

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 8 » 20. APRIL 2007 » 107. ÅRGANG

Let livet for
de demente

FAG
Den Danske
Kvalitetsmodel

Varemærket
er arbejdsglæde

Sygeplejen møder det alternative

KORT NYT
Klart krav om bedre
løn til sygeplejersker



ARTIKLER

22 Oplært til at behandle

Lægeopgaver til sygeplejersker. Sygeplejersker på Frederiksberg Hospital har overtaget behandlingen af patienter med ukompliceret stabil prostatacancer. De giver hormonindsprøjtninger og vurderer blodprøver. Reportage fra Frederiksberg Hospital.

24 Lys og hygge på plejehjemmet

Plejehjem skal gerne opleves som hjemlige, men de skal også indrettes og møbleres med forståelse for beboernes skrøbeligheder, mener en indretningsarkitekt, der peger på en række typiske fejltagelser.

26 Let livet for de demente

Mange demente bliver bange og skræmte, når de ikke forstår, hvad de ser i deres omgivelser. Store glaspartier, der blænder, mørke kroge, mørke felter i gulvet, som de demente opfatter som huller. Om boliger til demente.

TEMA

14 Sygeplejen møder det alternative

Patienter supplerer i stort omfang den lægeordnede behandling med en alternativ. Det er der fordele og ulemper ved, men det er en realitet, som sundhedspersonalet må tage alvorligt.

16 Godt og skidt ved alternativ behandling

Hvad er plusserne og minusserne ved alternativ behandling? Få et overblik.

18 Når patienten ønsker din medvirken

Hvad er definitionen på alternativ behandling? Kan jeg få efteruddannelse i patienters håndtering af alternativ medicin? Må jeg som sygeplejerske anbefale alternativ behandling? Få svar på en lang række centrale spørgsmål om alternativ behandling.

20 Hvad gør de andre?

Zoneterapi, nåle og urtemedicin. Der er vidt forskellig praksis, når det gælder alternativ behandling i det etablerede sundhedsvæsen. Fra afvisning til accept og pilotforsøg.



38



46



50



KLINISK SYGEPLEJE

38 Forebyggelse af ventilator-associeret pneumoni

International litteratur viser, at ventilatorassocieret pneumoni hos intuberede patienter kan forebygges i op til 65 pct. af tilfældene ved hjælp af forebyggende mundpleje med klorhexidin 0,1-0,2 pct. Resultatet af en dansk undersøgelse viser bl.a., at forebyggende mundpleje med klorhexidin kun anvendes sporadisk i de undersøgte afdelinger.

FAG

46 Varemærket er arbejdsglæde

For at imødegå et stort gennemtræk af plejepersonale i Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital, har sygeplejeledelsen iværksat en udviklingsplan, som tager udgangspunkt i anerkendelse og værdsættelse af plejepersonalets kompetencer.

50 Model til kvalitetssikring i det danske sundhedsvæsen

Samtlige sundhedsfaglige personaler på landets sygehuse samt i udvalgte kommuner skal fremover arbejde med Den Danske Kvalitetsmodel.

56 Sygeplejefortælling: En overskuelig hverdag

En tidlig indsats i familier med demens gør livet lettere for familien.

I HVERT NUMMER

- 5 Kort nyt
- 28 Dansk Sygeplejeråd mener
- 29 Debat
- 32 Læsernes redaktør
- 34 Fagtanker
- 34 Faglig information
- 35 Resuméer
- 54 Testen
- 57 Agenda
- 59 Anmeldelser
- 64 Fem faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 74 Kurser/Møder/Meddelelser

Aromaterapi, zoneterapi og healing

For en del år siden lå jeg nogle uger på hospitalet med en ondartet lungebetændelse. En dag under indlæggelsen lempede min stedmor to små, glatte sten ned i lommerne på mit hospitalstøj. "For hjertet og lungerne," forklarede hun alvorligt.

Det pudsige var, at stenene, der i alle ugerne lå i mine lommer, gik fra at være fine og lyserøde til at være helt sorte og matte, da jeg var blevet rask og udskrevet. Om det var hospitalets vaskemiddel eller noget andet kemisk, stenene reagerede på, ved jeg ikke den dag i dag. Men min stedmor var ikke overrasket, da hun så dem. De havde gjort det, de skulle, og der var ikke mere kraft i dem, sagde hun med eftertryk.

Min lille historie er sikkert ikke unik.

I dette nummer af *Sygeplejersken* bringer vi en række artikler om alternativ behandling. Emnet er stort. Og det vokser.

Da jeg en tilfældig dag i april valgte at søge på ordene "alternativ behandling" på søgemaskinen Google, fik jeg 762.000 hits på netop den ordkombination. Ganske mange.

Til sammenligning giver en af de absolut mest populære danskere i nyere tid, *Michael Laudrup*, "kun" 142.000 hits.

Meget tyder på, at en del af den alternative behandling efterhånden er så udbredt, at man med rette kan spørge, om ordet "alternativ" egentlig længere er dækkende. En tre år gammel undersøgelse viser, at 40 pct. af den danske befolkning har benyttet sig af alternativ behandling på et eller andet tidspunkt.

Udbredelsen er også nået helt til Folketinget, der for to år siden vedtog en lov, som bl.a. skal stramme op på området og sikre brugerne. Sidste år dannedes et fagligt selskab for sygeplejersker "til fremme og integration af komplementære terapiformer i sygeplejen," som det hedder. Og CVU-Nordjylland udbyder nu en diplomuddannelse i komplementær terapi rettet bl.a. mod sygeplejersker.

Bag den brede definition "alternativ behandling" gemmer sig en myriade af forskellige behandlingsformer lige fra aromaterapi og blomstermedicin til mere anerkendte behandlinger som zoneterapi og akupunktur. Sidstnævnte er efterhånden et integreret tilbud på mange hospitaler. Med artiklerne om alternativ behandling håber vi at kunne kaste lidt mere lys over et svært overskueligt emne.

God læselyst.

"Meget tyder på, at en del af den alternative behandling efterhånden er så udbredt, at man med rette kan spørge, om ordet "alternativ" egentlig længere er dækkende."



Sigurd Nissen-Petersen

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk

REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



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



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



Krav om landsdækkende fokus på alternativ behandling



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST

Rådgivning. Kun tre ud af 10 kræftpatienter taler med de ansatte på hospitalerne om fordele og ulemper ved alternativ behandling. Kræftens Bekæmpelse vil have Sundhedsstyrelsen til at nedsætte en landsdækkende arbejdsgruppe om alternativ behandling.

Sundhedsstyrelsen bør stille sig i spidsen for en landsdækkende arbejdsgruppe om alternativ behandling. Det foreslår Kræftens Bekæmpelse. Arbejdsgruppen skal undersøge, hvordan sundhedsvæsenet bedre håndterer patienters brug af alternativ behandling.

Baggrunden for forslaget er, at indsatsen i dag – ifølge Kræftens Bekæmpelse – er for uensartet og dialogen med patienterne om fordele og ulemper ved alternativ behandling for ringe.

I 2000 skrev Sundhedsstyrelsen til sygehusene og opfordrede til, at afdelingerne ikke modsætter sig patienters ønsker om at anvende alternativ behandling under indlæggelse, fortæller konsulent i Kræftens Bekæmpelses Patientstøtteafdeling, Inger Lise Egholm.

”Men realiteten er, at der i dag ikke er fælles fodslag i afdelingerne for, hvordan

man håndterer, at patienterne benytter alternativ behandling. Der er meget stor forskel på, hvordan man griber det an fra afdeling til afdeling – også på det enkelte sygehus,” siger hun.

Kun tre ud af 10 kræftpatienter, der bruger alternativ behandling, har talt med sundhedspersonalet om fordele og ulemper ved den alternative behandling, viser en undersøgelse lavet af Kræftens Bekæmpelse. Samtidig svarer tre ud af fire i undersøgelsen, at de benytter sig af alternativ behandling.

”Mange har ikke talt med sundhedspersonalet om fordele og ulemper ved brugen af alternativ behandling. Det er bekymrende, at patienterne ikke har et sted, hvor de kan få at vide, om det er i orden at bruge den alternative behandling. Konsekvensen er, at de selv må forsøge sig frem f.eks. på internettet,” siger Inger Lise Egholm.

Formanden for det faglige selskab for kræftsyrgeplejersker, Birgitte Grube, støtter forslaget om en landsdækkende arbejdsgruppe. Hun foreslår, at sygeplejerskernes faglige Selskab for Komplementær Terapi får en plads i gruppen. Også formanden for kræftlægerne i Dansk Selskab for Klinisk Onkologi, Cai Grau, er positiv:

”Det er en god idé med en arbejdsgruppe, der strukturerer debatten om, hvad der er de forskellige aktørers rolle, når det gælder information og handling i forhold til alternativ behandling. Det skal ud i det åbne, hvad man kan forvente i det etablerede system, og hvad man ikke kan forvente,” siger Cai Grau, der har svært ved at forestille sig, at danske kræftlæger får til opgave at rådgive om alternativ behandling:

”Kræftlæger er ikke uddannet til at rådgive om alternativ behandling, og det har vi heller ikke planer om, at de bliver.”

Det har inden redaktionens deadline ikke været muligt at få en kommentar fra Sundhedsstyrelsen.

Læs også temaet om alternativ behandling side 14-20.

FOTO: JENS HASSE

”Jeg frygter, vi bliver ved de fine ord og hensigtserklæringer. Det afgørende er, at der bliver taget hånd om de helt konkrete problemstillinger, som lærere, pædagoger og sygeplejersker oplever.”

Formanden for Danmarks Lærerforening, Anders Bondo Christensen, om trepartsdrøftelserne vedrørende offentligt ansattes vilkår. Berlingske Tidende 12. april.

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



Klart krav om bedre løn

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: JOHNNY WICHMANN

Løn som forskyldt. Signalerne fra 800 tillidsrepræsentanter til Sundhedskartellets forhandlere er ikke til at tage fejl af: Sygeplejersker, radiografer, fysioterapeuter, bioanalytikere og kartellets øvrige faggrupper skal først og fremmest have højere løn og højere betaling for ubekvemme arbejdstidspunkter og mistede fridage, når der næste gang skal indgås en overenskomst med de offentlige arbejdsgivere.

Lønstigningerne skal være mindst lige så store som på det private arbejdsmarked, hvilket vil sige mindst 4 pct. årligt over tre år.

Det markerede 800 tillidsrepræsentanter, heriblandt 466 sygeplejersker, som den 11. april 2007 mødtes til en såkaldt kickoff-konference for kravindsamlingen forud for overenskomstforhandlingerne 2008.

Konferencen fandt sted i messehallerne i Fredericia. Tilfældigvis var der samme dag startskud for regeringens trepartsdrøftelser med offentlige arbejdsgivere og arbejdstagere om offentligt ansattes vilkår set i relation til kvalitetsreformen af den offentlige sektor. Det lykkedes Sundhedskartellets formand, *Connie Kruckow*, at deltage i begge dele ved "at flyve lavt" direkte fra forhandlingerne i København til stormødet i Fredericia, hvor hun kunne bringe helt friske meldinger fra trepartsdrøftelserne til de mange tillidsrepræsentanter.

"Det er vigtigt at holde fast i, at det er *ekstra* penge, statsministeren har stillet de offentligt ansatte i udsigt ved trepartsforhandlingerne, herunder medarbejderne i sundhedsvæsenet og ældreplejen. Vi forhandler ikke om penge, vi alligevel



"Det er vigtigt at holde fast i, at det er ekstra penge, statsministeren har stillet de offentligt ansatte i udsigt ved trepartsforhandlingerne, herunder medarbejderne i sundhedsvæsenet og ældreplejen. Vi forhandler ikke om penge, vi alligevel skulle have haft ved overenskomstforhandlingerne," sagde Connie Kruckow (tv.), formand for Dansk Sygeplejeråd, ved OK-konferencen den 11. april forud for overenskomstforhandlingerne, der begynder i efteråret. Med på billedet er ordstyrer ved konferencen, den tidligere nyhedsvært og nyhedschef på TV2, Jens Gaardbo.

skulle have haft ved overenskomstforhandlingerne," sagde Connie Kruckow. Hun bemærkede, at LO har spillet ud med et krav om 3-5 mia. kr., og at Sundhedskartellet arbejder for at få del i så mange af pengene som muligt.

Otte vejledende elektroniske afstemninger blandt tillidsrepræsentanterne skulle give Sundhedskartellets forhandlingsudvalg en forsmag på prioriteringen.

Det mest markante afstemningsresultat var til spørgsmålene: *Hvad vil du prioritere højest ved OK 08: mere i løn, et bedre arbejdsliv eller højere pensionsindbetaling?* Ni ud af 10 tillidsrepræsentanter valgte

det første af de tre bud – nemlig mere i løn.

Afstemningerne viste, at to ud af tre tillidsrepræsentanter foretrækker lige store procentuelle lønstigninger til alle frem for, at særligt trængende grupper prioriteres. Et stort flertal foretrækker forhøjelse af betaling for ulemper frem for andre arbejdsvilkårsforbedringer. Og så vil halvdelen af tillidsrepræsentanterne have bedre løn for deres tillidsrepræsentantopgaver frem for andre former for kompensation.

Læs mere på:
www.sundhedskartellet.dk

))) KØREPLANEN

21. juni er de indsamlede krav fra sygeplejerskerne til 1.-behandling i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse efterfulgt af nye behandlinger i august og september. Forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og henholdsvis Danske Regioner og Kommunernes Landsforening begynder i oktober 2007 og skal senest i februar 2008 føre til et resultat, der kan sendes til urafstemning.

Connie Nielsen, nyvalgt tillidsrepræsentant for 12 sygeplejersker i Ærø Kommune:

"Vi har endnu ikke drøftet overenskomstkrav nærmere, men jeg mener, at der ikke er tvivl om, at vi prioriterer kravet om bedre lønninger højest. Lønnen skal stå i et mere rimeligt forhold til, hvad vi yder, end i dag. Men det er også helt nødvendigt, hvis vi skal kunne tiltrække nye sygeplejersker til vores arbejdsområde i fremtiden. Det er i forvejen svært i et yderområde som vores, hvor det ofte er svært for en familie at finde arbejde lokalt."



Charlotte Kirkegaard Lorenzen, tillidsrepræsentant for 18 kolleger på Respirationscenter Vest, Århus Sygehus:

"Mine kolleger siger klart, at de vil have mere i løn, men også mere for ulemper i form af aften/nattevagter og arbejde i weekender. Det helt afgørende er: "Hvad får jeg udbetalt den første?" Sygeplejerskerne vil have en løn, der afspejler, hvad de præsterer. Og så sammenligner de deres løn med den løn, sygeplejersker i vikarbureauer får, og spørger: Hvis DSR kan forhandle så meget til dem, hvorfor kan de så ikke forhandle en bedre løn til os?"



Irske sygeplejersker på barrikaderne

Lønkamp. Det er ikke kun danske sygeplejersker, der kræver mere i lønningsspen.

I Irland er den irske fagforening for sygeplejersker og den irske sammenslutning af sygeplejersker i psykiatrien gået i aktion for at sikre deres medlemmer bedre løn og kortere arbejdstid. Kravet er en lønforhøjelse på 10,5 pct. og en nedsættelse af den ugentlige arbejdstid fra 39 timer til 35 timer.

Aktionen har bl.a. resulteret i arbejdsnedlæggelser på en række store hospitaler, ligesom sygeplejersker og jordemødre har indledt en "arbejd-efter-reglerne-aktion." Det betyder, at de kun løser de mest nødvendige opgaver og ikke besvarer telefonopkald eller går til møder.

En irsk sygeplejerske tjener i gennemsnit 320.000 kr. om året.

(bso)

Verden mangler sygeplejersker

Ifølge FN mangler kloden netop nu 4,3 millioner personer med en sundhedsfaglig uddannelse.

I Afrika alene er der brug for en million læger og sygeplejersker, og konsekvenserne af den nuværende situation er katastrofal.

"Hiv/aids, malaria og tb samt dødelighed blandt mødre og børn, der hvert år samlet set slår mange millioner mennesker verden over ihjel, vil ikke blive betydeligt reduceret, medmindre krisen med mangel på sundhedspersonale er håndteret," siger *Lord Nigel Crips*, tidl. direktør for den britiske sundhedsstyrelse, i en pressemeddelelse fra FN.

Et skridt mod håndtering af krisen blev taget i midten af marts, hvor FN lancerede en ny såkaldt "task force" i kampen mod den globale sygeplejemangel og lægemangel. Arbejdsgruppen, der består af 11 prominente medlemmer med Lord Nigel Crips i spidsen som formand, forventes bl.a. at fokusere på at styrke omfanget af investeringer i uddannelse og træning af sundhedspersonale i udviklingslande.

(kbc)

Læs mere på: www.who.int/workforcealliance



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

ER DU GLAD FOR SYGEPLEJEN...

...men længes efter at arbejde under andre rammer?

- Ønsker du en større viden om muskel, nerve og knoglevæv?
- Søger du en helhedsorienteret tilgang til bevægeapparatet?
- Har du behov for mere fleksible arbejdstider?
- Trives du med gymnastik og bevægelse?
- Betyder tid til det enkelte menneske noget for dig?
- Er du visions- & idérig, men mangler et frirum til at føre det ud i praksis?

Vækker ovenstående interesse er vores 1-årige suppleringsuddannelse måske noget for dig!

Vi har mulighed for at klæde dig på til et job, hvor du vil kunne arbejde i tværfaglige teams eller selvstændigt. På vores hjemmeside www.eilbygaard.dk vil du bl.a. kunne finde oplysninger omkring hvilken type af helbredsproblemer, du efter endt uddannelse vil kunne arbejde med.

For yderligere information kontakt Benedikte C. Eilby på telefon 2624 8139 eller rekvirer vores uddannelsespejce på info@eilbygaard.dk

E i l b y g a a r d[®]
SUNDHEDSFREMME & FOREBYGGELSE

• SENETENSBEHANDLING & UDDANNELSE • HOLDNINGSKORREKTION • GYMNASTIK
• RIDETERAPI • FOREDRAG • FØDSELS & FORÆLDRE FORBEREDELSE • ØKOLOGISKE SPECIALVARER

Klik ind på www.eilbygaard.dk for yderligere information.

Skal patienterne indberette fejl?

Fra sengekanten. For sundhedsministeren giver det god mening at give danske patienter ret til at indberette fejl og utilsigtede hændelser. Men hvad synes sygeplejerskerne på gulvet?

AF KIRSTEN BJØRNSSON OG SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALISTER



FOTO: HEINE PEDERSEN

Ea Bäck, sygeplejerske, Mave-tarm-kirurgisk afdeling K2, Bispebjerg Hospital

Sundhedspersonalet har haft pligt til at indberette fejl i et par år. Nu er der planer om, at patienterne også skal have mulighed for at indberette. Er det en god idé?

"Jeg har ikke hørt om forslaget, men umiddelbart lyder det som en god idé, fordi det kan være med til at holde læger og sygeplejersker i ørene.

Men der er både-og. Det kan være svært for patienter at vurdere, hvilke fejl og utilsigtede hændelser de skal indberette. Det er også svært for os sygeplejersker – skal man f.eks. indberette, hvis en patient falder?

Hvis patienter skal kunne bruge sådan en ny rettighed, vil det kræve, at vi vejleder dem grundigt. I forvejen hjælper vi dem med, hvordan de klager til Patientklagenævnet."

Tror du, at patienterne vil opfange fejl, som sundhedspersonalet ikke allerede har opdaget?

"Ja, helt bestemt. De har andre øjne på, og de har bedre tid til at observere, hvad der sker."

Lea Kanstrup, sygeplejerske, Mave-tarm-kirurgisk afdeling K2, Bispebjerg Hospital

Sundhedspersonalet har haft pligt til at indberette fejl i et par år. Nu er der planer om, at patienterne også skal have mulighed for at indberette. Er det en god idé?

"Både og. Hvis de skal indberette fejl, vil de komme med en vurdering af os, og det er ikke sikkert, at det, de vurderer som fejl, også opfattes sådan af plejepersonalet. Der er jo forskel på fejl og utilfredshed. Men i bund og grund lyder det som en god idé. Det vil være en udfordring, og personalet må være vakse."

Tror du, at patienterne vil opfange fejl, som sundhedspersonalet ikke allerede har opdaget?
"Ja."



FOTO: HEINE PEDERSEN

Helena Sørensen, sygeplejerske, Akut visitationsafsnit, Vejle Sygehus

Sundhedspersonalet har haft pligt til at indberette fejl i et par år. Nu er der planer om, at patienterne også skal have mulighed for at indberette. Er det en god idé?

"Det er bestemt værd at overveje, for der er ingen tvivl om, at vi kan lære af, hvad patienterne siger. Fordi vi ser en ting på én måde, kan patienten godt opleve det helt anderledes. Men det svære er, hvordan man skal gøre det. Hvordan skal indberetningerne analyseres, og hvordan skal det følges op?

Risikoen er, at indberetninger fra patienterne bare bliver endnu en ting i bunken. Vi laver i forvejen en masse patienttilfredshedsundersøgelser, der er Patientklagenævnet og mange andre muligheder. Der kan være en tendens til, at man arrangerer en masse ting, når der er et problem. Men hvis man ikke får fulgt ordentligt op, bliver det bare molboarbejde."



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

Lisbeth Meyhoff, sygeplejerske, Medicinsk afdeling M2, Køge Sygehus

Sundhedspersonalet har haft pligt til at indberette fejl i et par år. Nu er der planer om, at patienterne også skal have mulighed for at indberette. Er det en god idé?

"Ja, hvis man kunne lave noget, hvor det blev lettere for patienterne at komme af med det, de er tilfredse eller utilfredse med.

De frustrationer, de har som indlagte, får vi som sygeplejersker ofte lige i hovedet. Og så kunne man da godt ønske, at de kunne komme videre. Men de færreste har overskud til at sætte sig og skrive en klage.

Man kunne godt give patienterne mulighed for at indberette om det mere generelle og om de helt konkrete ting, som at noget er blevet glemt. Det skal ikke handle om personer, så må der en egentlig klage til."

Tror du, det vil føre til, at flere fejl bliver opdaget og indberettet?

"Ja, for jeg tror ikke, alt bliver indberettet i dag. Bl.a. fordi at skrive en indberetning er noget, der kræver mange timers overarbejde."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Uro og mulig konflikt på SOSU-skoler

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Konflikt. Lærere frygter for fremtidens uddannelse af social- og sundhedshjælpere.

Der er udsigt til langvarig konflikt på landets SOSU-skoler, hvor en del af lærerne er sygeplejersker.

Sådan lyder det fra flere lokale tillidsfolk efter konfliktvarslet, der betyder, at lærerne på tre SOSU-skoler efter alt at dømmes nedlagde arbejdet den 16. april. Sådan så det i hvert fald ud ved redaktionens deadline.

"Eleverne er meget frustrerede ved udsigten til, at deres eksamen skal aflyses. Som lærere frygter vi, at de forringelser,

vores nye arbejdsgiver lægger op til, kommer til at ramme uddannelsen af fremtidige social- og sundhedshjælpere/assistenter," siger Britta Prügel, der er sygeplejerske og tillidsrepræsentant for lærerne på SOSU C Brøndby.

Baggrunden for konfliktvarslet er, at landets SOSU-skoler i forbindelse med kommunalreformen er overgået fra amterne til at blive selvejende institutioner under staten. Den ny arbejdsgiver lægger op til en overenskomst, der vil betyde en lønnedgang for fremtidige SOSU-lærere på helt op til 36.000 kr. om året. Desuden er lærerne ikke længere garanteret en fast forberedelsestid.

"Som ansvarlige organisationer kan vi

under ingen omstændigheder leve med, at vores medlemmer må acceptere ringere vilkår, bare fordi de skifter arbejdsgiver," siger formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow.

Finansminister Thor Pedersen (V) beklager i en pressemeddelelse konflikten.

"De, der allerede er ansat, overføres på fuldstændigt uændrede vilkår både med hensyn til løn og øvrige aftaler. Derfor er jeg ked af, at organisationerne tager eleverne som gidsler i en faglig kamp for at fastholde ufleksible og umoderne arbejdstidsaftaler," siger finansministeren.

Artiklen er skrevet, før strejken skulle træde i kraft.



FOTO: SIMON KNUDSEN

Godt resultat. Fredag den 30. marts ved frokosttid. Nyhavn. Humor mod Aids-indsamling. Flere sygeplejestuderende og Dansk Sygeplejeråds egen formand, Connie Kruckow (billedet), var ude med raslebøsserne og de røde næser for at samle ind til kampen mod aids i den 3. verden. Og indsamlingsresultatet ser ud til at blive omkring 1,4 mio. kr. – hvilket er 40 pct. bedre end i 2006, oplyser kampagnekontoret. Årets Humor mod Aids-kampagne hjælper projekter i Malawi, Mozambique og Ukraine. Det er stadig muligt at donere til indsamlingen via hjemmesiden.

(sp)

Se mere på www.humormod aids.dk

Sygeplejerskers trivsel Svar udbedes

I uge 17 får 6.000 sygeplejersker en stor kuvert ind ad brevsprækken, der indeholder et udførligt spørgeskema fra Dansk Sygeplejeråd og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Mange af de 6.000 sygeplejersker er de samme, som svarede på spørgsmålene, da undersøgelsen første gang blev gennemført i 2002. Spørgsmålene handler om psykisk arbejdsmiljø, trivsel og helbred. Dansk Sygeplejeråds 2.-næstformand, Dorte Steenberg, håber, at så mange som muligt finder tid til at svare på alle spørgsmålene.

"Vi står over for store udfordringer i forhold til sygeplejerskernes arbejdsmiljø, og jo mere dokumentation, vi kan få, jo bedre. Ved at svare på spørgeskemaet kan man give sit bidrag til, at dokumentationen bliver så god som muligt, og det er rigtig væsentligt, når vi skal arbejde for at gøre noget ved problemerne," siger Dorte Steenberg.

Siden spørgeskemaundersøgelsen første gang blev gennemført, er der udkommet flere rapporter, der handler om sygeplejerskers arbejdsmiljø. I den aktuelle undersøgelse er der føjet nye områder til f.eks. stress.

Alle sygeplejersker, der medvirker, er 100 pct. anonyme. Besvarelsenerne bliver sendt direkte til Det Nationale Forskningscenter, og Dansk Sygeplejeråd får først data, når de er rensset for personlige oplysninger. (sbk)

Dansk Sygeplejeråd og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har i samarbejde udgivet en serie rapporter om sygeplejerskers arbejdsmiljø. Serien går under navnet "Sygeplejerskers Arbejdsmiljø, Trivsel og Helbred (SATH)."

Rapporterne kan læses på: www.dsr.dk

>>> **STRESSBREVKASSEN**

Kirsten Holmboe svarer på spørgsmål om arbejdsrelateret stress. Hvis du ønsker at være anonym, skal du blot gøre opmærksom

på det. Vi skal dog kende dit navn og adresse.

Skriv til brevkasse@dsr.dk Skriv kort. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg.

Mødt med lukket dør

Jeg fik en spændende stilling inden for psykiatrien med udekørende funktion, men havde svært ved at blive en del af sygeplejerskegruppen. Tre af mine kollegaer mødes jævnligt bag en lukket dør, og jeg er ikke altid velkommen. Jeg er flere gange blevet informeret om, at min kollega ønskede en anden ansat i stillingen med konkrete navne på. Hun har siddet og fundet andre job til mig på nettet, uden jeg vel at mærke havde bedt om det. Jeg har også stået til verbal udsældning hos en af de andre i gruppen.

Min daglige leder og resten af sygeplejerskegruppen har været søde, men de har kendt mine kolleger i mange år og er meget konfliktsky.

Før vinterferien fik jeg det bare rigtig svært og brød sammen. Jeg valgte at sygemelde mig, fordi jeg er grådlabil, har svært ved at overskue tingene, har svært ved at koncentrere mig, sover dårligt og meget få timer ad gangen, og når jeg endelig sover, har jeg mareridt om arbejde. Og jeg er normalt en stærk pige, som siger til og fra.

Min redning er, at jeg har fået nyt job, men tænker, hvor i alverden skal jeg dog få noget opfølgning ud over amtskredsen, som har vejledt mig igennem processen, men som jo ikke kan bearbejde den anden del af mit sår. (Forkortet af redaktionen).

Anonym sygeplejerske

Kære anonyme sygeplejerske

Sikke en urimelig medfart! Normalt er det spændende at få et nyt job. Heldigvis bliver forventningerne oftest indfriet, og man bliver taget godt imod. Men som det fremgår af dit brev, fik du ikke nogen god start på dit nye job, og der kunne skrives rigtig meget om konsekvenser af alenearbejde, manglende konfliktløsning samt manglende kollegial og ledelsesmæssig støtte.

Jeg vil her nøjes med at understrege, at kvaliteten af disse tre parametre og arbejdspladsens evne til at tackle dem er helt afgørende for at skabe en menneskelig arbejdsplads, der både kan rekruttere og fastholde medarbejdere.

Det tager tid at lægge sår af den karakter, du beskriver, men det er min erfaring, at gode lyttere i omgangskredsen – en god veninde eller et klogt familiemedlem – kombineret med professionel hjælp vil kunne hjælpe dig rigtig godt på vej. (Se Sygeplejersken nr. 5/2007 for øvrige muligheder).

Du har helt ret i, at det skete skal bearbejdes. Det kræver et nøgternt blik på det system, du har været ansat i, og en indlevet forståelse af konsekvenserne. Lykkes det, vil du få en varig erfaring, der selv om den synes urimelig hård lige nu, stille og roligt vil kunne ændre sig til at hjælpe dig til fremover at sætte grænser i forhold til kolleger, at gøre brug af din tillids- og sikkerhedsrepræsentant og at stille krav om relevant og tilstrækkelig hjælp fra din ledelse.

*Venlig hilsen
Kirsten Holmboe*

Underskrifter skal skaffe sygeplejersker højere løn

”En nyuddannet sygeplejerske starter med en grundløn på 20.191 kr. Det er for lavt og svarer hverken til faglig viden, jobets ansvar eller det årtusinde, vi lever i.”

Sådan indledes en ny hjemmeside, der er oprettet af de to sygeplejestuderende *Susanna Søberg* og *Helene Berg-Sonne*.

De håber, at 100.000 danskere vil skrive under på opfordringen til at give sygeplejersker en højere løn.

De to studerende agter at aflevere underskrifterne personligt til indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V).

(bso)

Læs mere på: www.mereiloen.skrivunder.dk

**Ny direktør for EPJ-udviklingen**

Otto Larsen, tidligere administrerende direktør for Amtsrådsforeningen, er ansat som ny direktør for den Nationale EPJ-organisation og de statslige opgaver i Sundhedsstyrelsen vedrørende sundhedsstatistik, sundhedsinformatik og sundhedsøkonomi.

Otto Larsen har gennem sit arbejde i Amtsrådsforeningen haft tæt berøring med udviklingen af sundhedsvæsenets it- og EPJ-systemer på strategisk niveau. Han har et godt kendskab til det danske sundhedsvæsen og de politiske beslutningsprocesser på såvel statsligt som kommunalt og regionalt niveau.

(hbo)

Rettelse

I *Sygeplejersken* nr. 5/2007 omtalte vi de to sygeplejersker, der har skrevet kronikker i Politiken og fået sat forholdene på medicinske afdelinger på den politiske dagsorden. I omtalen af *Bettina Kølle* skrev vi, at hun måtte opgive sit job på medicinsk afdeling pga. stress. Det er en misforståelse. Jobskiftet til konsultationssygeplejerske skyldtes, at hun tilfældigt fik tilbuddet.

Redaktionen.

Pres på kommunernes service

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Hver uge har sin historie om problemer i den offentlige service. Ikke så mærkeligt, at danskernes tillid til kommunernes tilbud vakler.

Danskerne mener simpelthen ikke, de offentligt ansatte har tid nok til at gøre deres arbejde ordentligt. Det fortalte DR mandag den 9. april i den sene tv-avis på baggrund af en Epinion-undersøgelse.

84 pct. af de spurgte mente ikke, hjemmesygeplejerskerne har tid til at gøre deres arbejde ordentligt, 89 pct. mente ikke, hjemmehjælperne har tid nok.

Et af de steder, hvor hjemmesygeplejersker har fået mere travlt, er Århus Kommune, hvor 30 af 448 stillinger blev sparet væk, da 2007-budgettet blev lagt sidste år.

Nu frygter hjemmesygeplejerskerne i Århus for kvaliteten, og deres bekymring fik omfattende dækning i Jyllands-Postens Århus-del i ugen op til påske.

Hjemmesygeplejersker fortalte i spalterne om frygten for at begå fejl.

Fire midaldrende hjemmesygeplejersker berettede, hvorfor de vil gå på efterløn i stedet for at fortsætte med arbejdet. Tillidsrepræsentant *Karen Thirup* fra Skåde-Holme kunne fortælle flere konkrete historier om konsekvenserne af det stigende arbejds-pres.

Der havde ikke været tid til at skifte en gennemsvivet forbindelse fra et nyanlagt topkateter. En dame med hævede ben havde taget sine komprilanbind af, men der var ikke tid til at omlægge dem før om mandagen. En mavesonde, der skulle lægges, måtte hjælperne ringe til vagtlægen om. Og en række borgere fik forsinkede injektioner.

"Patienterne er meget dårlige, men samtidig skal vi prøve at undgå sygehusindlæggelser. Det hænger ikke sammen," sagde Karen Thirup til Jyllands-Posten.

Hjemmesygeplejerskernes protester fik rådmand *Dorthe Laustsen* (SF) til at reagere med et besøg i hjemmesygeplejen.

"Det er selvsagt bekymrende, når hjemmesygeplejersker gør opmærksom på, at deres hverdag ikke hænger sammen," sagde rådmanden til Jyllands-Posten.



ARKIVFOTO: CORBIS

Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

Brenntag's store hospitalsservietter er et alternativ til gel- og væskebaserede hud-desinfektionsmidler.

- Hospitalsservietter 14 x 19 cm uden klorhexidin
- Indeholder desinfektionsvæske med ethanol 82% og glycerol 2,0%
- Æske med 100 enkeltpakkede servietter, karton á 20 æsker
- Varenummer 830318



BRENNTAG

Brenntag Nordic - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896
www.brenntag-disinfection.dk

Sygeplejejen det



møder alternative

Fagligt dilemma. Patienter supplerer i stort tal den lægeordnede behandling med en alternativ. Det har fordele og ulemper, men det er en realitet, som sundhedspersonalet må tage alvorligt.

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST
FOTO: JENS HASSE



På en hæmatologisk afdeling et sted i Danmark er personalet i et dilemma. En gang om ugen tager de med et suk afsked med en ung familiefar, der har leukæmi. Manden skal til Tyskland for at få indsprøjtninger med hajfinnebrusk. For han – eller i hvert fald hans hustru – håber på en mirakelkur, og i Danmark er der kun lindrende behandling tilbage.

Stærkt svækket bruger han sine sparsomme kræfter og indtægten fra salg af sommerhuset på den alternative behandling, som ikke har nogen dokumenteret effekt. Til sidst orker patienten kun at tage af sted en gang om måneden. Men af sted kommer han til det sidste.

Hvad skal personalet stille op? Skal de fraråde rejserne og den alternative behandling og opfordre familien til, at mandens kræfter bliver brugt på samvær i stedet? Eller skal de støtte patienten i valget og lade være med at ødelægge håbet?

Det er heldigvis meget sjældent, sygeple-

jersker møder så alvorlige dilemmaer i forbindelse med patienters brug af alternativ behandling. Der er langt imellem de dramatiske oplevelser, når man ved, hvor udbredt alternativ behandling er.

Men det betyder bestemt ikke, at sygeplejersker i hverdagen er fri for at forholde sig til patienter, der søger egne veje. Forbruget af alternativ medicin er i dag så udbredt, at man som sygeplejerske næppe kan gå på arbejde uden at møde en patient, der supplerer det offentlige tilbud med et alternativt.

Næsten halvdelen af alle danskere har på et tidspunkt brugt alternativ behandling. Det viser tal fra Statens Institut for Folkesundhed. Og det er ikke kun småpenge, der bliver brugt på det, viser en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse.

Glæde af det alternative

De fleste opsøger den alternative behandling for at forebygge sygdom, opnå større velvære »

»»» DANSKERNES FORBRUG AF ALTERNATIV BEHANDLING

	Brugt nogensinde (pct.)	Brugt det seneste år (pct.)
Massage, osteopati eller andre manipulative terapier	21,7	13,2
Zoneterapi	21,4	6,1
Akupunktur	16,6	5,4
Healing og/eller clairvoyance	6,0	2,4
Kraniosakral terapi	3,2	1,5
Homøopati	3,6	1,1
Ernæringsterapi	2,5	1,0
Kinesiologi	3,5	0,7
Biopati	1,0	0,2
Andet	2,2	0,9
Har brugt en eller flere former for alternativ behandling	45,2	22,5

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987, www.si-folkesundhed.dk

”Det at gøre noget aktivt kan i sig selv være til gavn for patienten.”

» eller behandle milde symptomer eller lidelser. Men for en hel del, 30 pct. af danskerne, er der alvor bag. Så mange har opsøgt det alternative for at lindre kroniske lidelser eller behandle alvorlige symptomer eller sygdomme.

Ser man specielt på gruppen af kræftpatienter, har tre ud af fire brugt alternativ behandling i bred forstand, hvor man medregner grøn te, fiskeolie, fysiske og mentale teknikker som yoga og meditation og vitaminer og mineraler. Lidt over halvdelen har brugt alternativ behandling i mere snæver forstand, efter at de fik konstateret kræft.

Det viser Kræftens Bekæmpelses undersøgelse ”Kræftpatienters brug af alternativ behandling” fra 2006.

Halvdelen af kræftpatienterne angiver, at de på den ene eller den anden måde har haft glæde af behandlingen. Alligevel har hele 71 pct. af patienterne hverken talt med en læge, en sygeplejerske eller med andet sundhedspersonale om fordele og ulemper.

Men alternativ behandling kan virke både positivt og negativt sammen med den lægeordnede behandling. Derfor er det vigtigt, at sundhedspersonalet er åbent over for en

dialog om emnet med patienterne. Sådan lyder anbefalingen fra Kræftens Bekæmpelse.

Åbenhed er nødvendigt

Det samme understreger næstformanden for det Faglige Selskab for Komplementær Sygepleje under Dansk Sygeplejeråd, sygeplejerske og cand.cur. *Birgitte Rasmussen*.

”Der er behov for mere åbenhed af mange grunde,” siger hun.

”En af dem er, at noget naturmedicin og nogle typer kosttilskud kan interagere med den lægeordnede behandling. F.eks. påvirker fiskeolie blodets evne til at koagulere, hvilket kan have betydning i forbindelse med operationer.”

Samtidig har det betydning for kvaliteten af sygeplejerskens arbejde, at hun kender patientens tilgang til sygdommen. Det kan gavne patienten, at sygeplejersken støtter patienten i valget af alternativ behandling – også selv om behandlingens effekt ikke er dokumenteret:

”Jeg mener, at sygeplejersken skal styrke patienten i det konstruktive, som patienten gør. Brugen af alternativ medicin giver pa-

Godt og skidt ved alternativ behandling



- Nogle behandlinger har en vis dokumenteret effekt, ofte på symptomer eller bivirkninger ved anden behandling. F.eks. viser videnskabelige undersøgelser, at akupunktur kan virke smertestilende og lindre kvalme.
- Patienten gør noget aktivt for sit helbred og kan opnå en følelse af at mestre situationen.



- Mange alternative behandlinger har ikke dokumenteret effekt.
- Alternativ behandling kan have interaktion og direkte modvirke den lægeordnede behandling. F.eks. kan ginkgo biloba, hvidløg og fiskeolie forstærke virkningen af blodfortyndende medicin, og antioxidanter kan muligvis nedsætte effekten af strålebehandling.



tienterne nogle muligheder for at mestre deres sygdom. Det at gøre noget aktivt kan i sig selv være til gavn for patienten. Det er bl.a. påvist af en undersøgelse blandt kræftpacienter i Nordjylland,” siger Birgitte Rasmussen.

Sjældent bivirkninger

Der findes ingen statistik over, hvor ofte brugerne af alternativ behandling kommer ud for alvorlige skader, bivirkninger, interaktion med anden medicin eller direkte kvaksalveri. Men ifølge Sundhedsstyrelsen er der sjældent alvorlige bivirkninger eller komplikationer.

Lægemiddelstyrelsen registrerer bivirkninger af godkendte naturlægemidler sammen med de øvrige bivirkninger af medicin. Ud af 52.000 indberetninger skyldes kun 57 et naturlægemiddel.

Centerchef *Helle Lønroth*, Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling (ViFAB), bekræfter billedet af de få negative konsekvenser.

”Det hænger sammen med, at de mest udbredte alternative behandlinger er massage, zoneterapi og akupunktur, hvor bivirkningerne blot kan være, at man bliver mere træt eller sveder mere,” siger Helle Lønroth.

Hun gør dog samtidig opmærksom på, at den etablerede og den alternative behandlerverden opfatter bivirkninger forskelligt. I den alternative verden betragtes det at svede f.eks. som en velkommen følge af behandlingen. Det gør det ikke i den lægefaglige verden.

Et dyrt bekendtskab

Formanden for kræftsygeplejerskernes faglige selskab, *Birgitte Grube*, fortæller, at der inden for kræftbehandlingen sjældent dukker så svære situationer op som den med leukæmipatienten, der rejste til Tyskland efter hajfinnebrusk.

”Der er meget langt imellem de grelle historier. Jeg har heller ikke indtryk af, at negative konsekvenser af alternativ behandling som f.eks. interaktion er noget, kræftsygeplejersker møder i hverdagen. Men vi taler i selskabets bestyrelse ofte om, at det er dyre alternative behandlinger, som patienterne betaler,” siger hun.

Patienterne, der var i alternativ behandling i undersøgelsen fra Kræftens Bekæmpelse, brugte i gennemsnit 600 kr. om måneden. Hver femte patient brugte over 1.000 kr. om måneden på alternativ behandling.

Birgitte Grube var selv sygeplejerske på den afdeling, hvor leukæmipatienten finan-

”Måske skulle vi have ladet dem være, da det blev klart, at de havde truffet deres valg.”

sierede sin alternative behandling med salg af sommerhuset. Men det økonomiske aspekt var kun en mindre del af dilemmaet, set fra personalets synspunkt.

”Det store dilemma var, at på den ene side var patienten døende og kunne vanskeligt magte rejserne. På den anden side var han stadig myndig. Det blev ikke nemmere af, at konen havde overtaget beslutningerne, mens manden efterhånden resignerede,” siger Birgitte Grube.

Hvad gjorde I så?

”Vi talte meget med dem om muligheden for, at manden brugte sine sidste kræfter på at være sammen med børnene i stedet for. Samtidig sagde lægerne, at de ikke kunne anbefale rejserne til Tyskland, for forsikringen dækkede ikke indlæggelse på et tysk hospital.

Men de kunne ikke sig stop med henvi-

ning til, at der var interaktion med den palliative behandling, eller at det var til gene for afdelingens arbejde,” fortæller Birgitte Grube.

Efterfølgende satte afdelingen større fokus på alternativ behandling. Det blev også diskuteret, om man forsøgte at presse familien for meget til at blive hjemme:

”Måske skulle vi have ladet dem være, da det blev klart, at de havde truffet deres valg. Det er ethvert menneskes ret at bestemme den slags selv. Det kan være, at patienten og familien så havde fået en roligere sidste tid sammen,” siger Birgitte Grube i dag.

redaktionen@dsr.dk

]]] FAGLIGT SELSKAB FOR KOMPLEMENTÆR SYGEPLEJE

Fagligt Selskab for Komplementær Sygepleje vil bygge bro mellem den etablerede sundhedssektor og den alternative behandling. Selskabet kalder den alternative behandling for komplementær terapi, fordi den typisk er et supplement og meget sjældent en erstatning for den traditionelle behandling. www.dsr.dk, se under Faglige Selskaber.

Læs om diplomuddannelse i komplementær terapi på www.scvun.dk. Søg på ”komplementær terapi.”

]]] MERE VIDEN:

www.vifab.dk – Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling ViFAB, en selvejende institution under Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Her finder du beskrivelser af alternative behandlingsmetoder og naturmedicin. Du kan slå produkter op og få at vide, om de har interaktion med anden behandling. Du kan læse gode råd om alternativ behandling og følge med i nyhederne fra forskningen.

www.cancer.dk/alternativ – Kræftens Bekæmpelse. En stor mængde relevant information for sygeplejersker. Bl.a. om, hvordan visse naturlægemidler indvirker på kemoterapi og strålebehandling. Undersøgelsen ”Kræftpatienters brug af alternativ behandling” afdækker både udbredelse og erfaringer. Kræftens Bekæmpelse gør dog opmærksom på, at kvinder og aktive patienter er overrepræsenteret i undersøgelsen. Find undersøgelsen ved at søge på titlen.

www.sst.dk – Sundhedsstyrelsen, vælg ”Sundhed A-Å,” vælg ”Alternativ behandling.” Her kan du bl.a. finde Sundhedsstyrelsens brev til sygehusene, hvor de opfordres til at acceptere patienters alternative behandling.

www.laegemiddelstyrelsen.dk – Her finder du interaktionsdatabasen, der indeholder oplysninger om godkendte naturlægemidlers interaktion med anden behandling. Du finder også produktbeskrivelser af godkendte naturlægemidler.

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST • FOTO: JENS HASSE

Spørgsmål: Har jeg pligt til at acceptere, at en patient ønsker at bruge alternativ behandling?

Svar: Hvis du er ansat på et sygehus, så bør du og dine kolleger så vidt muligt acceptere patientens ønske. Sådan lyder opfordringen fra Sundhedsstyrelsen. Undtaget er de situationer, hvor den ansvarlige læge mener, at den alternative behandling er til gene for arbejdet, og hvor lægen er bekendt med, at behandling vil kunne indebære en risiko for patienten. Er lægen bekendt med, at der er en risiko for patienten, skal lægen informere patienten og fraråde den alternative behandling. Sygehuset har ingen pligt til at betale for alternativ behandling. Hvis du er ansat i hjemmeplejen, sundhedsplejen eller et andet sted i den offentlige sektor, må du forhøre dig hos din chef om arbejdspladsens retningslinjer for alternativ behandling.

Spørgsmål: Kan jeg få efteruddannelse i, hvordan jeg håndterer patienters brug af alternativ medicin?

Svar: Ja, du kan tage efteruddannelse i såkaldt komplementær terapi på bl.a. Sundheds CVU Nordjylland. Meningen er ikke at lære dig at udføre alternativ behandling, men at give dig forståelse af og viden om, hvad alternativ behandling er, og hvordan du håndterer mødet med den alternative behandling på jobbet.

Spørgsmål: Hvad er alternativ behandling?

Svar: Lægeforeningen definerer alternativ behandling som al behandling, der ikke er lægevidenskabeligt dokumenteret. Statens Institut for Folkesundheds definition: Brug af behandlere uden for det almindelige sundhedsvæsen og uden offentligt tilskud. Ud fra et lovgivningsmæssigt synspunkt defineres alternativ behandling som "de terapier, der rækker ud over de behandlingstilbud, der tilbydes i det statsligt finansierede sundhedssystem og som sådan ikke er omfattet af Sundhedsstyrelsens tilsynskontrol." Dog er sundhedsprofessionelle, der anvender alternative metoder i deres behandling, underlagt de regler, der er beskrevet i lægeloven eller i autorisationslovene.

Når patienten ønsker

Spørgsmål: Må jeg nægte at medvirke til en patients alternative behandling?

Svar: Ja, du må sige fra, hvis du finder, at behandlingen er i strid med dine forpligtelser som autoriseret sygeplejerske. F.eks. hvis du ikke kender risikoen for patienten ved behandlingen. Da du i den situation forhindrer patienten i at få en medicin, som hun eller han tror på gavnlig effekt af, bør du orientere din chef, så chefen kan tage stilling til, om en anden sygeplejerske kan udføre opgaven.

Spørgsmål: Hvad gør jeg, hvis jeg ønsker større åbenhed over for alternativ behandling på min arbejdsplads?

Svar: Du taler med dine kolleger og din chef om emnet. Du kan opfordre til, at I får en fælles politik for, hvordan I griber patienternes brug af alternativ behandling an. Eller til, at I afprøver alternativ behandling. Men det kan være svært at revolutionere et system nedefra.



Spørgsmål: Må jeg dosere kosttilskud og alternativ medicin til patienten?

Svar: Ja, det må du godt. Men du skal selvfølgelig være sikker på, at der ikke er interaktion med anden behandling. Spørg den ansvarlige læge. Når en patient ønsker hjælp til indtagelse af naturlægemidler, bør plejepersonalet ifølge Sundhedsstyrelsen medvirke hertil, hvis lægen skønner, at brugen ikke er skadelig.

Spørgsmål: Hvorfor er det vigtigt at acceptere patientens alternative behandling?

Svar: Det er det selvfølgelig først og fremmest, fordi personen er myndig og har ret til at bestemme i sit eget liv. Men man ved også fra undersøgelser, at alternativ behandling giver kræftpatienter mulighed for at mestre deres livssituation. Patienten får mulighed for selv at tage et ansvar, for at være aktiv i stedet for passiv og for at skifte fra en følelse af afmagt til kontrol.

Spørgsmål: Hvad gør jeg, når en patient fortæller, at hun eller han benytter alternativ behandling?

Svar: Du er en respektfuld dialogpartner, som lytter interesseret til patientens beskrivelser. Du fokuserer på, hvilken betydning patienten oplever, at behandlingen har. Du støtter patienten i at være en kritisk forbruger på det alternative marked. Du undlader i din egenskab af sygeplejerske at give patienten gode råd om konkrete alternative behandlinger. Du kan i stedet henvise patienten til at få mere viden på www.vifab.dk. Ifølge Sundhedsstyrelsen bør du orientere lægen med henblik på vurdering af eventuelle interaktioner med den øvrige behandling, hvis en patient tager naturlægemidler ud over den lægeordnede medicin.

Spørgsmål: Må jeg anbefale alternativ behandling?

Svar: En sygeplejerske har ikke i kraft af sin uddannelse og autorisation en viden om alternativ behandling. Derfor må du ifølge Sundhedsstyrelsen ikke som sygeplejerske anbefale alternativ behandling. Hvis du understreger, at du udtaler dig som privatperson, må du gerne viderebringe andres erfaringer.

din medvirken

Spørgsmål: Hvordan sikrer man sig, at en patients forbrug af alternativ behandling bliver kendt af sundhedspersonalet?

Svar: På nogle afdelinger spørger lægen rutinemæssigt til alternativ behandling under indlæggessamtalen. Andre steder er alternativ behandling tabubelagt. Her betror patienterne sig til de personer, som virker åbne for en dialog om emnet.

Spørgsmål: Jeg har en uddannelse i en alternativ behandlingsform. Må jeg udføre behandlingen i mit arbejde?

Svar: Ja, hvis det sker efter aftale med den ansvarlige læge og din chef, og patienten er grundigt informeret og har samtykket. Det vil typisk forudsætte, at man har dokumenteret en positiv virkning i en undersøgelse. Eller det kan være som led i et pilotprojekt, der skal afdække, hvordan den alternative behandling virker.

Hvad gør de andre?

Zoneterapi, nåle, urtemedicin. Der er vidt forskellig praksis, når det gælder alternativ behandling i det etablerede sundhedsvæsen. Fra afvisning til accept og pilotforsøg.

Anita Lunde, klinisk sygeplejespecialist, Gynækologisk/obstetriske afd. D, Odense Universitetshospital
 ”Vi bruger akupunktur mod graviditetskvalme og som smertelindring ved fødsler,” fortæller *Anita Lunde*, som er sygeplejerske, cand. cur. og akupunktør.

”Vi har to forskningsprojekter med akupunktur, ét om igangsættelse af fødsler og ét ved ægoplægning ved fertilitetsbehandling. Vi har i øvrigt planer om at bruge akupunktur ved kvalme efter operation.”

Hun har selv gennemført et pilotprojekt om akupunktur til kvinder med endometriose, og afdelingen er generelt åben for alternativ behandling. Ligesom hospitalets vision omfatter et center for eksperimentel kinesisk medicin.

Anita Lunde lægger selv vægt på, at der stilles faglige krav, når alternativ behandling integreres i sundhedsvæsenet, og at personalet bliver uddannet.

”En alternativ behandlingsform bør integreres med respekt for den grundlæggende filosofi, så behandlingen ikke reduceres til en teknik eller bruges i tilfældige småbidder. F.eks. gør det ikke én til akupunktør, at man kan sætte et par nåle for kvalme, og der bør være en uddannet akupunktør til at supervisere behandlingen.”



FOTO: ALEX TRAN



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Ann Dahy, oversygeplejerske, Onkologisk afdeling, Vejle Sygehus

”Mellem 75 og 80 pct. af kræftpatienterne benytter alternativ behandling. Men jeg kender ikke til, at vi har haft negative oplevelser med det. Vi tilstræber at være åbne, og vi har i afdelingen et pilotprojekt, hvor vi på 50 patienter undersøger, om akupunktur kan afhjælpe bivirkningen febril peni.”

Ifølge afdelingens kliniske retningslinjer skal lægen i den medicinske anamnese spørge, om patienten tager kosttilskud og naturlægemidler.

”Det er der nogle læger, der gør. Men jeg er sikker på, at mange ikke får det gjort,” siger *Ann Dahy*.

”Læger og til dels sygeplejersker kan mestre det, som vi ved er dokumenteret. Det har vi magten over. Når folk kommer med alternativ medicin, som de har købt i udlandet eller andre steder, så har vi svært ved at forholde os til det, fordi vi ikke kender det.

Vi bliver usikre, og når usikkerheden udstilles, kan vi føle, at vores troværdighed svækkes. Derfor afholder vi os måske fra at have en dialog med patienten.

Vi kunne godt arbejde med at opnå mere åbenhed om alternativ behandling og dermed vise, at vi ser hele patienten. Det vil skabe tryghed for patienten. Men dilemmaet er, at der er tusindvis af alternative præparater, og det er uoverskueligt at sætte sig ind i dem alle. Derfor er vi nødt til at henvise patienterne til steder, hvor de selv kan søge viden.”



FOTO: LARS HORN

Jonna Bech Skaue, assisterende områdesygeplejerske, Aalborg Kommune

”Vi møder ofte alternativ behandling, især kosttilskud. Det sker også, at kræftpatienter kommer hjem fra kurophold på Humlegaarden og skal indtage en del alternativ medicin, somme tider som injektioner.

Det er ikke ret mange, der kan tage injektioner selv, så de har brug for, at hjemmesygeplejersken hjælper dem. Sådant en behandling betaler den enkelte. Det kan nemt koste 100.000 kr.”

Hjemmesygeplejen har retningslinjer for håndtering af alternativ medicin. F.eks. skal injektioner altid være ordineret af en læge. Den enkelte sygeplejerske har ret til at sige fra over for at give alternativ medicin.

”Men hvis lægen har godkendt, at vi hjælper patienten med injektionerne, har jeg ikke mødt nogen, der ikke ville. Det betyder meget for patienten at følge den behandling, de selv har valgt, og som giver dem håb. Det er en ressource, at den enkelte selv tager initiativ til at gøre noget ved sin situation,” siger *Jonna Bech Skaue*.

I nogle hjem er der mange alternative præparater, og så kan det være nødvendigt at hjælpe med at sortere i dem. Det beror på den enkelte sygeplejerskes faglige skøn, om hun kan dosere tabletterne.

”Man skal som sygeplejerske aldrig dosere noget, man ikke kan stå inde for,” understreger *Jonna Bech Skaue*. Men hun finder det positivt, at det etablerede system på Sundhedsstyrelsens henstilling er begyndt at anerkende patienternes ret til at vælge til og fra, også alternativ behandling.

”Det er fint, da man ellers vil opleve, at nogen holder det skjult. Åbenhed er godt, for der er jo virkning og bivirkning ved alternativ behandling, som vi i det etablerede system kun kan tolke på den rette måde, når vi har kendskab til det.”



FOTO: ALEX TRAN

Suzanne Holck Due, sygeplejerske, Psykiatrisk afdeling, Svendborg Sygehus

”Vi bruger desværre ikke nogen former for alternativ behandling på min afdeling,” siger *Suzanne Holck Due*, der også er zoneterapeut og under uddannelse i *healing touch* og *guided imagery and music therapy*.

”Jeg synes, at det er synd for mine patienter. Jeg er overbevist om, at vi ville se et mindre forbrug af beroligende medicin og sovemedicin, hvis vi la-

vede et pilotprojekt med *healing touch*, hvor patienten kommer i en dybt afslappet tilstand midt mellem søvn og vågen tilstand.

Jeg har foreslået et pilotprojekt, men vores administrerende overlæge ønsker ikke disse former for komplementær behandling ind på psykiatrisk afdeling. Mange læger har den indstilling, at hvis en behandling ikke er dobbelt blind-testet, så er den ikke dokumenteret.”

Suzanne Holck Due mener, at den alternative behandling skal ind i sundhedsvæsenet. ”Der er alt for mange fordomme om hinanden i begge verdener. I stedet skal vi se på, hvordan de to verdener kan supplere hinanden. Vi svigter patienterne, når vi sender dem ud på det alternative marked og lader andre trække penge op af lommen på dem.”

>>> HVAD KAN DU SÆRLIG GODT LIDE VED AT ARBEJDE PÅ UROLOGISK AMBULATORIUM?

"Jeg har arbejdet med det urologiske speciale i så mange år, fordi det er spændende, og fordi de gamle mænd har mit hjerte. De bærer ikke følelserne uden på tøjet, men jeg kan godt lide at gøre dem trygge med det, jeg kan tilbyde," siger Anna Birkjær.



En evaluering har vist, at patienterne har en høj grad af tilfredshed med behandlersygeplejerskens faglige kompetence. Få patienter har savnet lægekontakt.

Vandladningsproblemer er typisk for de ældre mænd, der kommer i ambulatoriet, og det er et af de emner, sygeplejerskerne taler med patienterne om.



Patientens prostatacancer har været stabil i mange år, men nu har en blodprøve vist, at sygdommen er i udvikling. Anna Birkjær har på forhånd talt med lægen om, hvilken medicin patienten skal have ud over depotsprøjten med hormon.



Både sygeplejersker og læger er glade for ordningen med, at sygeplejersker tager sig af patienter med stabil prostatacancer.



Opgaverne i Urologisk Ambulatorium kræver, at sygeplejerskerne er erfarne og kan arbejde meget selvstændigt.



Anna Birkjær måtte tage sig sammen, første gang hun skulle give en depot-sprøjte. "Det er en ordentlig hestesprøjte, men patienten mærker ikke nogen smerte," siger hun.



Mange patienter kommer i ambulatoriet i årevis og får behandling for deres prostatacancer resten af livet.

Oplært til at behandle

Lægeopgaver. Sygeplejersker på Frederiksberg Hospital har overtaget behandlingen af patienter med ukompliceret stabil prostatacancer. De giver hormonindsprøjtninger og vurderer blodprøver.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

For to år siden fik patienterne på Urologisk Afdeling på Frederiksberg Hospital deres personlige læge. Det betød, at alle lægerne var optaget af stuegang på sengeafdelingen og først kunne komme i ambulatoriet kl. 9.30. Hvordan kunne sygeplejerskerne og patienterne bedst udnytte tiden fra kl. 8-9.30? Sammen med lægerne fandt sygeplejeledelsen ud af, at sygeplejerskerne med fordel kunne overtage behandlingen af patienter med ukompliceret stabil prostatacancer. Patienterne kommer til kontrol hver tredje måned for at få en depotsprøjte med hormoner gennem maveskindet. Medicinen holder sygdommen nede. Mange af de ældre mænd kommer i ambulatoriet i årevis og får behandling for deres prostatacancer resten af livet.

Sygeplejerske *Anna Birkjær* har arbejdet det meste af sit arbejdsliv som urologisk sygeplejerske, de sidste fire år på Frederiksberg Hospital. Hun tager imod sin første patient kl. 9. Det er en mand på 88 år, som hun har kendt i flere år. I dag venter en svær samtale. En blodprøve har afsløret, at sygdommen er i udvikling, og Anna Birkjær har på forhånd aftalt med lægen, hvad der skal gøres. Nu skal hun informere patienten om den medicin, han skal tage hver dag, ud over den behandling han får hver tredje måned i ambulatoriet.

"Du er ked af det," siger hun og tager hans hånd hen over skrivebordet. "Ja, nu er det gået godt i så mange år," konstaterer han. "Du er kommet her i fem år, og det er lang tid," siger Anna Birkjær. Han er biavler og har holdt kurser i 45 år, han fortæller, at han har planlagt en hel række af kurser til foråret. Han er en travl herre, der også skal tage sig af sin invalide kone. Efter et stykke tid siger Anna Birkjær: "Vi kan jo ikke snakke os ud af, at du skal have din sprøjte."

Sygeplejerskerne er oplært i at vurdere blodprøver for at se efter indikationer på cancer i udvikling. De ser på værdierne i blodprøverne, og de kender virkningen og bivirkningen af hormonerne. De taler med patienterne om vandladning, hestedigninger og smerter. Knoglesmerter kan f.eks. være tegn på, at kræften har bredt sig.

Efter at den ældre herre har fået sin sprøjte og er steget ned fra briksen, gennemgår de medicinen sammen. Der er fire æsker med en pille til hver dag.

Ordningen med, at sygeplejersker tager sig af patienter med stabil ukompliceret prostatacancer, er blevet evalueret efter det første år. Både læger, sygeplejersker og patienter er glade for ordningen. Hvis sygeplejerskerne bliver i tvivl om noget, kan de kontakte lægen. Ud af de 158 behandlinger, sygeplejerskerne gav i 2004, havde de kun brug for at kontakte lægen i 28 tilfælde. Derfor er ordningen nu gjort permanent.

sbk@dsr.dk



"Mange stole er alt for bløde, og stolene er ofte ens. Men beboerne er jo forskellige, så det skal stolene også være."



Indretningsarkitekt Mette Terkildsen i en god læsekrog på plejehjemmet Krogholmgård i Rudersdal Kommune. Ældre har brug for kraftigt lys til at se ved, og mørke kroge skræmmer mange demente.

Lys og hygge på plejehjemmet

Institutionspræg. Plejehjem skal gerne opleves som hjemlige, men de skal også indrettes og møbleres med forståelse for beboernes skrøbeligheder. Indretningsarkitekt Mette Terkildsen kommenterer en række typiske fejltagelser.



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST
FOTO: SIMON KNUDSEN

Medarbejdere på danske plejecentre lægger megen omsorg i, at beboerne skal føle sig hjemme i dette, deres sidste hjem.

Men rammerne, som de udfolder deres bestræbelser i, er ikke altid en støtte. For nu at sige det pænt. Hvad enten det skyldes arkitekterne eller de mennesker, der indretter og møblerer – mange danske plejecentre lyser stadig langt væk af de institutioner, de er.

Indretningsarkitekt *Mette Terkildsen*, Dansk Farveinstitut, har set flere af dem end de fleste. Hun har besøgt plejehjem over hele landet i sine studier af, hvad lys og farver betyder for ældres livskvalitet.

Hun ser en række typiske problemer, som handler om indretning af fællesarealer, lys, køkkener og badeværelser.

”Et plejehjem skal jo være et hjem for folk. Men de fleste har stadig institutionspræg – lange gange med glaskupler i loftet, som ikke er særlig hyggelige,” siger Mette Terkildsen.

I opholdsstuerne har hun især undret sig over de møbler, der er købt ind.

”Det er, som om de ikke er købt med tanke for ældre med dårlig mobilitet. De skal kunne komme op af stole og sofaer. Så jeg undrer mig, når jeg ser en trepersoners sofa – hvad med den, der sidder i midten?” siger hun.

”Mange stole er alt for bløde, og stolene er ofte ens. Man ser sjældent lænestole af forskellig slags. Men beboerne er jo forskellige, så det skal stolene også være. Der er forskel på, hvad der er komfortabelt for en lille spinke dame og en mand på to meter.”

Gør tingene tydelige

PH-lamper er smukke, men giver ikke så meget lys over et spisebord, at man kan se, hvad der ligger på tallerkenen. Ældre har brug for mere lys end yngre – og meget mere, end de fleste tror. Men lyset må ikke blænde. Diffust lys fra lamper, der lyser både op og ned, er bedst.

”Og så skal man undgå mørke kroge, der kan virke skræmmende på demente beboere,” tilføjer Mette Terkildsen.

”Ligesom man skal undgå mørke felter i gulvet, som demente ser som huller og ikke tør gå ud på.”

Badeværelserne med deres hvide sanitet og vægge i nuancer af hvidt og lysegråt er svære at orientere sig i, når man som mange ældre har et dårligt syn, og hvor mange demente har svært ved at genkende tingene.

Hvis væggen i stedet får en kontrastfarve, bliver toilettet og rullen med wc-papir straks lettere at få øje på. Knappen til wc-skylling kan man f.eks. male, og der er større chance for, at en mandlig beboer kan finde ud af at slå wc-sædet op og ned, hvis det har en farve.

”Det handler om at gøre tingene tydelige, så folk lettere kan fokusere på dem,” siger Mette Terkildsen

”Hvis der er trapper, kan man sætte en forkant på trinene, så man kan skelne de enkelte trin fra hinanden. Det er også en god idé at markere forkanterne på hylderne i køkkenskabene.”

Køkkener til kørestole

Køkkener er et kapitel for sig. Vore dages plejeboliger er selvstændige lejligheder, så derfor skal de have eget køkken. Det er et lovkrav, selv om Mette Terkildsen aldrig har set et køkken i en plejebolig, der blev brugt til andet end kaffebragning, når familien kom på besøg.

Det er også hendes indtryk, at man igen er lidt på vej væk fra den fælles madlavning med beboerne i de små boenheder.

”Man får måske bixsemaden bragt udefra, og så laver man spejlæggen og anretter sammen med beboerne.

Man skal overveje, hvor mange ældre og demente det er relevant at være for at deltage i køkkenarbejdet. Mange har måske også bare glæde af at være der og mærke lugten. Men

hvis beboerne skal være med, skal man f.eks. sørge for, at de kan komme ind under køkkenbordet med en kørestol.”

Flyt fjernsynet

Bygherrer og rådgivere kan med fordel sætte sig sammen med demenskyndige, før de går i gang med at projektere, tilføjer Mette Terkildsen.

Så kunne man måske blive enige om, at det ikke er nødvendigt med en vaskemaskine og tørretumbler i hver eneste plejebolig, som hun for nylig så det specificeret i et kommunalt udbudsmateriale.

”Og det er måske lidt overdrevet i en bogruppe på 10 mennesker. Det er jo som en familie.”

Det vigtigste? Ordentlige stole at sidde i, ordentligt lys, så man kan kigge i et blad. Flere mindre opholdsrum, så fjernsynet kan stå i et separat rum. I stedet for én stor stue, hvor fjernsynet står og kværner, mens mændene sidder foran og kigger ud i luften.

”Mange aktiviteter på plejecentrene henvender sig mest til kvinder, og tit er der heller ikke så mange mænd. Men dem, der er, kunne man måske samle i en lille klub. Eller et værksted med en høvlebænk, som jeg for nylig så et sted.”

Mette Terkildsen har skrevet bogen ”Indretning af plejecentre – for svage ældre og mennesker med demens.” En elektronisk udgave ligger på www.servicestyrelsen.dk > Publikationer.

kbj@dsr.dk

Læs også artiklen ”En overskuelig hverdag” på side 56.

))) SNAK MED BRANDVÆSENET

Brandsikkerheden sætter nogle grænser for, hvor meget man kan ændre på indretningen i et plejecenter. Men man skal ikke give for hurtigt op, siger *Sygeplejerskens* fagredaktør *Evy Ravn*, der er tidligere plejehjemsleder:

”Vi havde nogle lange gange, som vi gerne ville bryde op med grupper med blomsterkummer og lænestole. Det må man ikke uden videre. Men vi kontaktede det lokale brandvæsen og fik en lokal aftale. Der kom én ud for at se på forholdene, og han fortalte, hvor vi måtte stille blomster og stole.”

Let livet for de demente

Orienteringshandikap. Boliger til demente skal tage hensyn til deres særlige problemer med at fortolke, genkende og orientere sig.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Mange demente bliver bange og skræmte, når de ikke forstår, hvad de ser i deres omgivelser. Store glaspartier, der blænder, mørke kroge, mørke felter i gulvet, som de demente opfatter som huller.

Ting, de ikke kan se, findes ikke for dem. Hvis ikke døren til toilettet er synlig både fra soveværelset og stuen, kan den demente ikke selv finde derud. Døre fra egne stuer skal lukke direkte op til fællesarealer.

”Når man kommer ud ad sin egen dør, skal der være mennesker umiddelbart udenfor. Man skal ikke vandre rundt på gangene for at finde dem,” siger centerleder

Dorte Høeg, Videncenter på Ældreområdet.

Hun skrev i 2001 en vejledning ”Eldreboliger for demente.”

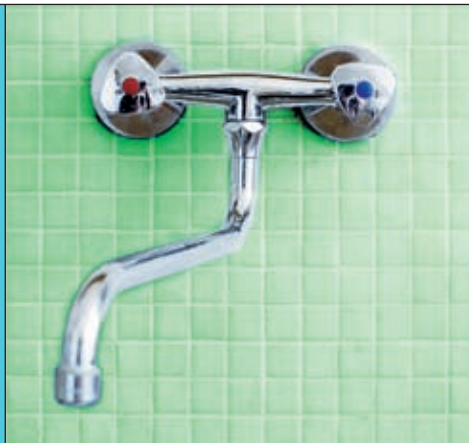
Her beskriver hun en række fællestræk, som man kan føre tilbage til dementes svigtende hukommelse.

Først svækkes evnen til at huske, siden evnen til at genkende. Opmærksomhed og koncentrationsevne bliver forringet, man mister evnen til at udføre praktiske handlinger og til at forstå det, man sanser. Nedsat evne til at orientere sig rumligt og i tid er også almindelige symptomer.

Handikap: Svigtende hukommelse

Sådan viser det sig

- Beboeren har generelt problemer med at genkende ting.
- Har svært ved at lære at betjene nye ting, som f.eks. moderne typer vandhaner.
- Beboeren kan ikke huske, hvor tingene er, hvis de ikke er synlige.
- Problemer med at finde egen bolig, hvis alle døre er ens.
- Beboeren mister på et tidspunkt evnen til at læse dørskilte o.l.



Handikap: Nedsat hørelse

Sådan viser det sig

- Nedsat hørelse rammer mange ældre, men demente kan ikke kompensere for tabet så godt som andre.

Det bør man vælge

- God akustik
- Teleslyng.

Det bør man vælge

- Dørgreb, kontakter, vandhaner o.l. i traditionelt design, så tingene er genkendelige.
- Almindelige døre i stedet for skydedøre.
- Tænd og sluk-kontakter i stedet for lys med automatisk tænding.
- Døren til toilettet skal være synlig fra stue og soveværelse.
- Direkte udgang fra bolig til fællesarealer.
- Forskellige farver og individuelle skilte eller andre kendetegn på døren til egen bolig.

Handikap: Dårligere syn

Sådan viser det sig

- Nedsat syn rammer mange ældre, men demente kan ikke kompensere for tabet så godt som andre.
- Ældre mennesker bliver lettere blændet end yngre.
- Store glaspartier kan være svære at opfatte som vindue eller dør på grund af blænding.
- Ældre skal have meget kraftigere lys for at se.



Dertil kommer så de syns- og høreproblemer, som demente deler med andre ældre.

”Men de får den ekstra toning hos demente, at de bliver forstærket, fordi demente i forvejen har svært ved at fortolke det, de ser og hører,” siger Dorte Høeg.

Overskuelighed, tydelighed og genkendelighed er nøgleord i indretningen. Det er velkendt, at demente trives bedst i hjemlige omgivelser. Man skal bare huske, at hjemlige omgivelser ikke automatisk er lig med plysmøbler og madam blå, advarer Dorte Høeg. Der skal helst ikke gå nostalgi i ind-

retningen. ”De færreste af dem, der bor på plejehjem i dag, er vokset op i 90’erne. De kan sagtens have levet hele deres liv med arkitekttegnede danske møbler. Man må se på, hvad der var relevant for disse menneskers unge eller voksne periode,” siger hun.

”Men når man har små bogrupper, kan man i et vist omfang indrette efter de aktuelle beboere og måske endda tage nogle af

deres møbler ind i fællesrummene,” foreslår Dorte Høeg.

”Og på et eller andet plan ved vi jo alle, hvad hjemlighed er. Når der står fire ens sofagrupper med grønne uldbetræk, så er det ikke særlig hjemligt.”

kbj@dsr.dk

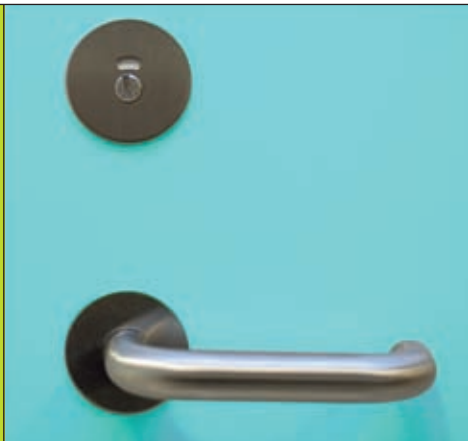
”Hvis ikke døren til toilettet er synlig både fra soveværelset og stuen, kan den demente ikke selv finde derud.”

Kilder: Høeg, Dorte. Ældreboliger for demente, 2001 (lån på biblioteket).

Terkildsen, Mette. Indretning af plejecentre – for svage ældre og mennesker med demens, 2004 (kan downloades fra www.social.dk).

Det bør man vælge

- Ikkeblændende lysarmaturer.
- Store glaspartier og vinduer undgås eller opdeles med sprosser eller rammer.
- Større lysstyrke i læselamper og til spisebordet. Mennesker med meget dårligt syn har brug for flere hundrede watt.
- Kontraster hjælper til at definere genstande tydeligere.



Det bør man vælge

- Kontrasterende farver på gulv, vægge og lofter støtter rumopfattelsen.
- Badeværelsesvægge i kontrastfarver får det hvide toilet og toiletrullen til at træde tydeligere frem.
- Dørgreb o.l. i kontrastfarver til døren.
- Farvede forkanter på trappetrin og hylde gør dem tydeligere.
- Meget store vinduer opdeles med sprosser eller rammer.
- Udendørs stier og gange skal lede rundt, ikke ende blindt.



Handikap: Orienteringsproblemer

Sådan viser det sig

- Reduceret rumopfattelse giver problemer med at overskue et rum og finde rundt.
- Nedsat dybdeperception gør, at mørke partier i gulvet opfattes som huller eller niveauforskelle.
- Stænkmonstre f.eks. på køkkenborde opfattes som pletter, der skal tørres af.

MEN

- Hvis man vil bortlede dementes opmærksomhed fra udgangsdøre eller døre til personalerum, kan man kamuflere dørene ved at lade dem gå i ét med væggen farver.



Kvalitet og vilkår hænger sammen

Forberedelserne til overenskomstforhandlingerne i 2008 er i fuld gang. Ved sidste overenskomstforhandling i 2005 tog vi med den nye lønmodel et vigtigt skridt til forbedring af sygeplejerskernes grundløn. Og dermed sygeplejerskernes livsløn. Men det er også klart, at vi ikke stopper her. Målet for overenskomstforhandlingerne næste år er: mere i løn, et bedre arbejdsliv og en god pension. Det er helt i tråd med, hvad næsten 1.000 tillidsrepræsentanter, heraf 450 sygeplejersker, fra hele landet sagde på vores startkonference om overenskomstforhandlingerne 2008 i sidste uge.

Sygeplejersker skal have en løn, som matcher de privatansattes med samme uddannelsesniveau. Vi skal have et arbejdsliv, som hænger bedre sammen med privatlivet, og vi skal have en pensionsopsparring, som skaber tryghed, når man går på pension. Det er en ambitiøs strategi, men bestemt ikke en urealistisk strategi.

Hver dag udfører sygeplejersker et kæmpe arbejde for at styrke kvaliteten i sundhedstilbuddene rundt omkring på danske sygehuse og i kommunerne. Derfor er sygeplejerskerne ikke til at komme uden om, når det handler om at styrke kvaliteten i sundhedsvæsenet i de kommende år.

Regeringen har med arbejdet med kvalitetsreformen sat fokus på kvaliteten i velfærdssamfundet. Det er positivt. Regeringen har bl.a. inviteret til trepartsdrøftelser mellem regeringen, det offentlige arbejdsgivere og de offentligt ansattes organisationer, hvor jeg bl.a. deltager sammen med FTFs formand. Baggrunden for trepartsdrøftelserne er en stigende erkendelse hos regeringen af, at medarbejdernes vilkår er afgørende for, at den offentlige sektor kan rustes til fremtidens udfordringer.

Skal trepartsdrøftelserne munde ud i mere end bare endnu et stykke papir den 14. juni, så er det vigtigt, at der er fokus på de rigtige ting. Ud over fokus på udvikling af medarbejdernes kompetencer, attraktive arbejdspladser og rekruttering af medarbejdere til den offentlige sektor, som er helt afgørende, har jeg bl.a. slået på, at der skal være fokus på ligeløn, arbejds-pres, faglig ledelse og bedre muligheder for videre- og specialuddannelse, hvis vi skal styrke kvaliteten på de hårdt belastede sundhedsområder.

Selvom trepartsdrøftelserne og overenskomstforhandlingerne ikke har noget direkte med hinanden at gøre, er trepartsdrøftelserne alligevel en vigtig lakmestest på, om regeringen og arbejdsgiverne har viljen og modet til at sætte en ambitiøs strategi for fremtidens velfærdssamfund og sundhedsvæsen – og foretage de nødvendige investeringer i medarbejderne.

Når overenskomstforhandlingerne så for alvor går i gang i oktober måned, skal vi forhandle løn og arbejdsvilkår. Sundhedsvæsenet skal også i fremtiden være et af de vigtigste velfærdsområder. Det forudsætter, at medarbejderne får løn og arbejdsvilkår, der afspejler deres værdi for samfundet. I modsat fald tabes kampen om at rekruttere og fastholde kvalificerede medarbejdere.

"Sundhedsvæsenet skal også i fremtiden være et af de vigtigste velfærdsområder. Det forudsætter, at medarbejderne får løn og arbejdsvilkår, der afspejler deres værdi for samfundet."




Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Kom op af stolen, DSR

Af Andreas Lund Andersen,
sygeplejestuderende

Kommentar til debatindlægget "Betydelig lønnedgang" i Sygeplejersken nr. 6/2007.

 Den nyuddannede sygeplejerske *Gitte Busk-Clausen* med 28 års erfaring som sosu-assistent stiller nogle meget essentielle spørgsmål omkring anciennitet og løn, som ikke automatisk videreføres fra hendes tidligere erhvervs erfaring.

Jeg tænker så: Hvorfor har fagforeningerne, heriblandt Dansk Sygeplejeråd, så accepteret "ny løn?" Det er vel netop i denne situation, at denne medarbejder burde kunne starte på et højere løntrin, da hun har væsentlig erfaring, som ny løn burde medinddrage.

Jeg bifalder så absolut heller ikke ordningen ny løn af flere årsager; dels er den med til at påtvinge lavere lønninger for alle ansatte. Men helt overordnet burde Dansk Sygeplejeråd såvel som andre fagforeninger være forhandler for samtlige sygeplejersker på én gang frem for individuelle

lønforhandlinger, således vi kollegialt får en anstændig løn svarende til de kvalifikationer og det ansvar, vi alle har som autoriserede sygeplejersker.

Det er på tide, at DSR kommer op af stolen og sørger for, at alle sygeplejersker får en væsentlig lønfremgang her og nu frem for lønnedgang! Herved sikres vi, at den fremtidige rekruttering til området ikke går i stå pga. den lave løn. I stedet skal vi have et skulderklap – i form af væsentlig lønfremgang – fra vores arbejdsgiver – regionerne – som må punge ud, hvis det danske sundhedsvæsens faglighed ikke skal gå tabt.

Andreas Lund Andersen er 2.-semester-sygeplejestuderende ved CVU-Lillebælt Odense og i praktik på G2, Odense Universitetshospital.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Andreas Lund Andersen!*
En lønfremgang bliver Dansk Sygeplejeråds

absolutte fokus ved de kommende overenskomstforhandlinger. Ved overenskomstforhandlingerne i 2005 fik vi forbedret sygeplejerskernes grundløn, og dermed også livslønnen. Men vi skruer bestemt ikke ned for ambitionerne af den grund. Det er vores klare mål, at sygeplejersker skal have en løn, som matcher de privatansattes med samme uddannelsesniveau.

Jeg er også enig i, at størstedelen af lønnen bør være aftalt centralt. I dag bliver ca. 92 pct. af midlerne udmøntet centralt, mens 8 pct. udmøntes lokalt. Ved den forrige overenskomst aftalte vi en ny lønmodel med arbejdsgiverne. Den indebærer, at minimumsudmøntningen for lokal løn er 6.100 kr. Samtidig sikrede vi en udmøntningsgaranti, der betyder, at de midler, Sundhedskartellet har afsat til lokal løndannelse, faktisk tilfalder medlemmerne.

Dansk Sygeplejeråd udsendte i øvrigt med *Sygeplejersken* nr. 7/2007 vores debatoplæg om Overenskomst 2008. Med oplægget håber vi at inspirere til en aktiv debat om de emner, vi skal prioritere ved forhandlingerne. Jeg er glad for, at du allerede har taget hul på den debat.

]]] 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 modtaget senest tirsdag den 24. april kl. 12.00 kan forventes medtaget i *Sygeplejersken* nr. 9/2007 under forudsætning af, at pladsforholdene tillader det.

.....

"Vi skal have et nummer, der ligger på rygmarven ligesom 112."

Sekretariatschef i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Beth Lilja, i en positiv kommentar til Sundhedsstyrelsens forslag om fælles alarmnummer til sygehusenes genoplivningshold. Nyhedsavisen 12. april.

.....



Intet er håbløst

Af Johanne Nyholm-Olesen, sygeplejerske

 I december 2006 havde Dansk Sygeplejeråd i Hillerød et arrangement, hvor *Ellen Dalgård Jensen*, sygeplejerske fra Diakonissestiftelsen, fortalte om sine travle og spændende år uden for landets grænser.

En uforglemmelig oplevelse. I sin bog "Hvor himmel og jord mødes" beretter Ellen levende om sine 17 år i Afrika, hvor hun arbejdede med spedalske og flygtninge.

Tunge dage blev lettet ved Ellens indsats, og hun formåede at tænde lys for andre. Der fulgte et travlt år i USA.

Senere arbejdede Ellen blandt prostituerede i Norge. Hendes opfindsomhed var stor, hun formåede også her at lindre og hjælpe nødstedte mennesker.

Ellen har med sin sygeplejergerning og

indsats vist os, at intet er håbløst, og med sin inspiration har hun været med til at bryde grænser.

Bogen er en af de bedste bøger, jeg har læst. Jeg håber, at alle, der læser dette, vil få lige så rige timer, som jeg, ved at læse bogen.

To linjer randt mig i hu, da jeg stille lukkede bogen: "Du, som åbner bøgerhækens blade, giv os lys, og gør os glade." (Salme 369.)

Ellen Dalgård har efter min mening fortjent en medalje for sin indsats. Skulle jeg fortælle om mennesker, jeg mødte på min vej, bliver hun en af dem, der kommer i første række.

Johanne Nyholm-Olesen er pensioneret hjemmesygeplejerske.

]]] HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk






Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Har I en fornuftig dialog med patienterne om deres alternative behandling på din arbejdsplads?

Læs tema om alternativ behandling side 14-20.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 6/2007:

Syntes du, det er svært at tale med patienterne om deres seksualitet?

Svar	antal	pct.	
Ja	94	48,5	
Nej	75	38,7	
Ved ikke	25	12,9	
I alt	194	100,1	

Valg i Seniorsammenslutningen

Sidste frist for opstilling af kandidater til valget er **den 2. maj 2007 kl. 09.00.**

Kandidatopstillingslisten og omtale af valget blev bragt i "Sygeplejersken" nr. 6/2007.

Kandidatopstillingsliste kan du også få tilsendt fra Dansk Sygeplejeråds sekretariat.

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk findes der et link til Seniorsammenslutningens egen hjemmeside. Her findes information om Seniorsammenslutningen i det hele taget og om valget til Seniorsammenslutningens bestyrelse. Valgprocedure, kandidatopstillingsliste, de opstillede kandidater og det endelige resultat vil være at finde her.

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



Forlod ragnarok

Af Lith Stenderup, sygeplejerske

Kommentar til Dansk Sygeplejeråd mener "Medicinske afdelinger i nød" i Sygeplejersken nr. 5/2007.



Fra tid til anden læser jeg med nogen forbløffelse i *Sygeplejersken* om de uacceptable forhold i de fleste af de medicinske afdelinger her i landet. Det er fuldstændig de samme ord, som kunne være skrevet i årene fra 1947 og op i sidste tredjedel af 1900-årene. Dengang var der også overbelægning, underbemanning, stort arbejdspress, inddragne fridage og ferier. Trods en lang arbejdsdag kunne man indkaldes til nattevagt. Men der var ingen, der turde stå frem og mukke. Det kan ikke være anderledes, sagde man dengang. Man skulle nok have sagt noget dengang, så havde det vel været lettere for nutidens sygeplejersker. Jeg valgte at forlade det ragnarok og fik til sidst en arbejdsplads med ordnede forhold, ro over arbejdet, tilrettelagt på en anden måde.

Lith Stenderup er pensioneret sygeplejerske.

Ny ældrechef i Silkeborg Kommune



Inge Olesen Bank tiltræder som ny ældrechef i Silkeborg Kommune den 1. maj 2007. Hun afløser *Mette S. Jørgensen*, som går på pension. Inge Olesen Bank kommer fra en stilling som sundheds- og forebyggelseschef i Hedensted Kommune.

Inge Olesen Bank er uddannet sygeplejerske på Silkeborg Sygeplejerskeskole i 1978 – og hun har tidligere været ansat i Silkeborg Kommune på ældreområdet som leder af Område Vest fra 1997 til 2002. Herefter blev hun ansat som ældrechef i Hedensted Kommune, hvor hun i forbindelse med kommunesammenlægningen blev sundheds- og forebyggelseschef. Inge Olesen Bank har både en diplomuddannelse i ledelse fra Danmarks Sygeplejerskeskole og en master i offentlig ledelse fra Syddansk Universitet. *(hbo)*

Ærespris til professor



Professor, Dr. PH, *Lis Wagner*, Enheden for Sygeplejeforskning på Klinisk Institut, Det sundhedsvidenskabelige Fakultet på Syddansk Universitet, har modtaget en ærespris ved Tokyo Universitet for sin forskning og formidling om ældreområdet.

Lis Wagner fik i 1994 sin doktorgrad i folkesundhedsvidenskab på Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg, og hun har i sin forskning arbejdet med at udvikle pleje og omsorg, som sikrer, at ældre stadig har medbestemmelse og indflydelse på egne forhold. Æresprisen er skænket af Tokyo Society of Medical Sciences and Faculty of Medicine, University of Tokyo. *(hbo)*

Styr på kvaliteten i Psykiatricenter Vest



Topkvalitet i alle led. Det er målet for sygeplejerske *John Verver*, 51 år, der 1. marts blev ansat i en nyoprettet stilling som kvalitetschef i Psykiatricenter Vest i Esbjerg. Han kommer fra en stilling som oversygeplejerske samme sted. Region Syddanmarks psykiatri har meldt sig til at afprøve flere hundrede nye standarder, og resultatet af disse afprøvninger skal være retningsgivende for den akkreditering, der træder i kraft overalt i landet fra 2008 både inden for somatikken og psykiatrien. John Verver har masteruddannelser i både sundhedsinformatik og offentlig ledelse. *(sbk)*



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

Silentia-foldeskærmen er et moderne, pladsbesparende afskærmnings-system som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingsenge for at give diskretion ved besøg og i behandlings-situationer. Foldeskærmen er helt uundværlig i situationer med tunge patienter, hvor der benyttes loftlift, idet skærmen kører på gulvet, og ingen gardinstænger er i vejen for installation af loftlift. Den anvendes i stor udstrækning på intensiv- og opvågningsafdelinger.



Løsn bremsen, fold ud, og lås i den ønskede stilling – og skærmen er i funktion.



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk



Analysér lige behovet for 18 næstformænd

Når Sovjetunionens borgere i gamle dage ville prøve at forstå, hvad der foregik i politibureauets lukkede inderkreds, var de ofte henvist til at læse mellem linjerne i partiavisen Pravda. Nu er enhver sammenligning i øvrigt mellem Pravda og *Sygeplejerskens* moderne og højt kvalificerede journalistik naturligtvis absurd. Og på Pravda havde man ikke ligefrem en læsernes redaktør.

Alligevel spekulerer jeg på, om man er nødt til at læse mellem linjerne, når chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen* på side 37 i *Sygeplejersken* nr. 7/2007 under genrebetegnelsen "Analyse" skriver om den nye struktur i Dansk Sygeplejeråd.

Det fremgår, at DSRs ekstraordinære strukturkongres i marts har "skrevet fagfor­eningshistorie" og efter en "svær og følsom proces" er nået frem til "et godt, gedigent politisk kompromis" med indførelsen af fem kredse, der følger regionsgrænserne, til erstatning for de hidtidige 15 amtskredse.

Det ligger mig fjernt at blande mig i diskussionerne om struktur eller lønninger i DSR. Disse diskussioner ser jeg i høj grad udefra. Men spørgsmålet er, om ikke mange af de sygeplejersker, som ikke er fagligt aktive eller ikke læser (nok i) deres fagblad, er lige så forudsætningsløse som jeg i forhold til at forstå interesser og motiver bag strukturdebatten.

Efter at have læst analysen og de øvrige artikler om den ekstraordinære kongres, sidder jeg i hvert fald tilbage med et par spørgsmål.

Det første er, om *Sygeplejerskens* chefredaktør sidder i en position, hvor han kan mene andet om kongressens strukturbeslutning, end at den er god og rigtig. Kunne man forestille sig, at han kaldte den nye struktur "udemokratisk" eller "et råddent kompromis?" Vanskeligt. Man kan altså ikke påstå, at han i sin analyse indtager opsigtsvækkende eller modige standpunkter.

Andet spørgsmål er så, om analysen lever op til de krav, man med rette kan stille til en analyse. Er der tale om, at man som læser får en nærmere forståelse af, hvilke interesser der ligger bag de forskellige strukturforslag, der har været til debat?

Sagt i klar tekst: Er der medlemmer af DSR, som kommer i klemme eller ikke får varetaget deres interesser godt nok i den nye struktur? Bliver der længere fra top til bund i DSR?

Eller endnu mere delikat: Når processen har varet så længe og været så svær, hænger det så sammen med, at nogle af DSRs politikere fratages økonomiske privilegier?

De kolde, klare tal lægges med prisværdig åbenhed frem i et overskueligt skema på side 33 i samme nummer af bladet: I dag får 15 amtskredsformænd hver 787.000 kr. om året. Fremover skal kun fem kredsformænd have denne løn. Der er altså en gruppe toneangivende DSR-politikere – flertallet af de nuværende amtskredsformænd – der i nærmeste fremtid må vinke farvel til knap 200.000 kr. om året (brutto). I hvert fald hvis de er heldige at sikre sig en af de 18 kreds­næstformandsposter, der aflønnes med 590.000 kr. årligt.

Hvorfor der lige skal være 18 næstformænd i fem kredse, forholder analysen sig heller ikke til. Det giver i snit 3,6 næstformænd pr. kreds, hvor DSR på landsplan kan klare sig med to næstformænd og de fleste andre foreninger med én enkelt. Men denne store skare næstformænd er måske udtryk for det gode, gedigne politiske kompromis?

Hvis ovenstående er en del af forklaringen på, at det har kostet tid og kræfter at blive enige, skal det stå på og ikke mellem linjerne, når *Sygeplejersken* analyserer proces og resultat – i hvert fald hvis det er medlemmernes og ikke amtskredsformændenes blad.

"Det skal stå på og ikke mellem linjerne, når Sygeplejersken analyserer proces og resultat – i hvert fald hvis det er medlemmernes og ikke amtskredsformændenes blad."

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

Niels Rohleder
Højskolevej 11 A
Vallekilde
4534 Hørve
Mobil: 6167 0662
niels@vallekilde.dk



Niels Rohleder

Niels Rohleder. Lærer i journalistik på Kommunikations­højskolen Vallekilde. 25 års erfaring i journalistfaget, heriblandt 17 år som journalist på dagbladet Information.



SYGGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	34
Faglig information >>	34
Resuméer >>	35
Testen >>	54
Agenda >>	57
Anmeldelser >>	59
Fem faglige minutter >>	64

KLINISK SYGGEPLEJE

Forebyggelse af ventilatorassocieret pneumoni >> 38

Varemærket er arbejdsglæde >> 46

Model til kvalitetssikring i det danske sundhedsvæsen >> 50

En overskuelig hverdag >> 56

>>> FAGTANKER

Hvis kritisk syge intuberede patienter kunne svare på, om de helst vil pådrage sig en lungebetændelse under respiratorbehandlingen eller modtage en forebyggende mundpleje mod samme lungebetændelse med midlet klorhexidin, der kan medføre lidt mørkere tænder, men som efterfølgende kan fjernes ved en tandpudsning hos tandlægen, ville de færreste vælge lungebetændelsen. Som patient er man i stand til at sætte tingene i perspektiv, og langt de fleste stoler tillige på, at sundhedspersonalet gør det, der er bedst for dem.

Alligevel peger topartiklen "Forebyggelse af ventilatorassocieret pneumoni hos intuberede patienter" i dette nummer af *Sygeplejersken* på, at overleverede myter om uigenkaldeligt sorte tænder og manglende viden hos intensivsygeplejersker om forebyggelse af ventilatorassocieret pneumoni (VAP) medfører, at intuberede patienter ikke modtager den korrekte mundpleje med klorhexidin 0,1 pct. – på trods af, at dette kan reducere antallet af VAP-tilfælde med op til 65 pct. Heldigvis er der hjælp at hente i artiklen side 38 i form af vejledende retningslinjer.



Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Sammenhæng i sygeplejen

AF ANNA SOFIE KNUDSEN, SYGEPLEJERSKE, OG ANNEMETTE LUNDMARK JENSEN, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE, MSA

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og ledere med interesse for kontinuitet i sygeplejen. Hovedbudskabet er, at en forløbsansvarlig sygeplejerske giver tilfredse patienter og pårørende. Artiklen er baseret på et projekt fra Nordsjællands Hospital.

Ansættelsen af en forløbsansvarlig sygeplejerske for gynækologiske kræftpatienter har allerede halvvejs inde i projektperioden vist gode resultater.

Patienter og pårørende oplever sammenhæng i forløbet, og det gør en stor forskel, at de altid ved, hvem de kan kontakte ved problemer. Den forløbsansvarlige sygeplejerskes grundige kendskab til hver enkelt patient, systemet og hendes viden og erfaring med sygdommen har afgørende betydning for, hvordan forløbet opleves.

Det er nogle af de erfaringer, vi har gjort os ved midtvejsevalueringen af projektet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bevilgede i 2005 penge til i to år at ansætte en forløbsansvarlig sygeplejerske i Gynækologisk-Obstetrisk Enhed, Nordsjællands Hospital.

Projektets formål er, at patienter og pårørende oplever sammenhæng igennem sygdomsforløbet og oplever at blive hjulpet med problemer og behov knyttet til deres kræftsygdom ved, at vi sikrer høj faglig kvalitet og effektivitet, fra patienten henvises, til patienten afsluttes efter fem år eller dør af sin kræftsygdom.

Den forløbsansvarlige sygeplejerske har det overordnede ansvar for hver enkelt patient og dennes forløb, så længe patienten er tilknyttet gynækologisk afdeling. Kun mens patienten er i kemoterapi, er hun tilknyttet onkologisk afdeling.

Udvikling af sygeplejerskernes kompetencer er en anden vigtig funktion, som den forløbsansvarlige sygeplejerske har. Det har medvirket til at højne kvaliteten af plejen til disse patienter. Også lægerne er begejstrede for funktionen:

"Den forløbsansvarlige skaber den røde tråd og kan holde den, og hun er limen, der får det til at hænge sammen."

Koordinering er ikke nok

Den forløbsansvarlige sygeplejerskes indgående kendskab til den enkelte patient, hendes pårørende, liv og særlige ønsker for fremtiden gør en stor forskel.

Patienterne ved, hvem de skal kontakte ved problemer, og de gør det. Oplevelsen er, at

Forældrerollen ved "Family-Centred Care" - en litteraturgennemgang

R Corlett J, Twycross A. Negotiation of parental roles within family-centred care: a review of the research. *Journal of Clinical Nursing*. 2006;15:1308-1316.

Formål: At gennemgå de seneste 15 års forskning om, hvordan forældrerollen forhandles i forbindelse med gennemførelse af familiecentreret pleje hos børn.

Metode: Der blev søgt artikler, der kunne besvare følgende spørgsmål:

- 1) Forhandler sygeplejerskerne forældrerollen med forældrene under barnets indlæggelse på sygehus?
- 2) Hvilke forventninger har forældre til at deltage i plejen af deres syge barn?
- 3) Hvilke faktorer fremmer henholdsvis hæmmer forhandlingsprocessen. Der blev søgt i databaserne CINAHL, Medline, Britisk Nursing Index og Embase. Der fremkom i alt 11 forskningsartikler. Derudover er der medtaget sekundær litteratur, hvis denne var relevant.

Resultat: Forældrene ønskede at deltage i plejen af deres barn, men på grund af mangelfuld kommunikation med sygeplejerskerne deltog forældrene ikke i den udstrækning, de ønskede. Det synes, som om sygeplejersker har klare forventninger til, hvad forældre kan påtage sig af plejeopgaver, og de indgik derfor ikke rutinemæssigt i forhandling med forældrene om, hvorvidt der kunne være andre plejeopgaver, de kunne eller ønskede at påtage sig.

Bemærkninger: At forhandle forældrerollen er en vigtig forudsætning for at kunne udføre familiecentreret pleje. Målet er bl.a. at inddrage forældrene i de kliniske beslutninger, der skal træffes i relation til deres barns sygdom, og i vurderingen af, hvem der skal udføre plejen af deres barn. Undersøgelsen er baseret på international litteratur, som er op til 15 år gammel, men derfor kan artiklen godt være et oplæg til et personalemøde på en børneafdeling.

Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,
pu.pedersen@get2net.dk

Hvordan opleves det at være pårørende til et menneske, der gennemgår hjertekirurgi?

R Karlsson A, Johansson M. & Lidell E. Endurance – integration of strength and vulnerability in relatives' response to open heart surgery as a lived experience. *QHW* 2006;3:159-166.

Udholdenhed er det mest markante karakteristikon for pårørende til mennesker, som gennemgår en åben hjerteoperation. I hele sygdomsperioden stiller pårørende sig betingelsesløst til rådighed for patienten, men de oplever samtidig en stor usikkerhed forårsaget af den ukendte livssituation. Til trods for at selve indlæggelsen kan opleves som en lettelse, oplever pårørende en tiltagende ængstelse og ensomhed under operationen. Deltagerne i denne undersøgelse giver udtryk for, at de gerne ville have haft mere opmærksomhed fra plejepersonalet, der ikke synes at udvise interesse for deres eventuelle reaktioner på sygdomsforløbet.

Efter at have gennemlevet en hjerteoperation, hvor de har haft lejlighed til at udveksle mange tanker og tilbringe meget tid sammen, oplever deltagerne en stærk tilknytning til deres pårørende. Samtidig kan sygdomsforløbet også resultere i en tristhed og følelse af tab hos pårørende, der bliver opmærksomme på livets forgængelighed. Efter operationen reflekterer de mere over, hvad de finder vigtigt i livet. De pårørende oplever, at det, at deres nære har gennemgået en hjerteoperation, ændrer deres liv for altid og er en begrænsning af det sociale liv.

Undersøgelsen er foretaget i Sverige og omfatter interview med 14 patienter og ni af deres nære pårørende. Alle interview er udført i private hjem seks måneder efter operationen, og materialet er analyseret i overensstemmelse med den fænomenologiske tradition.

Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur.,
ph.d.-stipendiat, bm@sygeplejevid@au.dk

mange problemer bliver løst, før de bliver store. Som en pårørende svarede på spørgsmålet om, hvilken betydning det havde haft for ham og hans afdøde kone at have været tilknyttet en forløbsansvarlig sygeplejerske:

"Det havde enormt stor betydning. Hun vidste altid, hvad der var gået forud, hvad der skete, og hvad der skulle ske."

Den forløbsansvarlige sygeplejerske har stort kendskab til systemet og til plejen og behandlingen af patienter med underlivskræft. Det betyder, at hun kan se muligheder i forhold til pleje og behandling, hun kan effektivt tage kontakt til rette samarbejdspartnere og derved spare patienten for unødige bekymringer – og systemet for ressourcer.

Af interview foretaget i forbindelse med midtvejsevalueringen fremgår, at der er behov for en gennemgående person på tværs af afdelinger og sygehuse gennem hele forløbet med kræft. Derfor foreslås, at alle patienter, i forbindelse med at kræft diagnosticeres, tildeles en forløbsansvarlig sygeplejerske, som bl.a. kan hjælpe med, at patienten kommer de rigtige steder hen på de rigtige tidspunkter. Det er i tråd med politikernes ønske om sammenhængende forløb og en mulig løsning på nogle af de problemer, der beskrives i utallige indlæg i medier, hvor patienter og pårørende fortæller om manglende sammenhæng. Det vil spare både ressourcer og bekymring hos patienter og pårørende.

Anna Sofie Knudsen og Annemette Lundmark Jensen er ansat på Gynækologisk-Obstetrisk Enhed, Nordsjællands Hospital.

Midtvejsrapport kan rekvireres ved henvendelse til:

Anna Sofie Knudsen, forløbsansvarlig sygeplejerske, Gynækologisk-Obstetrisk Enhed, Nordsjællands Hospital, asknu@noh.regionh.dk

Annemette Lundmark Jensen, udviklings- sygeplejerske MSA, Gynækologisk-Obstetrisk Enhed, Nordsjællands Hospital, anl@noh.regionh.dk



ARKIFOTO: SCANPIX

Et væld af oplysninger om mødre og børn

AF CHIRSTIN PLATE OG ANNE SALTER, SUNDHEDSPLEJERSKER

Indlægget henveder sig til sundheds- og sygeplejersker, der ønsker at forske i mor-barn-sundhed. Hovedbudskabet er, at der eksisterer en database med sundhedsoplysninger om 100.000 kvinder svarende til 35 pct. af de kvinder, der var gravide og fødte i perioden 1996-2002. Forfatterne har været med til at skabe databasen.

Da vi får mange spørgsmål om den kohorte, der indgår i projektet "Bedre sundhed for mor og barn," vil vi gøre opmærksom på de unikke data, der findes i kohorten. Det er data, som vi anser for en guldgrube for forskningsinteresserede syge- og sundhedsplejersker. Vores interesse skyldes, at vi har deltaget i planlægningen af projektet.

Vi så en mulighed for at medvirke til at frembringe en solid og unik viden om moderne børnefamilier og om effekten af sundhedsplejerskers indsats. Deri indgik overvejelser om at udvikle sundhedsplejen som profession.

I 1994 startede planlægningen af det hidtil største og mest ambitiøse forskningsprojekt om gravide og deres børn i Danmark. Projektets mål var at indsamle biologisk materiale og selvrapporterede oplysninger på 100.000 kvinder.

Dette tal var sat ud fra beregninger og overvejelser om, hvor stort et prospektivt materiale skal være for at finde nye årsager til misdannelser og lidelser, hvis årsager må søges i kompliceret gen-/miljøinteraktion.

Undersøgelsen skulle også give svar på, hvordan helt almindelige forhold i levevis og omgivelser påvirker det ufødte barn, f.eks. graviditetspåvirkningers betydning for senere udvikling af sukkersyge og cancer.

Et stigende antal forskningsresultater pegede på, at graviditetsperioden er afgørende for en række misdannelser og sygdomme både i barndommen og senere i livet. Tanken med projektet var således at oprette en informationsbank. Professor *Jørn Olsen*, der var projektleder, sammenlignede projektet med den sorte boks i et fly.

Alle vigtige oplysninger om levevaner, sygdom og medicinforbrug findes der. Hvis noget går galt, kan man gå tilbage i informationsbanken og se, om man kan finde en forklaring.

Kohorten blev oprettet og projektet planlagt og gennemført i Center for Epidemiologisk Grundforskning og blev finansieret af bl.a. Sundhedsministeriet, Danmarks Grundforskningsfond, Statens Seruminstitut og Apotekerfonden af 1991.

Alle gravide fik tilbud om at deltage. Til-

bud om deltagelse skete via egen læge eller jordemoder. Kvinderne blev interviewet pr. telefon i alt fire gange, i 12. og 33. svangerskabsuge, og når barnet var ½ og 1½ år gammelt.

Dataindsamlingen startede i 1996 og blev landsdækkende i 1997. Rekruttering til kohorten sluttede i oktober 2002, da man nåede det ønskede antal på 100.000 kvinder.

Dataindsamlingen fortsatte, til det sidste barn i kohorten var 18 måneder i efteråret 2004. Dermed var grundlaget lagt for langt den største database i verden, som specielt fokuserer på sygdomsprocesser ved livets begyndelse.

Projektets samlede database indeholder information fra de fire edb-styrede telefoninterview, spørgeskemaoplysninger om bl.a. helbred, medicinforbrug, arbejdsmiljø, levevaner og barnets udvikling og trivsel samt to blodprøver fra graviditeten og en navlestrengsblodprøve fra barnet.

Til disse oplysninger kobles løbende oplysninger om hospitalsindlæggelser og data fra det medicinske fødselsregister.

Kun forskere kan få adgang til oplysningerne i vidensbanken, og alle projekter skal godkendes af projektets styregruppe, Datatilsynet og De Videnskabetiske Komitéer.

Data opbevares i Sundhedsstyrelsen og står til rådighed for alle forskere, også sundheds- og sygeplejersker, der vil arbejde inden for projektets formål.

Det er vores håb, at vi hermed har givet bolden videre til forskningsinteresserede sundheds- og sygeplejersker, som kan bygge videre på data fra kohorten.

Chirstin Plate, sundhedsplejerske, cand.cur., er underviser på sundhedsplejerskeuddannelsen, CVU Øresund.

Anne Salter, sundhedsplejerske, cand.cur., er studiekordinator på sundhedsplejerskeuddannelsen, CVU Øresund, as@cvuoeresund.dk



MÅL MED ARTIKLEN

Artiklen henvender sig til sygeplejersker ansat på intensive afdelinger og er udarbejdet på baggrund af forfatterens eksamensopgave til hygiejnesygeplejerske 2005. Målet med artiklen er, at læseren

- kan gøre rede for de tre væsentligste årsager til ventilatorassocieret pneumoni
- kan gøre rede for de tre væsentligste elementer i forebyggelsen af ventilatorassocieret pneumoni.

Forebyggelse af ventilatorassocieret pneumoni hos intuberede patienter

AF ELISABETH LUND, HYGIEJNESYGEPLEJERSKE

De fleste patienter i intensive afdelinger er oralt intuberede og har et lavt immunforsvar. Ventilatorassocieret pneumoni (VAP) er en af de mest almindelige former for hospitalserhvervede infektioner i intensiv afdeling hos disse i forvejen kritisk syge patienter.

Der kan være flere årsager til VAP, og i mange tilfælde skyldes det aspiration af bakterier fra mundhulen (oropharyngeale bakterier) til de nedre luftveje. Efter intubation i 48-72 timer ændres spytksekretionen og den orale bakterieflora. Derved forandres luftvejsepitellets overflade, så modtageligheden for patogene bakterier øges (1). Den normale flora i munden hos intuberede patienter ændrer sig fra at være overvejende grampositive bakterier til at være overvejende gramnegative bakterier, som f.eks. E.coli, Klebsiella species og Enterobacter species (tarmbakterier, der normalt ikke findes i luftvejene). Desuden fungerer dental plak som reservoir for bakterier. Aspiration af den ændrede bakterieflora fra mundhulen sammen med patientens mang-

lende hosterefleks kan være årsag til, at patienten udvikler VAP.

For at forhindre VAP forårsaget af aspiration af oropharyngeale bakterier er en grundig og korrekt mundhygiejne nødvendig hos disse patienter. Mundpleje fjerner plak og patogene bakterier fra mundhulen og forebygger aspiration af dette til lungerne (1-3). Ud over forebyggelse af VAP er mundpleje nødvendig for at forebygge cariesdannelse og paradentose, vedligeholde mundens status og ikke mindst bedre patientens velbefindende.

Patienterne vil ofte være totalt afhængige af sygeplejerskernes hjælp til dette, og mundpleje hos disse patienter kan være en vanskelig opgave. Specielt hvis patienten er bevidsthedssvækket eller af anden årsag har svært ved eller ikke ønsker at samarbejde om opgaven. For nogle patienter er det at åbne munden en overskridelse af en meget privat grænse.

Eksisterende viden og retningslinjer

Flere amerikanske undersøgelser på intensive afdelinger viser, at ved at anvende klorhexidin 0,1-0,2 pct. i mundplejen kan antallet af VAP hos intuberede patienter reduceres med op til 65 pct. (2-4). Det er ikke beskrevet, om flydende klorhexidin eller pasta har bedst effekt. I Center for Disease Control and Preventings (CDC) guidelines henvises til en klinisk kontrolleret og randomiseret undersøgelse (2), der viser en signifikant forskel på forekomsten af VAP, hvis der anvendes klorhexidin 0,12 pct. til mundpleje hos intuberede intensive patienter, end hvis der ikke anvendes klorhexidin 0,12 pct.

Denne randomiserede undersøgelse er udført på hjerteopererede patienter, hvorfor CDC alene anbefaler brug af klorhexidin 0,12 pct. til denne gruppe patienter (5). Statens Seruminstitut har i Råd og Anvisninger om "Infektionsprofylakse i relation til ventilations- og respirationsudstyr i sundhedssektoren" skrevet ganske

>>> BLÅ BOG: ELISABETH LUND

Uddannet sygeplejerske 1973 fra Århus Amts sygeplejerskole.
Uddannet anæstesisygeplejerske 1980 Århus Amtssygehus.
1. del ledelse Danmarks Sygeplejerskehøjskole 1984.
Afdelingssygeplejerske 1990-2001 anæstesiafdeling Skejby Sygehus.
Projektudarbejdelse om lejringskader under operation og anæstesi DISS 1996.
Deltidsstudium Danmarks Sygeplejerskehøjskole, Kbh.
Sygeplejevidenskab 2000.
Hygiejnesygeplejerske 2001.
Specialuddannelse til hygiejnesygeplejerske CVU – Øresund 2004-2005.
Deltaget i udarbejdelse af evidensbaseret klinisk retningslinje om håndhygiejne, Århus Amt.
Deltager i revidering af standard for håndhygiejne, Dansk Standard.



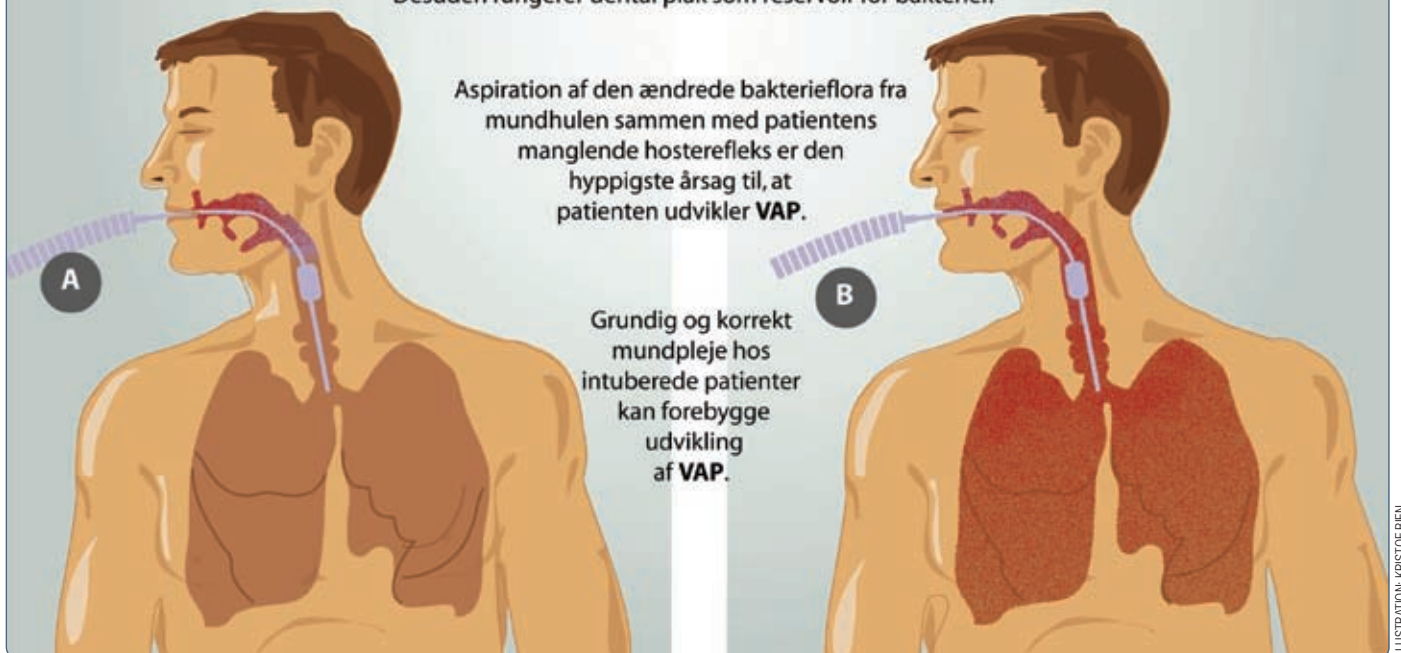
»» BOKS 1. RETNINGSLINJER FOR MUNDPLEJE TIL DEN INTUBEREDE PATIENT

Mundpleje udføres efter behov, dog mindst 1 x i hver vagt.

- Det er hensigtsmæssigt at være to personer om at udføre mundpleje.
- Før mundpleje begyndes, kontrolleres tubens placering for at undgå en forkert placering under proceduren. Kontrollér også, om cuffen er tæt, så mundvand ikke løber ned i luftvejene.
- Anvend mundplejepinde til at massere tandkød og slimhinder. Vær især opmærksom på at renholde gane, tunge og kindernes inderside.
- To gange i døgnet afsluttes mundplejen med at påføre klorhexidin 0,1-0,2 pct. på tandkød og slimhinder med mundplejepinde.
- Der skal gå min. en time, inden der anvendes klorhexidin efter tandbørstning, idet stoffer i tandpasta er mistænkt for at inaktivere klorhexidins virkning, og der må tidligst skylles med vand eller andet en time efter, klorhexidin er påført.
- Tænderne og eventuelt tungen børstes mindst to gange dagligt, samt efter behov med tandbørste med et lille børstehoved og bløde tætsiddende børstehår. Der kan med fordel anvendes elektrisk tandbørste. Både børstehoved og batteridelen skal i givet fald være patientbunden.
- Vælg tandpasta med fluor og anvend sterilt vand. Munden skylles med sprøjte med sterilt vand eller renses med mundplejepinde.
- Der suges, samtidig med at munden skylles.
- Hvis patienten har protese, børstes denne grundigt med uparfumeret sæbe og en velegnet protesebørste. Skylles herefter under koldt, rindende vand, hvis den skal opbevares.
- Har patienten protesen i munden, fugtes den ved brug med sterilt vand.
- Læberne smøres efter behov med creme, der ikke må indeholde petroleum eller olie. Olieholdige midler og midler, der indeholder petroleum (f.eks. vaseline og læbepomade), udgør en risiko for eksplosionsfare og brandfare i forbindelse med ilt.
- Revnede læber kan smøres med zinksalve.
- Skorper kan opløses med brintoverilte 1 pct.

» VENTILATORASSOCIERET PNEUMONI (VAP)

48-72 timer efter intubation ændres den normale bakterieflora i mundhulen (A) til i overvejende gram negative bakterier som f.eks. E.coli, Klebsiella species og Enterobacter species. Tarmbakterier, der normalt ikke findes i luftvejene (B) Desuden fungerer dental plak som reservoir for bakterier.



ren ses som et udtryk for, at sygeplejerskerne ikke tillægger mundplejen særlig betydning. Samme undersøgelse viser, at plejepersonalet oplever, at de har fået utilstrækkelig undervisning i mundpleje. *Grav, Munro* et al. har undersøgt, hvor ofte mundpleje bliver udført, og hvor ofte det bliver dokumenteret. Her angiver 72 pct. af respondenterne, at mundpleje bliver udført fem gange dagligt eller mere hos den intuberede patient, men er kun dokumenteret 1,2 gange pr. patient. Samme gruppe sygeplejersker angav, at mundpleje blev prioriteret til 53,9 på en skala fra 0 til 100 i forhold til andre opgaver hos patienten (9).

Grav, Munro et al. har i en anden artikel gjort status over mundpleje i intensive afdelinger og er kommet frem til, at det for sygeplejerskerne overvejende handler om at sørge for patienternes velbefindende. Det konkluderes, at de tilsyneladende ingen viden har om mundplejes forebyggende effekt (10). I min litteratursøgning har jeg ikke fundet nogen dansk sygeplejelitteratur, der handler om forebyggelse af VAP hos intensive patienter.

Mundpleje tillægges ikke betydning

Litteraturen viser således, at forebyggende mundpleje med klorhexidin 0,1-0,2 pct. kan reducere antallet af VAP med op til 65 pct., at amerikanske intensivsygeplejersker sandsynligvis ikke tillægger mundplejen særlig betydning, ikke dokumenterer mundplejen i den grad, de udfører den, og tilsyneladende ikke har viden om mundplejes forebyggende effekt. Endvidere eksisterer der ingen tilgængelige danske retningslinjer for mundpleje til intuberede patienter, som er forebyggende for VAP.

Jeg har derfor ønsket at få belyst, hvilke holdningstendenser danske intensivsygeplejersker har til mund-

pleje, om der dokumenteres effekt af mundpleje, og om intensivsygeplejersker har viden om, at forebyggelse af VAP kan ske ved hjælp af mundpleje.

Metode og materiale

Jeg har udført en spørgeskemaundersøgelse blandt 90 intensivsygeplejersker på en tilfældig intensiv afdeling og interviewet tre intensivsygeplejersker fra en anden tilfældig intensiv afdeling. 43 respondenter har svaret på spørgeskemaerne, svarende til en besvarelsesprocent på 47,7.

I spørgeskemaundersøgelsen har jeg spurgt om, hvorfra sygeplejerskernes viden om mundpleje stammer, hvor ofte og med hvilke remedier de udfører mundpleje, og hvilken betydning de tillægger mundpleje. I de tre interview har jeg stillet åbne spørgsmål om sygeplejerskernes viden om mundplejes betydning, hvorfra sygeplejerskernes viden om mundpleje stammer, og hvordan de prioriterer mundpleje i forhold til andre opgaver.

Ca. halvdelen af respondenterne på spørgeskemaundersøgelsen og de tre interviewede har taget specialuddannelsen i intensiv sygepleje. Specialuddannelsen er i lighed med grunduddannelsen erhvervet på forskellige institutioner for respondenterne.

Desuden har jeg på den ene intensive afdeling udført en gennemgang af sygeplejedokumentationen ved på en tilfældig dag manuelt at gennemgå samtlige indlagte patienters sygeplejelogbøger – svarende til 15 journaler – for dokumentation af mundpleje. I afdelingen foregår dokumentation af mundpleje ved afkrydsning i en elektronisk sygeplejelogbog, hvor alle plejeprocedurer er optegnet over døgnet. Der signeres i systemet med initialer fra den enkelte sygeplejerske.

Endelig har jeg undersøgt, hvilke betingelser sygeple-

FIGUR 2. SKEMA TIL REGISTRERING AF NYE TILFÆLDE AF PATIENTER MED VENTILATORASSOCIERET PNEUMONI – VAP

Skemaet udfyldes 1 x/døgn
CPR-NR.: (label)

Tidspunkt for intubation : Dato: ____ Kl.: ____ Intuberet > 48 timer Trakeostomi: Dato: ____

Registreringsdato efter 48 timer:

Temperatur > 38° inden for det sidste døgn

Leukocytal < 4 og > 12 inden for det sidste døgn

Røntgen af thorax inden for det sidste døgn

Skriftligt svar fra Rtg.afd. viser NYT tegn på pneumoni/ infiltration

Får patienten antibiotika i registreringsdøgnet?

Hvis Ja – hvilke

» jerskerne har for at tilegne sig teoretisk viden om forebyggelse af luftvejsinfektioner hos intuberede patienter på såvel grunduddannelsen som specialuddannelsen til intensiv sygeplejerske. Dette er sket ved en gennemgang af ”Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen” og ”Cirkulære om specialuddannelse for sygeplejersker i intensiv sygepleje.”

Resultater

Samtlige 43 respondenter angiver i spørgeskemaundersøgelsen altid at udføre mundpleje på patienterne 6-9 gange i døgnet. Halvdelen angiver at anvende klorhexidin 0,1 pct. Ved gennemgang af dokumentationen for mundpleje ses, at fem af de 15 patienter havde fået skyllet munden med postevand 6-9 x/døgn, og alene hos én patient er der dokumenteret, at der er anvendt klorhexidin 0,1 pct. Ingen steder i journalen beskrives, hvordan mundplejen er udført, eller hvilket resultat der er kommet ud af den udførte pleje.

Samtlige 43 respondenter i spørgeskemaundersøgelsen angiver, at de ikke har modtaget undervisning i mundpleje under grunduddannelsen. Af de 26 (23 i spørgeskemaundersøgelsen og 3 interviewede) sygeplejersker med specialuddannelsen i intensiv sygepleje angiver samtlige – undtagen én – at de ikke har modtaget undervisning om mundpleje til den intuberede patient under specialuddannelsen. Med hensyn til viden tegner der sig i de tre interview det samme billede som i spørgeskemaundersøgelsen.

Ingen af de tre interviewede har modtaget undervisning i mundpleje hos intuberede patienter som en forebyggende procedure. Under interviewene fremkommer det ligele-

des, at velvære for patienterne frem for forebyggelse af VAP er det, der angives som vigtigste årsag til mundpleje. Det fremkommer også under interviewene, at der angiveligt er bred enighed om, at patienterne får sorte tænder ved brugen af klorhexidin, ligesom spørgsmålet om tid til mundpleje og det, at mundpleje kan være en ubehagelig opgave, blev bragt frem som en barriere.

Sygeplejerskerne angiver under interviewene, at der meget sjældent anvendes klorhexidin som forebyggelse på baggrund af sygeplejerskens egen beslutning. Hvor ofte, kan de ikke udtale sig om med sikkerhed. I de tilfælde, hvor klorhexidin er anvendt, er det lægeordineret som behandling.

Med hensyn til sygeplejerskernes betingelser for at tilegne sig teoretisk viden kan man ikke læse i ”Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen nr. 232 af 30.3.2001,” som er en overordnet rammeplan, hvad den indeholder af emner, der berører forebyggelse af luftvejsinfektioner. Man kan ikke her se, hvilket pensum den enkelte sygeplejerskole underviser i.

I ”Cirkulære om specialuddannelse for sygeplejersker i intensiv sygepleje 1997” er der ikke angivet, hvor meget undervisning der skal gives i de enkelte fag. Det fremgår ikke, om der er undervisning i nogen form for forebyggende sygepleje. En nærmere udforskning af pensum inden for forebyggelse af luftvejsinfektioner på de enkelte sygeplejerskoler er ikke indgået i min undersøgelse.

Diskussion

43 respondenter har besvaret spørgeskemaundersøgelsen, hvilket svarer til en besvarelsesprocent på 47,7.

Hvordan sikrer I i din afdeling, at patienterne ikke får VAP som følge af mangelfuld mundpleje?

Dette betyder, at undersøgelsesgrundlaget er forholdsvis lille, og resultaterne kun kan pege på nogle tendenser blandt danske intensivsygeplejersker. Men disse kan danne udgangspunkt for en diskussion af mundplejens vigtighed og sygeplejerskernes praksis og viden om mundpleje.

Min undersøgelse peger på, at dokumentation af mundplejen sjældent sker, ligesom det ikke beskrives, hvilket resultat der er kommet ud af mundplejen i de tilfælde, hvor den er udført. Undersøgelsen viser også, at der ikke er overensstemmelse mellem, hvad respondenterne angiver, de gør, og hvad der er dokumenteret af udført mundpleje.

Hverken med hensyn til hyppighed af mundplejen, eller hvilket middel der er anvendt. *Binkley* (8), *Grap* (9), *Munro* (10) og *Wilkin* (11) er af den opfattelse, at den manglende dokumentation afspejler den holdning, intensivsygeplejersker har til mundpleje. Hvis dette er rigtigt, ser det ud til, at også danske intensivsygeplejersker kan have en holdning til mundpleje, der nedprioriterer dette i forhold til opgaver, der i øvrigt er med den intensive patient.

Wilkin skriver videre, at intensivsygeplejersker ofte har en positivistisk holdning til sygeplejen, og hun mener, at mundpleje er et ritual, der overleveres fra sygeplejerske til sygeplejerske. Herved mener hun, at mundpleje er en procedure fremkommet ved overleveret viden af subjektive holdninger og vurderinger – uden teori om mundplejeteknik, og at sygeplejersker mangler viden om de problemer, der kan opstå ved manglende mundpleje. Hvis sygeplejersker kender teorien og nødvendigheden for mundpleje, flyttes proceduren fra at være ritual til at være baseret på viden og forståelse, skriver hun (11).

Resultaterne fra min egen spørgeskemaundersøgelse og interviews støtter *Wilkins* overvejelser i retning af, at også danske intensivsygeplejersker mangler et evidensbaseret grundlag at udføre mundpleje på. En barriere kan også være, at mundpleje hos disse patienter kan være en vanskelig opgave. Specielt hvis patienten er bevidsthedssvækket eller af anden årsag har svært ved at – eller ikke vil – samarbejde om opgaven. Dette kræver, at man i afdelingerne har en viden og fælles holdning til vigtigheden af mundplejen, og de nødvendige personallressourcer er til stede.

Manglende viden om forebyggelse

Under interviewene fremkommer det tydeligt, at den fornødne viden om forebyggelse af VAP ikke er til stede. Velvære for patienterne frem for forebyggelse af VAP angives som vigtigst, og klorhexidins forebyggende ef-

fekt på VAP er ikke almindelig kendt. En sygeplejerske udtaler i interviewet, at mundpleje generelt ikke hjælper, lige meget hvad man gør. Og der synes at herske en mening om, at patienterne får sorte tænder ved brugen af klorhexidin.

Dette er ikke korrekt og må betegnes som en myte. I ganske få tilfælde kan patienterne måske få lidt mørkere tænder som en form for belægning, men dette kan efterfølgende fjernes ved en tandpudsning hos tandlægen. Undersøgelsen viser også, at klorhexidin anvendes næsten udelukkende, når det er lægeordineret som behandling, ikke som forebyggelse. Kun i sjældne tilfælde træffer sygeplejersken selv beslutning om at anvende det i forebyggende øjemed, hvilket der intet er til hinder for, hvis det fremgår af afdelingens procedurebeskrivelse, at klorhexidin til mundpleje er en fast procedure i forbindelse med mundpleje.

Sammenholder man med, hvad de adspurgte sygeplejersker i min undersøgelse oplyser, og hvad der umiddelbart kan læses ud af bekendtgørelserne på grunduddannelsen og specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje vedrørende mundpleje, ses der overensstemmelse. Hverken grund- eller specialuddannelsen sætter synligt den forebyggende effekt af mundpleje på dagsordenen. Intensivsygeplejerskerne har derved ikke fået undervisning i, hvor vigtig dokumentation af mundpleje er, og hvilken betydning mundpleje med

LÆSERTEST

1. Hvad betyder VAP?
2. Hvor lang tid skal patienten have været intuberet, før bakteriefloraen i munden ændrer sig fra at være overvejende grampositive bakterier til at være gramnegative bakterier?
3. Hvorfor ændrer bakteriefloraen i mundhulen sig?
4. Kan man gøre noget for at forebygge dette?
5. Hvilke tiltag er nødvendige for at se, om en forebyggende pleje har effekt på VAP i jeres afdeling?
6. Hvilke stoffer må ikke forekomme i læbepomade, der anvendes til patienter i respiratorbehandling?
7. Hvor lang tid skal der gå, fra patienten har fået børstet tænder, til klorhexidin 0,2 pct. må anvendes?
8. Hvad er årsagen til, dette tidsinterval skal overholdes?
9. Er det korrekt, at patienter får sorte tænder, når der anvendes klorhexidin 0,2 pct. til mundpleje hos intuberede patienter?
10. Hvor ofte skal der udføres mundpleje med klorhexidin 0,2 pct. for at forebygge VAP?

Svar på læsertesten findes på side 44.

Hvem i din afdeling har ansvaret for at indsamle data om patientens mundstatus?

>>> SVAR PÅ LÆSERTESTEN SIDE 43

1. Ventilatorassocieret pneumoni.
2. 48-72 timer.
3. Spytsekretionen ændres, hvilket ændrer luftvejsepitetet, så det bliver mere modtageligt for bakterier.
4. Nej.
5. Løbende registreringer af forekomst af VAP.
6. Petroleum, olie og andre brandbare stoffer.
7. ½-1 time.
8. Stoffer i tandpasta er mistænkt for at inaktivere klorhexidins virkning.
9. Det er en myte. Tænderne kan ved længere brug højst blive lidt misfarvede, hvilket kan fjernes ved en tandpudsning.
10. Hver 12. time.

>> klorhexidin har for forebyggelse af VAP. De forstår ikke nødvendigheden af at lave en udførlig beskrivelse af munden og at dokumentere status, fordi de ikke kender den infektionsforebyggende værdi.

Intensive sygeplejersker skal derved aktivt ud og søge viden på et område, de ikke er bekendt med eksisterer. Problemet er, at det, der er skrevet på dansk om mundpleje, ikke berører emnet forebyggelse af VAP, og at der ikke findes nationale retningslinjer om mundpleje til forebyggelse af VAP. Der eksisterer altså ikke en viden, der er lettilgængelig.

Konsekvenser for praksis

Da flere studier har beskrevet, at implementering af undervisning i forebyggelse af VAP reducerer VAP med ca. 50 pct. (2,3), og da resultaterne fra mine undersøgelser tyder på, at intensivsygeplejersker sjældent anvender klorhexidin i mundplejen, ikke dokumenterer mundplejen tilstrækkeligt, ikke har modtaget den fornødne undervisning i mundplejens betydning og ikke selv sætter spørgsmålstegn ved den måde, mundpleje udføres på, er det nødvendigt, at intensivsygeplejerskerne får tilført den relevante viden/teori. Sygeplejerskerne vil derefter forstå vigtigheden af den forebyggende mundpleje og dermed flytte proceduren fra at være rituel til at være vidensbaseret.

Hygiejnesygeplejerskerne i det tidligere Århus Amt har i et samarbejde med intensivsygeplejersker og med sygeplejersker fra øre-næse-hals-afdelinger derfor udarbejdet vejledende retningslinjer for den forebyggende mundpleje med udgangspunkt i anbefalingerne i reference 4, 9, 10 og 11 (se boks 1 side 39).

Med henblik på at indføre retningslinjerne i "Århus

Amts Hygiejnehåndbog" er retningslinjerne efterfølgende udsendt til høring blandt overlæger og ledende sygeplejersker på de intensive afdelinger i Århus Amt, der har deltaget i udarbejdelsen af retningslinjerne.

Der følger endvidere en undervisningsrække for at få sygeplejerskerne til at forstå vigtigheden af at udføre mundpleje hos disse patienter og vigtigheden af, at dokumentation bliver udført (se figur 1 side 40). Der skal uddannes nøglepersoner, som løbende vil registrere, hvordan det går med antallet af patienter, der udvikler VAP efter 48 timers intubation og respiratorbehandling (se figur 2 side 42).

Der er ved at blive udarbejdet et dokumentations-skema, som kan anvendes af alle i afdelingen. Det skal indeholde oplysninger om patientens mundstatus ved indlæggelsen og løbende indtil udskrivelsen (se figur 3 side 45), evt. ved hjælp af en visuel analog skala. En billedguide, der viser forskellige eksempler på belægninger, rødme, revner osv. på tænder og i mundhulen, kan også være en hjælp til at vurdere, om mundhygiejnen hos patienten er tilfredsstillende. Det, der er vigtigt, er, at mundhygiejnen generelt bliver styrket i den daglige pleje.

Elisabeth Lund er hygiejnesygeplejerske på infektionshygiejnisk afsnit, Klinisk Mikrobiologiske Afdeling, Skejby Sygehus, elh@sks.aaa.dk

"Århus Amts Hygiejnehåndbog" kan læses på www.sundhed.dk > Region Midt (på danmarkskortet) > Hospitaler > Århus Universitetshospital, Skejby > Afdelingerne > Klinisk Mikrobiologisk Afdeling/Infektionshygiejnisk Afsnit.

Litteratur

1. Scannapieco FA. Role of oral bacteria in respiratory infection. *J Periodontol* 1999 Jul;70(7):793-802.
2. DeRiso AJ, Ladowski JS, Dillon TA, Justice JW, Peterson AC. Chlorhexidine gluconate 0.12% oral rinse reduces the incidence of total nosocomial respiratory infection and nonprophylactic systemic antibiotic use in patients undergoing heart surgery. *Chest* 1996 Jun;109(6):1556-61.
3. Bergmans DC, Bonten MJ, Gaillard CA, Paling JC, van der GS, van Tiel FH, et al. Prevention of ventilator-associated pneumonia by oral decontamination: a prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Am J Respir Crit Care Med* 2001 Aug 1;164(3):382-8.
4. Houston S, Houglund P, Anderson JJ, LaRocco M, Kennedy

»» FIGUR 3. SKEMA TIL REGISTRERING AF MUNDSTATUS HOS INTUBEREDE PATIENTER

CPR-NR.: _____ (label)

Tidspunkt for intubation: Dato: ____ Kl.: ____ Trakeostomi: Dato: _____ Intuberet > 48 timer

Registreringsdato:

Rødme	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Belægninger	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Revner	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Blødning	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Tørhed	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Skorpedannelse	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Dårlig tandstatus	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>
Øget spyttproduktion	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/>

V, Gentry LO. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *Am J Crit Care* 2002 Nov;11(6):567-70.

- Tablan OC, Anderson LJ, Besser R, Bridges C, Hajjeh R. Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR Recomm Rep* 2004 Mar 26;53(RR-3):1-36.
- Infektionsprofylakse i relation til ventilations- og respirationsudstyr i sundhedssektoren. København: Statens Serum Institut; 2001.
- Jensen K. Medicinsk Mikrobiologi og infektionspatologi. 12 ed. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk; 2000.
- Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. *Am J Infect Control* 2004 May;32(3):161-9.
- Grap MJ, Munro CL, Ashtiani B, Bryant S. Oral care interventions in critical care: frequency and documentation. *Am J Crit Care* 2003 Mar;12(2):113-8.
- Munro CL, Grap MJ. Oral health and care in the intensive care unit: state of the science. *Am J Crit Care* 2004 Jan;13(1):25-33.
- Wilkin K. A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient. *Intensive Crit Care Nurs* 2002 Jun;18(3):181-8.

»» ENGLISH ABSTRACT

Lund E. Prevention of respirator-related pneumonia in intubated patients. *Sygeplejersken* 2007;(8):38-45.

The international literature on the prevention of Ventilator-Associated Pneumonia (VAP) in intubated patients shows that up to 65 per cent of cases can be prevented using Chlorhexidine 0,1-0,2 per cent. This article investigates whether this knowledge is being applied to the care of intubated patients. The method used was a questionnaire involving 43 intensive care nurses and three interviews with intensive care nurses at two intensive care units in Denmark chosen at random. The nurses were asked what they knew about the prevention of VAP, what they do to prevent it and what prerequisites they have for knowing how to prevent VAP. Furthermore, a study was made of the nursing documentation relating to oral care at one of the intensive care units.

The results show that preventive oral care using chlorhexidine is only used sporadically by the two units, that oral care is not documented as required, and that the intensive care units had not received the information necessary for reflection between theory and practice. The author recommends that clinical guidelines be introduced for the oral care of intubated patients as well as systematic documentation and recording of infections.

Key words: Oral care, Ventilator-Associated Pneumonia (VAP), prevention.

Varemærket er arbejdsglæde

AF CONNY BRANDT, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., OG MARIANNE LUNDEGAARD, KONSTITUERET OVERSYGEPLEJERSKE, SD

Artiklen henvender sig til ledende sygeplejersker med interesse for rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at der må arbejdes målrettet på at fastholde erfarne sygeplejersker. Baggrunden for artiklen er et konkret projekt på Ortopædkirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital.

I Ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital, er nøgleordene i udviklingsplanen for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter anerkendelse, investering og udvikling.

Afdelingen har som mange andre afdelinger vanskeligt ved at rekruttere og fastholde plejepersonalet. Det har vi besluttet at ændre på ved at skabe en afdeling, hvor det er anerkendelse (1), investering og udvikling, der skal få plejepersonalet til at blive. De skal føle, at her vil vi dem, og at tilbuddene i afdelingen er så attraktive, at afdelingen er for god at forlade (2).

Derfor har vi tilrettelagt en udviklingsplan, som tager udgangspunkt i den enkeltes kompetencer, som vi anerkender og bygger videre på.

I afdeling O er der ansat 311 plejepersonaler, og afdelingen består af to matrikler i Middelfart og i Odense. Det er en stor afdeling, hvor koordinering og planlægning er en forudsætning for, at tingene lykkes.

Individuelt oplæringsprogram

Udviklingsplanen starter, når den nyansatte begynder i afdelingen. Introduktionsprogrammet tilrettelægges på baggrund af den nyansattes kompetencer. Til at varetage denne funktion har vi ansat mentorer i de enkelte afsnit. Mentors opgaver er at

- planlægge modtagelse af nyansatte og tilrettelægge et individuelt oplæringsprogram på baggrund af dennes kompetencer
- afholde samtaler første dag, efter 14 dage, en måned, tre måneder og ad hoc.
- tildele en co-mentor for nyansatte i samarbejde med afdelingssygeplejersken
- afholde cafémøder efter behov minimum hver måned for nyansatte
- deltage i netværksgruppe for mentorer og i samarbejde føre introduktionsprogrammer ajour og videreudvikle dem.

Samtidig med mentorordningen er der planlagt undervisning i afdelingen minimum en gang om måneden i emner, der er vigtige for kvaliteten i plejen, og som den nyansatte skal have viden om. Det er emner som f.eks. hjertestopbehandling, pleje af patienter med demens og pleje af patienter med hjerteinsufficiens. Undervisningen er tilrettelagt for den nyansatte, men andre må selvfølgelig også deltage.

De erfarne trækker læsset

Når introduktionsperioden er slut, fortsætter investeringen i og anerkendelsen af plejepersonalet. Det gør vi bl.a. ved at holde temamøder fire gange årligt. Målet med møderne er at skabe et fagligt forum, hvor sygeplejen er i centrum, og hvor der er mulighed for debat.

Desuden ønsker vi at etablere et forum, hvor det er muligt at lære kollegaer fra andre afsnit at kende og på den måde nedbryde grænser i afdelingen.

Emner, vi sætter til debat, er f.eks. Appreciative Inquiry (anerkendende praksis), klagesager og spørgsmålet ”hvorfør gør patienten ikke, som vi siger?”

Vi ønsker at satse på erfarne sygeplejersker, da det ofte er dem, der trækker det store læs i afsnittene. De erfarne sygeplejersker har stor praksiskompetence som deres force, men ikke samme teoretiske tilgang til sygeplejen som de nyuddannede bachelorer. På den baggrund kan der opstå spændinger mellem erfarne og nyuddannede.

For at imødegå spændinger og usikkerhed anerkender vi problemstillingen og sammensætter et kursusforløb for den erfarne sygeplejerske. Indholdet i uddannelsen er f.eks. litteratursøgning, kritisk læsning, evidensbaseret sygepleje, sygeplejeteori og refleksion.

Kursusforløbet skal give den erfarne sygeplejerske oplevelsen af anerkendelse af netop deres kompetencer, samtidig med at de får mulighed for at tilegne sig teoretisk viden. Det er vigtigt at investere i de erfarne og beholde deres kræfter i afdelingen, så der er god balance mellem de erfarne og de nye kræfter.

Uddannelsesforløbet tilrettelægges lokalt på tværs af tre afdelinger.

Oftentimes er det afdelingssygeplejerskerne og stedfortræderne i de enkelte afsnit, der samler trådene og sender alle medarbejderne på kurser og uddannelse.

Vi vil gerne anerkende de sygeplejefaglige ledere i afdelingen, og derfor er der planlagt et struktureret forløb for lederne, hvor der er fokus på deres udvikling og på de udfordringer, de står med i hverdagen. Målet med forløbet er at få revideret lederrollen og samarbejdet, så det er optimalt ud fra den enkelte leders/stedfortræders behov og den faglige opgave.

At der er en proaktiv og udviklingsorienteret tilgang, er med til at cementere lederne som gruppe. Til dele af denne proces har vi fået hjælp fra konsulent *Steen Kok Madsen* fra Job Liv Danmark.

I processen har vi ændret mødestrukturen i ledergruppen, så der hver anden gang holdes møder uden dagsorden i gruppen af afdelingssygeplejersker. Formålet med møderne er at støtte og styrke den sygeplejefaglige leders personlige og faglige kompetencer i forhold til ledelsesmæssige problemstillinger. På den måde styrker vi den sygeplejefaglige leders psykiske arbejdsmiljø.

Udvikling af assistenternes kompetencer

Som det sidste trin i udviklingsplanen er vi i gang med at tilrettelægge et kompetenceudviklingsforløb for social- og sundhedsassistenterne. Forløbet tager afsæt i det sammenhængende patientforløb: hoftenære frakturer (3). Målsætningen for dette arbejde er, at vi vil uddanne social- og sundhedsassistenter i dette forløb, så de efter uddannelsesprogrammets afslutning er i stand til:

- at redegøre for, hvor i forløbsprogrammet social- og sundhedsassistenten kan bidrage med sine kompetencer
- at yde sygepleje af høj faglig kvalitet til patienten med en hoftenær fraktur.

Det vil sige, at social- og sundhedsassistenterne:

- på motiverende vis indgår i dialog med patienten og tilrettelægger den grundlæggende pleje ud fra patientens værdier, livshistorie, ønsker og behov
- tilrettelægger den grundlæggende pleje fremadrettet og inddrager forløbsprogrammets forskellige data i plejen
- anvender afdelingens smerteprogram og kostmanual i plejen
- kan dokumentere den fremadrettede pleje og afvigelser fra den.

Vi mener, at anerkendelse af plejepersonalet er, hvad solen er for planterne, og det ønsker vi at dyrke i afdelingen. Det gør vi bl.a. gennem denne udviklingsplan. Hverken vores patienter, ledelse eller de ansatte kan være tjent med et alt for stort gennemtræk af personale i afdelingen. Derfor har vi sat gang i udviklingsplanen. Vi vil have arbejdsglæden og optimismen i hus og vendt bøtten. Vi skal værdsætte hinandens kompetencer og udnytte dem, så det bliver sjovt at være her, og patienterne får en rigtig god pleje.

Om et års tid begynder vi forhåbentlig at høste frugterne af vores investeringer og oplever, at der er flere nyansatte, der synes, at afdeling O er for god at forlade.

Conny Brandt og Marianne Lundegaard er begge ansat på Ortopædisk afdeling O, Odense Universitetshospital, conny.brandt@ouh.fyns-amt.dk



”Anerkendelse af plejepersonalet er, hvad solen er for planterne, og det ønsker vi at dyrke i afdelingen.”

Litteratur

1. Hornstrup C., Loehr-Petersen, J. Appreciative Inquiry. København: DJØF Forlag; 2001.
2. Joint Commission. Health Care at the Crossroads. Strategies for Addressing the Evolving Nursing Crisis. Dansk Sygeplejeråds oversættelse; november 2002.
3. Fyns Amt. Hoftenerne frakturer – Tilstrebt normalforløb. Version: 20. august 2002. www.funktionfyn.dk

))) ENGLISH ABSTRACT

Brandt C, Lundegaard M. Job satisfaction is the trade mark. Sygeplejersken 2007;(8):46-7.

In order to counter the heavy staff turnover at Orthopaedic Surgical Dept O at Odense University Hospital, the nursing management initiated a development plan based on the recognition and appreciation of the competences of the nursing staff. The development plan kicks in with the appointment of a new member of the staff and continues after her/his introductory period expires, involving instruction and skills development for both nursing staff and nursing management. The results of the development plan will hopefully manifest themselves in patients being really well nursed and that the nurses will feel that the department is too good to leave.

Key words: Recognition, securing, development, development plan.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker i både sygehussektoren og i kommunalt regi. Hovedbudskabet er, at hele det danske sundhedsvæsen står over for en omfattende kvalitetssikringsproces, der vil involvere sygeplejersker på alle niveauer. Artiklen er skrevet i regi af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet.

>>> FIGUR 1. FASER I DEN DANSKE KVALITETSMODEL



Model til kvalitetssikring i det danske sundhedsvæsen

AF ANNE METTE VILLADSEN, SYGEPLEJERSKE, CHARLOTTE IBSEN, FYSIOTERAPEUT, BIRGITTE RANDRUP KROG, FYSIOTERAPEUT, MARIANNE EBERHARDT, SYGEPLEJERSKE, LONE FLARUP, SYGEPLEJERSKE, JAN MAINZ, PROFESSOR

Inden længe skal samtlige sundhedsfaglige personaler på landets sygehuse arbejde med standarder og indikatorer udviklet i regi af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM). Standarder med tilhørende indikatorer skal medvirke til at sikre, at patienten/brugeren modtager en koordineret, sammenhængende og adækvat undersøgelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering, samt at sikkerheden og kvaliteten i de enkelte ydelser i patient/brugerforløbet højnes (1). Dette sammen med andre parametre udgør kernen i DDKM.

I denne artikel beskrives Den Danske Kvalitetsmodel i korte træk, og endvidere beskrives arbejdsprocessen for udvikling af standarder og indikatorer under DDKM.

Omfatter hele sundhedsvæsenet

DDKM er et fælles kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen og omfatter i princippet alle offentligt finansierede sundhedsydelser i Danmark. I første omgang omfatter DDKM alle danske offentlige sygehuse, somatiske og psykiatriske, herunder deres samarbejde med og relationer til andre institutioner og sektorer.

Intentionen er, at DDKM gradvist udvides til at omfatte sundhedsvæsenets øvrige sektorer, herunder den primære sundhedssektor, og også private sundhedsinstitutioner og leverandører, der indgår aftale med det offentlige sundhedsvæsen.

I perioden maj – november 2006 har repræsentanter fra landets offentlige sygehuse medvirket til at udarbejde den første version af standarder med tilhørende indikatorer i DDKM.

Ligeledes indgår ni kommuner i et pilotprojekt, der udvikler nationale standarder med tilhørende indikatorer for det kommunale sundhedsvæsen på fem udvalgte temaområder. Det er hensigten, at såvel antallet af kommuner som antallet af temaområder på sigt skal udvides.

Arbejdet med DDKM foregår i regi af Institut for

Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). IKAS blev etableret i juni 2005 og har til opgave at varetage den fortsatte udvikling, planlægning og drift af DDKM.

IKAS samarbejder med et engelsk akkrediteringsfirma, Health Quality Service (HQS), som skal fungere som international rådgiver med henblik på at sikre et internationalt anerkendt niveau for de udviklede standarder i DDKM, svarende til principperne i International Society for Quality for Health Care (ISQua). ISQua-principperne er et sæt af krav, der stilles til de udviklede standarder for at sikre, at standarderne med tilhørende indikatorer lever op til et ensartet internationalt niveau. (2).

Formål, faser og temaer i DDKM

DDKM fokuserer på patient/brugerforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i institutionerne og baseres på et fælles sæt af standarder med tilhørende indikatorer.

Formålet med DDKM er at:

- udvikle et evalueringsgrundlag i form af standarder med tilhørende indikatorer
- fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patientforløbene
- gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering af de involverede institutioner
- understøtte gennemsigtighed og gennemsuelighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet.

I figur 1 side 50 illustreres de overordnede faser i DDKM.

Temaer i DDKM

DDKM omfatter i første version 37 temaer, der beskriver tre hovedområder:

- Generelle forløbsaktiviteter (16 temaer)
- Sygdomsspecifikke forløbsaktiviteter (11 temaer)
- Organisatoriske aktiviteter (10 temaer).

”Selvevaluering er en læringsproces for sygehusene og kommunerne, hvor man gennemgår sit eget område med fokus på en faglig, systematisk og kritisk revision.”

» Til udviklingen af standarder med tilhørende indikatorer i relation til de 37 temaer har der på sygehusområdet været nedsat 24 temagrupper, hvis opgave var at udvikle standarder med tilhørende indikatorer inden for et eller flere af ovennævnte temaer.

Figur 2 side 53 illustrerer grupperingen af temaer i relation til de etablerede temagrupper. Temagrupperne har i slutningen af 2006 afsluttet arbejdet med at udvikle standarder med tilhørende indikatorer. I IKAS pågår der nu et redigeringsarbejde i samarbejde med HQS, IKAS' internationale rådgiver

I pilotprojektet for det kommunale område er der nedsat fem temaarbejdsgrupper, der arbejder med fem af de 37 temaer. Disse temaer er: 1) diabetes, 2) mediciner, 3) kvalitets- og risikostyring, 4) rehabilitering, 5) koordinering – kontinuitet – og overdragelse.

For de kommunale temaarbejdsgrupper gælder, at arbejdet med at udvikle standarder med tilhørende indikatorer pågår i perioden september 2006 – marts 2007 og efterfølges af en høring og eventuelt en pilot-test.

Udviklingen af standarder og indikatorer

Alle temagrupper er etableret i regi af IKAS og består af en formand, et sekretariat og temagruppemedlemmer. Medlemmerne i temagrupperne er udpeget efter, at der i alle temagrupper skal være:

- relevant faglig repræsentation
- relevant ledelsesmæssig repræsentation
- aktuel og relevant viden inden for temaområdet
- relevant viden og erfaring fra kvalitetsområdet
- regional deltagelse.

I forbindelse med udviklingen af standarder med tilhørende indikatorer gælder følgende principper:

- Eksisterende nationale danske kvalitetsprojekter skal indgå som en del af grundlaget for udviklingen af standarder og indikatorer i DDKM
- Patientsikkerhed skal, hvor det er relevant, indgå i udarbejdelsen af standarder for ethvert tema
- Patient-brugerperspektivet skal, hvor det er relevant, indgå i udarbejdelsen af standarder for ethvert tema. Udviklingsarbejdet er i overensstemmelse med the International Society for Quality for Health Care's (ISQua) principper for standardudvikling.

Endvidere foretages en vægtning og prioritering efter følgende udvælgelseskriterier:

- *Nytte*: Standarden skal vedrøre aktiviteter, hvor der foreligger væsentlige forbedringspotentialer, større kvalitetsbrist og/eller stor kvalitetsvariation.
- *Relevans*: Standarden skal vedrøre større patientgrupper og/eller særlig kritiske aktiviteter for betydelige patientgrupper.

- *Ressourcer*: Det nødvendige ressourceforbrug (tid og økonomi) til standard- og indikatorudviklingen er rimeligt og realistisk.
- *Målbarhed*: Standarden tilstræbes at være operationelt målbar (understøttes af relevante og informationsgivende indikatorer eller vurderinger).

Alle standarder er bygget op i en fast grundskabelon. Skabelonen indeholder felter til beskrivelse af:

- Hvem er standardens målgruppe?
- Hvad er standardens formål?
- Hvor skal standarden anvendes?

Herudover indeholder skabelonen fire trin:

- Trin 1 handler om retningslinjer
- Trin 2 omhandler implementering og anvendelse af retningslinjerne
- Trin 3 vedrører kvalitetsovervågning
- Trin 4 vedrører kvalitetsforbedring.

Disse fire trin svarer til faserne i kvalitetscirklen: plan, do, check, act.

Sendes i høring

Når standarderne er færdigredigerede og godkendt af IKAS' bestyrelse, sendes disse i høring hos relevante interessenter. Efter høringsfasen skal det samlede sæt af standarder pilottestes. Pilottesten sikrer, at der gives mulighed for at foreslå relevante justeringer og præciseringer af standarder med tilhørende indikatorer før den endelige godkendelse. Høringsfasen skal også give IKAS et bud på, hvilke nye temaer der skal arbejdes med i den næste version af DDKM. Høringsfasen ligger i april og maj 2007. Pilottesten vil blive afholdt på fem offentlige og to private sygehuse og vil foregå i perioden august til november 2007. Pilottesten har bl.a. til formål at:

- få brugernes bemærkninger til, om standarderne er relevante, forståelige og opnåelige
- afklare logistiske forhold vedrørende distribution og indsamling af data
- synliggøre eventuelle svagheder ved implementering og funktionaliteten af evalueringsgrundlaget
- pege på fokusområder i forbindelse med en kommende implementering.

Der er på nuværende tidspunkt ikke taget stilling til, hvordan høring og pilottest af de kommunale standarder vil komme til at foregå i kommunerne, men det forventes at ville komme til at foregå på samme vis som på sygehusene, dog i en kortere tidsperiode.

Efter høringsfase og pilottest forelægges standarderne for IKAS' bestyrelse med henblik på endelig godkendelse. Standarderne sendes herefter til ISQua med hen-

»»» FIGUR 2. TEMAER I DEN DANSKE KVALITETSMODEL

Sygdomsspecifikke temaer	Generelle temaer	Organisatoriske temaer
1. Apopleksi	12. Henvisning	28. Beredskab og forsyning
2. Brystkræft	13. Visitation	29. Patienttransport
3. Diabetes	14. Modtagelse	30. Apparatur og teknologi
4. Fødsler	15. Vurdering og planlægning	31. Kvalitetsstyring
5. Hjerteinsufficiens	16. Koordinering og kontinuitet	32. Risikostyring
6. Hoftenære frakturer	17. Overdragelse	33. Hygiejne
7. KOL	18. Diagnosticering	34. Rekruttering, uddannelse og kompetencesikring
8. Lungekræft	19. Observation	35. Dokumentation og datastyring
9. Mavesår	20. Patientinddragelse	36. Ledelse
10. Skizofreni	21. Patient information og kommunikation	37. Politikker og retningslinjer
11. Tyk- og endetarmskræft	22. Intensiv behandling	
	23. Invasiv behandling	
	24. Rehabilitering	
	25. Medicinering	
	26. Forebyggelse og Sundhedsfremme	
	27. Ernæring	

blik på en international godkendelse i henhold til ISQua-principperne.

Efter bestyrelsens godkendelse er standarderne parate til at blive implementeret på samtlige landets sygehuse. Overdragelsen af standarderne til sygehuse forventes at finde sted i november 2007. Det er endnu ikke fastlagt, hvornår de kommunale standarder er klar til overdragelse til kommunerne.

Selvevaluering og ekstern vurdering

Som led i implementering af standarderne gennemfører sygehuse selvevaluering med henblik på en intern vurdering af, om afdelingerne lever op til de kvalitetskrav, der er specificerede i standardernes indikatorer. Efterfølgende gennemføres en ekstern evaluering på sygehuset af et surveyorkorps. Den eksterne evaluering af sygehuset gennemføres med henblik på akkreditering. Akkreditering er defineret som en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder (1).

I DDKM baseres akkreditering på en vurdering af standardopfyldelse i forbindelse med den eksterne vurdering. Akkreditering er således en uvildig og kvalificeret vurdering af sygehuses arbejde med at synliggøre og forbedre kvaliteten. Akkreditering i forhold til det kommunale sundhedsvæsen er der endnu ikke taget stilling til.

Sygehuses data og på sigt også kommunernes data for standardopfyldelse og akkrediteringsanerkendelse

offentliggøres med henblik på at sikre synlighed og åbenhed om den aktuelle kvalitet og om udviklingen i kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser.

Offentliggørelse skal sikre gennemsigtighed og gennemskuelse af den aktuelle kvalitet samt udviklingen af kvaliteten af ydelserne i det danske sundhedsvæsen. Hvor og hvordan data offentliggøres, er der endnu ikke taget stilling til.

Til patienter og klienter

Ovennævnte beskriver processen fra start til slut med udvikling af standarder med tilhørende indikatorer. Som det fremgår, er DDKM et redskab til brug for udviklingen af kvalitetssikring.

DDKM giver en systematisk tilgang til kvalitetssikring. Arbejdsprocessen med DDKM indbefatter selvevaluering med henblik på, at det enkelte sygehus/kommunen kan evaluere, om de har opfyldt de enkelte standarder. Selvevaluering er en læringsproces for sygehuse og kommunerne, hvor man gennemgår sit eget område med fokus på en faglig, systematisk og kritisk revision. Denne refleksion og de handlinger, der iværksættes på baggrund af fund ved selvevalueringen, kan være medvirkende til at højne kvaliteten i de enkelte ydelser og er herved til gavn for den enkelte patient/bruger. At DDKM inddrager fagpersoner i selve udviklingen af standarder og indikatorer, forventes at medføre, at ejerskabet for standarderne er meget højt, og hermed også engagementet og motivationen til at implementere og anvende disse, når de til oktober/novem-

ber skal anvendes på alle landets sygehuse. I 2. udgave af DDKM skal der udvikles en række nye temaer inden for sundhedsområdet, ligesom kredsen af interessenter er tænkt udvidet til også at omfatte eksempelvis privathospitaler, apoteker, praktiserende læger m.fl.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Villadsen AM, Ibsen C, Randrup KB, Eberhardt M, Flarup L, Mainz J. Quality assurance model for the Danish health service. *Sygplejersken* 2007;(8):50-6.

The article describes the Danish Quality Model (DDKM), which will apply to all health care staff at the nation's hospitals and selected local authorities/municipalities. The standards prepared and indicators related to the model will ensure that patients/users get co-ordinated, coherent and adequate examination, diagnostics, treatment, care and rehab, and that the safety and quality of the individual services in the course of treatment are improved. The standards are expected to come into force at hospitals in November 2007. It has not yet been determined exactly when local authority/municipal standards will come into effect. The article was written under the auspices of the Institute for Quality and Accreditation in the Health Service (IKAS).

Key words: The Danish Quality Model, standards.

Anne Mette Villadsen, Charlotte Ibsen, Birgitte Randrup Krog, Marianne Eberhardt og Lone Flarup er alle ansat som kvalitetskonsulenter på Institut for Kvalitetssikring og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS). Jan Mainz er afdelingsleder i sundhedsfaglig afdeling i IKAS.

Læs mere om Den Danske Kvalitetsmodel og pilotprojektet på www.kvalitetsinstitut.dk

Litteratur

1. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. København: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren; 2003.
2. ISQua: International Principles for Healthcare Standard, second edition; March 2004.
3. Den Danske Kvalitetsmodel for Sundhedsvæsenet. Modelbeskrivelse, 20. december 2004.
4. Vejledning for arbejdsprocessen i temagrupperne. Juni 2006.

>>> TESTEN



Temaet er sundhedspleje, test dig selv eller din kollega

- 1** Kan en sygeplejerske arbejde som sundhedsplejerske uden at være uddannet fra et CVU?
- a. Absolut ikke.
 - b. Ja, i særlige tilfælde.

- 3** Skal sundhedsplejersken nødvendigvis besøge det nyfødte barn i hjemmet?
- a. Nej, hun må gerne mødes med mor og barn på en café, bare den er røgfri.
 - b. Ja, normalt skal sundhedsplejersken besøge familien i hjemmet.

- 2** Findes der retningslinjer for det arbejde, sundhedsplejersken udfører hos børn i eget hjem?
- a. Ja, det gør der.
 - b. Nej, sundhedsplejersken skal blot sørge for at veje og måle barnet.

- 4** Kan sundhedsplejersken vurdere hygiejne på institutioner og skoler?
- a. Nej, det skal den pågældende institution eller skole selv stå for eller udlicitere.
 - b. Ja, der er angivet en række muligheder for at vurdere hygiejne på institutioner og skoler.

- 5** Findes der anbefalinger for, hvor mange toiletter der skal være i forhold til antallet af børn/unge?
- a. Nej, det er op til den enkelte leder at vurdere behovet.
 - b. Ja, det gør der.

Se svarene på TESTEN side 57.



En overskuelig hverdag

AF ELSEBETH REFGAARD, SYGPLEJERSKE • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Fortællingen henvender sig til sygeplejersker og studerende med interesse for demente borgere. Hovedbudskabet er, at tidlig indsats i familier med demens gør livet lettere for familien. Fortællingen er baseret på forfatterens erfaringer.

Anni og Karl bor i et dejligt parcelhus, som Karl har bygget for mange år siden. Som 63-årig gik han på efterløn, fordi det begyndte at knibe med at klare jobbet. For et par år siden var hukommelsesproblemerne så udtalte, at Karl og Anni søgte læge. I foråret 2005 fik Karl stillet diagnosen Alzheimers sygdom. I den forbindelse fik jeg en henvendelse fra Hukommelsesklinikken i Roskilde, da man her var bekymrede for at slippe ægteparret. Anni virkede usikker på situationen og blev bange for sin mand, fordi han blev vældig vred, når ting ikke lykkedes, og han skulle have hjælp af sin hustru.

Ægteparret havde hele livet haft en klar opgavefordeling. Karl passede job og tjente penge, mens Anni tog sig af husførelse og børn. Karl var den, som tog sig af det økonomiske og blev altid spurgt, når store og små beslutninger skulle tages. Karl kørte bilen, mens Anni nød at sidde ved siden af.

I de sidste måneder, før ægteparret fik hjælp fra demsteamet, oplevede Anni Karl som frygtelig urimelig. Tit tog hun sin trøje og gik, frustreret, vred og ked af det. Der var simpelthen ikke en dag, der ikke endte oppe i en spids. Alzheimers sygdom vendte op og ned på det hele.

Sygdommen gør, at Karl ikke er i stand til at huske, hvad der blev talt om for et øjeblik siden. Han kan ikke planlægge. Har svært ved at tage initiativer. Husker ikke, om han har spist, taget sin medicin, eller hvad der skal ske i løbet af dagen. Ved mine første besøg var Karl meget følsom. Jeg kunne se, han blev vred, hvis jeg kom for tæt på i forhold til det, der var svært. Tårerne trængte sig på, når hans afmægtighed blev for synlig.

Anni var usikker og brændte inde med mange ting, hun ville spørge om, men ikke turde af frygt for at gøre Karl vred. Hvis Karl forlod stuen et øjeblik, kom spørgsmålene, og der var mange.

Der er mange hverdagsting, som bliver vanskelige, når man har Alzheimer. Målet for den pædagogiske indsats bliver at vende alting på hovedet og få øje på de ressourcer, Karl stadig har, og styrke dem, så Karl kommer til at opleve succeser i hverdagen frem for nederlag.

Vi indførte en levesætning, et citat fra *Jane Varity* fra Dementia Care of Australia:

”Alting er rigtigt, ingenting er forkert.”

Det lyder måske lidt mærkeligt, men handler om at vende situationer om og trække det positive frem. Vejledningen medførte, at situationer, hvor tingene gik galt, blev bagatelliseret, og der kom fokus på det, som virkede.

Forenkling og struktur

En anden vigtig ting, vi arbejder med, er at forenkle situationer. F.eks. kan et rigt udbud af cremer, shampoo, aftershave osv. gøre et bad fuldstændig uoverskueligt og medføre, at et ellers velfungerende menneske begynder at slække på hygiejnen eller fuldstændig modsætter sig at komme i bad.

Karl begynder at tabe sig og vil ikke rigtig spise. Vi laver aftaler om spisesituationerne, hvor nøgleordene bliver, at måltidet skal være overskueligt. Man skal undgå for mange valg, og der skal være ro under måltidet. Ikke at man ikke må snakke, men man skal f.eks. ikke rejse sig mange gange for at hente noget. Der skal være tydelighed omkring, at nu spiser vi.

En vigtig ressource er, at Karl er god til at cykle. Anni var meget bekymret i starten, og Anni fik til opgave at vurdere Karls sikkerhed på cykel. Var der nogle steder, hvor der opstod farlige situationer, som Karl havde svært ved at tackle? Ud fra observationerne lærte de sig sikre ruter for Karl. Efterhånden er cyklen blevet parrets vigtigste befordringsmiddel, og de har mange positive oplevelser sammen. De får masser af motion, møder mange mennesker og glæder sig over livet. Man kan møde dem på deres cykler over det meste af Sjælland.

Her i sommer tog de fusen på alle og tog på cykelferie på Bornholm. Anni havde booket vandrehjem, og sammen havde de lagt ruten rundt på øen. Anni og Karls børn tilbød at køre dem, cykler og bagage til færgen i Køge, men det takkede Anni pænt nej til, for de skulle jo ikke have mere med, end de kunne køre med i cykeltaskerne, når de forlod færgen i Rønne. Turen blev en fantastisk oplevelse.

Nye roller

Anni undrer sig ofte over, at hun kaster sig ud i nye udfordringer. Det er meget anderledes, end før Karl blev syg, hvor det var ham, der var den drivende kraft. Anni oplever, at årsagen til, at hun har fået det mod, skal findes i den vejledning, de har fået fra demensteamet. Siden henvendelsen har Anni og Karl haft ca. to timers besøg af demenskoordinator en gang om måneden. Det er Karl og Anni, der sætter dagsordenen. Medicinske problemstillinger bliver løst i tæt samarbejde med praktiserende læge. Situationer i hverdagen analyseres, og vi finder sammen en ny og enklere måde at gøre tingene på.

Vi snakker om, hvordan den sidste måned er forløbet, og bruger de gode situationer som eksempel for mulige forslag til de situationer, som er svære.

På den måde er der megen ros og opbakning til familien. Der er ingen tvivl om, at det giver dem en masse mod og overskud.

Demenskoordinatorens besøg en gang om måneden er fortsat den eneste kommunale ydelse, på trods af at Anni med sine 69 år står model til en 24-timers opgave med at støtte Karl. Set ud fra et økonomisk perspektiv er der derfor rigtig god fornuft i at styrke ressourcerne i de demensramte familier.

Elsebeth Refsgaard har tidligere været ansat som demenskoordinator i Skovbo Kommunes Demensteam. Hun er p.t. projektleder i jobcenter Sorø, ersn@soroe.dk

Læs også artiklerne om indretning af plejehjem og boliger til demente side 24-27.

Vikarer velkomne

Vi kender ikke antallet af sygeplejersker i vikarbureauer i Danmark, men ifølge opblomstringen af nyetablerede vikarbureauer inden for sygepleje og sundhed de seneste par år er der ingen tvivl om, at branchen er i hopla. Men hvordan er samarbejdsrelationerne mellem de faste sygeplejersker og vikarsygeplejerskerne?

Det har et norsk forskningsprojekt netop beskæftiget sig med, og studiet afdækker ikke de store modsætninger mellem de to grupper. Vikarernes løn bliver først et tema, når de af forskellige grunde opleves som en større belastning end en hjælp. De faste sygeplejersker er generelt positive over for brugen af vikarer – som et værn mod stor arbejdsbelastning og overarbejde – men vikarerne skal være kvalificerede. Selv kunne de faste sygeplejersker ikke tænke sig at arbejde i et vikarbureau. Gode kollegaer, et fast tilhørssted og et godt arbejdsmiljø gør forskellen. I studiet opstilles fire idealtyper af vikarer: den kvalificerede, den rådvilde, gæsten og den egenrådige.

Læs mere om studiet på www.sygepleien.no under Sygepleje Forskning 01/2007 og del gerne dine egne erfaringer om samarbejde med vikarer med Sygeplejerskens læsere online. Log ind på www.sygeplejersken.dk, klik på denne artikel og tilføj din kommentar. (er)

Litteratur

Kvamme E. Vikarbyråsygepleiere i sykehus, belastning eller avlastning? Publiceret i Sygepleien Forskning 01-2007.

Misgreb i sygeplejen


I sundhedssektoren er mange medarbejdere trætte af kontrol, evaluering, konkurrence og detaljstyring. Men det er ikke kun i sundhedssektoren, trætheden er mærkbar. I debatbogen "Det faglige løft – om greb og misgreb i uddannelse og forskning" beskriver professor *Jørn Lund*, hvordan økonomi, konkurrence, evaluering og ledelse er blevet helt centrale begreber i uddannelsessektoren. Bogen beskæftiger sig med uddannelse fra folkeskole til universitet, og hvert kapitel afsluttes med en række anbefalinger. For sygeplejersker, der underviser eller studerer på et universitet, har bogen markante standpunkter, bl.a. om forskning. Jørn Lund sætter f.eks. spørgsmålstegn ved, om et land med 5,2 millioner indbyggere har forskerpotentiale til alle de forskningsinstitutioner, der er dukket op. For lærere får den pædagogiske centrerung på DPU på bekostning af faglig efter- og videreuddannelse knubbede ord med på vejen. Det leder tilbage til sygeplejen. Hvad er der til dato kommet ud af den forskningstradition, der startede i begyndelsen af 90'erne? Er indsatsen koordineret og faglig eller temmelig tilfældig og af og til uden relevans for sygeplejen? (jb)

Svar på Testen side 54

- 1.b. Ja, Sundhedsstyrelsen kan i særlige tilfælde give dispensation til ansættelse af en sygeplejerske, hvis kommunen inden ansættelsen har søgt om dispensation.
- 2.a. Ja, de er beskrevet under "Ydelser i eget hjem."
- 3.b. Det er formuleret således: "Det er fastsat i bekendtgørelsen, at sundhedsplejerskens virksomhed i barnets første leveår normalt skal udøves ved besøg i hjemmet. Det er således sundhedsplejerskens væsentligste ydelse til familien i barnets første år."
- 4.b. Ja, under "Vejledning i vurdering af hygiejne på institutioner og skoler" er anført en række muligheder for at vurdere hygiejne på institutioner og skoler.
- 5.b. "Det anbefalede antal er et toilet for hver 10 børn/unge."

Kilde: Sundhedsstyrelsen, forebyggende sundhedsydelse til børn og unge. Anbefalinger, januar 2007.

Uundværlig på studiet og på arbejdspladsen

 Ernæring og sundhed er nogle af de emner, der har optaget folk til alle tider. Anbefalingerne skifter fra år til år, og mange kan have svært ved at følge med. Ofte hører man bemærkninger som:

”Hvad der er korrekt i dag, er helt forkert i morgen. Det er ikke til at regne med.”

Det stiller store krav til det personale, der skal yde sundheds- og sygepleje på ernæringsområdet.

Det er af afgørende betydning, at sygeplejestuderende og uddannet personale har adgang til litteratur, som sammenfatter den bedst kendte og dokumenterede viden på området.

Det er nødvendigt, at man kan basere sin pleje på valide, gennemarbejdede studier og anerkendt viden.

Den nye udgave af ”Ernæring og diætetik” er skrevet af de samme forfattere som den forrige udgave.

Justeringerne tager udgangspunkt i de nye krav til sygeplejerskeuddannelsen, der som bachelorstudie er baseret på en kritisk tilgang til teori og praksis og bygger på evidensbaseret viden.

Alle afsnit i bogen er tilført den nyeste, dokumenterede viden på området. Der er henvisninger til såvel litteratur som videnskabelige studier og websider.

Og så er bogens layout gjort meget indbydende. Der er talrige fremhævede tabeller og bokse i farver samt opsummeringer.

Det første hovedafsnit består af en grundig gennemgang af ernæringslæren, næringsstoffernes betydning, hvor de findes, om forebyggelse og den danske ernæringspolitik.

Sidste del af bogen omhandler den kliniske ernæring; hvordan løses de ernæringsmæssige problemstillinger hos borgeren eller patienten?

Der er nogle af bogens afsnit, jeg er særlig glad for.

Der gives bl.a. en vældig god og grundig gennemgang af danskernes kostvaner, hvor vi står lige nu, og et fint overblik over de udfordringer, vi står over for, hvis befolkningens sundhedstilstand skal forbedres, og livskvalitet og -længde skal øges.

Et andet emne, der er brugt megen spaltepads på, er ”kosten til den småtspisende patient.”

Sundhedsstyrelsen kom for nogle år siden med anbefalinger til, hvordan man kunne identificere og behandle underernæring blandt patienter og klienter. Det er et arbejde, der er i gang med at blive implementeret på de fleste sygehuse, og som stadig volder en del vanskeligheder for personalet. Derfor er det glædeligt, at denne nye udgave af ”Ernæring og diætetik” beskæftiger sig så indgående med denne problematik og anviser gode, brugbare løsningsforslag.

Til sidst skal et godt afsnit om kost- og diætbehandling af børn og unge fremhæves. Børn har i stadig stigende grad problemer med overvægt pga. dårlige spisevaner og inaktivitet. Bl.a. indeholder afsnittet skemaer baseret på sammenhæng mellem alder, højde og BMI til vurdering af, hvornår børn og unge bør sættes i behandling for overvægt.

Jeg synes, denne bog på alle afgørende punkter når sine mål til fulde. Den er uundværlig som litteratur på sygeplejestudiet og som opslagsbog på arbejdspladsen til det uddannede personale.

*Af Lisbeth Larsen, sygeplejerske ansat på
Næstved Sygehus, Afdeling 12,
Onkologisk/hæmatologisk sengeafsnit.*



Lars Ovesen, Lene Allingstrup og
Ingrid Poulsen

Ernæring og diætetik

9. udgave 2007

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk

288 sider – 339 kr.

ISBN 978-87-17-03821-9

))) KORT OM NYE BØGER

**Gitte Ehlers, Birtha Hansen,
Grete Kirketerp og
Elisabeth Nordentoft:**

”Evidensbaserede kliniske retningslinjer for injektion af insulin til voksne med diabetes mellitus.” 2. udgave, Dansk Sygeplejeråd, 2006. 70 sider. Publikationen er tilgængelig på www.dsr.dk

Den kan også rekvireres i Dansk Sygeplejeråds bogudsalg, Sankt Annæ Plads 30, 1008 København K, eller bestilles på tlf. 3315 1555. Den koster 40 kr.

Korrekt injektionsteknik har stor betydning for diabetesreguleringen, og forfatterne til denne publikation har i 2002 udarbejdet kliniske retningslinjer for injektionsteknik bygget på evidensbaseret materiale. Baggrunden var en undersøgelse, der viste, at vejledning i injektionsteknik var forskellig fra sted til sted og ikke byggede på evidens.

Den nye udgave af publikationen er revideret på baggrund af ny viden på området, og litteraturen er opdateret.

(jb)

**Gitte Ehlers, Birtha Hansen,
Grete Kirketerp og
Elisabeth Nordentoft:**

”Evidence based clinical guidelines for injection of insulin for adults with diabetes mellitus,” 2nd edition, oversat fra ”Evidensbaserede kliniske retningslinjer for injektion af insulin til voksne med diabetes mellitus,” 2. udgave, Dansk Sygeplejeråd, 2006. 70 sider.

For at gøre publikationen tilgængelig for en større læserskare er teksten blevet oversat til engelsk og lagt ud på Dansk Sygeplejeråds engelske hjemmeside.

Publikationen findes på www.dsr.dk under english publications.

Den kan også købes i Dansk Sygeplejeråds bogudsalg, Sankt Annæ Plads 30, 1008 København K, eller rekvireres på tlf. 3315 1555. Den koster 40 kr.

(jb)



Respekt



Hanne Reinertsen,
Jan Olav Notevarp

Lægemeddelregning

2. udgave

Oversat fra norsk af Inger
Hermansen, Charlotte Olesen

København: Gads Forlag 2006

179 sider, kr. 199

ISBN 87-12-0438-2

Det er unægtelig kedeligt at læse en bog om lægemiddelregning, men hvor har jeg dyb respekt for indholdet i bogen, forfattet af *Hanne Reinertsen* og *Jan Olav Notevarp*. Bogen er oversat fra norsk og bearbejdet af to danske farmaceuter, således at regneopgaverne i bogen afspejler den kliniske praksis, danske sygeplejestuderende vil møde.

I forhold til patientsikkerhed er viden om lægemiddelregning helt afgørende. Så afgørende, at man i Norge siden 2004 har besluttet, at studerende skal bestå en test i lægemiddelregning – fejlfrit! Samme beslutning er ikke taget i Danmark. Alligevel er det ikke mindre vigtigt, at danske sygeplejestuderende kan udregne doser, infusionshastigheder osv. på en sikker måde. Til udvikling af kompetence i lægemiddelregning er denne danske udgave af bogen "Lægemeddelregning" særdeles nyttig.

Ifølge undersøgelser er grundlæggende regnefærdigheder afgørende for at kunne håndtere lægemidler sikkert. Den studerende kan via opgaver i bogen teste sig selv i grundlæggende regnefærdigheder som ligninger og procentregning.

Bogen gennemgår SI-systemet, der er det internationale enhedssystem, der gælder i de fleste industrilande. Og efter et kapitel om lægemidlers generiske navn gennemgås de mange forskellige dispenseringsformer, lægemidler kan have. Inden for hver dispenseringsform findes regneopgaver, den studerende kan komme ud for ved administration af henholdsvis tabletter, plastrer,

dråber, suppositorier, injektioner, infusionsvæsker og inhalationsvæsker.

Der afsluttes med et meget vigtigt kapitel om børn og lægemiddelregning. Undersøgelser viser, at det desværre er ganske almindeligt at flytte et komma en plads, hvilket kan føre til, at et lille barn får 10 gange den dosis, det skal have. I bogen understreges vigtigheden af, at sikker håndtering af lægemidler ikke kun handler om lægemiddelregning, men nok så meget om det kliniske skøn: Kan denne dosis være rimelig til dette menneske?

Foruden de mange eksempler og opgaver undervejs i hvert kapitel findes bagest i bogen en opgavesamling med udregningsmetoder og derudover en opgavesamling med facitliste.

Der lægges i bogen op til, at studerende løser opgaverne i grupper og hjælper hinanden til at udvikle kompetence i lægemiddelregning.

Bogen kan i høj grad bruges af undervisere til planlægning af undervisning i lægemiddelregning og er en bog, alle sygeplejestuderende bør arbejde sig igennem.

Af Lisbeth Vinberg, sygeplejelærer, cand.cur., ansat på Sygepleje- og Radiografskolen, CVU Øresund.

Atypiske regneopgaver

Sonja Bek, Birgitte Bjeld,
Inge Olsen

Medicin Regning

2. udgave 2007

67 sider – 110 kr.

Nærmere oplysning og bestilling:

birgitte.bjeld@wandbox.dk

ISBN 87-991456-1-8

Tre danske forfattere har begået et længe tiltrængt kompendium i lægemiddelregning til brug for sygeplejestuderende, sygeplejersker og andre, som ønsker at øve sig i lægemiddelregning.

I kompendiet angives, som forfatterne udtrykker det, "nyttige formler," når man skal beregne styrker, mængde og dråbehastigheder af lægemidler samt formler til beregning af børnedoser.

Kompendiet er et øvelseshæfte, som består af 81 beregningsopgaver med tilhørende løsningsforslag. De 81 opgaver er inddelt i otte opgavetyper: Udregning af antal af tabletter, mængde af flydende lægemidler, infusionshastigheder, fortyndinger, procentregning, ækvivalentalgetiske doser for opioider, børnedosering og kategorien "blandede opgaver."

Der er flere ting, som undrer mig. For det første er der angivet en formel for beregning af børnedosis. Hvorfor er formelen medtaget, er det overhovedet en sygeplejerskeopgave at beregne dosis for et barn?

Jeg er også forundret over, at der ikke følger nogen forklaring på beregningsopgaverne om ækvivalentalgetiske doser, som drejer sig om, hvorledes man beregner et skift fra et opioid til et andet.

I opgave 51 lyder det f.eks.: "En patient med stærke smerter får injektion morfin 20 mg. Hvor meget petidin injektionsvæske a styrken 10 mg pr. ml svarer det til?"

Der henvises til en tabel over ækvivalentalgetiske doser for opioider, som skal bruges til beregningen, men der tales ikke om, hvorvidt sygeplejersken af sig selv kan skifte mellem forskellige præparater. Fokus er udelukkende på regneopgaverne. Og det er på mange måder også det, der er brug for. Alligevel synes det væsentligt, at regneopgaverne knytter sig til gængse regneopgaver for sygeplejersker, og det er her, jeg mener, der er en uoverensstemmelse. Det er ikke en typisk regneopgave for en sygeplejerske at udregne skift fra dosering af morfin til dosering af petidin.

Forfatterne skriver selv, at det er en lærebog. Det er måske lidt flot sagt, idet kompendiet ingen henvisninger har til anden litteratur om emnet og egentlig kun behandler beregningsopgaver. Man kan diskutere, hvad der forstås ved en lærebog. Jeg mener, der her er tale om et øvelseshæfte som et supplement til undervisning i lægemiddelregning. Det er der faktisk brug for. Desværre synes opgaverne ikke alle at være typiske regneopgaver for en sygeplejerske, hvilket er et problem.

Af Lisbeth Vinberg, sygeplejelærer, cand.cur., ansat på Sygepleje- og Radiografskolen, CVU Øresund.

Kend dine stress-signaler

Bogen er skrevet af **Hanne Lund**, psykoterapeut, og **Jørgen Lund**, speciallæge i almen medicin, som begge har et aktivt i en stressklinik. Deres bog henvender sig direkte til det enkelte individ. Den starter med en simplificeret begrebsafklaring af stress og stresshormoner. Siden hen kommer forfatterne omkring mange begreber fra livsværdier over læringsprocesser til motivation, udbrændthed, depression og behandling. Forfatterne kommer også ind omkring arv og miljø og betydningen for stress og coping. De beskriver følelsernes betydning for udvikling af stress, samt balancen mellem udfordringer og ressourcer.

Hverdagseksempler underbygger bogens pointer hele vejen igennem den. Nogle af omdrejningspunkterne er, om læseren har det liv, han/hun ønsker, og det sunde i den selvrespekt, man får af at være trofast mod egne værdier. Forfatterne kommer også med et vigtigt budskab om at leve i nuet og have en positiv tilgang til livets udfordringer, som kan medføre selvopfyldende profetier.

Bogen er præget af mange begreber, og en dybere forforståelse for disse begreber hjælper med at finde den røde tråd i den komplekse sammenhæng med stress.

Forfatterne vil rigtig gerne fortælle meget på de 137 sider, og det er vigtige indfaldsvinkler, der beskrives. Bogen slutter med tre gode og simple stresstest. Bogen er let at læse med sundhedsfaglig baggrundsviden og beskriver også mange vinkler fra den vifte, der skal til for at forebygge og/eller håndtere stress.

Forfatternes hensigt med bogen er, at læseren skal kunne lære at genkende egne stress-signaler så tidligt som muligt og herefter blive opmærksom på, hvem og hvad der behøver at blive aktiveret for at håndtere stress optimalt. Dette er en rigtig god hensigt, som der bestemt lukkes op for i bogen.

Af Sussan Balleby, arbejdsmiljøkonsulent på Sct. Hans Hospital.



Hanne Lund, Jørgen Lund
Stress? Så gør noget ved det!
 København: Høst og Søn 2006
 138 sider, 199 kr.
 ISBN 87-6380-334-8



Mød os på REHAB
stand A1002

TEMPUR®-MED MADRAS TIL TUNGE BRUGERE

TEMPUR har også en trykaflastende madras til tunge brugere med en bæreevne fra 140 kg til 250 kg.

Madrasen giver korrekt støtte og trykaflastning over hele berøringsfladen. Kvaliteten og ydeevnen gør, at madrasen er egnet til de fleste brugere og kan anvendes som tryksårsprofylakse og -behandling op til grad 3.

Det fleksible inkontinensbetræk er væsketæt, åndbart og strækbart i flere retninger.



TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, men uden at der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup
 Tlf.: 63 43 43 69 · www.tempur.dk



**Anæstesi, intensiv & kirurgi
Flere end 20.000 artikler**



- Blodtryksapparater
- El-kirurgiapparater
- Endoskopisk udstyr
- Instrumenter
- Instrumentservice
- Kvalitetsstyrings system
- Laserkirurgi
- Euro steril container systemer
- Operations- & diagnostiklamper
- Op kirurgisøjler
- Implantater til: Maxillofacial-, oral-, skulder, albue-, hånd- & fodkirurgi
- Pulsoximetre, prober & kabler
- Røgsug systemer
- Service & montage
- TV-, TFT monitorer & kamerasystemer

Kontakt os venligst for mere information ☎ **7026 0004**

DLS

**Leder i sundheds-
sektoren?**

**Eller vil du gerne
være det?**

**Så er DLS
noget for dig**

**DLS er en teoretisk funderet lederud-
dannelselse for sundhedssektoren, der
på 2 år giver dig et solidt fundament
for udvikling af godt lederskab.**

**I august 2007 starter vi hold i:
Gentofte • Hillerød • Odense
Aalborg • Århus**

Der er tilmeldingsfrist 1. juni 2007

Tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

**HANDELSHØJSKOLE
CENTRET**

CEUS
Handelshøjskoleafdeling



Det modsatte af et selvmord



Bo Møhl

**At skære smerten bort
– en bog om cutting og anden
selvskadende adfærd**

København: PsykiatriFondens

Forlag 2006

140 sider, 130 kr.

ISBN 87-90420-54-3

Tatovering, piercing og fjernelse af hårvækst er socialt acceptable måder at skade sig selv på. Bo Møhl, som er chefpsykolog på Rigshospitalet, beskriver den hårfine balance mellem selvudsmykning og selvbeskadigelse. Selvbeskadigende adfærd virker stærkt på omgivelserne, som kan føle sig afmægtige, forfærdede og vrede. Hensigten med bogen er, at pårørende, lærere og sundhedspersonale kan få indsigt i de tanker og følelser, der ligger bag de selvdestruktive handlinger. Forfatteren ønsker, at omgivelserne forstår den selvskadendes handlinger som det modsatte af et selvmord. Når man skader sig selv, letter den psykiske smerte, og personen kan igen leve.

Amerikanske undersøgelser viser, at 4 pct. af den almindelige befolkning og 14 pct. af de studerende indimellem skader sig selv. En mindre dansk undersøgelse blandt studerende viste, at 15 pct. havde beskadiget sig selv. Antallet af situationer med selvbeskadigelse stiger hos mennesker med psykiske lidelser. Således er selvbeskadigelse et af symptomerne på borderline-tilstande.

Mange, der beskadiger sig selv, har svært ved at sætte ord på deres følelser. De mærker ubehag og uro, og de føler lettelse og renelse efter deres selvbeskadigelse. Bagsiden er, at de også føler skam og skyld, hvilket igen er med til at give dem et ubehag, der fører frem til ny selvbeskadigelse.

Personen kan herved blive afhængig af den selvbeskadigende adfærd, på samme måde som mennesker bliver afhængige af alkohol. Bo Møhl ser den selvbeskadigende adfærd som en slags selvmedicinering. Mange af dem, der beskadiger sig selv, har oplevet tidlige svigt i de nære relationer, andre har været udsat for overgreb og traumer.

Bo Møhl gennemgår flere psykologiske teorier, som kan forklare fænomenet. På en fin måde inddrager han disse teorier og sammenholder dem med de biologiske forklaringsmodeller om kroppens psykokemi ved selvskadende adfærd.

Behandlingen af selvskadende adfærd kræver en behandler, som kan forholde sig empatisk til patienten. Dvs. en person, som giver den selvskadende mulighed for at tale om skaden, og som viser bekymring for, hvordan patienten har det følelsesmæssigt. Behandleren skal indgyde håb og respektere tavshedspligten, også selvom det er svært.


Samtidig med psykoterapien skal patienten analysere og forstå sin selvskadende adfærd. Der er som regel et mønster i, hvornår den selvskadende adfærd opstår. Patienten skal derfor være opmærksom på disse mønstre og lære at stoppe op og finde på alternativer til den selvskadende adfærd. En proces, som er lang og tit giver tilbageslag som al anden adfærdsændring.

Tiden er forbi for kontrakter, hvor patienter skriver under på, at de ikke vil beskadige sig selv mere. Hvis det var så let, skriver Bo Møhl, behøvede de jo ikke en indlæggelse.

Bogen er hurtigt læst, den er velskrevet og spændende. Her er mange gode informationer at hente, og jeg følte mig meget inspireret. Dejligt med en bog, som går i dybden uden at blive tung og kedelig.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.
berit@fekkes.dk

Rehabilitering uden for døren

 Grøn omsorg er et nyt begreb i Danmark. Det handler om, hvordan vores natur og dyr kan medvirke til at genoprette og vedligeholde fysiske, psykiske og sociale ressourcer hos mennesker med begrænsninger i bevægelsesfriheden.

”At beskrive, hvad naturen gør ved mennesker, har ikke været nogen let opgave, da det nogle gange er vanskeligt at sætte ord på noget, som vi alle egentlig godt ved,” skriver forfatteren, *Gerd Johnsen*, i bogens indledning.

At emnet vanskeligt lader sig sprogliggøre, har hun taget konsekvensen af ved at reducere tekstmængden og styrke det visuelle udtryk. Det er en hurtigt læst håndbog. Bogen er smuk, en æstetisk oplevelse. Der er kælet for det hele. Fantastiske fotografier, der vækker læserens sanser, taget af kunstneren *Maj-Britt Boa*. Format, opsætning og papirvalg – alt er fint gennemtænkt. En klog beslutning at præsentere emnet visuelt og æstetisk.

Begrebet grøn omsorg er importeret fra Norge, hvor man de seneste år har gennemført projektet ”Nasjonalt støtteapparat for grønn omsorg.” Resultater herfra viser, svarende til et dansk forskningsprojekt af *Christine Swane*, at: Friluftslivet påvirker både mentale, fysiske og sociale faktorer. Selvværd og åbenhed øges. De daglige begrænsninger og problemer glemmes.

Mennesker bliver glade, harmoniske og veltilpasse, og så reducerer grøn omsorg stress, hyppigt en belastende faktor ved sygdom, som begrænser bevægelsesfriheden. *Gerd Johnsen* fortæller flere inspirerende historier om, hvordan grøn omsorg stimulerer mennesket.

Historisk set har man tidligere benyttet naturens trivselsfremmende mulighed i behandling og pleje: Rekreationssteder, hospitaler og sanatorier i naturskønne omgivelser var tilbud til patienterne. Op gennem 60'erne forsvandt vægtningen af denne plejeindsats. Muligvis opfattes det som ekstravagant i dag.

Ikke alle kommuner har kvalitetsstandarder, som indeholder ture ud i det fri. Det betyder, at mange mennesker med funktionshandicap ikke får adgang til naturen og gavn af denne mulighed for at fremme trivsel og velvære.

Bogen henvender sig til medarbejdere, der arbejder med mennesker, som ikke selv kan komme ud i fri natur.

Den kan glæde og inspirere omsorgspersonale, sygeplejersker i hjemmeplejen, på plejecentre, leve/bo-enheder eller ansat som handicap- eller demenskonsulenter. Den kan være med til at skubbe den faglige udvikling af tilbud – ud i naturen. Ud over at pryde mødebordet hos politikere kan bogen vende opmærksomheden hen mod de muligheder for rehabilitering og forebyggelse, som, endnu, ligger lige uden for døren.

Lad det gro!

Af *Jorit Tellervo*, uddannelseskonsulent, ansat på Social- og Sundhedsskolen i Greve.



Gerd Johnsen

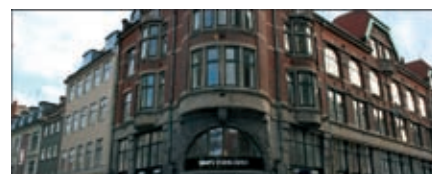
Grøn omsorg

Omsorgsorganisationernes Samråd

145 kr.

Bogen kan bestilles på

www.os-samraad.dk



VIL DU HAVE EN KOMPETENCEGIVENDE EFTERUDDANNELSE I ERNÆRING OG SUNDHED, SIDELØBENDE MED DET ARBEJDS- OG FAMILIELIV DU ALLEREDE HAR ETABLERET? SÅ TAG EN DIPLOMUDDANNELSE!

KOM TIL INFORMATIONS MØDE OG HØR MERE OM SUHR'S DIPLOMUDDANNELSER TORSDAG DEN 26. APRIL KL. 19-20.30

ADGANGSKRAV

Relevant videregående uddannelse (fx økonomi, pædagog, sygeplejerske el.lign.) samt mindst 2 års erhvervs erfaring.

SUHR'S

SUHR'S Seminarium

Pustervig 8

1126 København K

Tel: +45 3332 1170

Email: suhrs@suhrs.dk



bliv

VÆRTSFAMILIE for en udvekslingsstudent

... og oplev en anden kultur på tæt hold

AFS Interkultur modtager til august omkring 140 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra hele verden.

De kommer hertil for at lære dansk sprog og kultur at kende og skal tilbringe næste skoleår her i landet.

Grib chancen og bliv værtsfamilie i 5 eller 11 måneder for én af de mange spændende unge.

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg

www.afs.dk

AFS Interkultur er Danmarks største non-profit udvekslingsorganisation.



50 års jubilæum i 2007

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,
Hillerød.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
cand.scient.soc.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,
sygeplejerske.
Leder af visitations-
gruppen i Frederiks-
værk Kommune.

Normalt vanvid

På vej hjem fra arbejde ser jeg en smart fyr udstyret med sorte solbriller og en stor BMW, der ikke overholder sin vigepligt i en rundkørsel. En cyklist, der et splitsekund tidligere lignede en besindig familiefar, føler sig truet på livet og forvandler sig hurtigere, end *Clark Kent* kan iføre sig sit supermandskostume, til et sandt vilddyr. Han banker sin hånd ned i den blankpolerede kølerhjelme, mens han med et kraftfuldt primalskrig sender flere ord, jeg ikke vidste eksisterede, i retning af chaufføren. Jeg frygter et kort øjeblik, at cyklisten vil videreudvikle sig til en autonom og begynde at kaste brosten efter bilen, men BMW'ens chauffør giver ham fuckfingeren og træder på speederen, inden situationen udvikler sig.

Undrende cykler jeg videre i retning af Netto og når også frem til køen ved kasseapparatet. Her kæmper jeg – sammen med en lille træt dreng – med trangen til at række ud efter de mange farvestrålende slikposer, som salgsschefen har placeret i øjenhøjde. Efter en lang dag i børnehaven må den lille gut til sidst give op over for det indre pres, og han snupper en chokoladefrø i guldpapier. Jeg ved ikke, om moderens blodsukker er på samme lave niveau som mit, men efter at hun har forsøgt at lempe chokoladefrøen ud af drengens sammenkrøllede fingre, skifter hun sprogbrug og adfærd. Hun bliver pludselig en sur kælling, der rusker ham kraftigt i armen og råber, at han fan'ne er en møgunge. Drengen reagerer på samme måde, som når en dommerkendelse går vores håndboldlandstræner *Ulrik Wilbek* imod. Han råber højt og hopper op og ned på stedet, mens blodet cirkulerer så koncentreret rundt i de rødblussede kinder, at intet kommer frem til hjernen.

Jeg tænker, at det er nu, jeg skal tage ansvar for en af samfundets svageste grupper – børnene. Så jeg forsøger mig med: "Rolig, rolig. Der er ingen grund til at fare op, den lille gut er jo blot træt efter en hård dag." Hun svarer prompte: "Knyt sylten, din idiot."

Lettere rystet cykler jeg hjem med en følelse af, at vi alle i dagens Danmark reagerer med verbale krænkelser af andre, når vi er pressede. En bekymrende følelse, når jeg tænker på alle de historier, der i denne tid fylder i pressen, hvor sygeplejersker gør opmærksom på, at de arbejder under pres, fordi arbejdsopgaver og antallet af hænder ikke matcher. Hvorfor skulle sygeplejersker i pressede situationer reagere anderledes end andre mennesker? Det ville næsten være unaturligt, hvis sundhedsvæsenet ikke var fyldt med pressede sygeplejersker, der bander og svovler ad patienterne?

Det er nemt at stå i kø ved håndvasken og fordømme, når medarbejdere for åben skærm taler uværdigt og aggressivt til de mennesker, de er ansat til at hjælpe. Hvis vi ser på sagen om forholdene for de udviklingshæmmede på institutionen Strandvænget, er det dog værd at bemærke, at pårørende, ledere og tillidsfolk siden 2004 offentligt har gjort opmærksom på, at de var bekymret for kvaliteten af kerneydelserne på det pågældende sted, da bl.a. højt sygefravær og lavt vikarbudget skabte problemer. Socialformanden greb håndsæben og svarede til dette, at man ved de seneste nedskæringer blot havde skåret de ekstra goder væk. (Disse oplysninger stammer fra en artikelserie i *Fyens Stiftstidende* december 2004). Når arbejdsgivere og politikere møder ansattes alvorlige bekymringer med en sådan ligegyldighed, så undrer det mig ikke, at medarbejderne udvikler en ligegyldighed over for de mennesker, de skal hjælpe. Når vi tilmed har indrettet vores samfund således, at de, der er tættest på sved og urin, får den laveste løn og anerkendelse, så er jeg på kanten til at mene, at vi får den kvalitet, vi betaler for.

Som sygeplejerske er det vigtigt at stille sig selv spørgsmålet: "Kan jeg stå inde for kvaliteten af den pleje, jeg udfører, eller er jeg ved at forvandle mig til en nedslidt sur kælling?"

Den dag, det skjulte kamera fanger et billede af kællingen, så vil drømmen om 15 minutters berømmelse i tv ikke længere være så tilløkkende. Der vil du kæmpe for dit liv mod blodtørstige journalister og politikere, der er så ansvarsfriske, at jeg vil tro, de drikker et stort glas pletfjerner hver morgen.

"Når arbejdsgivere og politikere møder ansattes alvorlige bekymringer med en sådan ligegyldighed, så undrer det mig ikke, at medarbejderne udvikler en ligegyldighed over for de mennesker, de skal hjælpe."