

5.200 sygeplejersker
sexchikaneres

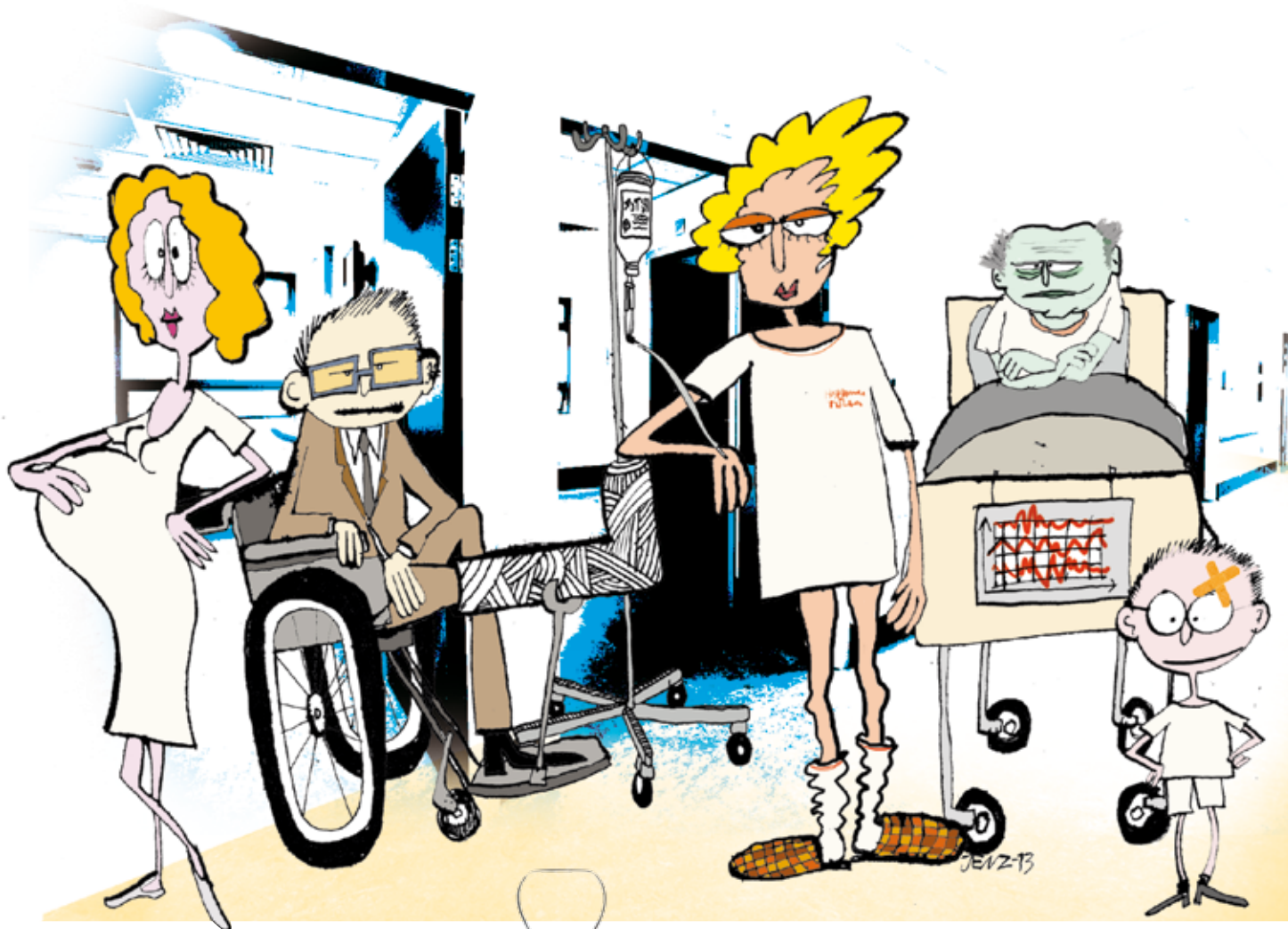
På job
Tjek på patientsikkerhed

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 2 • 25. JANUAR 2013 • 113. ÅRGANG

PATIENTER

LYT TIL OS



Når livet ebber ud
To nye tilgange til palliation

De guider patienter, som er
faret vild i sundhedssystemet

Jobbe i Norge :-)

Dedicare vant avtale med alle sykehus i Norge for de neste årene. Vi trenger da enda flere sykepleiere, intensiv sykepleiere, anesthesi sykepleiere og operasjonssykepleiere.

Lønn sykepleiere fra 350 000 til 420 000 pr år + gode UB- og ovetidstillegg. Lønn spesialsykepleier fra 380 000 til 450 000 pr år + gode UB- og ovetidstillegg. Vi dekker reise og bolig.

Dedicare er et autorisert vikarbyrå med avtale med alle sykehus og mange kommuner. Vi er den største leverandør av spesialsykepleiere til norske sykehus.

**Vi på Dedicare
ønsker deg godt nyttår!**

Kontakt oss enten via **www.dedicare.no**
eller kontakt oss via mail **rekruttering@dedicare.no**
eller ring **+47 74 80 40 70**



www.dedicare.no

DEDICARE
Vi bemanner med glede

Vælg dine
basisbøger
spar op til
598 kr.

Få **2** bøger for kr. **0,-**

+ 39 kr.
i porto og eksp.



Få ny inspiration til dit fag og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og sundhed - spar flere hundrede kroner på dine bøger.

Velkommen i Bogklubben for Sundhedsprofessionelle

Anita Egelund, redaktør

Meld dig til på Sundhedsprof.dk
klik på Bliv medlem
og brug tilbudskoden: **sundhed**

Velkomstillbud fra:
sundhedsprof.dk

KORT

- 6 De guider patienter, som er faret vild i sundhedssystemet**
Syv sygeplejersker fra Silkeborg tilbyder privat rådgivning til patienter, som har mistet overblikket over deres sundhedsforløb.

TEMA OM KOMMUNIKATION

- 16 Patienterne kræver at blive lyttet til**
Patientinddragelse er mantræet i sundhedsvæsenet i disse år. Det kræver en helt ny og helhedsorienteret måde at opfatte og arbejde med kommunikation på.
- 22 Patientkultur i historisk perspektiv**
Patienter har en anden tilgang til sundhedsvæsenet end tidligere. Antologien "Patientologi - at være patient" beskriver patientrollens udvikling fra starten af 1800-tallet.

BAGGRUND

- 26 POR3T af etikken**
Sygeplejen er fuld af etiske beslutninger og dilemmaer. Sygeplejersken har talt med tre sygeplejersker, som har valgt at arbejde med de etiske overvejelser tæt inde på livet.

NYT FRA DSR – DIN ORGANISATION

- 30 5.200 sygeplejersker oplever sexchikane**
På 10 år er antallet af sygeplejersker, som føler sig seksuelt krænket på jobbet, fordoblet. Dansk Sygeplejeråd vil have fokus på området.
- 34 Tag med på ICN-kongres i Australien 2013**
Mød kolleger fra hele verden, når den internationale sygeplejerskeorganisation, ICN, afholder kongres i Melbourne, Australien, i 2013.
- 36 Der er et menneske bag hver undersøgelse**
På radiologisk afdeling på Ringsted Sygehus betjener sygeplejersker topmoderne elektronisk udstyr. Formand Grete Christensen tog i klinik på afdelingen, der også tager ansvar for ansatte med funktionsnedsættelser.
- 38 OK13-krav tager afsæt i virkeligheden**
Sundhedskartellet har udtaget krav om kompetenceudvikling, arbejdet i MED og arbejdstid. Kravene har forankring i virkeligheden. Læs tre historier, som uddyber baggrunden for kravene.

BAGGRUND

- 44 De sætter krydser for patientsikkerheden**
En daglig tjekliste sikrer, at alle patienter i Kardiologisk afsnit M2 i Horsens bliver observeret og screenet som planlagt.



69



FAGLIG INFORMATION

54 Sammenhæng mellem sedation, delirium og PTSD

Ph.d.-projekt viste, at delirium ikke efterfølgende havde indflydelse på PTSD, angst og depression.

FAGLIGE ARTIKLER

58 Fokus på børns smerter forkorter indlæggelsestiden

Nyt behandlingsregime betyder, at små børn smertescoreres ensartet, og at smerterne behandles ensartet.

61 Dialogpjece sætter ord på smerterne hos kræftpatienter

Onkologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital har udarbejdet "Smertedialogpjece", der giver mulighed for tættere dialog om smertetype, lokalisering og intensitet.

66 Positioner i samtalen med den alvorligt syge og døende patient

I samtalsituationer med alvorligt syge og døende patienter skal sygeplejersken lytte, spørge og derved hjælpe patienten til at udholde at være i sin svære livssituation.

69 Teori & Praksis: En særlig tilgang ved forestående død

Hospice Djursland har valgt at arbejde efter modellen de seks S'er. Læs om indholdet bag de enkelte S'er og den sygepleje, der er knyttet til dem.

I HVERT NUMMER

8 Studerende i praksis

11 Testen

12 Statistikken

13 Dilemma

14 Historisk

42 5 faglige minutter

46 Parentes

48 Boganmeldelser

50 Debat

51 Navne

52 Mindeord

85 Stillingsannoncer

88 Kurser/møder/meddelelser

91 Kontakt

FORSIDEILLUSTRATION: JENS KOUDAHL

Den værdige død

Vi skal alle dø, og skulle vi glemme det, bliver vi mindet om det i Anders Lund Madsens seneste dokumentar. Sygeplejersker bliver konfronteret med døden mange gange i vores arbejdsliv, men alligevel er det sundt for både samfundet og vores profession at stoppe op og forholde os til, hvordan vi tackler døden.

De faglige artikler her i bladet sætter fokus på palliativ sygepleje. Det er også vedkommende læsning for sygeplejersker, der ikke arbejder på et hospice. For selvom hospice er et fantastisk tilbud - jeg har besøgt sygeplejerskerne på flere af dem - og selvom sygeplejerskerne her er mestre i at håndtere døden, så er virkeligheden, at de fleste danskere enten dør på et hospital eller i deres eget hjem.

Netop det sidste - at dø hjemme - er noget, vi skal fokusere lidt mere på, for mange danskere vil helst dø hjemme. Men noget går galt, når mange patienter alligevel tilbringer de sidste dage og timer på en sengestue.

En af løsningerne ligger ligefor i kommunerne, som har en vigtig opgave i at støtte borgere og pårørende, så de kan blive i hjemmet. Det kan ske ved at ruste hjemmesygeplejen gennem mulighed for sparring med et palliationsteam. Det bør være muligt alle steder i landet.

Regionerne skal opruste den komplekse og specialiserede sygepleje til døende gennem fortsat udvikling af palliations-team og hospice, og kommunerne skal opruste på den basale sygepleje til døende. Sygeplejerskerne i kommunerne arbejder allerede meget med døende, men der er behov for, at kommunerne sætter mere ind med kurser og efteruddannelse. Jo mere viden sygeplejersker har, jo mere trygge kan borgeren og de pårørende føle sig.

Alle skal have den bedst mulige død. Sygeplejersker har så mange kompetencer, der kan medvirke hertil. De kompetencer skal sundhedsvæsenet udvikle og bruge rigtigt.

Grete Christensen
Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 15. FEBRUAR

LÆS BL.A. OM:

- Tema om patientens søvn
- På job i søvnlaboratoriet
- Teori & Praksis om rigtig brug af støttestrømper

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
 snp@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4193
 Mobil: 4013 3802

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

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

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

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

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2012: 73.184 eksp.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement
 840,00 kr. + moms
 Løssalg:
 64,00 kr. + moms
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:
 Kontakt Medlemsregisteret
 Tlf. 3315 1555
 medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver
 Dansk Sygeplejeråd
 Sankt Annæ Plads 30 Postboks 1084
 1008 København K
 Tlf. 3315 1555
 redaktionen@dsr.dk www.sygeplejersken.dk
 ISSN 0106-8350

Tryk
ColorPrint

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

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

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidskriftet.

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret. Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Døende får stød fra deres ICD-enhed

Døende patienter risikerer at få stød fra deres pacemaker i en situation, hvor helbredelse i øvrigt er udelukket. Det skriver det svenske fagblad for sygeplejersker "Dagens Sjuksköterska".

En undersøgelse fra Danderyd Sjukhus viser, at hveranden patient med ICD-enhed ikke får denne inaktiveret, når de ligger for døden. Dermed risikerer de et smertefuldt stød, selvom det står i deres journal, at der ikke skal iværksættes livreddende behandling i tilfælde af hjertestop. Bag undersøgelsen står sygeplejerske Annika Kinch Westerdahl.

Hun er ansat på arytmiklinikken på Danderyd Sjukhus og er samtidig i gang med en afhandling om ICD-behandling i livets slutfase.

Annika Kinch Westerdahl præsenterede i 2012 sine resultater på hjertekongressen ESC i München. De viser bl.a., at næsten hver tredje patient havde fået mindst ét stød fra sin pacemaker i sit sidste levedøgn. Ud af et patientmateriale på 100 ICD-patienter fik 10 pct. af dem mere end 10 stød i løbet af deres sidste 24 timer.

En kvinde, som var lammet og ude af stand til at kommunikere med omverdenen, fik hele 194 stød fra sin ICD-enhed i løbet af sine sidste fem døgn, skriver "Dagens Sjuksköterska".

(ah)

Læs mere på www.dagenssjukskoterska.se og søg på "Defibrillatorn chockar döende patient."

De guider patienter, som er

TEKST: JAKOB KEHLET • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Syv sygeplejersker fra Silkeborg tilbyder privat rådgivning til patienter, som har mistet overblikket over deres sundhedsforløb.

Stakken af skemaer, indkaldelser, brochurer, informationsfoldere og andre vigtige papirer kan være høj hos de patienter, der har deres daglige gang i det danske sundhedsvæsen, og det kan være vanskeligt at navigere i kommunikationsstrømmen - især hvis man tilhører den ældre generation.

Det er med baggrund i kombinationen af voksende informationsmængde og manglende tid i sundhedsvæsenet, at syv erfarne sygeplejersker fra Silkeborgområdet i februar 2012 åbnede deres eget rådgivningsfirma. De har alle hovedbeskæftigelse i sundhedsvæsenet, men løser private opgaver i fritiden.

"Patienter vil gerne have den bedste

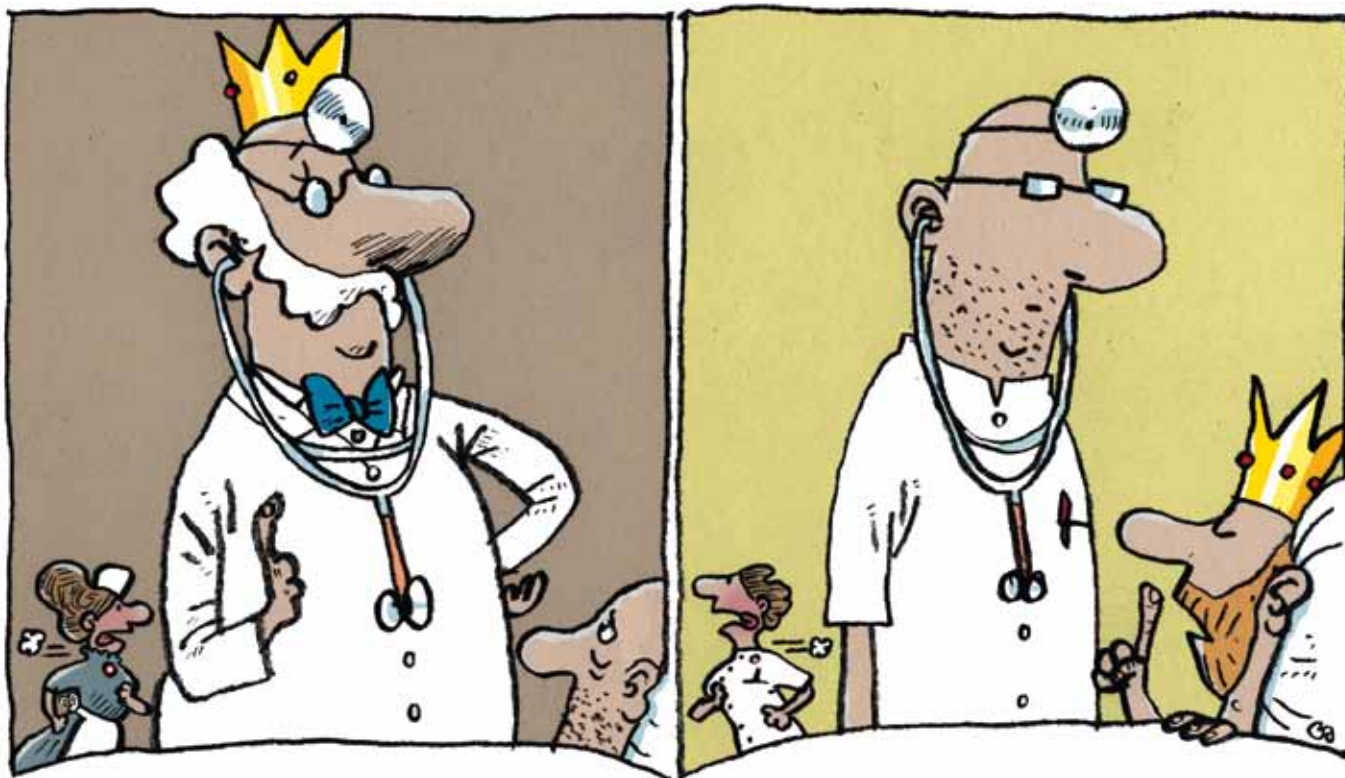
behandling, og sundhedsvæsenet er blevet mere specialiseret. På de enkelte afdelinger fordyber man sig i en problemstilling, men de råd, som en patient får i én del af sundhedsvæsenet, kan ofte være svære at kombinere med dem, patienten får et andet sted," siger Birgitte Nyboe, som tog initiativet til at formalisere samarbejdet mellem de syv i Nybo-E konsulenterne.

Ingen klokker

De syv var tidligere kolleger på en akut hjertemedicinsk afdeling, hvor snakken ofte handlede om, at der manglede fred og ro til at give patienterne de mange informationer, som er nødvendige.

"Vi drømte om at kunne skabe et roligt forløb uden klokker og andre forstyrrelser," siger Hanne Østergaard, der stadig arbejder på Hjerterafdelingen på Skejby Sygehus.

ILLUSTRATION: GITTE SKOV



Visse ting har ændret sig på hospitalerne siden starten af 1800-tallet. Læs artiklen "Patientkultur i historisk perspektiv" på side 22.

r faret vild i sundhedssystemet

Hun har for nylig ydet privat rådgivning til en ældre mand, som led af forskellige sygdomme og gik til behandling på næsten lige så mange ambulatorier. Han havde mistet overblikket over, hvilken rækkefølge han skulle gribe de mange - indimellem modstridende - opgaver fra sundhedsvæsenet an.

"Jeg besøgte ham to gange, og sammen fandt vi ud af, hvad han rent faktisk havde styr på, og hvad han skulle prioritere i forhold til en kommende konsultation hos sin praktiserende læge. Man kan jo ikke møde op hos lægen med en hel vifte af emner til 15 minutters konsultation, siger Hanne Østergaard, der også tilbyder at gå med til lægekonsultationer som bisidder.

På trods af, at Nybo-E konsulenternes brochure ligger i venteværelset hos en lang række praktiserende læger, fysioterapeuter, tandlæger, kiropraktorer og i di-



Birgitte Nyboe og Hanne Østergaard tilbyder for 725 kr. i timen at hjælpe med at få overblik over behandlingen i sundhedsvæsenet.

verse medborgerhuse, så har der indtil videre kun været en håndfuld henvendelser.

"Læger, kiropraktorer og fysioterapeuter har længe tilbudt deres ydelser gennem selvstændig virksomhed, men det står nok ikke helt klart endnu i befolkningen, hvad det egentlig er, sygeplejersker kan tilbyde," siger Birgitte Nyboe.

Læs mere om de private sygeplejerskekonsulenter på www.nybo-e.dk. Læs også tema om kommunikation på side 16.

Psykisk syge vil gerne ændre livsstil

Der er både leveår og livskvalitet at vinde, hvis man kan få psykisk syge borgere til at ændre livsstil. En ny rapport fra Vidensråd for forebyggelse viser, at psykisk syge - stik mod alle fordomme - er interesserede i at ændre uhensigtsmæssige vaner og leve sundt. Og det er der stort behov for. Psykisk syge lever i gennemsnit 15-20 år kortere end gennemsnitsbefolkningen og har en overdødelighed indenfor en lang

række sygdomskategorier. F.eks. dør mennesker med psykiske lidelser dobbelt så hyppigt af hjerte-kar-sygdomme og blodprop i hjernen. Én af årsagerne skal søges i, at psykisk syge ryger mere, dyrker mindre motion og generelt får en dårligere kost.

Mere end 200.000 danskere er i behandling for en psykiatrisk lidelse som depression, bipolar sygdom eller skizofre-

ni og risikerer altså at dø mange år for tidligt.

Psykiateren Merete Nordentoft, der er formand for arbejdsgruppen bag rapporten "Psykisk sygdom og ændringer i livsstil", opfordrer til et styrket samarbejde mellem psykiatrien, almen praksis og de kommunale tilbud.

(ah)

STUDERENDE I PRAKSIS

Fra snæversyn til åbenhed og engagement

AF KRISTINE FIIRGAARD, SYGEPLEJESTUDERENDE PÅ MODUL 14, UCSJ ROSKILDE

En studerende begrænser sig selv i begyndelsen af sygeplejerskeuddannelsen, for hun ved på forhånd, hvad der er interessant, og hvad der ikke er. Siden bliver hun klogere og mere åben over for fagets mange aspekter og udøvere.

Inden jeg tog hul på første modul, havde jeg en klar forventning om, hvad jeg ville med sygeplejerskeuddannelsen. Og hvad jeg bestemt ikke syntes var spændende. Det resulterede i, at jeg var meget snæversynet og begrænsede mig selv i at se de mange muligheder og variationer, der er indenfor faget. Jeg har været igennem alle mine klinikperioder, og nu er jeg glad for, at jeg har prøvet så meget forskelligt. Efter hver praksis har jeg efterfølgende tænkt, at det her ville jeg egentlig også gerne arbejde med.

Jeg har erkendt, at vigtigheden af et åbent sind, indlevelse, engagement, og selvfølgelig faglige kvaliteter fra både kliniske vejledere og ikke mindst fra den studerende, er det, der former et optimalt klinisk forløb. Som studerende synes jeg, at man har en forpligtelse over for sit kliniksted i form af at kunne udtrykke sine forventninger, bedste indlæringsmetoder, og især hvordan man personligt udvikler sig bedst.

I klinikken er der rig mulighed for at spejle sig i rollemodeller. Det kan være andre end den kliniske vejleder. Prøv at åbne øjnene for alle de faglige kvaliteter hos hver enkelt fagperson - andre faggrupper kan også være inspirationskilde til at forme dig som den sygeplejerske, du skal være.

Det er herligt at sidde efter de første 12 moduler og erkende, at jeg ikke er så bekymret for snart at være færdig som sygeplejerske. Mulighederne er mange - og heldigvis. Det er et privilegium at få en professionsbachelor, som ikke er en ensrettet vejviser til erhvervslivet, men derimod åbner dørene for mange



ARKIVFOTO FRA SKADESTUEN | IODENSE: ALEX TRAN

forskellige grene af den sundhedsfaglige verden. Jeg stræber selv efter at blive stud.cur., da jeg ser vigtigheden af ikke blot at have kompetente sygeplejersker i praksis, men også af, at sygeplejersker videreuddanner sig af hensyn til faget og fagets udvikling med henblik på at tilføre ny viden og evidens til praksis.

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

Gåture nedsætter kvinders risiko for slagtilfælde markant

210 minutters gang om ugen sænker risikoen for slagtilfælde hos kvinder med op mod 43 pct. Det viser ny forskning, der er offentliggjort i december 2012 i American Heart Associations tidsskrift Stroke. Forskerne har fulgt ca. 33.000 mænd og kvinder fra 1992-2006. Ifølge Medical News Today var det kvinderne, der havde gavn af gåturene, mens der ikke kunne findes en signifikant sammenhæng mellem gåture og slagtilfælde hos mændene. Kønsforskellene kan skyldes, at mændene, der deltog i forsøget, generelt var i bedre form, da de startede i forsøget. Verdenssundhedsorganisationen WHO forventer, at antallet af slagtilfælde vil stige i takt med, at verdensbefolkningen øges. WHO's internationale anbefalinger er uanset køn moderat motion minimum 150 minutter om ugen.

(mdk)



IMAGE COURTESY OF THE HEALTH AND SAFETY LABORATORY

Bræksyg robot belyser Roskildesygge

Forskere fra the Health and Safety Laboratory i England har konstrueret robotten "Vomiting Larry", der viser, hvor langt smitsom novovirus, som kendes fra Roskildesygge, spreder sig, når en smittet person kaster op. Larry består af en krop, der fyldes med vand og en selvlysende væske, og et hoved med åben mund, som væsken pumpes ud af.

"Ved normal belysning kan vi kun se det område, hvor Larry rent faktisk kastede op. Men under UV-lys kan vi se, at partiklerne spreder sig langt mere end det - over tre meter," fortæller Larrys opfinder Catherine Makison-Booth til ABC News.

Forskerne mener derfor, at områder, som skal desinficeres, hvis smittede personer kaster op, er større end tidligere antaget. Ifølge ABC News kan virus leve ca. 12 dage i et område, hvor en person har været syg.

(mdk)

Falsk sygeplejerske fyret

En svensk kvinde er blevet fyret og politianmeldt, efter det er kommet frem, at hun er blevet ansat som sygeplejerske uden at være uddannet og på falske papirer.

"De så helt korrekte ud, og det var først ved en tilbundsgående kontrol, vi opdagede, at papirerne ikke var korrekte, siger personalechef for Jönköpings sygehusområde Hans Dahlberg til Sveriges Radio.

Kvinden nåede at arbejde to år på den psykiatriske klinik på amtssygehuset Ryhov i Jönköping, hvor hun bl.a. havde ansvar for medicinbehandling.

Spanske sygeplejersker demonstrerer

Flere tusind spanske sygeplejersker og læger har i januar demonstreret mod myndighedernes planer om at privatisere dele af det offentlige sundhedsvæsen i Madrid-regionen. Demonstranterne frygter, at privatiseringer vil brede sig til landets øvrige 17 regioner.

"Folk i regeringen har penge, så de er ligeglade, hvis de skal betale for sundhedsydelser," siger Aurora Rojas, som selv er sygeplejerske, ifølge ABC News.

"Men resten af os, der bare har en almindelig løn, vil ikke få råd til ordentlig behandling," siger Aurora Rojas.

Alt for ærlige forskere

"Blodprøver blev centrifugeret ved 1.500 omdrejninger pr. minut, da centrifugen siger en skræmmende lyd ved højere hastigheder." Lyder det som en noget uakademisk tilgang til forskning, er det ikke desto mindre neurologen Dr. Seymours beskrivelse af sit arbejde på det sociale medie Twitter, og han er langt fra alene. Over hele verden "afslører" forskere deres mere eller mindre besynderlige videnskabelige metoder og tilgange til alt fra medicinske forsøg og Foucaults teorier. Følg forskerne på Twitter #overlyhonest-methods

Ulykker får følger

Mange ulykkesofre må slås med langvarige følger i form af smerter i bevægeapparatet. Samtidig lider de ofte af hovedpine, søvnbesvær, nervøsitet og nedtrykthed. En undersøgelse fra Statens Institut for Folkesundhed, SFI, viser, at 7 pct. af alle voksne danskere lever med følger fra en ulykke. En tredjedel af disse opgiver, at følgerne begrænser dem i deres hverdag.

Kun lidt over halvdelen af de personer, der er ramt af følger efter en ulykke, vurderer deres eget helbred som godt. Til sammenligning er det i befolkningen som helhed 79 pct., der opgiver, at de har et godt helbred.

Færre svenske organer

Efter flere års stigning falder antallet af organtransplantationer nu i Sverige. Ifølge det svenske fagblad for ansatte i sundhedssektoren, "Vårdfokus", står 775 svenskere i kø til ét eller flere organer. Årsagen er, at færre organer - specielt nyrer - doneres.

Ulighed hos tandlægen

Den sociale skævhed viser sig også i tandlægestolen. For mens de unge og veluddannede jævnligt får foretaget forebyggende behandling som tandrensning, røntgen m.v. under deres ophold hos tandlægen, nøjes de lavtuddannede typisk med at få repareret deres huller med en tandfyldning.

En ny rapport fra Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning, KORA, peger på en sammenhæng mellem tandsundhed og generel sundhed. Herunder livsstil, medicinforbrug samt forbrug af tandplejeydelser. Rapporten er baseret på tal fra Tandundersøgelsen, som er en del af KRAM-undersøgelsen. 4.402 borgere fra 13 kommuner har deltaget i undersøgelsen. 75 pct. af deltagerne gik regelmæssigt til tandundersøgelse, hvilket er hyppigere end gennemsnitsbefolkningen.

Undersøgelsen viser, at godt 5 pct. var prædiabetikere (forhøjet blodsukkerniveau). Prædiabetikerne havde øget tilbøjelighed til at have færre end 20 af deres egne tænder tilbage.

(ah)

Sundhedsplejersker i krig mod lus

Vejle Kommunes sundhedsplejersker har igangsat kampagnen "Væk med lus", hvor der i januar er uddelt 23.000 tættekamme i dagplejen, vuggestuer, børnehaver og skoler.

"Hvis alle børn bliver kæmmet på en og samme dag, vil vi komme langt de fleste lus til livs. Så kan lusene ikke smitte fra det ene barn til det andet. Derfor er det vigtigt, at alle forældre gør en indsats på samme tid. Det nytter," siger sundhedsplejerske Inger Marie Larsen til lokalavisen Budstikken.

Kampagnen er planlagt til at køre to gange årligt i 2013 og 2014 og foregår i samarbejde med en biolog, der har forsket i lus.

(mdk)



Flere og flere Sygeplejersker tager vores kurser og uddannelser

Ønsker du også en efteruddannelse med stor fleksibilitet?

Vi er i hele landet og har dag-, aften- og weekendhold. Nogle kurser kan læses helt eller delvis på nettet.

Du kan blandt andet blive:

- Kostvejleder og Slankekonsulent - Kr. 8.900,-
- Positiv Psykologi Vejleder - Kr. 8.900,-
- Mindfulness Instruktør - Kr. 8.900,-
- Sundheds- og Livsstilscoach - Kr. 12.750,-
- Massør og Sportsmassør - Kr. 21.500,-
- Zoneterapeut - Kr. 42.500,-



Bestil gratis brochure og læs mere på www.atwork.dk

Rathsacksvej 1 - 1862 Frederiksberg C - E-mail: info@atwork.dk - Telefon: 44 48 61 00

ATWORK
MED GARANTI FOR FAGLIGHED

TESTEN

Kan du dit fagblad? Vær med i lodtrækningen om et gavekort til Magasin til en værdi af 250 kr. Vi trækker lod blandt de indsendere, som har svaret rigtigt på flest spørgsmål. Du finder alle svar i dette nummer af Sygeplejersken.

1. Hvor mange danskere er eksrygere?

- a. 1,5 mio.
- b. 1,7 mio.
- c. 2,2 mio.

2. Et treårigt projekt skal styrke kommunikationen på de fire sygehuse, der udgør Sygehus Lillebælt. Hvad hedder projektet?

- a. Projekt god kommunikation.
- b. Det kommunikerende hospital.
- c. Klar tale til patienterne.



3. Sygeplejeetisk Råd har netop revideret de sygeplejetiske retningslinjer for anden gang, siden de blev udarbejdet. Hvornår blev de i sin tid udarbejdet?

- a. 1952.
- b. 1972.
- c. 1992.

4. Vold mod sygeplejersker skal stoppes. Sådan lyder reaktionerne på Christiansborg efter Sygeplejerskens historie om, at mange sygeplejersker er udsat for vold. Hvor mange pct. af sygeplejerskerne blev inden for det seneste år udsat for vold?

- a. 6 pct.
- b. 13 pct.
- c. 20 pct.

5. En ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd viser bl.a., at næsten ingen af de sygeplejersker, der er udsat for seksuel chikane, går videre med sagerne til deres tillidsrepræsentant eller til Dansk Sygeplejeråd. Hvor mange sygeplejersker blev i løbet af det seneste år udsat for sexchikane ifølge undersøgelsen?

- a. Mere end 3.000.
- b. Mere end 4.000.
- c. Mere end 5.000.

(sbk)

Send dit svar til: testen@dssr.dk senest den 5. februar. Kun medlemmer af Dansk Sygeplejeråd kan deltage i lodtrækningen. Vinder af Testen i Sygeplejersken nr. 1 blev Benedikte Folkmann Jensen. De rigtige svar var: 1: a, 2: b, 3: c, 4: b, 5: a.



Jobmesse!

Messen holdes på Hotel Skt. Petri i det centrale København og er åben 31 Januar-1 Februar 2013 klokken 10-14.

Jobmessen henvender sig til dig som er:

- Sygeplejerske, specialsygeplejerske
- Jordemoder
- Læge
- Farmaceut

Garanteret arbejde til dig som vil og har uddannelse på medrek messen. Det er **gratis** at besøge messen.

Følgende arbejdsgivere har allerede reserveret plads:



Læs mere her: medrek.dk/cjmassa.htm

medrek.dk

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

Antallet af eksrygere vokser støt

TEKST: ANNETTE HAGERUP

Flere rygere får hjælp til afvænnning hos egen læge. Mange rygere er først begyndt at ryge som voksne. Det er vigtigt at hindre rygestart blandt de unge over 18 år på erhvervsskoler og arbejdspladser, siger Kræftens Bekæmpelse.

120.000 danskere har kvittet røgen i løbet af 2012. I alt kan 1,7 mio. (eller 39 pct.) danskere i dag kalde sig eksrygere.

Ifølge den årlige undersøgelse af danskerne rygevaner fra analysebureauet Epinion fortsætter kurven over danske rygere den nedadgående linje, vi nu har set i en årrække. Undersøgelsen er gennemført på vegne af Sundhedsstyrelsen, Hjertereforeningen, Kræftens Bekæmpelse og Danmarks Lungeforening.

17 pct. af alle over 15 år betegner sig selv som dagligrygere, mens 5 pct. kun er lejlighedsrygere. I 2011 røg 18 pct. af befolkningen - over 15 år - dagligt, mens 6 pct. røg lejlighedsvis.

Og det at være ryger er ikke en udelte fornøjelse. Tre ud af fire (74 pct.) af ry-

gere og eksrygerne oplyser således, at de ikke ville ryge, hvis de kunne leve deres liv om. 10 pct. af rygerne (15 pct. af dagligrygerne) ville vælge at blive rygere på ny.

Hver ottende ryger har planer om et rygestop indenfor den kommende måned, og hovedparten ønsker hjælp til at gennemføre det. Undersøgelsen viser, at egen læge spiller en stadigt større rolle, når det gælder rygeafvænnning. Næsten halvdelen af de dagligrygere, der har været hos egen læge indenfor et år, er blevet spurgt til deres rygevaner. Og 21 pct. af dagligrygerne har således fået råd eller hjælp til rygeafvænnning hos deres læge.

Opmærksomhed på de unge voksne

Rygerundersøgelsen peger på, at det ikke mindst er de unge voksne, indsatsen skal rettes mod.

13 pct. begyndte at ryge allerede i 14-15-årsalderen. Men omkring en tredjedel (32 pct.) er først begyndt at ryge, efter de fyldte 18 år. Derfor bør man have øget opmærksomhed på de steder, hvor de un-

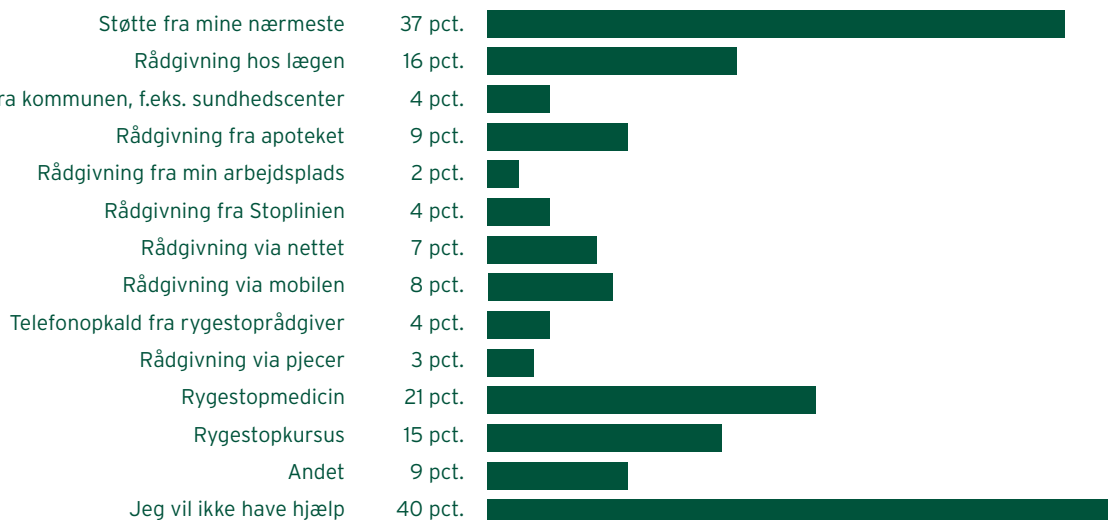
ge kommer - på ungdomsuddannelserne, de videregående uddannelser og på arbejdspladserne, lyder det fra Kræftens Bekæmpelse.

"Der er et meget stort politisk fokus på at hindre de unge under 18 år i at købe tobak og i at begynde at ryge. Men det løser ikke problemet alene. Det er vigtigt, at vi indretter vores kampagner og informationsmateriale, så det også når de unge, der er fyldt 18 år. Der er desværre på en del erhvervsskoler og arbejdspladser stadig tradition for, at man mødes omkring og med tobak," siger overlæge i Kræftens Bekæmpelse Hans Storm.

"Vi skulle gerne nå dertil med tobakken, hvor vi i dag er med alkoholen. Præcis som det på de fleste arbejdspladser er uacceptabelt at drikke alkohol i arbejdstiden, så bør der heller ikke ryges i arbejdstiden - hverken ude eller inde. Vi skal have ændret vores normer, så man ikke lokkes til at ryge for at blive en del af fællesskabet," siger Hans Storm.

Rygerne har forskellige behov for hjælp til rygestop

Der er stor forskel på, hvilken hjælp til rygestop rygerne ønsker at modtage. Det var i Rygevanundersøgelsen muligt at angive flere ønsker. Rygerne blev spurgt: Hvilken form for hjælp vil du gerne have, hvis du skulle holde op med at ryge?



Kilde: Rygevanundersøgelsen 2012.

Etniske smerter

TEKST: JETTE BAGH, FAGREDAKTØR

En tyrkisk kvinde klager igen og igen over smerter i låret, men lægerne kan ikke umiddelbart finde en forklaring. På skadestuen får kvinden ingen hjælp, kun en sær bemærkning med på vejen.

Esme, som oprindeligt kommer fra Tyrkiet, har boet i Danmark sammen med sin mand og fire sønner siden 1997. Hun er en kraftig kvinde klædt i ankellang brun frakke, hun taler ikke så godt dansk, men har klaret at arbejde med rengøring i seks år. Nu har voldsomme, jagende smerter i højre lår fået hende til at gå til læge. Egen læge kan ikke umiddelbart føle noget på låret, men henviser Esme til en ortopædkirurg, som heller ikke kan finde noget usædvanligt. Han har henvist Esme til en røntgenundersøgelse, men der er ventetid. Esme klager fortsat over svære smerter og kan ikke længere passe sit arbejde.

"Mon ikke det er etniske smerter?" hører Esmes søn på 17 år en fagperson sige på skadestuen, hvor Esme en sen aften har søgt hjælp for sine smerter. Esmes søn går i 1. g, han bliver nysgerrig, så han siger til den hvidklædte fagperson: "Jeg hørte, du sagde, at min mor nok har etniske smerter. Kan du sige mig, hvad det er for nogen smerter?"

Efter diverse undersøgelser, får Esme stillet diagnosen cancer med spredning til andre dele af kroppen. Hvad tænker I om Esmes forløb? Hvad svarer fagpersonen? Vi har stillet spørgsmålene til to eksperter i sygeplejeetik.

Svar 1. Omkring udtalelsen "etniske smerter", må fagpersonens intensjon være, at hele patientens situation bør tages med i betragtning, når der foretages en smerteudredning. Kan der være forhold i Esmes kultur eller livsmønster, der kan have indflydelse på smerteudtrykket, og er der i dialogen med Esme fokuseret på, at hun ikke taler så godt dansk? Her tænkes på at inddrage familien i dialogen og helst over flere gange.

At Esme ikke taler så godt dansk og er opdraget i et andet kulturmønster end det danske, må ikke overskygge det faktum, at Esme ikke er færdigudredt, hvilket er en mulig fare. Udtalelsen vedrørende de etniske smerter bør være ment som en hjælp til at få patienten til at træde tydeligt frem for klinikerens i det fortsatte udredningsforløb. Udtalelsen må ikke blive en forklaring på smerteudtrykket alene, men skal være et supplement til den fortsatte udredning. En udmærket etisk parameter for klinikerens er, om lignende overvejelser og udtalelser ville være foretaget, hvis det var en person, som var født og opvokset i Danmark. Og med hvilken begrundelse.

Af Dorte E.M. Holdgaard, oversygeplejerske, exam.art., SD, MPA, formand for den lokale etiske komité ved Aalborg Sygehus.

Svar 2. Den ærlige fagperson er nødt til at svare sønnen, at der i moderens tilfælde er usikkerhed om, hvad hun fejler, og at udtrykket bruges, når mennesker fra fremmede kulturer har smerter, der er svære at finde årsagen til. Når man vælger at benytte

et sådant udtryk, må man også forklare det. I forhold til forløbet er det jo en grim historie, der skal skærpe vores opmærksomhed på det enkelte menneske - og hele mennesket.

En klog mand sagde engang: Livet leves forlæns, men forstås baglæns. Det må i sandhed siges her.

Etniske smerter kan i værste fald blive en rodekasse for det, vi ikke ved, hvad vi skal gøre ved, og i allerværste tilfælde en sovepude, fordi etniske smerter kan blive en kattelerm for de sundhedsprofessionelle. Begrebet kan medvirke til stigmatisering af mennesker, der ikke kommer fra vores egen kultur, og det kan aldrig være tilladt, idet sygepleje gives til den, der har behov for sygepleje!

Af Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune, formand for Sygeplejeetisk råd www.dsr.dk/ser



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

Så er der stuvede østers og duefrikassé

Danske sygeplejersker har altid været optagede af sammenhængen mellem ernæring og sundhed. Igennem tiden har der derfor ofte været debatter om, hvilket ansvar sygeplejersker har for patienternes kost og fødeindtag.

TEKST: MILLE DREYER-KRAMSHØJ

Dengang

"Det maatte dog være den simpleste Sag af Verden, at en Kvinde, som var uddannet Sygeplejerske, ogsaa kunde tage Ansvaret paa sig for den syges Kost. Anordningen af Kosten i det givne Øjeblik maa jo ligge i Lægens Haand; men Kundskaber hos Sygeplejersken vilde kunne lette ham paa mange Punkter, hvor kanske Afstanden fra den syge kunde hæmme hans Tilsyn."

Sådan skrev læge Caroline Steen i indledningen til sin artikelserie om ernæring og diæt-etik, der blev bragt i Tidsskrift for Sygepleje i 1903-04. To år før havde bladet indført den Diætiske Kogebog af Louise Nimb, hvor læserne fra 1901-1906 kunne lære bl.a. at lave stuvede østers og duefrikassé. Fru Nimb og fru Steens udgangspunkt var, at opfattelsen af kosten skulle nuanceres og tilpasses den enkeltes behov. Samtidig skulle kogebogen sætte fokus på vigtigheden af kosten, skrev redaktionen: "Maden er jo i Virkeligheden en meget betydelig Faktor, som der maa regnes med ved ethvert Sygeleje, og den Sygeplejerske, der forstaar at tilfredsstille Patientens Smag og bringe Afveksling indenfor et maaske temmelig snævert Omraade, vil altid være sikker paa at erhverve sig Taknemmelighed."

I dag

Kostens betydning for patienterne er også i fokus i dag. Fagligt Selskab for Kræftsygeplejersker, FSK, indledte 2013 med en debat om, at sygeplejerskernes fokus på kræftsyges ernæringstilbud drukner i andre opgaver pga. travlhed.

"Rutinerne for igangsættelse af ernæringstilbud er alt for slappe mange steder, og derfor er indsatsen ofte for tilfældig. Vi bliver dygtigere og dygtigere til at sikre overlevelse hos vores kræftpatienter, men det hjælper ikke noget, hvis patienterne ikke får den livsvigtige næring, de har brug for," siger afdelingssygeplejerske og formand for FSK Hanne Nafei.

FSK har sammen med Kost og Ernæringsforbundet i en ny undersøgelse vist, at det kun er hver tredje sygeplejerske, der lægger ernæringsplaner for patienterne, og at under halvdelen følger op på den planlagte ernæringsindsats.

Kilder: Tidsskrift for Sygepleje 1901-1906 og www.dsr.dk/fs/fs13



Sygeplejersker og elever serverer mad på Rigshospitalet i 1913.

FOTO: DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM



Sygeplejersker serverer mad på Aalborg Sygehus i 2012.

FOTO: LENA RØNSHOLDT

Ældredagene 2013

Mød social- og integrationsminister Karen Hækkerup, borgmester Jørgen Glenthøj, professor Hanne Marlene Dahl og mange flere.

Frederiksberg Rådhus, 14.-15. maj 2013

Den levende organisation - kunsten at skabe relationer

3 x 3 dage med personlig udvikling. Vi skal dreje vore kompetencer i retning af at forstå organisationer, teams og relationer.

**Vejle Centerhotel, 13.-15. marts,
15.-17. april og 24.-26. juni 2013**

Flyt i Flok - et bud på fremtidens forflytninger.

Fokus på implementering og brug af forflytningshjælpemidler.

Fremlæggelse af projektergebnater.

Fjelsted Skovkro, 19. marts 2013

Velfærdsteknologi

- set i en kulturel og organisatorisk sammenhæng.

Muligheder og anbefalinger.

Konference i samarbejde med Institut for Marketing og Management, SDU

SDU Odense, 11. marts 2013

www.lederforum.dk

LEDER FORUM



Sygeplejerske - job i Norge

NAV EURES Norge arrangerer, i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland og EURES Danmark, en jobmesse for sygeplejersker om job i Norge.

Dato:

Tirsdag den 5. februar 2013 fra kl. 14 - 17.

Sted:

Dansk Sygeplejeråd, Medlemshuset, Marienlystvej 14, Virklund, 8600 Silkeborg

Norske arbejdsgivere vil deltage i jobmessen

På jobmessen får du:

- information om arbejde som sygeplejerske i Norge
- præsentation af de deltagende norske arbejdsgivere
- herefter: mulighed for jobsamtale

Tag dit CV med!

Tilmelding:

EURES Danmark, Jan Vleugel, tlf. 7222 3350, jvl@workindenmark.dk

Flere informationer om jobmessen på www.eures.dk under "nyheder".

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



Uni-Care
Vikarbureau for sygeplejersker og jordemødre

søger sygeplejersker til Norge, specielt til Intensive og Neonatale afdelinger.

Vi har mange vikariater af både kortere og længere varighed i hele Norge.

Vi kan tilbyde:

- Høj løn med pension
- Dækning af rejse og bolig
- Faglige udfordringer

Kontakt os på tlf. 8678 7898 eller på kontakt@uni-care.dk

Vi glæder os til at høre fra dig.



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

EFTERUDDANNELSE

MASTER of

Blik for strategisk ledelse

Master of Public Management er en generel lederuddannelse, der sætter ledere i stand til at gå i spidsen for innovation og forandring med udgangspunkt i en specifik strategisk situation. I de to år som uddannelsen varer, går du på et fast sammentømret hold.

- Uddannelsen starter i august.
- Ansøgningsfristen er 1. maj.
- Kontakt mastersekretariatet på tlf. 65 50 40 89 eller e-mail: mpm@sam.sdu.dk

Læs mere på → sdu.dk/mpm

Public Management

INFORMATIONSMØDER

Syddansk Universitet i Odense:

→ Tirsdag d. 19. marts kl. 15.30-18.30



FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

**HALLOOO...
HVORFOR
LIGGER
JEG HER ???**



Patientinddragelse er mantraet i sundhedsvæsenet i disse år. Det kræver en helt ny og helhedsorienteret måde at opfatte og arbejde med kommunikation på, mener ph.d. i forandringsledelse Helle Petersen, som har forsket i "Det kommunikerende hospital."

PATIENTERNE VIL HAVE OS TIL AT LYTTE

TEKST: SØREN RAVNSBORG • ILLUSTRATION: JENZ KOUDAHL

Skærpet opmærksomhed på kommunikation er forudsætningen for vellykket inddragelse af patienter og pårørende, mener kommunikationsrådgiver og ph.d. i forandringsledelse Helle Pedersen.

"Sagt helt overordnet handler det om at kommunikere og ikke blot informere. Patienter og pårørende kræver i stigende grad at blive lyttet til. Den nære og personlige dialog skal i centrum, og det er sygeplejerskernes fagprofessionelle ansvar, at patienten føler sig hørt, og budskaberne bliver forstået, som det er intentionen," siger Helle Petersen, der har forsket i det, hun kalder "Det kommunikerende hospital". Via sine studier på afdelinger, møder med patienter og pårørende og rækker af kurser om sygeplejerskens kommunikation har hun indsigt i den daglige kommunikation på landets sygehuse.

Hun fremhæver to områder, hvor for-

bedret kommunikation er af vital betydning.

Det er dels den meningsskabende kommunikation, dels afstemning af forventninger med patienter og pårørende.

Meningsskabende kommunikation vil sige, at sygeplejersken gennem sin kommunikation med patienten sikrer, at vedkommende ikke kun ved, hvad der skal ske i forbindelse med behandlingen, men også hvorfor det sker.

Der findes mange interne procedurer og meget indforstået viden, der kan gøre patienten forvirret og usikker, hvis det ikke forklares.

"Sygeplejerskerne har en særlig status, fordi patienterne har et lidt gammeldags billede af, at de er brobyggere mellem lægerne og patienten selv. Sygeplejersker selv vil mene, at det ikke er deres opgave at samle op på lægens kommunikation. Men ►

” Afdelinger med høj tilfredshed har typisk valgt at tage kommunikation alvorligt og arbejder professionelt med både den skriftlige, mundtlige, formelle og uformelle kommunikation.

Kommunikationsrådgiver og ph.d. Helle Petersen.

- sygeplejerskerne er i en særlig position, fordi de trods alt har mere tid og nærvær med patienten, så de kan fornemme, observere og opfange, hvis der er misforstået kommunikation eller forkerte forventninger hos patienten,” pointerer Helle Petersen.

I forbindelse med sine undersøgelser af kommunikation i sygehusvæsenet har hun besøgt talrige afdelinger, og ved introduktionen fik hun ofte at vide, at ”nu skal du lige høre, på denne afdeling har vi nogle specielle forhold”. Når hun så kradse lidt i overfladen, viste de grundlæggende udfordringer sig at være påfaldende ens.

Forventningsafstemning gør tryk

Sygeplejersker skal være opmærksomme på at spørge ind til og justere patientens forventninger. I en tid med accelererede patientforløb og krav om effektivitet er der ekstra brug for patientkommunikation i øjenhøjde og for, at sygeplejersken rent kommunikativt guider patienten. Gevinsten er øget tryk hos patienterne, når de ved, hvad der skal ske, ligesom de vil have nemmere ved at acceptere uforudsete



ting, når blot det bliver ordentligt forklaret og begrundet, betoner Helle Petersen.

”Når jeg taler med sygeplejersker, kan rigtig mange genkende patienternes stigende forventninger til kommunikationen. Men det koger af travlhed ude på afdelingerne, og mange indvender, at de ikke har tid. Jeg plejer at svare, at de ikke

har tid til at lade være. Hvis det ikke lykkes at få patienten med i processen, udløser det tvivl og spørgsmål, som er endnu mere tidskrævende.”

Detaljens vigtighed

Helle Petersen peger på, at kulturen på afdelingen ofte er afgørende for patientens

KOLLEGER UNDERVISER HINANDEN

At være god til at kommunikere er afgørende for, at personalet forstår patientens problem og perspektiv og dermed en forudsætning for at kunne hjælpe. Et kommunikationsprojekt på Sygehus Lillebælt viser, at patienttilfredsheden kan løftes betragteligt.

TEKST: SØREN RAVNSBORG • ILLUSTRATION: JENZ KOUDAHL

Kommunikative kompetencer har høj værdi hos sygeplejerskerne, viser de foreløbige erfaringer i et omfattende treårigt program, der skal styrke kommunikationen på de fire sygehuse i Sygehus Lillebælt.

”Her midtvejs er tilbagemeldingerne, at det er et brugbart redskab, som man er fælles om i afdelingen. Vi ser, at sygeplejerskerne ønsker at blive bedre til at kommunikere og dele deres viden med egen

faggruppe,” siger forskningsleder i den enhed, der styrer projektet, cand.scient. san. og ph.d., Jette Ammentorp.

Udgangspunktet for ønsket om at forbedre kommunikationen er forskellige

oplevelse af kommunikationens kvalitet. Hun har i sin forskning set på forskelle mellem afdelinger med høj og lav patienttilfredshed. De adskilte sig netop på deres tilgang til kommunikation. På en afdeling med høj tilfredshed havde de eksempelvis formuleret fælles holdninger til, hvad der er god kommunikation på afdelingen. Der var udformet konkrete retningslinjer for, hvordan man håndterer telefonopkald. Djævelen ligger gemt i detaljen, og selv tilsyneladende ubetydelige handlinger i dagligdagen kan forme og farve patientens indtryk af afdelingen og hospitalet som helhed.

”Afdelinger med høj tilfredshed har typisk valgt at tage kommunikation alvorligt og arbejder professionelt med både den skriftlige, mundtlige, formelle og uformelle kommunikation. Det indebærer bl.a. den fordel, at patienterne kan regne med at møde samme positive kommunikation, uanset hvem der er på vagt. Desuden giver sygeplejerskerne hinanden feedback og holder på den måde hinanden fast på, at de sammen skal sikre, at kommunikationen lever op til afdelingens normer. Der-

med udvikler de en læringskultur, hvor man ikke går i forsvarsposition, når man modtager kritik.”

Titlen ”Det kommunikerende hospital” henviser til, at Helle Petersen slår til lyd for en helhedsorienteret kommunikation. Det omfatter både de fysiske rammer, personalets interne kommunikation, kommunikationen til patienter og pårørende og den eksterne kommunikation til presse og offentlighed. Alle områder kan være med til at præge patientens forventninger til mødet med stedet og dets ansatte.

”Pointen er, at alle personalegrupper skal se sig selv og sin egen kommunikation som del af en helhed og gøre sig klart, at kæden aldrig er stærkere end det svageste led. Og ja, man oplever nye krav og konstant pres, men så meget desto vigtigere er det at tage styring på kommunikationen på patientens præmisser. Så kan man håndtere udfordringerne i moderne kommunikation,” siger Helle Petersen.

God kommunikation

God kommunikation er, når sygeplejersker:

- er åbne og villige til at gå i dialog
- aktivt opfordrer til at stille spørgsmål
- præsenterer sig selv og dem, de har med
- taler direkte til patienten
- ”ser” patienten
- kommunikerer ligeværdigt
- er nærværende

Kilde: Helle Petersen på baggrund af undersøgelse af patienters ønsker til kommunikation. Læs mere på www.hellepetersen.dk

I KOMMUNIKATION

studier, der dokumenterer, at de fleste patientklager bundet i oplevelsen af dårlig kommunikation. Anden forskning viser, at når personalet er lydhøre, kan man nedsætte stress hos patienten. Det kan betyde, at patienten bliver bedre til at følge behandlingen.

Samtidig viste evalueringer fra forløb på to afdelinger på Kolding Sygehus, at efter personalet havde deltaget i et kommunikationskursus, kunne det aflæses i

såvel øget patienttilfredshed som i personalets egen oplevelse af, at de fik styrket deres evne til at håndtere de kommunikative opgaver i forhold til patienter og kolleger.

Et fælles projekt

Programmet er baseret på, at udvalgte sygeplejersker får et intensivt kursus i kommunikation og derefter underviser kollegerne på afdelingen. Først er syge-

plejerskerne tre dage på kommunikationskursus efterfulgt af fem dage på underviserkursus. De skal også have prøvet at undervise under supervision. Det er stort set ens forløb, men med mulighed for at vælge moduler, der er tilpasset de enkelte afdelingers særlige behov.

”Erfaringerne viser, at det opleves mere nærværende, når det er forankret lokalt, så man kan tage udgangspunkt i kendte situationer og konkrete cases. ▶

”Patienterne reagerer ofte meget forskelligt på sygdom. Nogle kan være vrede, andre angst. Det kræver, at man kan kommunikere på forskellig vis og ikke bare lire en remse af.

Forskningsleder på Sygehus Lillebælt, Jette Ammentorp.

- Underviserne bliver programmets ambassadører i dagligdagen på afdelingen,” siger hun.

At være god til at kommunikere er afgørende for, at personalet forstår patientens problem og perspektiv og dermed en forudsætning for at kunne hjælpe. Den opgave bliver ikke nemmere af, at kontakten med patienterne bliver kortere som følge af, at indlæggelser bliver mere komprimerede. Det kræver meget information på kort tid, hvor sygeplejerskerne skal formå at formidle, hvad patienten skal kunne selv, og hvad de kan forvente i et helt forløb, forklarer Jette Ammentorp.

”Lykkes det ikke, kan det betyde, at patienterne bliver frustrerede. Dermed svækkes deres mulighed for at medvirke aktivt i behandlingen. I dag er der meget større krav til patienterne, bl.a. fordi mange behandlingstiltag kræver livsstilsændringer. Det forudsætter en god dialog, hvor sygeplejersken formår at inddrage patienter og pårørende og formår at synliggøre, at behandlingen er et fælles projekt.

Patienterne reagerer ofte meget forskelligt på sygdom. Nogle kan være vrede, andre angst. Det kræver, at man kan kommunikere på forskellig vis og ikke bare lire en remse af.”

Kommunikation er langtfra eneste indsatsområde, og mange dagsordener kæm-



per om personalets tid og opmærksomhed. Jette Ammentorp har da også hørt et dybt suk af og til. Skal programmet blive vellyk-

ket, er flere forhold af stor betydning. Personalet skal mærke ledelsens opbakning, og den enkelte skal kunne se nytten og værdien i det.

Hun siger:

”Det er tidskrævende, så personalet skal opleve, at det er en enestående mulighed for at få styrket deres kommunikative kompetencer og ikke blot endnu et tiltag, der bliver pålagt oppefra. Ellers er de ikke motiverede. Men det er en barriere, hvis man ikke tror på, at bedre kommunikation har en positiv effekt.”

Klar tale til patienterne

Projekt ”Klar tale til patienterne” er et treårigt program, der skal styrke kommunikationen på de fire sygehuse, der udgør Sygehus Lillebælt. I løbet af perioden vil alle kliniske afdelinger og kliniske serviceafdelinger få uddannet lokale undervisere, som efterfølgende står for undervisningen af afdelingens eget personale. Også personale med korterevarende patientkontakt som sekretærene og portørerne får et obligatorisk kursus. Der er planlagt to ph.d.-projekter, der skal undersøge, i hvor høj grad det vil lykkes at implementere programmet i hele organisationen. Den overordnede styring, udvikling og siden evaluering varetages af Enhed for Sundhedstjenesteforskning, hvor Jette Ammentorp er forskningsleder. De fire sygehuse er Kolding, Vejle/Give, Middelfart og Fredericia.

Græsset ER grønnere på den anden side – Kom til Norge for at arbejde!

AMBIO Helse søger både nyuddannede og erfarne sygeplejersker til jobs i Norge.

Kombiner værdifuld og relevant erfaring med smukke oplevelser – og tjen samtidig gode penge. AMBIO Helse leverer vikarer til kommune og sygehuse i hele Norge, til både korte og lange vikariater.

Ambio Helse er også Norges største leverandør av e-oplæringskurser indenfor helsesektoren; www.helsekursportalen.no. Registrer dig hos os, og få alle kurser gratis.

Vi tilbyder:

- Gratis rejse og bolig.
- Gode forsikringsordninger.
- Mulighed for at rejse flere sammen.
- Gratis medicinkursus.
- Hjælp med alt det praktiske omkring dit ophold i Norge.
- Personlig opfølgning.

**Vi har egen dansk kontaktsygeplejerske:
mie@ambiohelse.no**

VI HAR OGSÅ
SOMMERJOB TIL
SYGEPLEJERSKE-
STUDENTER

**Registrer dig i dag:
www.ambio-helse.no**



Stuegang på Frederiks Hospital, København, omkring år 1900. Sygeplejerske Gustava Hjorth ses til venstre på billedet, hun blev senere formand for Dansk Sygeplejeråd fra 1932 til 1935.



Patientkultur i historisk

Patienter har en anden tilgang til sundhedsvæsenet end tidligere. Sygeplejerske og ph.d. i historie, Trine Lassen, har skrevet antologien "Patientologi - at være patient", hvor hun beskriver patientrollens udvikling fra starten af 1800-tallet på baggrund af historiske kilder.

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON

Moderne patienter bliver tit beskrevet som "ekspertpatienter" eller "forbrugerpatienter", og de bliver tilsvarende mødt med enorme forventninger af et sundhedsvæsen, der bliver mere og mere komplekst og i tiltagende grad bygger på udveksling af informationer.

"Det er rigtigt, at patienter har en anden tilgang til sundhedsvæsenet end tidligere. De får flere informationer om diagnose, prognose og behandlingsmuligheder, og de bliver inddraget i beslutninger, hvor det vurderes som relevant og muligt. Og mange møder systemet med krav på second opinion, indlæggelsesgaranti osv.," siger Trine Lassen, der er forsknings- og udviklingskonsulent på Professionshøjskolen Metropol.

Men en meget stor gruppe kan ikke udfylde den forbrugende, informerede patientrolle, advarer sygeplejerske og ph.d. i historie Trine Lassen.

"Der er også moderne patienter, som betegnelsen forbrugerpatient ikke passer på. Der findes en stor gruppe svage patienter, og det er ikke kun social baggrund, der disponerer for at blive en svag patient, sådan som man har haft en tilbøjelighed til at tro."

Disponerende faktorer kan være høj alder, sprog- og kulturforskelle eller en traditionsbunden livsstil med en konservativ holdning til forandringer. Eller man kan have svært ved at læse eller svært ved at forstå, hvad man læser, og patientens personlighedstype spiller også ind, uddyber Trine Lassen.

"I dag er der store forventninger til, at patienter forstår information, er motiverede, vil deres egen sundhed og følger de standardiserede forløb. Men man skal huske, at den moderne patient befinder sig i et kontinuum mellem at være tryk og ressourcestærk og være en svag patient."

1800-tallets autonome patient

Trine Lassen har bidraget til antologien "Patientologi - at være patient" med et kapitel om patientkultur i historisk perspektiv. Her beskriver hun patientrollens udvikling fra starten af 1800-tallet på baggrund af historiske kilder.

En almuekone fra Vestsjælland, Karoline Graves, har nedskrevet sine erindringer fra en barndom, hvor sygdomsbehandling



Stuegang på Sct. Josephs Hospital i København i 1910'erne.



Stuegang på Skælskør Gigtsanatorium 1943, billedet af de tre læger, tre sygeplejersker, en elev og to patienter blev dengang bragt i den lokale avis.

perspektiv

typisk var husmoderens ansvar. Man kendte til et utal af husråd, kure, plastre, salver osv., og virkede den ene behandling ikke, prøvede man en ny.

Karoline Graves' mor var iglekone, dvs. at hun mod betaling leverede igler til sygdomsbehandling og satte dem på, hvad der krævede en vis ekspertise. Men ellers var behandlere og patienter deres egne eksperter, læger var få og for de rige.

Det tidlige 1800-tals patient var med Trine Lassens ord autodidakt og autonom og agerede på et frit sygdomsmarked. Det ændrede sig, da den lægelige autoritet fik et gennembrud i slutningen af 1800-tallet.

Lægerne morede sig

Lægerens behandlingsmuligheder var i hurtig udvikling, ikke mindst inden for kirurgien, og mens lægerens prestige og autoritet tiltog, forsvandt patienternes autonomi.

I 1887 blev typograf Gustav Adolf Petersen indlagt på Københavns Kommunehospital til operation for en svulst på halsen.

Hans dagbog tegner et billede af en ydmyg og tålmodig patient, der kun var interessant for lægen i kraft af den professionelle udfordring, operationen bestod i. "De kan tro, det var en morsom Operation." Sådan

Det foregik på lægens præmisser, og den umyndiggjorte patient var dybt taknemmelig."

Autoritetstro og fremmedgørelse toppede i 1950'erne, hvor hele sygdomsbilledet var

” Man skal huske, at den moderne patient befinder sig i et kontinuum mellem at være tryk og ressourcestærk og være en svag patient.

Sygeplejerske og ph.d. i historie Trine Lassen.

lød ifølge Gustav Adolf Petersen en bemærkning fra overkirurg Iversen til en kollega, der ikke havde været til stede.

"Omkring 1900 var alle i samfundet opdraget til en patriarkalsk struktur," siger Trine Lassen om disse patientoplevelser.

"Husfaderen styrede familien fra sin højede position, og det var nemt at komme ind på hospitalet og udfylde rollen som patient, for her herskede den kendte husorden: far, mor, derefter forskellige rangfølger og til sidst patienterne i bunden.

forvandlet efter udviklingen af antibiotika og vacciner. Der var sket store fremskridt både kirurgisk og medicinsk, og på baggrund af deres behandlingssucces herskede lægerne uindskrænket over hospitalerne.

Men selv om patienterne følte og viste deres taknemmelighed, var den ikke fuldstændig blind. Man tænkte i sit stille sind, at dét kunne være gjort anderledes, eller at dét ville man gerne have haft at vide på forhånd. Det sagde man dog højst til patienten i sengen ved siden af. ▶



En afslappet læge på stuegang med afdelingssygeplejersken på Holstebro Sygehus i 1970'erne.



Et operationsteam på Næstved Sygehus er i samarbejde med patienten i gang med at udfylde en tjekliste, før patienten køres ind på operationsstuen. Foto er fra 2011.

DANSK SYGEPLEJEHISTORISK MUSEUM

ARKIVFOTO: HANNE LOOP

► Gårdmandskonen Signe Møller blev indlagt til udredning for en øjensygdom i 1950, og hendes dagbog fra det lange forløb fortæller om en stadig kamp for at bevare værdigheden trods smertefulde undersøgelser, operationer og manglende hensyn fra læger og sygeplejersker.

Senere begyndte sygeplejersker at tale om, at man skal se den enkelte patient som fru Petersen, ikke som blindtarmen på stue 5. Men sådan var tankegangen endnu ikke, da fru Signe Møller var indlagt, fortæller Trine Lassen.

“Hun havde ikke behov for at blive set som fru Møller, men som et værdigt menneske. Hun var igennem en lang indlæggelse med frygtelige operationer. Men det, der slog hende ud, var, hvis hun blev sat i situationer, hvor hun ikke kunne holde på sin værdighed, f.eks. pga. smerter, eller hvor hendes blufærdighed blev krænket.”

De glade 1970'ere

Så kom 70'erne og vendte op og ned på alting.

“I denne periode går hierarkiet i opløsning på hospitalerne,” siger Trine Lassen. “Nye faggrupper kommer ind i patientforløbene, hospitalerne bliver kæmpestore, og lægernes autoritet står ikke længere uimodsagt.”

En ny type patienter dukker op. De stiller spørgsmål, henter deres ægtefæller ind som støtte og skriver kritiske bøger om deres oplevelser i systemet. Det gjorde f.eks. advokatfruen Anette Ricard, der i 1973 udgav bogen “Set fra en sygeseng” om et langvarigt indlæggelsesforløb med en svulst i lårbensknoglen.

70'erne var en tid, hvor man gjorde op med autoriteter i alle hjørner af samfundet, og det var naturligt, at udviklingen også måtte nå hospitalsverdenen.

Fra mening til årsag

Men omkring denne tid kunne man også se et andet skift på vej, et, der kom til at præge både patientrollen og de sundhedsprofessionelles opfattelse af deres opgave, fortæller Trine Lassen.

“Der skete noget med livssynet,” siger hun.

“Indtil 50'erne havde mange patienter den indstilling, at der var en mening med deres sygdom. Selv om de måske ikke var stærkt religiøse, havde de alligevel den opfattelse, at sygdommen var noget, de lærte af. De kom stærkere ud på den anden side.

I 70'erne ændrede det sig, så man i højere grad så på sygdomme som noget, der havde en årsag. Man blev syg, fordi man

havde røget, eller fordi man havde spist for meget og forkert.”

Da gamle dages infektionssygdomme blev afløst af livsstilssygdomme, og forebyggelse kom på dagsordenen, fik sundhedsvæsenet brug for kritiske og selvstændige patienter.

Den moderne patient skal tage ansvar for sig selv, og det er en tendens, som formentlig vil blive endnu stærkere, jo bedre sundhedsvæsenet bliver til at afdække risikofaktorer med gentest og andre screeningsmetoder.

Ligesom patientrollen i 2012 er en anden end patientrollen i 1962, vil fremtidens rolle også være en tredje, pointerer Trine Lassen.

Hun tror, patientinddragelse vil blive ved med at være et erklæret mål også i fremtiden.

“Der skal være større opmærksomhed på, at patienter skal inddrages forskelligt. Vi skal være bedre til at graduere information, empowerment, motiverende samtaler osv. Man skal målrette information og inddragelse til den enkelte, for der kan være informationer, den enkelte patient ikke har brug for, eller som endda kan have negativ effekt,” siger Trine Lassen.



BAUTA FORSIKRING
– en del af LB Forsikring

VI SÆNKER PRISEN PÅ BILFORSIKRING

Færre skader

- billigere bilforsikring

Medlemmerne i Bauta Forsikring har passet rigtig godt på deres biler, og det har givet færre skader.

Derfor sænker vi prisen på alle bilforsikringer med et samlet beløb på 100 mio. kr. i 2013.

Se hvad din bilforsikring kommer til at koste på www.bauta.dk under "Mit Bauta"

Bestil et tilbud

Er du blevet nysgerrig på, om du kan få en attraktiv bilforsikring hos Bauta Forsikring?

Kontakt os på 33 15 15 45 eller beregn selv din pris og bestil tilbud på www.bauta.dk

Ny elitebilistordning for dig over 30 år

Er du over 30 år, bliver du automatisk elitebilist i Bauta Forsikring, hvis du opfylder vores krav.
Læs mere om ordningen på www.bauta.dk

ETIK

TEKST: SUSANNE BLOCH KJELDSEN OG CHRISTINA SOMMER

Sygeplejen er fuld af etiske spørgsmål og dilemmaer. I bestræbelsen på at gøre sit arbejde godt kan man komme til at overskride patientens grænser. For hvornår fremmer man, hvad et andet menneske kunne have glæde af? Og gør man det i virkeligheden ud fra sit eget perspektiv, uanset hvor velment det er? Sygeplejersken har talt med tre sygeplejersker, som har valgt at arbejde med de etiske overvejelser tæt inde på livet.

SPROGET



FOTO: SØREN SVENDSEN

Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune, har siddet i Sygeplejeetisk Råd siden 2005, formand siden 2009.

Hvorfor etik? ”Det har altid ligget grundlæggende i mig at tænke over, hvordan man gør tingene ordentligt. På sygeplejerskeuddannelsen havde vi en lærer fra Mauritius, som udfordrede os ved at stille spørgsmål ved vores nationalkultur og fagkultur. F.eks. vores forforståelse af, hvad patienten har brug for, ”hvor ved du det fra?” og ”er du sikker på det?”, spurgte han. Det har uden tvivl forstærket min interesse for etik.

I mit arbejde i Sygeplejeetisk Råd er jeg meget optaget af retorik. Ord som ”kronikere”, ”de gamle”, ”de fede” er med til at stigmatisere grupper af mennesker og gøre os sløve i forhold til at forstå, hvad og hvem vi taler om. Vi glemmer de mennesker, der er bagved.”

Den største etiske udfordring i 2013? ”Vi har netop revideret de Sygeplejeetiske retningslinjer for anden gang, siden de blev udarbejdet i 1992, og nu har professionsetikken fået mere plads. I 2013 skal vi ud i sygeplejekredse og drøfte, hvordan vi får en fælles forståelse af indersiden af faget. Vi er fattige på ord og begreber, som kendetegner det, der er sygeplejens kerne, og som udelukkende sygeplejersker har kendskab til. Det er intuition og tavs viden. Der er et gammelt udtryk, der hedder barmhjertighed, og dybest set handler det om betingelsesløst at ville det andet menneske det bedste – men det er, som om kristendommen har fået patent på barmhjertighed, selvom begrebet findes i alle religioner. For mig er det et grundvilkår, at vi vil hinanden det bedste, så hvordan finder vi de rette ord? Jeg vil gerne debattere sproget.”



FOTO: LARS HORN

Dorte Elise Møller Holdgaard, formand for Lokal Klinisk Etisk Komité på Aalborg Universitetshospital, tidligere oversygeplejerske på Neurokirurgisk Afdeling samme sted.

Hvorfor klinisk etiske komitéer? ”Jeg blev inspireret i forbindelse med mit masterspeciale fra Aalborg Universitet i 2006. Fokus for arbejdet med klinisk etik er patientens møde med sundhedspersonalet, og internationalt, f.eks. i Norge og England, er klinisk etiske komitéer forholdsvis kendte institutioner. Jeg har selv været med til at oprette den tværfaglige kliniske etiske komité på Aalborg Sygehus i 2008. De etiske analyser vender perspektivet for klinikerne. Hvad man antager er det etiske perspektiv, er ofte ens egen personlige eller faglige holdning, der ikke nødvendigvis er sammenfaldende med patientens.

Hospitalsledelsen presser på, for at vi skal fortsætte vores ar-

bejde, da sundhedsvæsenet i fremtiden bliver endnu mere patientfokuseret.”

Den største etiske udfordring i 2013? ”Behandlingsmulighederne vil stige eksponentielt med den forskning, der foregår, og eftersom ressourcerne er knappe, vil vi i sundhedsvæsenet være nødt til at foretage endnu mere præcise prioriteringer. Det bliver vigtigt at synliggøre konsekvenserne af prioriteringerne og få dem frem i lyset i en positiv ånd, så det ikke føles, som om den kliniske etiske komité kommer med konstante angreb. Vi ønsker jo alle det bedste sundhedsvæsen. Det handler dog ikke altid om ressourcer – nogle gange kan klinikerne handle anderledes uden flere ressourcer, men andre gange må vi sige, at inden for de fastlagte rammer har klinikerne handlet etisk og dermed gjort det så godt, som muligt var.”



FOTO: SØREN SVENDSEN

INDIVIDET

Birthe Ørskov, lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen, University College Sjælland. Siden 2010 medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Etik og sygeplejerskeuddannelsen? ”Ethiske kundskaber er betydningsfulde og nødvendige i al sygepleje. På uddannelsen skaber vi rum for, at de studerende kan skærpe deres etiske bevidsthed, etiske refleksion og etiske beslutningstagen. Det er altid patientens livssituation og værdier, der skal danne udgangspunkt for valg af sygeplejefaglige handlinger, og det drøftes til stadighed, hvad der er godt, rigtigt eller forkert i al dets mangfoldighed. Vi kommer naturligvis også omkring de etiske problemstillinger, der kan rejse sig i forbindelse med livets begyndelse og afslutning, og alt, der ligger derimellem, er også genstand for sygeplejefaglige og etiske diskussioner.”

Den største etiske udfordring i 2013? ”Flere og flere studerende på alle uddannelsesniveauer bemærker, at det økonomisk rammestyrkede samfunds ideal om lavest mulige omkostninger står i skærende kontrast til sygeplejerskernes ønske om at ville det gode og det, som er korrekt og omsorgsfuldt. De oplever en konflikt mellem ”det, jeg kan, skal og bør gøre”. Samfundet er domineret af en nytteetisk dagsorden, mens sygeplejersker mere er båret af pligt-, dyds- og omsorgsetik. Her mener jeg, at den største udfordring fortsat er at fokusere på sygeplejens kerne og værdier. Faglige, etiske og personlige kundskaber er afsættet for en god og professionel sygepleje.”

5.200 sygeplejersker oplever sexchikane

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

På 10 år er antallet af sygeplejersker, der føler sig seksuelt krænket på jobbet, fordoblet. Det seneste år har 5.200 sygeplejersker oplevet sexchikane, viser nye tal fra Dansk Sygeplejeråds såkaldte SATH-undersøgelse. Rådet vil have fokus på området.

Hver dag bliver 14 sygeplejersker udsat for sexchikane. Sidste år var det ca. 5.200. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling. Det er en fordobling i forhold til for 10 år siden.

“Det er overraskende, at tallet er så højt, når der nu er så meget fokus på ligestilling i resten af samfundet. Det er et udtryk for kønsdiskrimination, når f.eks. mandlige patienter tror, at de kan tillade sig at behandle kvindelige sygeplejersker sådan,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Du må gerne vaske mig over det hele

En af dem, der har været udsat for sexchikane, er Sandra. Hun er sygeplejerske, i starten af 20'erne og ansat på et hospital i Region Sjælland. Da hun var 19 år, var hun

Unge sygeplejersker chikaneres mest

Dansk Sygeplejeråds undersøgelse viser bl.a., at de helt unge sygeplejersker er hårdest ramt. Næsten hver fjerde sygeplejerske under 30 år har i løbet af det seneste år været udsat for sexchikane. Dobbelt så mange på aften- og nattevagter blev udsat for sexchikane (12 pct.) som på dagvagter (6 pct.).

Undersøgelsen viser også, at det primært er patienter, der står bag sexchikanen. De tegner sig for mere end tre ud af fire tilfælde. Den næststørste gruppe af krænkerer er læger. Pårørende og andre sygeplejersker fylder meget lidt i statistikken.

De 3.496 respondenter i undersøgelsen svarede på spørgsmålet: “Har du selv inden for de sidste 12 måneder været udsat for uønsket seksuel opmærksomhed på din arbejdsplads?”

Kilde: Dansk Sygeplejeråds SATH-undersøgelse 2012.

udsat for sexchikane fra en mandlig patient i 50'erne.

“Jeg skulle hjælpe ham ud i badet. Han var dårligt gående, og jeg tager ham derfor under armen for at hjælpe ham, hvorefter jeg hjælper ham til rette på stolen i badeværelset. Han kan sagtens selv vaske sig. Da jeg skal til at gå, griber han fat i min hånd og siger:

“Bliv her og vask mig. Du må gerne vaske mig over det hele – det bliver dejligt.”

Jeg siger til ham, at det kan han vist sagtens klare selv, og går ud.”

For Sandra sluttede oplevelsen dog ikke dér: “Da jeg kommer væk og går ind på personaletoiilet, bryder jeg grædende sammen. Jeg følte mig ulækker og troede, at jeg havde gjort noget galt.”

Kortere snor til patienterne

På Københavns Universitet sidder Annie Høgh, der er lektor på Institut for Psykologi

Sexchikane mod sygeplejersker kommer

TEKST: ANDREAS RASMUSSEN

Selvom 14 sygeplejersker hver dag bliver udsat for sexchikane, bliver der stort set ikke talt om det på arbejdspladserne. Tabuet skal brydes, mener Dansk Sygeplejeråd.

Selvom Dansk Sygeplejeråds nye undersøgelse viser, at mere end 5.000 sygeplejersker i løbet af det seneste år er blevet udsat for sexchikane, så sker det som oftest i al hemmelighed. Næsten ingen af de udsatte sygeplejersker går videre med sagerne til deres tillidsrepræsentanter eller fagforeningen.

Fagbladet *Sygeplejersken* har været i

kontakt med fællestillidsrepræsentanter (FTR) på hospitalerne i Hvidovre, Bispebjerg og Aarhus. De fortæller alle, at sexchikanesager er noget, de aldrig oplever.

På Hvidovre Hospital fortæller FTR Tine Jæger, at hun i sine 11 år i stillingen ikke har hørt om en eneste sag. Samme melding kommer fra Charlotte Taarup i Aarhus, der ligeledes har været FTR i 11 år. Én af hendes FTR-kolleger, Jacob Gøtzsche, fortæller om en enkelt sag fra 2008, hvor en læge udsatte en sygeplejerske for sexchikane. På Bispebjerg har FTR Jørn Nørby Thomassen heller aldrig oplevet at blive kontaktet i en sag om

sexchikane. Han har dog hørt om to sager på andenhånd.

Skamfuldt at være offer

Der kan være en god grund til, at sygeplejerskerne ikke snakker med f.eks. deres chef, kolleger eller tillidsrepræsentanter. Det siger lektor på RUC, Karen Sjørup, der forsker i ligestilling på arbejdsmarkedet.

“Der er en del skamfuldhed knyttet til at være offer for chikane. Det kan være, fordi man synes, at man selv har spillet med på den eller sendt nogle signaler, som man selv synes har været forkerte. I det hele taget er det en meget ubehage-

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



og forsker i bl.a. psykisk arbejdsmiljø. Hun kan ikke give en sikker forklaring på fordoblingen af sexchikane, men siger:

"Generelt kan vi se, at mængden af chikane og mobning er steget. En forklaring kan være, at folk er mere opmærksomme på, hvad der er i orden end tidligere. Tolerancen overfor patienternes opførsel kan være mindre."

Samtidig advarer hun mod at tage let på det, når sygeplejersker udsættes for uønsket seksuel opmærksomhed.

"Sexchikane kan give stressreaktioner. På mange måder kan det få de samme konsekvenser, som hvis man udsættes for mobning. Hvis det så oven i købet er en overordnet som f.eks. en læge, kan det også resultere i en følelse af magtesløshed," siger Annie Høgh.

Ønsker mere åbenhed

Og når tallet er så højt, så skal der gribes ind, mener Dansk Sygeplejeråd. Næstformand Dorte Steenberg siger:

"Én af de ting, der kan afhjælpe problemet, er at skabe åbenhed om emnet. Der er et behov for at starte en dialog ude på hver

enkelt arbejdsplads om, hvordan man kan forhindre sexchikane."

Hun peger på, at det i den forbindelse er relevant at se på, om regioner og kommuner bruger de ligestillingsredegørelser, der laves hvert andet år, til at dokumentere deres indsats for at modvirke kønsdiskrimination og sexchikane.

Sandra har tilgivet

Selvom den ubehagelige episode var voldsom for Sandra, så er hun kommet videre nu. Hun nægter at lade det ødelægge hendes kontakt til andre patienter.

"I dag har jeg lagt det bag mig, selvom det ikke var en behagelig episode. Jeg har tilgivet ham i den forstand, at han ikke får lov til at præge min hverdag med fordomme overfor andre patienter."

Sandra har ønsket at være anonym i artiklen. Hendes fulde navn er redaktionen bekendt.

Disse artikler er en del af en serie om sygeplejerskers arbejdsmiljø. Bl.a. om vold, mobning, stikskader og rygbelastninger.

ikke frem

lig sag at skulle rejse. Der bliver rejst meget få sager om sexchikane i Danmark."

I praksis betyder de ubehagelige konsekvenser, at mange lader være med at gøre noget ved det, når de udsættes for sexchikane. Karen Sjørup siger:

"Det er lidt ligesom en voldtægtssag: Man er meget tilbøjelig til at lade være med at anmelde, fordi det kan blive så ubehageligt for én selv."

Samme årsag angiver sygeplejersken Sandra, der for et par år siden var udsat for sexchikane fra en ældre, mandlig patient:

"Jeg troede bare, jeg var uheldig. Jeg var

ung og blev bange for at skulle se ham i øjnene igen. Jeg var også bange for, om mine kollegaer ville tænke mindre godt om mig."

Ledelsen må italesætte problemet

Hos Dansk Sygeplejeråd er der ingen tvivl om, at lederne har et stort ansvar for at tage sexchikane op. Næstformand Dorte Steenberg siger:

"Der er behov for at aftabuisere sexchikane. Første skridt for at komme sexchikane til livs er at begynde at snakke åbent og ærligt om det, og der må ledelsen på de enkelte arbejdspladser gå forrest."

25. januar

- Afskedsreception for tidligere formand for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, København

28. januar

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København
- Politisk/teknisk forhandling af generelle krav med KL, København

29. januar

- Møde om fremtidens sundhedsvæsen i Danmark, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, København

30. januar

- Sundhedskartellet, politisk forhandling med Regionernes Løn- og Takstnævn (RLTN), Danske Regioner, København
- Debatseminar "Hvordan designer vi et effektivt akutberedskab i Danmark?", Danske Regioner, København

1. februar

- Bestyrelsesseminar, Fonden for Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Hotel Koldingfjord, Kolding

5. februar

- Bestyrelsesmøde i Forbrugsforeningen, København
- Bestyrelsesmøde i PKA A/S, Hellerup

6. februar

- Bestyrelsesmøde i Lån & Spar Bank, København
- Rundbordssamtale om Ulighed i Sundhed, Christiansborg

7. februar

- Politisk/teknisk forhandling af specielle krav med KL, København

Politikere vil have stoppet vold mod sygeplejersker

TEKST: MADSRØLL CHRISTENSEN

Fagbladet Sygeplejerskens offentliggørelse af, at 13 pct. af landets sygeplejersker sidste år var udsat for vold, har medført markante politiske reaktioner.

Vold mod sygeplejersker skal stoppes. Sådan lyder reaktionerne på Christiansborg, efter at fagbladet *Sygeplejersken* i sit seneste nummer belyste, at 13 pct. af landets sygeplejersker er udsat for vold.

”Det er nogle katastrofalt store tal. Desværre har vi set en stigende tendens til vold og trusler overfor de ansatte i den offentlige sektor. Noget af forklaringen skyldes de senere års nedskæringer,” siger Enhedslistens arbejdsmiljøordfører Jørgen Arbo-Bæhr, der mener, det er nødvendigt at ansætte flere sygeplejersker. Han tilføjer:

”Desuden skal vi som en del af uddannelsen gøre mere ud af konflikthåndtering.”

Hos de Konservative mener sundhedsordfører Benedikte Kiær, at den udbredte vold mod sygeplejersker er ”foruroligende”.

”Medarbejdere, der hver dag gør en kæmpe stor samfundsindsats, skal selvfølgelig sikres så godt som overhovedet muligt mod vold. Hvordan det bedst håndteres lokalt, er en ledelsesopgave, der skal løses i tæt samarbejde med de ansatte,” siger Benedikte Kiær.

Sophie Hæstorp Andersen, sundhedsordfører hos Socialdemokraterne, mener, at undersøgelsen understreger, at forebyggelse skal i fokus:

”Vi skal først og fremmest have Arbejdstilsynet ud på flere tilsyn på de arbejdspladser, hvor vi ved, at medarbejderne er i en særlig risiko for vold, trusler og psykisk nedslidning, og det gælder jo især sygeplejersker,” siger hun og tilføjer:

”Vi bliver nødt til at kende årsagerne til de mange voldsepisoder, som kan være meget forskellige fra skadestuerne til de psykiatriske afdelinger. Derfor bakker jeg op om, at Danske Regioner som arbejdsgiver mødes med Dansk Sygeplejeråd for at drøfte årsager og løsninger. Det vil sige, om der er behov for kurser i konflikthåndtering, om arbejdspladserne er indrettet fornuftigt, eller om der er behov for noget helt tredje.”

I Dansk Folkeparti ser sundhedsordfører, Liselott Blixt, alvorligt på undersøgelsen.

”Vi ser efterhånden et mere og mere rådt arbejdsmiljø for vores sundhedsansatte. Det bliver vi nødt til at tage action på,” siger Liselott Blixt. Hun peger på flere løsninger:

”Sygeplejerskerne må ganske enkelt undervises i konfliktforebyggelse, hvilket kan være obligatorisk på deres studie, men også udbydes som efteruddannelse. Vi skal endvidere have øget straffene signifikant for at angribe sygeplejersker i tjeneste, hvilket bør sidestilles med at angribe en polititjenestemand.”

Liselott Blixt understreger, at også normeringen spiller en rolle: ”Så man ikke står alene med en voldelig patient, hverken om dagen eller om natten.”

Efterlyser national database

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, er glad for reaktionerne og vil tage kontakt til forskellige politikere for at få skabt de løsninger, der er brug for, fortæller hun.

En af de løsninger, som ifølge Dansk Sygeplejeråd vil styrke forebyggelsen af vold, er en national database, hvor man kan registrere og samle viden om årsagerne til vold og trusler på arbejdspladserne. En idé, som SF's arbejdsmarkedsordfører Eigil Andersen bakker op.

”Jeg synes umiddelbart, at idéen om en national database er god, fordi vi på den måde vil kunne opsamle viden om, i hvilke situationer vold og trusler opstår, og derigennem forbedre forholdene. Derfor vil jeg vende forslaget med Mette Fre-

Den nationale database

Alle episoder med vold og trusler skal registreres, uanset om de falder indenfor kriterierne for anmeldelse til Arbejdstilsynet eller arbejdsgivers forsikringssekskab, Arbejdsskadestyrelsen. Formålet med databasen er at give et samlet overblik over omfanget af vold og trusler på arbejdspladsen. Den viden, der indsamles i databasen, skal gøre det muligt at følge udviklingen i omfanget af vold og trusler og udvikle redskaber til forebyggelse af vold og trusler fremadrettet.

deriksen (socialdemokratisk beskæftigelsesminister, *red.*),” siger Eigil Andersen, der også fortæller, at han vil arbejde for, at der bliver nedsat en arbejdsgruppe.

”Gruppen skal bestå af kommunale og regionale arbejdsgivere, Arbejdstilsynet og relevante faglige organisationer, f.eks. Dansk Sygeplejeråd. Tanken er, at parterne i fællesskab skal se på, hvordan forholdene kan forbedres,” påpeger Eigil Andersen.

Sophie Hæstorp Andersen:

”Arbejdstilsynet registrerer allerede mobning, vold og trusler, men jeg vil meget gerne være med til at drøfte, om vi kan blive bedre til at registrere og samle viden om årsagerne til vold og trusler på arbejdspladserne.”

Enhedslisten, de Konservative og Dansk Folkeparti er også åbne over for idéen om en national database.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN



ARKIVFOTO: ISTOCK

Tjek dig selv og vind brunch for to

Har du fået nyt job, ny stilling eller nyt telefonnummer? Så husk at indberette de nye oplysninger på dsr/minprofil. Brug dit medlemsnummer eller CPR-nr. samt din adgangskode til at logge ind. Det er en god idé at tjekke, om dine oplysninger stemmer. Dansk Sygeplejeråd bruger oplysningerne til f.eks. at målrette de rigtige tilbud og medlemsfordele. Hvis du tjekker dine medlemsoplysninger, kan du lige nu vinde brunch for to personer.

Hver uge bliver der udloddet 10 gavekort til brunch for to personer. "Tjek dig selv"-kampagnen løber frem til den 15. april 2013. Besøg dsr.dk/tjekdigselv i dag og deltag i kampagnen.

Mere kvalitet i uddannelsen

Konference den 18. marts sætter fokus på de udfordringer, sygeplejerskeuddannelsen står overfor i forhold til sundhedsvæsenets udvikling og forandring.

Hvordan sikres det gode samspil mellem teori og praksis og mellem uddannelsesinstitutioner og klinik i uddannelsesforløbene?

Hvordan skabes der i uddannelsesforløbene forståelse for patientforløb på tværs af sektorer og afdelinger?

Hvilke forventninger er der til sygeplejerskerollen, og hvad er kulturens betydning for læring, arbejdsmiljø og samarbejde?

Det er blot tre af udfordringerne, som bliver drøftet på en konference, der skal inspirere kliniske vejledere, uddannelsesansvarlige, undervisere, ledere og studerende til at udvikle kvaliteten i sygeplejerskeuddannelsen.

Gennem oplæg i plenum giver en række oplægsholdere deres bud på den nødvendige udvikling i sygeplejerskeuddannelsen, og ved deltagelse i forskellige sessioner udfoldes de faglige udviklingstendenser og styringsparadigmer med fokus på patientsikkerhed, (u)lighedsproblestillinger, ledelse og tværgående koordinering.

Se konferencens fuldstændige indhold på www.dsr.dk/uddannelseskonference

Konferencen, der er en opfølgning på konferencen om fremtidens kliniske uddannelse på sygeplejerskeuddannelsen i marts 2011, foregår mandag den 18. marts på Professionshøjskolen UC Sjælland, Campus Roskilde, Trekroner Forskerpark 4, Roskilde.

Tilmeldingsfristen er senest den 15. februar efter først til mølle-princippet via www.dsr.dk/uddannelseskonference

Uddannelseskonferencen er lavet i et samarbejde mellem bl.a. Dansk Sygeplejeråd, SLS, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, KL, Professionshøjskolerenes Rektorkollegium og Ledernetværket.

DSR I MEDIERNE

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

Brug ytringsfriheden

"For os at se er ytringsfriheden et fundamentalt led i den demokratiske debat. Det skal vi værne om. Derfor skal offentligt ansatte turde bruge deres ytringsfrihed. Og derfor skal regionale arbejdspladser kunne modtage og rumme konstruktiv kritik som bidrag til at skabe et bedre sundhedsvæsen." Sådan skriver Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og Jens Stenbæk (V), formand for Danske Regioners Løn- og Personalepolitiske udvalg i et debatindlæg i Berlingske.

Minister lukker for udenlandske lærere og sygeplejersker

Beskæftigelsesminister Mette Frederiksen vil nu ændre den positivliste, som giver nemmere adgang til de typer af udenlandsk arbejdskraft, som er opført på listen. I øjeblikket er der ledige sygeplejersker og lærere, og derfor giver det ikke mening, at de står på listen. "Hun skal have stor ros for, at hun reagerer. Det er den sunde fornuft, der har sejret, siger Anni Pilgaard, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til Jyllands-Posten.

Voldsramte sygeplejersker skal støttes

Det går især ud over unge sygeplejersker og ofte på nattevagter, viser analysen fra Dansk Sygeplejeråd. "Ledelsen og arbejdspladsen bør sikre, at de får den fornødne støtte og opfølgning, så de hurtigt får det bedre og genvinder arbejdslysten. Man må undersøge, om der bliver samlet op på, eller om vi bare accepterer voldelig adfærd," siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til bl.a. TV Avisen og Radioavisen.



Hør spændende oplæg, få fagligt input, og mød sygeplejerskekollegaer fra hele verden, når ICN afholder den 25. internationale kongres i Melbourne. Forlæng eventuelt opholdet 8-9 dage med en spændende rundrejse i kænguruernes hjemland - Australien.

Vær med, når sygeplejersker fra hele verden samles til ICN-kongressen i Melbourne i maj 2013. Hent faglig inspiration, hør spændende foredrag, mød sygeplejer-14skekollegaer fra hele verden, og bidrag eventuelt med dit eget oplæg - læs mere om dette på www.dsr.dk/icn2013

Tilmelding til konferencen

Tilmelding til selve konferencen foregår via ICN's hjemmeside: www.icn2013.ch

Ophold i Melbourne

Under kongressen bor du på et godt hotel i Melbourne og transporteres dagligt frem og tilbage til kongrescentret i bus. Inden hjemrejsen til København får du en enkelt dag til at opleve Melbourne på egen hånd! Og der er masser af oplevelsesmuligheder i Australiens næststørste by, der er smukt beliggende i bunden af Port Phillip Bay. Den charmerende storby, der særligt er kendt for den eksklusive havnefront, de arkitektoniske perler og de bumlene sporvogne, frister både med et spændende kulturudbud, shopping og seværdighe-



der, bl.a. en af Australiens fineste botaniske haver.

Forlængelse 1: 8 dages rundrejse

Du har også mulighed for at tage med på en forlængelse med rundrejse til vinlandet, Great Ocean Road, Canberra og Sydney, hvor du oplever nogle af Australiens mange højdepunkter. Sygeplejersken har i samarbejde med Albatros Travel udarbejdet en 8-dages rundrejse med dansk rejseleder. Vi besøger bl.a. hovedstaden Canberra og Sydney og kører ad den berømte kyststrækning Great Ocean Road. Vi kører også ind i landet og kommer helt tæt på de smukke naturscenerier, vinmarker og Blue Mountain Nationalpark, inden vi flyver hjem fra Sydney.

Forlængelse 2: 9 dages rundrejse

Vi tilbyder også en 9-dages rejseforlængelse med en lokalguide, hvor du bl.a. oplever Cairns, Great Barrier Reef, Blue Mountain Nationalpark, Ayers Rock og Sydney.

Læs mere om begge muligheder for forlængelse af rejsen på www.albatros-travel.dk/sygeplejersken

Afrejse og priser

- Afrejse 16. maj 2013
- Hotelophold og flyrejse, grundpakke, kr. 16.990
- 8 dages forlængelse med dansk rejseleder, plus kr. 9.990
- 9 dages forlængelse - rundrejse på egen hånd, plus kr. 19.990

OBS: Betaling for selve konferencedeltagelsen er ikke omfattet af ovenstående priser.

Dagsprogram grundpakke

- 16. maj: 2013: Afrejse fra København
- 17. maj: Ankomst til Melbourne
- 18-23. maj: ICN-kongres
- 24. maj: Oplevelser på egen hånd
- 25. maj: Ankomst til København eller senere, hvis du forlænger rejsen.

Tilmelding til rejsen

Mere information om rejsen og tilmelding til den sker hos Albatros Travel: www.albatros-travel.dk/sygeplejersken

Ring mandag-fredag kl. 9.30-17.00 på tlf. 3698 9898 eller skriv til grupper@albatros-travel.dk
Oplys venligst rejsekode LR-SYG



Diplomkursus i GCP for Projektsygeplejersker

- Kliniske lægemiddelforsøg i Danmark

Kurset er målrettet projektsygeplejersker med interesse for klinisk lægemiddelforskning ansat på hospital, i speciallægepraksis, i almen praksis eller anden patientbehandlende institution.

Kurset giver foruden metodologiske og lov-mæssige aspekter, god indsigt i projektsygeplejerskens rolle og ansvarsområder i forbindelse med kliniske lægemiddelforsøg.

Kurset er tilrettelagt som et ligeværdigt alternativ til diplomkursus i GCP-monitorering, hvor målgruppen er monitorer ansat i Lifs medlemsvirksomheder. Kurset efterfølges derfor også af en – frivillig – eksamen.

Kompetente og erfarne undervisere sikrer, at du får et optimalt udbytte af kurset.

Tid: 2. - 5. maj 2013


Yderligere information og tilmelding finder du på:
www.lif-uddannelse.dk

Du er også meget velkommen til at kontakte
Uddannelsesleder
Signe Rask Nielsen
srn@dli.dk, tlf. 39 27 60 60



Uddannelse

- fordi viden
skaber udvikling



"Jeg har valgt
at bruge tid på
at gøre en forskel
for mennesker,
der står i deres
livs måske svæ-
reste situation"

Livslinien søger rådgivere

Som frivillig på Livslinien hjælper du mennesker i krise til at se andre løsninger end selvmordet. Du får en solid grunduddannelse som **telefon- eller netrådgiver**, en masse dygtige, engagerede kolleger, supervision og tilbud om videreuddannelse og temaaftener.

Rådgivningen varetages fra gode lokaler i Nyhavn i København.

Du skal have lyst til at engagere dig helhertet gennemsnitligt 4 timer om ugen og have en relevant faglig baggrund.

Ansøgningsfrist den 6. februar 2013.

Læs mere på www.livslinien.dk

Send en ansøgning til frivillig@livslinien.dk

LIVSLINIEN
forebygger selvmord



Sygeplejerske Merete Skov-Hansen (t.h.) fortæller Grete Christensen om radiologisk afdeling. Merete Skov-Hansen blev færdiguddannet i 1972 og har derfor netop fejret sit 40-års jubilæum.

Der er et menneske bag hver

TEKST: MADSRØLL CHRISTENSEN • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

På radiologisk afdeling på Ringsted Sygehus betjener sygeplejersker topmoderne elektronisk udstyr. Formand Grete Christensen tog i klinik på afdelingen, der også tager ansvar for ansatte med funktionsnedsættelser.

Udkørende hjemmesygeplejerske på Vesterbro i København, frivillig sygeplejerske i Bangladesh, centersygeplejerske på et plejehjem i Hvalsø og sygeplejerske på Malawis største hospital. Merete Skov-Hansen har i sin 40-årige karriere som sygeplejerske været vidt omkring i faget.

"Sygepleje er mit fag. Jeg skal ikke lave noget som helst andet," fortæller Merete Skov-Hansen, der siden 2003 har været ansat på radiologisk afdeling på Ringsted Sygehus.

Hun har inviteret Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen i klinik på afdelingen, der primært udfører røntgen- og ultralydsundersøgelser, mammografier og en række forskellige scanninger.

Konstant flow til mammografi

"Vi varetager bl.a. Region Sjællands tilbud om mammografiscreening til alle kvinder mellem 50 og 69 år," fortæller Merete Skov-Hansen og fortsætter:

"Det betyder, at vi har et konstant flow af patienter til mammografier. Og derfor er der også op til 14 dages ventetid på svar. Medmindre behandlingen falder ind under akutpakken, så bestræber vi os på at gøre det hurtigere."

De to sygeplejersker bevæger sig ned ad afdelingens lange fordelingsgang og går ind ad en dør i højre side af gangen.

Lokalets indretning afslører, at det oprindeligt er bygget til et sundhedsvæsen i en anden tidsalder. Til gengæld er udstyret og de tilhørende computere topmoderne. Midt i rummet står et specielt røntgenprøvebord, et såkaldt stereotaksibord, der bruges til biopsi af mikroforkalkninger.

Fokus på mennesket bag

Merete Skov-Hansen og Grete Christensen taler fortsat om mammografiundersøgelserne, som foretages i rummet ved siden af.

"Som borger er man også godt klar over, at der er pres på tiden. Det er meget koncentreret. Fem minutter og så ud igen," siger Grete Christensen.

Merete Skov-Hansen nikker:

"Vi skal have ca. 30 borgere igennem til mammografiscreening på en vagt, så tid er



På radiologisk afdeling på Ringsted Sygehus, foretager sygeplejerskerne ca. 30 screeninger i løbet af en vagt, fortæller sygeplejerske Merete Skov-Hansen (t.h) Dank Sygeplejeråds formand, Grete Christensen.



Der er i alt ansat otte sygeplejersker på radiologisk afdeling. De har alle fået efteruddannelse i mammografi og undersøgelse af brystkræft, fortæller sygeplejerske Merete Skov-Hansen, der viser Grete Christensen rundt på afdelingen.

undersøgelse

naturligvis en faktor. Men vi gør meget ud af, at der er mennesker bag hver undersøgelse."

Mobile enheder øger fremmøde

Radiologisk afdeling foretog de første screeninger tilbage i 2004 på sygehuset i Ringsted og i en nyetableret mobil enhed. Region Sjælland råder nu over tre mobile enheder, som kører i hele regionen. Merete Skov-Hansen har somme tider vagt i den enhed, som dækker Nordvestsjælland.

"Det er en god idé med mobile enheder. Fremmødeprocenten bliver større, når vi kommer ud til borgerne. Hvis vi ikke havde de mobile enheder, så skulle borgere f.eks. køre fra Nakskov til Næstved (ca. 100 km, red.) for en forebyggende undersøgelse. Det siger sig selv, at der er nogle, som springer fra. I dag har vi en fremmødepro-

cent på 80 i enhederne," fortæller Merete Skov-Hansen.

"Det er flot," siger Grete Christensen og fortsætter: "Og når vi nu i Danmark har besluttet at anvende mammografi, så er det vigtigt at få så mange borgere som muligt til at møde op til undersøgelser. Derfor er mobile enheder en god idé."

Socialt engagement

Merete Skov-Hansen fortæller, at hendes afdeling tager ansvar for de medarbejdere, der pga. arbejdet har fået forskellige funktionsnedsættelser.

"Der burde være en pris for årets bedste sygehusafdeling," siger Merete Skov-Hansen i et smilende tonefald, der ikke lægger skjul på, at prisen skulle gå til hendes afdeling.

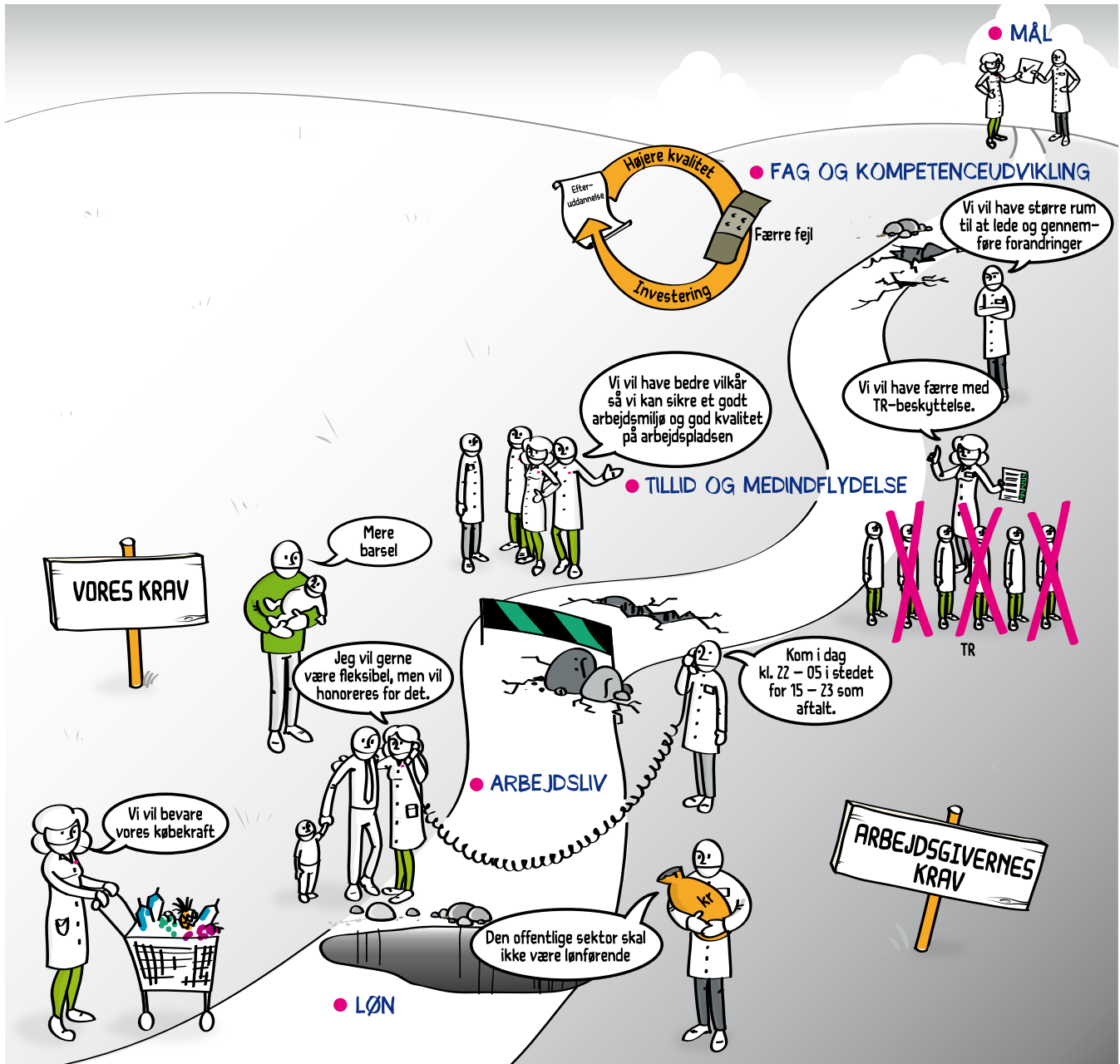
Selv har hun for nylig nydt godt af ledelsens holdning i forbindelse med nogle

skuldersmerter, som de mange ensidige og gentagne bevægelser har givet hende. Pga. generne, som også plager flere af hendes kolleger, er der forskellige opgaver, som hun ikke varetager i dag.

"Desværre er generne ikke anerkendt som arbejdsrelaterede," fortæller Merete Skov-Hansen. Grete Christensen nikker:

"I modsætning til industrien, eksempelvis på filetfabrikker og slagterier, så godkendes sygeplejerskers armgener ikke. Det skyldes, at belastninger, såsom mammografi og scanning af gravide, ikke anses som repetitivt arbejde (gentagne bevægelser i en væsentlig del af arbejdsdagen, red.). Det er en problematik, som vi er bekendt med, og som vi jævnligt rejser."

Langt de fleste af afdelingens patienter er kvinder. Kun 1-2 mænd får konstateret brystkræft om året.



OK13 på fem minutter ...

OK13 og overenskomstforhandlingerne er i gang, og her har du en tegning, som fortæller om OK13 på en lidt anden måde. Sundhedskartetlet forhandler på vegne af sygeplejerskerne i regionerne og kommunerne, og når forhandlingerne er afsluttet, skal de stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd stemme om forhandlingsresultatet. Derfor er det vigtigt, at du ved lidt om, hvad der skal stemmes om senere på året.

Der er også mulighed for at downloade plakaten elektronisk via vores hjemmeside og f.eks. hænge den op på arbejdet, så andre kan følge med.

Se mere på www.dsr.dk/ok13

OK13-stof til tillidsfolk

I løbet af januar modtager tillidsrepræsentanter en mail med mere information om overenskomstforhandlingerne. De får bl.a. en oversigt over materiale, herunder en oversigt over kravene på såvel det kommunale og regionale område som et link til en ny OK13-plakat. Så hvis du mangler information om de igangværende overenskomstforhandlinger, kan du spørge din tillidsrepræsentant. Materiale findes også på TR-kompasset på www.dsr.dk

Videoer: Hvad skal sygeplejerskerne have ved OK13?

Skal der være færre beskyttede tillidsfolk? Bliver sygeplejerskernes løn forringet? Og skal arbejdsgiverne i højere grad kunne bestemme over medarbejdernes arbejdstid? Se, hvad

Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen går efter i fire korte OK13-videoer om løn, arbejdsliv, tillidsrepræsentanter og kompetenceudvikling.

Se videoerne på dsr.dk/ok13

Læs det fulde kravkatalog på www.dsr.dk

I Sygeplejersken nr. 1, der udkom her i januar, kunne du læse en kort version af kataloget over krav til OK13-forhandlingerne fra hhv. Sundhedskartellet og arbejdsgiverne. Nu ligger en længere og mere fyldig version klar, og den kan du læse på vores særlige OK13-hjemmeside og på Sundhedskartellet's hjemmeside.

Få overblikket over kravene til OK13 på www.dsr.dk/ok13

2013				
December	Januar	Februar	Marts	April
<p>6.: Sundhedskartellet (SHK) udveksler krav med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og KL.</p> <p>7.: Mundtlig præsentation af krav, først tværgående med KTO, AC, FOA og RLTN, derefter med KL.</p> <p>12.: Mundtlig præsentation af SHK's krav med RLTN.</p> <p>17.: Udveksling af krav på statsområdet mellem Centralorganisationernes Fællesudvalg (CFU) og Moderniseringsstyrelsen.</p>	<p>28.: Forhandling med KL.</p> <p>30.: Forhandling med RLTN.</p>	<p>6.: Tværgående forhandling med KTO, AC, FOA og RLTN.</p> <p>7.: Forhandling med KL.</p> <p>20.: Forhandling med RLTN.</p> <p>22.: Tværgående forhandling med KTO, AC, FOA og RLTN.</p> <p>27.: Forhandling med KL.</p> <p>28.: Alle forhandlinger skal være afsluttet.</p>	<p>Urafstemningsmateriale udsendes, og urafstemning gennemføres. Evt. varsling af konflikt.</p>	<p>1.: Ny overenskomst er godkendt, eller - hvis der ikke er opnået et forhandlingsresultat, eller forhandlingsresultatet forkastes ved urafstemning - en varslet konflikt begynder. I tilfælde af forhandlingssammenbrud kan Forligsinstitutionen overtage ledelsen af fortsatte forhandlinger, og forligsmanden kan evt. udsætte en varslet konflikt i op til to gange 14 dage.</p>

Master

i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling

Veje til at udvikle og forbedre kvaliteten af vort sundhedsvæsen.

Forandring af praksis gennem analyse, refleksion og samarbejde.

Hent inspiration og ny viden fra 21 danske forskere i kulturforskning, psykologi og filosofi. Masteruddannelsen bygger på deres tværfaglige forskning tilknyttet Forskningscenter Sundhed, Menneske og Kultur (SMK)

Næste holdstart: September 2013

Ansøgningsfrist: 1. maj 2013

Yderligere oplysninger om masteruddannelsen og SMK:

www.smk.au.dk eller ved henvendelse til Fagkoordinator, lektor Karen Munk (filkpm@hum.au.dk) eller Centerleder, professor Uffe Juul Jensen (filujj@hum.au.dk)



AARHUS
UNIVERSITET

Hvorfor har vi krav om medind

Sundhedskartellet har udtaget få, men klare krav om bl.a. kompetenceudvikling, arbejdet i MED og arbejdstid. Kravene er ikke grebet ud af den blå luft, men har forankring i virkeligheden. Her bringer vi tre historier fra det virkelige liv, som uddyber baggrunden for nogle af kravene.



FOTO: ALEX TRAN

Sundhedskartellet's krav til OK13-forhandlingerne tager udgangspunkt i sygeplejerskernes hverdag. Her ses sygeplejersker fra Skadestuen i Odense.

Kompetenceudvikling en forudsætning for højere kvalitet

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN

Psykatrien i Region Nordjylland har de seneste år målrettet brugt flere og flere penge på kompetenceudvikling af plejepersonalet. Det giver større arbejdsglæde blandt medarbejderne og skaber højere kvalitet og effektivitet til gavn for hele psykiatrien, lyder det.

Psykatrien i Region Nordjylland går langt i ønskerne til medarbejderne om kompetenceudvikling. Der er nemlig en klar forventning om, at alt plejepersonale skal kompetenceudvikles, og inden længe bliver det et krav, lyder det fra chefsygeplejerske Helle Jørgensen.

Helle Jørgensen er med i et større arbejde med at styrke og omorganisere arbejdet med at uddanne psykiatriens plejepersonale - et arbejde, der også resulterer i en

ny og landsdækkende obligatorisk efteruddannelse i psykopatologi og diagnostik. Et arbejde, som illustrerer psykiatriens ambition om at have højt kvalificerede medarbejdere.

"Vi står over for store krav om mere effektivitet og højere kvalitet, og en stor del af løsningen på det er at få kompetenceudviklet vores medarbejdere endnu mere," siger hun.

Samler kræfterne

Medarbejderne i psykiatrien har taget godt imod den øgede satsning på kompetenceudvikling.

"Det er med til at højne kvaliteten af plejen, og medarbejderne ved, at de hele tiden er klædt på til at løse deres opgaver. Det giver en langt højere tilfredshed i ar-

bejdet," siger Carin Juul, der er fællestillidsrepræsentant i Region Nordjyllands Psykiatri.

Den øgede satsning på kompetenceudvikling, viden og kvalitet har også betydet, at psykiatrien konstant har tilknyttet ph.d.-studerende, som forsker i den kliniske praksis på området. Det er af stor værdi, lyder det fra både Carin Juul og Helle Jørgensen.

"Det gavner sygeplejen, at vi hele tiden ved, at vi bruger den nyeste viden," siger Carin Juul.

I forbindelse med en omorganisering af efteruddannelsesområdet samler man nu kræfterne i en uddannelsesenhed, og samtidig forventer man, at kompetenceudvikling af medarbejdere i fremtiden bliver et krav til nye medarbejdere.

faglig udvikling, flydelse og arbejdstid?

Udvikling forudsætter et velfungerende MED

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN

På Hillerød Hospital har man et velfungerende MED-samarbejde og gode erfaringer med at prioritere dialog og samarbejde. Også om de svære ting. Det giver langt bedre processer og resultater og sikrer grundlaget for udvikling, lyder det.

Det handler om tillid og om at svinge i takt. Igennem flere år har de tillidsvalgte og ledelsen på Hillerød Hospital prioriteret samarbejdet i samarbejdsorganet MED og dialogen mellem ledelse og tillidsfolk. Med gode resultater, lyder det fra både ledelse og tillidsvalgte.

"I vores MED har hver en time været værdifuld. Den tillid, vi har haft i vores lokale MED, har været mit stærkeste redskab som

leder," siger oversygeplejerske på Lunge- og Infektionsmedicinsk afdeling, Britt Holmgaard, Hillerød Hospital, og tilføjer:

"Samarbejdet og tilliden bidrager til, at vi kan udvikle organisationen. Medarbejderne har indflydelse, og samarbejdet og dialogen sikrer, at beslutningerne bliver ført ud i livet også på decentralt niveau."

Slip detaljerne

Britt Holmgaard er både med i et lokalt MED og i det Virksomheds-MED, hvor fællestillidsrepræsentant Mette Sofie Haulrich også er medlem.

"Et velfungerende MED giver langt bedre resultater og en bedre proces, også selvom vi måske er uenige om nogle ting. Dialog er

helt klart vejen frem," siger Mette Sofie Haulrich.

Men bedre samarbejde og mere dialog stiller krav til begge parter. Ledelsen skal kunne se værdien og ønske dialogen, og samtidig skal man som tillidsvalgt også indimellem kunne slippe ønsket om at komme ned i alle detaljer og vise ledelsen tillid.

"Måske er det vigtigere for os, der f.eks. sidder i et virksomheds-MED, at tale strategier frem for at pindehugge et budget," lyder det fra Mette Sofie Haulrich.

Hun fortsætter:

Det øgede samarbejde har bl.a. betydet, at man kan håndtere selv meget svære situationer som fyringsrunder og store omstruktureringer på en bedre måde."

Indflydelse på egen arbejdstid giver større arbejdsglæde

TEKST: SIGURD NISSEN-PETERSEN

Medarbejdere i psykiatrien i Region Sjælland har fået større arbejdsglæde og trivsel, efter de har fået mere indflydelse på egen arbejdstid.

"De siger, at de er rigtig glade for det." Sådan lyder det fra fællestillidsrepræsentant Helle Brink fra Psykiatrien Vest i Region Sjælland. I ca. tre år har medarbejdere på en række afdelinger i regionens psykiatri selv været med til at planlægge deres arbejdstid, og det har haft mærkbar effekt på arbejdsglæden og trivslen, siger både medarbejdere og ledelse.

"Det er min klare opfattelse, at medarbejderne trives med, at de selv kan være

med til at beslutte og bestemme," siger afdelingssygeplejerske i psykiatrien Region Sjælland, Nina Lundsgaard.

Region Sjællands psykiatri indgik for ca. tre år siden i et forsøgsprojekt om at skabe mere balance mellem familieliv og arbejdsliv for de ansatte. Forsøget blev siden gjort permanent og består bl.a. i et fælles system, hvor sygeplejerskerne selv er med til at udfylde vagtplanerne ud fra deres ønsker og behov.

Ønske- og puslefasen

Planlægningen af vagterne er delt op i tre faser, en ønskefase, en såkaldt puslefase, hvor medarbejderne selv kan være med til

at få vagtplanen til at gå op, og endelig en fase, hvor lederen laver vagtplanen færdig. Det er på baggrund af en lokal arbejdstidsaftale, at systemet tilrettelægges arbejdet, og det er en leder, der bærer det overordnede ansvar for, at planen går op i sidste ende.

Selv om det ikke altid lykkes at få alle ønsker opfyldt, skaber det en anden oplevelse blandt medarbejderne, siger Nina Lundsgaard:

"Selv om der kan være nogle, der ikke lige får de vagter, de ønskede, så er der en anden accept og meget større tilfredshed, fordi de selv er med til at bestemme."

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør



En tur i gabestokken

Da J.F. Struensee vidste, at hans død var nært forestående, blev hans håndskrift usikker, og teksten hældede meget tydeligt til den ene side. Det var synligt på Rigsarkivets udstilling "Struensee - kærlighed, vanvid og idealisme i 1700-tallet". Livlægen og politikerens fik hovedet hugget af i 1772, dels fordi han havde en affære med Christian VII's hustru, Caroline Mathilde, dels fordi hans idéer og hastige reformer var en trussel imod nedarvede privilegier. Struensees sindstilstand påvirkede med andre ord hans evne til at skrive.

Se filmen "En kongelig affære", hvis nysgerrigheden er vakt.

Da man brugte en gåsefjer, var der afstand mellem tanke og skrivning. Processen gik langsomt, og det samme var tilfældet, da fyldepenen holdt sit indtog. Af med hættten, påfyldning af blæk, tænke og herefter nedfælde det, man havde på hjerte.

Nu har vi så fået Facebook, og så behøver man ikke tænke eller argumentere længere. Eller det kan i hvert fald se sådan ud for det utrænede blik. Man siger, at en negativ reaktion på Facebook kan lukke et firma på et par døgn, og et kendt dansk pengeinstitut måtte i hast ændre en stor reklamekampagne, fordi forbrugerne blev vrede over konceptet.

Skribenter på Facebook har med andre ord stor magt, og det kan være både positivt og negativt. Brugerne kan, ved at give udtryk for deres sym- eller antipati, præge både mennesker, firmaer, organisationer og institutioner på godt og i høj grad også på ondt, og det kan få omfattende konsekvenser for dem, som berøres. Nogle gange fortjent, andre gange ufortjent.

Et aktuelt eksempel er familien, der adopterede et barn fra Etiopien, som de ikke magtede, hvorfor barnet endte på et børnehjem. En uheldig historie uden nogen enkel løsning. Men på Facebook blev familien lagt for had, følte sig truet og måtte kontakte politiet.

Vi dømmes hurtigt, og med retfærdig harme i baglommen er det tydeligvis ikke et problem for særlig mange. At skrive på følelser er derfor en usik.

Vi har i de seneste par år set eksempler på, at ytringsfriheden er under pres for sygeplejersker, men også at tonen i debatten kan være ubehagelig. Derfor må vi i fællesskab kæmpe for, at offentligt ansatte fortsat kan ytre sig uden at frygte for konsekvenserne, og vi må stræbe efter at debattere og diskutere uden skrål og skingren.

I år uddeler vi Kirsten Stallknecht Prisen igen. Prisen er en hyldest til en sygeplejerske, som har brugt ytringsfriheden eller frækheden til at stå frem og lægge op til debat om en vigtig sygeplejefaglig sag. En god pris og et godt formål. Men prisen forpligter også sygeplejersker til at tænke over og argumentere for deres synspunkter, både når de fremføres, og når man eventuelt reagerer på dem. Hurtige følelsesmæssige og personlige udladninger, som smitter og får andre til at skrive med snuden i samme spor, er efter min mening ikke udtryk for en moden og sober debatkultur. Her kan Facebook blive en ubehagelig partner, hvor den første person, der lugter blod, får en horde af mennesker med sig, som måske ikke reflekterer over, hvad det er, de reagerer imod.

Det er vældig bekvemt at være en enig gruppe, der uden argumentationskraft skyder på et menneske, som har sagt noget,

” Det er ikke gangbart, at vi betragter ytringsfrihed som et positivt, demokratisk gode, når vi er enige i budskabet, og modsat som en personlig uretfærdighed, hvis vi er uenige.

man ikke bryder sig om. Det kræver større mod at stå alene, blive beskudt og muligvis alvorligt såret.

Det er ikke gangbart, at vi betragter ytringsfrihed som et positivt, demokratisk gode, når vi er enige i budskabet, og modsat som en personlig uretfærdighed, hvis vi er uenige.

Ytringsfrihed er retten til at sige noget, andre er enige i, men bestemt også det modsatte, det er vi vel enige om?

Det kan være besværligt og tidskrævende at analysere et budskab og argumentere ordentligt for eller imod det, men det pynter altså, når man gør det.

Startskuddet har lydt: Hvem skal have Kirsten Stallknecht Prisen 2013?

Læs mere om Kirsten Stallknechtprisen 2013 side 55.

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



Se de mange fordele du får i en personlig og bundsolid bank

Når du er medlem af DSR, kan du få en lønkonto, hvor du faktisk kan se, at du får renter, når der er penge på kontoen.

Der er mange andre fordele. Dem kan du læse mere om i folderen. Du kan også besøge lsb.dk/dsr og få endnu mere information.

Få klar besked. Book et møde

Book tid til et uforpligtende møde. Bagefter ved du, om det er en god idé at skifte bank. Og hvis det er, så klarer vi alt det praktiske for dig.

Online: Klik ind på www.lsb.dk/dsr
Vælg Book Møde - så kontakter vi dig

Telefon: Ring **3378 1927** og aftal et møde på en dag og et tidspunkt, der passer dig



Lån & spar

din personlige bank

Hun sætter krydser for patientsik

En daglig tjekliste sikrer, at alle patienter i Kardiologisk afsnit M2 i Horsens bliver observeret og screenet som planlagt.

TEKST: KIRSTEN BJØRNSSON • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

“Lad mig lige se, om der er mere, jeg skal spørge dig om,” siger sygeplejerske Carina Henriksen et par gange under morgenrunden hos patienterne i gruppe 1.

Papiret, hun konfererer med, er den daglige tjekliste, der sikrer, at patienterne bliver observeret og screenet, som de skal. Alle skal f.eks. ernæringscreenses ved indlæggelsen, og de patienter, der mangler et kryds på listen, spørger hun nu om højde og vægt.

Ernæringscreening og MRSA-screening skal kun udføres én gang under indlæggelsen, men andre handlinger på tjeklisten skal udføres én gang om dagen. Det gælder måling af vitale værdier, tryksårsscreening samt pleje af venflon og eventuelle andre katetre.

Da Carina Henriksen mødte kl. 7, kunne hun konstatere, at nattevagten havde målt vitale værdier. Men fordi nattevagten var en afløser, var værdierne ikke ført ind i den elektroniske journal. Det gør Carina Henriksen så, før hun går ud på stuerne for at skylle venflon og samle op på det, der i øvrigt mangler.

“Jeg kan se i dag, at du har fået mere farve i kinderne,” siger hun til Leif Obel

på stue 14, mens hun ordner hans venflon. Patienten har haft et længere forløb med ophobning af vand i lungerne efter en hjerteklapoperation. Men nu kan han selv stå op og spise morgenmad, og han vil gerne have et bad. Så da Carina Henriksen sætter sig til computeren efter runden, kan hun score hans tryksårsskade som ret begrænset.

Ikke kryds for krydssets skyld

Hospitalsenheden Horsens er med i projektet Patientsikkert Sygehus, og afsnit M2 arbejder med adskillige patientsikkerhedspakker: tryksår, højriskomedicin, AMI m.m. Der er meget, der skal omsættes til daglig praksis, og tjeklisten er et arbejdsredskab, afdelingen har sat sammen på baggrund af pakkerne.

“Vi har den som en lille huskesed-

del, for at undgå, at der er noget, der glipper på grund af travlhed,” siger Carina Henriksen.

Listen blev taget i brug for et par måneder siden, fordi afdelingen kunne se, at det haltede lidt på nogle områder. F.eks. med at få givet patienterne visitkort med navn og telefonnummer på deres kontaktsygeplejerske.

Et kryds på listen er ikke dokumentation, det foregår bagefter i patientens elektroniske journal.

“Og man kan godt sige, at vi har meget administration og meget afkrydsning,” siger Carina Henriksen. “Men jeg sætter ikke krydset for krydsernes skyld. Jeg sætter krydset for at sikre, at min patient ikke har en ernæringsmæssig risiko. At han har fået sin venflon skyllet igennem osv.”

Din bedste oplevelse med en patient den sidste uge?

“Her i weekenden fik vi en akut dårlig patient ind til observation for AMI. Vi fik sat de rigtige behandlinger i gang, han kom af sted til Skejby og fik en stent, og dagen efter kom han retur, tilfreds og glad. Hans smerter var forsvundet, og han følte sig godt informeret.”



Selv yngre patienter skal ernæringscreenses, men det er hurtigt gjort med højde og vægt til et BMI og sygeplejerskens observationer af resten.



Carina Henriksen forklarer Inga Wagner, at hun skylder hendes venflon igennem med saltvand, for at der ikke skal opstå infektion.

kerheden



Patienterne får information om perifere venekatetre, så de kan reagere, hvis en venflon f.eks. ligger for længe. Leif Obel har hæftet sig ved, at afsnittet faktisk har meget fine infektionstal.



Når en patient har fået blod, bliver poserne opbevaret i afsnittet i to dage, så man kan kontrollere blodet, hvis der kommer en uventet reaktion.

Som erfaren sygeplejerske i afsnittet har sygeplejerske Carina Henriksen rutinerne på ryggen. Alligevel er hun glad for den ekstra sikkerhed, tjeklisten giver.



Højteknologisk hjertestop

To studerende fra University College Lillebælt, Kamilla Christiansen og Camilla Dyhr, simulerer modtagelse af patient med hjertetilfælde. Kamilla Christiansen har rollen som uddannet sygeplejerske, som skal vejlede den studerende. SimMan er en del af den velfærdsteknologiske udvikling på uddannelsen, og kurset skal styrke underviserne i, hvordan de pædagogisk bedst kan tage SimMan i brug. Han skal til foråret indgå i undervisningen til de studerende på modul 10.

”Han kan bruges til at øve både praktiske og relationelle handlekompetencer i akutte og kritiske situationer, hvor vi tidligere ikke har kunnet simulere undervisningen,” fortæller lektor Anne Mette Rasmussen.

SimMan kan simulere de fleste kropsreaktioner som f.eks. cyanose eller blodtryksfald og kan stemmestyrkes på afstand, så underviserne kan fokusere på mellemmeneskelige reaktioner i de studerendes møde med patienten.

(mdk)



OBS OPL!

SÅR HÅR HJÆLPE
HOSPITALSOPRET
TEKNIK MED BLÅ
SÅR HÅR HJÆLPE



FOTO: SØREN HOLM

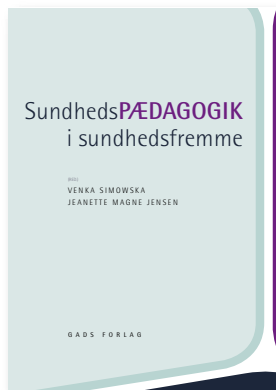
De ved, hvad de skriver om

Det er længe siden, jeg har læst en bog, hvor der er så stor forskel på omslag og indhold. "Sundhedspædagogik i sundhedsfremme" fremstår ved første øjekast som undseelig, anonym og kedelig. Lad det med det samme være sagt, det er den ikke.

På de første tre linjer i forordet fremgår det, at ambitionen er, at denne bog er en forskningsbaseret lærebog i sundhedspædagogiske teorier, begreber og metoder og deres anvendelse i sundhedsfremmende arbejde med individer og grupper i forskellige settings. Unægtelig noget af en mundfuld, men det lykkes den imponerende forfatterliste med hver deres baggrund at lægge mosaikkerne til et værk, der lever op til ambitionen. De ved, hvad de skriver om.

Bogens afsæt er kritisk sundhedspædagogik og dennes mulighed for at præge og udvikle formidlings- og undervisningsstrategier, som er i overensstemmelse med sundhedsfremme. Formålet med kritisk sundhedspædagogik er at skabe grundlag for, at deltagerne kan medvirke til at skabe forandringer i såvel levevilkår som livsstil. Målet er således at udvikle folks handlekompetence, og hermed er bogens scene sat: At navigere mellem to store og komplekse felter – det sundhedsfaglige felt og det pædagogiske felt. Bogen leverer et væsentligt bidrag hertil og vil kunne benyttes på mange niveauer i praksis, i pædagogiske og sundhedsfaglige uddannelser og i forskning.

Konkret består bogen af 17 kapitler, der kan læses uafhængigt af hinanden. Kapitlerne er bygget op over samme skabelon med et



Venka Simovska og Jeanette Magne Jensen (red.)

Sundhedspædagogik i sundhedsfremme

Gad 2012

299 sider - 349,00 kr.

ISBN 978-87-12-04618-9

indledende afsnit om kapitlets indhold og formål, tekst, bokse med emner til refleksion og et afsnit med en konklusion på kapitlet. Forfatterne har søgt at være pædagogiske i denne fremstilling, måske en anelse for meget når man tænker på, hvem bogen henvender sig til. Desuden stilles læseren iblandt for meget i udsigt f.eks. i kapitel 15. Et

kritisk og reflektivt perspektiv på videnskabelige tekster, hvor det indledningsvist fremgår, at læseren efter at have læst kapitlet på 16 sider kan "Vurdere videnskabelige tekster, forskningens resultater og anvendelighed". Selvom det er et velskrevet og indholdsrigt kapitel, som jeg overvejer at inddrage i undervisningen i videnskabsteori, forskningsmetodologi og sygeplejeforskning på Modul 9 i sygeplejerskeuddannelsen, vil jeg ikke forvente, at de studerende efter at have læst teksten vil have tilegnet sig disse kompetencer alene på baggrund af dette kapitel. Så ingen roser uden torne, roserne vil jeg give forfatterne for at have begået en kompakt, men meget vigtig bog.

*Af Vibeke Lorentzen, forskningslektor,
Center for Sygeplejeforskning – Viborg.*

Observér og lær

Fotobogen om 11 sygeplejerskers job i forskellige faglige miljøer er resultatet af et projekt, som Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland har formuleret. Idéen var at indfange sygeplejerskers faglige identitet ved at bede dem om at tage billeder på deres arbejdsplads.

Desuden er der korte tekster med de implicerede forslag til sundhedsvæsenet.

Det er en god idé at tage billeder og blive klogere af det. Projektet og bogen fik mig til at tænke på, hvor væsentlig en del af sygeplejen der består af observation. Den dygtige sygeplejerske skal både kunne se, hvordan patienten har det, og hvem patienten er.

Det helbredsmæssige, der skal observeres, er alt fra kraftige symptomer til små antydninger, som man skal kunne kombinere med beskrivelser fra den teoretiske sygdomslære. Alt det andet, som en sygeplejerske skal observere, vedrører psykiske og sociale forhold, fordi disse har stor betydning for sygdomsforløb og prognose.

Dertil må føjes det tredimensionelle elevatorblik, som anvendes til at sikre sig, at alt er i orden på det sted, hvor patienterne plejes, behandles, undersøges og involveres. Ligger, står og går alle



Ditte Scharnberg (red.)

Øjeblikke. Sygeplejerskers hverdage - fotograferet af sygeplejersker

Dansk Sygeplejeråd, Kreds Midtjylland og

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2012

160 sider - 249,95 kr.

ISBN 978-87-17-04309-1

bedst muligt? Er der noget, der flyder, som skal ud af rummet?

Har man husket alle pligter? Er der nogen, der trænger til trøst og hjælp? Jeg er overbevist om, at billeder fra arbejdspladsen kan hjælpe sygeplejersker med at forfine evnen til det hurtige og effektive overblik.

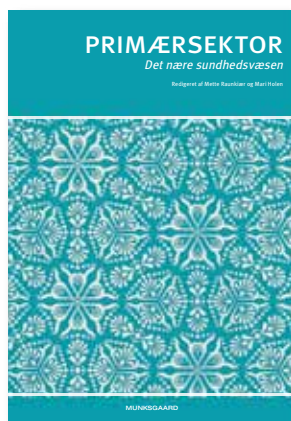
Æstetikken og den fotografiske opfindsomhed kunne blive bedre. Jeg forestiller mig, at en dygtig professionel fotograf i samarbejde med sygeplejerspersonalet kunne nå frem til langt mere overraskende og bevægende billeder. Når man er en del af den kontekst, der skal formidles, kan det være svært at distancere sig og få øje på de helt uventede vinkler og motiver, der for alvor gør indtryk på beskueren.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.

Udviklingen i den primære sektor er ikke entydig

Kommunalreform/strukturreform har udover forandringer i befolkningens sygdomsmønstre, levevilkår og aldersmæssige sammensætning medvirket til udvikling i den kommunale sundhedsindsats.

Sandholm Larsen indleder denne bogs del 1 med de strukturelle perspektiver på sygepleje i primærsektoren, der beskrives som en samlebetegnelse for en række private og offentlige aktører, der er lokalt forankret, og som varetager en bred vifte af opgaver i en social- og sundhedsfaglig kontekst. Denne indledning danner et meningsfuldt bagtæppe for resten af bogen. Udover at kunne læse om den skandinaviske velfærdsstatsmodel, sundhedsloven, lov om social service og styringssystemer kan de sygeplejestuderende læse om spændingsfeltet mellem de socialfaglige og de sundhedsfaglige dimensioner i sygeplejerskers arbejdsopgaver i kommunerne. Sandholm skriver, at meget tyder på, at sygeplejersker i primærområdet i stigende grad lægger afstand til det socialfaglige og fokuserer på de sundhedsfaglige dimensioner. Denne tendens understreges i flere af bogens kapitler. I kapitlet om det nære sundhedsvæsen defineres dette som de sundhedstilbud, der er tæt på borgeren og dækker alle kommunale sundhedsopgaver og områder, hvor hospitalet bidrager med opgaveløsning. Det nære sundhedsvæsen fremstilles diagnoseorienteret samtidig med, at det beskrives, hvordan sygeplejen er organiseret, og hvilke arbejdsopgaver de forskellige faggrupper løser. Det kan undre, at Buch Nielsen ikke nævner rehabiliterende perspektiver. Det kan skyldes, at rehabilitering har fået sit eget



Mette Raunkjær & Mari Holen (red.)

**Primærsektor
Det nære sundhedsvæsen**

Munksgaard 2012
360 sider - 299 kr.
ISBN 9788762810105

kapitel, hvori det fremhæves, at rehabilitering er et aktuelt udviklingsområde; rehabilitering, der kendetegnes ved, at fagpersoner støtter borgere i processen mod at opnå så god og meningsfuld en tilværelse som muligt. De modsatrettede tendenser ses også i kapitlet om lægemiddelhåndtering i del 2 om begreber og praksisperspektiver. Regler om medicingivning i borgerens eget hjem, om rolle og ansvarsfordeling i forbindelse med medicinopbevaring/dispensering mv. og meget få ord om borgerne og slet ikke om samtaler med borgerne om medicin; borgerne nævnes i et kompiliansperspektiv.

Bogen udmærker sig ved at have nogle indskudte kapitler, der er tematiske. Der er nogle små perler som "Hjemmet", der beskrives med mange facetter og "Ældre og aldring", hvor den samfundsmæssige og kulturelle betydning for forståelsen af aldring beskrives.

Sygeplejestuderende, som er bogens målgruppe, vil få indblik i, at der ikke er entydighed i udviklingen i den primære sektor, hvilket kan være en rigtig god ballast at få med sig, da det kan bidrage til kritisk refleksion.

Af Marianne Mahler, Dr.PH, sygeplejefaglig konsulent Indre By/Østerbro.

KORT NYT OM BØGER

Ida Hageman og Jeanett Bauer (red.)

Psykatri for ikke-psykiatere

Hans Reitzels Forlag 2012

225 sider - 275 kr.

ISBN 9788741256283

Bogen indeholder tilgængelige beskrivelser af de mest almindelige psykiatriske sygdomme: Skizofreni, depression, bipolar sygdom, angstlidelser, OCD, ADHD, demens m.fl., skriver forlaget. Bogens forfattere er psykiatere, og målgruppen er politifolk, lærere, præster, sagsbehandlere o.l., dvs. mennesker, som kommer i kontakt med sindslidende. Desuden kan bogen læses af psykisk syge og deres pårørende. Men ord som dyssocial, epidemiologi, og grafer og tabeller kan måske afskrække målgruppen unødigt. Med andre ord: Formidlingen kunne trænge til et eftersyn, hvis teksten virkelig skal være tilgængelig for lægfolk.

Lisbet Juul Daugaard og

Kasper Vestergaard Jensen

MS kost og livsstil

Scleroseforeningen 2012

148 sider - 249,00 kr.

Fås på www.scleroseforeningen.dk/

Inspirerende hverdagsretter til mennesker med sklerose - og alle andre

Titlen på denne kogebog undrede mig i begyndelsen. Er det en kogebog til mennesker med MS eller er det ikke? Men svaret er naturligvis, at alle har godt af at leve efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger, blot har forfatterne til denne bog valgt at skære yderligere på fedtstoffet i kød, æg og mælkeprodukter, som menes at kunne forværre betændelsesaktiviteten hos mennesker med sklerose. Kasper var bare 19 år, da han fik konstateret sklerose, og han og kæresten Lisbet besluttede med det samme at tage sagen i egen hånd, ændre deres kost og leve med sygdommen uden at dvæle ved den. Det er der kommet en både fornuftig og farverig kogebog ud af. Den er skrevet af ikkefundamentalister, nem at gå til og oplagt som inspiration. En enkelt anke: Pesto skal man lave med parmesan. Ikke med "reven ost", som kan være hvilken som helst type affald.

Bogen har sin egen Facebook-side til erfaringsudveksling.

(jb)

**Jeg er alkoholiker
– men jeg drikker
ikke mere**

Ole "Bogart" Michélsen

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



Behandlingscenter
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon

70 20 40 80

www.tjele.com

BESVÆR MED MAVEN?

TASTY FIBRES FROM PSYLLIUM HUSKS

Ja Nej

- Sprødt
 Klistret
 Effektivt



Nyt kosttilskud på APOTEKET
BESTIL GRATIS VAREPRØVER
Biodane Pharma A/S
Tlf.: 75 555 777
www.biodanepharmaceutical.com

Besparelser øger risiko for vold mod sygeplejersker

Der er for få ansatte til at tilse patienter, fortalte TV2 Nyhederne den 4. januar, og ifølge en analyse fra Dansk Sygeplejeråd udsættes sygeplejersker dagligt for vold. Emnet var også til diskussion på Facebook.

"Det ville da være rart som snart kommende sygeplejerske at få noget undervisning i konflikthåndtering som noget af det første, når man evt. får job i psykiatrien... Bestemt ikke et emne der skal spares på."

"Der er mange misforståelser i sygeplejen; at det er i orden at udøve vold over for sygeplejersker er tilsyneladende en af dem (uagtet at der formentlig er tale om meget syge mennesker, der ikke helt er på det rene med konsekvensen af deres handlinger). Så udover konflikthåndtering som værktøj skal der måske rettes fokus på sygeplejerskernes rolle i sundhedssektoren! I samme øjemed kunne det være interessant at finde ud af, om problemet er lige så udbredt inden for andre personalegrupper, herunder f.eks. lægerne."

"Vold i psykiatrien mod sygeplejersker kan man nok ikke helt undgå. Efter 30 år både i almen, såvel retspsykiatrien og kriminalforsorgen, har jeg en vis erfaring. Det man kan sørge for, er, at der er "hænder" nok på vagterne, og at det er med en tilstrækkelig styrke og erfaring. Dette kan i sig selv give en rolig vagt. Dette er et ledelsesproblem (afdelingssygeplejersken), som de ansvarlige ledere, ikke alle tager lige seriøst. Ledelserne tænker i økonomiske kasser og ikke i sikkerhed for personale og patienter. Siden 70'erne, er psykiatrien jo gradvis blevet skåret ned på ansatte med den direkte patientkontakt. Det være sig psykologer i afdelingerne, ergoterapeuter, fysioterapeuter, beskæftigelsesvejledere og aktivitetsmuligheder under indlæggelse, der gjorde patienten klar til hjemsendelse (udskrivelse). Man har bildt befolkningen ind, at alle de tiltag kunne distriktspsykiatrien og psykiatrisk team og kommuner tage sig af! Både DSR og FOA har gennem de sidste 25 år været alt for passive på deres medlemmers vegne i debatten, og desværre har vi bare gennem de sidste 5 år set flere alvorlige eksempler på alvorlige hændelsesforløb, sågar mord på ansatte og forsøg herpå."

"Jeg har lige taget en meget spændende og lærerig uddannelse som konfliktvejleder via center for konfliktløsning. Den arbejds metode kan varmt anbefales. Det handler meget om at se på egne konfliktmønstre og om at kunne skille konflikten ad."

"Alle nye personaler - specielt i psykiatrien hvor jeg arbejder - bør undervises i at arbejde i konfliktfyldte miljøer og håndtere konflikter på en måde så de ikke udvikler sig til vold. Bestemt et område der prioriteres for lavt!!"

"Kære alle. Det er virkelig godt, at vi får taget debatten om, hvordan vi undgår vold på arbejdspladserne i sundhedsvæsenet. Og alle jeres input kan vi bruge i vores videre arbejde med forebyggelse af voldsepisoder. Og ja, vi skal hele tiden blive bedre også i DSR til at finde løsninger og komme med den rigtige hjælp til vores medlemmer, der har været udsat for vold. Det arbejder vi med. Men antal sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle på arbejde er naturligvis også helt centralt. Derfor er jeg glad for, at vores nye analyse har fået regionerne og beskæftigelsesministeren til at give tilsagn om øget indsats og samarbejde med DSR for at få nedbragt volden på arbejdspladserne. Mvh. Dorte Steenberg, næstformand i DSR."

Hvis du selv har lyst til at deltage i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side, kan du gøre det på www.facebook.com/sygeplejersker

Ny formand for DASYS

Oversygeplejerske Margit Roed, Karkirurgisk Klinik, Rigshospitalet, har netop afløst Inge Madsen som formand Dansk Sygepleje Selskab, DASYS.

Hvor står DASYS i dag som organisation?

"DASYS har på bare 10 år nået anerkendelse som en ligeværdig samarbejdspartner i det danske sundhedsvæsen, som er høringspart, og som udpeges til repræsentationer og medlemmer i nationale råd og udvalg på linje med andre faggrupper og videnskabelige selskaber. Med etableringen af de fire råd Dokumentationsrådet, Uddannelsesrådet, Forskningsrådet og Center for Kliniske Retningslinjer er den sygeplejefaglige kompetence på højt niveau og bredden sikret ved forankring i De Faglige Selskaber, som er medlemmer af DASYS og under Dansk Sygeplejeråd. Center for Kliniske Retningslinjer er i dag en selvstændig organisation og en veletableret organisation under DASYS, hvor medlemmerne nu er fra både primær- og sekundær sektor."

Hvad er DASYS' vigtigste opgave i øjeblikket og i nærmeste fremtid?

"Den vigtigste opgave er at sætte sygepleje på dagsordenen og indskrive sygepleje i de mange forløbsprogrammer, nationale kliniske retningslinjer og special-



Margit Roed, ny formand for DASYS.

seringer, som beskrives i denne tid. Desuden at medvirke til, at forskning i sygepleje prioriteres og medtænkes i lokale, nationale og internationale puljer og projekter.

DASYS er en paraplyorganisation over de Faglige Selskaber, og en vigtig opgave bliver at medvirke til at øge medlemstallet i de Faglige Selskaber, styrke dialog og samarbejde mellem de Faglige Selskaber og DASYS og bevare og udvikle det gode samarbejde med bl.a. DSR og de lægevidenskabelige selskaber."

Hvad er DASYS' næste store mål?

"Helt aktuelt samles den nye bestyrelse på et strategiseminar sidst i januar for at formulere en fremadrettet strategi og bevæge DASYS frem mod en veletableret og professionel organisation. Højt på listen for nye mål er,

- at DASYS fremstår veletableret, synligt og professionelt
- at medvirke til, at sygepleje så vidt muligt bliver forskningsbaseret, at forskningsbaseret sygepleje efterspørges, og at den evidens, som allerede findes, anvendes og implementeres.
- at videreuddannelse af sygeplejersker er på et højere niveau end grunduddannelsens bachelorniveau
- at de sidste få Faglige Selskaber, som ikke er medlem, også bliver medlem af DASYS."

Hvad kan du som ny formand byde ind med?

"Som formand kan jeg byde ind med en lang ledelseserfaring, fagligt engagement og mangeårig erfaring fra andre faglige bestyrelser og organisationer og derved medvirke målrettet til, at DASYS fremstår og fungerer som en professionel organisation. Min ledelseserfaring og netværk vil jeg bruge til at argumentere for og fremme sygeplejefaglig forskning, udvikling og videreuddannelse. Sammen med bestyrelse og de fire råd vil jeg i højere grad inddrage de Faglige Selskaber for at støtte op om deres indsats og medvirke til, at den bliver anvendt og synligt ved repræsentationer i råd og udvalg."

Rehabilitering gennem mobilen

Seniorforsker, sygeplejerske Sussie Laustsen, Hjerte-Lunge-Karkirurgisk Afdeling T, har fra Aarhus Universitetshospitals Forskningsråd modtaget en særlig pris for den mest innovative forskningsidé indenfor de fire forskningsprogrammer på området for forskere med mellemlange videregående uddannelse.

Sussie Laustsens idé er at undersøge, om man kan give hjertepatienter et rehabiliteringsforløb, uden at de skal møde op på hospitalet. Det er relevant for patienter, som fortsat er aktive på arbejdsmarkedet.

Idéen er, at hjertepatienterne skal



Seniorforsker, sygeplejerske Sussie Laustsen.

trænes i at håndtere den nye situation ved brug af telemedicin. Patienten bliver udstyret med et lille bælte, der sender data til en applikation i en smartpho-

ne samt til en webserver. Nu kan patienten i selvvalgte omgivelser lære at træne med den rigtige puls- og vejrtrækningsfrekvens. Hospitalspersonalet kan om nødvendigt overvåge patienten direkte, men der er også mulighed for at indsamle data over en given periode på webportalen og herefter give patienten feedback og vejledning.

Sussie Laustsen vil i første omgang afprøve metoden til specialiseret træning. Senere kan andre elementer som bl.a. lægekonsultationer, sygeplejefaglig vejledning og uddannelse i diæt/kost knyttes til.

Fysisk træningsprogram for kræftramte

Professor, forskningsleder Lis Adamsen, Københavns Universitet og Rigshospitalet, Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning (UCSF), har modtaget knap 2 mio. kr. fra TrygFonden. Donationen skal bruges til at undersøge, om patienter, der ikke er træningsvante, i kemoterapi for bryst- eller tyktarmskræft, kan gennemføre et træningsprogram.

Årligt diagnosticeres ca. 4.100 kvinder med brystkræft samt ca. 2.500 mænd og kvinder med kræft i tyktarmen. Nyere undersøgelser indikerer, at fysisk aktivitet kan reducere risikoen for tilbagefald og mindske dødeligheden.

Forskerne vil undersøge, om fysisk aktivitet kan mindske bivirkninger, give bedre livskvalitet og bedre funktion i hverdagen. Konkret skal det undersøges, om man kan øge den aerobe kapacitet (konditallet) hos ikke-træningsvante patienter med bryst- og tyktarmskræft og dermed forebygge bivirkninger ved kræftbehandlingen og muligvis reducere tilbagefald. Én gruppe patienter skal gennemføre et forløb med skridttæller-træning hjemme, en anden gruppe patienter træner i gruppe på hospitalet. Både de fysiologiske, funktionelle, emotionelle og sociale effekter belyses.

Projektet er baseret på antagelsen om, at kræftdiagnosen for mange kan være en afgørende motivationsfaktor til ændring af livsstil.

Nyudnævnt professor for evidensbaseret sygepleje

Center for Kliniske Retningslinjer skifter tilhørssted, når centeret fra den 1. februar bliver tilknyttet Aalborg Universitet. Sekretariatsleder Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., bliver samtidig udnævnt til professor med særlige opgaver. Preben Ulrich Pedersen har ledet centeret siden oprettelsen i 2008, og primo 2013 findes der 23 godkendte retningslinjer, 10 er ved at blive godkendt.

Samarbejdet med Aalborg Universitet forventes at give en række fordele i form af øgede kompetencer indenfor sundhedsinformatik, kompetencer, som kan understøtte implementering og monitorering af kliniske retningslinjer.

"Målet er, at sygeplejesensitive indikatorer skal indgå i eksisterende databaser, så der skabes grundlag for prioritering og forskning, og vi kan dokumentere, hvor sygeplejeydelser gør en forskel," siger Preben Ulrich Pedersen.

Centeret får desuden mulighed for at blive en del af et tværfagligt forskningsmiljø. Det får kontorfaciliteter i Aalborg og på sigt også i København. Ønsket er, at Center for Kliniske Retningslinjer med det nye samarbejde vil opnå en styrket position både nationalt og internationalt.

(jb)

Kirsten Vestergaard

Den 29. november 2012 døde en kær ven og kollega, sygeplejerske Kirsten Vestergaard, 71 år gammel.

Kirsten fik sin uddannelse ved Aalborg Amts Sygeplejerskole i perioden 1960 til 1963. Hun virkede nogle år som sygeplejerske, inden hun tog på Danmarks Sygeplejerskehøjskole i 1967/1968. Efter endt videregående uddannelse var Kirsten med til at etablere sundhedsplejen i seks små kommuner og fortsatte efter kommunesammenlægningen i 1970 som sundhedsplejerske i Farsø Kommune.

I 1974 tiltrådte Kirsten stillingen som Amtssundhedsplejerske ved Nordjyllands Amt. Her gjorde hun et stort arbejde for at udvikle småbarns- og skolesundhedsplejen, og hun var med til at etablere fælles efteruddannelse for sygeplejersker i både primær og sekundær sundhedssektor.

I 1979 blev Kirsten faglig konsulent ved Aalborg Kommune. Denne stilling bestred hun, indtil hun som 60-årig i 2001 trådte tilbage - kun afbrudt af en periode på to år som Amtskredsformand i Dansk Sygeplejeråd 1986-1988.

Fra 1980 til 2001 havde jeg og mine kolleger som ledere inden for hjemmesygeplejen i Aalborg Kommune utrolig stort udbytte af den tætte sparring med Kirsten.

Fagligt og tværfagligt banede hun vejen for et mønsterværdigt samarbejde mellem kommune, sygehus og embedslægestitution, hvilket bl.a. afspejlede sig i hele forarbejdet til oprettelse af døgnhjemmeplejen i Aalborg Kommune i 1986. Kirsten arbejdede i en tid, hvor der skete store strukturelle, organisatoriske og lovgivningsmæssige ændringer inden for det

offentlige. Mange pleje- og behandlingsopgaver blev omlagt fra amt til kommune, og hun medvirkede til, at der blev udarbejdet flere fælles faglige og tværfaglige retningslinjer, og at der blev etableret et nært samarbejde mellem kommunens hjemmepleje, praktiserende læger og relevante sygehusafdelinger.

Da Kirsten ophørte med at arbejde, fik hun nogle gode år både i sit sommerhus ved den jyske østkyst og i Sandefjord i Norge sammen med sin gode ven Per Bakstad.

Æret være Kirstens minde.

*Inge Brøgger, sygeplejerske,
tidligere områdesygeplejerske
ved Aalborg Kommune.*

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 55 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Palliation for begyndere og øvede

Palliation er på dagsordenen, bl.a. udgav Sundhedsstyrelsen i 2011 "Anbefalinger for den palliative indsats", og Palliativt Videncenter, PAVI, har udarbejdet Palliativguiden, der er opdateret i oktober 2012, se www.pavi.dk

Desuden har vi fået en professor i palliation, overlæge og leder af Forskningsenheden, Palliativ Medicinsk Afdeling, Mogens Grønvold. Han holdt tiltrædelsesforelæsning den 18. januar 2013 ved Afdeling for Sundhedstjenesteforskning, Institut for Folkesundhedsvidenskab i København. Titlen på forelæsningen var "Palliativ indsats og helbredsrelateret livskvalitet".

Palliation er et område af sygeplejen, der berører mange sygeplejersker. Derfor er der god grund til at fordybe sig lidt i temaet om palliation i dette nummer. Temaet består af tre artikler.

Artiklen "Dialogpjece sætter ord på smerter hos kræftpacienter" side 61 beskriver en behandling, som er blevet mere effektiv, efter at man i Aarhus har taget en dialogpjece i brug, som gennem beskrivende tillægsord gør det muligt for patienten at komme tættere på smertens karakter.

Så følger side 66 artiklen "Positioner i samtalen med den alvorligt syge og døende patient" om de positioner eller roller, sygeplejersken kan indtage, når hun plejer en døende patient. Forfatteren lægger vægt på, at patienten kan have problemer, som sygeplejersken skal løse, eller livsvilkår, som sygeplejersken skal hjælpe patienten med at håndtere. Sygeplejersker indtager typisk rollen som den problemløsende, men ofte er det til patientens bedste at tie og lytte fremfor at løse problemer, som er tæt på uløselige. Dvs. at skelne mellem problemer og vilkår.

Den sidste og længste artikel, "En særlig tilgang ved forestående død" side 69, er en beskrivelse af de seks S'er, hvilket vil sige seks begreber, alle med begyndelsesbogstavet S, som kan anvendes som en tilgang til den svært syge og døende patient. Artiklen redegør nøje for betydningen af S'erne og konsekvensen for sygeplejen, hvis man vælger en S-tilgang til patienten og hans pårørende.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Ph.d.-afhandling

Sammenhæng mellem sedation, delirium og

AF HELLE SVENNINGSEN, INTENSIVSYGEPLEJERSKE, MKS

Helle Svenningsen, intensivsygeplejerske, MKS, forsvarede ph.d.-afhandlingen "The association between sedation, delirium and post-traumatic stress disorder and their impact on health related quality of life and memories following discharge from an intensive care unit" – sammenhængen mellem sedation, delirium og PTSD. Betydning for livet efter indlæggelse på intensivafdeling i forhold til erindringer og helbredsrelateret livskvalitet.

Forsvaret finder sted fredag d. 22. februar 2013 kl. 14.00 på Aarhus Universitetshospital, DNC auditoriet, bygning 10, Nørrebrogade 44, Aarhus C. Forsvaret foregår på dansk.

Første formål var at undersøge, om bevidsthedspåvirkende medicin (sedering) medførte udvikling af forbigående konfusion (delirium), hos patienter på intensivafsnit. Dernæst om delirium førte til post-traumatisk stress-syndrom (PTSD), angst og depression efter udskrivelsen fra intensiv afdeling. Desuden undersøgte vi, hvilken betydning delirium havde for patienternes erindringer om opholdet på intensivafdelingen. Sluttelig blev patienternes helbredsrelaterede livskvalitet vurderet.

Undersøgelsen omfattede patienter over 18 år indlagt mindst 48 timer og fandt sted på tre forskellige intensivafsnit i Aarhus eller Hillerød. I alt 641 patienter deltog, hvoraf 65 pct. udviklede delirium. Svingninger i deres bevidsthedsniveau øgede risikoen for delirium. Delirøse patienter var ældre, mere syge, lå længere tid på intensiv og døde tre gange så hyppigt som ikke-delirøse.

325 patienter gav efterfølgende op til tre interview, hvor der blev anvendt i alt seks spørgeskemaer. PTSD, angst og depression var markant hyppigere end hos

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse

Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel

Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.

Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

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

PTSD

baggrundsbefolkningen. Overraskende nok havde delirium ingen indflydelse på efterfølgende PTSD, angst og/eller depression. Delirium påvirkede dog tydeligt erindringerne om intensivafsnittet, men hverken delirium eller erindringerne påvirkede livskvaliteten. Til gengæld var livskvaliteten markant nedsat hos patienter, der havde symptomer på PTSD, angst eller depression.

Helle Svenningsen er ansat som klinisk sygeplejespecialist på Anæstesiologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital, Nørrebrogade og Tage Hansens Gade; hellsv@rm.dk

Opponenters/bedømmelsesudvalg

Professor, dr.med., ph.d., Hans Flaaten, Anæstesiologisk afd., Haukeland Universitets Hospital, Bergen, overlæge, dr.med., ph.d., Annette Lolk, Psykiatrisk afd., Odense Universitetshospital, professor, overlæge, dr.med., Troels Staehelin Jensen (formand for bedømmelsesudvalget), Dansk Smerteforskningscenter, Aarhus Universitetshospital.

Forsvaret ledes af seniorforsker, sygeplejerske, MPH, ph.d. Ellen M. Mikkelsen, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Vejledere

Professor, dr.med., overlæge Else Tønnesen (hovedvejleder), Anæstesiologisk afdeling, Aarhus Universitetshospital, Aarhus, professor, dr.med., overlæge, Poul Videbech, Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital, Risskov, Danmark, professor, cand.cur., ph.d., Ingrid Egerod, Rigshospitalet Traume Center, København.

Kirsten Stallknecht Prisen 2013

Hvem tager prisen?

I 2013 skal Kirsten Stallknecht Prisen deles ud igen. Prisen gives til en eller evt. to sygeplejersker, som gennem brug af yringsfriheden har gjort en indsats for at fremme en sygeplejefaglig sag. Det er syvende gang, prisen skal finde en ejer, og kriterierne for at blive indstillet til prisen er, at sygeplejersken indenfor de to seneste år har

- brugt yringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper
 - benyttet sin yringsfrihed i radio, tv, landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet Sygeplejersken.
- Prisen er på 10.000 kr. og en gave.

Indstilling

Alle sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen. Indstillingen er skriftlig og skal indeholde navn, adresse, medlemsnummer og mobilnummer på den, som indstilles, og en detaljeret begrundelse for, hvorfor sygeplejersken er en værdig modtager af Kirsten Stallknecht Prisen.

Indstillingen må højst fylde en A4-side og skal være skrevet på computer. Der kan vedlægges et begrænset antal bilag til indstillingen.

Indstillingen sendes til

Redaktionen, Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K

Mærk kuverten "Kirsten Stallknecht Prisen" i nederste venstre hjørne. Indstillingen kan også sendes som vedhæftet fil til redaktionen@dsr.dk

Vi skal have indstillingen senest tirsdag den 16. april 2013 kl. 12.00

Husk navn og medlemsnummer på den eller dem, som indstiller.

Prisen bliver ud-delt af tidligere formand for Dansk Syge-

plejeråd Kirsten Stallknecht den 7. maj kl. 13.00.

Har du spørgsmål, kan du ringe til fagredaktør Jette Bagh, 4695 4187, eller maile til jb@dsr.dk

Bedømmelseskomité

Bedømmelseskomitéen består af:

- Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd
- Steen Bech, advokat
- Jette Hvidtfeldt, journalist
- Leif Nielsen, tidligere prismsmodtager
- Martin Carlson, tidligere prismsmodtager
- Jette Bagh, fagredaktør, Sygeplejersken

Tidligere modtagere af Kirsten Stallknecht Prisen

- 2001: Forstander Thyra Frank, Plejehjemmet Lotte, Frederiksberg
- 2003: Forstander Robert Olsen, Mændenes Hjem, København
- 2005: Sygeplejerske Connie Svit †, som arbejdede på medicinsk afdeling i Aarhus
- 2007: Sygeplejerskerne Bettina Kølle og Stine Kongsgart Reunert, som arbejdede på medicinske afdelinger i København
- 2009 Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, Holstebro
- 2011 Sygeplejerskerne Leif Nielsen og Martin Carlson, København.



Jul på kryds og tværs 2012

Evidensbaseret juleand smager bare bedst

Løsningen på julekryds 2012 er som nævnt i overskriften: *Evidensbaseret juleand smager bare bedst.*

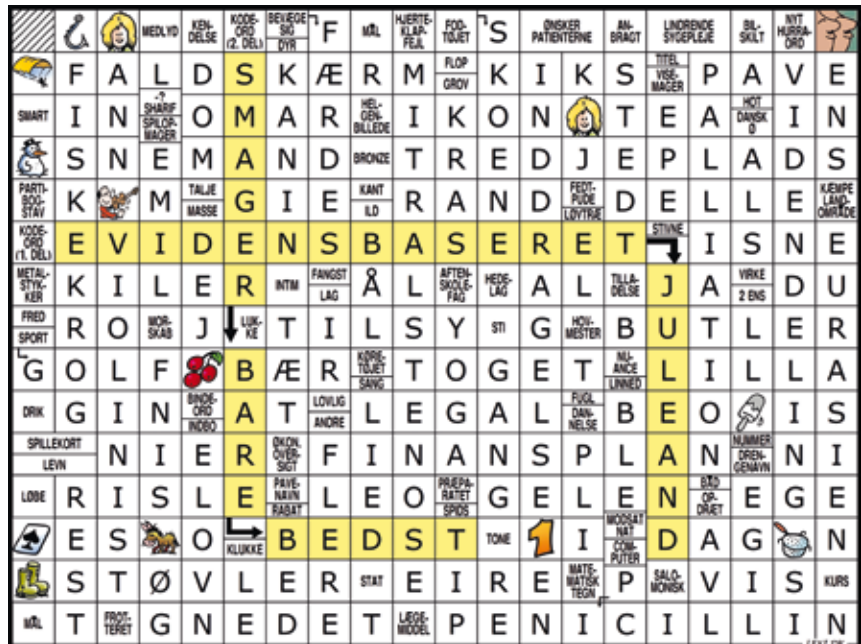
I alt 379 sygeplejersker har gættet krydsordet, heraf har 95 sendt deres løsning pr. post, og 284 har brugt email. Opskriften på den evidensbaserede and følger til jul.

Der er et gavekort og en bog på vej til de tre vindere:

Kirsten Markenward, Odense M

Birgitt Wiese, Vejle

Inge Schmidt, Støvring



(jb)

SILENTIA SKÆRMSYSTEM
Rent design, fleksibel funktion

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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret

SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE
Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

Brugsbog til patientuddannelse

Fagpersoner og erfarne patienter, som arbejder med at planlægge og gennemføre lærings- og mestringsuddannelser til mennesker med kroniske sygdomme, har fået en håndbog.

Håndbogen samler de erfaringer op, som er gjort gennem fire år i et patientuddannelsesprojekt i seks midtjyske kommuner i samarbejde med Hospitalsenheden Vest i Region Midtjylland. Gennem projektet er der udviklet og afprøvet et patientuddannelseskoncept, hvor bl.a. brugerinddragelse havde stor vægt.

Håndbogen er inddelt i to dele, hvor den første del indeholder korte og konkrete angivelser af, hvordan der kan arbejdes med de forskellige hovedelementer, som indgår i lærings- og mestringsuddannelsen. Bogens anden del retter sig mod fagpersoner og giver et supplement til den faglige ballast som en støtte til den enkeltes lærings- og mestringsproces.

Håndbogen er på 162 sider og kan bestilles enten på cfk@rm.dk eller via hjemmesiden www.cfr.rm.dk Prisen er 175 kr. plus forsendelse.

Du er ikke studieegnet

I Danmark findes ca. 120 sygeplejersker med en ph.d.- eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.

Lene Povlsen blev sygeplejerske i 1975 og doktor i folkesundhed (Dr. PH) i 2008. Hun har arbejdet som lektor på Nordic School of Public Health siden 2008 og blev udnævnt til docent i oktober 2012.

Hvad fik dig til at forske?

”Jeg blev uddannet i 1975 og arbejdede frem til 2000 som sygeplejerske på forskellige børneafdelinger, alle med speciale i type 1-diabetes. På det tidspunkt var jeg diabetes-sygeplejerske på Børneafdelingen i Glostrup og blev ansvarlig for et projekt, som handlede om, hvordan undervisningen af familier med indvandrerbaggrund og børn med diabetes kunne optimeres. Samtidig foreslog min chef, at jeg skulle prøve, om jeg ikke kunne få en mastergrad i folkesundhed, MPH.”

Hvad er forskningsemnet i din doktorafhandling?

”Optimering af undervisning af familier med indvandrerbaggrund og børn med diabetes. Min afhandling havde titlen: ”Diabetes in children and adolescents from non-western immigrant families – health education, support and collaboration”. Den var baseret på fem artikler og en sammenstilling og kan downloades via www.nhv.se/lene-povlsen-avhandling”

Hvor tog du din forskeruddannelse?

”Trods 25 års klinisk erfaring i rygsækken var det ikke muligt for mig at blive optaget på MPH-uddannelsen i København. Lederen af uddannelsen sagde direkte til mig, at ingen ville vurdere mig som studieegnet. I stedet foreslog han mig at tage uddannelsen på NHV i Göteborg. I januar 2001, da jeg begyndte mit første kursus deroppe, hed skolen Nordiska Hälsovårdshögskolan; siden blev det til Nordiska Högskolan för Folkhälsovetenskap, i dag Nordic School of Public Health NHV. Skolen, der ejes af Nordisk Minister-

råd, tilbyder kurser på avanceret niveau og forskerniveau og er primært befolket af erhvervsaktive studenter fra de fem nordiske lande.

Det var med blandede følelser og nerverne udenpå, at jeg i januar 2001 begyndte mit første kursus siden 1975. Jeg havde ingen erfaringer med f.eks. litteratursøgning og vidste intet om, hvordan man skrev akademiske arbejder, så det blev til intensiv læsning og masser af spørgsmål. Samtidig var det en fantastisk spændende ny verden, der åbnede sig, hvor meget af det, jeg havde arbejdet med klinisk i mange år, pludselig blev sat ind i en større sammenhæng og/eller knyttet op til teori. Meget flot oplevelse!”

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

”Alle kurser på NHV gives som fritstående kurser. Det passede perfekt, både til mig og mit projekt, og gjorde det muligt for mig at blive klar med min MPH allerede i 2003. Eftersom jeg på det tidspunkt kun var halvt færdig med projektet, kunne jeg derfor anvende resten af tiden til også at blive master of science i folkesundhed/MScPH, svarende til en halv doktorgrad, i 2005. Fra 2001 til 2004 blev både projektet, min løn og min uddannelse på NHV finansieret via eksterne midler fra Sundheds- og Integrationsministeriet samt diverse større og mindre private og offentlige fonde. Selve projektet, dvs. min formelle tilknytning til børneafdelingen i Glostrup og til gruppen af familier med indvandrerbaggrund og børn med diabetes, sluttede med udgangen af 2003.

Det var fantastisk at erfare, at jeg rent faktisk var i stand til at gennemføre projektet og mine mål. Desuden oplevede jeg NHV som et helt specielt sted, hvor man altid glædede sig over mine fremskridt og gav mig maksimal støtte.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Jeg har primært skrevet videnskabelige artikler. De fleste kan findes via søgning på PubMed.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?



”Det er desværre stort set kun svenske medier og praktikere, som har vist interesse for min afhandling, selvom den blev sendt til samtlige danske børnediabetescentre ved publiceringen. Så sent

som for en måned siden, blev jeg kontaktet af en svensk gruppe, som ville have mig med i et interventionsarbejde i Västra Götalandsregionen.”

Hvad forsker du aktuelt i?

”Forskningsmæssigt har jeg stadig primært fokus på health promotion og ikke-vestlige indvandrere. Referencen til min seneste artikel er: Povlsen L (2012). Immigrant Women’s Clubs in a Health Promotion Perspective. *Scandinavian Journal of Public Health* 40:355-9.”

Akupunktur kurser

for sundhedsfagligt personale

1-dags kursus: Hvordan akupunktur kan anvendes i patientbehandling af kvalme og smerter – evidensbaseret. Kurset er praktisk orienteret og forudgående kendskab til akupunktur er ikke nødvendig. Pris kr. 1500,-.

3-dags kursus: Velegnet til personale, der ønsker at blive ”superbruger” af akupunktur. Behandling af flere lidelser gennemgås teoretisk med vægt på praktiske øvelser. Pris kr. 4000,-.

Tid og sted:

1-dags kursus 5.03.2013 eller 8.04.2013.

3-dags kursus 29.04 – 1.05.2013.

Alle dage fra kl. 08.30-15.30

På Regionshospitalet Randers, Patienthotellet, mødelokale Kursusaftigten inkluderer kaffe, te, frokost og kursusmateriale.

Kursusledere: Overlæge Lise Schlünzen og Intensivsygeplejerske Annette Vennegaard

Yderligere information/tilmelding:

2946 2725 eller annevenn@rm.dk

Fokus på små børns smerter

Et nyt behandlingsregime betyder, at små børn smertescorer ensartet, og at smerterne behandles ensartet. Resultatet er kortere indlæggelsestid, men årsagen til dette er ikke entydig. Forfatterne peger på en mulig forklaring. Artiklen er baseret på et projekt fra Aarhus Universitetshospital.

AF TROELS GRÆSHOLT-KNUDSEN, STUD.MED., OG LISELOTTE LANGELUND LAURSEN, BØRNESYGEPLEJERSKE

Reduktion af indlæggelsestid efter en operation har stort potentiale, både for patientens trivsel og afdelingens økonomi. Denne artikel beskriver en regimeforandring i den postoperative smertebehandling for hjerte børn, reduceret indlæggelsestid i det postoperative forløb fra 2010 til 2011, konsekvenserne af disse forandringer og mulige forklaringer herpå.

I 2009 tog to sygeplejersker, Liselotte Langelund fra Aarhus Universitetshospital og Lene Kjær fra Rigshospitalet, til Great Ormond Street Hospital i England, bl.a. for at finde en måde at opkvalificere smertebehandlingen for hjerteopererede børn på. Afdeling A7 på Aarhus Universitetshospital led under et efter egen opfattelse forældet og morfintungt regime, der foruden morfins andre vanlige bivirkninger holdt børnene i sengen længere, end det måske var nødvendigt. I maj 2011 kunne et nyt behandlingsregime implementeres på afdelingen inspireret af turen til England. En journalgennemgang blev udført for at undersøge effekten på morfinforbrug og indlæggelsestid med en forventning om, at regimet ville være direkte årsag til en reduktion i både indlæggelsestid og morfinforbrug, og at den postoperative tarmfunktion ville genvindes hurtigere.

Da diskussionen om indførelsen af det nye regime foregik over flere måneder og et skift i behandlingsadfærd derfor allerede kunne have fundet sted inden skæringsdatoen, undersøgte vi, om der var forskelle i tre forskellige tidsperioder:

1. Fra maj til november i 2010
2. Fra januar til maj i 2011
3. Fra maj til september i 2011.

Materiale

Børn, der indgik i det nye postoperative smertebehandlingsregime, var i den lettere kategori af børn med medfødte hjertesygdomme såsom børn opereret for enten en ventrikulær septumdefekt, atrial septumdefekt, coarctatio aortae eller kirurgisk implanteret pacemaker. Alle disse børn indgik efter indførelsen af det nye regime i et hurtigt forløb, benævnt fast-track, der ved hjælp af den forandrede medicinering tillod udskrivelse af patienterne hurtigere end vanligt.

Indlæggelsestid regnes i opgørelsen i dage, morfinforbrug er omregnet fra flere forskellige vægtklasser af børn, flere typer af præparater og administrationsmetoder til det tilsvarende indtag hos et barn, der får morfin per os og vejer et kilo. Tid til luft og fæces-afgang blev opgjort for i alt 49 børn, heraf 12 efter indførelsen af det nye regime.

Forandringen bestod i ændring af den smertestillende behandling, så børnene postoperativt ikke længere skulle have morfin i

det omfang, de hidtil havde fået, men derimod have morfin p.n. fra 2. døgn postoperativt, understøttet af paracetamol og et tillæg af NSAID p.n., hvis de var over seks måneder.

Til vurdering af børnenes smerter blev der udvalgt tre smertescor skalaer, NIPS, FLACC og VAS. De var validerede, lette at bruge i praksis og havde den bedste evidens.

Personalet på afdelingen blev undervist, og de enkelte skalaer blev gennemgået. Cases blev anvendt som en del af undervisningen, før personalet skulle bruge teorierne i praksis. Der blev udleveret et aktionskort med skalaerne afbildet med behandlingsmål for, hvornår børnene skulle have ekstra smertestillende.

Statistik

Data blev opgjort i hhv. medianer og gennemsnit, og sammenligninger mellem de to grupper blev lavet med en uparret Welch t-test, det vil sige en statistisk test, der beregnede sandsynligheden for, at forskellene mellem to grupper af børn var udtryk for en forskel i behandlingen eller blot rene tilfældigheder.

Børnenes morfinforbrug blev sammenlignet under omregning til oralt indtag via ækvivalensskema fra Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin og målt pr. kg. barn for at eliminere fejlkilder ift. forskelle mellem de indlagte børns alder og størrelse (se tabel 1 side 59).

Undersøgelsen viste en signifikant forskel i indlæggelsestid, men ingen signifikante forskelle på morfinforbrug eller reetablering af tarmfunktion. Hvis de enkelte børn, hvis morfinforbrug afveg meget fra resten af de indlagte, blev trukket fra, forsvandt tendensen på morfinforbruget ligeledes.

Diskussion

Vi fandt, at der i den undersøgte toårige periode var et klart fald i indlæggelsestiden. Vi fandt derimod ikke nogen statistisk signifikant forskel i mængden af morfinindtag eller første defækationstidspunkt.

Vi kan dermed ikke sige, at regimeforandringen har været årsag til den hurtigere behandlingstid. Vi har derfor følgende bud på en forklaring:

- Det er muligt, at der skete et holdningskift længe før tidspunktet for den formelle introduktion af den nye behandling. Turen til England og det medfølgende akademiske arbejde kan således have påvirket de faglige beslutningsprocesser og foranlediget skift i behandlingsalgoritmer og syn på, hvornår børnene kunne udskrives, så forandringen i behandlingen af børnene har fundet sted, længe inden regimet blev indført. Dette kan naturligvis ikke dokumenteres statistisk, men giver en meget

forkorter indlæggelsestiden

Tabel 1. Den demografiske fordeling af børnene i de to grupper

	1 år før	4 mdr. før	4 mdr. efter
Antal	24	12	13
Alder (år)	2,0	3,6	1,8
Køn (p/d)	0,5	0,5	1,1

Tabel 2. Indlæggelsestid, morfinforbrug og tid til genetablering af tarmfunktion

	1 år før	4 mdr. før	4 mdr. efter	1 år før vs. 4 mdr. efter
Indlæggelsestid (dage, gennemsnit)	9,6	6,8	5,5	p<0,001*
Morfin (mikrogram, oralt/kg, medianer)	10,0	...	8,3	NS**,***
Tid til tarmfunktion (dage)	2,3	...	2,3	NS

*P-værdi: Sandsynligheden for at se de talforskelle, vi har fået mellem grupperne, hvis behandlingen i virkeligheden ikke gør nogen forskel.

**NS betyder en p-værdi på mere end 0,05, altså en ikke-signifikant forskel.

***Beregnet på konverteret gennemsnit, en statistisk metode, der muliggør sammenligning af den type af tal for morfin, vi indsamlede.

plausibel forklaring på de mange ordinationer af Bonyl, et vigtigt led i behandlingen, der i vores undersøgelse ses at stige fra starten af 2010 til perioden lige før indførelsen af fast-track.

Det er muligt, at afdelingen er påvirket af fast-track-tankegangen som et modefænomen, en måde at behandle på, der vinder fremgang inden for alle terapiområder og således øger sin legitimitet blandt såvel behandlere som i befolkningen og dermed også hos forældre, dvs. at personalet er klar til at udskrive hurtigere og forældrene mere villige til at acceptere dette.

Under alle omstændigheder har regimeforandringen haft den positive effekt, at afdelingen nu rutinemæssigt smertevurderer børnene ud fra en evidensbaseret, ensartet metode.

Smertescoringsredskabet skaber mening, og personalet kan se nytten i det, da de kan basere deres iagttagelser af det nyopererede barn på evidensbaserede skalaer og ikke blot på et skøn. Herudover giver det personalet større mulighed for at reflektere over sammenhængen mellem teori og praksis.

Desuden opleves det som en stor faglig tilfredsstillelse, at smertescoringskalaerne som arbejdsredskab medfører, at personalet deler viden i større omfang end før, både om smertescoringsmetoderne og det enkelte barns situation, hvilket i sidste ende kommer børnene til gode.

Resultater

Indlæggelsestid, morfinforbrug og tid til genetablering af tarmfunktion ses i tabel 2 her på siden.

Undersøgelsen viste en signifikant forskel i indlæggelsestid, men ingen signifikante forskelle på morfinforbrug eller reetablering af tarmfunktion. Hvis de enkelte børn, hvis morfinforbrug

afveg meget fra resten af de indlagte, blev trukket fra, forsvandt tendensen på morfinforbruget ligeledes.

Troels Græsholt-Knudsen er medicinstuderende ved Aarhus Universitet; troelsgk@gmail.com

Liselotte Langelund Laursen er specialeansvarlig børnesygeplejerske på afdeling A7 på Aarhus Universitetshospital.

English abstract

Græsholt-Knudsen T, Laursen LL. A uniform evaluation and treatment of infants' pain shortens admission time. *Sygeplejersken* 2013;(02):58-9.

The article describes a change in the regimens for postoperative pain management for infants with cardiac problems and the shorter postoperative hospitalisation times seen in 2010 to 2011.

The change: three pain scales, NIPS, FLACC and VAS, as well as a treatment regimen that aimed to reduce morphine usage, were introduced.

The study: medical chart data for morphine usage, hospitalisation time and numbers of stools from a total of 49 children, 12 of which took place after the introduction of the new regimen.

Results: the statistical analysis found a significant reduction in hospitalisation, but no significant difference in morphine usage. The department deemed the new regimen valuable both professionally and as regards treatment.

Keywords: Pain management, morphine, admission time, pain assessment, children.

Smertebehandling og opioidinduceret obstipation skal ikke hænge sammen



Tag bivirkninger alvorligt ved behandling af stærke smerter!

TARGIN[®] er indiceret til patienter med stærke smerter, som kun kan behandles tilstrækkeligt med opioidanalgetika. Opioidantagonisten naloxon modvirker opioidinduceret obstipation, idet oxycodons virkning på opioidreceptorerne lokalt i mavetarm-kanalen blokeres.

TARGIN[®] (oxycodonhydrochlorid/naloxonhydrochlorid) depottabletter. TARGIN[®] er et stærkt opioid.

Depottabletter 5 mg/2,5 mg, 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg, 40 mg/20 mg. Indikation: Stærke smerter som kun kan behandles tilstrækkeligt med opioidanalgetika. Opioidantagonisten naloxon modvirker opioidinduceret obstipation, idet oxycodons virkning på opioidreceptorerne lokalt i mave-tarm-kanalen blokeres. • **Dosering:** Voksne og børn over 18 år: Doseres hver 12. time. Dosis tilpasses individuelt efter patientens tilstand og under hensynstagen til eventuel forudgående smertebehandling. Den normale initialdosis til opioidnaive patienter er 10 mg/5 mg hver 12. time, men afhængig af patientens behov for smertedækning kan der være indikation for at starte med højere doser. TARGIN[®] er ikke indiceret til behandling af gennembrudssmerter. Depottabletterne skal sluges hele. Må ikke deles, tygges eller knuses. Ved ophør efter længere tids behandling reduceres dosis gradvist. Bør ikke anvendes til børn under 18 år. Hos ældre samt patienter med let nedsat nyre- og leverfunktion bør dosis justeres efter den individuelle kliniske situation. • **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Enhver situation, hvor opioider er kontraindiceret. Svær respirationsdepression med hypoxi og/eller hyperkapni, svær kronisk obstruktiv lungesygdom, cor pulmonale, svær bronkial astma, ikke-opioidinduceret paralytisk ileus, moderat til svær nedsat leverfunktion. • **Advarsel og forsigtighedsregler:** Hos personer, der er afhængige af opioider, vil misbrug af TARGIN[®] medføre markante abstinenssymptomer eller forværring af allerede eksisterende abstinenssymptomer. Den største risiko ved opioidbehandling er respirationsdepression. Der skal udvises forsigtighed ved administration af TARGIN[®] til ældre eller svækkede patienter, patienter med opioidinduceret paralytisk ileus, svært nedsat lungefunktion, myksødem, hypothyroidisme, Addisons sygdom, forgiftningsspsykose, cholelithiasis, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pancreatitis, hypotension, hypertension, allerede eksisterende hjerte-karsygdomme, hovedskader (pga. risiko for øget intrakranielt tryk), epilepsi eller tendens til krampeanfald samt hos patienter, der er i behandling med MAO-hæmmere. Der skal også udvises forsigtighed ved administration af TARGIN[®] til patienter med let nedsat lever- eller nyrefunktion. Det er især nødvendigt, at patienter med svært nedsat nyrefunktion monitoreres omhyggeligt. Patienter, der er i langtidsbehandling med høje opioiddoser, kan initialt få abstinenssymptomer ved skift til TARGIN[®]. Sådanne patienter kræver særlig opmærksomhed. Længerevarende brug af TARGIN[®] kan medføre udvikling af tolerance, hvilket kan føre til brug af højere doser for at opnå den ønskede analgetiske effekt. Kronisk brug af TARGIN[®] kan medføre fysisk afhængighed. Der er risiko for udvikling af psykisk afhængighed af opioidanalgetika, inklusiv TARGIN[®]. Der kan forekomme abstinenssymptomer ved pludselig seponering af behandlingen. Hvis behandling med TARGIN[®] ikke længere er nødvendig, anbefales det at reducere den daglige dosis gradvist. TARGIN[®] indeholder lactose. • **Interaktioner:** Forstærket CNS dæmpende effekt med stoffer som alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiva, sovemidler, phenotiaziner, neuroleptika, antihistaminer og antiemetika. Der er observeret klinisk relevante ændringer i INR (International Normalized Ratio eller Quick-value) i begge retninger hos enkeltpersoner ved samtidig administration af oxycodon og coumarin-antikoagulantia. • **Graviditet:** Bør så vidt muligt ikke anvendes. • **Amning:** Bør ikke anvendes. • **Mærket med trafikrekant.** • **Bivirkninger for TARGIN[®]:** Almindelige: Nedsat evt. manglende appetit, rastløshed, svimmelhed, hovedpine, vertigo, sedation, blodtryksfald, abdominalsmerter, obstipation, diarré, mundtørhed, dyspepsi, opkastning, kvalme, flatulens, forhøjede leverenzym, abstinenssymptomer, følelse af at have det varmt og fryse, kulderystelser, asteni. Sjældne, meget sjældne og ikke almindelige bivirkninger: Se fuldt produktresumé. • **Bivirkninger for den aktive substans oxycodon:** Se fuldt produktresumé. • **Overdosering:** Afhængig af anamnesen kan en overdosis af oxycodon og naloxon ved opioidreceptorerne i tarmene bevirke, at naloxon reducerer de bivirkninger fra mave-tarm-kanalen, der er typiske for opioidbehandling. Biotilgængeligheden af oxycodon efter oral administration er høj (op til 87 %). • **Pakninger og priser inkl. recepturgebyr pr. 7. januar 2013:** TARGIN[®] depottabletter 5 mg/2,5 mg: 28 stk. kr. 151,85 (053211), TARGIN[®] depottabletter 5 mg/2,5 mg: 98 stk. kr. 470,25 (053200), TARGIN[®] depottabletter 10 mg/5 mg: 28 stk. kr. 259,00 (033195), TARGIN[®] depottabletter 10 mg/5 mg: 98 stk. kr. 820,25 (033206), TARGIN[®] depottabletter 20 mg/10 mg: 28 stk. kr. 469,00 (033218), TARGIN[®] depottabletter 20 mg/10 mg: 98 stk. kr. 1.537,60 (033229), TARGIN[®] depottabletter 40 mg/20 mg: 28 stk. kr. 874,70 (053155), TARGIN[®] depottabletter 40 mg/20 mg: 98 stk. kr. 2.905,70 (053166). Dagsaktuelle priser kan findes på www.medicinpriser.dk. • **Tilskud:** Generelt klausuleret tilskud til "Patienter med stærke opioidkrævende smerter, som samtidig har opioidinduceret obstipation". • **Udlevering:** AS4 (kopieringspligtigt). • **Indehaver af markedsføringsstilladelse:** Norpharma A/S, Slotsmarken 15, 2970 Hørsholm, tlf. 45174800, www.norpharma.dk. • **De med + mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresuméer. De fulde produktresuméer kan vederlagsfrit rekvireres hos Norpharma A/S.** © TARGIN er et registreret varemærke. TARGIN[®] er et stærkt opioid.

1. Clemens et al. Expert Opin. Pharmacother; 11(2): 1-14, 2010

Dialogpjece sætter ord på smerterne hos kræftpatienter

AF HANNE DALGAARD PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, TORBEN WORSØE JESPERSEN, OVERLÆGE, OG PIA RIIS OLSEN, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, CAND.CUR., PH.D.

På onkologisk afdeling på Aarhus Universitetshospital undersøgte den tværfaglige smertegruppe i afdelingen omfanget af oplevede smerter blandt afdelingens patienter, og hvad det var for smerteoplevelser, der var mest udbredt hos dem. Arbejdet afslørede, at smerteidentifikation og behandling kunne optimeres, hvilket førte til udarbejdelse af ”Smertedialogpjece”, der giver mulighed for tættere dialog om smertetype, lokalisering og intensitet.

Smerter er et af de mest invaliderende symptomer. Den tværfaglige smertegruppe på Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, gennemførte derfor i 2011 en audit blandt 371 kræftpatienter i afdelingen for at vurdere patienternes smertestatus og afdelingens indsats i smertebehandlingen. Det viste sig, at der var plads til forbedring. En dialogpjece skal nu hjælpe kræftpatienterne og de sundhedsprofessionelle med at skabe en bedre smerteanamnese som grundlag for den rette smertebehandling, samtidig med at undervisning i smertebehandling bliver optimeret i afdelingen.

Kræftpatienter oplever smerter

Smerter er en hyppig følgesvend til en kræftsygdom, således har ca. 35 pct. af alle onkologiske patienter på diagnosetidspunktet oplevet smerter, og dette tal stiger til op mod 90 pct. af patienter med fremskreden kræft (1). Den såkaldte Barometerundersøgelse blandt 542 danske uhelbredeligt syge med forventet kort restlevetid peger på, at omkring 30 pct. af disse oplevede en del eller mange smerter, og ligeledes oplevede 22 pct. af disse at have fået utilstrækkelig hjælp til deres smerter (2).

De neurogene smerter kan være specielt belastende for patienten, og samtidig har de vist sig vanskelige at behandle med traditionelle smertestillende medikamenter, f.eks. opioider. Derfor har der i de senere år været særligt fokus på, hvordan de neurogene smerter kan identificeres, og på, hvilke smertestillende medikamenter der kan lindre disse smerter (3,4). Neurogene smerter kan hos kræftpatienter opstå som følge af tumorvækst, men også som bivirkninger til kemoterapi og strålebehandling.

Status hos vores patienter

I kræftafdelingen på Aarhus Universitetshospital har vi gennem flere år haft en tværfaglig smertegruppe. I gruppen er der 10 sygeplejersker, en overlæge i palliation, tre læger og en professor i psykologi. Vi er dermed godt dækket ind med specialviden på området. I 2010 begyndte gruppen at intensivere indsatsen for

at forbedre smertebehandlingen af kræftpatienterne i afdelingen.

Hverdagens praksis havde vist os, at smerteanamnesen hos patienterne ofte var for overfladisk og usystematisk. Vi tog derfor fat på at udvikle et brugbart og praktisk redskab, der skulle hjælpe patienterne med bedre at kunne beskrive deres smerter overfor læger og sygeplejersker og dermed skabe grundlag for en bedre dialog om smerteintensitet, type, belastningsgrad og lokalisering. Dette arbejde resulterede i udvikling af Smertedialogpjece ”Har du smerter?”, som vi tog i brug i afdelingen i foråret 2011.

Samtidig ville vi gerne vide, hvordan det reelt stod til med omfanget af oplevede smerter blandt afdelingens patienter, og hvad det var for smerteoplevelser, der var mest udbredt hos dem. Ligeledes ville vi identificere eventuelle problemområder i smertebehandlingen med henblik på forbedring.

Audit afdækker omfang af smerter

Auditten blev gennemført som en tværsnitsundersøgelse i afdelingen en bestemt dag i marts 2011. Den tværfaglige smertegruppe udviklede til denne smerteaudit et spørgeskema med udgangspunkt i the McGill Pain Questionnaire (MPQ) (5), og Douleur Neuropathique 4 Questions (DN4) (6).

De anvendte smertedeskriptorer dækkede henholdsvis nociceptive og neurogene samt affektive smerter. Patienterne blev anmodet om at angive deres køn og alder og spurgt, om de havde haft smerter indenfor den sidste uge. Såfremt dette var tilfældet, blev de bedt om at besvare yderligere en række spørgsmål i relation til deres smerter, herunder den oplevede smerteintensitet (sensorisk smerte) og den oplevede belastning (affektiv smerte) på nume-

” Hverdagens praksis havde vist os, at smerteanamnesen hos patienterne ofte var for overfladisk og usystematisk.

riske rangordningsskalaer (NRS) fra 0 til 10, med 0 svarende til ingen smerte/belastning og 10 repræsenterende den værst tænkelige smerte/belastning. Patienterne blev desuden spurgt, hvorvidt de mente, at deres smerter skyldtes deres kræftsygdom og/eller behandling, om de havde fortalt personalet på afdelingen og deres praktiserende læge om deres smerter, og om disse eller de selv havde gjort noget for at afhjælpe deres smerter. Inden auditten blev anvendeligheden og forståeligheden af spørgsmålene pilot-testet blandt ni patienter.

Samtlige patienter, som blev set på Onkologisk Afdeling, Aarhus ▶

Boks 1. Tillægsord, der beskriver smerter

En smerte kan beskrives med forskellige tillægsord.
Sæt kryds ud for de ord, der beskriver din smerte bedst.
Du må gerne sætte flere krydser.

- | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Murrende | <input type="checkbox"/> Kolikagtige | <input type="checkbox"/> Brændende |
| <input type="checkbox"/> Udmattende | <input type="checkbox"/> Borende | <input type="checkbox"/> Trykkende |
| <input type="checkbox"/> Elektrisk stød | <input type="checkbox"/> Frygtelige | <input type="checkbox"/> Strammende |
| <input type="checkbox"/> Dybe | <input type="checkbox"/> Isnende, kolde | <input type="checkbox"/> Modbydelige |
| <input type="checkbox"/> Snurrende | <input type="checkbox"/> Diffuse | <input type="checkbox"/> Skærende |
| <input type="checkbox"/> Kvalmende | <input type="checkbox"/> Stikkende | <input type="checkbox"/> Dunkende |
| <input type="checkbox"/> Jagende | <input type="checkbox"/> Uudholdelige | |

Evt. andre ord: _____

Kilde: Smertedialogpjece "Har du smerter?". Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, 2011.

► Universitetshospital, på auditdagen i marts 2011, blev anmodet om at besvare spørgeskemaet, uanset om de havde smerter eller ikke. Der blev i alt set 425 patienter på Onkologisk Afdeling den pågældende dag. Heraf ønskede 10 patienter ikke at deltage, fire patienter udgik, da deres CPR-nummer ikke kunne læses, og 40 patienter udgik pga. teknikproblemer i stråleterapien, som betød, at personalet sidst på dagen ikke havde ressourcer til at inkludere de pågældende patienter i undersøgelsen. I alt 371 (87,3 pct.) patienter indgik i undersøgelsen.

Efter dataindsamlingen blev journalerne på de patienter, som havde indvilget i at indgå i undersøgelsen, gennemgået systematisk med henblik på at klarlægge deres primære diagnose, hvorvidt de havde metastaser, deres behandlingsstatus samt deres medicinstatus på undersøgelsesdagen. Den statistiske analyse blev foretaget ved hjælp af SPSS.

Den praktiske del af auditten blev gennemført af den tværfaglige smertegruppens medlemmer samt fem psykologistuderende. Disse stod for information af patienter, udlevering og indsamling af spørgeskemaer i eget afsnit og i afdelingens venteværelser.

Resultatet af auditten viste, at 50,4 pct. (187) af de 317 patienter, som indgik i undersøgelsen, havde oplevet smerter inden for den sidste uge. I alt 73,8 pct. af patienterne med smerter angav, at kræftsygdommen eller kræftbehandlingen var årsag til deres smerter, og 25,7 pct. (48) beskrev smerterne som svære svarende til en NRS-score på 7-10. Også 25,7 pct. af patienterne beskrev smerterne som belastende (NRS 7-10). I alt 80 patienter af de

187, som havde smerter, angav en eller flere neurogene smertedeskriptorer. Tværsnitsundersøgelsen viste os således, at der var plads til forbedring af smertebehandlingen hos vores patienter. Øvrige resultater af tværsnitsundersøgelsen kan ses i en anden publikation (7).

Implementering af Smertedialogpjece

Før indførelsen af Smertedialogpjece i foråret 2011 havde vi i Onkologisk Afdeling en fortrykt plejeplan omhandlende forskellige handlinger, som kunne iværksættes, når vi havde en patient indlagt med smerter. Plejeplanen kunne ikke bruges til at diagnosticere, hvilken type smerte patienten havde, hvor intens den var, og hvor belastende smerten var i patientens dagligdag.

Vi manglede et redskab, som kunne guide os igennem, hvilke data vi havde brug for, når vi skulle analysere os frem til, om patienten havde nociceptive smerter eller neurogene smerter. Hvilke tillægsord kunne vi f.eks. bruge, når vi ville identificere smertetyper? Den gængse smertebehandling var conalgin med p.n. morfin. I praksis var det ofte sygeplejersken, som i dataind-

” I praksis var det ofte sygeplejersken, som i dataindsamlingen fik identificeret, at patienten havde smerter, men ikke hvilken type smerter patienten havde.

samlingen fik identificeret, at patienten havde smerter, men ikke hvilken type smerter patienten havde. Lægen blev kontaktet, og smertebehandlingen blev iværksat.

Auditens resultater fra foråret 2011 pegede på, at et af problemerne med at afhjælpe patienternes smerter kunne være denne upræcise praksis for smerteanamneser.

Omkring samme tid blev der i foråret 2011 afholdt ekstern survey på Aarhus Universitetshospital, Aarhus Sygehus. Akkrediteringen viste, at mange afdelinger ikke smertescorede patienterne efter retningslinjerne, og at effekten af den givne behandling ikke blev dokumenteret.

Sygehuset nedsatte en ad hoc-gruppe, som meget hurtigt skulle iværksætte forbedringer på smerteområdet. Specielt skulle dialogen med patienterne bedres for at skabe et bedre grundlag for den rette smertebehandling. Her vakte smertedialogpjece, som vi havde udviklet i Onkologisk Afdeling, stor begejstring, og andre afdelinger på Aarhus Universitetshospital blev opfordret til at implementere en tilsvarende pjece tilpasset deres patientgrupper. Vi skulle også blive bedre til at dokumentere

smertebehandlingen, og undervisning i smertebehandling skulle opprioriteres.

Nøgelpersoner på hele hospitalet fik tre timers undervisning. Formålet med undervisningen var at understøtte forståelsen for smerteretningslinjerne, forbedre forståelsen for systematisk smertevurdering, evaluering og dokumentation og hjælpe nøgelpersonerne til at motivere egne kollegaer.

Nyt redskab bygger på tillægsord

Den tværfaglige smertegruppens nøgelpersoner i Onkologisk Afdeling var på det tidspunkt i gang med at implementere den nye smertedialogpjece ”Har du smerter?” Pjecen er tænkt som et dialogredskab mellem personalet og patienten.

Pjecen stiller patienten en række spørgsmål, som omhandler varighed, intensitet og belastning af smerten. I pjecen bruges tillægsord, som kan hjælpe med at identificere, hvorvidt patientens smerter kan karakteriseres som nociceptive (somatiske, viscerale), f.eks. murrende og kolikagtige eller neurogene (neuralgier, dysæstesier), f.eks. brændende og isnende. I pjecen er der også tillægsord, som angiver, om patienten er følelsesmæssigt belastet og påvirket af smerterne. Endvidere spørges også til, i hvilken grad og på hvilken måde smerten påvirker patientens dagligdag (se boks 1 side 62).

Pjecen skal udleveres til alle patienter, som har smerter. Når patienten har svaret på spørgsmålene, bliver de gennemgået med sygeplejersken og/eller lægen. Mange af vores patienter er kun kortvarigt i afdelingen og får deres smertebehandling reguleret hos deres praktiserende læge. I de situationer opfordrer vi patienten til at udfylde pjecen og medbringe den til konsultation hos egen læge. Hvis patienten har svære smerteproblemer, tager vi os af det på afdelingen, og derefter kan patienten overgå til opfølgning hos egen læge.

Vores erfaring med Smertedialogpjece er positiv. Vi har et redskab, som vitterligt bringer os i dialog med patienten på en helt anderledes måde og giver os en større forståelse for, hvilke smerteproblemer patienten slås med. På den måde har vi mulighed for at målrette smertebehandlingen langt mere kvalificeret. Det hjælper os til at skelne mellem nociceptive smerter og neurogene smerter og vurdere, om patienten evt. har brug for antidepressiv medicin eller måske har brug for at få kontakt til en psykolog. Vi oplever også, at patienterne tager godt imod pjecen. En patient gav udtryk for, at hun blev klar over, hvornår hendes smerter var mest belastende, og at hun fremover ville tage p.n.-medicin i de situationer. En anden sagde, at det var nemmere at tale med lægen om smerterne efter at have udfyldt pjecen, fordi smerterne blev

mere konkrete. En tredje understregede betydningen af at tage patienternes smerter alvorligt og sagde: ”Smertebehandlingen er det vigtigste, for hvis jeg har smerter, kan jeg overhovedet ikke fungere”.

Klogere på egne smerter

Seks sygeplejestuderende udarbejdede i maj 2011 et udviklingsbaseret temaforløb, der havde til formål at undersøge, om patienterne kunne anvende pjecen, og om den kunne bruges i forhold til en smerteanamnese. De konkluderede, at patienterne ”vurderede pjecen til at have en høj grad af anvendelighed. Primært fordi den har hjulpet dem til at blive klogere på deres smerter, og samtidig føler de, at pjecen anerkender deres individuelle smerte” (8). Patienterne gav også udtryk for vigtigheden af, at pjecen ville blive brugt i en dialog omkring deres smerter, og at den skulle udleveres personligt af personalet. Slutteligt konkluderede de studerende, at pjecen aldrig kan stå alene, men skal bruges i interaktion mellem patient og fagperson, og at den ikke kun er et redskab til sufficient smertebehandling, men også styrker patientens aktive deltagelse i processen.

I skrivende stund har sygeplejersker og læger kunnet anvende pjecen i godt halvandet år. Det er som altid en svær og udfordrende proces at få noget nyt implementeret. Alle smertegruppens nøgelpersoner må gentage mange gange, at kollegerne skal

» I skrivende stund har sygeplejersker og læger kunnet anvende pjecen i godt halvandet år. Det er som altid en svær og udfordrende proces at få noget nyt implementeret.

huske at bruge Smertedialogpjece. Her efter halvandet år er der stadig mange, som ikke har læst eller anvendt pjecen, og der er også nogle, som ikke ved, at den eksisterer. Vi arbejder i en presset hverdag med mange tiltag, som skal dokumenteres. Flere har svært ved at tage endnu et redskab i brug, selvom de har kendskab til andres positive erfaringer med pjecen.

Smertegruppens opgaver fremover

Fremover er der således stadig en stor udfordring mht. at implementere smertedialogpjece, så den bliver et naturligt redskab for alle ansatte i afdelingen. Smerteregistrering i den nye EPJ er også en udfordring, der kræver opfølgning og justering, så det bliver let ▶

- ▶ og overskueligt at læse patientens smerteanamnese og følge op på effekt af behandlingen ved hver konsultation.

Vi er i gang med intern undervisning af læger og sygeplejersker, og i det nye år planlægger vi at gennemføre en ny smerteaudit. Det bliver spændende at se, om effekten af vores indsats kan måles.

En fremtidsvision er, at smertedialogen også vil kunne baseres på et interaktivt hjemmesidesite, hvor patienten kan gå ind enten hjemme eller under opholdet på hospitalet. Her skal patienten gennem besvarelse af en række spørgsmål og scoringer kunne lære om smerter og vil samtidig kunne se, om det er påkrævet at drøfte smerteproblemet med en læge eller sygeplejerske. Det vil også være muligt at printe besvarelsene ud, så patienten kan medbringe dem til konsultationen og dermed være med til at sætte dagsordenen.

Alle forfattere er ansat i Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, og medlemmer af den tværfaglige smertegruppe i afdelingen.

Hanne Dalgaard Pedersen er sygeplejerske, ansat i afsnit D4, Torben Worsøe Jespersen er overlæge i Det Palliative Team, og Pia Riis Olsen er klinisk sygeplejespecialist samt formand for den tværfaglige smertegruppe; piaolsen@rm.dk

Smerteauditkemaet og Smertedialogpjeceen kan rekvireres ved henvendelse til: piaolsen@rm.dk

Smertepjecen kan også hentes på Onkologisk Afdelings hjemmeside www.onko.dk > Information til patienter > Patientvejledninger og behandlingsformer.

Tak til alle i den tværfaglige smertegruppe i Onkologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, som har ydet en stor indsats i forbindelse med smerteaudit og udarbejdelse og implementering af smertedialogpjeceen, samt til de psykologistuderende, som medvirkede ved auditten i marts 2011.

Litteratur

1. van den Beuken-van Everdingen MH, de Rijke JM, Kessels AG et al. Prevalence of pain in patients with cancer: a systematic review of the past 40 years. *Ann Oncol* 2007;18:1437-49.
2. Kræftens Bekæmpelse. Kræftpatienters oplevelse i den palliative fase af sygdomsforløbet. En Barometerundersøgelse. 2012.

3. Bennett MI, Rayment C, Hjerstad M et al. Prevalence and aetiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain* 2012;153:359-65.
4. Garcia de Paredes ML, del Moral Gonzalez F, Martinez del Prado P et al. First evidence of oncologic neuropathic pain prevalence after screening 8615 cancer patients. Results of the On study. *Ann Oncol* 2011;22:924-30.
5. Melzack R. The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain* 1975;1:277-99.
6. Bouhassira D, Attal N, Alchaar H et al. Comparison of pain syndromes associated with nervous or somatic lesions and development of a new neuropathic pain diagnostic questionnaire (DN4). *Pain* 2005;114:29-36.
7. Aggerholm-Pedersen N, Jespersen TW, Olsen PR & Zacharia B. Smerteaudit som et redskab til optimering af smertebehandlingen på hospitalsafdelinger. Accepteret til publicering i *Ugeskrift for Læger* i 2013.
8. Christensen AGS & Madsen AJB. Udviklingsbaseret temaforløb. Vurdering af patientpjeceen "Har du smerter?" VIA University College. Sygeplejerskeuddannelsen i Århus. 2011.

English abstract

Olsen PR, Pedersen HD, Jespersen TW. Dialogue-starter booklet helps cancer patients better describe their pain. *Sygeplejersken* 2013;(02):61-4.

Treatment of pain is a crucial aspect in cancer treatment. At the time of diagnosis, approx. 35% of patients are in pain, and this figure rises to approx. 90% in advanced cancer. In 2011, the multidisciplinary pain group at the Oncology Department, Aarhus University Hospital, conducted an audit.

A total of 371 patients participated in a survey study which showed that about half of the patients (50.4%) had experienced pain within the last week, and 25.7% of these described the pain as severe and corresponding to an NRS score of 7-10. Neurogenic pain components accounted for a significant part of the pain.

Since a thorough pain anamnesis is crucial for the implementation of good pain management, the interdisciplinary pain group developed the booklet:

"Are you in pain?" The booklet is filled out by the patient and thus serves as the basis for a dialogue with the nurse or doctor about the pain. It helps patients to describe their pain, which in turn permits a more targeted pain management plan.

Other departments at Aarhus University Hospital are encouraged to implement a similar booklet tailored to their own patient populations.

Keywords: Audit, cancer, dialog tool, pain, pain history.



GRATIS
FOR
STUDERENDE
UNDER
30 ÅR!

FÅ EN TRYK START PÅ ARBEJDSLIVET ALLEREDE MENS DU STUDERER

I DSA har alle jobkonsulenter en sundhedsfaglig uddannelse.

De kender derfor dit arbejdsmarked og har prøvet den virkelighed, du skal ud i efter studiet.

Meld dig gratis ind allerede nu og senest et år før, du afslutter din uddannelse. Så får du ret til dagpenge fra første dag som nyuddannet, hvis du skulle have behov for det.

Lad os i fællesskab sikre, at du kommer godt fra start med arbejdslivet.

Læs mere på dsa.dk

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



Positioner i samtalen med den

AF LOUISE BERG PUGGAARD, CAND.PSYCH.

I samtalsituationer med alvorligt syge og døende patienter skal sygeplejersken ikke handle i betydningen at gøre noget praktisk eller løse et problem for patienten. Derimod skal hun forstå patientens vilkår, lytte, spørge og derved hjælpe patienten til at udholde at være i sin svære livssituation.

Når en sygeplejerske skal i gang med en samtale, er det vigtigt, hun skelner mellem problem og vilkår for at vide, hvornår hun skal handle, og hvornår hun ikke skal handle, men gøre noget andet for patienten. Problemer kan løses. Vilkår er derimod noget, patienten må leve med. En byrde eller en sorg, der må bæres.

Det kan imidlertid være vanskeligt at skelne mellem problemer og vilkår, da patienten ofte vil stille spørgsmål eller fortælle om sine svære livsvilkår på en måde, der inviterer til problemløsning. Patientens fortælling og spørgsmål må anerkendes og foldes ud, før sygeplejersken kan vurdere, om det er noget, hun skal handle på eller ej. Det kan også være svært at skelne i praksis, da en situation kan indeholde aspekter af både vilkår og problemer. Her må sygeplejersken være varsom med at løse problemerne, før hun også har anerkendt de tab, patienten har i forbindelse med sine forandrede livsvilkår.

Når patienten f.eks. er blevet for svag til at kunne gå ved egen kraft, kan situationen anskues som et uforanderligt livsvilkår samtidig med, at situationen indebærer et mobilitetsproblem, der kan løses med en kørestol. Hjælpen er at lade patienten sørge over sine tab og livsforandringer ved at føle det, han føler og tænke det, han tænker, uden at sygeplejersken kommer med løsningsforslag eller forsøger at aflede de besværlige tanker og følelser med opmuntring eller trøst. Måske kan patienten herefter acceptere kørestolen som et redskab til at kunne flytte sig fra A til B.

Pendulering er hjælp til selvhjælp

Tanker og følelser er i deres grundnatur midlertidige og vil komme og gå. Når en patient står i en truende og usikker situation, er det almindeligt at svinge frem og tilbage mellem tanker og følelser, der ofte er direkte modsatrettede. Dette fænomen kaldes pendulering. Patienten kan ikke være i de overvældende negative følelser hele tiden og vil derfor være i en konstant vekselvirkning mellem konfrontation og undgåelse af situationen (1). Sygeplejersken vil kunne iagttage en pendulering mellem på den ene side håbet og fremtiden og på den anden side sorgen, magtesløsheden og håbløsheden. F.eks. kan patienten sige: "Det er så trist at være indlagt her på hospitalet. Jeg kan ikke holde det ud. Måske kan jeg komme lidt ud og gå i morgen?" Det kan opleves forvirrende at være vidne til omskiftelige tanker og følelser, men pendulering er som udgangspunkt en helt almindelig sund psykisk reaktion.

En pendulering vil ofte ske af sig selv. Når penduleringen sker,

som i ovennævnte eksempel, kan sygeplejersken vise, at hun kan udholde at være i det tunge og svære ved at spørge ind til det sagte eller følge patienten med generelle, almene vendinger uden at forholde sig til, om patientens tanker er urealistiske ved f.eks. at sige: "Ja, vi må håbe, at du kan komme lidt ud og gå i morgen," i stedet for: "Det kan ikke lade sig gøre." På den måde vil patienten føle sig forstået og hørt i sit håb. Nogle gange fastholdes patientens tanker og følelser i længere tid, og her kan samtalen om tanker og følelserne nogle gange være med til at begynde en bevægelse.

» Problemer kan løses. Vilkår er derimod noget, patienten må leve med. En byrde eller en sorg, der må bæres.

Patienter, som er depressive i klinisk forstand, vil være fastholdt i de negative tanker og følelser, og her kan sygeplejersken evt. henvise til læge eller psykolog.

I gang med at samtale

Paradoksalt nok vil sygeplejersken som regel begynde en samtale med at være tavs og aktivt signalere med sit kropssprog og sin øjenkontakt, at hun er interesseret og parat til at lytte. Nogle patienter tager selv imod invitationen og begynder at tale frit om de emner, der trænger sig på. Hvis en patient skal have hjælp til at komme i gang, kan sygeplejersken observere på hans kropssprog og spørge, hvad han tankemæssigt er optaget af, f.eks.: "Du ser ked ud af det i dag? (pause) Er der noget, du tænker på?" Hvis patienten blot antyder noget og stopper, kan hun anerkende det sagte og opfordre patienten til at fortælle videre f.eks.: "Det lyder, som om du lige var ved at fortælle mig noget vigtigt? Jeg vil meget gerne høre mere." Hvis patienten har svært ved at komme videre i sin fortælling, kan sygeplejersken spørge til fortællingen med fokus på det, der foregår, f.eks.: "Hmm, og hvad skete der så?" På den måde giver hun patienten mulighed for at strukturere fortællingen på en måde, han er tryk ved.

Når patienten mærker, at sygeplejersken tilbyder sit nærvær og er oprigtig interesseret, giver det mulighed for at skabe en tillidsfuld og tryk kontakt. Denne kontakt vil give patienten et ståsted, hvorfra han kan dele sine tanker og følelser, og sygeplejersken kan måske herfra få mulighed for at hjælpe patienten med at udfolde de fortællinger, det også kan være hjælpsomt for patienten at have opmærksomhed på (2).

Positioner i samtalen

Samtale med alvorligt syge og døende handler ikke om at kunne en bestemt samtaleteknik eller at have svar på livets store spørgsmål, men om selve mødet og om, at sygeplejersken reagerer med

alvorligt syge og døende patient

en passende respons på det sagte eller usagte. Sygeplejersken må hele tiden se patienten og møde ham, hvor han er, og hele tiden være opmærksom på at følge ham. I samtaler om patientens svære livssituation vil patienten ofte, især i begyndelsen af samtalen, have behov for, at sygeplejersken viser sit nærvær og interesse ved blot at være lyttende og indtage en ledsagende position. Når der er skabt en tillidsfuld og tryk kontakt, kan sygeplejersken vise sin interesse og sit nærvær ved også at indtage en mere udforskende position og spørge ind til patientens fortælling og på den måde hjælpe med at folde fortællingen mere ud. Patienten vil måske også efterspørge sygeplejerskens faglige ekspertise, råd og vejledning. Her vil sygeplejersken respondere fra ekspertpositionen. Typisk vil sygeplejersken følge patienten ved at flytte frem og tilbage mellem flere positioner i løbet af en samtale, hhv. ledsager- og udforskerpositionen.

Ledsagerpositionen

I samtaler om patientens svære livsvilkår er det at lytte mere end blot at høre patientens ord. I denne type samtaler vil sygeplejersken lytte medfølede og forholde sig ydmygt spørgende med sit kropssprog. Hun vil opmærksomt følge patienten rundt i samtalen uden at korrigere ham, afbryde med egne refleksioner og uden at ville tage ham et bestemt sted hen. Hun vil være det, der kan kaldes ledsagende.

Det kan være svært at holde sine ord tilbage, og især når patienten

” I samtaler om patientens svære livsvilkår er det at lytte mere end blot at høre patientens ord. I denne type samtaler vil sygeplejersken lytte medfølede og forholde sig ydmygt spørgende med sit kropssprog.

ten også er tavs. En pause i samtalen kan opleves meget lang som samtalepartner, sekunders stilhed kan føles som flere minutter, men det er kun sekunder. Stilheden kan gøre, at sygeplejersken får oplevelsen af ikke at gøre noget for patienten, ikke hjælpe nok. Men det er præcis, hvad hun gør, når hun giver patienten denne tid og afventer hans refleksioner. Patienter, der er meget følelsesmæssigt berørte, angste eller deprimerede, patienter med nedsat kognitiv funktion, eller som er fysisk svækkede, har brug for længere tid.

Udforskerpositionen

Nogle gange vil patienten tale om, eller måske blot antyde, noget, som sygeplejersken fanger vigtigheden af. Sygeplejersken kan hjælpe patienten med at udfolde disse elementer af fortællingen

gennem en søgende spørgen, hvor hun med sin holdning og sit kropssprog viser sin interesse for at lære mere. Sygeplejersken udforsker patientens fortællinger gennem nysgerrig undren og ved ikke at tage noget som en selvfølge. Det er en hjælp for patienten, at sygeplejersken formulerer sig på et lavt abstraktionsniveau og holder fokus på detaljer og eksempler frem for generaliseringer, f.eks.: ”Kan du give et eksempel på det, så jeg bedre kan forstå?”

Når sygeplejersken fastholder patientens tanker med spørgsmål, vil dette ændre kursen for patientens mentale proces. Uskyldige spørgsmål om f.eks. følelser og reaktioner på begivenheder udfordrer patienten til at tænke over noget, han ikke nødvendigvis selv har tænkt på. Det er derfor vigtigt, at patienten er klar til det. Patienten skal have mulighed for at fortælle sin historie ud fra sit ståsted, og sygeplejersken skal have en realistisk fornemmelse af, hvad der foregår, før hun begynder at spørge ind i fortællingen (3).

Mere jævnbyrdig relation

Ved at lytte ledsagende til patientens fortælling opbygger sygeplejersken først og fremmest patientens status som den, der ved og erfarer noget vigtigt, og hun gør dermed relationen mere jævnbyrdig i modsætning til patient-ekspert-relationen (3). Ved samtidig at vise sin interesse og sit følelsesmæssige engagement i samtalen opbygger sygeplejersken den tillid og tryghed i relationen, der er en forudsætning for at kunne hjælpe patienten.

Samtalen kan give patienten en umiddelbar lettelse, som ofte kan mærkes både fysisk og psykisk, da patienten ikke skal bruge så meget energi på at tilbageholde det plagsomme. Lettelsen beskrives ofte som ”at få luft”. Ydermere kan det virke lettende ikke at være så alene med sine tanker og følelser, som ofte holdes skjult for at skåne de nærmeste. Oplevelsen af ensomhed forstærker negative tanker og følelser, mens nærheden med andre mindsker dem (4).

Når sygeplejersken giver patientens tanker og følelser plads uden at forsøge at modsige eller fjerne dem, giver hun patienten den respons, at det, han fortæller, er okay og helt normalt. Patienten får måske mod på at åbne sig mere. Afvisning af patientens tanker og følelser skaber derimod afstand, da det signalerer, at det, patienten tænker og føler, er forkert, og at sygeplejersken ikke kan holde ud at være sammen med ham (2).

Samtaler om patientens situation er ofte præget af alt det, patienten kæmper imod. Når patienten taler om det, han kæmper imod, taler han også indirekte om det, han kæmper for, og det, der er vigtigt for ham f.eks. hans værdier, overbevisninger og håb (5). Samtaler om det tunge og svære kan dermed også indirekte hjælpe patienten til at opnå mere klarhed og større viden om, hvad der er vigtigt for ham og dermed give fodfæste i en uvant situation, hvor hans selvbillede og livssyn synes under opløsning. ►

- I forhold til plagsomme tanker og følelser kan det virke paradoksalt, at det at tale om dem og udfolde og undersøge alle aspekter af dem kan gøre dem mindre påtrængende eller ligefrem opløse dem. Nye bevidstgjorte nuancer og perspektiver kan give patienten en større forståelse, der kan hjælpe med at gøre det plagsomme mere håndterbart. Det kan f.eks. være at hjælpe patienten med at finde ud af, hvad han er ked af, eller finde ud af, hvad han frygter. En bevidstgjort frygt for noget bestemt er en lettelse i forhold til diffus angst (1).

Patienten vil ofte også tale om erindringer og fragmenter af be- givenheder fra sin livshistorie. Gennem sygeplejerskens interesse

” I forhold til plagsomme tanker og følelser kan det virke paradoksalt, at det at tale om dem og udfolde og undersøge alle aspekter af dem kan gøre dem mindre påtrængende eller ligefrem opløse dem.

for mennesket med sygdommen bliver patienten mindet om, at han også indeholder andre sider end at være en afhængig, bekymret patient, og han kan komme til at fremstå mere nuanceret for sig selv og for samtalepartneren. Ydermere kan det, der er mistet, blive nærværende for patienten, og fortællingen om de gode begivenheder i hans liv kan give glæde og lethed om end for en stund (1).

Ekspertpositionen forpligter

I ekspertpositionen bruger sygeplejersken sin faglige ekspertise til at rådgive, vejlede og handle på patientens problemer. I samtaler om patientens svære livsvilkår skal sygeplejersken dog være varsom med at træde ind i en ekspertposition, hvis hun ikke er helt sikker på, om patienten taler om et problem, hun skal handle på. Det kan virke direkte krænkende på patienten, hvis sygeplejersken kommer med utidige råd, vurderinger eller holdninger i samtalen. Også selv om det er patienten selv, der beder om råd eller stiller spørgsmålene (2).

En faglig ekspertvurdering, der altid er velkommen, er en empatisk anerkendelse af det vanskelige efterfulgt af en normalisering af patientens tanker og følelser. Mange patienter er uvante med de mange tanker og følelser og oplever, at de i perioder ikke er helt sig selv. Mange er direkte bekymret for, om deres reaktioner er udtryk for, at de er ved at miste forstanden. Den faglige vurdering kan opløse idéen om, at patienten er forkert eller unormal, f.eks.: ”Det er meget almindeligt at tænke sådan, når man er i din situation.”

Louise Berg Puggaard er psykolog og ph.d.-stipendiat inden for palliation på Psykologisk Institut, Københavns Universitet; louise.puggaard@psy.ku.dk

Artiklen er skrevet med inspiration fra psykolog Hanne Ryborg og psykolog Jesper Rendsmark.

Litteratur

1. Svarre HM, Brandrup S, Holmstrup U, Bøge P. Livsmod. Et undervisningsmateriale om samtale med kræftpatienter. København, Kræftens Bekæmpelse, 1999.
2. Falk B. At være der hvor du er. København: Nyt Nordisk Forlag; 2010.
3. Schein EH. Hjælp. Om at tilbyde og modtage hjælp. København: Gyldendal Business; 2010.
4. Busch CJ. Det lille og det store vemod i dødens nærhed. I: Birkelund R (red.), Ved livets afslutning. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag; 2011.
5. Carey M, Walther S, Russell S. The Absent but Implicit: A Map to Support Therapeutic Enquiry. Family Process 2009; vol. 48, nr. 3.

English abstract

Puggaard LB. Conversational positions with the seriously ill and dying patients. Sygeplejersken 2013;(2):66-8.

There are things patients report that the nurse must act on. At other times, the nurse can be left in a conversational situation with a seriously ill and dying patient that does not require action in the sense of doing something practical or solving a problem for the patient. Although not to be able to act is frustrating, the nurse can create as much value by stepping out of the expert role and being more attentive and inquisitive. The nurse can establish personal contact that can provide relief from oppressive thoughts and feelings and help patients to endure being in this difficult life situation and to open up to personal reflections which may lead to more serenity and the ability to make their own choices.

Keywords: Palliation, communication, discussion.

TEORI PRAKSIS

Teori & Praksis indeholder en kort test til læseren og spørgsmål, der lægger op til diskussion af egen praksis. Indholdet i artiklen er så vidt muligt forskningsbaseret.

Skribenter, der har et emne til "Teori & Praksis", kan maile til jb@dsr.dk og få mere information om rammerne for artiklen, eller se manuskriptvejledningen på www.dsr.dk/sygeplejersken

En særlig tilgang ved forestå

Artiklen beskriver seks begreber, alle med begyndelsesbogstavet S, der kan anvendes som tilgang til den svært syge og døende patient. Artiklen redegør nøje for betydningen af S'erne og for den sygepleje, der er knyttet til det enkelte S. Personalet på Hospice Djursland har valgt at arbejde systematisk efter S-tilgangen og har derved fået et dybere kendskab til patienterne på hospice end tidligere.

AF ANNEGRETE VENBORG, CAND.CUR. • ARKIVFOTO: ISTOCK

Artiklens mål

Formålet med artiklen er at belyse, hvordan indtænkning af seks betydende dimensioner for en god livsafslutning (S'erne – se boks 1 her på siden) kan understøtte, at WHO's definition af palliativ indsats honoreres, se boks 2 side 71.

I et fokusgruppeinterview i starten af 2012 udtrykte sygeplejersker på Hospice Djursland meget positive holdninger til og erfaringer med at arbejde med S'erne i praksis. Det giver anledning til at oplyse om S-tilgangen til et større publikum, idet de eneste danske publikationer om den har været rettet mod sygeplejestuderende og kræftsygeplejersker (1,2).

Året efter Hospice Djursland åbnede, blev der i 2008 nedsat en sygeplejerskegruppe, som skulle beslutte, hvordan vi kunne få bedre data fra og om vores patienter. Gruppen skulle etablere en faglig tilgang, der sikrer, at vi lærer hver ny patient så grundigt at kende, at vi kan yde en omsorg, som er baseret på patientens medindflydelse, ønsker og behov, så vedkommende oplever sig set som et menneske med egne tanker og valg til det sidste. Det var et implicit krav, at de værdier, som hospice bygger på, skulle genfindes i resultatet af arbejdet.

Ved søgning efter forskningsbaseret viden om faglige tilgange for at opfylde god livskvalitet ved livets afslutning blev det nærliggende at se nærmere på Weismananalysen præsenteret af svenske sygeplejeforskere (3,4) og navngivet efter den amerikanske psykiater Avery D. Weisman.

I 1970'erne var Weisman med til at sætte fokus på andre perspektiver end de strengt biomedicinske, som var dominerende indenfor tanatologien. Som modstilling til den traditionelle obduktionsfokus på, hvad en patient er død af, fremstillede Weisman begrebet psykologisk obduktion til at kaste lys over menneskers måde at nærme sig døden på (5). Pointen var f.eks. at søge svar på, hvad en patient døde fra eller levede for. Ved en psykologisk obduktion blev indsamlet viden om, hvem en afdød patient havde været, og hvad pågældende havde følt og tænkt. Weisman påpegede, at karaktertræk og interesser typisk bæres med til den yderste dag og påvirker menneskers måde at håndtere den sidste tids vanskeligheder på.

For at tilvejebringe en god død betonede Weisman, at et helhedssyn er vigtigt. Han fremhævede betydningen af tværfaglig tilgang og samarbejde, hvor både patientens og pårørendes rolle var betydningsfuld. Gennem undersøgelser kunne Weisman udpege nogle forhold, som fagprofessionelle omkring en afdød kunne bruge til at analysere, hvorvidt pågældende havde haft "an appropriate death", en god død (5).

Blå bog

Annegrete Venborg blev sygeplejerske fra Aarhus Amtssygehus i 1978. Hun blev cand.cur. i 2002 og har bred klinisk erfaring samt erfaring med sygeplejerskers grund- og specialuddannelse. Annegrethe Venborg har været uddannelsesansvarlig, underviser samt censor ved masteruddannelsen i klinisk sygepleje. Hun har siden 1995 fra mødet med aids-patienter på infektionsmedicinsk afdeling haft interesse for det palliative felt. Er udviklingssygeplejerske på og har været med til at starte Hospice Djursland. Har foretaget undersøgelser og publiceret en række artikler om sygepleje i det palliative felt.



Boks 1. De seks S'er

- Symptomlindring
- Selvbestemmelse
- Selvbillede
- Sociale relationer
- Samtykke (accept af at stå foran livets afslutning)
- Sammenhæng/mening

Begreberne bag de seks S'er benyttes som tilgang til den svært syge, døende patient på Hospice Djursland.

Kriterier for en god død

På hospice har vi taget Weismans kriterier for en god død til os i en udformning, der har været gennem svenske forskeres redefinering og på svensk er sammenfattet i de seks S'er.

Britt-Marie Ternestedt, svensk sygeplejerskeforsker, ph.d., beskriver i "Livet pågår" (3) det gunstige i retrospektivt at analysere en patients døds-kvalitet ved at vurdere, hvor styrket patienten samlet set var før sin død i forhold til de seks dimensioner.

Ternestedt og medarbejdere (3,4) fandt, at begrebet "an appropriate death" stemte overens med, hvad der kan betragtes som god livskvalitet ved livets afslutning. S'erne ansås for vigtige

ende død



» At være uhelbredeligt syg og døende indebærer mange vanskelige situationer for både døende og pårørende.

i planlægningen til at støtte patienten bedst muligt, og WHO's definition af palliation i forhold til at lindre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art blev operationaliseret og tydeliggjort med modellen.

S'erne er retningsgivende for praksis på flere svenske hospicer og har ført til en oplevet større værdi af eget arbejde blandt hospicesygeplejersker. De oplever, at S'erne som nøglebegreber skærper bevidstheden om at anerkende patientens erfaringer og behov for kontrol, og at S'erne fungerer som faglig støtte både i planlægning, dokumentation og evaluering af sygeplejen. Med Weismananalysen som metode har svenske sygeplejersker fundet støtte til at se den alvorligt syge patient i sin sociale sammenhæng og til at delagtiggøre patienten i alle anliggender, der kan påvirke dagligdagen og livet (3,6).

Med forskellig metodisk tilgang har forskning over de sidste årtier kunnet bekræfte de seks S-kategorier som vigtige for mennesker med udsigt til nært forestående død. Arbejdsgruppen fandt således belæg for at indføre modellen som redskab til at styrke hvert af de seks forhold hos patienter på hospice med henblik på en god livsafslutning.

At være uhelbredeligt syg og døende indebærer mange vanskelige situationer for både døende og pårørende. I en helhedsorienteret indsats præget af åbenhed og bekræftelse af den syges værdi som menneske skal der samarbejdes tæt med begge parter. Palliative tilbud skal lette deres vilkår og gøre den sidste levetid til noget positivt. Livet fortsætter trods dødens nærhed og opleves levestyrt.

Bevidsthed om betydningen af, at alvorligt syge og døende mennesker står stærkest muligt indenfor alle områder i modellen, udgør det daglige fundament for at etablere grobund for god livskvalitet ved livets afslutning. Ved at blive anskuet som en slags kriterier for den gode død understøtter de en samlet palliativ indsats. Herunder bl.a. at patienten er bedst muligt lindret for plagsomme symptomer og i den sidste levetid styrkes til at have et positivt selvbillede.

Ved at vurdere alle komponenterne får man et billede af patientens samlede status. Veje til, at patienter står stærkest muligt, er vidt forskellige og kan være komplekse.

De redskaber, der er udformet på Hospice Djursland til at understøtte en S-tilgang, beskrives i artiklens sidste del, herunder også implementeringsprocessen.

For at illustrere analysemetoden følger nogle betragtninger om ►

Boks 2. Palliativ indsats

WHO's definition af palliativ indsats 2002 lyder:

"... at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art."

Den palliative indsats

- tilbyder lindring af smerter og andre generende symptomer
- bekræfter livet og opfatter døden som en naturlig proces
- tilstræber hverken at fremskynde eller udsætte dødens indtræden
- integrerer omsorgens psykologiske og åndelige aspekter
- tilbyder en støttefunktion for at hjælpe patienten til at leve så aktivt som muligt indtil døden
- tilbyder en støttefunktion til familien under patientens sygdom og i sorgen over tabet
- anvender en tværfaglig teambaseret tilnærmelse for at imødekomme behovene hos patienterne og deres familier, inklusive støtte i sorgen om nødvendigt
- har til formål at fremme livskvaliteten og kan også have positiv indvirkning på sygdommens forløb
- kan indsættes tidligt i sygdomsforløbet, i sammenhæng med andre behandlinger, som udføres med henblik på livsforlængelse, som f.eks. kemo- eller stråleterapi, og inkluderer de undersøgelser, som er nødvendige for bedre at forstå og håndtere lidelsesfyldte kliniske komplikationer.

Dansk version ved Palliativt Videncenter www.pavi.dk

- ▶ hver S-dimension, som det kan være relevant at vurdere styrkeforholdet på hos den enkelte patient.

Artiklen kan dog ikke være en udtømmende og komplet redegørelse for modellens betydningsforhold. I forbindelse med implementeringen på Hospice Djursland er der dels udarbejdet undervisningsmateriale til belysning af de enkelte områder, dels et uddybet tekstmateriale, der perspektiverer betydningen af hver kategori.

1. Symptomlindring

Symptomlindring er et kardinalpunkt, da høj grad af symptomfrihed er en forudsætning for at kunne nyde de glæder, livet stadig kan byde på. Betegnelsen frirum bruges om den tid, der for patienten ikke er domineret af plagsomme somatiske symptomer f.eks. i form af åndenød, smerter og kvalme (7). Symptomfrihed er ganske vist ikke en garanti for god livskvalitet. Men jo større frirum des bedre mulighed har patienten for at opleve værdi og mening og dermed livskvalitet, se figur 1 side 73.

Tilstrækkeligt kendskab til patientens symptomer og problemer er en afgørende forudsætning for at kunne lindre. Samtale med patienten om symptomer er derfor vigtig. Den kan med fordel tage afsæt i ESAS (Edmonton Symptom Assessment Scedule), som er et symptomregistreringsskema, hvori patienten graderer den oplevede intensitet på numeriske skalaer for 10 ofte fremtrædende symptomer samt et muligt 11. symptom. For smerter er 0

” I den udstrækning, patienten kan lindres for gener, tales om, at der skabes et større eller mindre frirum for patienten.

således udtryk for smertefrihed og 10 for værst tænkelige smerter.

Det er påvist, at brug af ESAS optimerer en individuel lindring (8), bl.a. fordi skemaet kan få patienten til at fortælle om symptomer, han ellers har undladt at nævne. Desuden oplever patienter tilfredshed med den meningsfulde kommunikation, som brug af spørgeskemaet giver (9,10). Intentionen på hospice er at bruge ESAS i den udstrækning, patienter overhovedet formår at sætte tal på den oplevede styrke af et symptom.

Når sygeplejersker symptomregistrerer over tid hos den samme patient, bliver ESAS et vigtigt instrument for samarbejde med henblik på at optimere lindring. Tal fra udfyldte ESAS-skemaer over udvalgte symptomer plottes da ind som søjler i et skema og muliggør en vurdering af en given intervention.

Det kræver åbenhed at tage højde for faktorer, der indvirker på lindring af de mangeartede symptomer, alvorligt syge kan lide af. F.eks. kan smertelindring være yderst kompleks. Den tværfaglige tilgang, et hospice kan tilbyde, er derfor yderst relevant. Som tillæg til en medicinsk behandling kan det være velvalgt at supplere med bidrag fra psykolog, musikterapeut, præst, frivillige, køkkenpersonale og fysioterapeut.

Kompetent smertebehandling afgørende

Sygeplejerskers kompetencer indenfor smertebehandling og symptomkontrol er helt afgørende. Herunder at være på forkant med, hvilken drejning patientens tilstand kan tage; især når døden er nært forestående. Det er vigtigt at kunne imødekomme et vigtigt hospiceprincip for symptomkontrol: hurtigt indgreb, gerne forebyggende, baseret på integreret plejemæssig og medicinsk indsats overfor ethvert plagsomt symptom.

Rammeordinationer udstedt af stedets hospicelæge til effektivering ved sygeplejersker, når givne symptomer optræder hos en patient, spiller her en stor rolle.

Men der ordineres ikke nødvendigvis ens på de danske hospicer for det samme symptom. Derfor har DMCG-PAL taget initiativ til, at implicerede faggrupper på tværs af palliative enheder landet over siden 2010 har arbejdet med at udforme kliniske retningslinjer, bl.a. for lindring af smerter, dyspnø og delir, hvis håndtering spiller en stor rolle for kvaliteten af palliative forløb. I alt ca. 20 retningslinjer forventes således at være metodegodkendt i Center for Kliniske Retningslinjer i løbet af 2013.

Anbefalingerne i retningslinjerne skal gerne komme alle patienter i palliative forløb til gode, uanset hvilken sektor de befinder sig i.

I takt med behov for lindring oprettes plejeark, en række standardplaner, der refererer til lokale retningslinjer.

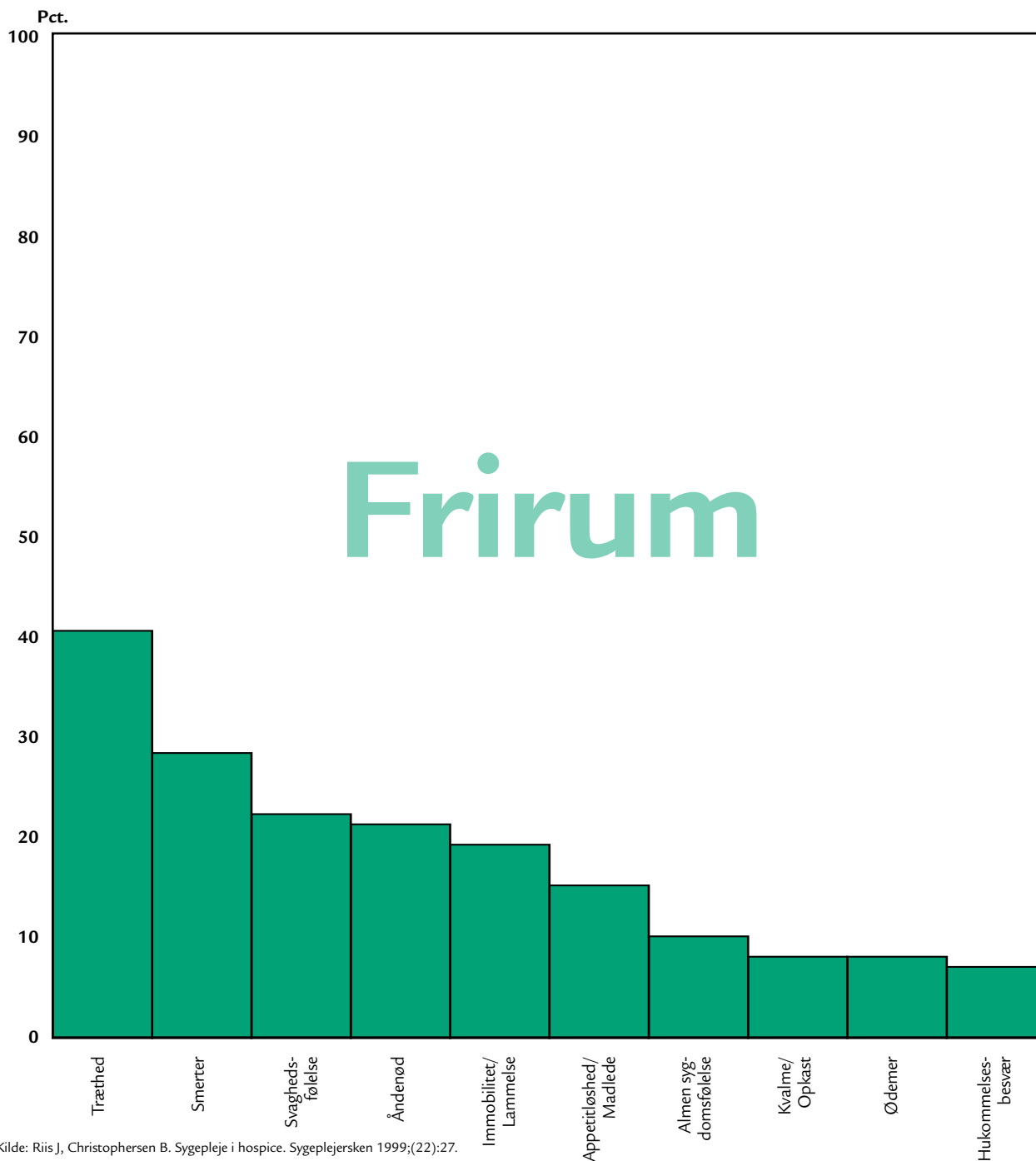
2. Selvbestemmelse

Et grundmotiv i moderne tankegang er, at det selvbestemmende menneske har værdighed og er et formål i sig selv. Til mennesket som suveræn udformer af egen tilværelse knytter sig begrebet autenticitet: at det gode liv er det liv, den enkelte selv har valgt, og at man som fornuftsvæsen er i stand til etisk selvbestemmelse; dvs. at træffe valg, som ikke indvirker negativt på andre menneskers mulighed for selvbestemmelse (11). Denne opfattelse af selvbestemmelse er gældende på Hospice Djursland.

Valg defineres og får præferencer i dialog med andre menne-

Figur 1. Frirum

Søjlerne viser de 10 hyppigst registrerede symptomer målt blandt indlagte på et hospice og angivet i antal døgn. Arealet fra toppen af de enkelte søjler i diagrammet og op til diagrammets øverste linje viser det frirum, hvori livet i hospice udspiller sig. Symptomfrihed er ganske vist ikke en garanti for god livskvalitet. Men jo større frirum, des bedre mulighed har patienten for at opleve værdi og mening og dermed livskvalitet.



sker. Det ses bl.a. i det informerede samtykke, hvor en patient træffer beslutning på baggrund af oplyste muligheder og konsekvenser af en lægelig behandling. Et eksempel er, når det skønnes, at patienter kan undvære den iltbehandling, der er sat i gang under sygehusindlæggelse. Det kan skabe utryghed hos en patient

at undvære ilt. Men ved samtidig at blive vejledt og stillet i udsigt, at ilttilførsel hurtigt kan genetableres, indvilger patienter oftest i at pausere for eventuelt i næste etape at prøve helt at undvære det. Mange patienter opdager, at det går fint uden, og at de tilmed opnår frihed til at gøre ting, de ikke havde troet mulige. Selvbe- ►

► stemmelse og utvungen afgørelse er en klar forudsætning herfor.

I en svensk undersøgelse blev kategorierne selvbestemmende, medbestemmende, overladende samt ikke-deltagende udledt som betegnelser på forskellige niveauer af selvbestemmelse.

Den selvbestemmende patient tager typisk initiativer i forbindelse med samarbejde; ofte på en konstruktiv måde. Det kan dog forekomme, at initiativerne ikke er afstemt med pårørendes behov og ønsker. På hospice sker det f.eks., at patientens ægtefælle ved indlæggelsen er totalt udkørt, fordi patienten egenrådigt har afvist nogen udefra til at pleje sig på bekostning af den pårørendes autonomi og kræfter.

Den medbestemmende træffer beslutning i samråd med pårørende og personale til alle parternes tilfredshed. Overladende patienter er ofte også tilfredse, idet de har valgt at overlade beslutninger til personer i deres netværk. Betegnelsen ikke-deltagende udtrykker passivitet fra patienters side, hvor pårørende og personale må træffe beslutninger på vegne af dem. De tre førstnævnte niveauer og evt. også sidste kategori er former for selvbestemmelse, som er valgt af patienten selv. Måden, patienter træffer beslutninger på om egne anliggender, antages at have med personlighed og helbredstilstand at gøre samt holdninger i omgivelserne (12).

Det kan være smertefuldt, angstfremkaldende og ydmygende for patienter at miste funktioner, og man må understøtte det, patienter selv kan, ved at de til hver en tid får mulighed for at fungere på højest mulige niveau. Mange patienter i et fremskredet sygdomsforløb tager dog naturligt nok imod, når sygeplejersker skønner, der er behov for hjælp. Men i respekt for patientens selvbestemmelse må der bøjes af, hvis patienten afviser støtte. Tilbud skal opfylde patientens behov, ikke andres.

Tillid er grundlaget

Et typisk resultat af at kende patienten godt er en indforståethed med patientens foretrukne måder at få udført forskellige procedurer på i hverdagen. I de situationer skal der ikke spørges og informeres om alle detaljer, men handles i overensstemmelse med formodede patientønsker. For selvbestemmelse må ikke blive så altoverskyggende, at relationen mellem patient og sygeplejerske bliver anstrengt og svækket. Der skal herske en tillid fra patientens side til, at sygeplejersken vil mig det bedste, så den stærkt afkræftede patient trygt overlader til sygeplejersken at træffe en række valg (13). Desuden aflastes patienter for konstant stillingtagen ved, at aftaler om diverse tilbagevendende sygeplejehandlinger dokumenteres.

For at kunne lade selvbestemmelse ske fyldest i forhold til dødsøjeblikket må ønsker hertil være kendt i tide. Hvilke konkrete tanker gør patienten sig om den situation, hvem skal f.eks. være hos ham? Skal der foregå noget rituelt før eller lige efter dødens indtræden? Svarene må dokumenteres, og giver patienten udtryk for ikke at ville snakke om disse ting, skal denne oplysning dokumenteres. I det hele taget skal retten til selvbestemmelse søges respekteret ved at lytte og søge at forstå, hvad patienten vil dele med os, og hvad patienten vil beholde for sig selv eller aktuelt ikke vil kere sig om.

Indenfor palliation er det en særlig udfordring at tilgodesee retten til selvbestemmelse hos patienter med hjernemetastaser. Pga. længere overlevelsestid med metastaserende kræftsygdom ses i stigende omfang patienter, som i en række situationer er urealistiske i forhold til omgivelser og egen tilstand. Bliver de derved ude af stand til at levere informeret samtykke, kan der træffes beslutninger på deres vegne på baggrund af et såkaldt formodet samtykke (14). Det etableres ved, gennem åbne samtaler mellem pårørende, læger, sygeplejersker og andre, der kender patienten, med respekt og kompetence at finde frem til, hvad patienten ville have ønsket i den foreliggende situation.

Pårørende udgør en uvurderlig ressource for deres nære, som skal dø. De bistår gennem deres tilstedeværelse og med praktiske ting. De er den stærkeste part og på gunstig vis ofte talerør for patienten, som ikke nødvendigvis selv formår at give udtryk for behov.

Det kan dog ske, at pårørende udtrykker ønsker på patientens vegne, som det opleves ikke matcher patientens reelle behov. Konflikt mellem pårørende- og patientinteresser kan koste patientens ret til selvbestemmelse og fordrer etiske refleksioner. Det kan være en vanskelig balanceakt at tage hensyn til pårørende, som er den part, der skal leve videre, og samtidig forholde sig kritisk til, om konsekvensen af at give efter for pårørendes behov kan føre til overgreb på patienten.

3. Selvbillede

Mennesker med en naturlig åbenhed formår trods sygdom at give udtryk for egne værdier. Deres selvbillede er tydeligt, fordi de deler deres selvopfattelse og livsforståelse med andre og spontant oplyser, hvilke ønsker de har for den resterende levetid. De markerer sig og bliver set som en person overfor en lyttende anden.

Men ikke alle alvorligt syge mennesker udfolder sig som de personer, de er og har været. De er i en svækket position og har et

andet livsperspektiv og en anden grundstemning i livet end raske.

Nogle mennesker er af natur indesluttede eller stille eftertænk-somme og skilter ikke med deres selvbillede og livsopfattelse. De formår måske ikke at udtrykke egne værdier og kan være sværere at komme ind på.

Det fordrer opmærksomhed fra de professionelle side at se patienter som personer, hvis ikke de tydeliggør deres behov. Overfor en sygeplejerskes eventuelt rodfæstede mening om, hvad der er bedst for en døende, kan denne gruppe af alvorligt syge risikere, at ting gennemføres som sygeplejerskers projekt uden at være ønsket af dem selv. Hvis patienten f.eks. behøver fred til at blive klar

” Pårørende udgør en uvurderlig ressource for deres nære, som skal dø. De bistår gennem deres tilstedeværelse og med praktiske ting.

til at forlade denne verden, skal en faglig bestræbelse ikke gå ud på at holde patienten engageret og knyttet til livet.

En enkel måde at få kendskab til patienten på som person er at bede patienten om at beskrive sig selv. Som fagperson skal man være til rådighed, grundlæggende uvidende og med en positiv nysgerrig attitude. Man skal lytte til, hvad patienten fortæller om sine vaner og interesser. Det skal kortlægges, på hvilke områder patienten er sårbar, og hvilke ressourcer der kan trækkes på. Ud fra dette kan der tages hensyn til, hvordan patienten kan støttes til at bevare eller opruste sit selvbillede trods tiltagende afhængighed af andres hjælp.

Da kropsligt forfald er en trussel for identitet, kan alvorligt syge mennesker opleve, at deres selvbillede nedbrydes, jo mere deres handlekraft indskrænkes. Før eller siden må de typisk lade sygeplejersker håndtere visse intime handlinger. I forskellige hjælpesituationer må sygeplejersker genspejle en såkaldt ”systemisk autonomi”. I dette er måden at hjælpe på af stor betydning, herunder at vise respekt for det hidtil uafhængige liv (13,15).

I lyset af hvad en patient oplyser, kan man f.eks. forstå, hvad det betyder for en hidtil omsorgsfuld og aktiv kvinde ikke mere at have overskud til at organisere familiens aktiviteter, og at hun som tidligere omsorgsnyder har vanskeligt ved at være i modtagerrollen. Eller at en patient med en markant trang til at have kontrol har behov for meget og detaljeret information, og at det kan volde

besvær at tilpasse sig tab af kontrol i takt med, at sygdommen skrider frem.

En anden gevinst, der udløses gennem patientens beretning om sig selv, er, at den kan udvikle sig til en livsfortælling. Derved kan patienten bevare eller genvinde sin identitet efter et barskt sygdomsforløb.

Udover at fortællinger kan ses som et symptom på en række forhold og problemer i den verden, vi lever i, påpeger Marianne Horsdal (16), at fortællinger også er en hjælp til at leve i den. Gennem det, mennesker udbreder i form af fortællinger, åbnes deres eksistens med nuancer fra deres liv. De bliver til individuelle personer og fortæller så at sige, hvem de er, og hvad der har hvilken betydning. Person og hændelse bindes sammen over tid og sted (17).

Det levende ord i fortællinger rummer også følelsernes sprog. Johannes Møllehave beretter om besøg hos døende mennesker, som gennem fortælling f.eks. genoplever en gammel lykke. ”Når et døende menneske fortæller, sker der noget, for i fortællingen lever vi” (18).

At fortælle til en anden lyttende kan oplive og lindre. At give plads til fortællingen er derfor en meget væsentlig komponent at tænke ind i det palliative felt.

Et andet lindrende aspekt med fokus på selvbillede er at benytte elementer fra en såkaldt genmedlems-gørende tilgang. Med inspiration fra Michael White (19) kan patienter med lavt selvværd udfordres gennem nysgerrige spørgsmål og ledes frem til en positiv opfattelse af sig selv. Ved at skulle sætte ord på hvad patienten har bidraget til i forskellige andre menneskers liv, opnås støtte til at udfolde den betydning, de må have haft for andre, og hvad andre

” Da kropsligt forfald er en trussel for identitet, kan alvorligt syge mennesker opleve, at deres selvbillede nedbrydes, jo mere deres handlekraft indskrænkes.

må have sat pris på hos dem. På den måde kan man tilskynde alvorligt syge patienter til at give glemte eller oversete aspekter fra livet betydning og drage positive konklusioner om egen identitet.

Som det fremgår, er der vigtige hensyn at tage og flere veje at gå for at styrke patienten til at afslutte sit liv med et positivt selvbillede. På hospice anser vi opmærksomhed på disse hensyn og veje som centrale for at kunne yde en velkvalificeret palliativ indsats. ►

► 4. Samtykke

I konstruktionen af ord med S figurerer samtykke på svensk og for dette ord surrender på engelsk (4). På dansk går betydningen af samtykke i retning af at give lov og godkende, mens overgivelsesmomentet er indlejret i det engelske surrender. På baggrund af meningsindholdet forekommer accept at være den bedst dækkende betegnelse på dansk (3,5), men af pædagogiske hensyn er samtykke bevaret, så der kun er S'er i spil.

I forståelsen af accept dækker samtykke over et spænd mellem at indse tabet af livet som en realitet og at se forestående død i øjnene med ophøjet ro til at foretage vigtige og meningsfulde ting som afslutning på livet.

Selvom der har været perioder i historien, hvor forestående død pga. uhelbredelig sygdom blev fortiet for den, det gjaldt, er det gængs og klassisk opfattelse af menneskelig værdighed at se sin skæbne i øjnene, også den tunge, at skulle dø. Det må være en ret at kunne lægge planer for sin sidste levetid i erkendelse af, at den er kort. Døende kan jo ikke disponere som andre mennesker med oceaner af tid foran sig.

Som døende har Jacob Harder villet påpege vigtige ting for andre i samme situation. Bl.a. at det er en nødvendighed at acceptere døden, det gør det nemmere at se realiteterne i øjnene. Han siger "... vi kan hjælpe os selv med at give slip på livet og behandle døden ordentligt" (20). Men det kræver forberedelse. Harder har set vigtigheden af at gøre op, hvordan og at man har levet, at man har elsket og er blevet elsket og har sat spor. Når man ikke at blive bevidst herom, er det vanskeligt at acceptere døden.

Harder fremhæver betydningen af symptomfrihed på højt niveau: et stort frirum er afgørende for, at en døende kan have overskud til at gøre op med sit liv, at acceptere at miste det.

I en udrødning ved Joakim Öhlén, svensk sygeplejerske, ph.d., lå accept af nært forestående død til grund for, at patienter efterfølgende kunne ordne og få skik på praktiske ting, f.eks. at rydde op. De oplevede det som en kvalitet at forme det billede, de kom til at efterlade sig (21).

Samtykke eller mangel på samme ytrer sig meget forskelligt. Man må finde ud af, hvordan patienter sørger over den kommende livsafslutning, og dermed hvor rede de er til at dø. Indstiller patienter sig på de ændrede vilkår, får de sagt farvel til passioner, de må give afkald på, og som har fyldt i deres liv?

Med viden om, at accept er en komponent, som gør døden lettere, må det overvejes, hvordan patienten, som er langt fra at erkende dødens nærhed, hjælpes bedst. Langt hen ad vejen kan det være vejledende, at jo mere patienten får sat ord på og delt sine

tanker og derigennem udtrykt sin sorg over det fremtidige tab, desto nærmere kommer patienten en accept af det uafvendelige.

Nogle patienter taler spontant og åbenlyst om dødens nærhed på rolig og fattet vis. De kan have overvejet ønsker om ritualer før og efter dødens indtræden eller er i hvert fald parate til at forholde sig til det. De ser realistisk på dødens komme, men kan selvfølgelig have spørgsmål om, hvad sygdommen kan gøre ved dem, og hvordan vi kan hjælpe dem.

Man kan dog ikke omvendt sige, at patienter, der undgår at tale om sygdommens fatalitet, ikke accepterer den snarlige livsafslutning. Tavshed omkring døden kan hos nogen være udtryk for, at situationen ses i øjnene, men at man i indadvendthed bevidst vælger at sørge over tabet i stilhed.

Men hos andre kan tavshed skyldes fornægtelse. Vi har alle

” Et hospiceophold kræver viden om, at man er uhelbredeligt syg, og varsler i sig selv, at døden er nær.

brug for både at kunne fornægte og at håbe. Et hospiceophold kræver viden om, at man er uhelbredeligt syg, og varsler i sig selv, at døden er nær. Men indsigt i situationen som udtryk for accept er ikke nødvendigvis en stabil størrelse hos den enkelte. Selv på et hospice kan accept veksle med at protestere og lade håb om at blive rask få foretræde, og der kan optræde periodevis fornægtelse.

Massive forsvarsmekanismer kan vedvarende hindre tilpasningen til den ubehagelige virkelighed. Når situationen er ubærlig, justerer patienten derved sin virkelighedsforståelse og når ikke frem til accept af nært forestående død. Sygeplejersker må respektere dette, men være parat til at rumme det, hvis forsvarsmekanismerne hos patienten brister; herunder konstant være opmærksomme på, hvad patienten siger om sin situation, og at ordvalget kan afsløre, at der foregår noget på flere planer.

Accept af forestående død kan desuden hindres af, at sygdommens hastige progression overhaler den tid, patienten behøver for at indstille sig på sin livsafslutning.

Mangelfuld viden om patienters accept af forestående død indebærer risiko for enten at svigte, hvis det fejlkonkluderes, at patienten pga. stilfærdighed ikke vil tale om den; eller at vrede pga. livstabet misforstås som knyttet til personens temperament og ikke til en uforløst sorgreaktion over at skulle dø.

Sygeplejersken skal observere, når patienten mærker dødens

Stop op og tænk

- Hvordan finder du sammen med dine kolleger ud af, om en given intervention gør en forskel for patienten?
- Hvordan forholder I jer, hvis det synes at være tabu for patient og pårørende at tale sammen om den forestående død?
- Hvordan finder I frem til, om patienten får eventuelle religiøse behov opfyldt?
- Hvordan dokumenterer og understøtter I gennem sygeplejen, hvad patienten eventuelt har behov for på det spirituelle plan?
- Hvordan er samtalepraksis hos jer? Afholdes samtale med patient og pårørende samlet og/eller hver for sig?

komme og gør sig klar til den. Patienten kan behøve hjælp til at trække sig tilbage og gradvist afskærme sig fra omverdenen.

Et sidste forhold er betydningen for kommunikationen mellem patient og pårørende, hvis deres respektive opfattelser og accept af situationen ikke matcher. De får ikke talt om emnet, hvis den ene part ikke ser situationen i øjnene, eller de gensidigt vil beskytte hinanden. Nogle katalyserende ord kan da være en støtte til, at situationen bliver kortlagt og italesat mellem parterne, så de kan opleve samværet mere åbent og f.eks. have mulighed for at dele bekymringer med hinanden.

5. Sociale relationer

Pårørende er også omfattet af palliativ indsats, og rollen som pårørende på hospice og pårørendes oplevede behov og situation er grundigt belyst (22). I denne sammenhæng berøres kun sociale relationers betydning set fra patientens side.

For nogle patienter har sygdomsfasen før indlæggelse på hospice været så kort, at der strømmer rigtig mange besøgende til, også fra en mere perifer bekendtskabskreds. Det kan belaste patienten så meget, at de i samråd med nære pårørende og personale finder en god måde at reducere tilstrømningen på.

De, der må komme, udvælges suverænt af patienten, f.eks. ud fra en prioritering af, om patienten har noget vigtigt at sige til netop dem. Øvrige, som henvender sig, fordi de har kendskab til patientens indlæggelse, får forelagt situationen og har normalt forståelse for den. Det hænder, at patienter fravælger kontakt med familiemedlemmer. Det har de deres grunde til, og de må respekteres.

Det er tydeligt på hospice, hvor forskellige patienters netværk er.

Både størrelsesmæssigt og hvad samværsform og -frekvens angår.

Især hos patienter med et svagt eller ingen netværk overhovedet kan det være relevant at foreslå besøg af en af de frivillige på hospice. Det kan dreje sig om f.eks. at få læst avis, spille et slag kort, at gå en tur eller blot snakke. Frivillige i det store korps på Hospice Djursland udgør en vigtig social faktor i mange patientforløb.

Ægtepar giver ofte udtryk for at opleve en stor aflastning i forbindelse med patientens indlæggelse på hospice. Ægtefællen lettes for byrdefulde opgaver og får ofte for første gang i en lang periode en rolig nattesøvn ved at vide, at patienten får hjælp ved kald om natten. Det gavner patienten at kunne være sammen med en ægtefælle, som nu har overskud til et afslappet samvær af større kvalitet. Fortløbende opmærksomhed på, hvordan pårørende er belastet af situationen, er afgørende for begge parter befindende.

For patienter, der har et netværk af pårørende, indebærer dette et værn mod følelsen af at være alene – og nogle gange i et vist omfang mod angst. Pårørende udgør en naturlig interessepart for patienter, og ofte er pårørende talerør for patienten. Oplysninger fra dem kan være afgørende for, at sygeplejersken kan handle på at gøre det tåleligt for patienten.

Enlige patienter, som ikke har pårørende til at agere for sig, må i sagens natur tilses oftere som sikring for, at deres behov tilgodeses. Det at have en pårørende bør ikke indvirke på den sygeplejefaglige ydelse.

Samarbejdsrelationen mellem uhelbredeligt syge, deres ægtefæller og sygeplejersker benævner Dalgaard (23) som et triadisk

” Det er tydeligt på hospice, hvor forskellige patienters netværk er. Både størrelsesmæssigt og hvad samværsform og -frekvens angår.

samspil. I sin ph.d.-afhandling udleder hun tre typer samspil. Den såkaldt ”fleksible samvirkende triade” er ønskværdig ved, at parterne i den fastholder et fælles fundament for samarbejdet, bl.a. ved konstant at tilstræbe en fælles forståelse af de situationer, de samhandler i. Denne triadetype fremmer livsudfoldelse hos både den syge og ægtefællen og har derved betydning for en vellykket palliativ indsats.

Den fordrer af sygeplejersken, at hun kan møde situationen som et familieanliggende og både lade den syge og ægtefællen træde frem som personer. Den forudsætter professionel ydmyghed og ►

- ▶ stor forståelse og rummelighed, hvori ægtefællen både som omsorgsperson og -modtager tildeles en naturlig og fleksibel position i samarbejdet. Desuden må man opretholde solidaritet med begge ægtefæller frem for at tage parti.

Jævnligt er døden et tabuemne i familien eller hos nogen i den. Det kan være hensigtsmæssigt at bringe nogle ord på banen, der får samtaler i gang, som parterne måske hver især har villet skåne den anden for i den tro, at det var for svært for vedkommende.

Der er mange udfordringer knyttet til at samarbejde med en hel familie, som står for at miste den centrale person, patienten. Der kan være mange stemmer i familien, og har der været konflikter af en art i mange år, skal man ikke foregøgle sig, at de kan løses, fordi man anser det for ønskværdigt i den aktuelle situation.

Det kan være hensigtsmæssigt, at forskellige synspunkter lægges frem i et åbent familiemøde. Med udgangspunkt i at være til patientens bedste kan en acceptabel løsning for alle parter forsøges formidlet via deltagelse af relevante fagpersoner. Et vigtigt udgangspunkt for palliativ indsats er at støtte både pårørende og patienten, så de kan blive inddraget på hver deres måde og på et niveau, der er acceptabelt for begge parter.

Uanset hvor komplekse familierelationer kan se ud for tredjepart, viser svensk forskning, at nære relationer, typisk familie, er en kilde til håb (24,25). I en engelsk undersøgelse er det belyst, at det kan udløse fred og håb hos patienter, at de sammen med nære genopfrisker oplevelser og udtrykker tilgivelse og taknemlighed (26).

Så ud fra teori og tydeligt i hverdagen på Hospice Djursland betyder samvær med nære noget for patienter; at dele oplevelser med dem til det sidste og at få sagt, hvad der skal siges. At en pårørende får sagt, at patienten er elsket, betyder noget for begge parter. Det er en god oplevelse, også for sygeplejersken, at overvære, at f.eks. en søster til en ældre bror får sagt ”jeg elsker dig” og får sendt dette budskab med patienten i døden.

6. Sammenhæng og mening

I den svenske hovedkilde (3) står det sidste S for ”syntes”, som oversat til dansk betyder syntese: at sammenføje til helhed. Gennem åndsvidenskabelige briller kan syntese opfattes som den proces, hvori brudstykker af viden sammensættes og derved frembringer ny erkendelse (eller resultatet af samme proces). Derfor har det været naturligt at oversætte det svenske syntes til sammenhæng på dansk; og med afsæt i originalkilderne (3,4,5) er S’et for syntes blevet til sammenhæng og mening i daglig tale.

Aaron Antonovsky kan med sit begreb ”sense of coherence” kaste rigtig meget lys over betydningen af sammenhæng. Men her skal blot nævnes Antonovskys pointe, at jo højere følelse af sammenhæng man har i sit liv, jo sundere er man, for det giver robusthed til bedre at mestre de udfordringer og knubs, livet giver (27). I det palliative felt er den helt særlige udfordring for patienter at være konfronteret med egen nært forestående død.

Erkendelsen af dødens realitet skaber behov for at få mening og intensiverer de eksistentielle overvejelser, og det er påvist i både dansk og international sammenhæng (28,29), at konfrontation med nært forestående død hos kræftpatienter indebærer optaget af religiøse tanker. Religion tilbyder alvorligt syge og døende en forståelse af døden i et perspektiv, der fremmer oplevelsen af håb og at komme overens med den givne livssituation.

I overensstemmelse med at sundhed ifølge Antonovsky har at gøre med at kunne mestre, taler man da også indenfor omsorg om religiøs mestring hhv. coping som måder at håndtere de eksistentielle overvejelser, som alvorlig sygdom fremkalder (30,31).

Undersøgelser viser desuden, at der er nedsat risiko for sygdomsrelateret depression hos alvorligt syge patienter, som finder styrke i deres tro (32).

Støtte i denne proces kan hjælpe patienter og deres pårørende til en bedre livskvalitet i den afsluttende fase af livet. Sygeplejersker er opsøgende og lydhøre over for, hvad der rører sig hos patienter på det religiøse område. Patienter kan være religiøst garvede troende eller være søgende på feltet, og de udvælger og mixer måske aspekter fra forskellige religioner; et forhold, som hospitalspræst og forfatter Christian Juul Busch (33) beskriver som en ”tro på Jesus, Yin og Yang og Jung”. Kort sagt: Der er noget at gøre for en præst på hospice.

Forskellige forfattere har bud på typer af livsmening, der nærer håb i lyset af snart at skulle dø. Filosofer har således beskæftiget sig med menneskelig lidelse og betydningen af, at lidelsen kan give mening gennem åndelig vækst og modning – men at dette fordrer perspektiv i form af livsmening. Öhlén (16) fremfører, at uhelbredeligt syges tro på livets mening i et længere perspektiv kan tilføre dem mening på kort sigt. Foruden f.eks. den kristne gudstro kan en livsanskuelse svarende til den franske eksistentia- list J.P. Sartres radikale frihedsfilosofi betyde noget for måden, lidelse gennemleves på.

Såkaldt logoterapi udviklet af Victor Frankl (34), østrigsk psykiater, er baseret på en filosofi om, at mennesket har en vilje til at se sit liv i en meningsfuld sammenhæng, men at denne mening må søges

og opdages indefra. At realisere nogle muligheder frem for andre redder det valgte over i fortidens sikre havn. For det, vi har tænkt, oplevet, været, erfaret, udøvet eller gjort og lagt bag os, går aldrig tabt. Ifølge Frankl kan det trufne valg være en trøst og et håb i en konkret livssituation, som her drejer sig om snart at skulle dø.

Religion kan bl.a. være meningsskabende gennem troen på et liv efter døden. Men en udødelighedsforestilling kan være forbundet med andre dimensioner end religiøsitet. F.eks. kan forestillinger om symbolsk udødelighed relatere til et liv forenet med naturen, til slægtens kontinuitet eller til realiserede livsværk.

Åndelig kontakt med naturen

Den panoramaudsigt til naturen, som hver enkelt patient på Hospice Djursland har, oplever mange som en lise for sjælen. Nogle går bag udsigten og bruger metaforer om at flyve bort som fuglene derude og ser sig selv som del af den større sammenhæng, naturen repræsenterer. De kan opfatte sig som udødelige ved at bidrage til at blive til muld og genopstå i naturens fremtidige vækst.

Det er værd at bemærke, at en sådan slags helliggørelse af og forbundethed med naturen som noget større end en selv falder i tråd med fund i en stor undersøgelse, hvori Fereshteh Ahmadi, svensk sociolog og ph.d., har indkredset åndeliggørelse af naturen som en vigtig coping-metode hos kræftpatienter. Patienterne brugte naturoplevelser som hjælpemiddel mod stress og oplevede åndelig kontakt med naturen ved at bruge den som en slags kirke (35). På Hospice Djursland er det oplagt at indtænke naturen aktivt og at benytte nærheden med naturen på forskellig vis i lindrende øjemed.

Slægten kan leve videre

En patient med et positivt selvbillede kan se sig selv som vigtig for, at familien nu kan leve videre; måske under nogle vilkår, som patienten har haft en andel i at skabe. Det kan tilføre mening at se sig selv i en generationssammenhæng og udtrykke håb for familiemedlemmers fremtid. Følelse af samhørighed og at have bidraget til noget større end en selv giver mening og oplevelse af sammenhæng.

Vigtigt at afslutte livsprojekter

Det kan også bunde i en udødelighedsforestilling at sætte spor. For nogle har det betydning at få afsluttet nogle livsprojekter. Det kan være et ansvar påtaget i en god sags tjeneste; noget godt, der er gjort for andre; en etableret virksomhed m.m. Nogle oplever

det meningsfuldt at få sat ord på og få nedskrevet, hvilke små eller store konkrete spor de har sat for eftertiden.

Den dialog, sygeplejersker får med patienter gennem S-tilgangen, har dog ikke til formål at blive til en formaliseret og nedskrevet livsfortælling. Dialogen bruges primært til at berøre emner, der har værdi for patienten at tale om i nuet og f.eks. til at kortlægge behov for tilbud, som ansatte eller frivillige kan honorere. I forhold til at få nedskrevet livsfortællinger kan frivillige med særlige kompetencer hjælpe patienten. Det kan have stor betydning for en patient, der ikke selv mere magter det, at få dele eller hele livsfortællinger på skrift.

” Religion kan bl.a. være meningsskabende gennem troen på et liv efter døden. Men en udødelighedsforestilling kan være forbundet med andre dimensioner end religiøsitet.

En fortælling om passede hændelser fra det levede liv kan tilføre det hændte nogle betydninger i lyset af den særlige livssituation, patienten nu befinder sig i, og være en hjælp til at skabe mening og sammenhæng. Samtidig kan det give en følelse af samhørighed og lindring at dele sin fortælling med en anden. Det nedskrevne udgør i sig selv et spor og kan være værdifuldt for de efterladte som minde. En frivillig med mange erfaringer som pennefører oplever, at det er de glædelige begivenheder i livet, der fylder i beskrivelserne, og desuden at ”... erindringer kan give en form for forståelse og afklaring af det levede liv” (36).

Betydningen af håb

Som antydning udgør håb en væsentlig åndelig dimension hos uhelbredeligt syge patienter. Håb har betydning for oplevet mening og sammenhæng og spiller en særlig rolle i den nyvurdering af mening med livet, der som nævnt udløses i erkendelse af egen nært forestående død.

Selvom håb betragtes som et universelt fænomen og som nødvendigt for menneskelig eksistens, findes der ikke nogen universel definition af håb som begreb (37).

På dette grundlag har svenske sygeplejersker med ph.d. Eva Benzein og Britt-Inger Saveman udført en begrebsanalyse af håb i et psykologisk, filosofisk og sygeplejefagligt perspektiv (3) og udledt, at forbedret livskvalitet, mestringssevne, fornyet energi, nye strategier, ro og forsoning samt fysisk velvære er følgevirkninger af oplevet håb. ►

- ▶ Loma Feigenberg (38) har som psykologisk begreb beskrevet håb som en intrapsykisk tilstand, der retter sig mod fremtiden og har en positiv, følelsesbetonet glød. Desuden tager håb afsæt i en oplevelse af tillid til at være ønsket. Det betyder, at samværet, hvor patienten f.eks. gennem en sygeplejerskes indlevende attituder og tilstedeværelse oplever sig anerkendt og bekræftet som person, er næring for håb.

Det åndelige, spirituelle, er til stede i samværet. Norsk sygeplejerske og ph.d., Gørill H. Hovdenes, udpeger det åndelige i sygeplejen som den relationelle berøring; det vil sige kontakten

” Sygeplejersker må møde patienter med en ærlighed, som patienterne kan overskue at tage imod, en realistisk fremstilling af virkeligheden, hvori der samtidig kommunikerer håb.

forstået både som fysisk og mentalt nærvær (39). Berøringen bestemmer kvaliteten i relationen: Den kan være bekræftende og nærende ved at udløse livskraft, livsmod og håb eller afkræftende og tærende – det der foregår gennem holdninger, som udfolder sig gennem ordvalg, toneleje, attituder og hånddelag og er en subjektiv udstråling, som virker mellem mennesker.

I forlængelse hermed er ”at skabe nærvær” ifølge Öhlén (21) en omsorgshandling, som indebærer at møde patienten i hans eksistentielle situation, at lytte engageret og bekræfte patientens livssyn, at tilpasse sig patientens rytme, at vise ærlighed og at vise vilje til at hjælpe uden at signalere opofrelse. Betydningen af et sådant forhold betones, fordi det skaber mod hos patienten og håb for fremtiden.

Det er væsentligt at støtte et realistisk håb, fremfor at håb base-res på et urealistisk grundlag. Bent Falk, teolog og psykoterapeut, siger: ”Det gælder i princippet om at hjælpe ind i virkeligheden, så vanskelig den også er, ikke ud af den” (40).

Sygeplejersker må møde patienter med en ærlighed, som patienterne kan overskue at tage imod, en realistisk fremstilling af virkeligheden, hvori der samtidig kommunikerer håb.

Der kan være begivenheder i den nære fremtid, det vil give mening og være af stor betydning for en hospicepatient at kunne opleve. F.eks. fortalte en patient med udsigt til at blive mormor inden for kort tid en sygeplejerske, at hun håbede at opleve sit første barnebarn. Ved at svare: ”Det kan jeg godt forstå, du gerne

Læsertest

Lis på 62 år er indlagt på hospice; hun fik konstateret coloncancer for et halvt år siden, og ifølge henvisningen er der hastig progression af levermetastaser og tumorstørrelse.

Følgende oplysninger stammer fra 1. indlæggelsesdag:

- Lis' højeste scoringer på ESAS er 5 for smerter, 7 for træthed og 9 for kvalme. Lis lider næsten konstant af kvalme og har fækulente opkastninger.
- Lis er gift med Svend. Parret har tre børn mellem 26 og 36 år samt tre børnebørn. Svend vil opholde sig mest muligt på hospice, men gerne overnatte hjemme. Hele familien har ledsaget Lis ved indlæggelsen.
- Lis beskriver sig selv som ”hysterisk planlægger, der vil have styr på det hele”. Har som selvstændig været vant til at uddelegere; det gør Lis nu på det familiære og nære plan. Hun er i færd med at sørge for, at alle familiemedlemmer får ”det rette” efter hende. Hun håber meget at kunne nå at overvære sit seks uger gamle barnebarns dåb.
- Lis har antydnet, at Svend behøver støtte. Han har svært ved at tale med Lis om døden.
- Lis oplyser, at hun er ked af at give slip på livet, men ikke er bange for at dø. Hun har haft en god oplevelse med, at hendes afdøde mor kaldte på hende. Lis udtrykker behov for fred og ro til at afslutte sit liv. Hun tror, det vil gavne hende ”at sidde på terrassen og betragte den smukke natur”.

Spørgsmål

1. Hvordan kan man følge op på virkningen af medicinændring mod kvalme?
2. Hvordan kan man tilgodesee, at Lis kan bevare styringen og fortsat være selvbestemmende?
3. Hvordan kan man med de foreliggende oplysninger støtte Lis til højest mulig livskvalitet?

Læs svar på side 83.

vil – se dit første barnebarn” fravalgte sygeplejersken at støtte ud-sigten til en begivenhed, der næppe ville ske i patientens levetid. I stedet indlevede hun sig og udtrykte forståelse for den mening, det havde for patienten at komme til at se sit barnebarn. Hun anerkendte patientens håb uden at opmuntre patientens forventning, og hendes kommunikation lå tæt på ”det samme håber jeg”, hvilket tilførte håbet en ny dimension (37).

Facetter af varierede definitioner på håb kan tænkes ind i mødet med patienterne og i sammenhænge, som kan fremme håb. I det, sygeplejersker gør ved og for patienter, er måden afgørende for, at patienter føler at rumme mere end det, som kan ses af det kropslige, og som gør dem modtagelige for en lindrende og håbsfremmende påvirkning.

Afrunding af relationer

Håb og mening knytter også an til det relationelle på anden vis. Hospicepatienter kan have brug for at foretage ting, det giver mening og sjælefred at få gjort, et fænomen, som af Mette Hald, psykolog, er betegnet som afrundingshandlinger (41). F.eks. kan det skabe mening at afhænde arvestykker eller på forskellig vis drage omsorg for de senere efterladte. Udover at være nyttigt på et praktisk plan har det stor symbolsk værdi for patienten at vise, at man vil det bedste og nærer håb for de efterladtes fremtid. Handlingerne giver desuden ofte anledning til, at patienter får talt med familien om den forestående død, åbenlyst eller mere stiltiende.

En frivillig hjælp efter en patients ønske med at skrive afskedsbreve til både mand, datter, svigersøn og børnebørn, så de lå klar til dem, når kvinden døde. På hospice opleves det, at afskedsbreve kan tilføre døende patienter ro og afklarethed (36).

Et andet aspekt, der kan fylde, er det såkaldte tilgivelsesaspekt, en trang til at give eller modtage tilgivelse (41). I lyset af forestå-

” Selvom det også kan være en støtte at hjælpe de store eksistentielle sammenhænge på plads, må der tages hensyn til, hvad patienten finder mening i her og nu, dagen i dag eller øjeblikket. Muligheder skal gribes, tiden er kostbar.

ende død har det værdi og giver mening at forson sig med betydende personer. Det kan have afgørende indflydelse på at tilvejebringe ro i sjælen for derefter at kunne rette opmærksomheden mod andre ting af værdi, f.eks. nærvær med pårørende.

Sygeplejersken må lytte til mulige behov af den art og sørge for, at der bliver talt om det, hvis patienten ønsker det. Det sker, at der kan være brug for at formidle en kontakt med en betydende person i patientens liv, som patienten f.eks. har mistet forbindelsen med og finder det uoverkommeligt selv at kontakte.

Der ligger et særligt ansvar i at indgyde patienten tillid og mod til at træde frem som person og udtrykke netop det, som er mest betydningsfuldt i øjeblikket. En oprigtig lytten er en forudsætning for dette.

Selvom det også kan være en støtte at hjælpe de store eksistentielle sammenhænge på plads, må der tages hensyn til, hvad patienten finder mening i her og nu, dagen i dag eller øjeblikket. Muligheder skal gribes, tiden er kostbar.

Sammenfatning

Man kan sige, at vurdering af patientens forcer inden for hver komponent af betydning for en god død, de seks S'er, er en kunstig opsplitning af mennesket, for komponenterne påvirker hinanden. F.eks. kan accept af dødens komme bl.a. bero på den sammenhæng, man ser sit eget liv i, og hvilket billede man har af sig selv.

Men formålet med en vurdering er ikke at splitte op og sætte omsorg på formel, men at tage højde for den kompleksitet, der findes i kraft af mangfoldighed af bl.a. selvbilleder, lindringsbehov og dødsparathed, som patienter repræsenterer. En S-analyse kan være med til at sikre, at patienter ikke kommer til at bruge deres sidste kræfter på at leve op til fagpersoners ambitioner med deres dødsproces. For kun den døende selv ved, hvad der er bedst.

I palliationsdeklarationen fremstilles fysiske, psykiske, sociale og åndelige aspekter som lige betydningsfulde, og sådan skal de seks S'er også betragtes. For at samtlige S-dimensioner kan få fylde, har optimering af symptomlindring dog en naturlig førsteprioritet. Men man må bøje af på, at f.eks. smertelindring måske ikke kan blive den bedst mulige, hvor dette er i konflikt med patientens selvbestemte ønske om helt at undgå cerebral bivirkning.

S'ernes plads i en helhedsmodel

Eksemplet belyser, hvilken rolle patientens subjektivitet og indre virkelighed har i de tværfaglige beslutninger, som et patientforløb understøttes med på Hospice Djursland. S'erne figurerer da også i den helhedsmodel, vi arbejder ud fra, og som skitserer de forhold, der inddrages på de tværfaglige konferencer for at kunne tilbyde patienten den bedst mulige palliation.

Alle faggrupper bidrager med viden om patientens styrkeforhold på de enkelte S-områder, så det kan kortlægges, hvorvidt patientens samlede S-status kan styrkes. Der kan gemme sig et overset behov under én af S-dimensionerne, som det kan være relevant at følge op på af en til flere fagpersoner. ▶

► Spørgsmål i lommeformat

Gennem den svenske litteratur om de seks S'er (3,6) blev arbejdsgruppen inspireret til at udforme et sæt spørgsmål, som kan belyse den enkelte patients status indenfor S'erne. Til hver S-kategori knytter sig således en række spørgsmål, der kan søges svar på i mødet med patienten. I flæng kan nævnes: Hvilke beslutninger kan og vil du medvirke i? Hvor får du kræfterne til at klare din situation lige nu? Har du kunnet tale med dine pårørende om døden?

Som værktøj til dagligt brug er spørgsmålene at finde i en lamineret lommeudgave. Det er naturligvis ikke meningen, at de skal fungere som en interviewguide, hvor spørgsmålene stilles fra ende til anden, når patienten ankommer. Ganske vist indhentes flest mulige data ved indlæggelsen, men der bygges fortløbende ovenpå.

Spørgsmålene kan være inspiration til at kortlægge styrkeforholdet af den enkelte S-kategori, når situationen gør det belejligt, men ofte giver patienter spontant og uopfordret mange informationer, f.eks. om selvbillede og accept af nært forestående død. Der søges oplysninger fra pårørende i det omfang, patienten ikke er i stand til at meddele sig.

Implementering og opfølgning

Gennem litteraturen fandt arbejdsgruppen mange gode grunde til at indføre S'erne som redskab til at opbygge et solidt kendskab til patienten og dermed et brugbart grundlag for at palliere på et kvalificeret niveau.

For at få indblik i, hvordan S'erne blev anvendt i praksis og få inspiration til implementeringsprocessen, besøgte gruppen et hospice i Malmø.

Ved besøget fandt vi ud af, at vi ønskede større tværfagligt engagement omkring S'erne end det, svenskerne så ud til at praktisere, og som reelt kun involverede sygeplejersker og læge. Den nævnte opmærksomhed på S'erne ved de tværfaglige konferencer på Hospice Djursland vidner om, at S'erne er et fællesanliggende for hele hospice.

Mhp. implementering fulgte vi svenskernes anvisninger og gennemførte således undervisning om S'erne for alle indenfor en kort tidsperiode. I umiddelbar forlængelse heraf var der kickoff af et særligt S-ark i patientjournalen, hvor alle faggrupper kan dokumentere S-data.

Data udgør derved en slags kulisser, som får hver enkelt patient til at fremtræde som individuel person.

” Gennem litteraturen fandt arbejdsgruppen mange gode grunde til at indføre S'erne som redskab til at opbygge et solidt kendskab til patienten og dermed et brugbart grundlag for at palliere på et kvalificeret niveau.

Positive erfaringer med S'erne

Patienter kan af gode grunde ikke udtale sig om, hvorvidt S-tænkning gør en forskel for dem. Det var derfor relevant efter et år at få belyst de erfaringer samt herskende holdninger og synspunkter, der knytter sig til at arbejde med S'erne i praksis.

Fokusgruppeinterview blev valgt som metode til at kortlægge disse forhold. Seks sygeplejersker repræsenterede sygeplejerskestaben på Hospice Djursland, og deres tilkendegivelser om brugen af S'erne var særdeles positive. Blandt forcer ved S'erne blev nævnt:

- S-spørgsmålene opleves nyttige og bruges i stor udstrækning som inspiration. Lommearket gav støtte til at italesætte andre emner end symptoplager, som ikke rigtig kom frem før S-implementeringen.
- S-tilgangen opleves som redskab, der sikrer, at patienter tages alvorligt, mødes med anerkendelse og får mulighed for at udtale sig om svære ting.
- S'erne opleves som et redskab til at gøre sygeplejen mere individuel, hvilket i sig selv er en kvalificering af sygeplejen.
- S'erne ruste én til at tage udgangspunkt i helheden, og dokumenterede svar i S-kategorierne bevirker, at man ikke stiller de samme spørgsmål igen og igen.

Det opleves desuden som kvalificerende for sygeplejen, at S'erne skærper opmærksomheden på at gribe ting af værdi for patienten i nuet og på den baggrund omprioritere planer.

Nogle sygeplejersker oplever sig fortsat som novicer, og alle vil gerne blive bedre til S-tænkning.

Auditeringsproces involverer alle

Arbejdsgruppen ønskede efter et år at gennemføre uddybende undervisning om S'erne. Efter ca. halvandet år med S'erne foregår denne i øjeblikket i form af en auditeringsproces, som involverer

samtlig sygeplejersker. De skal i dokumentationen over et afsluttet patientforløb i eget team finde svar på en række spørgsmål, arbejdsgruppen har udformet for at kortlægge brugen af S'erne som analytisk redskab i det daglige.

På den måde bliver det synligt for hver enkelt, hvad der fungerer, og hvad der kan gøres bedre, idet svar på auditspørgsmål henleder opmærksomheden på sygeplejeaktiviteter, som understøtter patienten indenfor de seks kategorier, og hvad det resulterer i for patienten. Der bliver tale om læring på individuelt plan, men desuden teamvis, da hvert team skal drøfte egne auditeringsresultater og beslutte en plan for at løfte i flok, der hvor man ser udviklingspotentialer.

Livskvalitet i den sidste tid

Selvom det kan forekomme paradoksalt at tale om at gøre patientforløb attraktive på et hospice, tyder meget på, at S-tilgangen er understøttende for sygeplejerskers kompetencer til at maksimere livskvaliteten for patienter i deres sidste levetid.

Med S-tilgangen som koncept får vigtige komponenter for en god livsafslutning større opmærksomhed, medvirker til at fremme håb hos patienter og indgyder dem mod til at leve, til livet er slut.

Svar på læsertest side 80

1. Det vil være relevant at ESAS-score for kvalme 2 eller 3 gange dagligt i f.eks. 3 døgn. Scoringresultaterne kan holdes op imod Lis' ønskede scoringstal for kvalme, som f.eks. kan være 2. Det betyder, at kvalmeintervention vil være tilfredsstillende for Lis, når hun scorer 0-2. Som f.eks. med smerter skal man undgå at love symptomfrihed.
2. Plejen skal foregå på baggrund af aftaler, som Lis er med til at beslutte. Det vil være relevant at drøfte med Lis, hvad hun tænker om sit sygdomsforløb på sigt. Skal ægtefællen beslutte for hende, hvis hun selv bliver svag? Og hvad forestiller hun sig, når døden indtræffer, hvem skal f.eks. være til stede?
3. Det vil antageligt gavne ægtefællen og give Lis tryghed, at ægtefællen tilbydes samtale med psykolog. Spørg om behov for at opdele familiebesøg til få ad gangen. Drøft prioriteringsbehov med Lis. Afdæk behov for deltagelse i gudstjeneste og samtale med præst. Spørg ind til, hvornår der er planlagt dåb i familien. I lyset af sygdommens progression kan dåben evt. tilbydes at foregå på hospice, hvis dette kan betyde, at Lis kan være med.

På Hospice Djursland ser vi da også S'erne som noget blivende og kan anbefale andre at lade sig inspirere af konceptet.

*Annegrete Venborg er udviklingssygeplejerske på
Hospice Djursland;
annegrete.venborg@hospicedjursland.dk*

Symptomregistreringsskemaet ESAS (Edmonton Symptom Assessment Schedule) kan sammen med skema til scoringsresultater, helhedsmodellen for Hospice Djursland og lommeoversigt over de seks S'er fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Venborg A. Sygepleje ved livets afslutning. I: Suhr L, Winther B, editors. Basisbog i sygepleje. Krop og velvære. 2. udgave. Viborg: Munksgaard Danmark; 2011.
2. Venborg A. At indfange det lys, som patienten ser. Fokus på kræft og sygepleje 2009;2:14-22.
3. Ternstedt BM. Livet pågår! Om vård av döende. Stockholm: Forskning och Utveckling. Vårdförbundet;1998.
4. Ternstedt BM et al. A Good Death. Journal of Hospice and palliative Nursing 2002. 4(3):153-60.
5. Weisman AD. The realization of death. A guide for the psychological autopsy. New York, London: Jason Aronson; 1974.
6. Svensson A, Wiberg H. Sjuksköterskors upplevelser av arbete med Weisman-analys inom palliativ vård. En intervjustudie. Malmö Högskola: Hälsa och samhälle; 2006.
7. Riis J, Christophersen B. Sygepleje i hospice. Sygeplejersken 1999;22:27-37.
8. Grønvold M, Strömberg LA. Symptomatologi blandt patienter, der modtager palliativ indsats – måling, forekomst og forløb. Ugeskrift for Læger 2007;169(44):3748-50.
9. Boel K, Haaber K. Hvordan oplever patienter i palliativ fase at benytte symptomregistreringsskemaerne EORTC-Q-C15-PAL og Edmonton Symptom Assessment Schedule. Kvalitativt studie blandt patienter i palliativ fase. Høgskolen i Baskerud; 2009.
10. Boel K, Haaber K, Byskov L. Dansk version af ESAS- symptomlindring. Om-sorg. Nordisk Tidsskrift i Palliativ Medisin 2009;1:41-6.
11. Andersen S. Som dig selv. En indføring i etik. Århus: Århus Universitetsforlag; 1993.
12. Sahlberg-Blom E, Ternstedt BM, Johansson, JE. Patient Participation in Decision Making at the End of Life as Seen by a Close Relative. Nursing Ethics 2000; 7:296-313.
13. Nielsen R. At være sig selv – at blive sig selv. Den åndelige dimension hos

- ▶ døende mennesker. Århus: Unitas Forlag; 2005.
14. Husebø S. Avslutte livsforlængende behandling? Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin 2006; 4:39-41.
 15. Heimerl K. Pasientorienteret kvalitet innenfor palliativ care. Omsorg. Nordisk Tidsskrift for Palliativ Medisin 2004;3:13-6.
 16. Horsdal M. De små fortællingers store betydning. Dansk Pædagogisk Tidsskrift 2001;1:44-53.
 17. Timm H. Patientens fortælling som sammenhængskraft. I: Timm H, editor. Sammenhængende Forløb i Sundhedsvæsenet. København: Videncenter for Sammenhængende Forløb, Professionshøjskolen Metropol; 2009.
 18. Bjerager E. Det ender godt. Johannes Møllehave om døden. København: Kristeligt Dagblads Forlag; 2009.
 19. White M. Kort over narrative landskaber. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
 20. Nielsen R, Harder J. Venteværelset. En døendes fortællinger om livet. Frederiksberg: Unitas Forlag; 2010.
 21. Öhlén J. Lindrat lidandet. Att vara i en fristad – berättelser från palliativ vård. Falun: Nya Doxa; 2001.
 22. Andershed B. Relatives in end-of-life care – part 1: a systematic review of the literature the five last years, January 1999-February 2004. Journal of Clinical Nursing 2006; 15:1158-69.
 23. Dalgaard KM. At leve med uhelbredelig sygdom – at begrænse dødens invasion og fremme livsudfoldelsen i tid og rum. Ph.d.-afhandling. Aalborg: Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje; 2007.
 24. Benzein A, Saveman BI. One step towards the understanding of hope: A concept analysis. International Journal of Nursing Studies 1998;6:322-9.
 25. Benzein E, Norberg A, Saveman BI. The meaning of hope in healthy, non-religious Swedes. Western Journal of Nursing Research 2000; 22(3):303-19.
 26. Penson J. A hope is not a promise: fostering hope within palliative care. Western International Journal of Palliative Nursing; 2000;2:94-8.
 27. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2000.
 28. Jacobsen B et al. Kræft og eksistens. Om at leve med kræft. København: Dansk psykologisk Forlag; 1998.
 29. Stephensen P. The Experience of Spirituality in the Lives of Hospice Patients. Journal of Hospice and Palliative Nursing 2003;5(1):51-8.
 30. Nielsen R. Religiøs mestring. Omsorg. Nordisk Tidsskrift i Palliativ Medisin 2007;4:63-70.
 31. Moestrup L. Religiøs identitet og religiøs coping. Litteraturgennemgang og interviewundersøgelse med fokus på rekonstruktion af religiøs tro hos palliative kræftpatienter i Danmark. Speciale. Den sundhedsfaglige Kandidatuddannelse. Syddansk Universitet; 2009.
 32. Hvidt NC. Tro og praksis. Om troens betydning for patienter og sundhedspersonale. Fokus på Kræft og Sygepleje 2008;3:4-12.
 33. Busch CJ. Håb og håbløshed som begreb i den medicinske verden. Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 2000;10:1299-1312.
 34. Frankl VE. Det overhørte råb om mening. København: Gyldendal; 1980.
 35. Ahmadi F. Kulturens indvirkning på åndelig coping med kræft. I: Johansen C, Hvidt NC, editors. Kan bjerge flytte troen? Danmark. Gyldendal; 2008.
 36. Halberg H. Glæden ved at skrive. I: Simonsen D et al., editors. Hospice Djursland. Årsskrift 2011. Hornslet; 2012.
 37. Venborg A. En undersøgelse af sygeplejerskers oplevelse af håbs betydning for alvorligt syge og døende i sygehuspraksis. Specialeafhandling. Århus: Aarhus Universitet. Institut for Sygeplejevidenskab; 2002.
 38. Feigenberg L. Terminalvård. Stockholm: Liber; 1977.
 39. Hovdenes GH. Det "åndelige" er det relasjonelle. Tidsskriftet Sygepleien 1999;11:56-9.
 40. Falk B. At være – der, hvor du er, om samtale med kriseramte. København: NNF Arnold Busck; 2006.
 41. Hald M. Døende kræftpatienter og hospitalet. København: Kræftens Bekæmpelse; 1993.

English abstract

Venborg A. A special approach to impending death. Sygeplejersken 2013;(02):69-84.

The article describes an approach based on six significant conditions to allow patients to experience the greatest possible quality of life in the light of impending death. These include symptom relief, self-determination, self-image, social relationships, context/meaning and acceptance of being at the end of one's life. Each category is described from the hospice patient's perspective and is described using literature.

Based in hospice practices, the article presents the interdisciplinary thinking and the specific applied nursing to not only identify the hospice patient's status concerning each of these categories, but to support each patient as well, and includes supportive auxiliary aids and working procedures. In addition, the implementation of the six factors and the evaluation results are reviewed.

These practice methods and procedures related to this particular approach may be an option in palliative care for all patients who are beyond the possibility of cure.

Keywords: Palliation, hospice, quality of life, hope and context, end of life, relationships and peace of mind.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

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

Nr. 3 - 2013 29. januar 2013	Nr. 4 - 2013 26. februar 2013	Nr. 5 - 2013 19. marts 2013
----------------------------------------	-----------------------------------------	---------------------------------------

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

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

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 3 - 2013 1. februar 2013	Nr. 4 - 2013 1. marts 2013	Nr. 5 - 2013 22. marts 2013
----------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

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

Udgivelsesdatoer

Nr. 3 - 2013 15. februar 2013	Nr. 4 - 2013 15. marts 2013	Nr. 5 - 2013 12. april 2013
-----------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------



**HILLERØD
KOMMUNE**



www.hillerod.dk

CENTERLEDER

til Center for Socialpædagogik, -Psykiatri og Hjerneskade (CSPH)

Vi søger en visionær, synlig og gennemslagskraftig leder med mod på faglige og organisatoriske udfordringer på det specialiserede voksenområde. Vi forestiller os, at du har en social- eller sundhedsfaglig baggrund kombineret med stærke lederevner.

Som centerleder får du det overordnede ansvar for centerets brede vifte af tilbud på områderne for misbrug og udsatte, senhjerneskade og psykiske funktionsnedsættelser. Centeret har ca. 75 ansatte og et årligt budget på 32 millioner kr.

Se hele stillingsopslaget på www.hillerod.dk

Ansøgningsfrist den 8. februar 2013.

Ansættelse: 1. april 2013 eller snarest derefter.



www.ssh.fo

Suderø Sygehus & Suderø Alderdoms- & Plejehjem

Sygehuset søger sygeplejersker til ferieafløsning fra 1. maj til 30. september 2013 til vores:
Almen med./kir. sengeafdeling – Operationsafdeling og Anæstesiafdelingen.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden tlf. 00 298 34 33 00 lokal 3215.

Sygehuset og Plejehjemmet er to uafhængige institutioner, som har nogle fælles funktioner, som f.eks. køkken, vaskeri og fysioterapi.

Rejseudgifter til og fra arbejdsstederne refunderes. Møbleret lejlighed stilles til rådighed mod betaling efter gældende regler.
Løn og arbejdsvilkår i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyiskir Sjúkrarøktarfrøðingar og Fígjarmálaráðið.

Ansøgning med kopi af autorisationsbevis m.m. tilsendes inden 15. februar 2013 til:

Alderdoms- & Plejehjemmet søger sygeplejersker til ferieafløsning fra 1. juni til 31. august 2013 eller efter nærmere aftale.
Hjemmet har to sengeafsnit på i alt 22 senge.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden tlf. 00 298 34 33 10 lokal 3315.

Suderø Sygehus
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkann 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo

Suderø Alderdoms- & Plejehjem
att. Inspektøren
Sjúkrahúsbrekkann 19
FO-800 Tvøroyri
Færøerne
eller pr. mail til ssh@ssh.fo

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

Sygeplejerske til Psykiatrisk Klinik Randers

30-32 timers stilling med start september 2013.

PKR er en privatejet klinik, der har overenskomst med Region Midtjylland. Klinikken har et stort flow af patienter, overvejende henvist af praktiserende læger. Vi er i øjeblikket én speciallæge i psykiatri og én sygeplejerske i PKR. Du er fagligt velkvalificeret, således at du både kan deltage i medicinsk, psykoterapeutisk og gruppeterapeutisk behandling af vores patienter. Du er ansvarlig og selvstændig, og du indgår i et tæt samarbejde med speciallæge og sygeplejerske. Du er velfungerende i vores lille team. Løn efter overenskomst.

Ansøgning sendes til
Psykiatrisk Klinik Randers
Att. speciallæge i psykiatri
Asker Stig Nielsen
Niels Brocks Gade 14B, 1.tv.
8900 Randers C.



Læg dit CV på Syge- plejerske- portalen

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

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

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
36123 Læge Michael Filtenborg, Gilleleje
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 29. januar 2013

Quicknr. **Sjælland**
36117 Psykiatrihospitalet i Dianalund
Sygeplejerske til blodbanken
Ansøgningsfrist: 10. februar 2013



Quicknr. **Sjælland**
36128 Holbæk Kommune
Sygeplejerske
Ansøgningsfrist: 11. februar 2013



Quicknr. **Sjælland**
36138 Odsherred Kommune
**Sygeplejerske eller fys-/ergo-
terapeuten til hverdagsrehabilitering**
Ansøgningsfrist: 14. februar 2013



Quicknr. **Syddanmark**
36129 OUH Svendborg Sygehus
**Et spændende og afvekslende job
til anæstesisygeplejersker**
Ansøgningsfrist: 12. februar 2013

Quicknr. **Midtjylland**
36100 Power Care
**Bookingmedarbejdere i et
dynamisk vikar- og rekrutteringsbureau**
Ansøgningsfrist: 7. februar 2013



EPILEPSIHOSPITALET FILADELFIA

Ledende sygeplejerske til afdelingsledelse (pædiatri)

Epilepsihospitalet Filadelfia søger ledende sygeplejerske til nyetableret afdelingsledelse for pædiatri med tiltrædelse snarest muligt.

Yderligere information kan fås ved henvendelse til sygeplejedirektør Hanne Rasmussen tlf. 58271009.

Ansøgningsfrist torsdag den 14. februar 2013.

Stillings- og funktionsbeskrivelse kan læses på Filadelfias hjemmeside www.filadelfia.dk

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neurofysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedcenter, Conferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni

DSR Meddelelse**Generalforsamling i FSAIO den 5. marts 2013**

Fagligt selskab for Anæstesi, Intensiv og Opvågningssygeplejersker, FSAIO, holder generalforsamling, tirsdag d. 5.3.2013 kl. 13.55. Sted: Hotel Comwell, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Dagsorden: 1. Valg af dirigent. 2. Valg af referent. 3. Valg af stemmetællere. 4. Bestyrelsens beretning. 5. Godkendelse af regnskab for 2012. 6. Fremlæggelse af budget for 2014. 7. Valg af revisor. 8. Indkomne forslag. 9. Evt.

Jubilæum for hold 64-2, x-y. Vi afholder 45-års jubilæum for hold

64-2, x-y. Det færdigplanlægges efter tilmeldingsfristen som er den 1. februar 2013, så husk tilmelding inden. Arrangementet afholdes på Aros i Århus. Tilmelding til: Peggy: tulasoft@versanet.de eller Sonja: sonkirk@gmail.com

Ph.d. afhandling, sammenhæng ml. sedation, delirium og PTSD

Betydning for livet efter indlæggelse på intensivafdeling i forhold til erindringer og helbredsrelateret livskvalitet. Forsvaret finder sted i DNC auditoriet, bygning 10, Nørrebrogade 44, Aarhus C, fredag d. 22. februar 2013 kl. 14.00 og vil foregå på dansk.

Generalforsamling i FS for Sygeplejersker i Kommunen

Generalforsamlingen afholdes, mandag den 18. marts 2013 kl. 15.30 på Comwell Kongebrogaarden, Kongebrovej 63, 5500 Middelfart. Dagsorden iflg. forretningsorden, se hjemmeside. Generalforsamling afholdes i forbindelse med Landskonferencen, hvor emnet er "Faldforebyggelse og rehabilitering". Forslag til dagsorden sendes til formand Inge Jekes, på: Jekes@jubii.dk inden den 18. februar 2013

Generalforsamling FSOS

Onsdag den 20. marts afholdes generalforsamling (GF) på Trinity, Færgevej 30, 7000 Fredericia. Kandidatmeldelse til bestyrelsen skal ske skriftligt senest 4 uger før, dvs. den 21. februar. Forslag til dagsorden fremsendes senest 3 uger før GF - senest den 27. februar. Endelig dagsorden og øvrigt materiale kan rekvireres 14 dage før afholdelse af GF. Formanden Birte Kristensen kan kontaktes på: bkrt@regionsjaelland.dk

Bestyrelsesvalg i FS for Undervisende Sygeplejersker

Ifølge foreningens vedtægter afholdes bestyrelsesvalget inden generalforsamlingen den 14. marts 2013. Derfor indkaldes der nu kandidater, som har lyst at opstille til valget til FSUS's bestyrelse. Ønsker du at opstille til bestyrelsen fremsendes opstillingsblanket til Inger Just senest 21. januar 2013. Blanketten findes på: <http://www.dsr.dk/fs/fs8/Sider/For-side.aspx>

Generalforsamling i SLS' lokalafdelinger

Der indkaldes hermed til ordinær generalforsamling i SLS' lokalafdelinger. I perioden fra den 1. marts 2013 til den 31. marts 2013 afholder de enkelte SLS-lokalafdelinger deres årlige generalforsamling. Dagsorden samt yderligere information om mødetid og sted finder du på SLS' hjemmeside www.dsr.dk/sls

Frederiksberg - 50 års jubilæum hold sept. 1959

Skal vi ses på Frederiksberg f.eks. 28.2.2013? Hvad med frokost i Allégade 10, kl. 13? Forslag og tilslutning modtager jeg gerne senest 14.2.2013. Vi ses, Hanne Kirkegård Rasmussen. farmorhanne41@gmail.com Tlf. 2217 0157

DSR Fonde og legater**Fonden for Baronessens Hvile- og Rekonvalscenthjem**

Fonden for Baronessens Hvile- og Rekonvalscenthjem uddeler igen i år et antal legater til trængende sygeplejersker. Ansøgningsskema kan rekvireres skriftligt hos fondens kasserer: Erling Veie, Kastanievej 1, 5600 Faaborg eller pr. mail: Baro@stofanet.dk Ansøgningsfristen er den 1. marts 2013.

DSR Kursus**Faldforebyggelse og rehabiliteringsstrategier**

Hvordan tilrettelægges faldforebyggelse? Hvordan sikre vi effektiv faldforebyggelse på tværs af sektorerne? Hvilken evidens er der på området?

Tid og sted:

18. marts 2013 kl. 09:00 - 15:00 Comwell Kongebrogaarden, Kongebrovej 63, 5500 Middelfart

Arrangør:

FS for Sygeplejersker i Kommunen

Tilmelding:

birgitgron@hotmail.com senest den 15. februar

Pris:

Kr. 650 for medlemmer af Fagligt Selskab for Gerontologiske og Geriatriske Sygeplejersker samt Sygeplejersker i Kommunerne, øvrige deltagere kr. 925

Yderligere info:

<http://www.dsr.dk/fs/fs6>

Temadag 2013 - FS Plastkirurgiske Sygeplejersker

Temadag for alle interesserede med 5 spændende emner.

Tid og sted:

14. marts 2013 kl. 09:00 - 15:00 Odense Universitetshospital

Arrangør:

FS for Plastkirurgiske Sygeplejersker

Tilmelding:

tove.haastруп@mail.dk

Den traumatiserede familie

Om traumas konsekvenser for familien.

Når kvinden gives magten - om tyrkiske mænd.

Kontakten med den traumatiserede familie.

Kærlighed på tværs af etniske grænser.

Om Mimersbrønd, et værested for ældre borgere.

Tid og sted:

21. marts 2013 kl. 09:30 -

22. marts 2013 kl. 15:30

Danhostel Fredericia, Vestre Ringgade 98, 7000 Fredericia

Arrangør:

FS for Tværkulturel Pleje

Tilmelding:

Marianne.Oesterskov@regionh.dk

Pris:

Kr. 2.300 for medlemmer,

kr. 2.800 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs31

Kompleks instrumenthåndtering

Sådan kan det også gøres, omhandlende bl.a.

låneinstrumenter i praksis og set fra industriens side, ultralydsbeh. robotter i sterilcentralen, robotinstrumenter.

Tid og sted:

11. april 2013 kl. 08:30 - 16:00

DSR lokaler, Vejlevej 121, 7000 Fredericia

Arrangør:

FS SASMO

Tilmelding:

brittanielsen@fssasmo

Pris:

Kr. 800 for medlemmer af FS SASMO, kr. 1.100 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

FS SASMO's hjemmeside

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden, Central**

Vi får besøg af Laila Silke, som har haft sclerose i 15 år. Kom og mød hende, og hør hende berette om kampen for at rejse sig fra kørestolen.

Tid og sted:

21. februar 2013 kl. 11:00 - 13:00
Garnison Kirkens Menigheds-
hus, Skt. Annæ Plads 4,
København K

Tilmelding:

Til: paris@mail@email.dk,
eller Dora på tlf.: 4050 3579

Pris:

Kr. 30

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Lotte Hammer Andersen fortæller om at gå fra sygeplejerske til krimiforfatter.

Tid og sted:

6. februar 2013 kl. 14:00 - 16:00
Rådhusstræde 29,
3400 Hillerød

Tilmelding:

Senest 30. januar på
tlf. 2345 8507 eller mail:
tvingsvej2@gmail.com

Pris:

Kr. 30 for kaffe

Møde for seniorsygeplejersker, Kreds Hovedstaden, Vest

Pensioneret fængselsbetjent Erik Petersen fortæller om Vridsløselille Statsfængsels historie i 153 år.

Tid og sted:

14. feb. 2013 kl. 14:00 - 16:00
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.,
1360 København K

Tilmelding:

Til Lisbeth Vendelbo, tlf. 3675
6483 eller Carolina Falk-Sørensen,
mail: carolina@mail.dk

Pris:

Kr. 20 for kaffe/the og brød

Seniormøde på Bornholm

SOS børnebyernes lokale repræsentant Kirsten Sonne Andersen vil fortælle om SOS' sine arbejde.

Tid og sted:

21. feb. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden,
Haslevej 50, 3700 Rønne

Tilmelding:

DSR på tlf.: 4695 4917 eller
Inge-Lise Hansen,
tlf. 5695 2910
senest den 20. februar 2013

Pris:

Kr. 20 for kaffe med brød

Orientering om Koncept Fagidentitet

Kom og hør mere om Koncept Fagidentitet - et tilbud til arbejdspladser der ønsker at sætte skub i den faglige udvikling.

Tid og sted:

28. jan. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/ar-
rangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/fagi-
denitet

Sjælland**Besøg og guidet tur på Refa i Nykøbing Falster**

I det nye år starter vi med en orientering om vores affald. Tag varmt tøj og gode sko på, da vi skal udendørs! Vi spiser frokost på Refa.

Tid og sted:

28. feb. 2013 kl. 10:00 - 15:00
Refa, Engvej 4,
4800 Nykøbing F.

Tilmelding:

Til Gulle på tlf.: 5482 5684
eller Inger på tlf.: 5495 3889
senest d. 19.02.2013.

Pris:

Kr. 50 for medlemmer,
kr. 75 for gæster

Seniorsammenslutningen i Kreds Sjælland/Roskilde

Vi inviterer til møde på Dom Apoteket. Vi bliver orienteret om det sidste nye i forbindelse med apotekets ansvarsområder.

Mødet foregår i kantinen/mødesalen og der serveres et let trakterement.

Tid og sted:

7. feb. 2013 kl. 19:00 - 21:00
Dom Apoteket, Algade 52,
Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

sjaelland@dsr.dk eller tlf. 7021
1664 senest 4. februar 2013

Pris:

Gratis

Seniorsygeplejerskerne Vestsjælland

Øjensygeplejerske Susanne Andersen vil fortælle om forskellige øjensygdomme, øjensvigt og hjælpemidler til afhjælpning af øjensvigt. Vi begynder med frokost og kaffe kl. 12.

Ledsager er velkommen.

Tid og sted:

20. feb. 2013 kl. 12:00 - 14:30
FOA's kursuslokaler,
Stenhusvej 35, 4300 Holbæk.

Arrangør:

Kontaktudvalget

Tilmelding:

Senest den 13.02.2013 på
tlf.: 5943 5303 eller 5943 9230

Pris:

Kr. 30 for medlemmer
evt. ledsager kr. 40

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Trekanten inviterer til foredrag**

Sygeplejerske Jenny Malberg tager udgangspunkt i sin bog "Profettegneren" - en fortælling fra en global landsby, om indvandreres integration og ytringsfrihed. Desuden vises billeder fra Mandø udflugten i 2012.

Tid og sted:

27. feb. 2013 kl. 13:00 - 15:00
University College Lillebælt,
Soldalen 8, 7100 Vejle

Tilmelding:

Senest onsdag den 20.2 til
Elly Ziegler, tlf. 7583 2886
eller Kirsten Rasmussen,
tlf. 7583 2681

Pris:

Kr. 30 inkl. kaffe, thé og brød

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Århus afdelingen**

Foredrag "Din livshistorie - med indlevelse" v/ journalist Lotte Printz.

Hør om hvad du konkret kan gøre, hvis du har lyst til at fortælle din familie mere om dit liv.

Tid og sted:

5. feb. 2013 kl. 14:00 - 16:00
Mødelokalet i Kælderen,
Mindegade 10, 8000 Århus C

Tilmelding:

Tilmelding på telefon
2398 1009 el. 8619 1708 med
personnummer senest den
31.01.2013.

Vi mangler sygeplejersker!

ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København tlf. 70 20 30 00

Roskilde tlf. 46 31 01 20

Aalborg tlf. 96 31 80 71

Aarhus tlf. 86 13 24 44

Odense tlf. 63 12 80 00

www.activcare.dk

Familieweekend/ ferie Assens, Fyn

4 ferielejl. med i alt 24 sovepladser. Den ene lejl. er så stor, at 24 pers. kan sidde sammen og spise. Udstyr til 24 pers samt opvaskemaskine. Have med grill, kaniner, høns, legeplads, boldspil.

Se www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516

Beachfront bunga- low på Mauritius

Beliggende direkte på øens smukkeste strand. Rummer køkken, stue, 3 soveværelser og 2 badeværelser, husholderske kommer 6 dage om ugen, mulighed for 1/2 el 1/4 pension. Pris pr uge €130/døgn.

Se meget mere på www.mauritiusferie.dk
Kontakt tlf. 2429 2687

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.900/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Sydspanien/ Andalusien

Dejlige feriebolig med pool og fantastisk udsigt over Middelhavet.

Beliggende i Cómpeeta, en smuk og levende hvid bjergby kun 15 km fra kysten og 50 km fra Málaga.

2 etager, balkon, have, 3 soveværelser, 6 sovepladser, 2 badeværelser.
www.spanienhuset.dk
Mobil: 2452 4433

Luxus lejlighed på over 100 m2

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Juelsminde/As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde, 70 m fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m.
Pris fra 1.650,00 dkr./ uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

FERIE PÅ MAL- LORCA - SE HER

Skøn penthouselejlighed udlejes. Dejlige udsigt til bjerge og hav fra tagterrassen. Plads til 4-6 personer. 1.500 m til centrum og strand. Privat poolområde.

Yderligere oplysninger findes på
www.mallorca-dam.dk
Ring 2337 5393
adam@mallorca-dam.dk

Skallerup Klit

Sommerhus med panorama havudsigt. 5 min. til strand og feriecenter. 6 sovepladser, køleskab, brændeovn og opvaskemaskine. Udlejes hele året. Pris 1.800-4.000 kr. pr. uge. 350 kr. pr. nat ved enkelte nætter.

Bodil Pedersen
tlf. 9899 8095
www.midsommervej.dk

Tilbring ferien i Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på det hvide Fyr. 300 m til stranden.

Se billeder, priser m.m. på vores hjemmeside www.fyrpasserens-villa.dk
tlf. 6612 8146 eller 6598 1353.

FLENSBORG FJORD - EGEN STRAND!

Sommerhus m. storslået panorama udsigt. 6 sovepladser. 70 m2. 1 km til 18 hulls golfbane. 10 km til grænsen. Gode bade-, fiske- og vandreture muligheder. Ro og idyl - perfekt sted at slappe af!

www.5metertilvandet.dk
Tlf. 40 31 33 06



SPANIEN ALICANTE

Middelhavet
Torreviejas saltsøer
og klare luft.
190 m² feriehus
i 2 etager (Max 8 prs.)

+45 4077 7936

+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK

TYRKIET FORÅR SOMMER - EFTERÅR

Er sol, strand og pool på ønskesedlen for din ferie 2013? Mahmutlar/Alanya - en gæstfri og hyggelig by ved Middelhavet. Lejlighed til 4-5 personer.

Pris: Max. 2.200 kr./uge
Info:
www.123hjemmeside.dk/ferie-mahmutlar

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Marie Nagel
Christensen**
Formand for SLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Else Kayser
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygepleietisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg
Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Thorkild David Hay
Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen
Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy
Fælles postadresse
DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Fredericiagade 27-29
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen
Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

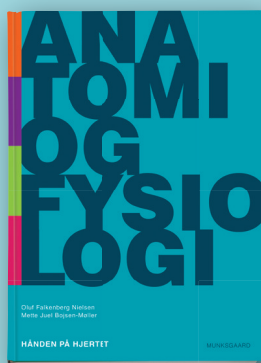
Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



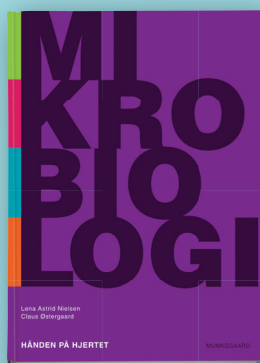
HÅNDEN PÅ HJERTET

Ny serie af lærebøger til de naturvidenskabelige fag på sygeplejerskeuddannelsen

Alle bøgerne i serien tager afsæt i fagenes læringsmål og den konkrete undervisning, og teksten suppleres af et stort antal illustrationer, cases, kliniske eksempler og faktabokse. Serien er professionsrettet og har et tydeligt fokus på sygeplejerskens opgaver i praksis.



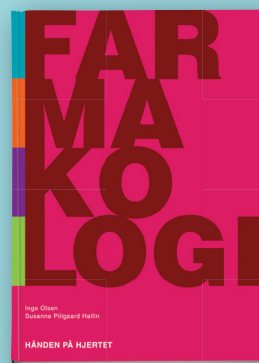
Af Oluf Falkenberg Nielsen
og Mette Juel Bojsen-Møller
Kr. 749,- (vejl.)
Er udkommet



Af Claus Østergaard
og Lena Astrid Nielsen
Kr. 398,- (vejl.)
Er udkommet



Af Annette Walsøe Torup
og Arne Lykke Viborg (red.)
Kr. 749,00 (vejl.)
Udkommer november 2012



Af Inge Olsen
og Susanne Piilgaard Hallin
Kr. 498,- (vejl.)
Udkommer maj 2013



Bøgerne i serien vil blive suppleret af i-bøger, digitale udgaver af lærebøgerne, som bliver beriget med bl.a. links, illustrationer, videoer, opgaver og lydclip.
Læs mere på munksgaard.dk