da det, jeg stiger ved overenskomsten efter skat plus lidt til, skal betales til strejkekassen.

Jeg er reelt ved at undersøge andre muligheder for fagforening, men er det meningen, at man skal drives fra DSR, fordi jeg ikke har råd til at betale 10 pct. af min nettoløn til fagforening og strejkekasse hver måned de næste fire år?

Anita Reuss er ansvarshavende sygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling, Køge Sygehus.

Læs svar på dette debatindlæg "Det kunne betale sig at strejke" side 35.



Åbent hus i Kvæsthuset

Vi byder sygeplejersker velkommen til at komme og høre om Kvæsthusets historie og se, hvordan de gamle lokaler nu er indrettet som et moderne og tidssvarende kontormiljø.

Kvæsthuset er et gammelt hus, der for flere hundrede år siden var hospital. I mange år tjente det som DFDS' hovedkvarter, men er i dag Dansk Sygeplejeråds samlingspunkt for medlemsrettede og faglige aktiviteter.

Dansk Sygeplejeråd byder på en kop kaffe/the, småkager, vand og frugt under foredraget.

Tidspunkterne er:

Onsdag d. 3.9. 2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 - 16
Tirsdag d. 4.11.2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 - 16

Adressen er:

Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Der kan være 50 personer ved hvert arrangement og tilmelding kan ske på tlf. 4695 4152 (DSR's reception) inden 2 dage før hvert arrangement.





Strejken er slut – Connie må gå

Af Jes Haberlandt, sygeplejerske

Så er strejken slut. Og hvad fik vi så ud af det? Godt spørgsmål – men vi fik da en lang næse.

Vores formand gik benhårdt efter 15 pct. Et ultimativt krav, som *Connie Kruckow* sagde.

Sygeplejersken nr. 12/2008 slår på forsiden fast, at 13 pct. er hånddører. Connie accepterer så overraskende 13,3 pct.

Vi har altså brugt 800 millioner, fået aflyst 400.000 undersøgelser og operationer og har strejket i to måneder.

De 0,5 pct. ekstra (fra 12,8 til 13,3) betyder for mig ca. 50 kr. ekstra om måneden efter skat.

Når jeg så kan læse, at kontingentet de næste tre år skal sættes 300-400 kr. ekstra op om måneden, så kan jeg ikke se, hvordan vores formand kan udtale, at det kan betale sig at strejke.

For os almindelige sygeplejersker har det været én kæmpe udgift.

Vi mister hver måned omkring 300 kr.

Connie siger så, at "Vi har sprængt rammen"! Ja, det tør siges. 800 millioner er noget af en eksplosion.

Hun virker tilfreds og glad. Det er helt utroligt, og jeg forstår det ikke. Det skal evalueres, og det skal få nogle konsekvenser.

Enhver virksomhedsleder, der har formøbet så mange penge og fået et så ringe resultat, vil naturligvis blive fyret.

Jeg kan se én klar umiddelbar konsekvens – Connie skal træde tilbage med det samme.

(At hun så får et gyldent håndtryk på 1,2 mio. kr., må vi tage med – det er hånddører).

Ud over at Connie skal gå med det samme, skal vi evaluere strejken, og hvad vi så gør:

Først selve strejkevåbenet og så, hvad vi skal gøre næste gang, vi skal forhandle overenskomst: Hjælper det at strejke? Nej, vel – det hjælper ikke. Så enkelt er det.

Vi må gøre noget andet.

Ingen har lyst til at strejke, det går ud over de forkerte, vi mister en masse penge, og vi bliver sikkert igen sat op i kontingent.

Lad os f.eks. kigge over til vores finske kolleger. De fik de 27 pct. i lønstigning, de gik efter. (Vi halter 27 pct. bagud, går efter 15 pct., og vores formand er glad for 13,3 pct.)

De finske kolleger ville simpelthen sige kollektivt op – og så var fanden løs – men det var pengepungen også, og de fik det, de gik efter. Lad os gøre det samme. Opsige alle de aftaler, der står i vejen for en kollektiv opsigelse. Tag konsekvensen af, at strejke er yt. Og så skal der fremover forhandles direkte med regeringen. KL er ikke en reel forhandlingspartner.

Lad os nu virkeligt stå sammen, og hvis alt andet slår fejl – kollektiv opsigelse.

Det hjælper, for hvor vil de finde vores erstatning?

Under alle omstændigheder – så ønsker jeg ikke at strejke igen, og jeg ønsker ikke at betale mere i kontingent, end jeg allerede gør. Det er dyrt nok i forvejen. Skyd idéen om at sætte strejkekongentet op ned ... Og så skal Connie gå som formand.

Jes Haberlandt er ansat på skadestuen, Kolding Sygehus.

Læs svar på dette debatindlæg "Det kunne betale sig at strejke" her på siden.

Svar: Det kunne betale sig at strejke

Af Dorte Steenberg, næstformand

Skære *Jeanett Johansen, Susan Michelsen, Anita Reuss* og *Jes Haberlandt!*

Hele organisationen vil i den kommende tid blive inddraget i en evaluering af konflikten. Vi skal naturligvis drøfte, hvad vi har gjort rigtigt, og hvad vi kan gøre bedre i en konfliktsituation.

Jeg vil her forsøge at kommentere nogle af de spørgsmål, I rejser i jeres debatindlæg.

Et af spørgsmålene handler om, hvorvidt konflikten har været det hele værd. Det mener jeg klart, den har. Det lykkedes os at sprænge rammen og rejse nogle vigtige dagsordener om ligeløn, det offentlige sundhedsvæsen og den danske aftalemødel. Samtidig kan et modspørgsmål være: Kunne vi have gjort andet i en situation, hvor arbejdsgiverne ikke ville flytte sig fra de 12,8 pct., alle andre faggrupper havde fået? Dansk Sygeplejeråds medlemmer havde op til overenskomstforhandlingerne entydigt peget på behovet for lønforbedringer, og vi har sammen med de andre organisationer i Sundhedskartellet lagt en langsigtet strategi for ligeløn. Derfor var det ikke en farbar vej at klappe hælene sammen og acceptere arbejdsgivernes første tilbud. Det ville efter min overbevisning underminere Dansk Sygeplejeråds troværdighed – både over for vores modpart i forhandlingerne og over for medlemmerne.

Et andet spørgsmål handler om, at vi skal afskrive strejkevåbenet. Det er jeg meget uenig i, for det er under en strejke, vi rammer arbejdsgiverne på pengepungen. En kollektiv opsigelse er ulovlig og vil ramme både den enkelte sygeplejerske og organisationen meget hårdt økonomisk.

Jes Haberlandt skriver, at vi fremover skal forhandle direkte med regeringen. Jeg er fuldstændig enig i, at finansministeren har haft en afgørende rolle under de nuværende overenskomstforhandlinger, hvilket blev meget synligt i sidste fase af forhandlingerne. Men det er regionerne og KL, der er vores arbejdsgivere, og vi kan ikke uden videre selv bestemme, hvem vi forhandler med.

I forhold til patienternes situation mener jeg, at det er helt rigtigt at stille et forsvarligt nødberedskab til rådighed. Uden et nødberedskab, der sikrede patienternes sikkerhed, kunne vi ikke gennemføre en lang konflikt og opnå et resultat. Jeg er overbevist om, at nødberedskabet har haft afgørende betydning for, at befolkningen har bakket os op gennem hele konflikten. I virkeligheden handler vores konflikt i høj grad om, at patienterne også i fremtiden skal kunne få den sygepleje og behandling, de har brug for. Det får de ikke, hvis afvandringen fra vores fag fortsætter.

Kampen for ligeløn er lang og sej. Det er vigtigt, at vi er godt rustet til den kamp, og det er vigtigt, at fremtidige generationer af sygeplejersker også har mulighed for at anvende konfliktvåbenet. Derfor har kongressen besluttet, at Garantifonden, der er vores strejkekasse, skal indeholde 500 mio. kr. til næste overenskomstforhandling. Det betyder, at der vil blive opkrævet et ekstraordinært kontingent, indtil Garantifonden igen er fyldt op. Hovedbestyrelsen er i den forbindelse meget opmærksom på, at konfliktkontingentet udgør en stor udgiftspost, og vi vil bestræbe os på at finde løsninger, der er så skånsomme som muligt.

Afslutningsvis vil jeg nævne, at vores forlig med Danske Regioner og KL på 13,3 pct. betyder, at en gennemsnitssygeplejerske i basisstilling over et arbejdsår får 85.500 kr. mere, end hvis rammen var 12,8 pct. Det understreger, at det kunne betale sig at strejke.



Vi får intet ud af konfliktkontingentet

Af Helle Sylvest Broberg, oversygeplejerske

Som sygeplejerske ansat i staten er vi omfattet af COII. COII indgik medio februar forlig med Finansministeriet, som resulterede i 12,8 pct. lønstigning over de næste tre år – eller når barsel- og pensionsforbedringer samt diverse puljeordninger er trukket fra – 8,17 pct. i reel lønforbedring. Det har ikke været muligt som sygeplejerske i staten at give sin mening med overenskomstresultatet til kende ved en urafstemning.

DSR henviser til, at vi skal støtte kampen for bedre lønforhold til de overenskomstansatte, og at vi skal være solidariske. Hvorfor skal statsansatte sygeplejersker den ene gang efter den anden betale konfliktkontingent til deres overenskomstansatte kollegers kamp, uden at de selv får noget ud af det?

Mange sygeplejersker i staten er tjenestemænd og har i kraft af dette ingen mulighed for at strejke. Endvidere udtages statens område aldrig til konfliktområde. Derfor virker det besynderligt at skulle forholde sig til argumentationen fra DSR om, "at en fyldt garantifond er en forudsætning for, at vi både nu samt

på længere sigt kan anvende konfliktvåbnet i en overenskomst-situation".

Hvorfor kæmper DSR ikke for ligeløn blandt sygeplejersker i stat og regioner – men blot mellem mandefag og kvindefag?

Sygeplejersker i statens område har gennem mange år lidt under den holdning fra DSR, "at I er så få, at I ikke er værd at beskæftige sig med". Hvad skal vi med en fagforening, som ikke varetager vores interesser som sygeplejersker? Desværre har flere af vores kolleger allerede taget konsekvensen og meldt sig ud af DSR, og flere overvejer at følge efter.

Vi håber derfor, at de sygeplejersker, der ikke er omfattet af Sundhedskartellets overenskomst og allerede har betalt konfliktkontingent, får tilbagebetalt disse penge, samt at de fremover ikke trækkes for konfliktbidrag. Endvidere håber vi, at der i fremtiden fra DSR's side vil være større fokus på sygeplejersker ansat i staten.

Se det oprindelige debatindlæg på www.dsr.dk under Organisationsdebat.

Helle Sylvest Broberg er oversygeplejerske ved Københavns fængsler.

Følgende sygeplejersker og medlemmer af DSR fra Københavns fængsler og Anstalten ved Herstedvester er medunderskrivere af dette indlæg: Tine Borg Damkjær, Trine Fox Maule, Louise Herskind, Michael Kristensen, Annette Lindberg, Jeppe Mørch, Pia Greiersen, Lis Müller Bested, Anette Jacobsen, Jannie Andersen og Hanne Tarp.

))) SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084, 1008 København K,
eller via e-mail til: redaktionen@dsr.dk

))) HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Føler du dig rustet til at tage spørgsmålet op med meget syge patienter, om de ønsker genoplivning, hvis de får hjertestop?

Læs temaet om genoplivning på side 16-20.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 13-14/2008:

Synes du bedre om det irske rygeforbud sammenlignet med det danske?

Svar	antal	pct.
Ja	55	57,9
Nej	16	16,8
Ved ikke	24	25,3
I alt	95	100,0

Svar

Af Dorte Steenberg, næstformand

Kære alle!

På det statslige område er det COII, der forhandler på vegne af Dansk Sygeplejeråd. Her blev der opnået et forlig med en samlet ramme på 12,8 pct. Dansk Sygeplejeråd stemte mod den ramme, men da vi er en lille gruppe i COII, kunne vi ikke forhindre flertallet i at sige ja. Derfor var det ikke muligt at udvide konflikten til også at omfatte det statslige område.

Det betyder imidlertid ikke, at kampen for ligeløn på det statslige område er indstillet. Tværtimod. Målet er, at vi i de kommende overenskomstforhandlinger vil bruge det resultat, vi har opnået med de regionale og kommunale arbejdsgivere som løftestang for de statsansatte sygeplejersker. Sygeplejerskerne i staten bliver således på ingen måde nedprioriteret af Dansk Sygeplejeråd.

Alle medlemmer skal betale det ekstraordinære konfliktkontingent. Det er en del af den solidaritet, der kendetegner en fagforening. Jeg vil i den forbindelse gøre opmærksom på, at det ikke er rigtigt, når I skriver, at I gang på gang skal bidrage til kollegernes kamp uden at få noget igen. Jeg kan således henvise til konflikten på sosu-skolerne sidste år som et eksempel på, at solidariteten naturligvis går begge veje.

Afslutningsvis vil jeg nævne, at Dansk Sygeplejeråd i løbet af efteråret afholder en række dialogmøder for medlemmer af statsområdet med politisk deltagelse i hver region. Vi vil på disse møder give en orientering om de forlig, der er indgået – og vores fremadrettede strategi for ligeløn. Jeg håber, I møder op til dialogen.



Nogle vandt, jeg tabte

Af Erni Gertsen, sygeplejerske

Så er konflikten endelig ovre. Jeg er en af de sygeplejersker, der ikke kan lide at konflikte, da jeg er meget "gammel-dags" og finder mit arbejde som sygeplejerske nærmest at betegne som en slags kald.

Men som født i 1947 synger jeg jo snart på sidste vers, hvad arbejde angår. Har jo bl.a. ikke kunnet få fast stilling efter en arbejdsulykke (et overfald), men må ty til at arbejde som vikar.

DSR syntes just ikke, at min sag var synderlig interessant – nærmest morsom ...

Fint nok at være vikar, bare det at komme ud og være med til at gøre en forskel er jo dejligt.

Men så kom konflikten, og så var der lukket for arbejde i otte uger.

Ingen løn, og af luft og frisk vand kan man jo ikke leve, slet ikke når man er gift med en folkepensionsmodtager, for så er man jo forsørger.

Så med megen besvær lykkedes det mig endelig at lokke lidt penge ud af a-kassen. 704 kr. pr. dag, herfra skal der så trækkes 42 pct. i skat. Så i stedet for at have ca. 1.600 kr. minus 42 pct. = 928 kr., sådan cirka, fik jeg altså 704 kr. minus 42 pct. = 408,32 kr. pr. dag.

Og det så kun i 4½ uge – resten måtte banken betale.

Jeg ryger nu ned i timer (8 uger a 40 timer = 320) til min efterlønspræmie. Minus 350 kr. til strejkekassen ekstra skal jeg også af med.

Jeg har flere gange forsøgt at få toppen i tale ved at skrive ind, men ingen svarer ...

Så i dag ser jeg så bare frem til, at når jeg troede, at jeg kunne holde og få min "præmie", ja, så blev det som med alt andet, hvad DSR og jeg angår, et stort 0. Men mit kontingent? Ja, det vil man jo da sikkert gerne stadigvæk have. Ikke sandt? *Fr. Kruckow?*

Hvad mon toppens "lønstigning" bliver i reelle tal?

Jeg ved i hvert fald med 100 pct. sikkerhed, at nogle vandt, men jeg tabte – og det efter at have været medlem af "tanteforeningen" siden 1969.

Erni Gertsen er tilknyttet forskellige vikarbureauer.

Svar

Af Dorte Steenberg, næstformand

Kære Erni Gertsen!

Det er Dansk Sygeplejeråds generelle anbefaling at søge fastansættelse, da det giver dig langt de bedste vilkår – herunder løn under sygdom og muligheden for at få konfliktunderstøttelse under en konflikt. I den konkrete situation har du gjort det helt rigtige, idet du har kontaktet DSA og fået udbetalt dagpenge herfra.

I forhold til efterlønsordningen har konflikten, som du skriver, en negativ konsekvens for de sygeplejersker, der har fulgt opfordringen om at arbejde længere for at optjene den skattefri præmie. Den skattefri præmie bliver udløst, når man har arbejdet i et bestemt antal timer. Her er det kun reelle arbejdstimer, der kan tages med i beregningen. Jeg kan oplyse, at DSA har rejst problemstillingen politisk, og at der er flere klagesager på vej i det administrative klagesystem.

Den erfarne sygeplejerskes vanskelige hverdag

Af Annette Skov Andersson, sygeplejerske

Kommentar til temaet "Nyuddannet" i Sygeplejersken nr. 12/2008.

S Efter at have set overskrifterne på artiklerne var min første reaktion en let irritation over, at fokus endnu en gang er på de nye i faget.

Irritationen har for mit vedkommende udgangspunkt i, at min oplevelse af hverdagen på forskellige hospitalsafdelinger i høj grad bærer præg af, at nogen burde "tage sig mere af" de "gamle" og erfarne sygeplejersker, så de forblev i afdelingerne og ikke forlod stedet eller faget. Forudsætningen for, at de unge sygeplejersker kan få en ordentlig oplæring og en god start i sygeplejen, er for mig at se primært tilstedeværelsen af de erfarne.

Personligt har jeg for et par år siden forladt en fast stilling til fordel for vikararbejde, det var der flere årsager til, men en af de tungtvejende var manglende tilstedeværelse af erfarne kollegaer i afdelingen. Jeg manglede nogen, der kunne matche mit faglige niveau. Det er for utilfredsstillende at være den ældste – den, der altid bliver spurgt, som altid skal svare – samtidig med vel at mærke, at man ofte passer de dårligste patienter osv.

Det er problematisk med teoretiseringen/akademiseringen af uddannelsen, når hverdagens krav ikke kan mestres/håndteres. Overgangen fra at være studerende til at være sygeplejerske vil nok altid være vanskelig, det må man nok være forberedt på.

Mit budskab og min opfordring er altså også at få belyst de erfarne sygeplejerskers "vanskelige" hverdag og skabe nogle ordentlige rammer for dem, da dette i høj grad er en forudsætning for, at de "nye" kan falde til.

Annette Skov Andersson arbejder som vikar.

Livslinien søger frivillige

rådgivere til telefonrådgivning og netrådgivning

Som frivillig på Livslinien yder du anonym rådgivning til mennesker med selvmordstanker, mennesker i krise samt til pårørende og efterladte – enten telefonisk eller skriftligt gennem vores netrådgivning.

Du skal derfor være indstillet på at have samtaler om vanskelige emner, og du skal have en relevant faglig baggrund. Rådgivningen varetages fra gode lokaler med central beliggenhed i København.

Livslinien tilbyder dig:

- En solid grunduddannelse som enten telefon- eller netrådgiver
- Regelmæssig supervision
- Efteruddannelse og temaaftener
- At blive en del af et team med 180 engagerede frivillige
- Et tværfagligt miljø
- Godt socialt og fagligt netværk

Livslinien forventer at du:

- Er ansvarsfuld og tolerant
- Vil udvikle dine kompetencer inden for selvmordsforebyggelse og risikovurdering samt samtale- og kommunikationsteknikker
- Kan tage formiddags- eller eftermiddags- eller aftenvagter
- Engagerer dig helhjertet gennemsnitligt fire timer om ugen.

Livslinien søger voksne i alle aldre, der har lyst og overskud til at engagere sig som frivillige rådgivere på Livslinien.

Ønsker du mere information om arbejdet som frivillig, så kontakt os på telefon 3332 1119 eller frivillig@livslinien.dk

Så sender vi informationsmateriale 'Frivillig på Livslinien' til dig.

Send din ansøgning til Livslinien inden den 5. september 2008

Fortæl om dig selv, din faglige baggrund og hvorfor du vil være frivillig på netop Livslinien.

Mærk ansøgningen 'Frivillig'.

Send ansøgningen til: Livslinien, Postboks 1157, 1010 København K eller frivillig@livslinien.dk

Læs mere om Livslinien og se datoer for ansættelsessamtaler og den obligatoriske grunduddannelse på www.livslinien.dk

LIVSLINIEN
forebygger selvmord
fremmer trivsel

Bwell PowerNAP conceptet

BWELL[®]
The PowerNAP concept

15 minutter der kan forandre dit liv

- Nordisk udviklet massagestol
- Anerkendt program i mental afspænding specialudarbejdet til Bwell
- Brugervenlige og medicinsk rigtige massageprogrammer, udviklet af vores fysioterapeut



Prøv omkostningsfrit vores massagestol og koncept i 14 dage på din arbejdsplads.

Kontakt os for mere information eller se mere på:

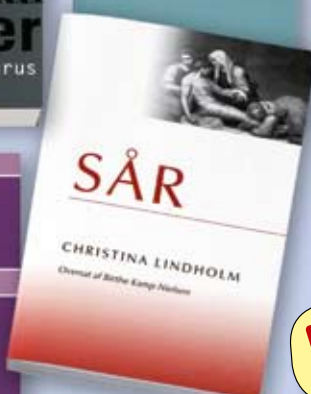
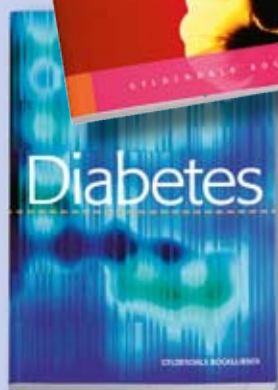
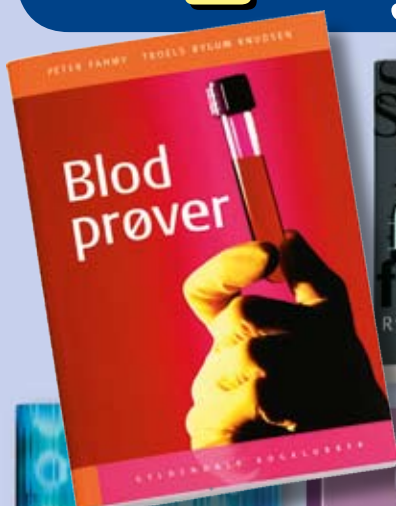
www.bwell.dk

Bwell Danmark

Rosenkæret 11 C
2860 Søborg
Tel.: 39 69 00 52
Fax.: 39 69 58 63
info@bwell.dk

Få 2 bøger for kun 29 kr. pr. stk.

+ 39 kr. i porto og eksp.



Få ny inspiration til dit arbejde og bogklubbøger som ofte er 45% billigere end du kan købe dem til andre steder.


Vind en rejse til Paris!

sundhedsprof.dk

Hospitalerne er ikke gearet til sygeplejestuderende

Af Louise Lind Madsen, sygeplejestuderende

Kommentar til artiklen "Tusind studerende arbejder som vikarer" i Sygeplejersken nr. 13-14/2008.

 Det er ikke alle sygeplejestuderende, som vil tjene penge, have fleksible arbejdstider og varierende arbejdsopgaver i et vikarbureau, som det udtrykkes i artiklen. Jeg er selv én af dem, der arbejder i vikarbureau, men det er ikke med min gode vilje! Da jeg ikke kan få ansættelse på de afdelinger, som jeg har faglig interesse for, er det for mig af nød, jeg nu arbejder i et vikarbureau.

Jeg har fire gange forsøgt at blive fast vikar på henholdsvis et børnehospital og tre barselafdelinger, men ingen af afdelingerne ville ansætte mig. Afdelingerne forklarede bl.a. afslaget med, at kassen var lukket i fra ledelsens side, men det forhindrede åbenbart ikke afdelingerne i at bruge vikarer fra et bureau. Ligeledes forklarede de mig, at man udelukkende brugte studerende, som havde været i klinisk undervisning på deres afdeling, samt at der ikke var mulighed for oplæring.

Efter fire afvisninger så stopper man med at søge fast ansættelse i det offentlige sundhedsvæsen – det er for ydmygende. Derfor vælger man i stedet at arbejde i et vikarbureau i det offentlige sundhedsvæsen til trods for, at specialerne måske ikke har ens faglig interesse. Kompensationen er så den højere løn og den større fleksibilitet.

Det undrer mig, at man ikke vil ansætte en sygeplejestuderende, som er på 7. semester, hvis man stræber efter et offentligt sundhedsvæsen, hvor der ikke er brug for så mange vikarer, og hvor kvaliteten og patienterne er i centrum. Kan det virkelig hænge sammen, når man samtidig hævder, personalemanglen er så stor?

Skal de studerende finde sig i at arbejde på afdelinger, hvor de godt kan få en fast stilling, men hvor det ingen faglig interesse har, og hvor lønnen er til at grine af? Væner vi os til at være i vikarbureau, fordi hospitalerne ikke er gearet til at ansætte de studerende? Eller handler det om den selv samme vilje, som var mottoet under strejken?


Jeg håber med dette debatindlæg at kunne sætte mere fokus på hospitalerne, som burde ansætte de sygeplejestuderende.

Louise Lind Madsen, sygeplejestuderende i Hillerød

Tag fagligheden alvorligt

Af Thomas Pallesen, tidligere patient

Kommentar til artiklen "Jeg følte mig som et tæppe, der er blevet trampet på med beskidte støvler" i Sygeplejersken nr. 13-14/2008.

 Det handler ikke om travlhed, men om manglende sygeplejefaglighed

Det var en stærk oplevelse at læse kræftpatienten Adam Dyrvig Tatts beretning om opholdet på Urologisk Afdeling på Herlev Sygehus, hvor den akutte kræftpatient måtte vente i timer i uvidenhed ved indlæggelsen, måtte argumentere for smertelindring efter operationen og blev nægtet hjælp, fordi sygeplejerskerne skulle spise frokost.

Og hvor beskæmmende, at ledende oversygeplejerske Helle Lauridsen kan få sig til at svare: "Når man har så mange patienter, ville det være usædvanligt, hvis der ikke i ny og næ var en, der oplevede et dårligt forløb."

Jeg må spørge: Hvor er sygeplejefagligheden og stoltheden

over faget hos Helle Lauridsen og på Urologisk Afdeling? Kunne man forestille sig, at en overlæge ville svare offentligheden på samme måde, hvis lægernes arbejde blev kritiseret? Nej, vel.

Men desværre ser det ud til, at sygeplejefagligheden har det skidt på den pågældende afdeling. Helle Lauridsen svarer nemlig også, at "Vi har et højt specialiseret personale, der kan skelne mellem de patienter, der har brug for meget omsorg, og de patienter, som er indlagt med nogle lettere lidelser."

Kære Helle Lauridsen: Alle patienter (ja, faktisk alle mennesker, selv sygeplejersker) har brug for meget omsorg, især når de ligger i sygehusets hvide natskjorte, berøvet alle de ting, der normalt giver dem status og identitet. Og en af de vigtigste ting, en sygeplejestuderende lærer, er netop at møde disse mennesker med respekt og omsorg, selv under vanskelige omstændigheder.

At møde mennesker med respekt og omsorg er god sygeplejefaglighed og bør tages alvorligt. Folk dør ganske vist ikke af uforkammede svar fra sygeplejersker, men derfor skal man alligevel gøre sit arbejde godt. Ligesom fødselslægen eller jordemoderen, der syr omhyggeligt for at skabe grundlaget for det pæneste mulige ar, selvom barnet er bragt sikkert til verden. Kunne man forestille sig, at disse faggrupper offentligt ville affærdige kritikken af et rigtig grimt ar med et: "88 pct. af vores patienter får pæne ar"?


Adam Dyrvig Tatt forlod Urologisk Afdeling med et grimt ar på sjælen. Det burde afdelingen tage ved lære af og gå i gang med at ændre kulturen. Hvis man altså tager sygeplejefagligheden alvorligt.

Thomas Pallesen er tidligere patient og gift med en sygeplejerske.

Gør ondt at læse beretning

Af Ahmed Mohamud, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Jeg følte mig som et tæppe, der er blevet trampet på med beskidte støvler" i Sygeplejersken nr. 13-14/2008.

 Jeg har lige læst patienthistorien oplevet af Adam Dyrvig Tatt. Min første tanke – ikke igen! Det kommer bag på mig hver gang. Selv om jeg burde vide bedre. For jeg er sygeplejerske og har mødt mange patientskæbner efterhånden. Det er så rørende. Ubehagelige oplevelser, som man ikke ønsker for sin fjende. Hver gang, jeg læser en sådan historie, spørger jeg mig selv: Hvornår gik det galt for vores sundhedssystem. Hvornår fik vi omdannet vores "omsorgshuse" til "slagtestalde"? Heldigvis er der mange patienter, som har gode oplevelser. Men to dårlige historier er to for meget.

Adams historie kaster lys over accelererede forløb, som er blevet populære i disse dage. Håber flere patienter vil skrive dagbøger/kronikker for at gøre de relevante myndigheder opmærksomme, hvis forløbene ikke er hensigtsmæssige. Selv om jeg ikke er en del af teamet, som Adam mødte – så gør det ondt at læse hans beretning.

Jeg vil så gerne møde Adam. Er det muligt?


Foreløbig tager jeg historien med mig på min afdeling og håber, nogen gider diskutere, hvorfor det går så galt gang på gang. Især for mennesker i krise.

Jeg har altid ment, at alle negative historier skal skrives, så vi kan lære af dem. Vi må ikke give op.

Længe leve Adam! er man fristet til at skrive til den stadig blå himmel, skønt klokken er næsten 22.00.

Ahmed Mohamud er ansat på Kardiologisk Afdeling, Frederiksberg Hospital.

Karen Hansen

 Karen Hansen døde den 30. maj 2008, blot 24 dage før sin 100-års fødselsdag, hvortil hun havde indbudt godt 200 gæster og havde glædet sig rigtig meget til.

Karen Hansen blev født i Salling den 23. juni 1908 som den første af ni søskende. Alle hendes søskende, på nær min mor, som kun blev 70 år, er blevet meget gamle, og derfor har de sidste "i flokken" deltaget i et forskningsprojekt om aldring ved Syddansk Universitet.

Karen Hansen uddannede sig til sygeplejerske i 30'erne fra Skive Sygehus. Fungerede herefter som hjemmesygeplejerske i Breum, Salling og Nørup ved Vejle – og også som assistent på øjenklinikken i Skive.

Efter giftermål med ingeniør *Svend Hansen* boede de først i København, og i 1958 flyttede de til Vester Åby på Fyn. Her virkede Karen Hansen som hjemmesygeplejerske og afløser på Nakkebølle Sanatorium, hvor hun som 60-årig blev oversygeplejerske og var der, til hun fyldte 70 år.

Karen Hansen ville stadig gerne bruge sin uddannelse og var så ferieafløser ved Fåborg Kommune i en periode.

Karen Hansen havde organisationstalent – deltog i forskellige råd og bestyrelser. Startede en bridgeklub, som hun nåede at have 25-års jubilæum i.


Indtil februar 2008 deltog hun i Rebeccalogens møder hver 14. dag og havde her mange gode venner.

Karen og Svend Hansen havde den sorg at miste deres eneste søn ved en drukneulykke i 1985. Min moster vil være savnet, hun var et elskeligt menneske, der havde omsorg for alle i familien, ja også udenfor.

Æret være Karen Hansens minde.

Else Christensen, sygeplejerske, Fåborg.

Mette Schultz

 Det er med stor sorg, vi har modtaget meddelelsen om, at vor kære ven og kollega *Mette Schultz* den 12. juni 2008 døde af sine kvæstelser efter en tragisk cykelulykke. Mette blev 44 år.

Mette blev i 1989 (Hold 86.2) uddannet fra Sygeplejerskolen i Vejle Amt. Herefter fulgte en karriere, der bl.a. bragte hende til Boller Slot, Organ kirurgisk afdeling på Horsens Sygehus, Operationsafdelingen og videre til Intensiv afdeling, hvor hun i 2001 færdiggjorde specialuddannelsen til intensivsygeplejerske. Efter et par år valgte Mette igen at indfri sit behov for at udvikle sig, og hun færdiggjorde derfor i 2004 specialuddannelsen til anæstesisygeplejerske. Mette havde et kort ophold i Give og kom dernæst tilbage til Anæstesi afdelingen i Horsens, inden hun i slutningen af 2007 fik orlov til at prøve kræfter som sælger i privat regi.

Mette levede sit liv til fulde. Hun satte sig mange mål og gav alt, hvad hun havde i sig, for at opnå dem. Hun var meget aktiv og engageret i sit arbejde og samtidig fagligt bevidst og yderst professionel i sit virke – både som anæstesisygeplejerske og som vejleder for såvel kursister som nye kolleger.

Mette var også i sin fritid særdeles aktiv og havde med sin cykling og sit løb en stor social berøringsflade, hvor hun vil blive savnet.


Vi har mistet en dejlig kollega, en ven, som havde hjertet på rette sted. Mette var et glad og rummeligt menneske, som udstrålede et overskud, der gjorde hende vellidt i alle sammenhænge.

Mette efterlader sig tomrum og savn, men ingen steder så meget som i hendes familie. Af alt var Mettes kærlighed til familien størst, og vore tanker går til Mettes mand *Frank* og deres to børn *Trine* og *Mads* samt Mettes nærmeste i håbet om, at de må finde styrken til at komme videre i denne svære tid.

Æret være Mettes minde.

På vegne af dine kolleger, Regionshospitalet Horsens, Birgitte Pedersen, Helle Erlandsen og Lene Broch-Mikkelsen.

Paula Møller

 Tirsdag den 24. juni 2008 døde vores kollega og veninde efter næsten to års kræftsygdom.

Paula Møller blev uddannet på Den Sønderjyske Sygeplejerskole i Sønderborg i 1968. Efter års ansættelser på københavnske sygehuse inden for pædiatriområdet vendte Paula tilbage til Als.

April 1987 blev Paula ansat som sygeplejelærer på samme skole, som hun blev uddannet fra. I mange år varetog hun funktionen som studievejleder. Mange elever/studerende mindes med glæde den hjælp og støtte, de fik, når de henvendte sig til Paula. Altid seriøs og med stor indlevelsesevne. Ud over at være studievejleder var Paula ansvarlig for skolens PR og for rekrutteringen af nye studerende. Det arbejde medførte, at hendes berøringsflade uden for selve skolen var stor. Hun var skolen en værdig repræsentant og blev overalt mødt med respekt for sin faglighed og for sin måde at omgås andre mennesker på. Som kollega var Paula en værdifuld samarbejdspartner.

Vi var så heldige også at kende Paula privat. Mangan gang har vi været sammen til musikarrangementer, i teateret eller sammen på skift hos hinanden til middag og hygge. Paula var både den lyttende person og også den, som deltog i diskussioner eller sjove fortællinger.

Vores tanker går til Paulas børn, *Gitte* og *Jesper*, som har mistet en kærlig mor. Paula, vi savner dig og vil altid bevare mindet om dig.

Inge-Renate Pharao, Ulla Rath, Christa Rose, Lone Støhs og Tove Thomsen, UCSyd, Sygeplejerskeuddannelsen i Sønderborg.

Nominering til Christiane Reimann-prisen



International Council of Nurses (ICN) indkalder forslag til nominering til Christiane Reimann-prisen. Prisen, som er ICN's fornemste pris for sygeplejersker, uddeles til én eller en gruppe på 2-3 sygeplejersker, som har gjort en betydelig indsats med virkning internationalt enten i forhold til selve sygeplejefaget eller gennem praksis til gavn for menneskeheden.

Prisen uddeles hvert fjerde år i forbindelse med ICN's kongres, som næste gang finder sted 29.06.-04.07.09 i Durban, Sydafrika.

Nomineringen skal fremsendes til ICN gennem Dansk Sygeplejeråd, som ikke foretager nogen forudgående vurdering af indstillingen, men blot skal bekræfte at den nominerede er medlem af Dansk Sygeplejeråd.

Oplysninger om kriterier for nominering, procedure og nomineringsskema kan rekvireres ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråds sekretariat enten på mail til dsr@dsr.dk eller på tlf. 4695 4148/4143.

Tidsfrist for indsendelse af nomineringen til Dansk Sygeplejeråd er 28. august 2008.

Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084, 1008 København K
Tlf. 33 15 15 55 - Email dsr@dsr.dk - www.dsr.dk



SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Unødvendig præmedicin >> 52

Begrebet validitet og anvendelse
af begrebet i praksis >> 56

KLINISK SYGEPLEJE

Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir

>> 44

Fagtanker >> 42
Faglig information >> 42
Agenda >> 60
Testen >> 61
Anmeldelser >> 62
5 faglige minutter >> 64

>>> FAGTANKER

Delir er en pinefuld tilstand for ældre

"Noget med alkoholmisbrug," lyder det, når jeg udfører delir-testen på mine sygeplejerskeveninder. Det vil sige, når jeg spørger dem, hvad de forstår ved delir.

Delir betyder ifølge Klinisk Ordbog bevidsthedsplumring med hallucinationer, lette vrangforestillinger og desorientering.

Sygeplejersker bruger aktuelt betegnelsen intensivt delir og delirium tremens om den tilstand, patienter på intensiv afdeling eller alkoholmisbrugere kan komme i, men delir er også den rigtige betegnelse, når ældre mennesker pludselig ændrer psyke og bliver konfuse og forvirrede. Det slår forfatterne fast i artiklen "Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir" side 44.

Delir hos ældre skyldes næsten altid en bagvedliggende fysisk sygdom, f.eks. blærebetændelse eller lungebetændelse, men årsagen kan også være forkert medicinering.

Måske vil en akutkasse i bilen eller på bagagebæreren være en idé, når den ældre skal udredes for delir, for primærsygeplejersken bør foretage fire målinger, der kan medvirke til at fastslå årsagen. Blodtryksapparat, pulsmåler, termometer, udstyr til blodsukkermåling og stix er standardudstyr, når de ældre skal hjælpes ud af den pinefulde tilstand, som delir er.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Kliniske vejledninger

AF KIRSTEN RUD, SYGEPLEJERSKE, SD, DLS, DORTHE HJORT JAKOBSEN, SYGEPLEJERSKE, SD, MKS, OG HENRIK KEHLET, PROFESSOR, DR.MED.

Artiklen henvender sig til kirurgiske sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at antallet af knæalloplastikoperationer er steget i takt med indførelsen af kliniske retningslinjer, mens indlæggelsestiden samtidig er afkortet markant. Sygeplejen udgør en vigtig del af forløbene.

Vi ved, at principperne for accelererede operationsforløb beskrevet i kliniske vejledninger inden for ortopædkirurgien har haft positiv effekt både organisatorisk og fagligt (1), ligesom patienttilfredsheden er høj (2). Det er derfor relevant at følge udviklingen af anvendelsen af procedurespecifikke kliniske vejledninger i Danmark.

En undersøgelse i 2006 viste, at 60 pct. af de kirurgiske afdelinger på landsplan havde kliniske vejledninger for fem hyppige operationer, herunder knæalloplastik. Kun 40 pct. af disse var fyldestgørende vejledninger (3).

Enhed for perioperativ sygepleje har på denne baggrund ønsket at opdatere den eksisterende viden om forekomsten af kliniske vejledninger inden for knæalloplastik og belyse kerneområder med betydning for indlæggelsestid og rehabilitering.

Metode

Udtræk fra Landspatient Registeret (LPR) af indlæggelsestiden for de afdelinger i Danmark, der har foretaget > 100 knæalloplastik i perioden 1.1.2005 – 31.12.2007. Udtrækkene inkluderer postoperative sengedage fra primærindlæggelsen, inklusive genindlæggelser inden for 30 dage postoperativt.

Kontakt til de ortopædkirurgiske afdelinger, der ikke havde kliniske vejledninger ved første kvalitetsmåling i 2005.

Kontakt til de afdelinger, hvor der var en forskel på to dage i den forventede indlæggelsestid beskrevet i de kliniske vejledninger og den reelle indlæggelsestid. Formålet var at finde de kerneområder, der har medvirket til tidligere eller senere udskrivelse, end de kliniske vejledninger foreskrev.

Velinformede og smertefrie patienter

I 2003 var indlæggelsestiden for patienter opereret for knæalloplastik gennemsnitlig 8,2 dage, i 2007 var den 5,7 dage. Indlæggelsestiden er derved faldet markant over fire år. I perioden 2005 til 2007 ses endvidere en stigning i antallet af årlige operationer på 1.572. I 2007 arbejder 29 ud af 30 afdelinger (97 pct.) efter kliniske vejledninger. En stigning på landsplan fra 74 pct. i 2006 til 97 pct. i 2007.

På fire afdelinger (13 pct.) var indlæggelsestiden to dage kortere end den forventede indlæggelsestid, og personalet beskriver her følgende faktorer som medvirkende til dette:

- En grundig undervisning af patient og pårørende i grupper/hold skaber ensartethed og

ved knæalloplastik



ARKIVFOTO: SCAMPIX

tryghed for både patient og pårørende og afstemmer forventningerne til indlæggelsen.

- Brug af dagbøger og internet bevirker, at patienterne er aktivt involverede i egen behandling og tager ansvar.

Smertebehandlingen er centralt, da det er forudsætningen for intensiv genoptræning og mobilisering umiddelbart efter operationen.

Patientperspektivet vigtigt

Metoden til udarbejdelse af kliniske vejledninger er initieret og udviklet af Enhed for Perioperativ Sygepleje, og denne har vist sig at være befordrende for faglige diskussioner og implementeringsprocesser i praksis. 97 pct. af alle ortopædkirurgiske afdelinger har nu udarbejdet kliniske vejledninger for knæalloplastik, hvilket påvirker både indlæggelsestid, kvalitet og patientsikkerhed i positiv retning. Sygeplejen og inddragelse af den enkelte patients perspektiv udgør her en vigtig del af forløbene.

*Kirsten Rud er ansat som projektleder på
Enhed for Perioperativ Sygepleje,
Rigshospitalet; krud@rh.regionh.dk
Dorthe Hjort Jakobsen er klinisk oversygeplejerske samme sted.
Henrik Kehlet er professor,
overlæge, dr.med. på
Enhed for kirurgisk Patofysiologi.*

Enhed for Perioperativ Sygepleje er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Find kliniske vejledninger fra enheden og sygehuse i Danmark på www.rigshospitalet.dk > afdelinger > tværgående enheder > enhed for perioperativ sygepleje.

Litteratur

1. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921-8.
2. Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Kort vs. lang hospitalisering efter hoft- og knæalloplastik II: organisatoriske og faglige forskelle. *Ugeskr Læger* 2006;168:2144-2148.
3. Rud K, Hjort Jakobsen D, Egerod I, Kehlet H. Forekomst af procedurespecifikke kliniske vejledninger. *Ugeskr Læger* 2008;170:1559-1563.

Hvordan handicappede præsenteres i videnskabelig litteratur

Boyles CM, Bailey PH og Mossey S. Representations of disability in nursing and healthcare literature: An integrative review. JAN 2008; 4: 428-437

R Dette er en såkaldt oversigtsartikel. Dvs. en artikel, hvori forfatterne refererer og diskuterer publicerede resultater inden for et nærmere defineret område. I denne artikel har forfatterne sat sig for at undersøge, hvordan mennesker med et handicap er blevet beskrevet i den sundheds- og sygeplejevidenskabelige litteratur i perioden 1963-2007. Studiet omfatter 65 artikler.

Undersøgelsen viser, at handicap traditionelt er blevet beskrevet som fysiske begrænsninger og manglende evne til at udfylde bestemte roller. Ifølge denne opfattelse er et handicap et udtryk for en forskel mellem et menneskes formåen og omgivelsernes forventninger. I en mere moderne udlægning er handicap blevet beskrevet ud fra et socialt perspektiv.

Dette perspektiv tager udgangspunkt i menneskets egen opfattelse af at leve med et handicap og af de begrænsninger, det evt. måtte medføre. I denne forståelse er et handicap i højere grad et socialt fænomen, hvis betydning afgøres af det enkelte menneske og dets virkelighed. Hvis man tager udgangspunkt i det sociale perspektiv, når man beskriver mennesker med handicap, bliver det muligt at undgå begreber som f.eks. "normal", der kan have utilsigtede medbetydninger og i sig selv virke ekskluderende.

Forfatterne konkluderer, at et socialt perspektiv på mennesker med handicap er helt nødvendigt for at forhindre stigmatisering og undertrykkelse. En klinisk sygeplejepraksis, som bygger på forskningsresultater, der inddrager menneskers eget syn på at leve med et handicap og suppleres af en støttende social- og sundhedspolitik, vil bidrage til at forandre opfattelsen af, hvad det vil sige at leve med et handicap.

*Af Bente Martinsen, sygeplejerske,
cand.cur.,ph.d.-studerende,
Institut for Folkesundhed,
Afdeling for Sygeplejevidenskab;
bm@sygeplejevid.au.dk*

ARTIKLENS MÅL ER:

- at sygeplejersken får forståelse for, at pludseligt opståede psykiatriske symptomer hos ældre næsten altid er et udtryk for bagvedliggende fysiske helbredsproblemer
- at sygeplejersken kan identificere de grupper af ældre, som er i særlig risiko for at udvikle delir
- at sygeplejersken kender de sygeplejefaglige observationer og undersøgelser, som kan bidrage til en hurtig og præcis afklaring af årsagerne til delirepisoden
- at sygeplejersken kender de faktorer i de fysiske omgivelser, som kan give ældre med delir en større fornemmelse af sikkerhed og overblik
- at sygeplejersken kan identificere de strategier, hun kan anvende i den rehabiliterende indsats over for ældre, som har været igennem et delir.

Artiklen henvender sig til primærsygeplejersker og andre med interesse for ældre med delir. Artiklen slår fast, at delir er den internationale betegnelse for akut konfusion og forvirring hos ældre, og at tilstanden hyppigst skyldes behandlingskrævende fysisk sygdom. Artiklen anbefaler, at primærsygeplejersker foretager fem specifikke undersøgelser, når et ældre menneske pludselig ændrer psykisk karakter, og at organisationen i kommunen skal give plads til, at sygeplejersken kan bruge den nødvendige tid hos den ældre både i den akutte og i den rehabiliterende fase. Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med delir.

Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir

AF KIRSTEN GOTFREDSEN, SYGEPLEJERSKE, JØRGEN PETER ÆRTHØJ OG JENS KRONBORG DJERNES, LÆGER
FOTO: SØREN ZEUTH • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Delir optræder ofte hos ældre mennesker, og tilstanden kan have alvorlige konsekvenser for den ældres helbred. Når ældre i primær sektor udvikler delir, er det nødvendigt, at primærsygeplejersken har en sikker hånd med hensyn til håndteringen af forløbet og kan indgå i et rationelt samarbejde med patientens praktiserende læge og lægevagten.

Delir er især blevet beskrevet hos ældre patienter, der indlægges på sygehus f.eks. med hoftenære frakturer (1). Men delir forekommer også hyppigt hos ældre i primær sektor, hvor de på afgørende måde påvirker primærsygeplejerskens arbejdsdag (2). Det er karakteristisk for primærsygeplejersken, at hun i vagter og weekender ofte er

eneste sygeplejerske i området, og at samarbejdet med læger består af telefonkontakter til vagtlæger. Selv om primærsygeplejersken er alene i området, kan hendes arbejde ofte være skemalagt med mange aftalte besøg. I landkommuner kan der desuden også være tale om meget store geografiske afstande mellem patienterne. Da sygeplejen i primærsektor foregår under særlige betingelser, mener vi, at det er vigtigt at beskrive primærsygeplejerskens opgaver i forbindelse med delirforløb.

Her i Danmark har vi ikke undersøgt forekomsten af delir, men i en svensk undersøgelse har man i et prævalensstudie af 717 +75-årige i primær sektor fundet en høj forekomst af delir hos ældre. Blandt bebo-

>>> BOKS 1. SYGEPLEJERSKENS FUNKTIONER HOS ÆLDRE, DER UDVIKLER DELIR

Sygeplejersken skal medvirke ved

- identifikation af symptomer på delir
- plejefaglige undersøgelser af årsager til delir
- behandling af årsager til delir
- risikovurdering og risikohåndtering
- rehabilitering efter overstået delir.



Primærsygeplejersken kan være med til at indkredse årsagen til delir ved at måle blod-sukkeret og blodtrykket, tælle pulsen, måle temperaturen og stixe urinen.

”Det er kendetegnende, at tilstanden fluktuerer, så patienten indimellem er symptomfri for så at vende tilbage til det karakteristiske symptombillede ved delir.”

ere på alderdomshjem var der 35 pct. med delir, på plejehjem fandt man, at 58 pct. af beboerne havde delir, og blandt hjemmeboende svært syge ældre var der 34 pct. med delir (3).

Der er grupper af ældre, som er særligt disponerede for delirudvikling: Meget gamle, demente og ældre med kroniske sygdomme. Derimod forekommer delir noget sjældnere hos raske ikke-demente ældre. I en canadisk undersøgelse af 2.914 ældre hjemmeboende uden demens fandt man en forekomst af delir på mindre end 0,5 pct. (4).

Delir er en psykisk lidelse, som udvikler sig i løbet af få minutter eller få timer. De mekanismer, som betyder, at mennesker reagerer med psykiatriske symptomer på fysiske lidelser, er komplekse og i mange tilfælde ikke afdekkelige, hvorfor vi ikke vil komme nærmere ind på emnet her.

De symptomer, man kan observere, er, at

- patienten opfatter omgivelserne på en forvrænget måde
- patienten hyppigt har synshallucinationer og vrangforestillinger, f.eks. om at han er efterstræbt på livet, eller at ægtefællen er utro.
- der kommer forandringer i døgnrytmen, så patienten er vågen om natten og småsover i dagtimerne
- der optræder forandringer i patientens opmærksomhed og tankevirksomhed, og det kan komme til udtryk i patientens adfærd, ved at han ikke kan holde den røde tråd i en samtale eller gøre ting færdige på en ordentlig og målrettet måde
- patienten adfærdsmæssigt kan være præget af motorisk uro, men der kan også være tale om en delirøs tilstand, hvis patienten er sløv (5)
- tilstanden fluktuerer, så patienten indimellem er symptomfri for så at vende tilbage til det karakteristiske symptombillede ved delir.

Et delirforløb kan være forholdsvis fredeligt, men i hjemmeplejeordninger og på plejehjem kan primærsygeplejersken også jævnligt møde ældre med meget voldsomme

delirforløb, hvor den ældre reagerer med aggression eller heftig motorisk uro.

Delir skyldes fysisk sygdom

Selvom symptomerne er tydeligt psykiatriske, er delir næsten altid et symptom på en bagvedliggende akut somatisk sygdom. Primærsygeplejersken skal derfor altid tænke på fysisk sygdom, når ældre mennesker får en pludselig forandring af den psykiske funktion.

Varigheden af et delirforløb er afhængig af, hvor hurtigt man kommer i gang med at behandle den bagvedliggende somatiske sygdom.

Da delir er en almindeligt optrædende lidelse i den kommunale sundhedssektor, har de fleste primærsygeplejersker været involveret i forløb, hvor patienter udviklede symptomer som beskrevet ovenfor. Men selv om sygdommen er almindelig, er mange sygeplejersker ikke fortrolige med betegnelsen delir. Dels er der mange, som forbinder delir med de symptomer, som optræder i forbindelse med længere tids voldsom indtagelse af alkohol, det såkaldte delirium tremens. Dels er der mange, som bruger de ældre betegnelser konfusion eller forvirrings-tilstand, når ældre udviser de nævnte symptomer. Det er imidlertid delir, der er blevet den betegnelse, som typisk anvendes i international litteratur om emnet, og derfor er det hensigtsmæssigt, at primærsygeplejersker kender og bruger betegnelsen delir.

Delir kan være livstruende

Delir er en subjektivt lidelsesfuld tilstand for den ældre, fordi den ændrede opfattelse af omgivelserne kan udløse en stærk angst og usikkerhed (6). Delirepisoder kan også være invaliderende, fordi den ændrede opfattelse af omgivelserne betyder en voldsomt forøget risiko for fald. En opfølgingsundersøgelse af patienter, der havde været indlagt med svær grad af delir, viste, at der i årene efter var øget forekomst af alvorlige psykiatriske diagnoser, især depression og nye delirtilfælde (7). I værste fald kan delir være livstruende. Undersøgelser i sygehusregi viser

»»» BOKS 2. THE CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

CAM anvendes ved screening for delir (konfusion). Oplysninger om nedenstående symptomområder fås ved egne observationer, som altid suppleres med observationer fra familiemedlem, hjemmehjælper eller sygeplejerske med henblik på at få observationer, der dækker hele døgnnet.

Første symptom. Akut begyndelse og fluktuerende forløb

Er der kommet en mere eller mindre pludselig ændring af den psykiske tilstand i forhold til det sædvanlige, og er denne ændring snart mere, snart mindre tydelig i døgnets løb. Det vil sige, er der en tendens til, at ændringen kommer og går eller tiltager og aftager i intensitet?

Ja Nej

Andet symptom. Uopmærksomhed

Har vedkommende fået svært ved at fastholde opmærksomheden, sådan at forstå at hun/han er påfaldende let at aflede eller har svært ved at følge tankegangen i en samtale?

Ja Nej

Tredje symptom. Uorganiseret tankegang

Er tankegangen blevet kaotisk eller usammenhængende, visende sig ved irrelevant og usammenhængende samtaleforløb, uklar eller ulogisk strøm af idéer eller uforudsigelig skiftet fra emne til emne?

Ja Nej

Fjerde symptom. Ændret bevidsthedsniveau

Hvordan vil du betegne bevidsthedsniveauet, når du skal vælge mellem følgende muligheder:

1 Naturligt

2 "Har et øje på hver finger"

3 Sløv

4 Sover og er vanskelig at vække

5 Bevidstløs

Hvis der er sat kryds ved 2-5 Ja

Hvis der er sat kryds ved 1 Nej

Tolkning: (markér med afkrydsning)

Kriteriet for delirmistanke ved screeningen er, at der skal være svaret ja til:

1) både symptom 1 og 2

2) mindst det ene af tre eller fire.

Kriterier opfyldt for delirmistanke i henhold til CAM: Ja Nej

Dansk oversættelse og bearbejdning ved overlæge Jens Kronborg Djernes, Psykiatrien i Region Nordjylland, Brønderslev Psykiatriske Sygehus, Gerontopsykiatriske afdeling.

» f.eks., at der er 15-21 pct.s overdødelighed ved delir under indlæggelse (8).

Da en hurtig og kompetent indsats indebærer, at patienten kan blive sparet for mange lidelser, er det af afgørende betydning, at primærsygeplejersken prioriterer indsatsen til delirøse patienter, og at hun kan håndtere opgaven.

Hjælpen til ældre med delir i primærsektor er en tværfaglig opgave, som typisk involverer både praktiserende læge, primærsygeplejersker og andre plejefaglige grupper. Primærsygeplejersken har en central rolle med hensyn til at koordinere og uddelegere indsatsen (se boks 1 side 44).

Meget ofte bliver primærsygeplejersken opmærksom på, at en patient har et muligt delir, fordi hun får en henvendelse fra pårørende, social- og sundhedsassistent eller hjælper på plejehjem eller i hjemmeplejen, som har be-

mærket, at den ældre har ændret sig psykisk i løbet af kort tid.

Vi anbefaler, at primærsygeplejersken laver en systematisk vurdering af den ældres symptombillede, f.eks. med screeningsinstrumentet The Confusion Assessment Method (9) (CAM), som er oversat til dansk (se boks 2 her på siden).

CAM er fra 1990, dvs. inden man i 1994 ændrede diagnosebetegnelsen fra konfusion til delir. Der er redesignet for CAM i Månedsskrift for Praktisk Lægegering (10). I CAM skal man besvare fire spørgsmål på basis af døgnobservation, og CAM slutter med en forklaring på, hvordan besvarelsene skal tolkes.

Når det er fastslået, at den ældre har delirsymptomer, skal primærsygeplejersken foretage en række observationer af somatiske forhold. Der kan være mange årsager til, at ældre mennesker begynder at udvikle delir, men de mest almindelige er:

1. Infektioner, herunder i særlig grad urinvejsinfektioner og pneumoni
2. For meget eller forkert medicin (især benzodiazepiner, NSAID-præparater, betablokkere og medicin med antikolinerg virkning)
3. Dehydrering og forskydninger i elektrolytbalancen
4. Urinretention og obstipation
5. Hjerter-kredsløbs-lidelser (f.eks. ved overbehandlet hypertension eller inkompenenseret morbus cordis)
6. Cerebrale katastrofer (infarkter og hæmatomer).

Da der kan være tale om mange forskellige somatiske årsager, er det vigtigt, at primærsygeplejersken anvender hele sit register af observationer af somatiske forhold, for at hun kan være med til at indkredse den eller de faktorer, der ligger til grund for de aktuelle symptomer.

Primærsygeplejerskens opgave er i første omgang at:

1. Indsamle anamnesticke oplysninger om helbredsforhold, der har ændret sig i tidsrummet forud for symptomudviklingen. F.eks. om der er symptomer, der kan tilskrives diabetes, om der er faldtendens eller måske for lille væskeindtagelse.
2. Stixe urinen og indsamle oplysninger om afføring og urinudskillelse (mængde, farve, koncentration, tidspunkt for sidste vandladning).
3. Måle temperatur, helst rektalt.
4. Måle blodtryk.
5. Måle puls (frekvens, rytme).
6. Måle blodsukker.
7. Vurdere patientens bevidsthedsniveau.
8. Gennemgå aktuell medicin for at kortlægge, om pa-

”Selvom symptomerne er tydeligt psykiatriske, er delir næsten altid et symptom på en bagvedliggende akut somatisk sygdom.”

tienten for nylig er påbegyndt behandling med nogle af de typer af præparater, som er beskrevet ovenfor, men også for at overveje, om den ældre får medicin, som han muligvis ikke længere kan tåle.

I praksis kan primærsygeplejersken ikke have en detaljeret viden om bivirkningsprofilen for alle de mange forskellige præparater, der anvendes i primærsektor, ligesom hun ikke nødvendigvis har et lægemiddelkatalog ved hånden, når hun er hos patienten. Hvis sygeplejersken ikke kender de enkelte præparater, som den ældre får, er det derfor mest hensigtsmæssigt, at hun ved den efterfølgende lægekontakt oplyser om den aktuelle medicinordination og dosering. Herefter foretager lægen en vurdering af, hvorvidt lægemidlerne evt. kan være medvirkende årsag til udviklingen af deliret.

Hvis der blandt disse observationer ikke umiddelbart er tegn, som kan pege på baggrunden for patientens delirsymptomer, skal primærsygeplejersken være opmærksom på forekomsten af andre almene symptomer som:

1. Mundtørhed som symptom på dehydrering
2. Respiration (frekvens og regelmæssighed)
3. Blodsukkerniveau døgnet igennem (især hos diabetikere og op til måltider med henblik på mulig hypoglykæmi som årsag til delir)
4. Hudturgor og hudfarver
5. Kvalme/opkastning.

Når primærsygeplejersken har indsamlet disse data, skal hun tage kontakt til den praktiserende læge eller vagtlæge. På baggrund af de aktuelle data kan lægen og sygeplejersken aftale de videre observationer og undersøgelser. De undersøgelser, som lægen kan foretage i det videre forløb, afhænger naturligvis af de aktuelle problemstillinger.

Behandling af årsager og symptomer

Behandlingen af ældre mennesker med delir skal være rettet mod den eller de bagvedliggende årsager (akut somatisk sygdom og evt. lægemiddelbivirkninger). Lægen skal optage anamnese, udføre en grundig systematisk objektiv undersøgelse og vurdere medicinering.

Hvis patienten er fysisk aggressiv, psykotisk forpint eller trues af udmattelse, kan lægen ordinere små doser lavdosis neuroleptika, som kun har svag antikolinerg effekt, f.eks. Serenase eller Risperdal, 1-2 mg. Den medicinske behandling af delirsymptomerne er lægens ansvar, men vi anbefaler, at primærsygeplejersken drøfter en tidsbegrænset behandling med eventuel antipsykotisk medicin for at forebygge, at patienten fortsætter med den medicinske behandling i længere tid end nødvendigt.

Et stabilt og roligt miljø

Primærsygeplejersken skal sikre, at den ældre, delirøse patient så vidt muligt befinder sig i et stabilt og roligt miljø, indtil delirepisoden er overstået. Som omtalt er

» STOP OP OG TÆNK

1. Hvordan prioriterer du dine opgaver en dag, hvor du har mange fastlagte plejeopgaver, og en hjemmehjælper ringer og fortæller, at en ellers mentalt frisk borger er begyndt at opføre sig mærkbart psykisk anderledes?
2. Drøft med dine kolleger, hvordan jeres rehabiliterende indsats har været over for de borgere i jeres område, som inden for de sidste to måneder har haft en delirepisode.
3. På et sygeplejerskemøde har I drøftet primærsygeplejerskens fremtidige arbejdsopgaver. Der er enighed om, at de primærsygeplejersker, som har særlige funktioner med hensyn til diabetes, sårpleje og inkontinens, fortsætter som før. En kollega nævner, at man måske også skulle fokusere på forløb, hvor ældre borgere reagerer med delirsymptomer. Hvordan vil du og dine kolleger vurdere relevansen af forslaget?
4. I artiklen er det nævnt, at der ikke findes danske undersøgelser af forekomsten af delirepisoder i ældresekto- ren. Hvordan registrerer du og dine kolleger, hvor ofte I er involveret i forløb, hvor ældre reagerer med delir?
 - Har I registreringer af jeres tidsforbrug til opgaven?
 - Hvis I bruger en elektronisk omsorgsjournal, så undersøg, om det er muligt at trække en oversigt over, hvor ofte I hjælper ældre med delirepisoder, f.eks. hvert kvartal.
5. Hvilket udstyr har I med i bilen til akutte situationer, f.eks. pludseligt opstået delir?
 - Drøft, om det er en idé at have en akutkasse i bilen, der f.eks. indeholder blodtryksapparat, termometer og den grønne medicinbog.

»»» BOKS 3. SYGEHISTORIE

Hr. Jensen er en mand på 81 år med let til moderat Alzheimer demens. Han har boet på en plejehjemsafdeling for demente i knap tre år. Går selv småture i haven og på plejehjemmet og finder som regel selv tilbage til sin lejlighed. Har lidt svært ved at huske personalets navne. Han er klar over, at han er blevet enkemand for nogle år siden. Giver ofte udtryk for, at han savner sin kone, men han sørger ikke mere.

Han fungerer godt både socialt og fysisk og har en naturlig døgnrytme.

En nat blev hr. Jensen paranoid, synshallucineret og meget urolig.

Natsygeplejersken spurgte hr. Jensen, om han havde ubehag eller ondt nogen steder. Han forstod tilsyneladende ikke spørgsmålet, men virkede ikke smertepåvirket. De faste hjælpere fortæller, at han ellers har været sig selv og har spist og drukket, som han plejer. Han har haft daglig naturlig afføring og har for det meste vandladning i en ble.

Der tilkaldes en vagtlæge, som giver en tablet Nozinan. Hr. Jensen faldt i søvn i et par timer, men vågnede så op og var endnu mere urolig og bange. Han kunne nu ikke kende nattevagten og ville forlade afdelingen, fordi han mente, at nattevagten ville slå ham ihjel. Slog flere gange ud efter hende.

Datteren blev tilkaldt og sad hos sin far resten af natten.

Næste formiddag var hr. Jensen igen motorisk urolig og angst, især hvis han var alene, mens han faldt mere til ro, hvis en af dagvagterne var på stuen hos ham.

Ved telefonkontakt til hr. Jensens praktiserende læge ordinerer lægen fortsat behandling med Nozinantabletter til p.n.-brug.

På et tidspunkt, hvor der ikke er nogen hos ham, forlader hr. Jensen plejehjemmet for at finde sin kone, men en tidligere nabo har mødt ham og hjulpet ham tilbage.

Sygeplejersken forsøger igen at få fat på hr. Jensens læge, men får i stedet fat på hans kollega. Det aftales, at lægen tilser patienten, og at sygeplejersken i mellemtiden udfører akutte sygeplejefaglige undersøgelser. De viser følgende:

- Temp. 38,9
- BT 135/70
- Puls regelmæssig 88
- Blodsukker 7,9
- Kan ikke kvittere urin til undersøgelse med urinstix
- Aktuelle mediciner: Tbl. Detrusitol 2,8 mg x 1 (pga. hyppig vandladning, Detrusitol afslapper blæren).

Da lægen kommer, er hr. Jensens tilstand uændret, og han er umiddelbart afvisende over for at blive undersøgt, men efter en samtale om hans situation indvilliger han i, at lægen undersøger ham. Lægen finder en blære, der når umbilicus, og ved rektaleksploration er ampullen tom, men prostata symmetrisk forstørret.

Da hr. Jensen stadig ikke kan kvittere urin, bliver han kateteriseret, og der udtømmes godt 1.200 ml uklar urin. Stix af urin er positiv for pyuri og nitrit.

Efter at hr. Jensen har fået tømt urinblæren, falder han lidt mere til ro, og det bliver derfor besluttet, at han forsøgsvis skal beholde katetret. Lægen tager relevante blodprøver samt urinprøve til dyrkning og resistensbestemmelse.

Detrusitol seponeres, fordi det er et antikolinergt lægemiddel, der i nogen grad kan bidrage til delirudvikling. Endvidere afslapper det blæren, så den får sværere ved at tømme sig. Desuden blev der ordineret antibiotisk behandling og tabl. Xatral (prostatamidlet der letter vandladningen ved forstørret prostata). Nozinan blev seponeret.

Det videre forløb er roligt. Temperaturen bliver normal inden for knap to døgn, og katetret bliver seponeret efter fem døgn. Blodprøverne var i.a.

Fem dage efter undersøgte lægen igen hr. Jensen og fandt ingen tegn på urinretention.

Hr. Jensens adfærd blev normaliseret i løbet af ca. 14 dage. Hr. Jensen huskede kun lidt af, hvad der foregik i forbindelse med deliret. Men han husker svagt, at han var meget bange.

Man forklarer hr. Jensen, at han fik "febevildelse", som man kaldte det i gamle dage, fordi han ikke kunne lade vandet og fik blærebetændelse.

Det ideelle forløb af hr. Jensens delirtilfælde

Natsygeplejersken ringer til lægevagten. Jensen har i nat ved totiden fået delirsymptomer, dvs. er pludselig blevet hallucineret, bevidstheds-påvirket, paranoid og meget urolig. Er screenet positiv med CAM. Har regelmæssig puls på 88, BT 135/70, temperatur 38,9, blodsukker 7,9, men kan ikke kvittere urin til stixning. Får Detrusitol 2,8 mg x 1. Har spist og drukket normalt, haft daglig naturlig afføring og tisset i ble. Er nu angst og motorisk urolig, og der er episoder med aggression.

Vagtlægen finder blæredæmpning, anlægger KAD og igangsætter antibiotisk behandling. Vagtlægen rapporterer til egen læge den følgende morgen. Blodprøver tages den følgende dag ved egen læge, som udfører den skitserede opfølgning.

» ældre mennesker med delir ofte usikre og bange, fordi påvirkningen af de mentale funktioner betyder, at også kendte omgivelser og mennesker virker fremmedartede og usikre. Rolige omgivelser med få nye indtryk betyder, at den ældre får de bedste forudsætninger for ikke at blive overbelastet med indtryk, som han eller hun aktuelt ikke kan overskue og tage stilling til.

Primærsygeplejersken skal på en rolig og indfølelse måde hjælpe patienten med at skabe og fastholde opmærksomhed på de forhold, som har betydning for, at han eller hun kan komme sig. Det kan eksempelvis være hjælp til at blive på toilettet, indtil vandladningen er overstået, eller til at spise og drikke det nødvendige. Det kan i praksis være vanskeligt, hvis man som eneste sygeplejerske i området får telefonopkald om andre patienter, mens man hjælper den delirøse patient. Men mange delirøse patienter kan ofte, selvom de er forvirrede, forstå, når primærsygeplejersken i korte sætninger forklarer, at der er andre, som lige skal have en besked. Hvis patienten har mange vrangforestillinger eller

hallucinationer, er det vigtigt, at sygeplejersken på den ene side anerkender, at patienten oplever omverdenen, som han gør, men på den anden side også forsøger at reorientere patienten til den aktuelle virkelighed.

Risikovurdering og risikohåndtering

Samtidig med at primærsygeplejersken iværksætter undersøgelser og behandling af den eller de bagvedliggende årsager til patientens delir, skal hun også vurdere muligheden for, at patientens tilstand forværres, så han ikke længere kan udføre den mest basale egenomsorg. Det kan f.eks. være, at patienten ikke længere selv kan sørge for at spise og drikke i nødvendigt omfang, eller at han har en forøget risiko for at falde på grund af træthed og nedsat genkendelse af omgivelserne. På baggrund af vurderingen af den enkelte patient må primærsygeplejersken iværksætte de interventioner, som på den mest optimale måde tager højde for risikoen. Afhængigt af forholdene kan primærsygeplejersken sikre, at hjælpergruppen eller nærtstående pårørende

»» LÆSERTEST

- Find fire symptomer på delir:
 - Ryster på hænderne
 - Hallucinationer på hørelse
 - Fluktuationer i tilstanden
 - Motorisk uro
 - Vrangforestillinger
 - Symptomudvikling over minutter, timer eller dage
 - Stærk rødme af håndfladerne.
- Nævn fire forhold, som ofte er årsagen til delirepisoder:
 - Uhensigtsmæssige boligforhold
 - Dårlig tandstatus
 - Demens
 - Urinvejsinfektioner
 - Stærk smertestillende medicin
 - Hudsygdomme, der involverer mere end 10 pct. af kroppens overflade
 - Skizofreni
 - Dehydrering
 - Obstipation.
- Nævn fem arbejdsopgaver, som primær-sygeplejersken skal varetage i forbindelse med udredning af årsagen til delir:
 - Måle puls og blodtryk
 - Indsamle oplysninger om livshistorien
 - Stixe urinen
 - Indsamle anamnesticke oplysninger
 - Vurdere ADL-funktionen
 - Gennemgå aktuell medicin
 - Være opmærksom på konflikter blandt de nærmeste pårørende
 - Måle temperatur.
- Udpeg tre områder, som kan være med til at sikre den ældre den fornødne ro under og efter delirepisoden:
 - Glade farver og god musik
 - Rolige omgivelser med få indtryk
 - Deltagelse i dagcentertilbud med vægt på tidligere interesser
 - Hjælp til selvhjælp
 - Hjælp patienten med at fastholde opmærksomheden på aktiviteter, som kan begrænse de bagvedliggende helbredsproblemer
 - Forsøg at reorientere patienten til den aktuelle virkelighed
 - Gangtræning.

ser til patienten i hjemmet mange gange og motiverer ham til at spise og drikke det nødvendige. Hvis pårørende påtager sig opgaven med at være omkring den ældre, er det en forudsætning, at de er velinformerede om problemstillingen og kan kontakte sygeplejersken, hvis tilstanden forværres. Hvis der er tale om svært delir med alvorlige adfærdsforstyrrelser, bør den ældre have tæt kontakt til personale i form af fast vagt enten i hjemmet eller i forbindelse med midlertidigt ophold på en aflastningsplads. Den faste vagt skal sikre den ro og reorientering, som er beskrevet ovenfor, og sørge for at hjælpe den ældre, så han ikke falder eller på andre måder kommer til skade.

Rehabilitering

Hvis den grundlæggende somatiske sygdom behandles relevant, vil deliret typisk være overstået i løbet af tre til fire uger eller kortere tid. Men hos ældre med mange kroniske sygdomme vil der ofte være tale om en periode, hvor der er behov for en rehabiliterende indsats. Den aktuelle indsats vil være rettet mod de faktorer, der har ligget til grund for delirepisoden. Der kan f.eks. være tale om rehydrering, tilbud om en særlig energirig kost, medicinsanering eller behandling, der kan sikre en vedvarende tømning af blæren efter delir pga. urinretention. Men det er ofte nødvendigt, at man også fokuserer på konsekvenserne af et delirforløb, det kan f.eks. være gangtræning efter fald.

Med hensyn til de psykologiske aspekter af rehabiliteringsindsatsen vil mange ældre have behov for at drøfte de oplevelser, de husker fra selve delirperioden.

For mange ældre er det en skræmmende oplevelse, at de under delirforløbet ikke kunne genkende omgivelser og nærtstående, ligesom mange er flove over, at de foretog sig ting, som de ikke plejer at gøre (6). Mange føler sig lettede over at kunne tale om episoden med primær-sygeplejersken. Erfaringsmæssigt har det stor betydning, at sygeplejersken informerer om, at delir er en hyppigt forekommende sygdom hos ældre, og at det er almindeligt, at ældre reagerer med akutte psykiatriske symptomer, når de har akut somatisk sygdom.

Da der ofte er risiko for recidiv, skal primær-sygeplejersken være opmærksom på, om patienten igen begynder at vise tegn på delir (7).

Almindelige problemstillinger

De fejl, der kan opstå i forbindelse med hjælp til ældre mennesker med delir i primær sektor, kan omfatte alle fem delopgaver (se boks 1).

Dels kan sygeplejersken overse, at den ældre har symptomer på delir, så der ikke påbegyndes en udredning. Det er i særlig grad hos +80-årige, hos demente, hos synshandicappede og hos ældre uden motorisk uro, der kan være risiko for, at sygeplejersker overser delir-symptomer (11).

Desuden kan udredning af bagvedliggende somatiske forhold være utilstrækkelig, så man eksempelvis overser en urinvejs- eller lungeinfektion. Fejlen kan skyldes rent organisatoriske forhold, fordi primær-sygeplejersker ikke har adgang til urinstix eller termometer. Disse forhold begrundes med, at det er borgerens ansvar at sørge for f.eks. et termometer. Imidlertid har vi

»»» SVAR

1. Fire symptomer på delir:
 - Fluktuationer i tilstanden
 - Motorisk uro
 - Vrangforestillinger
 - Symptomudvikling over minutter, timer eller dage.

2. Fire forhold, som ofte er årsag til delirepisoder:
 - Urinvejsinfektioner
 - Stærk smertestillende medicin
 - Dehydrering
 - Obstipation.

3. Fem arbejdsopgaver, som primærpsygeplejersken skal varetage i forbindelse med udredning af årsagen til delir:
 - Måle puls og blodtryk
 - Stixe urinen
 - Indsamle anamnesticke oplysninger
 - Gennemgå aktuel medicin
 - Måle temperatur.

4. Tre områder, som kan være med til at sikre den ældre den fornødne ro under og efter delirepisoden:
 - Rolige omgivelser med få indtryk
 - Hjælpe patienten med at fastholde opmærksomheden på de aktiviteter, som kan begrænse de bagvedliggende helbredsproblemer
 - Forsøge at reorientere patienten til den aktuelle virkelighed.

» aldrig observeret, at der i de samarbejdsaftaler, som typisk fremgår af samarbejdsbøger, er notater om, at borgen har ansvaret for at indkøbe termometer.

Med hensyn til behandling af delirepisoden er det en klassisk fejl, at man forsøger at behandle delirsymptomerne med kraftigt sederende højdosis antipsykotika som f.eks. Nozinan, Buronil eller Truxal. Det er heller ikke ualmindeligt, at man anvender benzodiazepiner. Begrundelsen for denne symptombehandling er typisk et forsøg på at skaffe patienten (eller omgivelserne) den ro og hvile, som tilsyneladende er så tiltrængt.

De nævnte lægemidler kan da også i en tilstrækkelig høj dosering virke søvnfremkaldende, men når den ældre vågner op, vil den delirøse tilstand typisk være både forværret og vare længere tid, end hvis man havde afholdt sig fra at bruge disse uhensigtsmæssige lægemidler (12). Behandling med højdosis antipsykotika og benzodiazepiner vil også ofte give svimmelhed og forstyrret gangfunktion, der forstærker fald- og frakturrisiko.

Endelig er det vores erfaring, at den rehabiliterende indsats hyppigt bliver forsømt. Den ældre får f.eks. ikke mulighed for at drøfte sine oplevelser under delirepisoden, får ikke hjælp til at bearbejde oplevelsen af at have mistet kontrol over adfærd og følelser og får ikke genoptrænet gangfunktion og dagligdags færdigheder.

Her i artiklen har vi fokuseret på de opgaver, som primærpsygeplejersken skal tage hånd om i forbindelse med udredning og håndtering af delirforløb hos ældre (se boks 3 side 48).

Den indsats, som primærpsygeplejersken kan iværksætte for at forebygge delirforløb, især hos de grupper af ældre, der er særlig udsatte, er derfor ikke omtalt. Men

det er indlysende, at primærpsygeplejersken i sit daglige arbejde skal være opmærksom på forhold hos ældre mennesker, som på sigt kan være med til at udløse delir. Det er i særlig grad nødvendigt, at primærpsygeplejersken er opmærksom på, om patienten bliver behandlet med potentielt delirfremkaldende medicin, når hun har opgaver i forbindelse med medicinadministration hos ældre (12).

Delir kan ikke skemalægges

Primærpsygeplejerskens indsats over for ældre mennesker med delir er ikke udelukkende et spørgsmål om faglig viden og erfaring. Det er også nødvendigt, at den kommunale sundhedssektor er bevidst om, at delir er hyppigt forekommende, når den overordnede organisering af primærpsygeplejerskers arbejde tilrettelægges, så der er mulighed for en hurtig og præcis indsats.

Ældre menneskers delirepisoder kan ikke planlægges og sættes ind i en arbejdsplan med en forudbestemt tidsangivelse af indsatsen.

Hvis man i den kommunale sundhedssektor lægger vægt på, at primærpsygeplejerskens arbejde i overvejende grad skal være skemalagt, vil hun ikke have den fornødne tid til at varetage de komplekse opgaver, der er knyttet til delirepisoder hos ældre mennesker.

Behov for strategier

Vi vil gerne opfordre til, at praktiserende læger, primærpsygeplejersker og ledere i den kommunale sundhedssektor sammen udarbejder strategier for delirudredning og opfølgning, især på det organisatoriske plan. Samme opfordring er givet til praktiserende læger i artiklen "Delir – en livsfarlig tilstand – der ofte har dårlig prognose. Samarbejde kan forbedre prognosen", der udgives i Månedsskrift for Praktisk Lægegerning. In press. Artiklen kan hentes på adressen: www.mpl.dk

*Kirsten Gotfredsen er sygeplejerske og selvstændig konsulent;
kirsten.gotfredsen@get2net.dk
Jørgen Peter Ærthøj
er praktiserende læge i Svenstrup.
Jens Kronborg Djernes
er overlæge ved Psykiatrien i*

”Ældre menneskers delirepisoder kan ikke planlægges og sættes ind i en arbejdsplan med en forudbestemt tidsangivelse af indsatsen.”

Region Nordjylland,
Gerontopsykiatrisk Afdeling,
Brønderslev Psykiatriske Sygehus.

Litteratur

1. Kliniske retningslinjer for hoftebrud. Akut konfusion. www.dsr.dk 2002.
2. Min dag som hjemmesygeplejerske. 40 fortællinger fra hverdagen. Dansk Sygeplejeråd; 2006.
3. Sandberg O, Gustafson Y, Brännström B. et al. Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various settings for the elderly. Scand J Soc Med. 1998 Mar;26(1):56-62.
4. Andrew MK, Freter SH, Rockwood K. Prevalence and outcomes of delirium in community and non-acute care settings in people without dementia: a report from the Canadian Study of Health and Aging. BMC Med. 2006 Jun 23;4:15.
5. Laplante J, Cole MG: Detection of delirium using the confusion assessment Method. J Gerontol Nurs. 2001 Sep;27(9):16-23.
6. Schofield I: A small exploratory study of the reaction of older people to an episode of delirium: J Adv Nurs. 1997 May;25(5):942-52.
7. Djernes JK, Olesen F, Munk-Jørgensen P, Foldager L, Gulmann NC. En 9-års kontrolleret opfølgingsundersøgelse af delirpatienter udskrevet efter behandling på en gerontopsykiatrisk universitetsafdeling. Ugeskr Laeger 2006; 168: 3718-23.
8. O'Keefe S, Lavan J. The prognostic significance of delirium in older hospital patients. Journal of American Geriatric Society 1997;45:174-8.
9. Inouye SK et al. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method; a new method for detection of delirium. Ann Intern Med 1990 Dec 15;113(12):941-8.
10. Djernes JK. Delirium I: Observation, screening, symptomatologi og ætiologi. En udredningsmæssig udfordring til klinikerne. Manedsskrift for Praktisk Lægegering 2005; 83:191-7.
11. Inouye SK, Foreman MD, Mion LC, Katz KH, Cooney LM Jr. Nurses' recognition of delirium and its symptoms: comparison of nurse and researcher ratings. Arch Intern Med. 2001 Nov 12;161(20):2467-73.
12. Djernes JK, Gulmann NC. Lægemedlers psykiske bivirkninger hos ældre, I-VI. Manedsskrift for Praktisk Lægegering maj-oktober 2001.

»»» BLÅ BOG: KIRSTEN GOTTFREDSEN

Kirsten Gottfredsen blev sygeplejerske i 1979 og MPH i 2001. Hun har gennemført forsknings- og udviklingsprojekter om vanskelig adfærd hos ældre og har egen konsulent- og undervisningsvirksomhed med fokus på ældresektoren (www.masterclass-demens.dk). Desuden har hun arbejdet som vikar for hjemmesygeplejersker i flere kommuner.



PRIVATFOTO

»»» BLÅ BOG: JØRGEN PETER ÆRTHØJ

Jørgen Peter Ærthøj er kandidat fra Aarhus Universitet 1980 og praktiserende læge i Svenstrup fra 1989.

Han har deltaget i udvikling af "Shared care" på demensområdet i Region Nordjylland og i udviklingen af Dansk Selskab for almen Medicins E-læringsprogram "Den skrøbelige hjerne".

Han er medforfatter af Dansk Selskab for Almen Medicins demensvejledning fra 2006 og kursusleder og underviser på Lægeforeningens kursus i geriatri samt koordinerende læge i Nord-KAP, (Kvalitetsudvikling i almen praksis i Region Nord).



PRIVATFOTO

»»» BLÅ BOG: JENS KRONBORG DJERNES

Jens Kronborg Djernes er kandidat fra Aarhus Universitet 1977. Han er speciallæge i almenmedicin, intern medicin og geriatri og overlæge ved Psykiatrien i Region Nordjylland, Gerontopsykiatrisk Afdeling, Brønderslev Psykiatriske Sygehus. Han har tidligere virket som praktiserende læge og afdelingslæge på geriatrisk afdeling og har stor praktisk erfaring med delir. Jens Kronborg Djernes har skrevet om emnet i form af videnskabelige originalartikler og artikler i Månedsskrift for Praktisk Lægegering.



PRIVATFOTO

»»» ENGLISH ABSTRACT

Gottfredsen K, Ærthøj JP, Djernes JK. Primary nursing of elderly delirium patients. Sygeplejersken 2008;(15-16):44-51.

Delirium is a common condition, particularly among week elderly patients in the municipal elderly-care sector. The symptoms of delirium are clearly psychiatric, e.g. in the form of delusions, behaviour disorders and hallucinations, although the condition is almost always caused by underlying physical illness. The condition is frequently extremely unpleasant for the elderly person concerned, and there is a risk that the person can fall or otherwise sustain injury because of a distorted conception of reality.

The article is mainly aimed at nurses in the primary sector and describes tasks which nurses must carry out in connection with elucidation and handling of delirium in elderly individuals.

Key words: Delirium, primary sector nursing, tasks, municipal health sector, cross-disciplinary co-operation.

Unødvendig præmedicin

AF METTE D. LILLESØ, SIGRID ZIMMERMANN-NIELSEN OG KARIN ROSEN Lund, SYGEPLEJERSKER, LISE HOUNSGAARD, CAND.CUR., PH.D.

Artiklen henviser sig til sygeplejersker, der arbejder inden for områder, hvor der anvendes præmedicinering. Hovedbudskabet er, at præmedicin som standard før ambulante koronararteriografi (KAG) er unødvendig. Artiklen udspringer af en undersøgelse blandt 146 patienter på KAG-enheden, Odense Universitetshospital.

Som sygeplejersker på Kardiologisk Laboratorium på Odense Universitetshospital (OUH) assisterer vi ved ambulante koronararteriografi (KAG). Inden undersøgelsen får patienterne rutinemæssigt tbl. Stesolid 10 mg som præmedicin, og vi har ofte oplevet, at patienterne sætter spørgsmålstejn ved nødvendigheden af præmedicinering. De vil gerne følge med på undersøgelseskærmen under undersøgelsen og have mulighed for at stille spørgsmål og er bekymrede for, om den beroligende medicin vil forhindre dem i dette. Andre udtrykker en generel nervøsitet over præmedicinering, der giver associationer mod en operation og ikke en ambulante undersøgelse, og andre igen glemmer den givne information eller har svært ved at forstå, hvad der bliver sagt på grund af medicinens sløvende effekt.

I afdelingen diskuterede vi disse oplevelser og nåede frem til, at medicinens effekt reelt kan medføre patientforløb i konflikt med Patientklagenævnets retningslinjer om, at information til patienten bør gives før præmedicinering, eller når virkningen af denne er afsluttet. Vi blev derfor interesserede i mere systematisk at undersøge patienternes behov for præmedicin ved KAG og præmedicinens følgevirkninger for patientens erindring af den givne information og vil i denne artikel præsentere resultaterne af vores undersøgelse.

Rutineundersøgelse på 10 minutter

I Danmark har vi udført KAG siden 1977. I begyndelsen som forundersøgelse til en koronar bypassoperation, hvor patienterne var indlagt i tre døgn og skulle ligge stille under og efter undersøgelsen i op til 12 timer på grund af blødningsrisiko. Hvilket var årsagen til etablering af standarden med afslappende præmedicin. I dag er KAG en diagnostisk rutineundersøgelse på ca. 10 min. med få komplikationer, der, afhængigt af fund, fører til perkutan koronar intervention, koronar bypassoperation eller medicinsk behandling (se boks 1 side 54 for information om patientforløbet for en KAG-patient).

Manglende viden om præmedicin

Ved en systematisk litteratursøgning i nationale og internationale databaser vedrørende præmedicinering til ambulante patienter, herunder KAG-patienter, fandt vi ikke tidligere publiceret viden herom.

Alle danske nationale hjertecentre oplyser, at de tilbyder præmedicin ved KAG. Der anvendes forskellige typer af beroligende præparater. Bl.a. tbl. Stesolid, hvor ef-

ekten ifølge Lægeforeningens Medicinfortegnelse er forskellig fra patient til patient. Nogle oplever ingen ændring, mens andre bliver svimle under mobilisering og føler sig halvfulde. Andre bliver opstemte som en utilsigtet virkning, der oftest ses hos de mest nervøse patienter. Ganske få patienter bliver tungt sovende (1). Samtidig kan forflytning af patient fra seng til leje være besværlig, når patienten er påvirket af Stesolid.

En anæstesiologisk overlæge ved OUH videregiver erfaringer med, at præmedicin anvendt ved operative indgreb ofte virker længere end selve operationen. Frem for ukritisk anvendelse af beroligende medicin i operationsforberedelsen afdækker man derfor i dag i større udstrækning, hvad patienternes nervøsitet retter sig mod. Derfor får hjertekirurgiske patienter på OUH f.eks. ikke rutinemæssig præmedicinering, og kun få patienter får præmedicin før koronar bypassoperation.

Undersøgelsen

Formål

Patientens oplevelse er vigtig for at kunne vurdere og evt. revidere den nuværende standard for præmedicin, og formålet med undersøgelsen var at afdække patientens oplevelse af at være i et ambulante KAG-forløb. Følgende blev undersøgt:

- Patienters nervøsitet forud for KAG
- Patienters oplevelse af at få lavet KAG med eller uden præmedicin
- Patienters oplevelse af informationen i forbindelse med KAG med og uden præmedicin sammenholdt med henvisningsspor
- Patientens holdning til fremtidig præmedicin ved fornyet KAG.

Materiale og metode

Patienter, der blev indlagt til ambulante KAG via KAG Enheden ved OUH blev inkluderet konsekutivt i perioden august 2006 – december 2006.

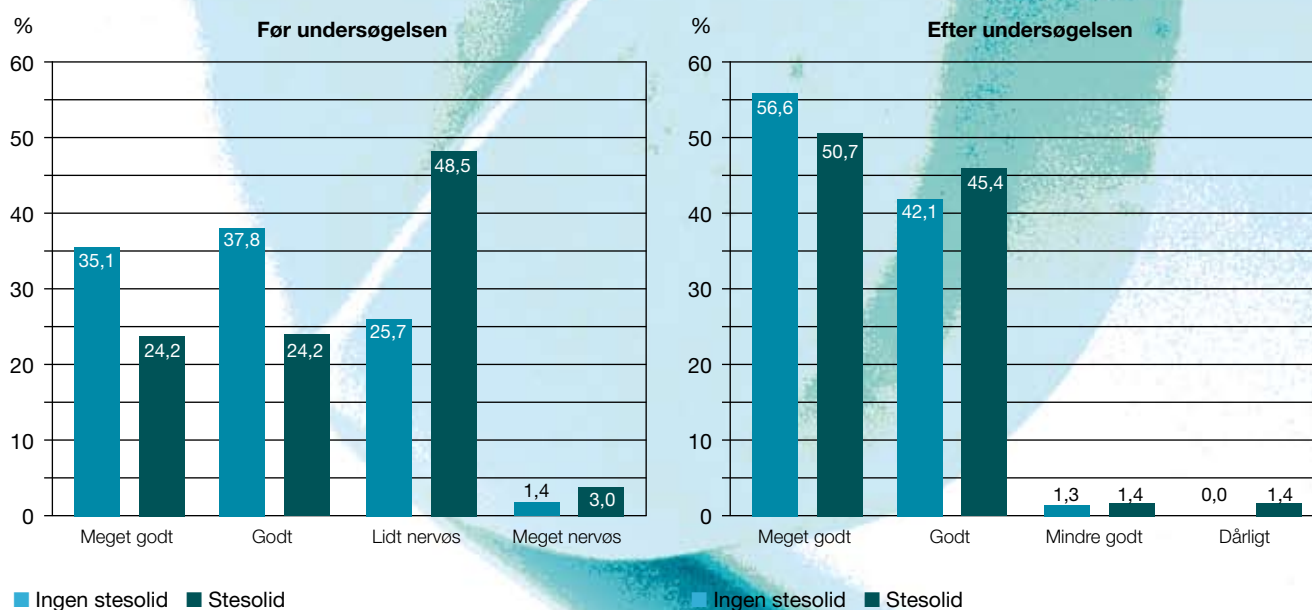
Patienterne blev fordelt via lodtrækning, hvor halvdel blev randomiseret til præmedicin og den anden halvdel til ikke at få præmedicin. Præmedicin var tbl. Stesolid 10 mg. Randomiseringen foregik ved, at der i ulige uger i undersøgelsesperioden blev givet den rutinemæssige præmedicin Stesolid 10 mg, og i lige uger blev der ikke givet tbl. Stesolid.

Til generering af data er der anvendt to prospektive spørgeskemaer. Spørgeskemaerne blev pilottestet på 10 patienter. Det ene spørgeskema blev udfyldt før KAG-

”I dag er KAG en diagnostisk rutineundersøgelse på ca. 10 min. med få komplikationer, der, afhængigt af fund, fører til perkutan koronar intervention, koronar bypassoperation eller medicinsk behandling.”

»» FIGUR 1. "HVORDAN HAR DU DET?"

Oversigt over svar på spørgsmålet: "Hvordan har du det lige nu?" Angivet i pct.



undersøgelsen og før medicinering med tbl. Stesolid og det andet efter KAG-undersøgelsen. Patienterne var vidende om, at de var randomiseret til Stesolidgruppen eller ikke-Stesolidgruppen, da de udfyldte det første skema.

Da det andet skema blev udfyldt, havde patienter i Stesolidgruppen indtaget tbl. Stesolid 3-4 timer forinden. Begge skemaer blev udfyldt og afleveret i KAG Enheden på undersøgelsesdagen. Et elektronisk dataindsamlings- og analysesystem blev anvendt til at udforme, indsamle og bearbejde data.

Inkluderede patienter på præmedicin, køn og alder

146 patienter blev inkluderet, og undersøgelsen kan derved ikke siges at være generaliserbar til alle KAG-patienter, men resultaterne peger på nogle tendenser, der diskuteres nedenstående.

70 patienter fik tbl. Stesolid (fremover Stesolidgruppen). 76 patienter fik det ikke (fremover ikke-Stesolidgruppen).

Kønsfordelingen i de to grupper var ens; 73 pct. mænd og 27 pct. kvinder.

Aldersfordelingen i de to grupper var også ens; 66,6 pct. er mellem 60 og 89 år. Resten mellem 40 og 59 år

(ganske få var under 40 år). Køns- og aldersfordelingen er i overensstemmelse med fordelingen inden for hjertesygdomme i Danmark (2).

Henvist fra, sammenhæng og nervøsitet

Patienterne var blevet henvist til KAG via fire spor: 27 pct. af praktiserende læge. 33 pct. af andet sygehus. 30 pct. af eget sygehus/afd. B. 10 pct. via andre igangværende projekter.

Som vist i figur 1 følte stort set alle patienter sig velinformerede om undersøgelsesforløbet. En patient følte sig dårligt informeret, og fire patienter ved ikke. Der var en ligelig fordeling mellem Stesolidgruppen og ikke-Stesolidgruppen.

I 99 pct. af tilfældene svarede patienterne ja til, at der »

))) TABEL 1. ÅRSAGER TIL NERVØSITET

Oversigt over svarfordeling på spørgsmålet: "Hvis nervøs – så for hvad?" Angivet i absolutte tal.

	Ingen Stesolid	Stesolid
Selve undersøgelsen	15	17
Svaret på undersøgelsen	22	16
Liggetid	4	4
Komplikationer	8	13
Andet	5	6
Intet svar	0	0

Den enkelte patient kan have sat flere kryds.

))) BOKS 1. PATIENTFORLØB VED KAG

KAG-enheden modtager årligt omkring 1.000 patienter til KAG. Indlæggelsen varer en dag, og som oftest undersøges fem til syv patienter pr. dag. Patienterne er henvist til KAG af praktiserende læge, andet sygehus eller internt fra OUH.

Inden for en uge efter modtagelse af henvisningen får patienterne tilsendt et brev med forventet tidspunkt for undersøgelsen sammen med en patientinformation om KAG. Hos patienter henvist fra praktiserende læge optages lægejournalen ca. en uge før undersøgelsen, hvor patienterne også taler med en hjertemedicinsk sygeplejerske om undersøgelsesforløbet.

På undersøgelsesdagen henvender patienterne sig på KAG-Enheden, hvor de informeres om dagens forløb, præmedicineres, får målt puls og blodtryk, lagt venflon og iklædes hospitalets tøj. Patienterne køres herefter i seng til Kardiologisk Laboratorium, hvor undersøgelsen gennemføres. Proceduretiden er kortvarig (ca. 10 min.). Under undersøgelsen kan der ved behov suppleres med intravenøs Stesolid. Patienten får umiddelbart efter undersøgelsens afslutning et foreløbigt svar og besked om den videre plan. Derefter køres patienten retur i sengen til patienthotellet, og efter ca. 2 timers sengeleje (liggetid) med stigende elevation og en times fuld mobilisering, kan patienten udskrives.

- » var sammenhæng mellem det, de var informeret om, og det, de oplevede. Patienterne angav at være meget godt/godt informerede, uanset hvorfra de var henvist.

57 ud af samtlige 146 patienter angav at være nervøse, svarende til 39 pct. De, der oplevede nervøsitet, blev spurgt om, hvad de var nervøse for. Patienterne i begge grupper svarede, at det var selve undersøgelsen samt svaret på undersøgelsen, de var mest nervøse for (se tabel 1 herover).

Patienterne blev spurgt om, hvordan de havde det før undersøgelsen. I ikke-Stesolidgruppen (henholdsvis Stesolidgruppen) angiver patienterne (se figur 1 side 53), at de oplever følgende tilstand inden undersøgelsen: 73 pct. (48 pct.) af patienterne har det meget godt/godt. 25 pct. (48 pct.) føler sig lidt nervøse. 2 pct. (4 pct.) er meget nervøse. Efter undersøgelsen angiver 97 pct. i begge grupper, at de har det meget godt/godt.

Alle patienter i begge grupper var orienteret om muligheden for supplerende Stesolid og morfin under un-

dersøgelsen. Som vist i tabel 2 side 55 fik seks fra ikke-Stesolidgruppen og 10 fra Stesolidgruppen dette.

Resultatet af KAG

I ikke-Stesolidgruppen (henholdsvis Stesolidgruppen) oplyser patienterne at have fået følgende svar efter undersøgelsen: 55 pct. (48 pct.) af patienterne fik svaret, at undersøgelsen var normal. 25 pct. (35 pct.) ville få skriftligt svar. 15 (15) pct. fik lavet ad hoc-ballonudvidelsesbehandling, 5 pct. (2 pct.) ved ikke. Fordelingen af de svar, som patienterne oplyser at have fået på resultatet af KAG, er således stort set identisk i de to grupper.

Diskussion af resultater

Præmedicin ændrer ikke nervøsitet

Det mest interessante i resultaterne er, at markant flere patienter i Stesolidgruppen dels føler sig mere nervøse end patienter i ikke-Stesolidgruppen, dels føler sig mindre godt tilpas generelt. Dette gælder både før og efter undersøgelsen. Patienterne har altså ikke stor gavn af præmedicinen, og resultaterne stiller spørgsmål ved, om det mon er Stesolid i sig selv, der trigger nervøsiteten, eller om det er omtalen af beroligende medicin i informationsmaterialet til patienten? Fra vores erfaringer fra dagligdagen i kardiologisk laboratorium hælder vi mest til den sidste forklaring; vores tilbud om beroligende medicin får helt enkelt patienterne til at tro, at der er noget at være nervøs for, hvorfor de bliver nervøse.

Resultaterne viser også, at Stesolid reelt ikke afhjælper nervøsiteten hos de nervøse patienter, hvorfor der umiddelbart ikke er nogen grund til at anvende standardiseret præmedicinering ved KAG. Dette styrkes af, at 75 pct. af patienterne i undersøgelsen giver udtryk for, at de ikke ønsker beroligende medicin rutinemæssigt, hvis de skal igennem et nyt KAG-undersøgelsesforløb.

Patienterne skal for det første ikke have unødigt medicin, og en sidegevinst ved ikke at give beroligende medicin er, at den samtale, patienterne tilbydes efter KAG-undersøgelsen med en kardiologisk læge, sandsynligvis erindres bedre af patienter, som ikke er påvirket af medicin.

Resultatet, der viser, at ganske få patienter fra såvel Stesolid- som ikke-Stesolidgruppen har haft brug for supplerende medicin under undersøgelsen, peger på, at denne i sig selv opleves acceptabel og smertefri for langt de fleste patienter. Et resultat, vi tilskriver den grundige forberedelse af patienterne, der støttes af, at stort set alle patienter oplever sammenhæng mellem information og

"Vores resultater viser, at præmedicinen hverken synes at afhjælpe patienternes nervøsitet eller påvirker deres oplevelse af undersøgelsen og tiden lige efter."

))) TABEL 2. BEHOV FOR MEDICIN

Oversigt over svar på spørgsmålet: "Behov for medicin i kardiologisk laboratorium?" Angivet i absolutte tal.

	De 76 patienter i ikke-Stesolidgruppen	De 70 patienter i Stesolidgruppen
Ingen supplerende medicin	69	58
Stesolid	2	4
Morfin	4	6
Anden medicin	2	2

Tabellen viser, at ganske få patienter fra såvel Stesolid- som ikke-Stesolidgruppen har haft brug for supplerende medicin under KAG-undersøgelsen.

undersøgelse, ligesom kvaliteten af informationsniveauet er uafhængig af, om patienten er henvist fra egen læge, eget eller andet sygehus. Dette tyder på, at vores informationsprocedurer er velfungerende.

Hvordan hjælpe de nervøse patienter?

Uanset indtagelse af tbl. Stesolid eller ej giver 25 pct. af patienterne udtryk for, at de generelt vil foretrække at få tbl. Stesolid ved en KAG-undersøgelse. Dette til trods for at vores resultater viser, at Stesolid faktisk ikke afhjælper denne nervøsitet. Men der vil sandsynligvis altid eksistere en gruppe patienter, som generelt er utrygge i mødet med den medicinske teknologi, som ved en KAG består i, at der indføres en kanyler i lysken til indsprøjtning af kontrast. Den bedste pleje, vi kan tilbyde denne gruppe af patienter, er ifølge vores erfaringer, at patienten tilbydes omsorg og støtte gennem en sygeplejerske, der er til stede under hele undersøgelsen, og som ikke har andre opgaver end at berolige patienten.

Ændret standard for præmedicin

Til forskel fra tidligere er KAG i dag en ambulant rutineundersøgelse, som i gennemsnit varer 10 min., og udgangspunktet for vores undersøgelse var et spørgsmål om nødvendigheden af en rutinemæssig præmedicinering med tbl. Stesolid.

Vores resultater viser, at tbl. Stesolid som præmedicin hverken synes at afhjælpe patienternes nervøsitet eller påvirker deres oplevelse af undersøgelsen og tiden lige efter. Det er derfor ikke nødvendigt at anvende standardiseret præmedicinering ved KAG, og vores resultater har medført, at sygeplejen og holdningen til præmedicin i kardiologisk afdeling på OUH er ændret. Der er blevet langt mere fokus på, om patienten er nervøs og for hvad, og sygeplejen tilpasses derefter. Desuden er standarden for præmedicin i afdelingen revideret efter aftale med den funktionsansvarlige overlæge. Fremover gives ikke fast tbl. Stesolid til KAG-patienterne, men efter behov.

Vi håber, at denne artikel har inspireret andre områder inden for sygeplejen, hvor der anvendes standarder for præmedicinering, til at udføre egne undersøgelser. Patienterne skal have de bedste forudsætninger for at modtage den nødvendige information og stille spørgsmål, og ikke mindst skal patienterne ikke have unødige medicin. Det er derfor ønskeligt, at de eksisterende standarder for præmedicin tages op til revision på landsplan.

"Vores tilbud om beroligende medicin får helt enkelt patienterne til at tro, at der er noget at være nervøs for, hvorfor de bliver nervøse."

Mette D. Lillesø, Sigrid Zimmermann-Nielsen og Karin Rosenlund er alle ansat ved Kardiologisk laboratorium, afd. B, Odense Universitetshospital; karin.rosenlund@ouh.regionsyddanmark.dk
Lise Hounsgaard er ansat i Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Forfatterne ønsker at takke overlæge dr.med. Per Thayssen samt kolleger i afd. B, Odense Universitetshospital, for samarbejdet under projektet.

Litteratur

1. Lægeforeningens Medicinfortegnelse 2006/2007, Lægeforeningens Forlag, 29. udgave.
2. Hjerteforeningen; www.hjerteforeningen.dk Hjerteforeningens hjertestatistik 2004.

))) ENGLISH ABSTRACT

Lillesø DM, Zimmermann-Nielsen S, Rosenlund K, Hounsgaard L. Unnecessary premedication. *Sygeplejersken* 2008;(15-16):52-5.

Standard premedication of coronary angiography (CAG) out-patients has been studied at Odense University Hospital (OUH) with regard to quality assurance. Included in the study are the experiences 146 patients of having CAG carried out with or without pre-medication with Stesolid 10 mg. Two different perspective questionnaires were used. One is completed prior to CAG and the other afterwards. The patients are randomly included with or without pre-medication with Stesolid.

The study shows that 75 % of patients did not experience nervousness during the CAG examination. Many experience being nervous when informed of the results of the examination. The majority of patients in the non-Stesolid group do not wish to be given premedication prior to renewed CAG examination. Half the Stesolid-group did want premedication prior to renewed CAG examination.

What was interesting about the study was that more patients in the Stesolid group said they had been nervous compared to those in the non-Stesolid group. This raises the question as to whether Stesolid actually gives rise to nervousness. If this is the case, then premedication with Stesolid has the opposite effect than that intended.

Premedication with Stesolid is no longer standard procedure with CAG patients at OUH. Standards for general premedication should be examined at a national level.

Key words: Coronary angiography (CAG), quality assurance, premedication, standard.



Begrebet validitet og anvendelse af begrebet i praksis

AF HELLE SVENNINGSEN, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, MKS, OG PREBEN ULRICH PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker i klinisk praksis. Den indeholder en introduktion og en udrådning af begrebet validitet samt eksempler på anvendelse af begrebet i klinisk praksis. Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med validitet.

Om validiteten er i orden, er ikke kun et spørgsmål, der er relevant for forskere, men også for sygeplejersker i praksis. Validitet udtrykker, om man vurderer eller måler det, man reelt ønsker at vurdere eller måle. Hver gang man i praksis træffer en beslutning eller foretager et skøn, indgår validitet som et mere eller mindre bevidst element.

Udviklingen går mod, at flere og flere beslutninger baseres på bl.a. anbefalinger fra referenceprogrammer og kliniske retningslinjer. I en række anbefalinger henvises der til anvendelse af konkrete metoder eller instrumenter. F.eks. hedder det i "Referenceprogram om hoftebrud" under anbefalinger for forebyggelse af akut konfusion:

"Patienter, der er særligt disponerede for at udvikle akut konfusion, bør identificeres allerede ved indlæggelsen ved anvendelse af "den simple hukommelsestest" (1).

Hvis man lokalt skal leve op til denne anbefaling, er det derfor nødvendigt at indføre en metode til systematisk vurdering af patienternes risiko for at udvikle akut konfusion. Hukommelsestesten, der her refereres til,

går ud på at stille patienten ni spørgsmål. Kan patienten besvare disse ni spørgsmål om tid, sted, egne data, telefonnummer osv., scorer patienten ni point. For hvert spørgsmål, der ikke besvares rigtigt, trækkes et point fra. En patient, der er fuldt orienteret i tid, sted og egne data, vil således opnå ni point, hvorimod en patient, der er påvirket kognitivt, vil score mindre.

Når man skal anvende en sådan test, er det nødvendigt at vide, hvad det er, testen vurderer, det vil sige dens validitet eller gyldighed. I denne anbefaling henvises til en konkret test, man kunne også have nøjedes med at henvise til en metode, " ... der identificerer patienter i risiko for at udvikle akut konfusion." Det ville betyde, at man i praksis var overladt til at foretage valg mellem forskellige scoringsredskaber og scoringsmetoder og derved at skulle sammenligne, hvordan disse er testet. For at kunne foretage denne sammenligning er det nødvendigt, at man har kendskab til, hvordan man kan validere scoringsredskaber og scoringsmetoder, og hvad de forskellige validitetsformer dækker over. I sygeplejen er der stadig mange områder uden kliniske retningslinjer, referenceprogrammer eller anbefalinger, og det er derfor relevant, at sygeplejersker kender til metoder, der kan hjælpe til en afklaring af, hvilke instrumenter eller scoringsredskaber der må antages at være de bedste.

I denne artikel vil vi derfor introducere begrebet validitet, vise begrebets mangfoldighed og beskrive de mest almindelige måder at undersøge validitet på. Der

"Begreberne validitet og reliabilitet ses næsten altid sammen. Validitet betyder gyldighed, og reliabilitet betyder pålidelighed."

»» FIGUR 1. TYPOLOGI OVER VALIDITETSMULIGHEDERNE VED INDHOLDSANALYSE

Validitet										
Over-Flade-validitet*	Social validitet	Empirisk validitet								
		Evidens baseret på:								
Virker umiddelbart sandsynligt, fornuftigt og plausibelt	Adresserer vigtige sociale emner, der kan medvirke til offentlig debat	Indholdsvaliditet*				Indvendige strukturer/ Konstruktionsvaliditet*		Sat i relation til andre variable/ Kriterievaliditet*		Prædiktiv validitet
		Udvalgsvaliditet		Betydningsvaliditet	Strukturel validitet	Funktionel validitet	Korrelativ validitet			
		Af medlemmer: I hvilket omfang udvælgelsen af medlemmer er foretaget præcist, så den er repræsentativ for den population, den er udtrukket fra	Af repræsentanter: I hvilket omfang udvælgelsen præcist repræsenterer en bestand af fænomener ud over dem, de er trukket ud fra	I hvor høj grad de analyserede kategorier præcist beskriver meninger og anvendelser i den valgte kontekst	I hvor høj grad de analyserede konstruktionsmodeller danner stabile sammenhænge i den valgte kontekst	I hvor høj grad de analyserede konstruktionsmodeller kan anvendes fornuftigt	Konvergent validitet I hvilket omfang resultaterne hænger sammen med de variable, man ved måler på de samme fænomener og betragter som valide	Diskriminant validitet I hvilket omfang sammenhænge er udelukket mellem resultater og variable, når det er kendt, at de måler på fænomener, der tydeligt er forskellige fra hensigten	I hvilken grad de forventede observationer vil forekomme på et tidspunkt	

Frit oversat efter Klaus Krippendorf, (13) s. 319

* Uddybes nærmere i teksten

er desværre ikke fuldstændig enighed om betegnelserne for de forskellige typer af validitet i litteraturen, men for sygeplejersker i praksis vil det være indholdet af overvejelserne om validiteten, der er af betydning og ikke de enkelte benævnelser. Vi nævner både de engelske og danske betegnelser for at lette forståelse og genkendelse. Ved de udvalgte validitetsmåder gives eksempler, der illustrerer, hvilke situationer de kan anvendes i (se figur 1 herover).

Validitet kontra reliabilitet

Begreberne validitet og reliabilitet ses næsten altid sammen. Validitet betyder gyldighed, og reliabilitet betyder pålidelighed (2). En tests, et spørgeskema, et scoringsredskabs eller et måleinstrumentes validitet refererer til dets evne til at vurdere/måle det, som det tilstræber at vurdere/måle (3-5). Reliabilitet henviser derimod til, hvor pålideligt instrumentet eller skalaen vurderer/måler, altså om gentagne vurderinger/målinger giver samme resultat, forudsat at situationen er den samme (11).

På engelsk anvendes begrebet måling (measurement), men på dansk skelnes mellem vurdering og måling afhængigt af den skalatype, der anvendes. I forbindelse med nominalskalaer (køn, diagnose, bopælskommune osv.) og ordinalskalaer (tilfredshedsvurdering, grad af kvalme, smerter osv.) anvendes på dansk begrebet ”vurdering”, da det ikke giver mening at måle en persons køn, diagnose eller kvalme. Ved ratioskalaer (temperatur) eller ratio-interval-skalaer (højde, vægt, blodpro-

cent osv.) anvendes begrebet ”måling”, idet der her anvendes et apparat, der direkte måler det, man ønsker information om (se tabel 1 side 58).

Resultatet skal give mening

Når man taler om validitet og reliabilitet, anvendes begreberne ofte i flæng, som om det er to uafhængige størrelser. Men det er det ikke. Hvis man ønsker at udtale sig om en persons vægt og ved 10 gentagne målinger får resultatet 1,86 cm, vil man konkludere, at der er en høj reliabilitet, da gentagne målinger gav samme resultat. Men fortæller resultaterne noget om personens vægt? I dette tilfælde har man ringe validitet (ingen vægtangivelse) men høj reliabilitet (samme resultat hver gang), men resultatet gav ingen mening. Det, man derfor først må tilstræbe, er høj validitet, derefter kan man beskæftige sig med reliabilitet.

Validitetsformer

Når vi gerne vil kende eller kunne vurdere gyldigheden af forskellige test, scoringsredskaber og scoringsmetoder, får vi brug for forskellige former for validitet.

Overfladevaliditet (face validity) refererer til, hvordan et spørgeskema, et scoringsredskab og en scoringsmetode umiddelbart ser ud. Overfladevaliditet er ikke direkte målelig, men baserer sig på vores fornemmelser og umiddelbare vurderinger. Hvordan er layoutet? Er ordene til at forstå?

I forbindelse med indførelse af et scoringsredskab, ob-

))) TABEL 1. BESKRIVELSE AF SKALATYPER

Skalaens betegnelse	Måles		Vurderes	
	Ratio-interval-skala	Intervalskala	Ordinalskala	Nominalskala
Beregningsmæssige fakta	Måles i klassiske måleenheder, f.eks. kg, cm	Måles i klassiske måleenheder, f.eks. grader	Kan rangordnes	Kategoriseringssystem, hvor objektet placeres i én og kun én kategori
	Afstanden mellem naboværdierne er lige store i hele skalaens længde	Afstanden mellem naboværdierne er lige store i hele skalaens længde	Afstanden mellem naboværdier er ikke konstant	Ingen "størrelse" af dataværdien
	Har et egentligt nulpunkt	Har <u>ikke</u> et egentligt nulpunkt	Kan have et egentligt nulpunkt	Beregning (af f.eks. gennemsnit) er ikke muligt
Eksempel	Vægt, højde, mortalitetsprocent	Temperatur	VAS, RASS, Meget enig/enig/uenig	Mand/kvinde, død/levende, diagnose, bopælskommune

» observationskema eller lignende vil det være oplagt altid at undersøge overfladevaliditeten. Hvis instruksen er kompliceret og indeholder mange elementer, er der stor risiko for dårlig overfladevaliditet og dermed dårligere udfyldelsesgrad eller for, at der gives forkerte oplysninger.

Sundhedsstyrelsens vejledning om ernæring (6) har mange elementer: BMI-udregning, vægttab, nedsat kostindtag, sygdomsgrad, alder, aktuelle vægt, vægtvedligeholdelse eller vægttab, febrilia, adipositas og aktivitetsniveau. Hvad forstår den enkelte ved disse mange elementer? Og mindst lige så interessant: Får alle samme resultat, når de udregner behovet for samme patient? En meget kompliceret udregning, små, svært læselige bogstaver eller et uklart sprog medvirker til en reduktion i overfladevaliditeten.

For plejepersonalets vedkommende kunne en vurdering af overfladevaliditeten gennemføres ved at bede 10 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter udføre en ernæringsberegning på én patient. Derefter spørger man, hvor i processen de havde vanskeligheder, hvad der var svært at forstå i vejledningen osv.

Ønsker man, at patienter skal besvare et spørgeskema, kan man bede 10 patienter om at udfylde det ønskede skema og dernæst interviewe patienterne, om de synes, spørgeskemaet er læservenligt, skriftstørrelsen passende, hvordan de forstod spørgsmålene, om nogle formuleringer er tvetydige, svarkategorierne passende og logiske, samt bede dem om at fortælle, hvordan de har forstået

spørgsmålene og derved har svaret på det, der reelt ønskes svar på. En positiv oplevelse og angivelse fra patienterne og korrekte oplysninger til personalet vil vise en høj overfladevaliditet af det aktuelle scoringsredskab eller spørgeskema.

Indholdsvaliditet

Indholdsvaliditet (content validity) drejer sig om, hvorvidt de områder, instrumentet omhandler, rent faktisk testes i de områder, som instrumentet angiver. Hvis f.eks. en gruppe sygeplejersker, fysioterapeuter og læger med specialviden inden for hud, sår, mobilitet og ernæring skal vurdere, om Braden-skalaen (7) kan anvendes til at forudsige risikoen for at udvikle tryksår, vil de se på indholdselementerne i instrumentet. Hvis eksperterne vurderer, at Braden-skalaens seks områder (sensorisk perception, aktivitet, mobilitet, indtagelse af ernæring, fugt og gnidning/forskydning) findes relevante og tilstrækkeligt beskrevet til at forudsige, i hvor høj grad patienten er i risiko for at udvikle tryksår, er indholdsvaliditet høj.

Det er således en gruppe eksperter, der hver især har vurderet instrumentet eller skalaen, og når der efterfølgende opnås konsensus, er det udtryk for god indholdsvaliditet. Kan der ikke opnås konsensus, eller kun på dele af instrumentet eller skalaerne, er der tale om lav indholdsvaliditet, og de dele, der ikke blev opnået konsensus om, må enten revideres eller fjernes.

Begrebet eksperter dækker meget bredt, det skal opfattes som dem, der har viden om og kendskab til et felt. Hvis man med udgangspunkt i et patientperspektiv ønsker at vurdere patienters tilfredshed med pleje og behandling ved hjælp af et spørgeskema, kunne man benytte patienter til at vurdere, om relevante områder dækkes af det udarbejdede spørgeskema.

”Validitet er relevant i praksis, når man ønsker at vide, om man vurderer eller måler det, man reelt ønsker at vurdere eller måle.”



”Når man taler om validitet og reliabilitet, anvendes begreberne ofte i flæng, som om det er to uafhængige størrelser. Men det er det ikke.”

Indholdsvaliditet omhandler altså, hvorvidt de valgte kategorier er repræsentative for de fænomener, de skal fortælle noget om. Umiddelbart kan det synes fristende at medtage alle aspekter, der kan tænkes at have betydning for nogle forhold. Men et instrument, der dækker alle forhold, der kan have betydning, kan meget vel blive for stort og besværligt at bruge i praksis. Der skal derfor altid foretages en afvejning af detaljeringsgrad, præcision og ressourceforbrug ved valg af instrumenter og skalaer.

Kriterievaliditet

Kriterievaliditet (criterion-related validity), kaldes undertiden også instrumental validitet. Udtrykket dækker over, at et instrument valideres ved at blive holdt op imod et eller andet afgørende kriterium (en ”guldstandard”). Det kaldes og bruges som det klassiske validitetsbegreb. Der er to mulige måder at undersøge kriterievaliditet på: Enten ved at indsamle data via instrumentet og samtidig kontrol (concurrent validity), f.eks. ved at sygeplejersken anvender et instrument for konfusion og samtidig angiver, hvad hun selv subjektivt vurderer, eller ved at data indsamles fra samme patient på forskellige tidspunkter (predictive validity), f.eks. ved at sygeplejersken anvender samme konfusionstest, og patienten senere i indlæggelsen interviewes om, hvor vidt vedkommende selv har oplevet at være konfus. Hvis instrumentet/scoringen angav, at patienten havde konfusion, og patienten senere i et interview gav udtryk for at have oplevet konfusion, var instrumentet god til at prædikere/forudsige konfusion (8). Derved angives instrumentets evne til at forudsige noget centralt i forhold til den latente variabel, det forhold vi ville vide noget om, dvs. konfusion. Principielt er kriterievaliditet en stærk form for validitet, men ofte vil der være problemer med at opstille dækkende kriterier til at vurdere resultaterne ud fra.

Konstruktionsvaliditet

Konstruktionsvaliditet (construct validity) er den mest teoretiske type validering. Den refererer til det hypotetiske begreb, der antages at ligge bag det område, instrumentet skal afdække. Dette er især relevant at fokusere på ved forskning inden for begreber, der er sammensat af f.eks. psykologiske begreber. I sygeplejen kunne det dreje sig om fatigue, der oversættes til patologisk træthed, men som er langt mere omfattende end fysisk træthed (9,10). I dette tilfælde vil træthed ses som en del af et netværk af lignende begreber (konstruktioner). En række hypoteser opstilles på baggrund af eksisterende teorier på området. Dernæst afprøves instrumentet med udgangspunkt i fle-

re af de relevante hypoteser, og det vil på sigt være muligt at afgøre, om instrumentet afdækker det ønskede område tilfredsstillende og derved er konstruktionsvalid. En yderligere gevinst ved at teste konstruktionsvaliditeten er, at der skabes sammenhæng mellem teori og praksis i det.

Konstruktionsvaliditet er således en fortløbende proces, hvor man lærer mere om det konstruerede og instrumentet, der afdækker det.

Andre former for validitet

I medicinsk forskning er validitet også et udtryk for, hvor metodisk stringent et klinisk forsøg er gennemført, således at risikoen for systematiske fejl (bias) er minimeret (11). Der skelnes mellem intern validitet som et udtryk for, om resultaterne er et korrekt estimat af effekten i den del (stikprøve) af populationen, der er undersøgt, og ekstern validitet, som er resultatet af et estimat af effekten i hele den population, som stikprøven repræsenterer. Denne form for validitet henviser ikke til instrumenter eller skalaer, derfor vil vi ikke berøre disse begreber nærmere i denne artikel.

Validitet er relevant i praksis, når man ønsker at vide, om man vurderer eller måler det, man reelt ønsker at vurdere eller måle. Forhåbentlig har denne gennemgang og oversigt over de mest anvendte validitetsbegreber gjort det lettere at forstå, hvad forskere mener, når de taler om de forskellige validitetsformer i videnskabelige artikler. Selv om det hævdes, at den ene form for validering ikke er bedre end den anden, idet det er en kombination af de mulige valideringsformer ved et instrument, der samlet giver den stærkeste validering (12), må man anse overfladevaliditet for at være det laveste niveau. Et niveau, det er en absolut nødvendighed at gennemføre ved anvendelse af alle instrumenter, observationsskemaer og spørgeskemaer.

Helle Svenningsen er klinisk sygeplejespecialist på anæstesiaafdelingen, Århus Sygehus; helle.svenningsen@as.aaa.dk

Preben Ulrich Pedersen er lektor på Institut for Folkesundhed, afdeling for sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.

Litteratur

1. Referenceprogram om hoftebrud. Behandling, pleje og genoptræning af patienter med hoftebrud. København: Ugeskrift for Læger; 1999.

Fædregrupper i sundhedsplejen

Fædre kommer stadig mere på banen i forhold til deres børn. De fleste har den nødvendige selvtilid, men nogle oplever usikkerhed om far-rollen. Her kan specifikke tilbud til fædre gennem sundhedsplejen være med til at bane vejen for en bæredygtig far-identitet og far-barn-relation.

Det viser erfaringer fra forskellige projekter i Danmark, netop offentliggjort i antologien "Stemmer fra praksisfeltet. Fortællinger til inspiration i arbejdet med den tidlige indsats", udgivet af Sundhedsstyrelsen.

I fædregrupperne bliver der undervist og leget med børnene, og der deles bekymringer og usikkerhed om far-rollen, barselsregler, børns udvikling, deres gråd, børneopdragelse, sygdomme, førstehjælp mv.

Projekterne er gennemført under satspuljemidlerne 2003, og det er dejligt at se, at sundhedsplejersker via puljen tager et ansvar for etablering af nogle af de kønsspecifikke tilbud, der generelt er behov for i vores social- og sundhedssystem. Læs mere om projekterne på www.sst.dk > Søg på "stemmer fra praksisfeltet". (er)

Sygeplejeelastisk tråd til fri afbenyttelse

En sygeplejeelastisk tråd kan købes i Dansk Sygeplejeråds butik, og hensigten med tråden er, at den skal binde medlemmerne af Sygeplejerådet sammen i et forpligtende fællesskab.

Det lyder usandsynligt, og det er det også. Sygeplejeelastisk tråd er såmænd bare, hvad Sygeplejeetisk Råd kan blive til, når man lider af moderat høretab på begge ører. Det fortalte rådets tidligere formand *Edith Mark* ved sin afskedsreception i juni i år. Her gav hun formandsstafetten videre til sundhedsplejerske *Lone Langkjær*, som nu svinger den etiske fane for sygeplejerskerne.

Rådet behandler henvendelser fra sygeplejersker, fra Dansk Sygeplejeråd og tager sager op på eget initiativ. Medlidenhedsdrab og kejsersnit uden medicinsk indikation hører til de nyere sager, som rådet har drøftet.

Sygeplejeetisk Råd har 10 medlemmer, heraf en formand på 16 timer, og rådet arbejder for sygeplejerskerne i Danmark, bl.a. ved at deltage i nordisk samarbejde om etik, næste gang ved en konference på Færøerne i september.

Opfordring: Brug Sygeplejeetisk Råd, sæt medlemmerne i arbejde. Spørg f.eks. rådet, hvis I har et dilemma, I ikke kan få has på eller et etisk problem, I ønsker nye øjne på.

Læs mere på www.dsr.dk > fag > etik (ib)

Svar på Testen side 61

- 1: a.
- 2: a.
- 3: b.
- 4: a.
- 5: b.

Kilde: Geriatrik sygepleje. God omsorg til den gamle pasienten. Gyldendal Akademisk, 2008. Red. *Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb, Anette Hylen Ranhoff.*

2. Brüel S. *Gyldendals Fremmedordbog*. København; Gyldendal; 1979.
3. Zachariae B. *Det vellykkede eksperiment: Introduktion til klinisk eksperimentel forskningsmetode*. København: Munksgaard; 1998.
4. Polit F, Beck C, Hungler B. *Essentials of nursing research, Methods, Appraisal, and Utilization*. Philadelphia: Lippincott; 2001.
5. Jacobsen SE. *Evaluating Instruments for Use in Clinical Nursing Research*. In: Frank-Stromborg M, editor. *Instruments for Clinical Nursing Research* Boston, London: Jones and Barlett Publishers; 1988 3-19.
6. Christensen A, Hejgaard T. *Bedre mad til syge – fællesrapport. Erfaringer fra 14 projekter og idéer til den fremtidige ernæringsindsats*. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
7. Jørgensen B, Bermark S. Tryksår skal forudses frem for behandles. *Sygeplejersken* 2001;101(43):44-6.
8. Svenningsen H. *Dansk scoringsredskab til vurdering af intensiv delir. Oversættelse og validering af CAM-ICU*. Århus: Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 2006.
9. Pedersen L. *Behandling af fatigue (patologisk træthed) hos kræftpatienter – med fokus på kræftpatienter i palliativ fase*. *Ugeskr.Læger* 2007;169(44):3762-65.
10. Yngman-Uhlin P, Edell-Gustafsson U. *Self-reported subjective sleep quality and fatigue in patients with peritoneal dialysis treatment at home*. *Int.J.Nurs.Pract.* 2006 Jun;12(3):143-152.
11. Andersen IB, Matzen P. *Evidensbaseret medicin*. København: Gads Forlag; 2005.
12. Foldspang A. *Folkesundhedsvidenskab*. In: Andersen D, Havsteen B, Riis P, Almins G, Bock E, Hørder M, editors. *Sundhedsvidenskabelig forskning. 2. udgave ed*. København: F.A.D.L.; 2004. p. 563-590.
13. Krippendorff K. *Content Analysis – An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks: SAGE Publications; 2004.

))) ENGLISH ABSTRACT

Svenningsen H, Pedersen PU. The concept of validity and its application in practice. *Sygeplejersken* 2008;(15-16):56-60.

The article introduces the concept of validity, demonstrates the multiplicity of the concept and describes the most common ways of examining validity. In addition to this, a figure is presented which shows types of scale and their use.

The main message is that validation should become a normal part of clinical practice when implementing new methods. The article gives examples of situations in which validation considerations are relevant and which methods it would be possible to use.

Key words: Validation, methods, measurement, assess.

Dialogmøder for de statsansatte sygeplejersker

Overenskomstforhandlingerne på det offentlige område har rejst en række spørgsmål blandt de statsansatte sygeplejersker. Derfor afholder Dansk Sygeplejeråd dialogmøder i hele landet. På møderne vil Dansk Sygeplejeråd orientere om de forlig, der er indgået – og om den fremadrettede strategi for ligeløn. Møderne for de statsansatte sygeplejersker finder sted som følger:

■ KREDS NORDJYLLAND DEN 25. AUGUST 2008

I Aalborg Kongres & Kultur Center, Europa Plads 4, 9000 Aalborg, kl. 17.00. Tilmelding med oplysning om medlemsnummer til sg@dsr.dk eller msl@dsr.dk, eller på telefon 46 95 40 77 / 46 95 40 65 senest den 18. august 2008.

■ KREDS MIDTJYLLANDS DEN 1. SEPTEMBER 2008

I kredsens lokaler i Århus, Mindegade 10, 8000 Århus C, kl. 17.00. Tilmelding med oplysning om medlemsnummer til karenladefoged@dsr.dk eller på telefon 89 28 15 02 senest den 25. august 2008.

■ KREDS SJÆLLAND DEN 2. SEPTEMBER 2008

I Roskilde Kongres- og Idrætscenter, Møllehusvej 15, 4000 Roskilde, kl. 17.00. Tilmelding på telefon 70 21 16 64 med oplysning om medlemsnummer senest den 26. august 2008.

■ KREDS SYDDANMARK DEN 9. SEPTEMBER 2008

I Fredericia Messecenter, Vestre Ringvej 101, 7000 Fredericia, kl. 17.00. Tilmelding med oplysning om medlemsnummer til sg@dsr.dk eller msl@dsr.dk, eller på telefon 46 95 40 77 / 46 95 40 65 senest den 1. september 2008.

■ KREDS HOVEDSTADEN DEN 11. SEPTEMBER 2008

I Dansk Sygeplejeråd, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K, kl. 17.00. Tilmelding med oplysning om medlemsnummer til kredshovedstaden@dsr.dk senest den 3. september 2008.



TESTEN



Temaet er træthed hos gamle, test dig selv eller din kollega.

- 1** *Hvordan defineres træthed, når man er gammel?*
- Den gamle orker ikke så meget og mangler energi. Aktivitetsniveauet er reduceret.
 - Den gamle dyrker ikke sport længere og klager over synsforstyrrelser.

- 2** *Hvilke årsager er der til, at gamle mennesker er trætte?*
- Der kan være tale om træthed pga. aldersforandringer, senfølger efter sygdom og akut eller kronisk sygdom.
 - Træthed hos gamle skyldes hos 20 pct. et overforbrug af stimulanser, hos ca. 10 pct. er lavt hæmoglobin årsagen.

- 3** *Unormal træthed er vanskelig at registrere, hvordan kan man få overblik over tilstanden?*
- Ved at forholde sig aktivt til personens livshistorie.
 - Ved at inddele tilstanden i akut, subakut og kronisk træthed, og ved at tale med den gamle om trætheden.

- 4** *Hvordan ytrer kronisk træthed sig?*
- Det er træthed, der har udviklet sig langsomt (over tre måneder). I let grad kan tilstanden skyldes normal aldring, men tilstanden kan også skyldes sygdomme i bl.a. hjerte, nyrer og lever, som giver kronisk organsvigt.
 - Kronisk træthed skyldes i 25-30 pct. af tilfældene understimulering. Tilstanden ytrer sig ved manglende fritidsinteresser og hyppigt også ved manglende netværk.

- 5** *Hvordan opdager sygeplejersken unormal træthed hos gamle?*
- Den gamle vil selv gøre opmærksom på problemet.
 - Hvis den gamle er meget træt, kan det være svært at vide, om trætheden er forårsaget af normal aldring, eller om årsagen er bagvedliggende sygdom. Derfor må sygeplejersken indsamle data og indhente information hos den gamle. Om nødvendigt må hun kontakte den gamles læge.

Se svarene på TESTEN side 60.

Inspiration til spejling



Lars Rasborg
Miljøterapi med børn og unge
 2. udgave
 Akademisk Forlag 2007
 232 sider – 269 kr.
 ISBN 978-87-500-3727-9

Vi danner livserfaringer fra fødslen. Nogle fødes af forældre med evne til at se barnet og intuitivt forstå dets signaler og reaktioner, så det støttes i trykthed og udvikling. Andre mødes med langt større udfordringer: Forældre drevet af deres egne behov.

Lars Rasborg, pædagog og psykolog, har gennem flere år arbejdet med omsorgssvigtede børn og unge. Børn, der reagerer med flugt, kamp og modstand eller undvigende og tilpasset adfærd, hvor de på overfladen har tillært sig færdigheder, der tilfredsstillende omverdenen.

Bogen fokuserer på behandling af disse børn. Den teoretiske forståelse for, hvordan børn udvikler sund jegidentitet og følelse af trykthed og accept gennemgås. Som model beskrives hæmmende vilkår for børns udvikling for at give forståelse for de reaktionsmønstre, det omsorgssvigtede barn udvikler.

Forståelse for barnets oplevelser og adfærd er hovedbudskabet i bogen, der giver et bud på, hvordan svært omsorgssvigtede børn og unge mødes ud fra deres negative selv- og verdensbillede og udviklingsstadiet og hjælpes til mere hensigtsmæssig udvikling. Rasborg beskriver ud fra sin praksiserfaring børn, som kæmper for at overleve i en kaotisk og uforståelig verden. Det kalder på sympati. Men sympati og omsorg er ikke nok til at hjælpe disse børn og unge. Pædagogik er heller ikke nok til at hjælpe barnet til at udvikle sig og ændre adfærd radikalt. Pædagogik defineres som et middel til at ændre adfærd på det ydre plan, så det tilfredsstillende den voksnes forventninger.

Risikoen er, at barnet overtilpasser sig eller kæmper imod, fordi det føler sig misforstået og krænkede, og således fortsætter omsorgssvigtet.

Spejling er en metode, hvor den voksne spejler barnets handlinger, tanker og følelser og kommer med refleksioner om baggrunden herfor med udgangspunkt i barnets livshistorie. Målet er at se, rumme og give barnet accept, så det gradvist udvikler trykthed og mod til at danne relation til den voksne, der kan støtte barnet i at udvikle evnen til at identificere egne følelser og tænke og handle sammenhængende.

Bogen er systematisk opbygget og refererer til teorier inden for den psykodynamiske forståelse. Den er rettet mod professionelle, der arbejder med omsorgssvigtede børn og unge i institutionsmiljø eller plejefamilie. Eksemplerne og den kortfattede, men grundige teoretiske gennemgang, inspirerer til at anvende metoden i praksis. Bogen er bestemt relevant for personale i psykiatri og behandling, hvor tilknytnings-, relations- og virkelighedsopfattelse er påvirket.

*Af Lone Monsen, sygeplejerske,
 ansat i børne- og ungdomspsykiatrisk
 speciallægepraksis.*

En rigtig praktikerbog



Lise Gullestrup og
 Inger Merete Terp
Fødselsdepression
 PsykiatriFondens Forlag 2008
 180 sider – 175 kr.
 ISBN 978-87-90420-59-8

Da min farmor som 40-årig fik sit tredje barn, lå hun tre måneder i sengen og græd, imens omgivelserne uforstående og magtesløse så til. I dag ville man have forstået, at hun havde en fødselsdepression. Ifølge Lise Gullestrup og Inger Merete Terp får ca. ti pct. af kvinder, der lige har født, en fødselsdepression og ca. syv pct. af de nybagte fædre. Deres bog om fødselsdepression henvender sig til de unge familier, men også til de professionelle, som beskæftiger sig med gravide og familier med spædbørn. Jeg vil nu tøve med at anbefale den til en familie ramt af fødselsdepression, for som forfatterne et sted i bogen skriver: "Kvinden – og hendes partner – har brug for at vide noget om, hvad en fødselsdepression generelt er. Informationen må gives kort og enkelt, da kvinden ikke kan tage meget ny information ind." Bogen er simpelthen for omfattende. Til gengæld er det en rigtig praktikerbog, som fortjener at blive godt slidt i hjørnerne. Jeg har ikke mødt nogen anden bog om emnet, som er så direkte anvendelig og omsættelig i praksis.

Symptomer på en fødselsdepression, og hvordan den kan skelnes fra andre reaktioner, der kan opstå efter en fødsel eksempelvis PTSD, angst og sorg, bliver beskrevet. Med udgangspunkt i D. Sterns teorier redegøres for konsekvenser for mor-barn-relationen og for barnets mestrings- og overlevelsesstrategier. Selv lette depressioner har betydning for relationen til barnet og for dets udvikling og kan, hvis tilstanden er langvarig og ubehandlet, få varige konsekvenser.

Behandlingen har tre mål: At hjælpe kvinden ud af depressionen, at styrke kontakt og samspil imellem mor og barn og at bevare familien.

Selvom mor-barn-relationen er meget i fokus, er faderens rolle nævnt som meget central. Dels er det vigtigt at få ham inddraget i behandlingen, dels er han vigtig i omsorgen for barnet. Et kapitel omhandler mænds fødselsdepressioner, som sandsynligvis udspringer af samme årsagssammenhænge som kvinders, men har et andet udtryk.

Edinburgh fødselsdepressionsskala og Gotlandsskalaen er arbejdsredskaber, som kan give en pejling på, om henholdsvis kvinde eller mand er ved at udvikle en fødselsdepression. Brugen af begge skalaer er beskrevet.

De mange cases anskueliggør teorierne, indholdsfortegnelsen er detaljeret, bogen velskrevet og veldisponeret med mange henvisninger til videre fordybelse i anden litteratur, som er at finde i litteraturlisten.

De to forfattere, henholdsvis psykolog og psykiater, er erfarne damer. Siderne i bogen har bladret sig selv, det har været en fornøjelse fra første til sidste side at blive delagtiggjort i deres viden.

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

Illustrationer af høj kvalitet, nu med animation

”Biokemibogen” giver et opdateret billede af, hvordan man arbejder med biokemi i dag. Bogen har fokus på grundlæggende områder af biokemien f.eks. cellen, proteiner, energi i økosystemer og kroppens stofskifte. Indholdsmæssigt indeholder denne bog derfor ikke emner, man ikke vil kunne finde beskrevet i andre bøger. Et vigtigt mål har været at formidle indholdet på en forståelig og inspirerende måde med begrænsede krav til læserens kemiske forhåndsviden. En udfordring i formidlingen af faget biokemi er, at det ikke er håndgribeligt og noget, man kan se. Derfor er det specielt vigtigt i formidlingen, at illustrationerne er talrige og pædagogisk og fagligt gennemtænkte. Både teksten og illustrationerne synes vellykkede i bogen. Specielt illustrationerne har en høj kvalitet med farvede figurer, hvor overblikket lettes, da farverne mellem forskellige grupper af molekyler er gennemgående på tværs af figurerne. Denne kvalitet af illustrationerne letter forståelsen af teksten, så der skulle være gode muligheder for, at læsere finder bogen forståelig og inspirerende. Det er ligeledes værd at bemærke, at bogen har en hjemmeside, hvor illustrationerne fra bogen kan findes, og centrale processer er animeret. Når

hjemmesiden er fuldt udviklet, kan den ligeledes understøtte forståelsen af emnerne i bogen.

Bogen er primært rettet mod biologi på A- og B-niveau på de gymnasiale uddannelser, sekundært kan den være interessant for lærerseminarerne og de mellemlange sundhedsuddannelser. For studerende på sygeplejerskeuddannelsen kan dele af bogen være relevante, men kapitler, der omhandler emner som økosystemer og planter, er uden for pensum. En anden ting er, at bogen kun dækker de mest basale dele af biokemien. Den organspecifikke biokemi samt kliniske aspekter mangler, og bogen skønnes derfor kun at kunne anvendes som supplerende læsning, men den kan også være relevant for dem, som har svært ved at læse og forstå biokemi.

Af Peter Errboe Jensen, cand.scient., ph.d., underviser og afsnitsansvarlig modul 1-4, VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.



Kresten Cæsar Torp
Biokemibogen
 – liv – funktion – molekyle
 Nucleus Forlag 2007
 204 sider – 240 kr.
 ISBN 978-87-90363-35-2

De hygiejniske principper i højsædet

Da sårsygeplejerske *Benedicte Pio* i 2002 gennemførte ”Efteruddannelse for sygeplejersker der beskæftiger sig med mennesker med sår”, bestod hendes opgave af en video om sårbehandling ved hjælp af rene rutiner.

Nu er videoen udgivet som dvd i samarbejde med Videncenter for Sårheling på Bispebjerg Hospital.

Emnet er stadig rene rutiner, men man har denne gang valgt at bearbejde fem temaer med relation til sårbehandling, så behandlingen kan foregå både i hjemmeplejen og på et hospital.

De fem temaer er:

- Påklædning
- Håndhygiejne
- Utensilier
- Sårsoignering
- MRSA

Man kan nemt klikke sig ind på det tema, man ønsker belyst, på hospital eller i hjemmeplejen.

Temaerne viser meget kortfattet og præcist, hvordan det bør foregå, når man skal behandle et

sår med de hygiejniske principper i højsædet.

De enkelte film er meget illustrative, og sproget er let forståeligt og supplerer handlingerne godt.

Seeren tvinges til at stoppe op og tænke over det emne, der netop er behandlet, inden hun går videre og aktivt vælger næste emne.

Det faglige indhold er behandlet så klart, at man ikke burde kunne misforstå budskaberne. Et eksempel herpå er handskevalg, hvor seeren får en forklaring på, hvorfor man bør vælge handsker med lange skifter, neopren eller nitril handsker, i stedet for almindelige handsker.

Filmen kan anbefales til undervisning og oplæring af alle, som skal behandle patienter med sår, og til genopfriskning for os andre som har flere års erfaring.

Af Ann Brockdorff, klinisk ansvarlig sårsygeplejerske, ansat på Skadestue/modtagelsen på Nykøbing Falster Sygehus.



Videncenter for Sårheling og
 Dansk Sygeplejeråd
Rene Rutiner 2008
 Dvd og håndbog
 150 kr.
 Kan købes hos
 Dansk Sygeplejeråd
 www.dsr.dk
 eller 3315 1555

Novo Nordisk Fonden

Udvalget for Sygeplejeforskning indkalder ansøgninger til forskningsprojekter i klinisk sygepleje

Der kan søges om forskningsmidler inden for klinisk sygepleje – herunder forskningsprojekter i forbindelse med master- og ph.d.-uddannelse. Der er i alt 1,5 mio. kr. til rådighed.

Yderligere oplysninger på Fondens hjemmeside www.novonordiskfonden.dk hvor ansøgningskema findes fra den 18. august 2008.

Ansøgningsfrist 30. september 2008 kl. 16.00.

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



Jette Bagh,
sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Halsnæs
Kommune.

Vi hellige og de andre

Så kom alle tilbage på pinden, og ih, hvor er det dejligt. Nogle medbragte kampgejsten og fællesskabet fra strejke-dagene, nogle listede ind ad døren med et lidt overrasket udtryk i ansigtet, og nogle havde været der hele tiden. Der blev skulet til bunkerne, mens snakken gik, og flere bad om genoptræning og ny introduktion for sjov.

Det bliver dog ikke specielt sjovt at skulle lave sygepleje med tilbagevirkende kraft. Det kan næppe lade sig gøre med sår, medicindosering eller forebyggelse, men der er vurderinger, administration og dokumentationsopgaver, som ligger og smålugter, og der skal rykkes, for borgernes tålmodighed var brugt op i det sekund, strejken blev af-blæst. Dem, der var inde som del af nødberedskabet, er også godt brugte, ikke mindst dem, der ikke er organise-rede i Sundhedskartellet.

Hvem tænker på dem? Det kan du godt begynde på. De har i otte uger været på arbejde under meget ændrede og svært belastende vilkår. De har flere steder oplevet chikane og mobning, og de har været udelukket fra gruppens fællesskab, hvilket er en alvorlig straf for omsorgspersonale.

De har faktisk ikke gjort noget ulovligt, og slet ikke noget strafbart. De har fravalgt din form for forsikring med ak-tuelt store menneskelige omkostninger. De er heldigvis i klart undertal på plejeområdet, men de er der. Og vi skal arbejde sammen bagefter.

I kampens adrenalinrus tror jeg, at flere har glemt, at det bliver hverdag. Det fremgik tydeligt, da en (ikke-organise-ret) sygeplejerske stod og ledte efter et telefonnum-mer til en samarbejdspartner. Hun løftede hovedet, så på sin til-hverdag-kollega, som var på arbejde som del af nødberedskabet, og spurgte, om hun kendte nummeret: "Ja, det kender jeg," svarede kollegaen. "Men jeg siger det ikke. Det står i telefon-bogen, og den må du selv finde!"

Det er ikke kun uartig eller uhøfligt. Det er også uansvarligt og latterligt og lyder, som om puberte-ten ikke er gennemlevet succesfuldt.

På flere arbejdspladser har strejken skabt hellige af en helt ny kaliber. Symbolerne er ikke tørklæder eller kors, men små emblemer og T-shirts med slogans, der præsenteres så selvfølgelig som uniform og navneskilt.

Vores organiseringsgrad er et personligt valg i arbejdstiden, og det står alle frit for at lufte det i fritiden. Vi skal håndtere organiseringsproblematikken professionelt og upersonligt, ligesom vi mestrer at lade religiøse og etiske overbevisninger få indflydelse på hvordan – og om – vi udfører vores arbejde med f.eks. aborter. Grovheder og vrede hjælper ikke, og er du blevet mobbet i flere uger, opleves kulde og afvisning bestemt ikke som en venlig invitation til familien DSR.

Hvor meget vi end støtter strejke og formål, så har vi alle ansvar for arbejdsmiljøet til hverdag. Og nu er det hver-dag.

Nu strejken er forbi, så tag en blomst med til din kollega, der har sejlet skuden, mens du var på barrikaderne. Hun var der jo ikke for at genere dig, men har faktisk arbejdet i stedet for dig, da hun jo flere steder er talt med i nødbe-redskabet. Giv hende en rose og sig noget pænt. Vi har brug for flere hænder i plejesektoren og skal nødtigt skræm-me dem bort, der er i båsen. Og husk så lige: Dine hænder er ikke renere, fordi du er organiseret i DSR.

"På flere arbejdspladser har strejken skabt hellige af en helt ny kaliber. Symbolerne er ikke tørklæder eller kors, men små emblemer og T-shirts med slogans, der præsenteres så selvfølgelig som uniform og navneskilt."

redaktionen@dsr.dk