

PÅ JOB: SYGEPLEJERSKER GÅR STUEGANG PÅ BARSELSAFDELINGEN

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 13 » 26. JUNI 2009 » 109. ÅRGANG

3 til ferien

Spændende
faglitteratur
til kufferten

**Kampagne sætter
stopper for
medicineringsfejl**

KORT NYT
**Sønderjyske
sygeplejersker
protesterer i pressen**

FORMANDSVALG
**Du skal vælge
mellem 2 kandidater**

TAI CHI CHUAN
**3 lette øvelser
giver energi**

KLINISK SYGEPLEJE

Patienterne fryser på operationsbordet

VI HAR SELV VALGT AT BÆRE TØRKLÆDE

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:



FOTO: THOMAS TOLSTRUP

VI HAR SELV VALGT

Skal sygeplejersker have lov til at vise religiøse eller politiske symboler, når de er på arbejde? I debatten i Sygeplejersken, på Sygeplejerskens hjemmeside og i medierne mener kritikerne nej, det hører ikke hjemme i offentlige institutioner. Sygeplejersken har spurgt to sygeplejestuderende, om det er en hindring i deres daglige arbejde og kontakt med patienter, at de bærer tørklæde.

LÆS SIDE 16

Månedens gode råd

LÆS SÅDAN SIDE 35



22 På job – Her går sygeplejersker stuegang

På barselsafsnittet på Odense Universitetshospital er det sygeplejersker, der udskriver de ukomplicerede patienter, og det har nedbragt ventetiden for mødrene betydeligt.

24 Mit holdepunkt – Hygiejne er ikke lig med grå koner

Hygiejnesygeplejerske i Region Nordjylland, Tinna Urth, vil gerne være med til at overbevise hele Danmark om – og ikke kun Nordjylland – at man skal yde en indsats for at hjælpe MRSA-patienter med behandling. Det er ikke alle, der får den rette hjælp i dag.

28 Udfordringen – Kampagne satte stopper for medicineringsfejl

Spildtid, medicineringsfejl og mangelfulde medicinoplysninger resulterede i, at Frederiksberg Hospital for to år siden iværksatte en kampagne, der skulle sætte en stopper for problemerne. Et af elementerne var kåring af Månedens Læge.



VAND DIN KROP

Den kinesiske Tai Chi Chuan handler om at mobilisere og bevæge energi. Med tre øvelser, der kan laves i en pause på arbejdet eller derhjemme, kan du få mere energi til kroppen.

LÆS SIDE 26

>>> FAG

Let hypotermi øger postoperative komplikationer

Patienten fryser voldsomt efter operationen, og sygeplejersken henter et varmt tæppe til hende. Men artiklen "Den kolde postoperative patient" viser, at patienterne kan spares for mange lidelser, hvis opvarmning er tænkt ind i operationen, fra den påbegyndes, til den afsluttes. Let hypotermi øger de postoperative komplikationer i form af nedsat sårheling, sårinfektioner, kardielle problemer, forlænget blødningstendens og generelt ubehag hos patienten.

LÆS SIDE 40

"Selv om unge forældre er dygtige til at bruge nettet, er det ikke muligt at indtaste sin profil og få den til at matche en ammevejledning. Amning er noget, der skal læres af mor og barn."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 60

Fag

50 Den intensive sygepleje er mangfoldig

Intensiv sygepleje handler ikke kun om akutte instrumentelle opgaver, men i lige så høj grad om opgaver relateret til forebyggelse og langvarigt behov for sygepleje.

54 VAKS – Vurdering Af Kvalitative Studier

Der findes ikke et redskab til at skelne den gode kvalitative forskningsartikel fra den mindre gode.



"Faglitteratur i feriekufferten. Det

lyder måske meget, meget kedeligt, men faglitteratur kan defineres bredt. Derfor følger en omtale af tre bøger, det er værd at pakke ned, hvad enten turen går til Kroatien, Cornwall eller Kerteminde."

LÆS 3 TIL FERIE SIDE 58

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 31 Dansk Sygeplejeråd mener
- 32 Debat
- 38 Fagtanker
- 38 Faglig information
- 53 Testen
- 57 Agenda
- 58 3 til ferien
- 60 5 faglige minutter
- 61 Stillingsannoncer
- 69 Kurser/Møder/Meddelelser

www.sygeplejersken.dk

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



God sommerferie – når det bliver din tur

Dette blad er den sidste udgave af *Sygeplejersken* før sommerferien. Dermed holder bladet pause frem til den 7. august, og vi benytter anledningen til at holde sommerferie. Jeg er klar over, at der er nogle af jer sygeplejersker, som ikke kan holde pause samtidig, men må vente til senere. De syge og gamle er jo fortsat syge og gamle, uanset hvilken måned vi bevæger os ind i.

Siden januar har vi lavet nogle, men ikke mange, forandringer i *Sygeplejersken*. Bl.a. har vi lagt bladets arkiv bag login. Efter sommerferien vil der ske flere forandringer, vi er nemlig hele tiden optagede af at lave så godt et blad som muligt, som så mange af jer som muligt rent faktisk får et udbytte af at læse. Derfor hører vi fortsat gerne fra jer med ris, ros og forslag til forbedringer.

Skriv til os eller ring, hvis I har noget på hjerte:
redaktionen@dsr.dk

Vi modtager stadig henvendelser fra jer vedrørende beslutningen om at lægge *Sygeplejerskens* arkiv bag login. Argumentet mod et arkiv bag login er bl.a., at vi bør være med til at udbrede kendskabet til og viden om sygeplejerskefaget til andre grupper. Det er ikke noget dårligt argument. Men indtil videre holder vi stadig fast i beslutningen ud fra ræsonnementet: Det er medlemmerne, der betaler for driften af *Sygeplejersken*, herunder arkivet, og vi mener, at der skal være forskel på, om man er medlem eller ikke medlem.

Desuden kan interesserede i sygeplejerskefaget selvfølgelig tegne abonnement på bladet og dermed få fuld adgang til arkivet – vi arbejder også på en elektronisk abonnementsløsning – vi har allerede lavet særlige arkivløsninger for sygeplejerskolerne, og vi udleverer naturligvis gerne artikler ved konkrete henvendelser til afdelingen.

God læselyst og god sommerferie – når det bliver din tur.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk

PATIENTERNE FRY



AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Tænderklapren. Personalet snyder med varmluftsblæserne, fordi det er besværligt i hverdagen, og derfor fryser patienterne på operationsbordet og har forøget risiko for infektioner og blodtab.

Temperaturen på operationsstuen er omkring 21 grader af hensyn til det personale, der skal arbejde. Instrumenterne er iskolde. Bedøvelsen gør, at patientens blodkar udvider sig og kropstemperaturen falder. Medicinen bevirker også, at patienten bliver ude af stand til at producere varme. Hvis ikke patienten bliver tilført varme, vil kroppen begynde at nedkøle. På opvågningsafdelingerne er personalet typisk vant til, at mange patienter ankommer frysende. Men sådan behøver det ikke at være, mener klinisk oversygeplejerske på anæstesiologisk afdeling Z på Bispebjerg Hospital, Carsten Michel Pedersen, der har undersøgt fænomenet hypotermi i forbindelse med sit cand.cur.-speciale.

"Hvis vi aktivt forholder os til, om det er en bestemt slags patienter, der fryser, om det sker ved bestemte slags operationer eller under bestemte forhold, så kan omfanget af problemet reduceres. Det handler bl.a. om at bruge den viden, vi har, bedre," siger Carsten Michel Pedersen, som mener, at der mangler opmærksomhed på problemet.

"Mange patienter ankommer alt for kolde til opvågningen, hvilket skyldes, at vi som personale ikke har været opmærksomme på at forebygge varmetabet," siger han.

Ved operationer over to timer øges risikoen for at udvikle hypotermi, dvs. kropstemperatur mellem 34-36 grader. Men selv ved mindre operationer oplever patienter at fryse. Det gælder især spædbørn og ældre, men også tynde mennesker, underernærede, rygere



REDAKTIONEN ►►►

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



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



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



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



Redaktionschef
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189
Mobil: 2121 8770



Journalist
Sine Madsen
sma@dsr.dk
Tlf.: 4695 4190



Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178
Mobil: 2177 6739



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



SER PÅ OPERATIONSBORDET



ARKIVFOTO: ISTOCK

Hypotermi kan sagtens forebygges ved at bruge den viden, man har, og investere i et tilstrækkeligt antal varmluftsblæsere.

patientens temperatur ikke måles under operationen, at varmluftsblæsere er dyre, og at der derfor ikke er nok af dem, og at man snyder lidt med at bruge dem, der er. Den optimale rumtemperatur for patienten er omkring 26 grader, men det er ubehageligt for dem, der arbejder i rummet. Men med brug af varmluftsblæsere, hvor varmen ikke kommer ud til personalet, kan man sagtens minimere hypotermi,” siger Ulla Madsen.

Når patienten ryster, fænomenet shivering, er det vældigt ubehageligt for patienten, det viser både internationale studier og patientinterviews, som Carsten Michel Pedersen har gennemført.

”Oplevelsen af at fryse var det, der fyldte mest for en del af de patienter, jeg interviewede. Man ved, at når patienter fryser, bliver de også mere nervøse og bange, omvendt viser studier, at varme virker positivt til at reducere angst og nervøsitet,” siger han.

”Sygeplejersker skal forholde sig kritisk til patienternes hypotermi og ikke bare acceptere, at patienterne fryser, og sådan er det. De enkelte afdelinger skal se kritisk på deres procedurer og sørge for, at udstyret til forebyggelse er tilgængeligt og bliver anvendt,” siger Carsten Michel Pedersen, som bl.a. har talt med producenter af operationslejer om muligheden for at indbygge varme i lejerne.

”I sidste ende kan hypotermi få alvorlige konsekvenser for patienten, som kan dø af en infektion,” siger han.

Læs artiklen "Den kolde postoperative patient" på side 40.

»» EN TABT VARMEGRAD ØGER BLODTABET BETYDELIGT

Selv mild hypotermi, under én tabt varmegrad, øger blodtabet med ca. 16 pct. og øger den relative risiko for blodtransfusion med ca. 22 pct. Fastholdelse af patientens normale temperatur under operationen reducerer blodtab og behov for blodtransfusion i et klinisk vigtigt omfang.

Kilde: "The Effects of Mild Perioperative Hypothermia on Blood Loss and Transfusion Requirement." *Anesthesiology* 0003-3022 vol:108(1)2008p:71-77.

og alkoholikere er risikogrupper. Nogle gange fryser patienterne så voldsomt, at kroppen efter operationen sitrer og ryster for at producere varme. Nedkølingen er ikke uproblematisk.

”Fra undersøgelser ved vi, at en legemstemperatur under 36 grader giver øget risiko for infektioner, dårligere sårheling, og at patienten bløder kraftigere, hvilket betyder ekstra blodtransfusioner. Mange operati-

onsafdelinger har instrukser, men de bliver ikke altid fulgt, og de omfatter måske ikke alle de patienter, som reelt fryser,” siger Carsten Michel Pedersen, der har gennemført interviews med patienter, der fortæller, at det, der fyldte mest efter operationen, var, at de frøs rigtig meget, og at det var ubehageligt.

”Patienttilfredsheden kan øges, hvis vi undgår, at patienterne kommer til at fryse,” siger han.

Hver fjerde fryser

Kvalitetskoordinator på afdeling Z på Gentofte Sygehus, Ulla Madsen, gennemførte i 2006 en temperaturundersøgelse af operationspatienter på sin tidligere arbejdsplads, Rigshospitalets Abdominalcenter, hvor hun var klinisk sygeplejespecialist. Undersøgelsen viste, at hver fjerde operationspatient ankom hypoterm til opvågningen, dvs. med kropstemperatur mellem 34 og 36 grader på trods af klinikkens retningslinjer om forebyggelse af intraoperativ hypotermi.

”Efter undersøgelsen kom der mere fokus på problemet. Det handler ofte om, at

Journalist
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264
Mobil: 2344 6279
(På barsel)



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



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



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



Journalist
Britta Søndergaard (DJ)
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261
Mobil: 2360 0277



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 3

Forkortet Produktresumé.

RotaTeq®, oral opløsning rotavirus vaccine. RotaTeq er en pentavalent vaccine, der består af rotavirus serotyperne G1, G2, G3, G4 og P1(8).

Indikation: RotaTeq er indiceret til aktiv immunisering af spædbørn fra 6-ugers-alderen til forebyggelse af rotavirus-gastroenteritis (RG).

Dosering og indgivelsesmåde: Kun til oral indgivelse. Der gives tre doser RotaTeq. Den første dosis kan indgives fra 6-ugers-alderen og senest ved 12-ugers-alderen. RotaTeq kan gives til præmature spædbørn under forudsætning af, at graviditeten har været mindst 25 uger. Disse spædbørn skal have den første dosis RotaTeq mindst seks uger efter fødslen. Der skal være mindst 4 uger mellem hver af de efterfølgende doser. Det er at foretrække, at alle tre doser gives for 20-22-ugers-alderen. Alle tre doser skal være givet ved 26-ugers-alderen. Der skal indgives en komplet 3-dosis vaccinationsserie med RotaTeq for at tilvejebringe en varig beskyttelse imod RG. Efterfølgende analyser viser at RotaTeq fra ca. 14 dage efter første dosis reducerer antallet af alvorlige tilfælde af RG (hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg). RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

Det anbefales, at spædbørn, som får RotaTeq ved den første vaccination mod rotavirus, får den samme vaccine til de efterfølgende doser. Hvis det observeres, eller der er stærk mistanke om, at der er blevet indgivet en ufuldstændig dosis (f.eks. hvis barnet spytter vaccinen ud eller gylper vaccinen op), kan en enkelt erstatningsdosis gives i løbet af den samme konsultation. Hvis problemet gentager sig, bør der ikke gives yderligere erstatningsdoser. Yderligere doser efter gennemførelsen af serien på tre doser anbefales ikke.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Overfølsomhed efter en tidligere indgivelse af rotavirus-vacciner. Intussusception i anamnesen. Bør ikke gives til personer med medfødte misdannelser i mavetarmkanalen, da disse misdannelser kan prædisponere for intussusception. Bør ikke gives til spædbørn med kendt eller mistænkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infektion forventes ikke at påvirke sikkerheden eller virkningen af RotaTeq. Da der ikke eksisterer tilstrækkelige data, anbefales det imidlertid ikke at vaccinere spædbørn med asymptomatisk HIV med RotaTeq. Vaccination med RotaTeq skal udsættes for spædbørn med en akut, svær sygdom med feber. Forekomst af mild infektion er ikke en kontraindikation for vaccination. Vaccination med RotaTeq skal udskydes for personer med akut diaré eller opkastning.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Der findes ingen sikkerheds- eller virkningsdata vedrørende indgivelse af RotaTeq til immunkompromiterede spædbørn, spædbørn, der er inficeret med HIV, eller spædbørn, der har modtaget en blodtransfusion eller immunoglobuliner inden for 42 dage efter doseringen. Der findes ikke sikkerheds- og virkningsdata for spædbørn med akut, gastrointestinal sygdom (herunder kronisk diaré) eller hæmmet vækst. Indgivelse af RotaTeq kan overvejes med forsigtighed til sådanne spædbørn, når unndladelse af vaccination efter lægens vurdering medfører større risiko. RotaTeq indeholder sukrose. Patienter med sjældne, arvelige problemer med fruktoseintolerans, glukose-galaktose malabsorption eller sucrose-isomaltaseinsufficiens må ikke modtage denne vaccine. Der skal tages højde for den potentielle risiko for åpnø og behovet for respiratorisk overvågning i 48-72 t. ved indgivelse af den primære vaccinationsserie hos præmature spædbørn (født ≤ 28. gestationsuge) og særligt hos personer med tidligere respiratorisk immaturitet i anamnesen. Da fordelene ved vaccination er stor for denne gruppe af spædbørn, bør vaccination ikke undlades eller udsættes.

Interaktioner: Kliniske undersøgelser, der involverede samtidig indgivelse af RotaTeq med en række andre rutinemæssige spædbørnevacciner ved 2, 4, og 6-måneders-alderen viste, at immunsvaret på og sikkerhedsprofilen af de indgivne vacciner var upåvirket (se produktresumé for flere detaljer)

Bivirkninger: Meget almindelige: Diaré, opkast, pyrexi. Almindelige: Infektion af de øvre luftveje.

Pakning og pris (ESP) 05. 05. 2009: 1 dosispakning indeholder 2 ml opløsning i en forfyldt tube, der kan presses, med adføjelig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 442,00. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallevej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2008.

<http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/RotaTeq/H-669-PI-da.pdf>



sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Sønderjyske sygeplejersker protesterer i pressen

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST

Omsorgssvigt. Sygeplejerskerne på Medicinsk Visitations Afsnit på Haderslev Sygehus gik til pressen med deres utilfredshed over konsekvenserne af en spareplan for 100 mio. kr. på Sygehus Sønderjylland.

En patient, der dør alene på en stue. Døende, der beder om morfin, men må vente tre kvarter. Ordinationer, som ikke bliver givet til tiden, og patienter, der ikke bliver madet eller tilbudt væske i tilstrækkelig grad, fordi personalet har for travlt.

Det er nogle af konsekvenserne af omfattende sparetiltag på Medicinsk Visitations Afsnit på Haderslev Sygehus ifølge sygeplejersker på afdelingen. Konsekvenser, som sygeplejerskerne i maj fik nok af og gik til pressen med, fordi de ikke syntes, at deres advarsler blev taget alvorligt internt på sygehuset.

"Vi føler, at vi gennem lang tid ikke har kunnet varetage ordentlig sygepleje," fortæller Mette Ougaard Schønnemann, der er den ene af to talskvinder, som sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne på afdelingen har udpeget til at tale deres fælles sag.

"Det, vi gør på afdelingen, er ikke godt nok. Vores afdelingssygeplejerske siger, at vi ikke skal gøre det hele til et 12-tal, og det har hun ret i. Men det er frustrerende at gå hjem og at have gjort det til et firetal," siger talskvinden og kalder forholdene på afdelingen "kritisable".

Forud for alarmen i pressen gik en periode, hvor afdelingen fik flere opgaver og færre ressourcer. Haderslev Sygehus er en del af Sygehus Sønderjylland, som skal spare 100 mio. kr. samtidig med en større omstrukturering.

Det betyder, at personalet ofte føler, at de ikke passer arbejdet på den alsidige afdeling ordentligt. For at dokumentere det er de nu begyndt at skrive de ting ned,

som de ikke når. Dagvagter udfylder blå sedler, aftenvagter grønne og nattevagter røde.

"At vi har travlt, går primært ud over de tunge medicinske ældre, som ikke har pårørende. Især de døende går tiden fra, og det, synes jeg, er synd," siger den anden talskvinde fra afdelingen, Kristina Høst Hansen.

Inden sygeplejerskerne kontaktede regionalavisen JydskeVestkysten, orienterede de afdelingssygeplejersken. Tidligere havde de også skrevet et brev til ledelsen med deres bekymring. Men svaret lød, at de måtte acceptere forandringerne.

"Vi fik at vide, at vores normering er den samme som i Aabenraa og Sønderborg. Det kan godt være, men hvis det betyder, at kvaliteten er lige så ringe alle steder, så er det jo bare lige skidt," siger Kristina Høst Hansen.

Inden interviewet med JydskeVestkysten overvejede sygeplejerskerne, om de risikerede at bryde deres tavshedspligt – eller om sagen kunne ende med en fyring.

"Der var andre på afdelingen, som var bange for at stå frem med navn, og så tænkte jeg: Er det mig, der ikke kan over-skue, hvad det kan have af konsekvenser? Men vi har ytringsfrihed i Danmark. Det har jeg også, og jeg bryder jo ikke min tavshedspligt," siger Kristina Høst Hansen.

Ledelsen ville lytte

Efter to artikler i JydskeVestkysten og et læserbrev fra sygeplejerskerne blev de tre medarbejdere, der havde udtalt sig, indkaldt til møde med afdelingssygeplejersken, oversygeplejersken, den ledende overlæge, den sygeplejefaglige direktør og den administrerende direktør. Selv inviterede de en tillidsrepræsentant med for at have en faglig bisidder.

Besparelserne blev ikke taget af bordet,

]]]] FLERE PATIENTER OG MINDRE NORMERING

Medicinsk Visitations Afsnit på Haderslev Sygehus er fra 1. maj vokset fra 26 til 28 senge. Det skete efter et første kvartal med en belægning på 120 pct. Sideløbende er der skåret to personer i dagvagten, fra 11 til ni, og én i både aften- og nattevagt. Desuden er der kommet instruks om ikke at bruge eksterne vikarer, ikke at bruge frivilligt ekstraarbejde og at indskrænke overarbejde til en halv time om ugen pr. medarbejder.



De tre medarbejdere, som blev talsmænd for afdelingen i JyskeVestkysten: sygeplejerskerne Kristina Høst Hansen (tv.) og Mette Schønnemann (th.) samt social- og sundhedsassistent Ulla Johansen. Foto fra JyskeVestkysten: Jacob Schultz.

men det blev aftalt, at man skulle undersøge, om nogle opgaver kunne tages fra afdelingen, og om arbejdsgange kunne gøres smartere. Siden har den sygeplejefaglige direktør tilbudt at gå med i to vagter for at se vilkårene i praksis.

"Jeg har overvejet, om de bare holdt mødet for at lukke debatten. Men jeg er nødt til at tro på, at de vil arbejde på at gøre vores arbejdsforhold bedre. Nu venter vi og ser, hvad der sker. Sker der ingenting, så må vi overveje, hvad vi kan gøre. Måske

ikke fremmende for samarbejdet. Jeg tror personligt på, at man opnår langt mere ved at kommunikere internt," siger han.

2.-kredsformand i DSR's Kreds Syddanmark, John Christiansen, siger, at sygehusledelsen altid har en forpligtelse til at sikre, at arbejdsvilkårene er i orden. Hvis forholdene ikke er o.k., er den ideelle vej frem, at problemerne opsnappes af det faglige system og løses i sygehusets samarbejdsfora.

"Men den her sag viser jo, at der sag-

"Det, jeg hører, ser og læser, er, at deres arbejdsvilkår og patienternes vilkår ikke er i orden. Skal vi så råbe op? Ja, det skal vi. Men det er vigtigt, at vi fremadrettet har samarbejdssystemer, som kan favne det her og løse problemerne."

2.-kredsformand i DSR's Kreds Syddanmark, John Christiansen.

kan det blive aktuelt at gå til regionen," siger Kristina Høst Hansen.

I Region Syddanmarks kommunikationspolitik står, at alle kan kommunikere frit om alt, der ikke er underlagt tavshedspligt. Men man skal orientere sin leder, når man taler med pressen. Den linje fulgte både sygeplejersker og ledelse i denne sag.

"Vi valgte at tage den tilgang, at her er nogen, der råber højt. De har noget, de gerne vil sige, så må vi lytte," siger administrerende direktør Finn Jensen, Sygehus Sønderjylland.

Han mener, at sygeplejerskerne var i deres gode ret til at gå til pressen, men siger også, at hvis nogen spørger ham, om dialog gennem pressen er en god idé, så siger han nej.

"For man skaber nogle poler, og det er

tens kan sidde ansatte, som har et budskab, som systemet ikke har fanget. Det er jo let at kalde det frustrationer, men det, jeg hører, ser og læser, er, at deres arbejdsvilkår og patienternes vilkår ikke er i orden. Skal vi så råbe op? Ja, det skal vi. Men det er vigtigt, at vi fremadrettet har samarbejdssystemer, som kan favne det her og løse problemerne."

Efter mødet med ledelsen blev sygeplejerskerne kontaktet af en tv-station. De takkede nej til at medvirke i et indslag, fordi de nu ville afvente resultater af dialogen med ledelsen.

Læs mere om besparelserne på Sygehus Sønderjylland på www.sygehussonderjylland.dk

Sygeplejersker med i nye sundhedshuse

Minisygehus. 10 nye sundhedshuse i København skal inden for to år samle omkring halvdelen af byens 340 praktiserende læger og en lang række andre sundhedsprofessioner, deriblandt sygeplejersker og sundhedsplejersker.

Forslaget om de 10 nye sundhedshuse eller minisygehuse, som de også er blevet kaldt, kommer fra den københavnske sundhedsborgmester Mogens Lønborg (K). Ifølge Berlingske Tidende har de fået en positiv modtagelse fra både Venstre, Socialdemokraterne og Dansk Folkeparti og skulle dermed være sikret politisk flertal. Der er også umiddelbart positive reaktioner fra Patientforeningen og fra Praktiserende Lægers Organisation.

Formanden for Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden, Vibeke Westh, tilslutter sig den positive holdning:

"Vi synes, det er en god idé, at 10 store sundhedshuse i København skal være med til at give borgerne lettere adgang til sundhedsvæsenet, og vi vil især gerne være med til at præge den del af planlægningen, der skal give lettere adgang til hjælp fra sygeplejersker. Det har vi allerede været i dialog med borgmesteren og forvaltningen om."

Dansk Sygeplejeråd har især ønsket at præge rammerne for de opgaver, som sygeplejersker og sundhedsplejersker kan løse.

"Det vil være fuldstændig oplagt at arbejde videre med kliniske ekspertisygeplejersker i denne sammenhæng. Vi skal bare tænke på, at der stadig vil være borgere, som ikke selv kan opsøge sundhedshusene for at få sundhedsydelse. For dem skal der stadig være hjælp at hente fra hjemmesygeplejen," siger hovedstadens kredsformand.

(sp)

To vil være formand for DSR



Formandsvalg 2009

Kampvalg. Omkring 60.000 aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd skal til september vælge ny formand blandt to kandidater.

Kampen om at blive ny formand for Dansk Sygeplejeråd kommer til at stå mellem to kandidater, Grete Christensen, fungerende formand for DSR, og Irene Hesselberg, formand for Lederforeningen i DSR.

Det stod klart, da fristen for at anmelde sit kandidatur til formandsvalget udløb mandag den 22. juni kl. 15. Kun de to nævnte kandidater havde da meldt sig.

Alle aktive medlemmer af DSR, omkring 60.000, har ret til at deltage i valghandlingen, som begynder mandag den 31. august og slutter mandag den 14. september. Om eftermiddagen den 14. september kan der sættes navn på den nye formand.

Før selve valghandlingen begynder, får medlemmerne lejlighed til at møde de to



FOTO: SØREN SVENDSEN

Grete Christensen, fungerende formand for DSR, kandidat til formandsposten.

kandidater ved et antal vælgermøder landet over.

I næste nummer af *Sygeplejersken*, nr. 14/2009, som udkommer fredag den 7. august, præsenterer de to kandidater sig selv. I samme nummer bringes en fuld-

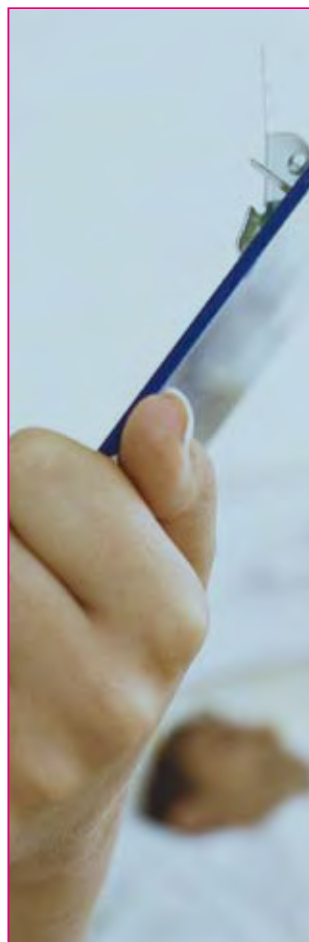


FOTO: SØREN SVENDSEN

Irene Hesselberg, formand for Lederforeningen i DSR, kandidat til formandsposten.

stændig oversigt over tid og sted for vælgermøderne. (hbo)

Læs allerede nu om kandidaterne og valghandlingen på www.dsr.dk/formandsvalg2009



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.

Kursets sidste dag er afsat til projektledelse – en funktion projektsygeplejersker ofte påtager sig – med fokus på planlægning, målsætning, styring, teamledelse og resultater.

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: 17.-20. september 2009

Yderligere information og tilmeldingsblanket finder du på:

www.lif-uddannelse.dk

Du er også meget velkommen til at kontakte uddannelsesleder Helle Møller, hm@lif.dk, tlf. 39 27 60 60.



Uddannelse

- fordi viden skaber udvikling

Ældre kvinde fik undskyldning for at være afvist af skadestuen

««« DET SKREV PRESSEN

Parkeringspladsspuling. Middag og blomster fra Shell og til sidst en undskyldning fra Odense Universitetshospital blev enden på miseren om den 76-årige kvinde, som blev nægtet adgang til skadestuen, fordi hun var blevet oversprøjtet med benzin.

Våd, nøgen og iskold stod den 76-årige Lilly Knudsen på en parkeringsplads i over en time, inden hun fik lov til at komme ind på skadestuen på Odense Universitetshospital. Overlæge og chef for skadestuen, Niels Dieter Röck, undskylder for hele miseren.

"Vi skal på OUH meget beklage den voldsomme oplevelse og det forløb, som den 76-årige kvinde har været udsat for. Personalet fulgte proceduren for såkaldt forurenede personer, men den procedure skal nu ændres," siger han til TV2Fyn den 14. juni 2009.

Episoden fandt sted 10 dage tidligere, og også den administrerende direktør for Odense Universitetshospital, Jens Otto Jeppesen, lover, at det aldrig vil gentage sig.

"Det er dybt beklageligt, det den 76-årige har været udsat for. Derfor ændrer vi nu procedurerne og ændrer skadestuens indretning, så vi fremover kan tage lignende patienttilfælde ind på skadestuen med det samme," siger han til Fyens Stiftstidende den 15. juni 2009.

Hændelsen startede ved, at Lilly Knudsen var i gang med at tanke brændstof på sin bil på en tankstation over for Tarup Centeret ved Odense.

Slangen eksploderede, så hun fik benzin sprøjtet ud over hele kroppen og i øjne og mund. En Falck-ambulance ankom til tankstationen, og redderne afklædte Lilly Knudsen og vaskede hendes krop og øjne på ulykkesstedet.

Skadestuen på Odense Universitetshospital ville ikke modtage hende, fordi man ikke ville have benzin på skadestuen, da stoffet kan "smitte" andre patienter ved berøring og i yderste konsekvens beskadige centralnervesystemet.

70 minutter efter ankomsten til skadestuen blev den ældre kvinde endelig kørt indenfor. Hun var inden da blevet rengjort i et telt opstillet på parkeringspladsen, og hendes kropstemperatur var på dette tidspunkt på 35,6 grader.

Lilly Knudsen er meget rystet over

hændelsen, men har ingen fysiske gener.

"Jeg har grædt i to dage og er i dybt chok over, at de kan behandle en gammel kone som mig på den måde," siger hun til Fyens Stiftstidende.

Overlæge ved arbejds- og miljømedicinsk afdeling på Bispebjerg Hospital, Peter Jacobsen, undrer sig også over proceduren fra Odense Universitetshospital, som han ikke kan genkende.

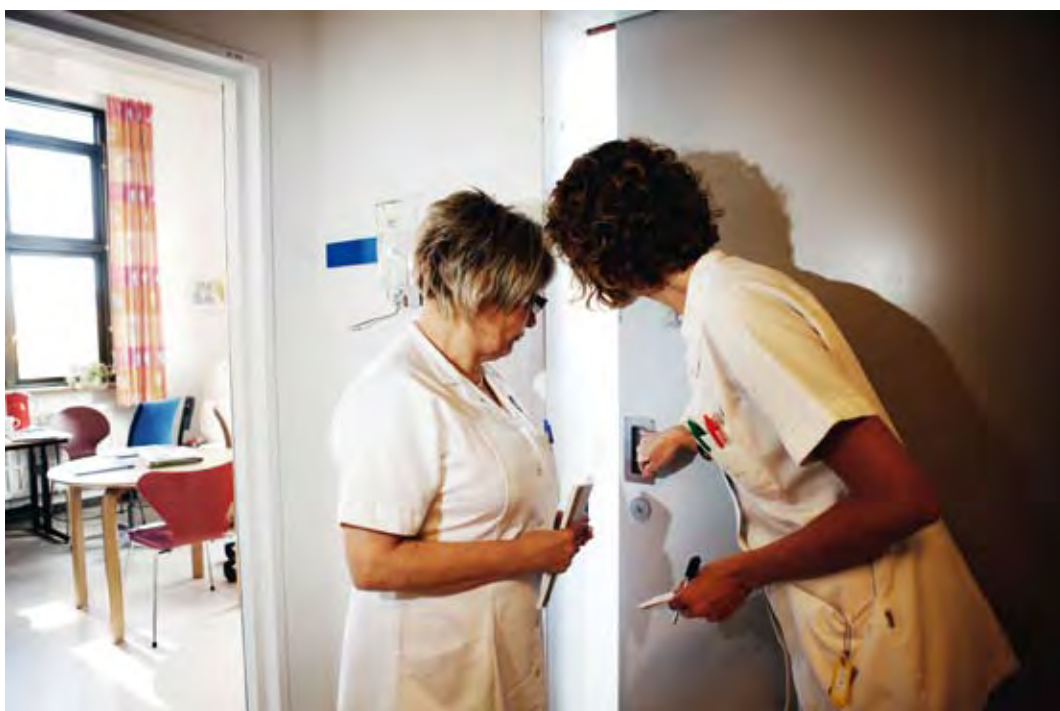
"Umiddelbart lyder det, som om at hun, når hun havde fået det gennemvædede tøj af, skulle være sendt i bad med noget sæbe og en god fed creme at smøre sig ind i. Jeg kan ikke se nogen grund til, at hun skulle stå udenfor," siger han til Fyens Stiftstidende.

Odense Universitetshospital fastholder, at personalet gjorde det rigtige og fulgte proceduren, men alligevel vil man nu se på, hvordan man i fremtiden behandler patienter i den situation.

"Det skrev pressen" bygger på, hvad andre medier har skrevet om det aktuelle emne og ikke på redaktionens egen research.

Eksamen. Onsdag den 17. juni kl. 9.10. På stuen inde bag døren er en studerende i gang med et sengebåd. Hun er oppe til intern klinisk prøve på sit fjerde modul. Sygeplejelærer Merete Tøllner fra Sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse (tv.) og ansvarlig klinisk vejleder Charlotte Pedersen, Kardiologisk afdeling B2, Slagelse Sygehus, er blevet uden for døren for ikke at stresser patienten og den studerende.

(kb)



Økonomiaftale prioriterer de svageste lavt

Smalhals. De økonomiaftaler, der netop er indgået for regionerne i 2010, sikrer ikke de medicinske og psykiatriske patienter tilstrækkelig pleje, mener næstformænd i de regionale MED-udvalg.

En glad sundhedsminister, en moderat tilfreds formand for regionerne og kritiske medarbejderrepræsentanter har kommenteret aftalen mellem regionerne og regeringen om de økonomiske rammer for regionerne i 2010. Aftalen kom i hus den 13. juni, og den tilsvarende aftale for kommunernes økonomi blev forhandlet på plads i de tidlige morgentimer den 16. juni.

Næstformændene i de regionale MED-udvalg havde forlods opfordret Danske Regioner til at sætte fokus på de svageste borgere og patienter i årets økonomiforhandlinger, nærmere bestemt de medicinske og psykiatriske patienter. De fem næstformænd repræsenterer samtlige medarbejdere i regionerne.

Næstformand i det regionale MED-udvalg i Region Midtjylland, Else Kayser, siger om det indgåede forlig, at det er væsentligt at få afdækket, om de afsatte midler er vedvarende bevillinger, eller om det drejer sig om de såkaldte satspuljer, som tidligere har kendetegnet eksempelvis udviklingen inden for psykiatrien.

"Ifølge aftalen afsættes der penge til enestuer på de psykiatriske afdelinger. Det er i sig selv rigtig fint, men det betyder et endnu større behov for personale, såfremt man skal kunne støtte og overvåge de efterhånden meget psykisk syge indlagte patienter. Et af de helt store problemer i psykiatrien er, at der mangler normeret personale. Der skal skabes gode fysiske forhold for patienterne, og der skal være den nødvendige sengekapacitet, men der skal også være de nødvendige personaleressourcer. Den balance er nødvendig," siger Else Kayser.

Hun sætter spørgsmålstegn ved, om de afsatte midler til det medicinske områ-

de, herunder patienter med kronisk lidelse, er tilstrækkelige. Her er i forvejen et stort efterslæb, mener Else Kayser. Hun finder det tankevækkende, at man ikke har sat kontant fokus på forebyggelsesindsatsen, men tilføjer, at det er positivt, at det er besluttet at nedsætte et fælles arbejdsudvalg med repræsentanter fra kommunerne, regionerne, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse samt Finansministeriet.

Regionernes formand Bent Hansen konstaterer, at aftalen med regeringen er "meget stram" og ikke giver plads til de store armbevægelser. Der er afsat 1,75 mia. kr. til nye anlægsinvesteringer samt givet en lånemulighed på 200 mio. kr. til nyt apparatur. Dertil kommer, at der afsættes 200 mio. kr. til enestuer på de psykiatriske afdelinger, 50 mio. kr. til retspsykiatrien samt 1 mia. kr. i anlægsrammen, som skal bruges til at medfinansiere opførelse af nye sygehuse.

(sp)



Palliative patienter bliver forstoppede af opioider

Relistor (Methylnaltrexonbromid)

- 6 ud af 10 patienter får afføring allerede inden for 4 timer
- Smertelindringen bibeholdes
- Når laksantia er utilstrækkelig

RELISTOR[®]
methylnaltrexonbromid
subkutan injektion

Se produktresuméet på side 14

Wyeth[®]

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. www.relistor.dk

På ferie med familien

Sommerglæder. Vesterhavet eller Italien – sygeplejerskernes ferie står i familiens tegn.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: LENE ESTHANE

Jonna Marcussen, sygeplejerske, Onkologisk ambulatorium, Sygehus Sønderjylland i Sønderborg

Hvad skal du lave i din sommerferie?

"Jeg har fordelt tre uger hen over sommeren for at få det til at passe her i ambulatoriet.

I den første tager jeg toget til København med mine to børnebørn. Dem har jeg inviteret i Tivoli. Den næste uge lejer min mand og jeg nok et sommerhus ved østkysten, og den sidste skal vi i sommerhus ved Vesterhavet."

Når du kommer frisk tilbage, hvor længe går der så, inden du trænger til ferie igen?

"Et par måneder. Så trænger jeg igen til en uge, og det plejer jeg også at holde i oktober."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Gitte Johannesen, sygeplejerske, Medicinsk afdeling A1, Sygehus Sønderjylland i Aabenraa

Hvad skal du lave i din sommerferie?

"Jeg skal en uge på spejderlejr, Blå Sommer. Jeg er mini-assistent, hedder det, for 10 piger på 8-10 år, og vi skal sove i telt, lave mad over bål osv. Det er en landslejr med 15.000 deltagere fra otte år og op. Bagefter skal jeg en uge i sommerhus ved Hvide Sande. Jeg har vundet i lodtrækningen om et af regionens sommerhuse. Og den sidste uge skal jeg nok ud at køre med min mand og børnene. Vi skal ud af huset, så vi ikke kommer for godt i gang med alt det, vi skal have lavet derhjemme."

Hvornår trænger du så til ferie igen?

"Jeg plejer at holde børnenes efterårsferie."



FOTO: SOPHEN SVENDBSEN

Charlotte Nielsen, afdelingssygeplejerske, Ortopædkirurgisk sengeafsnit T119, Herlev Hospital

Hvad skal du lave i din sommerferie?

"Jeg skal 14 dage til Italien med min mand og tre børn. Vi tager et nyt sted hen hvert år, lejer bil og et rækkehus eller en

lejlighed, og selv om mine tvillinger er voksne nu, insisterer de på at komme med. I år har vi en ferielejlighed ved Adriaterhavet, så det er solferie i første omgang. Men vi skal også ud og se på omegnen, der er kun ca. 60 km til Venedig."

Hvornår trænger du så til ferie igen?

"Det passer nok med en storbyferie til efteråret."



FOTO: ALEX TRAN

Majbritt Røn Christiansen, sygeplejerske, Barselsafsnit D1, Odense Universitetshospital

Hvad skal du lave i din sommerferie?

"Jeg skal til Skagen i sommerhus i 14 dage med min mand og to børn. Vi pakker bilen med masser af spil, og vi kører til stranden og går ture. Vi plejer at tage til Italien og leje et mobile home, men jeg har fået en alvorlig fødevarerallergi, så jeg er nødt til at blive hjemme, til den er under kontrol."

Hvor længe går der så, inden du trænger til ferie igen?

"Hvis her er travlt, går der ikke ret længe. Men når jeg kun tager 14 dage her i sommer, regner jeg med at holde en uge igen i september."

Vidste du at ...

... læger tjener mest i livet? Læger og økonomer scorer den allerhøjeste indkomst gennem livet, mens skuespillere, sygeplejersker og murere ligger i den tyndere ende. Der er enorme forskelle mellem livsindkomster, og listen over de bedst betalte viser med al tydelighed, at uddannelsens længde over et helt liv har afgørende betydning for livsindkomsten.

Kilde: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.

Rettelser

Af indholdsfortegnelsen i *Sygeplejersken* nr. 11/2009 fremgår, at projektet "Selv-evaluering af kvalitet på plejehjem", præsenteret i bladet side 44, er udført på Plejehjemmet Engskrænten i Rødovre. Dette er ikke korrekt. Projektet er gennemført på to anonyme plejecentre, og instrumentet OK-Quality er på nuværende tidspunkt ikke implementeret på Engskrænten.

I Faglig Information "Marte Meo som metode til kompetenceudvikling" i *Sygeplejersken* nr. 12/2009 mangler navnet på en forfatter. Artiklen er som anført skrevet af Connie Sixhøj Crone. Hanne Jensen, udviklingssygeplejerske på Birgittehjemmet, Hillerød, er medforfatter på artiklen, hvilket ikke fremgik.

Redaktionen.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 12

Forkortet Produktresumé. Relistor® (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) x 0,0075. **Nyrepatienter:** For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nyresvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **Eldre patienter:** Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge skiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er øm, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeindtagelse. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk, gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svar eller persistierende diarre under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandling med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nyresvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikuly sygdom eller fækult er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2B6, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metaboliseringen af et CYP2D6-modellsustrat. I et klinisk lægemiddel-interaktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metaboliseringen af dextromethorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C_{max} , før og efter fierdosisadministration af cimetid. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandlingen med Relistor skal fortsættes/stoppes, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelige: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelige: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). Overdosering: Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP ekskl. recepturgebyr: Vnr. 77215 Relistor 1 stk. DKK 324,95. Vnr. 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50. Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos: **Wyeth Danmark**, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 44888805. www.wyeth.dk M080717RELS.DK

Fornem hæder til tre danske sygeplejersker

Florence Nightingale-medaljen. Tre danske sygeplejersker har i år modtaget Internationalt Røde Kors' Florence Nightingale-medalje for exceptionelt mod, opofrelse og pionérarbejde. Medaljerne blev uddelt ved en reception hos Dansk Røde Kors i København tirsdag den 23. juni 2009 (efter deadline på dette nummer af Sygeplejersken). Medaljemodtagerne:



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

Gitte Wandschneider, 48 år, har igennem 20 år kæmpet for de hjemløse, de psykisk syge, de indsatte, misbrugerne og andre på samfundets yderste kant. Hun har haft sin daglige gang så forskellige steder som den psykiatriske afdeling for kriminelle patienter på Sankt Hans Hospital, den psykiatriske afdeling for børn på Bispebjerg Hospital, sygeafsnittet i Vestre Fængsel, sundhedsklinikken på Mændenes Hjem i København og siden 2001 Kirkens Korshærs værested i København.



FOTO: SUNE JULIE SOPHENSEN/ANIS

Lone Gravggaard, 56 år, har arbejdet for den humanitære sag i Danmark såvel som i en række udviklingslande, bl.a. Zambia og Libanon for forskellige organisationer. I 2000 blev hun som den eneste danske sygeplejerske nogensinde udpeget til den fremtrædende post som international chef for Læger uden Grænsers mission i Bosnien-Herzegovina. Imellem de mange udsendinger har Lone Gravggaard arbejdet på Røde Kors' asylcentre i Danmark.



ARKIVFOTO: ALEX TRAM

Jørgen Venø, 56 år, har gennem de sidste 19 år været udsendt som delegat af Dansk Røde Kors til en række af verdens brændpunkter, hvor han har beskæftiget sig med ledelse og organisering af arbejdet på felthospitaler. Han har bl.a. været i Kabul, Kenya, Sudan, Pakistan, Liberia og Gaza.

Se web-tv fra overrækkelsen af Florence Nightingalemedaljen på www.dsr.dk/florence



FOTO: SIMON KNUDSEN

Kroppen som fjende. Rådhuspladsen tirsdag den 10. juni kl. 11. Skuespiller Lars Mikkelsen deltager i en happening arrangeret af Hvidovre Hospital og en række patientforeninger. Ikædet en bevægelsehæmmende specialdragt dyster han i næsten umulige discipliner for gigtpatienter. Hænderne er en reklame for den interaktive rejseudstilling om autoimmune sygdomme, LEARN, der skal demonstrere, hvad der sker, "når kroppen bliver din fjende". (sbk)



Ligeløn bør være en fundamental ret

Den europæiske sammenslutning af fagorganisationer for offentligt ansatte, EPSU, vil følge op på et dansk forslag om at sætte særlig fokus på ligeløn som en fundamental ret. Forslaget blev fremført af Dansk Sygeplejeråds fungerende formand Grete Christensen ved EPSU's kongres i Bruxelles for nylig. EPSU omfatter mere end 200 organisationer, der repræsenterer over 8 mio. offentligt ansatte.

"Ligeløn er en vigtig sag for os alle specielt i stærkt kvindedominerede områder. Det er derfor vigtigt, at EPSU tager lederskab på dette område," sagde Grete Christensen. Hun fremhævede, at det er nødvendigt at ændre det nuværende lønbegreb "præsterede timer" til "aftalte timer", eftersom kvinder af ikke mindst familiemæssige årsager har mere fravær fra arbejdspladsen end mænd. Ved at udregne lønnen efter præsterede timer kommer det til at se ud, som om kvinder tjener mere, end de faktisk gør, påpegede Grete Christensen. EPSU arbejder videre med det danske forslag via Ligestillingskomitéen.

(sp)

Kreds Midtjylland flytter ind i Silkeborg

Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland flytter ind i nyt medlemshus i Silkeborg fredag den 14. august og markerer dagen med en reception for medlemmer og samarbejdspartnere i tidsrummet kl. 14-17. Det sker på adressen Marienlystvej 14 i Virklund syd for Silkeborg.

Dansk Sygeplejeråd bebor ikke huset alene, men deler det med tre andre faglige organisationer: Danske Bioanalytikere, Midtjylland, Kost & Ernæringsforbundets Region Midtjylland samt FTF Midtjylland.

(sp)

Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: BAX LINDHARDT

Filmproducent Vibeke Windeløv: Ligestilling har vi da ikke, ha ha. Hvordan kan du overhovedet spørge? Statistisk halter det klart med ligeløn og andelen af kvinder på ledende poster og i bestyrelser. Problemet er, at vi ikke fokuserer på det, for det løser ikke sig selv. Mændene er ikke onde, de er bare vant til at sidde med magten og tænke mænd – og sært nok i højere grad end kvinder føle, at de er Guds gave til menneskeheden... Uligheden foregår ofte på det ubevidste plan. Derfor må vi lovgive os videre.

Jeg kender adskillige familier, hvor manden helst ville gå hjemme med børnene. Men eftersom han tjener mest, bliver det kvinden, der gør det. Hvis

mændene også skal ligestilles, skal vi reelt have ligeløn. Så kan både mænd og kvinder vælge frit.

Men vælger man en offentlig ansættelse, vælger man altså trygheden til og pengene fra. Man kan ikke sammenligne offentligt og privat ansattes lønvilkår, selv om de på papiret laver det samme. Offentligt ansatte mødre kan f.eks. uproblematisk gå tidlige, tage fuld barsel osv. Det koster på karrieren i det private.

Hvis du var ligestillingsminister?

Så ville jeg sige: "Om fem år skal kvinderne have 50 pct. af bestyrelsesposterne. Har I ikke selv klaret det, så lovgiver vi." Desuden: Løn-åbenhed! For ved man ikke, hvad de andre får, er det svært at slå i bordet.

Læs "lige om lidt" på www.dsr.dk



VI HAR SELV VALGT

Tildækket. Skal sygeplejersker have lov til at vise religiøse eller politiske symboler, når de er på arbejde? I debatten i Sygeplejersken, på Sygeplejerskens hjemmeside og i medierne mener kritikerne nej, det hører ikke hjemme i offentlige institutioner.



AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Sygeplejersken har spurgt to sygeplejestuderende, om det er en hindring i deres daglige arbejde og kontakt med patienter, at de bærer tørklæde.

Fatima Sener er glad for, at hun kan arbejde som sygeplejerske med tørklæde, og oplever det ikke som noget problem, når hun omgås patienterne.

”Jeg bærer tørklæde, fordi min religion foreskriver det, og jeg har selv valgt det. Men det er også kommet naturligt, fordi det har været en del af det miljø, jeg er vokset op i, hvor alle kvinderne i min familie har båret tørklæde,” siger hun og tilføjer, at hun har svært ved at forstå, hvorfor der bliver fokuseret så meget på hendes hovedbeklædning. For hende er det vigtigste sygeplejen, og at hun er dygtig til sit fag.

Tugba Özbudak er enig med Fatima Sener, hun lægger mest vægt på, at hun kan være der for patienten og behandle alle patienter efter de behov, de måtte have.

”Når jeg er sygeplejerske, er jeg ikke privatpersonen Tugba, men jeg er på arbejde og skal opføre mig professionelt, uanset hvordan patienterne er over for mig. Ofte er patienterne i en meget svær situation, hvor de har brug for al den omsorg og pleje, jeg kan give dem, og det er vigtigst,” siger hun og fortsætter:

”Jeg har tørklæde på pga. min religion, men jeg ser det ikke som en hindring, men som en hjælp til mig selv. Jeg valgte selv at tage tørklædet på, da jeg var teenager, uden mine forældres indblanding.”

rea@dsr.dk



»»» UNIFORMSETIKETTE

Der er forskellige regler fra hospital til hospital. Nogle steder er der en regionsvejledning, og andre steder er det en lokal vejledning, derfor er det nemmest at spørge i personaleafdelingen, hvis du vil vide, hvordan tørklædepolitikken er på din arbejdsplads. På Hillerød Hospital, hvor Tugba Özbudak og Fatima Sener er i praktik i øjeblikket, er reglerne som følger:

Uniformen

- bør ikke have et personligt præg, og fremtoning skal i øvrigt være i overensstemmelse med de almindelige forventninger til hospitalsansat personale.
- skal have korte ærmer.
- skiftes dagligt og ved forurening.
- må kun bæres uden for sygehusets område i embeds medfør.
- beskyttes med et engangsplastforklæde eller en engangsovertræksklæde ved urent arbejde samt ved risiko for sprøjt og stønk.

Privat tøj

- skal holdes lukket.
- må ikke være synligt neden for ærmekanten.
- private bæltter må ikke benyttes.

Supplerende beklædning

- Termojakker, fleecejakker, cardigans og lign. skal skiftes dagligt eller ved forurening og må maksimalt have ærmer til albuen.
- Private trøjer må ikke benyttes.
- Hvis der bæres hovedtørklæde, skal det være udleveret af linnedepotet, skiftes dagligt og ved forurening.
- Hovedtørklæde bæres, så det ikke dækker mund og næse eller hænger ud over uniformen.
- Private hovedtørklæder må ikke benyttes.

Kilde: Formand for Dansk Selskab for Hygiejnesygeplejersker, Anni Juhl-Jørgensen.



De to sygeplejestuderende Tugba Özbudak og Fatima Sener bærer tørklæde, fordi deres religion foreskriver det. I dagligdagen giver det flest positive oplevelser og kun sjældent problemer.

DEN FJENDTLIGE INDSTILLING GÅR OVER, NÅR DE LÆRER MIG AT KENDE

ALDER: 25

RELIGION: MUSLIM

FORÆLDRES OPRINDELSESLAND: TYRKIET

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Den unge sygeplejestuderende, Tugba Özbudak, kommer ind på stuen. Hun har hvidt tørklæde på efter reglementet. En midaldrende katolsk kvinde råber straks op, at hun ikke vil tilses af en kvinde med tørklæde. Tugba Özbudaks medvejleder tackler det ved at sige, at alle sygeplejersker på afdelingen udøver sygepleje ens, men at de nok skal tage hensyn til den katolske kvinde, hvis det kan lade sig gøre. Efter nogen tid på stuen bliver den midaldrende kvinde dog bevidst om, at Tugba Özbudak er mere inde på stuen, end de andre sygeplejersker, og det gør, at hun bløder op og derefter søger hjælp hos hende, når hun har brug for smertestillende. Eksemplet er en af de få dårlige oplevelser, Tugba Özbudak har haft, mens hun har været i praktik som sygeplejerske, og som alligevel endte positivt.

”Jeg forstår godt, at denne kvinde havde svært ved at forstå, hvorfor jeg går med tørklæde. Hun kommer fra en anden generation og kender ikke min religion,” forklarer hun og lægger vægt på, at hun har haft flest positive oplevelser i sin praktiktid. Især unge patienter har ikke haft problemer med, at hun gik med tørklæde.

”Jeg får mange forskellige reaktioner, og oftest er folk bare nysgerrige og vil gerne

vide, hvorfor jeg går med tørklæde,” forklarer hun. Hun oplever en stigende positiv interesse for hendes tørklæde. Hun havde på et tidspunkt en ældre patient, som troede, at hun gik med en pose på hovedet, og det kunne hun ikke forstå. Tugba Özbudak måtte derfor forklare, at hun var muslim, og det var grunden til, at hun gik med tørklæde.

”Jeg får mange forskellige reaktioner, og oftest er folk bare nysgerrige og vil gerne vide, hvorfor jeg går med tørklæde.”

Sygeplejestuderende Tugba Özbudak.

Tugba Özbudaks familie er oprindeligt fra Tyrkiet, og hun er tredjegenerationsindvandrer. Hendes bedstefar kom til Danmark i starten af 1960'erne for at arbejde, og i dag er han rejst tilbage til Tyrkiet, mens resten af familien stadig bor i Danmark. Hun er gift med sin ungdomskæreste, og sammen har de en pige på 22 måneder.

Hun har altid vidst, at hun skulle arbejde inden for sundhedsvæsenet. Den omsorg og pleje, sygeplejersker udøver, er vigtigst af alt, mener hun.

”Jeg tror ikke, at sundhedsvæsenet ville kunne hænge sammen uden sygeplejersker,” siger hun. Tugba Özbudak ønsker

mest af alt at kunne gøre en forskel for de patienter, hun møder i sit virke som sygeplejerske.

”På et tidspunkt havde jeg en oplevelse med en patient, som var ved at dø af kræft, og jeg havde mange lange samtaler med hende, og lige inden hun blev udskrevet fra hospitalet, gav hun mig en æske chokolade som tak for samtalerne. Efter det følte jeg,

at jeg var vokset flere centimeter, fordi jeg havde gjort en forskel for hende.”

På de praktiksteder, Tugba Özbudak har været tilknyttet, er hun altid blevet informeret om, at hun kunne gå til sin kliniske vejleder, hvis hun oplevede negative episoder med patienter, men det har ikke været nødvendigt.

”Jeg kan nogle gange mærke, at enkelte patienter har en fjendtlig indstilling over for mig, men det går som regel over, lige så snart de lærer mig at kende,” siger hun.

rea@dssr.dk



Tugba Özbudak studerer på 6. semester på sygeplejeskolen i Hillerød og er i øjeblikket i praktik på Hillerød Hospital på børneafdelingen.

DET VIGTIGSTE ER, AT MAN



Fatima Sener studerer på 6. semester på sygeplejeskolen i Hillerød og er i øjeblikket i praktik på Hillerød Hospital på børneafdelingen.

ER GOD TIL AT TALE DANSK

ALDER: 23

RELIGION: MUSLIM

FORÆLDRES OPRINDELSESLAND: TYRKIET

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Fatima Sener drømte som barn om at arbejde med mennesker og blive læge. Men som årene gik, fandt hun ud af, at hun var mere interesseret i sygeplejen, og blev i stedet sygeplejestuderende. Nu er hun snart færdig med sin uddannelse og glæder sig til at arbejde som sygeplejerske i hele verden. Hendes familie stammer oprindeligt fra Tyrkiet, og hun er muslim. Til daglig går hun med tørklæde, også når hun arbejder som sygeplejestuderende. Hun kan fortælle om mange positive oplevelser, når hun møder patienter.

”Jeg har ikke oplevet nogen negative episoder med patienter overhovedet i løbet af uddannelsen, men måske skyldes det, at jeg er god til at tale dansk. Jeg tror ikke, at patienterne lægger så meget mærke til tørklædet, når jeg først taler korrekt dansk til dem,” siger hun og forklarer, at hun er tredjegerationsindvandrer, og hele hendes familie bor i Danmark. Hendes bedsteforældre kom til landet, da hendes mor var 12 år gammel, og hun har gået i dansk skole.

Selv er hun født og opvokset her og er gift med en svensk mand af tyrkisk oprindelse. Men de har ingen børn endnu, fordi

Fatima Sener først vil gøre sin uddannelse færdig.

Hun har haft mange sjove oplevelser med patienter, som er nysgerrige i forhold til hendes hovedbeklædning. En patient har spurgt hende, om hun er jødisk, mens andre bare spørger nysgerrigt, hvorfor hun har tørklæde på, og gerne vil vide, om hun er født i Danmark.

”Jeg forklarer gerne, hvorfor jeg har tørklæde på, og siger, at det skyldes min tro. Jeg har flere gange oplevet, at folk synes, at det er flot, at jeg har det hvide tørklæde på.”

Fatima Sener havde en oplevelse med en patient, som var lærer og havde mange elever med anden etnisk herkomst end dansk. Læreren var meget glad for, at hun var ved at uddanne sig til sygeplejerske, fordi hun dermed var et godt forbillede for hans elever, mente han.

”Han roste mig, fordi han syntes, jeg var god til at tale dansk, og for, at jeg var i gang med at tage en uddannelse.”

En enkelt gang har Fatima Sener ved et hjemmebesøg i døgnplejen oplevet, at en mandlig patient spurgte, hvad det var, hun

havde på hovedet, hvor sygeplejersken, hun kørte sammen med, opfattede det negativt, og svarede ham prompte: ”Det har danskere også på ude på landet i Jylland.”

”Jeg opfattede det ikke negativt, men troede bare, at han spurgte, fordi han var nysgerrig.”

I praktikperioderne er Fatima Sener blevet rådet til at gå til sin kliniske vejleder, hvis hun kommer ud for noget ubehageligt, hvor en patient eksempelvis ikke vil plejes af hende på grund af tørklædet. Men hun er aldrig blevet instrueret i, hvordan hun skal forholde sig over for patienten, hvis det skulle ske.

”Jeg har tit tænkt over, hvad jeg skulle sige til patienterne, hvis de ikke ville plejes af mig. Skal jeg sige, at det er i orden, så finder jeg en anden, der kan hjælpe, eller skal jeg sige, at det må de acceptere, fordi det er den pleje, der er mulig. Det ville være meget rart at vide, hvordan jeg skal forholde mig.”

rea@dsr.dk

”Jeg har tit tænkt over, hvad jeg skulle sige til patienterne, hvis de ikke ville plejes af mig. Skal jeg sige, at det er i orden, så finder jeg en anden, der kan hjælpe, eller skal jeg sige, at det må de acceptere, fordi det er den pleje, der er mulig. Det ville være meget rart at vide, hvordan jeg skal forholde mig.”

Sygeplejestuderende Fatima Sener.

Charlotte Lønfeldt Jakobsen er med hele vejen fra indlæggelse til udskrivning. Det giver patienterne et mere helstøbt forløb. Her ses den nybagte mor, Ann Kristin Næss.



En flok nybagte forældre er mødt op til den obligatoriske udskrivningssamtale, hvor Charlotte Lønfeldt Jakobsen giver information om pasning og pleje af de nyfødte.



Louise Møller og Klaus Johansens nyfødte pige bliver pakket ud af sit tøj før vejningen, der er obligatorisk før udskrivning.

» HVAD HAR VÆRET DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I SIDSTE UGE?

"Det var en rigtig hård tvillingefødsel, hvor tvilling A blev født vaginalt, mens tvilling B skulle fødes ved kejsersnit. Bagefter stod faren på operationsgangen med den ene tvilling i armen, da hans kone kørte ind på operationsstuen. Jeg havde et rigtig godt samspil med familien. Jeg var på intet tidspunkt i tvivl om, hvad jeg skulle gøre for at hjælpe dem, og de kom hurtigt til kræfter, så de kunne komme i gang med at indarbejde en rytme i forhold til måltider, pusling og søvn."

Babyvagten. På barselsafsnittet på Odense Universitetshospital er det sygeplejersker, der udskrives de ukomplicerede patienter, og det har nedbragt ventetiden for mødrene betydeligt.

GÅR SYGEPLEJERSKER STUEGANG

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

En nybagt far triller langsomt vuggen, mens moren går bagved i et krøllet sæt joggingtøj og med uglet hår. I vuggen titter et lille rynket babyansigt frem under dynen. Parret kan snart udskrives fra afdelingen, fordi indlæggelse og fødsel er forløbet helt normalt.

På barselsafsnittet D1 er det sygeplejerskerne, der udskrives de ukomplicerede patienter. Det sker, fordi Odense Universitetshospital, OUH, indførte lean i efteråret 2008 som en del af en større udviklingsplan. Målet var, at afdelingerne gennem forskellige former for opgaveglidning skulle iværksætte projekter, der kunne effektivisere arbejdet. Her pegede både sygeplejersker og læger på, at stuegangen mellem kl. 9 og 13 voldte dem problemer i hverdagen.

"Oftest vidste sygeplejersker og patienter ikke, hvornår lægen kom, og det resulterede i en masse ventetid. Vi vidste, at der er patientgrupper, som er lettere at udskrive, derfor var det et naturligt sted at starte," siger Charlotte Lønfeldt Jakobsen, der er klinisk sygeplejespecialist.

En arbejdsgruppe har udarbejdet udførlige procedurer og instrukser for de obstetriske patienter, som sygeplejersker kan udskrive. En dagseddell fortæller, hvilke patienter lægerne skal ind til.

Charlotte Lønfeldt Jakobsen fortæller, at lægerne er glade

for stuegangssamarbejdet. "Nu skal de ikke længere forholde sig til mange forskellige typer af patienter, men kan via gruppesedlen hurtigt få et overblik over de patienter, de skal tage sig af og se, hvilken sygeplejerske der er tilknyttet stuen," siger hun.

"Det er et stort skridt, at sygeplejersker får det her ansvar, men det har givet mig en større kompetence, og det betyder, at jeg kan arbejde mere selvstændigt," siger Charlotte Lønfeldt Jakobsen og påpeger, at det har øget hendes faglighed, når hun selvstændigt skal tage stilling til, om f.eks. et operationsar fra et kejsersnit er kompliceret eller ej.

Men forandringerne har også givet et mere helstøbt forløb for patienterne.

"Nu kan man bedre fordele informationerne efter behov, fordi det, så vidt det er muligt, er den samme person, der følger patienten i indlæggelsesforløbet. Det betyder også, at patienterne ikke skal gentage alting for plejepersonalet," siger Charlotte Lønfeldt Jakobsen.

Hvad er det særlige, man skal kunne på et barselsafsnit?

"Det er at finde ud af, hvad familien har brug for lige nu, og hvad der fylder mest. Den største udfordring kan være at ramme lige nøjagtig dét, der er deres behov."

sma@dsr.dk



Charlotte Lønfeldt Jakobsen kalder alle patienter, der er klar til udskrivning, til fælles udskrivningssamtale.



Louise Møller og Klaus Johansen har netop født en lille pige ved et planlagt kejsersnit. Forløbet har været ukompliceret, og de skal udskrives samme dag.

TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG



Jeg har min kalender i min mobiltelefon, og det er den måde, jeg booker tider med patienter på. Den er helt uundværlig for mig.



Jeg kalder min GPS for min "Rappenskralde", fordi det er den, der bestemmer ruten, når jeg kører ud til patienterne.



Jeg kører godt og vel 1.000 km om måneden. Jeg har et stort distrikt, der strækker sig helt fra Skagen til Hobro.



Det er vigtigt for mig at være præsentabel, og hygiejne er ikke associeret med grå koner. Derfor skal der lidt farve på læberne, inden jeg går ud ad døren.



Jeg har en del data på mit USB-stik og på min computer. Hvis man ikke analyserer data og trækker essensen ud, så kan man ikke dokumentere den viden, man sidder inde med.



Jeg arbejder meget og har brug for at slappe af. Det gør jeg bl.a., når jeg sidder sammen med børnene og læser højt for dem.

HYGIEJNE



Ridning er noget, min datter og jeg går meget op i. Jeg rider mindst en gang om ugen, og jeg overskrider mine grænser, hver gang jeg rider i fuld galop over sletterne.



ER IKKE LIG MED GRÅ KONER

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: LARS HORN

Det var et rent tilfælde, at Tinna Urth kom til at arbejde som hygiejnesygeplejerske. Under et besøg på sin tidligere arbejdsplads havde den daværende hygiejnesygeplejerske spottet hendes interesse for hygiejne og tilbød hende et vikariat på Infektionshygiejnen i 1997. Hun slog straks til, og nu ca. 12 år efter og med en diplom- og specialuddannelse i bagagen er hun glad for, at livet tog den drejning, fordi faget stadig lærer hende nyt. F.eks. spørger patienterne hende ofte om aktuelle begivenheder, hvor f.eks. svineinfluenzaen på det seneste har været årsag til en del svære spørgsmål. Men da hendes arbejde giver hende adgang til højaktuel information, kan hun give dem svar.

Tinna Urth, 44 år, arbejder på Aalborg Sygehus på Mikrobiologisk afdeling i Region Nordjylland, hvor syv hygiejnesygeplejersker er fordelt på fire team med hver deres speciale.

Hendes primære arbejde er at tage sig af patienter, der er blevet ramt af Methicillin-resistent *Staphylococcus aureus* (MRSA). Når en patient har fået konstateret MRSA, kører hun ud til den ramte og tilbyder råd og vejledning til et behandlingsforløb. Her vurderer hun også, hvor mange ressourcer patienten har til at klare forløbet. Det er nemlig patienten selv, der skal gennemføre behandlingen, der består i, at hele husstanden skal gennemgå en fem dages behandling med vask med desinficerende sæbe og antibiotikasalve i næsen. Samtidig skal tøj, sengetøj og håndklæder vaskes, og boligen skal gøres ren.

Familie: Tinna Urth bor på landet i Biersted i Nordjylland med sin mand Jens Erik og deres to børn.

Min funktion

”Hygiejne er så meget mere end nullermænd i krogene. Mit arbejde er meget videnskabeligt, men samtidig fylder det menneskelige aspekt en hel del. Jeg bruger meget tid på at oversætte videnskabelige facts og data til et sprog, som patienterne kan forstå og bruge i deres behandlingsforløb. Hygiejnesygeplejersker er uddannet i pædagogik, så vi kan forklare, hvordan patienterne kan undgå at blive mere syge.”

Lige nu

”I øjeblikket samler jeg data ind på de 657 patienter, som blev smittet med MRSA i 2007. Det er mit afslutningsprojekt på Master of Public Health og et registerbaseret opfølgingsstudie, der ser på, om der er grupper, man skal have særligt fokus på. Social ulighed er et aspekt, der optager mig meget, og jeg håber, det kan dokumenteres, for i jo højere grad vil sundhedsvæsenet gøre noget ved det.”

Om fem år

”Jeg håber, at vi har fået overbevist hele Danmark – og ikke kun Nordjylland – om, at man skal yde en indsats for at hjælpe MRSA-patienter med behandling. Det er ikke alle, der får den rette hjælp i dag. Der er begyndt at komme mere fokus på det – også i udlandet – og så vil det være godt, at jeg kan stå med mine resultater og tilbyde min hjælp.”

sma@dsr.dk

»»» TAI CHI CHUAN BEVÆGER DIN ENERGI

Mange forbinder Tai Chi Chuan med billeder fra kinesiske parker og pladser, hvor gamle og unge laver fysiske øvelser i et langsomt, meditativt tempo. Men det vigtigste i Tai Chi Chuan er faktisk usynligt, det foregår indeni.

Det siger Joachim Hauser, der er Tai Chi Chuan-instruktør, akupunktør og underviser på AkupunkturAkademiet i Århus og København.

"Tai Chi Chuan handler om at vande noget, der trænger til at blive vandet. Øvelserne gør kroppen livfuld som en velnæret og velvandet jord, fordi de får energi til at flyde," forklarer han.

Det er samme energi, som akupunktører påvirker med nåle – men i Tai Chi Chuan aktiverer man den selv indefra gennem øvelserne.

"Det tager årevis at lære bevidst at mobilisere og bevæge energi, men man kan alligevel opleve en positiv virkning efter blot et par minutters træning," siger Joachim Hauser.



VAND DIN KROP

AF KIRSTEN OLESEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Slow motion. Langsomme, meditative øvelser kan give energi til krop og sjæl. Den kinesiske Tai Chi Chuan handler om at mobilisere og bevæge energi. Disse tre øvelser kan laves i en pause på arbejdet eller derhjemme.

FÅ BEDRE BALANCE

Øvelsen kan give ro og bedre balance.

- Stå med parallelle fødder i en skulderbreddes afstand fra hinanden og let bøjede knæ.
- Hold hænderne, som om du havde en gravid mave, som du støtter under med. Håndfladerne opad og fingerspidserne mod hinanden uden at røre.
- Ånd ind og lad armene flyde opad, til de er ud for brystkassen.
- Vend håndfladerne nedad og lad dem dale langsomt tilbage til udgangspunktet, mens du ånder ud og "sætter" dig lidt ned.
- Ca. en håndsbredde under navlen drejers håndfladerne igen opad, og øvelsen gentages i 2-5 minutter.



ERSTATNING FOR EN RYGEPAUSE

De små pauser, som rygerne tager i løbet af dagen, er faktisk gavnlige, bortset fra det med røgen. Tag i stedet fire gange om dagen en fem minutters pause og lav følgende åndedrætsøvelse. Den kan bringe dig ud af anspændthed og hjælpe dig til at udnytte kroppens ressourcer optimalt.

- Stå med fødderne samlet, let bøjede knæ og blikket rettet mod en fjern horisont, som hvis du stod på en savanne. Luk øjnene.
- Forestil dig, at du hænger fra et punkt øverst på hovedet, så der går en lige linje ned gennem kroppen, fra toppen af issen til halebenet – og slip alt, du ikke behøver holde på, både tanker og spændinger.
- Mærk i fodsålen, hvor kroppens vægt går ned i jorden, og hvordan vægten ændrer sig.
- Ånd ind gennem toppen af hovedet og følg åndedrættet så langt nedefter i kroppen som muligt – uden at presse på.
- Ånd ud og forestil dig udåndingen som et brusebad, der blidt bader kroppen indefra – som blød massage ind i områder med ubehag.
- Slip de steder, hvor du spænder mest – led efter lethed og stilhed.
- Hvis du bliver svimmel, så flyt fødderne lidt væk fra hinanden, men hold dem parallelle.
- Fortsæt i 2-5 minutter.



Kilde: Joachim Hauser, Tai Chi Chuan-instruktør, akupunktør og underviser på AkupunkturAkademiet i Århus og København.



FÅ GANG I KREDSLØBET

Denne øvelse gavner kredsløbet såvel som motoriske og sensoriske problemer i arme og ben.

- Sæt det ene ben foran det andet med en god og behagelig afstand.
- Læg vægten på forreste ben og placér begge arme i mavehøjde med håndfladerne fremad i retning af forreste fod – uden at læne dig frem.
- Lad hele vægten flyde tilbage på bageste ben, mens du spreder armene nedad og bagud uden at strække albuerne – som en stor påfugl, der spreder sin hale.
- Samtidig forestiller du dig, at du trækker vejret ind gennem fingerspidserne og trækker energi ind i midten af kroppen.
- Fortsæt cirkelbevægelsen af armene opad og fremad.
- Samtidig flyder vægten ned i forreste ben, og du ånder ud – udåndingen mærkes, som om den strømmer fra midten af kroppen og ud gennem fingerspidserne.
- Gentag i 2-5 minutter – indtil kroppen gør øvelsen af sig selv.



))) UDFORDRINGEN

Udfordringen: Udfordringen var mangelfuld udveksling af medicinoplysninger mellem hospitaler og primærsektoren.

Hvad gjorde de? Et team fra den medicinske akutmodtageafdeling fik lægerne til at ændre arbejdsgang og adfærd på medicineringen. Det gjorde de ved at lave foredrag og give undervisning, kåre månedens læge, lave målinger og meget mere.

Hvad har de opnået? En bedre patientsikkerhed i forbindelse med medicinafstemning på tværs af sektorgrænser. I dag ligger medicinafstemningselementerne på 85 pct., som er den højeste procent i hele landet.

Hvad er de stolte af? Det er lykkedes at knække kurven og ændre noget af det sværeste af alt: daglige vaner. Og det kan forbedre patientsikkerheden for patienten.

Hvad slås de stadig med? De skal følge op med undervisning af læger og sygeplejersker i EPM. Men også være opmærksomme på de læger, som kommer fra andre hospitaler, og som ikke følger undervisningen, fordi de har fået undervisning på et andet hospital.

KAMPAGNE SATTE STOPPER FOR MEDICINERINGSFEJL

Hospitalssucces. Spildtid, medicineringsfejl og mangelfulde medicinoplysninger resulterede i, at Frederiksberg Hospital for to år siden iværksatte en kampagne, der skulle sætte en stopper for problemerne.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Før i tiden ringede de praktiserende læger og hjemmesygeplejersker ofte til den akutte modtageafdeling (AMA) på Frederiksberg Hospital. Hjemmesygeplejersken ringede f.eks. for at høre, hvorfor fru Hansen, der lige var blevet udskrevet, skulle have vanddrivende medicin, da det ikke fremgik af den medsendte medicinliste. Lægen havde nemlig ikke begrundet det i epikrisen. Sygeplejersken på AMA måtte derfor først ud og finde journalen og derefter den læge, der havde ordineret medicinen og udskrevet fru Hansen. Når problemet så var afklaret, kunne sygeplejersken kontakte hjemmesygeplejersken igen. Begrundelsen kunne være, at patienten havde fået ødemer i benet og derfor skulle have den vanddrivende medicin.

Det kunne også ske, at egen læge kontaktede hospitalet. Den praktiserende læge ringede f.eks. for at få afklaret nogle spørgsmål om fru Hansens medicin, da det ikke fremgik af epikrisen, hvilke medicinændringer

hospitalet havde foretaget under indlæggelsen. Egen læge havde brug for en fyldestgørende medicinstatus, så han kunne være med til at kontrollere og styre fru Hansens medicin. Og så måtte sygeplejersken igen ud og trave efter journal og læge.

Kort sagt var det et dagligt problem, at medicinoplysninger gik tabt på tværs af sektorgrænser. Derfor besluttede Frederiksberg Hospital sig i 2007 for at deltage i projekt "Operation Life", der er startet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. I de seks indsatsområder, som Operation Life arbejder med, valgte hospitalet bl.a. at arbejde med medicinafstemningspakken, der har til formål at reducere antallet af medicineringsfejl i overgange i patientforløb.

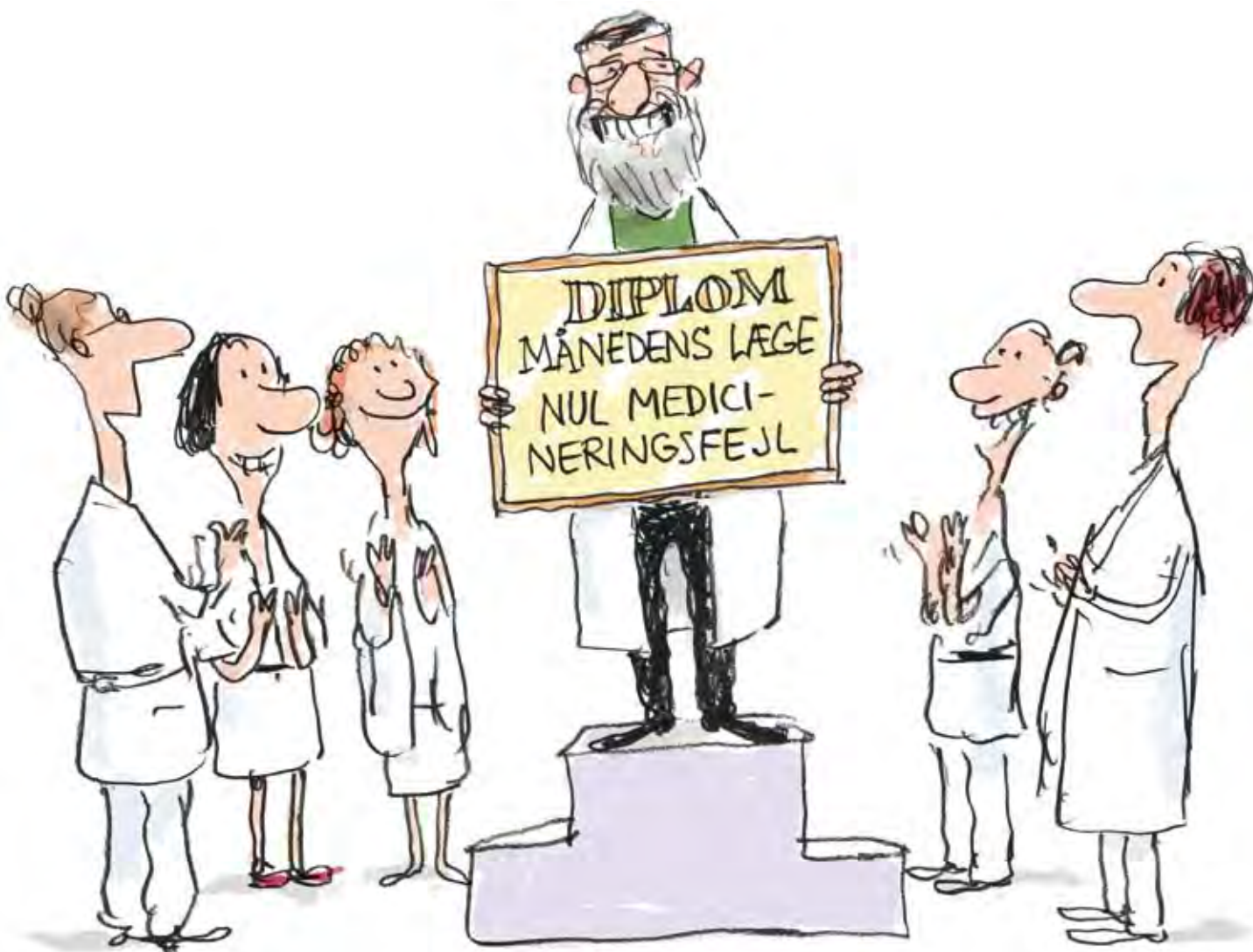
Tina Lynge, som er klinisk oversygeplejerske på akut modtageafdeling på Frederiksberg Hospital, har været projektleder på kampagnen. Hun forklarer, at man i opstartsfasen fandt ud af, at det største gab lå ved udskrivelse.

"Før vi lavede kampagnen, skete der mange utilsigtede fejl i medicineringen i forbindelse med udskrivelse til primærsektoren, eller når patienterne blev flyttet til andre afdelinger. Medicin er en af kerneydelserne for de medicinske patienter, og det er vigtigt, at det er i orden," siger Tina Lynge.

Lægerne skulle lære det

Det var ikke et nyt fænomen for hospitalet at arbejde med sikkerhed i medicineringen. For ca. 10 år siden indførte de Elektronisk Patient Medicinering (EPM), der er it-redskab for både sygeplejersker og læger, der skal sikre medicineringen.

I den daglige praksis skal sygeplejersken bruge oplysningerne i EPM til medicindoseringen. Hun ser i EPM, hvilken medicin patienten skal have, og derefter skriver hun en label ud med patientens CPR-nummer og sætter på et pilleglas. Hun hælder medicinen op, og derefter skal hun tjekke, at hun giver medicinen til den rigtige patient. Det



foregår ved, at hun med sin lommecomputer (PDA) scanner strekkoden på patientens armbånd, derefter scanner hun pillerglasset og til sidst patienten igen.

PDA'en har elektronisk kontakt til EPM, hvilket betyder, at den registrerer, når sygeplejersken scanner patientens armbånd og ser, om der er overensstemmelse mellem medicinen og patienten. Anvendelsen af PDA'en skal sikre, at det er den rigtige patient, der får medicinen.

Tina Lyngé påpeger, at de største udfordringer lå i udskrivningsprocessen. Derfor var et af kampagnens helt store budskaber at få lægerne til at bruge flere af EPM's funktioner og især fanebladsfunktionen "Medicin ved udskrivelse", som er den funktion, der sikrer, at patientens medicinstatus er afstemt og opdateret. Funktionen var nemlig aldrig blevet rigtig implementeret som en del af lægernes rutiner i medicinafstemningen. Derudover skulle lægerne dagligt bekræfte i EPM, om patienten skulle fortsætte med den ordinerede medicin. I epi-

krisen skal de argumentere for nye ordinationer og sørge for, at den indeholder en opdateret medicinstatus.

Det er især til gavn for sygeplejerskerne, fordi de skal bruge medicinstatus til deres udskrivningssamtaler med patienterne, hvor de bl.a. gennemgår medicinlisten og de ændringer, der måtte have været.

"Hvis patienterne ikke er enige i medicinen, så tager de den ikke. Derfor er det vigtigt at gennemgå det med dem. Medicinafstemning handler om at afstemme den medicin, patienten fik ved indlæggelsen, med den, patienten skal have ved udskrivelsen," siger Tina Lyngé.

Kurven knækkede

Men teamet bag kampagnen måtte arbejde hårdt, før anstrengelserne betalte sig. Endelig efter halvandet år kunne de se på deres målinger, at lægerne bl.a. udførte flere og flere korrekte epikriser, og at flere og flere læger brugte funktionen "Medicin ved udskrivelse". Teamet havde arbejdet

med undervisning i EPM til lægernes konferencer og fortalt dem om vigtigheden af medicinafstemning, og så kårede de månedens læge, der havde lavet flest korrekte medicinafstemninger.

"I begyndelsen var der nogle, der syntes, at det var for amerikansk at kåre månedens læge, men de fleste læger var rigtig glade for det. Det var en anerkendelse og meget motiverende for dem, der blev kåret. De blev også en slags rollemodel for de andre læger," siger Tina Lyngé.

Og i november sidste år knækkede kurven.

"Pludselig kunne vi se på vores målinger, at 90 pct. af medicinafstemningerne blev udført korrekt på stort set alle de elementer, vi målte på. Det var virkelig skønt," siger Tina Lyngé og påpeger, at fremtidens udfordring bliver at holde fast i de gode resultater.

sma@dsr.dk



ARKIVFOTO: ISTOCK



4 TING, DU KAN GØRE FOR ARBEJDSGLÆDEN

- Lyd, som om du mener det, når du siger godmorgen.
- Gør noget rart for en kollega. Hent en kop kaffe til hende eller giv en hånd uden at være spurgt.
- Ros din kollega, når hun har gjort noget godt.
- Husk tre gode oplevelser fra arbejdsdagen, før du går hjem.

Kilde: www.projektarbejdsglaede.dk

BLIV SYNLIG I ANSØGNINGEN

Når du søger et job, skal din ansøgning gerne give den, der læser den, et billede af dig som person.

Tricket er at bruge eksempler, når man svarer på det, annoncen efterlyser, lyder et godt råd fra jobkonsulent Maj-Britt Riget, DSA.

"Hvis du har arbejdet i en medicinsk afdeling, i en kirurgisk og i hjemmeplejen, så brug det til at fortælle, hvor omstillingsparat du er," siger hun.

"Hvis annoncen efterlyser erfaring fra en børneafdeling, kan du måske fortælle, at den børneafdeling, du arbejdede i, havde børn med endokrinologiske sygdomme, og at du har været med til at oplære forældre til børn med diabetes."

Hvis man gerne vil skifte område, f.eks. fra anæstesi til psykiatrien, kan man beskrive, hvordan man har mødt psykiatriske patienter forskellige steder i sin sygeplejerskekarriere.

"Og selv om du har været helt ude af faget i nogle år, er der måske væsentlige sygeplejerskekompetencer, du har brugt uden for sygeplejen," siger Maj-Britt Riget.

"Så kan du fortælle, hvordan du har trukket på din evne til at observere og kommunikere i dit job i en restaurationsvirksomhed."

Eksperten siger ...

... Revner i hælene opstår af hælsens friktion på sko, der ikke sidder godt nok fast på foden.

Kilde: Ledende fodterapeut på Gentofte Hospital, Bent Nielsen.



FÅ ET STØRRE KØRSELSFRADRAG

Der kan være mange tusinde kroner at spare årligt ved at beregne sit eget kørselsfradrag frem for blot at acceptere de fortrykte tal fra Skat. Husk især på:

- Den rute til og fra arbejdspladsen, som Skat tager udgangspunkt i, er ikke altid den, der udløser det højeste fradrag. Skat anvender den korteste rute, men absolut ikke den hurtigste, mest økonomiske eller mest miljørigtige. Tjek forskellene på ruterne på hjemmesiderne: Map24.com, krak.dk og viamichelin.com
- Kører du til og fra job flere gange på en dag, udløser det ekstra fradrag.
- Der gives fradrag for det faktiske antal arbejdsdage, så før nøje regnskab.
- Er I flere kolleger, der kører sammen, kan I dele udgifterne, men alle får fuldt befordringsfradrag.

Kilde: Penge & Privatøkonomi nr. 5/09.



ARKIVFOTO: SOREN HOLM

Proud to be a nurse

Forestil dig flere tusinde engagerede sygeplejersker fra hele verden samlet på et sted for at dele den nyeste viden om sygeplejen. Sådan bliver det, når ICN – International Council of Nurses – indleder sin verdenskongres i Durban i Sydafrika den 27. juni.

Jeg er sikker på, at alle deltagerne får et sug i maven til åbningsceremonien. For det er en særlig oplevelse at mærke, hvor stort et fællesskab vores profession i virkeligheden er. Vi sygeplejersker har noget til fælles. Uanset hvor i verden vi kommer fra.

En af de værdier, vi har til fælles, er viljen til at udvikle sygeplejen – og formidle den viden, vi skaber. På tværs af specialer og landegrænser.

Temaet for kongressen i 2009 er "Leading Change: Building Healthier Nations". Sagt med lidt flere ord handler det om, hvordan vi som sygeplejersker kan påtage os et lederskab ved at bidrage til at opbygge sundere samfund og skabe bæredygtige forbedringer i sundhedsvæsenet og i sygeplejen.

Herhjemme er den udvikling allerede godt i gang. Overalt i sundhedsvæsenet er sygeplejersker med til at forme fremtidens sundhedstilbud. Som klinikere, forskere og ledere. På sygehuse, i almen praksis og i det kommunale sundhedsvæsen. Fra højt specialiserede hospitalsafdelinger til borgernes eget hjem.

Det er en udvikling, vi skal sætte endnu mere skub på. Og det er en udvikling, vi skal være med til at promovere i resten af verden. Det gør vi på verdenskongressen! Ikke færre end 100 danske sygeplejersker har oplæg eller posterpræsentationer med. Om alt fra rehabilitering af KOL-patienter, forebyggelse af postoperative komplikationer og sygepleje i forhold til Alzheimerpatienter til dokumentation, uddannelse og organisationsarbejde. Der er oplæg inden for alle vores indsatsområder: Organisation, fag og samfund. Det synes jeg er ret godt gået.

Som sygeplejersker skal vi hele tiden udvikle vores profession og flytte nye grænser.

Men vi skal også være stolte over alt det, vi kan. Og vi skal sprede budskabet om, at sygeplejersker gør en forskel.

Derfor var vi i Dansk Sygeplejeråd slet ikke i tvivl om, hvad der skal stå på de T-shirts, de 258 sygeplejersker i den danske delegation bærer til åbningsceremonien i Durban. Det er et enkelt, men vigtigt budskab: "Proud to be a nurse".

"Som sygeplejersker skal vi hele tiden udvikle vores profession og flytte nye grænser. Men vi skal også være stolte over alt det, vi kan. Og vi skal sprede budskabet om, at sygeplejersker gør en forskel."



Grete Christensen

Grete Christensen, fungerende formand

Vores interesser er ikke blevet varetaget

Af Birte Hjortkjær, sundhedsplejerske, TR



Til Dansk Sygeplejeråd!

På vegne af sundhedsplejerskerne i Kreds Midtjylland:

Sundhedsplejerskerne har i de fleste kommuner ved ændring af sundhedsloven i august 2008 fået en ny arbejdsopgave, nemlig selvstændigt at varetage ind- og udskolingsundersøgelser af skolebørn.

For at kvalificere os til opgaven er det et lovkrav, at vi tager en efteruddannelse på 37 timer. Det er en del af den opgaveglidning, der er i gang på sundhedsområdet: ny opgave til sundhedsplejerskerne. En opgave, som vi tidligere har haft i samarbejde med børn og unge-læger.

Dansk Sygeplejeråds politik er, at vi ikke skal påtage os nye opgaver uden at få løn for det. Det undrer os derfor, at Dansk Sygeplejeråd som vores fagforening ikke har forhandlet løn for sundhedsplejerskerne som en samlet gruppe til denne nye opgave.

I Kreds Midtjylland har forklaringen været, at vi ikke havde indsendt det som et krav ved OK-forhandlingerne 2008, men da OK-kravene blev indsamlet, var der ikke lavet beslutning om lovændringen.

Dansk Sygeplejeråd har været med i forhandlingerne og har dermed kunnet følge forløbet tæt. Efter vores opfattelse har vores fagforening ikke varetaget sundhedsplejerskernes interesse i dette felt, og vi er stærkt utilfredse hermed.

Vi synes, at Dansk Sygeplejeråd har fralagt sig sit ansvar som lønforhandlende instans og ladet os i stikken ...

Vi mener, at vi står meget stærkere i lønforhandling som en samlet gruppe frem for at skulle forhandle kommunalt, og at det er et oplagt forhandlingsemne for en fagforening.

Vi har diskuteret det med næstformændene i Kreds Midtjylland, men er ikke tilfredse med forklaringen, de giver, og ønsker at høre formandens begrundelse for manglende forhandling på området, og hvilken strategi Dansk Sygeplejeråd har i forhold hertil.

Dette brev er med underskrifter fra sundhedsplejerskerne i Kreds Midtjylland sendt til DSR's formand, til Else Kayser, formand i Kreds Midtjylland, samt som læserbrev til Fagbladet *Sygeplejersken*.

Birte Hjortkjær er tillidsrepræsentant i Sundhedsplejen, Århus.

Svar

Af Grete Christensen, fungerende formand

Kære Birte Hjortkjær!

Vi mener fortsat, at et øget ansvar og nye opgaver også skal honoreres i forhold til lønnen. Men omvendt er det også klart, at Dansk Sygeplejeråd ikke kan få skindet, før bjørnen er skudt.

Når Dansk Sygeplejeråd ikke har rejst spørgsmålet om tillæg ved lønforhandlingerne, skyldes det, at lovforslaget først blev vedtaget den 12. juni 2008, dvs. få dage før overenskomstaftalen endelig var en realitet.

Det er også væsentligt at være opmærksom på, at selvom lovændringen giver sundhedsplejerskerne muligheder for at udvide deres opgavefelt og overtage ind- og udskolingsundersøgelserne, så pålægger lovændringen ikke kommunerne at anvende

sundhedsplejersker i stedet for kommunallæger. Det er med andre ord helt op til den enkelte kommune at tilrettelægge indsatsen. Set på den baggrund har Dansk Sygeplejeråd afventet, i hvilket omfang kommunerne har taget mulighederne til sig og fremadrettet bruger sundhedsplejerskerne i ind- og udskolingsundersøgelserne.

Da der er lang tid til de næste overenskomstforhandlinger, er spørgsmålet om honorering af nye opgaver på den korte bane et anliggende for lokale forhandlinger.

Jeg har derfor været i kontakt med din kredsformand, Else Kayser, som har oplyst mig om, at hun inden for den nærmeste fremtid vil invitere jer til et møde for at drøfte den videre strategi.

Fremtidens uddannelser skal tage fælles afsæt

Af Dorte Elise Møller Holdgaard, oversygeplejerske, næstformand i FSNS

Udtalelse vedrørende uddannelse af specialistsygeplejersker samt nylig udkommen uddannelsesrapport fra Sundhedsstyrelsen omhandlende sygeplejerskers efter- og videreuddannelsesforhold:



Sundhedsstyrelsens rapport anno 2009, "Specialisering i Sygepleje – udvikling af en fælles begrebsramme",

har taget udgangspunkt i grundig, national research i forhold til allerede etablerede uddannelser og etablerede kliniske funktioner og kommer med interessante bud på en fremtidig gruppering af uddannelsesstitler, som vi gerne vil kommentere, da det også kommer til at vedrøre neurosygeplejerskers uddannelsesmæssige forhold.

Vi har i et udvalg under Faglig Sammenslutning af Neurosygeplejersker (FSNS) gennem et år arbejdet med perspektiverne for efter- og videreuddannelse af fremtidens neurosygeplejersker. Vi finder det væsentligt, at fremtidens uddannelser tager fælles afsæt, dvs. at der er en fælles grunduddannelse som i dag, men videre finder vi det væsentligt at bevare overskuelighed og gennemsigtighed i uddannelsessystemet, som også Bolognadeklarationen lægger vægt på. En af konklusionerne fra vores arbejde bliver derfor, at såvel efter- som videreuddannelserne bevæger sig inden for det allerede etablerede system, således at vi undgår såkaldte blindgyder. Dette anbefales også i en nylig udkommet rapport fra The European Association og Neuroscience Nurses (EANN), hvor der henvises til den forvirring, etablering af Advanced Nurse Practitioner-uddannelserne har skabt i England.

Vi anbefaler derfor ikke specialistuddannelser, uden at disse bliver en del af diplom- eller masteruddannelsessystemet, da det er vigtigt, at alle sygeplejersker bevæger sig inden for den samme fagterminologi og fagidentitet. En følge heraf bliver derfor, at vi anbefaler, de allerede etablerede specialuddannelser til anæstesi- og intensivsygeplejerske m.m. bliver lagt ind i diplom- eller masterforløb. Ud over de nævnte nationale fordele vil en placering i et enstrengt uddannelsessystem med tildelte ECTS-point blive en forudsætning for international sammenligning og anerkendelse. Endvidere mener vi, at det i højere grad sikrer, at overbygning og videreuddannelse bliver muligt med afsæt i disse specialiseringer, og at fokus på klinisk praksis dermed fastholdes. Vi er således i høj grad tilhængere af videreuddannelse og øget specialisering, da det vil øge kompetencen i forhold til sygeplejens kerneområder. Samtidig er vi enige i, at det vil øge mulighederne

for rekruttering og fastholdelse inden for faget samt øge kvaliteten inden for mange patientforløb.

Indsendt til Fagbladet Sygeplejersken på vegne af uddannelsesgruppen under FSNS.

Anni Nørregaard, udviklingssygeplejerske, Neurokirurgisk Afdeling U, Odense Universitetshospital.

Ellen Bonkegaard, oversygeplejerske, Neurologisk Afd., Aalborg Sygehus.

Ingrid Poulsen, forskningssygeplejerske, Forskningsenheden, Afdeling for Neurorehabilitering, Hvidovre Hospital.

Jytte Jensen, ledende oversygeplejerske, Neurologisk Afdeling, Roskilde Sygehus.

Jytte Strange, klinisk udviklingssygeplejerske, Neurologisk Afdeling, Næstved Sygehus.

Lena Aadal, sygeplejerske, ph.d.-stud., Hammel Neurocenter.

Ulla Primdahl Veng, oversygeplejerske, Neurologisk Afd., Regionshospital Viborg.

Tina Kramer, uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Neurokirurgisk Afdeling, Aarhus Sygehus,

Aarhus Universitetshospital.

Jan Pedersen, afdelingssygeplejerske, Neurologisk Afdeling N, Odense Universitetshospital.

Dorte Holdgaard, oversygeplejerske, Neurokirurgisk Afd., Aalborg Sygehus

(formand for arbejdsgruppen).

»»» HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Kan man være offentligt ansat sygeplejerske og bære tørklæde på arbejdet?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 11/2009:

Har du overvejet at søge job i den private sektor?

Svar	antal	pct.
Ja	71	70,3
Nej	23	22,8
Ved ikke	7	6,9
I alt	101	100

Sommerferie

Dette nummer af *Sygeplejersken* er sidste nummer inden sommerferien.

Vi er på gaden igen med nr. 14/2009 fredag den 7. august.

Redaktionen ønsker medlemmer, annoncører og øvrige læsere en rigtig god sommer.

Formandsvalg 2009

Kan du bruge din stemme?

Vil du have indflydelse på, hvem der er ny formand i DSR fra 15. september 2009? Så husk, at du skal være registreret som aktivt medlem senest pr. 1. august 2009, hvis du vil stemme. Stemmeperioden er fra 31. august til 14. september.


Hvis du vil ændre dit medlemskab, skal medlemsregistret have besked senest 17. august.

Læs mere om indmeldelse, genindmeldelse og aktivering af medlemskab på www.dsr.dk/indmeldelse eller kontakt medlemsregistret på 33 15 15 55.



Hvor er tværfagligheden blevet af?

Af Kirstine Bro, sygeplejerske

 Jeg læser med forargelse, at det nu kræver medlemskab af Dansk Sygeplejeråd at søge artikler i *Sygeplejerskens* database.

I sundhedssektoren arbejder vi tværfagligt. Vi samarbejder med faggrupper, hvoraf flere nu ikke har adgang til at søge inspiration i de mange artikler, som er resultatet af sygeplejerskers projekter. Der er tale om en vigtig vidensdeling, som sygeplejersker og deres samarbejdspartnere har brug for. Det er i fagets interesse, at den viden, der er fundet, ikke gemmes i en skuffe, men når frem til de relevante faggrupper.

Sygeplejersken repræsenterer netop faglige artikler, som udgiver de nyeste undersøgelser, hvilket udgør et vigtigt grundlag for at udvikle sygeplejen. Sygeplejens udvikling er afhængig af, at den nyeste viden udbredes, og Dansk Sygeplejeråd hjælper på denne måde ikke til, at dette kan realiseres. Det er bureaukratiets kommercielle styring, som har indfundet sig i vores fagforening, og som er med til at sætte en stopper for, at sygeplejerskers anstrengelser ikke når længere ud end til de betalende læsere.

Vi er mange sygeplejersker, der bidrager med artikler til *Sygeplejersken* uden at have et økonomisk incitament, og Dansk Sygeplejeråd burde have samme vision som deres medlemmer, når det gælder udvikling af faget. Derfor mener jeg, at det bør overvejes nøje, om vi virkelig ønsker at holde så fast på faggrænserne og dermed begrænse udbredelsen af sygeplejerskers forskning og hæmme den tværfaglige udvikling på vores fagområde.

Kirstine Bro er assisterende afdelingssygeplejerske og projektkoordinator på Sankt Hans Hospital.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen,
kommunikationschef i Dansk Sygeplejeråd

Kære Kirstine Bro!

Tak for dit indlæg.

Vi har besluttet at lægge *Sygeplejerskens* artikelarkiv bag et medlemslogin. Der er altså ikke tale om, at arkivet er lukket, men at det er en medlemsfordel at kunne dykke ned i *Sygeplejerskens* arkiv. Det giver også god mening, for det er jo medlemmerne, der betaler for, at der kan laves et blad, og at der er et arkiv.


Vores princip er, at der skal være forskel på, om man er medlem eller ikkemedlem. Det er rigtigt, at vores faglige artikler er med til at styrke den fælles faglige platform, men det er primært for de sygeplejersker, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Vi formener ikke adgang til vores arkiv – det er muligt at se det, hvis man køber et abonnement, eller man har adgang til andre databaser som f.eks. www.infomedia.dk

Hvis man ikke er medlem og ønsker specifik adgang til bestemte artikler, kan man altid henvende sig til redaktionen, og vi hjælper gerne.

I øvrigt er *Sygeplejerskens* nyeste blad altid frit tilgængeligt på www.sygeplejersken.dk

Fraværende fagblad

Af Anette Pedersen, sygeplejerske

 Så kom det tredje nummer af *Sygeplejersken* efter afviklingen af EORNA, kongres for operationssygeplejersker i Bella Centret, uden at kongressen er nævnt.

I 2003 var vi så heldige at blive valgt som værtsland for denne kongres. Det var en af de største kongresser for sygeplejersker i Danmark, næsten 1.900 deltagere fra 40 forskellige lande og et budget på ca. 10 mio. kr. Større end ICN-kongressen, som der var megen dækning fra.

Det har været seks spændende og lærerige år. Nogle gange lidt for spændende. Vi har også kunnet mærke den finansielle afmatning, vi har måttet kæmpe meget for sponsorer.

Der har været opgaver hen ad vejen, vi ikke havde nogen forestilling om at skulle møde, men som har været både morsomme, lærerige og irriterende.

DSR har desværre ikke kunnet støtte os officielt, hverken økonomisk eller med praktisk bistand. Vi har fået juridisk rådgivning til kontrakter, og vi har fået megen rådgivning og supervision af Susanne Richter, som vi har værdsat meget.

Desværre har vores tidsskrift valgt ikke at dække arrangementet. Hverken før, under eller efter. Jeg har et par gange kontaktet redaktionen og blev svaret den første gang. Da blev jeg bedt om selv at skrive et indlæg. Hvilket jeg som chairperson samtidig med et fuldtidsjob på ingen måde havde mulighed for.

Lige inden afviklingen sendte jeg en mail til Sigurd Nissen-Petersen. Måske er den aldrig nået frem og er stadig et sted i cyberspace, jeg fik i alt fald aldrig noget svar.

Til åbningen af kongressen var Connie Kruckow keynote speaker, hun var meget interesseret og også lidt stolt, tror jeg. Sundhedsministeren stod for den officielle åbning.

Selv om vi i FS SASMO er vant til at arrangere kongresser, var dette en noget anden opgave. Vi fik en masse erfaring og viden. Jeg vil gerne opfordre andre faglige selskaber, der har planer om tilsvarende arrangementer, til at kontakte os og høste af vores erfaringer. Det kunne måske spare mange bekymringer eller usikkerhed.

Min opfordring er til DSR og *Sygeplejersken*, vis interesse for lignende arrangementer. Det kræver så lidt og betyder så meget.

Anette Pedersen er formand for FS SASMO og afgående chairperson for EORNA Congress 2009.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen,
kommunikationschef i Dansk Sygeplejeråd

Kære Anette Pedersen!

Set i bagklogskabens klare lys burde vi nok have vist kongressen opmærksomhed i *Sygeplejersken*, hvilket jeg skal beklage, at vi ikke gjorde. Men samtidig er det sådan, at *Sygeplejerskens* redaktion dagligt får mange henvendelser med invitationer til at deltage i møder, kurser, kongresser etc. Redaktionen har desværre ikke ressourcer til at deltage i alt, hvad vi bliver opfordret til at deltage i.

Visioner og økonomi skal følges ad

Kommunalreformen, der har været en realitet i snart 2½ år, er en af den nyere tids mest visionære reformer herhjemme. Det visionære ligger bl.a. i, at det kommunale sundhedsvæsen skal rustes til at løse stadigt flere komplekse og specialiserede sundhedsopgaver ikke mindst i forbindelse med ældre borgere, medicinske patienter og kronisk syge danskere. Det er en progressiv og fremtidsorienteret tilgang.

Dansk Sygeplejeråd og KL er enige i visionen om, at den kommunale hjemmesygepleje bør have en vigtig rolle i det danske sundhedsvæsen. Kommunerne har siden reformen prioriteret sundhedsområdet højt og er kommet godt fra start. De foreløbige erfaringer viser imidlertid også, at der desværre ikke altid er sammenhæng mellem virkelighed og visioner.

I dag er der alt for mange genindlæggelser på landets medicinske afdelinger. Og patienterne, der ofte er ældre mennesker, er alt for tit henvist til at ligge på gangene, fordi afdelingerne er overbelagte. Ikke sjældent bunder problemet i, at de ældre ikke udskrives med en målrettet plan for det videre behandlings- og plejebestand. Med flere ressourcer til opfølgende hjemmesygepleje vil det være muligt at begrænse antallet af genindlæggelser. Forholdene for de medicinske patienter viser med al ønskelig tydelighed, at der ikke er fulgt tilstrækkelig med økonomi med reformen til at indfri dens ellers gode visioner.

Og det bliver ikke lettere at indfri visionerne i fremtiden. Faktum er, at den demografiske udvikling peger i retning af et yderligere pres på kommunerne. Antallet af kronisk syge borgere når to millioner inden for de kommende 10 år. Og antallet af ældre vil stige ganske betragteligt i samme periode.

Alt i alt er udfordringerne så store, at det kræver en økonomisk kickstart af det kommunale sundhedsvæsen. Kommunerne mangler ganske enkelt økonomi for at kunne løfte reformens visioner til fulde og imødegå fremtidens udfordringer.

Eksempelvis er det nødvendigt, at kommunerne styrker den specialiserede sygepleje til de kronisk syge borgere, der i dag udløser et stort ressourcetræk, når de bliver indlagt på sygehusene. Et andet eksempel er, at kommunerne har behov for flere ressourcer til at styrke det akutte beredskab i kommunerne.

Der skal investeres målrettet i uddannelse og kompetenceudvikling af hjemmesygeplejersker, og der skal være ressourcer i hjemmesygeplejen til at sikre løbende kompetenceudvikling af social- og sundhedsassistenter og social- og sundhedshjælpere. Sådanne investeringer vil opfylde kommunalreformens visioner, medføre færre genindlæggelser og mindre overbelægning. Blot for at nævne nogle eksempler.

Derfor foreslår KL og Dansk Sygeplejeråd, at regeringen investerer flere ressourcer til at styrke den kommunale hjemmesygepleje. Så borgerne også i fremtiden kan regne med kvalitet i den kommunale sygepleje.

”Ikke sjældent bunder problemet i, at de ældre ikke udskrives med en målrettet plan for det videre behandlings- og plejebestand.”



AF TOVE LARSEN, FORMAND FOR KL'S SOCIAL- OG SUNDHEDSUDVALG, OG GRETE CHRISTENSEN, FUNGERENDE FORMAND FOR DANSK SYGEPLEJERÅD

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 38
Faglig information >> 38
Testen >> 53
Agenda >> 57
3 til ferien >> 58
5 faglige minutter >> 60

Den intensive sygepleje er mangfoldig >> 50

VAKS - Vurdering Af Kvalitative Studier >> 54

KLINISK SYGEPLEJE

Den kolde postoperative patient >> 40

>>> FAGTANKER

Forsk!

Topartiklen "Den kolde postoperative patient" side 40 viser, hvorfor sygeplejersker skal forske i sygepleje, og det modsatte, hvorfor det ikke er godt nok at slå sig til tåls. Resultaterne taler for sig selv. Det betyder noget for patienten, om de involverede sygeplejersker tænker hele operationen igennem, eller om de blot sørger for deres eget lille hjørne af sagen. Der er f.eks. smerter, velbefindende og kardielle komplikationer til forskel. Artiklen har et dejligt afsnit om temperatur, målemetoder, og hvad der giver de sikreste måleresultater. Godt for sygeplejestuderende, som gerne vil have styr på de dele, og for os andre, som måske ikke har den nyeste viden helt intakt.

Ud over de faglige informationer viser artiklen også, hvordan den nysgerrige sygeplejerske kan undersøge et emne til bunds. Her er søgt litteratur og stillet talrige spørgsmål undervejs. Nu er det læsernes tur. Læs artiklen, besvar læsertesten og se, om de vigtigste oplysninger er på plads. Selv om man ikke passer operationspatienter, indeholder artiklen nyttig viden, hvis man kender én, som skal opereres.



Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Tid til nytænkning af specialuddannelsen i intensiv sygepleje

AF GITTE TRANUM JOHANSEN, SD I KLINISK SYGEPLEJE, PÆDAGOGIK OG SUPERVISION, VIBEKE DECO, MASTER I PROFESSIONSUDVIKLING, LISBETH WOLPOLD, SD I UDDANNELSE OG UNDERVISNING, OG ANN-BIRGIT GULDAGER NONBOE, SD I LEDELSE OG MASTER I LÆREPROCESSER

Artiklen henvender sig til beslutningstagere inden for Specialuddannelsen i intensiv sygepleje. Hovedbudskabet er, at specialuddannelsen i højere grad end tilfældet er i dag, må bygge på den viden og de kompetencer, sygeplejersker har erhvervet gennem grunduddannelsen og behovet for udvikling af den intensive sygepleje.

Artiklen udspringer af en evaluering af et alternativt undervisningsindhold i 2. del af specialuddannelsen i intensiv sygepleje i det tidligere Københavns Amt.

Det intensive speciale har mange udviklingspotentialer. Ét af områderne er det naturvidenskabelige kundskabssyn, der i mange år har præget specialuddannelsen i intensiv sygepleje. Hvis den intensive sygepleje skal være systematisk funderet på evidensbaseret viden, og hvis faget gerne vil have sygeplejersker til at forske i specialets mange ubeskrevne områder, så må specialuddannelsesforløbet stimulere en interesse og lyst til at indhente de fornødne kundskaber. Tiden er derfor inde til, at uddannelsen i højere grad bygger på den viden og de kompetencer, sygeplejersker har erhvervet gennem grunduddannelsen og behovet for udvikling af den intensive sygepleje.

Læringsprojektet

En projektgruppe tilknyttet fire intensive afdelinger i det daværende Københavns Amt har derfor afprøvet et alternativt undervisningsindhold i 2. del af specialuddannelsen i intensiv sygepleje i perioden 1. januar 2006 – 1. juni 2008. Projektet blev døbt: "Læringsprojekt".

Essensen i det alternative undervisningsforløb var en forøgelse af det teoretiske indhold fra seks dages teori til 15 dage. Den kliniske undervisning i en opvågningsafdeling blev tilsvarende skåret ned fra seks til fire uger.

Det øgede teoretiske indhold havde bl.a. fokus på litteratursøgning, tekstanalyse, evidens, sygeplejeteori, etiske problemstillinger, samarbejdsformer og kvalitetsudvikling, hvor der f.eks. indgik en opgave med at udarbejde et udkast til en klinisk eller administrativ vejledning. Den teoretiske undervisning blev suppleret med praktiske øvelser og gruppearbejder.

Ny viden kan bruges i klinisk praksis

Læringsprojektforløbet er evalueret på baggrund af en delvis anonymiseret kvantitativ undersøgelse med åbne og lukkede svarmuligheder og er bearbejdet af den samlede projektgruppe.

Evalueringen viste, at sygeplejerskernes teoretiske og kliniske færdig-

heder kan udvikles ved at give mulighed for fordybelse i udvalgte emner. Kursisterne var generelt positive – ikke mindst over, hvordan den nye viden viste sig anvendelig i deres kliniske praksis ved specialuddannelsesforløbets afslutning med udarbejdelse af den skriftlige opgave. Undervisningen havde også inspireret deltagerne til kvalitetsudvikling i egen afdeling efter uddannelsens afslutning.

Evalueringen af opvågningspraktikken har vist, at vejlederne i opvågningsafdelingen oplevede praktikperioden meget presset, men at alle kursister nåede målene i den reducerede praktiktid på tilfredsstillende vis.

Tiden inde til revision af specialuddannelsen

Med fremtidens behov i det danske sygehusvæsen for specialuddannede sygeplejersker set i forhold til det reelle behov for intensive sengepladser (1) og forskning i intensiv sygepleje er projektgruppen fortsat af den opfattelse, at tiden er inde til at se kritisk på mål og rammer for specialuddannelsen beskrevet i cirkulæret om specialuddannelse i intensiv sygepleje (2).

Erfaringerne fra læringsprojektet har endvidere inspireret til det reviderede undervisningsindhold i specialuddannelsens 2. kliniske del, som i forbindelse med regionsdannelsen er samordnet for hele Region Hovedstaden.

Alle fire forfattere arbejder som kliniske sygeplejelærere.

Gitte Trantum Johansen er ansat på Intensivt afsnit I 104, Herlev Hospital.

Vibeke Deco er ansat på Intensivt afsnit 303, Gentofte Hospital.

Lisbeth Wolpold er ansat på Intensivt afsnit Y13, Glostrup Hospital.

Ann-Birgit Guldager Nonboe er ansat på Neurointensivt afsnit H17, Glostrup Hospital; anbg@glo.regionh.dk

Projektbeskrivelse med undervisningsindhold samt projektrapport kan læses på www.glostruphospital.dk > Afdelinger > Neurokirurgisk Afdeling > Job og uddannelse

Litteratur

1. Espersen K et al. Kapaciteten på danske intensivafdelinger – et nationalt survey af kapacitet, aflysninger og overflytninger af kritisk syge patienter. Ugeskrift for læger 2007;169(8):712-716.
2. Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 92 af 26. juni 1997. Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje.



circuscom.se



smith&nephew
RENASYS[®]
Negative Pressure Wound Therapy

RENASYS er mere end en helhedsløsning for sårbehandling med negativt tryk. Det er også et behandlingsalternativ for patienten, såret og dig som behandler – uden at skulle give afkald på resultatet, egenskaber eller service.

RENASYS – helt enkelt.



Smith & Nephew A/S, Slotsmarken 14, 2970 Hørsholm, Danmark, Tlf: +45 4580 6100, fax: +45 4580 6151, www.smith-nephew.dk, * Varemærke fra Smith & Nephew



Artiklens mål:

- Artiklen skal medvirke til at præcisere begreberne normo- og hypotermi.
- Artiklen skal tydeliggøre, hvilke målemetoder der anbefales som de mest præcise og sikreste i klinisk praksis.
- Artiklen skal gøre læseren opmærksom på, hvordan varmetab opstår og konkret kan forebygges.
- Artiklen skal beskrive, hvilke risici varmetab udgør for patienten.
- Artiklen skal gøre læseren bevidst om vigtigheden af at forebygge varmetab under det per- og postoperative forløb.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der er i kontakt med patienter, som er i risiko for utilsigtet varmetab under det per- og postoperative pleje- og behandlingsforløb.

Den kolde postoperative patient

AF CARSTEN MICHEL PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE, SD, CAND.CUR. • FOTO: SØREN SVENDSEN

Forekomsten af utilsigtet varmetab (hypotermi) samt de fysiologiske og psykologiske konsekvenser for patienten udgør et nedprioriteret og til dels udforsket område i det postoperative pleje- og behandlingsforløb.

Sygeplejerskerne må proaktivt implementere plejetiltag, der holder patienterne varme, da der er evidens for, at forebyggelse af hypotermi kan reducere antallet af alvorlige postoperative komplikationer, f.eks. risiko for sårinfektion, nedsat sårheling, blødningsstendens og kulderystelser (1-3).

Forebyggelse af utilsigtet hypotermi anses for at være en vigtig sygeplejeopgave, som flere sygeplejeteoretikere gennem tiden har beskrevet. Bl.a. skrev den engelske sygeplejereformator Florence Nightingale:

”Sørg for, at den luft, patienten indånder, er lige så ren som luften udenfor, men uden at han kommer til at fryse” (4).

En anden af sygeplejens store pionerer, amerika-

neren Virginia A. Henderson (Henderson) beskrev ligeledes opretholdelse af kernetemperaturen i sin teori om sygeplejens grundlæggende principper:

”Maintain body temperature within normal range by adjusting clothing and modifying the environment” (5).

Utilsigtet hypotermi er en af de hyppigst forekommende komplikationer, kirurgiske patienter oplever under deres ophold i opvågningen. 70-90 pct. af operationspatienterne vil ankomme hypotermie til opvågningen, hvis ikke tilstanden forebygges (6-9). Nogle patienter giver udtryk for, at kulderystelser samt det at føle sig kold opleves værre end smerterne efter det kirurgiske indgreb (10).

Selv ved kirurgiske indgreb af kortere varighed ses hypotermi, hvilket bl.a. skyldes personalets manglende opmærksomhed på reduktionen i kernetemperaturen på grund af de kølige omgivelser samt de fysiologiske påvirkninger, som medicin anvendt i forbindelse med anæstesi medfører. Patienterne får ofte ikke målt deres temperatur rutinemæssigt, og ekstern opvarmning anvendes ikke i samme omfang som ved større operationer (11).

Let hypotermi anvendes i klinisk praksis til behandling af patienter efter hjertestop og cerebral katastrofe. Til trods for det behandlingsmæssige rationale er der dog ingen evidens for, at hypotermi bedrer overlevelsen og/eller førligheden for patienterne efter cerebral katastrofe (12,13,55).

Sygeplejeinterventionen består i at regulere kropstemperaturen ved hjælp af relevant opvarmningsstrategi under og efter operationen for at bedre patientens fysiske og psykiske velbefindende.

Litteratursøgning

Litteratursøgningen blev foretaget i PubMed, EM-BASE, CINAHL, The Cochrane Library, Artikelba-

BLÅ BOG

Carsten Michel Pedersen er født i 1968 og uddannet sygeplejerske fra Randers Sygeplejerskole i 1992. Tog sygeplejefaglig diplomuddannelse i pædagogik i 2000 og kandidatuddannelse i sygeplejevidenskab i 2007. Har erhvervet specialuddannelserne i intensiv og anæstesiologisk sygepleje og har 15 års erfaring i relation til intensiv- og anæstesisygepleje. Carsten Michel Pedersen har været ansat som klinisk oversygeplejerske og forskningsansvarlig på Anæstesiologisk afdeling på Bispebjerg Hospital siden november 2008.

Han har tidligere fået publiceret artiklen “Endotracheal suctioning of the adult intubated patient – What is the evidence?” i *Intensive and Critical Care Nursing*, Volume 25, Issue 1, February 2009, Pages 21-30.



»»» ORDFORKLARING

ASPAN

The American Society of PeriAnesthesia Nurses

AT

Aksiltermometer

Ketoacidose

Syreforgiftning

PAC

Pulmonalt arteriekateter

Perioperativt

Under operationen

TAT

Temporalt arterietermometer

Vasodilatation

Udvidelse af blodkar

~
"Svarende til"

sen og Guideline.gov/index.asp. fra 2007-2008. Følgende søgeord blev anvendt: Hypothermia, hypothermia AND anesthesia, hypothermia AND postanesthesia care unit (PACU), thermoregulation. I PubMed og CINAHL blev disse anvendt som MeSH-ord. Søgningen blev afgrænset til: Voksne (All Adult: 19+ Years), danske, svenske, norske og engelske artikler publiceret de sidste 10 år (Published in the Last:10 Years). Enkelte artikler fra før 1997 blev efterfølgende inddraget, hvis de udgjorde primærkilden eller referencen for den præsenterede viden.

På baggrund af den fundne litteratur blev der udledt følgende spørgsmål som grundlag for at udvælge relevant litteratur:

- Hvorledes defineres normotermi og hypotermi?
- Hvilke målemetoder anbefales som valide?
- Hvilke konsekvenser har utilsigtet let hypotermi for patienten?
- Hvilken betydning har hypotermi for patienten?
- Hvilke anbefalinger gives for forebyggelse af hypotermi?

Litteraturstudiet indgår som en del af forfatterens speciale, hvor der endvidere er gennemført et kvalitativt og kvantitativt studie omhandlende den kolde postoperative patient.

Specialet kan læses på
<http://www.folkesundhed.au.dk/kandidatspecialer>

Hvorledes defineres normotermi og hypotermi?

Der skelnes i litteraturen mellem begreberne kerne/centraltemperatur (Core body temperature) og hud/perifertemperatur (Skin temperature, peripheral temperature). Som samlet begreb og ofte synonymt med kernetemperaturen anvendes temperatur (temperature). Kernetemperaturen opretholdes under nor-

male forhold inden for et snævert interval, selv under større temperatursvingninger i omgivelserne (14).

Den tyske mediciner Carl Wunderlich (1815-1877) dokumenterede som en af de første den normale kernetemperatur til at være 37°C (36,2-37,5°C) (9). Wunderlichs undersøgelsesmateriale fra 1851 udgjorde over en million aksilmålinger på 25.000 patienter (15,16). Undersøgelsesresultaterne, der har haft stor betydning for efterfølgende forskning, er senere blevet diskuteret og korrigeret i forhold til nyere og mere valide målemetoder. Temperatur er i nyere forskningslitteratur defineret som et interval og ikke et enkelt tal. Intervallet for normal kernetemperatur angives fra 36-38°C (2,9,12,17). Sund-Levander et al. har på baggrund af en systematisk litteraturgennemgang af studier fra 1935-1999 søgt en evidensbaseret definition af den normale kernetemperatur. På baggrund af de 27 inkluderede studier konkluderes, at målemetoden er afgørende for kernetemperaturen. Intervallet for normal kernetemperatur hos voksne er for

- oral temperatur: 33,2-38,2°C
- rektal temperatur: 34,4-37,8°C
- øretemperatur: 35,4-37,8°C
- aksillær temperatur: 35,5-37,0°C.

Ud over målemetoden skal døgn, køn, aktivitets- og aldersvariationer inddrages i fortolkning af den normale temperatur (6,9,18). Temperaturen er lavere under søvn og er normalt lavest om morgenen og højest om aftenen. I løbet af et døgn kan kropstemperaturen variere helt op til 0,3-2,0°C mellem forskellige individer (16). Det er ikke entydigt beskrevet i litteraturen, hvorvidt og hvor meget kernetemperaturen varierer mellem de to køn i løbet af døgnet (16). Der er konsensus vedrørende den hormonale påvirkning af kropstemperaturen. Temperaturen er ca. 0,2-)

]]]] BOKS 1. KOMPLIKATIONER TIL LET HYPOTERMI

- Øget risiko for tryksår
- Øget risiko for sårinfektion
- Nedsat sårheling
- Kardielle komplikationer
- Øget blødningstendens
- Øget behov for blodtransfusion
- Kulderystelser
- Nedsat komfortoplevelse.

]] 0,5°C højere i sidste halvdel af menstruationscyklussen (efter ægløsning) end i første halvdel (9,16,19,20). Sund-Levander peger dog i sit studie på, at det havde en større betydning, om kvinden var præ- eller postmenopausal end tidspunktet i menstruationscyklussen (18). Ældre mennesker, især svækkede ældre over 80 år, har en kernetemperatur, der er ca. 0,5°C lavere end yngre på grund af en generel dårlig cellulær funktion, mindre elasticitet i karrene, atrofiering af svedkirtler, mindre effektiv termoregulation, lavere basal metabolisme, nedsat mængde subkutant væv og lavere kardiovaskulær kraft.

Den fysiologiske definition på hypotermi er en kernetemperatur, der er mere end en standardafvigelse lavere end gennemsnitstemperaturen målt i hvile i et temperaturneutrale miljø (21).

Grænsen for hypotermi defineres i de fleste studier som en kernetemperatur under 36°C (1,2,12,14,22,23). Intervallet for mild (let) hypotermi varierer fra 34-36°C (2,9,12,24). I Carpenitos definition af hypotermi inddrages endvidere den potentielle risiko for hypotermi:

”The state in which an individual has, or is at risk of having, a sustained reduction of body temperature less than 35,5°C rectally because of increased vulnerability to external factors” (25).

En enkelt klinisk kontrolleret undersøgelse definerer hypotermi ud fra patientens oplevelse af kuldefornemmelse eller ved tilstedeværelsen af symptomer som shivering, perifer vasokonstriktion eller gåsehud (26). I den første kliniske retningslinje til forebyggelse af perioperativ hypotermi, udarbejdet af ASPAN, beskrives patientoplevelsen ligeledes:

”This Guideline acknowledges that hypothermia may be present anytime patients state they are cold” (17).

Majoriteten af litteraturen definerer således grænsen for hypotermi som kernetemperatur mindre end 36,0°C. Enkelte definitioner inddrager endvidere kliniske tegn på hypotermi og patientens subjektive oplevelse af kulde.

Hvilke målemetoder anbefales som valide?

At måle temperaturen er en af de ældste diagnostiske

metoder i verden, og det er stadig den mest pålidelige metode til at afgøre, om patienten er hypoterm eller har feber (16). Den måleværdi, som fremkommer, er dels afhængig af målested, dels af instrumentet og metodens pålidelighed. Det fremgår af litteraturen, at temperaturmåling er et kontroversielt område, præget af meninger, holdninger og ofte baseret på erfaringer frem for på viden. Mangfoldigheden afspejles i de forskellige målemetoder. Øre- og rektaltemperaturmåling er de markant hyppigst anvendte på danske sygehusafdelinger (27). I de videnskabelige artikler anvendes og sammenlignes temperaturmåling udført henholdsvis i øregangen (tympanic), endetarmen (rektalt), urinblæren, mundhulen (oralt/sublingvalt/oronasalt), spiserøret (øsofagealt), arterielt, pulmonalt, armhulen (aksillært) eller på panden (temporalt).

Temperaturer målt på forskellige steder af kroppen relaterer sig til hinanden, men er ikke identiske. Der gives i litteraturen anbefalinger for, hvorledes de forskellige værdier kan omregnes i forhold til hinanden, f.eks. lægges 0,3°C til ved måling oralt og 0,5°C ved måling aksillært, når værdierne skal omregnes til rektaltemperaturen (16). Hvorvidt temperaturen skal korrigeres i forhold til målemetoden, er ikke entydigt (18). Temperaturen i arteria pulmonalis betragtes som den mest præcise måleværdi for kernetemperaturen (12). På grund af den mængde blod, der passerer gennem arteria pulmonalis, korrelerer temperaturen her godt med temperaturen i hypothalamus, hvor det temperaturregulerende center er placeret (16). Hjernen er særlig omfindtlig for temperaturforandringer, hvorfor kernetemperaturen er vigtig at kende (19). Måling på et pulmonalt arteriekateter (PAC) betragtes globalt som den gyldne standard (6,28). Denne invasive målemetode egner sig imidlertid ikke til rutinemæssig måling på patienterne, hvorfor der er udviklet en række non-invasive metoder. Fælles for disse metoder er, at de kan afvige fra temperaturen målt på PAC pga. kroppens kompensatoriske mekanismer, f.eks. vasokonstriktion. I et litteraturstudie, der inkluderede 19 studier, anbefales rektal- og oraltermometer som de mest præcise (med lille spredning af resultater) og sikreste

(med høj grad af pålidelighed) non-invasive målemetoder i klinisk praksis (29). Det fremhæves ved anvendelse af rektaltermometer, at måleresultatet ligger ca. 0,3°C over kropskernetemperaturen med et forsinket respons på ca. 20 minutter i forhold til kropskernetemperaturen. Oraltemperaturen påvirkes af, om patienten umiddelbart før målingen har spist, drukket, udelukkende trækker vejret gennem munden eller er i iltbehandling (29). Tympanic- og aksiltermometre anbefales ikke på grund af for stor spredning af resultatet ved gentagne målinger, hvilket skyldes problemer med at anvende termometeret korrekt og ikke selve målemetoden (29,30). Måling af den perifere hudtemperatur kan ikke bruges som mål for kernetemperaturen, da sammentrækning af hudens blodkar resulterer i for lave måleværdier i forhold til kernetemperaturen (16,26). Måling af perifertemperatur bruges f.eks., når forskellen, den såkaldte gradient, mellem kerne- og perifertemperatur observeres til f.eks. at forudsige kulderystelser (31). Temporalt arterietermometer (TAT) er en af de nyeste introducerede non-invasive målemetoder. Flere studier peger på, at målinger foretaget med TAT er lige så præcise og sikre som målinger foretaget rektalt, oralt eller i urinblæren (32,33).

I en prospektiv, deskriptiv og komparativ analyse af måleresultaterne fra 57 intensive patienter blev henholdsvis TAT og aksiltermometer (AT) sammenlignet med målingerne fra PAC. Gennemsnitstemperaturen fra alle måleresultaterne var for PAC 37,1°C, TAT 37,0°C og AT 36,6°C. Målingerne med TAT og PAC var ikke signifikant forskellige (0,14°C), hvorimod der var en signifikant forskel på målingerne med AT og PAC (0,46°C) (34). Greenes konkluderede ligeledes, i en prospektiv evaluering af nøjagtigheden af TAT og tympanic-termometer i forhold til rektaltermometer på 304 patienter, at TAT-termometeret var signifikant tættere på måleresultaterne fra rektaltermometeret end tympanic-målingerne (32).

Hvilke utilsigtede konsekvenser har let hypotermi?
Forekomsten af utilsigtet hypotermi hos kirurgiske patienter angives i litteraturen fra 50-90 pct. (7,9).

Det dokumenteres, at let hypotermi (35-36°C) kan være en risikofaktor for postoperative komplikationer i form af kardielle komplikationer, nedsat sårheling, øget blødningstendens og øget risiko for sårinfektion (7,17,24,35) (se boks 1 side 42). I en meta-analyse, hvori der indgik et patientmateriale på 1.061 patienter, identificeredes den procentuelle fordeling af risikofaktorerne ved let hypotermi i forhold til normotermi med følgende:

- 13 pct. flere fik sårinfektioner
- 4 pct. flere fik tryksår
- 8 pct. flere havde behov for blodtransfusion
- 21 pct. flere fik påvirkning af hjertet (1).

Kroppens varmeproduktion kan ændres ved at nedsætte eller øge energistofskiftet. Cellernes stofskifte leverer den basale varmeproduktion. Næringsstoffernes energi omsættes til varme, som via blodet fordeles i kroppen. Varmeafgivelsen kan ændres ved at øge eller nedsætte blodgennemstrømningen i huden samt øge eller nedsætte svedkirtlernes funktion. Disse funktioner bliver styret fra det temperaturregulerende center i hypothalamus. Centret modtager informationer om hudtemperaturen fra varme- og kuldereceptorer i huden. Desuden registreres temperaturen på blodet, der passerer det temperaturregulerende center. Således fungerer centret som en termostat, der er indstillet på ca. 37°C, også kaldet "set point" (36). Registrerer de temperaturfølsomme receptorer kulde, reagerer termostaten

STOP OP OG TÆNK

- Hvordan forebygges utilsigtet hypotermi i din praksis?
- Hvor hyppigt oplever du, at patienten har kulderystelser efter operation?
- Hvordan oplever du, at kuldeoplevelsen påvirker patienten?
- Måles operationspatienternes temperatur rutinemæssigt?
- Hvilke fejlkilder er der til den temperaturmålingsmetode, I anvender?

» ved at sende impulser gennem nervecellerne til skeletmuskulaturen. Musklerne begynder at sitre, såkaldt shivering, hvorved varmeproduktionen øges. Endvidere sendes impulser til huden, dels til de glatte muskler i hudens arterioler som trækkes sammen, hvorved der sendes mindre blodvolumen til huden, dels til svedkirtlerne som nedsætter svedsekretionen. Varmetabet bliver herved reduceret. Grænsen for vasokonstriktion angives til ca. 36,7°C (6). Hvis kroppen over længere tid registrerer kulde, hæves stofskiftet ved at øge udskillelsen af dels adrenalin fra binyremarven, dels thyroxin fra skjoldbruskkirtlen (6,7).

I forbindelse med et kirurgisk indgreb er det normalt, at kernetemperaturen falder, hvis ikke dette forebygges. Kernetemperaturen falder som et resultat af varmetab til de kølige omgivelser samt de fysiologiske påvirkninger af den normale termoregulering betinget af vasodilatation og nedsat muskeltonus, som medicin anvendt i forbindelse med anæstesi medfører. Kliniske studier dokumenterer, at hypotermi under anæstesi og kirurgi er karakteriseret ved et hurtigt fald i kropstemperaturen på 0,5-1,5°C inden for den første times anæstesi efterfulgt af et langsommere fald over de næste timer, hvis der ikke foretages nogen intervention. Efter 3-5 timers anæstesi stabiliserer kropstemperaturen sig omkring 34-35°C som et udtryk for en ligevægt mellem varmetab og varmeproduktion (1,37-39). Alle intravenøse anæstetika og inhalationsanæstetika hæmmer temperaturregulationen ved både at øge varmetærsklen, dvs. forekomst af sved ved forhøjet kropstemperatur, og sænke kuldetærsklen, dvs. vasokonstriktion og kulderystelser ved fald i legemstemperatur (3,9,39). Normalt vil en afvigelse på 0,2°C fra de optimale 37°C sætte temperaturregulationen i gang. Denne autoregulation påvirkes af anæstesimidler og kan øges med op til 20 pct. (1,40). Anæstesimidler påvirker kroppens temperaturregulering på flere områder:

- Medicin resulterer i en vasodilatation, som tillader varmetab til omgivelserne, beskrevet som "post-induction core-to-peripheral redistribution of body heat"(1)

• Efterfølgende sker der varmetab fra hudoverfladen til omgivelserne ved henholdsvis:

- fordampning
- ledning, der er en varmeudveksling mellem hudoverfladen og de berørte genstande som f.eks. operationslejet
- konvektion, hvor der foregår en varmeudveksling mellem den omgivende luft på operationsstuen og hudoverfladen
- stråling, hvor der sker en varmeudveksling mellem hudoverfladen og genstande i omgivelserne f.eks. fra et koldt operationsbord til patienten.

Patientens påklædning, længden af anæstesi, kolde intravenøse væsker, rumtemperaturen på operationsstuen samt typen af kirurgi nævnes endvidere som årsager til hypotermi (2,7). Sammenlignes generel anæstesi med regionalanæstesi, er det ikke entydigt, hvorvidt der er nogen forskel i forekomsten af hypotermi (7,9). Under regional anæstesi, både spinal og epidural, ses nedsat kuldetærskel svarende til de lokalbedøvede områder resulterende i central hypotermi i samme grad som ved generel anæstesi (39,40). Ved regional anæstesi hæmmes temperaturreguleringen specielt på den nedre halvdel af kroppen og mest udtalt hos ældre på grund af ændringer i blodkarrenes eftergivelse, nedsat muskelmasse og nedsat metabolisme.

Sammenhæng mellem hypotermi og køn er ikke tilstrækkeligt dokumenteret, dog beskrives det, at kvinder sjældnere oplever perioperativt varmetab end mænd på grund af en øget mængde beskyttende fedtlag (7).

Kontrollerede, randomiserede undersøgelser med sammenligning af normotermi versus let hypotermi under karkirurgiske indgreb hos højrisikopatienter har vist en signifikant reduktion af kardielle komplikationer (ustabil angina pectoris, myokardieiskæmi, hjertestop, myokardieinfarkt og ventrikulær takykardi) i gruppen, som intraoperativt fik opretholdt en normal legemstemperatur (12). En mulig årsag til disse fund er formentlig, at intraoperativ hypotermi medfører en markant stigning i postoperativt iltforbrug sammenlignet med patienter, som har normal

»»» BOKS 2. PYROGENFRIGØRELSE

Feber er et led i kroppens infektionsbekæmpelse. Når der trænger mikroorganismer ind i kroppen, bliver de fagocyteret af de hvide blodlegemer, leukocytterne. Leukocytterne udskiller dernæst nogle stoffer, pyrogener, der påvirker cellerne i det temperaturregulerende center til en indstilling på et højere niveau, det vil sige til at skrue op for termostaten. Større vævsødelæggelse kan ligeledes medføre feber, idet kroppens egne døde celler i lighed med mikroorganismene bliver fagocyteret af leukocytterne. Vævsødelæggelse medfører derfor også udskillelse af pyrogener.

legemstemperatur ved operationens afslutning. Andre mekanismer kan være øget sympatikustonus med øget koncentration af katekolaminer forårsaget af hypotermien med deraf følgende kardiell belastning (41,42). Luftvejenes naturlige forsvar mod aspiration og pneumoni nedsættes ved let hypotermi, og der ses en initial hurtig vejrtrækning (takypnø) efterfulgt af en reduktion af minutvolumen og nedsat iltoptagelse (43). Fysiologisk betingede karakteristika for den let hypotermie patient er kulderystelser, øget diurese, kølig bleg hud og hurtig hjerterefrekvens (43). Øget forekomst af postoperative sårkomplikationer beskrives endvidere som en dokumenteret komplikation til intraoperativ hypotermi. I en klinisk kontrolleret, randomiseret undersøgelse fandtes sårinfektion hos 18 ud af 96 patienter (19 pct.) med hypotermi (~34,7°C) og hos seks ud af 104 patienter (6 pct.) med normotermi (~36,6°C) (44). Forklaringen på dette fund er formentlig, at let perioperativ hypotermi medfører termoregulatorisk perifer vasokonstriktion, som nedsætter den subkutane iltension i sårområdet. Som følge heraf nedsættes de neutrofile granulocytters evne til at foretage bakteriedrab, og kollagenproduktionen fra fibroblasterne i området hæmmes (44). Der er god evidens for, at perioperativ hypotermi hæmmer blodets evne til at koagulere ved at hæmme trombocytternes frigivelse af thromboxan A2 og ved at forlænge protrombintiden og dermed øge blødningstendensen (39,40).

Blodtabet og behovet for blodtransfusion var signifikant lavere hos patienter, som blev varmet aktivt under total hoftalloplastik (~36,6°C) sammenlignet med en ubehandlet kontrolgruppe (~35,0°C) (45).

Opholdet på opvågningen forlænges med op til 26 pct. for hypotermie patienter sammenlignet med patienter med normal temperatur målt ved operationens afslutning (1,7,46). Let hypotermi har en dokumenteret effekt på kroppens medicinmetabolisme og forlænger effekten af de medikamenter, der anvendes i forbindelse med anæstesi (1,40).

Postoperative kulderystelser, kaldet muskelfascikulationer eller shivering, inddeles i litteraturen i to typer: Den ene har direkte sammenhæng med lav

kernetemperatur, og den anden er uafhængig af termoregulationen (1). Mekanismen bag shivering er ikke tilstrækkelig beskrevet, men der synes at være en sammenhæng mellem både den centrale og perifer temperatur. I et studie beskrives, hvorledes aktiv opvarmning af huden med varmluft hurtigt stopper rystelserne, før der ses en signifikant stigning i den centrale kernetemperatur (9). Hos de fleste patienter er postoperativ shivering et resultat af hypotermi på grund af nedsat temperaturregulering bl.a. udløst af anæstetika, nedsat metabolisme og kølige omgivelser (47). Insler angiver, at shivering forekommer ved en kernetemperatur på <35,5°C (6). I litteraturen angives postoperative smerter, respiratorisk alkalose, undertrykt spinalrefleks, pyrogenfrigørelse (se boks 2 herover) samt yngre alder som mulige faktorer for udløsning af den ikke-temperaturafhængige shivering (42,48). Klinisk kontrollerede undersøgelser dokumenterer sammenhæng mellem shivering, forlænget blødningstendens samt øget infektionsrisiko (1,44). Shivering øger iltforbruget (O₂) med op til 500 pct. af udgangsværdien og har dokumenterede kardiovaskulære, respiratoriske og metaboliske konsekvenser (1,10). Ud over de fysiologiske konsekvenser beskrives ubehaget for patienten og den stressende oplevelse af kulde med øget smerte på grund af muskelkontraktionerne omkring det kirurgiske sår (47).

Shivering kan forebygges ved at hæve temperaturen på operationsstuen til >23°C, præoperativ opvarmning af patienten med varmluft ca. 30 min. før operation, maksimal tildækning af patienten samt opvarmning af intravenøse væsker (22).

Hvilke anbefalinger gives for forebyggelse af hypotermi?

I flere metaanalyser og evidensbaserede kliniske retningslinjer anbefales opvarmning ved hjælp af varmluft (kaldet konvektionsopvarmning eller forced-air warming system,) som den mest effektive varmemetode til at forebygge og behandle hypotermi præ- og perioperativt (17,24,37). I praksis blæses varmluft ind i et specialfremstillet tæppe, som dækker dele af patienten. I tillæg konkluderes det i et litteraturstudie, der inkluderede 26 studier, at konvektions-

» opvarmning er den hyppigst anvendte metode til opvarmning af patienterne (1). Særlig opmærksomhed på forebyggelse skal rettes mod de udsatte patienter som f.eks. ældre, børn, patienter med hypothyroidisme, medicinoverdosering og ketoacidose (49).

I en oversigtsartikel angives, at såfremt temperaturen på operationsstuen er under 21°C, vil alle patienter udvikle hypotermi, såfremt de ikke opvarmes på anden vis (8,50). Modsvarende er en temperatur på 26°C dokumenteret effektiv til forebyggelse af hypotermi (22).

Fossum et al. gennemførte et klinisk kontrolleret studie, hvor der anvendtes henholdsvis konvektionsopvarmning og opvarmede bomuldstæpper før operationen for at afdække eventuelle forskelle i patienternes temperatur ved ankomsten til opvågningen (PACU). Resultatet af undersøgelsen viste, at de patienter, der modtog konvektionsopvarmning, havde en signifikant højere temperatur ved ankomsten til opvågningen.

Undersøgelsesresultaterne dokumenterer ligeledes, at 66 pct. af de patienter, der modtog konvektionsvarme, rapporterede et komfortniveau på 0, hvor 0 er et udtryk for den bedste temperaturkomfort (most thermally comfortable), og 10 er værste temperaturkomfort (most thermally uncomfortable) (38). Undersøgelsen understøtter, at præoperativ opvarmning medvirker til at øge patientens temperaturkomfort. Det anbefales desuden, at strømper og tildækket hoved kan medvirke til at forebygge varmetab (2). Lav kernetemperatur før operation anses for en potentiel risikofaktor for udvikling af hypotermi (50). Det kan være vanskeligt at opvarme hypoterme patienter med konvektionsvarme, idet den perifere vasokonstriktion effektivt isolerer den centrale temperatur, som dermed forbliver hypoterm (9). Til sammenligning er det lettere at opvarme patienten præ- og peroperativt, fordi patienten er vasodilateret. Forced-air warmer angives at øge patientens temperaturkomfort samt medvirke til nedsættelse af frekvens og varighed af postoperativ shivering (47). Termoregulationen skønnes at være normaliseret ca. 15 min. efter ankomst til opvågningen.

Hvilken oplevelsesmæssig betydning har hypotermi for patienten?

Temperatur beskrives som en del af patientens oplevelse af velbefindende i forbindelse med operation. Oplevelse af temperaturkomfort eller diskomfort påvirker patientens overordnede oplevelse af pleje og behandling (51). I en klinisk kontrolleret undersøgelse blev det dokumenteret, at patienter, der ankom hypoterme til opvågningen, følte sig ubehageligt kolde i op til to timer postoperativt, og de scorede sig ved hjælp af en visuel analog skala til en lavere komfort end normoterme patienter. Det interessante er dog, at for de patienter, der ankom normoterme, og som oplevede en negativ komfortscore, vedblev den negative komfortscore længere end for de patienter, som var hypoterme. Det skal bemærkes, at det varede mere end fire timer, før kernetemperaturen for de hypoterme patienter var på niveau med de normoterme patienter (36).

Den deskriptive fremstilling af patienternes oplevelse af hypotermi begrænser sig i litteraturen til følgende termer:

- "feeling cold"
- "uncomfortable cold"
- "unpleasantly cold"
- "thermal discomfort" (8,36,52).

Der beskrives en relation til begrebet komfort eller velvære, der udgør et overordnet mål for den planlagte, udførte og evaluerede sygepleje til den operative patient. Fanger definerer som den eneste begrebet temperaturkomfort: "That condition of mind which expresses satisfaction with the thermal environment" (51).

Der er ikke fundet litteratur, som nærmere definerer, hvad patientens oplevelse af temperaturkomfort eller diskomfort er betinget af, eller hvorledes sygeplejersken kan identificere og medvirke til patientens opnåelse af temperaturkomfort. I litteraturen beskrives det, at temperaturkomfort primært relaterer sig til hudtemperaturen og ikke kernetemperaturen, hvilket kan forklares ud fra, at den perifere temperatur hurtigere påvirkes af den kølige rumtemperatur, end kernetemperaturen gør (26).

LÆSERTEST

1. Let hypotermi er defineret som en kernetemperatur på:
 - a. 35°C til 36°C
 - b. 34°C til 35°C
2. Kernetemperaturen reguleres hormonelt af:
 - a. Thyroidea
 - b. Hypothalamus
3. Den mest præcise måleværdi for kernetemperaturen opnås ved at måle:
 - a. i rectum
 - b. i arteria pulmonalis
 - c. i mundhulen
4. I forbindelse med anæstesi og kirurgi falder kropstemperaturen:
 - a. 0,5-1,5°C inden for den første times anæstesi
 - b. 1,0-2,5°C inden for den første times anæstesi
5. Let perioperativ hypotermi medfører:
 - a. Perifer vasodilatation
 - b. Perifer vasokonstriktion
6. Den mest effektive varmemetode til at forebygge og behandle hypotermi er:
 - a. Rumtemperatur på 21°C
 - b. Bømløstæpper
 - c. Varmluftopvarmning

Se svar side 49.

Temperaturkomfort er en dimension af patientens samlede komfort, som præsenteres i en bred forståelse, således som f.eks. den amerikanske sygeplejeforsker Katherine Kolcaba beskriver det:

”The immediate state of being strengthened through having the human needs for relief (lindring), ease (lettelse), and transcendence (overskridelse eller overvindelse) met in four contexts of experience (physical, psychospiritual, sociocultural, and environmental)” (53). Kolkaba definerer komfort ud fra et patientperspektiv og har gennem interventionsstudier arbejdet med at gøre komfort målbar. Sygeplejehandlinger til forebyggelse eller behandling af patienter, der er kolde eller føler sig kolde, antages at have en positiv effekt på patientens helhedsopfattelse af behandlingen. Flere studier dokumenterer den positive terapeutiske effekt af præoperativ konvektionsopvarmning, idet patienterne følte sig mindre angst og havde færre klager over smerter (51,54).

Det kliniske og biomedicinske perspektiv på hypotermi er bredt beskrevet i litteraturen, hvor det fremgår, at let hypotermi er en multifaktoriel og alvorlig komplikation, der kan forekomme hyppigt hos postoperative patienter. Sygeplejeintervention ligger i at regulere patientens kropstemperatur ved hjælp af relevant opvarmningsstrategi under og efter operationen for at bedre patientens fysiske og psykiske velbefindende. Hvorledes patienternes oplevelse af kulde påvirker deres oplevelse af komfort, er ikke tilstrækkeligt undersøgt.

*Carsten Michel Pedersen
er klinisk oversygeplejerske på
anæstesiologisk afdeling Z
på Bispebjerg Hospital;
cped0070@bbh.regionh.dk*

Litteratur

1. Scott EM, Buckland R. A systematic review of intraoperative warming to prevent postoperative complications. AORN J. 2006 May;83(5):1090-104, 1107-13.
2. Paulikas CA. Prevention of unplanned perioperative hypothermia. AORN J. 2008 Sep;88(3):358-65; quiz 365-8.
3. Fox LK, Flegal MC, Kuhlman SM. Principles of anesthesia monitoring-body temperature. J.Invest.Surg. 2008 Nov-Dec; 21(6):373-4.
4. Nightingale F. Notes on nursing. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard; 2006.
5. Henderson V. The nature of nursing: en definition og dens implikationer for praksis, forskning og uddannelse: overvejelser 25 år efter. 1. Udgave, København: Munksgaard Danmark; 2005.
6. Insler SR, Sessler DI. Perioperative thermoregulation and temperature monitoring. Anesthesiol.Clin. 2006 Dec;24(4):823-37.
7. Kiekkas P, Pouloupoulou M, Papahatzi A, Souleles P. Effects of hypothermia and shivering on standard PACU monitoring of patients. AANA J. 2005 Feb;73(1):47-53.
8. Bernthal EM. Inadvertent hypothermia prevention: the anaesthetic nurses' role. Br.J.Nurs. 1999 Jan 14-27;8(1):17-25.
9. Forstot RM. The etiology and management of inadvertent perioperative hypothermia. J.Clin.Anesth. 1995 Dec;7(8):657-74.
10. De Witte J, Sessler DI. Perioperative shivering: physiology and pharmacology. Anesthesiology 2002 Feb;96(2):467-84.
11. Panagiotis K, Maria P, Argiri P, Panagiotis S. Is post-anesthesia care unit length of stay increased in hypothermic patients? AORN J. 2005 Feb;81(2):379-82, 385-92.
12. Rosenberg J, Sessler DI. Mild intraoperative hypothermia. Another risk factor for postoperative complications. Ugeskr.Laeger 1999 May 17;161(20):2935-8.
13. Alderson P, Signorini D, Patil C. Therapeutic hypothermia for head injury. Cochrane Database of Systematic

- »» Reviews 2004, Issue 4. Art. No.: CD001048. DOI: 10.1002/14651858.CD001048.pub2.
14. Stanhope N. Temperature measurement in the phase I PACU. *J.Perianesth.Nurs.* 2006 Feb;21(1):27-33; quiz 34-6.
15. Sund-Levander M, Forsberg C, Wahren LK. Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. *Scand.J.Caring Sci.* 2002 Jun;16(2):122-8.
16. Sund-Levander M. Når patienten har feber. 1. udgave ed. Kbh.: Munksgaard; 2000.
17. American Society of PeriAnesthesia Nurses, ASPAN. Clinical guideline for the prevention of unplanned perioperative hypothermia. 2001;16:305-14.
18. Sund-Levander M, Grodzinsky E, Loyd D, Wahren LK. Errors in body temperature assessment related to individual variation, measuring technique and equipment. *Int.J.Nurs.Pract.* 2004 Oct;10(5):216-23.
19. Almås Hallbjørg. Klinisk sygepleie. Bind 1. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2001.
20. Lopez M, Sessler DI, Walter K, Emerick T, Ozaki M. Rate and gender dependence of the sweating, vasoconstriction, and shivering thresholds in humans. *Anesthesiology* 1994 Apr;80(4):780-8.
21. Buggy DJ, Crossley AW. Thermoregulation, mild perioperative hypothermia and postanaesthetic shivering. *Br.J.Anaesth.* 2000 May;84(5):615-28.
22. El-Gamal N, El-Kassabany N, Frank SM, Amar R, Khabbar HA, El-Rahmany HK et al. Age-related thermoregulatory differences in a warm operating room environment (approximately 26 degrees C). *Anesth.Analg.* 2000 Mar;90(3):694-8.
23. Arndt K. Inadvertent hypothermia in the OR. *AORN J.* 1999 Aug;70(2):204-6, 208-14; quiz 215-8, 221-2.
24. Mahoney CB, Odom J. Maintaining intraoperative normothermia: a meta-analysis of outcomes with costs. *AANA J.* 1999 Apr;67(2):155-63.
25. Carpenito-Moyet LJ. Handbook of nursing diagnosis. 11. ed. ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins; 2006.
26. Frank SM, Raja SN, Bulcao CF, Goldstein DS. Relative contribution of core and cutaneous temperatures to thermal comfort and autonomic responses in humans. *J.Appl.Physiol.* 1999 May;86(5):1588-93.
27. Smith R, Woldike PM, Linneberg A. Methods of first-choice for clinical temperature measurement in Danish hospital wards. *Ugeskr.Laeger* 2008 May 26;170(22):1930-3.
28. Jaffe DM. What's hot and what's not: the gold standard for thermometry in emergency medicine. *Ann.Emerg. Med.* 1995 Jan;25(1):97-9.
29. Vind Hansen H, Thurah Ad. Klinisk retningslinje til måling af temperatur. *Sygeplejersken* 2004;104(23):24-31.
30. Nordas TG, Leiren S, Hansen KS. Can ear temperature measurement be used in a hospital? *Tidsskr.Nor.Laegeforen.* 2005 Oct 20;125(20):2763-5.
31. Sund-Levander M. Feber. Lund: Studentlitteratur; 1999.
32. Greenes DS, Fleisher GR. Accuracy of a noninvasive temporal artery thermometer for use in infants. *Arch. Pediatr.Adolesc.Med.* 2001 Mar;155(3):376-81.
33. Kimberger O, Cohen D, Illievich U, Lenhardt R. Temporal artery versus bladder thermometry during perioperative and intensive care unit monitoring. *Anesth. Analg.* 2007 Oct;105(4):1042-7, table of contents.
34. Myny D, De Waele J, Defloor T, Blot S, Colardyn F. Temporal scanner thermometry: a new method of core temperature estimation in ICU patients. *Scott.Med.J.* 2005 Feb;50(1):15-8.
35. Kumar S, Wong PF, Melling AC, Leaper DJ. Effects of perioperative hypothermia and warming in surgical practice. *Int.Wound.J.* 2005 Sep;2(3):193-204.
36. Kurz A, Sessler DI, Narzt E, Bekar A, Lenhardt R, Huemer G, et al. Postoperative hemodynamic and thermoregulatory consequences of intraoperative core hypothermia. *J.Clin.Anesth.* 1995 Aug;7(5):359-66.
37. Wagner DV. Unplanned perioperative hypothermia. *AORN J.* 2006 Feb;83(2):470, 473-6.
38. Fossum S, Hays J, Henson MM. A comparison study on the effects of prewarming patients in the outpatient surgery setting. *J.Perianesth.Nurs.* 2001 Jun;16(3):187-94.
39. Sessler DI. Mild perioperative hypothermia. *N.Engl.J.Med.* 1997 Jun 12;336(24):1730-7.
40. Sessler DI. Perioperative thermoregulation and heat balance. *Ann.N.Y.Acad.Sci.* 1997 Mar 15;813:757-77.
41. Frank SM, Higgins MS, Breslow MJ, Fleisher LA, Gorman RB, Sitzmann JV et al. The catecholamine, cortisol, and hemodynamic responses to mild perioperative hy-

»» SVAR PÅ LÆSERTEST SIDE 47

- 1: A
2: B
3: B
4: A
5: B
6: C

- pothemia. A randomized clinical trial. *Anesthesiology* 1995 Jan;82(1):83-93.
42. Sessler DI, Rubinstein EH, Moayeri A. Physiologic responses to mild perianesthetic hypothermia in humans. *Anesthesiology* 1991 Oct;75(4):594-610.
43. Mallet ML. Pathophysiology of accidental hypothermia. *QJM* 2002 Dec;95(12):775-85.
44. Kurz A, Sessler DI, Lenhardt R. Perioperative normothermia to reduce the incidence of surgical-wound infection and shorten hospitalization. Study of Wound Infection and Temperature Group. *N.Engl.J.Med.* 1996 May 9;334(19):1209-15.
45. Schmied H, Kurz A, Sessler DI, Kozek S, Reiter A. Mild hypothermia increases blood loss and transfusion requirements during total hip arthroplasty. *Lancet* 1996 Feb 3;347(8997):289-92.
46. Lenhardt R, Marker E, Goll V, Tschernich H, Kurz A, Sessler DI et al. Mild intraoperative hypothermia prolongs postanesthetic recovery. *Anesthesiology* 1997 Dec;87(6):1318-23.
47. Alfonsi P. Postanaesthetic shivering: epidemiology, pathophysiology, and approaches to prevention and management. *Drugs* 2001;61(15):2193-205.
48. Eberhart LH, Doderlein F, Eisenhardt G, Kranke P, Sessler DI, Torossian A et al. Independent risk factors for postoperative shivering. *Anesth.Analg.* 2005 Dec;101(6):1849-57.
49. Day MP. Hypothermia: a hazard for all seasons. *Nursing* 2006 Dec;36(12 Pt.1):44-7.
50. Macario A, Dexter F. What are the most important risk factors for a patient's developing intraoperative hypothermia? *Anesth.Analg.* 2002 Jan;94(1):215-20, table of contents.
51. Wagner D, Byrne M, Kolcaba K. Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN J.* 2006 Sep;84(3):427-48.
52. de Dear R. Thermal comfort in practice. *Indoor Air* 2004;14 Suppl 7:32-9.
53. Kolcaba K, Tilton C, Drouin C. Comfort Theory: a unifying framework to enhance the practice environment. *J.Nurs.Adm.* 2006 Nov;36(11):538-44.
54. Holmer I. Cold but comfortable? Application of comfort criteria to cold environments. *Indoor Air* 2004;14 Suppl 7:27-31.
55. Den Hertog HM, van der Worp HB, Tseng MC, Dippel DWJ. Cooling therapy for acute stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD001247. DOI: 10.1002/14651858.CD001247.pub2.

»» ENGLISH ABSTRACT

Pedersen C. The cold postoperative patient. *Sygeplejersken* 2009;(13):40-9.

The range for normal core temperature is given as 36-38°C; however, this is conditional - depending on the measuring method used, the time of day, and the gender and age of the subject. The pulmonary artery is given as being the most precise invasive site for measuring core body temperature. Rectal, oral or temporal artery thermometry are recommended as the most precise and reliable non-invasive measuring methods in clinical practice. The extent to which the core temperature needs correcting with regard to the method of temperature measurement is not clear cut. Body temperature is maintained and regulated within a narrow range of 0.2°C by the temperature-regulating centre in the hypothalamus. Intravenous and inhaled anaesthetics inhibit thermoregulation. Similarly, the type of surgical procedure, the room temperature, the time over which the patient is exposed to cool surroundings and operating theatre equipment, together with exposure of the patient, contribute to development of hypothermia. Hypothermia is defined as a core temperature below 36°C. Only isolated studies include the patient's experience of cold and the presence of symptoms such as shivering, peripheral vasoconstriction or goose bumps. Mild hypothermia, 35-36°C, increases the incidence of postoperative complications in the form of delayed wound healing, wound infections, pressure sore formation, cardiac complications and increased bleeding tendency. Hypothermia also increases time in recovery, and the patient's experience of discomfort and pain is exacerbated. Convection warming is recommended as the most effective warming method in preventing and treating hypothermia and shivering. The experience of thermal comfort or discomfort affects the patient's general experience of care and treatment.

Key words: Hypothermia, temperature regulation, convection warming.



Den intensive sygepleje

AF ANNE FRIIS, GITTE MELDGAARD NIELSEN OG METTE ROSENDAHL-NIELSEN, INTENSIVSYGEPLEJERSKER

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at den intensive sygepleje ikke kun handler om akutte instrumentelle opgaver, men i lige så høj grad om opgaver relateret til forebyggelse og langvarigt behov for sygepleje. Artiklen er en praksisbeskrivelse fra intensiv afdeling på Rigshospitalet.

Dagen begynder med modtagelse af en ny patient, der ankommer fra operationsgangen. I forbindelse med en undersøgelse har patienten, en midaldrende mand, fået hjertestop. Patienten er blevet genoplivet, men er bevidstløs og kredsløbsustabil. Han får tilsluttet overvågningsudstyr og respirator, og lægen ordinerer nedkøling et døgn for at minimere risikoen for cerebral skade. Sygeplejersken lægger køledragt på patienten og tilslutter kølemaskinen, mens lægen ordinerer den medicinske behandling.

I mellemtiden er patientens familie ankommet, og de bliver kort informeret om situationen, inden sygeplejersken går videre med den akutte pleje af patienten. Vitale parametre observeres, registreres og viderefremmes til lægen, akutte pleje- og behandlingsopgaver udføres for at rette op på kredsløb og hjerterytme. Der anlægges kateter til kontinuerlig blodtryksmåling, et til væskeinfusion, ventrikelsonde til opstart af ernæring og urinkateter til kontrol af diurese. Patienten lejres på en aflastningsmadras, da han skal holdes tungt sovende og derfor er i risiko for at udvikle tryksår. Patienten trakealsuges for at forhindre sekretstagnation og udvikling af atelektase, mundhulen renses og fugtes for at undgå lungeinfektion med bakterier fra mundhulen, og øjnene fugtes for at undgå udtørring af cornea. Den ordinerede medicin gives, og behovet for smertestillende og afslappende medicin vurderes, og behandlingen justeres på baggrund af dette.

Vi orienterer hele tiden familien om, hvad vi gør, og forsøger at hjælpe dem med at "stå det igennem" og svare på deres spørgsmål – selv om vi ikke kan svare på det spørgsmål, de helst vil have svar på: "Overlever han, og bliver han sig selv igen, eller har hans hjerne taget skade?"

Inden vi får set os om, er dagen gået, og ansvaret for patientens pleje og behandling og omsorgen for

>>> BOKS 1. KOMMUNIKATIONSSYSTEMET ROLLTALK

Rolltalk kommunikationssystem bruges af mennesker med nedsat taleevne eller motorik, enten medfødt eller som følge af sygdom eller ulykke. Rolltalk giver også mulighed for andre funktioner: Det kan bl.a. fungere som fjernkontrol for en elektrisk kørestol, brug af internettet og mobiltelefon og meget mere. Man kan læse mere om systemet på www.rolltalk.com

hans familie gives videre til de kollegaer, der kommer i aftenvagte.

Klar til hjemmebesøg

Dagen begynder tidligt, da en patient skal gøres klar til hjemmebesøg. Patienten er en 10-årig dreng, Frederik, som efter en akut leukæmi, kemobehandling og knoglemarvstransplantation har fået en infektion, der har medført, at han har mistet hørelsen og er blevet lam fra halsen og ned. Frederik kan ikke selv trække vejret på grund af sin lammelse, hvorfor han har været her på intensiv i fire måneder. Han er fuldstændigt afhængig af pleje og respiratorbehandling, og da forløbet er langvarigt, har vi etableret et fast tværfagligt team omkring ham og hans familie. Der afholdes jævnligt konferencer, hvor der laves aftaler og handlingsplaner for det videre forløb, ligesom der er taget kontakt til Respirationscenter Øst med henblik på hjemmerespiratorbehandling. Hans høretab forventes at være permanent, og hjemkommunen har været behjælpelig med at skaffe et kommunikationssystem (se boks 1 herover).

Den sygeplejerske, der har varetaget Frederiks pleje i weekenden, har pakket det udstyr, der skal med, efter den tjekliste vi udarbejdede sammen ugen før. Udstyret fylder det halve af stuen.

Der er bestilt en sengeambulance til hjemtrans-



10-årige Frederik har her besøg af Jesper Grønkjær, Ståle Solbakken og Flemming Østergaard fra FC København

er mangfoldig

porten, og Frederik bliver vasket og får sin medicin og sin morgenmad. Sygeplejersken og lægen tjekker, at transportrespiratoren er i orden, og at det transportable sug fungerer, så vi kan suge ham undervejs. Frederik har en påvirket bevidsthed, så både hans far og vi er noget usikre på, hvor meget han egentlig vil få ud af hjemmebesøget – men nu må vi se. Transporten er bestilt til kl. 9.00, men på grund af akutte udrykninger kommer vi først af sted kl. 13.45 – med intensivseng, respirator og alt udstyret.

Turen tager halvanden time og forløber uden problemer. Det eneste problem er, at vi faktisk har bestilt hjemtransport til kl. 15.00 – og vi er først fremme kl. 14.45. Heldigvis er der ingen af de tre, der er med på hjemmebesøget (to sygeplejersker og en læge), som har uopsættelige planer for aftenen, så vi laver en aftale om i stedet at blive hentet kl. 18.00, så vi kan være tilbage på hospitalet kl. 19.30. Vi får hjulpet Frederik over i kørestolen og parkerer intensivsengen i laden mellem halmballer og landbrugsmaskiner.

Heldigvis vågner Frederik helt op og nyder tydeligvis at være hjemme. Da vi kommer tilbage sent om aftenen, er vi alle enige om, at det har været en rigtig god dag.

En forskelligartet sygepleje

Ovenstående to beskrivelser illustrerer, hvor forskelligartet intensiv sygepleje kan være. Hvor vores arbejde ofte forbindes med akutte instrumentelle opgaver og et billede af sygeplejersker med stetoskop om halsen og Rubens ballon under armen, er den hverdag, vi oplever, meget mere nuanceret og kræver mange forskellige færdigheder og kompetencer.

Professor i sygepleje Marit Kirkevold har i bogen "Vitenskap for praksis?" beskrevet sygeplejen som en række opgaver, der afhænger af patientens situation (1), og denne beskrivelse illustrerer fint vores arbejde. Situationerne spænder fra de akut livreddende, der kræver handling her og nu over proble-

matiske situationer, hvor behov og handlinger ikke er klare, men kræver analyse, vurderinger og revurderinger af patientens situation og reaktioner til situationer med langvarigt behov for sygepleje. Sidst, men ikke mindst rummer den intensive sygepleje mange opgaver af forebyggende karakter, hvor det handler om at undgå komplikationer hos den sårbare og udsatte intensive patient.

Ser vi på de to praksisbeskrivelser, er den første præget af patientens akutte situation, hvor det at handle her og nu er i fokus. Denne situation er karakteristisk for patienters første periode på intensiv afdeling. Patienten er kritisk syg, og det handler om at sikre patientens overlevelse og kompensere for svigtende organfunktioner.

"De to praksisbeskrivelser illustrerer, hvor vigtigt det er, at uddannelsen til intensivsygeplejerske rummer mangfoldigheden i den intensive sygepleje."

Efterhånden som situationen stabiliseres, skifter fokus. Sygeplejerskernes opgaver bliver, ud over forebyggelse af yderligere komplikationer, i højere grad koordinerende og rettet mod den fremtidige hverdag, skildret via Frederiks historie. Her er sygeplejen i højere grad præget af patientens langvarige behov for sygepleje, hvor det handler om at finde ud af, hvad der er meningsfuldt for patienten og dennes familie, og hvad vi kan gøre for at aktivere patienten og hans egen kamp for livet. Denne sidste del forbindes normalt ikke med den intensive sygepleje, men den er i høj grad til stede, og i denne fase kan kreativitet, faglig kompetence og mod til at tænke anderledes gøre en stor forskel.

FCK på besøg

I Frederiks tilfælde var der mange sygeplejefaglige udfordringer i forhold til at afsøge mulighederne i

”Frederiks plejeforløb og de udfordringer og nye handlemuligheder, det gav os, har lært os meget om den intensive sygeplejes mangfoldighed, og vigtigheden af det gode tværfaglige samarbejde.”

» det sociale system og i at udvikle og aktivere en 10-årig dreng med store handicap. Der blev bl.a. arrangeret ture i Fælledparken, til fodboldkamp i Parken, besøg på børneafdelingen på Rigshospitalet, til bolsjeværksted og besøg i McDonaldshuset. Tryllekunstneren Mr. Mox kom jævnligt på besøg i afdelingen med sine tryllerier. En dag, hvor Frederik var helt nede i kulkælderens, fik en sygeplejerske den idé at skrive til FC København og invitere holdet på besøg, idet hun vidste, at Frederik var FCK-fan. Til stor jubel kom Jesper Grønkjær, Ståle Solbakken og Flemming Østergaard på besøg, og alle blev belønnet med et stort smil fra Frederik. Siden kun overgået af hans smil under hjemmebesøget.

Frederiks plejeforløb og de udfordringer og nye handlemuligheder, det gav os, har lært os meget om den intensive sygeplejes mangfoldighed, og vigtigheden af det gode tværfaglige samarbejde. Det har tydeliggjort, at det at være en dygtig intensiv sygeplejerske kræver både teknisk instrumentelle færdigheder som kommunikative færdigheder og kreativitet. Og ikke mindst etisk stillingtagen og respekt for patienters og pårørendes forskellighed og forventninger. Det har også tydeliggjort, at det kræver stor faglig kompetence at pleje en patient, som umiddelbart kunne opfattes som ikke-intensivt plejekrævende, fordi det at turde gøre noget utraditionelt og anderledes, som f.eks. at tage på hjemmebesøg med en intensiv respiratorbehandlet patient, kræver indgående viden om, hvilke komplikationer der kan opstå, og grundig forberedelse for at imødegå disse. Hvis ikke denne kompetence er til stede, vil modet til at handle utraditionelt snarere udtrykke overmod og dumdristighed.

De to praksisbeskrivelser illustrerer, hvor vigtigt det er, at uddannelsen til intensivsygeplejerske rummer mangfoldigheden i den intensive sygepleje. Den må favne bredt, således at man gennem den teoretiske og praktiske uddannelse erhverver kundskaber og færdigheder af såvel biomedicinsk som human- og samfundsvidenskabelig karakter. Det er derfor positivt, at uddannelsesordningen for den kliniske del af den intensive specialuddannelse i sin sygeplejefaglige forståelsesramme tydeligt beskriver denne

mangfoldighed og de uddannelsesmæssige konsekvenser af denne (2).

Efterskrift

10-årige Frederik er efterfølgende død, og vi i afdelingen tænker ofte på ham. Vi er taknemmelige over alt det, vi har lært gennem ham og hans forældres måde at være på og de muligheder, vi gennem samarbejdet med dem blev opmærksomme på.

*Anne Friis er afdelingssygeplejerske,
Gitte Meldgaard Nielsen er
klinisk udviklingssygeplejerske;
gitte.meldgaard.nielsen@rh.regionh.dk
Mette Rosendahl-Nielsen er
klinisk sygeplejespecialist.
Alle arbejder på intensiv afdeling 4131,
Rigshospitalet.*

Fotos bringes med forældrenes tilladelse.

Litteratur

1. Kirkevold M. Vitenskap for praksis? 1996. Ad Notam Gyldendal.
2. Specialuddannelsen for sygeplejersker i intensiv sygepleje (2007): Uddannelsesordning for den kliniske del. Det Østdanske Uddannelsesråd.

»»» ENGLISH ABSTRACT

Friis A, Nielsen MG, Rosendahl-Nielsen M. The multi-faceted intensive care nurse. *Sygeplejersken* 2009;(13):50-2.

Intensive care nursing is often associated with acute procedural tasks, but also involves more preventive roles, including care of patients requiring long-term nursing care, and where the role of the nurse involves establishing what the priorities are for the patient and their family. Using two descriptions of practice the article presents the diversity of intensive care nursing; and where creativity, professional competence and the ability to think differently can make a significant difference to the patient and their family.

Key words: Intensive care nursing, description of practice, home visit.

KØBENHAVNS UNIVERSITET



Master i Sundhedsantropologi

Følg forelæsningsrække over ti eftermiddage i foråret 2009.

Du får et socialt og kulturelt blik på sundhedssystemer, forholdet mellem individer/grupper og institutioner, lidelse og helbredelse, klassifikation og diagnostik.

Læs mere: www.sundhedsantropologi.dk

www.ku.dk

KØBENHAVN - OSLO



DFDS SEAWAYS PRÆSENTERER ROCKCRUISE TIM CHRISTENSEN CARPARK NORTH KAIZERS ORCHESTRA DÚNÉ OG MANGE ANDRE

14 navne på plakaten. 180 billetter pr. koncert. 360 grader havudsigt. Tættere kommer du ikke på en unik musikalsk oplevelse. Du kan rocke med fra 698,* pr. person inklusiv koncertbillet og to overnatninger om bord. Tjek hele ROCKCRUISE programmet på rockcruise.dk.

*Administrationsstillet kr. 150,- pr. bestilling v/pers. henvendelse, kr. 50,- pr. bestilling online.

WWW.ROCKCRUISE.DK

>>> TESTEN



Temaet er solskoldning Test dig selv eller en kollega

Danmark har en af de højeste forekomster af både hudkræft og modernærkekræft i verden. Kræftformerne skyldes i langt de fleste tilfælde for megen UV-stråling fra solen eller solarium. Ved du, hvordan man beskytter sig?

- 1 *Solskoldning gør ondt, men øger også risikoen for kræft i huden. Hvordan hænger tingene sammen?*
 - a. Jo flere solskoldninger og jo mere UV-stråling man får i barndommen, des større risiko for at få kræft i huden.
 - b. Jo flere solskoldninger og jo mere UV-stråling man får i puberteten, des større risiko for at få kræft i huden.
- 2 *Mange anvender solarium til at "for-brune" huden, inden de skal ud i sommersolen eller på solferie. Er det en god idé?*
 - a. Ja, absolut, det hærder huden og beskytter mod solskoldning.
 - b. Nej, for-bruningens beskyttende effekt mod solskoldning er lille.
- 3 *UV-indekset er et barometer på, hvornår vi skal passe på i solen. Når indekset er 3 eller mere, skal man beskytte sig. Hvordan kan man nemmest få besked om, hvad UV-indekset er?*
 - a. Man kan læse om det i avisen.
 - b. Man kan gratis få tilsendt en sms eller en mail dagligt.
- 4 *Man skal beskytte sig mod solen ved at følge fire S-solråd, men hvad står de fire S'er for?*
 - a. Siesta, Solhat, Solcreme, Sluk Solariet.
 - b. Solhat, Slap af, Spis Sundt.
- 5 *Medarbejdere på bestemte arbejdspladser er særligt udsatte for solens skadelige UV-stråler i sommerhalvåret. F.eks. hjemmesygeplejersker, der cykler rundt. Kan man udarbejde en solpolitik på arbejdspladsen?*
 - a. Nej, det er den enkelte medarbejders eget ansvar.
 - b. Ja, den kan udvikles og vedtages i fællesskab mellem virksomhedens ledelse, medarbejdere og sikkerhedsudvalget. (er)

Se svarene på TESTEN side 57.

VAKS - Vurdering Af Kvalitative Studier

AF INGRID POULSEN, SYGEPLEJERSKE, DR.MED.SCI., SUSAN LARSEN, CAND.CUR., LONE SCHOU, CAND.SCIENT.SOC., HELLE HØSTRUP, CAND.CUR., MSA, OG ELIN EGHOLM LYNGSØ, CAND.SCIENT.SOC.

Artiklen henvender sig til alle med interesse for kvalitativ forskning og kliniske retningslinjer. Hovedbudskabet er, at vi mangler et egnet redskab til at skelne den gode kvalitative forskningsartikel fra den mindre gode. En arbejdsgruppe under Dasys har derfor udviklet redskabet VAKS (Vurdering Af Kvalitative Studier).

Når en kvantitativ forskningsartikel skal vurderes, foregår dette ofte efter Sundhedsstyrelsens standardiserede skemaer (1). Men Sundhedsstyrelsen har ikke udgivet skemaer til vurdering af forskningsartikler baseret på studier med kvalitativ tilgang. Det betyder, at når sygeplejersker og andre har brug for at vurdere forskningsartikler, hvor der er anvendt eksempelvis fænomenologisk eller antropologisk metode, eller studier udført på baggrund af Grounded Theory, mangler der et egnet redskab til at skelne den gode artikel fra den mindre gode. Dette har betydning i forskningssammenhæng, men også når man i klinisk praksis afholder f.eks. "Journal Club", hvor man samles og diskuterer en artikels indhold. Det har også betydning for de afdelinger, hvor man systematisk arbejder med evidensbaseret af den kliniske praksis.

En arbejdsgruppe under Dansk Sygepleje Selskab (Dasys) har derfor udarbejdet et forslag til en metode til at kvali-

tetsvurdere videnskabelige kvalitative forskningsartikler. Denne artikel vil fortælle om arbejdsgruppens arbejde og præsentere redskabet VAKS (Vurdering Af Kvalitative Studier).

Savn af fænomenologisk tilgang i retningslinjer

Evidensbaserede kliniske retningslinjer vinder mere og mere indpas i dansk såvel som international sygepleje, og med åbningen af Center for Kliniske Retningslinjer – www.kliniskeretningslinjer.dk – er det nu muligt at få kliniske retningslinjer kvalitetsvurderet og publiceret.

Anbefalingerne i de kliniske retningslinjer er overvejende baseret på resultater fra meta-analyser, randomiserede kliniske undersøgelser, kohorteundersøgelser mv. – undersøgelser, der alle kan kategoriseres som kvantitativ forskning. Den viden, som den kvalitative forskning bidrager med, finder for øjeblikket ikke – eller kun sjældent – vej til de kliniske retningslinjer.

"Den viden, som den kvalitative forskning bidrager med, finder for øjeblikket ikke – eller kun sjældent – vej til de kliniske retningslinjer."



))) BOKS 1. HVOR FINDER JEG VAKS?

Den danske version af VAKS kan findes på Dasys' hjemmeside:

www.dasys.dk under "forskningsråd"

Dasys er en paraplyorganisation for de faglige selskaber under Dansk Sygeplejeråd og andre faglige og tværfaglige sammenslutninger af relevans for sygeplejen. Formålet med Dasys er at styrke sygeplejerskers indflydelse på sygeplejens udvikling ved at repræsentere hele sygeplejen med en samlet stemme.

))) BOKS 2. SØGEHISTORIE

Der blev foretaget litteratursøgning i PubMed, CINAHL, Cochrane og Google i foråret 2007. De anvendte søgeord var: "qualitative research", "qualitative inquiry", "qualitative criteria", "evaluation", "evaluation criteria", "guideline" og "assessment" i forskellige kombinationer. Søgningen blev fulgt op af håndsøgning efter forfattere. Efterfølgende er søgningen opdateret og udvidet med søgeordet "appraisal".

Der er imidlertid mange eksempler på sygeplejeforskning udført på baggrund af kvalitative forskningsmetoder, som kan bidrage positivt til klinisk praksis. Norlyk og Martensen (2) argumenterer for, at eksempelvis fænomenologisk forskning kan give indsigt i de mange fænomener, der relaterer sig til sygeplejepsiksis. Som eksempel på fænomener nævner de patienternes oplevelse af at få hjælp til at spise og drikke, at gennemleve særlige plejeforløb eller livsfænomener som angst og håb.

Tilblivelse af VAKS

Dansk Sygepleje Selskab (Dasys) nedsatte ved den 2. dokumentationskonference i september 2006 en arbejdsgruppe, der skulle arbejde med at få inddraget den kvalitative forskning mere aktivt i sygeplejen, herunder i de kliniske retningslinjer (se boks 1 herover). Arbejdsgruppens opgave blev:

1. at undersøge litteraturen om vurdering af kvalitative studier
2. at udarbejde et redskab til vurdering af kvalitative forskningsartikler
3. at udarbejde et scoringssystem til hjælp til at skelne den gode artikel fra den mindre gode.

Arbejdsgruppen foretog en litteratursøgning efter allerede eksisterende redskaber til vurdering af kvalitativ forskning og kvalitetskrav for kvalitativ forskning. Søgehistorien er beskrevet i boks 2 herover. Søgningen resulterede i bl.a. syv relevante (nationale og internationale) studier, hvor der var udviklet et skema til vurdering af kvalitativ forskning og andre baggrundsartikler, som beskriver kvalitetskrav til kvalitativ forskning.

1. version af VAKS

Litteraturen og de eksisterende skemaer blev herefter vurderet ud fra deres krav til kvalitativ forskning, og arbejdsgruppen udarbejdede et skema, primært på baggrund af følgende kilder: CASP (3), Malterud (4), McMaster (5), og LSTM/NICE (6).

I skemaet opstillede vi 40 spørgsmål, som skulle uddybe brugerens kendskab til den vurderede artikel/forskning. Spørgsmålene stemte overens med kvalitetskravene for kvalitativ forskning, som det fremgik af de skemaer og den litteratur, vi havde

arbejdet med. Skemaets spørgsmål fulgte kronologien i forskning og forskningsartikler.

Første version af skemaet blev præsenteret på den 3. Dasys dokumentationskonference i 2007. Her blev deltagerne i konferencen samtidig opfordret til at deltage i en validering af skemaet og i et spørgeskema komme med kommentarer til dets udformning.

Tilbagemeldingerne på redskabet bestod både af positive kommentarer og forslag til forbedringer. De fleste sygeplejersker gav udtryk for, at de netop manglede den slags redskab. En sygeplejerske sagde f.eks. "det er et redskab, som sikrer overblik og en rød tråd", og andre sagde "det fik mig til at tænke over nogle vinkler, jeg ellers ikke havde tænkt på"; "... det giver mig en god oversigt over, hvilke styrker og svagheder artiklen har".

"Den anden version af VAKS er udviklet til at bedømme artiklers styrker og svagheder baseret på alle typer af kvalitative forskningsdesign."

I den brede vifte af forslag til forbedringer var der bl.a. forslag om etablering af en manual til uddybning af de stillede spørgsmål med følgende begrundelse: "For at vurderingen bliver så valid som muligt, er det vigtigt at have en manual, der præciserer, hvad det enkelte spørgsmål omhandler. Forståelse af spørgsmålene er jo en fortolkning, og manualen kan være med til at præcisere forståelsen."

Flere sygeplejersker savnede da også, at redskabet lagde op til en samlet vurdering som hjælp til at skelne den gode artikel fra den mindre gode. En sygeplejerske kommenterede: "Jeg synes, der mangler en kasse til slut, hvor hele undersøgelsen/artiklen vurderes bredt," og en anden skrev: "Jeg mangler en samlet anbefaling/vurdering til sidst. Evt. i forhold til validitet og generaliserbarhed. Når der er tale om et vurderingsskema, må der nødvendigvis være en eller anden form for vurderingsskala."

Sygeplejerskerne, der deltog i valideringen, blev også bedt om at finde på et navn til redskabet, hvilket resulterede i navnet VAKS = Vurdering Af Kvalitative Studier.

Samlet set viste kommentarerne, at arbejdsgrup-

- » pen var på vej til at skabe et redskab, som flere havde savnet, og som det gav mening for brugerne at anvende i vurderingen af kvalitative artikler.

2. version

1. version af VAKS blev rettet til ud fra tilbagemeldingerne, og der blev udarbejdet en manual. Materialet blev præsenteret for en mindre gruppe af akademiske kolleger (sygeplejersker og antropologer),

”Det er arbejdsgruppens håb, at VAKS vil blive brugt og være til gavn i det meget vigtige arbejde med at vurdere artikler baseret på kvalitativ metode.”

og gennem drøftelser her blev arbejdsgruppen mere afklaret omkring redskabet. Redskabets 1. version gav mulighed for at vurdere artikler, men ikke mulighed for en skelnen mellem gode og mindre gode artikler. Arbejdsgruppen besluttede derfor at lade spørgsmålene udgå fra Gubas fire hovedområder af gyldighed, som er 1) troværdighed (credibility), 2) overførbare (transferability), 3) konsistens (dependability) og 4) transparens (confirmability) (7). Dertil blev der suppleret med et femte hovedområde med formelle krav til forskning og forskningsartikler.

Et nyt skema og en ny manual ud fra disse fem hovedområder gjorde det tillige muligt at opbygge det efterlyste scoringssystem. Skema og scoringssystem er primært baseret på Guba (7), Laustsen, Høstrup & Winstrup (8), Sandelowski (9) og Henderson (10). Der er integreret en uddybelse af de fire hovedområder af gyldighed i manualen, og de nu 31 spørgsmål er inddelt i de fem hovedområder.

Denne anden version af VAKS er udviklet til at bedømme artiklers styrker og svagheder baseret på alle typer af kvalitative forskningsdesign ud fra forskningens egne præmisser. Versionen blev præsenteret på 4. Dasys konference i september 2008, og i skrivende stund er arbejdsgruppen i gang med en validering af den nye version. Valideringen foregår ud fra to artikler og minimum 60 indsamlede scoringsskemaer og besvarede spørgeskemaer om anvendeligheden af VAKS. I valideringen skal face validity undersøges. Face validity er en vurdering af, om skemaet virker fornuftigt i forhold til formålet. Stabiliteten undersøges ved hjælp af inter-raterreliabilitets test, som tester, i hvilket omfang de, som anvender skemaet, vurderer/svarer ens.

Endelig validering i foråret 2009

I løbet af foråret 2009 finder validering og testning af VAKS sted. Derefter vil en oversættelse til engelsk blive beskrevet og søgt publiceret i en videnskabelig artikel. VAKS vil også blive præsenteret ved et mundtligt indlæg på ICN-konferencen i Durban i juni 2009.

Det er arbejdsgruppens håb, at VAKS vil blive brugt og være til gavn i det meget vigtige arbejde med at vurdere artikler baseret på kvalitativ metode og derved at anvende viden herfra i praksis.

*Ingrid Poulsen er ansat som forsker på
Forskningsenheden, afdeling for
Neurorehabilitering 122/123,
Hvidovre Hospital;
ingrid@poulsen.mail.dk*

*Susan Larsen er ledende projektsygeplejerske ved
Hæmatologisk afdeling,
Århus Universitetshospital, Århus.*

*Lone Schou er udviklingssygeplejerske på
afdeling for Neurorehabilitering,
Afsnit for Traumatisk Hjerneskeade,
Hvidovre Hospital.*

*Helle Høstrup er kvalitetskonsulent i
Kvalitets- og udviklingsafdelingen,
Region Hovedstaden, Hillerød.*

*Elin Egholm Lyngsø er ansat som AC-fuldmægtig,
Kvalitet og Sundhedsdata, Region Midtjylland,
Regionshuset Viborg, Viborg.*

*Tak til Dasys for opbakning og økonomisk støtte til
afholdelse af arbejdsgruppens møder. Tak til alle, som
har hjulpet os med validering af VAKS.*

Litteratur

1. www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Medicinsk_teknologivurdering/Vaerktoejskasse/Litteraturvurdering.aspx?lang=da
2. Norlyk A, Martinsen B. Fænomenologi som forskningsmetode. Sygeplejersken 2008;13.
3. Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (2006). www.phru.nhs.uk/Doc_Links/Qualitative%20Appraisal%20Tool.pdf (hentet 8.3.2009).
4. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. Lancet 2001;358:483-8.
5. Law M. et al. McMaster University: 1998. http://www.etf.dk/fileadmin/bruger_upload/dokumenter/FAG_FORSKNING/Depu/Kval_Retningslinier_06.pdf
6. Bromley H et al. The Qualitative Research and Health Working Group, LSTM. Criteria for evaluation of quali-

Lyserød beautyboks til psykofarmaka på udsalg

Står din patient og mangler et supersmart bælte, når vedkommende skal fastspændes på din afdeling? Eller en elegant bidepude til næste elektrochok? Så er Danmarks største uafhængige brugermedie om psykiatri Outsideren en oplagt mulighed at henvise til. Det store forårskatalog i blad nr. 66 præsenterer således et bredt udvalg af fantastiske varer til dem, der er psykotiske, skizofrene eller bare lidt for skøre. Hvis du har en klient i distriktspsykiatrien, der lider af et stort søvnbehov, er der mere seriøs viden at hente om, hvorvidt psykofarmaka ændrer ens måde at sove på.

Brugermediet Outsideren og redaktionen består næsten udelukkende af frivillige, som med støtte fra professionelle skriver om psykiatrien. I tidsskiftet og på hjemmesiden findes en buket af alsidige indgange til psykisk sygdom, og selv er jeg begejstret for bladet. Ikke mindst på grund af dets professionelle og humoristiske linje samt de mange personlige erfaringer fra både nuværende og forhenværende psykiatribrugere. Præsenteret gennem artikler, billeder, digte og blogs.

Læs Outsideren på www.outsideren.dk

(er)

Fanfare Første kliniske retningslinje i hus

Hudreaktioner efter strålebehandling er ikke usædvanlige. Det usædvanlige er, at de nu kan forebygges og behandles efter en evidensbaseret klinisk retningslinje, som kan printes ud fra nettet. Tilfældigheder, forskellige holdninger og meninger behøver ikke råde længere, i stedet kan tydelige anbefalinger for hudplejemidler, vask og beskyttelse af huden komme patienterne til gode. I 2008 blev der givet 255.000 strålebehandlinger i Danmark, så der er brug for retningslinjen. En undersøgelse har vist, at der anvendes 57 forskellige hudplejeprodukter i de europæiske strålecentre, og det skaber usikkerhed og fejlbehandling. Derfor er der grund til faglig glæde hos de hjemmesygeplejersker og onkologiske sygeplejersker, som varetager forebyggelse og behandling af akutte hudreaktioner forårsaget af ekstern strålebehandling hos patienter med kræft. Retningslinjen er den første, der er blevet godkendt, men det bliver ikke den sidste, der er yderligere 16 under udarbejdelse. Til lykke til alle sygeplejersker med den første. Retningslinjen kan printes ud fra www.kliniskretningslinjer.dk

(jb)

Svar på Testen side 53

- 1: a. Det er derfor særlig vigtigt at beskytte børn.
- 2: b. Man kan i stedet anvende selvbrunende creme, men skal uanset dette beskytte sig mod solen.
- 3: b.
- 4: a.
- 5: b.

Kilde: www.skrunedforsolen.dk hvor man også kan tilmelde sig gratis UV-service og hente inspiration til en solpolitik.

tative studies; 2002. <http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/TheGuidelinesManualAppendixH2006.pdf>

7. Guba E. Criteria for assessing the trustworthiness of naturalistic inquiries. *ECTJ* 1981;29(2):75-91.
8. Laustsen S, Høstrup H & Winstrup P. Kompendium i evidensvurdering af forskningslitteratur, Århus Universitetshospital, Skejby; 2005 www.sundhed.dk/Images/alle/amt_aarhus/pdf/Skejby_Sygehus/forskning/Evidenskompendium05.pdf (hentet 21.03.09).
9. Sandelowski M, Barroso J. Reading Qualitative Studies. *International Journal of Qualitative Methods* 2002;1: Article 5.
10. Henderson R, Rheault W. Appraising and Incorporating Qualitative Research in Evidence-Based Practice. *Journal of Physical Therapy Education*. 2004. http://findarticles.com/p/articles/mi_qa3969/is_200401/ai_n10298227 (hentet 08.03.09).

Liste med baggrundslitteratur kan rekvireres fra forfatterne.

))) ENGLISH ABSTRACT

Poulsen I, Larsen S, Schou L, Høstrup H, Egholm L E. Assessment of Qualitative Studies. *Sygeplejersken* 2009;(13):54-7.

At the 2nd documentation conference of Dansk Sygepleje Selskab (DASYS), there was a call for a Danish tool for review of scientific articles using qualitative methodology. The intention was that the tool be used only to acquire knowledge derived from qualitative methods in clinical practice and clinical guidelines. Over a 2-year period, a working group has developed such a tool: VAKS – Vurdering Af Kvalitative Artikler (Assessment of Qualitative Articles). This has taken place in the light of literature studies on existing tools, and with the help of participants in DASYS' subsequent documentation conferences and other colleagues. Following the conference, a questionnaire and the tool were placed on the DASYS website, and participants and other colleagues completed the questionnaire with comments on VAKS; they also trialed VAKS by assessing an article using the qualitative method. The comments have resulted in a number of changes. VAKS is now in the process of being validated and it is planned to publish the results of this in a scientific article. VAKS will be available until further notice on the DASYS website: www.dasys.dk

Key words: Tool, assessment, qualitative method, Dasys.

3 til ferien

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR, CAND.CUR. • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Faglitteratur i feriekufferten. Det lyder måske meget, meget kedeligt, men faglitteratur kan defineres bredt. Derfor følger en omtale af tre bøger, det er værd at pakke ned, hvad enten turen går til Kroatien, Cornwall eller Kerteminde. Samtidig ønsker vi læserne god sommerferie og vender tilbage med Sygeplejersken nr. 14/2009 den 7. august.



Arvid er et skvat

”Det er faglitteratur,” sagde sundhedsplejersken med fasthed i stemmen. Jeg tror ikke, forfatteren vil være enig, men sundhedsplejersken mener, at bogen handler om tilknytningsforstyrrelser og derfor er relevant godnatlæsning for børnesygeplejersker og sundhedsplejersker. Andre kan nu også være med. Arvid, hedder bogens hovedperson, og han er et skvat, som trods sine 37 år virker umoden og morsyg. Samtidig med murens fald falder dele af Arvids liv sammen, og vi følger ham i tilba-

geblig og i en detaljerig nutid. Per Petterson er observerende ud over det sædvanlige, og han kan beskrive, hvordan en cigaret bliver tændt, så røgen dufter fra papiret. Det indbragte ham Nordisk Råds litteraturpris 2009. Men hvorfor har Arvid så vanskeligt ved at gebærde sig i tilværelsen? Det må læseren selv finde ud af, for bogen leverer ikke en færdig forklaring. Og det er netop det interessante.

Per Petterson har andre gode bøger på samvittigheden. F.eks. ”Ud at stjæle heste”. Tjek ham ud.



Per Petterson
Jeg forbander tidens flod
 Batzer & Co 2009
 250 sider – 298,00 kr.
 ISBN- 13:978-87-90524-89-0

Humor og selvironi hos lægerne

”Skalpel,” bad dr. Bak. Hans øjne mødte Regitzes, og pludselig vidste han, at han elskede hende og havde gjort det længe ...”

Sådan kender vi en lægeroman. FADL's Forlag har taget handsken op og bedt 12 danske forfattere, nogle kendte, andre ukendte, om deres bud på en lægenovelle. Kravet var, at der skulle optræde mindst én læge i teksten, og at handlingen skulle udspille sig på et hospital eller i et lægemiljø. Humor og selvironi ligger som en undertone gennem hele det lille værk og præger projektet, som har haft sin egen

facebook-gruppe fra skitse til udgivelse. Og der er kun ét at sige: Sikke en god idé at få. Sygeplejerskerne blegner af misundelse.

Nogle af novellerne er absolut værd at læse og bliver siddende i bevidstheden et stykke tid, andre er syrede og fuldstændigt mærkværdige.

”Under kitlen banker moderne lægehjerner af guld”, hedder det på forsiden af bogen. I hvert fald er der nogle moderne, krøllede hjerner et eller andet sted, som tør eksperimentere med lægernes image og selvbillede.



Moderne danske lægenoveller
Hun var følelsesløs fra fødderne og nedefter
 FADL's Forlag, 2009
 144 sider – 150,00 kr.
 ISBN-13: 978-87-7749-524-3

Mød fire skribenttyper

Går du rundt med en skribent i maven, så læs Mikkel Hvids bog om at skrive. Den er god at få forstand og blod på tanden af og indeholder mange eksempler og bokse, der understøtter hovedbudskaberne. Et af dem er, at skriveprocessen skal forberedes systematisk, så skribenten kan skrive i flow frem for at gå i stå efter hver anden linje. Redskaberne får man i denne bog, og ”Skriveark” er navnet på et af dem. Kunsten er at skrive efter en påstand frem for efter et spørgsmål og at glemme idéen om at skrive, ”når ånden kommer over mig”.

Det gør den ikke. Inspiration til skriveprocessen kommer af arbejde.

Ud over det faglige er der Mikkel Hvids entusiasme. Man mærker, at han oprigtigt ønsker at give sine erfaringer videre, og studser måske lidt over nogle af eksemplerne, der synes hentet på Frilandsmuseet. ”Hvis du skal sko en hest”, eller ”hvis du skal kløve et stykke brænde ...”, men det får være. Bogen er medrivende pga. Hvids skriveglæde og nyttig, uanset hvilken type tekst man skal skrive.

Jette Bagh er fagredaktør på Sygeplejersken.



Mikkel Hvid
Skriv!
 Gode tekster er lette at skrive
 Forlaget Ajour
 261 sider – 223,20 kr.
 ISBN 978-87-92241-10-8

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



Hanne Lindhardt er uddannet sygeplejerske i 1979. Hun blev sundhedsplejerske i 1986 og er desuden uddannet familierapeut fra Kemplerinstituttet i 2001. Indvandringsstudier ved Syddansk Universitet fra 2005-2007. Hanne Lindhardt er sundhedsplejerske i Furesø Kommune og er redaktør af bladet Sundhedsplejersken, der udgives af Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

FOTO: CHRISTINA KAYSER ONSGAARD

Det spæde barn i sparekløften

Familiens lille ny ligger aflædt på puslebordet. Han har været igennem alle de prøvelser, en sundhedsplejerske udsætter et lille barn for ved første besøg. Tilbage er kun det, som forældrene med spænding har ventet på, nemlig: "Hvad siger vægten?" Gys. Den siger for lidt. Der er endnu et godt stykke vej til fødselsvægten. Tankerne kører speedway i sundhedsplejerskens hoved. Hvordan nu få dette formidlet på den mest nænsomme måde og sådan, at der stadig er skabt forbindelse til forældrenes hørecenter? Forældrene har rustet sig. De er glade for, at vægten trods alt viser mere end ved udskrivelsen fra hospitalet. De fortæller om tiden efter fødslen. Den lille fik efter få timer vejrtrækningsproblemer og blev indlagt på neonatalafdelingen. Det var svært at få amningen i gang. "Personalet havde meget travlt. De strøg ned ad gangene som hvide spøgelser. Stak indimellem hovedet ind på stuen og spurgte: "Har du ammet?" Og væk var de igen, førend jeg nåede at svare," fortæller moderen.

"Det var helt anderledes, da jeg fødte vores første barn. Dengang var der personale til at hjælpe, og jeg blev først sendt hjem, da min søn og jeg havde fundet ud af det der med at amme."

Sundhedsplejersken står og laver lidt tåvelser, før hun får sagt: "I vil også opleve, at sundhedsplejersken har mindre tid denne gang, end da I fik første barn. Når jeres barn har nået fødselsvægten og er begyndt at tage på, vil I først se mig igen, når han skal til at have skemad."

"Familierne efterlades i et professionelt ingenmandsland i overgangen fra fødegang til hjem."

Magasinet "Mama" offentliggjorde i foråret en undersøgelse, som viste, at en stor procentdel af mødre efterspurgte flere besøg af sundhedsplejersken. Hvorfor det forholder sig sådan, kan der kun gisnes om, da undersøgelsen ikke besvarede det spørgsmål. Et realistisk bud er, at forældre og børn er havnet i en sparekløft imellem regioner og kommuner. Inden for de sidste år har regionerne svunget sparekniven over barselsplejen på hospitalerne. Sengepladser og indlæggelsestid er blevet kraftigt reduceret. For få år siden havde en førstegangsfødende tilbud om at være indlagt i fem dage og få hjælp til at få amningen etableret. Senest har et af de store hovedstadshospitaler annonceret, at flergangsfødende udskrives fire timer efter fødslen. Kommunalreformen har i de fleste kommuner medført betydelige besparelser og forringelse af servicen til børn og forældre. De syv besøg af sundhedsplejersken i barnets første leveår er i mange kommuner reduceret til tre-fire besøg.

De to parallelle sparespor er konstrueret af præcis de samme politikere, som hver for sig, centralt og decentralt, har tilsluttet sig WHO's ammeanbefaling som grundlaget og udgangspunktet for sundhed og trivsel for det spæde barn. Der er bred enighed om, at de budgettunge livsstilssygdomme skal forebygges i barndommen. Enigheden rækker også så langt, at amning bl.a. forebygger fedme hos børn. Familierne efterlades imidlertid i et professionelt ingenmandsland i overgangen fra fødegang til hjem. Den tid er forbi, hvor familiens kvinder stod klar til at støtte og øse af erfaringer til den nybagte mor. Selv om unge forældre er dygtige til at bruge nettet, er det ikke muligt at indtaste sin profil og få den til at matche en ammevejledning. Amning er noget, der skal læres af mor og barn. Det kræver både personlig rådgivning og kvalitet i form af en erfaren sundhedsfaglig rådgiver. Ingen kvalitet uden kvantitet. Kvantitet her forstået som regelmæssige besøg i et kontinuerligt forløb. Med andre ord: En ordentlig besøgsprofil om jeg må be', så jeg slipper for pinefuldt tåkrummeri.

redaktionen@dsr.dk

Hanne Lindhardt