

KIG I KRYSTALKUGLEN: FREMTIDENS SYGEPLEJE

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 9 » 7. MAJ 2010 » 110. ÅRGANG

**INDSTIK
SYGEPLEJERSKE-
UDDANNELSEN**

**NÆSTFORMANDSVALG
Kandidaternes
kæpheste**

**SYGEPLEJENS HELTE
Skrot myten om
de forsagte engle**

TEMA

Kampen om p-pladserne

TARMKRÆFTPATIENTENS OPLEVELSE AF ET KOORDINERET FORLØB

Repadina[®]
plus

NYHED!

– den naturlige løsning mod vaginal tørhed



*Repadina Plus fås receptfrit
på apoteker landet over.*

Vaginal tørhed kan give forskellige symptomer, f.eks:

- Tørhed eller ømhed i vagina
- Kløe eller irritation i vagina
- Smerte ved samleje
- Ubehag ved at have for stramt tøj på

Vaginal tørhed kan skyldes mange ting, f.eks:

- Overgangsalderen
- Stress eller hård fysisk træning
- Overdrevent brug af vand eller sæbe
- Gynækologiske indgreb
- Visse former for medicinsk behandling
- Visse sygdomme
- Graviditet, fødsel eller amning
- Kemoterapi eller strålebehandling

Om Repadina Plus vagitorier:

- Repadina er et helt unikt produkt, som naturligt og effektivt hjælper dig mod vaginal tørhed
- Repadina er det eneste hormonfrie produkt, som medvirker til genopbygning af slimhinderne i vagina

Repadina Plus indeholder:

- Hyaluronsyre, som fremmer heling og genopbygning af vaginalslimhinden
- Mandelolie, som virker fugtgivende og blødgørende
- Repadina anvendes lokalt, er nem at bruge og begynder at virke med det samme

**Repadina Plus er uden hormoner,
parfume og parabener**

Azanta

Azanta Danmark A/S, Tranegårdsvej 20, 2900 Hellerup

Vil du vide mere? Spørg efter Repadina Plus på dit lokale apotek eller besøg www.repadina.dk



GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18
Recombinant, adsorbed



Gardasil®

vaccinen mod livmoderhalskræft
der beskytter mod 4 HPV typer*



**Nye data i gruppen
af 15 –26 årige kvinder,
viser effekt af Gardasil®
også til seksuelt aktive kvinder¹**

Gardasil®

Kan forebygge:

- **Kræft i livmoderhalsen**
- Svære celleforandringer på livmoderhalsen (CIN 2/3)**,
i vagina (VaIN 2/3)*** og på ydre kønsdele (VIN 2/3)****
- Kondylomer

forårsaget af HPV typerne 6, 11, 16, 18.²

* der er relateret til HPV 16 og 18

** CIN 2/3 : Cervikal intraepithelial neoplasi

*** VaIN 2/3 : Vaginal Intraepithelial neoplasi

**** VIN 2/3 : Vulval intraepithelial neoplasi

Ref:

1: The FUTURE II Study Group. Prophylactic efficacy of a quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in women with virological evidence of HPV infection. *JID* 2007;196:1438-46 (15 November)

2: Produktresumé

PRODUKTINFORMATION FINDES PÅ SIDE 8.


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

Hver dag er en kamp

Nedlæggelsen af små sygehuse har betydet, at patienter og personale jagter parkeringspladser på hospitalerne som aldrig før. Sygeplejersker må ile ned for at stille p-skiven midt i arbejdstiden. Ambulante patienter kommer for sent eller aflyser behandlingen, fordi de ikke kan finde plads til bilen.

En undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at over halvdelen af de sygeplejersker, som kører i bil til arbejde, har problemer med at parkere.

LÆS SIDE 20



FORSIDEFOTO: SOPHEN SVENDSEN



Næstformandsvalg 2010

16 Kampvalg om næstformandsposten skudt i gang

Sygeplejersken lyttede med på vælgermøder i Region Midtjylland og i hovedstaden. Du kan stadig nå at møde de fire kandidaterne til de to næstformandsposter på deres turné rundt i Danmark.

28 Hvordan ser fremtidens sygepleje ud?

Ny arbejdsdeling, udvikling af ældreplejen og bedre uddannelse til de studerende i grundlæggende sygepleje. Sygeplejeprofessionens placering i fremtidens sundhedsvæsen er et af de store temaer på Dansk Sygeplejeråds kongres 2010.



36 Skrot myten om den forsagte engel

Kontroversielle kvinder ændrede ikke blot sygeplejen, men gav også omverdenen et gok i fagfjordene. Palliativ pleje, hospicer og holdninger til fri prævention er nået langt takket være historiens handlekraftige sygeplejersker og fagteoretikere.

40 Brug din stemme til næstformandsvalget

Mød de fire kandidater, som dystet om at blive ny næstformand for Dansk Sygeplejeråd, her i bladets spalter. Du kan være med til at afgøre valget. Valgbehandlingen begynder den 17. maj og fortsætter i tre uger frem til 6. juni kl. 23.59. Resultatet af valget offentliggøres den 7. juni.

www.sygeplejersken.dk

- Søg i artikelarkivet
- Find manuskriptvejledninger
- Skriv en kommentar til noget, du har læst i *Sygeplejersken*.



>>> FAG

Vi lærer af patienterne

Mediernes negative beskrivelser af ventetider og klodset kommunikation kan ikke genfindes i artiklen "Patientens oplevelse af et koordineret forløb." Tværtimod. De 20 patienter, som er blevet interviewet pr. telefon, er generelt vældig tilfredse med det forløb, de har haft med akut udredning og operation for tarmkræft. Og der er ros til forløbskoordinatoren, en sygeplejerske med særlige ansvars- og kompetenceområder i forløbene for patienter med tarmkræft.

"En lille bitte ting, hun ringede næste morgen, fordi hun vidste, jeg var alene. Det giver tryghed," fortæller en patient. At der også er områder, der kan forbedres, gør kun undersøgelsen mere relevant.

LÆS SIDE 52

"Der er konkurrence om jobbene, det giver arbejdsgiverne mulighed for at fiske de bedst kvalificerede, så det er en god idé at blive ved med at gøre det, man altid har gjort: holde sin viden ajour. Der bliver brug for at dokumentere, at man ikke har sovet faglig tornerosesøvn, mens arbejdslivet stiltfærdigt passerede forbi."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 74

58 Udfordringer i triagefunktion

Triage skal sikre en hurtig og korrekt vurdering af alle patienter. Et femtrins triagesystem er mest sikkert, men det er ikke altid nemt at få patienten til at passe ind i et skema, ligesom selv erfarne sygeplejersker ikke altid vurderer patienterne ens. Akutafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus har draget nyttige erfaringer med triage.

64 Belastet arbejdsmiljø vendt til trivsel

Et tårnhøjt sygefravær, stress og belastende arbejdsforhold på operations- og anæstesiaafdelingen i Horsens er vendt til arbejdsstrivsel. Et grundigt forarbejde, medarbejderinvolvering og professionel hjælp har båret processen.

68 Meritstuderende har potentiale til bæredygtig sygepleje

Meritstuderende er et bud på fremtidens sygeplejersker, som udøver en nødvendig bæredygtig sygepleje med en styrket tilknytning til praksis. Opgaven er at bistå de meritstuderende på en sådan måde, at uddannelsen omsættes i kompetente sygeplejersker, der bevarer solidariteten med de mest trængende patienter.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 47 Dansk Sygeplejeråd mener
- 48 Navne
- 50 Fagtanker
- 50 Faglig information
- 57 Agenda
- 63 Testen
- 72 Anmeldelser
- 74 5 faglige minutter
- 75 Stillingsannoncer
- 86 Kurser/Møder/Meddelelser



"Den unge patient bør betragtes som en længe ventet gæst, der inviteres ind af behandlerne for at etablere grundlaget for en respektfuld relation."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 72

Bæredygtig samvittighed

Jeg gør det, fordi det er muligt: Kører kollektivt hver dag! Og jeg gør det, fordi jeg finder det rigtigt ud fra en betragtning om, at der er rigelig med CO₂-udledning, luftforurening og trafikulykker. Selv om motorvejen har tilslutningsanlæg nærmest i min baghave, og bilen i garagen kører fremragende trods en fremskredne alder, så foretrækker jeg kampen om siddepladserne i toget og besværet med de evindelige forsinkelser og aflysninger. For jeg får hver dag mulighed for med bæredygtig samvittighed at læse avisen eller en god krimi eller bare blunde endnu en halv times tid, før arbejdet kalder.

Men jeg kan sagtens være høj i hatten og prædike om nytteværdien af den kollektive trafik. Jeg bor nemlig et sted, hvor busser og tog nærmest i døgndrift understøtter mit arbejdsrelaterede transportbehov. Så heldig er langtfra alle sygeplejersker på landets store sygehuse, fremgår det af temaet for dette nummer af *Sygeplejersken*. Jeg må indrømme, at jeg er temmelig overrasket over at læse, hvilke krumspring mangt et medlem må gøre sig for blot at kunne stå til rådighed ved arbejdstids begyndelse. Det er forståeligt, hvis de frustrationer, dette medfører, fylder meget i dagligdagen hos hver enkelt.

Om Dansk Sygeplejeråds 172 kongresdelegerede kører kollektivt frem til Falkoner Centret for at deltage i kongressen med start den 17. maj, er uvist og i denne sammenhæng uvæsentligt. Et vigtigt punkt på kongressen er fremtidens sygepleje, ny arbejdsdeling, udvikling af ældrepleje og uddannelse.

Til slut vil jeg lige nævne, at samme dag, som kongressen begynder, så starter urafstemningen blandt alle medlemmer om de to næstformandsposter i DSR. *Sygeplejersken* har i dette nummer både været til to valgmoder og ladet de fire kandidater besvare relevante spørgsmål om fagets udvikling og organisationens fremtid. Læs, tag stilling og brug din stemmeret!

God læselyst.



Henrik Boesen
chefredaktør
hbo@dsr.dk



Sygehuses p-kaos

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Bilboom. *Patienter kommer for sent, og personalet skal stå ekstra tidligt op for at finde en p-plads. Ny undersøgelse viser, at 17.000 sygeplejersker har store problemer med at finde en p-plads på jobbet.*

Patienter kommer for sent eller aflyser behandlingen, fordi alle p-pladser er optaget. Personalet må tage ekstra tidligt hjemmefra hver morgen, fordi de ellers ikke kan være sikre på at finde parkering.

Parkeringsproblemerne vokser rundt om på landets hospitaler, efter at mange små sygehuse er blevet nedlagt. Især de gamle sygehusematrikler nær centrum har svært ved at skaffe plads til de firhulede.

En undersøgelse foretaget af Megafon for Dansk Sygeplejeråd viser, at 35 pct. af de sygeplejersker, der kører i bil til arbejde, altid eller ofte har problemer med at komme af med bilen. Det svarer til godt 17.000 sygeplejersker.

Aflyste behandlinger

Flere sygehuse oplyser, at de trange parkeringsforhold rammer patienterne.

"Vi oplever, at patienter ofte kommer for sent til en ambulans aftale. Nogle ringer sågar og beder om en ny tid, fordi de ikke kan finde parkering. Vi møder også gangbesværede patienter, som må gå de 10 minutter fra parkeringspladsen ved Zoologisk Have til sygehuset uden at få nogen form for hjælpemidler stillet til rådighed," siger sygeplejerske Ingrid Andersen fra Ortopædkirurgisk Ambulatorium på Odense Universitetshospital, som er et af de sygehuse med store parkeringsproblemer. Ingrid Andersen har sammen med en gruppe kolleger prøvet at rejse debat om de dårlige parkeringsforhold i hospitalets personaleblad og lokalpressen.

Sygehusdirektør Jane Kraglund fra Odense Universitetshospital fortæller, at løsningen af p-problemerne har høj prioritet:

"Vi vrider vores hjerner for at finde løsninger. Vores analyser viser, at det ikke bare er personalet, men

Fokus på kronisk syge og hjemmepleje

Onsdag den 12. maj er international sygeplejerskedag og Florence Nightingales fødselsdag. Temaet i år er kronisk syge og hjemmepleje, læs mere på www.icn.ch/publications og vælg "Delivering Quality, Serving Communities: Nurses Leading Chronic Care."

rammer patienter og personale



forhold til offentlig transport. Den bedste løsning for både miljøet og sygehusets økonomi er at begrænse antallet af biler og p-pladser, så det først og fremmest er de ansatte, der virkelig har behov for det, som bruger bilen til arbejde,” siger Per Homann Jespersen.

Flere store sygehuse arbejder i øjeblikket på at udvide kapaciteten ved at opføre p-huse. Århus Sygehus har netop taget det første spadestik til et privatfinansieret parkeringshus, der bl.a. betales ved at opkræve et træk i bruttolønnen på 150 kr. om måneden blandt de medarbejdere, der vil parkere. Ordningen har vakt vrede blandt hospitalets sygeplejersker:

”Det er et stort problem for personalet, at de ikke kan parkere på deres arbejdsplads, især hvis de har skæve arbejdstider og ikke har mulighed for at bruge offentlig transport. Men vi kan ikke acceptere, at personalet via lønnen nu skal finansiere sygehusvæsenets anlægsudgifter,” siger Gert Petersen, der er næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland.

Læs tema om parkering side 20

også patienterne, som ikke kan parkere, og det duer ikke. Derfor forsøger vi at skaffe flere p-pladser ved at inddrage grønne områder,” siger Jane Kraglund.

P-hus med knaster

Trafikforsker og lektor Per Homann Jespersen opfordrer ledelsen på landets hospitaler til at finde på løsninger i samarbejde med personalet og andre sygehuse:

”Hele centraliseringen af hospitalerne og nedlæggelsen af små sygehuse betyder en større koncentration af trafikken. I forvejen ligger mange sygehuse dårligt i

))) SYGEPLEJERSKER OG PARKERING

Megafoon har for Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling spurgt 2.008 sygeplejersker i Dansk Sygeplejeråds medlemspanel, hvor ofte de kører i bil til arbejde, og hvor ofte de oplever parkeringsproblemer.

35 pct. af dem, der kører i bil til arbejde, har altid eller ofte problemer med at parkere på arbejdspladsen. 18 pct. har sommetider problemer med at parkere. 21 pct. har sjældent problemer med at parkere, og 25 pct. har aldrig parkeringsproblemer.

50 pct. af sygeplejerskerne angiver, at de altid kører i bil til arbejde, og 11 pct. bruger ofte bilen til jobbet, og 21 pct. angiver, at de sommetider eller sjældent kører i bil. Kun 18 pct. angiver, at de aldrig kører i bil til arbejde.

Kilde: Megafoon og DSR Analyse.

”Mange offentligt ansatte har en opfattelse af, at det er synd for dem. De ser f.eks. bort fra, at de ofte har en usædvanlig god pensionsordning. Især i debatten om sygeplejersker er der meget fokus på, at de tjener lidt, men det er kun set ud fra grundlønnen. Debatten om deres løn bliver ofte manipuleret, for når man tager deres tillæg med, viser det sig, at de tjener mere end gennemsnittet.”

Sociolog Henrik Dahl i Politiken den 3. maj 2010.

Vidste du at ...

... antallet af demente i Danmark vil blive fordoblet de næste 25 år? I dag er der ca. 80.000.

Kilde: LederForum 3/2010.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 3

**Forkortet Produktresumé.**

Gardasil® Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrenkede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er HPV 6 (20 mikrogram), HPV 11 (40 mikrogram), HPV 16 (40 mikrogram) og HPV 18 (20 mikrogram). **Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal), cancer i livmoderhalsen og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til HPV typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil's immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år. **Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Synkope kan forekomme ved alle vaccinationer, især hos teenagere og unge voksne. Derfor bør den vaccinerede overvåges nøje i cirka 15 minutter efter indgivelse af Gardasil. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere. **Graviditet og amning:** Data er ikke tilstrækkelige til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre. **Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. **Pakning og pris (ESP) 23. 04. 2010:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1152,95. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2009. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Undervisning via en avatar

AF TORBEN SVANE CHRISTENSEN, JOURNALIST



Den anden verden. På Sygeplejerskeuddannelsen i UC Lillebælt og UC Syd-danmark kan de studerende afprøve teori og praksis i den virtuelle verden Second Life. Man opretter en figur, en avatar, som interagerer med patienter, undervisere og medstuderende.

Sygeplejerskeuddannelsen i Sønderborg, Esbjerg, Svendborg, Odense og Vejle er gået sammen om at købe en ø, kaldet "CaseConnexion" i den virtuelle

verden Second Life. Satsningen på virtuel læring skal være med til at skabe større sammenhæng mellem teori og praktik.

"Det kan være svært at sætte billeder på situationer til studerende på modul 2, der ikke har ret meget praktisk erfaring endnu. Derfor fandt vi på at opbygge et sengeafsnit i Second Life, hvor de studerende kan prøve kræfter med virtuelle patienter og problemer, som de vil komme til at stå over for, når de kommer ud,"

))) TAG EN RUNDTUR I DET VIRTUELLE SENGEAFSNIT

Få en rundtur i det virtuelle sengeafsnit, CaseConnexion, her:

<http://www.youtube.com/watch?v=kg4EzSgp9Nc>

Du kan også selv besøge CaseConnexion på: <http://slurl.com/secondlife/CaseConnexion/52/154/24>

Men det kræver oprettelse af din egen avatar på www.secondlife.com

Mænd forhandler om løn, kvinder om de rigtige arbejdsvilkår

siger Line Zimmer Rasmussen, som er underviser på sygeplejerskeuddannelsen i University College Lillebælt i Odense. Hun er også tovholder på projektet med at skabe et virtuelt læringsmiljø.

Line Zimmer Rasmussen har fået eksternt hjælp til at lave alt inventaret og de features, som de studerende skal forholde sig til i sengeafsnittet. Det sker via en avatar, en figur, som de studerende selv opretter. Line Zimmer Rasmussen har i samarbejde med andre undervisere og kliniske vejledere udviklet den case, som de studerende arbejder med i det virtuelle sengeafsnit.

"Vi søgte tips og lotto-midler ved Undervisningsministeriet og fik 172.000 kr., der er brugt på eksterne konsulenter mv., og så er der brugt arbejdstimer," siger Line Zimmer Rasmussen.

Som en del af udviklingen af det virtuelle læringsmiljø i Second Life holdt tovholderen fire workshopper med undervisere og repræsentanter fra klinikken, så casen og indretningen af læringsmiljøet blev så virkelighedsnært som muligt.

"De studerende bliver hele tiden mindet om, at de skal vaske hænder, når de går ind og ud af rum i sengeafsnittet," siger hun. Der er også depoter og skylørum, hvor de studerende skal hente ting.

Næste skridt er en videreudvikling af læringsmiljøet, så brugervenligheden øges, nye cases inddrages, og der skal også mere gang i det virtuelle konferencerum, hvor studerende og undervisere kan mødes. Her er der bl.a. mulighed for at uploade filmklip og andre præsentationer.

"Der er så mange muligheder med det her, og vi har mange idéer til at optimere læringsmiljøet, men det er et supplement til den traditionelle undervisning," siger hun. En mulighed var at lave en ældrebolig på øen og udvikle sengeafsnittet, så andre uddannelser i UC Lillebælt og UC Syddanmark kan bruge den.

Men først skal der laves en fordelingsnøgle, så de skoler, der er med, får deres egen "tid" i sengeafsnittet, så det ikke bliver overrendt.

Løngabet vokser. Tal fra EU viser, at lønforskellen mellem mænd og kvinder ikke er blevet mindre de sidste 15 år. Den er tværtimod vokset fra 11 til 17 pct. Fire sygeplejersker giver et bud på, hvorfor danske kvinder har så svært ved at indhente mændene lønmæssigt.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: SØREN HOLM

Eva Munk, sygeplejerske, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling L3, Århus Sygehus

"Vi tager jo stadig den største tørn i hjemmet og går ned i tid for at passe børnene. Men det hænger selvfølgelig også sammen med, at det er kvinderne, der tjener mindst. Hvis kvinderne tjente mere end mændene, var det måske omvendt. Jeg mener, vi skal have en længere tvungen barselsorlov for mænd, for ellers vil det altid være kvinderne, der prioriterer familien. Det ville være godt, også for mændene, for deværrer er der jo stadig arbejdspladser, hvor det ikke er velset, at mænd tager barselsorlov."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Peter Lynge Kjær, oversygeplejerske, Vikarkorpset, Bispebjerg Hospital

"Jeg tror, mange kvinder stadig hænger fast i kønsrollen. Kvinder accepterer f.eks. forestillingen om, at de er dårlige forhandlere. Jeg arbejder i en verden med masser af kvinder, og jeg mener faktisk ikke, det er rigtigt. De er rigtig dygtige til det, men de tror selv, at de er dårlige forhandlere. Og det kan der så være arbejdsgivere, der benytter sig af."



FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Trine Næhr, forebyggende sygeplejerske, Langeland Kommune

"Det er jo det gamle tunge efterslæb helt fra dengang, vi valgte erhverv. Hvad er mandejob, og hvad er kvindejob? Inden for et fag som vores er der også det problem, at vi er rigtig mange, og hvis vi skal på ligeløn, så er det et meget stort spring økonomisk.

Så jeg tænker, det er næsten lige så fastlåst som andre ting, der ikke står i rimeligt forhold til hinanden, som f.eks. at sygesikringen betaler for lægehjælp, men ikke for tandlægehjælp. Der skal flere kvinder ind i politik, for at vi kan få gjort noget ved lønnen. Flere kvinder i Folketinget."



FOTO: SØREN SVENDSEN

Karina Lundstrøm, sygeplejerske, infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital

"Vi har nok ikke samme tradition for at forhandle som mænd. De er bedre til at sælge sig selv. Hvis en mand ser en jobannonce, som kræver, at man kan tale flydende svensk, så søger han jo, hvis han bare kan tre ord. Hvor en kvinde kun søger, hvis hun kan svensk på universitetsniveau.

Vi er lidt mere ydmyge. Eller måske er det sådan, at når vi forhandler, så er det om at gå ned i tid og få familien til at hænge sammen i stedet for om løn."

kbj@dsr.dk



Giv familien et internationalt netværk
– bliv værtsfamilie for en
amerikansk studerende i fire måneder

BLIV DIS-VÆRTSFAMILIE

I få et ekstra familiemedlem, som deler hverdagen med jer. I modtager desuden skattefrit 2400 kr. om måneden. Kontakt os på 3311 0144

Go to
www.dis.dk/familie

DIS DANISH INSTITUTE
FOR STUDY ABROAD

Spilder stadig tid på rengøring

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST

Kost og spand. Tre ud af fire basissygeplejersker på landets hospitaler bruger i gennemsnit 22 minutter på rengøring dagligt. Det viser en ny undersøgelse foretaget af Megafon for Dansk Sygeplejeråd.

Hver dag bruger sygeplejersker på landets hospitaler tid på at støvsuge, vaske gulv, gøre instrumenter rene osv.

En ny undersøgelse foretaget af DSR Analyse og Megafon viser, at tre ud af fire basissygeplejersker på hospitalerne i hele landet har brugt tid på rengøringsopgaver inden for den seneste uge. Den nye undersøgelse bekræfter en undersøgelse, der blev foretaget for et halvt år siden. Problemet har ikke ændret sig i mellemtiden. Tværtimod.

Formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen understreger, at der mere end nogensinde er behov for, at politikerne afsætter de nødvendige ressourcer til rengøring, så sygeplejerskerne kan pleje patienterne.

"Hvis vi skal kunne give patienterne den optimale pleje og behandling, så kræver det, at sygeplejerskerne skal bruge væsentlig mindre tid på rengøringsopgaver. Og det kræver, at der bliver afsat ekstra midler til ansættelse af rengøringsassistenter på sygehuse," siger Grete Christensen.

Svarer til 1.550 fuldtidsstillinger

I gennemsnit bruger landets ca. 32.000 hospitalssygeplejersker omkring 22 minutter dagligt på rengøring. Det svarer til op mod 1.550 fuldtidsstillinger.

Sygeplejerske Sanne Kierkegaard, som arbejder på Plastikkirurgisk Afdeling på Rigshospitalet i København, er én af de mange sygeplejersker, som gør rent, når hun er på vagt. Rigshospitalet har for nylig meldt ud, at der skal spares over 100 mio. kr. alene i 2010, og på Plastikkirurgisk Afdeling betyder det, at man ikke genansætter en servicemedarbejder. Rengøringsopgaverne hober sig op.

"Jeg vasker forskellige instrumenter af, vasker gulv og tømmer opvaskemaskinen. Og det er ikke, fordi jeg har et problem med at gøre rent. Men der er kommet mange rengøringsopgaver. Og tiden går desværre fra plejen af patienter. Og det er jo der, jeg helst vil gøre en forskel," forklarer Sanne Kierkegaard.

Formand for Folketingets Sundhedsudvalg, Preben Rudiengaard (V), mener, at især regionerne har et stort ansvar, mens formand for Danske Regioner, Bent Hansen, skyder bolden videre til ledelserne på sygehuse:

"Jeg har en forventning om, at vores ledelser sørger for, at rengøringspersonalet tager sig af rengøringsarbejdet. Hvis sygeplejersker én gang om ugen er en del af rengøringsholdet, hvor de svinger kost og spande, er det naturligvis ikke hensigtsmæssigt."

Læs mere om undersøgelsen på www.dsr.dk/analyse



AFKROFOTO/STOCK

Terapeutuddannelse & Selvudvikling

Essens tilbyder:

- fireårig godkendt psykoterapeutuddannelse
- halvårigt kursus i livsmod, livsglæde og eksistens
- uddannelse, udvikling og erkendelse – fagligt og personligt
- eksistentiel krop- og gestaltterapi
- undervisning af autoriserede psykologer og psykoterapeuter MPF

"I min omgang med patienter og deres familie oplever jeg, at jeg er via psykoterapeutuddannelsen blevet bedre til at være sammen med dem om det der er – også om usikkerheden, fortvivlelsen og angsten. Jeg oplever ofte at få god respons fra såvel patienter som pårørende. Jeg har fået et større personligt overskud og glæde såvel i mit private liv som i mit arbejdsliv." - Hanne Iversen, sygeplejerske.

Uddannelsesstart:

1. oktober 2010

Omfang:

4 år

Pris:

kr. 78.000,-
(kr. 65.000,- for privatbetalende)

Tilmelding og yderligere information:

Lilian Tarp tlf 50 70 2006 eller
www.essens-kursus.dk



Godkendt efter velfærdsministeriets kriterier

Patientsikkert sygehus

Vi skal ændre kulturen på sygehusene

AF BIRGIT BRUNSTED, JOURNALIST

Skudt i gang. *Initiativtagerne til den ambitiøse kampagne Patientsikkert Sygehus satser på, at projektet skal føre til det store gennembrud, hvor fem danske sygehuse skal vise, at det er muligt at sænke dødeligheden og mindske skader. Et af værktøjerne er den sunde fornuft.*

Nu er projekt "Patientsikkert Sygehus" skudt i gang. På en stor konference i København den 26. april blev det afsløret, hvilke fem sygehuse der er udvalgt som de modelsygehuse, der de næste tre år skal bevise, at det er muligt at sænke dødeligheden og nedbringe antallet af skader ved at arbejde målrettet, systematisk, skippe dårlige vaner og ikke gøre, "som vi plejer".

Målene er ambitiøse: Dødeligheden på sygehusene skal reduceres med 15 pct. og skader på patienterne med 30 pct.

Metoden er en stærk ledelse, engagerede medarbejdere og en ordentlig dosis sund fornuft.

Hjælpen kommer fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed og det amerikanske Institute for Healthcare Improvement, IHI, der er eksperter i patientsikkerhed.

Det grundlæggende i projektet er, at personalet skal lære at tænke i nye baner og se kritisk på indarbejdede rutiner, så sikkerhed og kvalitet går hånd i hånd.

Et andet vigtigt element er tidstro målinger ved patientens seng, der producerer hurtige data, som afdelingerne kan handle på.

Sue Gullo er en af IHI's eksperter. Hun er sygeplejerske med 30 års erfaring og har siden 2005 arbejdet med patientsikkerhed over hele verden. Hun vil være i Danmark hver femte uge de næste tre år for at yde bistand til sygehusene.

Sue Gullo mener ikke, personalet skal være bange for, at det bliver ekstra arbejde, men at man skal arbejde på en anden måde:

"Hvis din opmærksomhed er rettet mod patienten, hjælper dette projekt med at fokusere og vil resultere i bedre pleje, og så falder det hele på plads. Vi ved jo godt, hvad vi skal gøre for pa-

tienterne, men der er ofte et svælg mellem, hvad vi ved, og hvad patienten rent faktisk får. Dette projekt vil få folk til sammen at se på systemerne, og hvordan vi gør dem sikre."

Reducér spild

Patientsikkerhedens grand old man, professor Don Berwick, som er leder af IHI, var konferencens engagerede hovedtaler. Han talte bl.a. om fejl og understregede, at det ikke er personalet, men den måde systemet er designet på, der skaber fejl.

"Personalet gør deres bedste, men der er en tendens til at behandle personalet på en måde, så det producerer frygt for at indrømme en fejl," sagde han.

Det er også afgørende at have øje for spild i systemet:

"Det er spild, når sygeplejersken bruger tid på noget, som ikke gavner patienten, og det er spild, når vi lader tingene gå galt. Men det største spild er mangel på koordination, når informationerne ikke følger patienten," sagde Don Berwick.

"Patientsikkert Sygehus" er et samarbejde mellem Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, Institute for Healthcare Improvement og Trygfonden, som har bidraget med 100 mio. kr.

»» SYGEHUSE, DER DELTAGER I PATIENTSIKKERT SYGEHUS

Hillerød Hospital

Kolding Sygehus

Næstved Sygehus

Regionshospitalet Horsens og Brædstrup

Sygehus Thy-Mors

Ny formand for patienterne

Professor Lone Scocozza afløser Karsten Skawbo-Jensen, som har været formand gennem syv år. Lone Scocozza har beskæftiget sig med sundhedsvæsenet de sidste 30 år. Hun har været medlem af Patientklagenævnet og Det Videnskabetiske Komité-system og har doktorgrad i informeret samtykke.

(sbk)



DIPLOMUDDANNELSE

Konsultationssygepleje


Arbejder du i almen praksis eller ønsker du at kvalificere dig til det? Så kan du som noget nyt tage et diplommodul. På det ene modul kan du dygtiggøre dig til at behandle akutte patienter i almen praksis og udføre forebyggende arbejde. På det andet modul er fokus på konsultationssygepleje til kroniske patienter.

Professionshøjskolen Metropol udbyder Konsultationssygepleje til akutte patienter i almen praksis som deltidstudie med ca. 12 undervisningsdage på tirsdage kl. 14.30 – 19.30. Studiestart uge 43.

Få flere oplysninger:
www.sundevu.dk · uddannelseskonsulent Lene Sørensen · les@phoe.dk · 7248 7653

University College Nordjylland udbyder begge moduler: Konsultationssygepleje til akutte patienter og Konsultationssygepleje til kroniske patienter. Det er et deltidstudie over 18 uger, hvor undervisningen foregår som E-læring støttet af 3 dages fremmødeundervisning. Studiestart uge 33.

Få flere oplysninger:
www.ucn.dk · uddannelseskonsulent Grete Wedege · grw@ucn.dk · 7269 0442




METROPOL

Sundhedsfaglige Efter- og Videreuddannelser

Sundhedsfaglig diplomuddannelse

Arbejder du med akut og kritisk syge patienter, operations-sygepleje eller kirurgiske patientforløb?

Professionshøjskolen Metropol Sundhedsfaglige Efter- og Videreuddannelser udbyder til efteråret 2010 fuldtidsstudierne:

Patientologi – akut og kritisk syge patienter.
Studiestart uge 36 – 41.

Klinisk udvikling i professionspraksis i relation til operationspatienter.
Studiestart uge 36-41

Klinisk udvikling i professionspraksis i relation til kirurgiske patientforløb.
Studiestart uge 43 -48

Få flere oplysninger på www.sundevu.dk

Uddannelseskonsulenter

Lisbeth N. Christensen
linc@phmetropol.dk
tlf: 7248 7715

Lene Sørensen
leso@phmetropol.dk
tlf. 7248 7653



Lige om lidt

Mændene skal tage halvdelen af barslen

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: LINE KLEIN

”Det er politisk ukorrekt at sige det, men i en begrænset årrække har vi brug for kønskvoter til bestyrelsesposter osv. Vi kvinder kan ikke kæmpe mod oldboysnetværket uden. Så det er okay at gå med ”krykker” i en periode og smide dem igen, når vi kan gå,” siger etnolog og selvstændig rådgiver inden for digital markedsføring, Julia Lahme. Hun er tidligere chefredaktør på Cosmopolitan. Og forfatter til ”Hvor lagde jeg babyen?”.

”Før jeg fik barn, havde jeg mange gode intentioner om, at alt kan deles, men når først barnet er der, har mænd og kvinder forskellige biologiske grundvilkår. At vi kan blive helt lige, er en illusion og slet ikke målet. Men vi skal have de samme muligheder.

Og det er skandaløst, at vi ikke får det samme i løn for samme arbejde. Men kvinderne må også tage en del af ansvaret for, at det er sådan. Vi tror, det er usexet at stille krav. Men vi kan ikke fortsat være pæne, behagelige, konsensusøgende piger i nystroøgne skjorter og forvente, at andre skal slå i bordet for os. I vores pænhedstrang bygger vi store kvindefængsler for os selv! Dét ødelægger også ligestillingen.

Selvfølgelig er det heller ikke fair, at de offentlige lønninger er lavere end de private. De skal have løn for deres arbejde! Men samtidig: Sammenlignet med mine offentligt ansatte veninder har jeg som privatansat aldrig fået afspadsering for overarbejde. Jeg arbejdede selvfølgelig vederlagsfrit om aftenen, kunne ikke gå fra en måned før fødslen og måtte arbejde i noget af min barsel. Så det er lidt gynger og karruseller.”

Hvad ville du gøre, hvis du var ligestillingsminister?

”Så skulle mændene tage halvdelen af barslen, for så var det lige så ufordelagtigt at ansætte en ung mand som en ung kvinde. Kvindernes barselsperioder bliver også længere og længere, fordi institutionsventetiderne gør det. Dét får vi ikke gjort noget ved, før mændene også kommer til at lide under det.”



HVOR ER FREMTIDENS SUNDHEDSVÆSEN PÅ VEJ HEN?

Kom til åbning af kongressen og få tre eksperter bud:

Bibi Hølge-Hazelton, forskningsleder i Region Sjælland:
Hvor er sygeplejen på vej hen?

Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef Lemvig kommune:
Hvilke udfordringer har kommunerne, og hvilke kompetencer har sygeplejersker brug for?

Stefan Herman, rektor for Metropol:
Hvilke muligheder har sygeplejersker for efter- og videreuddannelse?

Tid: 17. maj 2010, kl. 14.00 – 15.30

Sted: Falconer Centret, Falkoner Alle 9, 2000 Frederiksberg, København

Læs mere og tilmeld dig på www.dsr.dk/kongres2010



KONGRES 2010
Fremtidens sygepleje – forenet i fællesskab!

GRATIS FOR MEDLEMMER

Ekstra i kassen

LØNKONTO MED 5 % I RENTE – SUVERÆNT DANMARKS HØJESTE

Du får 5 % i rente af de første 50.000 kr. på LSBprivat@ Løn og 0,25 % af resten. Rentesatserne er variable og gældende pr. 5. februar 2010. Kravene er, at du, ud over at være medlem af DSR, flytter din privatøkonomi til Lån & Spar.

DIT MEDLEMSKAB AF DSR ER ADGANGSBILLETEN

Er du blevet nysgerrig efter at vide mere om dine medlemsfordele?

Så ring til Lån & Spar på 33 78 19 27 eller send en mail på dsr@lsb.dk.



lån & spar

din personlige bank



KURSER

University College Syddanmark udbyder i efteråret 2010 følgende kurser, som blandt andet er rettet mod konsultationssygeplejersker:

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

TITEL	STARTDATO	STED	INFORMATION
Efteruddannelse for infirmeri- og konsultationssygeplejersker	02.09.2010	Holstebro	ucsyd.dk
	04.11.2010	Nyborg	ucsyd.dk
Fit for forebyggelse	19.08.2010	Holstebro	ucsyd.dk
	26.08.2010	Odense	ucsyd.dk
Kostvejledning i praksis for konsultationssygeplejersker	24.08.2010	Odense	ucsyd.dk
Efteruddannelse i diabetessygepleje	30.08.2010	Kolding	ucsyd.dk
Mødet med mennesket bag flaskerne	01.09.2010	Sønderborg	ucsyd.dk
Efteruddannelse for sygeplejersker med funktion som behandlersygeplejersker	25.10.2010	Kolding	ucsyd.dk
Kulturmødet mellem det danske sundhedsvæsen og patienter med anden etnisk baggrund	30.09.2010	Esbjerg	ucsyd.dk

Se i øvrigt alle vores efter- og videreuddannelses tilbud på ucsyd.dk

Få mere at vide på ucsyd.dk eller kontakt: Aase Koch, Uddannelsesleder, 7322 7023

NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

Første startskud til OK11

Ligeløn. Mere end 600 sygeplejersker mødtes i april i Odense sammen med de øvrige organisationer i Sundhedskartellet for at arbejde sammen om de kommende overenskomstforhandlinger, der efter planen skal finde sted i 2011. For første gang blev ligelønsprisen uddelt.

”Vi må se i øjnene, at OK11 ikke bliver et tagselvbord. Riget fattes penge, og rammen bliver meget mindre denne gang.”

Sådan sagde formand for Dansk Sygeplejeråd og for Sundhedskartellet, Grete Christensen, i sin tale på Sundhedskartellets kick off-konference i Odense den 20. april 2010. Og hun understregede efterfølgende:

”Jeg har en urokkelig tro på, at vi sammen kan finde en løsning. Men det er vigtigt, at vi er realistiske – også over for medlemmerne. Realisme må og skal være et nøgleord i dag og frem til OK11.”

På dagen i Odense havde de mere end



FOTO: ALEX TRAN

Sundhedskartellets ligelønspris blev uddelt for første gang på Sundhedskartellets kick off-konference for OK11 som en markering af kampen for at skabe ligeløn mellem kvindedefag og mandefag. Prisen gik denne gang til kønsforskeren og lektor ved RUC, Karen Sjørup.

Næstformandsvalg 2010

Ved vi nok om dig?

Din faglige organisation - Dansk Sygeplejeråd - skal have valgt to næstformænd, og du er med til at bestemme, hvem det skal være. Kandidaterne har alle det til fælles, at de brænder for sygeplejen. Ligesom dig.

For at du kan stemme på de to kandidater, du helst vil have til at repræsentere dig og dine kollegaer, kræver det, at du senest den 7. maj:

- står registreret som aktivt medlem af DSR pr. 1. maj i år.
- har opdateret dine kontaktoplysninger hos DSR, herunder mail, telefon og adresse.

Gå ind på dsr.dk/MitDSR og se, om alle oplysninger er korrekt registreret – eller ring til os på 3315 1555 #2. Så modtager du snart mere information om selve valget og dine stemmemuligheder.

I mellemtiden kan du læse meget mere om kandidaterne og valget her i Sygeplejersken, men også på: www.dsr.dk/næstformandsvalg2010, hvor kandidaterne blogger, lægger videoklip ud m.m.





Dansk Sygeplejeråd vil have en ny minister for arbejdsmiljø

1.100 tillidsrepræsentanter og medlemmer af hovedbestyrelserne et omfattende program foran sig med besøg af 3F's topforhandler på det private område, Børge Frederiksen, optræden af komikeren Ditte Hansen og så ikke mindst afsløringen af modtageren af ligelønsprisen.

Sundhedskartellets ligelønspris blev givet for første gang, og den gik til kønsforskeren og lektor ved RUC, Karen Sjørup. Prisen er et diplom med illustration af tegneren Jens Julius Hansen.

Livlig debat

Under eftermiddagens program mødtes ca. 600 tillidsrepræsentanter og medlemmer af hovedbestyrelsen fra Dansk Sygeplejeråd for at drøfte udfordringerne frem mod OK11 med Grete Christensen og næstformand Dorte Steenberg. De to formænd kom rundt om mange emner såsom reguleringsordningen, eventuel udskydelse af forhandlinger, aftalemødelten, og hvilke specifikke krav man skal gå efter i forbindelse med forhandlingerne næste år.

"OK11 skal handle om stærke og kompetente medarbejdere i en sammenhængende sundhedssektor. Og der er mere end nogen sinde brug for vores kompetencer, efterhånden som borgernes sundheds- og sygdomsbillede ændrer sig, og sundhedsvæsenet bliver mere og mere komplekst. Den udvikling skal OK11 understøtte," sagde Grete Christensen.

Drøftelserne på kick-off-dagen skal være med til at danne grundlaget for den endelige plan for overenskomstforhandlingerne i 2011.

(snp)

Læs mere om OK11 på: www.dsr.dk

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST

Påbud. En minister for arbejdsmiljø, en forebyggelseskommission for psykisk arbejdsmiljø. Og så skal arbejdsmiljøloven strammes op. Det er nogle af hovedpunkterne i et helt nyt arbejdsmiljøpolitisk udspil fra Dansk Sygeplejeråd.

Alt for mange danskere går rundt med stress og psykiske problemer som følge af et stigende pres på arbejdet. Op mod 40 pct. af sygefraværet skyldes stress, og de seneste opgørelser viser, at psykiske arbejdsbelastninger årligt medfører en ekstraudgift til sundhedsvæsenet på ca. 855 mio. kr. om året.

Dansk Sygeplejeråd foreslår nu, at politikerne på Christiansborg opretter et særligt ministerium for arbejdsmiljø.

"Der er behov for helt nye løsninger på de massive arbejdsmiljøproblemer. Derfor skal man indføre et nyt ministerområde og en minister for sundt arbejdsmiljø. Det vil være med til at sikre, at området får høj prioritet og stor bevågenhed blandt politikere og i resten af samfundet. Og det er der i den grad brug for," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

Hun mener, at et nyt ministerium for sundt arbejdsmiljø skal sikre, at arbejdsmiljøet prioriteres og ikke gemmes væk i Beskæftigelsesministeriet.

"Arbejdsmiljøet har betydning for langt mere end beskæftigelsen. Det har meget stor betydning for vores samlede sundhed og vores overskud til at deltage i det demokratiske samfundsliv. Forebyggelse

og rummelighed skal blive en naturlig del af det danske arbejdsmarked," siger Dorte Steenberg.

Brug for forebyggelseskommission

Dansk Sygeplejeråd foreslår også at nedsætte en forebyggelseskommission for psykisk arbejdsmiljø. Kommissionen skal vurdere, hvilke indsatsområder der fremover skal sættes på.

"Forebyggelseskommissionen skal arbejde med helt konkrete forslag, der kan sikre, at færre mennesker bliver ramt af stress og psykiske belastninger på grund af arbejdspress. Og så skal politikerne have et solidt grundlag for at vurdere, hvor der skal prioriteres fremover," siger Dorte Steenberg.

Der er brug for klare stramninger af arbejdsmiljøloven. I øjeblikket kan der gå lang tid, før et påbud fra Arbejdstilsynet bliver rettet. Højere bøder ville kunne få arbejdsgiveren til at rette sig efter påbuddet.

"Det er fuldstændig uacceptabelt, at nogle arbejdsgivere kan få lov til at nøle med at få ændret de kritisable forhold, efter at de har fået et påbud fra Arbejdstilsynet. Derfor mener jeg, at Arbejdstilsynet skal styrkes, og det skal kunne give hårdere bødestrafte. Vi kan ikke have et system, hvor et påbud ikke bliver fulgt," siger Dorte Steenberg.

Læs mere om Dansk Sygeplejeråds arbejdsmiljøpolitiske udspil på www.dsr.dk under "arbejdsmiljø".

Ny bestyrelse i SLS

For første gang i de Sygeplejestuderendes Landssammenslutnings (SLS) historie var der kampvalg til både formands- og næstformandsposten ved årsmødet i slutningen af april. Vinderne af pladserne i SLS' nye bestyrelse blev: Bageste række fra venstre: Jens Oluf Søndergaard Mye (SLS-KBH), Vienna Josephine Panum (FU), Birgitte Lundal Nielsen (SLS-Silkeborg). Midterste række fra venstre: Jesper Buchwald (SLS-Slagelse), Line Lund Eriksen (SLS-Roskilde), Julie Asp Vonsild (formand), Kirstine Louise Sørensen (FU). Nederste række fra venstre: Anne Jørgensen (Næstformand), Louise Huus Kehlet (SLS-Ålborg), Sanya Coskun Bindslet (SLS-Herlev), Sofie Helstrup Vestergaard (SLS-Århus).



FOTO: HANNE LOOP

Visioner i Vest

Kampvalg. Kampvalget til næstformandsposten er skudt i gang. Frem til den 11. maj kan medlemmerne møde deres to kommende næstformænd, når fire valgkandidater tager på turné rundt i Danmark. Sygeplejersken lyttede med ved første møde i Region Midtjylland.



Næstformandsvalg 2010

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

”Der findes slangens, tyrens og oksens år. Det her må siges at være valgenes år,” bød kredsformand Else Kayser velkommen, da næstformandskandidaterne sidste mandag indledte deres landsdækkende valgturné i Kreds Midtjyllands kontorer i Silkeborg.

Landets sygeplejersker skal fra den 17. maj – 7. juni til stemmeurnerne for at sætte deres aftryk på, hvordan fremtidens sygepleje skal være, og hvem der skal forvalte den. Også denne gang bliver det et historisk og vigtigt valg, hvor de fire kandidater – kredsformand Gert Petersen, Kreds Midtjylland, kredsformand Anni Pilgaard, Kreds Syddanmark, næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd, og kredsformand Vibeke Westh, Kreds Hovedstaden – indledte turnéen med at stille op til spørgsmål og modspil blandt de knap et halvt hundrede fremmødte i salen.

Vest for Valby Bakke

Undervejs i debatten gav mange af tilhørerne udtryk for, at det er vigtigt at medtænke udkantsområderne, når der skal drives politik, og at der også er en verden ”vest for Valby Bakke”, som én sagde. Kandidaterne var enige om, at det er nødvendigt at



De fire næstformandskandidater mødte vælgerne første gang i Kreds Midtjylland.

tænke sammenhængskraft og geografiske udfordringer, men at det også handler om at målrette indsatsen og forbedre kommunikationen.

”Vi skal have struktur på det, vi har gang i, for lige nu skyder vi med spredthagl. Vi må vælge de vigtigste sager, og så er der andre ting, som må vente. Vi kan ikke favne det hele på én gang. Vi skal dele den viden, vi har, i stedet for at den fortaber sig i vores organisation. Og så skal vi synliggøre for medlemmerne, hvad de får,” sagde Vibeke Westh.

Også Dorte Steenberg mente, at det fremover er nødvendigt med bedre organisering:

”Det er meget vigtigt, at vi systematiserer den måde, vi møder medlemmerne på. Én ting er at komme ud og møde dem,

men det handler også om at skabe resultater. Ingen tør f.eks. stille spørgsmål ved farerne ved de nye, specialiserede hospitaler, der i høj grad skaber flere udkantsområder. Jeg tør godt,” sagde hun.

Gert Petersen var også opmærksom på problematikken:

”Der er en fare for, at vi fjerner os længere og længere væk fra de medlemmer, vi repræsenterer. Jeg mener, at vi skal have alle kompetencer i spil, hvad enten man bor i Vestjylland eller København. Vi skal ud og møde sygeplejerskerne på deres arbejdspladser. Ikke for at komme med de vises sten, men for at komme i dialog,” sagde han.

Anni Pilgaard mente også, at der er grobund for dialog på tværs:

”Jeg kommer selv fra et yderområde, og



FOTO: SØREN HOLM



Der blev klappet og grinet en del undervejs i debatten.

det har altid betydet meget for mig. Men når vi tænker på sygeplejen i provinsen, så er den akkurat lige så god og vigtig som den i hovedstaden. Vi skal stå sammen og fokusere på fælles indsatsområder. Udvikling af sygeplejen ligger i høj grad også lokalt,” sagde hun.

Fokus på faglighed og forandring

Selvom en del af valgmødet omhandlede geografiske barrierer, var der også plads til at berøre nogle af de andre områder, kandidaterne arbejder for.

”Sundhedspolitikken bliver skabt på sygeplejerskernes arbejdsplads, og vores politiske udmeldinger skal tage afsæt i sygeplejerskernes arbejde. Faglighed, interessevaretagelse og sundhedspolitik er de tre ben, som Dansk Sygeplejeråd skal gå

på, og som jeg vil arbejde for,” sagde Gert Petersen.

”Vi skal have et sundhedsvæsen, der bygger på det kollektive og fællesskabet. Vi skal tilbage til den differentierede behandling. Vi overbehandler, når vi skal be-

Tilhørerne i Silkeborg var ivrige efter at stille spørgsmål til kandidaterne.

handle alt her og nu. I stedet skal vi vurdere patienterne med faglige øjne, for det er det, vi er bedst til,” sagde Anni Pilgaard.

Dorte Steenberg lagde vægt på den politiske forandring, hun mener er nødvendig:

”Der skal strammes op på arbejdsmiljølovgivningen. Vi skal tvinge politikerne til at give os ordentlige redskaber, så det ikke er op til den enkelte arbejdsplads at forvalte,” sagde hun.

Vibeke Westh pointerede, at hun gerne vil have, at sygeplejefaget generelt bliver italesat bedre: ”Vi står for svagt i vores argumentation, når vi i dag ser, at sygeplejersker bliver fyret. Hvorfor er det, at vi ser det administrative system vokse, mens vi, der er tæt på patienterne, mister vores job? Vi skal lære at sige fra over for de urimelige arbejdsvilkår, det skaber.”

mdk@dsr.dk

))) STEMMEMATERIALE UDSENDES 14. MAJ

Et brev med stemmemateriale til næstformandsvalget sendes den 14. maj til alle aktive og stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Stemmematerialet består af et brev med stemmeseddel, vejledning om afstemningen og flyers fra de fire næstformandskandidater.

Stemmeberettigede medlemmer, der ikke har modtaget brevet med stemmematerialet, kan fra den 21. maj rette henvendelse til Anne Reimer-Nielsen i Dansk Sygeplejeråds sekretariat på telefon 4695 4151 eller på mail arn@dsr.dk

Afstemningen slutter ved døgnetts begyndelse den 7. juni. Læs mere på www.dsr.dk næstformandsvalg 2010.

(sp)



Fire afslappede næstformandskandidater i samtale inden valgmodet på Glostrup Hospital den 27. april. Fra venstre kreds-næstformand Gert Petersen, Kreds Midtjylland, kredsformand Anni Pilgaard, Kreds Syddanmark, kredsformand Vibeke Westh, Kreds Hovedstaden, og næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd.



Der lyttes opmærksomt til de fire kandidater.

Vælgermøde. Sundhedspolitik baseret på faglige argumenter var et gennemgående tema ved næstformandskandidaternes første vælgermøde i hovedstaden.

Fokus på fagfællesskab

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



Næstformandsvalg 2010

Der var flere varmegrader end mødedeltagerne i Auditorium A på Glostrup Hospital, da Dansk Sygeplejeråds fire næstformandskandidater stillede op til deres andet valgmodet den 27. april i en turné på i alt 11 møder i de fem kredse. Men deltagerkredsen i Glostrup var alligevel ekstra stor, fordi mødet blev videofilmet og kan ses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, og hverken spørgelyst eller talelyst fra kandidaterne fejlede noget. De fire kandidater fik hver fire minutter til indledende præsentation og et enkelt minut til afslutning, og resten af tiden var det mødedeltagerne, der spurgte og fik svar.

Næstformand Dorte Steenberg lagde ud med at konstatere, at det er vigtigt at

kæmpe for at bevare den faglige stolthed og kvalitet i sygeplejen i en tid, hvor der er stort pres på sundhedsvæsenet og medarbejdernes arbejdsmiljø.

”Vi har som organisation stor erfaring med at føre denne kamp gennem mere end 100 år, og vi skal stå sammen i et stærkt fællesskab, hvis vi vil skrive sygeplejens historie også de næste 100 år,” sagde Dorte Steenberg.

Kredsformand Vibeke Westh fulgte op:

”Jeg stiller op for et stærkt fag. Jeg mener, det er det, der er rammen for, at vi kan sikre os selv som sygeplejersker og borgerne en ordentlig sundhedspolitik i Danmark. Jeg er meget optaget af sygeplejen og sygeplejens forhold, men sandelig også af sundhedspolitikken,” sagde hun og tilføjede, at der skal arbejdes for et stærkt fagligt fællesskab, og at Dansk Sygeplejeråd skal styrke sin udadrettede kommunikation.

Også kreds-næstformand Gert Petersen

lægger stor vægt på det faglige fællesskab og faglig styrke:

”Jeg finder, at tillidsrepræsentanterne og arbejdsmiljørepræsentanterne er utrolig vigtige i forhold til det medarbejderindflydelses-system, der er på arbejdspladserne. Det er vigtigt, at de på sygeplejerskernes vegne stiller krav til ledelsen, en faglig ledelse, tak!” sagde han. Han understregede betydningen af faglige argumenter i forhold til sundhedspolitikken.

Kredsformand Anni Pilgaard drog paralleller fra sygeplejerskernes sammenhold under konflikten i 2008 til i dag og sagde, at sygeplejen i dag oplever vilkår, som hverken sygeplejerskerne eller borgerne fortjener:

”Jeg er rigtig glad for, at Dansk Sygeplejeråd er partipolitisk uafhængig, når vi skal kæmpe for bedre sundhedspolitiske og uddannelsespolitiske vilkår. Næstformændene skal ud i direkte dialog med medlem-



i øst

Situation fra valgmødet på Glostrup Hospital, hvorfra der kan ses videoklip på hjemmesiden www.dsr.dk under menupunktet "næstformandsvalg 2010".

Kreds næstformand Vibeke Schaltz (tv.) fungerede som ordstyrer.

merne. Uden opbakning fra dem er der ikke noget DSR," sagde hun.

Krav til faglig ledelse

Hvordan sikres forsvarlige normeringer af sygeplejersker? blev der spurgt fra salen. Dorte Steenberg svarede, at der eksisterer masser af dokumentationsmateriale, og at der skal arbejdes på flere niveauer for at opnå, at de lokale ledelser fastsætter ret-

ningslinjer for normeringen. Hun henviste til, at der eksisterer sundhedslovgivning på området i Norge. Anni Pilgaard fulgte op ved at henvise til, at Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at der udarbejdes retningslinjer på området. Gert Petersen var enig, men fandt, at det især er nødvendigt at stille krav til den faglige ledelse. De styrings-systemer, der er i dag i sundhedsvæsenet,

har bevirket, at der er alt for megen fokus på økonomi og alt for lidt plads til faglige prioriteringer, sagde han. Vibeke Westh supplerede ved at fastslå, at det ikke kun skal være medarbejderne, der siger fra, når den faglige kvalitet er truet, men at det også må gælde ledelsen. Det er vigtigt, at der sættes fokus på, hvad sygeplejerskernes kompetencer betyder, påpegede hun.

sp@dsr.dk



Frustration. Nedlæggelsen af små sygehuse har betydet, at patienter og personale jagter parkeringspladser på hospitalerne som aldrig før.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Biler, der holder skævt på græsrabatter. Sygeplejersker, som må ile ned for at stille p-skiven midt i arbejdstiden. Ambulante patienter, der kommer for sent eller aflyser behandlingen, fordi de ikke kan finde plads til bilen.

Parkeringsproblemerne på landets sygehuse vokser, og emnet er en af gengangerne på samarbejdsudvalgsmøder mange steder i sundhedsvæsenet.

En undersøgelse, som Megafon har foretaget for Dansk Sygeplejeråd, viser, at 35 pct. af de sygeplejersker, der kører i bil på arbejde, altid eller ofte har problemer med at parkere. Det svarer til godt 17.000 sygeplejersker.

Aalborg Sygehus er et af de hospitaler, der oplever massive parkeringsproblemer på matriklerne Aalborg Nord i centrum af byen og Aalborg Syd, som ligger i udkanten af centrum, fortæller Kirsten Højslet, som er suppleant for fællestillidsrepræsentanten på Aalborg Sygehus.

Parkeringskaos på sygehusene

Hver dag er en



kamp



» "Hvis jeg skal have en p-plads, skal jeg komme klokken syv om morgenen, selvom jeg først skal møde en halv time senere. Det er ikke, fordi ledelsen ikke tager problemet seriøst, og for nylig er der faktisk oprettet 150 nye p-pladser, og herfra kan personalet tage den eksisterende sygehustaxa fra Sygehus Syd til Aalborg Nord. Det er bare ikke nok," siger Kirsten Højslet og henviser til, at ledelsen også har nedsat en arbejdsgruppe, der har foreslået flere løsninger.

En udvej kunne være at give personalet adgang til det ny private parkeringshus, der er bygget i nærheden af Sygehus Nord. Men den løsning er dyr. Brugerbetaling for en enkelt p-plads i et parkeringshus koster let et par tusind kroner om måneden.

"Problemet er blevet forstærket, fordi mange små sygehuse i Nordjylland er blevet nedlagt. Jeg har kolleger, som kommer helt fra Mariager, Fjerritslev og Sæby. De skal op klokken fire om morgenen, hvis de skal tage offentlig transport," fortæller Kirsten Højslet. Hun tror først, at parke-

"Problemet er blevet forstærket, fordi mange små sygehuse i Nordjylland er blevet nedlagt. Jeg har kolleger, som skal op klokken fire om morgenen, hvis de skal tage offentlig transport."

Kirsten Højslet suppleant for fællestillidsrepræsentanten på Aalborg Sygehus.

ringsrodet for alvor bliver afhjulpnet, når det nye supersygehus i Aalborg Øst står klar om 12 år.

Små centrale sygehuse nedlagt

Trafikforskerne peger på flere årsager til miseren:

"Det er ofte besværligt at komme til sygehuset med bus og tog. F.eks. ligger et stort københavnsk sygehus som Hvidovre Hospital helt håbløst i forhold til offentlig transport," siger trafikforsker Per Homann Jespersen fra Roskilde Universitet, som også henviser til, at landets største hospital Rigshospitalet med 8.000 ansatte stadig kun kan nås med bus.

Samtidig er problemerne ifølge Per

Homann Jespersen vokset de seneste 10 år i takt med, at små sygehuse er blevet nedlagt. Især de gamle sygehusematrikler tæt på bymidten er ramt. Ofte kolliderer kommunens ønske om at mindske CO₂-udslippet og begrænse støj og forurening ved at minimere antallet af p-pladser med patienters og personales behov for at stille bilen. På flere sygehuse forstærkes problemerne af igangværende byggeprojekter, som beslaglægger parkeringsarealer.

Opfordres til at cykle

Odense Universitetshospital er et andet sygehus, hvor der er kamp om p-pladserne.

"På grund af nybyggeri sløjfes flere af hospitalets p-pladser. Som følge heraf ses dagligt stigende frustration hos medarbejdere. Parkeringstilbuddet for patienter er særdeles ringe og mangelfuldt, og vi oplever, at patienter og pårørende kommer for sent til den aftalte tid i laboratoriet på grund af p-plads-problemer eller aflyser behandlingen," hedder det i brev fra personalet på ortopædkirurgisk ambulatorium på Odense Universitetshospital, der for nylig blev offentliggjort i hospitalets personaleblad.

Ifølge sygehusdirektør Jane Kraglund har løsningen af parkeringsproblemerne høj prioritet. Der er skaffet flere p-pladser nær byens zoologiske have 10 minutters gang fra sygehuset, men pladsen er dårligt oplyst, og der har været flere indbrud i bilerne. Derfor arbejdes der på at gøre forholdene på p-pladsen mere trygge.

"Vi vrider vores hjerner for at finde løsninger. Vores analyser viser jo, at det ikke bare er personalet, men også patienterne,

»»» HALVDELEN TAGER BILEN TIL JOBBET

En undersøgelse, som Megafon har foretaget for Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling viser, at 50 pct. af sygeplejerskerne altid kører i bil på arbejde. 11 pct. bruger ofte bilen til jobbet, og 8 pct. gør det sommetider. Undersøgelsen er foretaget blandt 2.008 sygeplejersker. Blandt danskerne generelt viser tal fra Transportvaneundersøgelsen, at 49 pct. af danskerne på en given dag har kørt i bil til arbejdet. 43 pct. som fører af bilen og 6 pct. som passagerer.

PARKERINGSPROBLEMER I TAL

12 pct. af de sygeplejersker, der kører i bil til arbejde, har altid problemer med at parkere bilen i nærheden af deres arbejdsplads. 23 pct. har ofte problemer med at parkere, og for 18 pct. opstår parkeringsproblemerne sommetider. 25 pct. har aldrig problemer med at parkere bilen. Det viser en undersøgelse fra DSR Analyse foretaget blandt 2.008 sygeplejersker.

Sygeplejerskerne har større problemer med parkering end resten af befolkningen. Ifølge Transportvaneundersøgelsen har 6 pct. af danskerne en fast parkeringsplads, og 65 pct. af danskerne angiver, at de altid har adgang til p-plads og gratis parkering.

Kilde: Megafon for DSR Analyse og Transportvaneundersøgelsen.



som ikke kan parkere, og det duer ikke. Grundliggende handler det om, at vi skal skaffe nogle flere p-pladser ved at inddrage grønne områder, for vi må nok erkende, at privatbilismen er kommet for at blive. Men samtidig forsøger vi også at opmuntre de ansatte til at cykle og bruge offentlig transport, og derfor indretter vi bedre cykelparkering,” siger Jane Kraglund.

Parkér ved stationen

Det er ikke blot sygehuse i de større byer, som er ramt af p-kaos. Også sygehuse i mindre byer som Holbæk og Randers melder om problemer:

Anæsthesisygeplejerske Ane Veierskov bor i Lejre og arbejder på Holbæk Sygehus. Men selvom der kun er 27 kilometer fra Holbæk til Lejre, så skal hun med toget kl. 6.15, hvis hun skal nå på arbejde kl. 7.30, og hun kan først regne med at være hjemme klokken fem om eftermiddagen.

”Det er håbløst at bruge offentlig transport. Til gengæld kan jeg klare turen til Holbæk på en halv time i bil. Jeg tager af sted i god tid, men kommer man kl. 7.30 eller derefter, er det helt umuligt at finde en parkeringsplads. Personalet har virkelig prøvet at råbe kommunen op. Kommunen har foreslået, at personalet skal parkere ved stationen en halv kilometers gang fra sygehuset, men det giver jo problemer med alt for tæt trafik inde i bymidten,” siger Ane Veierskov.

Shuttlebus blev fiasko

Flere steder i landet arbejdes i øjeblikket på at udvide kapaciteten ved at opføre p-huse eller inddrage grønne områder til parkering. F.eks. satte Århus Sygehus det

første spadestik til et parkeringshus i april, og ifølge *Sygeplejerskens* oplysninger har Rigshospitalet også planer om at bygge et parkeringshus.

På Vejle Sygehus medførte parkeringsproblemerne, at der efter årsskiftet blev oprettet en fjernparkeringsplads med et par hundrede pladser nær Bilka godt fem kilometer fra sygehuset. Der blev indsat en bus, som fragtede passagerer til og fra p-pladsen tre gange om morgenen og tre gange om eftermiddagen.

Men ordningen blev ingen succes, og bussen blev nedlagt i slutningen af april:

”De seneste gange har der kun været omkring 14 personer, der brugte bussen om morgenen. Det koster 15.000 kr. om måneden at indsætte en bus plus løn til

”Fremtidig teknologi vil gøre det muligt at indrette køreklubber meget fleksibelt, så den, der har brug for transport, via sin mobiltelefon her og nu kan spørge en database, om andre skal i samme retning.”

Harry Lahrmann, trafikforsker.

chauffør, så ordningen er for dyr,” siger chefportør Kurt Vester fra Vejle Sygehus, der har været med til at organisere bussen.

Acceptér 10 minutter til fods

Ifølge trafikforsker Harry Lahrmann fra Aalborg Universitet er der ingen enkle løsninger på det omsiggribende parkeringskaos. Indførelsen af bedre offentlig transport og udbygning af parkeringspladser kan afhjælpe nogle af problemerne, men disse løsninger gør det ikke alene:

))) LØSNINGER EFTERLYSES

Har du og dine kolleger fundet en god løsning på transport og parkeringsproblemer, så vil *Sygeplejersken* meget gerne skrive om det. Skriv til Britta Søndergaard på bso@dsr.dk eller gå ind på facebookgruppen www.facebook.com/sygeplejersker

Harry Lahrmann mener, at hospitalerne bliver nødt til at samarbejde med personalet om at lokke de ansatte, der har mulighed for det, til at cykle eller tage bus og tog. Køreklubber, hvor kolleger kører sammen, er en anden løsning.

”Fremtidig teknologi vil gøre det muligt at indrette køreklubber meget fleksibelt,

så den, der har brug for transport, via sin mobiltelefon her og nu kan spørge en database, om andre skal i samme retning. Samtidig kan kolleger, der ønsker at give andre et lift, melde ind, hvornår og hvortil de kører,” siger Harry Lahrmann. Han peger også på, at udbygning af parkeringspladser og p-huse er en dyr løsning for sygehuset, og at den enkelte medarbejder ikke i alle tilfælde kan regne med, at der er en parkeringsplads lige uden for hospitalets dør:

”Jeg tror, at man som medarbejder på et stort sygehus bliver nødt til at acceptere at skulle gå 10 minutter eller cykle fra parkeringspladsen til arbejdspladsen.”

bso@dsr.dk

”Vi oplever, at patienter og pårørende kommer for sent til den aftalte tid i laboratoriet på grund af p-plads-problemer eller aflyser behandlingen.”

”Irritationen påvirker arbejdsdagen”

Hæsblæsende. ”Nogle gange bruger jeg en halv time på at finde parkeringsplads, og det er frustrerende,” siger den 41-årige sygeplejerske Vibeke Vestergaard fra Aalborg Sygehus Nord, der nu prøver at cykle de 12 kilometer til arbejde.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: LARS HORN

Når sygeplejerske Vibeke Vestergaard kører i bil på arbejde, skal hun ofte cirkulere rundt på p-pladsen i 20 minutter, før der er plads.

Vibeke Vestergaard er operationssygeplejerske på Urologisk Afdeling på Aalborg Sygehus Nord, der ligger i byens centrum og har store parkeringsproblemer. Hun bor i Vestbjerg 12 kilometer nord for Aalborg og er alenemor til to børn på otte og 10 år. Vibeke Vestergaard er helt afhængig af bilen eller cyklen, for bussen kan hun ikke få til at passe med sine arbejdstider og afhentning af børn.

I øjeblikket forsøger hun at cykle, når det kan lade sig gøre.

Vibeke Vestergaard starter kl. 6.30 med at køre børnene til fritidshjem i bil, fordi de endnu er for små til at kunne gå eller cykle selv. Efter en hurtig aflevering kører hun hjem for at hente cyklen. Det går stærkt. De 12 kilometer klarer hun på godt en halv time, så hun er klar til at møde kl. 7.30.

”Den irritation og frustration over ikke at kunne finde en p-plads kan sidde i mig hele formiddagen. Nogle gange holder jeg på p-pladsen fem minutter i syv og har ikke plads før 7.25. Derfor er jeg begyndt at cykle, når det kan lade sig gøre,” fortæller Vibeke Vestergaard.

Men den løsning kan hendes kolleger ikke bruge. Mange kommer fra Sæby og Frederikshavn mere end 60 kilometer fra Aalborg.

”For at finde parkeringsplads skal de møde klokken syv, selvom arbejdstiden begynder 7.30. Vi har folk, der kommer for sent hver dag på grund af p-problemer, og

jeg har også kolleger, der taler om at finde andet arbejde, fordi de ikke orker problemerne med at finde p-pladser.”

Morgentoilette på jobbet

En af Vibeke Vestergaards kolleger har fundet en utraditionel løsning. Hun møder allerede kl. 6.30 på afdelingen, selvom hun først skal starte arbejdsdagen en time senere.

”Hun har vendt op og ned på sin morgenstruktur. Hun går direkte ud af sengen, kører på arbejde, går i bad og spiser morgenmad på afdelingen. På den måde er hun fri for den frustration, det er, ikke at

”Min kollega har vendt op og ned på sin morgenstruktur. Hun går direkte ud af sengen og kører på arbejde, går i bad og spiser morgenmad på afdelingen. På den måde er hun fri for den frustration, det er, ikke at kunne finde en parkeringsplads.”

Vibeke Vestergaard, sygeplejerske, Aalborg Sygehus.

Dårlig parke

Utryghed. Parkeringsproblemerne bu fra Odense Universitetshospital. Hun ha

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: RIKKE MADSEN

Sygeplejerske Britt Egebæk Iversen har arbejdet på Odense Universitetshospital siden 1981, og i den tid er parkeringsforholdene blevet værre.

”Hver eneste morgen er en kamp for at få parkering, og for patienterne er det mindst lige så slemt,” siger sygeplejerske Britt Egebæk Iversen, der starter dagvagterne klokken otte.

Britt Egebæk Iversen er ansat på klinisk immunologisk afdeling og bor i Villestofte syv kilometer uden for Odense sammen med sin mand og tre børn på 13, 16 og 18 år. Den offentlige transport til og fra hendes arbejdsplads er besværlig, fordi hun skal skifte bus på Odense Banegård, og det



”De dårlige parkeringsforhold på Odense Universitetshospital er især en belastning for de kolleger, der kommer fra andre dele af Fyn,” fortæller sygeplejerske Britt Egebæk Iversen, der er ansat på Klinisk Immunologisk Afdeling på Odense Universitetshospital.



Sygeplejerske Vibeke Vestergaard er alenemor til to børn på otte og 10 år, og hun er ofte afhængig af at bruge bilen til og fra arbejde.

kunne finde en parkeringsplads. Jeg møder også en portør, der sidder med sin termokande i bilen allerede klokken syv, selvom han først skal møde en time senere,” siger Vibeke Vestergaard. Hun fortæller, at personalet på Aalborg Sygehus tidligere har prøvet at gøre noget ved problemerne:

”I 2007 lavede vi en underskriftsindsamling på Sygehus Nord og fik 740 underskrifter. I december 2007 nedsatte vi en arbejdsgruppe, men siden hørte vi ikke mere. I november 2009 begyndte personalet igen at røre på sig, og vi fik så at vide, at arbejdsgruppen var nedlagt. Der er også forslag om at lease parkeringspladser i et privatejet parkeringshus nær Sygehus Nord. Men om det bliver til noget, og hvor længe der skal gå, ved jeg ikke.”

Den ekstra parkeringsplads med tilhørende taxa, der for nylig er blevet oprettet ved Aalborg Sygehus Syd hjælper hende heller ikke stort. For som Vibeke Vestergaard udtrykker det:

”Den ordning er håbløs for mig. Det betyder, at jeg skal krydse Aalborgs stærkt trafikerede bymidte fire gange på en dag.”

bso@dsr.dk

ring rammer arbejdsglæden

de tages langt mere alvorligt, mener sygeplejerske Britt Egebæk Iversen
ar selv oplevet hærværk på sin parkerede bil.

er umuligt for hende at komme hjem fra en aftenvagt med bus. Om foråret forsøger hun at cykle, men det har hun indimellem været forhindret i pga. dårlig ryg.

”Sygehuset er blevet bygget ud adskillige gange, og det hænder ofte, at p-pladser må nedlægges på grund af nybyggeri. Samtidig har private p-selskaber overtaget mange af pladserne, hvilket betyder bøder, hvis man klemmer en bil mere ind, end afmærkningerne tillader,” fortæller den 49-årige sygeplejerske.

Hærværk på p-plads

I et forsøg på at løse parkeringsproblemerne har Odense Universitetshospital

etableret en parkeringsplads i nærheden af Zoologisk Have 10 minutters gang fra sygehuset.

”Pladsen ligger øde, og det er utrygt at gå derned om aftenen, og der har været flere tilfælde af hærværk og tyveri,” siger Britt Egebæk Iversen, som selv har været udsat for, at hendes bil blev udsat for hærværk på en af de indhegnede p-pladser på OUH.

”Jeg har henvendt mig til personaleafdelingen om problemet. Holdningen er, at hvis man har under 10 kilometer, kan man bare cykle på arbejde eller tage en bus, ligegyldigt om man har brug for bilen for at hente børn. Men jeg kan ikke altid cykle, hvis jeg skal noget i den anden ende

af byen eller til gymnastik i Vissenbjerg,” siger Britt Egebæk Iversen.

Hun fortæller, at parkeringsproblemerne især er en stor belastning for de af hendes kolleger, der kommer fra det øvrige Fyn og er helt afskåret fra at tage offentlig transport:

”I takt med at små sygehuse er blevet nedlagt, kommer stadigt flere af de ansatte langvejsfra. Det går ud over deres arbejdsglæde, at det er så besværligt at parkere. Jeg synes, at hospitalet for længe siden skulle have opført en p-kælder eller et p-hus.”

bso@dsr.dk

Trafikforsker Sygehuse må styre transporten

Løsninger. P-pladser skal først og fremmest bruges af de ansatte, der virkelig har behov, mener trafikforsker.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

1.000 kr. ekstra i lønningsposen hver måned, hvis du lader være med at bruge en p-plads på din arbejdsplads.

Det er den gulerod, som nogle britiske firmaer har valgt at give deres ansatte i et forsøg på at tæmme den hastigt voksende privatbilisme.

Trafikforsker og lektor Per Homann Jespersen fra Roskilde Universitet nævner eksemplet fra Storbritannien. Han mener, at centraliseringen af det danske sygehusvæsen kræver, at personale og ledelse på hospitalerne sammen udtænker nye løsninger på de tiltagende parkeringsproblemer.

”Transportproblemerne omkring sygehuse kalder på handling, og de er vigtige at få belyst. Hele centraliseringen af hospitalerne og nedlæggelsen af små sygehuse betyder en større koncentration af trafikken. I forvejen ligger mange sygehuse dårligt i forhold til offentlig transport. Den bedste løsning for både miljøet og sygehusets økonomi er at begrænse antallet af biler og p-pladser, så det først og fremmest

er de ansatte, der virkelig har behov for det, som bruger bilen til arbejde,” siger Per Homann Jespersen, der samtidig understreger, at han ikke er tilhænger af kørselsrestriktioner.

”Den bedste løsning for både miljøet og sygehusets økonomi er at begrænse antallet af biler og p-pladser, så det først og fremmest er de ansatte, der virkelig har behov for det, som bruger bilen til arbejde.”

Per Homann Jespersen, trafikforsker Roskilde Universitet.

”Vi skal ikke ind på at forbyde folk, der f.eks. har mindre end 10 kilometer til jobbet, at køre i bil på arbejde. Bilen handler om fleksibilitet, f.eks. i forhold til at hente børn eller købe ind,” siger Per Homann Jespersen.

Ingen gratis p-plads til ledelsen

Per Homann Jespersen henviser til Tyskland og England, der pga. omfattende tra-

fikproblemer er blevet nødt til at arbejde bevidst med en begrænsning af bilismen. Nogle britiske virksomheder ansætter f.eks. mobility management-rådgivere (styring af transporten, red.). De hjælper

ledelsen på en virksomhed med at udforme en transportpolitik.

”Flere firmaer lægger en personlig køreplan for de ansatte, så det på den måde bliver lettere at bruge den offentlige transport. De stiller cykler til rådighed på den nærmeste station eller organiserer samkørsel,” fortæller Per Homann Jespersen. En af hans britiske kolleger starter f.eks. konsekvent sit arbejde som mobility manager med at sløjfe ledelsens gratis p-pladser for at signalere, at parkering er et gode for de medarbejdere, som virkelig har et behov.

”Når jeg holder foredrag, plejer jeg at sammenligne sundhedsvæsenet og transportsektoren. I sundhedsvæsenet har man for længst erkendt, at det er nødvendigt med en vis form for kø for at regulere antallet af patienter. I transportsektoren er svaret på det voksende antal biler, at man udbygger veje og p-pladser. Men der bliver brug for langt mere regulering af transporten i fremtiden, fordi vi er nødt til at begrænse CO₂-udslippet,” siger Per Homann Jespersen.

))) EKSPERTERNES LØSNINGER

Samkørsel. Flere ansatte kører i samme bil. Fremtidens teknologi vil gøre det muligt at indrette køreklubber meget fleksibelt, så den, der har brug for transport, via sin mobiltelefon her og nu kan spørge en database, om andre skal i samme retning. Samtidig kan kolleger, der ønsker at give andre et lift, melde ind, hvornår og hvortil de kører.

Samkørsel kræver, at arbejdsgiveren garanterer den ansatte en alternativ transport, f.eks. en taxa, i tilfælde af et barns sygdom, overarbejde m.m.

Underjordiske parkeringshuse i byerne: En dyr løsning. En enkelt underjordisk p-plads i en storby kan meget vel koste 400.000 kr. om året.

Belønning af medarbejdere, der ikke bruger p-plads. I England er der eksempler på medarbejdere, der får 1.000 kr. mere i lønningsposen, fordi de ikke optager en p-plads.

Flere p-pladser. En nødvendig løsning. Men ifølge trafikforskerne er det også nødvendigt at begrænse CO₂-udslippet og forureningen. Derfor bør hver enkelt arbejdsplads satse på at tilbyde p-pladser til dem, der virkelig har behov. F.eks. fordi de har langt til arbejdspladsen.

Parkér bilen i gåafstand af arbejdspladsen og gå den sidste del af vejen.

Fjernparkering og særlig bus eller taxa til arbejdspladsen: Denne løsning er forsøgt ved Vejle Sygehus. Ordningen er dog netop ophørt, fordi der var for få, som brugte busen, og bustransporten derved blev for dyr.

Kilder: Per Homann Jespersen fra Roskilde Universitet og Harry Lahrmann fra Aalborg Universitet.



>>> BILPARKEN VOKSER

Den private bilpark er vokset markant de seneste 20 år. Fra 1990 til 2007 er antallet af biler steget med 30 pct., mens befolkningstallet kun er steget med 6 pct. Fra 2007 til 2010 er der kommet 120.000 flere biler til. En del af udviklingen kan forklares ved, at mange danskere har fået længere til deres arbejdsplads.

Pr. 1. januar 2010 var der 2.120.322 biler i Danmark. Privatbilismen tegner sig for omkring 13 pct. af den årlige udledning af CO₂.

Kilde: Danmarks Statistik og rapporten Transportvalg og Rejsemønstre fra DTU Environment.



KONGRES 2010

Fremtidens sygepleje – forenet i fællesskab!

Hvordan ser fremtid

Fagligt tema. Sygeplejefprofessionens placering i fremtidens sundhedsvæsen er et af de store temaer på Dansk Sygeplejeråds kongres 2010.

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

”Hvis vi som sygeplejersker ikke selv sætter kursen for professionens placering i fremtidens sundhedsvæsen, så er der andre, der gør det for os.”

Det var udmeldingen fra Dansk Sygeplejeråds formandskab, da Kongressens 172 medlemmer mødtes til en konference tidligere i år som forberedelse til den ordinære kongres, der begynder 17. maj i København. Temaet fremtidens sygepleje bliver et væsentligt omdrejningspunkt, når de delegerede fastlægger kursen for de kommende års faglige og sundhedspolitiske initiativer.

”Hverken Sundhedsstyrelsen eller sundhedsvæsenets arbejdsgivere har mange bud på udviklingsmuligheder for sygeplejen, og heller ikke regionerne og kommunerne sætter den faglige overligger højt. Det skal vi selv gøre,” lød budskabet til de delegerede ved forpremieren på Kongressen. Blandt pejlemærkerne for Dansk Sygeplejeråds kommende initiativer er, at sygeplejersker bidrager til ny arbejdsdeling i sundhedsvæsenet.

På de følgende sider omtales eksempler på sygeplejerskers arbejde med fremtidens sygepleje: ny arbejdsdeling, udvikling af ældreplejen og udvikling af sygeplejestuderendes uddannelse i grundlæggende sygepleje.



ens sygepleje ud?

Opgaveflytning. Dansk Sygeplejeråds kongres 2010 sætter fokus på fremtidens sygepleje. Bl.a. ny arbejdsdeling i sundhedsvæsenet, som Klinik Farsø i Nordjylland har afprøvet i praksis.

Bytte, bytte opgaver

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN



Der er mange oplagte anledninger til at se på, om arbejdsdelingen i det regionale og kommunale sundhedsvæsen og i ældreområdet er den mest hensigtsmæssige og mest effektive. Det var der enighed om blandt de 10 involverede organisationer og myndigheder, som i 2009 færdiggjorde et inspirationskatalog om ny opgavevaretagelse og arbejdsdeling i sundhedsvæsenet og ældreområdet (se boks).

Et af rapportens eksempler på ny arbejdsdeling er hentet på den ortopædkirurgiske Klinik Farsø i Nordjylland, hvor sygeplejersker både har afgivet opgaver, som ikke kræver sygeplejerskeuddannelse, og overtaget nye opgaver fra lægerne. På Klinik Farsø er sygeplejerske Elin Grønhøj en af de tre sygeplejersker, som forestår selvstændig ambulatoriekontrol af hofter og knæ et år efter operationen. Opgaver, der er overtaget fra lægerne.

Fagligt kompetenceløft

Elin Grønhøj betegner de nye opgaver som en stor tilfredsstillende og et fagligt kompetenceløft.

”Det er da rigtigt, at vi var bekymrede for, om det var en opgave, vi kunne gøre godt nok. Så dannede vi en arbejdsgruppe, som sammen med vores administrerende overlæge så på, hvad der skulle til, for at sygeplejerskerne kunne overtage denne opgave. Det var en udfordring for os, og

kvaliteten for patienterne skulle være lige så god, som hvis det var en læge, der foretog disse etårskontroller. Nu henter vi selv patienten, laver etårskontrollen og følger også selv patienten ud.”

Elin Grønhøj tilføjer, at etårskontrollen er baseret på et skema, der udfyldes sammen med patienten og efterfølgende bruges til kvalitetstjek og statistik vedrørende behandlingen.

”Vi har en klar instruks, der siger, hvornår vi skal have en ambulatorielæge involveret. Men det er meget sjældent, vi kommer ud for det. Når det er nødvendigt at få en læge involveret, har vi kompetencerne lige uden for døren. Oftest ser ambulatorielægen patienten straks, men i tilfælde af tidsnød får patienten en ny tid,” siger Elin Grønhøj og tilføjer:

”I starten var vi bekymrede for, at patienterne forventede, at de skulle møde en læge og ville give udtryk for, at de var skuffede over, at det var en sygeplejerske, der skulle foretage etårskontrollen. Men den bekymring var helt ubegrundet.”

sp@dssr.dk

SEKS TYPER ARBEJDSDELING

I inspirationskataloget fra den såkaldte ”task force” med 20 udvalgte eksempler på ny arbejdsdeling i sundhedsvæsenet peges på seks centrale temaer for bedre arbejdsdeling. De er:

- overordnet strategisk opgaveflytning
- fleksibel opgavevaretagelse ved sektorovergange
- fleksibel opgavevaretagelse i tværfaglige team
- teknologisk understøttelse af opgave
- opgaveflytning til administrativt personale
- opgaveflytning til medarbejdere på et lavere specialiseringsniveau.

Blandt eksemplerne er kliniske sygeplejespecialister, som har overtaget opgaver fra lægerne. Task forcen har haft repræsentation af Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, tre ministerier, Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen, FOA og Lægeseekretærforeningen.



Sygeplejerske Elin Grønhøj i gang med selvstændig ambulatoriekontrol et år efter operationen.



Længst

Sygeplejerske Marianne Brøndserup giver instruktion til patient Jytte Mathiesen på Hannerup Pleje- og Rehabiliteringscenter i Fredericia, hvor der tilbydes døgnrehabilitering.

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: LARS LINDSKOV



Kommunen siger nærmest: ”Pas dig selv” til de ældre borgere. Det kunne lyde som et tolt ophør af en af velfærdsstatens kerneydelser: ældreplejen, men så galt står det ikke til. Faktisk siger de samme borgere nærmest ”Mange tak!”

Vi er i Fredericia Kommune, som har taget bestik af, at kommunernes ressourcer ikke er uendelige, og at der er store økonomiske, demografiske og personalemæssige udfordringer i vente. I Fredericia kalder de ældreplejens udviklingsprojekt ”Længst muligt i eget liv”, og kommunens sygeplejersker er i høj grad involveret i nytænkningen af ældreplejen.

Sygeplejefaglig leder Marianne Hansen fortæller, at kommunens borgere faktisk er rigtig tilfredse. ”Det kræver lidt forklaring fra os om, hvad det er, vi har tænkt os, fordi nogle borgere har været vant til at modtage den traditionelle hjælp. Det er hele filosofien bag projektet, at de borgere, der selv kan klare sig, skal rustes til det, for så har vi ressourcer til at hjælpe dem, der ikke kan.”

Udviklingsprojektet består af fem delprojekter, hvoraf ”hverdagsrehabiliteringen” er det ene. De øvrige delprojekter er: forebyggelse, hjem fra hospitalet, ny teknologi og sundhedsfremme. Der har allerede været stor interesse fra andre kommuner for Fredericias ældreplejemodel, og kommunen er ikke karrig med at videregive sine idéer.

”Hverdagsrehabiliteringen begyndte i ok-

tober 2008 med ansættelse af en leder og et team bestående af ”hjemmetrænere” – hjemmehjælpere – social- og sundhedsassistenter, en ergoterapeut, en fysioterapeut og to visitatorer, der er sygeplejersker,” siger Marianne Hansen.

Potentiale udløser ekstra hjælp

Hun fortsætter: ”Konceptet er udviklet af det team, og denne gruppe er så gået i ”almindelig drift” fra februar i år. Alle ”nye” ældre borgere møder denne gruppe og bliver vurderet på, om der er et rehabiliterings-potentiale. Er vurderingen, at det er der, sættes der intensivt ind, så de pågældende borgere får visiteret meget mere tid, end der ellers ville være tale om. Helt op til to-tre timer om dagen, hvor de ellers normalt ville have fået maksimalt en halv time. Vores erfaring er, at så kan vi i løbet af fire-seks uger reducere i den visiterede tid, og de fleste er faktisk helt ude af vores system efter 12 uger.”

Halvdelen bliver selvhjulpne

Marianne Hansen tilføjer, at halvdelen af de borgere, der er blevet trænet til at genvinde styrke og færdigheder, er blevet helt selvhjulpne. Godt en fjerdedel af resten kan efter hverdagsrehabiliteringen klare sig med mindre hjælp, end de ellers havde fået via den traditionelle hjemmehjælp. De resterende borgere kræver samme hjælp som tidligere.

Tidlig opsporing og forebyggelse af akut

sygdom er næste trin i udviklingsprojektet, som sygeplejersker og de øvrige faggrupper i Fredericia har kastet sig over. Fokus ligger i første omgang på KOL-patienter og på forebyggelse af faldulykker, hvor kommunen forventer, at der vil kunne spares ressourcer, både menneskeligt og økonomisk – også hvad angår at undgå hospitalsindlæggelser.

Fredericia praktiserer desuden opfølgende hjemmebesøg hos borgere, der har været indlagt. Ved besøget deltager den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske, og formålet er primært tilrettelæggelse af behandlingen i hjemmet og en medicingennemgang. Også her siger erfaringen, at der er ressourcer at spare.

Allerede nu kan Marianne Hansen aflæse besparelser ved projektet:

”Hvis vi laver et regnestykke baseret på, hvad borgerne ville have fået bevilget af hjælp, hvis vi ikke havde haft dette projekt, kan vi på nuværende tidspunkt se, at vi sparer omkring en halv million om måneden på den samlede personalekonto – både hjemmehjælp og sygepleje.”

sp@dsr.dk

Læs mere på

www.fredericiakommune.dk/EgetLiv

muligt i eget liv

Ny ældreplejemodel. I Fredericia deltager sygeplejersker i udviklingen af fremtidens ældrepleje, som koncentrerer ressourcerne, hvor der er mest brug for dem.

Tidlig praktik. Den primære sundhedssektor egner sig fint til undervisning i grundlæggende sygepleje, men det kræver sygeplejerske-ildsjæle, viser projekt ved Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.

Ildsjæle bag nye uddannelsesmuligheder

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM



Sygeplejestuderende har rigtig gode muligheder for at få klinisk uddannelse i grundlæggende sygepleje på lokalcentre i kommunerne, fordi sygehusene bliver stadig mere specialiserede. Til gengæld er det en stor udfordring for vejledningen, at antallet af sygeplejersker i plejeboligerne ofte er meget beskedent.

Det konstaterer Anne-Marie Skovsgaard Frederiksen, som er en af de sygeplejersker, der beskæftiger sig med udvikling af sygeplejerskeuddannelsen ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus. Hun er ansat i en nyoprettet delestilling som lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen i Århus og som studiekonsulent i Århus Kommune.

”Nyskabelsen består i, at vi sender de studerende ud i 10 uger i uddannelsens modul 4 for at lære grundlæggende sygepleje – altså tidligt i uddannelsen – og at de studerende kommer ind i plejeboligerne eller i korttidsafsnit i lokalcentrene,” siger Anne-Marie Skovsgaard, som tilføjer, at antallet af sygeplejersker i lokalcentrene er det sårbare punkt.

”Vi har opstillet krav om, at lokalcentrene skal godkendes som klinisk uddannelsessted, og at de udarbejder en uddannelsesplan, som Sygeplejerskeuddannelsen i Århus skal godkende. Lokalcentre, der modtager sygeplejestuderende, skal som minimum have to sygeplejersker

ansat, hvoraf den ene skal have en uddannelse som klinisk vejleder,” siger Anne-Marie Skovsgaard. En af udfordringerne er at opbygge et studiemiljø for sygeplejestuderende på lokalcentrene, som ikke tidligere har haft klinisk undervisning af sygeplejestuderende efter den nuværende bekendtgørelse. Der er desuden udvalgt tre lokalcentre, som fra efteråret 2010 skal modtage de ældste sygeplejestuderende i uddannelsens modul 11 og 12 – de studerendes afsluttende praktik.

Brug for flere sygeplejersker

Der er fagligt gode grunde til at få gjort nyuddannede sygeplejersker interesserede i arbejdet i plejeboligerne, men også at få gjort kommunalpolitikkerne opmærksom på det voksende behov for højt kvalificeret sygepleje:

”Patienterne bliver nu sendt hjem fra sygehuset meget hurtigere end tidligere. Og dermed skal plejeopgaver, der tidligere har været varetaget på sygehuset, for fremtiden løses i kommunerne – også i plejeboliger eller korttidsafsnit. Det vil kræve mere sygeplejefaglig kompetence, og jeg tror, det vil betyde, at der er behov for at tilføre flere sygeplejerskeressourcer,” siger studiekonsulenten.

”Vores samarbejde skal gerne resultere i god sygeplejefaglig vejledning af de studerende, men også meget gerne, at der kan rekrutteres flere sygeplejersker til den

primære sundhedstjeneste i Århus Kommune. Plejeboliger har jo ikke hidtil haft stor faglig prestige, men de fremtidige opgaver byder på store faglige udfordringer,” siger Anne-Marie Skovsgaard.

Hun peger på, at der med den landsdækkende studieordning er mulighed for at udnytte forskellige lokale muligheder for sygeplejestuderendes kliniske undervisning i grundlæggende sygepleje. Og så er sygeplejerskernes engagement en afgørende faktor:

”Hvis der i de to projekter, hvor jeg har været projektleder, ikke havde været sygeplejerskeildsjæle på de deltagende lokalcentre, så havde det ikke været muligt at gennemføre. Sådan er det stadig: De medvirkende sygeplejersker brænder for det og prøver at få det hele til at hænge sammen.”

sp@dssr.dk

Et tidligere projekt, der skulle øge sygeplejestuderendes mulighed for at lære grundlæggende sygepleje i primær sektor, er beskrevet i en faglig information i Sygeplejersken nr. 7, 2010. Læs mere om dansk-norsk samarbejde om sygeplejestuderendes læring af praktiske færdigheder i grundlæggende sygepleje på www.rins.dk

Lektor og studiekonsulent Anne-Marie Skovsgaard (tv.) mødes med klinisk vejleder Jytte Boesig på lokalcenter Trøjborg for at drøfte uddannelsen af sygeplejestuderende i grundlæggende sygepleje.



Skrot myten om den

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

”Sygeplejerske. SUBST. *-n*, plur. *-r, -rne*. En person, der er uddannet til at foretage den daglige pleje af syge mennesker og sørge for, at det, lægen ordinerer, bliver gjort.”

Således lyder den redaktionelle ordbogs definition af en sygeplejerske. En definition, der ikke levner voldsomt meget rum til hverken formidling eller udvikling af faget.

”Sygeplejersker er engle i behagelige sko,” lyder et navnløst citat. Det passer måske meget ramme på det historiske billede, der har været af sygeplejersker. En lidt anonym hvidklædt engel, der fornuftbetonet og uden de store armsving står parat i kulissen til at ledsage og hjælpe den – oftest – mandlige læge. En sjælden gang imellem dukker et navn op, de fleste kender: Florence Nightingale. Damen med lampen, som opnåede mytisk heltindestatus, da hun uselvisk og utrætteligt reddede sårede soldater under Krimkrigen. Senere krakelerede glansbilledet af den altopfrende blide kvinde, og der er blevet sået tvivl om hendes resultater og metoder. Alligevel er hun stadig en af de mest berømte sygeplejersker, selvom mange andre efterfølgende har fremmet og professionaliseret faget. Palliativ pleje, hospicer og fri prævention er i dag noget, vi kan takke tidligere tiders sygeplejersker for.

”Sygeplejersker støtter og lindrer – det er andre, især læger, der leder og inspirerer,” skrev redaktøren på det britiske magasin *Nursing Times*, Alastair McLellan, i 2008. Han ironiserede over synet på faget og opfordrede til at aflive myten om sygeplejersken som et hvidklædt vedhæng i fornuftige sko.

Sygeplejersken har taget opfordringen op og bringer her et par af de nogle gange meget kontroversielle kvinder, som ikke kun ændrede sygeplejen, men også gav omverdenen et gok i fagfordommene.

mdk@dsr.dk

Faghelt. Kontroversielle kvinder ændrede ikke blot sygeplejen, men gav også omverdenen et gok i fagfordommene. Palliativ pleje, hospicer og holdninger til fri prævention er nået langt takket være historiens handlekraftige sygeplejersker og fagteoretikere.



ARKIVFOTO: SOPHIE SKJELDSEN

forsagte engel



Patienter og sygeplejersker i en sygebarakbygning i La Panne, Belgien, i perioden 1910-15. Fotoet stammer fra den danske sygeplejerske Valborg Hjort's album, og det er venligst udlånt af Dansk Sygeplejehistorisk Museum.

I spjældet for seksualoplysning

Præventionsforbrydelse. Den amerikanske sygeplejerske Margaret Sanger kæmpede for fri prævention og seksualoplysning. Det lykkedes, men først efter at hun i en årrække var blevet censureret og beskyldt for bl.a. ekstremisme, mord og racisme.

”Radikal feminist”, ”racist”, ”massemorder” og ”revolutionær kvindesagsforkæmper”. Den amerikanske sygeplejerske Margaret Sanger (1879-1966) er, siden hun startede med at kæmpe for kvinders ret til prævention, blevet kaldt lidt af hvert. I sit arbejde som sygeplejerske for fattige kvinder i New York så hun mange uønskede graviditeter, hårde fødsler og illegale aborter. Hun mente, at hvis arbejderklassens kvinder skulle opnå uafhængighed og frigørelse, var vejen at lette adgangen til prævention. Hun åbnede en præventionsklinik i 1916, der kun nåede at have åbent i ni dage, før politiet lukkede den igen og arresterede hende og personalet. Hun forsøgte sig som klummeskribent i avisen New York Call, hvor hun skrev om seksualundervisning under overskriften ”hvad enhver kvinde



bør vide”. Ikke alle var enige i, at det var noget, enhver kvinde burde vide, og hun fik hurtigt skabt sig en stor skare af vrede modstandere. Igennem årene blev hun mødt med trusler, arrestationer, censur og bøder, men hun blev ved med at kæmpe for kvinders ret til at bestemme over egen seksualitet og graviditet. I 1923 lykkedes det hende at åbne USA's første lovlige præventionsklinik.

Eftertiden har malet et noget uskønt billede af Margaret Sanger. Abortmodstandere har kaldt hende morder og har anklaget hende for at være skyld i millioner af aborter og drab på spædbørn. Margaret Sangers klinik udførte dog aldrig aborter, da hendes fokus og formål var, at prævention og seksualoplysning skulle forhindre uønskede graviditeter. Hun er desuden

DØDEN SKAL MØDES VÆRDIGT

Hospice-frontkæmper. Sygeplejersken Cicely Saunders havde en stædig overbevisning om, at døden kræver et omsorgsfuldt og professionelt plejearbejde. Hendes pionérbetjening har haft stor betydning for, at der i dag findes hospicer overalt i verden.

Den engelske sygeplejerske Cicely Saunders (1918-2005) havde en forkærlighed for pleje af de svageste – de døende patienter, som der ellers ikke var prestige i at passe. Hun arbejdede først som sygeplejerske og senere som socialrådgiver på St. Thomas' Hospital i London i slutningen af 1940'erne. På hospitalet blev hun forelsket i den 40-årige kræftsyge patient David Tasma. Han var døende og led meget, mens hun passede ham. Han blev den første patient i en række af flere tusinder, hun hjalp til en værdig død.

I en tid hvor døende patienter blev fyldt med smertestillende og bedøvende medicin, hvor de ofte var medicineret til ubevisthed til det sidste, og hvor eutanasi blev betragtet som en udmærket løsning i mange tilfælde, insisterede Cicely Saunders på, at døden skulle mødes afklaret og med værdighed. Og ikke mindst i bevidst tilstand. Hun var overbevist om, at den sidste tid i livet kunne blive god og ikke kun fyldt med lidelser og smerte.

Efter David Tasmans død begyndte hun at arbejde på et hjem for fattige døende.

Hospicer var på daværende tidspunkt primært varetaget af religiøse ordener og havde ikke egentlige sygeplejefaglige forløb eller principper om patientpleje, men tjente som sidste stop for den døende. Cicely Saunders blev inspireret og udviklede egne idéer om, hvordan døden skulle imødegås. Hun mente, at patienterne skulle afklares om deres liv, og at de skulle tilbringe så meget af deres sidste tid som muligt sammen med deres nærmeste og pårørende. De skulle medicineres med henblik på at dæmpe smerterne – ikke

Sygeplejersker, forén jer

blevet beskyldt for at støtte Hitlers race-hygieneprogram, da hun anbefalede, at prævention kunne bruges til at begrænse overbefolkning, arvelige sygdomme, eller at mentalt handicappede fik børn. Amerikanske Sanger-forskere mener, at hun brugte argumenterne, fordi de i hendes samtid var lettere at acceptere, end hvis hun havde gjort det til et spørgsmål om kvinders ligestilling.

mdk@dsr.dk

Fagfællesskab. Danske Christiane Reimann trodsede familien og normerne for datidens bedre borgerskab og blev sygeplejerske. Hun dedikerede størstedelen af sit arbejdsliv til at fremme faget internationalt og forene sygeplejersker i hele verden.

Den danske sygeplejerske Christiane Reimann (1888-1979) var en engageret kvinde, som trodsede samtidens klasseforestillinger og sprang ud både som den første dansker med akademisk grad i sygepleje og senere som fagforkæmper i den internationale sammenslutning for sygeplejersker, International Council of Nursing (ICN).

Som kvinde af det bedre borgerskab i starten af sidste århundrede var det bestemt ikke populært, da Christiane Reimann meddelte familien, at hun ville være sygeplejerske. "En sygeplejerske er ikke en dame," muggede en onkel, og familien var meget imod, at hun forfulgte sin drøm. Ikke desto mindre

startede Christiane Reimann sin uddannelse på Bispebjerg Hospital i 1913 og tog senere til USA for at videreudanne sig og tage en master i sygepleje. Engagementet rakte også ud over patientpleje, og efter nogle år som praktiserende sygeplejerske blev Christiane Reimann aktiv i ICN som sekretær. Hun ønskede at gøre organisationen til en stærk markør og medspiller for sygeplejersker i hele verden og arbejdede for at skabe netværk og få kontakt til samarbejdspartnere i andre organisationer, bl.a. det internationale Røde Kors og den internationale arbejderbevægelse, International Labour Organization. Ikke alle var lige begejstrede for Christiane Reimanns valg af samarbejdspartnere, og hun ragede uklar med flere fra toppen af ICN, bl.a. stifteren Ethel Bedford Fenwick, som mente, at den respektable sygeplejefagprofession ikke skulle sættes i forbindelse med en socialistisk arbejderorganisation.

Christiane Reimann lod sig ikke stoppe, men arbejdede videre, ofte for egen regning, for at ICN kunne blive en stor og markant organisation. I de 12 år hun var sekretær, blev antallet af medlemsorganisationer mere end fordoblet fra 13 til 29. Hun startede også internationale udviklingsprogrammer for sygeplejersker op og etablerede et fast tidsskrift for ICN.

Christiane Reimann døde 92 år gammel i Italien. Inden da havde hun doneret en del af sin formue til en "sygeplejerskernes nobelpris", der skulle uddeles af ICN. Det er siden blevet til sygeplejerskernes fornemmeste pris, Christiane Reimann-prisen. Siden 1985 er den hvert fjerde år blevet givet til en sygeplejerske, som har haft en ekstraordinær indflydelse på sygeplejefaget internationalt, eller som via faget har bidraget til gavn for menneskeheden gennem forskning eller praktisk sygepleje.



ARKIVFOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM



for at lade dem sove, til de ikke vågnede op igen.

I 1951 begyndte hun at uddanne sig til læge, og i 1967 åbnede hun sit eget hospice, St. Christopher's Hospice i London. Det blev grundlæggelsen til det moderne hospice. På verdensplan er der i dag flere end 8.000 hospicer (pr. 2005), der alle bygger på Cicely Saunders' grundtanker om pleje af den døende patient.

Cicely Saunders døde 87 år gammel i 2005 på sit eget St. Christopher's Hospice.

mdk@dsr.dk

mdk@dsr.dk

Næstformandsvalg 2010

Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer kan vælge mellem fire kandidater til næstformandsvalget. Valgbehandlingen begynder den 17. maj og fortsætter i tre uger frem til 6. juni kl. 23.59 (elektronisk afstemning) og den 7. juni kl. 9.00 (frist for modtagelse af brevstemmer).

Læs mere om næstformandsvalget 2010 på www.dsr.dk

Fire spørgsmål til næstformandskandidaterne

- Hvad vil du prioritere højest af de opgaver og udfordringer, Dansk Sygeplejeråd står over for?
- Hvordan ser fremtidens sygepleje ud?
- Har du særlige sundhedspolitiske kæpheste?
- Hvorfor er det vigtigt, at Dansk Sygeplejeråds medlemmer deltager i valget af to næstformænd?

Næstformandsvalg 2010



Stem og bestem – næstformandsvalg i DSR

Dansk Sygeplejeråd skal have valgt to næstformænd, og du er med til at bestemme, hvem der sammen med formanden skal stå i spidsen for DSR og repræsentere dig og dine kollegaer.

KAMPVALG OM POSTERNE!

Fire kandidater kæmper om posterne som 1. og 2. næstformand, og du har mulighed for at sætte kryds ved to af dem. Kandidaterne har alle det til fælles, at de brænder for sygeplejen. Ligesom dig. Så hvem skal det være?

STEM

Din mening og din stemme er vigtig for DSR. Så sæt kryds ved dine kandidater – det er nemt at stemme via DSR's hjemmeside www.dsr.dk eller pr. sms. Du kan også stemme pr. brev

Valgmaterialet udsendes den 14. maj. Valget afsluttes den 7. juni. Indtil da kan du læse meget mere om valget og kandidaterne her i Sygeplejersken og på www.dsr.dk/næstformandsvalg2010

Næstformandskandidat Gert Petersen

Jeg tror på det levende demokrati



FOTO: SØREN SVENDSEN

Vigtigste udfordring

Sundhedspolitik skabes på sygeplejerskernes arbejdspladser – den besluttes i kommuner, regioner og i Folketinget. Derfor er det uhyre vigtigt, at Dansk Sygeplejeråd er tilgængelig og i dialog med sine medlemmer, hvis vi sammen skal påvirke sundhedspolitikken. Sygeplejersker skal påvirke sundhedspolitikken alle steder. Og så skal Dansk Sygeplejeråd selvfølgelig også være tilgængelig og synlig på arbejdspladserne via tillidsrepræsentanten eller arbejdsmiljørepræsentanten.

Fremtidens sygepleje

Jeg tror, at fremtidens sygepleje ændrer sig. Der er ingen tvivl om, at behovet for sygepleje vil stige. Vi bliver flere og flere ældre, og vi får flere og flere kronisk syge. Og der bliver mere og mere kendskab til,

at sundhedsfremme og forebyggelse også er en væsentlig del af sygeplejen. Rigtig mange patienter og borgers primære kontakt med sundhedsvæsenet vil være via en sygeplejerske. Det gælder både akut og ikke-akut sygdom og sundhedsfremme og forebyggelse.

Sundhedspolitiske kæpheste

Jeg tror, at den største sundhedspolitiske udfordring bliver at skaffe sygeplejerskekolleger nok i fremtiden. Gør vi ikke det, bliver mange af vores visioner umulige at realisere. Derfor mener jeg, at ligeløn er en forudsætning for, at vi kan udvikle det danske sundhedsvæsen. At rekruttere unge mennesker til sygeplejerskeuddannelsen er en vigtig sundhedspolitisk forudsætning. Og det er vigtigt, at der sættes fokus på overgangen fra sygeplejestudiet

til at være praktiserende sygepleje. Endelig skal vi sikre efter- og videreuddannelse af sygeplejersker, så vi får en udviklings- og forskningsorienteret praksis. Det er pejlemærker for at kunne skaffe nye kolleger til fremtidens sygepleje.

Næstformandsvalget

Dansk Sygeplejeråd skal altid have sit afsæt i sygeplejerskernes arbejdsliv og dagligdag. Jeg tror på det levende demokrati. Det er vigtigt, at sygeplejersker vælger, hvilke sygeplejersker der skal stå i spidsen for Dansk Sygeplejeråd. Indflydelse kræver deltagelse. Jeg og mine medkandidater er forskellige som mennesker og i vores holdninger. Derfor er det vigtigt, at medlemmerne sammensætter DSR's formandskab.

sp@dsr.dk



FOTO: SØREN SVENSEN

Næstformandskandidat Anni Pilgaard

Vi skal have faget og tilliden tilbage

Vigtigste udfordring

Faget er min højeste prioritet. Faget er igennem de seneste år blevet så hårdt presset, at jeg tror, vi skal tage fat i to ting: Vi skal sætte normeringerne på dagsordenen. Vi har Sundhedsstyrelsens retningslinjer, som vi – synes jeg – kunne sætte meget mere fokus på. Der skal ikke være en behandlingsgaranti på tid, sådan som regeringen har fokuseret på, men en kvalitetsgaranti. Lægger vi de to ting sammen, så forbedrer vi samtidig sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

Når vi snakker fag, mener jeg, at vi skal være bedre i Dansk Sygeplejeråd til at *differentiere* de faglige tilbud til medlemmerne. Derfor får DSR ros for tilbud rettet til medlemsgrupper som eksempelvis sundhedsplejersker eller operationssygeplejersker.

Fremtidens sygepleje

Dansk Sygeplejeråd bliver nødt til at understøtte forskning. Det er ikke ensbetydende med, at vi skal gøre sygeplejen mere akademisk, men det er vigtigt, at vi kan dokumentere, at det, vi gør, også virker. Det er nødvendigt med den verden, vi lever i.

Sundhedspolitiske kæpheste

Den sygepleje, der bliver udført i kommunerne, skal styrkes. Når man ser på udviklingen af sygehusstrukturen, så vil vi se øgede krav til hjemmesygeplejerskerne. Det står i skærende kontrast til de besparelser i kommunerne, vi ser på landsplan, men ikke mindst i den syddanske region. Vi skal som Dansk Sygeplejeråd vedholdende argumentere for, at det ikke hænger sammen.

Vores velfærdssamfund bygger på velfærdssuddannelserne, som sygeplejerske-

uddannelsen hører til. Vi skal som sygeplejersker have lov til at have faget tilbage, og vi skal have tilliden tilbage. Dialogen med borgerne, embedsmændene og politikerne må være baseret på tillid til, at vi meget gerne vil bruge vores fag i vores arbejde. At vi både kan, vil og gør vores arbejde rigtig godt.

Næstformandsvalget

Valget er vigtigt, fordi de to næstformænd agerer på landsplan. Næstformændenes opgaver skal være med til at fostre den "kaskade-politik", som jeg gerne kalder det. Når tiltag sættes i værk fra centralt hold, skal disse tiltag have liv hele vejen ud i organisationen, så det er mærkbart for medlemmerne ude på arbejdspladserne. Næstformændene skal "i marken" for at følge opgaverne til dørs.

sp@dsr.dk

Næstformandskandidat Dorte Steenberg

Vejen frem er Dansk Sygeplejeråd

Vigtigste udfordring

Jeg prioriterer kampen for vores fag og for de rammer og vilkår, der er for sundhedsvæsenet, højest. Den udvikling, der er i gang i øjeblikket i sundhedsvæsenet, er faktisk skandaløs. Det er ikke rimeligt, at sygeplejen skal reduceres til at handle om produktivitet og økonomi. Der er ingen, der reelt måler på faglig kvalitet.

Jeg synes godt, vi kan sige til de politikere, der har de store ambitioner om et sundhedsvæsen i verdensklasse, at det nytter ingenting, hvis man udelukkende har mod til at opstille ambitionerne, men ikke politisk mod til at fylde ambitionerne ud.

Derfor er det vigtigt, at vi har ambitioner på sygeplejens vegne, for det er der ingen andre, der har. Jeg forstår godt frustrationerne efter konflikten i 2008, men jeg vil alligevel fastholde, at der er ingen anden vej frem end Dansk Sygeplejeråd. Det er det fællesskab, som kan samle sygeplejen. Der er ingen andre, som nytænker sygeplejerskernes professionelle rolle og udvikler sygeplejen.

Fremtidens sygepleje

Fremtidens sygepleje er, at vi i endnu højere grad får opbygget miljøer, hvor vi kan udvikle vores sygepleje, og hvor vi drøfter sygeplejens mål. Den sygepleje, som skal ydes i fremtiden, skal baseres på viden og forskning. Kernen i sygeplejen er ikke alene den direkte sygepleje til patienten, sygeplejen er også uddannelse, udvikling og forskning.

Sundhedspolitiske kæpheste

Det er efter min mening styrken ved sygeplejen, at vi altid har keret os om alle borgere, høj som lav. Derfor er en af mine sundhedspolitiske kæpheste den sociale ulighed i sundhed. Den er desværre voksende, både i forhold til grupper af borgere, der lever på kanten af samfundet, men også voksende i forhold til "gennemsnitsborgerne". Det kan vi ikke leve med som samfund og som sygeplejersker.

Næstformandsvalget

Det er først og fremmest vigtigt, at medlemmerne interesserer sig for Dansk Sygeplejeråd og dermed også valg af næstformænd. I modsat fald er der et demokratisk underskud, og det kan vi ikke leve med som faglig organisation. Dernæst er det vigtigt, at man som formand eller næstformand agerer på grundlag af dialog med medlemmerne.

sp@dssr.dk



Næstformandskandidat Vibeke Westh

Fremtidens sygepleje er spændende



FOTO: SØREN SVENSEN

Vigtigste udfordring

Det, jeg prioriterer højest, er, at Dansk Sygeplejeråd bliver et stærkt fagligt interessefællesskab. Det er hele fundamentet, vi står på, for at kunne løse alle de mange opgaver, herunder udviklingen af sygeplejen, løn og ansættelsesvilkår og at få sikret ligelønnen. Og så er det også grundlaget for, at vi kan blande os i sundhedspolitikken og dermed de vilkår, vi skal udøve sygeplejen under. Kommunikationen mellem Dansk Sygeplejeråd og medlemmerne og mellem DSR og omverdenen er også vigtig, så vi får givet sygeplejens vilkår en stemme udadtil.

Fremtidens sygepleje

Fremtidens sygepleje ser spændende ud! Jeg håber, at vi udvikler sygeplejens faglige kvalitet, og at vi udøver sygepleje dér, hvor det gør en forskel for patienterne. Fremti-

dens sygepleje er baseret på forskning, så vi har et meget stærkere grundlag for at udøve sygepleje i det praksisfelt, vi har.

Og så er jeg sikker på, at vi som sygeplejersker befinder os andre steder, end vi gør i dag. Vi er blandt andet ekspertsygeplejersker, vi er udviklere, og vi er stadig dem, der er tæt på patienterne i de pleje- og behandlingsforløb, hvor borgerne har brug for sygepleje af høj kvalitet.

Derfor vil jeg gerne være med til at sætte rigtig meget fokus på fagets udviklingsmuligheder, på grunduddannelsen og på efter- og videreuddannelse.

Sundhedspolitiske kæphest

Jeg ville ønske, at al den viden, vi har som sygeplejersker om patienternes forhold i alle livsfaser, blev brugt i sundhedspolitikken i Danmark. Vi møder borgerne i alle

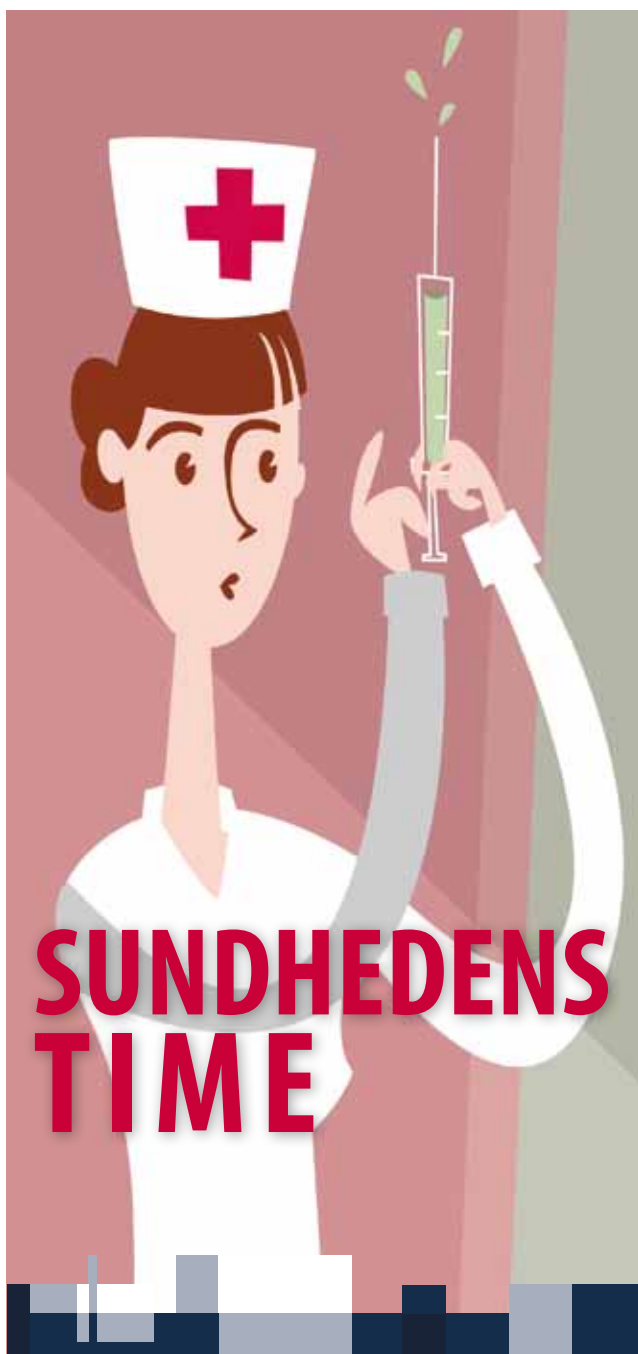
livsfaser, hvor det gør en forskel i forbindelse med deres sygdom, forebyggelse og sundhed. Det er også min kæphest, at der bliver investeret meget mere i forebyggelse og sundhedsfremme.

Vejen til indflydelse går gennem samarbejde med Dansk Sygeplejeråds medlemmer, men også nye aktører og alliancer. Derfor skal vi være åbne for andre samarbejdsformer både indadtil og udadtil.

Næstformandsvalget

Det gør en forskel, hvem der bliver valgt som næstformænd i Dansk Sygeplejeråd. Vi har brug for stærke organisationspolitikere. Det kan medlemmerne bidrage til ved at engagere sig i valget og i organisationens liv.

sp@dsr.dk



SUNDHEDENS TIME

Hvordan ser fremtidens sundhedssektor ud, og hvordan ser du dig selv som en del af det danske sundhedssystem om ti år?

Kom og vær med, når vi sætter sundhedssektoren på dagsordenen.

Torsdag den 3. juni fra 9-16

Campus Rådmands-
marken, Sigurdsgade
26, 2200 København N.
Tilmelding og pro-
gram: www.dfhnet.dk.
Tlf. 38 14 53 79.

Pris 950 kr. moms frit.

METROPOL

Center for
Kompetenceudvikling



OK 11: Hvad er vigtigt for dig?

Snart er det tid til at forhandle overenskomst for alle sygeplejersker, der er ansat i en region eller en kommune.

VÆR MED!

Som optakt til forhandlingerne har DSR åbnet for en elektronisk kravindsamling, hvor du kan indtaste dine forslag til OK 11-krav.

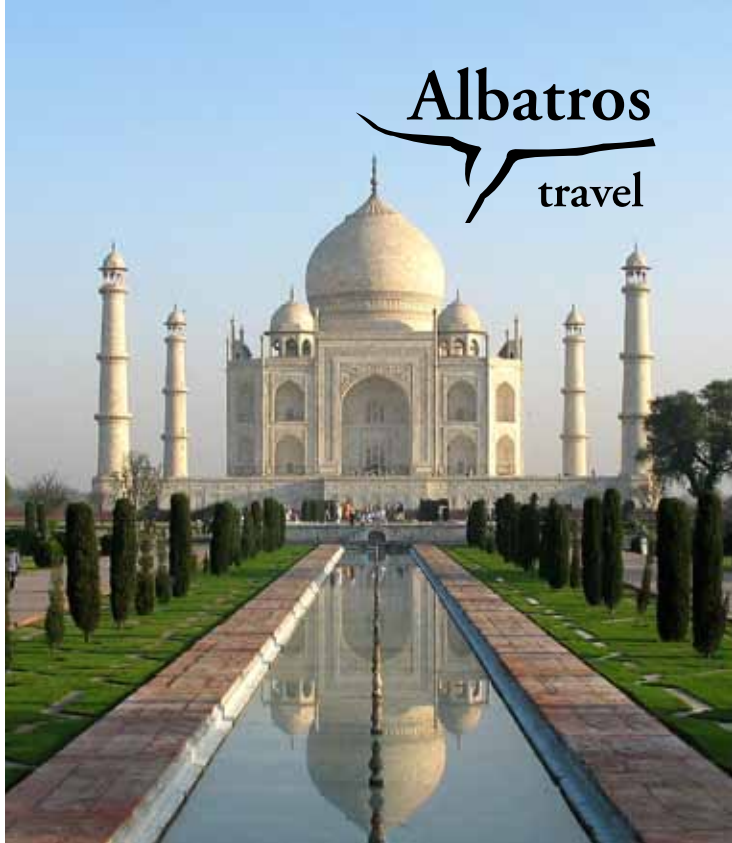
Du kan benytte kravindsamlingen via dsr.dk helt frem til den 16. maj, og du kan enten gøre det selv eller sammen med dine kolleger og din TR.

Når du bidrager til kravindsamlingen, deltager du samtidig i **konkurrencen om fem kasser frugt og grønt fra Aarstiderne**.



Sundhedskartellet





Albatros
travel

Indiens Perler

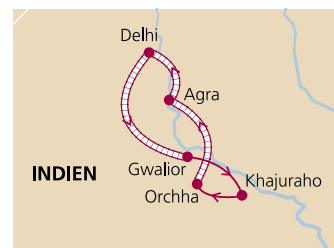
Nyd det pragtfulde, farverige kaos, de store landskaber, de travle summende byer og nogle af verdens mest betagende kulturskatte sammen med sygeplejerskekollegaer, og bliv klogere på det indiske sundhedssystem.

– 10 dage med Indienskyndig dansk rejseleder

Sygeplejersken gentager i samarbejde med Albatros sidste års store læserrejsesucces til Indien, hvor vi blandt andet besøger et moderne hospital i hovedstaden Delhi og et landhospital i Khajuraho. Besøgene giver et godt billede af det store skel mellem rig og fattig i verdens største demokrati.

Rejsen begynder i Delhi, hvor vi oplever kontrasten mellem de gamle moskeer og myldrende basarer, som vi besøger i cykelrickshaw, og Nye Delhis elegante boulevarder og prægtige bygningsværker. Herefter går turen med ekspressetog til Gwalior med den enorme middelalderborg og smukke templer. Undervejs til Khajuraho besøger vi et landsby hospital og vel fremme venter templer, der hører til Indiens allerstørste seværdigheder med bl.a. erotiske kama sutra-skulpturer.

Bussen går videre til Orchha på bredden af Betwa-floden, hvor paladser og byens templer kæmper om pladsen mod den omkringliggende jungle. Turen rundes af med besøg i Det Røde Fort i byen Agra, hvor vi også skal nyde Nordindiens mest skinnende perle, det kridhvide ædelstensbelagte mausoleum Taj Mahal.



Dagsprogram

- Dag 1: København – Delhi
- Dag 2: Delhi / Byrundtur og hospitalsbesøg
- Dag 3: Delhi – Gwalior / Tog til Gwalior og afslapning
- Dag 4: Gwalior / Borgen i Gwalior og tempelbesøg
- Dag 5: Gwalior – Khajuraho / Hospitalsbesøg og bus til Khajuraho
- Dag 6: Khajuraho / Tempelbesøg
- Dag 7: Khajuraho – Orchha / Byrundtur i Orchha
- Dag 8: Orchha – Agra / Kørsel og afslapning
- Dag 9: Agra – Delhi / Det Røde Fort og Taj Mahal
- Dag 10: Delhi – Danmark

Afrejsedato & pris

19. November 2010

Pr. pers. i delt dobbeltværelse kr. 9.990,-

Enkeltværelsestillæg kr. 1.990,-

Mulighed for tilslutning fra Billund (begrænset antal pladser), kr. 990,-

Mulighed for forlængelser af rejsen; Wellness i Himalaya eller badeferie i Goa.

Prisen inkluderer

Dansk rejseleder • Fly fra København - New Delhi t/r med Finnair • Alle lufthavnsskatter og afgifter • Al nødvendig lokal transport • Indkvartering på turistklassehotel • Hel pension, dog uden drikkevarer • Indiske lokalguider • Udflugtsprogram med alle udflugter og entréer jf. program.

Information og bestilling hos

Albatros Travel, telefon 3698 9898, e-mail booking@albatros-travel.dk

Oplys venligst rejsekode LR-SYG

Se hele programmet på www.albatros-travel.dk/sygeplejersken eller www.sygeplejersken.dk > læserrejser, hvor der også er mulighed for at dele rejseoplevelser.

ANDRE REJSER:

SRI LANKA SEP. 2010

MEXICO OKT. 2010

Nu skal skolerne have arbejdsro

At være sygeplejestuderende er ikke det samme, som det var for 10 år siden. Og at være underviser på sygeplejerskeuddannelsen er langt fra det samme. Først blev uddannelsen en professionsbacheloruddannelse. Siden blev mange skoler dele af de større centre for videregående uddannelser – de såkaldte CVU'er. Og i 2008 kom så professionshøjskolerne, som er en af de største uddannelsesreformer i 50 år. Med reformen blev 200 uddannelsesinstitutioner – herunder vores egne uddannelser – samlet i syv enorme institutioner, som uddanner alt fra sygeplejersker til maskiningeniører og datamatikere.

Det er en udvikling, som har meget stor betydning for vores profession. Uddannelsen er det faglige fundament for hele vores karriere som sygeplejersker – uanset hvor i sundhedsvæsenet vi arbejder, og uanset hvor i arbejdslivet vi befinder os.

Men det er selvfølgelig først og fremmest en udvikling, som har enorm betydning for de undervisere og skoleledere, som står midt i forandringerne. De knokler for at få hverdagen til at hænge sammen og samtidig udvikle kvaliteten i uddannelsen. Og de gør det rigtig

godt. En ny undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut viser nemlig, at sygeplejerskeuddannelsen er god til den praksisnære kontakt, og at underviserne er velkvalificerede teoretisk og praktisk.

Nu blæser forandringens vinde igen. Hvor akademisk skal uddannelsen være? Hvor fleksibel? Hvordan skal relationen mellem teori og praksis være i fremtiden?

Det er ikke mere end et par år siden, at sygeplejerskeuddannelsen blev revideret, efter at den havde været udsat for voldsom kritik for at være for teoretisk og fået en ny, landsdækkende studieordning.

De studerende skal naturligvis have den bedste og mest tidssvarende undervisning, de overhovedet kan få. Men det skal også afvejes op imod, hvor tit man kan bryde de bærende elementer op, uden at huset vælter. Eller sagt på en anden måde: Hvor mange nye forandringer kan underviserne, de studerende og skolerne holde til?

En ting er helt sikker: Når uddannelsen skal ændres, skal det være, fordi der er vægtige grunde til det – ikke på grund af en fiks idé og en mediestorm i et par uger.

Det, underviserne og de studerende først og fremmest har brug for, er arbejdsro. De har brug for tid til sammen at udvikle uddannelsen inden for de nye rammer. De har brug for ressourcer til at udvikle kerneydelsen: Den bedst mulige undervisning i sygepleje. Og de har brug for en forståelse og en anerkendelse af alt det, uddannelsen har været igennem.

Jeg synes det er fantastisk, at politikere og andre interesserede sig for sygeplejerskeuddannelsen. Jo mere interesse desto bedre. Men jeg vil ønske, at politikerne omsætter den interesse til bedre rammer og en bæredygtig økonomi. Og så ellers giver undervisere og studerende arbejdsro og rum til at udfylde rammerne. Det fortjener de.

Dorte Steenberg

Dorte Steenberg, næstformand

"En ting er helt sikker: Når uddannelsen skal ændres, skal det være, fordi der er vægtige grunde til det – ikke på grund af en fiks idé og en mediestorm i et par uger."



»»» HVAD MENER DU

www.sygplejersken.dk



Denne uges spørgsmål på www.sygplejersken.dk:

Går du ind for længere tvungen barselsorlov til mænd?

Læs evt. artiklen "Mænd forhandler om løn, kvinder om de rigtige arbejdsvilkår" på side 9.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 7/2010:

Hvilket transportmiddel bruger du til at komme på arbejde?

Svar	antal	pct.
Bil	115	43,1
Tog	10	3,7
Bus	12	4,5
Cykel	118	44,2
Til fods	12	4,5
I alt	267	100

Svar på Testen side 63

- 1: b.
- 2: a.
- 3: b.
- 4: a.

Hæder til Skejby-forskere

■ ■ ■ To sygeplejersker på Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus, er hver blevet belønnet med 100.000 kr. af Forskningsrådet på sygehuset. Formålet med priserne er at tilskynde og stimulere forskningen på Skejby Sygehus, og derfor skal priserne anvendes til forskning på sygehuset.

Sygeplejerske Lotte Rodkjær og hiv-rådgiver, socialrådgiver Tinne Laursen fra Infektionsmedicinsk Afdeling Q, er blevet belønnet for den mest innovative forskningsidé for et projekt, hvor de skal undersøge, om et holistisk behandlingsforløb, hvor man både inddrager konventionel medicinsk behandling og personlig udvikling, kan have en positiv effekt på hiv-patienters helbred og livskvalitet.

Prisen til den forsker med en mellemlang videregående uddannelse, som har været bedst til at give opbakning til afdelingens øvrige kollegaer, gik til sygeplejerske Bente Thoft Jensen. Hun er forskningssygeplejerske på Urinvejskirurgisk Afdeling K og har ud over sin egen forskning på internationalt niveau fungeret som inspiration og talentspejder for afdelingens potentielle nye forskere. Bente Thoft Jensen påbegynder sit ph.d.-studium i optimering af blærecancerpatienters operationsforløb i 2010.

(hbo)



Lotte Rodkjær



Bente Thoft Jensen

FOTO: JOHN KRISTENSEN

FOTO: JOHN KRISTENSEN



**GAMMEL
MASTER
BLI'R NY!**

AALBORG UNIVERSITET

Master i SUNDHEDSINFORMATIK - videreuddannelse når DU har tid!

NY MASTER - ændring af Masterbekendtgørelse betyder at:

- Uddannelsens varighed ændres fra tre til to år
- Uddannelsens omfang i ECTS ændres fra 90 til 60 ECTS

En naturlig følge heraf er ændring af uddannelsens indhold

- se herom på www.sundhedsinformatik.aau.dk

SØG IND NU på www.evu.aau.dk - frist 1. juni 2010.

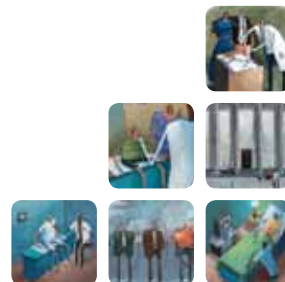
Aflærende spørgsmål henvises til info@sundhedsinformatik.aau.dk



Sekretariat: **Virtuel Center for Sundhedsinformatik**

Aalborg Universitet · Fibigerstræde 13 · DK-9220 Aalborg Ø

Tel: +45 9940 9880/8809 · Fax +45 9815 1085 · E-mail: info@v-chi.dk · www.v-chi.dk



SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

Udfordringer i triagefunktionen >> 58

Belastet arbejdsmiljø vendt til trivsel >> 64

Meritstuderende har potentiale til bæredygtig sygepleje >> 68

Fagtanker >> 50

Faglig information >> 50

Agenda >> 57

Testen >> 63

Anmeldelser >> 72

5 faglige minutter >> 74

Patientens oplevelse af et koordineret forløb - når tarmkræft udredes og behandles som en akut sygdom >> 52

COLOURFUL WORLD

www.sanitaworkwear.dk

HØJ KVALITET ■ KOMFORT ■ ANTISTATISK ■ HYGIJNISK

Mediq Danmark A/S
Tlf.: 36 37 92 00
www.mediqdanmark.dk

JYSK Erhvervsbeklædning
Tlf.: 98 92 09 18
www.jye.dk

Praxis A/S
Tlf.: 97 12 82 82
www.praxiswear.dk

Sanita
WORK WEAR

>>> FAGTANKER

I menneskehænder

Omsorgens vilkår i de hurtige pakkeforløb bekymrer mange sygeplejersker. Det er derfor vigtigt at gøre sig den ulejlighed at undersøge, hvordan patienterne oplever tingene. Det har man gjort på Randers Regionshospital, og ifølge artiklen "Patientens oplevelse af et koordineret forløb" side 52 er der ingen grund til søvnløse nætter. De 20 interviewede patienter, der har gennemgået operation for tarmkræft, er positivt overraskede over deres forløb, en patient udtaler: "Jeg var imponeret over, at der også var tid til den medmenneskelige omsorg. Jeg følte virkelig, jeg var i menneskehænder." Studiet viser også vigtigheden af en omsorgsfuld koordinerende sygeplejerske, der formår at se hver enkelt patients behov, og som patienten kan henvende sig til under udredningsforløbet.

Det er bekræftende læsning, at sygeplejersker til fulde kan udgøre en central sundhedsprofessionel faggruppe i pakkeforløbene, og at sygeplejens kerne også her er omsorg. De må være stolte i Randers, mens de rydder op i bunkerne af skriftlig patientinformation, der ifølge patienterne var i overkanten af det overkommelige.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.





Et af de fire kort til en samtale om emnet "At leve med diabetes".

Nyt samtaleværktøj til diabetespatienter

Illustrerede samtalekort i gruppeundervisning af diabetespatienter giver engagerede deltagere og skaber motivation, lyst, og glæde til livsstilsforandringer.

AF JETTE PALMUS, DIABETESSYGEPLEJERSKE

& Et nyt undervisningsværktøj "Diabetes Conversation Maps" bruges i gruppeundervisning af diabetespatienter og tilskynder deltagerne til at gå aktivt ind i samtaler om nye vaner og livsstil. Metoden giver underviseren en rolle som facilitator, og et vigtigt mål er, at deltagerne selv står for en stor del af snakken i løbet af en session.

Et godt supplement

Patientundervisning er en væsentlig del af al diabetesbehandling, men det er ofte en udfordring at engagere patienterne og få dem til at forstå nødvendigheden af, at de omlægger deres livsstil. Diabetes Conversation Maps er en ny undervisningsmetode til alle diabetikere, som bygger på viden om, at involvering markant øger sandsynligheden for at huske 70 pct. eller mere af informationer fra et kursusforløb (1). Metoden kan stå alene eller fungere som et supplement til den nuværende undervisning af diabetespatienter. Som uddannet masterunderviser i Diabetes Conversation Maps har jeg gode erfaringer med værktøjet.

Nemmere at ændre vaner

Diabetes Conversation Maps tager udgangspunkt i store samtaleplancher, der er visuelle kort, som igangsætter

samtaler om et liv med diabetes. Undervejs kan underviseren supplere sessionen med spørgsmål, som også er en del af samtalekittet. Deltagerne får sundhedsrelaterede informationer gennem samtalerne med ligesindede, og det skaber motivation, lyst, og glæde til livsstilsforandringer. Værktøjet gør det nemt for diabetespatienterne at omsætte viden til handling og klæder dem bedre på til at tage hånd om de rutiner, som skal ændres i hverdagen. I gruppen arbejder patienter f.eks. med at støtte hinanden og kan glædes over en fælles fremgang.

Fire illustrerede samtalekort

Diabetes Conversation Maps bliver anvendt i mindre grupper med tre til maksimum 10 patienter, som mødes 2-3 sessioner af en varighed på 1,5 timer. Underviseren er en diabetessygeplejerske, som er uddannet i brug af samtaleværktøjet, og hun eller han udvælger tema, kort, øvelser, spørgsmål og budskaber, som passer til patientgruppen.

Spørgsmål kan f.eks. være "Kan man leve et normalt liv med diabetes?" eller en påstand "Når man har diabetes, bør man ikke drikke alkohol."

Instruktøruddannelsen i Diabetes Conversation Maps er et endagskursus, som giver indsigt i alle temaer og i selve undervis-

ningsmetoden. Materialet består af fire illustrerede kort på 1x1,5 m, som fokuserer på:

- At leve med diabetes.
- Sunde madvaner og fysisk aktivitet.
- Hvordan påvirker diabetes dig.
- At begynde insulinbehandling.

Bruges i Diabetesforeningen

Diabetes Conversation Maps er udviklet af Healthy Interactions, som er specialiseret i sundhedsuddannelse, i samarbejde med International Diabetes Federation Europe (IDF) og ledende diabeteseksperter. Diabetesforeningen i Danmark anvender Diabetes Conversation Maps i deres lokalafdelinger og har otte lokale uddannede instruktører. Desuden er over 60 danske sygeplejersker på mere end 10 hospitaler allerede uddannet i metoden.

Jette Palmus er ansat som diabetes-/projektsygeplejerske på Amager Hospital og er diabetessygeplejerske i en privat praksis på Frederiksberg. Jette.palmus@gmail.com

Litteratur

1. Knowles MS. The Adult Learner: A Neglected Species. Houston: Gulf Publishing Company. 1990.

Patientens oplevelse af et - når tarmkræft udredes og behandles

AF GRETE KÆRGAARD, SYGEPLEJERSKE, MKS, OG HANNE HAHN, SYGEPLEJERSKE, SD • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen beskriver 20 patienters oplevelse af diagnosticering og behandling af tarmkræft med fokus på den præoperative periode. Patienterne er overordnet set meget tilfredse med forløbet og forløbskoordinatoren, men har enkelte forslag til forbedringer, bl.a. af det skriftlige informationsmateriale.

I forbindelse med de akutte kræftforløb på Regionshospitalet Randers har personalet diskuteret, om forløbet går for hurtigt for patienterne. Nogle mener, at patienterne ikke kan nå at indstille sig på operation og kræftdiagnose. Desuden diskuteres, om den ændrede planlægning af forløbene har medført en nedprioritering af omsorgen for patienten.

Derfor igangsættes et udviklingsprojekt. Ifølge projektbeskrivelsen (1) er formålet, ud fra et patientperspektiv, at evaluere pakkeforløbet (2) til patienter, der udredes og behandles for tarmkræft med henblik på:

- at få indblik i, hvordan patienterne oplever forløbene
- at få belyst, hvor forløbene kan optimeres og udvikles yderligere ud fra problemformuleringen: Hvordan oplever patienter med tarmkræft forløbet, fra de bliver kategoriseret i gruppen af patienter med begrundet mistanke om tarmkræft, og indtil de bliver opereret med hensyn til:
 - Planlægning og sammenhæng i forløbet.
 - Tidsfaktoren (går det for stærkt/for langsomt).
 - Kommunikationen og omsorgen i forløbet.

Metode

Patienterne er de eneste, der har oplevet hele forløbet, og de har derfor de bedste forudsætninger for at beskrive det (3). Der foretages derfor telefoninterview (4), med 20 patienter opereret for tarmkræft ud fra en semistruktureret spørgeguide. En projektsygeplejerske har informeret patienterne og indhentet samtykke til interview med udviklingssygeplejersken to uger efter udskrivelsen. Inkluderet

”Patienterne giver alle udtryk for, at det gik meget hurtigt, da mistanken om tarmkræft var rejst.”

er alle patienter, der er henvist akut med begrundet mistanke om tarmkræft, og som herefter skal opereres for tarmkræft. Ekskluderet er patienter, som ikke taler dansk, som har nedsat hørelse, patienter med udtalt kognitivt handicap og patienter med komplikationer svarende til mere end en uges forlænget indlæggelsestid i forhold til afdelingens mål.

Interviewene blev optaget på digital voicerecorder. Efterfølgende er de lyttet igennem, og citater er blevet indskrevet i et display – en tabelmæssig fremstilling af kvalitative data i koncentreret form (5) i forhold til de tre temaer: 1) Planlægning og sammenhæng i forløbet, 2) Tidsfaktoren (går det for stærkt/for langsomt) samt 3) Kommunikationen

og omsorgen i forløbet. Projektgruppen har således fået overblik over de oplevelser, som undersøgelsen har til hensigt at undersøge.

Baggrund

Pakkeforløbene på hospitalet er strukturerede og tilrettelagt tværfagligt. Forløbskoordinatoren er den gennemgående person, se figur 1 side 55.

Forløbstiderne er i projektperioden sammenholdt med tiderne i Sundhedsstyrelsens retningslinjer, se figur 2 side 55.

Analyse og resultater

Patienterne er konsekutivt inkluderet i perioden 15. oktober 2008 til 2. marts 2009. Medianalderen er 66 år (41-90 år). Der indgår 14 mænd og seks kvinder. En patient har ikke ønsket at deltage, fordi hun ikke orkede at tale mere om sygdom.

Spørgeguiden er udformet med forslag til spørgsmål inden for ovennævnte områder. Interviewene tog fra otte til 45 minutter. Generelt skulle intervieweren holde fast i, at undersøgelsen havde fokus på den præoperative periode. De temaer, der er fokus på i undersøgelsen, var tydeligvis af betydning for patienterne, hvilket måske var med til at øge deres fortællelyst.

Projektpatienterne har haft fem forskellige veje ind i gruppen af patienter med bestyrket mistanke om kolorektalcancer:

- seks patienter er akut indlagt på en sengeafdeling
- en patient er kikkertundersøgt på privatklinik
- seks patienter er henvist af den praktiserende læge uden om den akutte udredning
- fem patienter er henvist til den akutte udredning fra praktiserende læge
- to patienter er viderehenvist fra andet sygehus.

Planlægning og sammenhæng

Hvad er betydningsfuldt for, at patienterne i planlægningen af forløbet oplever sammenhæng, forstår hvad der skal foregå og hvorfor samt kan håndtere den situation, de er kommet i?

Patienterne giver udtryk for meget stor tilfredshed med planlægningen af forløbet. Mange fremhæver det som meget betydningsfuldt og en stor støtte at gå fra hospitalet med en plan for det videre forløb.

”Fik hele slagplanen af forløbskoordinatoren. Det var en fantastisk ting. Jeg fatter ikke den her debat, jeg er så positivt overrasket over det danske sundhedsvæsen.”

Det pointeres, at det er godt at have en kontakt-

koordineret forløb som en akut sygdom



person at kunne henvende sig til i det ambulante udredningsforløb.

”Jeg kunne jo ringe til hende, når det skulle være, men fik ikke brug for det.”

”Helt fantastisk med forløbskoordinatoren. Et eksempel, en lille bitte ting, hun ringede næste morgen, fordi hun vidste, jeg var alene. Det giver tryghed. Det oplevede jeg rigtig godt. Det tror jeg har meget at sige, et menneske man har navn og ansigt på, én du kan henvende dig til.”

Flere patienter fremhæver den første samtale med forløbskoordinatoren som meget positiv. *”Hun tog den tid, det krævede. Det var mig, der fik lov at tale mig tom.”*

Patientforløbene er, fra de er blevet kategoriseret som akut kræftforløb, blevet oplevet som sammenhængen-

de. Flere patienter har oplevet ventetid og manglende sammenhæng inden henvisning til hospitalet pga. fejlagtig henvisning uden om de akutte forløb.

Tidsfaktoren

Hvordan oplever patienterne tidshorisonten i forbindelse med udredning og behandling af akut tarmkræft? Hvor i forløbet oplever patienterne, det går for stærkt eller for langsomt?

Patienterne giver alle udtryk for, at det gik meget hurtigt, da mistanken om tarmkræft var rejst. Flere fremhæver hastigheden som det mest positive ved forløbet og undrer sig over mediernes negative omtale af lange forløb.

”Når man har fået diagnosen, kan det næsten ikke gå stærkt nok.”

» *”En enorm tryghed. En af årsagerne til tryghed er, at det går så hurtigt – de der historier, man hører, har I gjort til skamme.”*

Enkelte patienter kunne have ønsket sig forløbene endnu hurtigere.

”Det gik bestemt ikke for stærkt. For min skyld kunne det godt have gået hurtigere, men jeg syntes, det var acceptabel ventetid.”

Der er således en meget samstemmende oplevelse af tidsfaktoren. Situationen er oplevet belastende, men belastningen kan minimeres ved kort forløbstid.

Kommunikation og omsorg

Hvordan har patienterne oplevet kommunikationen og omsorgen i forløbet? Har de fået den information, som de selv syntes, de havde behov for, og hvordan er den blevet givet?

Kommunikationen er oplevet meget positiv. Patienterne har følt sig godt informeret om de undersøgelser, de skulle have foretaget, forberedelsen og hvordan undersøgelserne foregik. Oftest var der pårørende med til samtalerne, og de har ligeledes følt sig godt informeret.

”Rigtig god information. Havde min kone og datter med, så vi var tre, der lyttede, så det har hjulpet mig meget.”

”Både skriftlig og mundtlig information var ganske udmærket.”

Informationen om undersøgelsesresultater er også oplevet positivt af patienterne. Det er af flere

”Flere udtrykker stor forundring over forskellen i mediernes fremstilling af forholdene og deres egne oplevelser.”

fremhævet, at det har virket godt, når der er anvendt illustrationer i forbindelse med informationen. Enkelte har ønsket sig, at der var mere tid i forbindelse med informationen. I forbindelse med overgange til andre hospitaler har nogle patienter oplevet utryghed.

”Han fortalte, hvad der skulle ske. Han tegnede og fortalte – det forløb godt.”

”Lægen gjorde det rigtig godt.”

”Jeg følte mig tryk.”

”Samtalerne med lægerne var fokuseret på hånd-



værket. Der skulle have været mere tid til det psykiske.”

Den skriftlige information er af de fleste oplevet som meget god og brugbar, specielt tegninger og afdelingens eget skriftlige materiale. Flere har fundet mængden af brochurer i overkanten af det overkommelige. Andre patienter angiver, at sproget i de skriftlige informationer trænger til en revision.

”Godt nok mange tidsskrifter jeg fik udleveret ... har ikke læst dem alle.”

”Det, jeg syntes var for meget, var alle pjecerne fra Kræftens Bekæmpelse allerede den første dag i ambulatoriet. Det kunne have været på et senere tidspunkt.

Det var godt med jeres egne pjecer.”

”Vi fik en masse materiale med hjem. Det trænger til en, der kan lide dansk. Det er rodet. Det trænger til, at blive kigget på med uvildige øjne.”

Der er generelt i forløbene oplevet omsorgsfuld pleje og behandling fra alle faggrupper. Personalet er oplevet som meget kompetent og med stor menneskelig forståelse.

”Omsorgen i forløbet var til ug.”

”Det var professionelt arbejde. Alle mennesker var omsorgsfulde.”

”Var virkelig imponeret over forløbet og har rost hospitalet meget, efter at jeg er kommet hjem.”

”Lægen, der foretog skopien, og den koordinerende sygeplejerske tog sig tid, så jeg havde noget at køre hjem på. Jeg var imponeret over, at der også var tid til den medmenneskelige omsorg. Jeg følte virkelig, jeg

var i menneskehænder. Den læge, som skoperede mig, fulgte mig hen til den koordinerende sygeplejerske.”

Samlet vurdering

Undersøgelsen viser, at de 20 inkluderede patienter er særdeles tilfredse med, at deres forløb er systematisk tilrettelagt, at de straks får en køreplan. De giver udtryk for, at det er gået overraskende hurtigt, og at det for flere har været det mest positive ved forløbet. Flere udtrykker stor forundring over forskellen i mediernes fremstilling af forholdene og deres egne oplevelser. Generelt er forløbene – fra patienterne er henvist til den akutte udredning – oplevet sammenhængende. Samtalen med forløbskoordinatoren den første dag, hvor diagnosen er stillet, har haft stor betydning i forhold til at kunne håndtere situationen. Ud over planlægningen fremhæves den psykiske støtte af flere som værdifuld. Behovet for kontakt til forløbskoordinatoren undervejs i forløbet er meget individuelt, men det er betryggende at have en fast person at kunne henvende sig til. Et par af patienterne lægger vægt på, at det var af stor betydning, at forløbskoordinatoren ringede dem op dagen efter, de havde fået diagnosen med henblik på at høre, hvordan de havde det.

Den akutte udredning er tilsyneladende ikke sket på bekostning af dialogen og omsorgen, idet både omsorg og kommunikation generelt er oplevet meget kompetent. Der bliver peget på, at den skriftlige informationsmængde er stor, og at den sproglige udformning kunne være bedre.

I forhold til information om diagnose og behandling fremhæver nogle patienter, at lægen udelukkende har fokus på håndværket. Flere patienter har oplevet det positivt, når der i forbindelse med information er anvendt tegninger og andet billedmateriale.

Refleksion over resultaterne

Undersøgelsen beskriver 20 patienters oplevelser af pakkeforløbene. Resultaterne kan anvendes lokalt på Regionshospitalet Randers, fordi de skal ses i sammenhæng med den måde, forløbene her er struktureret på. Projektgruppen har derfor valgt efterfølgende at fremsætte forslag til, hvad der kan arbejdes videre med.

Patienterne fremhæver betydningen af at få en plan og at kunne få kontakt med forløbskoordinato-

FIGUR 1. FORLØBSKOORDINATORENS KLINISKE, ADMINISTRATIVE OG UDVIKLINGSMÆSSIGE OPGAVER

Forløbskoordinatorens kliniske opgaver

- Telefonisk kontakt med praktiserende læger ang. aftaler om udredningsprogram i forbindelse med patient med mistænkt kolorektalcancer.
- Telefonisk kontakt til den nyhenviste patient med mistænkt kolorektalcancer mhp. opfølgning på den iværksatte plan.
- Planlægning af og information om pakkeforløb til patienten med påvist colon- eller rectumtumor.
- Vejlede og støtte patienter i udredningsforløb.

Forløbskoordinatorens administrative opgaver

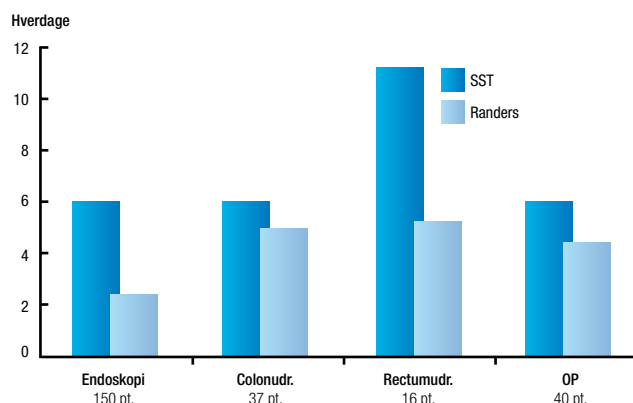
- Planlægge og booke undersøgelses- og behandlingstider til den enkelte patient ud fra gældende retningslinjer om akut udredning og behandling af kolorektalcancer.
- Kontinuerlig opfølgning på de enkelte forløb mhp. at undgå ubegrundet ventetid.
- Registrering af de enkelte patientforløb mhp. monitorering og optimering af forløbene.
- Udarbejde statistisk materiale angående ventetidsstatus undervejs i forløbene.

Forløbskoordinatorens udviklingsopgaver

- Monitorering af forløbene og analyse i forhold til gældende retningslinjer, mhp. identifikation af uhenigtsmæssige sagsgange og flaskehalse i systemet.
- Formidling af resultater og udviklingsområder til involverede personalegrupper.
- Udarbejde forslag til optimering af forløb under hensyntagen til principperne for accelererede forløb samt forslag til løsning af identificerede problemområder i tæt samarbejde med afdelingsledelsen.
- Samarbejde med involverede afsnit om optimering af forløb.

FIGUR 2. FORLØBSTIDER

Forløbstider gældende for undersøgelsesperioden sammenlignet med Sundhedsstyrelsens fagligt begrundede forløbstider.



Figuren viser de lokale gennemsnitlige forløbstider i projektperioden 15. oktober 2008 – 2. marts 2009 sammenholdt med Sundhedsstyrelsens forløbstider.

Første søjle viser tiden, fra henvisningen er modtaget, til kikkertundersøgelsen udføres for patienter med bestyrt mistanke om tarmkræft.

Anden og tredje søjle viser udredningstiden efter kikkertundersøgelsen henholdsvis for patienter med påvist tumor i tyktarm og endetarm.

Fjerde søjle viser tiden, fra udredningen er afsluttet til operationsdagen.

]] ren ved tvivlsspørgsmål. Det virker som en støtte at vide, hvad der kan forventes i forløbet.

Planen for de akutte forløb for tarmkræftopererede er dels udarbejdet på baggrund af de pakkeforløb, Sundhedsstyrelsen har skitseret, dels via et tværfagligt samarbejde i afdelingen, hvor der i arbejdsgrupper med ledelsesmæssig opbakning er

"Flere patienter nævner betydningen af, at forløbskoordinatoren ringede dem op og spurgte til deres velbefindende."

skabt konsensus om, hvordan forløbene skal tilrettelægges. Denne strategi for implementering af pakkeforløbene kan have været medvirkende til at imødekomme patienternes forventninger og vil kunne danne model for udviklingen af andre patientforløb.

Patienterne har følt sig omsorgsfuldt og professionelt behandlet. De har vidst, hvad der skulle ske, og at de kunne komme i kontakt med forløbskoordinatoren. Det virker professionelt og skaber tryghed. Flere patienter nævner betydningen af, at forløbskoordinatoren ringede dem op og spurgte til deres velbefindende. Forløbskoordinatoren har ud fra et fagligt skøn ringet patienter op, som var alene, eller som virkede rystede efter beskeden om diagnosen. Dette tilbud kunne gives til alle patienter i forbindelse med akut kræftudredning.

Undersøgelsen peger på, at informationsmaterialet skal revideres. Af interviewene fremgår det tydeligt, at der er forskellige syn på informationsmængden, og hvordan informationen skal gives. Projektgruppen foreslår, at der udarbejdes en overskuelig mappe med relevant patientinformation til patienten. I mappen kan det beskrives, hvad der forventes læst, og hvad der kan betragtes som opslagsværk.

Det er vigtigt, at sundhedspersonalet bliver mere bevidst om at differentiere den information, der gives, og at anvende forskellige formidlingsformer, f.eks. illustrationer, it-programmer og film. En faglig drøftelse af emnet på et temamøde for personalet foreslås.

Nogle af patienterne giver udtryk for, at lægerne har travlt og kun har tid til håndværket, og at de har for lidt tid til den psykologiske støtte. En tværfaglig drøftelse af, hvordan arbejdsdelingen i forløbene skal være, kunne derfor være relevant. Hvis der er klarhed om arbejdsdelingen, kan det formidles i in-

formationsmaterialet til patienterne, så forventningerne hos patienter og personale kan justeres.

Tidsfaktoren i forhold til udrednings- og behandlingsforløbet er afgørende for patientens oplevelse af forløbet (6). Patienterne har i undersøgelsen været meget tilfredse med, at udredning og planlægning af forløbene er gået stærkt. Deres forventninger var i forvejen ikke store, og flere af patienterne henviser til mediernes omtale af ventetider. De bliver positivt overraskede. På sigt vil patienternes forventninger til hospitalsvæsenet formodentlig ændre sig fra at have fokus på tidsfaktoren til også at omfatte andre kvalitetskrav. Der vil således fortsat være udfordringer for hospitalet i forhold til arbejdet med udvikling og kvalitetssikring af patientforløbene.

Grete Kærsgaard er udviklingssygeplejerske på kirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers; gretkaer@rm.dk

Hanne Hahn er forløbskoordinator på kirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers.

Litteratur

1. Hahn H, Kærsgaard G. Projektbeskrivelse: Patientens oplevelse af et koordineret forløb. 2008. Kan rekvireres hos artiklens forfattere.
2. <http://www.sst.dk/udgivelser/2009/pakkeforlob> for kræft i tyk og endetarm. Besøgt d. 18.03.10.
3. Kvale S. Interview: En introduktion til det kvalitative



Forebyg faldulykker

Udskiftning af hjemmesko med udtrådte hælklapper med gode sko eller sandaler, der sidder godt til over vristen og har hælklappe, kan være et godt skridt på vejen i forebyggelse af faldulykker blandt ældre. Her falder hver tredje over 65 år og hver anden over 80 år én gang om året. Skadestuebesøg, hoftebrud, ambulante efterbehandlinger, opfølgning hos egen læge, behov for praktisk hjælp og pleje er kendte triste konsekvenser.

Men det hjælper at forebygge, og nu udsender Sund By Netværket en lille publikation med otte anbefalinger til et vellykket faldforebyggende arbejde. Anbefalingerne tager udgangspunkt i evidensbaseret viden inden for fald.

Publikationen indeholder også et enkelt skema til brug ved den nødvendige systematiske registrering, det anbefales at udføre i forbindelse med fald. Registreringen fokuserer på årsagerne til faldet og analyseres efterfølgende med henblik på etablering af faldforebyggende tiltag og evt. yderligere udredning.

(er)

Publikationen "8 anbefalinger til forebyggelse af ældres faldulykker – den gode kommunale model", udgivet af Sund By Netværket 2010, kan hentes på <http://sund-by-net.dk> > publikationer

Ny viden om sorg og spædbarnsdødelighed

Tidligere beskyttede personalet forældre, som havde mistet et spædbarn, ved at fjerne barnet og undlade at tale om deres tab. Det har dog længe været anset for god sygepleje at støtte forældre til aktiv fysisk kontakt med det døde barn og til at skabe minder om barnet ved at tage hånd- og fodaftryk og eventuelt en hårløk fra barnet.

Et kandidatspeciale rejser nu tvivl om denne praksis. Helle Flodager har i specialet "Når mødet med livet bliver et møde med døden," undersøgt begrebet sorg i relation til perinatal spædbarnsdød, forstået som dødelighed efter 22. uge, under fødslen og i løbet af de første syv levedøgn.

Sorg er ikke tidligere undersøgt i forbindelse med spædbarnsdød, men det råder Helle Flodager bod på i en grundig gennemgang med fokus på definition, betydning og anvendelse af begrebet sorg. Hun introducerer tosporsmodellen, som er delt op i det tabsorienterede spor, der handler om accept af tabet, og det genindførende spor, der handler om ændringer efter tabet. Denne måde at tænke sorg på er et brud med tankegangen om sorg som en lineær proces, der afsluttes.

Specialet rummer relevant viden for alle sundhedsplejersker og sygeplejersker, som arbejder på barsels- og neonatalafdelinger.

(jb)

Læs hele specialet på www.folkesundhed.au.dk > Sygeplejevidenskab > Uddannelse > Publikationer > Kandidatspecialer

forskningsinterview. København: Hans Reitzels Forlag; 1997.

4. Jensen HI. Telefoninterview som metode i brugerundersøgelse. *Sygeplejersken* 2008;(12) 50-3.
5. Dahler-Larsen P. At fremstille kvalitative data. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2003.
6. Forskningsenheden, palliativ medicinsk afdeling, Bispebjerg Hospital 2006. Kræftpatientens verden. www.cancer.dk/Nyheder og presse/rapporter. Besøgt d. 18.03.10

ENGLISH ABSTRACT

Kærgaard G, Hahn H. The patient's experience of a coordinated care pathway. *Sygeplejersken* 2010;(9):52-7.

At Randers Regional Hospital the patient care coordinator for bowel cancer plays a central role in patients' experience of the care pathway.

Telephone interviews with 20 patients about their experience of preoperative planning and organisation in connection with diagnosis and treatment of bowel cancer shows significant satisfaction with structured planning, care and support in the course of investigating the disease. Patients are extremely satisfied with the verbal information, but experience of the written information differs.

The purpose of the study is to gain an insight into the patients' experience of the care pathway, and to identify how this can be optimised. Possible measures are identified, but the main focus is that positive experiences from the preoperative phase can be used both in relation to the total patient course of care and be extended to other patient care pathways at Randers Regional Hospital.

Key words: patient satisfaction, patient care coordinator, bowel cancer.



Triage skal sikre en hurtig og korrekt vurdering af alle patienter. Et femtrins triagesystem er mest sikkert, men det er ikke altid nemt at få patienten til at passe ind i et skema, ligesom selv erfarne sygeplejersker ikke altid vurderer patienterne ens. Akutafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus har draget nyttige erfaringer med triage.

Udfordringer i triagefunktion

AF MAYA SCHRÖDER, SYGEPLEJERSKE, TOM JIMMY HANSEN, SYGEPLEJERSKE, DIPLOMUDDANNELSE I LEDELSE, OG HANNE JØRSBOE, SPECIALLÆGE I INTERN MEDICIN

Så længe, der er flere patienter, end der er læger og sygeplejersker, er det nødvendigt at prioritere, hvilken rækkefølge patienterne skal behandles i.

Prioriteringen skal sikre, at de potentielt kritisk syge identificeres, ligesom de patienter, der kan tåle at vente uden risiko for forværring, inddeles ud fra deres observations- og behandlingsbehov.

Triage er et redskab, hvis mål er at sikre en hurtig og korrekt vurdering af alle patienter. Denne artikel beskriver, hvordan akutafdelingen på Nykøbing Falster Sygehus ud fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger om styrkelse af det akutte beredskab (1) har gennemført en omorganisering af den tidligere modtagelse til en akutafdeling, der anvender triage. I akutafdelingen står nu en triagesygeplejerske, som i samarbejde med akutlægen tager imod og triagerer patienterne på en systematisk måde – i modsætning til før, hvor flere forskellige sygeplejersker løbende vurderede og planlagde forløbene for de akutte patienter.

At sortere eller vælge

Triage kommer af det franske verbum: *trier* og betyder at sortere eller vælge (2). Triage er anvendt i militæret i 1700-tallet og efterfølgende op gennem 1900-tallet som civil triage ved katastrofer. I anden halvdel af 1900-tallet indførtes begrebet triage i modtagelserne på sygehusene i USA (3). Triage som proces bruges til klassificering og udvælgelse af patienter på baggrund af type, tilstand og akuthed. Triageprocessen handler om at få den rigtige patient det rigtige sted hen til de rigtige ressourcer på det rigtige tidspunkt. Et velfungerende triagesystem øger patientsikkerheden ved at sikre korrekt vurdering af den akutte patient og sikre

passende intervention, hvilket reducerer mortalitet og morbiditet (2).

Målet er øget patientsikkerhed

Baggrunden for, at vi indførte triage, var, at Region Sjælland i forbindelse med etablering og udvikling af akutafdelingerne i regionen har udpeget Nykøbing Falster som projektsygehus. Vi har dermed forpligtet os til at afprøve nye arbejdsgange. Vores daværende rutine, øget aktivitet og mangel på lokaler gjorde, at der var et behov for et nyt arbejdsredskab, der kunne hjælpe os med en bedre logistik og derved øge patientsikkerheden for de akutte patienter. Før den 1. marts 2009 var opgaven med at have overblik og prioritere patienterne alle sygeplejerskers opgave. En oversigtstavle (whiteboard) var samlepunktet for styringen, men grundlaget for styringen og prioriteringen var ikke ens. Så når en ny sygeplejerske eller en læge kom hen til tavlen, blev nye parametre anvendt, og prioriteringen ændret. Hvis en dårlig patient kom til, ændrede én sygeplejerske prioriteringen, hvilket forstyrrede den orden, den anden måske havde dannet. Denne arbejds- og styreform medførte uro og stress hos personalet og megen flytten rundt med patienterne i et forsøg på hele tiden at matche patienter med den rigtige lægeressource. Lægerne blev hevet rundt til de forskellige patienter, da der ikke var en entydig bestemmelse af, hvilken patient der var mest dårlig og skulle prioriteres først.

Internationalt samarbejde

Inden vi begyndte processen med triage, kom et etableret samarbejde med Beth Israel Deaconess



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

Medical Center (BIDMC) i Boston os til gode. På BIDMC har de gennem snart 40 år haft akutafdelingskonceptet med triage som en central faktor, og vi har draget nytte af deres store erfaring. Læger og sygeplejersker fra Nykøbing Falster Sygehus og BIDMC har besøgt hinanden flere gange for bl.a. at udveksle erfaringer, støtte udviklingen og implementeringen af triagefunktionen. Erfaringerne fra BIDMC viser bl.a., at man skal have en relativt lille gruppe medarbejdere, der triagerer. En lille gruppe kan opretholde erfaring og kompetence, men samtidig skal gruppen være tilstrækkelig stor til, at vagtplanen kan hænge sammen.

Valg af triagesystem

I Region Sjælland var det besluttet at bruge et fælles femtrins triagesystem. Begrundelsen var, at forskningen har vist, at et tretrins triagesystem er uklart med hensyn til reliabilitet (pålidelighed) og validitet (2), mens et femtrins triagesystem er mere sikkert, har en større reliabilitet og følsomhed over for differentiering af patienterne. Ved tretrins triagering er undertriagering (patientens tilstand vurderes bedre, end den er) mere udtalt, især for uerfarne sygeplejersker (4).

I december 2008 blev vi præsenteret for et triagesystem: "ADAPT procestriage", der bruges flere steder i Sverige. ADAPT procestriage er en systematisk triageringsproces baseret på lean-tankegangen (5), hvor patienterne sorteres i fem grader af akuthed ud fra fastsatte parametre. Disse parametre er hovedsageligt måling af vitale parametre som puls, blodtryk, iltmætning, respirationsfrekvens, ekg, syre-base-

niveau, symptombeskrivelser og kort anamnese. Triageprocessen i ADAPT-systemet understøttes af en række såkaldte kontaktårsagskort (6).

De fem grader af akuthed, som patienterne inddeles i, svarer til fem triagekategorier med hvert sit spor, hvor patienterne som udgangspunkt behandles efter tur. Det giver samlet set større patientsikkerhed, logistisk effektivitet og kortere LOS (Length of Stay). Inddeling af patienterne i fem spor lægger op til et teamarbejde mellem læge og sygeplejerske inden for hvert spor, hvor kompetencer og opgaver skal afklares.

Med inspiration fra ADAPT har Region Sjælland udviklet sit eget triagesystem baseret på vitale parametre, klinisk skøn samt en række diagnoser.

"En af de store udfordringer, når man vil indføre triage, er, hvordan man sikrer sig, at patienterne bliver triageret korrekt."

Det udviklede triagesystem gav mening for os og var ikke mere komplekst, end at vi i den nye akutafdeling kunne overskue at begynde at triagere. Vi tog udgangspunkt i et skema med vitale parametre, oversatte det til dansk og gik i gang.

I gang og tilpasning

En fordel ved vores gamle arbejdsform var, at alle syntes, de havde en finger på pulsen, alle havde en form for overblik og vidste, hvor de dårlige patienter lå, og om der var brug for hjælp. I forbindelse med implementeringen af nye arbejds gange var det vigtig-

» tigt, at vi ikke ødelagde dette overblik. Vi valgte derfor at begynde med at øve os i at triagere de akutte patienter til indlæggelse og vente med at triagere skadepatienterne. På den måde havde triagesygeplejersken overblikket over alle patienter og samtidig tid til at visitere ind i huset, uddelegere opgaver og have overblik over, hvilke stuer der var ledige, og hvilke patienter der bedst kunne flyttes.

Den efterfølgende proces med tilpasning af arbejdsgange og arbejdsoplysninger har været en cirkulær fortløbende proces med en testperiode efterfulgt af evaluering og en eventuel justering inden en ny testperiode.

I første testperiode fandt vi hurtigt ud af, at det hæmmede triageprocessen at forsøge at få patienten til at passe ind i det skema, vi havde valgt at bruge. Skemaet er opdelt i fem kategorier efter alvorlighed af patientens tilstand. Hver kategori har sin egen farve – rød for de meget livstruede, orange for de meget syge, gul for de stabile syge, grøn for de mindre syge, og blå for lette tilfælde. Farverne signalerer, om det haster, at patienten bliver tilset (rød/orange), eller om man kan tillade sig at bede patienten vente i venteværelset (blå) (se fig. 1 side 61). Skemaet er på samme tid meget detaljeret og samtidig for unuanceret. Eksempelvis: "Hvordan skal en patient med hovedpine, synsforstyrrelser og et BT 210/140 triageres?" Eller patienten med brystmerter, men pæne vitale parametre? Skemaet og dermed triagering baseret udelukkende på vitalparametre var ikke tilstrækkeligt til at understøtte triageprocessen. Skemaet blev derfor understøttet af en række diagnoser – eksempelvis er patienter med symptomer på akut myokardieinfarkt altid orange, selvom patienten har

ger (6). Det blev derfor besluttet, at disse patienter som udgangspunkt køres direkte på en modtagestue til monitorering og opstart af behandling og pleje af en basissygeplejerske (2).

Undervejs i indkøringsperioden af triagesystemet gjorde BIDMC os opmærksomme på, at vi scorede for mange patienter røde i forhold til, hvad man kunne forvente.

Patienterne burde have været orange, derfor blev responstiden for tilstedeværelse af læge afkortet på den orange kategori, så triagesygeplejersken var tryk ved, at patienten hurtigt blev set af en læge. Der blev suppleret med nogle pædagogiske støttebemærkninger ud for de forskellige triagekategorier; en rød patient er en patient, der er død eller døden nær, f.eks. en patient der kommer ind med hjertestop, rumporet aorta-aneurisme. En orange patient er en hjerisikopatient, man vil lægge i den sidste ledige seng i afdelingen. Det kan være en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom med akut åndenød eller en patient til observation for blodprop i hjertet. Tilføjes af diagnosegrupper for den røde og orange kategori havde til hensigt at øge patientsikkerheden og minimere det subjektive skøn. Vi ville undgå, at en patient med en potentielt livstruende tilstand og upåfaldende vitalparametre kom til at vente for længe, eksempelvis en patient med brystmerter og god effekt af nitroglycerin.

Ensartet vurdering essentiel

Afdelingens krav til, at sygeplejersker kan fungere som triagesygeplejerske, er fire års erfaring fra skadestue/modtagelse, og gerne med skadebehandlerruddannelse. Men selvom sygeplejerskerne er erfarne, er det ikke ensbetydende med, at de scorer og vurderer patienterne ens. Dette er en meget stor udfordring, når man vil indføre triage. Hvordan sikres det, at patienterne bliver triageret ensartet og korrekt? Der er ingen tvivl om, at måling af vitale parametre er helt central i denne proces, men at målinger alene ikke er tilstrækkelige. En undersøgelse tilbage i 2000 viste, at sygeplejerskers vurdering af patienter ikke påvirkes af deres kendskab til patientens vitale parametre, og at triagevurderingen var meget subjektiv og afhænger af en samlet klinisk vurdering (7). Afdelingen har selv en lignende erfaring gennem en intern undersøgelse af handlinger på målte vitale parametre. Vi fandt, at der ikke altid

"Det har været et mål, at triageprocessen skal tage 2-3 minutter, og det har vi nået."

vitalværdier svarende til grøn. Selvom der er sket en kvalitetsforbedring af triageprocessen, anvendes stadig grundprincipperne som i det første skema, der ses i figur 1.

Vi erfarede tidligt, at måling af vitale parametre er helt central i triageprocessen, men at arbejdsgangen med, at triagesygeplejersken foretager disse målinger, forsinker behandlingsopstarten for den røde og orange patient i lighed med internationale erfarin-

))) FIGUR 1. SKEMA TIL INDELING AF PATIENTER

Skemaet er opdelt i fem kategorier efter alvorlighed af patientens tilstand. Hver kategori har sin egen farve – rød for de livstruede, orange for de meget syge, gul for de stabile syge, grøn for de mindre syge og blå for lette tilfælde. Farverne signalerer, om det haster, at patienten bliver tilset (rød/orange), eller om man kan tillade sig at bede patienten vente i venteværelset (blå).

	Akutteam Nærvær 0-5 min.	Akutteam Monitorering 5-30 min.	Tilsyn hver 2. time Efter tur* Max 4 timer	Ingen tilsyn Efter tur* Max 4 timer	Udskrives efter beh. Efter tur* Max 4 timer
A	Obstruerede luftveje. Stridor <input type="checkbox"/>	Usikre luftveje <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frie luftveje <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	SpO2 < 80% uden ilt RF > 35 eller < 8 <input type="checkbox"/>	SpO2 < 90% uden ilt RF > 30 <input type="checkbox"/>	SpO2 < 95% uden ilt RF > 25 <input type="checkbox"/>	SpO2 > 95% uden ilt RF 8-25 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C	ST* > 130 AF* > 180 Systolisk BT < 80 <input type="checkbox"/>	Puls > 120 eller < 40 Systolisk BT < 90 <input type="checkbox"/>	Puls > 110 eller < 50 <input type="checkbox"/>	Puls 50-110 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	Bevidstløs. Status epilepticus <input type="checkbox"/>	Reagerer på smerte Kraftigt agiteret Akut uklar <input type="checkbox"/>	Reagerer på tiltale Moderat agiteret <input type="checkbox"/>	Vågen og klar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	Temp < 34 <input type="checkbox"/>	Temp. > 40 eller < end 35 <input type="checkbox"/>	Temp. > 38,5 <input type="checkbox"/>	Temp. < 38,5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Klinisk Vurdering <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ved svær KOL gælder 5% lavere satureringsgrænser end normalt

SpO2 < 75% uden ilt RF > 35 eller < 8	SpO2 < 85% uden ilt RF > 30	SpO2 < 90% uden ilt RF > 25	SpO2 < 90% RF 8-25	* Behandlingspatienter går som udgangspunkt efter tur, dvs. gule går ikke før grønne
--	--------------------------------	--------------------------------	-----------------------	---

*ST = Sinustakykardi *AF = Atriefibrin/flagren

var en klar og entydig handling fra erfarne sygeplejersker på de målte værdier. Dette førte til, at der blev indført specifikke standarder for, hvad og hvordan der skal reageres ved abnorme vitalparametre. En løbende audit har efterfølgende vist øget patientsikkerhed og dokumentation af behandlingsindsatsen. Vi finder derfor, at det er helt essentielt at opstille standarder for triagering og handling på de forskellige kategorier i triagesystemet. Aktuelt er vi i gang med et studie, hvor fem sygeplejersker triagerer de samme patientforløb to gange med forskellige sæt af informationer om patienterne til rådighed. Vi håber, denne undersøgelse giver et godt fingerpeg om, hvilke informationer der skal til i forhold til en mere ensartet triage.

Anbefalinger ved implementering

Vælg jeres eget system

Triage skal ses i et samspil mellem faglige standarder og den organisation, som patienterne ankommer til. Vores erfaring er, at man ikke bare kan overtage et triagesystem fra et andet land med et andet sundhedssystem. Man letter derimod implementeringen af et system, hvis der vælges et triagesystem, der understøtter kendte arbejdsgange, den øvrige organisation og de behandlingstilbud, der er i afdelingen. I valget skal der tages højde for lokale muligheder

og ressourcer, normering, fysiske rammer inkl. antal behandlerrum og rammerne omkring venteværelse. Her bør det overvejes, om patienterne kan observeres i venteværelset, og hvem der har ansvar for observationen.

Kend jeres patientindtag

Inden I går i gang, er det en fordel at indhente data på, hvilke patienter, hvor mange og hvornår på døgnet patienterne almindeligvis ankommer i afdelingen. Ud fra datagrundlaget kan man disponere, hvornår på døgnet der skal afsættes en "hel" sygeplejerske til triagefunktionen, og hvornår funktionen kan kombineres med andre opgaver.

Undervisning og afprøvning

Hele personalet bør undervises i triagesystemet og tolkning af vitalparametre med særlig fokus på den potentielt dårlige patient. I gruppen af triagesygeplejersker er det en fordel at diskutere og afprøve scoringen af de forskellige patienter på en casebaseret måde, så der opnås en høj grad af ensartethed i vurderingen af patienterne, samt planlægge den opfølgende kvalitetsmonitorering.

Evaluér og dokumentér

Det er vigtigt at anvende en systematisk metode til

» løbende at kvalitetsforbedre og validere triagesystemet. Dette kan ske gennem en "triagegruppe", der også har ansvaret for en omhyggelig opfølgning på dokumentation af triageprocessen.

Et fælles sprog

Det har været et mål, at selve tildelingen af triagekategori skal tage højst 2-3 minutter, og det har vi

"I gruppen af triagesygeplejersker er det en fordel at diskutere og afprøve scoringen af de forskellige patienter på en casebaseret måde, så der opnås en høj grad af ensartethed i vurderingen af patienterne."

nået. Personalet på afdelingen har været meget aktive og er gået til opgaven med implementering af systematisk triage med mange konstruktive forslag, energi og åbenhed. Det har krævet tilvænnelse for personalet at få tildelt patienterne fra triagesygeplejersken, men det har givet større arbejdsro, at personalet kan koncentrere sig om deres egne patienter. Vores fornemmelse er, at patientforløbene er blevet bedre, og der er kommet mere arbejdsglæde blandt sygeplejerskerne ved, at ansvaret for at tage imod, pleje og behandle og overflytte den enkelte patient er klart fordelt.

Anvendelsen af triagesystemet har endvidere stimuleret til en faglig debat, som vi ikke tidligere har haft. Med triagen har vi fået fælles referenceramme og et fælles sprog med enighed om prioriteringen af patienterne, og hvor hurtigt de skal tilses. Det er en fordel i samarbejdet med akutlægerne og har givet mere ro i afdelingen.

*Maya Schröder er ansat som projektsygeplejerske ved Akutafdelingen, Nykøbing Falster Sygehus; msc@regionsjaelland.dk
Tom Jimmy Hansen er ledende oversygeplejerske, og Hanne Jørsboe er ledende overlæge samme sted.*

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab. Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2007;1-40.
2. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA et al. Emergency Severi-

tyIndex, Version 4: Implementation Handbook. Rockville: AHRQ Publication No. 05-0046-2; May 2005.

3. Göransson K, Eldh AC, Jansson A. Triage på akutmodtagning 1. oplag. Pozkal, Poland; 2008.
4. Travers DA et al. Five-Level triage system more effective than three-level in tertiary emergency department. Journal of Emergency Nursing, 2002 oct; 28(5): 395-400.
5. Rudolph SF, Pfeiffer P. Akutmedicin – et fagområde i udvikling. Ugeskr Læger 2008;170(12):1012.
6. Triagehandboken. Tilgængelig på internettet; [www.skane.se /upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/triage/triagehandbok_3/Triagehandbok_2008.pdf](http://www.skane.se/upload/Webbplatser/wardwebb/Dokument/triage/triagehandbok_3/Triagehandbok_2008.pdf)
7. Richelle J, Schriger DL, Flaherty HL et al. Effect of vital signs on triage decisions. Annals of Emergency Medicine 2002; 39(3):223-32.

» ENGLISH ABSTRACT

Schröder M, Hansen TJ, Jørsboe H. Challenges in triage function. Sygeplejersken 2010;(9):58-62.

Triage, new to Denmark, is a highly effective system for prioritising the care of patients in accident and emergency departments. Previously, all nursing staff in the emergency department at Nykøbing Falster had collective responsibility for assessing all patients based on subjective criteria. After introducing a 5-step triage system, initial patient assessment is now the responsibility of one nurse (the triage nurse). Experience shows that vital parameters support the triaging system, but can delay treatment of the critically ill. The critically ill can have normal vital parameters and risk being triaged too low. There is also a tendency to give patients a higher triage score in order to ensure rapid treatment. Consequently, we have adapted the triage model en route, in order to render the process more uniform. The triage process takes no more than 2-3 minutes and enables the other nursing staff to concentrate on their own patients. We recommend that the triage system be adapted to known working processes, staffing, physical limitations and be patient-centred. The result is a better patient throughput and a scientific debate previously not found in the department.

Key words: Triage, accident and emergency department, triage nurse.



Danmark har fået et Center for Kliniske Retningslinjer i 2008. Men hvad foregår der på centret?

Temaet er kliniske retningslinjer. Test dig selv eller din kollega.

- 1** *Hvad er en klinisk retningslinje?*

 - a. Det er den linje for plejen, der lægges af den ansvarlige i klinikken, oftest afdelingssygeplejersken.
 - b. Det er systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer.

- 2** *Hvad er målet med Center for Kliniske Retningslinjer?*

 - a. At fastslå, hvad der kan regnes for sikker, kvalificeret viden til brug for politiske beslutningstagere, forskere, udviklere og praktikere. Centret lægger sig ikke fast på en snæver opfattelse af, hvad der kvalificeres som evidens, men inddrager alle de metoder, der anvendes inden for forskning.
 - b. At implementere kliniske retningslinjer i praksis gennem tutorhjælp til de afdelinger og University Colleges, der måtte ønske det.

- 3** *Hvor mange godkendte kliniske retningslinjer findes der indtil videre?*

 - a. Der er én godkendt retningslinje, den omhandler mundpleje.
 - b. Der er fire godkendte retningslinjer, én for håndhygiejne, én for forebyggelse af tryk-skader hos patienter med hoftebrud, én for akupunktur til behandling af postoperativ kvalme og opkastning til patienter i opvågningsafsnit og én for forebyggelse og behandling af hudreaktioner forårsaget af eksterne stråleskader til patienter med kræft.

- 4** *Hvem kan få vurderet en klinisk retningslinje i centret?*

 - a. Det kan alle de hospitaler og University Colleges, der er medlemmer af centret. Andre kan få deres retningslinje vurderet mod et gebyr på 7.500 kr.
 - b. Det kan alle autoriserede sygeplejersker mod et gebyr på 450 kr.

Se svarene på TESTEN side 48



VIL DU VÆRE TILHØRER PÅ KONGRESSEN?

Dansk Sygeplejeråds medlemmer kan deltage på kongressen den 17.-20. maj 2010 i Falconer Centret som tilhørere.

Du kan bestille tilhørerkort til de faglige oplæg, som bliver holdt mandag den 17. maj fra kl. 14.00 - 15.30, og til resten af kongressen på kursusadm@dsr.dk eller på telefon 46 95 41 97. Tilhørerkort udsendes ikke, men vil ligge klar til afhentning i DSR's indregistreringskranke på kongresstedet mandag den 17. maj fra kl. 13.00.



KONGRES 2010

Fremtidens sygepleje – forenet i fællesskab!



Fokus på sygeplejersker i psykiatrien

Du kan downloade Psykiatriavisen på:

www.dsr.dk/psykiatriavisen



Belastet arbejdsmiljø vendt

AF LISBETH VILSTRUP NIELSEN, SYGEPLEJERSKE, DIPLOMUDDANNELSE I LEDELSE OG PÆDAGOGIK, OG MARIE-LOUISE ULSØE, SYGEPLEJERSKE, DIPLOMUDDANNELSE I LEDELSE • ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

Et tårnhøjt sygefravær, stress og belastende arbejdsforhold på operations- og anæstesiaafdelingen i Horsens er vendt til arbejdstrivsel. Et grundigt forarbejde, medarbejderinvolvering og professionel hjælp har båret processen.

Det nytter ikke noget, for vi har prøvet det mange gange tidligere. Sådan lød det fra personalet, da ledelsen orienterede om, at et projekt om arbejdsmiljø skulle sættes i gang.

Arbejdsmiljøet haltede på operations- og anæstesiafsnittene på Regionshospitalet Horsens. Sygefraværet, specielt i det ortopædkirurgiske operationsafsnit, var tårnhøjt, og der var flere medarbejdere, der var gået ned med stress. Det skulle der gøres noget ved. Ledelsen valgte derfor at involvere en autoriseret arbejdsmiljørådgiver, og gennem sikkerhedsorganisationen samt hospitalsledelsen blev der bevilget penge til projektet, der blev døbt "Bedre Arbejdsdag". Projektperioden forløb fra juni 2005 til dec. 2008 og kortlagde det fysiske og psykiske arbejdsmiljø gennem observationsstudier og gruppeinterview. Kortlægningen førte til en rapport på 18 sider med anbefalinger til løsningsforslag (1).

I artiklen beskrives, hvordan der er arbejdet med løsningsforslagene, hvad hele processen har betydet for personalet, og hvilke resultater vi har opnået.

Formål

Ledelsen på operations- og anæstesiafsnittene ønskede at sætte fokus på arbejdsmiljøet på baggrund af en ny organisering, en øget specialisering samt en generel oplevelse af mange belastende forhold, såvel fysisk som psykisk. Endvidere var resultatet af medarbejdertilfredshedsundersøgelsen og et højt sygefravær medvirkende. Der blev nedsat en styregruppe bestående af oversygeplejersken, afdelingssygeplejerskerne på operations- og anæstesiafsnittene, en sikkerhedsrepræsentant, som også er anæstesisygeplejerske, en operationssygeplejerske, en operationstekniker, en fysioterapeut samt en organisationspsykolog fra en autoriseret arbejdsmiljørådgiver.

Formålet med projektet var at foretage en kortlægning af arbejdsmiljøets fysiske og psykiske forhold og sammen med medarbejderne udarbejde løsningsforslag til, hvorledes belastende arbejdsmiljømæssige forhold kunne forbedres.

Observationer og fokusgruppeinterview

Der blev anvendt to kortlægningsmetoder. Den ene var observationer af de faktiske forhold på afdelingen, og den anden var fokusgruppeinterview med repræsentanter fra afdelingen.

Kortlægningen omfattede afdelingens faste perso-

nale, dvs. operations- og anæstesisygeplejersker, sygehjælpere, social- og sundhedsassistenter samt operationsteknikere. Læger, serviceassistenter samt øvrige naturlige samarbejdspartnere var ikke omfattet.

Kortlægningen var observationer af arbejdsforhold og typiske arbejdsopgaver. Der blev taget notater fra det observerende arbejde, og der var dialog med spørgsmål fra arbejdsmiljørådgiveren og kommentarer fra personalet. Der blev foretaget vejning af instrumentkasser samt måling af træk og skub af diverse vogne og mobile apparaturer. Relevante steder blev der foretaget opmåling af pladsforhold og taget digitale fotos.

Observationerne blev foretaget af arbejdsmiljørådgiverne på ni operationsstuer samt 14 forskellige operationstyper. Desuden blev afdelingens øvrige faciliteter vurderet, f.eks. skyllerum, forrum til operationsstuerne, depot, gangareal mv.

Ud fra observationerne udarbejdede arbejdsmiljørådgiveren en interviewguide, og der blev holdt fire fokusgruppeinterview. Grupperne blev sammensat af lederne ud fra krav om en ligevægtig fordeling imellem afdelingens specialer og faggrupper.

Udtalelser og uddybende refleksioner ved disse interviews var sammen med observationerne baggrunden for, hvad der skulle arbejdes videre med i projektet.

Fysiske og psykiske belastninger

Da arbejdsmiljøet blev betragtet som en samlet helhed, der påvirkede de ansattes trivsel på arbejdspladsen, var det vigtigt, at løsningsforslag og fokusområder bestod af såvel fysiske som psykiske interventioner (1). Ligeledes var det vigtigt, at prioriteringerne blev vægtet med indflydelse både fra styregruppen og medarbejderne.

Det fysiske arbejdsmiljø

Rapporten vedrørende det fysiske arbejdsmiljø viste en række belastede vilkår. Dels ligger der i branchen mange væsentlige arbejdsmiljøfaktorer, som der løbende skal tages hensyn til, dels havde afdelingen flere steder dårlige fysiske rammer, som forøgede den samlede fysiske belastning for de ansatte. Der blev identificeret følgende områder, som der skulle arbejdes videre med for at få skabt en positiv udvikling:

- Bedre pladsforhold.
- God arbejdsteknik.
- Hensigtsmæssig indretning og egnede hjælpemidler.
- Indeklima, belysning og værnemidler.

Det psykiske arbejdsmiljø

Undersøgelsen af det psykiske arbejdsmiljø viste, at personalegruppen oplevede en lang række stres-

"Stemningen var præget af, at mange medarbejdere var opgivende og desillusionerede i forhold til at kunne forbedre deres arbejdssituation. Tilliden til den overordnede ledelse på hospitalet var meget lav."

til trivsel



sende faktorer i deres hverdag, samt at de havde gjort det længe. Stemningen var præget af, at mange medarbejdere var opgivende og desillusionerede i forhold til at kunne forbedre deres arbejdssituation. Tilliden til den overordnede ledelse på hospitalet var meget lav.

Belastningerne syntes at koncentrere sig omkring samarbejdet på afdelingsplan, samarbejdet med ledelsen og de eksterne samarbejdspartnere. Der blev identificeret følgende områder, som der skulle arbejdes videre med for at få skabt en positiv udvikling:

- Tilliden mellem ledelse og medarbejdere.
- Skabe en oplevelse af handlekraft i forhold til de daglige udfordringer.
- Klare og tydelige mål for afdelingens nutid og fremtid.
- Anerkendelse i arbejdet.
- Plads til konstruktive erfarings- og meningsmålinger.

Derudover blev der identificeret områder, der fremkaldte bekymringer:

- Operationstider, der skrider.
- Pladmangel – særligt på vejen ud til den urene gang.
- Små stuer, hvor der skal være meget udstyr.
- Kontrollen af skiftetiderne.
- Computere, som ikke virker eller ikke kan komme på netværket.
- Eksempler på læger, som har behandlet personalet dårligt.

Handleplaner og arbejdsgrupper

Styregruppen var enige om vigtigheden i at få skabt nogle hurtige succeser. Derfor blev der lavet handleplaner på problemområder, der hurtigt kunne løses, og handleplaner på områder, der krævede længere tid, før der var resultater.

Medarbejderinvolvering var essentielt vigtig, og personalet blev taget med i beslutninger om, hvilke

”Der blev anvendt to kortlægningsmetoder. Den ene var observationer af de faktiske forhold på afdelingen, og den anden var fokusgruppeinterview med repræsentanter fra afdelingen.”

» handleplaner der blev iværksat, ligesom de til hver en tid kunne komme med nye forslag. Der blev nedsat arbejdsgrupper. Her var det vigtigt at sikre, at det ikke kun var arbejdsgruppens medlemmer, der havde indflydelse på de endelige beslutninger. Derfor blev der lavet en procedurebeskrivelse for arbejdet i arbejdsgrupperne. Denne angav gruppens arbejdsbetingelser, hvordan de havde mulighed for at informere kollegerne, og hvordan kollegerne havde mulighed for at få indflydelse, inden den endelige beslutning blev truffet. Ledelsen prioriterede dét at skabe tid til gruppernes arbejde højt.

Samtidig med gruppernes arbejde blev der holdt et møde med hospitalsledelsen, og der blev løbende holdt fælles personalemøder. Allerede på det første personalemøde blev det klart, at der var behov for at få defineret forventninger til hinanden, til de specialeansvarlige sygeplejersker, til afdelingssygeplejersken, til oversygeplejersken, til afdelingsledelsen og til kirurgerne.

Samtidig var der et ønske om større gennemsigtighed/åbenhed over for budgetter, ventelister, produktionstal, normeringer og sygefraværstatistikker.

Kirurgerne på banen

Det sværeste var at få kirurgerne på banen. De havde ikke været en del af kortlægningsprocessen, men som projektet udviklede sig, blev det klart, at de er en samarbejdspartner med stor andel i, at en arbejdsdag glider, og det sker i en positiv stemning.

Styregruppen indkaldte derfor en kirurg fra hvert speciale, som var udvalgt via deres afdelingsledelse. Der blev det besluttet, at der skulle afholdes kultur-/temaeftermiddage med kirurgerne fra alle specialer og personalet fra operations- og anæstesi-afdelingen. Det var vigtigt, at så mange som muligt deltog og tilkendegav deres mening. Det var derfor ikke frivilligt, om den enkelte havde lyst til at deltage. Temadagen blev lagt ind i arbejdstiden, så der var mødepligt.

Drøftelser ved caféborde

Kultur-/temaeftermiddagene var planlagt med caféborde, hvor cafébestyrerne var enten den kirurg, der var udpeget af deres afdelingsledelse, eller en fra styregruppen. Sammensætningen af personale ved

cafébordene var fordelt således, at alle specialer var repræsenteret ved hver café. Temaerne i de forskellige caféer var nøje udvalgt ud fra rapporten samt ønsker fra kirurg og styregruppen.

Temaerne, som blev drøftet, var:

- Skiftetider mellem operationerne.
- Hvordan kommer vi bedst muligt i gang om morgenen?
- Fælles rapport til personale, der møder til vagt, samt prioritering af patienter til vagten.
- Styring af operationsstuen.
- Hvordan sikrer vi uddannelse af alle faggrupper samtidig med, at vi overholder produktionskravene?
- Hvordan bliver vi færdige om eftermiddagen på operationsstuerne?
- Hvordan kommer koordinatorfunktionen til at fungere optimalt?

Alle deltagere deltog i tre caféer efter eget valg, og det var cafébestyrerens opgave at lave en opsamling af udsagn ud fra debatten i caféen. Denne opsamling af udsagn blev præsenteret for personalet på selve dagen. Dermed var cafébestyrerne og styregruppen sikre på, at det var de rigtige udsagn, der blev arbejdet videre med.

Disse udsagn blev sammen med resultaterne fra arbejdet i arbejdsgrupperne brugt til at lave en handlingsplan. Denne førte til mange nye tiltag, der nu er implementeret i afdelingen.

Et kæmpe løft

Arbejds miljøet, der haltede på operations- og anæstesiafsnittene på Regionshospitalet Horsens, har fået et kæmpe løft i positiv retning efter ”Projekt Bedre Arbejdsdag”. Personalet har fået troen på, at det betaler sig at gøre noget.

Konkret har vi fået følgende ud af projektet:

- Der er blevet lavet en retningslinje for, hvilke arbejdsbetingelser der er for personale i udvalgsarbejde.
- Pladsforholdene er blevet bedre efter en omfattende rokering af skabsindhold, fjernelse af skabe og en branddør.
- Belastningen med instrumentbakker og instrumentvogne er nedsat vha. hjælpemidler.
- Mobile stativer til røntgenforklæder samt indkøb af nye og lettere forklæder.

- Der er udført lean på opfyldning.
- Det er identificeret, hvilke patienter der kan bedøves på operationsstuen, og lejrning kan i højere grad foretages med patientens medvirken.
- Staben af forflytningsvejledere er udvidet, og de er med i et nyt projekt i afdelingen: "Kompetent Mobilisering".
- En lille operationsstue er blevet renoveret, og der er taget bestemmelser om, hvilken type operationer der kan foretages på stuen.
- Belysninger er forbedret.
- Uniformsudvalget har indkøbt nye termojakker, undertøj og sokker.
- Operationsprogrammer er blevet screenet, og der er nu realistiske tider i booking af patienter.
- Operationspersonalet har med stor succes afprøvet redskabet stressbarometeret.
- Indbyrdes forventninger til hinanden er klarlagt, og fordeling af ledelsesopgaver er synliggjort.
- Efter caféeftermiddagene med kirurgerne er der rettet ind på stueteamaftaler og koordinatorfunktionen.
- Der er indført en aftenvagtt foruden vagtholdet.
- Der er indført en aftenkoordinator i vagtholdet, der koordinerer rækkefølgen af patienterne.
- Fælles rapport mellem operations- og anæstesisygeplejerskerne.
- Ændringer i morgenstart.
- Anæstesi lægerne kommer tidligere på udvalgte stuer.
- Af sundhedsfremmende tiltag er der indkøbt en massagestol og indført frugtordning på afdelingen.

Det har været en spændende og lærerig, men også tidskrævende proces for både personalet og ledelse. Vores erfaringer er, at det er vigtigt at komme godt fra start, og det fordrer, at forarbejdet er i orden. Det var klogt at arbejde ud fra, at der kom nogle hurtige resultater, så personalet kunne se, at det nytter. Dermed skabes der en positiv stemning og en tro på, at dette projekt var anderledes end tidligere projekter.

Projektet har krævet styring, men samtidig har det også været vigtigt, at der var frihed til arbejdet, specielt i de nedsatte arbejdsgrupper. Dialog og medarbejderinvolvering er afgørende. Ligeledes har den professionelle hjælp og støtte været uundværlig.

Udfordringen til både ledelse og personale fremover er at fastholde og udvikle resultaterne.

Projektet kan rekvireres hos forfatterne.

*Lisbeth Vilstrup Nielsen er
afdelingssygeplejerske på anæstesiafsnittet,
Regionshospitalet Horsens;
lisbeth.vilstrup.nielsen@horsens.rm.dk
Marie-Louise Ulsøe er oversygeplejerske for
anæstesiafdelingen samme sted.*

Litteratur

1. Projekt Bedre Arbejdsdag. Arbejdsmiljørapport vedr. Operations- og Anæstesiafsnittet, Regionshospitalet Horsens.

"Arbejds miljøet, der haltede på operations- og anæstesiafsnittene på Regionshospitalet Horsens, har fået et kæmpe løft i positiv retning efter "Projekt Bedre Arbejdsdag"."

))) ENGLISH ABSTRACT

Nielsen VL, Ulsøe ML. Overloaded working environment turned to well-being Sygeplejersken 2010 ;(9):64-7.

The article describes how it was possible to improve the working environment on the surgical and anaesthetic unit at Horsens Regional Hospital. Professional help, in the form of a psychologist and physiotherapist, was brought in. Two survey methods were used: 1) observation of the actual conditions on the department and 2) focus group interviews with representatives from the unit. Management and staff have worked further with the problem areas identified in both the physical and psychological working environment, which has resulted in many new measures - which are described in the article. This is a time-consuming process, requiring both management –and the freedom to work with the problems at hand. Dialogue and staff involvement are crucial. The conclusion is that it does help to resolve the problems.

Key words: Surgical and anaesthetic department, working environment, methods.

Meritstuderende har potentiale til bæredygtig sygepleje

AF JESPER FREDERIKSEN, SYGEPLEJERSKE, PÆDAGOGISK DIPLOMUDDANNELSE (PD), CAND.PÆD.SOC.

Meritstuderende er et bud på fremtidens sygeplejersker, der udøver en nødvendig bæredygtig sygepleje med en styrket tilknytning til praksis. Opgaven er at bistå de meritstuderende på en sådan måde, at uddannelsen omsættes i kompetente sygeplejersker, der bevarer solidariteten med de mest trængende patienter.

Denne artikel handler om erfaringer med meritstuderende på sygeplejerskeuddannelsen i Hillerød. Erfaringerne er positive, og de meritstuderende kan efter min mening ses som eksponenter for fremtidens sygeplejersker, der udøver en nødvendig bæredygtig sygepleje. Artiklen handler også om det modsætningsfyldte farvand, som uddannelsesplanlæggere, undervisere, kliniske vejledere og studerende navigerer i. Her eksisterer der mindst tre paradokser mellem den eksisterende sygeplejerskeuddannelse og forestillinger om, hvad den skal føre til. Ikke mindst de meritstuderende har her en vanskelig opgave i at navigere.

Meritstuderende i Nordsjælland

På Sygeplejerskeuddannelsen Hillerød, Nordsjælland, begyndte det første hold meritstuderende den 1. februar 2009. Social- og sundhedsassistenter med erhvervs erfaring har derfor, nu også i Nordsjælland, mulighed for at tage sygeplejerskeuddannelsen på 2½ år.

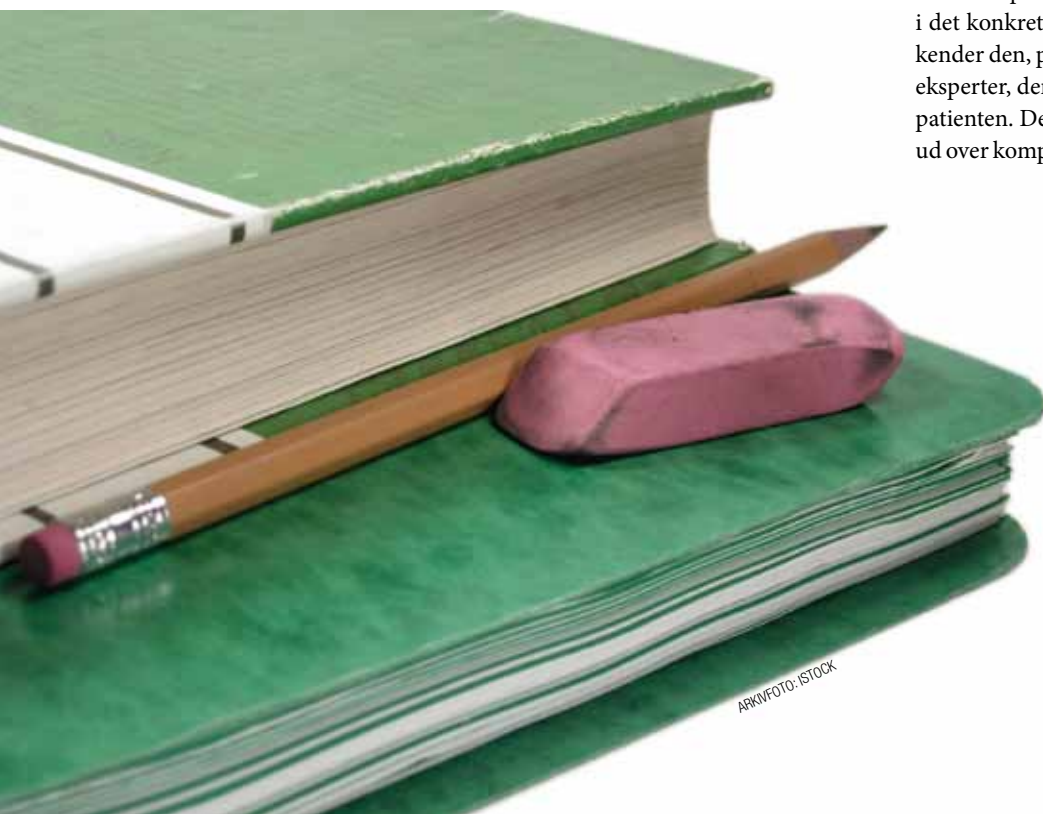
Efter det første år og anden eksterne prøve kan vi

konstatere, at vi fortsat har 21 sygeplejestuderende. Der er intet frafald, og de meritstuderende lader til at besidde de særlige evner og erfaringer, som meritnetop er kendetegnede ved.

Vi har udført en spørgeskemaundersøgelse på dette første hold, og denne danner grundlag for den analyse af de studerendes kapitaler og orienteringer inden for sygeplejen, der refereres til i denne artikel.

Fremtidens sygeplejersker

I forbindelse med udviklingsarbejdet til det særlige meritforløb for social- og sundhedsassistenter med merit på 60 ECTS spurgte en klinisk vejleder om, hvordan en meritstuderende på kortere tid og uden gymnasial baggrund kan opnå at blive lige så god en sygeplejerske, som dengang hun selv blev uddannet? Mit svar er, at jeg bestemt ikke håber, at de sygeplejersker, vi uddanner i dag, bliver som dem, vi uddannede tidligere. I fremtidens patientforløb er det ikke tilstrækkeligt med den tværfaglighed, vi kender fra industrisamfundets tidligere dage. Det vil tværtimod kræve en tværprofessionalitet, som i tillæg til praktiske ydelser i høj grad placerer den sundhedsprofessionelle som koordinator og vejleder i det konkrete patientforløb. Tværfaglighed, som vi kender den, placerede sygeplejersken som én af flere eksperter, der afgav vidnesbyrd om et perspektiv på patienten. Den tværprofessionelle sygeplejerske har ud over kompetence i at pleje, viden og indsigt inden



for andre professioners områder som f.eks. fysioterapi, pædagogik eller psykomotorik. I tillæg har sygeplejersken en tværprofessionel individuel toning som f.eks. vejledning eller æstetik. En opgave, som professionshøjskolerne er sat til at løfte, men som vi stadig har til gode at se resultater af.

Hvis sygeplejersker skal udgøre en central sundhedsprofessionel faggruppe i patientforløbene, stiller det nye krav til uddannelsen af sygeplejersker og ikke mindst til tilrettelæggelsen og organiseringen af sygeplejen i praksis. Sygeplejen må endvidere være bæredygtig. Det vil sige, at den må være fremtids-sikret og beskæftige sig med sammenhænge mellem sociale, økonomiske og miljømæssige problemstillinger i langt højere grad, end tilfældet er i dag.

Øget individualisering

Det er en almindelig kendt betragtning, at uddannelsessystemet er under påvirkning af en øget liberalisering, internationalisering og globalisering. Vi kender tendenserne fra ECTS-point, modulopbyggede uddannelser og engelsksprogede navne og betegnelser på uddannelse og diplomer. En stærkere individualisering af uddannelsen, øget valgfrihed og kombinationsmuligheder på kryds og tværs er led i denne proces, der sker som følge af et økonomisk incitament og den demografiske udvikling. Med de store årgange på vej ud af arbejdsmarkedet søger uddannelserne at indfange de eftertragtede unge med forløb, der passer ind i den enkeltes projekt. Risikoen, når uddannelse tilrettelægges efter brugerorientering, er, at det fælles projekt (f.eks. undervisning) fortaber sig i det individuelle selvrealiseringsprojekt (1).

Den stærkere individualisering har også medført en ret til at få bedømt sine kvalifikationer og kompetencer igennem meriteringssystemer. Merit handler om, at den enkelte kan få bedømt, anerkendt og godskrevet tidligere uddannelsesforløb og erfaringer fra relevant beskæftigelse (2).

Sygeplejerskeuddannelsens paradokser

Jeg vil som nævnt pege på tre paradokser i den nyeste nationale studieordning for sygeplejerskeuddannelsen (3). Disse opstår i sammenstødet mellem meritokratisk uddannelsesstrategi og talen om nærhed til det praktiske.

Det var et eksplicit ønske, at aftagerperspektivet blev styrket med den nationale studieordning. I forarbejdet til revisionen søgte man derfor at styrke en naturvidenskabelig og praksisnær uddannelse. På

”Der er intet frafald, og de meritstuderende lader til at besidde de særlige evner og erfaringer, som meritter netop er kendetegnede ved.”

den anden side var det også et mål at standardisere uddannelsen nationalt samt styrke den internationale uddannelsestænkning.

Det første paradoks

Det første paradoks ligger i ønsket om en nationalt ensartet sygeplejerskeuddannelse.

Her har et centralt udvalg udstukket linjerne i en detaljeret studieordning. Men når den enkelte studerende sammensætter uddannelsen på kryds og tværs i individuelle forløb, hvor også merit gør sig gældende, modvirker dette simpelthen ønsket om en mere standardiseret sygeplejerskeuddannelse. Standardisering og individualisering er følgesvende i nutiden, men udgør samtidig hinandens modstykke.

Det andet paradoks

Det andet paradoks er, at når de studerende er i klinik, er der en stigende tendens til, at skolestuen flyttes ud i klinikken. Det er vel at mærke klinikerne selv, som forestår denne skolegørelse. Der foretages teoretiske øvelser over praksis, svarende til på skolen. Dette kommer til udtryk gennem studenterundervisning, studieunits, færdighedslaboratorier, øverum mv. Samtidig sker der en øget kravspecifikation i regionalt udarbejdede modulbeskrivelser, hvor krav til teoretisk præsentation, skriftlige oplæg og litteraturlister er øgede. De veluddannede kliniske vejledere tager sig af ofte teoretisk dygtige studerende i en hverdag med (for) mange elever og studerende i forhold til de til rådighed værende (for) få patienter. Den øgede akademisering slår igennem i forhold til klinikken, der også er ved at blive akademiseret. Her griber man til skolelæring som en kendt (og anerkendt) måde at løse opgaven. Det vil

- » givetvis styrke de studerendes evne til at reflektere viden over praktik i teorien, men om deres praktiske færdigheder styrkes, er nok tvivlsomt.

På Sygeplejerskeuddannelsen Hillerød har vi til gode at se de meritstuderende i klinisk praksis. Der kommer de som afsluttende studerende i modul 11-12. En erfaring fra meritholdet er dog, at vi ved at samle de meritstuderende på et fælles hold styrker såvel fagidentitet som studiekompetence. Vores erfaringer er, at dette lykkes i højere grad, end når meritstuden tildes social- og sundhedsassistenter på ordinære hold. Læringsfællesskabet medvirker tilsyneladende til at styrke differentieringen mellem at være ”sygeplejestuderende med en baggrund som social- og sundhedsassistent” til forskel fra at være ”social- og sundhedsassistent, der videreuddanner sig til sygeplejerske”. Men her er der naturligvis tale om en skolesocialisering.

Det tredje paradoks

Et tredje paradoks handler om meriteringen, der tildes af uddannelsesinstitutionen. Den gives paradoksalt nok helt overvejende til de moduler i uddannelsen, som indeholder klinik. Kritikken af uddannelsen forud for den nationale studieordning var netop rettet mod de manglende færdigheder i klinisk praksis.

For så vidt angår social- og sundhedsassistenterne kan det synes logisk. Deres erfaring og forudgående erhvervsuddannelse har vægter personlige og faglige handlekompetencer frem for akademisk kompetence. Men man risikerer at underkende den store betydning for socialisering, det at befinde sig i

”Udviklingen medvirker til at forskyde den tidligere balance, hvor fokus har været at prioritere dem, som har størst behov.”

praksis som sygeplejestuderende har for at blive sygeplejerske (4). For det andet kunne et pædagogisk ræsonnement være, at det netop ville være relevant at basere indholdet i uddannelsen på styrken i praktiske færdigheder frem for på svagheder i teoretiske færdigheder. Men den gængse forestilling er, at praksis styrkes gennem mere teori. En sammenhæng, man kan rejse tvivl om (5). For den teoretiske verden udgør praksis i den forståelse nok snarere en slags eksperimentarium.

På den anden side sættes de meritstuderende i stand til at kunne begå sig på en videregående ud-

dannelse. Måske på universitetets overbygningsuddannelser. Ligesom de bliver i stand til at kunne begå sig i klinikkens tiltagende akademisering, hvilket vil være en nødvendighed ved den nuværende udvikling.

Betydningen af ny uddannelsestænkning

Med de tre skitserede uddannelsesparadokser illustreres tendenser, der identificerer modsætningsfyldte tendenser mellem den nationale uddannelsestænkning, rettet mod færdigheder, og den internationale udvikling i en humanistisk inspireret tradition, rettet mod akademisering. De meritstuderende med social- og sundhedsassistentbaggrund er her interessante, fordi de krydser på tværs i den beskrevne uddannelseslogik. Det bevirker, at det især i professionsuddannelserne er ekstra vigtigt at have opmærksomheden rettet mod disse tendenser, så vi ikke mister de meritstuderende. En fremtidig mangel på arbejdskraft, når de store årgange pensioneres, økonomiske incitament og rekrutteringsvanskeligheder bidrager heldigvis med en åbenhed over for gruppen.

Denne åbenhed kunne gribes som en mulighed for at bryde dels historisk betingede dogmatiske forestillinger på skolen, dels fastlåste strukturelle og hierarkiske forhold i klinikken. En nytænkning, der kan favne fremtidens udfordringer.

Et bæredygtighedsperspektiv

Vores moderne sundhedsvæsen imødekommer i stigende grad borgernes behov fra sundhedsfremme til raskhedsfremme for de i forvejen raske (6). Udviklingen medvirker til at forskyde den tidligere balance, hvor fokus har været at prioritere dem, som har størst behov. Filosof og ph.d. Ulli Zeitler peger her på, at et bæredygtighedsperspektiv ville kunne give mærkbare forbedringer af sundhedsindsatsen. Bæredygtighed udtrykker idéen om en relativ fremtidssikret forandringsproces, hovedsageligt knyttet til behovstilfredsstillelse. Der er tale om et miljøpolitisk begreb, som knytter an til social og økonomisk retfærdighed (7).

Når vi i sundhedsvæsenet netop anvender megen energi på at individualisere, standardisere og optimere for at imødekomme de tilsyneladende uendelige krav til at gøre de raske raskere, bør det skærpe sygeplejerskernes opmærksomhed på vilkårene for retfærdighed. Især i relation til de grupper af patienter og borgere, hvis lidelser ikke har høj status og profil, og som ikke selv evner at give udtryk for de-

res behov og ikke har en realistisk mulighed for tilknytning til arbejdsmarkedet. Hvis sygeplejerskerne ikke bevidst holder fast i, at disse gruppers behov må komme først, fordi de trænger mest, risikerer sygeplejen at bidrage til at øge den i forvejen store ulighed i sundhed imellem de forskellige sociale grupper i befolkningen.

De meritstuderende udgør her et bud på en gruppe, som kan bidrage til at gentænke sygeplejen med bæredygtighed som et vigtigt fagligt element (8). Ud fra en vurdering af deres læringsforudsætninger i et spørgeskema ved starten af deres uddannelse ved vi, at de overvejende kommer fra arbejderfamilier, og deres adgangsgivende uddannelse hører hjemme i erhvervsuddannelsessystemet. De er således ikke tyngtet af arvegods, hvor traditionen byder dem at blive akademikere, men de vil gerne øge deres indflydelse og ansvar i relation til patienterne. De har på egen krop erfaret magten, som udspiller sig i sundhedsvæsenets hierarki, og ønsker at gøre en forskel. De er en del af en politisk normsætning, som medvirker til at akademisere en gruppe knyttet til praksis. De har en voksende selvbevidsthed og er på vej til at få den nødvendige ydmyghed over for vores fælles viden.

Prioritet og solidaritet

Samspillet mellem skole og klinik spiller en vigtig rolle for en bæredygtig forståelse af sygeplejen som et fag, der beskæftiger sig med sammenhænge mellem sociale, økonomiske og miljømæssige problemstillinger (7). Områder, som desværre nedprioriteres i den nationale studieordning ved at tildele færre ECTS-point til fagområderne, ligesom der helt er undladt en inddragelse af økologisk bevidsthed og bæredygtig ansvarlighed i uddannelsen. I et bæredygtighedsperspektiv er opgaven derfor at bistå de meritstuderende på en sådan måde, at uddannelsen omsættes i kompetente sygeplejersker, der bevarer solidariteten med de mest trængende patienter.

Yderligere oplysninger om undersøgelsen af de meritstuderendes forudsætninger kan rekvireres hos forfatteren.

Jesper Frederiksen er adjunkt på sygeplejerskeuddannelsen, University College Capital; jf3@ucc.dk

Litteratur

1. Illeris K et al. Ungdomsliv – imellem individualisering og standardisering. Frederiksberg: Samfundslitteratur 2009.

”Samspillet mellem skole og klinik spiller en vigtig rolle for en bæredygtig forståelse af sygeplejen.”

2. Regeringen. Bedre uddannelser – Handlingsplan. København: Undervisningsministeriet, Uddannelsesstyrelsen 2002.
3. Undervisningsministeriet. Studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. Bilag 2 til bek. om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. København: Lovtidende A; 2008 af 24. januar.
4. Larsen K. Praktikuddannelse, kendte og miskendte sider: Et observationsstudie af praktikuddannelse inden for sygeplejerskeuddannelse; ph.d. København: USCF 2000.
5. Larsen K, Adamsen L, Bjerregaard L, Madsen JK. There Is No Gap “Per Se” Between Theory and Practice: Research Knowledge and Clinical Knowledge Are Developed in Different Contexts and Follow Their Own Logic. *Nursing Outlook* 2002. Vol.50 (5):204-12.
6. Holm C. I rask løb mod lykken. *Medlemsblad Fagligt Selskab for udviklingssygeplejersker og kliniske oversygeplejersker* dec. 2007:15-8.
7. Zeitler U. Bæredygtig udvikling I: Bjerg K et al (red). *Perspektiver på udvikling. Udviklingsinitiativet for sygeplejerskeuddannelsen i Århus Amt* 2004: 171-89.
8. Frederiksen J. Konstruktionen af en moderne sygeplejerske. *Klinisk sygepleje* 2009;23 (1):13-22.

»» ENGLISH ABSTRACT

Frederiksen J. Credit students have potential for sustainable nursing. *Sygeplejersken* 2010;(9):68-71.

The background for the article is experience from the establishment of a special course for social and healthcare assistants involving credit of 60 ECTS points toward nurse training in Nordsjælland. The credit students are analysed in the article in relation to problems and challenges for the health service in the future. An enhanced inter-professionalism is seen as essential if the health service is to live up to these challenges. A role, the college of nursing and clinical practice must seek to enhance through nurse education. Fundamental nurse education highlights three paradoxes, which identify contradictory tendencies between the national, skill-focused educational thinking, and the international trend towards a humanistic tradition focused on academisation. Sustainable nursing offers us a taste of the direction nurse education can move in, in order to achieve a better balance. Credit students are seen as a sustainable option: for future nurses with an increased connection with clinical practice.

Key words: Sustainability, credit students, nursing, nurse education.

Redaktionen modtager en del bøger hvert år. Vi sender ikke alle til anmeldelse, men vælger dem, som har et fagligt eller et personligt budskab til sygeplejersker generelt eller til grupper af sygeplejersker, f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker eller ledende sygeplejersker. Vi har et fast korps af anmeldere, som har en særlig viden om det emne, de anmelder.

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh

Et vindue til glæde, lettelse og forsoning

**Palliation på
Kamillianergaarden –
munkenes gamle sygehus**
Kamillianergaarden 2009
150 kr. + forsendelse og
administration (60 kr.)
ISBN 978-87-99344-60-4



Center for lindrende behandling i Aalborg fejrer 10-års-jubilæum. I den anledning har det palliative team, hospice og støtteforeningen udgivet en bog, og gennem bogen ønsker de at videregive nogle af deres erfaringer. "Målet har været at åbne et vindue ind til vores verden – en verden, der, i modsætning til hvad mange tror, også rummer megen glæde, lettelse og forsoning," siger hospicechefen.

Og hvad ser man så gennem dette vindue? Man ser, at livet leves, sorgen rummes, og man bliver præsenteret for et sted, hvor "selv kaldeapparats lyd opleves beroligende" og bliver vidne til "at nogle gange er ingen behandling den bedste behandling." Der levnes ikke megen plads til at fortælle den 10-åriges historie – det gøres ganske kort – og flot. Hovedvægten er lagt på nutidens arbejde med palliation, og dette arbejde skildres med varme og ildhu.

Det er journalist Dorte Kvist, som skriver ud fra samtaler med forskellige personer på hospice: en pårørende, en sygeplejerske, en frivillig, lægen, præsten og psykologen. Og hun skriver på en nær-

værende måde, det er som om, man selv er til stede i samtalerne og kan se det hele for sig: se den døende, de pårørende og næsten mærke hospiceomsorgen fra stedet hvor "intet behov bliver overset", som en pårørende udtrykker det.

I bogen er der også bidrag fra forskellige fagpersoner, som har været eller fortsat er tilknyttet hospice, f.eks. er der et meget visionært indlæg af tidligere souschef Karen Marie Dalgaard, hvor det ikke kun gælder om at se ind ad vinduet til hospice, men hvor man også ser ud ad vinduet og sætter fokus på den gode død uden for hospice.

Bogen er illustreret med sort-hvide fotos, hvor man følger en patient gennem forløbet indtil døden.

En perle af en bog med en for mig noget afskrækkende titel, der minder om klosterliv og middelalder. Men åbnes bogen, ser man ind i en verden, hvor livet leves lige nu i al dets mangfoldighed, et liv, hvor døden, men også det intense liv, er en fast bestanddel af hverdagen.

*Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist,
Diakonissestiftelsens Hospice på Frederiksberg.*

Patienten er en længe ventet gæst


Bogen henvender sig til fagfolk med interesse for behandling af unge med psykose. Forfatterne håber, at også de unge og deres pårørende kan få glæde af bogen. Det betyder, at nogle områder i bogen beskrives meget enkelt og kortfattet, mens andre områder henvender sig til professionelle med udgangspunkt i en grundlæggende teoretisk forståelse. Det giver selvsagt bogen en lidt ujævn profil.

Der præsenteres en velstruktureret gennemgang af skizofreni og psykose hos unge, medicin og andre behandlingsformer samt forebyggelse med udgangspunkt i OPUS-modellen, hvor samarbejdet med de unge og pårørende er grundlæggende for behandlingen. Den unge patient bør betragtes som en længe ventet gæst, der inviteres ind af behand-

lerne for at etablere grundlaget for en respektfuld relation. Relationen kan være med til at fastholde den unge i et længerevarende behandlingsforløb med sigte på at forebygge tilbagefald. Der arbejdes med sygdomsforståelse og indsigt for at give den unge og familien viden, erfaring og konkrete færdigheder i hverdagen, så isolationen brydes, og den unge kan vende tilbage til kontakten med det omgivende samfund og måske genoptage et studie- eller erhvervsliv.

I flere af kapitlerne tager forfatterne fat i faglige og etiske problemstillinger i behandlingsarbejdet. Det er nogle af de mest interessante områder i bogen. Som professionel kan man desuden finde behandlingsmodeller og skemaer, der kan inspirere og anvendes i egen behandlingspraksis.

Det kære væsen er slidt i kanten

 15 forfattere med særlig erfaring fra eller indsigt i det danske sundhedsvæsen vidner i denne bog på overbevisende måde om nødvendigheden af, at vi forandrer og forbedrer vores organisation af det kære væsen, der ikke bare er slidt i kanten, men også frønnet i midten. Især er det pinende nødvendigt, at håndteringen af de medicinske patienter ændres radikalt.

Hvis man ikke har tjek på de relevante statistikker, hjælpes man godt på vej af de sundhedsøkonomiske indlæg. Her får man et overblik over diagnoseprocenter, komplikationsoversigter (en rigtig gyser), genindlæggelser og mange andre relevante data. Den uhensigtsmæssige finansieringsstruktur vedrørende de forskellige parter i sundhedssektoren belyses også.

Alle indlæg er velskrevne og tydelige, men overlæge Thomas Gjørups to indlæg er mest tankevækkende. Primært fordi han så klart går ind for at nedtone sengelejets rolle i sygehusenes behandling og meget overbevisende argumenterer for, at langt flere behandles ambulantly. Sengeleje kræver tid, forsinker undersøgelserne og sygeliggør de gamle. Gjørup jagter også overlægerne ud af deres friaftener og fredelige søndage (som forresten ofte bruges til ekstraarbejde). Det er alt for omkostningsfuldt, at

unge, utrænede læger passer alle vagter. Fejldiagnosticering og mangelfuld behandling florerer.

De ældre medicinske patienter har stået i skyggen af fokus på specifikke patientgrupper, især kræft og hjertepatienter. Men desværre indebærer det ikke, at de store grupper af f.eks. diabetikere og hjertepatienter er blevet meget bedre hjulpet. I landet, der har vundet en pris for god diabetesbehandling, behandles 75 pct. af diabetikerne ikke optimalt, og kun 16 pct. af hjertepatienterne gives et tilstrækkeligt kendskab til de livsstilsændringer, de bør foretage for at forbedre deres overlevelse. Intet under at vi sækker agterud i lev længst-konkurrencen.

Dette er en bog med gode indsigter i problematikken omkring medicinske patienter med flere diagnoser og fremskreden alder. Der fremlægges fremragende forslag til, hvordan man kan forbedre håndteringen baseret på forsøg, der klart viser, at det også kan svare sig at gøre noget. Den er relevant for alle i sundhedssektoren, som har en interesse i at få løst problemet med medicinske patienter.

Læs den før den nødvendige omorganisering begynder.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.

For personale, der til daglig arbejder med OPUS, vil stoffet være velkendt, men bogen kan være en udmærket opslagsbog. For nyt personale og studerende giver bogen en glimrende viden om psykose og om nogle af de seneste behandlingsformer med dokumenteret effekt, f.eks. kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation, flerfamiliegrupper, socialfærdighedstræning og pårørendesamarbejde.

OPUS bygger på en holdning om, at patienten er en længe ventet gæst, en samarbejdspartner, en person med selvstændige præferencer, som behandlingen skal tilpasses. Da jeg læste bogen, overvejede jeg denne forståelse set i forhold til tidligere tiders opfattelse af begrebet patient. Et ord, der i bogen nævnes oftere end den unge.

Bogen kan inspirere til dialog mellem stude-

rende og personale om, hvordan nytænkning i eksisterende begreber kan have indflydelse på vores opfattelse og identificering af egen rolle som behandler. Måske eksisterer de to forståelser samtidig og stikker ubevidst hovedet frem oftere, end vi tror?

Af Lone Monsen, sygeplejerske i børne- og ungdomspsykiatrisk speciallægepraksis.



Kristian Lund m.fl.

Skammekrogen – debatbog om medicinske patienter

Dagens Medicin 2009

202 sider – 250 kr.

ISBN 9788792453037



Merete Nordentoft, Marianne Melau, Tina Iversen og Sanne Kjær (red.)

Psykiatri hos unge – symptomer, behandling og fremtid

Psykiatrifondens Forlag

272 sider – 190 kr.

ISBN 978-87-90420-68-0

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF JETTE BAGH, EVY RAVN OG EN GÆSTEKLUMMIST

Af Jette Bagh, cand.cur. fagredaktør på Sygeplejersken

Askeramt

Copenhagen Airport fredag. Moster Ida og hendes mopsede teenagerdatter Laura kommer hjem fra Portugal med fire dages forsinkelse. Hele familien er trommet sammen og står parate i terminal 3 med flag, champagne og brede smil. Endelig er de hjemme, de kære familiemedlemmer. Det er godt nok ikke hverken hver eller hver anden dag, himlen over Europa er stille pga. flyveforbud. Men hånden på hjertet, er vi ikke ved at tage prisen som verdens kedeligste og mest selvoptagne folk, når det eneste, der kan få os op af stolene, er en forsinket hjemkomst? Der er da sådan set rigeligt med alvorligere problemer at engagere sig i.

Da en dansker strandet i Beijing med patos og ansigt som en dødsmaske på tv sagde: "Nu ved jeg, hvordan det er at være asylansøger i Sandholmlejren og leve i uvished," var min første tanke "hvornår må jeg brække mig!" Den blev hurtigt efterfulgt af en ny tanke. "Nej, du ved lige præcis ikke, hvordan det er at være asylansøger i Sandholmlejren. For der er forskel på den uvished, der varer i måneder og år, og den, der varer fra en til tre uger og med sikkerhed ophører på et eller andet tidspunkt." Men det kunne jeg ikke sige til ham, så jeg siger det her.

Hvis jeg må foreslå et par andre presserende emner, så er der situationen for det islandske folk, flyselskabernes balance på fallittens rand, herunder vores eget skrantende SAS, situationen i sundhedssektoren og den elendige danske økonomi.

Sygeplejersker er blevet sagt op fra den ene dag til den anden, og det kan jeg ikke mindes nogensinde at have oplevet før. Der er konkurrence om jobbene, det giver arbejdsgiverne mulighed for at fiske de bedst kvalificerede, så det er en god idé at blive ved med at gøre det, man altid har gjort: Holde sin viden ajour. Der bliver brug for at dokumentere, at man ikke har sovet faglig tornerose-søvn, mens arbejdslivet stilfærdigt passerede forbi.

Og de mandlige sygeplejersker, er sygeplejerskemajoriteten egentlig interesseret i at gøre sygeplejerske til et m/k-job, eller er det bare til pynt, vi taler om den sag? Det er i hvert fald ikke meget, vi gør for at øge de 3,6 pct. mænd i faget til noget, der ligner en ligelig fordeling og afspejler befolkningens sammensætning. Kvinder bliver jagerpiloter, koncerndirektører og rygkirurger, men mænd bliver stadigvæk ikke sygeplejersker.

Vi har 700.000 på overførselsindkomst i dette land, heraf mange unge mennesker med en forhistorie som sindslidende. De kan udmærket behandles og blive raske frem for at få tilkendt livslang førtidspension, men der er hverken psykiatrisk ekspertise nok eller evidensbaserede retningslinjer for, hvilken behandling der hjælper de unge bedst. Desuden viser forskningen, at vi hellere vil arbejde sammen med en blind end med en psykisk syg eller eks-syg. Det er åbenbart det absolut værste, man kan byde en normaldansker.

Befolkningen på Island blev askeramte, det gjorde flytrafikken også, og spørgsmålet er, om ikke vi danskere længe har befundet os i en eller anden form for askesky.

Vi bruger tid på at diskutere, om homoseksuelle må blive viet i en kirke eller ej, om tørklæder er undertrykkende eller frigørende, og om vejrværten på TV2 må stå foran Jylland, når hun fremsiger vejrudsigten. Jeg vil foreslå, at vi kollektivt stikker hovedet op over askeskyen og betragter verden omkring os. Måske dukker der i det klare lys nogle emner op, som det er værd at sætte på dagsordenen.

jb@dssr.dk

SYGGEPLEJERSKEN **JOB**

Region Hovedstaden

>>> 77

Region Sjælland

>>> 78

Region Syddanmark

>>> 79

Region Midtjylland

>>> 80

Region Nordjylland

>>> 82

Udland

>>> 83

**Sundhedsvæsenet i Grønland
søger chefsygeplejerske >>> 84**