

Forhenværende patienter
arbejder for god udskrivning

Kom med til
Sygeplejefestival 2014

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 8 · 27. JUNI 2014 · 114. ÅRGANG



Der er
langt fra
Sydsudan
til Gentofte

Tidlige omsorgsbesøg
hjælper risikopatienter

Personlig hygiejne
i en historisk kontekst

Dette lægemiddel er underlagt supplerende overvågning. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle mistænkte bivirkninger. **Produktinformation for ELIQUIS (APIXABAN) 2,5 mg og 5 mg filmovertrukne tabletter.** De med * markerede afsnit er omskrevet/forkortet i forhold til det af Sundhedsstyrelsen godkendte produktresumé dateret 25. april 2014 og omhandler udelukkende indikationen forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos patienter med non-valvulær atriefibrin (NVAF). **Terapeutiske indikationer*:** Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med NVAF med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NVHA-klasse \geq II). **Dosering og administration*:** 5 mg oralt 2 gange dagligt. *Dosisreduktion:* 2,5 mg oralt 2 gange dagligt hos patienter med NVAF og med mindst to af følgende karakteristika: alder ≥ 80 år, kropsvægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l). Patienter, der udelukkende opfylder kriteriet for svært nedsat nyrefunktion (kreatininclearance 15-29 ml/min), bør også få den lave dosis af apixaban på 2,5 mg to gange dagligt. Ved skift fra Vitamin K antagonist (VKA) til ELIQUIS (APIXABAN) skal VKA seponeres og ELIQUIS (APIXABAN) initieres, når INR $< 2,0$. *Nedsat nyrefunktion:* Anbefales ikke til patienter med kreatininclearance < 15 ml/min eller patienter som er i dialyse. Skal anvendes med forsigtighed til patienter med svært nedsat nyrefunktion (15-29 ml/min). *Nedsat leverfunktion:* Kontraindiceret hos patienter med leversygdom, der er forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Anbefales ikke til patienter med svært nedsat leverfunktion. Kan anvendes med forsigtighed til patienter med let til moderat nedsat leverfunktion, samt patienter med forhøjede leverenzymmer og forhøjet total bilirubin. Før behandling indledes, bør der udføres leverfunktionstest. *Kardioovertering:* Patienter kan forblive på ELIQUIS (APIXABAN) under kardioovertering. *Administration:* Oral anvendelse. Skal synkes med vand, med eller uden føde. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for aktivt stof eller ét hjælpestof. Aktiv klinisk signifikant blødning. Leversygdom forbundet med koagulopati og klinisk relevant blødningsrisiko. Læsion eller tilstand med signifikant risikofaktor for større blødning. Samtidig behandling med andre antikoagulantia undtagen i tilfælde af behandlingsskift til eller fra ELIQUIS (APIXABAN). **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Patienter skal kontrolleres omhyggeligt for tegn på blødning. Forsigtighed udvises ved generelt øget risiko for blødning. Seponeres, hvis der forekommer alvorlig blødning. *Patienter med mekaniske hjerteklapper:* Eliquis' sikkerhed og virkning er ikke blevet undersøgt hos patienter med mekaniske hjerteklapper, med eller uden atriefibrin. Eliquis frarådes derfor i disse tilfælde. *Kirurgi og invasive indgreb:* Seponeres mindst 48 timer inden elektiv kirurgi eller invasive indgreb med moderat eller høj blødningsrisiko og mindst 24 timer inden ved lav risiko for blødning. Behandlingen bør genstartes så hurtigt som muligt efter indgreb. *Midlertidig seponering:* Ændringer i behandling bør undgås. I tilfælde med midlertidig seponering, bør behandlingen genstartes hurtigst muligt. *Ældre patienter:* Forsigtighed udvises ved samtidig administration af acetylsalicylsyre. *Laboratorieparametre:* Koagulationsparametre (f.eks. PT, INR og aPTT) påvirkes af ELIQUIS (APIXABAN). *Lactose:* Bør ikke anvendes til patienter med galactoseintolerans eller glucose/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Frarådes hos patienter, der samtidig får systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4 og P-gp. Forsigtighed ved samtidig brug af kraftige CYP3A4- og P-gp-induktorer. Bør anvendes med forsigtighed ved samtidig behandling med NSAID og trippelkombination med acetylsalicylsyre og clopidogrel. Lægemidler forbundet med alvorlig blødning anbefales ikke til samtidig brug. **Fertilitet, graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes **Bivirkninger*:** *Almindelig (1-10%):* Anæmi. Blødning, herunder hæmatom, okulært, epistaxis, gastrointestinal blødning, hæmatokesi, rektal blødning, gingival blødning, hæmaturi og blødning i huden. *Ikke almindelig (0,1-1%):* Overfølsomhed. Hjerneblødning, anden intrakraniell eller intraspinal blødning. Hæmoptyse. Traumatisk blødning. **Overdosering*:** Ingen antidot. I tilfælde af hæmorrhagiske komplikationer skal behandlingen stoppes og kilden til blødningen findes. Påbegyndelse af passende behandling, f.eks. operativ hæmostase eller transfusion med frisk frosset plasma, bør overvejes. Administration af aktivt kul kan være hensigtsmæssig. Indgivelse af rekombinant faktor VIIa kan overvejes. **Pakninger og priser (ESP 9-06-2014):** Filmovertrukne tabletter 2,5 mg: 10 stk: 143,90 kr, 20 stk: 265,95 kr, 60 stk: 754,20 kr, 168 stk: 2.072,45 kr. Filmovertrukne tabletter 5 mg: 14 stk: 192,70 kr, 100 stk: 1.242,45 kr, 168 stk: 2.072,45 kr. Se venligst dagsaktuel pris på <http://medicinpriser.dk>. **Tilskud:** Generelt tilskud **Udlevering:** B **Indehaver af markedsføringsstilladelsen:** Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIF, Bristol-Myers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge UD8 1DH, Storbritannien. Produktresumet kan vedrættelsesfrit rekvireres fra den danske repræsentant: Bristol-Myers Squibb, Lyngby Hovedgade 98, 2800 Lyngby.

	Eliquis®(apixaban) (2,5/5 mg)	Marevan®(warfarin) (2,5 mg)	Hjerdyl®(acetylsalicylsyre) (75/150 mg)
Virknings-mekanisme	Direkte faktor Xa hæmmer	Blokerer syntesen af de vitaminer K-afhængige koagulationsfaktorer	Hæmmer trombocyttaggregationen
Indikationer og dosering	Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atriefibrin (NVAF) med en eller flere risikofaktorer. Den anbefalede dosis ved NVAF er 5 mg indtaget oralt to gange dagligt.	Forebyggelse og behandling af dyb tromboflebit og tromboemboliske komplikationer. Patienter, der ikke tidligere har været i warfarinbehandling: Anbefalet startdosis er 2 tabletter (5 mg) en gang daglig i 4 dage. Herefter individuel dosering.	Primær profylakse af kardiovaskulær sygdom som trombose og akut koronarsyndrom hos personer over 50 år med en eller flere risikofaktorer for udvikling af kardiovaskulær sygdom. Dosering 150 mg som startdosis, efterfulgt af 75 mg daglig.
Dosisjustering	2,5 mg to gange dagligt hos patienter med NVAF og med mindst to af følgende: alder ≥ 80 år, vægt ≤ 60 kg eller serumkreatinin $\geq 1,5$ mg/dl (133 mikromol/l) eller ved svært nedsat nyrefunktion (CrCl 15–29 ml/min). Anbefales ikke ved CrCl < 15 ml/min	Monitorering påkrævet. INR 2–3 tilstræbes. En højere INR mellem 2,5 og 3,5 bør tilstræbes ved mekanisk hjerteklapprotese og kompliceret akut myokardieinfarkt.	Nedsat leverfunktion og nedsat nyrefunktion
Kontraindikationer	Overfølsomhed over for det aktive stof eller hjælpestoffer Klinisk signifikant aktiv blødning Læsion eller tilstand med betydende risiko for større blødning Samtidig behandling med andre antikoagulantia Graviditet og amning Leversygdom med klinisk relevant blødningsrisiko	Overfølsomhed over for warfarin eller hjælpestoffer Patienter med forhøjet blødningsrisiko Første trimester og de fire sidste uger af graviditet Svær leverinsufficiens Samtidig administration af prikbladet perikum	Overfølsomhed over for acetylsalicylsyre, andre salicylater eller hjælpestoffer Asthma, quincques ødem, rinit eller urticaria i anamnesen, som induceres ved administration af salicylater eller andre antiinflammatoriske analgetika, blødningstendens, aktivt ulcus pepticum, Svært nedsat nyre-, lever- og hjertefunktion. Doser over 100 mg/dag i tredje trimester af graviditeten Børn under 15 år med feber
Almindelige og meget almindelige bivirkninger (forekommer hos mere end 1 ud af 100 behandlede)	Blødning i øjet, hæmatom, epistaxis, gastrointestinal blødning, hæmatokesi, rektal blødning, gingival blødning, hæmaturi, blødning i huden	Næseblod, hæmoptyse, hæmaturi, tandkødsblødning, blå mærker, vaginal blødning, blødning i øjets bindehinde, gastrointestinal blødning, forlænget og omfattende blødning efter operationsindgreb eller traume	Forlænget blødningstid, hæmning af trombocyttaggregation, øget blødningstendens, begrænset asymptomatisk blodtab, hovedpine, bronkospasmer hos astma patienter, halsbrand, sure opstød, Gastrointestinal blødning, øvre gastrointestinal erytem og erosion, kvalme, dyspepsi, opkastning, diaré, abdominalsmerter, melæna, urticaria, forskellige udslæt, angioødem, søvnløshed
Interaktioner	Frarådes ved systemisk behandling med kraftige hæmmere af både CYP3A4- og P-gp. Forsigtighed ved samtidig behandling med kraftige induktorer af CYP3A4 og P-gp, samt NSAID og pladehæmmere.	Smalt terapeutisk indeks. Lægemidler, der hæver eller sænker INR Dette gælder også for håndkøbslægemidler, naturlægemidler, kosttilskud og vitaminer, der indtages udover den anbefalede dosis.	Frarådes ved samtidig behandling med: Methotrexat, dikumarolgruppen, ciclosporin, ACE hæmmere, acetazolamid, probencid, sulfonpyrazon Forsigtighed ved samtidig anvendelse af: NSAID, COX-2 hæmmere, Ibuprofen, clopidogrel, ticlopidin, antikoagulantia, abxiximab, tirofiban, eptifibatid, heparin, furosemid, quinidin, spironolaktone, digoxin, lithium, aminoglykosider, imipramin, SSRI, valproat, kortikosteroider, antidiabetika, antacida, varicella vaccine, ginkgo biloba, thiopental, alkohol, phenytoin, dipyridamol
Overdosering	Der findes ingen antidot	Antidoten phytomenadion (vitamin K1)	Der findes ingen antidot
Udlevering, pris (AUP inkl. recepturgebyr) (per 9/06/2014) Dagsaktuel pris kan findes på medicinpriser.dk	Udl. B, Generelt tilskud, Tbl. 2,5 mg: 10 stk: 143,90 kr, 20 stk: 265,95 kr, 60 stk: 754,20 kr, 168 stk: 2.072,45 kr. Tbl. 5 mg: 14 stk: 192,70 kr, 100 stk: 1.242,45 kr, 168 stk: 2.072,45 kr	Udl. B, Generelt tilskud, Tbl. 2,5 mg: 100 stk: 127,50 kr	Klausuleret tilskud. Udl. HA, Tbl. 75 mg: 100 stk: 72,40 kr. Udl. B, Tbl. 75 mg: 200 stk: 86,05 kr, 1.000 stk: 226,75 kr. Tbl. 150 mg: 100 stk: 101,05 kr, 200 stk: 131,15 kr

Nyhed:

Patienter kan forblive på Eliquis[®] (apixaban) 2 x dgl. under kardiovertering¹

“Apixabans effekt er bedst dokumenteret i en bred AFLI-population med forhøjet tromboembolirisiko over for både ASA og VKA. Det reducerer risikoen for både apopleksi og mortalitet og medfører ikke flere alvorlige blødninger end ASA².“

Forebyggelse af apopleksi og systemisk emboli hos voksne patienter med non-valvulær atrieflimren (NVAF) med en eller flere risikofaktorer, såsom apopleksi eller transitorisk iskæmisk attack (TIA) i anamnesen, alder ≥ 75 år, hypertension, diabetes mellitus, symptomatisk hjertesvigt (NYHA-klasse \geq II).¹

Se venligst yderligere oplysninger i produktresumeeet for Eliquis[®] (apixaban) og vejledning til ordinerende læge. Uddel venligst også patientkortet til dine patienter ved ordinerings af Eliquis[®] (apixaban).

Referencer: 1. Produktresumee for Eliquis[®] (apixaban).

2. Antitrombotisk behandling ved kardiovaskulære sygdomme »Trombokardiologi«, DCS vejledning 2012, Nr. 3

Jobkode: EUAPI208
Udarbejdet i: Maj 2014



Eliquis[®]
apixaban

KORT

- 7 Højtuddannede sygeplejersker udnyttes ikke nok**
Sygeplejersker skal have mere gennemslagskraft på den forskning og udvikling i sundhedssektoren for at styrke udvikling af praksis, mener redaktøren af en ny bog.

TEMA OM DEN GODE UDSKRIVNING

- 20 Udskrivelsen begynder under indlæggelsen**
Et lille korps af tidligere patienter tager rundt på de psykiatriske centre i Region Hovedstaden for at undervise nuværende patienter, pårørende og personale i en ny udskrivningsguide. De tidligere patienter giver mange tro på et liv efter indlæggelsen.

- 23 Guiden giver et godt overblik**
Nogle afsnit på Psykiatrisk Center Amager har arbejdet med udskrivningsguiden siden marts 2014. Patienter, pårørende og personale har taget godt imod den.

BAGGRUND

- 24 Fra Sydsudan til Gentofte**
Det skulle have været en rutinetur for den erfarne sygeplejerske Merete Rønnow, da hun i februar tog tre måneder til Sydsudan. Men opholdet forløb langt fra som planlagt.

- 34 PÅ JOB: Aktiv rehabilitering for kræftpatienter**
I Vordingborg Kommune hjælper sygeplejerske Helle Darville Larsen og fysioterapeut Britt Svensson kræftpatienterne med at blive klar til at leve livet. Fysisk træning og socialt samvær er grundlaget i rehabiliteringsforløbet.

- 48 Test giver hjemmeplejen viden om risikopatienter**
Sygeplejersker i hjemmeplejen kan bidrage til at nedbringe antallet af svingdørspatienter ved at forebygge genindlæggelse med en hurtig og effektiv indsats. Det mener sygeplejerske Kirsten Vandsted fra Brøndby Kommune.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

- 40 Positiv reguleringsordning betyder ekstra lønstigning**
Reguleringsordningens udmøntning bliver positiv og lægges oveni de generelle lønstigninger pr. 1. oktober 2014. Det betyder ca. 250 kr. ekstra om måneden på lønsedlen.

- 42 Sygeplejersker advarer: Socialt udsatte lander mellem to stole**
35 pct. af landets i alt godt 12.000 kommunalt ansatte sygeplejersker oplever ofte problemer, når socialt udsatte som f.eks. misbrugere og hjemløse udskrives fra hospitalerne til videre behandling i kommunen.

SOMMEREKSTRA

- 31 Lær Sygeplejersken.dk at kende**
36 Fire bøger til ferien

SYGEPLEJEFESTIVAL

- 19 Invitér en kollega til Sygeplejefestival**
44 En festival for sygeplejen
75 Kom med til Sygeplejefestival 2014

24



34



82



FAGLIG INFORMATION

56 Udgående sygeplejersketeam forebygger indlæggelser

58 Når patienten passer sig selv

59 Komplementær behandling uden kompromis

61 Dansk Selskab for Familiesygepleje har set dagens lys

FAG

62 Sundhedsfremme i det palliative arbejde

Gennem ændret praksis på gynækologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital bliver den palliative indsats over for uhelbredeligt syge og døende styrket via netværkssamtaler med patientens og de pårørendes perspektiv som omdrejningspunkt.

68 Tre centrale temaer i indlæggelsessamtalen

Tid, kommunikative kompetencer og fagligt skøn udgør væsentlige temaer i indlæggelsessamtalen, viser en undersøgelse fra fire døgnafsnit på Odense Universitetshospital.

76 Teori T - om bredde- og dybdefaglighed hos sygeplejersker

Teori T er udviklet som en nytænkning af vigtige kompetencer i sygeplejen på grund af de mange omstillinger i sundhedsvæsenet.

82 Den personlige hygiejnes historie

I 2013 diskuterede man i Danmark, hvor hyppigt mennesker med plejebæhov skulle have mulighed for at komme i brusebad. Vanerne har ændret sig, og forfatteren sætter den personlige hygiejne ind i en historisk kontekst.

I HVERT NUMMER

8 Studerende i praksis

11 Dilemma

17 Kulturjournalen

17 Statistikken

18 Historisk

27 5 faglige minutter

28 Anmeldelser

32 Parentes

51 Debat/Navne

53 Mindeord

54 Facebook

56 Fagtanker

60 Fra forsker til fag

87 Stillingsannoncer

89 Kurser/møder/meddelelser

91 Kontakt

Forsideillustrationer Simon Klein-Knudsen | iStock

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 15. AUGUST

Læs bl.a.:

- Tema om sygeplejerskers kropssprog
- På job: Ældres sygdomme skal tages i opløbet
- Fag: Teori og Praksis: Samtalen om seksualitet

Patientinddragelse - fra Sorø til solskinsø

Juni har stået i Bornholms tegn. Først fulgte vi alle situationen omkring Danish Crown, der som bekendt endte med en redning af ikke bare 190 arbejdspladser, men også hverdagen for mange familier. Og dernæst - på dagen hvor medarbejderne stemte ja til redningsplanen - kunne en lettet borgmester åbne dette års folkemøde.

Folkemødet satte på ny publikumsrekord, og jeg må sige, at Folkemødet år for år er blevet mere folkeligt og et sted, man - som organisation - bør være til stede, hvis man vil være med til at sætte dagsordenen og udbygge alliancer.

Sygeplejerskerne satte et flot aftryk på Folkemødet. Mange medlemmer lagde vejen forbi Allinge og ingen var i tvivl om, at sygeplejerskerne var til stede - i debatterne såvel som i gadebilledet. Dansk Sygeplejeråd var i år bl.a. med til at sætte fokus på psykisk syge og kronisk syge, herunder på patientinddragelse.

Patientinddragelse var også temaet for mit besøg hos patientvejlederne i Sorø i Region Sjælland, som det ses i dette nummer af *Sygeplejersken*. Det er tydeligt, at den meget komplekse lovgivning med udredningsret, (udvidet) frit sygehusvalg og direktivet om grænseoverskridende sundhed har været med til at give flere muligheder for patienterne, men det har også gjort systemet sværere at gennemskue. Derfor bliver patientvejledernes rolle fremadrettet større og mere betydningsfuld.

Det er vigtigt at inddrage patientvejlederne, for de kan også være en stor hjælp for de fagpersoner, som arbejder i klinikken, hvor hverdagens travlhed ikke giver mulighed for at fordybe sig i komplekse problemstillinger.

Samspillet mellem klinikere og patientvejledere er således afgørende for udviklingen af sundhedsvæsenet og for patienternes indblik i de mange muligheder og problemstillinger, der kendetegner nutidens sundhedsvæsen.

God sommer!



Grete Christensen, formand



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

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

Konstitueret chefredaktør 1. juni - 31. juli 2014:
Administrerende direktør
Anne Granborg
ang@dsr.dk
Tlf.: 3315 1555

Journalist
Pelle Lundberg Jørgensen
pej@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

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

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

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

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

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

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

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

Sekretær
Kurser, møder, meddelelser
Birgit Nielsen
bn@dsr.dk
Tlf.: 4695 4186

Distribueret oplag

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

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:
64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret
Tlf. 3315 1555
medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

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

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning
Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088
Fax 7022 4077
E-mail:
Stillingsannoncer:
dsrjob@dmfnet.dk
Forretningsannoncer:
dsrtekst@dmfnet.dk

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

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter. Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Tidligere patienter arbejder for bedre udskrivinger

Tekst **Christina Sommer**



I samarbejde med tidligere patienter fra det brugerdrevne Projekt Din Gode Udskrivning ønsker Region Hovedstadens Psykiatri at klæde patienterne bedre på til deres udskrivelse. Arbejdet tager udgangspunkt i en 40 sider lang guide, og erfaringerne er positive.

For mange psykiatriske patienter er det at blive udskrevet efter en indlæggelse noget nær uoverkommeligt. Men det er heldigvis oftest den vej, det går, og for at sikre så gode udskrivelser som muligt er Region Hovedstadens Psykiatri gået sammen med det uafhængige og brugerdrevne Projekt Din Gode Udskrivning.

Samarbejdet begyndte allerede så småt i 2010 og resulterede i 2011 i en 40 sider lang guide, som er skrevet i tæt samarbejde mellem tidligere og nuværende patienter samt medarbejdere i psykiatrien. Den er nu udkommet i 2. oplag og skal udleveres til alle patienter, der er indlagt på regionens psykiatriske centre i syv døgn eller flere, fortæller projektleder i Projekt Din Gode Udskrivning, Klavs Serup Rasmussen og tilføjer:

”Man er ikke færdigbehandlet, bare fordi man bliver udskrevet, og her giver tidli-

gere patienter udtryk for, at udskrivningsguiden bidrager til at skabe ro i sindet. Den understøtter borgerens behov for at få bekræftet normalitet, og den viser, at det er OK og helt almindeligt at have det, sådan som den enkelte har det.”

Seminarer og workshops

De 11 kapitler i udskrivningsguiden ”Når du skal udskrives - til dig, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling” kommer bl.a. ind på de helt almindelige reaktioner på en indlæggelse. Patienterne kan også få et overblik over, hvilken hjælp de med rimelighed kan forvente af bl.a. kommune og netværk efter udskrivelsen. Der er tips til, hvordan man som patient kan forkæle sig selv, og hvor man kan søge hjælp, både til at komme videre, og hvis man akut får det værre igen.

For at få den forholdsvis omfangsrige guide bragt ordentligt i spil på regionens psykiatriske centre tager Klavs Serup Rasmussen sammen med andre tidligere patienter i øjeblikket rundt og besøger centrene. De holder bl.a. seminarer for forskellige personalegrupper, hvor de gennemgår guiden med baggrund i deres egne erfaringer, og de afholder også workshops, hvor både medarbejdere og nuværende patienter deltager.

Region Hovedstadens Psykiatri har længe haft fokus på at få involveret patienterne mere i deres behandling, og her er Projekt Din gode Udskrivning et vigtigt tiltag, mener vicedirektør i Region Hovedstadens Psykiatri, Anne Hertz. Hun siger:

”Udskrivningsguiden er et meget konkret redskab, som patienterne kan bruge selv og sammen med andre og medarbejderne i psykiatrien til at forberede sig på livet efter en indlæggelse. Patienternes egen forberedelse er rigtig vigtig for en god udskrivning, for patientens ejerskab til processen, og for at der kommer til at ske det, som patienterne selv ønsker og har brug for.”

Læs mere om den gode udskrivning af psykiatripatienter på side 20.



Illustration: Gitte Skov

Det tager tid at vænne sig til andedammen, når man som sygeplejerske har været udsendt til krigsområder. Læs på side 24 om sygeplejerske Merete Rønnow, som bl.a. har været udstationeret i Sydsudan.

Højtuddannede sygeplejersker udnyttes ikke nok

Sygeplejersker skal have mere gennemslagskraft på den forskning og udvikling, der foregår i sundhedssektoren. Det kan styrke udvikling af praksis, mener redaktøren af en ny bog.

Tekst **Marianne Bom**

”Forsknings- og Udviklingskultur i Klinisk Praksis” hedder en ny bog, som er udgivet af Region Sjælland med forskningslektor Bibi Hølge-Hazelton som redaktør. Bogen består af 12 artikler, der har som fælles omdrejningspunkt, hvordan sygeplejefaglig forskning og udvikling kan få større gennemslagskraft i praksis til gavn for patienter og samfund.

”Sygeplejersker har alt for lidt impact på den forskning og udvikling, der foregår i sundhedssektoren. Du kan bare se på sygeplejerskers tilstedeværelse i råd, nævn og fonde, hvor sygeplejen fylder alt for lidt,” siger Bibi Hølge-Hazelton, der er forskningslektor på Københavns Universitet og på Roskilde-Køge Sygehuse i Region Sjælland.

Forklaringen på sygeplejerskernes hidtil ikke så kraftige aftryk er, at det er relativt

nyt, at de kan tage kandidatuddannelser og ph.d. Det er så nyt, at sundhedssektoren endnu ikke har gjort sig klart, hvordan de højtuddannede sygeplejerskers kompetencer kan gøre nytte i praksis. Det er vigtigt at få en stillingsstruktur på plads, som giver mulighed for både at forske og arbejde med udvikling i klinisk praksis, mener Bibi Hølge-Hazelton.

”Ellers risikerer man, at de kompetencer, som sygeplejerskerne har fået ved op til seks års ekstra uddannelse, ikke kommer i spil. Vi skal ikke gentage den fejl, der er gjort med lægerne. Mange af dem tager en ph.d., men får et job bagefter, hvor de ikke bruger deres kompetencer,” siger hun.

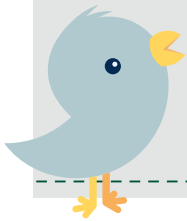
I dag er der store forskelle på sygeplejerskers betingelser for at arbejde med forskning og udvikling fra sted til sted. Bibi Hølge-Hazelton har noteret en bekymring

i ledelserne over, om de akademiserede sygeplejersker vil arbejde for fjernt fra praksis. Men den bekymring er der ikke grund til, siger hun. De fleste kandidat- og ph.d.-projekter har et praksisnært fokus.

Den nye bog handler også om udvikling af forsknings- og udviklingskultur inden for andre mellemfaglige videregående professioner - både på strategisk og helt jordnært plan. Den er skrevet af forskere, forskningsstuderende, udviklingssygeplejersker og -terapeuter, ledende oversygeplejersker og en vicedirektør i Region Sjælland.

Læs mere om udvikling af sygeplejen på side 48. Her bringes det andet interview i en serie på tre om udviklingssygeplejersker.

Læs også anmeldelse af bogen på side 29 i dette nummer af Sygeplejersken.



Mød Sygeplejersken på Facebook og Twitter

På Facebook og Twitter kan du debattere faglige emner.

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

STUDERENDE I PRAKSIS

Oplevelse og måling af smerter er et komplekst fænomen

Gülsen Aqar, sygeplejestuderende på modul 4 på UCSJ, Sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse

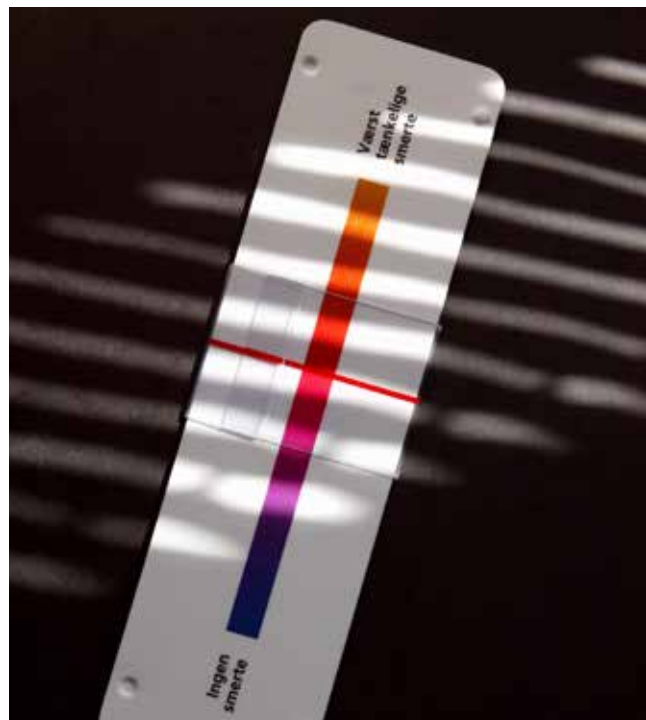
En sygeplejestuderende fra Tyrkiet passer en patient fra sit eget land og bliver opmærksom på, at smerter ikke kan placeres på en numerisk rangskala i alle kulturer.

Det var en af mine første dage på en ortopædkirurgisk afdeling. Jeg var inde og følge en patient gennem det meste af hendes indlæggelsesforløb, og da vi begge kommer fra Tyrkiet, var denne patient særlig interessant for mig. Kvinden kunne hverken tale eller forstå dansk, så jeg havde også lidt en tolkefunktion for hende. Det var helt okay for mig, da jeg på den måde kom lidt tættere ind på patienten.

Patienten skulle have foretaget et brisement forcé. Det kommer af fransk brisement brydning + forcé nødtvungen), dvs. opbrydning og udretning af en knogle, der er vokset galt sammen, eller, som i dette tilfælde, af et stift led i knæet, da hun ikke kunne strække det helt ud. Dagen efter patienten blev opereret, havde hun postoperative smerter, altså akutte nociceptive smerter af somatisk art. Hun skulle efter planen tilmed starte sit genoptræningsforløb.

Da der kom en fysioterapeut ind til patienten for at starte genoptræningen, ville han vide, hvor ondt patienten havde. Denne information skulle han åbenbart bruge for at vurdere, hvilke øvelser patienten kunne foretage. Han sagde, at jeg skulle spørge, hvor ondt patienten havde "på en skala fra 1 til 10". Han ville altså have hende til at placere smerterne på en numerisk rangskala, der er en metode til at måle smerteintensitet på.

Men selv om det er meget naturligt for en dansker at anvende en skala fra 1 til 10, var det altså ikke noget, man direkte kunne oversætte til tyrkisk. Jeg prøvede mig frem, så godt jeg kunne, men patienten kunne ikke forstå, hvad jeg mente med en skala og nogle tal. Hendes smerter kunne kun beskrives med ord og de fysiske reaktioner, hun udviste. Hun sagde, at hun havde meget ondt, og at smerterne kom indefra. I vores kultur



Arkivfoto: Scappix

ville man aldrig angive smerteintensiteten med et tal. På den måde fik jeg både for mig selv og over for fysioterapeuten bekræftet, at måden, mennesker udtrykker smerter på, bl.a. afhænger af kulturen og ikke kan generaliseres.

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

TAK FORDI I BÆRER HÅBET

www.skizofre9til5.dk leverer viden og gode råd til dig, der arbejder i psykiatrien. En ny evaluering viser, at 7 ud af 10 af jer synes, at hjemmesiden i høj grad er relevant. Og at den har forstærket jeres fokus på, at hver femte kommer sig af sygdommen.

Det har stor betydning for mennesker med skizofreni, at I holder fast i håbet og mulighederne. Bliv ved med det – og bliv ved med at bruge www.skizofre9til5.dk

Psykiatrifonden er en humanitær organisation, som støtter og styrker mennesker med psykisk sygdom og sætter mental sundhed på dagsordenen - både hos den enkelte og i samfundet.



Camilla, civilingeniør,
foredragsholder og blogger
for Psykiatrifonden.
Lever med skizofreni.



Sygeplejersker opererer på grise

Tekst og foto **Lars Horn**

Som det første sted i verden tilbyder Aalborg Universitetshospital efteruddannelse af sygeplejersker i robotkirurgi. Dette job blev tidligere kun varetaget af læger, men uddannelsen her er kommet i stand på initiativ af sygeple-

jerske Jane Petersson (t.v.). Hun er urologisk operationssygeplejerske og var den første, der for nogle år siden fik godkendt en "hjemmestrikket" uddannelse til RNFA (Registered Nurse First Assistant). I starten af juni øvede syge-

plejersker fra Norge, Sverige og USA sig på bedøvede grise i Aalborg. Her er det svenske Linda Söderkvist (t.h.), som får kyndig vejledning af Jane Petersson. Der er planlagt nye kursusdage i efteråret 2014.

Ny hjemmeside er sygeplejerskers videnbank

Sygeplejersken har fået ny hjemmeside. Samtlige faglige artikler fra tidsskriftet tilbage fra 1997 og til i dag er blevet taget med søgeord, og arkivet rummer nu 7.000 faglige artikler og udgør dermed en videnbank om dansk og international sygepleje. Når du bruger artikelsøgefunktion på Sygeplejersken.dk, søger du udelukkende i artikler fra Sygeplejersken.

På Sygeplejersken.dk kan du også finde faglige opdateringer, fakta, nyheder og medlemsrabatter. Det er dit fagblad plus meget mere.

Se hjemmesiden på **Sygeplejersken.dk**



Brug pengene fornuftigt

Prioritering i sundhedsvæsenet er en vanskelig opgave. Men når patienten er meget gammel og meget dyr at behandle, ligger de nemme løsninger lige for.

Fire sygeplejersker, som har været veninder siden deres elevtid, mødes til spisning, hygge og faglige diskussioner hjemme hos Iben. Arbejde, erfaring og efteruddannelse har bragt dem til et liv indenfor vidt forskellige grene af sygeplejen, og deres specialer rummer psykiatri, sundhedspleje, undervisning, ledelse, intensiv og palliativ sygepleje.

Anne fra intensiv afdeling fortæller om en 82-årig kvinde med fremskreden ALS (amyotrofisk lateral sklerose), som er indlagt og i respiratorbehandling. Kvinden er stadig mentalt velfungerende. Hun har i flere år været afhængig af megen hjælp og er nu blevet tilknyttet respirationscenteret, hvor beslutningen om udskrivelse til hjemmet med et respiratorteam er taget. Det vil tage uger at oplære et respirationshold, og imens er kvinden indlagt på intensiv afdeling. Anne siger:

"Tænk, hun er jo en gammel kone, hvorfor kan hun ikke bare få lov til at dø? For alle de ressourcer, der sættes af til denne ene gamle kvinde, kunne man glæde og gavne rigtig mange andre patienter."

En diskussion om livsbevarende behandling, assisteret selvmord og aktiv dødshjælp begynder.

Hvad tænker du om Annes spørgsmål?

Hvad synes du om beslutningen om at udskrive den gamle kvinde med et respiratorteam?

Læs, hvad to sygeplejersker med særlig interesse for etik mener om spørgsmålene.

Svar 1. Damen er mentalt velfungerende. Det vil sige, at hun selv har været med til at træffe beslutningen om at komme hjem med assisteret hjælp. Og da hun i flere år har været afhængig af megen hjælp, ved hun, hvad hun vender hjem til. Medmindre beslutningen er truffet under pres eller tvang eller med tilbagehold af oplysninger, er beslutningen med stor sandsynlighed kompetent og dermed etisk i orden at agere på for det sundhedsfaglige team.

Vedrørende temaet om alder og behandlingsomkostninger kan man som læser godt blive lidt forskrækket, når der efterfølgende anvendes ord som assisteret selvmord og aktiv dødshjælp. Ikke mindst, når det slet ikke, ifølge casen, er noget, damen selv har bragt på bane. Det må formodes, at det er temaer, venindegruppen har drøftet i et generelt perspektiv uden direkte sammenhæng til den aktuelle case. Hvis ikke, kan man få en fornemmelse af en uetisk drøftelse, da damens egne holdninger og ønsker ikke synes at have været centrale for betragtningerne.

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

Svar 2. Denne situation er nok meget velkendt: En beretning om en patient. Et menneske med et særligt behov, der fordrer en særlig indsats for at bevare livet. Indsniger der sig rimelighedsbetragtninger, der tager udgangspunkt i økonomi og rationaler.

Diskussioner i krydsfeltet mellem livsverden og systemverden bliver sjældent konstruktive. Ethiske perspektiver kan inddrages i rationelle drøftelser, når muligheder og barrierer skal udfoldes for at kaste lys over konsekvenser for forskellige grupper. Det er vigtigt at holde det etiske perspektiv, når der drøftes etik.

Her er der tale om et habilt menneske, som ønsker at leve. Derfor er fordringen til sygeplejersken at støtte kvinden uden skelen til alder og omkostninger ved at respektere kvindens ret til selvbestemmelse, forudsat at det ikke krænker andres rettigheder og livsmål. Endvidere er det vigtigt at være opmærksom på sygeplejerskens forpligtelser, når der opstår interessekonflikter.

Diskussionen om behandling og pleje af kvinden, der lider af ALS og er 82 år, skal derfor tage udgangspunkt i kvindens aktuelle livssituation, ønsker og behov.

*Af Grete Bækgaard Thomsen,
sygeplejerske, MPG, sundhedschef i Lemvig Kommune.*



Har du et dilemma, du gerne vil have belyst? Send det til fagredaktør Jette Bagh på jb@dsr.dk. Det må højst fylde 900 tegn uden mellemrum. Husk navn og medlemsnummer på din mail.

Ro på i retspsykiatrien

Sygeplejersker i retspsykiatrien i Nykøbing Sjælland har udviklet alternative strategier til at berolige patienterne. Med enkle hjælpemidler og øget brug af fysisk aktivitet, massage og samtale er det lykkedes at nedbringe brugen af tvang og p.n.-medicin betragteligt.

Tekst **Annette Hagerup**

Mere motion, lydhørhed og massage = mindre tvang og mindre p.n.-medicin.

Det er den korte overskrift for både patienter og personale på den lukkede Retspsykiatriske afdeling P4 i Nykøbing Sjælland. Afdelingen er et mønstereksempel på, hvordan man med enkle, lavpraktiske midler kan forebygge tvang og mindske patienters brug af beroligende p.n. (pro necessitate = efter behov) -medicin. Midlerne har f.eks. været ballstick, fluesmækkere og bordtennisbolde samt masser af motion og frisk luft.

Og metoderne virker over al forventning, fortæller sygeplejerske på P4, Katrine Melby Christiansen.

"Vores brug af beroligende p.n.-medicin er mere end halveret fra 2012 til i dag. Næmlig fra 540 udleveringer i 2012 til 182 i 2013. Samtidig har vi færre bæltfikseringer, og de, der fikses, ligger i bælte i kortere tid end før."

Afdeling P4 har siden 2012 været med i gennembrudsprojektet om mindskelse af tvang i psykiatrien. Et landsdækkende projekt, der er finansieret af satspuljemidler, og som løber frem til og med 2015.

"Vi har valgt at satse på en model, der fokuserer på fysisk aktivitet, og søger systematisk at bruge bevægelse og kropslig kontakt i vores tilgang til patienten. Fem medarbejdere har bl.a. været på en uges kursus på Lanzarote med titlen "Psykiatri i bevægelse", fortæller Katrine Melby Christiansen, som er tovholder på P4's projekt. Afdelingen har 10 patienter og en personalegruppe på 20, hvoraf de fem er sygeplejersker. Patienterne er i gennemsnit indlagt i 1,6 år.

"Vi har siden 2012 arbejdet systematisk på at nedbringe brugen af p.n.-medicin. Vi har bl.a. kigget på, i hvilke situationer patienterne typisk beder om p.n. Kan vi evt. erstatte medicinen med en samtale her og nu? Nogle falder til ro, hvis de kommer op på kondicyklen, andre hvis vi får dem ned at sidde i en kuglestol, der stimulerer sanserne og betyder, at de igen kan mærke deres krop," fortæller Katrine Melby Christiansen. Hun har arbejdet i psykiatrien i halvandet år.

De foreløbige erfaringer viser også, at mange urolige patienter har stor glæde af ballstick-massagebolde. Ofte bruger patienten dem selv til massage under fodsålerne. Andre gange giver personalet patienterne ballstick-massage rundt om på kroppen. Ballstick virker med det samme ved at flytte fokus fra tanker til kroppen. Massagen tager toppen af uroen og betyder ofte, at patienten kan undvære sin p.n.-medicin.

"Patienterne er hos os i lang tid, og de har brug for en fast struktur i hverdagen. Der skal ikke så meget til, før der opstår uro i gruppen. Det kan f.eks. ske, hvis aftensmaden er forsinket, og de er sultne og utålmodige. I de situationer gælder det om hurtigt at finde på noget,

der kan aflede opmærksomheden og deeskalere situationen. Det kan f.eks. være fluesmækker-hockey, hvor vi deler patienter og personale op i to hold og udstyrer dem med fluesmækkere og bordtennisbolde. Vi spiller typisk i entréen med et mål i hver ende, og så handler det ganske enkelt om at score i modstanderens mål."

Det handler om at være lydhøre overfor patienterne. Det skaber ro på afdelingen. Hver eftermiddag holdes f.eks. et summemøde, hvor dagens hændelser gennemgås og drøftes. Hvad var godt? Hvad var skidt? Det er også her, man kan aftale, hvad der skal ske om aftenen. Det er f.eks. meget populært at træne i afdelingens idrætshus, som man frit kan råde over i aftentimerne.

Samtidig med at der er kommet øget fokus på bevægelse, er der også kommet større bevågenhed på kosten. Både blandt P4's patienter og personale. Og det har givet bonus. En patient har f.eks. tabt sig 30 kg på et år ved hjælp af kostomlægning og målrettet træning.

Har du lyst til at blive Marte Meo terapeut?

- Marte Meo uddannelse

Du lærer at:

- arbejde professionelt med at skabe kontakt
- arbejde professionelt med positiv ledelse
- dokumentere tiltag, der forebygger konflikter
- arbejde med video og redigering
- skabe et sundt arbejdsmiljø og livkvalitet
- skabe forandring og udvikling

Studiestart:

2.-3. september 2014
i Roskilde

Varighed:

24 undervisningsdage
over 1½ år

Pladser:

Højest 12 deltagere

Yderligere oplysninger:

20 71 97 17
slp@mmcom.dk
www.martemeouddannelse.dk



Aalborg Universitet opruster sygeplejeforskningen

Oprettelsen af endnu et lektorat i klinisk sygepleje på Aalborg Universitet betyder, at nordjyske sygeplejersker fremover kan tage en kandidatuddannelse i Aalborg med klinisk sygeplejefagligt indhold.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Aalborg Universitet har oprettet et lektorat i klinisk sygeplejeforskning udover de to lektorater, de har i forvejen. Det nye lektorat skal være med til at styrke undervisningen i klinisk sygepleje på universitetets kandidatuddannelse i Videnskab og Teknologi. Det er en uddannelse, som tilbydes professionsbacheloror inden for sundhedsuddannelserne, og kandidattitlen hedder cand.scient. i klinisk videnskab og teknologi.

Hidtil har nordjyske sygeplejersker været nødt til at rejse til Aarhus og Odense, hvis de har villet studere fagets inderside og tage en cand.cur.-uddannelse. Ifølge dekan på Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet på Aalborg Universitet, Egon Toft, halter Nordjylland bagefter uddannelsesmæssigt.

"Vores forskningsaktiviteter vokser eksplosivt, og hvis vi skal leve op til de krav, der er til os som forskningsinstitution, er der ingen tvivl om, at det er en god idé at opruste sygeplejeforskningen," siger Egon Toft.

Fik afslag på cand.cur.-uddannelse

Aalborg Universitet har tidligere søgt om tilladelse til at udbyde en cand.cur.-uddannelse på linje med Aarhus og Odense, men har fået afslag. Derfor forsøger universitetet sig nu med et andet tilbud til sygeplejersker, som ønsker at fordybe sig i fagets inderside, men som ikke vil rejse til Aarhus eller Odense.

"Indholdet i den kandidatuddannelse, vi ansøgte om, ville være magen til cand.cur., som den kendes andre steder fra. Selv om vi havde fået en cand.cur.-kandidatuddannelse, var den nok ikke blevet

helt så blød, for vi har en mere praktisk-teknisk tilgang. Vi er et anvendelsesorienteret universitet, hvor det, man studerer, skal kunne omsættes direkte i klinikken," siger Egon Toft.

Opbakning til det praksisnære

Aalborg Universitet har i forvejen to lektorater i klinisk sygepleje. Birgitte Schantz Lauersen er foruden lektor i klinisk sygepleje og sexologi også daglig leder af Sexologisk Forskningscenter. Erik Elgaard Sørensen er foruden lektor i klinisk sygepleje også forskningsleder på Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Universitetshospital.

"Vi oplever en enorm opbakning til, at sygeplejersker forsker i det praksisnære. Vi har i øjeblikket 14 ph.d.-studerende, og vi vil gerne have flere. Vi har en strategi for forskning i klinisk sygepleje, der siger, at vi inden udgangen af 2018 skal have mindst én sygeplejerske på ph.d.-niveau i hver af de otte klinikker, og den strategi er godkendt af den udvidede hospitalsledelse," siger Erik Elgaard Sørensen.

Han håber, at Aalborg Universitet med sin satsning på forskning og klinisk sygepleje kan lokke nogle nordjyske sygeplejersker til at studere videre, som måske ellers ikke ville gå i gang med en videreuddannelse et andet sted.

Ifølge Erik Elgaard Sørensen betyder det nye lektorat, at kandidatuddannelsen i videnskab og teknologi allerede fra efteråret kan indeholde en toning i klinisk sygepleje.

Læs mere på *Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje*: www.foksy.dk

Nordmænd lufter hunde

Norske sygeplejersker bruger deres arbejdstid på mange andre ting end sygepleje, viser en ny undersøgelse fra Norsk Sykepleierforbund (NSF).

"Nogle patienter har kun hunden som selskab," siger amtsformand Laila Wilhelmsen fra NSF Nordland og forklarer, at hvis patienten er for dårlig til at gå, bliver hundeluftning en sygeplejeopgave, da alternativet ellers er at aflive hunden. "Vores medlemmer gør alt muligt for deres patienter. Ringer efter folk, lufter hund, bestiller varer, gør rent, laver mad og rydder op," siger hun til NRK Nordland.

Kritik af forbud mod shorts

Den amerikanske sygeplejeskole School of Nursing, University of Texas at Austin, er kommet i modvind på de sociale medier efter at have hænet skilte op med påklædningsregler for de sygeplejestuderende. Skiltene forbød bl.a. korte shorts og nederdele, og bluser der afslørede kavalergang, fordi det ifølge skolen var forstyrrende for undervisningsmiljøet. Dekan for akademiske anliggender Gayle Timmerman mener, at skiltene er blevet misforstået: "Som en professionel skole vil vi signalere, at vi ønsker, de studerende har et professionelt udtryk," siger hun i en pressemeddelelse ifølge The Daily Texan. Skiltene, der bl.a. blev kritiseret for kun at være målrettet kvindelige studerendes påklædning, er nu blevet fjernet igen.

Flest dilemmaer i patientpleje

Britiske forskere har forsøgt at identificere de dilemmaer, der gør størst indtryk på sygeplejestuderende under deres uddannelse. De mest hyppige dilemmaer, som de 294 studerende i undersøgelsen oplevede, var i situationer vedrørende patientpleje, samtykke og udnyttelse eller misbrug af de studerende. I ca. halvdelen af tilfældene var det andre sygeplejersker, som var årsag til dilemmaet.

Undersøgelsen "My mentor kicked a dying woman's bed... Analysing UK nursing students' "most memorable" professionalism dilemmas" er udgivet i *Journal of Advanced Nursing* den 10. juni 2014.

Ny forening vil tale de pårørendes sag

Danske Pårørende er navnet på en ny organisation, som politisk vil varetage pårørendes interesser.

En nystiftet forening for pårørende, Danske Pårørende, vil sætte fast fokus på de pårørendes vilkår f.eks. med økonomien, når man skal passe en syg slægtning, eller når man har brug for aflastning og afløsning.

Formanden for Danske Pårørende, Marie Lenstrup, håber på et nært samarbejde med paraplyorganisationen Danske Patienter.

"Der er basis for at gøre mange ting sammen. Vi vil gerne samle den viden,

der er om pårørende. Noget er videnskabeligt, noget er videngenereret af kommunerne, andet af patientforeningerne, og vi vil gerne samle det ét sted i en videnbank," siger Marie Lenstrup.

Direktør for Danske Patienter, Morten Freil, finder det positivt, at der kommer øget fokus på pårørende. Han udtrykker dog bekymring for, om Danske Pårørende vil tage frivillige kræfter fra de eksisterende patientforeninger.

"Jo flere kræfter, som arbejder for de pårørendes sag, des bedre. Men Danske Patienter varetager både patienters og pårørendes interesser, og jeg kan være bekymret for, om vi risikerer

at sprede kræfterne. Derfor er vi interesseret i et nært samarbejde," siger Morten Freil.

Marie Lenstrup mener ikke, der er grund til bekymring.

"Vi har sat vores kontingent så lavt, at vi ikke risikerer at blive en konkurrent til patientforeningerne. Det skal være et både-og. Vi vil heller ikke trække på frivillige kræfter blandt vores egne rækker, men satse på frivilligt arbejde fra studerende eksempelvis sygepleje-, psykologi-, socialrådgiver- og jurastuderende," siger hun.

(sbk)

SÅRBEHANDLING 2014^(FYI)

– Forebyggelse, diagnose og pleje

KONFERENCE DEN 16. OG 17. SEPTEMBER 2014 - KØBENHAVN – FIRST HOTEL COPENHAGEN

Hør talere fra:

Bispebjerg Hospital
Videncenter for Sårheling
Rigshospitalet
Hillerød Hospital
Gentofte Hospital
Hvidovre Hospital

**De forskellige sårtyper og deres behandling –
 seneste erfaringer og best practice**

**Nyt fra sårforskningen - evidens for
 behandling og anvendte produkter**

**Hør om livsstilens betydning for
 forebyggelse, behandling og pleje af sår**

**Telemedicin – hvordan bruges det i det
 tværsektorielle samarbejde?**

TILMELD DIG PÅ
www.fyi.dk
/sb



Mille Jensen har netop overstået modul 10 på Sygeplejerskeuddannelsen. Når hun er færdig i juni 2015, venter et fast job på Respirationscenter Syd.

Underskriver jobkontrakt, et år før hun er færdig

Mille Jensen fra Sygeplejerskeuddannelsen i Odense er en særlig heldig studerende. Et år før hun dimitterer, har hun allerede en underskrevet kontrakt på drømmejobbet på Respirationscenter Syd på Odense Universitetshospital.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** · Foto **Nils Lund Pedersen**

Sygeplejersken skrev i nr. 7/2014, at de næsten færdiguddannede sygeplejersker fra Sygeplejerskeuddannelsen i Odense og Svendborg har fået job, før de er færdige. Så selvom de fynske sygeplejestuderende ikke behøver frygte for jobmuligheder i fremtiden, er der én, som kan sove ekstra roligt om natten.

Mille Jensen, 26 år, er efter planen uddannet sygeplejerske i juni 2015 fra Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, og hun har allerede en underskrevet jobkontrakt med Respirationscenter Syd, hvor hun var i 12 ugers klinik på modul 8.

"Jeg kendte ikke til specialet, før jeg startede, men jeg blev med det samme fanget. Det kollegiale betyder også meget, og der er et godt arbejdsmiljø i Respirationscentret," fortæller Mille Jensen.

Afdelingssygeplejerske Mette Riis Ladefoged fra Neurokirurgisk Afdeling U1/RCS på Odense Universitetshospital var den, som ansatte Mille Jensen.

"Mille har hurtigt tilegnet sig de faglige kompetencer, man skal have, for at arbejde her. Hun skaber gode relationer til patienterne, hjælperne og kollegerne, og hun er en dygtig formidler," siger afdelingssygeplejersken.

Taget imod med åbne arme

Mille Jensen oplevede især at blive taget rigtig godt imod.

"Jeg oplevede et godt arbejdsmiljø, faglighed, humor og stor åbenhed fra både læger, sygeplejersker og andre faggrupper, som hele tiden kom med opfordringer: "du skal se det her, du skal prøve det her"," fortæller Mille Jensen.

At blive ansat, et helt år før man er færdiguddannet, er enestående.

"Jeg er glad for at have et job, når jeg er færdig, og mine medstuderende synes også, at jeg er heldig, og at det er fedt for mig. Men de sidste to hold, der er blevet færdige, har haft let ved at få job, så jeg

tror ikke, mine medstuderende risikerer at blive arbejdsløse," siger Mille Jensen, som er midt i eksamenstiden på modul 10.

Ved siden af studiet arbejder hun som timelønnet vikar i blandede vagter på Respirationscentret.

Sparer oplæringstid

Oversygeplejerske på Neurokirurgisk Afdeling på Odense Universitetshospital, Elin Petersen, er glad for, at afdelingen har ansat en studerende, som allerede har fået kendskab til specialet.

"På den måde sparer vi oplæringstid, og vi får en person, som er dygtig og passer godt ind. Vi kunne selvfølgelig have ventet med at ansætte hende, men i dette tilfælde ville vi gerne være på forkant, for der er begyndt at være sygeplejerskemangel i Odense. Hvor vi for et par år siden havde 50 ansøgere til en stilling, får vi nu af og til kun et par stykker," siger Elin Petersen.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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



Behandlingscenter
T J E L E

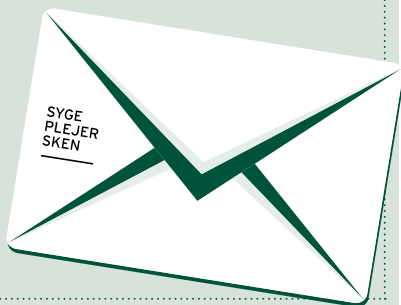
4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

Tilmeld dig faglige nyheder

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



Efterlysning

Patienters fortrolige oplysninger risikerer at blive overhørt af uvedkommende pga. dårlige fysiske forhold på hospitaler. Det problem vil *Sygeplejersken* gerne sætte fokus på et kommende nummer. Har du eksempler på problemet, så skriv til journalist Susanne Bloch Kjeldsen på sbk@dsr.dk

Kvinder risikerer arbejdsløshed efter brystkræft

To år efter brystkræftdiagnose er én ud af otte raskmeldte kvinder stadig ikke kommet i arbejde.

Hvis man er rask efter endt behandling for en brystkræftdiagnose, har man som udgangspunkt ikke højere risiko end andre for at gå ledig. Men alligevel er der brug for en særlig rehabiliteringsindsats til denne gruppe, mener cand.scient og post.doc Kathrine Carlsen fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed på Glostrup Universitets Hospital. Hun står bag et studie, der har fulgt 14.750 kvinder, som i årene 2001-2009 fik brystkræft. Studiet er offentliggjort i *Scandinavian Journal of Public Health*.

"Noget tyder på, at brystkræftdiagnosen i nogle tilfælde gør det sværere at vende tilbage til sit fag. Hvis man f.eks.

har ødemer i armen, kan det være svært at yde omsorgsarbejde i en børnehave, og man kan derfor have behov for omskoling til noget mere administrativt arbejde inden for samme branche," siger Kathrine Carlsen.

To år efter diagnosen var 82 pct. af kvinderne stadig en del af arbejdsstyrken, 72 pct. var i arbejde, mens 10 pct. var arbejdsløse. De resterende 18 pct. var under uddannelse, sygemeldte eller andet.

"De 18 pct. er for syge til at vende tilbage til arbejdsmarkedet. Men det er værd at kigge nærmere på, hvorfor de 10 pct., som er raske nok til at arbejde, ikke er kommet i arbejde," siger Kathrine Carlsen.

(sbk)

Læs mere i *Scandinavian Journal of Public Health* May 2014, 42:319-328.

”Jeg mener selvfølgelig, at kræftpatienter skal have den behandling, de skal have. Det er omfanget af den livsforlængende behandling, jeg stiller spørgsmål ved, og udskydelsen af døden, som under alle omstændigheder indtræder (...) Kræftpatienter prioriteres meget højt, mens andre patientgrupper må tigge og bede om behandling og udredning. Og når det nu allerede finder sted, vil det så ikke være bedre, at vi talte højt om det og som samfund prioriterer i fællesskab?

Sygeplejerske og forfatter Hanne Holst Rasmussen, der i forbindelse med arbejdet med en bog om aktiv dødsbistand er stødt på dilemmaet mellem "livsforlængende behandling" og "udsigtsløs behandling" på www.ekstrabladet.dk den 17. juni 2014.

Udeblevne patienter i sommervarmen er spild af ressourcer

Tekst **Rikke Brams**

Når solen skinner, kan det mærkes på hospitalet. En fjerdedel af alle hospitalsansatte sygeplejersker siger i en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, at de oplever problemer med patienter, som ikke dukker op til aftaler i sommervarmen.

En ud af fire hospitalsansatte sygeplejersker oplever problemer med patienter, der udebliver fra aftaler på hospitalet i sommerperioden. Helt nøjagtigt svarer 24 pct. af de adspurgte, svarende til ca. 10.000 hospitalsansatte sygeplejersker, at de i høj eller nogen grad oplever problemer med patienter, som ikke dukker op til aftaler i sommerperioden. Det viser aktuelle tal fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling.

Det koster samfundet dyrt, når patienter ikke kommer til undersøgelser og operationer som aftalt.

"Vores offentlige sundhedsvæsen bliver målt på effektivitet, faglighed og høj kvalitet. Hvis det skal lykkes for medarbejderne, som i hverdagen er hårdt presset, så forudsætter det, at alle spiller godt sammen. Patienterne skal kunne regne med at blive behandlet til den aftalte tid, men så skal sundhedsvæsenet også kunne regne med, at patienterne møder op. Alt andet er spild af tid, ressourcer og gode kræfter," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Gitte Faurholdt, som er sygeplejerske på Børneambulatoriet på Kolding Sygehus, kender alt til udeblevne patienter.

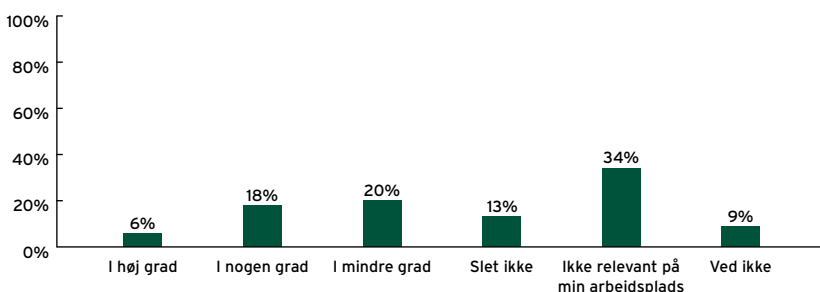
"Det er frustrerende at have brugt tid på at forberede sig, stå klar, og så dukker ingen op. Vores patienter er børn, og det er derfor forældrene, der tager stilling til, om de skal møde op eller ej. Men det går ud over børnene, når de bliver væk," siger Gitte Faurholdt.

På Kolding Sygehus har man taget konsekvensen af de mange udeblivelser. Sygehuset har længe sendt påmindelsesbreve ud til patienterne 14 dage før konsultationen. Det har reduceret mængden af udeblivelser mærkbart. Som noget helt nyt er sygehuset begyndt at sende SMS'er ud til de patienter, der giver lov. Så modtager man en SMS både 14 dage før samt dagen før aftalen. Forsøget med SMS har kun kørt et par måneder, men kan allerede mærkes positivt.

"Der kan være flere forskellige årsager til, at patienterne ikke kommer til aftalen. Nogle gange er det simpelthen fordi, de har glemt det. Mange gange får patienterne en tid, som ligger seks måneder eller mere ude i fremtiden, og det kan være svært at huske i en travl hverdag. Alle forældre har en mobil i dag, og så er en SMS-påmindelse virkelig behjælpelig," siger Gitte Faurholdt.

Svar på spørgsmålet: I hvor høj grad oplever du, at det er et problem på din arbejdsplads, at borgere/patienter i sommerferieperioden udebliver fra deres aftaler uden at melde afbud?

Svarene dækker sygeplejersker ansat i regionerne.



N = 1.686 erhvervsaktive sygeplejersker ansat i kommune eller region.

Udstilling

Til 31. august 2014

Metascent

En udstilling om menneskets duft. Duftsymptomer fra den syge krop og duftspor fra den raske krop er indsamlet og forsøgt gjort tilgængelige for besøgendes næser. Vores kropslugt er bl.a. bestemt af vores stofskifte, og dermed er vores lugt også en indikation på vores generelle sundhedstilstand, eventuelle sygdomme, fordøjelse, vores næringsindtag og sågar humør. På udstillingen får man mulighed for at opleve og forholde sig til disse dufte på flere niveauer.

Medicinsk Museion, Bredgade 62, København K

Til 30. november 2014

Rejsende i psykiatri

Særudstillingen om psykiatrilæge Harald Selmers rejse til en række europæiske, psykiatriske anstalter i vinteren 1847-48.

Harald Selmer blev den første leder af den nye helbredelsesanstalt for sindssyge i Risskov, som åbnede i 1852. Han fremstår som den væsentligste skikkelse i dansk psykiatri i 1800-tallet.

Museum Overtaci, Aarhus Universitetshospital, Skovagervej 2, Risskov

Sygeplejerske, hvor kommer du fra?

Den store emblemudstilling på Dansk Sygeplejehistorisk Museum fortæller mange forskellige historier om danske sygeplejersker. Museet har samlet emblemer fra hele landet og udvider løbende udstillingen. Se det ældste emblem i samlingen fra 1919, hvordan emblemer fra de forskellige sygeplejerskoler har set ud gennem tiden, og lær mere om det kendte firkløveremblem, der stort set har været uændret siden 1899.

Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Fjordvej 152, Kolding

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

Bismervægt eller ej - børn skal vejes hængende nøgne

Sundhedsplejerskernes bismervægt er oprindelig fremstillet til at veje fisk og kartofler på markeder, og for et par år siden blev den forbudt til det brug af EU. Derfor stoppede produktionen. Den elektroniske hængevægt er vejen frem.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Research **Gunilla Svensmark**



Foto Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Ellen Elisabeth Løwert i sving med bismervægten i Kolding Kommune. Hun var én af de første sundhedsplejersker i landet.

Dengang

Siden de første sundhedsplejersker blev ansat i kommunerne fra slutningen af 1930'erne, har bismervægten med et svingende spædbarn i stofble været et ikonisk billede. Oprindelig er vægten fremstillet til markedsbrug. Den består af en lang skalainddelt arm forsynet med et forskydeligt lod og en kort arm med en krog til at holde posen med fisk - eller den nyfødte i sin stofble. Vægten aflæses på den position på skalaen, hvor det forskydelige lod er i ligevægt med genstanden.

Ellen Elisabeth Løwert blev ansat i Kolding Kommune som en af de første sundhedsplejersker i Danmark efter den nye lov fra 1937 om "Bekæmpelse af sygelighed og dødelighed i de første leveår", som gjorde det muligt for kommunerne at få statsstøtte til ansættelsen. Hendes fotoalbum er en enestående dokumentation af en sundhedsplejerskes opgaver i lovens første årtier.

Ligesom i dag blev børnene målt og vejet ved hvert besøg, og vægtøgningen fra gang til gang var en vigtig indikator for barnets sundhedstilstand. Mødrene blev instrueret i vigtigheden af at efterleve datidens hygiejniske og pædagogiske principper, de tre R'er: Ro, Renlighed og Regelmæssighed.

Sundhedsplejerskernes indsats var medvirkende til, at børnedødeligheden faldt. I Jyske Tidende fra den 9. maj 1942 kunne man læse, at statistisk set havde sundhedsplejersken reddet 10 børns liv årligt i de tre år, hun havde været ansat.

Læs og se flere fotos fra Ellen Løwerts fotoalbum på Dansk Sygeplejehistorisk Museums hjemmeside under "Sundhedsplejens pionerer".



Foto Astrid Dalum

Sundhedsplejerske Elsebeth Næsgaard Jespersen fra Holstebro Kommune med en elektronisk hængevægt. Hun er på hjemmebesøg for at veje en tre uger gammel dreng.

Nu

Et EU-direktiv forbød for et par år siden bismervægten til vejning af fødevarer på markeder, fordi den har en usikkerhedsmargin på 50 gram. Det fik produktionen til at stoppe. Forskellige andre vægte har været afprøvet i kommunerne, og mange steder er man nu gået over til elektronisk hængevægt i takt med, at de gamle bismervægte bliver metaltrætte.

Formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Susanne Hede, vurderer, at brugen af hhv. bismervægte og elektroniske vægte er ca. fifty-fifty.

"En usikkerhedsmargin på 50 gram betyder ikke noget for vejning af børn. Mange erfarne sundhedsplejersker sværger til bismervægten, fordi det ligger i hånddelaget at bruge den, og man vil gerne fremstå sikker over for forældrene. Hvis man er usikker, smitter det til forældrene, og så begynder barnet måske at skriges," forklarer hun.

Hun har tidligere forsvaret bismervægten overfor sygeplejersker på føde- og barselsafdelinger, når de har udtrykt, at man ikke kan regne med sundhedsplejerskers bismervægt.

"Når jeg har forklaret, at vi gennem mange år har haft en fast procedure med at kalibrere vores vægte ved at tjekke med 2 kg sukker, så er de blevet overraskede," siger Susanne Hede, som også har en opfordring til landets sundhedsplejersker:

"Elektroniske vægte skal også kalibreres - og børn skal vejes nøgne, ellers bliver data ikke nøjagtige, når man skal lave kvalitetsmålinger."

Invitér en kollega

Sygeplejefestivalen er et sted, hvor mange sygeplejersker mødes. Derfor er det en oplagt mulighed at invitere en kollega fra en tidligere arbejdsplads eller fra uddannelsen. Det kan også være en sygeplejersketur for kollegerne på nuværende arbejdsplads. Med kortet kan man sende en hilsen med ønske om at være sammen til festival.



SYGEPLEJEFESTIVAL
2014 

Sidste tilmeldingsfrist

Vær opmærksom på, at sidste tilmeldingsfrist for deltagelse i festivalen er onsdag den 20. august 2014.

En konkurrence for de hurtige

Der bliver udtrukket to weekendophold for to på det smukke Hotel Koldingfjord. Med i opholdet er stor morgenbuffet og adgang til Sygeplejehistorisk Museum ved siden af hotellet. Alle, der tilmelder sig Sygeplejefestival 2014 senest 31. juli, får automatisk et lod i trækningen.

Udskrivelsen begynder u

Et lille korps af tidligere patienter tager for tiden rundt på de psykiatriske centre i Region Hovedstaden for at introducere og undervise nuværende patienter, pårørende og personale i en ny udskrivningsguide. De tidligere patienter er rollemodeller og giver mange tro på et liv efter indlæggelsen.

Tekst **Christina Sommer** · Foto **Christoffer Regild**

42-årige Klavs Serup Rasmussen ved om nogen, hvor svært det kan være at vende tilbage til det "normale" liv igen efter indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. Selvom det er 19 år siden, han lod sig indlægge og kort tid efter blev diagnosticeret med skizofreni, husker han tydeligt, hvor uoverskueligt det var at tænke på verden udenfor.

"Lige når man bliver indlagt, har man brug for fred og ro, men en indlæggelse er også en arbejdsplads, hvor man f.eks. skal lære at nyde nogle ting igen, f.eks. følelsen af de varme dråber, når man tager et brusebad. Min største drøm var at lære at sidde på en bænk inde ved Strøget i København med en masse mennesker omkring mig uden at blive bange," husker han.

Efter næsten tre års indlæggelse blev Klavs Serup Rasmussen udskrevet, og hans drøm er siden stille og roligt blevet til virkelighed og mere til i løbet af de seneste 16 år, bl.a. i form af et job som lønnet redaktør på foreningen Outsiderens tidsskrift af samme navn.

Og siden januar 2013 har Klavs Serup Rasmussen arbejdet fuld tid som projektleder i Projekt Din Gode Udskrivning (se boks). En af hans vigtigste opgaver i øjeblikket er at afholde seminarer og workshops for patienter og personale på psykiatriske centre i Region Hovedstaden, og den første onsdag i maj er turen kommet til afsnit A2 på Psykiatrisk Center Amager. Her skal han sammen med en anden tidligere patient, 39-årige Eva Toft, holde en workshop og introducere guiden for afsnitets medarbejdere og patienter.

Man kan få det bedre

Omkring 20 personer har bænket sig rundt om det store firkantede bord i køkkenet, og

der er en ligelig fordeling af patienter og personale. Klavs Serup Rasmussen byder velkommen og slår fast, at man er velkommen til at sive ind og ud af køkkenet, som man lyster. Der er afsat knap to timer til workshoppen, så man kan komme godt rundt om de tre dele, udskrivningsguiden "Når du skal udskrives – til dig der er indlagt på en psykiatrisk afdeling" kredser om.

Herefter tager Eva Toft over og introducerer sig kort. Hun har gennem hele sit voksenliv kæmpet med tilbagevendende depressioner og angstanfald, og hendes seneste indlæggelse er ikke længere end et halvt år væk. Hun er stadig i gang med sit recovery-forløb, og selvom det er en smule grænseoverskridende at møde andre patienter og personale lige nu, hjælper det

hende også med at skabe en hverdag igen.

"Jeg gør det her, fordi jeg synes, det er vigtigt. Personligt kunne jeg godt have brugt et lignende tilbud, da jeg blev udskrevet," siger hun.

Første del af guiden handler om, hvordan man som patient og pårørende kan forberede sig til udskrivelsen, mens man er indlagt. Talelysten er stor; for mange virker udskrivelsen stadig fjern og decideret skræmmende. Nogle ved f.eks. ikke, hvor de skal bo, mens andre påpeger, at de intet netværk har overhovedet. Men både Eva Toft og Klavs Serup Rasmussen byder ind med råd, bl.a. det helt grundlæggende budskab: Uanset hvor dårligt man har det, kan man få det bedre.

"Det drejer sig om, at man som patient



Eva Toft og Klavs Serup Rasmussen har selv været indlagt på psykiatriske afdelinger og deler nu ud af deres erfaringer på psykiatriske centre i Region Hovedstaden. Derved håber de bl.a., at nuværende patienter rustes bedre til tiden efter indlæggelsen.

nder indlæggelsen

får defineret et eller flere mål med at være indlagt, og her er I medarbejdere vigtige sparringspartnere,” siger Klavs Serup Rasmussen, før han proklamerer en kort pause.

Brug netværk med omtanke

10 minutter senere har alle på nær en enkelt patient indtaget deres pladser igen. Interessen for guiden er stor, og det er et ekstra plus, at den bl.a. er skrevet og bliver præsenteret af to tidligere patienter, fortæller Naja, en patient, der kun ønsker at stå frem i Sygeplejersken med fornavn og uden foto. Hun er lige blevet udskrevet fra afsnit A2 efter et par måneders indlæggelse pga. depression og har allerede haft gode erfaringer med guiden.

”Jeg fik den udleveret i forbindelse med min udskrivning, og den giver mig en trykthed, som jeg ellers ikke ville have haft, tror jeg. Det hele er samlet et sted, og den er god at slå op i,” siger hun.

Eva Toft fik ikke udleveret guiden, da hun blev udskrevet i januar i år. Desværre, siger hun, da udskrivningsguidens anden del netop handler meget om dét at have fået en diagnose, og hvordan man kan bruge – eller ikke skal bruge – sit netværk. Et konkret værktøj hér er det såkaldte relationskort, hvor patienten med sig selv i midten kan placere folkene i sit netværk omkring sig i cirkler afhængigt af, hvilken relation de har til én: Er de f.eks. i fortrolighedscirklen, venskabscirklen eller den professionelle cirkel?

Det kort ville Eva Toft gerne have haft ved sin udskrivelse.

”Når man udfylder dette kort, går det først og fremmest op for mange, at de fak-

Udskrivningsguiden i store træk

Udskrivningsguidens 11 kapitler giver mange konkrete bud på, hvad der fylder for patienterne under indlæggelsen, samt forslag til, hvordan de kan forberede sig til udskrivelsen.

En patient, der er indlagt, synes især, det er vigtigt at vide noget om:

1. Diagnose og behandling: Hvordan kan jeg få det bedre? Hvor fortsætter behandling efter indlæggelsen?
2. Netværket: Hvordan bruger jeg det bedst efter udskrivelsen, og hvad hvis jeg føler mig alene?
3. Kan jeg fortsætte som før og klare de praktiske ting selv, når jeg er udskrevet, eller skal jeg have støtte og hjælp?

Guiden indeholder bl.a. et konkret værktøj, det såkaldte relationskort, som skal hjælpe patienten til at få øje på sit netværk ved at placere venner, familie og kolleger i:

1. Fortroligheds-cirklen
2. Venskabs-cirklen
3. Aktivitets-cirklen
4. Den professionelle cirkel

Guiden har også seks bud på gode spørgsmål, en patient kan diskutere med personalet i forbindelse med en forestående udskrivelse:

1. Hvad fylder mest i forhold til livet efter indlæggelsen?
2. Hvad glæder du dig mest til?
3. Hvad tænker du måske bliver svært?
4. Hvad ville det perfekte forløb være for dig?
5. Hvad kan du selv gøre, mens du er indlagt?
6. Hvad kan andre gøre for, at hverdagen efter udskrivelsen bliver så let som muligt?

Guiden har forslag til en tjekliste med punkter, patienten kan tænke over før udskrivelsen:

1. Arbejde og uddannelse: Har du et job eller uddannelse, du skal tilbage til, eller?
2. Økonomi: Har du en indtægt og penge nok til at klare hverdagen?
3. Bolig: Ved du, hvor du skal bo? Har du styr på huslejeindbetalingerne?
4. Behandling efter indlæggelsen: Ved du, hvad der skal ske, og er der styr på evt. recepter?
5. Hverdagen: Hvordan er det derhjemme, har du et sted at gå hen, hvor der sker noget?
6. Advarselstegn: Hvad oplever du typisk, når du er ved at få det dårligt? Kan du tage en krise i opløbet?

Derudover har guiden bl.a. en oversigt med informationer om relevante patientforeninger samt vigtige adresser og telefonnumre på rådgivninger.

Kilde: ”Når du skal udskrives. Til dig, der er indlagt på en psykiatrisk afdeling” samt www.udskrevet.dk

- tisk har et netværk. Det kan godt være, det er lille, men uanset størrelse er netværket vigtigt, og selvom man er syg, er det vigtigt at passe på det. Jeg har nok måttet erkende, at jeg overbrugte mit netværk lidt bl.a. ved at fortælle alt til alle. Nogle ting, f.eks. selvmordstanker, er det bedst kun at bekymre personale eller psykiater med,” siger hun.

Klavs Serup Rasmussen supplerer:

”Efter min lange indlæggelse havde jeg kun mine forældre og en ven tilbage, så jeg skulle bygge et helt nyt netværk op. Jeg begyndte bl.a. at komme i foreninger med andre, der havde det som mig. Og nogle gange er det lettere at være sammen med andre, der har haft psykiske problemer, så behøver man ikke at tale så meget om det.”

Overblik over livet

Efter endnu en pause er det tid til at gennemgå udskrivningsguidens tredje og sidste del, som primært fokuserer på tiden efter indlæggelsen. Guiden indeholder bl.a. en tjekliste med punkter, der kan give et overblik over livet efter udskrivelsen, f.eks. status på arbejde og uddannelse, økonomi og bolig. Her er også bud på, hvad man kan forvente sig af de offentlige myndigheder, på, hvordan man kan skabe sig en god og enkel hverdag, og tips til, hvor man kan søge rådgivning og støtte.

”Når man bliver udskrevet, er man ikke fix, fax, færdig. Derfor er det vigtigt at have styr på evt. fortsat behandling, men også på, hvor patienter og pårørende kan søge hjælp, hvis, og selvfølgelig allerhelst før, det hele brænder på igen,” siger Klavs Serup Rasmussen.

Eva Toft har været indlagt flere gange i kortere tid, og et af hendes bedste værktø-

jer til at komme videre efter en indlæggelse har været konkrete mål.

”Efter en indlæggelse har jeg bl.a. fokuseret meget på kost, motion og søvn. Det er et aktivt valg at gøre det gode for sig selv, og det kan være svært. Men efter en udskrivelse prøver jeg også at formulere, hvad min drøm er om f.eks. tre måneder. Det hjælper mig til at opfylde mine delmål som sund kost og motion,” siger Eva Toft.

Efter workshoppen vender både patienter og personale stille og roligt tilbage til afsnittets gange og stuer igen. Naja tager som den eneste patient hjem, endnu bedre klædt på til at bruge guiden, synes hun.

”Det var meget interessant og lærerigt at møde nogle af dem, der har været med til at lave guiden. Den er blevet endnu mere konkret at bruge for mig og min familie,” siger Naja.

Også personalet har fået meget ud af workshoppen, fortæller afdelingssygeplejerske på afsnit A2 på Psykiatrisk Center Amager, Sigrid Matthesen.

”Vi arbejder jo allerede med meget af det, guiden indeholder, f.eks. i patienternes krise- og behandlingsplaner. Med guiden har vi en håndbog, som vi alle kan bruge, både patienter, pårørende og personale, og det giver bl.a. en ny mulighed for at forventningsafstemme. Det er helt unikt at deltage i en workshop, hvor både tidligere og nuværende patienter og personale deltager. Det er meget lærerigt at møde nogle af dem, der har skrevet guiden, og høre dem uddybe deres erfaringer med psykisk sygdom, behandling og udskrivelse,” siger Sigrid Matthesen.



Afdelingssygeplejerske Sigrid Matthesen synes, at workshoppen, hvor både nuværende og tidligere patienter samt personale deltager, giver et helt unikt indblik i det at leve med psykisk sygdom.

Guiden giver et godt overblik

Nogle afsnit på Psykiatrisk Center Amager har arbejdet med udskrivningsguiden siden marts 2014. Patienter, pårørende og personale har taget godt imod den.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Christoffer Regild**



Patienterne har modtaget den nye udskrivningsguide godt, og det skyldes bl.a., at den er skrevet af tidligere brugere, mener sygeplejerske Ea Villadsen.

Allerede i marts 2014 introducerede Klavs Serup Rasmussen og Eva Toft den 40 sider lange udskrivningsguide for en gruppe medarbejdere fra forskellige afsnit på Psykiatrisk Center Amager. Medarbejderne kommer bl.a. fra to åbne og et lukket sengeafsnit samt Psykiatrisk Akutmodtagelse. Deres patientgrundlag er således forskelligt, men fælles for medarbejderne er, at de i de seneste måneder har arbejdet aktivt med at implementere udskrivningsguiden. Og på et opsamlingsmøde midt i maj kan medarbejderne fortælle, at de første erfaringer overordnet er positive.

Det kræver naturligvis tid at få udbredt kendskabet til guiden, ikke blot til patienterne, men også til personalet. Erfaringen er også, at det er meget individuelt, hvor meget patienterne bruger den, samt at ikke alle patienter er i guidens målgruppe.

Guiden er også ret omfangsrig, men som flere pointerer til opsamlingsmødet, vinder den, når man først begynder at bruge den.

Men guiden er generelt blevet godt modtaget af kolleger, patienter og pårørende, og flere steder ser man, at især de pårørende har stor glæde af at kunne slå op i den. Og dét at den er skrevet af tidligere patienter, er en stor fordel, fortæller sygeplejerske Ea Villadsen fra Psykiatrisk Akutmodtagelse.

”Det er især noget, patienterne kan holde sig til. De føler, at guiden kommer fra en pålidelig kilde, og det tror jeg er medvirkende til, at de modtager den godt. De har tillid til, at den også kan hjælpe dem,” siger Ea Villadsen.

Hun peger på, at guiden som sådan ikke indeholder nye arbejdsopgaver eller metoder, da sundhedspersonalet allerede arbejder med mange af de emner og punkter, guiden omhandler. Men guiden støtter patienterne i at være aktive i egen behandling.

”Guiden er med til at gøre det hele mere håndgribeligt. Jeg synes, den gør det nemmere for patienterne at få et overblik over, hvad der kunne være godt at vide og sætte sig ind i både i forhold til indlæggelse og udskrivelse. Og på den måde er guiden også en god hjælp for os medarbejdere til at bevare overblikket over patientforløbet sammen med patienten,” siger Ea Villadsen.

Samarbejde om guide

Projekt Din Gode Udskrivning er resultatet af et tæt samarbejde mellem bruger- og pårørendeforeninger i Region Hovedstaden og Region Hovedstadens Psykiatri. Projektet skal styrke indlagte patienter i at arbejde aktivt for at komme sig. Projektet har fået midler fra Trygfonden til at udvikle og iværksætte aktiviteter på psykiatriske centre i Region Hovedstaden i 2013-2015. Det drives i et samarbejde mellem AskovFonden, foreningen Outsideren og Psykiatريفoreninernes Fællesråd i Region Hovedstaden. De to sidstnævnte begyndte allerede i 2008 det forberedende arbejde. Efterfølgende blev idéen drøftet med bl.a. Dansk Sygeplejeråd, Dansk Psykiatrisk Selskab, Dansk Socialrådgiverforening, Sind, LAP, Bedre Psykiatri, Psykiatريفonden og en række andre relevante foreninger/organisationer.

Læs mere på www.udskrevet.dk



Fra Sydsudan til Gentofte

Det skulle have været en rutinetur for den erfarne sygeplejerske Merete Rønnow, da hun i februar tog tre måneder til Sydsudan. Men opholdet forløb langt fra som planlagt.

Tekst **Helen Hajjaj Magnusson** • Foto **Simon Klein-Knudsen**

Merete Rønnow havde ikke de store betæneligheder, da hun i efteråret 2013 sagde ja til at rejse til Sydsudan som udsendt sygeplejerske for Røde Kors. Planen var, at hun skulle arbejde tre måneder på et hospital i den nordlige del af landet, hvor hun skulle være med til at oplære det lokale personale. Selv da borgerkrigen brød ud i december, var hun rolig, om end hun havde en anelse ondt i maven ved tanken om at skulle af sted til verdens yngste land. Men da hun landede i den lokale lufthavn i februar i år, stod det klart for den 60-årige sygeplejerske, at der var noget helt galt.

”Lufthavnen var fuld af lokale folk, der bare ventede på et fly, der kunne tage dem væk. Jeg kunne se, at de havde boet i lufthavnen. Alt var væltet rundt og snavset, og der lå ekskrementer overalt. Jeg fornemmede med det samme, at der ikke var en rar stemning.”

Merete Rønnow har ellers tidligere erfaring fra katastrofe- og krigsområder. Hun har både været i Libanon under den israelske invasion i 1982 og i Kenya, hvor hun behandlede sårede fra krigen i Sudan. Men denne tur blev alligevel en voldsommere oplevelse end noget andet.

Merete Rønnow blev kørt direkte fra lufthavnen og hen til det hospital, hvor hun skulle arbejde de næste tre måneder. Der var tale om en positiv overraskelse, da operationsgangen var helt ny og stemningen god.

”Stemningen på hospitalet var afslappet, og folk smilede. Mange pårørende

var selv flygtet fra deres hjem og havde nu slået sig ned på gårdspladsen lige foran hospitalet, hvor de lavede mad til deres indlagte familiemedlemmer, og hvor der var fyldt med legende børn og husdyr,” fortæller Merete Rønnow, der ikke havde forestillet sig, at det ville blive sidste gang, hun så hospitalet.

Simple forbindinger

Sammen med alle andre internationale nødhjælpsfolk boede Merete Rønnow midt i en flygtningelejr ca. 5 km uden for byen. Pga. kampe var det for farligt at bo midt i byen. Hvor farligt det var, blev klart allerede næste morgen. De internationale nødhjælpsfolk boede bag en indhegning midt i lejren. Men i løbet af natten var flere flygtninge brudt igennem indhegningen. Tidligt om morgenen blev alle beordret ind i en container, der fungerede som beskyttelsesrum. Kampene udenfor var taget så meget til, at det var for farligt at opholde sig i lejren.

”Vi var ret mange samlet. Både nødhjælpsarbejdere, men også lokale kvinder, børn og hunde. I begyndelsen blev der ikke sagt ret meget. Folk var utrygge, fordi man kunne høre skyderierne, så der var en trykket stemning. Den lettede efter nogle timer, hvor man ligesom havde set hinanden lidt an. Så begyndte folk at snakke lidt på tværs af hinanden. Jeg kan godt klare mig på arabisk, så jeg kunne kommunikere med nogle af dem.”

Selv om kampene stilnede af, blev det aldrig muligt for Merete Rønnow og resten ▶

” Det var grænseoverskridende for mig rent følelsesmæssigt at skulle hjælpe med at fjerne alle de døde kroppe. Specielt når der ikke var nogen pårørende.

- af holdet at tage tilbage til hospitalet inde i byen. I stedet fik de lov til at åbne en lille klinik i lejren, hvor sårede kunne få friske forbindinger på.

”Dét at vi kunne klinikerarbejdet, det syntes jeg var fantastisk. Det var dejligt at komme over blandt befolkningen og vide, at vi kunne gøre noget. Så på den måde havde jeg det godt med at komme i gang med lidt arbejde. Samtidig lærer man, at kan man ikke få alt, så må man klare sig med det lidt, man har. Man kan vaske et sår, man kan lægge en tør forbindelse, og man kan lægge en idealbind omkring. Alttså, det var meget, meget simple forbindinger. Men folk gik derfra og var glade over, at deres sår var blevet skiftet.”

Bar de døde

Holdet fra Røde Kors blev dog også bedt om andet end at hjælpe de sårede. Kampe havde efterladt så mange lig rundt omkring udenfor lejren, og på et tidspunkt var der så mange, at Røde Kors blev bedt om at hjælpe med at fjerne dem. Merete Rønnow var en af dem, der meldte sig frivilligt.

”Det var grænseoverskridende for mig rent følelsesmæssigt at skulle hjælpe med at fjerne alle de døde kroppe. Specielt når der ikke var nogen pårørende. Herhjemme sørger vi jo meget for vores døde, og de bliver begravet. Dernede bliver de lagt ind i en hvid plasticpose og så op i bilen. Jeg syntes, det var hårdt.”

Især én kvinde satte sig på Merete Rønnows nethinde.

”Noget af det, der gjorde et meget dybt indtryk på mig, var en kvinde på ca. 45 år. Hun var kommet gående med sin stok

og en lille bylt af bare det mest nødvendige. Hun havde en sarong rundt omkring sig. Hun var simpelthen faldet på denne her lille sti og var død. Hun lå bare der og så meget fin ud. Da vi kom til stedet og skulle høre, om der var nogle pårørende, fik vi at vide, at det var der ikke. Formentlig har hun skullet skynde sig af sted, og så er de kommet bort fra hinanden. Det var meget underligt at løfte hende op i denne her hvide pose og så køre af sted med hende.”

Ikke sidste tur

Det stod klart, at holdet måtte opgive missionen på hospitalet. Men kampene betød, at ingen fly kunne lette eller lande, og det var derfor umuligt at evakuere holdet. Først efter syv dage var der ro nok til at få Merete Rønnow og hendes kolleger ud. Og skyderierne blev endda genoptaget, netop som de var på vej om bord på flyet.

”Vi når at komme ind i flyet og komme af sted. Det var bare helt fantastisk. Men der var ikke nogen, der græd. Vi var meget anspændte og koncentrerede. To timer senere landede vi så i Juba, hovedstaden i Sydsudan, hvor vi blev modtaget af nogle andre Røde Kors-folk. Så skete der bare et eller andet. Endelig kunne vi give los. Og så fik tårerne bare frit løb. Det var meget stærkt.”

Hele holdet fik mulighed for at tale ud om deres oplevelser, inden de blev sendt på et hotel i nabolandet Kenya, hvor den stod på ren afslapning i nogle dage. Alle fik tilbuddet om at komme hjem efter deres oplevelser. Men alle valgte at blive og i stedet gøre missionen færdig på et hospital i Juba.

”Jeg havde ikke brug for at komme hjem. Jeg havde brug for at blive der. Vi var nogle erfarne folk, og flere af os havde været udsat for noget lignende tidligere. Når man står sammen i gruppen og kan snakke om sine tidligere erfaringer og oplevelser, så styrker det sammenholdet.”

Tilvænnning at komme hjem

Efter de planlagte tre måneder vendte Merete Rønnow hjem til Danmark og til livet som operationssygeplejerske på Gentofte Hospital. Men det kræver lige så

meget tilvænnning at komme hjem som at rejse ud.

”Det er svært med den store overflod her. Der er hundrede forskellige slags neglelakker og mad i overflod. Det var så voldsomt, at jeg simpelthen blev nødt til at gå ud af supermarkedet. Samtidig er det så fantastisk herhjemme. Jeg kunne jo lægge mig til at sove alle steder på Gentofte, fordi der bare er rent overalt. Alt er enormt organiseret, og der er rare omgivelser, så det var en kæmpe kontrast. Men samtidig er det også fantastisk, at jeg kan gå på et lokalt hospital i Sydsudan og få en hverdag til at fungere. Alttså, vi kan operere folk, selv om vi ikke har de samme ressourcer som derhjemme.”

Rejserne ud i verden og pausen fra hverdagen giver Merete Rønnow så stort et energi-boost, at hun ikke har tænkt sig at stoppe. Hvor den næste rejse fører hen, ved hun dog ikke endnu.

”Jeg har aldrig fortrudt, at jeg tog af sted. Aldrig. Nogle gange kan det være svært for mig at forklare pårørende, hvorfor jeg tager ud på de her missioner. Det er ikke altid, jeg bliver forstået. Men jeg forsøger virkelig at vise dem billeder dernedefra og fortælle dem, hvad jeg gør. Og jeg tror på, jeg gør en forskel.”

Konflikten i Sydsudan

Efter flere årtiers borgerkrig og med over 1,5 millioner dræbte brød Sydsudan i 2011 ud fra Sudan og blev et selvstændigt land. Men det blev en hård begyndelse for verdens yngste land. I juli 2013 fyrede præsident Salva Kiir vicepræsidenten, Riek Machar, og anklagede ham for at planlægge et kup. Præsident Kiir og Riek Machar kommer fra to forskellige etniske grupper, og i december brød det ud i kampe mellem grupperne. Indtil videre er over 1.000 mennesker blevet dræbt.

Selv om der er meget olie i Sydsudan, så er størstedelen af befolkningen meget fattig. Hver tredje har ikke adgang til rent drikkevand, og et ud af syv børn dør, inden de fylder fem.

Kirsten Dalby Rasmussen er 58 år og uddannet sygeplejerske på Holbæk Sygeplejerskole i 1980, SD i Uddannelse og Undervisning i 1992, cand.pæd. i 2001. Siden 1992 ansat som underviser i sygeplejerskeuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.



Borgerdrevnen innovation redder skrantende økonomi

Min gæve faster Else er igen hjemme i sit lille rækkehus efter en kort indlæggelse pga. symptomer fra hjertet. Der blev ikke fundet tegn på hjertelidelse, men med baggrund i kommunens særlige ældreomsorg henvises hun til genoptræning.

Og faster glædede sig. Udsigten til at møde nye mennesker har aldrig afskrækket hende, tværtimod. Desuden kunne hun vise, at også gamle koner er fremme i skoene. Nu havde hun gået til computer mange vintre hende i ældreklubben, så hun googlede fermt kommunens tilbud om forløb, forventninger og individuelle handleplaner. Det blev hurtigt til mange siders noter. At møde uforberedt i skole giver eftersidninger, er fasters erfaring, og hun tænkte med gru tilbage på overlærer Thomsen.

På første undervisningsgang i patientskolen mødes holdet af to engagerede undervisere. Faster går fluks i gang med at læse op af sine noter, men bliver hurtigt afbrudt. Kommunen har nemlig for to dage siden justeret sin 2020-plan og satser nu på, at borgerdrevnen innovation skal redde en skrantende økonomi. Desuden har Studiefremdriftsreformen bevirket, at begrebet ”skole” omdøbes til ”seminar”, hvilket signalerer et afkortet, effektivt forløb.

Kommunens HR-afdeling har heldigvis arbejdet i døgn drift og udfoldet strategien i et flot Power-Point-show, som læses højt: innovationsfaser, diamanter, formål, mål og succeskriterier. Seminardeltagerne lytter måbende, men desværre er underviserne ikke i stand til at besvare mere konkrete spørgsmål, da de kun har erfaring fra patientskoler.

”Gå hjem og vær innovative inden sidste hjerteseminar i næste uge”, står der på sidste slide.

Faster Else er usikker på hjemmeopgaven, men sikker på kommunens høje forventninger til de ældre.

”Jeg vil ikke skuffe,” tænker faster og fostrer en idé. Hun ringer til kæresten, som har et meget stort udhus med et varieret udbud af effekter. Han er ikke decideret samlere, har bare svært ved at smide ud.

Jeg besøger faster Else nogle dage senere og gør store øjne. Alle møbler er stablet op i et hjørne, og stuen ligner et værksted. Kæresten er i gang med at svejse et krinolinelignende stativ fast på en gammel rollator. Stiverne består af halvrustne tøndebånd og golfkøller.

”Det er for at undgå fald – umuligt at trimle omkuld,” forklarer faster.

Jeg mumler lidt om, at det må være svært at bevæge sig rundt, da den er tung og fylder rigtig meget. ”Nu er det jo en prototype,” påpeger faster.

Mit blik falder på et ældre kukur. ”Bare vent,” smiler faster. Lidt senere kan jeg betragte en fugl, der med besvær kommer ud af hullet, da den har en Underberg om halsen. ”Det er et kluk-kluk-ur, som hver time skal huske de ældre på at drikke rigeligt,” oplyser faster.

”Vel ikke spiritus?” spørger jeg. Det overhører faster.

Også en robotfrisør er i støbeskeen, men der er p.t. problemer med motoren, der skal få haveriven til at bevæge sig op og ned. Det tør jeg ikke kommentere. Men hvad der undrer mig allermost: Faster og kæresten har aldrig røget, men nu pulser de konstant på en cigaret.

”Faster går fluks i gang med at læse op af sine noter, men bliver hurtigt afbrudt. Kommunen har nemlig for to dage siden justeret sin 2020-plan og satser nu på, at borgerdrevnen innovation skal redde en skrantende økonomi.

”Det er meget ligetil, for mit næste brugerdrevne innovative tiltag skal handle om rygestop, og så må jeg jo finde ud af, hvad der skal til,” afslører faster.

”Jeg tror, dine undervisere på næste seminar bliver meget overraskede,” roser jeg faster Else.

”Det tror jeg også,” svarer faster stolt, og fortsætter:

”Men jeg er lidt bekymret for, om de vil stjæle mine idéer, så derfor er jeg i gang med at søge patent. Godt, jeg stemte ja til Patentdomstolen, tænk hvor meget af verden jeg kommer til at se, når jeg skal forsvare mine opfindelser.”

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

Lærerige bud på tilgangen til traumatiserede børn og unge

Jeg er i øjeblikket i kontakt med en ung pige, som lige er blevet mor. Indimellem fortæller hun om meget dramatiske begivenheder, som er hændt hende. Der er noget i fortællingerne, som ikke stemmer. De er dels for usandsynlige, og dels bliver de fortalt i et overraskende neutralt toneleje, som ikke matcher det voldsomme, hun beretter om. Den unge pige har i sin barn- og ungdom været udsat for seksuelle krænkelse. Et af de fire temaer, som denne bog behandler, er løgne. Børn, som udsættes for seksuelle overgreb og vold, overlades ofte uden voksenstøtte til at forstå den voldsomme og traumatiske hændelse, de har været udsat for. Det betyder, at barnet må bruge sin fantasi til at skabe sammenhæng imellem det ubegribelige og virkelig-



Janne Østergaard Hagelquist
Marianne Køhler Skov
Mentalisering i pædagogik og terapi
Hans Reitzels Forlag 2014
267 sider - 300 kr.

heden i øvrigt. Konsekvensen bliver, at barnet får vanskeligt ved at skelne imellem fantasi og virkelighed.

Foruden løgne beskæftiger forfatterne sig med tre andre temaer: transgenerationelle traumer, vold og overgangen til voksenlivet. Klangbunden er, som titlen på bogen angiver: mentaliseringsbaseret pædagogik og terapi. Metoden er udviklet af den ungarskfødte psy-

Fremtidens hjemmesygeplejerske ses som en stærk generalist

Her kan vi læse et grundigt overblik over udviklingstendenser i det kommunale sundhedsvæsen. Selvom et skæringstidspunkt fastsættes til kommunalreformen 2007, så er udviklingen beskrevet meget vedkommende i et samfunds- og historisk perspektiv i flere af kapitlerne. Målgruppen er studerende inden for sundhed, forvaltning, politik og økonomi. Bogen er organiseret i fem dele med temaerne: "sundhed i et overordnet og kommunalt perspektiv", "demografisk udvikling og politisk prioritering på det kommunale sundhedsområde", "kommunernes sundhedsopgaver og centrale udfordringer", "organisering, økonomiske incitamenter og dokumentation", "erfaringer fra andre lande – kan vi lære noget af andre?"



Det er en antologi, hvor forfatterne er dedikerede forskere og kyndige skribenter på hver deres felt. Sidsel Vinge har skrevet om hjem-

mesygeplejen i udvikling: nye udfordringer til organisering og kompetencer. Fokus er opgaveændring, opgaveøgning og opgaveglidning inden for rammebetingelserne for hjemmesygeplejen. Ganske kort kommer Vinge ind på patienternes/borgernes øgede behov for information, vejledning og psykosocial støtte. Fremtidens hjemmesygeplejerske ses som en stærk generalist, som er lig med den gode bagvagt. Sygeplejersken vil skulle kunne holde overblik over mange patienter/borgere, lede forløb på baggrund af andres observationer ofte i et løst koblet netværk af mange aktører. Det kræver ledelsesmæssige kompetencer hos den enkelte og tværfaglige samarbejdsevner på højt niveau. I det følgende kapitel er fokus udviklingstendenser i genoptræning og rehabilitering. Desværre er det overladt til læseren at koble rehabilitering i hjemmesygeplejen med rehabilitering i fysioterapeuters indsats, så den søjledele verden brydes ikke helt ned. Bogen vil have stor interesse for sygeplejersker, uddannede som studerende.

Af Marianne Mahler, Dr. PH.

Birthe M. Pedersen og Steen Rank Petersen (red.)
Det kommunale sundhedsvæsen
Hans Reitzels Forlag 2014
370 sider - 400 kr.

kolog Peter Fonagy. Kort fortalt kan mentalisering defineres som at have "sindet på sinde" altså at have fokus på mentale tilstande hos en selv og hos andre, især i forbindelse med forklaring af adfærd. Gennem mentalisering lærer man sine egne følelser og tanker at kende og forstår, at de er baggrunden for ens adfærd. Mentalisering er grundlaget for sunde relationelle forhold. Ved at mentalisere ser man den andens perspektiv, samtidig med at man har øje for, hvem man selv er i relationen. Mentalisering er nøglen til selvregulering og selvstyring. Evnen til mentalisering udvikles i samspil med mere modne og sensitive sind. Mentalisering kan kun læres udefra og ind, men er en evne, som kan læres.

Det giver positive forventninger til omsorgssvigtede og traumatiserede børn og unges udviklingsmuligheder. I det professionelle møde med omsorgssvigtede og traumatiserede børn bruges de naturlige elementer i samspillet mellem forældre og børn som udgangspunkt for mentaliseringsbaseret pædagogik. Det første

element i dette arbejde er en indstilling præget af et åbent sind. Hvad dette begreb dækker over, vil jeg ikke komme nærmere ind på her, men anbefale at man læser mere om det i denne bog, som har mange tankevækkende og lærerige bud på tilgangen til traumatiserede børn og unge.

Af Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

En gratis lækkerbissen

I denne udgivelse, der er tilgængelig på nettet, får læseren præsenteret nogle af de erfaringer, man har gjort de sidste fire år med at udvikle en forsknings- og udviklingskultur blandt dem med en mellemlang videregående uddannelse i Region Sjælland.

Ifølge Bibi Hølge-Hazelton, som har taget initiativet, redigeret og skrevet eller været medforfatter på flere kapitler i bogen, bliver alt for mange organisatoriske initiativer og ændringer aldrig beskrevet. Derfor dette værk, der præsenterer en række af de konkrete initiativer, man har arbejdet med for at udvikle det, man betegner som en konstruktiv, kreativ, inkluderende og synlig forskningskultur. Det er gjort på basis-, udviklings-, forsknings- og ledelsesniveau, der alle betegnes som lige vigtige: Det gælder forankring i praksis.

Hazelton og co. har hermed og på en meget ærlig måde dokumenteret de sidste fire års arbejde. Det

er lærerig og spændende læsning, hvor vi bliver lukket ind i arbejdsprocesserne med opbygning og udvikling af kursus i etablering af journal clubs, udvikling af artikelskrivningskursus og udvikling af en forskningskultur i konkrete afdelinger. Sygeplejersker på alle niveauer i det danske sundhedssystem kan downloade bogen, vælge et eller to kapitler ud, mødes, diskutere det og lade sig inspirere til udvikling af faget. F.eks. er kapitel 9: "Udviklingssygeplejersken i spændingsfeltet mellem kvalitet og udvikling" et oplagt emne til drøftelse blandt sygeplejersker, som arbejder med udvikling.

Helhedsindtrykket er godt trods få mangler og skønhedsfejl i tekstfremstillingen. Man får som læser inspiration, idéer og lyst til at diskutere bl.a. kapitel 12 om at integrere en ph.d.-studerende i afdelingen; her ville et bidrag skrevet af den ph.d.-studerende selv også have været interessant.

Ved at få indblik i alle disse processer bliver det synligt, at udvikling af en udviklings- og forskningskultur er op ad bakke med lav deltagelse og frafald. Det er en lang proces og derfor, som det fremgår af kapitel 10, vil de næste skridt i udviklingen af en udviklings- og forskningskultur på afdelingen være at sætte fokus på de barrierer, som sygeplejerskerne oplever imod at deltage i forsknings- og udviklingsinitiativer, og det må i sandhed betegnes som en generel problemstilling – også blandt studerende.

Af Vibeke Lorentzen, forskningslektor, ph.d.,
Center for Sygeplejeforskning – Viborg.



Bibi Hølge-Hazelton (red.)
Forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis.
Region Sjælland, 175 sider.
Kan downloades gratis på <http://www.regionsjælland.dk/Sundhed/forskning/Sider/default.aspx> (til højre under kontakt).

Peqqissaasoq - grønlandske pionerer



Helle Møller, (red.)

Grønlandske sygeplejersker fortæller. Om sygeplejersker og sygepleje i Grønland

Forlaget Gramma 2014

156 sider - 180 kr.

forhold. Kaalat Borgnæs fortæller f.eks., hvordan hun skulle assistere ved operation af en kvinde med ekstrauterin graviditet. Tuba rumperede, blodtrykket faldt, og blodet fra den indkaldte donor koagulerede. Kaalat vidste, hun havde samme blodtype som patienten, tog operationskitlen af, satte nålen i armen, lod sig tappe, gik tilbage til operationsstuen og assisterede, mens hendes blod dryppede ind i patienten. (Patienten overlevede).

Suzanne Møller skriver om den grønlandske sygeplejerskeuddannelse, der er internationalt anerkendt, men også omfatter særlige grønlandske forhold. I 1998 dimitterede de første grønlændere, som havde gennemgået den fireårige uddannelse. Fra 2008 blev det formelt en universitetsuddannelse under Grønlands Universitet. Ruth Lange, formand for grønlandskredsen siden 1987, har beskrevet den årelange kamp for at få etableret en grønlandsk sygeplejerskeuddannelse. Især fra dansk side har der været modstand. Langes og Møllers artikler giver et grundigt, klart og spændende indblik i den grønlandske sygeplejerskeuddannelse. Der er stadig behov for dansk eller anden nordisk støtte i form af opkvalificering af lærere, censorer, praktikpladser og videreuddannelse, og undervisningen foregår hovedsageligt på dansk. Mange fagudtryk findes ganske enkelt ikke på grønlandsk.

Beskrivelserne af de grønlandske sygeplejerskers hverdag omfatter f.eks. tuberkulosesygepleje, ledelse, sundhedspleje og distriktspsykiatri. Der er fine beskrivelser af patientforløb og udfordringer, som illustrerer særegne grønlandske forhold, og mere generelle beskrivelser, der også kunne dække danske forhold. Fælles for indlæggene er entusiasmen over at være med til at opbygge noget nyt. Pionerer kunne man også kalde de grønlandsk uddannede sygeplejersker: peqqissaasoq.

I forbindelse med feltarbejdet til sin ph.d.-afhandling har Helle Møller opfordret 11 grønlandske sygeplejersker til at skrive om deres uddannelse og karriere. Det er ambitiøse sygeplejersker, der vil have indflydelse på egne arbejdsforhold og på det grønlandske sundhedsvæsen. Alle har erfaret, at det er af uvurderlig betydning, at de er opvokset i samme kultur som deres patienter og taler samme sprog. Nogle har i forvejen sundhedsmedhjælperuddannelsen eller anden uddannelse, nogle er uddannet i Danmark. De videreuddanner sig, og de kan arbejde selvstændigt i isole-rede bygder, uden læger, i arktisk klima og under ekstreme

Af Anne Vesterdal, sygeplejerske.

KORT NYT OM BØGER

Mads G. Hansen

Bag facaden at være dreng med autisme

Forlaget Presto 2014

100 sider - 149 kr.

Mads fortæller i dagbogslignende form, hvordan det er at være et menneske med autisme. Om mobning, skoleskift, at blive forstået, ikke at blive forstået, at være bange, at være anderledes. Mads har et meget modent sprog, og han fortæller lige ud af posen. Bogen kan gøre gavn i folkeskolen, i familier med tilsvarende diagnoser og for de unge, som ikke rigtigt har greb om deres liv med en diagnose. Den er ikke noget litterært mesterværk, men god at få indsigt af og også praktisk nyttig, når Mads f.eks. beskriver, hvordan gåture har haft betydning for hans evne til at stå op om morgenen og for hans almene velbefindende.

Naoki Higashida

Derfor hopper jeg. Én drengs stemme fra autismsens tavse verden

Rosinante 2014

192 sider - 199,95 kr.

Oversætteren af denne bog har selv en søn med autisme, en søn der ikke har noget sprog. Hun skriver i et efterskrift i bogen, at dette nok er den eneste bog om autisme, hun vil læse igen og igen, fordi den er så rørende og indsigtfuld – og så er den skrevet ved hjælp af en tavle med skrifttegn. Forfatteren, som er japaner, skrev bogen, da han var 13 år gammel, men det var oversættelsen til engelsk, der betød, at bogen blev udbredt til Vesten.

”Låst inde i den tilsyneladende hjælpeløse autistiske krop er en hjerne, der er lige så nysgerrig, skarp og kompleks som din og min,” hedder det i bogens forord, og det illustrerer forfatteren på bedste vis.

Hans-Otto Loldrup

Dansk medicin

Historien om de danske medicinfabrikker

Loldrups Forlag 2014

304 sider - 375,00 kr. + ekspedition

Hvem tænker over, at mange danske medicinfabrikker i dag er nedlagt eller indlemmet i store koncerner med fremmedartede navne? Hans Otto Loldrup, som er uddannet cand.mag. i dansk/engelsk og har en særlig interesse for farmaciens historie, fortæller historien om dansk medicin i en omfattende bog med en billedside, der kan fascinere og fastholde læseren. For sygeplejersker kan det være interessant at se, hvordan albyl og antabus så ud engang. Kan man lide at se på gamle fotografier, er der nok at tage fat på, og en enkelt oversygeplejerske fra sygehuset i Brande har sandelig sneget sig ind på side 189 blandt mange fotos af fremstilling, ejerkreds, avisforsider og præparatlistes. 10 medicinfabrikker, hvoraf kun få er tilbage f.eks. Novo Nordisk, bliver beskrevet i denne meget detaljerede bog, der må have kostet mange timers grundig research. *(jb)*

Lær Sygeplejersken.dk at kende

Sygeplejersken lukker ned for sommeren for at genopstå med nr. 9/2014, der udkommer den 15. august. Vi slutter med en sommerkonkurrence. Der er et gavekort og en bog til tre sygeplejersker, som svarer rigtigt på spørgsmålene her på siden.



Af **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør • Foto **iStock**

1. Er fagbladet Sygeplejersken på Facebook? Ja Nej
2. Kan man se, hvilke artikler der er de mest læste på Sygeplejersken.dk? Ja Nej
3. Hvor mange Teori & Praxis-artikler har der været i Sygeplejersken i 2014? Antal: _____
4. Er Sygeplejersken på Twitter? Ja Nej
5. Hvornår blev dilemmaet "Den plettede dyne" bragt i Sygeplejersken? I nummer: _____
6. Hvornår blev fem faglige minutter "Tid og rum til fornyelse" bragt i Sygeplejersken? I nummer: _____

Sæt kryds ved det rigtige svar og skriv antal/nummer og send svaret til:

E-mail: redaktionen@dsr.dk (Skriv "Sommerkonkurrence" i emnefeltet).

Eller til:

Redaktionen Sygeplejersken

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Mærk kuverten "Sommerkonkurrence"

Vi skal have dine svar senest fredag den 1. august

Vindernes navne kan læses i Sygeplejersken nr. 9/2014, som udkommer den 15. august.

Navn _____

Adresse _____

Medlemsnummer _____





Sidste dans på Diakonissen

Tekst Mille Dreyer-Kramshøj • Foto Chris Tonnesen

De sygeplejestuderende fra Diakonissestiftelsen på Frederiksberg danser traditionen tro rundt om Dronning Louises buste i anledning af, at de dimitterer i juni. Diakonissestiftelsen kunne i maj fejre 101-års jubilæum og er Danmarks ældste uddannelse for sygeplejersker. Inspirationen til at oprette stiftelsen kom, et par år før første bygning stod klar i 1863. Dengang var det den senere Dronning Louise, som opfordrede forstanderinde Louise Conring til at oprette et diakonissehus efter inspiration fra lignende huse i Tyskland.



Balancen bliver testet i denne øvelse, hvor fysioterapeut Britt Svensson lægger al vægten på det ene ben. Det er ikke lige nemt for alle at klare det, men med armene stukket ud til siden hjælper det lidt.

I Vordingborg Kommune hjælper sygeplejerske Helle Darville Larsen og fysioterapeut Britt Svensson kræftpatienterne med at blive klar til at leve livet. Fysisk træning og socialt samvær er grundlaget i rehabiliteringsforløbet, som kommunen tilbyder.

Aktiv rehabilitering for

Tekst **Pelle Lundberg Jørgensen** • Foto **Søren Svendsen**

Sygeplejerske Helle Darville Larsen står og skærer frugter og grøntsager, mens kaffen brygges. Klokken er knap 8, og forberedelserne til dagens program i kræftrehabiliteringen i Vordingborg Kommune er begyndt. Lidt efter ankommer fysioterapeut Britt Svensson, der er anden halvdel af rehabiliteringsteamet.

”Vores opgave er at hele og rehabiliterere. Vi skal hjælpe folk til at kunne overskue livet både fysisk, psykisk og socialt. Og når det lykkes, er det fantastisk,” siger

Helle Darville Larsen. I dag er der dømt en times gymnastik efterfulgt af en kop kaffe og mulighed for en god snak. Sidste uge var de på cykel- og vandretur.

Omkring klokken 9 er der fyldt op i det lille træningslokale. De fremmødte kræftpatienter hilser på hinanden og snakker, mens de sidste får klædt om. Nogle føler sig tydeligvis godt tilpas i omgivelserne.

”Nogle er her tre måneder, andre har været her fire år. Specielt de palliative bliver længe. Nogle har måske set deres netværk

smuldre og har ikke længere kontakt til kollegaer, derfor får de ekstra glæde af at komme her,” forklarer Helle Darville Larsen.

For fuld udblæsning

Der bliver lavet en hurtig navnerunde. I dag er en ny deltager, der bliver hilset pænt på, men kun kort, for nu begynder træningen. Ikke mere hyggesnak for nu. Britt Svensson har tændt for en stor ghetoblaster og fået borgerne til at danne en stor rundkreds omkring sig. Med stor



Det er lang tid siden, mange af borgerne har cyklet. Denne morgen fik de dog den succesoplevelse, samtidig med at naturen viste sig fra sin bedre side. I bedste holdånd fulgtes de pænt i flok.



Sygeplejerske Helle Darville Larsen har også stillet sig op i rundkredsen og følger med i øvelserne. Dog bryder hun ud en gang imellem, fordi hun observerer noget. Det kan være én, der har brug for en stol eller en tår vand. Bagefter stiller hun sig tilbage på sin plads i rundkredsen.



PÅ JOB

Med tiden opstår venskaber og relationer på kryds og tværs. Mange ønsker at blive på holdet i længere tid, da de bliver så glade for at mødes med ligesindede. Her er det en cykelhjelm, der lige skal have hjælp med at blive strammet.



Her er der sat gang i en øvelse, hvor der skal skøjtes rundt på gulvet på nogle stoflignende plader. Når man så ender foran en anden, skal man hilse pænt. På den måde er der også en større chance for, at man lærer hinandens navne at kende.



Det sociale aspekt vægtes højt i rehabiliteringen. Uanset om der er behov for at snakke om sygdom eller måske vejret, så sidder man blandt ligesindede, der forstår én. Her er det store kaffebord blevet indtaget i skovens åbning.



Der bliver både snakket og lyttet. Uanset om man har brug for at lette sit hjerte i en snak om ens sygdomsforløb, privatliv eller noget helt tredje, er der plads til det. Her er alle lige, og man forstår hinanden.

kræftpatienter

entusiasme udfører og viser hun selv øvelserne, som deltagerne så på bedste vis skal efterligne. Helle Darville Larsen er også med til øvelserne. Dog går hun nogle gange væk fra sin plads for at hente en stol til en forpustet deltager for at spørge ind til dem og sørge for, de har det godt. På den måde supplerer de hinanden godt.

”De er en stor del af det her. De gør det simpelthen så godt,” lyder det fra en ældre mand. Da man tilbage i 2009 begyndte rehabiliteringsindsatsen, var tilbuddet

otte uger med to ugentlige mødedage, men snart stod det klart, at der var behov for individuelle forløb pga. de forskellige behov. Målgruppen har hele tiden været voksne kræftpatienter, der er i risiko for at få, eller har fået, nedsat funktionsevne som følge af en kræftsygdom eller behandlingen heraf.

Der er efterhånden gået en time, og bortset fra de små drikkepauser er der blevet trænet godt igennem. Håndklæderne bliver smidt rundt om halsen, musikken

bliver skruet ned, og folk får pustet ud. Alle går med op på 1.-salen for at nyde kaffen og de sunde snacks, som Helle Darville Larsen forberedte tidligere på morgenen.

”Der er rigtig mange, for hvem det sociale er mindst lige så vigtigt. Det er også derfor, at folk bliver ved med at komme her,” fortæller hun, mens hun sætter sig ned på en tilfældig stol.

Hyggesnakken breder sig lynhurtigt, og latteren finder vej blandt gulerødder og kaffekopper.

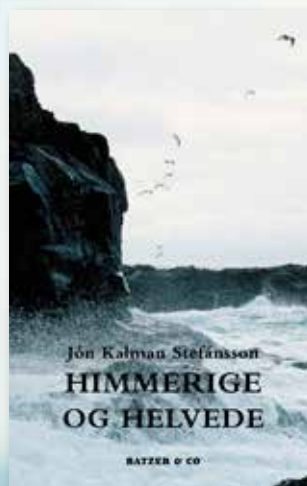
Fire til ferien

Ferie betyder for mange en bog mellem hænderne på en eksotisk terrasse, i et sommerhus eller foran en teltvæg. Her er fire bud på god litteratur, der kan købes eller lånes og læses med fornøjelse, hvad enten man er globetrotter eller fastligger på en campingplads.

Af **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør • Foto **iStock**



Åsne Seierstad
En af os
Gyldendal 2014
508 sider - 299,95 kr.



Jón Kalman Stefánsson
Himmerige og helvede
Batzer & CO 2011
210 sider - 129,00 kr.

En sørgelig bog til en ferie, kan man mene, men den psykologiske vinkel på Anders Behring Breivik kan give en form for forklaring på, hvorfor han blev massemand, og hvad der drev ham ud i nationalistisk højreekstremisme og dermed fik ham til at myrde otte mennesker i Oslo og 69 på Utøya. Her holdt engagerede deltagere fra den socialdemokratiske ungdomsorganisation Arbejderne Ungdomsfylking (AUF) sommerlejr.

"Nødvendige drab" kaldte Breivik selv sin udåd. Seierstad har rekonstrueret hændelserne på øen, og derfor er bogen barsk læsning indimellem.

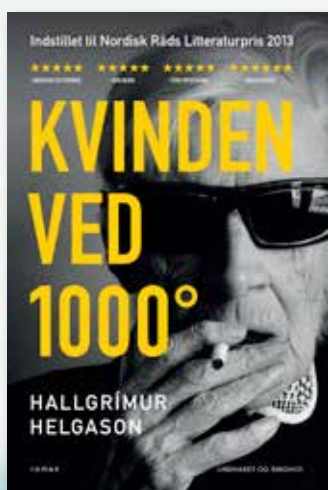
Den 22. juli 2014 er det tre år siden, øen blev forvandlet til helvede på jord, og psykologiske undersøgelser af de overlevende viser, at det er kvinderne, som har det sværest. De angiver alle at have gode netværk, men er tilbageholdende med at bruge det, hvilket øger risikoen for PTSD markant. Den oplysning kan sygeplejersker godt bruge i arbejdet med kriseramte.

Bardur er ung, han er optaget af litteratur, han læser digte, lige indtil kaffen er drukket, og de seks fiskere fra den fælles åbne båd skal på havet for at fange torsk. De sejler ud fra Islands kyst, vejret er roligt, men undervejs til fangstpladsen begynder det at blæse. Bardur opdager, at han har glemt sin skindanorak, og da bølgerne begynder at slå ind over ham, er han dødsdømt. Den alvidende fortæller, som vi aldrig får noget navn på, han kaldes blot drengen, forsøger at banke varme i sin ven, men Bardur dør på havet. Beskrivelsen af sejladsen, uvejret og døden, der indhenter Bardur, er så mættet, at man selv er til søs, mens det hele sker. Drengen vil egentlig begå selvmord efter Bardurs død, men opgiver tanken, da han møder mennesker, som vil ham det godt, og hvis historier er interessante.

Bogen behandler de store temaer, venskab, død, kærlighed - og fælles kærlighed - og de gode citater står i kø for at blive husket, mens man læser, f.eks. dette om Bardurs død:

"Nogle digte får dig til at glemme, glemme melankolien, håbløsheden, du glemmer skindanorakken, frosten opsøger dig, siger "hops", og du er død. Den, der dør, forvandles øjeblikkeligt til fortid."

Stefánsson er en fremragende forfatter, og denne bog er nummer et i en trilogi, så heldigvis er der mere at komme efter. Billedrigt, sanseligt og spækket med menneskekundskab.



Hallgrímur Helgason
Kvinden ved 1000°
 Lindhardt og Ringhof 2013
 564 sider - 295,03 kr.



Alice Munro
For meget lykke
 Gyldendal 2013
 350 sider - 327,73 kr.

Hera, eller Herbjørg Maria Bjørnsson, som hun hedder, er 80 år og i gang med at dø i en garage i Reykjavik. Hun tager sin forestående død med sindsro og har endda lavet en aftale med krematoriet på en fastsat dato, den dag vil hun brændes, og deraf bogens titel. Mens hun venter, fortæller hun om sit liv, og det har været farverigt, morsomt og krydret med skøre oplevelser. Det hele er tilsat en god del historie, både verdens, Islands og Danmarks. Bl.a. tilbragte Hera som ganske ung pige under krigen en periode i Tyskland uden kontakt med sine forældre, og det gik ikke stille for sig, kan man forstå.

De forskellige hjælpere, som kommer i garagen og bistår med personlig hygiejne, toiletbesøg og ernæring får deres bekomst, og det er som altid interessant at se sygepleje beskrevet af andre end sygeplejersker. Her med en temmelig ironisk vinkel.

Hera er barnebarn af Islands første præsident, men forfatteren lægger i forordet vægt på, at Heras beretning, selv om bogen til en vis grad bygger på virkelige hændelser, er opdigtet. Forfatteren lægger ikke fingrene imellem, hverken når han beskriver den danske eller islandske folkesjæl, og det gør bogen til en underholdende affære, som bør læses uden for mange afbrydelser.

I 2013 fik Alice Munro Nobelprisen i litteratur. Hun skriver noveller, men de er fortættede som fyldt chokolade og skal læses, ligesom man spiser den slags. Langsomt og med nydelse og eftertanke. Af samme grund savner man ikke romanens grundform. Nogle af novellerne er direkte voldsomme, andre er det under overfladen gennem en ildevarslende grundtone, og ofte har man en stærk fornemmelse af, at der kommer til at ske noget grumt eller dramatisk, men det foldes ud på en måde, så man skal tænke og overveje for helt at forstå, hvad der var essensen i det, man læste. Her er noveller om forældre og deres børn, om parforhold, om venskab og en enkelt om en kvindelig russisk professor i matematik, Sofja Kovalevskaja, som blev født i 1850 og døde som 41-årig i Stockholm, hvor hun var blevet ansat på universitetet som verdens første kvindelige professor i matematik. Sofja var både romanforfatter og videnskabskvinde, hvilket var en usædvanlig kombination på den tid og årsagen til fascinationen af hende. Novellerne i bogen bærer alle præg af, at Munro kender menneskene og deres komplicerede relationer.

Positiv reguleringsordning betyder ekstra lønstigning

Reguleringsordningens udmøntning bliver positiv og lægges oveni de generelle lønstigninger pr. 1. oktober 2014. Konkret betyder det omkring 250 kr. ekstra om måneden på lønsedlen.

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Reguleringsordningen, som sikrer en parallel udvikling mellem lønnen i den offentlige og den private sektor, er positiv både for kommunerne og regionerne. Og det betyder en ekstra lønstigning til sygeplejersker i kommuner og regioner. Den ekstra lønstigning bliver udbetalt sammen med de generelle lønstigninger pr. 1. oktober 2014.

I regionerne bliver udmøntningen af reguleringsordningen på 0,37 pct. De generelle lønstigninger er på 0,36 pct. Det betyder, at den samlede lønstigning pr. 1. oktober 2014 er på ca. 0,73 pct., svarende til ca. 250 kr. om måneden alt i alt for en sygeplejerske og omkring 300 kr. om måneden for en ledende sygeplejerske på et sygehus.

I kommunerne bliver udmøntningen 0,26 pct. Og med de generelle lønstigninger på 0,37 pct. betyder det, at den samlede lønstigning pr. 1. oktober 2014 bliver på ca. 0,63 pct., svarende til godt 200 kr. om måneden alt i alt for en sygeplejerske og omkring 300 kr. om måneden for en ledende sygeplejerske i en kommune.



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Dansk Sygeplejeråd på Folkemødet 2014

Igen i år lagde Allinge på Bornholm ramme til årets Folkemøde, hvor politikere, organisationsfolk, lobbyister, journalister og folket mødes for at diskutere politik og mærkesager. Dansk Sygeplejeråd var med for tredje år i træk.

Tekst **Rikke Brams** Foto **Simon Klein-Knudsen**

Det var et veloplagt team bestående af personale og politikere fra både kredsene og Dansk Sygeplejeråd centralt, som repræsenterede Dansk Sygeplejeråd på Folkemødet, der fandt sted på Allinge på Bornholm fra den 12.-15. juni.

Dansk Sygeplejeråds telt var pyntet op i røde og hvide farver. Her kunne politikere, mediefolk, sygeplejersker og andre interesserede kigge forbi til en snak om alt fra sygepleje til psykiatri. Under Folkemødet var der arrangeret flere debatter i teltet, ligesom både formand Grete Christensen og næstformændene Anni Pilgaard og Dorte Steenberg deltog i arrangementer og debatter rundt omkring på Folkemødet.

Læs mere om de forskellige arrangementer på temasiden om Folkemødet på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på www.dsr.dk/Temaer/Sider/DSR-på-folkemødet-2014.aspx

DSR I MEDIERNE

I juni har Dansk Sygeplejeråd været i medierne i forbindelse med bl.a. disse emner.

Godt vejr får patienter til at blive væk fra aftaler

Flere patienter udebliver fra aftaler på sygehuset, når vejret er godt. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd. "Det er spild af god tid, fordi man ikke bare kan gøre noget andet, og så betyder det, at man får ekstra travlt andre dage, fordi der skal sættes ekstra patienter på," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til dr.dk

Sygehusene har brug for økonomisk håndsrækning

"Alt tyder på, at landets fem regioner igen skal igennem besparelser i milliardklassen. Det vil betyde, at stillingsnedlæggelser, besparelser og massevis af fyringer i det kommende år vil rulle ind over sygehusene," skriver formand for Dansk

Sygeplejeråd og Sundhedskartellet, Grete Christensen, i et indlæg sammen med Camilla Rathcke, formand for Yngre Læger, Karen Stæhr, sektorformand i FOA, Anja Mitchell, formand for FAS, og Soile Friis, formand for DL, i Århus Stiftstidende.

Sygeplejersker advarer mod krav om øget produktivitet

Med den nye økonomiaftale stiller regeringen og Danske Regioner krav om øget produktivitet. "Vi kan allerede i dag se konsekvenserne, da der er patienter, som lider under, at der ikke er tilstrækkelig tid til at give dem behandling," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til Berlingske.



Med lokal, dansktalende rejseleder, 5 dage.
Inkl. besøg i Den Blå Lagune

Island - efterår på vulkaner

Med base i Reykjavík får du rig lejlighed til at opleve den islandske natur, snuse til landets historie – og spæde til med masser af moderne islandsk kultur i den hippe og hyggelige hovedstad. Rejsen starter med et uforglemmeligt besøg ved Den Blå Lagune, hvor vi nyder det naturskabte turkisblå boblebad, inden vi mødes til en velkomstmiddag om aftenen.

De efterfølgende dage kan du vælge at tage på opdagelse på egen hånd eller opleve alle højdepunkterne sammen med rejselederen ved tilkøb af udflugtspakken, der inkluderer en byrundtur, en hvalsafari, gejsere, vandfaldet Gullfoss og nationalparken Þingvellir. Der planlægges også et interessant fagligt besøg.

Praktisk information

Afrejse: 1. oktober 2014

Pris pr. person i delt dobbeltværelse, kr. 6.498,-. Singletillæg: Kr. 998,-. Udflugtspakke kr. 1.798,-

Prisen inkluderer:

- Lokal dansktalende rejseleder på udflugter og v/ transport lufthavn – hotel.
- Fly Kbh. – Keflavík t/r og øvrig transport jf. program. Morgenmad dagligt og middag dag 1 og 4.
- Besøg i Den Blå Lagune. Delt dobbeltværelse.

Bestilling og information

Tlf.: 3698 9898

Mail: grupper@albatros-travel.dk

www.albatros-travel.dk/sygeplejersken
Rejsekode LR-SYG

Læs også www.dsr.dk > Læserrejser

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



27. juni

- Hovedorganisationernes EU-udvalg, AC, København
- Interne møder, Kvæsthuset, København

8. august

- Interne møder, Kvæsthuset, København

11. august

- Formandskabs- og direktionssmøde, Kvæsthuset, København
- Interne møder, Kvæsthuset, København

12. august

- Introduktion af ny formand og næstformand i SLS, Kvæsthuset, København

13. august

- 4. møde i Regeringens Udvalg vedrørende almen praksis, København

” Sygeplejerskerne er hårdt trængt, og resultatet her ligger tæt op ad de resultater, der var, da Dansk Sygeplejeråd i 2013 fik lavet en arbejdsmiljøundersøgelse af det psykiske arbejdsmiljø blandt sygeplejersker. Vi skal på sygehuset her bl.a. blive bedre til at lave en struktureret opsamling, når der sker noget psykisk hårdt.

Fællestillidsrepræsentant på Sygehus Vendsyssel,
Bente Yder, efter påbud fra Arbejdstilsynet.
I Nordjyske Stiftstidende den 14. juni.

Foredrag, mindfulness og overnatning i smukke omgivelser til gode medlemspriser

Forkæl dig selv på Vilvorde



SYGEPLEJEFESTIVAL
2014

Vilvorde varmer op til Sygeplejefestival 2014. Tag kollegerne under armen og sæt lidt tid af til samvær, inden det går løs i Lokomotivværkstedet den 15. september 2014, hvor en forrygende dag venter.

Weekenden kan du stykke sammen, som du har lyst!

Se, hvad Vilvorde byder på den 12.-13. september:

12/9: FORUNDERLIGT FREDAGSFØREDRAG

Vi skal have kaffepauserne tilbage!

Fredag den 12. september byder på foredrag med bogaktuelle enneagram-ekspert Flemming Christensen fra kl. 15 til kl. 17.30. Når du virkelig lytter til andre mennesker, vil de føle sig set og imødekommet. Den gode lytning bygger stærkere relationer – uanset om det sker på arbejdspladsen, overfor kunderne eller i privaten. Stærke relationer er en forudsætning for udvikling og vækst. Omvendt vil det at blive overhørt eller overset medføre stagnation i ens udvikling, ringere livskvalitet samt en begrænset evne til at bringe sine talenter i spil.

Foredraget tager udgangspunkt i Flemming Christensens nye bog "Lyt", som udkom den 23. april i år. Arrangementet afsluttes med et glas vin i foyeren.

Læs mere om Flemming Christensen på thinkaboutit.dk.

DSR-pris: kr. 75,- p.p.

13/9: LEVENDE LØRDAG

Mindfulness v. Lisa Bindner

Brug dagen fra kl. 9.00 til 16.00 på at styrke din indre ro. I takt med større krav til den enkelte om øget performance, effektivitet og omstillingsparathed føler stadigt flere sig fortravlede. På

denne dag træner du din evne til at være til stede i nuet, mærke dig selv og din koncentration. Det hjælper dig til at opnå større grad af indre balance og ro, mere effektivitet og glæde. Prisen er inklusive pauseforplejning og frokost.

Læs mere om Lisa Bindner på www.lisabindner.com

DSR-pris: kr. 850,- p.p.

Overnatning

Der er selvfølgelig mulighed for at overnatte i forbindelse med Sygeplejefestival i denne weekend. Prisen er pr. nat og inklusive morgenbuffet.

Tilmelding på vilvorde@dsr.dk mærk: sygeplejefestival

DSR-pris enkeltværelse kr. 455,- (listepris kr. 970,-)
DSR-pris dobbeltværelse kr. 750,- (listepris kr. 1.500,-)

Middag

Fredag, lørdag og søndag er der mulighed for at booke en 2-retters middag inkl. 1 glas vin.

DSR-pris: 245,- p.p. (listepris kr. 385,- p.p.)

Tilmelding på vilvorde-kursuscenter.dk under "Efterårsevents"

Mere respekt til SHK-grupperne

Fredericia Messecenter var fyldt af engagement og debat, da flere end 1.000 sundhedsprofessionelle fra hele Sundhedskartellet mødtes til stormøde for at skyde OK15 i gang.

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Heidi Lundsgaard**

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen, der også er formand for Sundhedskartellet, åbnede en konference, hvor over 1.000 sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle fra Sundhedskartellet var samlet i Fredericia forud for OK15. I sin tale pegede Grete Christensen bl.a. på, at kvalitet skal gå forud for produktivitet.

”Sygehusene har gennem de seneste år præsteret nogle ret utrolige produktivetsforbedringer. Det er lykkedes at behandle mange flere patienter for de samme penge. Men personalet på sygehuse har også løbet stærkt. Man kommer altså ikke sovende til rekordstore produktivetsforbedringer på omkring 4 pct. om året. Og nu er vi der, hvor det vil gå ud over kvaliteten,” sagde Grete Christensen og tilføjede, at det samme billede tegner sig på det kommunale område, hvor kommunerne af frygt for sanktioner sparer mere, end der egentlig kræves af dem.

Paneldebat om forventningerne

Åbningstalen blev efterfulgt af en paneldebat om OK15 mellem Michael Ziegler fra KL, Anders Kühnau fra Danske Regioner, Bente Sorgenfrey fra FTF, Flemming Winther fra CFU og Grete Christensen.

”Det vigtigste for Sundhedskartellets grupper er respekt for professionerne og for vores fagligheder. Og den respekt skal kunne genfindes i overenskomsterne,” pegede Grete Christensen på som noget af det vigtigste ved de kommende overenskomstforhandlinger.

Hun uddybede:

”Medarbejderne i den offentlige sektor skal vide, at de er værdsatte. Husk på, at den private sektor ikke kan fungere uden den offentlige sektor. De offentligt ansatte skal have mere i løn.”

Væk med unødigt dokumentation

Mange medlemmer af Sundhedskartellet oplever dagligt at spilde tid på unødigt do-

kumentation. Derfor var emnet helt centralt i paneldebatten. Og alle paneldeltagerne var enige om, at der er for meget unødigt dokumentation. Hvorvidt den unødige dokumentation kan reduceres via overenskomstforhandlinger, var der dog ikke enighed om.

”Jeg tror ikke, at overenskomsterne vil føre til mindre dokumentation,” sagde Anders Kühnau fra Danske Regioner.

Grete Christensen mente til gengæld, at arbejdsgiverne skal tage et ansvar for at få ryddet op i den unødige dokumentation.

”Regionerne bliver nødt til at tage et ansvar. I Sundhedskartellet vil vi gerne sikre en kvalitet, der gør, at vi kan udvikle og forske. Den slags dokumentation skal vi beholde. Men der er en række andre ting, hvor vi oplever, at vi laver unødigt

dokumentation, eksempelvis i form af tjeklister, der ikke bliver brugt til noget som helst. Derudover oplever sygeplejersker og andre, at it-systemerne på deres arbejdspladser ikke ”taler” sammen. Og det betyder, at den samme dokumentation skal udføres i flere systemer. Det skal der ryddes op i,” sagde Grete Christensen.

Anders Kühnau medgav senere i debatten, at regionerne havde et medansvar for den unødige dokumentation.

Sidst på dagen gik Sundhedskartellets 11 organisationer hver især i enrum for at debattere forventningerne til OK15. For sygeplejerskerne var det bl.a. arbejdstid, specialuddannelser, løn, TR-vilkår og det fremtidige samarbejde med KTO, der fyldte debatten.

Over 1.000 sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle fra Sundhedskartellet var samlet i Fredericia forud for OK15.



FOTO: HEIDI LUNDGAARD

Sygeplejersker advarer: Socialt udsatte lander mellem to stole

Hele 35 pct. af landets i alt godt 12.000 kommunalt ansatte sygeplejersker oplever ofte problemer, når socialt udsatte som f.eks. misbrugere og hjemløse udskrives fra hospitalerne til videre behandling i kommunen. De ender tit mellem to stole, fordi der mangler sammenhæng i sundhedsvæsenet, lyder advarslen fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Mads Krøll Christensen** og **Camilla Bech Madsen**
Analyse **Simon Martin Hansen**



FOTO: LINE THIT KLEIN

“Vi kender de mange tilbud, der er i f.eks. det kommunale system, og vi kender de socialt udsatte. Det sikrer sammenhæng,” siger Nina Brünés, faglig konsulent for socialsygeplejerskerne i hovedstaden.

Hver tredje kommunalt ansatte sygeplejerske oplever ofte udfordringer, når socialt udsatte patienter udskrives fra hospitalet til videre sygepleje og behandling i kommunalt regi. Det afslører en ny undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråd har lavet i samarbejde med MEGAFON.

“Det sker, at hospitalerne ikke får givet kommunernes hjemmepleje besked om de her patienter. Konsekvensen er, at de socialt udsatte, som er afhængige af en hurtig indsats fra kommunen, falder mellem to stole. Det oplever vi ofte,” fortæller Inge Jekes, der er formand for Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Kommunerne.

“Og så går det rigtigt galt, fordi nogle af dem lader sig udskrive, før de er færdigbehandlet, fordi de ikke kan holde ud at være på en institution som eksempelvis et hospital,” fortsætter hun.

Manglende sammenhæng rammer de svageste

I Dansk Sygeplejeråd nikker formand Grete Christensen genkendende til problematikken. Hun peger på, at manglende sammenhæng mellem hospitaler og kommuner fortsat er en af de helt store udfordringer for sundhedsvæsenet.

“Der er i den grad brug for at styrke sammenhængen mellem kommuner og hospitaler. Og det skal vel at mærke være en sammenhæng, hvor der er et stærkt fokus på den enkelte patient,” siger Grete Christensen og understreger:

“Manglen på sammenhæng betyder, at specielt de patienter, der er ressourcetsvage og ikke har et netværk, efterlades i et slags ingenmandsland mellem sektorerne.”

Socialsygeplejersker hjælper socialt udsatte

Region Hovedstaden har ansat såkaldte socialsygeplejersker på hospitalerne. Sygeplejerskerne har indgående kendskab til det liv,

socialt udsatte borgere lever, og de kender også kommunale tilbud og private humanitære organisationer, der hjælper stofmisbrugere, alkoholikere og hjemløse efter udskrivelse fra hospitalet.

“Det er rigtig vigtigt, at de socialt udsatte ikke falder ned mellem to stole, når de udskrives til videre opfølgning i kommunalt regi. Derfor har socialsygeplejerskerne et tæt forløb med de kommunale samarbejdspartnere. Vi kender de mange tilbud, der er i f.eks. det kommunale system, og vi kender de socialt udsatte. Det sikrer sammenhæng med fokus på den enkeltes behov,” siger Nina Brünés, faglig konsulent for socialsygeplejerskerne i hovedstaden.

De gode erfaringer fra Region Hovedstaden har inspireret Aarhus Universitetshospital (AUH), som i løbet af foråret ansatte to socialsygeplejersker i Fælles AKUT Afdeling til gavn for både patienter og personale.

“Det er ofte en udfordring for personalet, når socialt udsatte indlægges. Stofmisbrugere kan have behov for at få mere smertebehandling, selvom de allerede har fået en almindelig dosis metadon. Det kan virke voldsomt at give en misbruger både metadon og morfin, hvis ikke man forstår vedkommendes situation,” siger Anette Schou Kjeldsen, centerchef for Akutcentret på AUH.

“Socialsygeplejerskerne har allerede erfaring med socialt udsatte, som det øvrige personale kan trække på. Det skaber tryk,” forklarer hun.

Talerør for socialt udsatte

For flere socialt udsatte patienter er døren til hospitalet ikke en, de har lyst til at træde ind ad. På hospitalet føler de sig ofte stigmatiseret og misforstået. Her kan socialsygeplejersker fungere som talerør og sikre, at socialt udsatte får den behandling, de har brug for, mens de er indlagt.

“Vi kan faktisk se, at mange af genindlæggelserne på AUH er af borgere under 65 år med en misbrugs- og/eller psykiatridiagnose. Socialt udsatte har det ikke godt med at være indlagt og kan have behov for at blive udskrevet, før behandlingen er tilendebragt. Ofte er misbrugere også bange for ikke at få deres medicin til tiden, og det giver dem utryk under indlæggelsen,” fortæller Anette Schou Kjeldsen, der håber på, at kontakten med socialsygeplejerskerne vil få socialt udsatte til at føle sig bedre tilpas på hospitalet og nedsætte risikoen for unødvendige genindlæggelser.

Udbred ordningen

I undersøgelsen fra Dansk Sygeplejeråd og MEGAFON angiver 61 pct. af de kommunalt ansatte sygeplejersker, at socialsygeplejersker vil lette overgangen fra hospital til kommune.

Valg om næstformandsposterne til efteråret

Til efteråret skal medlemmerne til de elektroniske stemmeurner, når der skal vælges to næstformænd til Dansk Sygeplejeråd. Medlemmerne får dermed mulighed for at få indflydelse på, hvem der sammen med formanden skal stå i spidsen for Dansk Sygeplejeråd. Det sker fra den 25. oktober til og med den 6. november 2014, hvor selve valget finder sted.

Hvilke kandidater er optaget af hvilke sygeplejefaglige og sundhedspolitiske spørgsmål? Det står klart i løbet af efteråret, hvor næstformandskandidaternes valgoplæg bliver bragt bl.a. i *Sygeplejersken*. Følg med i *Sygeplejersken* og på www.dsr.dk frem til valget løber af stablen i slutningen af oktober.

Kandidater findes i kongressen

Næstformandskandidaterne skal findes blandt kongressens 163 delegerede. Den 30. september er sidste frist for at melde sig som næstformandskandidat.

Vigtige datoer

- **Fredag den 15. august** valget skydes i gang på hjemmesiden
- **Tirsdag den 30. september** kl. 15.00 udløber fristen for at stille op som kandidat. Navnene på næstformandskandidaterne offentliggøres dog løbende efterhånden, som de anmelder deres kandidatur.
- **Lørdag den 25. oktober** afstemningen begynder og løber frem til og med torsdag den 6. november kl. 23.59
- **Fredag den 7. november** offentliggørelse af navnene på de to næstformænd for perioden 2014-2018 på www.dsr.dk

Mød kandidaterne

Steder og mødetidspunkter mangler, men allerede nu kan kredskontorerne oplyse, hvilke dage medlemmerne kan møde næstformandskandidaterne forud for valget (med forbehold for ændringer):

- **8. oktober - Kreds Syddanmark**
- **9. oktober - Kreds Nordjylland (kl. 17-21)**
- **21. oktober - Kreds Sjælland**
- **22. oktober - Kreds Hovedstaden**
- **23. oktober - Kreds Midtjylland**



Det kommer ikke bag på Grete Christensen, der ikke er i tvivl om, at socialsygeplejersker er en god investering både samfundsøkonomisk og menneskeligt.

"Dels sikrer de, at socialt udsatte gennemfører deres indlæggelsesforløb, og at behandlingen fortsættes i kommunalt regi efterfølgende. Det reducerer antallet af genindlæggelser, der jo er dyre. Og dels sikrer de et værdigt forløb for de socialt udsatte," siger Grete Christensen og fortsætter:

"I dag er ordningen langt fra landsdækkende, og det er ikke godt nok. Socialt udsatte bør få samme tilbud i hele landet, og der bør være mulighed for, at sundhedspersonalet på alle landets hospitaler kan gøre brug af socialsygeplejerskernes kompetencer."

I alt har 547 sygeplejersker deltaget i undersøgelsen. Se undersøgelsen på www.dsr.dk/analyse

Fakta om socialsygeplejersker

På seks hospitaler i Region Hovedstaden er der ansat socialsygeplejersker. På AUH i Region Midtjylland er der ansat to socialsygeplejersker på en projektordning, der skal evalueres efter et år.

Socialsygeplejerskerne fungerer som en sundhedsprofessionel støtte for den socialt udsatte patient, så vedkommende på en værdig måde gennemfører sin behandling. Socialsygeplejersker kan endvidere bidrage til at lette overgangen mellem sektorer for de socialt udsatte patienter. Undersøgelsen havde til formål at undersøge kommunalt og regionalt ansatte sygeplejerskers vurdering af dels udfordringerne ved at arbejde med socialt udsatte patienter, og dels af, om deres arbejdsplads vil kunne drage fordel af at have socialsygeplejersker tilknyttet.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Tre kandidater har meldt sig

Foreløbigt har tre sygeplejersker meldt deres kandidatur til de to næstformandsposter i Dansk Sygeplejeråd.

De to nuværende næstformænd Anni Pilgaard og Dorte Steenberg har begge meddelt, at de genopstiller. Derudover har kredsnæstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Syddanmark Line Gessø meldt sit kandidatur.

Opstillingsfristen udløber den 30. september.

Dansk Sygeplejeråd vil løbende informere om valget på hjemmesiden og i *Sygeplejersken*.

En festival for sygeplejen

Tidligere hed det fagdage, når sygeplejersker mødtes til fordybelse i sygeplejefagets mange facetter. Dansk Sygeplejeråd har nu fornyet konceptet i form af Sygeplejefestival 2014, der finder sted den 15. september.

Stedet er DSB's gamle lokomotivværksted i Københavns Sydhavn. Placeret midt mellem byggeri af ny metro og DSB's baneterræn, hvor togene fragter folk til og fra hovedstaden, er lokomotivværkstedet en autentisk industriel ramme med plads til de mange små og store scener med masser af faglige oplæg.

Det faglige program

Frit valg på alle hylder blandt dagens mange fagsessioner. Det er konceptet. Men med det store udbud kan det være en fordel at sætte kryds i programmet på forhånd. Fagsessioner, workshops og keynote-oplæg kommer til at foregå samtidigt over ni scener. 160 sygeplejersker har indsendt abstracts med ny sygeplejeviden. Mange vil dagen igennem præsentere deres arbejde ved oplæg og opsatte posters, og nyuddan-

nede sygeplejersker præsenterer deres bachelorprojekter.

Markedsplads og biograf

Markedspladsen tilbyder faglige redskaber til at tage med hjem i egen praksis, og der vil være korte fagsessioner, workshops og dialog med Faglige Selskaber, Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Sygeplejeetisk Råd, Videnscenter for brugerinddragelse (Vibis), Dansk Selskab for Patientsikkerhed og mange flere.

I festivalens biograf kan man bl.a. se korte film om de glæder, sorger og rutsjerture, som demente og deres pårørende kommer på i mødet med sygdommen.

Mad og transport

Maden er inkluderet i entréprisen. Husk, at flere kredse arrangerer fælles transport til Sygeplejefestivalen.

Læs mere og følg med

dsr.dk/sygeplejefestival
facebook.com/sygeplejefestival



SYGEPLEJEFESTIVAL
2014 



Fagligt skøn og kliniske retningslinjer

Center for Kliniske Retningslinjer, Aalborg Universitet.

"Hvad er grundlaget for et fagligt skøn? Uden faglighed kan man ikke foretage et skøn." Sygeplejerske og professor Preben Ulrich Pedersen fra Center for Kliniske Retningslinjer ved Aalborg Universitet har sammensat et program, der dagen igennem har fokus på kliniske retningslinjer.

Det foregår over tre fagsessioner a en times varighed. Først handler det om sygeplejeuddannelsen.

"De kliniske retningslinjer er med til at give sygeplejerskerne en opdatering af deres faglighed. Derfor er det væsentligt, det indgår i grunduddannelsen," fortæller Preben Ulrich Pedersen, som også gerne vil aflive nogle myter. F.eks. at kliniske retningslinjer er en hindring for omsorgen, eller at bløde værdier ikke kan måles.

Fra Tyskland kommer sygeplejerske og ph.d. Gabriele Meyer, som har undersøgt, hvordan man forebygger fald bedre ud fra faglige skøn frem for screening.

Arkivfoto Christoffer Regild



Sygeplejersker i spidsen for forandring

Thora Grothe Thomsen, klinisk sygeplejespecialist og postdoc, Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge Sygehuse

Hvad rører sig hos patienterne, efter de har været igennem et accelereret operationsforløb for kolorektal cancer, og hvilke forandringer i kontrolforløbet er hensigtsmæssige at gennemføre?

"Tryghed og sammenhæng i kontrolforløb efter tarmkræft" er et forskningsprojekt, hvor sygeplejersker har en vigtig rolle.

"Det er det første forskningsprojekt inden for accelererede operationsforløb på kræftområdet, hvor sygeplejersker fra afdelingen indgår som aktive deltagere i forskningsprocessen, og hvor der er fokus på at gennemføre primært sygeplejeledede forandringer," fortæller Thora Grothe Thomsen.

Hun vil gerne inspirere andre sygeplejersker til at deltage i lignende forandringsprocesser. Projektets sygeplejersker har fået bedre indblik i, hvilke patientcentrerede forandringer der er behov for at gennemføre, og ønsker mere at skabe forandring.

Støtte til etiske dilemmaer i hverdagen

Randi Bligaard Madsen, formand for Sygeplejeetisk Råd, udviklingskoordinator, Medicinsk Afdeling, Hospitalsenheden Vest.

Sygeplejeetisk Råd kommer og præsenterer de nye sygeplejeetiske retningslinjer på festivalen.

"Sygeplejerskerne kan finde støtte og vejledning i retningslinjerne, når de støder på etiske dilemmaer i hverdagen. Vi vil gerne skabe mere refleksion hos sygeplejerskerne, som de kan bruge i deres hverdagspraksis."

"Hvordan vi får sygeplejerskerne til at gøre opmærksom på, når forandringer i sundhedsvæsenet får konsekvenser for de sårbare grupper som f.eks. demente, kronisk syge og psykisk syge. De sårbare grupper passer ikke altid ind i sundhedsvæsenet. På festivalen vil vi hjælpe til at italesætte ulighed i sundhed."

Sygeplejeetisk Råd er til stede hele dagen med en etisk bod. Her kan sygeplejersker få råd og diskutere velfærdsteknologi og etik.

Arkivfoto Simon Klein-Knudsen





I 2013 tegnede personligt fremmøde sig kun for 0,7 pct. af henvendelserne i Patientvejledningen. Hele 89,3 pct. af henvendelserne var telefoniske, mens 10 pct. var skriftlige. I langt de fleste tilfælde handler en henvendelse til patientvejledningen om flere problemstillinger. På billedet ses sygeplejerske og patientvejleder Lonni Fogh (midtfor) og Grete Christensen (t.h.).

“Vi er hverken patientens advokat eller systemets vogter”

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Simon Klein Knudsen**

Patientvejledningen i Region Sjælland har udelukkende sygeplejersker ansat. Og både patienter, pårørende og sundhedspersonale gør i stor stil brug af sygeplejerskernes uafhængige og uvildige vejledning. Dansk Sygeplejeråds formand var i klinik hos patientvejlederne.

11.111. Så mange henvendelser modtog Patientvejledningen i Region Sjælland alene i 2013. De tusindvis af henvendelser spændte vidt fra konkrete spørgsmål om f.eks. ventetid, frit sygehusvalg og klagevejledning til forespørgsler i forbindelse med komplicerede patientforløb.

“Det er helt sikkert, at jo mere uoverskueligt sundhedsvæsenet bliver, og jo

mere kompleks lovgivningen er, jo større bliver behovet for den personlige information, vejledning og rådgivning,” fortæller sygeplejerske og patientvejleder Dorrit Verding.

Sammen med sine fire kolleger på Patientvejledningen i Region Sjælland har hun inviteret Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen i klinik.

Sygeplejefaglig ballast en stor styrke

Patientvejledningen er lovbestemt og findes derfor i alle landets fem regioner. Hovedopgaven er vejledning, rådgivning og information om sundhedsvæsenets ydelser og patientens rettigheder. I Patientvejledningen i Region Sjælland er der

udelukkende ansat sygeplejersker. “Vi bruger vores sundhedsfaglige viden og forståelse utroligt meget. Ikke bare i samtaler med patienter og pårørende, men også når vi taler med læger og sygeplejersker. Vi behersker et fælles sprog med sundhedspersonalet, fordi vi har trådt vores faglige barnesko i sundhedsvæsenet. Den faglige forforståelse er helt uundværlig,” pointerer sygeplejerske og patientvejleder Mette Lassen.

En rundringning, som *Sygeplejersken* har foretaget til landets regioner, viser, at Patientvejledningen i Region Sjælland er den eneste af landets i alt fem patientvejledninger, der udelukkende har ansat sygeplejersker. I andre regioner er der også ansat ek-

De fem sygeplejersker i Patientvejledningen i Region Sjælland har kontorer på Regionsgården i Sorø. Sygeplejerske og patientvejleder Dorrit Verding (t.h.) viser Grete Christensen rundt.



Patientvejledere blev indført i det danske sundhedsvæsen i slutningen af 1990'erne. Siden da er funktionen blev ændret flere gange. Patientvejledningen er uvildig, og vejlederne er underlagt tavshedspligt. På billedet demonstrerer sygeplejerske og patientvejleder Lotte Lindstrøm (t.h.) vejledningens it-system for Grete Christensen.



sempelvis jurister, socialrådgivere, ergoterapeuter og HK'ere som patientvejledere.

Bruger sygeplejefaglige kompetencer

Mange patienter har i dag stor viden om deres sygdomme og om sundhedsvæsenet. Derfor stiller de meget kompetente spørgsmål og store krav, fortæller patientvejlederne.

"Vores erfaring er, at det ikke er så nemt for andre faggrupper at vejlede patienterne om deres sygdomsforløb og kommunikere med læger og sygeplejersker om løsninger," understreger Dorrit Verding og forklarer, at vejledningen både retter sig mod patienter, der har brug for hjælp til at komme videre i systemet, og mod patienter, der oplever, at der sker fejl i deres behandling:

"Vi lytter og bruger hele tiden vores sygeplejefaglige kompetencer. Vi skal rådgive, men ikke afgøre sager. Det er helt centralt."

Ny lovgivning stiller krav

De fem sygeplejersker på Patientvejledningen i Region Sjælland fortæller, at deres funktion som patientvejledere i stigende grad udfordres af et stadigt mere kom-

plekst og foranderligt sundhedsvæsen. Som eksempel nævner Dorrit Verding et nyt EU-direktiv om patientmobilitet, hvor patientkontorerne har fået særlige opgaver som nationale kontaktpunkter. Sygeplejerske og patientvejleder Merete Rasmussen uddyber:

"Hver gang, der kommer ny lovgivning, har vi en stor opgave. Ikke mindst fordi de bliver usikre ude i klinikken, og så ringer de til os."

"Derfor underviser vi også med jævne mellemrum i klinikken i ny lovgivning og i patientforeninger om rettigheder," supplerer sygeplejerske og patientvejleder Lonni Fogh.

Ikke en kontrolinstans

Patientvejledningen er uvildig, og de fem sygeplejersker er underlagt tavshedspligt.

"Vi er ikke en ombudsmand. Vi agerer ikke som kontrolinstans i forhold til sundhedsvæsenet. Men vi påviser, når noget er galt. Og det er ikke altid lige velkomment alle steder. Vi støder nogle gange på modstand i systemet," fremhæver Dorrit Verding og understreger:

"Vi er hverken patientens advokat eller systemets vogter. Vi er uvildige."

Lotte Lindstrøm supplerer:

"Der er ingen tvivl om, at vores uvildighed betyder meget. Også for sundhedspersonalet. Eksempelvis ringer praktiserende læger tit og spørger os til råds."

Værdifuld viden

Når Patientvejledningen gentagne gange oplever henvendelser om samme problemstilling, følges der op over for de relevante afdelinger både med løsning og med læring.

"Jeres erfaringer er helt unikke og meget værdifulde for såvel patienter som for sundhedsvæsenet. Det er viden, som i den grad kan og bør bruges til at gøre sygdomsforløbet mere gennemskueligt for patienten og til at gøre sundhedsvæsenet bedre både i regioner og i kommuner," påpeger Grete Christensen og understreger:

"Det er utroligt vigtigt, at I dokumenterer jeres resultater. Ikke mindst set i lyset af den forskellige organisering rundt omkring i regionerne."

Der er ca. 55 patientvejledere på landsplan.

Test giver hjemmeplejen viden om risikopatienter

De svage borgere har det med at ryge ud og ind af hospitalerne. Hvordan kan sygeplejersker i hjemmeplejen bidrage til at begrænse den trafik? Det kan de ved at forebygge genindlæggelse med en hurtig og effektiv indsats, mener sygeplejerske Kirsten Vandsted fra Brøndby Kommune. Kommunen samarbejder med Hvidovre Hospital om at nedbringe antallet af svingdørspatienter.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Søren Svendsen**

Hvad kan vi gøre for at forhindre, at du ryger på hospitalet igen? Det spørgsmål rykker en sygeplejerske fra Brøndby Kommune ud med til udsatte ældre, allerede første hverdag efter de er udskrevet fra Hvidovre Hospital. Forinden har hospitalet sendt en advarsel til kommunen om, at der nu kommer en borger hjem, som ud fra en test er vurderet til at være i fare for genindlæggelse.

Sygeplejersken tager på et "forebyggende omsorgsbesøg" som led i kommunens og hospitalets fælles bestræbelser på at holde hånden under de svage i sundhedssystemet. Med sig har hun en liste med de ting, hun skal huske at gennemgå under besøget, og en plejeplan, det hele skrives ind i. Sygeplejersken fungerer i den situation som visitator inden for sundhedslovens rammer. Det betyder, at hun kan sætte initiativer i gang med det samme.

I spidsen for kommunens udvikling af en forbedret hjemmepleje står sygeplejerske Kirsten Vandsted.

"Når borgerne kommer hjem fra hospitalet, kan vi lige så godt "skyde med skarpt" med det samme for at få dem på benene igen. Vi laver en funktionsvurdering under det første besøg og gennemgår, hvad der kan være brug for af hjælp," fortæller Kirsten Vandsted, som er assisterende leder af hjemmeplejen og dens godt 200 medarbejdere, heraf 30 sygeplejersker.

Hun oplever, at der i disse år er pres på for at udvikle kvaliteten af hjemmeplejen. Det er der bl.a. på grund af de accelererede patientforløb på hospitalerne og en voksende befolkning af ældre med komplekse plejebehov. Men hun kaster sig ud i arbejdet med glæde, nysgerrighed og mange års erfaring som bl.a. sygeplejelærer, klinisk vejleder på et hospital, sygeplejefaglig konsulent i hjemmeplejen på Amager og som leder af et plejecenter.

"Jeg er nysgerrig ad Pommern til. Jeg har altid haft det sådan, at jeg ikke kan lade være med at søge muligheder. Jeg vil gerne lægge min energi i at flytte noget, og det har jeg haft succes med. Nogle steder dog mere end andre. Jeg har prøvet at give op, fordi der var stor modstand mod forandring, og folk hellere så min hæl end min tå," siger Kirsten Vandsted.

Da det skete, erkendte hun, at hun fremover gerne ville være leder. Som leder ved man, hvad der rører sig, og hvor der er mulighed for at sætte noget i værk.

Kun 10 pct. indlægges igen

Projektet med tidlige sygeplejerskebesøg hos udsatte ældre fungerer i samarbejde med Hvidovre Hospital. Det hedder "Info 65" og foregår på den måde, at læger på hospitalets akutmodtagelse vurderer risikoen hos alle patienter over 65 år for, om deres helbred kan forværres.

Vurderingen sker bl.a. ved hjælp af en suPAR-test, der er en ny generel biomarkør. Testen er udviklet af Hvidovre Hospi- ▶

Innovative sygeplejersker

Sygeplejersken sætter i en ny serie fokus på nogle af de mange gode initiativer, som udviklings-sygeplejersker tager til gavn for patienter og samfund. Trods konkurrence fra mange andre opgaver på hospitalerne og i hjemmeplejen holder de fanen højt og styrer i samarbejde med kolleger nyttige udviklingsprojekter igennem. Der er bred enighed om, at innovation og udvikling er nødvendig for, at sundhedssystemet lever op til krav om f.eks. bedre behandling, effektivisering, målrettede patientforløb og samarbejde på tværs. Men hvordan får man som sygeplejerske succes med sit projekt? Det svarer tre ildsjæle på i serien "Innovative Sygeplejersker". Dette er anden artikel i serien.



”Jeg er nysgerrig ad Pommern til. Jeg har altid haft det sådan, at jeg ikke kan lade være med at søge muligheder. Jeg vil gerne lægge min energi i at flytte noget, og det har jeg haft succes med.

► tal i samarbejde med en virksomhed. Testen måler mængden af proteinet suPAR, som forekommer i blodet hos alle. Men jo højere niveau af suPAR, desto større risiko har patienten for mere sygdom. Testen angiver, hvor syg borgeren er, men ikke, hvad borgeren fejler.

Der laves også en CRP-analyse og en række andre undersøgelser, som f.eks. hvor mange sekunder det tager patienten at gå fire meter. Formålet med projektet er at blive klogere på, om man med afsæt i en risikovurdering kan gøre en indsats, som holder folk mere raske. Københavns Kommune er også med i projektet, og borgere i Hvidovre er kontrolgruppe.

Endnu er der ikke endelige resultater af projektet, men for Brøndby Kommune ser det lovende ud, siger Kirsten Vandsted.

”Det er selvfølgelig ikke alt, vi kan forebygge. Der kan støde en urinvejsinfektion til eller et fald, hvor der ikke er nogen sammenhæng mellem vores indsats og begivenheden. Men vores læring indtil nu er, at det er gavnligt med en grundig forebyggende indsats,” siger hun.

Det foreløbige resultat af projektet er, at 10 pct. af de ældre fra Brøndby er blevet genindlagt, og det er et lavt tal. Når der er tale om såkaldte risikoborgere, er det flot at ligge under 30 pct. ifølge Kirsten Vandsteds oplysninger.

Brøndby har i forvejen et princip om at rykke hurtigt ud til borgerne efter hospitalsophold. Men i det nye projekt har sygeplejerskerne en nyttig viden med sig om, at borgeren har øget risiko for at blive genindlagt.

Der er penge i forebyggelse

”Sygeplejerskerne fortæller, at det har skærpet deres opmærksomhed at få at

vide, at her er en borger i risikozonen. Det gør, at de er mere tilbøjelige til at sætte ind med en indsats her og nu i stedet for at vente på, at visitator har været inde over,” siger Kirsten Vandsted.

Arbejdet lader sig gøre inden for de normeringer, som kommunen allerede har, og det hører med til historien, at kommunen har et økonomisk incitament til at bremse trafikken med svingdørspatienter.

”Det koster kommunen op mod 14.000 kr., hver gang en borger bliver indlagt, og når borgerne bliver sundere og mere selvhjulpne, kan der også være en økonomisk gevinst i det for kommunen,” siger Kirsten Vandsted, der synes, det giver god mening at være med til at få samarbejdet i trekanten mellem hospitaler, kommuner og almen lægepraksis til at fungere godt.

”Jeg synes ikke, vi samarbejder godt nok i dag i Danmark,” siger hun, og derfor har hun taget initiativ til en lokal forløbskoordinationsgruppe. Den undersøger, hvordan samarbejdet er før og efter en indlæggelse. Målet er at koordinere samarbejdet med læger og hospitaler bedre.

Ikke længere en retrætepost

Samtidig må hun erkende, at der er faglige udfordringer i hjemmeplejen, fordi patienter

ikke længere udskrives, når de er færdigbehandlede, men når de er udskrivningsparate.

”Det var engang sådan, at det var en retrætepost at arbejde som sygeplejerske på et plejehjem og til dels også i hjemmeplejen. Men i dag er det kompleks sygepleje, der udføres i kommunerne. Det er først, når det er uforvarsomt at være i eget hjem, at borgerne ikke skal være der. Det kræver specialiseret sygepleje,” siger Kirsten Vandsted.

At arbejdet foregår spredt ude i hjemmene, er en særlig udfordring. Kvaliteten skal være ensartet høj alle steder og inden for alle sygeplejespecialer. I Brøndby Kommunes hjemmesygepleje er der derfor ansat diplomuddannede sygeplejersker med forskellige specialer: KOL, demens, sårpleje, palliation osv. De udvikler standardplejeplaner, som det øvrige personale skal følge.

”En af barriererne for at opnå ensartet høj kvalitet i hjemmeplejen er, at der findes medarbejdere, som tror, de er klogere end den, der har lavet plejeplanen, og så lader de være med at følge den. Men den adfærd vil vi ikke have her hos os. Her skal man følge den plan, som er lagt af specialisten og spørge om hjælp, hvis man har brug for det.”

Kirsten Vandsteds tip til udvikling

Største barriere for udvikling af et godt tilbud til borgerne i eget hjem er manglende koordination mellem hospital, hjemmepleje og almen praksis. Derfor må hjemmeplejen:

- Rykke hurtigt ud til borgeren efter indlæggelse
 - Etablere et godt koordinerende samarbejde med læger i almen praksis og hospitalerne
 - Sikre, at der er specialister blandt sygeplejerskerne i hjemmeplejen, og at deres viden inden for f.eks. demens, KOL, palliation og sårpleje er tilgængelig for kollegerne.
-

Mål temperaturen i øret

Kommentar til artiklen "Undgå magtanvendelse ved temperaturmåling" i Sygeplejersken nr. 6/2014.

Af **Hanne Hvingelby**, hygiejnesygeplejerske, og **Anette Jensen**, hygiejnesygeplejerske, MPH, Infektionshygiejnisk Enhed, Regionshospital Vest, Holstebro

Det er med stor interesse, vi har læst artiklen, hvor forfatterne tager fat i et meget væsentligt emne. Som forfatterne refererer, kan der sættes et stort spørgsmålstegn ved, hvad målingen skal vise, for at man kan tale om feber, idet kropstemperatur influeres af alder, køn, døgnrytme, medicinindtagelse, hormonspejl samt mange andre faktorer.

Trods fokus på de infektionshygiejniske udfordringer med håndtering opstår der desuden uvægerligt situationer, hvor der sker kontaminering af såvel patientens hænder som miljøet, ligesom der i litteraturen findes eksempler på, at rektaltermometre har været forbundet med smitteoverførsel. Rektal temperaturmåling skal

- hvis patienten selv udfører det - ledsages af håndvask efterfulgt af hånddesinfektion. Og hvor patienten ikke selv kan udføre målingen, kræver det ofte to personer til af- og påklædning, lejring m.m.

Som praksis er nu, udfører de fleste afdelinger i Hospitalsenheden Vest derfor temperaturmåling i øret. Dette kan udføres, mens patienten sidder oppe i stol og eventuelt i venterum eller gangareal. Det er ikke krænkende for patientens blufærdighed eller forbundet med smerte og er ikke forbundet med samme risiko for brud på hygiejnen.

I forbindelse med indførelse af den nationale kliniske retningslinje har vi i Hospitalsenheden Vest drøftet de infekti-

onshygiejniske konsekvenser ved at skulle indføre rektal temperaturmåling. Hvor temperaturmåling tidligere har haft en større betydning i vurderingen af, om patienten var ved at udvikle kritisk sygdom, har temperaturmåling måske ikke samme afgørende betydning i dag, hvor nye biokemiske målemetoder som f.eks. CRP understøtter vurderingen af patienten. Til gengæld vil en let adgang til temperaturmåling - som eksempelvis ved øretemperaturmåling - medføre, at der kan foretages hyppige målinger uden gener for patienten, og uden infektionshygiejniske risici.

Spørgsmålet er derfor, hvor meget den største nøjagtighed må koste.

NAVNE

Ligelønspris til journalist

FOTO: HEIDI LUNDSGAARD



Journalist, debattør og forfatter Pia Fris Laneth har modtaget Sundhedskartellets Ligelønspris. Prisoverrækkelsen fandt sted i Fredericia Messecenter, hvor flere end 1.000 medlemmer af Sundhedskartellet var samlet til stormøde forud for overenskomstforhandlingerne på det offentlige område i 2015.

Prisen blev overrakt af Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, som også er formand for Sundhedskartellet.

"Pia Fris Laneth modtager vores Ligelønspris, fordi hun vedholdende deltager i debatten om ligestilling og ligeværd med ord, viden, dokumentation og ikke mindst en meget skarp pen. Hun er bredt engageret i mange samfundsforhold, men især ligestilling og ligeløn synes at ligge hendes hjerte nær," sagde Grete Christensen ved overrækkelsen.

Pia Fris Laneths engagement i kampen for ligestillingen mellem kvinder og mænd tæller bl.a. hendes bestseller om kvindernes kamp for ligestilling, bogen "Lilly's Danmarkshistorie!"

"Jeg er meget stolt af prisen. Det betyder meget, at der er nogen, som læser, hvad jeg skriver og sætter pris på det. Og der er stadig meget at kæmpe for. Uligeløn handler dybest set om manglende respekt for kvinders arbejde," sagde Pia Fris Laneth.

Ligelønsprisen består af to figurer, som bronzekunster Line Møllebro har fremstillet. Figurerne forestiller en kvinde og en mand, som i forening strækker sig for at nå hinanden. Det er tredje gang, at prisen uddeles.

I 2010 modtog ligestillingsforskeren Karen Sjørup, lektor ved Roskilde Universitet, prisen, i 2012 gik prisen til daværende medlem af Europaparlamentet, Britta Thomsen.

Sundhedskartellet har 120.000 medlemmer fordelt på 11 faggrupper, som f.eks. sygeplejersker, jordemødre og fysioterapeuter.

(mkc)

Årets psykiatriske sygeplejerske

Sygeplejerske Lotte Lomholt, Aalborg, har modtaget prisen som årets psykiatriske sygeplejerske for sit store arbejde med brugerinvolvering i den psykiatriske sygepleje.

"Jeg er utrolig glad for prisen. Specielt fordi to af mine brugere sammen med min kollega har været med til at nominere mig. Det betyder meget, og det giver mig ekstra dynamik til at kæmpe videre for mere brugerinvolvering i psykiatrien," siger Lotte Lomholt, som til daglig arbejder i OPUS-teamet i Aalborg, et team for unge med nyopdaget skizofreni.

Det er anden gang, at prisen som årets Psykiatriske Sygeplejerske uddeles. Prisen er indstiftet af Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker under

Dansk Sygeplejeråd og består udover anerkendelsen af en check på 10.000 kr.

"Vi vil gerne sætte fokus på de mange psykiatriske sygeplejersker, som gør en helt ekstraordinær indsats, men som sjældent bliver anerkendt for deres indsats," forklarer Bente Pedersen, formand for Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker.

"Og da det kun er sygeplejersker, der kan indstille kandidater til prisen, bliver alle de sygeplejersker, som er nomineret til prisen, anerkendt og fremhævet for deres særlige rolle i den psykiatriske sygepleje," understreger hun.

Prisen blev overrakt af Dansk Sygeplejeråds næstformand, Dorte Steenberg, ved en begivenhed på Hotel Fåborg Fjord.

"Lottes arbejde gør indtryk. Og efterlader store aftryk. Hun gør en markant forskel i sine patienters hverdag, fordi hun tør sætte sig selv i spil på en måde, der er troværdig, og som giver et værdifuldt input til hendes patienter. Det er fuldt fortjent, at hun modtager prisen," siger Dorte Steenberg.

I år var i alt fem sygeplejersker fra hele landet og fra forskellige arbejdsfelter i den psykiatriske sygepleje indstillet til prisen af deres kolleger.

Sygeplejersken bragte i nr. 16/2011 et portræt af Lotte Lomholt, som dengang netop var blevet uddannet sygeplejerske efter i 14 år at have arbejdet som sosu-assistent.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR

optimal hygiejne & patient-integritet



Book tid for en GRATIS FREMVISNING hos jer af en Silentia foldeskærm på telefon 39 90 85 85 eller mail info@silentia.dk

Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt, fleksibelt i monteringen og kan tilpasses ethvert patientrum. Du får et godt overblik over stuen, ligesom patienternes privatliv sikres. Silentia's foldeskærme er lette at holde rene, lukker ikke lyset ude og har et flot design.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00
info@silentia.dk • www.silentia.dk

Inge Ketelsen

Inge Ketelsen døde kort før sin 51-års fødselsdag på Diakonissestiftelsens Hospice omgivet af sine nærmeste.

Inge havde været syg i godt tre år, men ligesom så meget andet i livet lod Inge sig ikke overmande af dette. Inges måde at håndtere sin sygdom på var på mange måder at sammenligne med hendes måde at håndtere livets store og små udfordringer. Hun lod sin sygdom blive en integreret del af sin hverdag - passede sit arbejde på fuld kraft ind imellem behandlinger og undersøgelser. Hun var helt og fuldt ud hustru, mor til Sigrid og Pernille, søster, svingerinde og veninde. Hun passede sit arbejde til godt en måned før sin død - et arbejde, som hun elskede så højt, og som

hun i den grad var respekteret og elsket for at varetage.

Inge blev uddannet fra Frederiksberg Hospitals Sygeplejeskole i 1987. Hun kom til Hillerød Kommune i 2003 som plejecenterleder for Skanselyet og blev allerede året efter ansvarlig for renoveringen af Ålholmehjemmet. I 2007 blev hun sektionsleder i Ældre og Sundhed, og i 2008 blev hun afdelingschef for samme område. Inden Inge kom til Hillerød, havde hun bl.a. arbejdet som sygeplejerske og senere som leder inden for det kardiologiske og opvågningsspicalet.

Inge blev bisat i overværelse af sin familie, venner, naboer, kollegaer og politikere. En flot ceremoni, som på smukkeste vis af-

sluttede Inges liv. Som præsten sagde, så handler livet ikke altid om at lægge dage til livet, men om at lægge liv til dagene. Dette var Inge mester i. Men det betyder ikke, at vi ikke kommer til at savne hendes klarhed, styrke og kærlighed helt forfærdeligt.

Ole, Sigrid og Pernilles savn er uden tvivl allerstørst, men Inge har helt sikkert efterladt noget af sin styrke og kærlighed i deres hænder.

Æret være Inges minde.

*Mette Bryde Lind,
direktør i Scleroseforeningen, og
Susanne Lorentzen,
Borger- og Socialchef, Hillerød Kommune.*

Barbara Engell

Det er med den største sorg, vi har erfaret, at Barbara Engell så pludseligt er borte. Barbara kom ud for en trafikulykke den 19. maj i Nuuk.

Kolleger, bekendte, medarbejdere, patienter og beboere, klubmedlemmer, venner, rejsekammerater, togfolk, menighed, ja alle, og ikke mindst familien står tilbage og kan ikke begribe, at det kunne ske, at Barbara kommer ud for en ulykke og nu ikke kommer hjem fra Grønland og genoptager sin dagligdag med alle sine aktiviteter og interesser og pligter og er sammen med os andre, som hun plejer.

Barbara var kendt i mange sammenhænge som en ildsjæl, der altid var der for andre og altid satte andre før sig selv. Alle steder, hvor nogen kunne trænge til opmærksomhed og hjælp, var Barbara der. Noget, vi andre kun kan beundre og forsøge at efterleve.

Altid var Barbara i front med idéer og aktiviteter til at holde sammen på grupper og på enkeltpersoner. Altid i gang med at sætte noget og nogen i sving med et bidrag til det gode.

Barbara var ansat i Frederiksværk/Hundreded/Halsnæs Kommune i mange år som leder i hjemmeplejen, i visitationen og på plejecentre. Overalt var hun kendt som en opmærksom og omsorgsfuld kollega, en ansvarlig sygeplejerske og medarbejder. Man kan være stolt af at have kendt hende og have været kollega og arbejdet sammen med Barbara.

Utallige gange har Finn og Barbara åbnet deres hjem for at gøre et fællesarrangement hyggeligt. Om det var en større juleafslutning eller en spontan komsammen, var det aldrig et problem at stille huset på den anden ende for andre. Om nødvendigt sørgede Barbara naturligvis for, at Finn trådte ind med sit kokketalent og gjorde arrangementet til noget helt specielt. Et organisationstalent af dimensioner og til stor glæde for alle.

Vores tanker går til Finn, Anne og Lars og den øvrige familie.

*På vegne af Halsnæs Sygeplejerskeklub,
Kirsten Scholz.*



Censorer søges

Specialuddannelsesrådet søger censorer til Specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje i perioden 1.1.2015 til 31.12.2018.

Kvalifikationskrav:

- Dansk autorisation som sygeplejerske.
- Kandidat- eller masterniveau.
- Være fagligt, pædagogisk og personligt ajourført i relation til funktionen.
- Erfaring inden for psykiatrisk sygepleje og med tilknytning til området.

Ansøgningskema:

kan hentes på www.censor-it.dk
"Retningslinjer for censorfunktion ved Specialuddannelsen for sygeplejersker i psykiatrisk sygepleje", uddannelsesordning, studievejledning og bekendtgørelse kan læses samme sted.

Ansøgningsfrist: 16. august 2014.

"Hvordan skal patienten dø?"

"Hvis I hellere vil købe bombefly til 700 mio. stykket, så hav i det mindste modet til at sige, hvordan vi skal lade patienterne dø," skriver sygeplejerske Jonas Ørting i et debatindlæg i Politiken i maj om besparelser og prioriteringer på hospitalerne.

Endelig en spl med mod til at fortælle om hverdagens udfordringer.

Så sandt, men desværre absolut ikke ny viden!! Vi bliver bare ikke hørt. Hvornår er der nogen, der siger STOP????

Jeg vil ha' livskvalitet ind i "plejen"/hospitalet. Skrot de fly! Hvor er situationen på landets hospitalsafdelinger flot og modigt beskrevet af Jonas!

En rigtig god beskrivelse af, hvad det er, vi kæmper mod dagligt. De fine ord, som politikerne beskriver, og virkeligheden.

Ikke at forglemme 12-timers vagterne. Prøv en aftenvagt fredag og dagvagt fra 7.30-19.30 lørdag og søndag. Det er jo ganske normal praksis. Og der er jo sket dødsfald pga. for sen behandling og nedprioritering. Der tales bare ikke om det.

En fantastisk beskrivelse af den situation, patienterne vil ende i, og de frustrationer, de stakkels sygeplejersker, som gerne vil være der for deres patienter, dagligt vil stå med. Stressfaktor.

Jeg behøver vist heller ikke nævne lignende konsekvenser som følge af, at personalet på de lukkede psykiatriske med suicidaltruede og/eller aggressive patienter skal løbe stærkere?

Ja, den er rammende, og er meningen så, at vi skal blive ved at debattere eller snart sige stop, DSR?

Hold dig rask og selvhjulpen

Det er vanvid at tro, at man kan gennemføre besparelser og fyringsrunder på sygehusene, uden at det får konsekvenser, mener Dansk Sygeplejeråd om juni måneds indgåede økonomiforhandlinger mellem regioner og regering.

Vil de fyre personale... Synes jeg, de skulle starte på adm gangen 😊

Det er simpelthen ikke o.k., vågn nu op, politikere! Det er uansvarligt!

Hvad i alverden vil de spare på efterhånden?

Måske er det på tide at organisere sig og sige fra? Ikke bare have Grete Christensen og co. til at stå frem i medierne og fordømme politiske be-

lutninger. Politikerne er jo ligeglade, og så længe, der ikke er nogen konsekvens, hvorfor så ikke fortsætte med politikken? Hvad blev der af at sige fra? Strejke? Arbejdsnedlæggelse?

Besparelser her, besparelser der. Sig mig engang, hvad pokker sker der? Er ude i hjemmeplejen nu, og jeg kan hilse og sige, at de har rigtig travlt. En af vores hjemmesygeplejersker var grådlabil her til morgen, da hun kiggede på kørelisten.

Igen hænges der bly om benene på i forvejen drukkende folk! Vores faglige stolthed, empati, pligtfuldhed og faglige forsvarlighed udnyttes på det groveste, og vi accepterer det. Det er direkte disrespekt og mang-

lende anerkendelse for vores fag. Hvem kæmper vores kamp, DSR? I advarer og bekymrer, hvor er handlingerne? Her har vi forskellen, politikerne handler. Hvor længe lader vi stå til? Hvor længe kan vi holde os oven vande endnu?

Det kører på pumperne i forvejen mange steder med stresset og grådlabile medarbejdere. Så et godt råd, Danmark: Hold dig rask og selvhjulpen.

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

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Åben indlæggelse kan lukke dialogen

Det kan lyde som et godt tilbud. At man altid kan få en seng på sin stamafdeling, hvis man er meget syg pga. af kræft, hjerte-kar-sygdom eller andet. Men artiklen "Sundhedsfremme i det palliative arbejde" sætter spørgsmålstegn ved den antagelse. På gynækologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital havde man dårlige erfaringer med åbne indlæggelser, fordi patienternes perspektiv på den sidste levetid blev glemt på bekostning af behandling og yderligere udredning. Det fik personalet til at se kritisk på deres egne procedurer, de fandt ud af, hvad der gik galt, og ændrede på tingene. Det lyder enkelt, men måske er det en manøvre, der ofte glipper, det der med at se kritisk på, hvad det er, man gør i praksis. Det er derfor, sygeplejestuderende kan være en velsignelse. De arbejder ikke på autopilot, som vi andre kan komme til.

Måske er teori T det værktøj, ledere kan bruge, hvis de vil fremme en kultur, hvor det er naturligt at vurdere egen praksis og gøre den mere patientvenlig, læs mere om den sag i artiklen "Teori T – om bredde- og dybdefaglighed hos sygeplejersker".

"Hjælp til personlig hygiejne", det er en standardfrase, alle sygeplejersker kender betydningen af. Men personlig hygiejne er et relativt nyt begreb, der har erstattet en fuldstændig mangel på kropsvask, i takt med at renlighed og god moral blev anset for at være forbundne størrelser. I artiklen "Den personlige hygiejnes historie" sættes personlig hygiejne ind i en kontekst, hvor den samfundsmæssige udvikling kobles sammen med brugen af vaskeklude og senere brusebad.

Indlæggelsessamtalen er under lup i den faglige artikel "Tre centrale temaer i indlæggelsessamtalen". Sygeplejersker bedømmer sig selv som endda rigtig gode til at kommunikere, viser den undersøgelse, artiklen er baseret på. Alligevel er der knas med dokumentationen, og artiklen anbefaler, at der opbygges en mere sikker, stringent og systematisk måde at indsamle viden på i sygeplejen, så det faglige skøn ikke bruges som en forklaring på, hvorfor der ikke dokumenteres.

Jessie Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Udgående sygeplejersketeam forebygger indlæggelser

Heidi Næsted Stuhau, leder af hjemmeplejen i Frederiksberg Kommune; hest04@frederiksberg.dk

En væsentlig procentdel af borgerne bliver indlagt efter kl. 16.00. På den baggrund har man i Frederiksberg Kommune etableret et team af sygeplejersker, som dels er ansat på hospitalet, dels i hjemmeplejen. De kan kontaktes indtil kl. 22.00, og deres opgave er at tilse borgere i hjemmet mhp. udredning og behandling, hvis dette skønnes at være forsvarligt. Teamet kan kontaktes af andre sundhedsprofessionelle.

Fælles økonomi og fælles driftsledelse for et udgående sygeplejersketeam er muligt i et tværsektorielt samarbejde mellem Frederiksberg Hospital og Frederiksberg Kommune.

Den tværsektorielle sammensætning af teamet bygger på gode erfaringer med et "Akut Team" fra Frederiksberg Hospital, som var tilknyttet akut modtageafdeling. Teamet var tilgængeligt i hverdage fra kl. 08.00-15.00. Indlæggelsestallene viser imidlertid, at en væsentlig procentdel af borgerne indlægges af vagtlægen efter kl. 16.00 (1). Derfor initierede vi i fællesskab den nye indsats.

Løsningen blev etablering af et udgående sygeplejersketeam, der dels er ansat på hospitalet og dels i Frederiksberg Hjemmesygepleje. I dag kan det udgående sygeplejersketeam kontaktes alle dage pr. telefon fra kl. 08.00-22.00 med en sygeplejerske i fremmøde. Teamet består af seks deltidsansatte sygeplejersker med bred klinisk erfaring og specialiseret indenfor intensiv-, hjerte-, anæstesi- og skadestueområdet.

Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

Videreudvikling af teamet i det tværsektorielle samarbejde startede den 1. maj 2012.

Fagpersonalet i plejeboliger, hjemmepleje, hjemmesygepleje, rehabiliteringsenheden, vagtlæge, og praktiserende læge kan kontakte teamet med en beskrivelse af en given problemstilling hos en borger. Sygeplejersken kører til borgerens hjem for nærmere udredning og handling. Den relevante undersøgelse/behandling (f.eks. urin-/blodanalyse, væsketerapi) dokumenteres i en database samt i kommunens omsorgssystem suppleret med en mundtlig opfølgning til den henvisende fagperson. Den iværksatte behandling sker altid i samråd med egen læge, vagtlæge eller den vagthavende på akutklinikken på Frederiksberg Hospital.

Borgerne kan blive hjemme

Det udgående sygeplejersketeam øger borgerens tryghed, idet syge borgere i de situationer, hvor det giver mening, undersøges og behandles i eget hjem frem for at skulle til vagtlæge, egen læge eller skadestue. Det bidrager til borgerens lindring og helbredelse at kunne forblive i hjemmet, hvis det skønnes forsvarligt.

Pointen er, at alle tiltag sker gennem en konkret vurdering af den enkelte borger i den enkelte situation, så der skabes den rette løsning for og med borgeren (2,3).

Samarbejdet munder ud i en sammenhængende pleje- og behandlingsindsats i hjemmet i samarbejde med egen læge/vagtlæge. Skønnes en indlæggelse at være relevant, bliver den iværksat i tæt dialog med hospitalet.

På grund af den udvidede tilgængelighed til kl. 22.00 alle dage og udbredning af indsatsen viste en opgørelse for 2012, at der skete en fordobling af kontakten til teamet sammenlignet med 2011. Det har betydet, at flere borgere har undgået et besøg på skadestue, laboratorium eller ambulatorium, da det har været muligt at foretage undersøgelsen og/eller behandlingen i borgerens eget hjem.

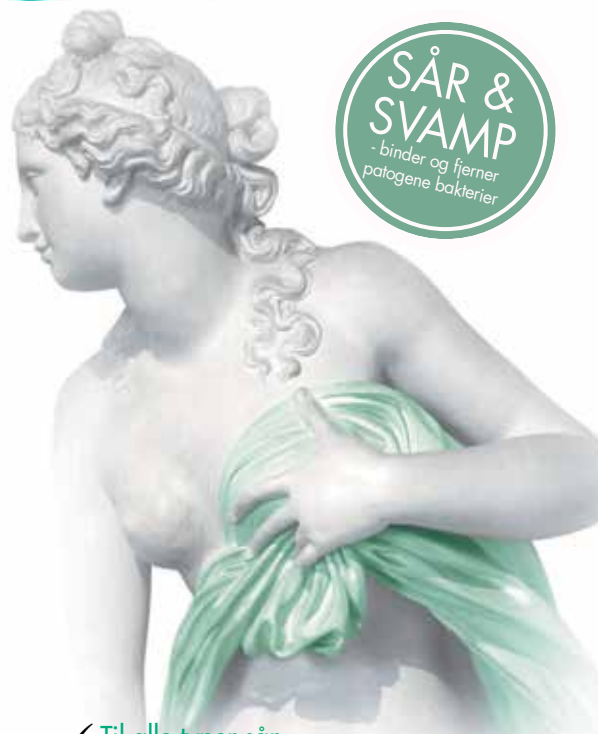
Med det tætte samarbejde på tværs af organisatoriske grænser har vi udviklet samarbejdet og videndelingen mellem de faglige personer, der er i kontakt med borgeren. Det sker gennem konkret undervisning og videndeling og ved formidling af den nødvendige faglige opfølgning hos borgeren. Den samlede indsats er igennem samarbejdet blevet løftet kvalitetsmæssigt.

Litteratur

1. Bengtson JW. Hver femte gamle patient indlægges igen. Sygeplejersken 2011;(19)16-22.
2. Møller T. Viborg investerer i akut sundhed. Nyhedsmagasinet Danske Kommuner 2012;(09).
3. Christensen MK. Akuthjælp i borgerens hjem uden blå blink. Synergi 2011; 29. marts.



sorbact®
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

Sorbact-metoden bygger på, at sygdomsfremkaldende bakterier og svampe binder til forbindingen gennem hydrofob interaktion.



Distribution:

Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200
Abena A/S - Tlf. 74311818
One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

ABIGO Pharma A/S . Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 . www.abigo.dk

Når patienten passer sig selv

Lise de Giorgi, sygeplejerske, hygiejnenøgleperson, Dialyseafsnittet, Regionshospitalet Holstebro; Lise.De.Giorgi@vest.rm.dk

Patienter bliver i stigende grad inddraget i egen behandling og pleje, og det er de tilfredse med. Men det kan have konsekvenser for den hygiejniske standard på et dialyseafsnit, hvis håndhygiejnen er mangelfuld eller ikke udføres korrekt. Et opfølgingskursus er vejen frem.

Forestil dig patienter, som selv finder mad i køleskabet, remedier i skabe til usterile og sterile procedurer og gør det hele klar til brug. Patienter, der klargør medikoteknisk udstyr, kanylerer sig selv, rydder op efter sig selv osv.

På Dialyseafsnittet, Regionshospitalet Holstebro, arbejdes der målrettet med at inddrage patienter i egen pleje og behandling. Flere studier viser, at patienter, som inddrages, får en følelse af at have kontrol over deres egen situation og er mere tilfredse med sundhedsvæsenet end patienter, som ikke er inddraget (1). De oplever desuden øget selvverd, samtidig med at deres komplians øges (2). Disse fund er i tråd med de erfaringer, vi har gjort, hvor vi har oplevet, at patienterne fra at være passive modtagere af pleje og behandling er blevet aktive. Dette har medført øget viden om egen behandling og bedre komplians, f.eks. i forhold til medicin og kost (3).

En af forudsætningerne for, at patienten kan deltage i praktiske opgaver, er, at den enkelte kan udføre korrekt håndhygiejne. Personalet underviser og vejleder i håndhygiejne og forsøger at få det til at give mening for den enkelte patient. I relation til undervisningen er det muligt at benytte en boks med ultraviolet lys, så patienten kan se, om der er områder på hænderne, der ikke desinficeres tilstrækkeligt. Der udleveres desuden en pjece om hygiejne, der konkret beskriver, hvornår og hvordan der udføres håndhygiejne. Selvom personalet vejleder og taler om vigtigheden af korrekt håndhygiejne, oplever vi, at flere patienter med tiden ikke udfører de tillærte hygiejnerutiner tilstrækkeligt.

Der har været mange drøftelser i personalegruppen om patienters håndhygiejne, og hvordan eventuelle problemer kan håndteres. Fælles for personalet er, at man synes, det er grænseoverskridende at påtale et andet menneskes manglende hygiejne. Denne erfaring svarer til resultater fra et kvalitativt studie fra Aarhus Universitetshospital, hvor det blev fundet, at personalet har barrierer i forhold til at tale med og hjælpe patienterne, når der observeres utilstrækkelig håndhygiejne. Patienterne i undersøgelsen fortæller, at de gerne vil tale om håndhygiejne, også når den ikke udføres korrekt (4).

For at sikre en tilstrækkelig hygiejnestandard på Dialyseafsnittet blev det besluttet at gennemføre ”håndhygiejneopfølgning” to gange om året hos alle patienter, som deltager i praktiske opgaver. Ved sidste opfølgning formåede 35 ud af 50 patienter at udføre korrekt håndhygiejne. De 15, som udførte hygiejnen mangelfuldt, havde bl.a. brugt for lidt håndsprit, ikke indgnedet sprit til tørhed, og enkelte havde snavsede og lange negle.

Det øgede fokus på håndhygiejne gør bl.a., at det er blevet mindre grænseoverskridende for personalet at indgå i en dialog med patienten om emnet. Vi kan konkludere, at det kræver en målrettet indsats at opretholde hygiejnestandarden, og at personalet kontinuerligt skal tage dialogen med patienterne. I relation til håndhygiejne handler det om, at patienten opnår en forståelse for, hvorfor korrekt håndhygiejne er essentiel, og derved finder mening i at udføre den korrekt.

For at udvikle kompetencerne i kommunikation er personalet i gang med uddannelse i den motiverende samtale, som er en evidensbaseret samtaleteknik, hvor man arbejder ud fra patientens perspektiv.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Dialyse ved kronisk nyresvigt – kan antallet af patienter i udgående dialyse øges? En medicinsk teknologi vurdering København 2006 [citeret 10/1 2014]. Tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: sss.st.dk > skriv titlen i søgefeltet
2. Sundhedsstyrelsen. Patienten med kronisk sygdom. Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse. Et idékatalog. København: Sundhedsstyrelsen; 2006 [citeret 10/1 2014]. Tilgængelig på sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk > skriv titlen i søgefeltet
3. de Silva D. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. London: The Health Foundation; 2011. [citeret 10/1 2014]. Tilgængelig på www.health.org.uk > skriv ”Helping people help themselves” i søgefeltet
4. Kvalitetsafdelingen, Aarhus Universitetshospital (AUH). Projekt rapport. Indlagte patienters håndhygiejne – En kvalitativ undersøgelse af indlagte patienters holdninger og adfærd i forbindelse med håndhygiejne under indlæggelse på AUH: Aarhus Universitetshospital; 2013. [citeret 25/5 2014]. Tilgængelig på www.auh.dk > skriv ”Indlagte patienters håndhygiejne” i søgefeltet

Komplementær behandling uden kompromis

Bitten Bjerhof, sygeplejerske, ansat i Afdeling for Børne og Ungdomspsykiatri i Roskilde; bitten.bjerhof@hotmail.com
Malene Kielsholm, sygeplejerske, ansat på Barselafsnittet på Hvidovre Hospital

Flere og flere hospitalspatienter ønsker komplementær og alternativ behandling. Projekt viser, at sygeplejersken har en unik mulighed for at integrere patientens ønske om denne behandling i sygeplejen uden at gå på kompromis med fagligheden.

Halvdelen af befolkningen har på et tidspunkt benyttet komplementær alternativ behandling (KAB), og de senere år har der været en stigende tendens til, at flere bruger KAB under indlæggelse. Patienter udtrykker, at KAB bruges som supplement til konventionel behandling for at skabe velvære, lindre symptomer, reducere bivirkninger og til at give en fornemmelse af at være en aktiv med-spiller i eget sygdomsforløb.

På baggrund af ovenstående sættes der i et bachelorprojekt fra januar 2014 fokus på dilemmaet mellem patientens forventninger til og ønsker om medinddragelse og brug af KAB. Projektet viser, at sygeplejersken har en unik mulighed for at integrere patientens ønske om KAB i sygeplejen uden at gå på kompromis med fagligheden. Projektet tager afsæt i de udfordringer, sygeplejersken har, når patienten ønsker KAB under indlæggelse.

Metode

Projektet er et litteraturstudie, der inddrager to danske undersøgelser. Den teoretiske ramme er Jean Watsons sygeplejeteori (1) og Aron Antonovskys mestringsteori (2), som bruges til at udvikle sygeplejerskens kompetencer, så der i interaktion med patienten opnås støtte og åbenhed overfor ønsket om KAB.

Sygepleje ud fra et helhedssyn

Projektet konkluderer, at sygeplejersken med udgangspunkt i Watsons omsorgsfaktorer og -processer kan indgå i interaktion med patienten igennem en transpersonlig omsorg, der åbner op for patientens tillid til, at sygeplejersken er åben overfor ønsket om KAB. Sygeplejersken skal ikke lade sig begrænse af manglende viden, men må være nytænkende i tilgangen til patienten med et ønske om KAB. Når sygeplejersken tager afsæt i Watsons teori, giver det mulighed for at støtte patienten i at opleve harmoni i krop, sind og sjæl, hvilket bidrager til selvkontrol og selvhelbredelse. Den holistiske tilgang gør, at sygeplejersken anerkender patientens behov for KAB, og det opretholder patientens værdighed. Det er sygeplejerskens ansvar, i interaktionen, at fungere som samarbejdspartner og støtte patienten i ønsket om KAB. Det sker ved, at sygeplejersken respekterer patienten som ændringsagent. Gennem den respekt vil der være plads til patientens initiativer, og det skaber større åbenhed for ønsket om KAB. Sygeplejersken skal i form af nærvær og åbenhed stille sig til rådighed og være fordoms-fri, så der er respekt for de valg og behov, patienten finder mening i. Det giver mulighed for medinddragelse, så der opleves en sammenhæng, som fører til, at patienten kan mestre situationen.

Analyse og diskussion

Projektets resultat fremkommer ved hjælp af tre analyse spørgsmål, som bruges til at bearbejde, analysere og diskutere, hvordan sygeplejersken i interaktionen kan skabe en større åbenhed overfor ønsket om KAB, så patienten støttes i at mestre situationen. Det er interessant, hvordan temaer som manglende støtte, håb, egen indsats, åbenhed og sygeplejerskens holistiske tilgang kan have betydning for patientens mestring. Derfor må sygeplejersken i fremtiden agere brobygger i forhold til ønsket om KAB som et supplement til andre behandlingstilbud i sundhedsvæsenet.

Projektet kan rekvireres hos Bitten Bjerhof.

Litteratur

1. Watson J. Omsorg og videnskab – en sygeplejeteori. København: Munksgaard Danmark; 1999.
2. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.



Intensivt, Internat med mulighed for fordybelse og stresshåndtering

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi.
Mindfulness-trænerkursus, trin 1 og 2 2014/2015.

**Eller har du bare lyst til, for din egen skyld,
at lære mindfulness?
(Trinene kan tages uafhængigt af hinanden)**

Kognitiv Center Fyn udbyder for 11. år kurser i Mindfulness baseret kognitiv terapi / stressreduktion med psykologerne Lene Iversen og Peter Hørslev Rasmussen for psykologer, læger og tværfagligt sundhedspersonale.

Trin 1 At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2 At lære at træne/lave kurser for andre – for deltagere, der har erfaring med Mindfulness Meditation svarende til Trin 1.

For yderligere oplysninger og tilmeldingsprocedure: se www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekr. Yvonne Wintcentzen, 5124 0450 onsdag og fredag kl. 9-13 eller yw@kognitivcenterfyn.dk

Spørg til alkoholforbrug i familien

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



Lene Berit Bjerregaard er 51 år, bor i Kerteminde og er gift med Lars. Hun har to drenge på hhv. 13 og 15 år. Lene Berit Bjerregaard er ansat

som adjunkt i Center for Klinisk Alkohol-forskning ved Klinisk Institut, Syddansk Universitet.

Hvad fik dig til at forske?

"Jeg har altid været en nysgerrig natur, der gerne ville vide mere og nå dybere ind i alting. Jeg oplevede, at sygeplejersker ofte manglede viden til at argumentere med. Jeg indså, at den eneste måde at ændre det på var at komme på niveau med lægegruppen uddannelses- og videnskabsmæssigt og tog først en suppleringsuddannelse i køn og kultur på Syddansk Universitet. Jeg blev så grebet af at læse, at jeg startede på sociologi på Københavns Universitet. Da jeg var i gang med bachelordelen, blev jeg studentermedhjælper på UCSF, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning, og var ansat der i fire år på forskellige projekter. Her blev jeg introduceret til forskningsverdenen og lærte meget, både om at forske og om, at der er så meget, vi stadig ikke har viden om. Så der er rig mulighed for at bidrage med ny viden indenfor sygepleje- og samfunds- og sundhedsvidenskaben generelt. Derfor var jeg slet ikke i tvivl om, at jeg også gerne ville uddanne mig til forsker, hvis det kunne lade sig gøre. Da jeg var blevet kandidat, flyttede jeg tilbage til Fyn og blev ansat som adjunkt på sygeplejerskeuddannelsen, hvor jeg var i fire år. Det tog mig lidt tid at komme i kontakt med et nyt forskningsmiljø, hvor jeg kunne blive ansat som ph.d.-studerende. Jeg var ansat som projektleder på H.C. Andersens Børnehospital i ni måneder, inden det egentlige ph.d.-forløb gik i gang."

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

"Emnet for min ph.d.-afhandling er sundhedsfremme på hospitalet. Den fokuserer på alkoholforbrug blandt forældre til indlagte børn, og hvordan både forældre og ansatte på hospitalet oplever, at der spørges ind til alkoholvaner/at skulle spørge forældrene om deres alkoholvaner. Der er således både et epidemiologisk perspektiv og et kommunikativt perspektiv i afhandlingen."

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

"Jeg blev indskrevet på Syddansk Universitet i Enheden for Sygeplejeforskning."

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

"Jeg fik et års løn fra hhv. H.C. Andersen Børnehospital, Odense Universitetshospital, fra Syddansk Universitet og fra TRYGFonden."

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

"Man kan læse min afhandling og de videnskabelige artikler, der er kommet ud af den, se litteraturliste."

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

"At der bliver mere fokus på et tabuområde som alkoholforbrug i Danmark – og specielt i forhold til familier med børn – er helt nødvendigt, men også svært, fordi der eksisterer mange fordomme om, hvad man kan tillade sig at spørge folk om, når de eller deres børn er indlagt på et hospital."

Min forskning har medvirket til at kaste lys på denne forforståelse, fordi det viser sig, at barriererne først og fremmest findes hos personalet og ikke hos patienter eller pårørende.

Når man går i dialog om dette og begynder at reflektere over sine egne holdninger og måder at agere på, bliver man også i stand til at ændre på sin måde at tænke og handle på. Det kom meget tydeligt frem i

mit projekt, at personalet dels manglede viden om konsekvenser af og tegn på et stort alkoholforbrug i familien. Og ikke mindst at der var et stort behov for værktøjer til at kommunikere med, altså at få hjælp til at starte en samtale om et emne, man selv synes er sensitivt, og som modparten ikke har efterspurgt. Derfor blev alle undervist i "Motivationssamtalen", og brug af denne gav nogle stærke ahaoplevelser i personalegruppen. Pludselig når man et helt andet sted hen i en samtale, end man er vant til, når man bruger den anerkendende og empatiske, spørgende tilgang.

Så projektet har haft den betydning, at der tales mere åbent om sensitive emner, og at der er større fokus på KRAM-faktorerne. Personalet erfarede også, at de kunne bruge metoden i forhold til andre emner, f.eks. i forhold til diabetes. Mit projekt foregik på to pædiatriske sengeafsnit. Afdelingsledelsen besluttede på baggrund af mine resultater at indføre brug af "Motivationssamtalen" til alle ansatte på Børnehospitalets ni afsnit, så det var en god sideeffekt af projektet ud over de videnskabelige resultater. Det er en god anerkendelse, synes jeg, og et tegn på, at implementeringen er lykkedes."

Hvad forsker du i aktuelt?

"Mit postdocforløb er tilknyttet Odense Børnekoorte og jeg undersøger nyfødte børns hår for indhold af rester af alkohol som tegn på, at mor har drukket alkohol under graviditeten. Målet er at sætte ind tidligt med hjælpeforanstaltninger til de børn, der har behov for det; derved kan langsigtede, alvorlige konsekvenser afbødes.

Jeg er nu ansat i Enheden for Klinisk Alkohol-forskning, i forskningsprogrammet RESCueH, der indeholder fem randomiserede studier, og jeg er tilknyttet et af projekterne, RelayProject, som forskningskoordinator. Patienterne på udvalgte afdelinger besvarer et KRAM-spørgeskema, og de patienter, der scorer højt på alkoholspørgsmålene, tilbydes en motivations-skabende samtale af en medarbejder fra ▶

Dansk Selskab for Familiesygepleje har set dagens lys

Birte Østergaard, cand.cur., ph.d., lektor, Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Syddansk Universitet; boestergaard@health.sdu.dk
Hanne Konradsen, cand.cur., ph.d., forskningsleder, Gentofte Hospital

Ensidig fokusering på patienten har til en vis grad negligeret det faktum, at patienten også indgår som en part i en familiesammenhæng med de relationer, vaner, skikke, ressourcer og problemer, det indebærer. For at stimulere, fremme og udbrede viden og interesse på området er der i 2013 etableret et selskab for familiesygepleje.

Patienten i centrum, der vil ikke være mange sygeplejersker, som ikke anerkender det udsagn. Lige fra første dag under uddannelsen til sygeplejerske er det en af grundtankerne bag sygeplejen i Danmark, uanset hvilken kontekst man befinder sig i. I flere år har interessen indenfor forskning også været koncentreret omkring patientperspektivet med fokus på at øge den enkelte patients kompetencer og sikre størst mulig uafhængighed af sundhedsvæsenet. Denne ensidige fokusering på patienten har imidlertid til en vis grad negligeret det faktum, at patienten også indgår som en part i en familiesammenhæng med de relationer, vaner, skikke, ressourcer og problemer, det indebærer.

Oftest er det sådan, at sygdom og sundhedsproblemer hos et familiemedlem også

påvirker de øvrige familiemedlemmer. De pårørende kan både være en praktisk og psykologisk støtte, når sundhedsvæsenet bruger dem som ressource.

At involvere familiemedlemmer i det praktiske arbejde med behandling og pleje af patienten kan altså på kort sigt have økonomiske fordele for samfundet, men kan på længere sigt medføre yderligere sundhedsproblemer. Familiereaktionerne forandres, og familien udsættes for belastninger, når rollerne forandres i forbindelse med et sygdomsforløb, og den ene part f.eks. påtager sig ansvaret for et andet familiemedlems pleje og behandling. Hvis familien ikke får den støtte, som efterspørges, kan involveringen resultere i øget fysisk og psykisk belastning, overgreb og forsømmelser på længere sigt.

Vi ved ikke ret meget om familiens bidragende effekt under et sygdomsforløb, eller hvordan vi skræddersyr familiestøtte i relation til forskellige patientgrupper, og hvilke interventioner der hjælper. Og det, vi ved, er endnu mindre, hvis det ses i en dansk kontekst, hvor familiencentreret sygepleje eller netværksfokuseret sygepleje hovedsageligt er beskrevet i relation til børn. De seneste år er der dog mange steder en øget interesse for at skabe et aktivt samarbejde med både patient og patientens

familie i forbindelse med sygdomsbehandling, pleje og rehabiliteringsforløb.

Derfor er der oprettet et nyt selskab, Dansk Selskab for Familiesygepleje. Selskabet har til formål at stimulere, fremme og udbrede viden og interesse indenfor familiesygepleje. Det gøres gennem fire hovedområder: organisation, klinisk praksis, uddannelse og forskning.

Flere forskergrupper arbejder med projekter relateret til familiesygepleje. F.eks. afprøves effekten af familiesygepleje til familier med et medlem, som har hjertesvigt, på tre hospitaler i landet. De første resultater har allerede været præsenteret internationalt. Andre afdelinger arbejder med at indsamle og systematisere viden på området og med at oversætte spørgeskemaer, så det bliver muligt at kortlægge, hvordan familiesygepleje opleves, og hvilken effekt den har.

Som medlem er du sikret løbende opdatering på området, både nationalt og internationalt, samt deltagelse i kurser og konferencer til reduceret pris.

Læs mere på selskabets hjemmeside: www.sdu.dk > Institutter > Klinisk institut > Forskning > Forskningsenheder > Sygeplejeforskning > Samarbejde > Dansk Selskab for Familiesygepleje

► alkoholbehandlingen. Det kaldes en Opportunistisk Kort Intervention og var også det, der blev anvendt i mit ph.d.-projekt. Målet er at rekruttere flere af de patienter, der kan få glæde af kontakt med alkoholbehandlingen. Der er aktuelt kun ca. 5 pct. i behandling af de patienter, der har behov for alkoholbehandling. De mange, der ikke får tilbudt behandling, lider i det daglige, og deres omgivelser påvirkes negativt, og de bliver ramt af de mange symptomer, der ledsager et stort alkoholforbrug, men som mange ikke er bevidste om, heller ikke per-

sonalet på sygehuse. Stort alkoholforbrug er associeret til ca. 60 forskellige diagnoser, så patienter med alkoholrelaterede diagnoser fylder meget på vores sygehuse.”

Litteratur

1. Bjerregaard L, Rubak S, Høst A, Wagner L: Alcohol consumption patterns amongst parents of hospitalised children: findings from a brief intervention study using motivational interviewing. *International Nursing Review*, Volume 59, Issue 1, March 2012, Pages: 132-38 DOI: 10.1111/j.1466-7657.2011.00930.x

2. Bjerregaard L: "Alcohol consumption habits in parents with hospitalized children. Parents and staffmembers' perception and experience from a Screening and Brief Alcohol Intervention Study". Ph.d.-afhandling fra Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet. Serietitel 2011, rapport nr. 3 ISSN 2244-9302.

3. Bjerregaard L, Gerke O, Rubak S, Høst A, Wagner L: Identifying Parents with risky alcohol consumption habits in a Paediatric Unit. *Scand. Journal of Caring Sciences* doi: 2011; 25; 383-93, doi:10.1111/j.1471-6712.2010.00838.x

Sundhedsfremme i det palliative arbejde

”Tidlig opsporing af palliative udfordringer” har ændret praksis på gynækologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital, så den palliative indsats over for uhelbredeligt syge og døende via netværkssamtaler bliver styrket med patientens og de pårørendes perspektiv som omdrejningspunkt.

Birgit Kirk-Thomsen Hessellund, udviklingssygeplejerske, SD,
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Aarhus Universitetshospital; Birgit.hessellund@skejby.rm.dk
Lene Seibæk, ph.d., forskningssygeplejerske,
Gynækologisk-Obstetrisk afdeling, Aarhus Universitetshospital

Lilly er 67 år. Hun er gift med Per, sammen har de to voksne sønner. I 2007 får Lilly konstateret fremskreden kræft i æggestokkene. Hun gennemgår en større operation, efterfulgt af kemoterapi.

Sommeren 2008 får Lilly tilbagefald af sygdommen. Hun modtager atter kemoterapi, som formår at holde sygdommen i ro et års tid. Herefter får hun i palliativt øjemed tilbudt en såkaldt åben indlæggelse på sin stamafdeling. Lilly har nu to måneder hjemme, hvor hun forsøger at leve så normalt som muligt. Men så indlægges hun akut på gynækologisk afdeling efter at have kastet op i et par dage. Det er en afdeling, hun ikke har haft kontakt til siden sin operation.

På afdelingen bruger personalet adskillige timer på anamnese og diverse undersøgelser, som kan forklare Lillys symptomer. Lilly får lavet CT-scanning, som viser tarmstop og afklemning af den ene urinleder. Dilemmaet er nu, om der skal sættes en behandling i gang. Man vælger at anlægge ventrikelsonde, give intravenøs væske, anlægge nefrostomikateter samt vente med yderligere behandling til mandag, hvor Lillys tidligere kontaktsygeplejerske og -læge er på arbejde. Mandag viser det sig, at Lilly har besluttet sig for ikke at modtage yderligere behandling. Hun vil gerne hjem til sig selv og afslutte livet der. Lilly har på det tidspunkt været indlagt i tre døgn og har gennemgået en del ressourcekrævende undersøgelser og behandlinger, som hun faktisk gerne ville have været foruden.

Fortællingen om Lilly er baseret på et autentisk patientforløb. Med afsæt heri vil vi fokusere på en række problemstillinger, der kendetegner palliative forløb i hospitalsregi, og som er medvirkende til, at den palliative indsats ikke altid lykkes efter hensigten:

- En åben indlæggelse er ikke i sig selv en garanti for god palliativ pleje og omsorg
- Hospitalsansatte sundhedsprofessionelle kan have svært ved at forholde sig til døden i et palliativt forløb
- Det kan være vanskeligt at afgøre, hvornår et menneske er døende
- De fleste mennesker vil gerne leve og dø hjemme hos sig selv.

Præcisering af problemstillinger

En åben indlæggelse er ikke i sig selv en garanti for god palliativ pleje og omsorg

Når behandlingsmulighederne synes udtømte, er det god klinisk praksis, at uhelbredeligt syge patienter får tilbudt åben indlæggelse på stamafdelingen. Patient og pårørende får dermed mulighed for at henvende sig akut, hvis der opstår symptomer, som ikke kan lindres med de midler de selv, den praktiserende læge og hjemmeplejen har til rådighed. Dette kan medføre langvarige indlæggelser, hvor fokus primært er på udredning, behandling og lindring af fysiske symptomer, og hvor samtaler om behov og ønsker for den sidste del af livet har tendens til at glide i baggrunden. Den åbne indlæggelse kan altså give den enkelte patient og de pårørende tryghed, men det kan også utilsigtet resultere i manglende sundhedsfagligt fokus på det grundlæggende forhold, at patienten er uafvendeligt døende af sin sygdom.

” Den åbne indlæggelse kan altså give den enkelte patient og de pårørende en meget vigtig oplevelse af tryghed, men kan også utilsigtet resultere i et manglende sundhedsfagligt fokus på det grundlæggende forhold, at patienten er uafvendeligt døende af sin sygdom.

Hospitalsindlagte patienters almentilstand ansues ofte primært i et naturvidenskabeligt perspektiv, også selv om formålet med indlæggelsen er palliation. Ifølge Dalgaard skyldes det, at man på sygehuset primært arbejder for at helbrede og behandle. De sygehusansatte er ikke gearede til at give tid og rum til de uhelbredeligt syge og døendes liv og lidelse (1). Hansen anfører, at hospitalsansatte sygeplejersker prioriterer, organiserer og udfører kropslig og symptomrelateret sygepleje på bekostning af nærvær og blik for patienternes behov og lidelser (2). At give tid og rum

til de uheldeligt syge og døendes liv og lidelse og at være nærværende i mødet med dem og deres pårørende handler om at rette fokus mod det psykosociale og eksistentielle. Hospitalspersonalet skal altså både forholde sig til den fysiske tilstand, lytte til patienternes fortællinger og sætte sig ind i deres ønsker og behov. Først da kommer patienternes ressourcer og ønsker i forgrunden.

Hospitalsansatte sundhedsprofessionelle kan have svært ved at forholde sig til døden i et palliativt forløb

I Danmark sker halvdelen af alle dødsfald på sygehuset. Man kunne derfor tro, at døden i et palliativt forløb blev opfattet og håndteret som en naturlig afslutning på livet, også i hospitalsregi. Imidlertid viser både klinisk erfaring og forskning, at hospitalsansatte sundhedsprofessionelle ikke har så let ved at forholde sig til døden i et palliativt forløb (3,4). Som i resten af samfundet hersker der i sundhedsvæsenet betydelig berøringsangst. Ifølge Timm "gennemsyrrer dødsangsten vores samfund", hvilket "hænger tæt sammen med et behandlingssystem, hvor det eneste overordnede succeskriterium er helbredelse" (5). Når succeskriteriet er helbredelse, er der fare for, at det at dø kan blive opfattet som et nederlag. Men døden er et livsvilkår. Det er derfor uheldigt, hvis sundhedsvæsenet bidrager til en opfattelse af døden som en ikke helt naturlig afslutning på livet.

Det kan være vanskeligt at afgøre, hvornår et menneske er døende

Den medicinske og teknologiske udvikling har medført, at det kan være svært at identificere overgangen fra tidlig palliativ fase til sen palliativ fase. Tilsvarende kan det være svært at afgøre, hvornår et menneske er uafvendeligt døende. Imidlertid angiver Dalgaard et al. (6), at manglende opmærksomhed på dette forhold medfører, at ændringer i patienternes ønsker og behov ikke opfanges og ikke tilgodeses.

Stroebe og Schut anfører, at mennesker i sorg bevæger sig i vekselvirkning mellem konfrontation med og undgåelse af tab. Ifølge deres såkaldte "To-spors-model" (7) har mennesker brug for pauser

fra sorgen for at kunne rumme den. De pendulerer derfor frem og tilbage mellem det, forfatterne kalder sorgens og livets rum. Tilsvarende lever døende mennesker i vekselvirkning mellem håb og håbløshed, bl.a. afhængigt af hvor godt deres symptomer er lindret.

De fleste mennesker vil gerne leve og dø hjemme hos sig selv
Ifølge Baggrundsrapporten "Danskerne om livet med sygdom og død" ønsker størstedelen af befolkningen at opholde sig hjemme som døende; kun 5 pct. ønsker at være på sygehuset (8). Resultaterne tyder på, at mange på forhånd har gjort sig tanker om livets afslutning, også uheldeligt syge (9). Faktum er imidlertid, at 48,5 pct. dør på sygehus, se boks 1. En medvirkende årsag kan være, at de sundhedsprofessionelle ikke fokuserer tilstrækkeligt på ønsker og behov i forbindelse med behandlingens ophør.

Hvordan kan man på sygehusene blive bedre til at understøtte den palliative pleje og omsorg? Det mener vi kan ske gennem en tidlig opsporing af de palliative udfordringer i patientforløbet.

Tidlig opsporing af palliative udfordringer

I fortællingen om Lilly har de sundhedsprofessionelle fokus på fysiske symptomer. Desværre undlader de at tale med Lilly om, ►

Boks 1. Fakta om dødsfald

I Danmark dør der hvert år ca. 55.000 mennesker. Heraf dør ca. 15.000 mennesker af kræft, hvilket udgør omkring 28 pct. af alle dødsfald (Kilde: Sundhedsstyrelsen/Dødsårsagsregisteret). I 2008 fik 1.649 kvinder konstateret kræft i underlivet, samme år døde 695. Det betyder, at ca. 10 pct. af det samlede antal kvinder, som får konstateret kræft, dør som følge af underlivskræft (Kilde: Sundhedsstyrelsens cancerregister).

I Danmark sker halvdelen af alle dødsfald på sygehus, mens ca. 22 pct. dør i eget hjem, og ca. 27 pct. dør på plejehjem; de resterende 3 pct. dør andetsteds (Kilde: Sundhedsstyrelsen/Dødsårsagsregisteret).

- ▶ at hun er døende. Havde de talt med Lilly om hendes tanker for fremtiden, ville de have fået at vide, at hun ikke ønskede livslængende behandling, og havde kunnet handle og planlægge derefter. Denne erkendelse førte til et ønske om bedre planlægning af de palliative forløb med større grad af inddragelse af patienternes egne ønsker, en praksis vi valgte at benævne ”Tidlig opsporing af palliative udfordringer” (TOPU).

” De to vigtigste komponenter i ”Tidlig opsporing af palliative udfordringer” (TOPU) er, at der tages tidlig kontakt til patient og pårørende, og at fokus rettes mod ressourcer, ønsker og behov for den sidste levetid. Der etableres derfor, så snart henvisning er modtaget, en åben indlæggelse til sengeafdelingen, hvorefter patient og pårørende inviteres til netværkssamtale.

Det nye ved TOPU er, at den palliative indsats tager afsæt i sundhedsfremme med afsæt i Verdenssundhedsorganisationen WHO's definition på sundhed samt Antonovskys begreb om salutogenese (10,11). Allerede i 1948 definerede WHO sundhed som ”en tilstand af fuldstændig fysisk, psykisk og socialt velbefindende og ikke blot et fravær af sygdom eller svækkelse”. Sundhedsfremme er dog ofte adresseret til kroppen, hvor råd om motion, at spise fedtfattigt, undlade rygning samt begrænse indtaget af alkohol (KRAM) retter sig mod sundhed i biologisk forstand. Ifølge WHO handler sundhed imidlertid også om psykisk og socialt velbefindende; at mennesker kan håndtere deres livssituation bedst muligt under de givne livsbetingelser.

Men giver det mening at tale om sundhed og sundhedsfremme, når kroppen er uheldredeligt syg og døende? Det mener vi, det gør: Ved at lytte til patient og pårørende og rette fokus mod deres

ressourcer og ønsker kan de sundhedsprofessionelle medvirke til, at alle parter opnår større forståelse for deres situation og dermed oplevelse af meningsfuldhed med tilværelsen, sådan som den aktuelt former sig.

En definition på TOPU

De to vigtigste komponenter i TOPU er, at der tages tidlig kontakt til patient og pårørende, og at fokus rettes mod ressourcer, ønsker og behov for den sidste levetid. Der etableres derfor, så snart henvisning er modtaget, en åben indlæggelse, hvorefter patient og pårørende inviteres til ”netværkssamtale”. Inden samtalen har patient og pårørende fået informationsmateriale, et symptomscoreskema samt spørgsmål vedrørende patient og pårørendes forventninger, ønsker og behov. Symptomscoreskemaet indeholder en række symptomer som er karakteristiske for gynækologiske kræftsygdomme f.eks. kvalme/opkastning, smerter, sure opstød/halsbrand, træthed, humørsvingninger med flere. Patienten markerer på en linje (med endepunkterne: påvirker ikke min hverdag – påvirker min hverdag), i hvor høj grad symptomerne påvirker hverdagen.

I det følgende illustreres, hvordan netværkssamtalen kan bidrage til tidlig opsporing af palliative udfordringer:

Alice er 78 år, hun bor alene i et lille rækkehus, har to voksne døtre. Alice havde for syv år siden brystkræft og får i 2008 konstateret kræft i livmoderen. Hun gennemgår operation og er derefter færdigbehandlet. To år senere finder man recidiv, og Alice informeres om, at der desværre ikke findes helbredende behandling. Hun tilbydes åben indlæggelse samt netværkssamtale; samtidig udfyldes terminalerklæring samt terminaltilskud til lægemidler.

Kontaktsygeplejersken ringer en uge før netværkssamtalen til Alice for at høre, om der er spørgsmål til papirerne. Alice har allerede udfyldt papirerne sammen med sin datter. Til samtalen deltager Alice, hendes datter Pia, kontaktsygeplejersken og kontaktlægen. Samtalen tager udgangspunkt i Alices egen vurdering af sin situation: Alice scorer 7 på symptomskemaet under søvn. Hun har ikke sovet i fire dage. Men i går aftes tog hun en sove-

pille, hun havde liggende efter sin mands død, og for første gang i lang tid sov hun fem timer i træk. Alice støttes i at have sovepiller i huset og i at tage en enkelt ved behov. Alice scorer 5 under funktionsniveau. Hun har altid været meget glad for at hække, men har ikke kunnet, siden hun for to måneder siden brækkede sit håndled. Hun ønsker så brændende at kunne hække igen. Det aftales at undersøge håndleddet, og at Alice skal påbegynde genoptræning på Lokalcentret, hvor hun allerede kommer. Alice er meget åben omkring sine tanker for fremtiden. Hun ønsker at dø hjemme, hvor hun har boet i 40 år og passet sin mand til hans død for fem år siden. Alice og Pia fortæller, at de har aftalt, at Pia søger plejeorlov, "når det kommer dertil". Det sikres, at Pia har viden om, hvor hun skal henvende sig til den tid. Alice er meget glad for, at der er kommet styr på tingene. Hun har følt, at det var meget svært at tale med sine døtre om sin kræftsygdom. Nu er begge parter begyndt at åbne op. Alice har ikke ønske om kontakt til det palliative team. Hun er tilfreds med sin hjælp fra hjemmeplejen. Der aftales telefonkonsultation ved kontaktsygeplejersken for yderligere opfølgning (12). Alice dør efter to korte indlæggelser, der omhandlede smertebehandling, som ønsket i sit hjem.

Diskussion

TOPU havde positiv indflydelse på Alices forløb. Ved den tidlige netværkssamtale blev forskellige udfordringer opsporet, som Alice fik konkret hjælp til, hvilket forbedrede livskvalitet og funktionsniveau. Endvidere fik Alice talt med sine døtre om sine ønsker og behov. Også personalet fik gennem netværkssamtalen værdifuld indsigt i Alices ønsker. TOPU orienterer sig ikke kun mod handlinger og problemløsning. Mindst lige så væsentligt er det, at der lyttes og skabes forståelse for livsvilkår, der muligvis ikke kan ændres, som patient og pårørende må udholde.

Afdelingens praksis følger Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation. Ifølge dette bør der i samarbejde med patient og pårørende foretages vurdering af patientens samlede helbreds-situation, ressourcer og behov ved alle væsentlige ændringer i behandlingsforløbet (13).

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der benyttes et valideret spørgeskema til behovsvurderingen, f.eks. EORTC-QLQ-C15_PAL-skemaet. Men da dette skema ikke er dækkende for de symptomer og udfordringer, som er forbundet med gynækologisk kræftsygdom, har vi udarbejdet et skema, hvor også disse symptomer indgår. Spørge- og symptomscoreskemaet er redskaber, som kan danne grundlaget for netværkssamtalen, men den tidlige netværkssamtale handler også om at skabe kontakt og tillid. Det er derfor afgørende, at familien tildeles kontaktpersoner, samt at rammen tydeliggøres. Kun derved sikres patientinddragelse, koordinering og kontinuitet (14).

” Det er vigtigt at gøre sig klart, at den ovenfor beskrevne palliative indsats på en gynækologisk sygehusafdeling repræsenterer palliation på basisniveau.

Døende mennesker har brug for pauser fra sorgen og pendulerer derfor mellem konfrontation med og undgåelse af tab. På samme måde penduleres mellem håb og håbløshed, hvorved nye ønsker og behov kan opstå. Der bør derfor udarbejdes behovsvurdering, både når diagnosen stilles, ved forværringer i sygdommen(e), ved sektorovergange samt ved andre væsentlige livsbegivenheder (13). I denne sammenhæng repræsenterer TOPU ikke en nyskabelse, men snarere en velfungerende metode til implementering af Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft.

Ovenfor har vi argumenteret for, at en tidlig palliativ indsats giver livskvalitet. Det er imidlertid vigtigt også at reflektere over, om man med en tidlig indsats risikerer at tage håbet fra patient og pårørende. Roscigno og Mattingly beskriver, hvordan mennesker kan finde håb i form af ny mening og nye succeskriterier for fremtiden. Dette håb har patienterne imidlertid indimellem svært ved at dele med deres behandlere, som ofte har en mere snæver for-

- ▶ ståelse af håb bundet op på helbredelse og rehabilitering, det Mattingly kalder "det medicinske håb". Behandlerne må derfor ændre deres forståelse af håb, hvis de skal kunne støtte patienterne i at bevare deres unikke håb (15,16).

Tilsvarende har patienter, som er ramt af håbløshed, behov for støtte:

"Når to mennesker sammen ser på en vanskelighed i livet og tager den til efterretning som en udfordring eller byrde, sker der noget med den vanskelighed, så den bliver lidt lettere at møde. Det er mange gange det eneste, det ene menneske kan hjælpe det andet med" (17).

De sundhedsprofessionelle kan således, alene ved at stå til rådighed for samtale, understøtte håb.

Danske undersøgelser viser, at patienter med nydiagnosticeret fremskreden kræft har udækkede palliative behov allerede ved diagnosetidspunktet. Dette skyldes, at en palliativ indsats først tænkes ind, når kurativ behandling er ophørt. De sundhedsprofessionelles adfærd og kultur skal ændres, så de tidligt i patientforløbet får identificeret patienter med behov for palliation (18). Ifølge Sundhedsstyrelsens kræftpakkeforløb skal beslutninger om især udredning og initial behandling samt skift af behandlingsstrategi eller udredning og behandling ved recidiv foregå på multidisziplinære teamkonferencer (MDT). MDT åbner mulighed for, at man tidligt kan identificere nydiagnosticerede patienter med behov for palliation. Dalgaard et al. beskriver tre typer barrierer for identificering af palliative behov på hospitalerne: de diagnose-specifikke, som handler om det uforudsigelige i sygdomsforløbet, de bruger-specifikke, som omhandler patienters (mis)forståelse af palliative symptomer og prognose samt de personale-specifikke, som omhandler etiske udfordringer og manglende forståelse af sigtet med palliation (19).

Konklusion

Kommunikation og inddragelse af patienter og pårørende er en vigtig del af alle sammenhængende patientforløb. Åben indlæggelse og netværkssamtale danner grundlag for netop dette. Mo-

derne patienter ønsker medindflydelse og inddragelse i pleje og behandling. Tidlig opsporing af palliative udfordringer sætter fokus på patientinvolvering. Ved systematisk at inddrage patientperspektiver og sætte disse i spil med forskningsbaseret viden om palliation kan der skabes liv og kvalitet i palliative patienters sidste levetid.

Den her beskrevne palliative indsats repræsenterer palliation på basisniveau. Tidlig opsporing af palliative udfordringer kan gennem involvering af patienter og pårørende, kontinuerlig træning i sundhedsfaglig kommunikation samt tværfagligt samarbejde formentlig i en del tilfælde forebygge, at der opstår behov for en specialiseret indsats. På tværs af afdelinger og sektorer kan TOPU medvirke til, at palliative patienter oplever sammenhængende patientforløb, hvor det er deres ønsker og behov, der er i fokus.

Litteratur

1. Dalgaard KM. At leve med uhelbredelig sygdom – at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelse i tid og rum. Ph.d. afhandling, Aalborg Forskningsenhed for klinisk sygepleje, 2007.
2. Hansen SR. Lidelsen som udgangspunkt for den palliative indsats. *Omsorg* 2004(2);53-62.
3. Puggard LB. Positioner i samtalen med den alvorligt syge og døende patient. *Sygeplejersken* 2003(2);70-84.
4. Svennevig B. Vi skal turde spørge til patientens ønske om at dø. *Sygeplejersken* 2012(12);43-6.
5. Timm H. Vi skal blive bedre til at dø. *Dagbladet Information*: 2010; April 09.
6. Dalgaard KM et al. Identifying transitions in terminal illness trajectories: a critical factor in hospital-based palliative care. *International Journal of Palliative nursing*, 2010 vol 16. no 2;87-92.
7. Guldin MB. Sorgreaktioner: Ny forståelse og behandling. *Klinisk sygepleje*, 21(2);45-50.
8. Palliativt videncenter og Trygfonden. Baggrundsrapport udarbejdet af rådgivende sociologer Aps. *Danskerne om livet med sygdom og død*. København; 2012.
9. Brogaard T. Home is where the heart is, coordinating care and meeting needs in palliative home care. Ph.d. afhandling. Aarhus Universitet Forskningsenheden for almen praksis; 2011.
10. WHO definition på sundhed. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>. Søgedato; 2014; April 25.
11. Antonovsky A. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag; 2000.
12. Nielsen SF, Petersen MD. Opfølgende telefonisk kontakt til kvinder opereret for underlivskræft. *Sygeplejersken* 2011(16);60-3.
13. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
14. Soelver L et al. Identifying factors significant to continuity in basic palliative hospital care-from the perspective of patients with advanced cancer. *Journal of psychosocial oncology*;2014;32(2),167-88.
15. Mattingly C. *The paradox of hope: Journeys through a clinical borderland*. Berkley, CA: University of California press; 2010;p268.
16. Roscigno CI et al. Divergent views of hope influencing communications between parents and hospital providers. *Qualitative health research*. 2012(22):1232-46.
17. Falk B. *At være – der, hvor du er, om samtale med kriseramte*. København: Nyt nordisk forlag Arnold Busch; 2006.
18. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for den palliative indsats. Sundhedsstyrelsen. København: 2011.
19. Dalgaard KM et al. Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliative and supportive care*: 2014; page 1 of 19.

English abstract

Hessellund BK-T, Seibæk L. Promoting Health in Palliative Work. *Sygeplejersken* 2014;(8)62-7.

For many years, it has been good clinical practice to offer patients requiring palliation open hospitalisation at their parent unit. Research and clinical experience show, however, that palliative work in a hospital context does not always work as intended. This article focuses on some of the causes at the root of the problem. It then provides a series of proposals as to how organisation, and thus support and care in palliative work, can be improved when it takes place in a hospital context.

The proposals are based on early detection of palliative challenges (TOPU). TOPU is a health-promoting intervention that places focus on the patient perspective and patient involvement. By systematically focusing on patients' wishes and needs, health professionals can help create life and quality in the final stages of life. The intervention follows the National Board of Health's programme for rehabilitation and palliation in connection with cancer and, as such, represents elementary-level palliation.

Keywords: Health promotion, nursing, palliation, patient involvement, relatives.

Tre centrale temaer i indlæggelsessamtalen

Tid, kommunikative kompetencer og fagligt skøn udgør væsentlige temaer i indlæggelsessamtalen, viser en undersøgelse fra fire døgnafsnit på Odense Universitetshospital. Artiklen bidrager til øget viden om sygeplejerskers oplevelse af indlæggelsessamtalen og dens anvendelse i klinisk praksis.

Ole Abildgaard, udviklingssygeplejerske, cand.cur., Neurologisk afdeling N, Odense Universitetshospital; ole.a.hansen@rsyd.dk
Ditte Naundrup Therkildsen, udviklingssygeplejerske, MHH, Hæmatologisk afdeling X, Odense Universitetshospital
Mette Foldager, udviklingssygeplejerske, cand.cur., Geriatrisk afdeling G, Svendborg Sygehus
Lene Sigaard, udviklingssygeplejerske, cand.cur., Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital

I denne artikel præsenteres resultater fra en undersøgelse af sygeplejerskers holdninger til og oplevelser med indlæggelsessamtalen. Artiklen er baseret på en spørgeskemaundersøgelse foretaget på fire døgnafsnit på Odense Universitetshospital (OUH), Neurologisk, Hæmatologisk, Geriatrisk og Onkologisk afdeling.

Patientens første møde og samtale med sygeplejersken under hospitalsindlæggelse er og vil for et stort antal patienter være indlæggelsessamtalen. Det er under dette møde, grundlaget for at yde en individuel sygepleje skabes (1). Et vellykket møde, hvor gensidig forståelse og respekt etableres, hvilket har betydning for patientens generelle oplevelse og udbytte af de ydelser, det professionelle system tilbyder.

Sygeplejersker dokumenterer mangelfuld

Dokumentation har altid været anset som en forudsætning for god sygepleje og som et vigtigt redskab i kommunikationen mellem sundhedspersonale og patienter (2). For at dokumentation kan opfylde formålet om at kommunikere sygepleje mono- og tværfagligt samt udgøre en basis for monitorerbar kvalitetsudvikling, er det nødvendigt med mere klar og omfattende dokumentation, herunder patientens status og reaktion på sin sygdom, vurderinger og opfølgning (3). En struktureret og planlagt intervention i forhold til dokumentation viste signifikant, at kvaliteten kunne forbedres (4).

Flere kendte faktorer påvirker dokumentationen negativt, f.eks. forstyrrelser under dokumentation, begrænsede dokumenta-

tionskompetencer, tiltro til dokumentationsevner, mangelfuld supervision eller utilstrækkelig medarbejderudvikling (5). Der er identificeret fire faktorer, som kan hæmme kvaliteten af sygeplejedokumentationen:

1. Sygeplejerskernes holdninger til nødvendig tid i forhold til oplevet værdi af dokumentation
2. Organisatoriske problemer såsom manglende ensartethed
3. Praktiske problemer såsom at dokumentere handlinger baseret på vurderinger
4. Omsætning af oplevelser til prosa.

Undersøgelser viser, at sygeplejerskers dokumentation i forhold til behovsområder er mangelfuld og mangler universelle kriterier (6). En stor svensk undersøgelse udarbejdet af to af ophavskvinderne bag VIPS-modellen konkluderer, at den initiale sygeplejevurdering er blevet bedre over årene, men at sygeplejersker fortsat mangler kompetencer på dette område, samt at dokumentation fortsat har fokus på den tekniske del frem for den mere bløde del af sygepleje (7).

Definitionen på en indlæggelsessamtale i Region Syddanmark lyder: "Når en patient er blevet indlagt på et sygehus, skal der afholdes en indlæggelsessamtale med patienten og evt. dennes pårørende. Samtalen har til formål at etablere et samarbejde med patienten. Indlæggelsessamtalen skal endvidere identificere patientens ressourcer og habituelle tilstand og klarlægge patientens forventninger til indlæggelsesforløbet. Patienten skal sikres information og viden om kontaktperson." (<http://www.regionsyddanmark.dk/wm384589>)

Det betyder, at indlæggelsessamtalen skal være en del af den sygeplejefaglige kliniske praksis og det første møde med patienten. Jf. Region Syddanmarks definition anvendes indlæggelsessamtalen til indsamling af data om patientens nuværende situation og forventninger til indlæggelsesforløbet, hans liv samt til at give patienten informationer om indlæggelsesforløbet. Oplysningerne anvendes i planlægningen af sygeplejen og er derfor centrale for patientens første møde med en sygehusaf-

” De adspurgte blev bedt om at vurdere deres kommunikative evner på en skala fra 0-10. Ingen vurderede sig selv til at have kommunikative evner under 5. Langt størstedelen vurderede sig selv til at ligge på 8 eller derover.

deling, hvor han får viden om den videre plan og opfølgning på behandling og pleje.

Formål, metode og materiale

Formålet med undersøgelsen var at afdække sygeplejerskers holdninger til og oplevelser i forbindelse med indlæggelsessamtalen, se boks 1.

Vi vurderer, at undersøgelsens resultater er yderst relevante og interessante. Dels er der en ensartethed i besvarelserne på tværs af afdelingerne, dels suppleres de talmæssige data med kvalitative udsagn, der kan kompensere for den umiddelbart lave svarprocent på 31.

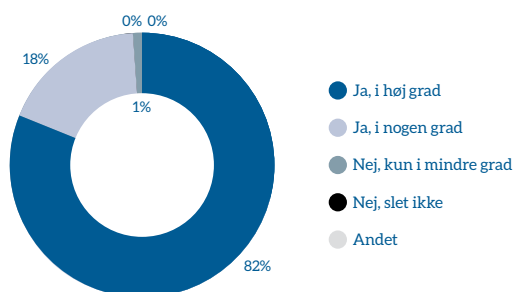
Resultater

I det følgende vil resultaterne af de enkelte spørgsmål blive præsenteret, se figur 1-4.

Som det ses af figur 1, mener 86 (99 pct.) af de adspurgte, at indlæggelsessamtalen er vigtig.

Af figur 2 fremgår det, at 59 (68 pct.) mener, at indlæggelsessamtalen generelt prioriteres, hvorimod 26 (30 pct.) mener, at den kun bliver det i mindre grad.

Figur 1. Oplever du, at indlæggelsessamtalen er vigtig? (n=87)



Boks 1. Metode og materiale i undersøgelsen

Baggrunden for undersøgelsen er bl.a. forfatterens journalaudit, oplevelser fra klinisk praksis samt en systematisk litteraturgennemgang om indlæggelsessamtaler og dokumentation.

Den systematiske litteratursøgning omkring indlæggelsessamtaler gav få relevante fund i forhold til sygeplejerskers kommunikation og dokumentation. Langt de fleste undersøgelser er udarbejdet indenfor det akutte område og i psykiatrien.

Spørgeskemaet blev anvendt som dataindsamlingsmetode. Udarbejdelsen af spørgeskemaet tog udgangspunkt i oplevelser fra klinisk praksis. Spørgsmålene blev rettet mod sygeplejerskers oplevelser af, hvordan de arbejder med indlæggelsessamtalen i den kliniske praksis.

Spørgeskemaet blev pilottestet på fem informanter med henblik på kvalificering af spørgsmålene.

Spørgeskemaet indeholdt både kvantitative og kvalitative undersøgelsesspørgsmål.

Skemaet blev udleveret til 280 sygeplejersker i de fire afdelinger og blev indsamlet over få dage. I alt kom 87 skemaer (31 pct.) retur. Årsagen til den lave svarprocent er, at ikke alle medarbejdere nåede at modtage skemaet pga. ferie, vagter eller andet fravær. Informanterne har selv udfyldt spørgeskemaet.

Spørgsmålene blev sprogmæssigt designet til at matche de gængse formuleringer i den sygeplejefaglige praksis. Besvarelserne blev derefter genstand for analyse og fortolkning.

Gennem et følgebrev blev informanterne informeret om formålet med undersøgelsen, rammerne for anonymitet, svarfrist, indsamling af skemaer, hvem der analyserer data og hvordan, samt hvor respondenterne kunne henvende sig ved yderligere spørgsmål.

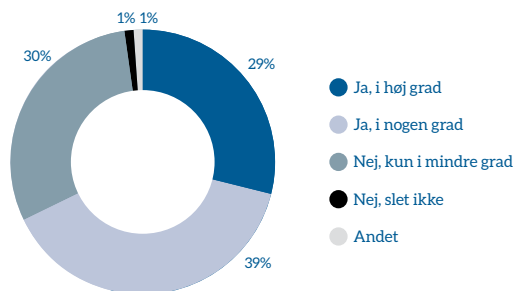
Spørgeskemaets kvantitative del havde som formål at undersøge, hvor mange af sygeplejerskerne som anser indlæggelsessamtalen for vigtig, om den prioriteres, om indholdet er klart, og om den er god.

Den kvalitative del havde som formål at undersøge den enkeltes oplevelse/vurdering af, hvad der kendetegner god kommunikation, hvilke elementer der skal til, for at det bliver en god samtale, og hvilke nøgleord der volder problemer.

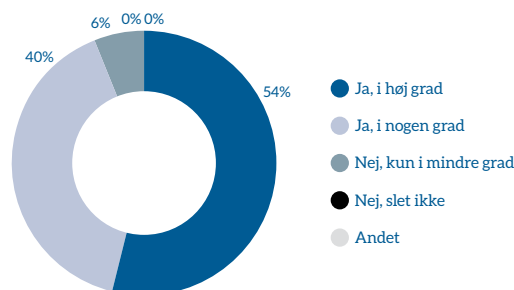
- Ifølge figur 3 mener 82 (94 pct.) af de adspurgte, at det i høj grad eller i nogen grad er klart, hvad en indlæggelsessamtale indeholder.

På figur 4 ses, at 61 (70 pct.) af respondenterne mener, at kvaliteten af indlæggelsessamtalen i høj eller nogen grad er god.

Figur 2. Oplever du generelt, at indlæggelsessamtalen bliver prioriteret? (n=87)



Figur 3. Er det klart for dig, hvad en indlæggelsessamtale indeholder? (n=87)



De adspurgte blev bedt om at vurdere deres kommunikative evner på en skala fra 0-10. Ingen vurderede sig selv til at have kommunikative evner under 5. Langt størstedelen vurderede sig selv til at ligge på 8 eller derover, se figur 5.

Sygeplejersker anser indlæggelsessamtalen som vigtig og prioriterer den i høj grad. Dette stemmer overens med, at sygeplejersker generelt anskuer det første møde med patienterne som betydningsfuldt (8). Det faktum gør det interessant at kigge på, hvad der kendetegner god mundtlig kommunikation, da en målrettet og hjælpsom kommunikativ interaktion ideelt set er en forudsætning for at indsamle relevante og valide informationer med henblik på at foretage en vurdering af patienten.

God mundtlig kommunikation

I spørgeskemaet blev informanterne bedt om at svare på følgende spørgsmål:

1. Hvad kendetegner god mundtlig kommunikation?
2. Hvad skal til, for at det bliver en (kommunikativ) god indlæggelsessamtale?

Der fremkom 522 udsagn som svar på dette spørgsmål. Den tematiske analyse viste, at udsagnene kunne inddeles i følgende tre perspektiver:

- Et sygeplejerskeperspektiv
- Et interaktions- og kommunikationsperspektiv
- Et tids- og rammeperspektiv.

Sygeplejerskeperspektiv

Sygeplejerskeperspektivet handler om

1. tilrettelæggelse af indlæggelsessamtalen, der refererer til begreber som fagsprog, forberedelse, målrettethed, hensyntagen samt udgangspunkt i patientens oplevelser
2. det pædagogiske indhold, der refererer til selve informationsprocessen og indlæggelsessamtalens pædagogiske tilrettelæggelse via drejebog, f.eks. i form af tjeklister

3. etisk praksis, der refererer til begreber som menneskesyn, respekt for den anden, omtanke og imødekommenhed
4. klinisk ekspertise, der refererer til den faglige viden og erfaring.

Interaktions- og kommunikationsperspektiv

Interaktions- og kommunikationsperspektivet handler om at skabe kontakt, udveksle følelser, samtaleform, rollefordeling, kommunikationsstil og den direkte kontakt med patienten. Særligt sondres imellem

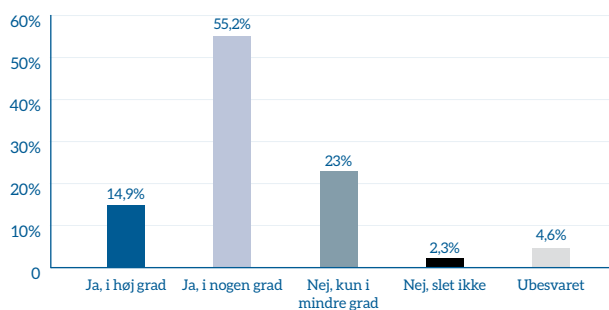
1. terapeutisk kommunikation
2. interaktion og terapeutisk alliance

Der refereres til evnen til at lytte samt verbalt og nonverbalt sprog f.eks. aktiv lytning. Gennemgående træder idealer frem som ligeværdighed, forståelse, empati, tillid, respekt, åbenhed og nærvær.

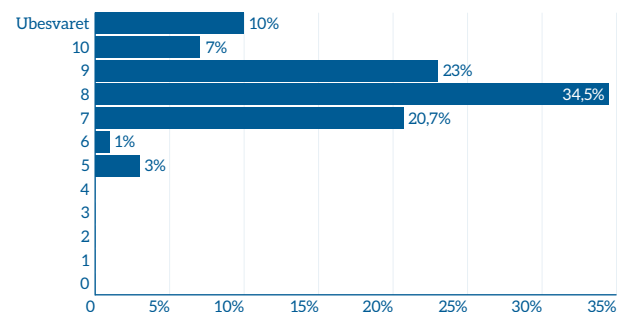
Tids- og rammeperspektiv

Tids- og rammeperspektivet handler om, hvad rammerne bør bære præg af, for at det bliver en god samtale: de tidsmæssige, stedmæssige og kvalitetsmæssige aspekter af situation og kontekst.

Figur 4. Oplever du, at kvaliteten af indlæggelsessamtalen er god? (n=87)



Figur 5. På en skala fra 0-10, hvor gode kommunikative evner mener du selv at have? (n=87)



Der refereres til mantraet om god tid og ro, ingen afbrydelser samt uforstyrrede rammer.

Den gode kommunikation i sygeplejen kræver ikke overraskende, som analysen og perspektiverne peger på, mange aspekter for at lykkes. Analysen viser, at sygeplejersker har god indsigt i, hvad der skal til, for at muligheden for en god samtale er til stede. Det tyder på, at de også er bevidste om, at indlæggelsessamtalen spiller en afgørende rolle for at opnå sammenhæng og medinddragelse af patienten i dennes forløb. Det betyder, at sygeplejersker stiller krav til sig selv om at besidde evne og kompetence til at etablere kontakt og kommunikere med patienter. En fundamental del af sygepleje er kommunikation, og udvikling af et positivt sygeplejerske-patient-forhold er centralt for, at der kan ydes sygepleje af høj kvalitet. Hvis dette forhold lykkes, bliver det interessant, hvordan sygeplejersker dokumenterer denne viden.

Anvendelse af nøgleord

De nøgleord, der er listet op i den elektroniske patientjournal, og som anvendes på Odense Universitetshospital, fremgår af boks 2.

På figur 6 ses, at 17 (19 pct.) af de adspurgte anvender alle nøgleord, hvorimod 62 (71 pct.) ikke anvender alle nøgleord.

► Som opfølgning på dette spørgsmål blev informanterne bedt om at svare på, hvilke nøgleord der volder problemer. Som svar på dette spørgsmål kom der i alt 41 udsagn, som ud fra en analyse kan opstilles i følgende tre temaer:

1. prioritering af tid
2. kompetencer
3. fagligt skøn.

Svarene er primært et udtryk for sygeplejerskernes holdninger, såsom at tiden sætter begrænsninger, og at ikke alt er relevant i forhold til den enkelte patient og den konkrete situation. Ingen svarer, at de reelt ved, henholdsvis ikke ved, hvad der konkret skal spørges ind til indenfor hvert af nøgleordene.

De tre temaer samt tre perspektiver vil efterfølgende være omdrejningspunktet for den videre diskussion, da respondenterne netop fremhæver vigtigheden heri.

Tid – forskel mellem idealer og handling

I denne undersøgelse spiller tid en væsentlig rolle for sygeplejerskernes opfattelse af, hvad der kendetegner en god samtale. De

” Tid fremhæves ofte som en nødvendig og vigtig forudsætning for at lære patienter at kende og sikre sammenhæng i patientforløb. Men undersøgelser viser, at selv når tiden er til stede, prioriterer sygeplejersker ofte andre handlinger end det direkte patientrelaterede nærvær.

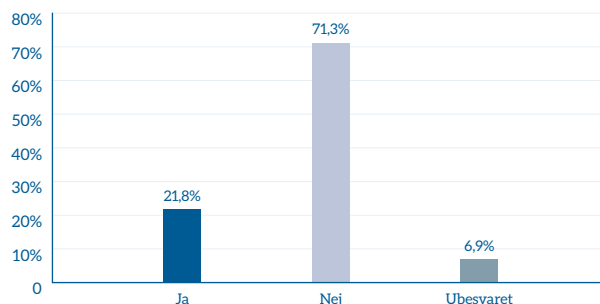
har samtidig ønsker og idealer, der er med til at sætte forventningerne op: ingen afbrydelser, uforstyrrede rammer, inddragelse af pårørende og en afslappet stemning. Men disse ønsker og idealer hænger ikke sammen med en hverdag, der er præget af travlhed, overbelægning, acceleration af patientforløb, kortere indlæggelsestid, højere belægningsprocenter samt øgede patientforventninger. Der ses samtidig en stigende mængde akutte indlæggelser, udskrivelser samt ambulante besøg, der giver flere behandlings- og plejeopgaver, hvilket uundgåeligt vil give mindre tid og nærvær til den enkelte patient. Den større omdrejningshastighed med flere kritisk syge betyder, at sygeplejerskerne skal give mere

Boks 2. Kliniske nøgleord

Kliniske nøgleord, som de fremstår i Odense Universitetshospitals elektroniske patientjournal:

- Aktivitet (ADL)
- Respiration og cirkulation
- Ernæring
- Udskillelse af affaldsstoffer
- Hud og slimhinder
- Smerter og sanseindtryk
- Søvn og hvile
- Seksualitet
- Viden og udvikling
- Kommunikation
- Psykosocialt

Figur 6. Anvender du alle nøgleordene i indlæggelses-samtalen? (n=87)



hjælp, mere information og mere personlig støtte til patienterne på stadigt kortere tid, hvilket kræver en ændret form for nærvær, nærvær der ikke er defineret ved mængden af tid, der er til rådighed, men derimod ved udnyttelsesgrad af tiden. Nærvær kan defineres som tid med fravær af utålmodighed (9).

Tid fremhæves ofte som en nødvendig og vigtig forudsætning for at lære patienter at kende og sikre sammenhæng i patientforløb. Men undersøgelser viser, at selv når tiden er til stede, prioriterer sygeplejersker ofte andre handlinger end de direkte patientrelaterede (10).

Andre undersøgelser viser, at patienterne efterspørger mere tid til nærvær samt forståelse og omsorg i mødet med sundhedspersonalet (11).

Det kan således diskuteres, om tid og nærvær i patientplejen i den praktiske virkelighed har lav prioritet. Men som et ideal for den gode sygepleje er tid en helt central faktor.

Indlæggelsessamtalen i en travl hverdag er således ikke et mål, der blot skal opfyldes, men et middel til at opnå medinddragelse. Brugt rigtigt kunne der ligge en tidsbesparende faktor heri, idet alle data vil være indsamlet, og patientens problemer, behov, ønsker og forventninger ville være kendte og afstemte.

Kommunikation er ikke hele løsningen

Denne undersøgelse viser, at sygeplejersker generelt vurderer deres kommunikative evner højt. Hvis det er i overensstemmelse med sandheden, indikerer det, at relevante data bliver indsamlet, men at der bl.a. med afsæt i sygeplejerskens faglige skøn sker en prioritering i forhold til, hvad og hvordan behov og problemer efterfølgende dokumenteres.

En højnelse af sundhedsprofessionelles kommunikative kompetencer har været i fokus i flere år og er blevet en løsning på mange af sundhedsvæsenets problemer. Dette kan ifølge Peter Elsass fremstå som et forførelsesnummer, der dækker over andre problemer, der ikke kan løses med forbedret kommunikativ indsats (12).

Kommunikation ligger til grund for alt menneskeligt samkvem. Sygeplejens grundvilkår er knyttet til den enkelte patient, og

dermed bliver kommunikation og implicit sygeplejerskens kommunikative tilgang helt central. Det ses af undersøgelser, at patientcenteret kommunikation er en grundlæggende komponent i sygeplejen, men patienterne oplever, at sygeplejerskerne er mere optaget af administrative eller funktionelle aktiviteter. Sygeplejerskerne kender ikke patienternes behov eller værdier, hvilket medfører manglende opmærksomhed på patienterne. Det er essentielt at fokusere på patientcenteret kommunikation, for ellers vil opgavecenteret kommunikation dominere (13). Alternativt er der risiko for, at patientperspektivet bliver et appendiks og sekundært til samtalen frem for et primært udgangspunkt for samtalen.

Det faglige skøn

Ifølge resultaterne fra denne undersøgelse er sygeplejerskers faglige skøn med til at afgøre og forklare, hvorfor og hvad der indsamles viden om og efterfølgende dokumenteres. Det faglige skøn er et begreb, enhver sygeplejerske har fået ind med den sygeplejeteoretiske modermælk. Det særlige ved det faglige skøn er, ifølge Merry Scheel, at der både ligger subjektive og objektive vurderinger til grund herfor (14). Netop Merry Scheel har i sin beskrivelse af den interaktionelle sygeplejepraksis gjort op med de to hovedstrømninger, der efter hendes mening tidligere dominerede i beskrivelsen af, hvad god sygepleje er.

Den ene har en fundamentalistisk tilgang, hvor der er et ønske om at finde frem til et sikkert fundament af beviselig viden om god sygepleje gennem særligt naturvidenskabelig forskning. Dette medfører en meget snæver opfattelse af sygepleje og tilmed visse vanskeligheder i beskrivelsen, idet sygepleje langt fra altid er monitorerbar som andre mere naturvidenskabelige parametre. ►

” Hvad der er rigtigt og forkert, afhænger af den enkelte sygeplejerskes viden og holdninger og af hendes skøn i situationen. Dette medfører sygepleje af meget varieret og blandet kvalitet.

► Den anden har en relativistisk tilgang, hvor der ikke menes at være nogen endegyldig sandhed. Hvad der er rigtigt og forkert, afhænger af den enkelte sygeplejerskes viden og holdninger og af hendes skøn i situationen. Dette medfører sygepleje af meget varieret og blandet kvalitet.

Det er fristende at konkludere, at sygeplejersker i denne undersøgelse har en relativistisk tilgang til, hvad der skal dokumenteres.

Et subjektivt sygeplejefagligt skøn

Dokumentation både som redskab og som indhold har været til diskussion i sygeplejerskekollektivet i alle vores år som uddannede sygeplejersker. Om det skyldes fagets natur, forherligelse af den individuelle tilgang og dermed en indbygget modstand mod systematik, skal vi ikke kunne sige. Men i januar 2013 udkom "Bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler". I denne står der, at sygeplejersker har notatpligt. I den medfølgende "Vejledning for sygeplejefaglige optegnelser" oplistes 12 behovs- og problemområder sygepleje skal forholde sig til.

Ovenstående betyder, at den sygeplejefaglige dokumentation nu efterspørges. I den sammenhæng ville det være ønskeligt med et ensartet nationalt dokumentationssystem. Vi tror dog, det kan blive en udfordrende og tæt på umulig opgave, hvis ikke sygeplejen opbygger en mere stringent og systematisk tilgang til at indhente viden. Denne systematik kunne hjælpe til at gøre den efterfølgende dokumentation mere håndterbar og læsevenlig. I hvert fald kan det sygeplejefaglige skøn ikke længere anvendes som forsvar eller forklaring på, hvorfor der ikke dokumenteres.

Litteratur

1. Egerod I, Darmer MR. Diagnostik i sygeplejen. I: Egerod I (red). Dokumentation og kvalitetsudvikling. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck; 2007, 91-104.
2. Ammenwerth E, Mansmann U et al. Factors affecting and affected by user acceptance of computerbased nursing documentation: results of a two-year study. *Journal of the American Medical Informatic Association* 2003;10:69-84.

3. Törnvall E, Wilhelmsson S. Nursing documentation for communicating and evaluating care. *Journal of Clinical Nursing* 2007;17:2116-24.
4. Darmer MR, Ankersen L et al. The effect of a VIPS implementation programme on nurse's knowledge and attitudes towards documentation. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2004;18(3):325-32.
5. Cheevakasemsook A, Chapman Y et al. The study of nursing documentation complexities. *International Journal of Nursing Practice* 2006;12:366-74.
6. Leth D, Bjørnshave B et al. Amtslig audit af sygeplejerejournaler Sygehusene i Århus Amt, december 2006. PDF fil findes ved at Google "Amtslig audit af sygeplejerejournaler (besøgt 17. juni 2014).
7. Björvell C, Thorell-Ekstrand I et al. Long-term increase in quality of nursing documentation: effects of a comprehensive intervention. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2002;16:34-42.
8. Sørensen LL, Møller K. Hvordan varetager sygeplejersker patienternes perspektiv i indlæggelsessamtaler. *Klinisk Sygepleje* 2012;26(4).
9. Nielsen R, Harder J. *Venteværelset – en døendes fortællinger om livet*. København: Unitas Forlag; 2012.
10. Holm-Petersen C, Asmussen M et al. Sygeplejerskers fagidentitet og arbejdsopgaver på medicinske afdelinger, DSI rapport 2006, Institut for Sundhedsvæsen, København.
11. Jensen SG. Danskerne dumper sundhedsvæsenet. *Ugebrevet Mandag Morgen* 2006;28.
12. Elsass P. *Kompliance. I: Kommunikation og forståelse*. Ed: Elsass P, Olesen F et al. Næstved: Philosophia, 1998.
13. McCabe C. Nurse-patient communication: an exploration of patient's experiences. *Journal of Clinical Nursing* 2004;13:41-9.
14. Scheel M. *Interaktionel sygeplejepsikologi*. København: Munksgaard 2005.

English abstract

Abildgaard, O; Foldager, M; Sigaard, L; Therkildsen, DN. Three Central Themes in the Hospitalisation Interview. *Sygeplejersken* 2014;(8):68-74.

The aim of this study was to shed light on nurses' views and experience in connection with hospitalisation interviews. A questionnaire was used containing both quantitative and qualitative survey questions. 280 nurses from four different units received the questionnaire. In all, 87 (31 pct.) were returned. Both quantitative and qualitative methods were used as an analysis model.

The results show that most nurses in the study feel that the hospitalisation interview is important and that it is generally a priority. Likewise, nearly all believe that they know what a hospitalisation interview should contain.

The results also show that the nurses believe their own communicative ability is good and that good verbal communication can be viewed from three major perspectives:

1. a nurse perspective
2. an interaction and communication perspective
3. a time and framework perspective.

Key elements among the nurses, with respect to what they choose to bring into the interview are: prioritisation of time, skills and professional judgement.

Keywords: Hospitalisation interview, self-assessed communicative ability, nurse perspective.



SYGEPLEJEFESTIVAL
2014

Følg med her

www.dsr.dk/Sygeplejefestival og
www.facebook.com/sygeplejefestival
bliver løbende opdateret med nyheder
om programmet og andre gode aktivi-
teter, der planlægges for at skabe den
bedste Sygeplejefestival.

Kom med til Sygeplejefestival 2014

Dansk Sygeplejeråd inviterer til Sygeplejefestival 2014 den 15. september i København. Sygeplejefestivalen er i højsædet, og viden bliver delt, når sygeplejersker fra hele landet mødes. For at tilbyde en lang række spændende faglige aktiviteter har vi samlet alle arrangementerne i de flotte omgivelser i Lokomotivværkstedet i København. Det er et sted med højt til loftet og mulighed for at skabe forskellige aktiviteter.

Brug opfordringen med postkortet på side 19, og læs mere om indholdet af festivalen på siderne 44-45 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

PÅ FESTIVALEN ER DER BL.A.:

Keynote speakers

- Judith Shamian, præsident for International Council of Nurses, ICN
- Eva Jørgensen, journalist

Debattorvet

Kom og deltag i små "speed-debatter" med forskellige aktuelle kliniske problemstillinger i sygeplejen, og hør oplæg af bl.a.:

- Tage Søndergaard Kristensen (professor på NFA) om arbejdsmiljø
- Bibi Hølge Hazelton, forskningsleder, om forsknings- og udviklingskultur i klinisk praksis
- Center for Kliniske retningslinjer: Fagligt skøn og kliniske retningslinjer

Markedspladsen

Den byder på otte tværgående faglige områder:

- Forskning og udvikling
- Kvalitet og patientsikkerhed
- Uddannelse og læring

- Etik
- Forebyggelse af bl.a. ulighed i sundhed
- Patient- og borgerinddragelse
- Ledelse og organisering
- Velfærdsteknologi

Markedspladsen giver også rig mulighed for at få en faglig dialog og møde De Faglige Selskaber, samarbejdspartnere fra sundhedsvæsnet og andre faglige eksperter – og tage nye idéer og viden med hjem til arbejdspladsen

Biograf

- Hygge med kollegaerne i biografen, med spændende faglige film. Der bliver vist en række kortfilm.

Pop op-arrangementer

- Dansk Råd for Genoplivning har en event, hvor man kan prøve hjerte-lunge-redning på dukker
- Fixelancen, Københavns mobile stofindtagelsesrum, har en event, hvor der vil være mulighed for at besøge en ældre udgave af Fixelancen, som ikke længere er i brug. Sygeplejerskerne fortæller om deres arbejde og sygeplejen til mennesker med afhængighed

Pris

Prisen for deltagelse inkl. fuld forplejning er kun 450 kr. For studerende 225 kr.

Tilbud om overnatning

Vilvorde Kususcenter tilbyder overnatning og middage med vin til særligt lave medlemspriser i weekenden op til Sygeplejefestivalen. Læs nærmere om tilbuddet på side 40 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Teori T – om bredde- og dyb hos sygeplejersker

Teori T er udviklet som en nytænkning af vigtige kompetencer i sygeplejen. Baggrunden er de mange omstillinger i sundhedsvæsenet, der kræver et blik på patienten som "vores" og dermed en sygeplejetænkning, der krydser grænser.

Karen Ingerslev, cand.psych.aut., ph.d.-stipendiat, Aarhus Universitetshospital; kareinge@rm.dk
Birgit Eg, oversygeplejerske, SD, SLU, ortopædkirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital
Vibeke Krøll, MHP, sygeplejefaglig direktør, Aarhus Universitetshospital

Mange af de omstillinger, vi i sundhedsvæsenet står overfor, bryder med gamle strukturer og organisationsformer. Det gælder f.eks. sengeafsnit, hvor flere afdelinger vil skulle dele afsnit, omorganisering af intensivafsnit og operationsgange og etablering af nye fælles akutafdelinger. Det vil betyde et bredere arbejdsfelt for sygeplejersker og nye samarbejdsflader, der kræver nye kompetencer. Sygeplejersker skal kunne handle kompetent i flere typer af sammenhænge og i forhold til patienter med flere og forskellige diagnoser. Nogle sygeplejersker oplever deres faglige identitet truet og diskuterer, hvad det vil sige at være specialistsygeplejerske, og hvorvidt de mange omstillinger betyder, at de sidste mange års fokus på specialisering af sygeplejen nu bliver erstattet af en bevægelse mod at blive generalister.

Forfatterteamet trækker på udvalgte sygeplejeteorier, Sundhedsstyrelsens beskrivelse af sygepleje, en kompetencemodel samt forskning i relationel koordinering, designtænkning og grænsekrydsende ledelse for at udvikle "Teori T" som en nytænkning af vigtige kompetencer i sygeplejen.

Sygeplejens teoretiske landskab

Det første stop på rejsen væk fra begreberne "generalist" og "specialist" er tre sygeplejeteoretiske beskrivelser af, hvad sygepleje er.

Sygepleje som situationsafhængig samspilspraksis

Scheel (1) beskriver sygeplejen som en situationsafhængig interaktionel samspilspraksis, hvor fornuft og følelser er integreret. Mennesker indgår i relationer og er af den grund afhængige af hinanden. Scheel beskriver tre handlingstyper, som altid er i spil:

- de kognitivt-instrumentelle
- de æstetisk-ekspressive
- de moralsk-praktiske.

De kognitivt-instrumentelle handlinger beskrives som forståelsesorienterede og baserede på teoretiske, tekniske og proceduremæssige handlinger. De er aktive og målrettede imod patientens legemlige behov og udpræget resultatorienterede.

De æstetisk-ekspressive handlinger retter sig imod forståelse for såvel patientens som sygeplejerskens situation, samt situationens mening og betydning. Det betydningsfulde for den enkelte og selvrefleksionen får forrang.

De moralsk-praktiske handlinger er etiske handlinger, som i sig selv viser den enkeltes forvaltning af magt, kultur og andre særlige værdier.

Sygepleje som omsorgspraksis

Martinsen (2,3) udvikler ikke en sygeplejeteori, men beskriver, hvilke fænomener sygeplejersken skal forholde sig til med afsæt i begrebet omsorg. Inspireret af Løgstrup beskriver hun livsytringerne, f.eks. tillid, talens åbenhed, kærlighed, barmhjertighed, indignation og håb. Livsytringerne er nøglen til at kunne tyde og give udtryk for tydningen, med andre ord at forstå, fortolke og udlægge situationer. Martinsen beskriver tre dimensioner af sygepleje: en relationel, en praktisk og en moralsk dimension. Den relationelle dimension udspringer af, at vi altid indgår i en relation, og at tydningen eller forståelsen af den andens (patientens) situation er en forudsætning for at handle omsorgsfuldt. Den praktiske dimension, hvor sygeplejersken handler ud fra en helhedsforståelse, er baseret på erfaring og viden og et fagligt og etisk skøn. Den moralske dimension beskriver, hvordan sygeplejersken i situationen handler ud fra gældende etiske værdier og normer.

Situationsafhængig sygepleje

Kirkevold (4) beskriver sygeplejen som en mellemting imellem sygeplejeprocetænkningens fokus på det tekniske og målrationelle og Martinsens omsorgstænkning. Kirkevold beskriver fire typer situationer, som i praksis er sammenvævede, men her analytisk adskilt:

1. Den akutte situation, der kræver handlen her og nu. Der er ikke tid til at stoppe op og reflektere.
2. Den problematiske situation, hvor sygeplejersken står i en ustabil situation, hvor udfaldet er uklart. Her skal der tydes og tolkes, så den bedste løsning kan findes.

defaglighed

- Den ikke-problematiske stabile situation, hvor situationen og løsning er kendt. Der kan måske ovenikøbet eksperimenteres lidt med alternative løsninger. Her er det ikke de tekniske og praktiske aspekter, der er vigtigst.
- Den problem-identificerende situation, hvor sygeplejersker opsøger problemerne, inden de opstår, typisk i forebyggende øjemed. Kirkevold fremhæver, at kvalitet i sygepleje er knyttet til den enkelte situation og til den enkeltes evner og muligheder for at udføre både teknisk-praktiske, relationelle og moralske handlinger.

Budskabet fra sygeplejens teoretiske landskab

Scheel, Martinsen og Kirkevold beskriver på lidt forskellig vis sygeplejens mange dimensioner, som på trods af forskellig betoning beskrives som en sammenhængende, vidensbåret, situationafhængig praksis. Altså aldrig blot en endimensional teknisk eller omsorgsfuld sygepleje, men en sygepleje med alle elementer udført med mere eller mindre høj kompetence, afhængigt af den enkeltes viden og erfaring. Vi finder ikke i disse teorier belæg for at tale om sygeplejekompetencer som enten en specialistkompetence eller en generalistkompetence.

To perspektiver på sygeplejefaglighed

Hvis vi træder tilbage og betragter, hvordan vi i forskellige sammenhænge betegner sygepleje, er det tydeligt, at der er mange begreber i spil. Den grundlæggende sygepleje kalder vi også basal sygepleje, og vi beskriver den som en generalistkompetence. Specialsygeplejen kalder vi også avanceret sygepleje eller komplekse sygepleje, og vi beskriver den som en specialistkompetence.

Den begrebsmæssige flertydighed fik os til at opsøge Sundhedsstyrelsens vedtagne beskrivelser af sygepleje i Klaringsrapporten fra 2002 (5). Her anskueliggøres to forskellige perspektiver på sygeplejefaglighed. Det ene perspektiv forholder sig til sygdomsspecifikke kompetencer i forhold til f.eks. en patient

Figur 1. Perspektiver på sygeplejefaglighed

Beskrivelse af det sygdomsspecifikke (patienten har en sygdom) og det selvstændige (patienten er syg) perspektiv på sygeplejefaglighed (5).

Patienten har en sygdom			
	Apopleksi	Hoftenær fraktur	Diabetes
		Funktionsniveau	
		Bevægeapparat	
		Ernæring	
Patienten er syg		Hud og slimhinder	
		Kommunikation	
		Psykosociale forhold	
		Respiration og cirkulation	
		Seksualitet	
		Smerter og sanseindtryk	
		Søvn og hvile	
		Viden og udvikling	
		Udskillelse af affaldsstoffer	

med en apopleksi og er typisk det, man forbinder med at være specialistsygeplejerske. Det andet perspektiv, som beskriver sygeplejens selvstændige område, forholder sig til de sygeplejefaglige problemstillinger, når personen er syg, f.eks. smerter, sanseindtryk og kommunikation, se figur 1. Dette perspektiv gælder for alle patienter uanset sygdom og er det, vi ofte forbinder med generelle sygeplejekompetencer.

Når patienterne er syge, fejler de ofte flere forskellige ting på én gang, og der er derfor brug for en kompetent sygeplejerske med en mangfoldighed af kompetencer. Sygeplejersker arbejder dog sjældent alene, men samarbejder og kommunikerer med kolleger i udøvelsen af kompetent sygepleje. Det fører os til næste stop på ►

- ▶ rejsen, hvor vi vil se på, hvordan kompetence forstås i en organisatorisk kontekst.

Organisatorisk kompetencemodel

På Aarhus Universitetshospital bruger man en systematisk model for kompetenceudvikling, der beskriver en tæt sammenhæng mellem faglige, sociale, lærings- og organisatoriske kompetencer (6). Det er kompetencer i de fire dimensioner, som tilsammen udtrykker sygeplejerskens kompetence, se figur 2.

Den kompetence, der binder de øvrige kompetencer sammen, er den sociale kompetence, som handler om kompetencen til at indgå i alle de relationer, der er nødvendige for at løse kerneopgaven.

Da ingen faggruppe alene kan nå målene for patientens forløb, er den sociale kompetence helt afgørende for, hvordan de øvrige kompetencer udfolder sig. Uden den sociale kompetence kan man i denne forståelse ikke have høj faglig eller organisatorisk kompetence. Den påstand er der solid forskningsmæssig dokumentation for i Gittells studier af relationel koordinering, der påviser samarbejdets betydning for den faglige kvalitet i ydelserne til patienterne (7).

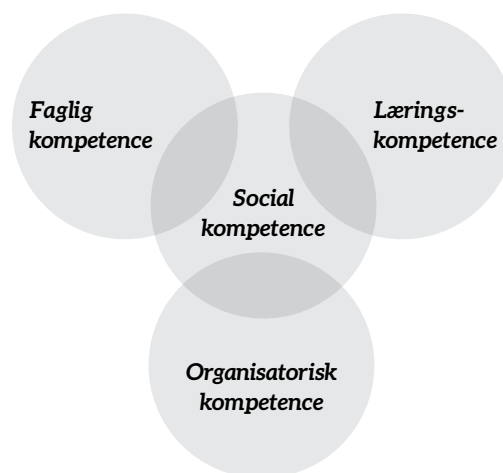
” Nogle sygeplejersker oplever deres faglige identitet truet og diskuterer, hvad det vil sige at være specialistsygeplejerske, og hvorvidt de mange omstillinger betyder, at de sidste mange års fokus på specialisering af sygeplejen nu bliver erstattet af en bevægelse mod at blive generalister.

Relationel koordinering

Hospitaler har som organisationer typisk fokuseret på funktionel koordinering i betydningen arbejdsdeling og koordinering af opgaver. Gittell viser, hvordan man i et velfungerende samarbejde

Figur 2. Kompetencedimensioner

De fire kompetencedimensioner i Aarhus Universitetshospitals model for strategisk kompetenceudvikling (6).



også må fokusere på relationel koordinering, der bygger på fælles mål, fælles viden og gensidig respekt. Den relationelle koordinering øges væsentlig, hvis man forsøger at løse problemerne sammen. Gittells forskning peger på, at den relationelle koordinering mellem fagområder og opgavefunktioner giver bedre kliniske resultater, øget arbejdsglæde og højere effektivitet.

Vi har nu en flerdimensional forståelse af sygeplejekompetencer med i bagagen. Den dybe diagnosespecifikke kompetence udgør den vertikale akse i sygeplejekompetencen, mens den selvstændige sygeplejekompetence tegner den horisontale akse. Dybden af den diagnosespecifikke kompetence og bredden af den selvstændige kompetence afhænger selvfølgelig af den enkeltes læringskompetencer, men også af de organisatoriske og sociale kompetencer.

Det er netop interaktionen mellem disse akser, mellem bredde og dybde og den flerdimensionale kompetence, der er bestemmende for sygeplejerskens samlede kompetence og dermed for den kvalitet, hun udøver kerneopgaven med.

Der begynder at tegne sig et T, se figur 3.

Teori T nytænker sygeplejekompetence

Hvad nu hvis vi i stedet for at tale om generalister og specialister talte om T-kompetence, der fokuserer på både dybde- og breddefaglighed og sociale kompetencer som det centrale i kompetencedimensionerne? I Design Thinking litteraturen (8) beskrives, hvordan mennesker, som arbejder i et interdisciplinært miljø, må have kompetencer i to dimensioner, heraf betegnelsen "T shaped persons".

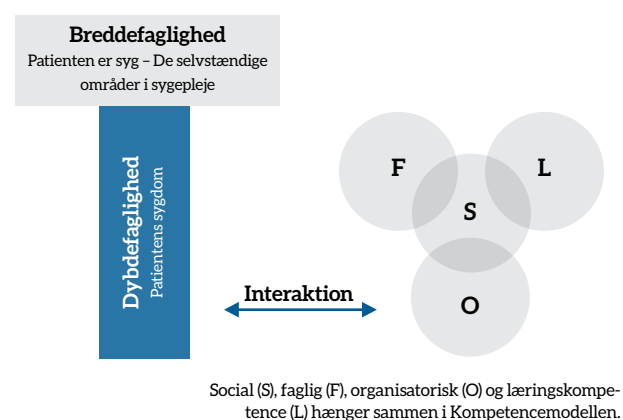
Den vertikale akse handler om, at enhver medarbejder i et team må besidde dybtgående evner, der muliggør, at vedkommende kan bidrage substantielt til de resultater, teamet skaber. Overført til sygepleje handler dybdefagligheden f.eks. om kompetencer i relation til patientens specifikke sygdom.

» Patienternes grænseskrydsning udfordrer, når vi som organisationer, afdelinger eller faggrupper ensidigt fokuserer på at opfylde vores egne mål. Aktørerne i sundhedsvæsenet er hinandens forudsætninger for et godt stykke arbejde til patientens bedste.

Den horisontale akse handler udover den breddefaglighed, vi har beskrevet i forhold til, at patienten er syg, også om empati for mennesker og for andre fagligheder end ens egen. Empatien viser sig typisk som åbenhed og nysgerrighed overfor kolleger og en undersøgende, eksperimenterende og involverende tilgang til samarbejdet. Pointen er her, at interaktionen mellem bredde- og dybdefaglighed og den sociale kompetence skaber læring, reflek-

Figur 3. Sygeplejerskens kompetence

Interaktionen mellem breddefaglighed, dybdefaglighed og særligt den sociale kompetence afgør sygeplejerskens kompetence (egen model).



sion og udvikling. Den enkelte sygeplejerske handler kompetent ved at bringe sin dybdefaglighed i spil i forhold til patientens samlede sygdomsforløb. Når patienter har flere sygdomme, er det nødvendigt at kunne krydse grænser til andre dybdefagligheder, og dette grænseskryds baserer sig på breddefaglighed og sociale kompetencer. Den nødvendige interaktion mellem bredde- og dybdefaglighed gør det tydeligt, at en smal horisontal akse kan gøre det svært at spille sammen med andres kompetencer. Omvendt giver interaktionen med andre mulighed for at blive endnu skarpere på dét, der er den enkeltes særlige dybdefaglighed.

Grænseskrydsning nødvendigt

Ingerslev (9) beskriver, hvordan grænseskrydsning bliver et nødvendigt tema for sundhedsfaglige medarbejdere, når patienter fejler mere end én ting og i løbet af deres forløb bevæger sig på ▶

- kryds og tværs af organisatoriske og faglige grænser. Patienternes grænsekrydsning udfordrer, når vi som organisationer, afdelinger eller faggrupper ensidigt fokuserer på at opfylde vores egne mål. Aktørerne i sundhedsvæsenet er hinandens forudsætninger for et godt stykke arbejde til patientens bedste. Grænsekrydsning bliver et vigtigt element af den sociale kompetence og i den relationelle koordinering, ligesom det bliver en væsentlig ledelsesopgave.

Hvad er det særlige og nye, ledere skal være opmærksomme på, når det hidtidige fokus på specialisering udvides til at rette sig mod interaktionen mellem dybdefaglighed og breddefaglighed og sociale kompetencer, og dermed på betydningen af grænsekrydsning for at skabe de bedste mulige resultater for patienterne?

Ernst og Chrobot Masons (10) forskning viser, at forskellige typer ledelsespraksis understøtter grænsekrydsning. Hvis vi kombinerer den nedenfor beskrevne forståelse af grænsekrydsende ledelsespraksisser med Teori T, udfoldes et nuanceret felt af forskellige typer samspil mellem sygeplejersker med forskellige former for kompetence eller med forskellige måder at udfolde deres kompetencer på:

” Teori T er en dynamisk model, der beskriver kompetence hos den enkelte sygeplejerske som resultatet af interaktionen mellem såvel bredde- som dybdefaglighed i sygeplejen.

Den første type grænsekrydsende praksis drejer sig om ledelse af grænser, hvor lederen både agerer som bufferen, der giver tryk internt, men også ved at skabe refleksion, hvor man bliver i stand til at se andres perspektiv. Buffer-praksis vil betyde, at sygeplejersken fokuserer på at fastholde og udvide sin eksisterende dybde- og breddefaglighed. Den refleksive praksis viser sig ved, at sygeplejersken formår respektfuldt at tage kollegers perspektiv i forhold til en syg patient, også når de har en anden dybdefaglighed.

Den anden type grænsekrydsende praksis drejer sig om ledelse, der skaber fælles grund. Det foregår både ved at skabe forbindelser til andre, men også ved at mobilisere mod en større identitet end den lokale kerneopgave. Det at skabe forbindelser bliver et spørgsmål om at etablere muligheder for at mødes i tillidsskabende og mere uformelle rammer. Mobiliseringen kommer til at handle om, hvordan man sammen begynder at handle ud fra en forståelse af, at ”det er vores patient”, uanset hvilket speciale den enkelte er ansat til at varetage.

Den tredje type grænsekrydsende praksis drejer sig om ledelse, der opdager nyt land. For at kunne det skal lederen agere som væveren, som forbinder den enkeltes særlige kompetencer med den større fælles opgave, som det kræver mange forskellige kompetencer at løse. Lederen skal også skabe transformation, hvor organisationen genopfinder sig selv i en ny og større kontekst på tværs af hidtidige organisatoriske skel. Væveren viser sin kompetence ved både at respektere og udvikle forskellige dybdefagligheder og samtidig forbinde dem med hinanden i den gensidige afhængighed og læring, der er nødvendig for et integreret samarbejde om patienternes forløb. Transformativ praksis kan vise sig ved, at sygeplejersker tilsammen udvider deres kompetencer i såvel dybden og bredden i sådan en grad, at der opstår nye forståelser af, hvad deres opgave er.

Ledelse af grænsekrydsning peger på et felt præget af dynamisk interaktion og stadige bevægelser mellem forskellige kompetencer og opmærksomheder, som også gælder, når sygeplejersker skal være klædt på til at løse fremtidens opgaver.

Konklusion

Sygeplejen har i mange år haft fokus på dybdefagligheden. Når patienter fejler mere end én ting, betyder det, at vi også skal fokusere på breddefaglighed og kompetencer i alle dimensioner, ikke mindst de sociale kompetencer. Målet er sygeplejersker med høj kompetence, et højt og bredt T, fordi det tydeligvis giver de bedste resultater for patienterne. Teori T er en dynamisk model, der beskriver kompetence hos den enkelte sygeplejerske som

resultatet af interaktionen mellem såvel bredde- som dybdefaglighed i sygeplejen. Modellen viser, hvordan den kompetente sygeplejerske også skal have høje organisatoriske, sociale og læringskompetencer for at kunne skabe de bedste resultater for patienterne på tværs af fagområder. Kompetente sygeplejersker må således kunne forbinde og krydse grænser til andre dybdefagligheder.

Litteratur

1. Scheel ME. Interaktionel sygeplejepsis: vidensgrundlag-etik og sygepleje. København: Munksgaard; 2005.
2. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays (Caring, nursing and medicine: historical-philosophical essays). Tano, Oslo 1989.
3. Martinsen K. 1993. Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen 1994.
4. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? : Ad Notam Gyldendal; 1996.
5. Lausten S, Krøll V, Madsen I, Ottesen B. Sygeplejefaglig Klaringsrapport: Grundlag og metode for måling, dokumentation og forbedring af sygeplejefaglig kvalitet. 2002.
6. Aarhus Universitetshospital. Model fra Strategisk Kompetenceudvikling. 2013.
7. Gittel JH. High performance healthcare: Using the power of relationships to achieve quality, efficiency and resilience. New York, NY: McGraw-Hill; 2009.
8. Brown T, Wyatt J. Design thinking for social innovation. Stanford Social Innovation Review 2010;8(1):31-5.
9. Ingerslev K. Grænseskrydsende offentlig innovation. In: Paulsen M, Klausen SH, editors. Innovation og læring: filosofiske og kritiske perspektiver. 1st ed. Aalborg, Danmark: Aalborg Universitetsforlag; 2012. p. 143-74.
10. Ernst C, Chrobot-Mason D. Boundary spanning leadership: Six practices for solving problems, driving innovation, and transforming organizations. New York, NY: McGraw-Hill; 2011.

English abstract

Ingerslev K, Eg B, Krøll V. Theory T - On the Depth and Breadth of Nurses' Skills. *Sygeplejersken* 2014;(8):76-81.

The article introduces new concepts for nurses' skills. Because of significant restructuring of health services, we must rethink the notions of specialist and generalist. When patients have more than one ailment or when hospital entities have more than one speciality, nurses have to be able to connect and cross boundaries into other professional areas. Based on knowledge from nursing research, the National Health Service of Denmark and management, design and organisation theory, we suggest a T, which conveys the skills nurses must have to a greater degree than the designations "specialist" and "generalist" do. Theory T is a dynamic model that describes skills held by the individual nurse as a result of a dynamic interaction between both broad and deep professionalism. The model shows that the nurse must have high nursing, organisational and social skills in order to produce the best results for patients across professional and organisational boundaries and regardless of what ailment the patient has. Boundary-crossing nursing creates management challenges, but also opens up for exciting new opportunities.

Keywords: Skill, broad professionalism, deep professionalism, theory T.

Den personlige hygiejnes historie

Vask af kroppen og brusebad hørte ikke til dagens orden for hundrede år siden. Man vaskede synlige dele af kroppen; hår ansigt, hals og hænder, og hele kroppen blev vasket til jul. I 2013 diskuterede man i Danmark, hvor hyppigt mennesker med plejebenhov skulle have mulighed for at komme i brusebad. Vanerne har ændret sig, og forfatteren dykker ned i, hvorfor og hvordan det er sket, og sætter den personlige hygiejne ind i en historisk kontekst.

Jeanne Bøge, dr.polit., førsteamanuensis i sygepleje, Institutt for sykepleiefag, Avdeling Helse og sosialfag, Høgskolen i Bergen, Norge; jhb@hib.no

Da jeg var i København i starten af oktober 2013, havde aviserne forsidehistorier om, at ældre burde have ret til et bad mindst to gange om ugen, når de ikke kunne tage bad selv (1). I slutningen af november samme år underviste jeg på en sygeplejerskeuddannelse i Jylland. Der bekræftede lærerne, at der havde været en politisk debat i Danmark om, hvorvidt plejekrævende personer burde have hjælp til at vaske hele kroppen to gange om ugen. Lærerne fortalte, at der manglede politisk vilje til at vedtage sådanne generelle rettigheder. Beslutningen om, hvor ofte ældre skal have hjælp til et bad, blev overladt til de enkelte kommuner.

For 150 år siden blev kroppen sjældent vasket

For at forstå nutidens politiske debatter om kropsvask er det nødvendigt at gå tilbage til midten af 1800-tallet. På den tid fandt der et omfattende politisk arbejde sted i de vestlige lande med det formål at få fattigfolk til at vaske sig oftere og mere omfattende. Dengang var så omfattende kropsvask ikke almindeligt hos almuens. Eilert Sundt, som bliver regnet for Norges første sociolog, skriver, at kroppen oftest bare blev vasket en gang om året i forbindelse med julehøjtiden. I 1860'erne var det ikke almindeligt, at småbønder og arbejdere vaskede sig til daglig. Når de tog deres arbejdstøj på om mandagen og gik ud for at arbejde, var det, som om hele ugen var én sammenhængende arbejdsperiode, hvor det ikke kom på tale at pynte sig, og derfor vaskede de sig heller ikke. Selvejende bønder og soldater skulle vaske ansigt og hænder hver dag. Mens småbønder og arbejdere ikke vaskede andet end hænderne til daglig, var det almindeligt, at kvinderne vaskede både hænder og ansigt hver dag, når de huserede i køkkenet med potter og pander. Inden deltagelse i begravelser og møder skulle alle vaske sig. Selv om det kunne variere, hvor meget man vaskede sig til daglig, var det helt uacceptabelt at lade være med at vaske synlige kropsdele som hår, ansigt, hals og hænder i weekenden, for denne rensning var en højtidelig forberedelse til søndagen.

Den svenske etnolog Jonas Frykmans studie af renlighed i Sverige i perioden 1880-1910 viser, at svenskerne heller ikke

havde nogen forståelse for, at det skulle være skadeligt at lade være med at vaske sig så ofte og så omfattende. Mennesker gik altid rundt med synlige rester af arbejdet på tøj eller krop. Fiskerkonerne lugtede af fisk, og bønderne lugtede af stald. Skidt blev anset for at være noget positivt. Hvis man ikke vaskede sig så ofte, så frøs man heller ikke så let. Skidt og udsondringer udgjorde et ekstra værn (2).

De vaskepraksisser, som er beskrevet ovenfor, er ikke udtryk for, at mennesker var særligt beskidte i Norden. I verdens første lærebog i sygepleje, som udkom i England i 1860, skriver Florence Nightingale, at hun rystede på hovedet af folk, som pralede af, at de aldrig havde vasket sig længere nede end ansigtet, bortset fra på hænderne (3).

Industrialiseringen øger forventningerne

Historikeren Georges Vigarello (1988: 85-94, 98) som analyserede renlighedspraksisser i Paris fra senmiddelalderen og frem til 1980'erne, argumenterer for, at kropsvasken har ændret sig i takt med politiske ændringer i samfundet i øvrigt. Vigarello dokumenterede, at nutidens vestlige kropsvask opstod i sidste halvdel af 1800-tallet, og at disse vaskepraksisser var et led i det politiske moderniseringsarbejde, som fandt sted i de vestlige samfund (4).

Der er lidt forskel på, hvornår de vestlige lande blev moderne markedsøkonomiske industrisamfund.

I Norge var det især i sidste halvdel af 1800-tallet, at industrialiseringen tog fart. Storbritannien var præget af hurtig industrialisering i første halvdel af 1800-tallet. Konkurrenceøkonomien i industrisamfundet førte til store klasseskel mellem dem, der ejede jord og virksomheder, og dem, der var fæstebønder og arbejdere. De tiltagende klasseforskelle og dårlige vilkår for fattigfolk førte til social uro. Folk var så fattige, at de knap nok havde vaskefade, vaskeklude og håndklæder. I en landsby var der måske kun håndklæder i 4-5 af husene. I enkelte huse havde man måske gamle tøjstykker, som man kunne tørre sig med, men det gjaldt langt fra dem alle. Borgerskabet brugte hygiejnisk renlighed til at markere, at de hørte til en højere klasse end disse beskidte fattigfolk (5).

I håb om at forbedre deres levevilkår flyttede fattige bønder i hobetale ind til industribyerne. De boede i slumprægede områder, hvor der var lige så beskidt inde i husene som udenfor. Her levede de tæt sammen med dyr, affald, stinkende kloakker og latriner, indhyllet i industrirøg. Fattigdom, elendighed og moralsk forfald førte til både alkoholisme og prostitution.

Borgerskabet tog meget lidt hensyn til, hvordan arbejderne havde det. De var optaget af at få størst mulig profit. Jo lavere løn arbejderne fik, desto mere udbytte blev der til ejerne. Politikerne og kirken gik heller ikke særlig meget op i levevilkårene for fattigfolk. Ansvar for medmennesker havde en central placering i middelalderkirken, mens den reformerte lutherske kirke, som blev etableret i 1536, nedtonede ansvaret for næsten og pointerede den enkeltes ansvar for sig selv. De fattige blev anset for at være dovne, uopdragne og umoralske (6).

Ingen skænkede det en tanke, at de økonomiske systemer skabte fattigdom, og da store dele af indbyggerne i flere engelske industribyer var så fattige, at de sultede i årene omkring 1850, påtog hverken staten eller kirken sig ansvaret for at hjælpe de nødlidende. I England forsøgte magthaverne at finde ud af, hvordan de kunne udnytte fattigfolk endnu mere. Derfor fik den engelske jurist Edwin Chadwick til opgave at undersøge, hvordan man kunne reducere de omkostninger, som arbejderklassens skidt og sygdom førte med sig.

Det arbejde, som han stod i spidsen for, resulterede i en meget omfattende dokumentation af arbejderklassens levevilkår. Dette arbejde ændrede Chadwicks syn på fattigdom. Fra at have været optaget af at reducere fattigdomsudgifterne blev han i stedet optaget af årsagerne til fattigdom. Fra at se på fattigdom som selvforskyldt på grund af lav moral skiftede han holdning til at mene, at det var de sociale og materielle forhold, de fattige levede under, som førte til skidt og manglende renlighed. Disse forhold, mente han, skulle forbedres gennem socialpolitisk handling. Chadwick havde store problemer med at vinde tilslutning til sin argumentation for sociale reformer, for det ville medføre øget beskatning, specielt af middelklassen (7).

Det var først, da oprørske, syge og døde fabriksarbejdere blev en trussel mod fabrikernes produktionskapacitet og den velstand, som borgerskabet nød godt af, at der blev iværksat politiske tiltag med det formål at fjerne grundlaget for både sygdom og oprør. Organisationen Sanitation Movement, som Chadwick var en af frontfigurerne i, var en bærende kraft i arbejdet med at ændre de sanitære forhold via politiske tiltag. Florence Nightingale var en anden central spydspids i organisationen, som argumenterede for, at gode sanitære forhold, rent vand, gode afløbssystemer, større afstand mellem mennesker og dyr, bedre boliger og omsorg for mødre og børn ikke bare var til gavn for den enkelte, men en økonomisk fordel for hele samfundet (8).

Det var specielt i fattige kvarterer, at der manglede tilførsel af vand, systemer til fjernelse af affald og kloakering. Til trods for middelklassens kamp mod sundhedsreformer, som kunne føre til øgede offentlige udgifter, blev der vedtaget en sundhedslov i det engelske parlament i 1848. Dette var den første sundhedslov i verden, og den blev mønsterdannende for lignende love i flere andre lande, bl.a. den norske sundhedslov fra 1860 (9).

I forlængelse af sundhedsloven blev der oprettet sundhedskommissioner i alle norske kommuner. Disse kommissioner skulle både sørge for bedre sanitære forhold og for oplysning (8). Sundhedskommissionerne kunne optræde som en slags kommunalbestyrelse, men med lægen i borgmesterens rolle. Som eksempel kan det nævnes, at vi ved, at lægerne i den lille kommune Volda i det vestlige Norge omtalte hygiejne, ikke mindst den manglende personlige renlighed, som et forfærdeligt rod og svineri. Der blev især sat ind over for kvinderne. Renlighed var primært deres ansvar. Lægerne ville have gjort op med det elendige renligheds- og rengøringsniveau. Derfor uddelte sundhedsrådet i Volda skriftlige formaninger om at holde boliger og kroppe rene. De, der udmærkede sig med hensyn til renlighed, blev præmieret, og det var borgerskabets hygiejnestandarder for renlighed, som skulle implementeres. Det var ikke bare lægerne, der oplyste folk om, hvordan de skulle vaske og pleje deres kroppe. Skolelæreren var også en central aktør i dette arbejde (9). De moderne sygeplejersker, som ▶

- blev uddannet efter 1860, blev regnet for hygiejneeksperter, og de fik en meget central rolle i udformningen af det moderne sanitære industrisamfund (10).

Den, som var ren, var moralsk og lydig

Hvorfor var det politisk vigtigt, at fattigfolk var rene og velduftende? Renligheden hos de fattige var et symbol på deres moral og en garanti for orden. Målene var både komplekse og forståelige: Fra rene gader til rene boliger, fra rene rum til rene kroppe, og rene kroppe var moralske. Intentionen var intet mindre, end at man ville ændre fattigfolk ved at få dem til at tillægge sig nye kropslige renlighedsvaner. Der kom et stærkt moralsk fokus på de fattiges levevis, hvor renlighed fik stor betydning. Renlighed banede ikke bare vejen for god sundhed ved, at det stimulerede energiproduktionen, men blev også et spørgsmål om orden og puritansk moral. Når et menneske blev vant til at gå i laser og pjalter, mistede vedkommende respekten for sig selv og andre, og døren var åben for alle slags laster. Derfor blev de fattige arbejdere oplært i at vaske sig så grundigt som muligt, samtidig med at der blev udarbejdet detaljerede forskrifter for, hvordan det skulle gøres med så lidt vand som muligt.

Undervisningen var gerne knyttet tæt sammen med moralske og religiøse instruktioner. Det drejede sig i høj grad om at sikre den rette levevis. Den, der blev vant til renlighed, fik også for vane at opføre sig ordentligt og disciplineret og dermed i overensstemmelse med magthavernes interesser (4).

Det kan se ud som om, at man begyndte at styre samfundet ved at kontrollere og forme en biologisk, disciplineret krop, som tjente produktionssamfundet i forbindelse med industrialiseringen (11). Som et led i dette disciplineringsarbejde ved vi fra Paris, at der blev iværksat sanitære tiltag i form af billige bade omkring 1850. Fattigfolk måtte ikke bade mere end 30 minutter, og de måtte heller ikke bruge særlig meget vand. Der var installeret automatiske stophaner, som lukkede for vandet, når der var tilstrækkeligt meget vand i badekarret. Det var et klart formuleret mål at vaske så mange kroppe som muligt på kortest mulig tid ved hjælp af så lidt vand som muligt.

For at badene ikke skulle blive for dyre, var temperaturen indstillet så lavt som forsvarligt. Formålet med badene var at gøre de fattige arbejdere rene, sunde, ordentlige og moralske. Efterhånden kom man frem til, at bad i badekar tog for lang tid, og at det var for dyrt at lade sådanne bade være tilgængelige for fattigfolk. Et brusebad var hurtigere overstået end et bad i badekar, krævede mindre vand og et mindre areal. Eksperimentet med brusebad blev først afprøvet i et fængsel, og efter 1880 blev sådanne offentlige badeindretninger installeret i de fattige bydele i Paris. For at man ikke skulle vaske sig nøgen i andres påsyn, blev der indrettet private bruserum/-celler ved hjælp af forhæng. Disse brusebadsindretninger, som var beregnet på masserne, stod i skarp kontrast til borgerskabets private baderum. For de fattige var det ikke på tale at have mere privat rum omkring sig (4). Et brusebad var billigere end et karbad, men det allerbilligste var kropsvask med en kande vand og en vaskeklud, og den form for vask, der benyttes i dag i den daglige sygepleje, kan føres tilbage til denne kropsvask.

Det kunne være vanskeligt at overbevise borgerne om, at det var nødvendigt at vaske næsten hele kroppen hver dag, for der var mange eksempler på, at folk havde været raske og levet længe til trods for, at de ikke vaskede hele kroppen oftere end én gang om året. Idéer om miasmer og teorier om farlige mikrober blev brugt til at understøtte den politisk interessante hygiejniske kropsvask hos borgerne. Truslen om, at man kunne blive syg, ja til og med spedalsk, hvis man ikke var omhyggelig med renligheden, skræmte nok mange til at bruge mere vand på kroppen, end de tidligere havde gjort (12).

Normer om renlighed i sygeplejen

Norske lærebøger i sygepleje, som var i brug i perioden 1877-1910, var præget af de rituelle vaskenormer med tilhørende argumentation for, at det i det daglige var vigtigst, at synlige kropsdele var rene (13,14,15). I 1911 fik Norge den første lærebog i sygepleje, som argumenterede for, at den daglige vask af kroppen ikke bare skulle omfatte ansigt, hænder og mund/tænder, men også tildekede kropsdele som bagdel, ryg, armhuler, analregion, skridt, ly-

ske og, hos kvinder, folderne under brysterne (16). Disse normer om renlighed er stadig gældende inden for sygeplejefaget i vore dage, hvis patienterne ikke går i brusebad (17). Officielle norske retningslinjer anbefaler dagligt brusebad (18,19,20).

Nu om dage går de fleste i brusebad

I USA blev det en del af den daglige rutine i middelklassen at vaske sig og tage bad fra 1850, og badeværelset blev standard i middelklassehusene omkring år 1900, men det var først efter anden verdenskrig, at det blev almindeligt at have badeværelse i amerikanske og europæiske arbejderklassehjem (21). I 1947 havde 6 pct. af de norske boliger badeværelse, og man gik ud fra, at de fleste mennesker tog bad 2-3 gange om året (22). I 1959 havde 18 pct. af de norske husstande badeværelse (23). For at vænne norske børn til at holde deres kroppe rene til trods for manglende vaskefaciliteter i hjemmene blev der igangsat et stort arbejde med at udstyre skolerne med baderum i perioden 1925-1960, og det blev obligatorisk at tage brusebad efter gymnastiktimerne. Derudover blev der bygget offentlige badeværelser (24). Det var først efter 1980, at det blev almindeligt, at mennesker i alle samfundslag tog bad oftere end en gang om ugen. Det var dyrt at opvarme vandet (21).

I Norden er der i vore dage ikke behov for politisk propaganda for at få folk i almindelighed til at vaske sig. Indlagt vand, elektriske varmtvandsbeholdere og veludstyrede badeværelser i næsten alle boliger har gjort det enkelt at efterleve normen om at vaske næsten hele kroppen hver dag, og mange vasker hele kroppen i brusebad både en og flere gange om dagen.

Dagligt brusebad kan blive dyrt

Der kan opstå udfordringer, når mennesker, som er vant til at tage brusebad hver dag, kommer i en situation, hvor de har brug for hjælp fra det offentlige sundhedsvæsen til kropsvask. I et studie, jeg udførte på et norsk plejehjem i 2002 og 2006, viste det sig, at beboere, som tidligere havde fået hjælp til at komme i brusebad hver uge, som regel var i brusebad hver 14. dag. Ved at reducere hyp-

pigheden af de tilbudte brusebade sparede plejehjemmet tid/plejepersonale/penge, fordi det tog kortere tid at hjælpe beboerne med at vaske enkelte kropsdele end at hjælpe de samme personer med at få et brusebad. Reduktionen var ikke så omfattende, at beboerne så oplejede ud, og den førte ikke til uacceptabel kropslugt (25,26).

Den debat om kropsvask, som fandt sted i Danmark i efteråret, handler vel om at finde en balance mellem plejekrævende personers ønske om brusebad flere gange om ugen og politikernes behov for at holde udgifterne til plejeydelser så lave som muligt. I den forbindelse kan der opstå konflikt mellem plejekrævende personers normer for, hvad der skal til for at føle, at man har velplejet hud og hår, og den politiske vilje til at bruge skattepenge til at betale personale, som kan hjælpe plejekrævende personer i den henseende. Som vi har set ovenfor, er det fuldt ud muligt at være rask og leve godt uden et dagligt brusebad, men eftersom renlighed har været tæt forbundet med moral og værdighed i moderne statsdannelser, er det ikke uvæsentligt, hvor ofte plejekrævende personer får lejlighed til at komme i brusebad. I 1869 skrev Eilert Sundt, som bliver omtalt som Norges første sociolog, at vaskepraksisserne for enkelt-individer skulle være i overensstemmelse med vaskepraksisserne i øvrigt i det samfund, som de var en del af (4). Måske bør vi tage disse kloge ord fra sidste halvdel af 1800-tallet med os ind i tidens diskussioner om kropsvask af plejekrævende personer.

Litteratur

1. Hoffmann-Hansen H. De ældre er tilbage i dansk politik. *Kristeligt Dagblad*. 04.10.13.
2. Frykman J. Hel og ren. I: Frykman J, Löfgren O, editors. *Det kultiverede menneske*. Oslo: Pax Forlag; 1994.
3. Nightingale F. *Notater om sykepleie*. Revidert med tillegg, samlede utgaver ed. Oslo: Universitetsforlaget; 1997/1860.
4. Vigarelo G. *Concepts of Cleanliness:changing Attitudes in France since the Middle Ages*. Cambridge: Cambridge University Press; 1988.
5. Sundt E. *Om renligheds-stellet i Norge*. Oslo: Gyldendal; 1975/1869.
6. Mathisen J. *Sykepleiehistorie : ideer – mennesker – muligheter*. 2. utg. ed. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2006.

7. Martinsen K. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2. utg. ed. Oslo: Universitetsforlaget; 2003/1989.
8. Sydnes T. Centrale ideer i Florence Nightingales sykepleiefilosofi. I: Birkelund R, editor. Omsorg, kald og kamp – Personer og ideer i sykepleiens historie. København: Gyldendal; 2001.
9. Schiøtz A. Folkets helse – landets styrke. 1850-2003. Oslo: Universitetsforlaget; 2003.
10. Nerbøvik J. Myndige møringer, 1740-1870. Oslo: Volda kommune i kommisjon hos Samlaget; 2004.
11. Foucault M. The Birth of Social Medicine. I: Faubion JD, editor. Power. London: Penguin Books; 1994.
12. Christophersen HO. Eilert Sundts studier av renlighetsstellet i Norge. I: Sundt E, editor. Om renlighets-stellet i Norge. Oslo: Gyldendal; 1975.
13. Nissen R. Lærebog i Sygepleie for Diakonisser. 1. utg. ed. Oslo: Gyldendal; 2000/1877.
14. Kaurin E. Sygepleiersken: kortfattet Veiledning i Sygepleien for Sygepleiersker i By og Bygd. Kristiania: Cammermeyer; 1879.
15. Waage HR. Lærebog i sygepleie. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO; 1901.
16. Waage HR. Lærebok i sykepleie. 2. udg. ed. Kristiania: I kommisjon hos H. Aschehoug & CO; 1911/1901.
17. Mekki T, Holter M. Sykepleieboken 1. Oslo: Akribe; 2011.
18. Fjeld W, Olsen A-G. Menn og personlig hygiene. Ottestad: Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark; 2000.
19. Fjeld W, Olsen A-G. Kvinner og personlig hygiene. Ottestad: Habiliteringstjenesten for voksne i Hedmark; 2000.
20. Skogmo M, Faanes GES. Personlig hygiene. Oslo: Rådet for videregående opplæring; 1991.
21. Twigg J. Bathing, the body and community care. London: Routledge; 2000.
22. Augustad P. Stopuret, kighullet og skoleeleven. I: Larsen K, editor. Arkitektur, kropp og læring. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
23. Dæhlie K. Vi kunne være renslige uten baderom: en studie av vann: personlig renslighet og modernisering i fjellbygda Alvdal: Universitetet i Oslo; 2006.
24. Johnsen T. Badeinnretninger for arbeiderbefolkningen et al. I: Eriksen KEa, editor. Arbeiderhistorie. Oslo: Årbok for arbeiderbevegelsens arkiv og bibliotek; 2004.

25. Boge J. Kroppsvask i sjukepleie. Eit politisk og historisk perspektiv. Oslo: Akribe; 2011.

26. Boge J. Kroppsvask i sjukepleia: Bergen University; 2008.

English abstract

Boge J. History of the personal cleanliness. *Sygeplejersken* 2014;(8):82-6.

In 2013, there were political debates in Denmark about how often care-requiring persons should have the opportunity to take a shower. Such discussions are interesting, considering that one hundred years ago the entire body might only be washed once a year. At that time, people almost never washed their bodies on weekdays. At the weekend, visible body parts like the hair, face, neck and hands were washed. At Christmas, the entire body had to be washed. At that time people did not wash for the sake of hygiene, but in preparation for entering into the presence of God and their fellow men. The ideas that almost the entire body should be washed every day arose in connection with the industrialization of Western countries.

Initially, the bourgeoisie used cleanliness to emphasize the distance to dirty poor people, but in the second half of the 19th century, comprehensive political work was initiated in order to get poor people to wash themselves more often and more extensively. Often, the teaching about cleanliness was closely tied to moral and religious instructions, and it was based on the ideas that a person, who got used to cleanliness, would be proper, disciplined and obedient. Society was not willing to pay for the cost of making baths and showers, including hot water, available to poor workers, so they were trained to wash themselves with a cloth and with as little water as possible. Since 1980, most people in Western countries have had the opportunity to wash the entire body several times a week, and today many people in these countries take a daily shower. If care-requiring persons would like assistance for a daily shower, it may be financially challenging for society.

Keywords: Body wash, cleanliness, shower, washing with a cloth.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 9 - 2014 29. juli 2014	Nr. 10 - 2014 19. august 2014	Nr. 11 - 2014 9. september 2014
--------------------------------------	---	---

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

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

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 9 - 2014 1. august 2014	Nr. 10 - 2014 22. august 2014	Nr. 11 - 2014 12. september 2014
---------------------------------------	---	--

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 9 - 2014 15. august 2014	Nr. 10 - 2014 5. september 2014	Nr. 11 - 2014 26. september 2014
--	---	--



"At lave en primitiv filosofi med båse som mennesker inddeles i er en fejl hvoraf mange folk lider. Men vi er nogle få, der kun kan forstå en måde at inddele mennesker på – man skal de dem i individer".

Dette er Bostedet Theas målsætning sagt med Piet Heins ord. Thea er social-psykiatrisk bosted, hvor 35 psykisk sårbare mennesker har deres bolig.

Vores afdelingsleder går på barsel. Derfor søger vi en **afdelingspsygeplejerske** 37 timer pr. uge i et 1 årigt barselsvikariat, pr. 1. september 2014. Vi søger en sygeplejerske med både ledelse og psykiatrisk erfaring.

Vi tilbyder:

- Supervision ved psykolog.
- 1 samarbejdsinternatkursus for alle medarbejdere 1 gang årligt.
- Gratis fitness for dig og din familie.
- God beliggenhed – nær bus, tog og metro.
- God normering.
- Mulighed for faglig og personlig udvikling.
- Tværfaglighed.
- Medindflydelse på hverdagen.

Vi forventer:

- En høj grad af kreativ tankegang.
- En høj grad af samarbejdssevne.
- Kendskab og erfaring i arbejdet med mennesker med psykiatiske lidelser.
- At du kan arbejde selvstændigt, planlægge og tilrettelægge arbejdsdagen hensigtsmæssigt.
- At du betragter humor som en væsentlig personlig ressource.
- At du mestrer evnen til at tage udgangspunkt i menneskers ressourcer.
- At du er villig til at tage ansvar for dagligdagen og arbejdsmiljøet i Bostedet.

Hvis du er blevet nysgerrig af ovenstående kan du få yderligere oplysninger hos sygeplejerske, forstander Inge Lise Winkel alle hverdage ml. 10 og 14 på tlf. 4046 3631. Yderligere oplysninger fås på vores hjemmeside www.okthea.dk

Skriftlig ansøgning med relevant dokumentation, anciennitetskort stiles og sendes til forstander Inge Lise Winkel, Mariendalsvej 30, 2000 Frederiksberg.

Ansøgningsfrist den 10. juli 2014 kl. 12.00. Samtalerne vil blive afholdt 29., 30. og 31. juli 2014.



Afdelingspsygeplejerske i afdelingslederfunktion

Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, klinik 1 – Roskilde

Afdelingspsygeplejerske søges til Børne- og Ungdomspsykiatrisk Klinik 1 i Roskilde fra 01.10.14. Stillingen er på 37 timer pr. uge.

Som afdelingspsygeplejerske vil du indgå i afdelingsledelsen for et stort ambulatorium med ca. 40 medarbejdere, der varetager undersøgelse og behandling af børn og

unge i alderen 0-17 år. Du forventes at have erfaring med såvel specialet som ledelse.

Vi tilbyder en arbejdsplads med fokus på tværfaglig dialog og meningsudveksling, et inspirerende samarbejde ud fra en psykodynamisk referenceramme og med inspiration fra systemisk tankegang og metode.

For yderligere oplysninger om stillingen kontakt ledende oversygeplejerske Poul Erik Ravnsmed, 29 27 12 66.

Ansøgningsfrist 28.07.14

Se de fulde stillingsopslag på www.regionsjælland.dk/job, quicknr. 143837

WWW.REGIONSJÆLLAND.DK

Region Sjælland er med over 17.000 medarbejdere regionens største arbejdsplads med et budget på 17 mia kr. Regionen varetager opgaver inden for sundhed, regional udvikling og drift af en række sociale institutioner for i alt 820.000 borgere.

REGION SJÆLLAND
PSYKIATRIEN



- vi er til for dig

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

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

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.

37458

Hovedstaden

Furesø Kommune

3 Visitatorer til Social & Sundhed

Ansøgningsfrist: 2. juli 2014



Quicknr.

37457

Sjælland

Strandcentret

Genopslag/Leder af sygeplejen i Greve kommune

Ansøgningsfrist: 11. juli 2014



ØKONOMISK TRYGHED Gennem hele arbejdslivet

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

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

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



KURSER, MØDER OG MEDDELELSER

Seniorsammenslutningens arrangementer

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

Hovedstaden

Program efteråret 2014 for Seniorsygepl. Hovedstaden, Nord

Den 03.09.2014 kl. 14-16 i Rådhusstræde 29, summemøde.

Den 11.09.2014 kl. 14-16 i Garnisonskirkens menighedshus, Søren Flott fortæller om skibet Jutlandia. Den 01.10.2014 FNs internationale ældredag - emne følger senere.

Den 05.11.2014 kl. 14-16 i Rådhusstræde 29, Edith Hansen om den demensramte familie.

Den 03.12.2014 kl. 12-16 i Rådhusstræde 29, Julearrangement.

Midtjylland

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning

Besøg på Møltrup Optagelseshjem, herunder rundvisning og eftermiddagskaffe.

Beskrivelse - se på Kredens lokale hjemmeside.

OBS! man skal selv sørge for transporten til Møltrup Optagelseshjem.

Tid og sted:

9. sept. 2014 kl. 14:00 - 16:30
Møltrup Optagelseshjem,
Møltrupvej 70, 7480 Vildbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning

Tilmelding:

Senest den 25.08.2014, med navn, medlems- og telefonnummer på tlf. 9741 4345 eller mail: kmk_285@hotmail.com

Pris:

Arrangementet er gratis

DSR Meddelelser

Generalforsamling for FS Palliationsygeplejersker

Fagligt Selskab for Palliationsygeplejerskerne (FSP) afholder generalforsamling d.

25.09.2014 kl. 17 på Severin Kursuscenter i Middelfart. Generalforsamlingen afholdes i forbindelse med FSP's 8.

Landskursus "Kulturer og værdier i det palliative felt". Dagsorden til generalforsamlingen kan læses på FSP's hjemmeside og forslag til behandling på generalforsamlingen skal sendes til formand Lis Andersen, yrsa1960@live.dk senest 01.09.2014.

Call for Abstract til FSOS konference 17. - 18. marts 2015

Fagligt Selskab for Ortopædisk Kirurgiske Sygeplejersker Call for abstract - deadline 1. september 2014. Abstracts kan indeholde alt med relevans for ortopædisk kirurgisk sygepleje. Har du gennemført et udviklingsprojekt, været innovativ inden for ortopædisk kirurgisk sygepleje, eller har du en diplom-, master-, eller kandidatopgave, så opfordrer vi dig til at sende et abstract. Abstract sendes til susanne.jung.hoevsgaard@rsyd.dk

DASYS

Dokumentationskonference afholdes 29. - 30. september

Så er der åbent for tilmelding til dette års Dokumentationskonference arrangeret af Dokumentationsrådet under DASYS. Konferencen afholdes i København. Temaet for i år er: Ensartet dokumentation - Ven eller fjende? Utopi eller virkelighed? For yderligere information gå ind på www.dasys.dk - hvor du kan finde programmet og det elektroniske bookingsystem.

Farmakologi-kursus

Kreds Syddanmark udbyder kursus i farmakologi for aktive medlemmer af kredsen. Kurset udbydes over fire eftermiddage med forskellige temaer. Se mere på www.dsr.dk/syddanmark hvor du også kan tilmelde dig.

DSR Fonde og legater**Legatmeddelelse
Maria og Johs. Herfurths
fond**

Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervssygdomme). Husk at oplyse, hvilken erhvervssygdom, der gør dig uarbejdsdygtig. Ansøgninger skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 11.07.2014. Svaret gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen. Ansøgning sker elektronisk på www.dsr.dk/legater Har du ikke adgang til pc, kontakt os for yderligere information på tlf. 3315 1555.

DSR Kursus**Nordisk Hygiejnekonference
Forelæsere fra de Nordiske
lande**

Multiresistente bakterier, udfordringer i primær- og sekundær sektor.
Forebyggelse, forandring og implementering.
Indikatorer, etik og udviklingsarbejde.

Er det farligt at rejse?

Tid og sted:

10. september 2014 kl. 09:00 -
12. september 2014 kl. 16:00
Svenska Mässan Göteborg,
Sverige

Arrangør:

Nordisk Sammenslutning For
Hygiejnesygeplejersker, NSFH

Pris:

SEK 5.375

Yderligere info:

www.nsfh.net for program, tilmelding og yderligere oplysninger

Landskursus for diabetessygeplejersker

Årets tema er udsatte og sårbare patienter med diabetes. Temaer er bl.a. omsorg, psykosociale problemer, dialyse, søvnapnoe og cøliaki. Endvidere er der et indlæg om forskning i tarmbakterier, fedme og diabetes.

Tid og sted:

7. november 2014 kl. 12:00 -
8. november 2014 kl. 16:00
Hotel Trinity, Fredericia

Arrangør:

FSDS

Tilmelding:

Kan ske via DSR's hjemmeside
www.dsr.dk/fs19

Pris:

Medlemmer eneværelse
kr. 2.850, dobbeltværelse
kr. 2.250. Ikke medlemmer
kr. 3.900/ 3.350. Uden overnatning
kr. 1.650/ 2.650.

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs19 eller e-mail:
dorrkris@rm.dk

Landskursus - Hudkræft

Landkursus omhandler i år hudkræft, med fokus på behandling og rekonstruktioner, delhudstransplantater og donorsteder, rehabilitering og body image.

Tid og sted:

5. nov. 2014 kl. 08:45 - 19:00
Quality Hotel Park Middelfart

Arrangør:

FS for Plastikkirurgiske Sygeplejersker

Tilmelding:

Tilmeldingsfrist er den 8. september, tilmelding sker via www.fs.dk

Pris:

Medlemmer af FS: kr. 1.250 inkl. moms, ikke-medlemmer af FS: kr. 1.875 inkl. moms

Yderligere info:

tove.haastруп@mail.dk /
metteib@nalnet.dk

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Sådan planlægger du din
pension - få gode råd**

DSR Kreds Hovedstaden inviterer til et spændende arrangement for sygeplejersker i alle aldre om at sikre dine personlige pensionsforhold. Ægtefæller/samlevende er velkomne.

Tid og sted:

4. sept. 2014 kl. 17:00 - 21:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Dansk Sygeplejeråd
Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer
Max. 70 pladser.

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**Smukt
Gl. Skagenshus**

med oprindeligt og attraktivt miljø, ligger 75 m. fra hav, havn, hede i Vesterby Der er en god stemning og et godt miljø i huse, som er løbende renoveret. Med 400 m² udeopholdsareal, fri uge 28, fra uge 31

www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 21243483

**Bondegårdsidyl
Vestfyn**

4 ferielejligheder til 4/5 samt 8 personer på 4-længeget stråtetkt bondegårdsidyl ved Assens udlejes i sommerferien. Have med grill, havemøbler, legeplads og boldspil. Høns og 2 kaniner. Pris pr uge 2.500.- kr. til 3.300.- kr.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

**Luxus lejlighed på
over 100 m²**

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

**ITALIEN
HOS HANNE**

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes

Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

OBS: Ny adresse pr. 1. juli 2014

Kontor
Møllevvej 15
4140 Borup
**Telefonnummer samt åbnings- og
telefontider er uændrede**

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Vil du ha sikker jobb med god lønn i eksotiske Norge?

Dedicare søker etter flere sykepleiere og spesialsykepleiere.

Du styrer din egen arbeidstid. Prøve nye arbeidsplasser og arbeidsoppgaver. Jobbe korte perioder eller få fast jobb. Vi tilbyr **ekstra 30 kr*** timen til alle spesialsykepleiere. Du får hjelp til skatt og autorisasjon og din egen personlige bemanningskonsulent. Husk at vi i tillegg betaler din reise og bolig.

Kontakt oss snarest mulig!

Registrere deg på www.dedicare.no/nurse eller ring oss på **+47 074 80**
Du kan og maile oss på rekruttering@dedicare.no

*Spesielle vilkår gjelder. Kontakt oss for nærmere informasjon.

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse