

Tema  
**Status på telemedicin**

Udvekslingsophold  
**Giv en hånd i Afrika**

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 2 · 9. FEBRUAR 2015 · 115. ÅRGANG

Tema

## Skab en sund fejlkultur



**Fire nedslag i  
intensiv sygepleje**

Florence Nightingale  
**Væk aldrig patienten**

Jeanette Ottesen  
Verdensmester i svømning

## Mælk. Naturlig styrke.

Alle har brug for den naturlige styrke, og den pakke af næringsstoffer, som daglig mælk giver. Også en verdensmester som Jeanette Ottesen.

### Tror du at dine patienter ved ...

... at kroppen har brug for protein, som mælken er en god kilde til? Protein bidrager til at opbygge og vedligeholde muskelmassen.

... at protein, sammen med calcium, er med til at styrke og vedligeholde vores knogler?

... at mælk og mejeriprodukter også indeholder mange andre mineraler og vitaminer, fx fosfor, kalium, jod, riboflavin og vitamin B12, som er vigtige – både for de voksende og for de voksne.

... at Fødevarestyrelsen anbefaler de magre mejeriprodukter som en del af de 10 kostråd? ¼ - ½ liter mælkeprodukt er passende i forhold til danske madvaner, som en del af en varieret kost og en sund livsstil.

Læs mere om mælkens gavnlige næringsstoffer på [milkaforceofnature.dk](http://milkaforceofnature.dk)





# Sykepleiere, spesialsykepleiere og sykepleierstudenter søkes til Norge!

Vil du oppleve Norge og samtidig tjene penger? Da kan du jobbe for Dedicare! Vi har avtaler i hele Norge, gode lønnsbetingelser, vi betaler bolig og reise. Ny og bedre sommerbonus samt vervepremie!

Vi veileder deg i søknad om norsk autorisasjon, du får din egen personlige bemanningskonsulent i Dedicare!

## Kontakt oss i dag!

Mail oss på [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no) eller ring **+47 07480**

Kontakt Anne Marit Valstad på mobil **+47 92435130**

Registrer deg gjerne på [www.dedicare.no/nurse](http://www.dedicare.no/nurse)

*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**

Nurse

## KORT

**6 Kommuner skal lære mere af fejl**

Kommunernes udbytte af indberettede fejl er ikke tilstrækkeligt. De er ikke blevet klædt ordentligt på til at lære af de utilsigtede hændelser, oplever ekspert i kommunal patientsikkerhed.

## TEMA OM KOMMUNIKATION OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER

**16 Åbn munden og undgå fejl**

Det er menneskeligt at forsøge at skjule sine fejl. Læs i dette tema, hvordan sygeplejersker lærer, hvordan de får fejltagelser frem i lyset og forhindrer, at de sker igen.

**25 "De pårørende overvågede alt, hvad jeg gjorde"**

Efter én forkert handling blev de pårørendes tiltro til afdelingen erstattet med mistillid og overvågning. For Rosa Jakobsen var det en krænkelse af hendes professionelle virke, og det betød alt, at hun kunne tale åbent om fejlen med ledelsen.

**26 Dit ego hader at fejle**

En åben fejlkultur kræver forståelse for, hvordan egoet fungerer, da det oftest er vores ego, der afholder os fra at tale om vores fejltrin.

## TEMA OM TELEMEDICIN

**30 Telemedicinen er klar - men hvad med pengene og personalet?**

Sygeplejersken gør i dette nummer status på telemedicinens udbredelse i Danmark. I international sammenligning er vi kommet langt. Men pengene er ikke på plads, og det er den nye organisering af arbejdet i sundhedssektoren heller ikke.

## BAGGRUND

**28 Rapport fra sygeplejersken i ebolakarantæne**

Elisa Vestergaard Høj regnede ikke med, at hendes udsendelse til det ebolarante Sierra Leone skulle slutte så hurtigt igen, men et hul på huden og sikkerhedshandsken sendte sygeplejersken i karantæne hjemme i Danmark.

**50 PÅ JOB: Mobilapp giver ekstra tryk efter fødslen**

Barselsafdeling D2 i Svendborg har udviklet en mobilapp, som giver familierne let adgang til råd og informationer om de første syv dage efter fødslen.

## NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

**43 Undren over spareplan på spareplan**

Medarbejdere i Region Midtjylland har svært ved at se, hvordan regionen kan gennemføre en ny sparerunde uden voldsomme konsekvenser for patienter og medarbejdere.

## OK15

**47 "Forhandlingsknast" om arbejdstid i kommunerne**

KL har rejst krav om mere forenklede og ensartede arbejdstidsregler. Modsat kræver Sundhedskartellet større forudsigelighed i tilrettelæggelsen af arbejdet.

16



50

70



## FAGLIG INFORMATION

- 60 Dokumentationstræthed truer patientsikkerheden og hindrer udvikling
- 62 Opfølgende samtale med tidligere indlagte patienter på intensivt afsnit
- 64 Projekt hygiejne på skoletoiletter
- 65 Kirsten Stallknecht Prisen 2015. Nominér!

## FAGLIGE ARTIKLER

- 66 **Dagbøger reducerer posttraumatisk stress-syndrom efter indlæggelse i et intensivt afsnit**  
Efter 12 års arbejde med dagbøger til kritisk syge på intensivt afsnit valgte sygeplejersker på afdelingen at undersøge effekten af at give patienterne en dagbog med hjem.
- 70 **Nightingale til de nattegerle**  
Florence Nightingales betragtninger om søvn er anvendelige den dag i dag, når man skal pleje svært syge patienter, som ikke længere er sederede.
- 76 **Tidlig struktureret mobilisering og træning af kritisk syge patienter på et dansk intensivafsnit**  
En screenings- og aktivitetsalgoritme viste, at grænseværdierne i algoritmen ikke kan anvendes til screening af, om patienten er egnet til mobilisering og træning.
- 84 **Kan man virkelig lære intensiv sygepleje i Afrika?**  
Efter et udvekslingsophold på et hospital i Uganda kan man godt blive god til at reflektere og improvisere på trods af fattigdom, korrupsion og mangel på basisudstyr.

## I HVERT NUMMER

- 8 Studerende i praksis
- 9 Dilemma
- 10 Kulturjournalen
- 12 Historisk
- 40 Parentes
- 52 Boganmeldelser
- 55 5 faglige minutter
- 56 Debat/Navne
- 58 Facebook
- 60 Fagtanker
- 63 Fra forsker til fag
- 90 Stillingsannoncer
- 94 Kurser/møder/meddelelser
- 99 Kontakt

Forsideillustration Søren Svendsen | iStock

**NÆSTE NUMMER UDKOMMER 2. MARTS 2015**  
Læs bl.a.:

- Tema om tvangsfiksering
- På job: Medicinoversigter samler alle ordinationer
- Fag: Samtale om støtte til livet med kræft

# Styrk underviserne og de studerendes læring

"Undervisernes daglige undervisningspraksis kan betegnes som den mest betydningsfulde faktor for uddannelsernes kvalitet og relevans," fremgår det af den afsluttende rapport fra regeringens Kvalitetsudvalg.

Det er et indlysende rigtigt ræsonnement. Så må den næste oplagte konklusion være, at også underviserne i praktikken har en tilsvarende stor betydning for f.eks. sygeplejerskeuddannelsen, hvor over 40 pct. af uddannelsen foregår i klinikken.

Kvalitetsudvalget omtaler praktikken som et særligt uddannelseselement uden for den almindelige undervisning, og praktikken behandles på lige fod med internationale studieophold og deltagelse i forskningsaktiviteter.

Når det er så utroligt skuffende, at Kvalitetsudvalget ikke beskæftiger sig med undervisningen i praktikken, så skyldes det, at netop kvaliteten af den kliniske uddannelse rummer et af de største udviklingspotentialer for bl.a. sygeplejerskeuddannelsen. Det er en af konklusionerne i Sundhedskartellets uddannelsesrapport, udført af Implement og Aalborg Universitet.

Hvis Kvalitetsudvalget havde sat kikkerten skarpt på praktikken, havde de dels fået øje på et behov for at give underviserne i praktikken et ensartet og højere uddannelsesniveau, og dels et behov for at forbedre rammer og vilkår for de kliniske vejledere. Endelig ville de også have set, at professionshøjskolerne ikke har de nødvendige redskaber til at udvikle og sikre kvaliteten af den kliniske uddannelse, herunder mulighed for at bruge økonomiske incitamenter.

Uddannelsesministeriet har netop igangsat en revision af bl.a. sygeplejerskeuddannelsen, som skal træde i kraft fra sommeren 2016. Et afgørende fokuspunkt for os vil være at styrke kvaliteten af klinikken gennem (videre)udvikling af pædagogiske metoder og at sikre et solidt uddannelsesniveau for de kliniske vejledere.



*Dorte Steenberg*

Dorte Steenberg,  
næstformand i Dansk Sygeplejeråd

Konst. chefredaktør, ansv. efter medieansvarsloven  
**Anne Granborg**  
 ang@dsr.dk  
 Tlf. 4695 4004

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

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

Journalist  
**Vinni Yang Søgaard**  
 vvs@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4180

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

Fagredaktør  
**Jette Bagh**  
 jbg@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4187

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

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

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

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

Journalist  
**Mikkel Søren Bødker Olesen**  
 mso@dsr.dk  
 Tlf.: 4695 4119

**Distribueret oplag**  
 1. januar - 30. juni 2014:  
 74.822 eksp.  
 Medlem af Dansk Fagpresse

Tryk  
**ColorPrint**

**Årsabonnement**  
 (pr. januar 2015)  
 875,00 kr. + moms

Annoncer  
**Dansk Mediaforsyning**  
 Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj  
 Tlf. 7022 4088  
 Fax 7022 4077  
 info@dmfnet.dk

**Løssalg**  
 65,00 kr. + moms  
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

**Stillingsannoncer**  
 dsrjob@dmfnet.dk

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

**Forretningsannoncer**  
 dsrtekst@dmfnet.dk

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

**Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.**  
 www.sygeplejersken.dk

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

#### Ophavsret

Enhver anvendelse af hele eller dele af artikler og/eller fotos og illustrationer fra tidsskriftet Sygeplejersken, såvel papirudgaven som den elektroniske udgave, er kun tilladt med skriftligt samtykke fra redaktionen eller forfatteren/fotografen/illustratoren jf. lov om ophavsret.

#### Ansvar

Dansk Sygeplejeråd har intet ansvar for indholdet/kvaliteten af produkter og/eller ydelser, som bringes i tidsskriftet Sygeplejersken på kommercielle vilkår i form af enten trykte annoncer eller indstik.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

Holdninger, der tilkendegives i artikler og andre indlæg, udtrykker ikke nødvendigvis Dansk Sygeplejeråds synspunkter.

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

# Kommuner skal lære mere af fejl

Kommunerne står for to tredjedele af indrapporteringerne. Alligevel er deres læringsudbytte ikke tilstrækkeligt. De er ikke blevet klædt ordentligt på til at lære af de utilsigtede hændelser, oplever ekspert i kommunal patientsikkerhed.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**

For første gang siden indrapporteringspligten blev indført i år 2004, er udviklingen i den ellers stejlt opadgående kurve nu stagneret. Hensigten med rapporteringssystemet er at gøre det muligt for sundhedspersonalet at lære af de utilsigtede hændelser. Alligevel mener ekspert i kommunal patientsikkerhed og sygeplejerske, Dorthe Olsen, ikke, at sundhedspersonalet nu lærer og forebygger mindre.

"Flere indrapporteringer af utilsigtede hændelser er ikke en kvalitet i sig selv. De skal bruges til at skabe læring, ellers er det tidsspilde. Derfor burde patientsikkerhedsloven i højere grad lægge op til "læringsforpligtigelse" og ikke en "rapporteringsforpligtigelse", mener Dorthe Olsen.

Efter tre års arbejde med at implementere patientsikkerhed i Københavns Kommune står Dorthe Olsen nu bag landets første private konsulentvirksomhed i patientsikkerhed: Vores Patientsikkerhed. Hun har foreløbig undervist og trænet fem kommuner i at øge lærings- og forebyggelseskulturen.

"Det er et problem, at der er så stort fokus på at rapportere hændelser og så lidt fokus på, hvordan vi får skabt læring og forebyggelse lokalt. For det er kun ved at omsætte denne viden til læring, at vi kan forebygge, at andre borgere skades af lignende hændelser," mener hun.

## Usikkerhed skaber flere fejl

Det er de kommunale risikomanagere, der har ansvaret for at omsætte den lokale og nationale viden til læring og iværksætte initiativer til forebyggelse af de utilsigtede hændelser, herunder give feedback til rapportøren.

"Selv om kommunerne er forpligtet til at skabe læring, står det dem stadig frit hvordan. Jeg savner en diskussion i hele sundhedsvæsenet om, hvordan vi lærer af utilsigtede hændelser."

Hvis ikke sundhedspersonalet oplever at have en ledelse, der bruger hændelserne til at skabe læring, mister de motivationen for at indberette. For lige netop motivationen har stor betydning for læringsprocessen, mener Dorthe Olsen.

## Ingen hjælp til selvhjælp

Dorthe Olsen oplever, at risikomanagerne i kommunerne generelt føler sig meget alene.

I det hele taget er der meget lidt hjælp at hente for de danske kommuner, når de søger hjælp til at løse patientsikkerhedsopgaven, mener hun.

"Kommunerne mangler først og fremmest konkret viden om, hvordan de arbejder i den store patientsikkerhedsdatabase (DPSD), så de kan udsende statistik over, hvilke skader der sker hvor.

De kommunale risikomanagere har desuden brug for viden om, hvordan de kan undervise og træne lederne og personalet i at analysere hændelser, så de føler, at det skaber mening i praksis. At det bidrager til en kvalitetsudvikling og en mere åben kultur, hvor det erkendes, at fejl opstår.

Læs tema om kommunikation og utilsigtede hændelser side 16.



Illustration Gitte Skov

Ved utilsigtede hændelser ønsker de pårørende allermost en undskyldning. Læs tema side 16.

## Sygeplejerske har udviklet app om kemoterapi til patienter

Klinisk sygeplejespecialist på Onkologisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, Birgitte T. Espersen, har i samarbejde med Region Midtjyllands Center for E-læring udviklet to apps med oplæsningsfunktion, som sammen udgør en digital kemoguide.

Undersøgelser viser, at 15-20 pct. af alle mennesker er svage læsere, og selv de højtuddannede giver udtryk for, at de ikke kan tage de store tekstmængder ind. Det handler om den situation, de er i, fortæller Birgitte T. Espersen.

Den ene app giver svar på ofte stillede spørgsmål, mens den anden beskriver mulige bivirkninger og giver råd til minimering og forebyggelse af bivirkninger ved kemoterapi.

Ifølge Birgitte T. Espersen har patienterne taget godt imod de to apps, som blev introduceret midt i januar.

KemoGuide 1 og KemoGuide kan downloades gratis via Google Play eller i App Store.

(sbk)



Pressfoto Aarhus Universitetshospital

## Forsøg skal afklare effekt af gebyr for udeblivelse

Udeblivelser er et væsentligt problem på hospitalerne. Men hjælper det at pålægge patienterne et gebyr? Det skal et nationalt forskningsprojekt forsøge at afklare. De to afdelinger, hvor gebyrerne skal afprøves, er: Radiologisk Afsnit, Diagnostisk Center, Regionshospitalet Silkeborg og Ortopædkirurgisk Ambulatorium, Regionshospitalet Viborg.

I forsøgsperioden fra 1. maj 2015 til udgangen af 2017 vil tilfældigt udvalgte patienter fra de to afdelinger få at vide, at de vil blive pålagt et gebyr på 250 kr., hvis de udebliver uden at have meldt afbud.

(sbk)

” Ind kommer sygeplejerske Maiken Hjerming, der krammer og kindkysser pigerne. Hun er en af Rigshospitalets ungeambassadører, der er efteruddannet til at støtte de unge og se deres særlige behov. Tonen er kærlig og fri, og den garvede sygeplejerske har svært ved at skjule sin begejstring over de nye rammer og muligheder.

Journalist Milla Mølgaard beskriver Rigshospitalets nye afdeling Kræftværket i Politiken, 23. januar 2015.

## Moderskabet sidder ikke i brysterne

Christina Andersen, sygeplejestuderende på modul 6, University College Sjælland

*Det gør indtryk at observere en sundhedsplejerske, som taler en nybagt mor til ro og overbeviser hende om, at hendes lille søn har brug for modermælkserstatning.*

Under min modul 6-praktik i primær sundhedstjeneste har jeg fulgt en sundhedsplejerske som led i uddannelsen til sygeplejerske. Jeg har aldrig tvivlet på, at jeg skulle arbejde med børn og unge, når jeg blev uddannet sygeplejerske, men var lidt skeptisk omkring sundhedspleje.

På et familiebesøg kommer vi ud til en familie, som har en del problemer. Drengen på tre uger tager ikke på, men taber sig. Moderen er meget frustreret og græder allerede, da vi kommer ind ad døren. Min vejleder trøster hende, og da vi sætter os, begynder moderen at åbne sig. Hun er frustreret over, at drengen taber sig, at der er øgede kontrolbesøg, og at amningen slet ikke kører. Hun har ondt, når hun ammer, har ikke ret meget mælk, og det hele er skidt. Hun føler sig som en meget elendig mor og synes, at hun gør tingene forkert. Desuden får hun ikke sovet, og der er nogle andre familiemæssige udfordringer, som gør, at hun føler sig tømt for energi, ressourcer og overskud.

Min vejleder giver sig tid til at lytte, råde og vejlede. Hun fortæller bl.a., at moderskabet ikke sidder i brysterne, og at det rent faktisk er o.k. ikke at amme. Hun er ikke en dårlig mor af den grund.

Moderen har rigtig svært ved at acceptere dette, men det ender med, at hun alligevel godt kan se, at hendes søn har behov for modermælkserstatning, og at der skal sættes ind med dette.

Under hele samtalen reflekterede jeg over, hvor skønt det er at opleve engagerede mennesker i sundhedssektoren. Det er helt utroligt, hvor meget det betyder for en nybagt mor, at der er en fagperson, som gider lytte, give gode råd og engagere sig i familien. Nogle vil selvfølgelig mene, at det er en sundhedsplejerskes job, men der er bare stor forskel på, hvordan man udfører sit job.

Jeg er blevet endnu mere bekræftet i, at jeg skal arbejde indenfor det pædiatriske sygeplejeområde (muligvis i sundhedsplejen), og vil i fremtiden tage de gode redskaber, som min vej-



Arkivfoto: Thomas Vilhelm, Scapix

Det er helt utroligt, hvor meget det betyder for en nybagt mor, at der er en fagperson, som gider lytte, give gode råd og engagere sig i familien.

leder har givet mig med videre i rygsækken til de næste praktikker. Samtidig vil jeg tænke på, at vi som studerende er meget privilegerede, når vi har mulighed for at møde engagerede vejledere, som brænder for at lære fra sig, og som synes, det er en gave at kunne give de studerende mulighed for at udvikle sig både fagligt og personligt.

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



# Geværet i entréen

*En vag mistanke om, at en ældre mand overvejer selvmord, nager hjemmesygeplejersken. Måske ser hun spøgelse ved højlys dag, måske ikke.*

**Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør

Gunnar har planlagt, at han vil tage sit liv i morgen, når hjemmehjælpen har været forbi på sit tidlige besøg. Han vil gøre det, fordi han ikke mener, der er noget håb for fremtiden længere. Han skal jo dø alligevel, så hvorfor vente, til det sker af sig selv, når hans situation alligevel ikke bliver bedre. Gunnar har i tankerne været igennem flere metoder, men er bange for, at han vågner igen, hvis han f.eks. tager en overdosis medicin. Han er blevet enig med sig selv om, at han vil skyde sig omme i laden.

Livet er blevet svært efter Karens død for tre år siden. Gunnar havde været gift med hende i 48 år, nu skranter han pga. opblussen i den KOL, der blev konstateret for to år siden, og han magter ikke de daglige gøremål hverken inde eller ude på den gård, hvor han har levet sammen med Karen. Det hele forfalder stille og roligt.

Gitte, som er hjemmesygeplejerske, doserede medicin hos Gunnar i går, og hun lagde mærke til geværet, der stod i et hjørne i entréen. Kan Gunnar stadigvæk gå på jagt? Gitte undrede sig, men skød tanken fra sig. Tanken dukkede op igen her til morgen. Kan Gunnar være deprimeret? Sådan har han ikke virket, men alligevel ...

*Hvad tænker I, at Gitte skal gøre?*

*Er hun overhovedet forpligtet til at reagere?*

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

**Svar 1.** Dilemmaet består i, om hjemmesygeplejersken skal bede Gunnar opbevare geværet sikkert. Af hensyn til andre menneskers sikkerhed bør hun indlede denne samtale, og ved den anledning kunne hun naturligt og nænsomt komme ind på, hvorledes Gunnar har det i hverdagen. Men dette emne, det må bringes på banen intuitivt. I casen gives der ikke oplysninger om, at hjemmesygeplejersken har observeret adfærd, der peger i retning af selvmordsovervejelser. Derfor kan man som læser let forføres i dilemmavinklen - at et fritstående gevær er ensbetydende med tanker om selvmord. Men uanset hvilke etiske vinkler der lægges ned over den beskrevne case, skal geværet opbevares forsvarligt, det vil sige således, at sikkerheden er i orden for såvel Gunnar som for andre mennesker.

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

**Svar 2.** Gitte kommer med sine tanker i et dilemma mellem hensynet til Gunnars integritet og omhu for det sårbare liv. Kan hun tillade sig at blande sig på en opstået mistanke? Skal hun blande sig eller lade være? Er en mand, som blev enkemand efter mange års ægteskab, ikke magter de daglige gøremål mere og lever på en gård i forfald, i en særlig sårbar situation?

Ja. Der er meget pligtetik og ansvar i Gittes opgave. Når Gitte jævnlige kommer hos Gunnar for at dosere medicin, er hun forpligtet til at lave en helhedsorienteret sygeplejefaglig udredning for at vurdere, hvilken sygepleje han har behov for. Det handler om andet og mere end at dosere medicin. Det handler om, at hun ser hans liv, det skrantende helbred, forfaldet, og har mod til at indgå i en dialog med ham om det svære i livet. Derved får hun kendskab til hans livssituation og kan bedre vurdere, om han er sårbar. Hun får da mulighed for at tilbyde ham støtte på flere fronter, og han får en anden mulighed for at leve sit liv.

Gitte bør følge sin intuition, lægge et ekstra besøg ind og spørge ind til hans aktuelle livssituation.

*Af Annette Hegelund, sygeplejerske, SD, projektmedarbejder i Lemvig Kommune, næstformand i Sygeplejeetisk Råd, [www.dsr.dk/ser](http://www.dsr.dk/ser)*



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

## Film



Foto: Susanne Mertz, Nordisk Film

Premiere den 26. februar  
**Mennesker bliver spist**

Herluf (Erik Clausen) er en pligtopfyldende far, mand og mekaniker, der i mange år har været ganske lykkeligt gift med Ingelise (Bodil Jørgensen). Deres ægteskab er blevet lidt for meget rutine, og på det seneste har Ingelise sågar indledt en affære med en kollega. En dag melder Herluf en bil klar på værkstedet, uden at bremserne virker, og da den kort efter kører galt, sender Mester ham hjem på en tænk. Herluf bliver chokeret. Han er begyndt at glemme ting. Og en dag kommer han ikke hjem, som han plejer. Ingelise og hele familien opdager, hvor meget de savner ham, og tager deres liv og relationer op til revision. *Vises i biografer over hele landet.*

## Teater

Premiere den 11. februar  
**Elefantmanden**

Hvem er vore dages elefantmænd? Han er født deform, og hans familie har udstødt ham. Den forkrøblede John Merrick levede i Victoriatidens England, først som markedsøgler og senere som medicinsk objekt på The London Hospital. Det er dramatikeren Daniel Wedel, der har skrevet denne udgave af Elefantmanden for Odense Teater. Han tager udgangspunkt i lægen Frederick Treves' beretning om sit møde med John Merrick. De historiske fakta bliver til en moderne fortælling om at blive udstødt og kampen for at slippe ud af anderledesheden.

*Odense Teater, Jernbanegade 21, Odense C.*

*Spilleperiode den 13. februar til den 14. marts.*

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

## Sygeplejersker giver borgere blod i hjemmet

Patienter, der har brug for blodtransfusioner, behøver ikke længere tage på hospitalet i Viborg Kommune. Nu kommer sygeplejersker fra kommunens akutteam ud med blod i hjemmene.

Tekst **Signe Lene Christiansen** • Foto **Søren Holm**



Sygeplejerske Mette Møller Vitting er hjemme hos Anny Gravgaard på 89 år i Viborg for at give en blodtransfusion.

Sengeliggende, terminale patienter og patienter med demens. Det er nogle af dem, som fremover ikke behøver tage på Regionshospitalet Viborg for at få en blodtransfusion.

Siden begyndelsen af december 2014 har de kommunale sygeplejersker i akutteamet i samarbejde med akutafdelingen og blodbanken på Regionshospitalet Viborg og praktiserende læger tilbudt borgere i kommunen at udføre blodtransfusioner ude i hjemmene.

“Det er en udmattende dagsrejse for svært syge patienter at skulle ind på hospitalet for at få blod, så det er oplagt at spare dem en indlæggelse i forbindelse med en blodtransfusion, især hvis blodmangel er den eneste årsag til indlæggelsen,” forklarer Mette Møller Vitting, som er en af de sygeplejersker fra kommunens akutteam, der har

været med til at starte og udvikle ordningen, der foreløbigt kun kører som et forsøg.

### Kommunale sygeplejersker oplæres på hospitalet

For at sikre patientsikkerheden har sygeplejerskerne fra kommunens akutteam fået undervisning af personalet på Regionshospitalet Viborg, og der er udviklet og indført procedurer for det nye samarbejde mellem kommune og hospital.

“Sygeplejerskerne er bedre uddannede end sædvanligt i blodtransfusionskomplikationer, og vi har virkelig sikret os, at de kan vurdere de akutte tilfælde og ved, hvornår de skal ringe til akutafdelingen, for der er jo ikke lige en læge ved hånden, når de står ude i hjemmene,” forklarer akutlæge og hjertemediciner Thomas Nielsen fra Regionshospitalet Viborg.

“Derfor kan akutteamet løse opgaven lige så godt som sygehuset,” fortsætter Thomas Nielsen, der også er ordningens ansvarlige læge.

### Akutteamet låner hospitalsudstyr

Sygeplejerskerne henter blod og en akutkasse med adrenalin og anden nødvendig medicin på hospitalet, og på hospitalet står personalet standby, hvis en borger skulle få det dårligt under akutteamets behandling ude i hjemmet. Derfor tjekker akutteamet også altid telefonen - og internetforbindelsen - hjemme hos borgeren dagen inden en blodtransfusion, når de er ude at tage blodprøver.

“Vores funktion er at tænke i forebygelse af indlæggelser, og vi kan se, at vi kan gøre en forskel her. Hospitalet får en seng en hel dag og sparer ressourcer, og patienten sparer besværet ved en indlæggelse,” siger Mette Møller Vitting.

### Forventer flere patienter

I ordningens opstart forventer hospital og kommune i gennemsnit to patienter om

ugen, men overlæge Thomas Nielsen forventer, at flere patienter vil tage imod tilbuddet med tiden. I den første måned har tre patienter fået blod i hjemmet.

“Det kan selvfølgelig ikke betale sig, hvis der kun er tre patienter på en måned, men nu skal de praktiserende læger jo også lige vænne sig til, at ordningen eksisterer, så vi forventer, at flere patienter vil tage imod tilbuddet,” siger overlæge Thomas Nielsen.

Foreløbig har det været selvhjulpne patienter, der har benyttet sig af ordningen, men hensigten er, at også svært syge får gavn af akutteamet.

Mette Møller Vitting siger:

“Målet er at komme ud til dem, for hvem det er en stor belastning at skulle ind på hospitalet, men vi er stadig i opstartsfasen og skal indhente en masse erfaring og udbrede kendskabet, så borgerne ved, at det er en mulighed at få blod derhjemme.”

*Ordnningen med blod i eget hjem begyndte 3. december 2014 og kører foreløbig som et forsøg med et tilbud to dage om ugen.*

## Et samarbejde mellem region og kommune

Ifølge Viborg Kommune er den det første sted i landet med et generelt tilbud om, at borgere kan få blodtransfusion i eget hjem, og hvor tilbuddet er et samarbejde mellem kommune og region. Sådant samarbejde kræver først og fremmest en relation baseret på tillid, forklarer Lis Kaastrup, der er sundheds- og omsorgschef i Viborg Kommune.

“Begge parter skal have tillid til, at vi hver især har fagligheden til at varetage opgaven, så vi har brugt de sidste par år på at opbygge den relation og udviklet procedurerne i fællesskab. Det giver tryk både for lægerne på sygehuset og for sygeplejerskerne i akutteamet,” siger hun.

Ifølge sygeplejerske Kirsten Lynderup fra kommunens akutteam er samarbejdet gået godt.

“Både blodbanken og akutafdelingen på sygehuset er med på at få ordningen til at lykkes 100 pct., og det er rigtig vigtigt. Et godt samarbejde mellem kommune og region kræver, at begge parter bruger hinanden og vil samarbejdet. I akutteamet har det været altafgørende for, at ordningen kunne blive til noget, at sygehuset står bag os,” siger hun.

## Vold mod sundhedspersonale er rekordhøj

Antallet af fysiske overfald på sygeplejersker og andet sundhedspersonale i England er rekordhøjt. I årene 2013-14 blev i alt 68.683 medarbejdere overfaldet af bl.a. patienter og pårørende, hvilket er en stigning på 13,7 pct. i forhold til 2004-5. “Det er en skam, at der ikke er blevet gjort mere for at beskytte sygeplejersker og andet personale, der hver dag står ansigt til ansigt med patienterne,” siger sygeplejerske Amai Gold, der selv er blevet overfaldet flere gange i forbindelse med sit job på en akutmodtagelse, til tidsskriftet *Nursing Standard* nr. 14, 2014.

## Storstrejke i Norge

Onsdag den 28. januar gik tusindvis af nordmænd, deriblandt sygeplejersker, på gaden i Norge i en såkaldt punktstrejke. Bag demonstrationen stod de tre norske hovedorganisationer LO, Unio og YS, som havde opfordret sine 1,5 mio. medlemmer til at nedlægge arbejdet mellem kl. 14 og 16. Fagbevægelsen ville markere sin utilfredshed med de forringelser, som de mener vil blive resultatet af, at den norske regering vil ændre arbejdsmiljøloven. Regeringen lægger bl.a. op til mere pålagt overarbejde uden overtidsbetaling og mere søndagsarbejde, og til at flere stillinger skal kunne besættes tidsbegrænset.

## Mæslingeudbrud i Californien

Et større mæslingeudbrud i Californien i USA har fået APIC, den amerikanske forening for professionelle indenfor infektionskontrol og epidemiologi, til at udarbejde et faktaark til landets sundhedspersonale og borgere. Som i mange andre vestlige lande har mæslinger længe været anset for udryddet i USA, men i løbet af denne vinter er over 50 personer blevet smittet, og flertallet af dem har til fælles, at de besøgte Californiens forlystelsespark Disneyland samme uge i december 2014. Det styrker mistanken om, at smitten er kommet til landet med en turist, skriver nurse.com

# Sankt Joseph-søstrene sælger deres bygninger

1940'erne var Sankt Joseph-ordenens storhedstid i Danmark, hvor den katolske organisation rådede over 1.700 sengepladser på fem hospitaler og åbnede en sygeplejeskole. Nu er de sidste af Sankt Joseph-søstrenes bygninger solgt.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

En operationsstue på Skt. Josephs Hospital i København fra omkring 1920'erne.



Foto: Sankt Joseph Søstrenes Ordenssamfund

Sankt Joseph-ordenens hovedkvarter på Strandvejen i København, som skal ombygges til ældreboliger og plejehjem.

## Dengang

I 1856 ankom fire Sankt Joseph-søstre til København på opfordring fra en dansk kvinde, som havde oplevet det arbejde, de katolske søstre gjorde for børn og syge i Savoyen (i dag Frankrig). Det viste sig dog, at den katolske menighed i Danmark næsten ingen penge havde til drift af et hospital. Ved hjælp af midler fra konverterende danske kvinder lykkedes det Sankt Joseph-søstrene at erhverve en lille ejendom med ganske få senge.

I 1875 åbnede så landets første katolske sygehus i Griffenfeldtsgade i København. De næste 25 år grundlagde Skt. Joseph-ordenen yderligere syv somatiske sygehuse i provinsen, der alle hed Sankt Josephs Hospital. I de katolske hospitalers storhedstid i 1930'erne og 40'erne rådede de over ca. 1.700 sengepladser i hele landet.

I 1936 blev der oprettet en fælles sygeplejeskole ved Sankt Josephs Hospital i København.

Sankt Josephs Hospital i København lukkede i 1979, og det sidste hospital i provinsen, i Aalborg, drejede nøglen om i 1990. I 1977 lukkede også Sankt Josephs Sygeplejeskole.

## Nu

Efter 160 års langt virke i Danmark rinder tiden ud for Sankt Joseph-ordenen. I 1940'erne og 1950'erne var der omkring 500 Sankt Joseph-søstre i Danmark, men i dag er der kun 35 tilbage, heriblandt tre af de tidligere sygeplejersker fra Sankt Josephs Hospital.

I november 2014 blev det besluttet at sælge de sidste bygninger, hovedkvarteret på Strandvejen nord for København. Københavns Kommune og det almennyttige boligselskab Lejerbo overtager om to år bygningen, som skal omdannes til ældreboliger og plejecenter. Alle Sankt Joseph-søstre får adgang til en ældrebolig eller en bolig i plejecentret, når det står ombygget omkring 2019.

"Det er en beslutning, vi selv har taget. Det er ikke økonomisk ansvarligt at have så store bygninger stående ubenyttet, vi har jo både køkken, rengøring og plejefdeling, og de sidste 10 år eller mere har vi haft civil personale ansat i vores plejefdeling," fortæller provincial priorinde for Sankt Joseph-Søstrene, Marianne Bode.

Marianne Bode konstaterer, at staten i dag har overtaget omsorgen for danskerne.

"Nu er der nød på det åndelige område, og vi oplever stor søgning på vores retrætecenter, hvor folk kommer for at tilbringe en weekend i stilhed for at overveje deres liv," siger hun.

Retrætecentret Stella Matutina i Kokkedal er Sankt Joseph-søstrenes sidste ejendom, som de har valgt at beholde.

"I andre lande er der opgang for Sankt Joseph-ordenen, og med salget af bygningerne på Strandvejen får vi nogle penge, som vi kan bruge til at støtte projekter andre steder. Det er selvfølgelig vemodigt, at en tid rinder ud i Danmark, men så er det godt at vide, at man er del af en stor familie," siger Marianne Bode.

Kilde: "Katolske sygeplejeordners grundlæggelse og virke" af Susanne Malchau.

Læs mere i den historiske artikel ved at skrive "De religiøse hospitalers rolle i dansk sygepleje" i søgefeltet på [dsr.dk](http://dsr.dk)

# Flere skal tage studieophold i udlandet

Selvom antallet er stigende, vil uddannelsesministeren have endnu flere sygeplejerskestuderende til at tage et studieophold i udlandet. Det styrker fagligheden, siger hun.

Tekst **Simon Johansen**

Antallet af sygeplejerskestuderende, som tager studieophold i udlandet, er mere end fordoblet de seneste tre år, viser et notat fra Styrelsen for Videregående Uddannelser. Den seneste opgørelse fra 2013 viser, at 9 pct. af dimittenderne havde været i udlandet på studie- eller praktikophold.

Regeringen har dog den målsætning for 2020, at hver anden af de studerende skal tage et udlandsophold.

"Det er ambitiøst med 50 pct. Men jeg tror på, at det styrker de studerendes faglighed. Og et studieophold i udlandet behøver jo ikke nødvendigvis at være et helt år," siger uddannelsesminister Sofie Carsten Nielsen (R).

På University College Sjællands sygeplejerskeuddannelse erkendes vigtigheden af udlandserfaring. Men sidste år havde kun ca. hver ottende dimittend et udlandsophold på CV'et.

"Vi lægger nu en ny strategi for at få flere til udlandet, men det er svært. Regeringens målsætning er meget ambitiøs," siger Morten Pristed, chef for Internationalt Sekretariat ved University College Sjælland.

På Professionshøjskolen Metropol er man anderledes optimistisk. Her havde op mod 30 pct. af sidste års færdiguddannede sygeplejersker været udenlands som en del af studiet. Det er en fordobling i forhold til 2009.

"Regeringens målsætning er et led i en naturlig udvikling for et globaliseret Danmark. I eksempelvis Afrika lærer de studerende, at sygepleje af høj kvalitet kan udføres med få midler," siger dekan på Professionshøjskolen Metropol, Randi Brinckmann.

Læs også artiklen "Kan man virkelig lære pleje i Afrika?" på side 84.

# Udgifter til medicin eksploderer

Allerede ved indgangen til 2015 står landets fem regioner og mangler ca. 800 mio. kr. til medicin. Og pengene skal hentes ved besparelser, f.eks. ved at nedlægge senge på hospitalerne. Det kom frem på et bestyrelsesmøde i Danske Regioner sidst i januar, skriver Morgenavisen Jyllands-Posten. Regionerne forudser nemlig voldsomme stigninger i udgifterne til medicin, både den medicin, som købes og hentes på apoteket, og de præparater, som indlagte patienter behandles med.

"Det går helt amok. Vi havde regnet med at kunne spare på medicinen, som udleveres på apoteket, for at have penge til sygehusmedicinen, men den forudsætning er helt skredet. Dertil kommer, at udgifterne til medicin på sygehuse stiger mere end forventet. Så det bliver dyrere både på gyngerne og karrusellerne," siger Bent Hansen (S), formand for Danske Regioner, til Morgenavisen Jyllands-Posten.

(cso)

# Musik som intervention under ambulancekørsel

Lyden af en ambulancesirene er ikke befordrende for patienter med akut hjertesygdom. Derimod kan musik specielt komponeret til svært syge patienter lindre og berolige under kørslen til hospitalet. Det viser et forskningsprojekt fra Aalborg Universitetshospital udarbejdet af overlæge Per Thorgaard. 152 patienter var inkluderet i studiet, de hørte musik gennem en speciel højttaler, der skabte en lydubøle om patientens hoved uden at nå resten af bårerummet. Tre ud af fire patienter foretrak musik under kørslen. Projektet er bl.a. ud-

arbejdet i samarbejde med Falck. Efterfølgende er redderne blevet opmærksomme på at eliminere støj i ambulancerummet ved f.eks. at sætte gummilister og dutter på steder, der tidligere knirkede eller skramlede, fortæller ambulancechef Kjeld Brogaard.

(jb)

Den beroligende og behagelige musik kan høres på: [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > søg efter "ambulancemusik".

Læs mere: [www.danishsound.org](http://www.danishsound.org) > skriv "Whitepaper" i søgefeltet.



Privatfoto

Højtalernes placering i bårerummet i ambulancen, som har ekstra blød affjedring for at reducere vibrationer og give patienten øget komfort. Dette er nu standard for Falck-ambulancer.

# Ny teknologi er til gavn for patienterne

Ny teknologi er velkommen, når den er et middel til at fastholde velfærd og er til gavn for patienterne. Det mener Dansk Sygeplejeråd i et nyt udspil "Sygepleje og Velfærdsteknologi". Men der bør følge uddannelse med, og sundhedspersonalet skal deltage i udviklingen.

Tekst **Marianne Bom**

Det er positivt, at sundhedssystemet i Danmark er ved at være klar til at udbrede telemedicinske løsninger i større skala. Det gavner f.eks. diabetes- og KOL-patienter, der ved hjælp af hjemmemonitorering bliver bedre til at mestre egen sygdom.

Telemedicin kan føre til færre genindlæggelser, bedre livskvalitet og måske være økonomisk fordelagtigt for samfundet, mener næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg:

"Danmark står ligesom andre europæiske lande i en brydningstid. Befolkningen bliver ældre, vi lever længere, og antallet af mennesker med kroniske sygdomme stiger kraftigt. Samtidig bliver vi færre på arbejdsmarkedet, og økonomien er under pres. Ny teknologi kan være en del af løsningen på disse udfordringer," siger Dorte Steenberg.

Hun mener, at danske sygeplejersker er klar til at spille en aktiv rolle for at udbrede telemedicinske løsninger. Men det er vigtigt, at forandringerne sker i et konstruktivt samarbejde, hvor sundhedspersonalet inddrages i udvikling og implementering.

"Udbredelsen af telemedicin kommer oveni et væld af organisationsændringer i kommuner og regioner, så der er rigtig mange bolde i luften. Vi har brug for god ledelse, som inddrager medarbejderne i alle faser af udvikling og implementering af velfærdsteknologi, og vi har brug for uddannelse og ekstra personaleressourcer, når ny teknologi startes op i stor skala," siger næstformanden.

## Sådan får du indflydelse

Som sygeplejerske har du mulighed for at få indflydelse på den nye teknologi. Du har indflydelse gennem MED-systemet, hvor du er repræsenteret af din tillids- og arbejdsmiljørepræsentant. MED-systemet aftaler, hvordan ny teknologi indføres på arbejdspladsen. Du har også indflydelse via arbejdsmiljøorganisationen, som skal sikre, at der er tilstrækkelig og hensigtsmæssig oplæring og instruktion i ny teknologi. Læs mere i oplægget "Velfærdsteknologi og innovation - hvordan får jeg indflydelse" på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Hun mener, at grebet rigtigt an kan ny teknologi blive til gavn for alle - også den enkelte sygeplejerske, som kan opleve tilfredsstillelsen ved at yde et fagligt stærkt stykke arbejde og bidrage til god kommunikation med borgeren.

Dansk Sygeplejeråds udspil "Sygepleje og Velfærdsteknologi" rummer disse fem anbefalinger:

- Patienternes mestring skal sikres gennem velfærdsteknologiske løsninger
- Kvaliteten i sundhedsydelse skal sikres gennem forskning i velfærdsteknologi
- Sundhedspersonalet skal inddrages ved udvikling, implementering og videreudvikling af velfærdsteknologi
- Velfærdsteknologiske løsninger skal udbredes i hele sundhedssystemet
- Der skal skabes partnerskaber med erhvervslivet og det omgivende samfund.

Udspillet kan læses i sin helhed på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) - søg på "Sygepleje og Velfærdsteknologi".

Læs også tema om telemedicin og de patientgrupper, den kan gavne, på side 30.

## Specialister i demens rykker ud i Randers

Når personalet i ældreplejen i Randers Kommune oplever problemer med urolige demente, kan de fremover kontakte demenskorpsset. Det er typisk sygeplejersker, som har arbejdet med demente i mange år. Når de kommer ud i plejecentrene eller i borgerens hjem, har de først og frem-

mest en observerende funktion med fuld opmærksomhed på den demente i det omfang, som det faste personale ikke har mulighed for i det daglige.

"Et af formålene med demenskorpsset er, at de skal give deres kundskab videre og dermed have en uddannende funktion overfor de medarbejdere, de besøger.

Her er det en fordel, at det er en kollega, der kender arbejdsgangene i forvejen og derfor kan give råd, der er lette at efterleve inden for de givne rammer," siger demenskoordinator i Randers Kommune Hanne Pedersen i en pressemeddelelse fra Randers Kommune.

(sbk)



## "Jeg håber, jeg gjorde hendes sidste timer bare lidt mere udholdelige"

På Sygeplejersken.dk kan du læse blogs skrevet af sygeplejersker om så forskellige emner som spisemaskiner, skriveprocesser og sundhed. Martin von Magius, som er med forsvaret i Sierra Leone, har skrevet om at stå i en nattevagt med en døende 13-årig pige.

Sygeplejerskens blogger Martin von Magius er udsendt med forsvaret til Sierra Leone for at bekæmpe og forebygge ebola. I midten af januar skrev han et blogindlæg, som du her kan læse et udrag af.

"Vi fik for en lille uge siden en 13-årig pige og hendes far indlagt. Farmoderen var død af ebola, og nu viste de begge symptomer. Pigen var tydeligvis meget præget af situationen og var rædselsslagen for os sygeplejersker og læger og ikke mindst for at få taget blodprøver og lignende. Det hjælper heller ikke, at man har svært ved at kommunikere med patienterne. Vi taler ikke sproget og er jo fuldstændig pakket ind, hvilket heller ikke hjælper på den nonverbale del af kommunikationen, når man ikke kan se ansigtsudtryk.

Pigen blev tiltagende dårlig, og hendes far, der var relativt syg i starten af indlæggelsen, fik det tilsvarende bedre.

Jeg overtog vagten kl. 20 og fik rapport om, at hun var blandt de dårligste af patienterne. Jeg kom ind i den røde zone på en hurtig runde for at tilse patienterne, og der lå hun. Hun var hårdt ramt af hæmoragiske symptomer og bevidstløs. Nu er det ikke let at måle vitale værdier på patienterne, men hun var febril, havde en respirationsfrekvens på omkring 50-60 Kussmauls respiration, en puls, der var på den forkerte side af 160, og hun havde ingen urinproduktion. Faderen lå og sov med ryggen til i sengen ved siden af.

### Anstændighed og nærvær

Jeg var inde og se til hende, gav hende morfin og lidt i.v.-væske. Hun begyndte at stase lidt op i lungerne i løbet af natten, så jeg slukkede for væsken igen. Der var stadig ingen urinproduktion. Respirationen blev mere og mere ud-

sættende, og umiddelbart før jeg skulle give rapport til dagholdet, var respirationsfrekvensen faldet til 12-16 med en uregelmæssig puls på ca. 180. Hun døde kort tid efter.

Jeg plejede hende med al den anstændighed og nærvær, der var mulig for mig under omstændighederne, og jeg håber, at det gjorde hendes sidste timer bare lidt mere udholdelige.

I må undskylde, hvis dette indlæg blev lidt voldsomt og følelsesladet. Det er, som I kan læse, nogle meget ubehagelige oplevelser, vi af og til har hernede. Men til gengæld er de positive oplevelser, når vi eksempelvis udskriver patienter, så meget mere fyldt af en fantastisk glæde."

Læs også interview med Martin von Magius' kollega Elisa Vestergaard Høj, som blev hentet hjem fra Sierra Leone pga. risiko for ebola-smitte på side 28. (sbk)

# Åbn munden og undgå fejl

Det er menneskeligt at fejle, lyder en talemåde. Men det er også menneskeligt at forsøge at skjule sine fejl. Læs i dette tema, hvordan sygeplejersker gennem kurser og videooptagelser lærer, hvordan de får fejltagelser og misforståelser frem i lyset, taler om dem og ikke mindst forhindrer, at de sker igen.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**  
Foto **Søren Svendsen**







# Sygeplejersker skal lære at tale om fejl

Når der sker fejl, ønsker patient og pårørende allermost en undskyldning. De har ikke brug for nogen, der kryber udenom eller bryder sammen. Men sygehusafdelingerne forstår og håndterer fejl meget forskelligt. Området trænger til et løft, mener sygeplejerske bag et kursus om kommunikation efter utilsigtede hændelser.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**

Hvad skal du sige til kollegaen, der lige har været involveret i en alvorlig fejl? Og hvordan fortæller du patienten, at du er kommet til at give ham den forkerte medicin?

Det kan være svært at få sagt det rigtige til patient, pårørende og kolleger efter en utilsigtet hændelse. Og mange sygeplejersker vælger helt at lade være med at sige noget. Derfor tilbyder Dansk Institut for Medicinsk Simulation på Herlev Hospital nu kurset "Kommunikation efter utilsigtede hændelser".

"Kurset er dels en konsekvens af, at mange sygeplejersker slet ikke ved, hvordan man får talt om hændelsen, dels at nogle fortier den, fordi de er bange for at blive hængt ud," fortæller projektsygeplejerske Lene Funck, som har været med til at udvikle kurset.

## Blinde for gentagne fejl

Alene begrebet utilsigtet hændelse giver en idé om, hvor svært det er at tale om, mener Lene Funck.

"En utilsigtet hændelse er et pænt ord for fejl. Ingen kan lide at sige, at de og systemet har begået en fejl, men det er nødvendigt for at forhindre, at den sker igen. Derfor er det vigtigt, at man får sat ord på fejlene i stedet for at fortie dem," siger Lene Funck.

Den begrænsede kommunikation om fejl forhindrer desuden en forståelse af, hvad de utilsigtede hændelser dækker over.

Medunderviser på kurset, sygeplejerske, ph.d. Inger Margrete D. Siemsen, fra regio-

nens Enhed for kvalitet og patientsikkerhed oplever, at kursusedtagerne generelt har svært ved at svare på, hvad en utilsigtet hændelse er, og at fejl, der sker på baggrund af kommunikationsbrist, sjældent opleves som fejl.

"De fleste sygeplejersker er klar over, at medicinfejl er en utilsigtet hændelse, men at en patient kommer en halv dag for sent til undersøgelse pga. dårlig kommunikation i organisationen, opfattes ikke nødvendigvis som en utilsigtet hændelse," siger Inger Margrete D. Siemsen.

## Kommunikation efter utilsigtede hændelser

Kurset opstod på baggrund af et kursus i konflikthåndtering, da man fandt ud af, at mange konflikter opstod i forbindelse med utilsigtede hændelser. F.eks. når sygeplejersken skulle informere patienten om fejlen.

Kursisterne bliver bl.a. trænet i samtaleteknikker med patienter og pårørende, og de lærer, hvordan de taler konfliktnedtrappende og sætter patienten i centrum.

Kurset foregår over to dage med ca. en måneds mellemrum. Undervisningen har fokus på at forbedre kommunikation med kolleger og patienter. Kursisterne kommer også selv på banen i en række simulationer, som tager udgangspunkt i utilsigtede hændelser fra deres egne arbejdspladser.

” På nogle afdelinger opfatter man fejl som en uundgåelig del af jobbet, på andre afdelinger eksisterer de stort set ikke. I hvert fald ikke erkendelsen af dem.

Sygeplejerskerne er ofte blinde for de fejl, der sker gentagne gange.

"Når jeg giver eksempler på fejl og spørger, om det ikke er en utilsigtet hændelse, så svarer de: "Neej, for det sker jo hele tiden." Eller: "Hvis vi skal indberette dét, så kunne vi ikke bestille andet." Et argument, som Lene Funck gerne udfordrer.

"Pointen er lige netop, at de mange indberetninger skal åbne øjnene for, at tiden er givet bedre ud ved at forebygge, at fejlene sker, end at indberette syv timer om dagen."

## Tilsigtet eller ikke tilsigtet

Egentlig er det nemt at gennemskue, om noget er en fejl eller ej, hvis man bare bruger omvendt fortegn, forklarer Lene Funck.

"Når kursisterne siger, at dét kan da ikke være en utilsigtet hændelse, så spørger jeg: "Men var den tilsigtet?" Og det var den jo ikke."

Problemet er, at så længe sygeplejerskerne ikke er afklaret med, hvad en fejl er, og i hvilket omfang de eksisterer, ser

de ikke behovet for at blive ordentligt klædt på til at håndtere dem. Og det er beklageligt, mener Lene Funck, for at være involveret i en fejl kan være svært traumatiserende.

”Der er sygeplejersker, som har været indblandet i alvorlige utilsigtede hændelser, der går syge hjem og aldrig kommer tilbage på arbejde igen, fordi de ikke har fået hjælp.”

Andre er sygemeldte i længere perioder, og derfor er det ifølge Lene Funck altafgørende at kunne tilbyde akut håndtering for at fastholde et dygtigt personale.

”Vi er som fagpersoner forpligtet til at tage vare på både patienter, pårørende og hinanden, når hændelserne forekommer,” siger Inger Margrete D. Siemsen.

Når der sker fejl, ønsker patient og pårørende allermest en undskyldning fra organisationen og gerne fra dem, der har været involveret i hændelsen.

”De har ikke brug for, at personen eller organisationen kryber udenom eller bryder sammen. De har brug for én, der entydigt kan give dem fornemmelsen af, at hele systemet lærer af fejlen og sikrer, at den ikke sker igen,” siger hun.

”Det er en ekstremt svær situation for sygeplejersken at skulle håndtere følelser af skyld og skam på vegne af organisationen og sig selv og samtidig blive mødt af patienten og de pårørendes vrede. Det kan derfor være vigtigt, at sygeplejersken er blevet krisehåndteret af kollegerne inden mødet med patient

og pårørende, så hun er klædt på og føler sig rustet til samtalen.”

### Fejl håndteres forskelligt

Der er næsten lige så mange forskellige forståelser af utilsigtede hændelser, som der er afdelinger, fortæller Lene Funck. Og en stor del af dem er misforståelser.

”På nogle afdelinger opfatter man fejl som en uundgåelig del af jobbet, på andre afdelinger eksisterer de stort set ikke. I hvert fald ikke erkendelsen af dem,” understreger hun.

” De har ikke brug for, at personen eller organisationen kryber udenom eller bryder sammen. De har brug for én, der entydigt kan give dem fornemmelsen af, at hele systemet lærer af fejlen og sikrer, at den ikke sker igen.

Sygeplejerske, ph.d. Inger Margrete D. Siemsen

Der er afdelinger, hvor travlhed ikke er et argument for at begå fejl, og andre afdelinger, hvor indberetning af hændelserne skal foregå uden for arbejdstiden.

Derudover er der stor forskel på, hvordan ledelsen vælger at bruge indberetningerne.

”Nogle bliver slået oven i hovedet med deres utilsigtede hændelser, mens andre oplever, at selv om de indberetter, får de aldrig nogen tilbagemelding på f.eks., hvilke utilsigtede hændelser der overvejende ses på afdelingen, og hvad man vælger at gøre ved dem.”

Lige nu trænger området til et løft, mener Lene Funck.

Vi skal have skabt en mere moden sikkerhedskultur, hvor vi får belyst, hvad det er for utilsigtede hændelser, der sker, og hvad vi forstår ved utilsigtede hændelser. For hvis det er svært for sygeplejerskerne at vide, hvornår noget er en utilsigtet hændelse, så ved de ikke, hvornår de skal indberette den.”

### Sådan støtter du din kollega, patient og pårørende

Spørg ind til

- hvad der **FAKTUELT** skete
- hvordan kollegaen, patienten eller pårørende **FØLER** sig
- hvilke **BEHOV** kollegaen, patienten eller pårørende har
- hvilken plan der skal lægges for den nære **FREMTID**

Kommunikationsmodellen er fra Center for Konfliktløsning og bearbejdet af DIMS.

# Video gør sygeplejersker bedre til at kommunikere

Gennem videooptagelser får personalet på akutafdelingen på Køge Sygehus et objektive billede af, hvordan de taler sammen, når der skal træffes hurtige beslutninger. Målet er at ændre fejlkulturen og dermed reducere antallet af menneskelige fejl.

Tekst **Miriam Lykke Schultz** • Foto **Søren Svendsen**

Der er travlt på akutafdelingen. En ældre dame er kommet ind, og den nybagte læge er i tvivl om, om patienten skal have lagt kateter. Han tror umiddelbart, at bækken er nok, men den erfarne sygeplejerske ved, at kateter er nødvendigt. Alligevel føler hun ikke, at hun kan trænge igennem med sit budskab, for lægen vil selv bestemme. Sådan beskriver sygeplejersken forløbet, men seancen blev optaget på video, og den viser, at det faktisk var sygeplejersken, der trak sig både verbalt og fysisk.

”Video er den mest objektive dokumentation. Det er et effektivt redskab til at se sig selv udefra, hvilket gør det lettere for personalet at forholde sig til egne fejl.”

Sådan forklarer ph.d.-studerende fra Syddansk Universitet, Sarah Bro, hvorfor hun har valgt videooptagelser som dokumentationsform i sin afhandling om kommunikation og menneskelige fejl i medicinske akut-team.

”Målet er at udvikle metoder, der kan skaffe mere viden om, hvordan fejlene opstår, og hvordan de kan modgås,” fortæller hun.

## Fejl opleves ikke som fejl

Ifølge forskeren viser studier, at op mod 70 pct. af alle menneskelige fejl i sektoren er relateret til dårlig kommunikation, tab af information og manglende koordinering. Derfor har Sarah Bro særlig fokus på de metoder, der gavner kommunikationen.

Hun har indsamlet materiale på to stuer på akutafdelingen på sygehuset i Køge, en

” Hvis man kigger på teamet som helhed, er sygeplejerskerne på akutafdelingen oftest de mest erfarne. Men på grund af rollehierarkiet i kulturen kommer deres erfaring og viden ikke i spil.

Ph.d.-studerende, Syddansk Universitet, Sarah Bro

meget akut og en mindre akut. Med tre videokameraer på hver stue har hun fulgt interaktionen mellem personale og patienter og også internt i personalegruppen for at se, om kommunikationen i den akutte situation kan blive bedre.

”Det er vigtigt at få belyst, fordi der generelt mangler en forståelse for, hvad der sker i akutte beslutningsprocesser. Ofte sker der fejl i kommunikationen, som bag efter enten ikke kan identificeres udover deres konsekvenser, eller som slet ikke opleves som fejl,” siger hun.

En viden om, hvad der sker i processen, kan i sidste ende være med til at mindske mængden af menneskelige fejl, der skyldes dårlig kommunikation, mener forskeren.

”Jeg analyserer på alt, jeg kan se på optagelserne. Hvad siger de, hvad gør de? Det gælder alt fra den nonverbale kommunikation som stemmeføring, øjenkontakt, interaktion og kropssprog til de større or-

ganisatoriske normer, regler og værdier,” forklarer hun.

## Hierarki spænder ben for viden

En af de vigtigste observationer er, at den hierarkiske opbygning i sektoren modvirker, at sygeplejerskernes erfaring og faglighed bliver bragt i spil i kommunikationen med lægerne. Erfaring, som ellers er særlig vigtig på afdelinger, hvor lægerne i højere grad er uerfarne.

”Hvis man kigger på teamet som helhed, er sygeplejerskerne på akutafdelingen oftest de mest erfarne. Men på grund af rollehierarkiet i kulturen kommer deres erfaring og viden ikke i spil,” siger hun og refererer til eksemplet med damen, der skal have lagt kateter.

”Det interessante er netop, at sygeplejersken ved, hvad der skal gøres, men da læ-

## Hvad er en utilsigtet hændelse?

Ved utilsigtede hændelser forstås på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl, som ikke skyldes patientens sygdom, og som enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende. En utilsigtet hændelse omfatter en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, herunder præhospital indsats eller i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler.

Kilde: Dansk Patientsikkerhedsdatabase, DPSD.

gen beslutter sig for at gøre brug af hendes ekspertise og erfaring og lader beslutningen være op til hende, så trækker hun sig både verbalt og fysisk.”

Overraskende nok føler sygeplejersken efterfølgende, at lægen ikke ville høre på hende. Men set ud fra videooptagelserne er det faktisk ikke dét, der sker:

”Det er ikke lægen, som dikterer og vil bestemme. Et eller andet gør, at sygeplejersken ikke tager ansvar for sin viden og bringer den i spil, men indordner sig på en irrationel måde ved at underlægge sig den dagsorden, som lægen i starten lagde op til, da han vurderede, at kateteret kunne undgås.”

” Ofte sker der fejl i kommunikationen, som bagefter enten ikke kan identificeres udover deres konsekvenser, eller som slet ikke opleves som fejl.

Ph.d.-studerende, Syddansk Universitet, Sarah Bro

### Hjælpemidler fjerner fokus

Det har overrasket Sarah Bro, at teamet ofte havde en klar fornemmelse af, hvad der skete, uden at det stemte overens med hendes observationer.

”Personalets oplevelse var, at de gjorde mange gode tiltag, og at de havde så travlt, at der intet andet kunne gøres end det, de gjorde. Men i virkeligheden blev teamet nemt frustreret, når de var i tvivl om, hvad symptomerne indikerede. De blev fastlåste i deres arbejde, blev ved med at gøre det samme og havde svært ved at komme videre eller tænke andre strategier.”

En anden observation er, at der er stor forskel på den måde, novicer og det erfarne personale rent praktisk agerer på.

”Når nyuddannede gjorde brug af spørgeteknikker og procedurer, viste det sig ofte at have en negativ indflydelse på den måde, beslutningerne blev taget, fordi det styrede deres fokus væk fra, hvad der skete i situationen, og hvad patienten gav udtryk for og bad om,” siger Sarah Bro.

Hun håber, at den viden, projektet giver, kan være med til hurtigere at få nyuddannede på niveau med de erfarne og dermed frigive ressourcer til hele afdelingen.

I den forbindelse efterlyser hun en mere aktiv indsats i opkvalificering af personalet og bedre uddannelse i praksis.

”De skal evalueres på, hvad de gør, så de bliver i stand til både at forstå, hvad relationen med patienten betyder for diagnosticeringen, og hvad hjælpemidler og procedurer gør på godt og ondt for beslutningerne.”

### Fejl skal være et positivt emne

Hvis man i et efterfølgende læringsforløb kan gøre det mere tydeligt, hvad der sker, og få åbnet for, at personalet skal kommunikere mere sammen og gøre brug af den ekspertise, der allerede er til stede i form af sygeplejerskernes viden og erfaring, kan det lette nogle beslutningsprocesser og i sidste ende være med til at reducere fejl.

Den betragtning er den uddannelsesansvarlige overlæge på Køges akutafdeling, Anne Grethe Mølbak, helt enig i. Hun mener, projektet kan give personalet ny viden, der kan være med til at forbedre procedurerne.

Sarah Bro forestiller sig, at der på kort sigt kan laves flere og mere målrettede undersøgelser der, hvor resultaterne peger på, at det er relevant at gå endnu mere i dybden.

”På den helt lange bane vil det forhåbentligt kunne ændre kulturen, så menneskelige fejl bliver et positivt emne, man lærer af og bruger målrettet til at forbedre praksis, så der sker færre fejl og reddes flere liv.”





Sarah Lundstrøm har netop givet insulin til en patient, da pårørende kommer ind på stuen og fortæller, at insulinen har været pauseret længe.

”Jeg finder en mand med blodsukker på 1, så hvis jeg ikke havde opdaget fejlen, var han givetvis død af det. Det er en fejl, jeg vil kunne huske til evig tid.”

” En sund fejlkultur skal ikke afhænge af den enkeltes mod til at stå frem, eller hvorvidt man kan tåle at blive konfronteret med fejl. Det afgørende er at have et miljø, hvor man kan sige, man har lavet en fejl uden at blive dømt som en dårlig sygeplejerske.

Episoden er bare én ud af flere utilsigtede hændelser, som Sarah Lundstrøm og de andre ansatte på medicinsk korttidsafsnit på Herlev Hospital er gode til at rapportere.

”Det er jeg stolt af,” siger Sarah Lundstrøm, der er assisterende afdelingssygeplejerske, ”for det er jo ikke udtryk for, at vi begår flere fejl. Det er udtryk for, at vi har skabt et miljø, hvor det giver mening for personalet at tale åbent om fejl, fordi de

# Vi er ikke bange for at erkende fejl

Ved at tale om fejl kan man sikre, at andre lærer af dem, så de ikke sker igen, mener ass. afdelingssygeplejerske Sarah Lundstrøm. For at øge patienternes sikkerhed prøver hun at synliggøre afdelingens utilsigtede hændelser ved at gå forrest og fremhæve egne fejl.

Tekst **Miriam Lykke Schultz** • Foto **Søren Svendsen**

kan føle sig trygge ved, at der bliver taget hånd om hændelsen og gjort, hvad der skal til for at undgå, at den sker igen.”

## Fejl skaber læring

Det er Sarah Lundstrøm, der sammen med afdelingssygeplejersken er ansvarlig for at finde fejlkilderne. Et vigtigt fokus for at udvikle de sygeplejersker, der er i afdelingen.

”Fejl skal ikke fejles ind under gulvtæppet; de er en værdifuld kilde til læring og skal bruges til at sikre, at patienterne ikke oplever de samme fejl igen og igen. Det skal selvfølgelig ske med respekt for, at man ikke samtidig udstiller nogen, for det handler ikke om, hvem der har lavet fejlene, men at få skabt en kollektiv fornemmelse af, hvor tingene kan gå galt, så alle kan lære af det,” siger hun.

Det er vigtigt for Sarah Lundstrøm, at personalet ikke er bange for at stå frem, hvis de har været involveret i en utilsigtet hændelse.

”En sund fejkultur skal ikke afhænge af den enkeltes mod til at stå frem, eller hvorvidt man kan tåle at blive konfronteret med fejl. Det afgørende er at have et miljø, hvor man kan sige, man har lavet en fejl uden at blive dømt som en dårlig sygeplejerske.”

## En fejlbarlig rollemodel

Flere af de fejl, der bliver indberettet, har Sarah Lundstrøm enten selv været involveret i eller vidne til.

”Jeg har intet problem med at stå frem

” Vi er vores egne største kritikere, for inderst inde i vores sygeplejerskehjerte har vi valgt faget for at hjælpe andre. Det gør det ekstra svært, når vi gør noget, der har den modsatte effekt.

med mine fejl, for hele verden ved, at vi alle sammen laver fejl. Vi kan jo se, det sker gang på gang, at folk gør noget, der ikke er tilsigtet,” siger den assisterende afdelingssygeplejerske, der mener, at branchen bør tale mere åbent om fejl for at komme tabuet til livs.

En stor barriere for at lære af fejl er sygeplejerskens egen følelse af skyld og skam, når noget går galt.

”Vi er vores egne største kritikere, for inderst inde i vores sygeplejerskehjerte har vi valgt faget for at hjælpe andre. Det gør det ekstra svært, når vi gør noget, der har den modsatte effekt, men lige netop derfor er det så vigtigt, at kaste lys på de situationer. Få talt dem igennem og fundet frem til årsagen, så de ikke sker igen,” siger hun.

Derfor gør Sarah Lundstrøm også meget ud af at fortælle historierne om sine egne fejl.

Hun mener, det er vigtigt for nyuddannede sygeplejersker at se erfarne sygeplejersker som menneskelige og fejlbar-

lige, for det letter den psykiske byrde, som mange yngre sygeplejersker kan opleve.

## Følg op på indberetningerne

Sarah Lundstrøm nævner et nyligt eksempel på en yngre sygeplejerske, der var kommet til at lave en fejl i forbindelse med en lumbalpunktur, som går tabt, så der skal laves en ny.

”Sygeplejersken var rigtig ked af at skulle udsætte patienten for endnu en rygmarsprøve.

Her er det vigtigt at fortælle historien om, at det også er sket for mig. Vi er alle mennesker. En leder, der aldrig begår fejl, kan ikke være rollemodel for andre.”

For det er netop ikke ikonet og idealet, man spejler sig i, mener Sarah Lundstrøm. Det er det ufuldkomne i rollemodellen, der giver anledning til inspiration og får andre til at følge trop. Derfor skal ledelsen gå foran i afdelingen og fastsætte normer og kutymer om håndteringen af fejl.

”Sker der en fejl, må vi rette op på den med det samme og sige undskyld. Derefter er det mit og afdelingssygeplejerskens ansvar at skabe læring omkring fejlen. Som i tilfældet med rygmarsprøven, hvor vi mindede alle på afdelingen om, at der altid skal høre en blodprøve med.”

De utilsigtede hændelser drøftes på faglige møder, hvor situationerne tales igennem, og hvad man i fremtiden kan gøre for at undgå dem.

”På den måde synliggør vi for personalet, at vi er afhængige af og taknemmelige for deres åbenhed om fejl, fordi den gør en forskel for patientsikkerheden,” siger hun.

# PLUK FRA FACEBOOK

Sygeplejerskers oplevelser med utilsigtede hændelser og indberetninger.  
Citaterne stammer fra Facebook-gruppen "Jeg er sygeplejerske".

**Ann-Mette Jørgensen, Neurorehabiliteringen afd. N, OUH, Ringe**

"Vi har fået optimeret flere procedurer omkring medicinadministration. Bl.a. omkring ordination og administration af Marevan, og vi har afskaffet ophældning af medicin til hele døgnet bl.a. på baggrund af mange indberetninger af fejl, fordi der blev ændret i ordinationerne efter ophældning."

**Helle Strandbygaard, Intensiv, Regionshospitalet Viborg**

"Jeg oplever, at der er stor forskel på, hvad man oplever som utilsigtede hændelser fra afdeling til afdeling og person til person.

For et par dage siden havde jeg en snak med en kollega om, om det skal indberettes, hvis der ikke laves tidlig opsporing af kritisk sygdom pga. travlhed?

F.eks. hvis en patient ikke mobiliseres pga. travlhed, og dette sker dagligt. Det kan jo være med til at give et billede af, at der ikke er nok ressourcer. Hvis en patient ikke mobiliseres, kan det få konsekvenser for patienten og betyde længere indlæggelse. Er det så en utilsigtet hændelse? Eller er det kun en utilsigtet hændelse, hvis der er lavet en konkret fejl?"

**Lotte Madsen Gade, Akut neurologisk afdeling, Regionshospital Holstebro**

"Min oplevelse er, at de indberetninger, der kommer fra patienter og pårørende, bliver gennemarbejdet og diskuteret, også med de pågældende sygeplejersker. Vi får en oprigtig mulighed for at forklare os. Men har nu sjældent hørt tilbagemeldinger på de utilsigtede hændelser, vi selv indberetter."

**Helle Burkal, Risikomanager ved CIMT, Center for It, Medico og Telefoni, Rigshospitalet**

"Jeg var ansat på en intensivafdeling og var lige kommet tilbage fra barsel.

Jeg skulle argumentere for at få lov til at gå som før et par dage for at genopfriske gamle færdigheder og for at blive sat ind i, hvilke procedurer og behandlinger vi nu kunne tilbyde patienterne. Jeg gik med som før, men pludselig blev der meldt en dårlig patient, som havde forsøgt at suicidere ved at spise piller.

Jeg blev bedt om at modtage patienten, da der ikke var andre ledige hænder. Patienten skulle bl.a. intuberes og lægges til at sove i en respirator. Patienten var dårlig, og det hele var temmelig uroligt.

Da patienten var blevet bedøvet og intuberet, skulle hun have opsat et let

sedativ, så hun ikke modarbejdede respiratoren.

Jeg satte efter ordination en flaske propofol 100 ml op, som via en infusionspumpe skulle løbe med 15 ml/t.

Kort tid efter fik patienten uden varsel et meget lavt blodtryk, og samtidig begyndte infusionspumpen at alarmere.

Lægen og jeg kikkede på patienten, og der så vi med det samme, at jeg havde indtastet tallene på infusionspumpen omvendt svarende til, at flasken indeholdt 15 ml, og indløbshastigheden var sat til 100 ml/t. Således var der løbet 15 ml propofol ind på kun 10 min.

Der blev omgående slukket for medicinen, og relevante tiltag blev iværksat.

Oplevelsen var meget ubehagelig, fordi jeg uden at ville det var kommet til at gøre en i forvejen udsat patient dårligere. Jeg var bange for, hvad patient og pårørende ville sige, hvad mine kolleger ville sige, og om jeg kunne tabe min autorisation - jeg havde jo ikke handlet med passende omhu.

Heldigvis tog overlægen fat i mig, og vi fik en god snak: Jeg skulle ikke være bange, patienten ville sove lidt tungere, men snart vågne op igen. Og det lave blodtryk kunne vi godt behandle.

Senere talte jeg med mine andre kolleger i køkkenet om min oplevelse og oplevede her, at jeg langt fra var den eneste, der havde lavet utilsigtede hændelser."



# "De pårørende overvågede alt, hvad jeg gjorde"

Efter én forkert handling blev de pårørendes tiltro til afdelingen erstattet med mistillid og overvågning. For sygeplejerske Rosa Jakobsen var det en krænkelse af hendes professionelle virke, og derfor betød det alt, at hun kunne tale åbent om fejlen med ledelsen.

Tekst **Miriam Lykke Schultz** · Foto **Søren Svendsen**

Sygeplejerske Rosa Jakobsen har aftenvag, da en ældre dame bliver indlagt med en urinvejsinfektion.

Hun er tydeligt delirøs og til fare for sig selv, så der skal handles hurtigt. Rosa Jakobsen beslutter i samråd med lægen, at patienten bør have beroligende medicin, så hun kan finde ro og få sovet natten igennem.

Patienten vågner ikke dagen efter. Heller ikke næste dag igen.

"Da hun ligger og sover hele næste dag, ved jeg, den er gal. At hun har fået for meget beroligende medicin. Hun havde som sådan ikke fået en unormalt høj dosis, men i bagklogskabens lys skulle jeg måske have taget den lille dames kropsvægt i betragtning," siger Rosa Jakobsen.

## Lod ikke deres mor af syne

De pårørende var forskrækkede over ikke at kunne komme i kontakt med deres mor, og de var svært utilfredse med behandlingen, fortæller Rosa Jakobsen.

"De var frustrerede, vrede og kede af det, og kunne ikke forstå, hvordan jeg kunne finde på at sedere hende så kraftigt. Hun var kommet ind med en mindre urinvejsinfektion, så det var selvsagt slet ikke det, de havde forventet," siger Rosa Jakobsen.

Rosa forklarer de pårørende, at lægen havde ordineret beroligende medicin til deres mor for at undgå en delirøs tilstand. Det var dog ikke meningen, at hun skulle sove så længe. Men ligegyldigt hvordan Rosa Jakobsen forklarer dem det, kan hun mærke, at det ikke er nok.

"Jeg stod over for en rigtig vred datter, der udtrykte sin harme både verbalt og fysisk. Jeg undskyldte og hørte på hende, men følte samtidig, at min position som ba-

sissyplejerske var udspillet. Vi havde begået en fejl, der havde skabt mistillid i forholdet mellem pårørende og personale."

Det var en svær situation for Rosa Jakobsen at stå i alene, og hun valgte derfor at søge sparring og hjælp hos sin leder.

Det hjalp de pårørende lidt at tale med afdelingssygeplejersken og lægen, men de var stadig svært utilfredse med, hvad der var sket, og efter episoden lod de ikke deres mor af syne og arrangerede det, så de kunne skiftes til at sidde vagt på stuen.

"De havde mistet al tiltro til mig, og de var der konstant for at overvåge hver eneste lille handling, jeg foretog mig. Jeg kunne mærke, at de var nervøse for, om jeg ville finde på at give hende mere beroligende."

På den ene side kunne Rosa Jakobsen godt forstå dem:

"Havde det været min egen mor, der havde ligget helt forsvarsløs og skrøbelig, havde jeg reageret på samme måde."

På den anden side var det svært for Rosa Jakobsen, som var der for at hjælpe, pludselig at blive opfattet som én, der havde det modsatte til hensigt.

"Jeg ville hende kun det aller, aller bedste. Så jeg følte deres overvågning som en krænkelse af mit professionelle virke."

## Fik sat ord på fejlen

Det var afgørende for Rosa Jakobsen, at hun kunne tale situationen igennem med sin leder, og at fejlen efterfølgende blev brugt konstruktivt.

"Min leder har altid haft ry for, at vi kunne gå til hende med alt, og jeg ser det som alfa og omega for vores udvikling, at vi kan få sat ord på de fejl, der opstår," siger Rosa Jakobsen.

Det er vigtigt, mener hun, både for at princippet om utilsigtede hændelser kan fungere, så der kan drages læring ud af hændelsen, og så den faglige selvforståelse ikke lider et knæk:

"Det betyder alverden.

Hvis ikke jeg kunne tale om det, havde det uden tvivl naget mig meget mere, end det gør i dag. Den dårlige samvittighed ville vokse og vokse, og jeg ville bruge al min energi på at gemme fejlen væk i stedet for at reflektere over, hvordan jeg kan undgå lignende gentagelser."



# Dit ego hader at fejle

En åben fejlkultur kræver forståelse for, hvordan egoet fungerer, da det oftest er vores ego, der afholder os fra at tale åbent om vores fejltrin. Det mener specialist i hverdagsmod Anja Vintov.

Tekst **Miriam Lykke Schultz** • Foto **Søren Svendsen**

Blodet forlader hovedet, kroppen stivner, og man tænker: Det skete bare ikke! Øjeblikket, ingen håber vil ske, men som de fleste alligevel har oplevet eller kommer til at opleve. Det øjeblik, hvor følelsen af fiasko er en realitet. Hvor fejlen er sket.

De fleste mennesker forbinder dét at fejle med noget negativt. Med en eller anden form for smerte. Ofte både fysisk og emotionel. Årsagen til, at vi ikke ønsker at fejle eller fremstå som en fiasko, skal findes i vores ego, som er et af sindets fundamentale funktioner. Vores ego har et overordnet formål. At holde os på den sikre side, så vi fremstår dygtige,

kompetente og interessante. Det forklarer Anja Vintov, specialist i hverdagsmod og forfatter til e-bogen ”Kuren mod frygt”.

”Egoet er følelsen af at have et individuelt selv, og når det ”selv” er i fare, bliver vi bange og utrygge. Mere eller mindre ubevidst, kan der opstå et behov for at skjule fejlen, for ikke at risikere yderligere smerte – også selvom vi har fået at vide, at vi godt må indrømme det,” siger hun.

## En sund fejlkultur dømmes ikke

En sund fejlkultur er baseret på accept af, at fejl kan ske og vil ske. Når årsagerne

kommer frem i lyset, kan fejlene minimeres. Et stærkt sammenhold og samspil kan gøre dette nemmere, mener Anja Vintov.

”En sund fejlkultur er så fri for fordømmelse som overhovedet muligt, og det sker ved åbent at tale om tingene på kontinuerlig basis, og ved at hvert enkelt medlem af kulturen er villig til at se sig selv efter i sømmene,” siger Anja Vintov.

Det skal ikke kun afhænge af den enkeltes mod, mener hun.

## Egoets frygtstrategier

Når vi er bange for at fejle, kan vi ubevidst komme til at benytte os af en af følgende tre strategier:

1. Vi kan blive perfektionistiske og knokle så hårdt for at gøre det så godt som muligt, at det ender i stress, sygefravær og nogle gange i depression.
2. Vi kan blive anklagende i adfærden og skyde på andre, så vi ikke føler ansvaret og presset så hårdt, og dermed skabe konflikter og splid med de mennesker, vi omgiver os med.
3. Vi kan lurepasse, holde igen og ikke komme helt frem på banen med indsigter og viden om eventuelle fejl. Alt sammen for at holde os på den ”sikre” side.

## Angsten for at blive udstødt

Frygten for at fejle kan ses som et tveægget svær, mener Anja Vintov. Den kan både motivere os til umage, men den kan også afholde os fra at sige tingene, som de er. Under frygten for at fejle ligger frygten for at miste. Udover at fejlene kan have fatale

## Fejl er ikke bare fejl

**Vurderingsfejl:** Vi trækker på erfaring, teori og tilstand, når vi vurderer, hvad et menneske, har brug for. Erfaring kan ofte få os til at lede efter det, vi ved mest om eller har størst erfaring med. Et eksempel var en yngre mand, der sidste år døde af et angreb af kødædende bakterier efter en simpel knæoperation. Kødædende bakterier var ikke det, man først mistænkte som årsag til hans stigende ubehag og smerter. Da han endelig kom på operationsbordet, var det for sent.

**Faktuelle fejl:** Eksempelvis fejlmedicinering pga. tidspres, travlhed, spredt fokus og dermed nedsat evne til nærvær.

**Kommunikationsfejl:** En stor del misforståelser kan undgås, hvis man tør spørge en ekstra gang ved den mindste tvivl i stedet for at være bange for at virke uvidende og inkompetent eller i vejen – kolleger imellem. Gælder det mellem sygehuspersonale og patient, så spørg hellere en gang for meget. Lyt ikke kun til ordene, men til hele situationen. Få en ”second opinion”.

**Træthedfejl:** For lidt søvn og restitution svækker hjernens evne til at tænke klart.

Kilde: Anja Vintov, Specialist i Hverdagsmod & Flow, forfatter til bøgerne: Flyt dig lidt, små skridt til store forandringer og Kuren mod frygt - [www.kurenmodfrygt.dk](http://www.kurenmodfrygt.dk) - som kan downloades gratis.

konsekvenser for et andet menneskes liv, er der også frykten for at miste job, status, omdømme og samhørighed, som kan ligge og true i underbevidstheden.

“Vi er sociale væsener, og det er en kontinuerlig træningssag at lære, at man ikke nødvendigvis bliver ekskluderet fra flokken, fordi man træder ved siden af,” siger hun.

Vi har kun set toppen af isbjerget i forhold til at lære af vores fejl, og hvis vi vil et spadestik dybere, må vi forholde os til tre faktorer, når det kommer til indberetning af fejl, mener Anja Vintov:

**Tid** – tid bliver ofte brugt som en ubevidst undskyldning for ikke at sige tingene helt, som de er, eller som en undskyldning for ikke at få tingene gjort. Tids-kortet er det letteste at smide på banen, fordi presset indenfor sygehusvæsenet er et velkendt fænomen. Tid til indberetning går fra patienterne, og det kan virke som et valg mellem pest eller kolera.

**Bevidsthed** – hvis man ikke har en forståelse for, hvorfor man holder igen og ikke helt tør sige tingene, som de er, kan det være svært at lave om på.

**Selve indberetningssystemet** – er det let at gå til? Er spørgsmålene, der skal besvares, udførlige nok, så de afføder udførlige svar? Etc.

Alle processer, der kræver blottelse af vores ego, skal stå på bevidste grundpiller af ærlighed, risikovillighed, forståelse og samspil.

Hvor åben en fejkultur vi er i stand til at skabe, beror på indberetningssystemet, rollemodeller og den enkeltes bevidsthed og mod til at se indad og handle på det, man inderst inde godt ved ikke skulle have været sket.



# Ebolasygeplejerske i karantæne

## "Nogle dage har jeg taget min temperatur 10 gange"

Elisa Vestergaard Høj regnede ikke med, at hendes udsendelse til det ebolaramte Sierra Leone skulle slutte så hurtigt igen, men et hul på huden og sikkerhedshandsken sendte sygeplejersken i karantæne hjemme i Danmark.

Tekst **Signe Lene Christiansen** • Foto **Privat**

Hvad nu hvis jeg bliver syg og ikke reagerer hurtigt nok? Hvad hvis jeg smitter min familie med ebola? Det er nogle af de tanker, som har fyldt hos sygeplejerske Elisa Vestergaard Høj, som – da *Sygeplejersken* interviewer hende – har siddet i hjemmekarantæne i sit hus i Midtjylland i lidt over to uger.

“Jeg har nogle dage følt, at jeg var i fængsel. Det føles ganske forfærdeligt, at andre skal bestemme, hvor jeg må gå hen,” fortæller Elisa Vestergaard Høj til fagbladet.

Den 8. januar blev den danske sygeplejerske fløjet hjem til Danmark af frygt for, at hun var smittet med ebola. Blot 48 timer forinden havde hun stået i 30 graders varme dækket i flere lag plastic og behandlet patienter med ebola i Sierra Leone, og da hun skulle afklædes sit sikkerhedsudstyr efter en vagt, opstod en potentiel smitterisiko.

“Da jeg skulle tage min hætte af, fik jeg et ”papercut” på min lillefinger, og det var nok til, at jeg skulle hjemtages,” fortæller Elisa Vestergaard Høj og forklarer, at hættten sidder fast med flere bindebånd, og at

“Jeg har selvfølgelig haft en frygt for, at jeg er smittet, men det har svinget meget, hvor bekymret jeg har været,” siger Elisa Vestergaard Høj, der til daglig arbejder som akut-sygeplejerske på Hospitalsenheden Vest og knap nåede at være i Sierra Leone 14 dage som en del af det første hold danske sundheds-personale udsendt af regeringen.





Elisa Vestergaard Høj ikklædt sikkerhedsudstyr under processen med at blive vasket ren med klor efter arbejde i ebolafurenet område. Det var i en situation som denne, at der gik hul på hendes handske og hud.



Ved redaktionens afslutning blev Elisa Vestergaard Høj erklæret endeligt uden for smittefare.

det på daværende tidspunkt var procedure, at hættens skulle hives af. Et af båndene gik dog ikke helt over, da hun hev til, så en af trådene skar igennem både sikkerheds-handsken og huden på lillefingeren.

#### Kun på egen matrikel

Telefonsamtaler er noget af det, som sygeplejersken bl.a. har fået dagene i hjemmet til at gå med. Hun har i karantænenes første halvdel kun måttet være på egen matrikel og kun i selskab med sin mand og hans to hjemmeboende børn. Efter 10. dag, hvor risikoen for smitte er mindre, har hun måttet få besøg i hjemmet og gå ture i skoven.

“Jeg har ikke været så bekymret for selv at blive syg, men jeg vil ikke risikere at smitte min familie,” siger hun og fortæller, at hun derfor har været meget opmærksom på, hvor meget hudkontakt hun har haft med især børnene.

Hver morgen og aften har Elisa Vestergaard Høj taget sin temperatur og indrapporteret det til en sygeplejerske på Regionshospitalet Holstebro.

” Jeg blev nødt til at forlade arbejdet, uanset om en ble skulle skiftes, et barn græd, eller en patient skulle have smertestillende, fordi jeg skulle prioritere min egen sikkerhed først, og det var rigtig svært at forlade en patient, når jeg følte, at jeg ikke var færdig med mit arbejde. Som sygeplejerske i Danmark er jeg opdraget til, at patienten kommer i første række.

“Nogle dage har jeg taget min temperatur 10 gange, og jeg har også ringet en enkelt gang til Infektionsmedicinsk afdeling på Skejby, fordi jeg havde svært ved at skelne mellem, hvad der reelt kunne være symptomer på sygdommen, og hvad der var min egen nervøsitet for smitten,” siger hun og tilføjer: “Jeg går jo rundt i min egen lille verden herhjemme og er vældig opmærksom på min krop.”

#### Tilbage til Afrika

Selvom risikoen for, at Elisa Vestergaard Høj er blevet smittet med ebola, er lille, valgte forsvaret at tage hende hjem til Danmark.

“Jeg er super ærgerlig over, at jeg skulle hjem, for jeg synes virkelig, vi kunne gøre en forskel for patienterne. Jeg har været i Sierra Leone mange gange i mine tanker i løbet af min karantæne, og jeg vil rigtig gerne tilbage.”

Elisa Vestergaard Højs hjemmekarantæne sluttede den 27. januar. Proceduren for, hvordan sikkerhedsudstyret skal aftages, er blevet ændret.

# Telemedicinen er klar men hvad med pengene og personalet?

Tekst **Marianne Bom**  
Illustration **iStock**

Sygeplejersken gør i dette nummer status på telemedicinens udbredelse i Danmark. I international sammenligning er vi kommet langt: I Nordjylland bruger KOL-patienter ny teknologi til at holde øje med, om der er en lungebetændelse på vej. I Horsens har borgere med hjerteinsufficiens fået en video-hotline til hospitalet, så de kan komme til kontrol midt i arbejdstiden, og i Aarhus bliver mennesker med diabetes bedre til egenomsorg ved hjælp af målinger derhjemme og telefonkonsultationer. Efter en årrække med forsøg og pilotprojekter er teknologien nu klar til at blive rullet ud som et tilbud til patienterne. Parate er også mange af patienterne. Men pengene er ikke på plads, og det er den nødvendige, nye organisering af arbejdet i sundhedssektoren heller ikke. Læs mere om beslutningstageres dilemmaer og sygeplejerskers konkrete erfaringer på de følgende sider.



# I et vadested

Teknikken er klar, så telemedicin nu i praksis kan rulles ud i hele landet og tilbyde bedre behandling af især patienter med kronisk sygdom. Alligevel står udbredelsen af telemedicin i et vadested lige nu, navnlig fordi de økonomiske konsekvenser er uklare.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **iStock**

Telemedicin er i årevis blevet præsenteret som en del af løsningen, når Danmark i de kommende år får flere ældre, flere kronikere og færre sygehussenge. Med telemedicin kan flere borgere selv foretage målinger i eget hjem og aftale behandling i online-kontakt med sundhedsprofessionelle. Det kan betyde bedre behandling af den enkelte samt færre kontroller og indlæggelser på hospitalerne. Derfor sparer samfundet sandsynligvis penge på telemedicin. Sådan lyder i hvert fald forventningen i "National handlingsplan for udbredelse af telemedicin" fra 2012.

Alligevel tøver beslutningstagerne lige nu med at sige "go" til at udlevere flere tablets, måleudstyr og sim-kort til borgerne. Reelt er der endnu ikke overblik over de økonomiske konsekvenser af at indføre telemedicinen i stor skala, og den praktiske organisation er heller ikke på plads.

Britiske erfaringer fra et stort demonstrationsprojekt tyder ganske vist på, at bedre behandling med telemedicin – på kort sigt – kan være en fordel for både patienter og samfundsøkonomi. Blandt de ca. 6.000 briter, der bl.a. monitorerede diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme med telemedicin, var der 20 pct. færre akutte indlæggelser. Deltagerne brugte 14 pct. færre sengedage på hospitaler, og de havde en markant lavere dødelighed (45 pct.) end andre, som ikke benyttede telemedicin.

Men problemet er, hvad der sker med navnlig økonomien på lang sigt, for det

koster formentlig flere penge i det lange løb, at kronikere lever længere. Det er en af de mere spidsfindige "detaljer" i det etiske, praktiske og økonomiske regnestykke, som beslutningstagerne i sundhedsvæsenet sidder bøjet over i dagens Danmark i denne tid.

## Skal store forsøg i drift?

I 2015 er tiden nemlig inde til at beslutte, om en række store telemedicinske forsøgsprojekter med hundredvis af deltagere skal i drift og udbygges. Derfor arbejder Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og regeringen på at have et fælles beslutningsgrundlag om telemedicin klar inden økonomiforhandlingerne til sommer. Da er udbredelsen af telemedicin nemlig på dagsordenen.

Teamleder i Danske Regioner, Mette Harbo, siger:

"I international sammenligning er vi meget langt med telemedicin i Danmark. Vi er på niveau med de forreste, som er Skotland og Canada. Vi har brugt de seneste år på storskala-afprøvninger, samtidig med at der har været mindre projekter i kommunerne. Så til sommer er der lagt op til, at vi ved økonomiforhandlingerne med staten skal indgå en aftale om national udbredelse af telemedicin til hjemmemonitorering," siger Mette Harbo.

Aftalen om telemedicin skal bane vej for, at stadigt mere pleje og behandling kan foregå uden for sygehusene, sideløbende med at sundhedssystemet skærper ned på

både antal sengedage pr. patient og fysiske senge på hospitalerne. Det er, påpeger Mette Harbo, en kæmpe omstilling, som borgere og sundhedspersonale skal igennem i de kommende år.

## Vejen frem er lagt

Status er, at de tekniske it-løsninger til telemedicinen i vidt omfang er udviklet, og de regionale sundhedsaftaler mellem praktiserende læger, kommuner og regioner har i et vist omfang allerede indarbejdet brugen af telemedicin.

"Så vejen frem for telemedicin er ved at være lagt, og vi har i nogen tid øvet os i at køre på vejen og samarbejde om telemedicin på tværs af sektorer," siger Mette Harbo.

"Men der udestår noget af det sværeste arbejde, og det er at få organisationen på plads."

## WHO's definition på telemedicin

"Levering af sundhedsydelse, hvor afstanden er en kritisk faktor, og hvor sundhedsprofessionelle benytter informations- og kommunikationsteknologi til at udveksle gyldige oplysninger til diagnosticering, behandling og forebyggelse af sygdomme og skader - samt til forskning, evaluering og fortsættende uddannelse af sundhedspersonale. Alt sammen med intentionen om at fremme sundheden hos enkeltpersoner og i lokalsamfund."

World Health Organization, 1998





” Telemedicin skulle gerne kunne aflaste sygehusene f.eks. med færre kontroller og indlæggelser. Men vi mangler dokumentation for, at vi bruger hospitalerne mindre, når vi får mere telemedicin i hjemmene.

Professor Kjeld Møller Pedersen til PI Morgen  
den 26. november 2014

Der er ifølge Mette Harbo bl.a. brug for klare aftaler om, hvornår den ene part i sundhedssektoren overdrager ansvar til den anden, så ansvaret ikke havner midt imellem – eller på – to stole. Det skal også afklares, hvordan personalet skal uddannes. Vil man f.eks. indføre en certificering af de kommunale sygeplejersker, så alle er sikre på, at der er personale, som kan håndtere telemedicin i godt samspil med borgerne og det øvrige sundhedssystem?

### Ny teknologi sikrer "empowerment"

Da Danmark er et foregangsland, er der ikke mange steder at søge inspiration til at rulle teknologien ud i stor skala, påpeger Lars Hulbæk. Han er direktør for Medcom, der er en offentligt ejet non-profit organisation, som udvikler og udbreder en effektiv it-infrastruktur til bl.a. telemedicin.

Medcom har været teknisk tovholder på de storskala-forsøg, som blev sat i gang med "National handlingsplan for udbredelse af telemedicin" i 2012 for i alt 172 mio. kr. og med XXX <tal kommer senere> patienter med KOL, diabetes, psykiatrisk sygdom, tarmsygdomme, behov for sårbehandling samt gravide.

Løsningerne inden for sårvurdering og psykiatri er allerede nu under udbredelse. I de øvrige projekter er erfaringerne så gode, at man de fleste steder står og tripper for at få de praktiske rammer på plads, så man kan fortsætte efter forsøgenes udløb i 2015.

"De telemedicinske løsninger til hjemmemonitorering er nu så langt, at der skal tages stilling til, om de skal rulles ud i hele landet. På den tekniske bane er tingene sådan set klar. Det er ikke dér, udfordringen er. Udfordringen er, at det er en stor opgave, der koster mange ressourcer. Alene den praktiske side med at udlevere udstyret og yde support er en stor opgave, så vi skal virkelig tro på det hele vejen, når først vi sætter det i gang," siger Lars Hulbæk.

Han tror ikke, at man kommer til at indføre telemedicin for at spare penge. Man gør det for at tilbyde bedre behandling.

"Jeg tror ikke, at den hårde businesscase vil vise sig at være himmelråbende positiv. Det koster en stor investering nu, og det er svært at forudsige besparelsen på lang sigt. Jeg har aldrig troet på, at it eller telemedicin frelser sundhedssektoren, men det bidrager til, at vi lykkes med det, politikerne gerne vil med sundhedsvæsenet: tilbyde god behandling i det nære miljø og sikre "patient empowerment" i en fremtid med færre sygehussenge," siger han.

### Fejl sker i overgangene

Professor Christian Nøhr fra Dansk Center for Sundhedsinformation på Aalborg Universitet er enig i, at hjemmemonitorering af kronikere er et godt sted at begynde med telemedicin i stor skala. Det er det, bl.a. fordi kronisk sygdom fylder meget i sundhedsregnskabet. Der er ca. 1,8 mio. danskere, der har en eller flere kroniske sygdomme, og der ventes endnu flere i fremtiden. Ifølge "National handlingsplan

for udbredelse af telemedicin" går 70-80 pct. af udgifterne i sundhedsvæsenet til kronisk sygdom.

Christian Nøhr håber, at telemedicin til borgere med kronisk sygdom vil bane vej for bedre samarbejde mellem sektorerne: hospitaler, praktiserende læger og den kommunale sygepleje. De mange ukoordinerede aktører trækker i dag kvaliteten i det danske sundhedsvæsen ned, siger Christian Nøhr.

"Hvis du kigger på statistikken over utilsigtede hændelser fra Patientombudet, vil du se, at hovedparten af de rapporterede fejl ligger på administrative procedurer og kommunikation, og det er lige præcis det, der sker i sektorovergange. Hvis du lægger de to kategorier sammen, så overstiger de langt antallet af medicineringsfejl, som ellers er de hyppigst indberettede. Der er ingen tvivl om, at det er i overgangene, fejlene sker. Derfor er det oplagt at bruge it til bedre kommunikation i overgangene," siger Christian Nøhr.

Til gengæld ser han ikke meget perspektiv i at benytte ny teknologi som ren "forlængerledning" mellem hospital og patient i hjemmet, som det f.eks. sker inden for sårbehandling. Her tager en sygeplejerske et foto af et sår med en mobiltelefon og sender det ind til hospitalet.

"Her sparer du ganske vist transport for patienten. Men ikke for sygeplejersken, og behandlingen er den samme. Så på den måde ændrer du reelt ikke ret meget i relationen mellem behandlersystemet og patienten med den nye teknologi."

# Telemedicin får alle til at oppe sig

I Nordjylland er borgere med KOL blevet udstyret med bl.a. en iltmåler og et blodtryksapparat i hjemmet. Det har gjort en kæmpe positiv forskel for borgerne og gavnet samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og praktiserende læger, fortæller sygeplejerske Louise Gorell Mackenhauer.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Søren Holm**

Det er fredag, og en ældre kvinde med KOL ringer til sin læge og siger: "Jeg har det ikke så godt." Lægen spørger, om hun har feber. Kvinden siger nej. Er hun akut dårlig? Heller ikke. Så det ender med, at lægen siger: "Jeg har desværre ikke flere tider i dag. Lad os se det an i weekenden." I weekenden bliver kvinden indlagt med lungebetændelse.

Sådan var det ofte, før telemedicinen kom til Nordjylland. Med TeleCare Nord-projektet har ca. 600 borgere med KOL fået et telekit hjem i stuen bestående af en iltmåler, et blodtryksapparat, en vægt og en tablet. Målingerne overføres automatisk til en national database, og både borgeren selv og en sygeplejerske i kommunen eller på sygehuset kan holde øje og tage affære, hvis målingerne afviger fra normalen.

Efter telemedicinen kom til Nordjylland, kan den ældre kvinde nu forklare lægen, at hendes målinger ikke er helt, som de plejer. Lægen kan læse tallene på Sundhed.dk, og hvis han ikke har en akut tid, kan han udskrive penicillin og følge op på borgeren senere.

Eksemplet på, hvordan telemedicin gør en "kæmpe forskel" for borgerne, kommer fra sygeplejerske Louise Gorell Mackenhauer fra Vesthimmerlands Kommune.

## "Telemedicin er fremtiden"

"Jeg er ikke i tvivl om, at telemedicin er fremtiden. Det er en god idé, fordi vi opnår "patient empowerment" og også "sygeplejerske empowerment", og ikke mindst, fordi vi får styrket samarbejdet mellem sektorerne om de svære kroniske forløb," siger Louise Gorell Mackenhauer.

De gevinster har hun selv oplevet som projektleder for TeleCare Nord i Vesthimmerlands Kommune. To gange om ugen går hun ind i databasen og analyserer målinger fra borgerne. Hvis tallene går den forkerte vej, ringer hun op og spørger: "Hvordan har du det?" Ofte har borgeren allerede kontakten egen læge – eller også kommer han eller hun i tanke om at gøre det under samtalen. Hvis tallene afviger markant fra de grænseværdier, som den praktiserende læge har fastsat, lyder Louise Gorell Mackenhauers instruks, at hun skal anbefale borgeren at kontakte lægen. Telemedicin har desuden åbnet nogle døre for den kommunale sygeplejerske til sygehuset.

"Med telemedicin har jeg nemmere adgang til samarbejde med sygehuset. Hvis eksempelvis en iltmætning er for lav, kan jeg anvise patienten til en subakut A-punktur, en syre-base-status."

Førhen var både borgeren og den kommunale sygeplejerske uden handlemuligheder, når borgeren ikke følte sig frisk.

## Opkvalificering i kommunerne

En anden gevinst er, at telemedicin har ført til efteruddannelse af både social- og sundhedshjælpere, -assistenter og sygeplejersker i kommunerne. De får genopfrisket deres viden om KOL og om, hvordan de bedst samarbejder tværfagligt i kommunen og på tværs af sektorer.

Telemedicinen og den systematiske tilgang, der følger med, har gjort, at "alle opper sig", siger Louise Gorell Mackenhauer. Alle de inkluderede KOL-patienter har nu en

selvbehandlingsplan, hvilket en pæn andel ikke havde før. Det betyder, at de selv kan begynde på behandling af lungebetændelse på tidspunkter, hvor de ikke har adgang til praktiserende læge. Borgerne kender nu deres "normalområde" for både iltmætning, blodtryk og puls, samt deres normale niveau for åndenød, hoste og opspyt, og alle sundhedsfaglige omkring borgeren har adgang til at følge borgerens målinger.

Louise Gorell Mackenhauer er sikker på, at telemedicin giver mere livskvalitet og tryghed i hverdagen, og det er hendes indtryk, at færre bliver indlagt. Den endelige dokumentation mangler dog, da projektet først er evalueret medio 2015.

---

## Telemedicin og KOL

---

TeleCare Nord er et samarbejde mellem 11 nordjyske kommuner, Region Nordjylland, alment praktiserende læger i Nordjylland samt Aalborg Universitet. Projektet afprøver telemedicinsk hjemmemonitorering af patienter med KOL, kronisk obstruktiv lungesygdom. Ca. 1.300 borgere deltager, men da det er et forskningsprojekt, har ca. halvdelen hjemmemonitorering, mens de øvrige modtager gængs behandling, så resultaterne kan sammenlignes. Projektet udløber i juni 2015, men tilbuddet om telemedicin fortsætter året ud og går i permanent drift, hvis evalueringen viser de forventede effekter. Tre ph.d.-studier følger projektet.

---



# Telemedicin knækker kurven

I Aarhus sender 100 patienter med diabetes målinger af blodglukose og blodtryk ind til hospitalet via en tablet og har konsultationer via telefon. Resultaterne er fantastiske, siger sygeplejerske Christina Gad.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Søren Holm**

Han er i begyndelsen af 40'erne og har længe haft det temmelig skidt med sin diabetes type 1. Han er lige blevet far og bebrejder sig selv, at han lever på en måde, så han risikerer senkomplikationer. Men først da han får en tablet i hænderne og ser sine dårlige målinger knivskarpt, lykkes det ham at ændre på sit liv i samråd med hospitalet, så hans langtidsglukose falder fra alt for højt til rigtig godt.

"Jeg har aldrig set et menneske så glad. Han siger: "Det er det bedste, der er sket for mig. Jeg har fået fokus på min diabetes på en helt anden måde," fortæller Christina Gad, som er projektsygeplejerske på Medicinsk Endokrinologisk Ambulatorium på Aarhus Universitetshospital.

Christina Gad var med til at tilbyde manden et telemedicinsk forløb med intensiv støtte og behandling som led i et stort, dansk projekt "Klinisk Integreret Hjemmemonitorering". Projektet har bl.a. til formål at undersøge, om telemedicin kan få patienter til i højere grad at tage del i eget behandlingsforløb og effektivisere sundhedssektoren.

Det er Christina Gads erfaring, at man kan opnå begge dele.

## Bedre og mere effektiv behandling

I Aarhus er 100 patienter med diabetes blevet udstyret med tablet, blodglukosemåler og blodtryksapparat, hvorefter de har målt dagligt og sendt resultater ind én gang om ugen. Projektet har inddraget tre grupper, som er tilbudt konsultation via telefon i stedet for fremmøde:

1. Selvhjulpne med type 1-diabetes, som normalt kommer fire gange om året.
2. Patienter med type 1-diabetes, som har behov for intensiveret støtte og behandling.
3. Patienter med type 2-diabetes og diabetisk fodsår.

Den foreløbige evaluering viser, at patienter i gruppe 1 og 2 opnår en bedre viden og egenomsorg. Ressourceforbruget har reelt været mindre end ellers på hospitalet, selv om patienterne ud over telefonkonsultationer har haft mulighed for at ringe til sygeplejersker efter behov.

"Den telemedicinske løsning har givet patienterne en viden og "empowerment", som har været med til at løfte dem, og vi har kunnet se, at deres langtidsprøver er

” Jeg har aldrig set et menneske så glad. Han siger: "Det er det bedste, der er sket for mig. Jeg har fået fokus på min diabetes på en helt anden måde.

markant forbedrede. Det er meget positivt, og mange fortsætter, selv om de egentlig er ude af projektet," fortæller Christina Gad, der oplever, at telemedicinske konsultationer har gjort det muligt at yde vejledning af høj kvalitet med kontinuitet. Det skyldes bl.a. den nemme adgang til målingerne, som giver læger og sygeplejersker et godt overblik.

## Telemedicin i stor skala

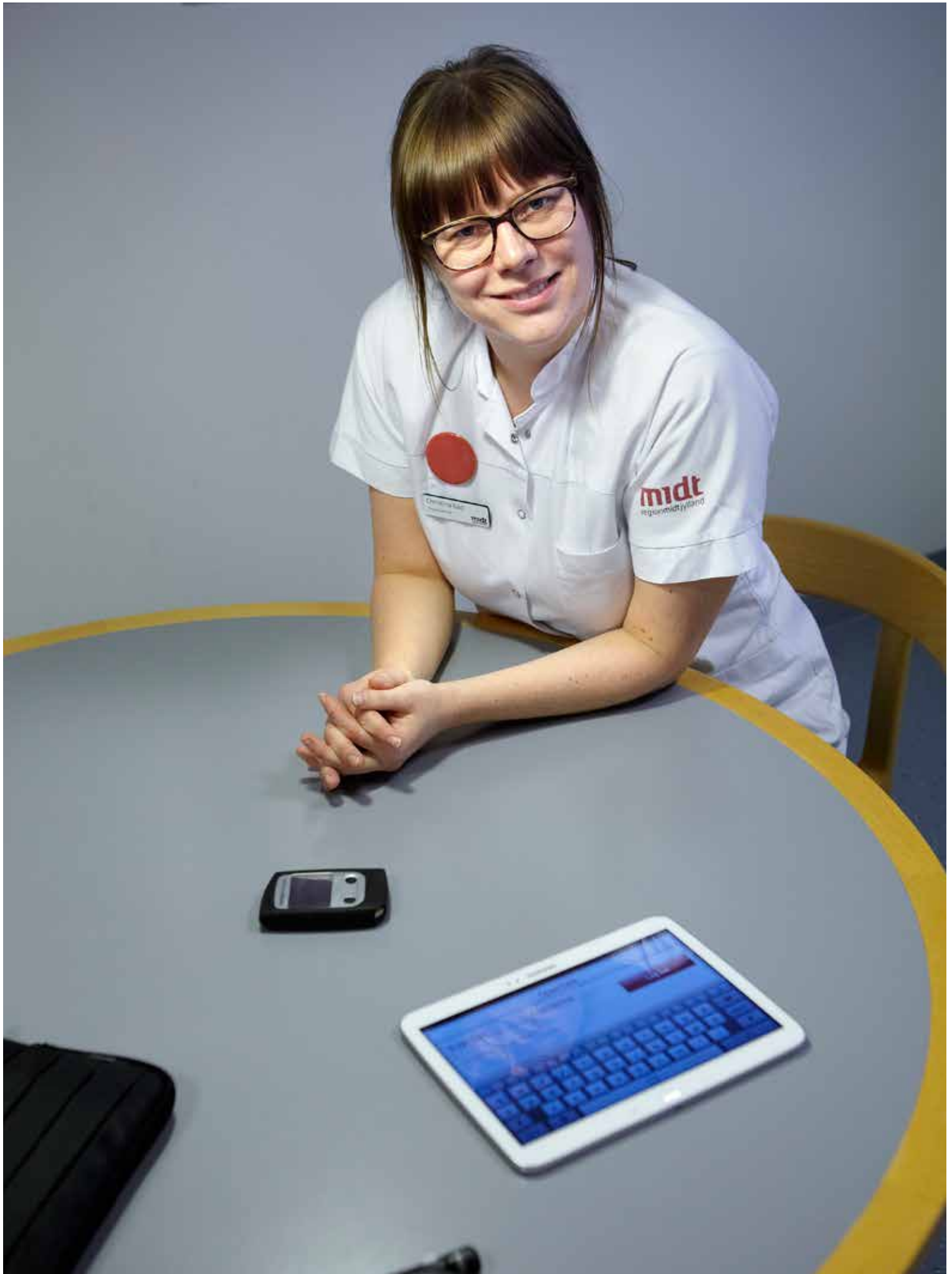
Telemedicin til diabetes i Aarhus er en del af storskalaprojektet "Klinisk Integreret Hjemmemonitorering" (KIH), der blev sat i værk i forbindelse med "National Handlingsplan for udbredelse af telemedicin" i 2012. I projektet afprøves og demonstreres it-løsninger, der understøtter patientens aktive inddragelse i eget forløb. KIH består af projekter inden for diabetes, KOL, graviditet med og uden komplikationer og mave-tarm-inflammation. Evaluering ventes i begyndelsen af 2015. Det samlede budget er på 65 mio. kr. Godt 1.100 patienter deltager.

## Telemedicin er ikke for alle

Men telemedicin er ikke for alle, konkluderer Christina Gad. Den tredje gruppe af type 2-patienter med fodsår har været svær at få etableret. De patienter har reelt det dårligste helbred, og mange af dem foretrækker fysisk fremmøde.

Projektet udløb ved årsskiftet til 2015, og både personale og patienter ønsker at fortsætte. Men det kræver, at der først i det nye år træffes beslutning om praktiske og økonomiske ting, som hvem der finansierer SIM-kort og yder support.

"Support er en af de største udfordringer, vi har oplevet. Det har været enormt tidskrævende, når udstyret ikke har virket," siger Christina Gad.



# Telemedicin skal være frivillig

I Horsens har videokonsultationer afløst personlige møder for patienter med hjerteinsufficiens. Nogle patienter er med på idéen, og for dem er telemedicin et redskab til at leve optimalt med deres sygdom. Andre foretrækker den personlige kontakt eller en kombination af ny teknologi og fremmøde. Derfor bør telemedicin være frivillig, siger sygeplejerske Berit Falkesgaard Nørgaard.

Tekst **Marianne Bom** • Foto **Søren Holm**

Han kører bilen ind til siden et sted på Djursland. Han er sælger og ude på kundebesøg, men nu skal han til konsultation med Hospitalsenhed Horsens via video på en tablet. På hjerteklinikken har sygeplejerske Berit Falkesgaard Nørgaard forinden kigget mandens målinger igennem og dannet sig et indtryk af, hvordan det står til. Så nu er de begge klar til en god dialog.

”For den mand betyder telemedicin, at han kan passe sit arbejde, samtidig med at han får sine konsultationer. Det er der mange erhvervsaktive, der gerne vil. De vil gerne have den frihed, som det giver ikke at være bundet til at møde op på hospitalet,” siger Berit Falkesgaard Nørgaard, som er specialesygeplejerske på hjerteklinikken, hvor foreløbig 28 patienter med hjerteinsufficiens er med i det telemedicinske projekt ”Horsens på forkant med sundhed”.

Da Berit Falkesgaard Nørgaard har adgang til patienternes målinger mellem konsultationerne, er telemedicin også med til at optimere behandlingen i de perioder. Det oplevede hun, da målinger fra en ældre mand pludselig viste lavt blodtryk og høj puls. Hun fik ham kaldt ind på hospitalet, hvor han fik konstateret atrieflimren og blev stabiliseret.

## Trygt at måle selv

Projektet er et randomiseret studie. 28 hjertepatienter er med. 15 af dem er tilfældigt udvalgt til at have udstyr derhjemme, og resten modtager gængs behandling. Et par gange om ugen måler de 15 patienter selv blodtryk, puls og vægt og overfører data til et såkaldt ”hot spot”, en server, som

”Jeg oplever, at navnlig yngre mænd føler sig mere inddraget, fordi de selv laver målingerne og kan se kurverne på deres tablet.

borgere, læger og sygeplejersker på hospitalet har adgang til. Ca. hver tredje uge har de en videokonsultation med hospitalet.

”Jeg oplever, at navnlig yngre mænd føler sig mere inddraget, fordi de selv laver målingerne og kan se kurverne på deres tablet. Hjertepatienterne kan man have behov for selvkontrol, og de bruger målingerne som et redskab til at vurdere, om deres helbred er stabilt. De stærke patienter med stor compliance er rigtig glade for telemedicin,” siger Berit Falkesgaard Nørgaard.

Andre patienter – ca. halvdelen – takker nej til ny teknologi.

”De siger: ”Det med computer er ikke lige mig. Jeg vil rigtig gerne herind og tale med dig”. Det spiller måske også ind, at hjerteinsufficiens er en alvorlig diagnose, og at de borgere, som er med i projektet, bor tæt på hospitalet,” siger sygeplejersken. Hun mener, det bør være frivilligt at deltage i telemedicinske løsninger, og at man med fordel kan tilbyde nogle patienter en kombination af telekonsultationer og fremmøde.

## Nye måder at ”læse” patienten på

Sygeplejefagligt skal man være opmærksom på, at der kan gå kommunikation tabt, når man ikke er ude i venteværelset og

hente patienten. ”Undervejs til kontoret, når jeg lige at lægge mærke til, om de f.eks. er klamt-svedende eller har åndenød. Jeg når også at tænke over, hvilket blik de sender mig. Det er klart min udfordring med telemedicin, at jeg skal finde nye måder at ”læse” patienterne på. Men det kan godt lade sig gøre, og når telemedicin er fremtiden, så må mit job være at sige: Hvordan får vi mest muligt ud af det?”

Efter et år med kontroller på hospitalet overgår patienterne typisk til videre forløb hos deres egen læge. Der er fortsat mulighed for at benytte telemedicin, hvis læge og patient er interesserede.

---

## Telemedicin

---

”Horsens på forkant med sundhed” er et samarbejde mellem Hospitalsenheden Horsens, Horsens Kommune, Apotekerforeningen, praktiserende læger, Falck Hjælpemidler og Next Step Citizen. Projektet har udviklet en telemedicinsk platform ”Sundhedshotpottet”, som registrerer borgernes målinger og giver forskellige muligheder for kommunikation mellem borgere og sundhedsprofessionelle. I alt 550 borgere kan deltage, hvis de har en kronisk sygdom som apopleksi, sukkersyge, hjertesvigt eller lungesygdommen KOL. Desuden vil en gruppe ældre, medicinske patienter blive inkluderet. Projektet løber i tre år til 2015. En ph.d.-studerende på Syddansk Universitet undersøger samfundsøkonomien.

---





## Rigtige sømænd lægger venekanyler

Tekst Christina Sommer · Foto Søren Holm

Tre sømænd passer, plejer og behandler en syg kollega. Der lægges venekanyler, observeres vejrtrækningsfrekvens og dokumenteres. Patienten har lige fået nitroglycerin-spray, magnyl og morfin i.m. Øvelsen indgår i et såkaldt A-kiste-genopfriskningskursus hos Søfartsstyrelsen, mere præcist på Center for det Maritime Sundhedsvæsen på Fanø. Her bruger man som det eneste sted i verden systematisk simulationsdukker i forbindelse med uddannelsen af sømænd til sygdomsbehandlere. Og responsen er positiv, fortæller Louise Steen (i baggrunden), som er en af i alt otte sygeplejersker, der underviser: "Vores pædagogiske filosofi er, at kursisterne lærer bedst ved at gøre tingene selv. Derfor består minimum 70 pct. af hver lektion af konkrete øvelser eller simulation."

Se flere billeder og læs mere om sømænd og simulationsdukker på [Sygeplejersken.dk](http://Sygeplejersken.dk) -> artikelsøgning -> skriv "Rigtige sømænd lægger venekanyler"





## Mulighederne for at yde værdig pleje er blevet dårligere

*Halvdelen af landets sygeplejersker og plejepersonale i kommunerne mener, at deres muligheder for at yde værdig pleje, omsorg og behandling er blevet dårligere. Det viser en ny undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråd og FOA står bag. Sammen med Ældre Sagen foreslår de to fagforeninger i et fælles udspil, at ældre i Danmark sikres værdighed via lovgivning.*

Tekst **Mads Krøll Christensen og Camilla Bech Madsen**

Hele 49 pct. af sygeplejerskerne og plejepersonalet ansat i den kommunale ældrepleje mener, at deres muligheder for at yde en værdig pleje, omsorg og behandling er blevet dårligere de seneste to år. Det viser nye tal fra en fælles Dansk Sygeplejeråd- og FOA-undersøgelse.

“Der er ingen tvivl om, at det øgede pres på det kommunale sundhedsvæsen kombineret med de senere års besparelser har gjort, at værdigheden i nogle situationer hænger i en tynd tråd,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Hun forklarer, at Dansk Sygeplejeråd og FOA netop har gennemført undersøgelsen, fordi de alt for ofte hører beretninger fra medlemmer om uværdige forhold i ældreplejen:

“Det kan eksempelvis handle om ældre, der ligger alt for længe i deres senge uden mulighed for at komme op, eller om ældre, der må sendes alene af sted i en taxa til sygehuset, fordi plejecentret ikke kan undvære en enkelt medarbejder. Taberne er de svageste ældre, og de medarbejdere, som oplever, at de ikke har rammerne for at yde en værdig pleje.”

### Foreslår lovsikret værdighed til ældre

Pga. de mange beretninger foreslår Dansk Sygeplejeråd, FOA og Ældre Sagen, at landets ældre skal sikres værdighed via lovgivning.

“Der er ingen tvivl om, at det er en glidbane, som ældreplejen er landet i. De uværdige forhold er ikke et stillestående problem, men et problem, der udvikler sig i den gale retning. Hvis der ikke gøres noget nu, så risikerer vi, at nogle af de uværdige forhold bliver acceptable med tiden. Det værdiskred må ikke ske, og derfor er det nødvendigt med politisk handling i form af lovgivning, der sikrer de ældre reel værdighed,” siger Dorte Steenberg.

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, FOA og Ældre Sagen i et fælles udspil, at ældre sikres reel værdighed via lovgivning. Det kan eksempelvis handle om de ældres indflydelse på, hvad det er for en hjælp, de har brug for i hverdagen, hjælp til personlig hygiejne og støtte til at komme på en gåtur i hverdagen.

### Gode erfaringer fra Sverige og Norge

I vores nabolande har de god erfaring med at arbejde med værdighed i ældreplejen. Eksempelvis skal alle kommuner i Sverige udarbejde en værdighedsgaranti, mens der i den norske sundhedslovgivning er indskrevet en garanti for værdighed.

I Norge har man etableret Verdighetscenteret, som gennem undervisning af sundhedspersonale arbejder for at sikre ældre den værdighed, de fortjener.

“Vi arbejder med ældres værdighed ved at fokusere på, at de skal bruge deres ressourcer, beholde deres identitet og ønsker så længe som muligt, så de får indflydelse

på deres sidste tid,” fortæller sygeplejerske Silje Eikemo, der til daglig underviser i omsorg ved livets afslutning ved Verdighetscenteret i Norge.

Hun fortsætter:

“Sammen med patienten og de pårørende udarbejder sundhedspersonalet eksempelvis en palliativ plan for patientens sidste levetid. Planen skal laves, når det skønnes, at patienten har mindre end seks måneder tilbage at leve i. Det er vigtigt, at patienten og de pårørende føler sig trygge. Derfor gør vi meget ud af de indledende samtaler mellem sundhedspersonalet og patienten og familien. Hvis f.eks. den ældre ønsker at dø derhjemme, er det vigtigt, at vedkommende ikke bliver indlagt på sygehuset.”

*Dansk Sygeplejeråd, FOA og Ældre Sagen afholdt den 22. januar en fælles konference på Christiansborg under overskriften “Skal vi have en værdighedsgaranti?” Læs mere på [dsr.dk/vaerdighed](http://dsr.dk/vaerdighed)*

### Hovedresultater fra Dansk Sygeplejeråds og FOA's undersøgelse

- 27 pct. af sygeplejerskerne og plejepersonalet i den kommunale ældrepleje mener, at svækkede ældre kun i ringe grad får værdig pleje, omsorg og behandling. 2 pct. angiver, at de ældre slet ikke får en værdig pleje, omsorg og behandling.
- 49 pct. af sygeplejerskerne og plejepersonalet i den kommunale ældrepleje mener, at deres muligheder for at yde værdig pleje, omsorg og behandling er blevet dårligere de seneste to år.
- Hhv. 65 pct. og 52 pct. af sygeplejerskerne og plejepersonalet i den kommunale ældrepleje mener, at mangel på tid og for få hænder er årsag til, at der ikke er mulighed for at yde en værdig pleje, omsorg og behandling.

Tallene stammer fra to undersøgelser. En medlemsundersøgelse, der er foretaget blandt et tilfældigt udsnit af Dansk Sygeplejeråds kommunalt ansatte sygeplejersker ansat på plejehjem, i hjemmeplejen og hjemmesygeplejen. Og en medlemsundersøgelse blandt FOA's medlemmer. Fælles for de to undersøgelser er, at de er baseret på nøjagtig samme spørgeskema.

Kilde: DSR Analyse.

## Undren over spareplan på spareplan

Medarbejdere i Region Midtjylland har svært ved at se, hvordan regionen kan gennemføre en ny sparerunde uden voldsomme konsekvenser for patienter og medarbejdere.

”Som ansatte er vi voldsomt bekymrede for de varslede besparelser,” siger Anja Laursen, der er 1. næstformand i Regionens MED-udvalg og formand for de 17.000 midtjyske sygeplejersker, i en pressemeddelelse fra Kreds Midtjylland, Dansk Sygeplejeråd.

Hovedsamarbejdsudvalget er blevet orienteret om regionens kommende besparelser, der beløber sig til 660 mio. kr. frem til 2019 i stedet for de tidligere besluttede 337 mio. kr. I 2015 bliver der tale om engangsbetalt besparelser på 205 mio. kr. For 2016-

2019 skal der udarbejdes en spareplan, der vedtages i juni.

”De varslede besparelser kan ikke undgå at få konsekvenser for de ansattes mulighed for at yde høj faglig kvalitet – og for deres mulighed for den løbende kompetenceudvikling, der er nødvendig, for at patienterne sikres bedst mulig behandling og pleje,” udtaler Anja Laursen og tilføjer:

”Vi undrer os meget over, at politikerne lader den ene spareplan afløse den anden, samtidig med at der alle steder tales og skrives om, at faglig kvalitet skal komme patienter og borgere til gode.”

Hun opfordrer politikerne til at indgå et samarbejde med sundhedsprofessionelle om, hvilke løsninger der kan findes.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



### 9. februar

- Møde ang. Demensalliancen, Kvæsthuset, København

### 13. februar

- Forhandlinger på det kommunale område, KL, København

### 18. februar

- Forhandling med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), København

### 19. februar

- Bestyrelsesmøde i PKA, København

### 20. februar

- Forhandlinger med Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), København

### 23. februar

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København

### 25. februar

- Møde vedr. digitalisering i sundhedsvæsenet, Danske Regioner, København
- Revisionsudvalgsmøde, PKA, København

### 26. februar

- Forhandlinger på det kommunale område, KL, København

### KONFERENCER

## Sygeplejeetisk Råds 25-års jubilæum

I anledning af sit 25-års jubilæum holder Sygeplejeetisk Råd en konference med titlen ”Den etiske stemme i sundhedsvæsenet – nu og i fremtiden”.

Konferencen byder på oplæg om etikens betydning for patienter og pårørende i den kliniske praksis, for ledelse af sygepleje, forskning og uddannelse samt etikens betydning for sproget i sundhedsvæsenet.

Konferencen finder sted onsdag den 12. maj 2015 kl. 9.00 til 16.00 på Hotel Nyborg Strand.

Prisen er 450 kr. for medlemmer af Dansk Sygeplejeråd.

Tilmelding til konferencen senest 1. marts 2015.

”Jeg vil gerne sige tak for den store indsats, som sundhedspersonalet gør. Jeg er meget stolt af deres indsats. Og derudover er det jo vigtigt at vise overfor et land som Sierra Leone ved at komme derned, at de ikke er isoleret fra hele omverdenen.

Statsminister Helle Thorning-Schmidt i Go' morgen Danmark efter sin hjemkomst fra Sierra Leone, januar 2015.



Læs mere om  
jubilæumskonferencen  
på hjemmesiden  
[www.sygeplejeetiskraad.dk](http://www.sygeplejeetiskraad.dk)

# Seniorerne skal til valg

*Landsbestyrelsen for Seniorsammenslutningen i Dansk Sygeplejeråd skal have nye medlemmer og holder derfor valg i juni 2015.*

Seniorsammenslutningen arbejder for fremme af fælles faglige og organisatoriske interesser for seniorsygeplejerskerne i Dansk Sygeplejeråd. Hvert andet år vælges der ét medlem og én suppleant fra hver af de fem kredse til bestyrelsen. Valget finder sted ved valgmøder i Dansk Sygeplejeråds kredse. Kredsene kan lokalt tilrettelægge proceduren for valgets afvikling, som de vil. Dog skal alle seniormedlemmer have mulighed for at stemme. Der er mulighed for at stemme ved fuldmagt.

## Hvem kan stille op, og hvem kan stemme?

Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, som modtager pension eller efterløn, er automatisk medlemmer af Seniorsammenslutningen og er dermed valgbare og stemmeberettigede til bestyrelsesvalget.

Det er muligt kun at opstille som suppleant. Betingelsen er dog, at der er en, som stiller op som medlem i samme kreds.

## Kandidater

Kandidater skal anmelde deres kandidatur inden den 1. maj, og kandidaterne skal være medlem af Seniorsammenslutningen. Er der ikke anmeldt flere kandidater, end der skal vælges i hver kreds, bliver der ikke holdt valg.

## Konstituering

Bestyrelsen konstituerer sig umiddelbart efter valget med formand, næstformand, kasserer, sekretær, en PR- og it-ansvarlig samt en ansvarlig for planlægning af højskoleopholdet. Bestyrelsen træder i funktion umiddelbart efter generalforsamlingen, som holdes i august.

*Du kan læse mere om valgene på [www.dsr.dk/seniorer](http://www.dsr.dk/seniorer).*

**SENIOR  
SAMMENSLUTNINGEN**  
Dansk Sygeplejeråd



## DSR I MEDIERNE

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

### Krav om mere barsel til mænd

De 130.000 ansatte i regionerne stiller krav om en uge øremærket barsel mere til mænd ved overenskomstforhandlingerne med arbejdsgiverne i Danske Regioner. "På den måde kan vi pufte lidt til ligestillingen, så byrden i forbindelse med barsel bliver lidt mere jævnt fordelt," siger forhandlingsleder og formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Politiken.

### Tag ansvar for ældreplejen

"Vi opfordrer politikerne til at give vores ældre medborgere et løfte om en værdig ældrepleje og følge op med politisk handling. Konkret foreslår vi, at ældre i Danmark sikres reel værdighed via lovgivningen. Det handler eksempelvis om ældres indflydelse på

den hjælp, de har brug for i hverdagen, hjælp til personlig hygiejne og støtte til at komme på en gåtur i hverdagen," skriver næstformand i DSR, Dorte Steenberg, sektorformand i FOA, Karen Stæhr, Fag og Arbejde, og direktør i Ældre Sagen, Bjarne Hastrup, i et indlæg i Fyens Stiftstidende.

### Vi spilder 3,6 mio. timer om året på unødigt dokumentation

Sygeplejersker bruger dagligt for meget tid på dobbeltregistreringer, langsomme it-systemer og programmer, der ikke taler sammen. "Det er jo lige præcis det, som vi har peget på masser af gange. Den der dobbeltdobbelt-registrering er simpelthen ikke i orden. Vi må få systemerne til at tale med hinanden," siger formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Søndagsavisen.

# ER DU STUDIEKLAR?

Køb dine bøger  
med rabat

[WWW.DSR.DK/RABATTER](http://WWW.DSR.DK/RABATTER)



## Fastelavn er mit navn

Fastelavnsboller med 6 pct.  
bonus i Lagkagehuset.

[www.dsr.dk/rabatter](http://www.dsr.dk/rabatter)



Forbrugsforeningen

## Vinterferie eller luksusweekend?

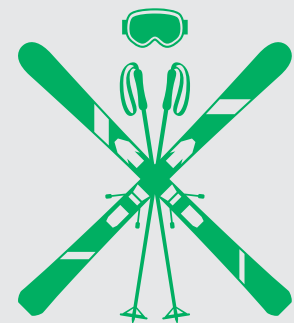
Hold pause fra hverdagen til med-  
lemspris

[www.dsr.dk/rabatter](http://www.dsr.dk/rabatter)



HOTEL  
Koldingfjord

## Ski, briller og rygskjold ... men hvad med rygdækning?



Er du forsikret på rejsen?

[www.bauta.dk](http://www.bauta.dk)

[www.dsr.dk/rabatter](http://www.dsr.dk/rabatter)

  
BAUTA FORSIKRING  
- en del af LB Forsikring

LÆSERREJSE

# Slow Boat to China med Sygeplejersken

5-stjernet Yangtze-krydstogt og eksprestog til store oplevelser - pandabjørne i Chongqing, verdensbyen Shanghai og 2 faglige indslag - med dansk rejseleder, 10 dage.



Oplev Kina brede sig ud for dine fødder! Rejsen indledes med et besøg hos pandaerne i Chongqings zoo og et traditionelt medicinmarked. Dernæst sejler et 5-stjernet krydstogtskib os ad Yangtzefloden gennem det centrale Kinas smukke landskaber og de imponerende Tre Kløfter, inkl. den store dæmning. I Wuhan hopper vi på eksprestotog til den pittoreske kanalby Suzhou og afslutter rejsen i metropolen Shanghai. Her besøger vi bl.a. et moderne hospital, hvor vi får en rundvisning og møder nogle af de ansatte. Overnatningen er på 4-stjernede hoteller.

### Dagsprogram

- 1-2 Fly Kbh. - Chongqing. Zoo, rådhuset, medicinmarked, De Tre Kløfters Museum og ombordstigning
- 3 Yangtzefloden. Spørgelsesbyen Fengdu
- 4 De Tre Kløfter og Shennongfloden
- 5 De Tre Kløfters Dæmning og bus til Wuhan
- 6 Wuhan. Guiyuan-templet, marked og eksprestog til Suzhou
- 7 Suzhou. Kinesisk have, byporten, silkespinderi og Suzhou Museum
- 8 Suzhou - Shanghai. Jin Mao-bygningen, Yuyuan-basaren og Nanjing Lu
- 9 Shanghai. Hospitalsbesøg, tid på egen hånd og afskedsmiddag
- 10 Fly Shanghai - Kbh.

Udflugtspakke m. kanalsejltur og akrobatikshow, kr. 698

Prisen inkluderer: Dansk rejseleder. Fly, øvrig transport og udflugter jf. program. Delt dobbeltværelse/-kahyt. 24 måltider.

AFREJSE  
16. SEPTEMBER 2015

kr. 11.998,-



### Prisen inkluderer

Dansk rejseleder. Fly, øvrig transport og udflugter jf. program. Delt dobbeltværelse/-kahyt. 24 måltider.

### Information og bestilling:

3698 9898, info@albatros-travel.dk  
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken  
Rejsekode LR-SYG

## “Forhandlingsknast” om arbejdstid i kommunerne

*KL har rejst krav om mere forenklede og ensartede arbejdstidsregler. Modsat kræver Sundhedskartellet større forudsigelighed i tilrettelæggelsen af arbejdet. “Det er det, vi kalder en knast,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet.*

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Forhandlingerne om en overenskomstfornyelse i kommunerne er i fuld gang. På den ene side af bordet sidder Sundhedskartellet og Fællesskabet (se boks), på den anden side sidder KL, der repræsenterer kommunerne.

“Der er bestemt lagt op til spændende diskussioner. KL har rejst krav om mere smidige arbejdstidsregler på det døgndækkede område, og en del af disse krav er decideret forringelseskrav, altså krav, der forringer sygeplejerskernes nuværende vilkår,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og for Sundhedskartellet.

En af de større knaster i Sundhedskartellens forhandlinger med KL handler om tilrettelæggelse af arbejdstiden. På den ene side ønsker Sundhedskartellet en større forudsigelighed i arbejdstiden, så den enkelte sygeplejerske bedre kan skabe balance mellem sit arbejds- og privatliv. KL mener derimod, at arbejdstidsreglerne skal være langt mere smidige, end det er tilfældet i dag, og at det i højere grad skal være mere muligt for de

kommunale ledere at tilrettelægge arbejdet.

Det er især arbejdstidsreglerne på det døgndækkede område i kommunerne, som KL vil have ændret. For sygeplejerskers vedkommende berører det eksempelvis sygeplejersker på plejecentre og hjemmesygeplejersker. Konkret har KL rejst krav om at reducere varslene på fire døgn, så ansatte fremover skal kunne blive kaldt på arbejde med et døgn varsel. KL ønsker også at kunne pålægge ansatte overarbejde uden varsel.

“Jeg har forståelse for, at KL vil ensrette arbejdstidsreglerne for de forskellige faggrupper på det døgndækkede område, fordi det er dyrt og tungt at administrere mange regler. Derfor går vi også konstruktivt ind i forhandlingerne, men forudsætter selvfølgelig, at det ikke er laveste fællesnævner, der tæller. Og jeg kan med det samme sige, at en ensretning af arbejdstidsreglerne ikke kommer til at ske på bekostning af indgreb i sygeplejerskernes frihed. Det kan vi ikke være med til,” siger Grete Christensen og fortsætter:

“Det er afgørende for os, at arbejdstiden er gennemskuelig og forudsigelig. Det er helt centralt for de fleste mennesker at vide, hvornår man har fri. Det gælder også sygeplejersker. De skal kunne disponere over deres fritid, så de ved, hvornår de kan være sammen med deres familie. Forudsigelighed er vigtigt. Og det kan godt være, at vi på det punkt er et stykke fra hinanden. Men det må vi løse.”

I alt har Sundhedskartellet 28.000 medlemmer på det kommunale område, heraf 14.000 sygeplejersker.

### Sundhedskartellet og Forhandlingsfællesskabet

Som noget nyt er langt størstedelen af landets offentligt ansatte gået sammen i Forhandlingsfællesskabet i forbindelse med overenskomstfornyelserne på det regionale og kommunale område.

Også Dansk Sygeplejeråd og de øvrige 10 organisationer i Sundhedskartellet er med i Forhandlingsfællesskabet, der samlet set repræsenterer flere end 570.000 ansatte i landets 98 kommuner og fem regioner. Forhandlingsfællesskabet forhandler de generelle krav ved OK15. Det er eksempelvis krav om generelle lønstigninger, bedre psykisk arbejdsmiljø, øget ligestilling mellem kønnene og seniorpolitik.

Udover de generelle krav er der en række krav, som er organisationspecifikke. Det er krav, som udelukkende forhandles af Sundhedskartellet på vegne af kartellens medlemsgrupper. Sundhedskartellet stiller bl.a. krav om højere løn, pensionsforbedringer og bedre honorering af ulemper, f.eks. weekentillæg i rådighedsvagter.

Læs mere på [forhandlingsfaellesskabet.dk](http://forhandlingsfaellesskabet.dk)

OK15-forhandlingerne skal være afsluttet senest 28. februar, hvorefter forhandlingsresultaterne sendes til urafstemning.

Der har været yderligere forhandlinger efter redaktionens slutning. Få seneste nyt om overenskomstforhandlingerne på [www.dsr.dk/OK15](http://www.dsr.dk/OK15)

#### Overblik: Det forhandler vi om

Der er mange bolde i luften under forhandlingerne om den kommende overenskomstfornyelse OK15 på det regionale område og i kommunerne. Derfor har Sundhedskartellet udarbejdet en oversigt over nogle af de krav, der forhandles om. Se oversigten på [www.bit.ly/ok15krav](http://www.bit.ly/ok15krav)

FEBRUAR	2015 MARTS	APRIL
<ul style="list-style-type: none"> <li>6. Sundhedskartellet forhandler med RLTN.</li> <li>13. Forhandlingsfællesskabet forhandler med KL.</li> <li>18. SHK forhandler med RLTN.</li> <li>20. Forhandlingsfællesskabet forhandler med RLTN.</li> <li>27. SHK forhandler med KL.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Urafstemningsmateriale udsendes, og urafstemning gennemføres. Evt. varsling af konflikt.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Ny overenskomst er godkendt, eller - hvis der ikke er opnået et forhandlingsresultat, eller resultatet forkastes ved urafstemning - en varslet konflikt begynder. I tilfælde af forhandlingsammenbrud kan Forligsinstitutionen overtage ledelsen af fortsatte forhandlinger, og forligsmanden kan evt. udsætte en varslet konflikt i op til to gange 14 dage.</li> </ul>

# ”Det offentlige må ikke blive et andenrangs arbejdsmarked”

*En del af de igangværende overenskomstforhandlinger foregår via Forhandlingsfællesskabet, hvor Dansk Sygeplejeråds og Sundhedskartellets formand, Grete Christensen, er forhandlingsleder på det regionale område. I dette interview svarer hun og regionernes forhandlingsleder, Anders Kühnau (S), på spørgsmål om knaster og løsninger i forhandlingerne.*

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

*Hvad er jeres forventninger til overenskomstfornyelsen?*

**Anders Kühnau:** ”Jeg forventer, at vi får en overenskomst, der er mere tidssvarende i forhold til de behov, som vi kan se, at der er nu og i de kommende år i sundhedsvæsenet. Det handler i høj grad om behovet for at arbejde på tværs mellem faggrupperne omkring patienterne. Og det handler om, at de rigtige personalemæssige ressourcer skal være til stede på hospitalet til at møde patienterne. Det er derfor, at vi gør meget ud af at sige, at vi skal sætte patienten i centrum. Det mener vi meget alvorligt. Og det mener vi, at overenskomsterne skal afspejle.”

**Grete Christensen:** ”I fællesskab skal vi forstå at bruge Den Danske Model. Det skaber gode aftaler, stabilitet på arbejdsmarkedet og tryghed på arbejdspladserne. Og det kommer alle til gavn, både personale, patienter, borgere og arbejdsgivere. Når det er sagt, så forventer jeg svære og udfordrende forhandlinger, men også en konstruktiv dialog, som ender ud i et resultat, begge parter kan se sig selv i. Forhandlingerne har indtil videre vist, at vi på nogle områder er på bølgelængde, mens der er andre områder, hvor der er lidt mere kant.”

*Hvilke områder vil I hver især pege på som vigtige i en kommende aftale?*

**Anders Kühnau:** ”Arbejdstidsreglerne er helt centrale for os. Vi skal have nogle arbejdstidsregler, der understøtter behovet i sundhedsvæsenet nu og i fremtiden. Det handler bl.a. om at få arbejdstidsregler, der tager udgangspunkt i den opgave, der skal løses, og som understøtter den tværgående indsats.

**Grete Christensen:** ”Løn, pension, arbejdstidsregler og arbejdsmiljø er vigtige

for os. Jeg er meget enig i, at patienten skal i centrum. Og netop derfor skal rammerne for arbejdet være understøttende for den fagligt forsvarlige pleje og behandling. Sådan er det ikke alle steder i dag, fordi der ikke er overensstemmelse mellem ressourcer og opgaver. Det er klart, at et sundt arbejdsmiljø og høj faglighed spiller en afgørende rolle for kvaliteten.”

*Arbejdstid er et af de centrale emner ved forhandlingerne. På den ene side ønsker regionerne størst mulig fleksibilitet af medarbejderne, mens medarbejderne på den anden side ønsker værn om deres privatliv. Hvilke løsninger ser I?*

**Anders Kühnau:** ”Jeg forstår godt, at der skal være værn. Derfor handler det også meget om at finde balancen mellem at kunne løse opgaven, når den er der, hensynet til medarbejdernes familie- og fritidsliv og regler, der ikke bliver for tunge at administrere. Vi vil gerne derhen, hvor der ikke er mange forskellige værn og forskellige regler om værn, vi skal tage højde for, når vi skal tilrettelægge arbejdet. Og så tænker vi grundlæggende, at det ikke drejer sig om, at medarbejderne skal arbejde mere eller løbe hurtigere. Det drejer sig om, at vi eksempelvis skal have mulighed for at holde en operationsstue åben en time længere, så patienten ikke skal faste i endnu et døgn, fordi vi ikke lige nåede operationen. Til gengæld for den fleksibilitet får medarbejderne mulighed for at gå lidt tidligere hjem en anden dag. Det overordnede er, at medarbejderne ikke kommer til at arbejde mere og hurtigere. Selvfølgelig skal arbejdslivet hænge sammen med et fritidsliv.”

**Grete Christensen:** ”Det er helt essentielt, at arbejdstidsreglerne både understøtter arbejdspladsens og medarbejder-

nes behov. De senere år har effektiviseringsreformer og store forandringer på det regionale arbejdsmarked haft negative konsekvenser for tilrettelæggelsen af arbejdet. Derfor ser jeg lidt anderledes på spørgsmålet om arbejdstid og tilrettelæggelse, end Anders gør. For os handler det om, at sygeplejerskerne skal have større forudsigelighed, medbestemmelse og indflydelse på tilrettelæggelsen af deres arbejde. Det er værd at huske på, at sygeplejersker altid har været en af de allermest fleksible faggrupper i sundhedsvæsenet. Men det er et stort problem, hvis det er den enkelte sygeplejerske, der alene skal værne om sin fritid og familieliv.”

*Et andet stort spørgsmål handler om løn. Der har igennem de senere år været en stor stigning i effektiviteten på landets sygehuse og hospitaler. Bl.a. på den baggrund forventer medarbejderne højere løn, men regionerne lægger stor vægt på ikke at være lønførende. Hvordan ser I det løst?*

**Anders Kühnau:** ”Jeg går ud fra, at vi stadig kan have det udgangspunkt, at vi ikke skal være lønførende. Derfor har vi også haft en reguleringsordning. Jeg tror, vi kommer til at nå de forventninger, som er hos medarbejderne. Vi har hørt medarbejdernes krav om sikring af reallønnen. Nu må forhandlingerne vise, hvor vi lander i forhold til dette. Det er også det, jeg hører, at der er forventningen hos medarbejderne.”

**Grete Christensen:** ”Lige så vigtigt, som det er for regionerne, at de ikke er lønførende, lige så vigtigt er det for os, at lønnen i regionerne ikke sækker bagud. Det offentlige må ikke blive til et andenrangs arbejdsmarked. Omkring løn så forventer vi ved OK15 bedre resultater end ved OK11 og



OK13, fordi økonomien er i bedring. Det er derfor, vi taler som minimum om en real-lønssikring."

*For Sundhedskartelletts grupper har det været svært at fastholde en lønudvikling på niveau med de andre store grupper på det regionale arbejdsmarked, bl.a. fordi den lokale løndannelse i sin nuværende model har gjort, at andre faggrupper har fået mere. Hvordan ser I, at der kan sættes skub i en positiv udvikling?*

**Anders Kühnau:** "Jeg tror ikke, at der er nogen snuptagsløsninger i forhold til lokal løndannelse. Vi kan se, at arbejdspladserne prioriterer lokal løndannelse. Det kan vi se af tallene. Selv om vi sparer meget, så er det faktisk noget, der bliver prioriteret lige så højt som før. Så der er midler til lokal løndannelse, men der vil altid være forskel mellem grupperne. Det er nok svært helt at undgå. Det gælder både internt i Sundhedskartellet og i en større gruppe. Vi er opmærksomme på de forskelle, der er. Vi kender alle tallene. Og vi tager dem selvfølgelig frem med jævne mellemrum og ser, hvordan det udvikler sig."

**Grete Christensen:** "Vi får mange meldinger fra medlemmerne om, at den lokale løndannelse ikke virker, som det var tænkt. Medlemmerne oplever, at der ikke er nogen penge og ingen forhandlinger. Derfor skal vi i fællesskab kigge på, hvilke ændringer der er brug for, så vi lever op til den oprindelige intention med lokal løndannelse. Det tager vi med til forhandlingsbordet."

*Ved de seneste par overenskomstrunder, det gælder også denne, har man talt om at modernisere overenskomsterne. Hvad tænker I om det?*

**Anders Kühnau:** "Vi kunne godt tænke os at få en drøftelse af, hvordan vi kan lave en modernisering af overenskomsten, der går lidt videre end det, vi er vant til. Andre steder har man en samlet overenskomst for sygehuse. Eksempelvis kender vi det fra USA, hvor man har Kaiser Permanente, men vi kigger også på det private arbejdsmarked, hvor man har erfaringer med at køre med samme overenskomst mellem faggrupper. Vi respekterer naturligvis forhandlingsretten for de enkelte organisationer, men det kunne være interessant at se på, om man kunne have en fælles overenskomst for faggrupper, der arbejder sammen i tværfaglige grupper."

**Grete Christensen:** "Jeg kæmper for Den Danske Model og for, at den hele tiden er tidssvarende og har værdi for alle parter.

Derfor vil vi naturligvis gerne deltage i en dialog om at modernisere. Desværre er det, jeg har hørt indtil nu, ikke så præcist. Det afgørende for mig er, at vi denne gang og ved de kommende overenskomstfornyelser kommer nogle gode skridt videre i forhold til, om aftalesystemet fungerer, som det skal."

*På det regionale arbejdsmarked repræsenterer Forhandlingsfællesskabet udover sygeplejersker bl.a. også læger, lægesekretærer og sosu-assistenten. Forhandlingsfællesskabet forhandler samlet set overenskomst for 130.000 medlemmer på det regionale område, hvoraf ca. 55.000 er medlemmer af en organisation i Sundhedskartellet, heraf er ca. 40.000 sygeplejersker. Følg løbende med i overenskomstforhandlingerne på [dsr.dk/OK15](http://dsr.dk/OK15)*



Regionernes forhandlingsleder, Anders Kühnau (S) og Dansk Sygeplejeråds og Sundhedskartellet's formand, Grete Christensen, forhandlingsleder på det regionale område.

# MOBILAPP GIVER EKSTRA TRYGHED EFTER FØDSLEN

Barselsafdeling D2 i Svendborg har udviklet en mobilapp, som giver familierne let adgang til råd og informationer om de første syv dage efter fødslen.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Niils Lund Pedersen**

Hannah Wang regner med at skulle føde hjemme på Ærø, men hun er indlagt på OUH's barselsafdeling D2 i Svendborg til en rutineundersøgelse. Derfor benytter sygeplejerske Karin Kofod Christensen lejligheden til at vise hende den mobilapp, som afdelingen har udviklet til forældre med et nyfødt barn.

Appen indeholder de informationer, som afdelingen har erfaring for, at nye forældre spørger efter, og dækker emner som amning, barnets gråd og signaler, morens krop efter fødslen, genoptagelse af sexlivet m.m. Mange af teksterne indeholder link til videoklip, f.eks. teksten om hud- og navlepleje, hvor videoklipet viser, hvordan man skal holde barnet, når man bader det.

"Forældrene er glade for at have informationen samlet på ét sted og i et medie, de er vant til at bruge," siger Karin Christensen. Appen er foreløbig kun til iPhone eller iPad, men familier, der ikke selv har en af delene, kan låne en iPad med hjem i syv dage.

I de første fire døgn modtager forældrene hver 12. time en besked om, hvad de kan forvente af deres barn. Andet døgn efter fødslen får de f.eks. at vide, at nu skal deres dreng eller pige normalt die mindst seks-otte gange i døgnet, tisse to-tre gange og have afføring mindst en eller to gange.

Endelig giver appen forældrene mulighed for at sende en chatbesked til afdelingen med spørgsmål og tvivl, og de kan vedhæfte

billeder, f.eks. af et udslæt eller en navle, der bløder. I dag er det Karin Christensen, der går med chat-telefonen, som skal tjekkes hver fjerde time.

## Færre opkald

Generelt oplever sygeplejerskerne, at færre forældre ringer med spørgsmål, efter at appen er taget i brug.

"Til gengæld har vi skullet lære at rådgive skriftligt," siger Karin Christensen.

"Men hvis problemet ser ud til at være komplekst, beder vi forældrene om at ringe."

For sygeplejerskerne i barselsafdelingen udgør information og vejledning en stor del af arbejdet. Der er meget, der skal informeres om i løbet af den korte tid, familien er i afdelingen, normalt op til 24 timer, når fødslen har været ukompliceret.

"Og samtidig er vi udfordret af, at de både kan være trætte efter fødslen og er nået til et helt nyt sted i deres liv," siger Karin Christensen.

"Vi gør meget ud af at guide og rådgive i de konkrete situationer, der opstår, for det får familierne mere ud af end generel information. Men der kan stadig være ting, man glemmer, eller bare ikke har hørt. Med appen er familierne bedre rustet, når de går hjem, for jo flere måder man får tingene ind på, jo bedre."



**1.** Sygeplejerske Karin Kofod Christensen demonstrerer barselsafdelingens mobilapp for Hanna Wang, der venter sit tredje barn.



2

**2.** Karin Christensen og de fleste andre sygeplejersker i afdeling D2 har en internationalt anerkendt uddannelse som ammevejleder.



3

**3.** Ella spiser lige knap nok, så hun får ekstra mælk, som hendes mor har malket ud.

**4.** Kathrine Mai skal til undersøgelse i Odense med sin søn Sindre, der er født meget for tidligt. Han er nu så stabil, at familien snart kan komme hjem.

---

#### Din bedste oplevelse med en familie for nylig?

---

"En meget ung familie havde haft en lidt hård fødsel. Barnet var taget med sugekop og virkede umiddelbart ikke interesseret, da det blev lagt til brystet. Moren sagde så, at hun egentlig ikke vidste, om amning var noget for hende. Men vi fortalte, at uanset hvad, så var det godt med hud-mod-hud-kontakt. Og at det var godt at massere brysterne for at stimulere mælkeproduktionen. Det ville hun alligevel gerne prøve, og lidt efter lidt vågnede barnet op. Da den mor gik hjem, var hun fuldt ammende."

---



4

## Fra paternalisme til partnerskab - en utopi?

I partnerskabsmodellen er ansvaret for mødet ideelt set delt, og der tilstræbes ligestilling mellem patient og professionel. Modellen afspejler et samfundsskabt lighedsideal som modspil til en autoritær, paternalistisk og hierarkisk samfundsforståelse. Dialogen, ligestillingen og den gensidige forståelse er det centrale. Modellen er ideologisk forankret i plejelogikkens humanistiske tilgang og i dele af den offentlige styringslogik støtte til demokrati og efterstræbelse af konsensus. Allerede i 1978 fastslog WHO's Alma Ata deklARATION det fordelagtige i at inddrage patienterne i egen behandling. Danmarks nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet var i 1992 inde på, at patientindflydelse og brugerinddragelse var midler til at sikre patienten og pårørende bedre behandling. Siden er fulgt flere officielle tilkendegivelser med visioner om borgernes sundhedsvæsen.

Bogen, der beskriver partnerskabsmodellen på denne måde, henvender sig til sundhedsprofessionelle, studerende, administratører på sygehuse og patientforeninger. Målet med den er at se patientens rolle i et bredt organisatorisk, historisk og samfundsmæssigt perspektiv, hvor mange faktorer er på spil samtidigt. Det empiriske grundlag er otte sygehuses patienttilfredshedsundersøgelser 1999-2006 og interview



Erik Riiskjær

**Patienten som partner**

**En nødvendig idé med ringe plads**

Syddansk Universitetsforlag 2014

337 sider - 299,00 kr.

med ansatte på sygehuse. De er perspektiveret af litteraturstudier og hændelser i medier. Interview foretaget 2013 og 2014 har Riiskjær anvendt til at validere bogens konklusioner. Den institutionelle organisationsteori er rammen om fremstillingen, og kritisk realisme er valgt som videnskabsteoretisk inspirationskilde. Bogen falder i fire dele, de kan læses hver for sig.

En del handler om patientroller og patientoplevelse. Der fremstår otte forskellige patientroller, hvor den arketyperiske er den lydige patient, der på trods af stadige angreb lever i bedste velgående som passiv, tillidsfuld og compliant, heldigvis er der dog også andre roller i spil. Læs gerne selv, det er en spændende analyse. En anden del handler om den institutionelle praksis, der beskrives gennem fire logikker: den offentlige styringslogik, markedslogik, lægeprofessionslogik og plejefprofessionslogik.

Bogen kan læses som et bidrag til en kritisk selvforståelse i forhold til retorikken om patientinddragelse, patientinvolvering, patientcentrering og faktisk også plejefprofessionslogik.

*Af Marianne Mahler, dr. PH., sygeplejefaglig konsulent.*

## Slå autopiloten fra

Bogen henvender sig til alle, der ønsker at blive bedre til at håndtere konflikter. Tre gennemgående cases: familie, arbejdsplads og boligforening beskrives, samt hvordan konflikter typisk udvikler sig, og hvordan de kan løses ved hjælp af ABC'en.

Forfatterne viser en dyb indsigt i noget af det vigtigste, når vi håndterer konflikter. De beskriver den mæglende tilgang i både arbejds- og privatlivet som en evne til at rumme andre menneskers meninger, holdninger, væremåder og værdier uden på forhånd at dømme dem ude. Vi skal flytte os fra de spontane, fordømmende reaktioner, hvor autopiloten og følelserne tager over, til en mere undersøgende handlemåde. Konflikter opstår i relationer, hvorfor de også skal håndteres i relationer. Og der skal gøres noget, det hjælper ikke at gemme sig i sin egen hule, blive opslugt af sig selv og pege fingre ad de andre. Deraf ABC'en:

- A. Tænk vi.
- B. Undersøg.
- C. Gør noget.



Jens Emborg, Mie Marcussen,  
Marion Thorning og Bo Ørsnes

**Mellem os - ABC til konflikt**

Frydenlund 2014

208 sider - 269 kr.

ABC'en er en klar parallel til den model, mange sygeplejersker arbejder med for at forebygge konflikter, vold og trusler:

1. at registrere
2. at analysere
3. at lære
4. at handle.

Bogen har meget fine afsnit om anerkendelse, fortløkkninger, magt og personlig udvikling.

*Af Bjarne Friis Pedersen, sygeplejerske, master i konfliktmægling.*

## Professionelle uden dagsorden

Jónas Gústafsson's bog "Livshistoriefortællinger – nøglen til livet" har fokus på, hvordan professionelle i det psykosociale rehabiliteringsarbejde kan hjælpe psykisk sårbare med at skabe en ny fortælling, der tager udgangspunkt i det levede liv og de værdier, drømme og håb, som knytter sig hertil. Der findes mange bøger om, hvordan professionelle hjælper psykisk sårbare mennesker, men der er få bøger, der som denne beskriver, hvordan vi ud fra en narrativ og eksistentiel tilgang kan være medvirkende til, at mennesker kommer videre i deres liv.

Den røde tråd i bogen er beskrivelserne af, hvordan det at skabe sammenhæng og mening i livet er vigtigt for menneskers recovery. Mennesker, der har været i langvarig kontakt med behandlerens system og sociale tilbud pga. psykisk sårbarhed, bliver ofte identificeret og identificerer sig med diagnosen og fortællingen om sygdommen, hvilket er stigmatiserende og hæmmende i forhold til igen at blive aktive samfundsborgere med de pligter og rettigheder, det indebærer.



Jónas Gústafsson (red.)  
**Livshistoriefortællinger  
 – nøglen til livet**  
 Frydenlund 2014  
 182 sider - 249,00 kr.

En anden styrke i bogen er afsnittet om handleplaner. Livshistoriefortællingerne bliver brugt til at gøre fortælleren bevidst om, hvilke temaer der skal arbejdes med i handleplanen, og hvilke kompetencer der skal udvikles. Det betyder, at fortælleren er mere motiveret og fokuseret i det videre arbejde.

En af bogens styrker er det vedholdende fokus på det eksistentielle, narrative og interaktionistiske, det at man er sammen, viser ægte interesse, er nærværende, udvikler tillid og håb, det at den professionelle ikke har en dagsorden for mødet med den anden, fortælleren har magten til at definere, hvad der skal tales om. Der er ikke ret mange bøger, der har dette fokus, og som samtidig beskriver metode og praksis.

*Af Annette Bonde Bertelsen, sygeplejerske, udviklingskonsulent, Socialt rehabiliteringscenter, Borger og arbejdsmarked, Esbjerg Kommune.*

## Kan læses uden kendskab til økonomi

*Hvordan tager man stilling til nye tiltag i sundhedsvæsenet?*

Basal sundhedsøkonomi er en mindre bog, som helt overordnet behandler to områder i sundhedsøkonomien. Den første del handler om den beskrivende økonomi i sundhedsvæsenet. Bl.a. om organisering, opgavefordeling, politisk styring og afregningsmodeller. Den anden del har overordnet fokus på den analytiske og teoriorienterede del af sundhedsøkonomien, hvor der kommer tal, formler og grafer på bogens sider. Ydelseshonorering, rammebudgetter, middelevetid for uddannelses- og indkomstgrupper, forebyggelse.

Basal sundhedsøkonomi skal ses i forbindelse med forfatterens anden bog: "Sundhedsøkonomi" (Munksgaard 2013), som er mere uddybende og har flere emner med. Denne bog er kortere.

Sundhedsøkonomi er en specialisering, som er udsprunget fra mange fag. Sundhedsøkonomi er ikke bare økonomi, for i denne forbindelse er vægten lagt på mikroøkonomi, økonometri og velfærdsøkonomi, som igen lægger sig op ad politologi, forvalt-



Kjeld Møller Pedersen  
**Basal sundhedsøkonomi**  
 Munksgaard 2014  
 305 sider - 275,00 kr.

ning, institutionelle mekanismer. Epidemiologi er også at spore i sundhedsøkonomien, for kendskabet til prævalens og incidens er en nødvendighed. Bogen giver derfor en tværfaglig tilgang til emnet.

Bogens styrke er, at den er skrevet i en dansk kontekst og tager udgangspunkt i danske forhold. Ellers kan sundhedsøkonomi hurtigt blive beskrevet i en amerikansk kontekst, hvor forsikringsordninger som Medicare og Medicaid fylder siderne i de amerikanske lærebøger.

Forfatteren skriver, at bogen er skrevet i letlæseligt sprog og kan læses uden forudgående kendskab til økonomi. Og det er rigtigt. Husk bare, at der er store og komplekse teorier fra forskellige fag i hvert kapitel. Så bogen er let at læse, men svær at forstå, hvis ikke der er en god underviser bag og en målgruppe med interesse for økonomi, dansk politologi og forvaltning.

*Af Gitte Lindermann, sygeplejerske og cand.scient.pol.  
 Lean-konsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.*

## KORT NYT OM BØGER

Poul Videbech, Morten Kjølbøye, Thorkil Sørensen, Per Vestergaard

### Psykatri

#### En lærebog om voksnes psykiske sygdomme

FADL's Forlag 2014

346 sider - 499,95 kr.

Femte udgave af bogen har gennemgået en omfattende revision, så der nu er overensstemmelse mellem behandlingsforskrifter og nye referenceprogrammer og kliniske vejledninger fra Sundhedsstyrelsen og speciallægeselskaber. Bogen er nyttig og informativ for både sygeplejersker og studerende i psykiatrien og indeholder bl.a. gode afsnit om familiens inddragelse i behandlingsarbejdet, recovery, OPUS-tilbuddet, livsstil og delirium. Layoutet fremmer overblik og læselyst, og de 15 kapitler slutter meget passende med psykiatriens historie og supplerende litteratur.

Birthe K. Vinner Nielsen

#### Birthe K. - sådan kan det gå

Forlaget Ådalen 2014

202 sider - 200,00 kr.

37 år gammel får forfatteren, som er skolelærer, en stor hjerneblødning og global afasi, hvilket kommer til at præge hendes tilværelse i al fremtid. Bogen er en meget personlig, meget detaljeret og grundig beskrivelse af forfatterens arbejde med at genvinde den mentale førlighed og talens brug. 13 personer, som har været tæt på hende, beskriver hendes kampånd, engagement og foredragsvirksomhed, og, for datterens vedkommende, rolleskiftet mellem mor og datter. Bogens rimede titel bryder jeg mig ikke om, men indholdet kan formentlig indgyde mennesker i en lignende situation håb.

Rasmus Tranegaard Andersen og Jesper Engsted

### Sygt sund!

Forlaget Columbus 2014

144 sider - 231,00 kr.

Politikerne, medierne og den enkelte dansker er fokuseret på sundhed. Kampagner, påbud, anbefalinger og tilbud konkurrerer, og fitnessindustrien producerer stadigt flere mænd og kvinder med svulmende muskler og bizarre spisevaner. Hvad er det for noget, hvem er de sunde, hvad vil politikerne opnå? Bogen er velegnet til diskussion og inspiration, det er en lærebog i samfundsfag, men nysgerrige sygeplejestuderende kan godt få idéer til projekter ved at skimme den. Er de usunde danskere samfundets skyld, eller skal den enkelte tage større ansvar for egen sundhed? Obs! Ingen litteraturliste, ingen forslag til supplerende litteratur.

(jb)

DN PERSISKE ROSÉ  
FORLAG OG FORMIDLING

### Behandling af svært overvægtige børn ved JENS-CHRISTIAN HOLM

Vist i  
Generation XL  
på DR1 og  
BBC World

Jens-Christian Holm udbyder kurser til behandling af svært overvægtige børn og unge. Kurserne er en introduktion til samt kompetanceudvikling af den pædagogiske metode som medfører vægttab hos 70-80 procent af de svært overvægtige børn og unge med en lav timeinvestering per år. Årsagen til den effektive behandling med et lavt timeforbrug er primært den direkte og effektive kommunikation som på een gang kommunikerer alvoren bag problemstillingerne, men som samtidig drager omsorg for de problemstillinger som ofte er vanskelige.



**Kursus 1:** Introduktionskursus. Vægtregulation, komplikationer til overvægt, behandlingsmetode, pædagogik.  
24.-25. marts & 19.-20. maj 2015

**Kursus 2:** Opfølgningskursus. Forventninger til behandlingsforløb, kropssammensætning, justering på behandling, relapse, drop out, normalisering, afslutninger.  
14.-15. april (Udsolgt) & 2.-3. juni 2015

**Sted:** Ringsted Scandic Hotel

overvaegt.behandling@gmail.com

Se [www.børneovervaegt.dk](http://www.børneovervaegt.dk) / [www.denpersiskerose.dk](http://www.denpersiskerose.dk)



## Bliv Akupunktør

på en af Danmarks mest omfattende akupunkturuddannelser

2 ½ års uddannelse  
med højt fagligt niveau.

Weekendundervisning.

### V. Nigel Ching

akupunktør, lærebogsforfatter,  
urtemediciner og international  
foredragsholder

### og Vibeke Bergfors

akupunktør, sygeplejerske  
og skoleleder

### Nordisk Akupunkturuddannelse

Skolen for akupunktur  
og kinesisk medicin  
Bagsværd. København

[www.noakud.dk](http://www.noakud.dk)  
Tlf. 20 24 14 37

Jette Bagh, fagredaktør



## Den farlige udskrivelse

Det kræver et godt helbred at komme på hospitalet, siger man. Det betyder, at de (lægerne) finder noget, man ikke vidste, man fejlede, eller at man kommer hjem med hospitalserhvervede infektioner, som man i hvert fald ikke havde, da indlæggelsen blev effektueret. Men udskrivelsen til eget hjem kan være lige så farlig som indlæggelsen, tyder adskillige historier i mine umiddelbare omgivelser på.

Kollegaens mor har slået skulderen ved et fald og har meget ondt i hoften. En krykkestok kan familien hente på regionshospitalet 30 km væk. Kollegaen foreslår, at hun henter den på byens eget hospital, og sygeplejersken lyser af begejstring: ”God idé, godt tænkt”.

Moderen kan ikke klare dagligdagen uden hjælp, i hvert fald i en periode, men hjemmehjælperen kommer ikke til aftalt tid og heller ikke på den aftalte dag. Da hun dukker op, svarer hun ikke til moderens idealer for god husførelse, karkluden ligger og svømmer i vasken, da hun med et ”hej” forlader matriklen, mens hun lytter til teknomusik på sin telefon. Kollegaens mor klager over voldsomme smerter i hoften i to en halv måned. ”Du er jo faldet,” lyder det fra læge og sygeplejerske.

Først da en vaks fysioterapeut insisterer på et nyt røntgenbillede, kommer sandheden for en dag. Moderen har en bækkenfraktur. Hun får det straks bedre, for tanken om ikke at blive troet er værre end de reelle smerter.

At blive afhængig af hjælp fra den uoverskuelige sundhedssektor er en odysse for kollegaen og hendes mor. Mange i systemet virker socialt tonedøve, og den helhedspleje, der er idealet, skal man være særdeles opfindsom for at opdage.

Samme historie, nu fortalt af meget velformuleret kvinde på 84 år, som sendte mig et brev med en skarp analyse af, hvordan det var at få et nyt knæ for 10 år siden og i oktober 2014.

”For 10 år siden oplevede jeg, at alle fra rengøringspersonale til overlæger arbejdede som et team, hvis arbejdsfunktioner var koordinerede, så man som patient oplevede, at det hele hang sammen. Som patient var man i centrum og følte sig i gode hænder under hele forløbet på hospitalet og ikke kun på operationsstuen,” skriver hun.

I 2014 var der ingen rengøring på hospitalet, maden var dårlig, tarmfunktionen var der ikke nogen, som holdt øje med, og al koordinering stoppede ved hospitalets port. Hjælpemidlerne kunne de pårørende hente 15 kilometer væk, og medicinen blev udleveret i en plasticpose uden ordentlig instruktion.

”Man er tilskuer til og genstand for enkeltydelser, for de forskellige faggrupper agerer tilsyneladende inden for hver sin kasse og uden overordnet koordinering,” skriver den gamle dame.

Hun spørger til slut: ”Gad vide, om ikke vores knappe ressourcer ville strække noget længere, hvis der ikke blev tænkt i lodrette, vandtætte bokse med hver deres økonomi, men at vi gennemtænkte økonomien i tværgående helheder og koordinerede de mange indsatser i et patientperspektiv?” Godt spørgsmål.

Den sidste fortælling handler om Gudmund, der kom ind i en beskyttet bolig kort før jul. Det helt store plejeskyts var ikke kørt i stilling, så dårlig var han ikke, men det gik stærkere, end systemets radar kunne opfange. Resultatet blev, at Gudmund sad alene hele julen uden mad og andet at drikke end vand, imens hans fødder hævede mere og mere. Der var ingen kontakt med hans familie eller venner, ingen spurgte, hvor han plejede at være i julen, om han ville hen i spisesalen og indtage sin julemad der, eller hvilke tanker han gjorde sig.

” At blive afhængig af hjælp fra den uoverskuelige sundhedssektor er en odysse for kollegaen og hendes mor. Mange i systemet virker socialt tonedøve, og den helhedspleje, der er idealet, skal man være særdeles opfindsom for at opdage.

Hvorfor alle disse forsømmelser? Hvad skal der til, for at patienter ikke skal ligge i deres hospitalssenge og frygte at komme hjem?

Måske en hjemkomstrobot, der med flad stemme siger ”Velkommen hjem. Sulten? Tryk 1, Tørstig? Tryk 2”, hvorefter mad og drikke vælter ud af en låge i robotens mave. Efter måltidets indtagelse stryger robotens bløde handskeklædte hånd den gamle over håret, indtil han blunder.

Nej tak.

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

# Sygeplejersker har behov for mere praktik

Bente Ourø Rørth, hospitalsdirektør, Nordsjællands Hospital, og Randi Brinckmann, dekan, Professionshøjskolen Metropol

Uddannelses- og Forskningsministeriet er i gang med at revidere de sundhedsfaglige professionsbacheloruddannelser, så de studerende kan blive rustet til fremtidens sundhedsvæsen. Fra vores synspunkt ser problematikken således ud: De seneste 12 år har man styrket sygeplejerskernes teoretiske fundament. Det har båret frugt, men vi har desværre også mistet noget. De nyuddannede sygeplejersker er ikke længere helt så gode til at varetage klinisk praksis.

Der er nemlig også sket det, at praksis har ændret sig. En stor del af den traditionelle pleje er flyttet fra hospitalerne til kommunerne. Hospitalerne er samtidig blevet mere specialiserede. Det betyder ændrede krav til sygeplejerskernes kompetencer.

Nyuddannede sygeplejersker får en bred, videnskabeligt funderet basisuddannelse, men på hospitalerne møder de en meget specialiseret virkelighed med mange praktiske krav. Og lige nu ser vi en tendens til, at mødet med dén virkelighed får mange nyuddannede til hurtigt at forlade jobbet.

Hospitalerne sætter selv ind med træning og uddannelse lokalt for at give sygeplejerskerne de praktiske kompetencer. Af og til i samarbejde med Sundhedsstyrelsen. Men det medfører, at sygeplejerskerne får meget uensartede praktiske kompetencer. I sidste ende betyder det, at patienter-

ne får forskellig pleje og behandling fra hospital til hospital. En anden svaghed ved den lokale uddannelse er, at den ikke er underlagt samme kvalitetssikringsmekanismer som de formelle uddannelser. Vi vil pege på følgende forslag til forbedringer:

1. Forlængelse af grunduddannelsen, så den bliver afsluttet med et halvt år i den specialiserede, kliniske praksis, som sygeplejersken skal ud og have job i.
2. Etablering af postgraduate forløb inden for det formelle uddannelsessystem, hvor man sikrer uddannelsesstillinger til sygeplejerskerne efter endt studie.
3. Integration af praktik i diplom- og masteruddannelser efter norsk forbillede.

Disse tre muligheder vil betyde, at sygeplejerskerne bliver i stand til at give patienterne specialiseret behandling og pleje på et ensartet, højt niveau.

## Svar

Tak til Bente Ourø og Randi Brinckmann for at rejse en væsentlig problemstilling om, hvad der er væsentligt at have fokus på i den kommende revision af bl.a. sygeplejerskeuddannelsen. I oktober 2014 udkom Sundhedskartelletts Uddannelsesrapport, som på tværs af de sundhedsfaglige uddannelser peger på en række områder, hvor der er be-

hov for et øget fokus. Her er det et klart budskab, at særligt de kliniske uddannelsesforløb skal styrkes. Det er i øvrigt også en klar anbefaling, at der etableres en systematisk sammenhæng mellem grunduddannelse og videreuddannelse, som matcher de mange specialiserede områder i sundhedsvæsenet.

Jeg er udpeget som Sundhedskartelletts repræsentant i den styregruppe, som Uddannelses- og Forskningsministeriet har nedsat til det kommende udviklingsprojekt. Et helt afgørende fokuspunkt for mig og for Sundhedskartellet i det arbejde vil netop være at styrke kvaliteten af den kliniske undervisning. Det skal bl.a. adresseres gennem (videre)udvikling af pædagogiske metoder og didaktik ud fra klinikkens forudsætninger, gennem økonomiske incitamenter og ved at sikre et solidt uddannelsesniveau for de kliniske undervisere og vejledere. Samtidig skal vi sikre den rette balance mellem teoretiske og kliniske undervisningsforløb, herunder også give fleksible muligheder for at arbejde med forskellige læringsrum og læringsmuligheder.

Jeg ser frem til mange spændende debatter om udvikling af sygeplejerskeuddannelsen, så vi sikrer vores nyuddannede kolleger de bedste forudsætninger for en optimal start på arbejdslivet som sygeplejerske.

*Dorte Steenberg, næstformand*

Få større viden om din sundhedsfaglige praksis igennem en kompetencegivende

## SUNDHEDSFAGLIG DIPLOMUDDANNELSE

På UC Syddanmark kan du specialisere dig inden for:

- Professionspraksis
- Sundhedsfremme og forebyggelse
- Sundhedsformidling og klinisk uddannelse
- Kultur og sundhed

UNIVERSITY COLLEGE  
SYDDANMARK  
UCSYD.DK

Læs mere på [ucsyd.dk/diplom](http://ucsyd.dk/diplom)



# Fornem hæder for miljøarbejde



Foto: Søren Svendsen

Britisk fødte, men herboende gennem mere end 40 år, arbejdsmiljøsygeplejerske Julie Staun, er blevet tildelt den fornemme britiske orden "Officer of the Most Excellent Order of the British Empire", OBE. Ordenen får hun tildelt for sit engagement i Danmark og internationalt i arbejdet for et godt og sikkert arbejdsmiljø.

Julie Staun har bl.a. været formand for det faglige selskab for arbejdsmiljøsygeplejersker, FaSa. Gennem 16 år frem til 2013 var hun desuden formand for den internationale sammenslutning af europæiske arbejdsmiljøsygeplejersker, Federation of Occupational Health Nurses within European Union, FOHNEU. Organisationen var ved hendes tiltræden blot fire år gammel, så Julie Staun har en stor del af æren for, at organisationen i dag repræsenterer over 45.000 arbejdsmiljøsygeplejersker i 27 lande.

Julie Staun var den første sygeplejerske til at modtage Dansk Sygeplejeråds Ildsjælepris, som hun fik overrakt på Dansk Sygeplejeråds kongres i 2010. Ved den lejlighed udtalte Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen:

"Vi har brug for ildsjæle, der brænder for faget. Julie Staun har arbejdet utrætteligt for arbejdsmiljøsygeplejersker i både Danmark og hele Europa, og hun er en værdig modtager af prisen."

Julie Staun modtager sin orden ved en ceremoni på Buckingham Palace midt i maj. Den britiske orden blev indstiftet i 1917 af kong George V med både en civil og en militær afdeling.

Den civile afdeling skulle gøre det muligt fra højeste sted at anerkende mennesker i og uden for Storbritannien for en stor ikke-militær indsats i 1. verdenskrig.

(hbo)

Julie Staun er blevet tildelt den fornemme britiske orden "Officer of the Most Excellent Order of the British Empire", OBE.

dynamostol.dk

prøve en stol gratis i 14 dage

**Kære Sygeplejerske**  
Styrk din ryg med en aktiv siddestilling. - så holder du længere.

Med en Dynamostol Incharge stol bliver du aflastet i dit daglige arbejde, og samtidig styrker du din ryg.

Ring 46 75 09 70 og aftal hvornår du ønsker at modtage en stol.

**SID DIG STÆRK**  
**dynamostol®**

## TEMADAG HOS PROTAC

**Foredrag om pilotprojektet "Nedbringelse af TVANG i psykiatrien på Augustenborg Sygehus" /vergoterapeut Charlotte Andersen.**

**"Sansseintegrerende terapi i psykiatrien; en metode der er med til at forebygge TVANG"**

Psykiatriske patienter kan have vanskeligt ved at integrere og bearbejde sansestimuli i en sådan grad, at det kan påvirke adfærdens uhensigtsmæssigt med risiko for at blive udsat for fysisk tvang under indlæggelse. Motorisk uro, angst, søvnbesvær kan indikere forstyrrelse i sansprocesserne. Ved hjælp af en test og kortlægning af patientens sanseprofil, kan man tilrettelægge en behandling, der retter sig mod sanserne og støtter patientens integration af sansestimuli.

Protac byder på kaffe og kage, samt fremvisning og afprøvning af vores produkter og nyheder.

**Tid** Torsdag d. 19.03.2015, kl. 12.30 – 16.30

**Sted** University College Nordjylland, Selma Lagerlöfs Vej 2, 9100 Aalborg, aud. 3.09.

**Fri parkering ved UCN**

**Tilmelding** Senest d. 13.03.2015 til [protac@protac.dk](mailto:protac@protac.dk)

Venligst oplys navn, arbejdssted, mail og tlf. nr. for hver deltager

**Tilmeld dig nyhedsbrev på [www.protac.dk](http://www.protac.dk) eller scan QR-koden**

**OBS!**  
Det er gratis at deltage på temadagen

**PROTAC®**  
INTEGRATING SENSES



# Sygeplejersken på Facebook

"De kunne have sagt "Hej, jeg er din fars sygeplejerske" eller have vist mig rundt. Det havde været med til af afdramatisere hele oplevelsen." Citat: Sarah Noes Sørensen, pårørende til kræftsyg far.

Virkelig en god samling artikler om børn som pårørende 👍

Så vigtigt et budskab.

Fra [www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken](http://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken)

SYGE  
PLEJER  
SKEN<sup>DK</sup>

Sygeplejersken  
@\_Sygeplejersken



Fortjener dit bachelorprojekt at blive læst af andre? Skriv til [#Sygeplejersken](https://www.facebook.com/Sygeplejersken). <http://bit.ly/1Bue882> | [#dkspl](https://www.facebook.com/dkspl)



**Nurse Lotte Evron** @SygeplejerskeLE  
*@\_Sygeplejersken, er I klar til at læse et væld af gode projekter? Der er mange fine projekter på [#sygeplejerskeuddannelsen](https://www.facebook.com/SygeplejerskeLE) [#sygeplejeviden](https://www.facebook.com/SygeplejerskeLE)*

**Sygeplejersken** @\_Sygeplejersken  
*Det kan du tro [@SygeplejerskeLE](https://www.facebook.com/SygeplejerskeLE)! Vi glæder os :-)*

Fra [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)

## Stor ros til sygeplejersker

"Det er nogle vanvittigt kompetente mennesker, der har besluttet sig for at arbejde i systemet," skriver ung kræftpatient i Politiken.

Dejligt med ros 😊 Bare ærgerligt at vores løn ikke følger med vores kompetencer/ansvar 😞

Dejligt med ros. Hvad kan vi bruge det til - at være stolte, at passe på os selv, at tænke os om.

Tak for vanvittigt flotte ord om vores praksis - tak for den humoristiske vinkel om et meget alvorligt emne. Læs det, del det og sæt pris på, at der bliver prikket til de politisk ignorante!

Fra [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)

Følg Sygeplejersken på [www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken](http://www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken), Twitter [@\\_Sygeplejersken](https://www.facebook.com/Sygeplejersken) og Dansk Sygeplejeråd på [www.facebook.com/sygeplejersker](http://www.facebook.com/sygeplejersker)

**Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør**

I sektionen "Fag" bringer vi 50-60 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

Skriv til Fag. Læs Sygeplejerskens manuskriptvejledning på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > Manuskriptvejledning og ring eller send en mail med din idé, nummeret er 4695 4187 og mailadressen [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)



**FAG**

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

## Florence Nightingale indtager intensiv afdeling

Intensiv sygepleje vendt og drejet. Det er i store træk indholdet i den faglige del af dette nummer af *Sygeplejersken*.

Sygeplejersker fra Vendsyssel, Vejle og to gange Aarhus tager fat i hver deres emne og problemfelt ved hjælp af forskellige metoder og kilder. Florence Nightingale bidrager aktivt, og det er lidt af et scoop at mobilisere hende og de gamle, men aktuelle tanker, hun har om søvn. Tanker, som forfatterne overfører til intensiv sygepleje og benytter til at nuancere de mange observationer og lyde, der bliver produceret sådan et sted.

Ud over søvn er der fokus på mobilisering og træning af patienterne og på brugen og effekten af dagbøger til patienter, som tidligere har været indlagt på intensivt afsnit. En tekst i genren Faglig Information beskriver, hvordan opfølgende samtaler til patienter efter indlæggelse formentlig kan hjælpe patienterne videre og øge deres livskvalitet. Projektet er tværfagligt og har foreløbig kastet en kvalitetspris af sig.

For læsere, som ikke arbejder med intensiv sygepleje og ikke kan se, hvordan emner og problemer fra artiklerne kan overføres til egen praksis, er det muligt at komme en tur til Afrika, nærmere bestemt Uganda. En sygeplejestuderende og en underviser beskriver i fællesskab deres udvekslingsophold på et hospital, hvor elendigheden var fremherskende. De ønsker at diskutere, om et ophold af den karat kvalificerer den studerende, og hvilke krav det i givet fald stiller til den studerendes personlighed. Når artiklen er læst til ende, ligger det fast: Det er ikke alle studerende, som vil kunne klare forholdene og have overskud til at tænke sygeplejen igennem, når den ikke på nogen måde harmonerer med danske idealer.

Fra forsker til fag beskriver forskning i svært psykisk syges fysiske sundhed, og den studerende i praksis synes, det er skønt at opleve en engageret sundhedsplejerske, som gerne vil lære fra sig.

*Jessie Børge*

Sygeplejerske,  
cand.cur., fagredaktør.



## Dokumentationstræthed og hindrer udvikling

**Pia Kjær Kristensen**, sygeplejerske, cand.scient.san.; pia.kjar.kristensen@horsens.rm.dk  
**Inge Pia Christensen**, sygeplejefaglig direktør, MPM  
Begge forfattere er ansat på Regionshospitalet Horsens

*Der er i disse år opstået dokumentationstræthed i sygeplejen, hvilket har medvirket til, at dokumentation af sygeplejen ikke opfattes som en del af kerneopgaven. Men det er nødvendigt at skærpe sygeplejersker og faglige lederes fokus på, hvad dokumentation betyder for patientsikkerhed og udvikling af sygeplejen.*

I de senere år har sygeplejersker med rette beklaget sig over den stigende dokumentationsopgave, som er blevet pålagt. Dokumentation, som ikke nødvendigvis har noget med den sundhedsfaglige indsats at gøre, er kommet på den politiske dagsorden. Det har haft en stærk indflydelse på den dokumentationstræthed, som har ramt mange sygeplejersker i denne periode. Udviklingen har medvirket til, at dokumentation af sygeplejen ikke opfattes som en del af kerneopgaven til stor skade for patientsikkerhed og fagets omdømme og udvikling. Systematisk observation, refleksioner og kliniske handlinger samt evaluering af de opsatte mål ud fra de opnåede resultater kan sygeplejersker ikke sætte sig ud over. Hvis sygeplejersker ikke kan kommunikere og dokumentere deres handlinger og resultaterne af dem, kan de heller ikke evaluere og vurdere, om sygeplejen virker (1). Det er en del af fagets kerne og har altafgørende betydning for sygeplejens bidrag til det samlede patientforløb.

### Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

# truer patientsikkerheden

Det første, vi som fagprofessionelle skal gøre, er at blive enige om, hvad sygeplejefaglig dokumentation dækker over, og hvad den skal bruges til. Det er forudsætningen for udvælgelse og fokusering på det, der skal dokumenteres. Autorisationsloven, sundhedsloven og Sundhedsstyrelsen stiller krav om dokumentationen af sygeplejen. I Sundhedsstyrelsens fortolkning af autorisationsloven fra 2005 er der anført 12 sygeplejefaglige områder baseret på Virginia Hendersons behovsområder, som skal dækkes i sygeplejedokumentationen. Udfordringen i praksis er dog, at det er op til den enkelte sygeplejerske at udfylde de meget vide rammer inden for de 12 behovsområder (2). Der er derfor brug for at få konkretiseret og afgrænset dokumentationskravet for de sygeplejefaglige kerneopgaver inden for de sygeplejefaglige områder og de enkelte specialer.

## Ensartet begrebsforståelse – nu

En metode hertil er at sikre en højere grad af struktur i sygeplejedokumentationen. Vi skal have et fælles sprog, der indeholder en operationalisering, så vi ved, hvad vi skal observere og dokumentere, når en patient f.eks. er underernæret eller har smerter. Igennem flere år har der været arbejdet med problemorienterede planer, også kaldet standard plejeplaner, som dog ofte har været kritiseret for, at den enkelte patients perspektiv går tabt. Her skal vi dog være varsomme med ikke at falde i den grøft, hvor vi ser individuel sygepleje og en problemorienteret plan som hinandens modsætninger. Sygeplejersker må opøve en villighed til at arbejde systematisk og struktureret for netop at kunne yde en individuel sygepleje. Der er derfor brug for at opnå enighed om begreber og metoder til at beskrive fagets kerneområder. En metode til systematisk at begrænse og registrere data på er at anvende validerede begreber og skalaer, hvor der i højere grad anvendes afkrydsning eller klassifikationssystemer som f.eks. SNOMED CT. Det vil understøtte, at den enkelte sygeplejerske ikke selv skal opfinde termer til at beskrive sine fund eller tolke begreber brugt af kollegaer.

## Entydig dokumentation er basis

En entydig, struktureret og systematisk dokumentation har den afgørende fordel, at det er muligt relativt enkelt at genfinde data. Dette vil muliggøre, at den daglige dokumentation om den enkelte patient kan genbruges til analyse af data på en større gruppe patienter. På den måde kan der genereres ny viden om sygeplejeinterventioner til gavn for patienten og for udviklingen af sygeplejefaget. De systematiske og strukturerede data fra

sygeplejen ville således med fordel i endnu højere grad kunne indgå i kliniske kvalitetsdatabaser og vil udgøre et enestående forskningspotentiale og -materiale, idet data vil kunne kobles til andre datakilder og registre ved hjælp af cpr-nummersystemet. På baggrund heraf vil man bl.a. kunne give indblik i variationer i den sygeplejefaglige indsats, herunder hvordan forskellige sygeplejeinterventioner har effekt for patienten. Forskning, der er baseret på brug af systematisk indsamlede data vedrørende bl.a. den sygeplejefaglige indsats, har f.eks. i et nyligt publiceret dansk studie vist, at mangelfuld kvalitet i pleje og behandling under hospitalsindlæggelsen hos patienter med hoftenære lårbensbrud formentlig er en afgørende forklaring på, at dødeligheden for disse patienter er højere på meget store hospitalsafdelinger sammenlignet med afdelinger med et mindre patientvolumen (3).

## Dokumentationstræthed elimineres

En systematisk og struktureret dokumentationspraksis vil afspejle sygeplejens betydning for patientens udbytte af den sundhedsfaglige kerneydelse. Det vil med stor sandsynlighed også direkte understøtte øget patientsikkerhed og bestræbelserne på at sikre sammenhængende patientforløb alene via en ensartet begrebsanvendelse.

Desuden vil systematisk sygeplejedokumentation gøre det klart for sygeplejerskerne, hvad der forventes af dem dokumentationsmæssigt, så de kan prioritere og anvende tiden mere effektivt. En systematisk og gennemtænkt dokumentationspraksis er formentlig den bedste medicin mod den aktuelle dokumentationstræthed.

## Litteratur

1. Lang NM. Discipline-based approaches to evidence-based practice: a view from nursing. *Jt Comm J Qual Improv* 1999 Oct; 25(10):539-44.
2. Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser. Se [www.retsinformation.dk/](http://www.retsinformation.dk/) > VEJ nr. 9019 af 15/01/2013. Besøgt d. 19.01.2015.
3. Kristensen PK, Thillemann TM, Johnsen SP. Is Bigger Always Better? A Nationwide Study of Hip Fracture Unit Volume, 30-Day Mortality, Quality of In-Hospital Care, and Length of Hospital Stay. *Med Care* 2014 Sep 15.

Læs mere her:

Jeanette Boholt Borchersen. Dokumentation kan udvikle praksis. *Sygeplejersken* 2014;(4):73-82.

Lene Siggaard et al. Efterlysning: Dokumenterede sygeplejefaglige vurderinger. *Sygeplejersken* 2014;(14):88-93.

# Opfølgende samtale med tidligere indlagte patienter på intensivt afsnit

Mary Kruse, overlæge

Birgitte Jacobsen, Maibritt Rishøj, Åse Taber og Rikke Borregaard, intensivsygeplejersker  
Alle i followupgruppen og ansat på intensivt afsnit, Sygehus Vendsyssel Hjørring; bfj@rn.dk

*Et tilbud om en opfølgende samtale med tidligere indlagte intensive patienter og deres pårørende er resultatet af et samarbejde mellem læger og sygeplejersker i followupgruppen. Hensigten er at bidrage til bedre rehabilitering efter længere tids livstruende sygdom.*

Followupgruppen har gennem to år arbejdet med et kvalitetsprojekt, der består i at invitere patienter og eventuelle pårørende til en opfølgende samtale efter et længere indlæggelsesforløb på Intensivt Afsnit.

Gruppen gik i gang med projektet, fordi vi havde indtryk af, at der var et stort behov hos patienter og pårørende for at tale indlæggelsesforløbet på intensivt afsnit igennem. Det sås bl.a. ved, at en del af dem kom forbi afsnittet eller ringede til os og ønskede at tale med os om de forskellige psykiske og fysiske problemstillinger, de kunne have i efterforløbet.

At være patient på et intensivt afsnit er ofte en voldsom oplevelse. De fleste patienter befinder sig i akut livsfare og kan være rædselsslagne for at dø. Mange har kun glimtvis eller ingen erindring om, hvad der er sket. Mange har også som følge af sygdomsforløbet været svært delirøse med manglende evne til at opfatte, hvad der er sket omkring dem. Samtidig udsætter vi patienterne for mange undersøgelser, observationer, instrumenter samt pleje og behandling, som kan være ukendte og skræmmende.

Derfor kan det være svært for patienterne at forstå, hvad der er sket under indlæggelsen, og dermed få bearbejdet deres oplevelser, så de kan komme videre i deres liv. De kan have et tomrum fra deres sygdomsperiode, som de har svært ved at fylde ud. Her kan samtalen hjælpe med at få sat ord på deres oplevelser.

Projektet startede i februar 2012. Fokus var patienter, som havde været indlagt på intensivt afsnit i syv dage eller derover. Patient og pårørende bliver tilbudt en opfølgende samtale to måneder efter udskrivelse fra stamafdelingen. Målet med projektet

er at give patienterne mulighed for at tale om, hvad de har oplevet, mens de har været indlagt, og at få større viden og erfaring om, hvad de tumler med af problemstillinger i dagligdagen efter udskrivelsen. Undersøgelser viser, at problemstillinger som nedsat søvn, appetit og tendens til depression og stress kan forekomme. Det er problemstillinger, som kan medvirke til nedsat livskvalitet og utilstrækkelig rehabilitering.

## Hjælp til at komme videre

Da vi også inviterer pårørende med til samtalen, kan patient og pårørende efterfølgende få bedre mulighed for at bearbejde oplevelserne ved at skabe åbenhed og bidrage med redskaber til at komme videre og minimere de problemstillinger, der måtte være.

Den tidligere patient og eventuelle pårørende bliver inviteret via et brev. Den første halve time taler patient og pårørende med en læge og en sygeplejerske. Indholdet i samtalen er udelukkende det, de selv har behov for at tale om. De fleste vil gerne have en grundig gennemgang af sygdomsforløbet og behandlingen.

Der kan være specifikke episoder, som de har undret sig over og gerne vil have uddybet. I løbet af samtalen beder vi dem om at fortælle, hvordan de oplevede at være patient på intensivt afsnit, og om ting, vi kunne gøre anderledes. Den anden halve time viser sygeplejersken rundt på afsnittet. De bliver tilbudt at se en intensivstue og få forklaret og set nogle af de instrumenter, som de har været behandlet med, f.eks. respirator, dialysemaskine, tuber, slanger og overvågningsudstyr. De får måske også mulighed for at hilse på sygeplejersker eller læger, som de har været i kontakt med under deres indlæggelse. Til sidst bliver de spurgt, om de har lyst til at besvare seks spørgsmål om samtalen.

Besvarelsener af evalueringsskemaerne viser, at tidspunkt for indkaldelse til samtalen er passende, og at samtalen er brugbar. Alle oplever det som enten befriende at tale

om indlæggelsen, eller at samtalen giver svar på mange spørgsmål. Ingen patienter har endnu svaret, at det var ubehageligt at mødes til samtalen, og alle vil anbefale den til andre. Halvdelen mener, det er vigtigt, at de kender sygeplejersken eller lægen, den anden halvdel synes ikke, det betyder noget. Alle føler, at der er sat tid nok af til samtalen.

Personalet får værdifuld feedback fra patient og pårørende. Bl.a. at det er svært at blive overflyttet fra intensivt afsnit til et almindeligt sengeafsnit, at der er et stort behov for information, at der er mange ting, patienterne ikke husker, og at det er svært at være intuberet og dermed frataget talens brug. De nævnte områder har resulteret i et ønske om at tilbyde en samtale til flere, evt. ved indlæggelse fem dage eller derover. Samtidig har vi udarbejdet en pjecce, der beskriver de problemstillinger, som det kan indebære at være akut, kritisk syg og intensiv patient, og der er udarbejdet et kvalitetsdokument, der sikrer en ensrettet metode til at udføre den opfølgende samtale på. Desuden er der investeret i en iPad til at fremme kommunikation for intuberede patienter, og der er etableret en gruppe, der arbejder med at lette overgangen fra intensivt afsnit til almindeligt sengeafsnit.

Andre er blevet optaget af vores followupprojekt, og i den forbindelse har Sygehus Vendsyssel i 2013 tildelt followupgruppen en kvalitetspris på 10.000 kr. Pengene er brugt på at dygtiggøre os i den svære samtale.

Internationalt er der begyndende interesse for emnet, og nogle intensivafdelinger i Danmark tilbyder ligeledes en opfølgende samtale, men generelt er der endnu ikke stor viden om emnet.

Der foreligger ikke evidens for, at opfølgende samtaler fremmer længere tids overlevelse, men den kan øge den tidligere patients livskvalitet efter udskrivelse. Evaluering af projektet og den erfaring, som samtalerne har givet os, kan føre til et kvalitetsløft og udvikling af den samlede lægeli- ge og sygeplejemæssige indsats på området.

# Fysisk sundhed hos mennesker med svære psykiske sygdomme

I Danmark findes ca. 150 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået siden, de fik deres forskertitel.



Peter Hjorth, sygeplejerske, MPH, ph.d., bor i Silkeborg og er ansat som forskningssygeplejerske i Regionspsykiatrien i Randers.

*Hvad fik dig til at forske?*

”Min interesse for forskning startede under Master of Public Health-studiet, hvor vi blev undervist i forskellige forskningsmetoder. Jeg afsluttede studiet med en afhandling: ”Årsager til overvægt og fedme hos kvinder i ghanesiske byer”. Den bestod af et fokusgruppeinterview, et tværsnitsstudie med 200 kvinder og 17 individuelle interview. Jeg syntes, at det var spændende at forske, og greb chancen for at tage en forskeruddannelse, da stillingen i Enheden for Psykiatrisk Forskning ved Aalborg Psykiatriske Sygehus blev opslået.”

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

”Emnet for min forskning er fysisk sundhed til mennesker med svære psykiske sygdomme. Således har mennesker med en skizofrenidiagnose øget fysisk sygelighed og kortere levealder. Det skyldes bl.a. rygning, alkohol, stillesiddende livsstil og usunde spisevaner. Yderligere kan behandling med atypiske antipsykotika give vægtøgning som bivirkning. Overvægtige og fede mennesker har større risiko for at udvikle fysisk komorbiditet som diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft. Denne forøgede komorbiditet har alvorlige konsekvenser for det enkelte menneske og for samfundet i form af øgede sundhedsudgifter.

Mennesker med en skizofrenidiagnose har negative og positive symptomer, der er forskellige og er afhængige af det behandlingstilbud, de modtager. Disse symptomer er en af årsagerne til, at deres fysiske sundhed er under pres.

Mennesker med svær psykisk sygdom kan således have den dobbelte byrde at leve med; psykisk sygdom og fysiske sundhedsproblemer.

Afhandlingen giver information og inspiration til klinikere og ansatte i det psykiatriske område med opdateret viden om effektive og egnede metoder til at forbedre den fysiske sundhed hos patienter og personale.”

*Hvor tog du din forskeruddannelse henne?*

”Jeg var ansat i Enheden for Psykiatrisk Forskning, Aalborg Psykiatriske Sygehus, og indskrevet på Medicinsk Fakultet ved Aarhus Universitet. Jeg startede i Enheden med et EU-projekt HELPS: European Network for Promoting the Health of Residents in Psychiatric and Social Care Institutions ([http://www.uni-ulm.de/helps-net/helps\\_toolkit.htm](http://www.uni-ulm.de/helps-net/helps_toolkit.htm)).

En del af EU-projektet blev videreudviklet og medtaget som en mindre del af mit ph.d.-studie.”

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

”I Enheden for Psykiatrisk Forskning har jeg fået løn på samme niveau som en sygeplejerske i klinikken.”

*Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?*

”Mine resultater kan læses i ph.d.-afhandlingen ”Improving physical health for those with severe mental illness”, som kan lånes på Statsbiblioteket via bibliotek.dk. Tre artikler fra afhandlingen er publiceret i henholdsvis Australian & Newzealand Journal of Psychiatry (1), Acta Psychiatrica Scandinavia (2) og Therapeutic Advances in Psychopharmacology” (3).

*Hvordan har din forskning betydning for praksis?*

”Min forskning udspringer fra praksis og de problemstillinger, der findes der. Min

afhandling giver inspiration og løsningsforslag til, hvordan man i det somatiske og psykiatriske sundhedsvæsen kan forbedre den fysiske sundhed hos en gruppe mennesker med svære psykiske sygdomme.”

*Hvad forsker du i aktuelt?*

”Fra januar 2013 har jeg været ansat som forskningssygeplejerske i udviklingsprojektet ”Indsats mod tidlig død af somatiske årsager blandt mennesker med psykisk sygdom” i Region Midtjylland. Jeg afprøver metoder fra min forskning i et kvalitetsudviklingsprojekt ud fra den daglige praksis i en lokalpsykiatri i Danmark.”

## Litteratur

1. Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R, Pilgaard Eriksen S, Jensen SO, Sorensen HO et al. Improving the physical health of long-term psychiatric inpatients. Aust N Z J Psychiatry 2014 Sep;48(9):861-70.
2. Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R, Skrubbeltrang C. A systematic review of controlled interventions to reduce overweight and obesity in people with schizophrenia. Acta Psychiatr Scand 2014 Jan 17.
3. Hjorth P, Davidsen AS, Kilian R, Pilgaard Eriksen S, Jensen SO, Sorensen HO et al. Reducing Psychotropic pharmacotherapy in patients with severe mental illness: a cluster-randomized controlled intervention study. Therapeutic Advances in Psychopharmacology 2014.

## Projekt hygiejne på skoletoiletter

Et projekt i sundhedsplejen skal fremme gode toiletvaner og udformning af et sæt toiletregler, som børnene i 3. klasse føler ejerskab for. Der er jævnligt fokus på, at toiletterne på landets skoler er så ulækre, at børnene ikke har lyst til at bruge dem.

**Lotte Opstrup Christensen, Karina Bastrup, Ann-Berit Pedersen og Anette Birkenfeldt**, sundhedsplejersker, Odense Kommune; annp@odense.dk

Sundhedsprofilerne for 5. klasse i Odense Kommune viser, at 89 pct. af eleverne synes, at skoletoiletterne ikke er o.k. Det kan give urolige børn, som har svært ved at koncentrere sig, fordi de holder sig. På sigt kan det give inkontinens, obstipation og dårlig indlæring.

Et projekt med undervisning på 2 x 45 minutter kan være med til at fremme børns lyst til at bruge skoletoiletterne. Gennem undervisning og holdningsbearbejdning kan de lære at tage ansvar for deres omgivelser og sig selv. Børn skal forstå, hvorfor det er vigtigt at gå på toiletet, når de føler, at de "skal". De skal være bevidste om, hvad der fremmer/hæmmer lysten til at gå på toiletet. Børn skal tage ansvar for at efterlade toiletterne, som de gerne selv vil modtage dem, og de skal forstå baggrunden for, hvorfor de skal vaske hænder.

Vi valgte 3. klasses elever som den ideelle målgruppe, fordi børn i denne alder (9-10 år) har en evne til at reflektere og planlægge. De er ikke længere så behovsorienterede; de har udviklet en begyndende ansvarlighed og kan se større sammenhæng i tingene. Det har vi udnyttet ved at medinddrage dem i undervisningen. Vi har spurgt ind til deres forhåndsviden via en tipskupon med afkrydsningsmuligheder og har derved gjort dem nysgerrige på at få mere at vide om hygiejne og gode toiletvaner. Via refleksion sætter børnene ord på, hvad der kendetegner f.eks. et godt/dårligt toilet. De medinddrages i processen ved selv at komme med forslag til klassens toiletregler. De får ejerskab og bliver ansvarlige, når de herefter hænger reglerne op i klassen og på toiletterne – og hjælper hinanden med at efterleve dem.

Processen understøttes af læreren, som sammen med børnene bedømmer, om reglerne er gode, og om de overholdes. Samti-



Foto iStock

dig inddrages det personale, der er forudsætningen for at kunne efterleve reglerne: Pedellen skal kunne se vigtigheden af, at toiledøre, lys mv. fungerer, rengøringen skal holde en god grundstandard for rengøring og sørge for, at der løbende fyldes op med toiletpapir, sæbe mv.

Via projektet har vi kunnet vise, at en forholdsvis lille indsats har givet nogle resultater, som kan medvirke til at mindske problemerne med ulækre toiletter. Flere børn synes, toiletterne er blevet pænere, og de har fået mere lyst til at bruge dem. Samtidig er der flere børn, der går på toiletet, når de kan mærke, at de har behov for det. Vi kan se, at børnene har fået øget kendskab til hygiejne, for flere børn bruger sæbe, når de vasker hænder. Børnene er blevet mere ansvarlige for at overholde deres egne toiletregler, og personalet (lærere, pædagoger, rengøring og pedel) vurderer, at hygiejnestandarden på toiletterne er højnet.

De børn, som har deltaget i projektet, giver udtryk for, at de kunne ønske, at alle skolens elever havde fået samme undervisning som dem, for så ville det have været lettere at overholde toiletreglerne.

Et af formålene med projektet var at finde ud af, om projektet har relevans for resten af kommunens 3. klasses elever, og om en eventuel implementering af indsatsen som et fast tilbud til alle 3. klasser i Odense Kommunes skoler vil have effekt.

Vi vurderer, at hvis man løbende underviser skolernes 3.-klasser, vil stadigt flere elever respektere toiletreglerne. Det er vigtigt at holde gryden i kog hos både ledelse, rengøring, pedel, lærere, pædagoger og elever. Projektet skal implementeres omhyggeligt i skolen, og alle skal medvirke, hvis det skal lykkes.





## Giv agt Nominér!

Kender læseren en sygeplejerske eller to, som har sagt fra eller til, råbt op eller talt en gruppe patienters sag i løbet af de sidste to år? Så er det tid at nominere ham, hende eller dem til Kirsten Stallknecht Prisen 2015. Prisen gives til en eller to sygeplejersker, som har brugt deres ytringsfrihed til at fremme en sygeplejefaglig sag.

Se, hvem der har modtaget prisen siden 2001, hvor den blev indstiftet i anledning af Sygeplejerskens 100-års jubilæum, og læs om kriterier og indstilling i *Sygeplejersken* 2015;(1):60.

(jb)

### Tidligere modtagere af Kirsten Stallknecht Prisen

#### 2001:

Forstander Thyra Frank, plejehjemmet Lotte, Frederiksberg

#### 2003:

Forstander Robert Olsen, Mændenes Hjem, København

#### 2005:

Sygeplejerske Connie Svit †, som arbejdede på medicinsk afdeling i Aarhus

#### 2007:

Sygeplejerskerne Bettina Kølle og Stine Kongsgart Reunert, som arbejdede på medicinske afdelinger i København

#### 2009:

Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, Holstebro

#### 2011:

Sygeplejerskerne Leif Nielsen og Martin Carlson, København

#### 2013:

Prisen ikke uddelt.



Stresshåndtering

## Symptomer på stress?

Det er let nok at bagatellisere symptomer som søvnløshed, koncentrationsbesvær og hovedpine. Men stress forsvinder ikke af sig selv. Stress og Balance er et kursus, der anvender effektive tilgange til bekæmpelse af stress. Vi tilbyder et professionelt rum at komme sig i og en række gode strategier til håndtering af belastninger i dit arbejds- og privatliv. Sammen med dig skaber vi et personligt forløb, der bringer dig styrket igennem.

Se mere på [kursustrappen.dk](http://kursustrappen.dk)

Stresshåndtering

Sundhedstjek

Coaching

Mindfulness

**KURSUSTRAPPEN**  
FREDERIKSBERG

## DET FØRENDE ALTERNATIV FOR optimal hygiejne & patient-integritet



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

**EasyClean™**  
Let at rengøre

**EasyReturn™**

Let at folde sammen og trække ud

**EasyClick™**  
Mobil eller fast monteret



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



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • [info@silentia.dk](mailto:info@silentia.dk) • [www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)

# Dagbøger reducerer posttra efter indlæggelse i et inten

Efter 12 års arbejde med dagbøger til kritisk syge patienter på intensivt afsnit valgte sygeplejersker på afdelingen at undersøge effekten af at give patienterne en dagbog med hjem. Fem tidligere respiratorbehandlede intensivpatienter blev interviewet i eget hjem tre måneder efter udskrivelsen. Formålet var bl.a. at belyse, om dagbogen reducerer Post Traumatisk Stress Syndrom (PTSD).

**Vinnie Siggaard Sønderkjær**, intensivsygeplejerske, ansat på intensivt afsnit, Vejle Sygehus; Vinnie.Siggaard.Soenderkjaer.rsyd.dk  
**Tove Bjerregaard Jørgensen**, intensivsygeplejerske, ansat på intensivt afsnit, Vejle Sygehus  
**Ellen Thomsen**, specialeansvarlig intensivsygeplejerske, ansat på intensivt afsnit, Vejle Sygehus  
**Lone Hansen**, kvalitetskoordinator, MPQM, SD, vejleder på projekt og artikel, ansat på anæstesiologisk afdeling, Vejle Sygehus

Hvad er formålet med at skrive dagbøger til patienterne på et intensivt afsnit? Er det ikke sådan, at jo mere patienten kan fortrænge fra indlæggelsen jo bedre? Handler det kun om overlevelse eller også om livskvalitet efter indlæggelse på et intensivt afsnit?

Patienterne på et intensivt afsnit oplever en svær periode, som er meget forskellig fra deres normale verden. Miljøet på intensivafsnittet er præget af højt aktivitetsniveau døgnet rundt med bl.a. ubehagelige procedurer og undersøgelser, ukendte lyde fra apparatur, meget forskelligt personale samt megen berøring, der overstimulerer patienternes sanser. Det kan være vanskeligt for patienterne at opnå en oplevelse af kontrol, mening og sammenhæng i det teknologiske miljø (1).

Under kritisk sygdom viser mange patienter tegn på delirium (2). Efterfølgende er det almindeligt med psykologiske problemer som varierende grad af hukommelsestab, uvirkelige minder, søvnforstyrrelser og mareridt (3). Undersøgelser viser, at jo mindre erindringerne har hold i virkelige hændelser, des mere angst oplever patienten, og des større er risikoen for udvikling af posttraumatisk stressyndrom (3).

PTSD er de samlede reaktioner og symptomer, som et menneske kan udvikle efter en psykisk traumatisk oplevelse såsom hallucinationer, koncentrationsproblemer, flashbacks, vrangforestillinger og søvnløshed (4). For at opfylde diagnosen PTSD skal symptomerne være i mindst en måned. Der ses en tydelig forringelse af den enkeltes livskvalitet, da der ses en klinisk signifikant angst eller forringelse i f.eks. det sociale eller arbejdsmæssige liv (5). PTSD er nu anerkendt som en mulig følge efter akut, kritisk sygdom (6).

Udviklingen af PTSD kan relateres til forskellige faktorer herunder patientens evne til at fremkalde virkelige hændelser fra indlæggelsen, forekomsten af delirium, sepsis, stress og sedering (7,8). Patientdagbøger bruges som et redskab til at hjælpe patienterne med at forstå deres sygdomsforløb med henblik på be-

” PTSD er de samlede reaktioner og symptomer, som et menneske kan udvikle efter en psykisk traumatisk oplevelse, såsom hallucinationer, koncentrationsproblemer, flashbacks, vrangforestillinger og søvnløshed.

arbejdning heraf og tjener til at støtte patientens hukommelse og dermed forebygge PTSD (9).

I intensivt afsnit A710 har vi de sidste 12 år arbejdet med dagbøger til kritisk syge patienter, som afspejler hændelser fra dagligdagen. Dagbogen skrives af de sygeplejersker, som er hos patienten. Sproget er hverdagsagtigt og forståeligt for de involverede. Medicinske fagudtryk og dramatiske beskrivelser undlades. Vi ved fra et kvalitetssikringsprojekt om patientdagbøger udarbejdet i afdelingen i 2002, at patienterne gav udtryk for at have huller i hukommelsen efter indlæggelsen, men vi savnede viden om, hvordan patienterne efterfølgende anvendte dagbogen, samt hvordan dagbogen påvirkede dem. Derfor besluttede vi at udarbejde et projekt ved hjælp af kvalitative forskningsinterview med følgende fokus:

- Hvordan er dagbogen anvendt?
- Har brugen af dagbogen reduceret følgesymptomer som søvnbesvær, mareridt og uvirkelige minder?
- Hvilken betydning har den opfølgende samtale for patienten?

Forud for afviklingen af interviewene blev der udarbejdet en interviewguide, der tog afsæt i baggrundsmateriale om PTSD og dagbøger til intensive patienter. En patient blev udvalgt til pilotprojekt for at afprøve interviewguiden. Herefter blev fem tidligere respiratorbehandlede, intensivpatienter interviewet i eget hjem tre måneder efter udskrivelsen fra det intensive afsnit. Begrundelsen for tidspunktet var, at vi ønskede at undersøge, hvordan patienterne havde anvendt dagbogen, og at undersøge dagbogens betydning for bearbejdningen af det intensive forløb. Desuden ønskede vi at få et indblik i, om den opfølgende samtale kunne medvirke til at reducere følgesymptomer som PTSD. Forud for besøget blev der indhentet informeret samtykke til deltagelse i projektet, hvor patienterne er sikret anonymitet.

De transskriberede interview blev efterfølgende analyseret ud fra en hermeneutisk ramme, hvor Kvaales meningskondenserende analysemodel var anvendt (10). Vores fund blev samtidig applikeret på den udvalgte teori. Analyse af interview og udarbejdelse af rapport blev foretaget af hele projektgruppen i samarbejde med projektlederen.

## Resultater

Af interviewene kan vi i forhold til søvn og døgnrytme udlede, at alle patienterne havde haft søvnproblemer i form af forstyrret

# umatisk stress-syndrom sivt afsnit

” To patienter fortalte om mareridt. De drømte, at de skulle dø, begraves eller brændes.

døgnrytme og stor træthedsfølelse. Det gjaldt både under indlæggelsen, i stamafdelingen efter opholdet på intensiv og den første tid hjemme (1-1½ måned). To patienter fortalte om mareridt. De drømte, at de skulle dø, begraves eller brændes. Ovenstående ser ud til at harmonere med vores tidligere indsamlede viden i forhold til vores teori omhandlerende uvirkelige minder og mareridt. Patienterne beskrev uvirkelige minder, som ikke helt kunne relateres til virkeligheden, men for alle havde disse mareridt betydet angst og stress.

## *Dagbogens anvendelse i relation til nattesøvn*

Vores fund viser, at de to patienter med flest problemer med nattesøvnen ikke havde nærlæst dagbogen, før besøget af projektsygeplejersken var etableret. Her var det familien, der havde læst i den. De to patienter læste dagbogen op til besøget. Det fremgik af undersøgelsen, at de, som anvendte dagbogen og talte om forløbet, havde en bedre nattesøvn, end de, der ikke gjorde og ønskede at lukke ned for følelserne. I forhold til om brugen af dagbogen har reduceret følgesymptomer i form af søvnbesvær, mareridt og uvirkelige minder, ses det, at de to patienter, som kun sporadisk havde brugt dagbogen efter udskrivelsen, var de, som havde haft størst problemer med mareridt og søvnbesvær.

## *Betydning af den opfølgende samtale for nattesøvnen*

Efter interviewet sagde patienterne, at det trods alt var godt at tale om forløbet på intensiv. Dagbogen og specielt interviewet/samtalen blev anledning til at tage hul på bearbejdningen. Flere græd ved afskeden efter samtalen. Det kan være svært at udlede, om den opfølgende samtale vil kunne få betydning for nattesøvnen, idet samtalen er den afsluttende del af undersøgelsen. Men vi mener at kunne udlede, at de involverede patienter fik mulighed for afklaring af tanker og spørgsmål, hvilket måske gav dem mere fred i sindet.

I interviewene gav patienterne udtryk for, at det er meget begrænset, hvad de kan huske. De husker sporadisk både ubehagelige og gode oplevelser fra forløbet.

## *Anvendelse af dagbogen i relation til at huske forløbet*

De, som huskede mest, var ikke de samme, som havde anvendt dagbogen mest. En patient forklarede, at dagbogen har været et fantastisk stykke værktøj til at få rekonstrueret, hvad der er foregået. Man kan ud af patienternes udsagn konkludere, at dagbogen er med til at give forklaring på falske minder fra forløbet.

At patienterne gav udtryk for, at dagbogen var et fantastisk værktøj til at rekonstruere opholdet, er fuldstændig i tråd med teorien, som viser, at dagbøgerne er med til at bearbejde oplevelser og på denne måde medvirke til at forhindre, at der opstår PTSD.

## *Reducering af hukommelsestab og uvirkelige minder*

Typisk huskede patienterne det, som relaterede sig til følelser og ikke til faktisk viden. Følelser som angst, magtesløshed, ubehag, tristhed og træthed gik igen i interviewene. Det kan være svært at skelne, hvad patienterne reelt kan huske fra opholdet på intensivt afsnit kontra det at have læst dagbogen mange gange og derved have fået etableret et billede af indlæggelsen. Men eftersom mange havde anvendt dagbogen til at komme videre, må vi antage, at det underbygger teorien om, at dagbøger støtter patienternes hukommelse.

## *Betydning af den opfølgende samtale i forhold til at huske forløbet*

For nogle patienter ses den opfølgende samtale som det, der motiverede til at begynde at læse i dagbogen. For andre var samtalen en ramme for den videre bearbejdning af forløbet.

Et dansk studie fra 2006 viste, at der ikke var en systematisk opfølgning af dagbogens effekt på patienternes rehabilitering (9). Samtalen synes dog at sætte noget i gang i forhold til rehabiliteringen, bl.a. fordi samtalen kommer til at berøre den emotionelle bearbejdning.

I interviewene fortalte alle patienterne, at de i brug af dagbogen hjemme havde haft den nærmeste familie til at læse i dagbogen, og at den dermed blev et fælles redskab til bearbejdelse af syg-

- domsforløbet og indlæggelsen på intensiv. Dagbogen blev anvendt for at igangsætte en bearbejdningsproces, da de via dialog havde mulighed for at tale om det, som fyldte meget.

Patienternes tanker i forhold til dagbogens anvendelse med henblik på reduktion af uvirkelige minder m.m. handler om, at dagbogen sætter en ramme for at starte en dialog om minderne. Det at sætte ord på oplevelserne sammen med familien forekommer at kunne reducere uvirkelige minder.

I forhold til hvilken betydning den opfølgende samtale har for brugen af dagbogen, gav flere patienter udtryk for, at dagbogen er noget at tale ud fra. Dagbogen er et redskab til dialog og bearbejdning, som kan igangsættes ved den opfølgende samtale. For nogle patienter var bearbejdningen allerede i gang, for andre blev den opfølgende samtale det, der startede processen. Men fælles for alle var, at dagbogen var et værktøj, der satte følelser i gang, og som krævede en særlig dialog og tilstedeværelse.

Ud fra teori, interview og analyse af interview kan vi konkludere, at dagbogsskrivning for kritisk syge patienter giver mening for både patienten og dennes pårørende efter udskrivelsen fra intensiv afdeling. En opfølgende samtale er til gavn for patienten, samtalen kan afklare spørgsmål og være anledning til, at dagbogen i det hele taget bliver læst og derved bliver startskuddet til bearbejdningsprocessen. Undersøgelsen viser samtidig, at de patienter, der anvender dagbogen og taler om forløbet, har bedre nattesøvn og færre mareridt end de patienter, der ikke har anvendt dagbogen. Angående hukommelsestab ses en tydelig reduktion af uvirkelige minder. Således er der belæg for, at både anvendelse af dagbøger og en efterfølgende samtale kan være med til at reducere udviklingen af PTSD.

### Intensivt laboratorium ønskes

Der er aktuelt ikke mulighed for en opfølgende samtale med tidligere intensivpatienter på intensivafsnittet på Vejle Sygehus, men vi har erfaret fra andre sygehuse, at kontakt til patienter efter udskrivelse er udbytterigt for såvel patienter/pårørende som personale. Derfor ønsker vi, at der i fremtiden oprettes et intensivt ambulatorium, hvor tidligere intensive patienter kan blive tilbudt en opfølgende samtale på et passende tidspunkt. Vi ønsker et intensivt ambulatorium i nærheden af det intensive afsnit for at gøre

” I interviewene fortalte alle patienterne, at de, i brug af dagbogen hjemme, havde haft den nærmeste familie til at læse i dagbogen, og at den dermed blev et fælles redskab til bearbejdelse af sygdomsforløbet og indlæggelsen på intensiv.

eventuelle besøg i afsnittet lettere, da der hos nogle kan være behov for at gense omgivelserne.

Efter at dette projekt er afsluttet, har vi ændret i den kliniske retningslinje om dagbog til intensive patienter, så der ikke længere kun skrives dagbog til patienter i respirator. Et ophold på et intensivt afsnit kan være traumatiserende for patienten, uanset om vedkommende har været respiratorbehandlet eller ej. Vi bestræber os på, at alle patienter, som er indlagt på intensivt afsnit i mere end tre døgn, får opstartet en dagbog. Det sker dog for ofte, at der ikke opstartes en dagbog, men vi håber med den viden, vi har fået af dette projekt og med denne artikel, at medvirke til, at dagbogsskrivning vil blive prioriteret på eget afsnit og på andre intensive afsnit.

*Tak til Udviklingsrådet for Sygehus Lillebælt for økonomisk støtte.*

### Litteratur

1. Guldbrandsen T, Stubberud DG. Intensivsykepleie. Oslo: Akribes; 2006.
2. Granberg Axell AI, Malmros CW, Bergbom IL, Lundberg DB. Intensive care unit syndrome/delirium is associated with anaemia, drug therapy and duration of ventilation treatment. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2002;46(6):726-31.
3. Jones C, Griffith RD, Humphris G, Skirrow PM. Memory, delusions, and the development acute posttraumatic stress disorder related symptoms after intensive care. *Critical Care Medicine* 2001;29(3):573-80.
4. Krogh JG. Når livet brat forandres – om sorg og psykiske kriser. København: Nyt Nordisk Forlag; 1999,51-61.
5. Griffith R & Jones C. Intensive Care Aftercare. Oxford: Butterworth-Heinemann publication; 2002.
6. Bernard C & Fonsmark L. Fysiske og neuropsykologiske følger efter intensiv terapi. *Ugeskrift for læger*2007;(169)/8:697-9.

7. Jones C, Backman C, Capuzzo M, Flaatten H, Rylander C, Griffiths RD. Precipitants of posttraumatic stress disorder following intensive care: a hypothesis generating study of diversity in care. *Intensive Care Medicine* 2007;33(6):978-85.
8. Samuelson K, Lundberg D, Fridlund B. Stressful memories and psychological distress in adult mechanically ventilated intensive care patients – a two month follow up study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 2007;51(6):671-8.
9. Egerod I, Schwartz-Nielsen KH, Hansen GM, Laerkner E. The extent and application of patient diaries in Danish ICUs in 2006: *Nursing in Critical Care* 2007;12(3):159-67.
10. Kvale S, Brinkmann S. Interview, introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzels Forlag; 2009.

### English abstract

Sønderkjer VS, Jørgensen TB, Thomsen E, Hansen L. Diaries reduce post-traumatic stress syndrome following admission to an intensive care unit. *Sygeplejersken* 2015;(2):66-9.

The article describes a qualitative project on keeping of a diary by intensive care patients. The aim of the study is, by conducting research interviews in the patients' own homes, to study their use of a diary as a means of processing a period of hospitalisation on an intensive care unit. The interview took place approximately three months after discharge from intensive care. The focus of this study was whether use of a diary can reduce Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD).

The results of the study show that keeping a diary can reduce insomnia, nightmares, false memories and memory loss and thereby reduce the incidence of PTSD.

The follow-up interviews in the patients' homes in particular appear to be a catalyst for processing the inpatient experience. The aim in future is for this interview to form part of systematic follow-up of an inpatient period on intensive care - if possible in an intensive care outpatient clinic.

Keywords: Diaries, ICU, post-traumatic stress disorder.



## Ku' det ikke være skønt at få lidt mere ud af dine penge?

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du få Danmarks højeste rente på din lønkonto. Med LSBprivat®Løn får du nemlig hele 5% i rente på de første 50.000 kr. Og ja, så er der 0% på resten. Du betaler ikke nogen gebyrer for en lønkonto i Lån & Spar.

Det betyder, at du får mere ud af din månedsløn - hver eneste dag. Og hvem vil ikke gerne have mest muligt ud af sine penge?

### Så enkelt er det at få Danmarks højeste rente

- Du skal være medlem af Dansk Sygeplejeråd - og have afsluttet din uddannelse.
- Du skal samle hele din privatøkonomi hos Lån & Spar. LSBprivat®Løn er en del af en samlet pakke af produkter og services. Og vi skal kunne kreditvurdere din økonomi i forhold til den samlede pakke.
- Du behøver ikke flytte dit eksisterende real-kreditlån, men nye lån og låneændringer skal formidles gennem Lån & Spar og Totalkredit.
- Rentesatserne er variable og gældende pr. 1. august 2014.

### SÅDAN FÅR DU 5% PÅ DIN LØNKONTO

**Ring:** Ring til os på 3378 1927

**Online:** Gå på [lsb.dk/dsr](http://lsb.dk/dsr) og vælg 'book møde'. Så kontakter vi dig.

Lån & Spar Bank A/S, Højbro Plads 9-11, 1200 København K, Cvrnr.: 13 53 85 30



**lån & spar**

din personlige bank

# Nightingale til de nattergale

*Florence Nightingale er god at have med i nattevagt på intensiv afdeling. Hendes betragtninger om søvn er anvendelige den dag i dag, når man skal pleje svært syge patienter, som ikke længe er sederede, men kun modtager opioider til tubeaccept.*

**Louise Udengaard Höy**, intensivsygeplejerske, Ovita, Aarhus Universitetshospital; louhoe@rm.dk

**Anna Holm**, sygeplejerske, cand.cur.

**Pia Drejer**, cand.cur., ph.d., klinisk sygeplejespecialist, lektor

Intensivpleje og behandling har ændret sig drastisk de seneste år. Patientforløbene bliver længere og mere komplekse, og samtidig viser praksiserfaringer, at lyd- og støjniveauet i relation til teknologiske behandlingstiltag er steget. Denne udvikling i sammenhæng med en ny sederingsprotokol ser ud til at have medført, at betingelserne for sammenhængende søvn for intensivpatienterne er reduceret. I denne højteknologiske kontekst, hvor avanceret apparatur og omfattende medicinering er en væsentlig del af behandlingen, kan det være nyttigt at finde tilbage til nogle grundlæggende kerneværdier i sygeplejen.

Det er med et smil på læben, at man læser Florence Nightingale og hendes "Notes on Nursing" (1) fra 1859. På trods af det gammeldags sprog og sygeplejeobservationer, der bygger på føling med faget og patienterne frem for evidens, er mange af hendes refleksioner dog værd at tage med i en nutidig kontekst. Vi vil i denne artikel derfor tage Nightingale i hånden og forsøge at synliggøre de sygeplejefaglige interventioner, der kan kompromittere intensive patienters nattesøvn.

## Baggrund

I 2011 indførte man på to intensivafdelinger på Aarhus Universitetshospital et nyt sygeplejestyret sederingsregime (2), der betyder, at respiratorpatienter som udgangspunkt ikke længere sederes, men kun modtager opioider til tubeaccept. Baggrunden for denne ændring bygger på udgivelsen af en artikel fra 2010 i The Lancet, hvis resultater tyder på, at der er flere fordele ved at lade respiratorpatienterne være vågne, herunder kortere tid i respirator og kortere indlæggelsestid (3). Denne ændring i sederingsprotokollen har både haft store konsekvenser for patienternes nattesøvn og diverse sygeplejefaglige interaktioner.

Som intensivsygeplejerske oplever man, at de vågne ikke-respiratorbehandlede patienter har problemer med nattesøvnen, hvilket viser sig ved, at de hurtigt får vendt op og ned på døgnrytmen, er søvndepriverede, og at den søvn, de får, er fragmenteret. Sedation er ikke ensbetydende med fysiologisk søvn, så det er misforstået, at sederede patienter har "sovet", de fremstår kun sovende (4), og efter indførelsen af den nye sederingsprotokol er også respiratorpatienternes søvnproblemer blevet synlige i praksis. Dette betyder, at de oplever de samme søvnproblematikker som de ikke-

” Som intensivsygeplejerske oplever man, at de vågne, ikke-respiratorbehandlede patienter har problemer med nattesøvnen, hvilket viser sig ved, at de hurtigt får vendt op og ned på døgnrytmen, er søvndepriverede, og at den søvn, de får, er fragmenteret.

respiratorbehandlede patienter, og i praksis oplever sygeplejerskerne derfor, at størstedelen af patienterne på intensiv i længere eller kortere perioder har problemer med søvnen og døgnrytmen. På intensivafdelingen Ovita på Aarhus Universitetshospital giver det store udfordringer både for nattevagterne at skabe gode rammer for en sammenhængende nattesøvn for patienterne og for dagvagterne, som oplever udmattede patienter, der ofte vender om på nat og dag. Forholdene på hospitalet har ændret sig meget siden 1859, men måske kan vi stadig lære af Nightingales betragtninger om at skabe de bedste vilkår for patienternes søvn:

*"En god sygeplejerske sørger altid for, at der ikke er knirkende eller raslende døre og vinduer på sygestuen, og at gardiner og rullegardiner ikke blaffer, hvis vinden slår om, så det begynder at trække ind ad vinduet – og hun er særlig omhyggelig, når hun forlader sin patient om natten" (1).*

Selvom Nightingales betragtninger om sygepleje er mere end 150 år gamle, illustrerer hendes refleksioner, at det er essentielt at være "omhyggelig", når det gælder patienternes nattesøvn, og søvn er en central del af sygeplejens kerneområder.

## Intensivpatienten og søvn

Dansk Selskab for Intensiv Terapi skriver, at "søvn er en kompliceret, kun delvist forstået fysiologisk tilstand nødvendig for livets opretholdelse" (2), hvilket rammer noget centralt i de udfordringer, vi oplever på Ovita. Det er en særdeles kompliceret affære at sikre patienterne en sufficient nattesøvn, og vi forstår kun delvist de processer, søvnen består af, men vores praksiserfaring viser os, at det er fuldstændig livsnødvendigt for patienten at opnå en god nattesøvn. ▶



- ▶ Vi sover en tredjedel af vores liv. Søvn og/eller mangel på samme har enorm betydning for helbredelse, fysisk som psykisk. Under søvnen aktiveres immunforsvaret, væksthormon frigøres, og stresshormon reduceres. Kroppen afstresser, der er reduceret behov for ilt, og produktionen af CO<sub>2</sub> falder (5). Dette har betydning for kroppens fysiske tilstand og særligt for intensivpatienten, hvis krop kan være ramt af (multi)organsvigt, sepsis, infektion og massiv stresspåvirkning.

Drømmesøvnen har endvidere stor betydning for analyse og lagring i hukommelsen af dagens mange indtryk og oplevelser (5). Denne proces fremstår central for intensivpatienten, der kæmper for overlevelse med deraf følgende krise, og samtidig befinder patienten sig i et højteknologisk miljø, hvor sanserne bombarderes med fremmede indtryk. Således er søvnen af stor betydning for både patientens helbredelse og bearbejdning af de traumatiske indtryk på intensiv.

### Om søvn

Søvnen deles op i fire stadier (5). De første tre kaldes Non-REM (Rapid-Eye-Movement) -søvn og er de dybe søvnstadier, hvor kroppen regenererer fysisk. Det fjerde stadium er REM-søvn, også kaldet drømmesøvnen, hvor vi bearbejder de vågne timers hændelser. De forskellige stadier kommer i cyklusser af ca. 90 minutter, med primært Non-REM-søvn først på natten og REM-søvn sidst på natten, se tabel 1.

Det er helt normalt at have flere arousals (opvågninger) under søvnen (5). Disse kan enten være sygdomsrelaterede eller fremprovokeres ved vækning (5). Det er dog essentielt, at de ikke udvikler sig til deciderede opvågningsforstyrrelser i Non-REM-stadierne, da det kan have stor betydning både fysiologisk og psykologisk. Fysisk kan der opstå en svækkelse af immunforsvaret, og psykisk kan det medføre hukommelsesbesvær, delirium, angst og depression (4). I relation til søvnproblematikken på intensiv hænger dette udmærket sammen. Erfaringen fra intensiv tyder nemlig på, at patienterne nærmest aldrig får ro om natten pga. den intensive behandling og tætte observation. Hos nogle patienter er sygeplejersken på stuen minimum én gang i timen og nogle gange oftere. Dette kan forårsage, at patienten ikke når REM-stadiet, hvilket kan medvirke til forvirring og desorientering (ibid.). Betragtes problematikken med

Nightingales udlægning af søvnens betydning, er netop forstyrrelserne et af hovedproblemerne i den intensive sygepleje:

*”Ét kan tages for givet, nemlig at alt, hvad der vækker patienten brat af hans søvn, vil gøre ham mere urolig og tilføje ham alvorligere og mere varig skade” (1).*

Opvågningerne kan påvirke det naturlige søvnmønster, så patienten ikke får den fulde udnyttelse af søvnen i forhold til fysisk og psykisk restitution. Sammenholdt med dette kan manglende REM-søvn desuden medvirke til koncentrationsbesvær, irritation, forvirring og hallucinationer, også kaldet delirium, hvilket muligvis kan forlænge indlæggelsestiden på intensiv og yderligere øge mortaliteten (2,4). Nightingale bruger ikke betegnelsen delirium, men hun har alligevel observeret en tilstand, der har bidraget til forvirring hos patienterne:

*”Unødig støj af denne art har utvivlsomt fremkaldt og forværret mange tilfælde af vildelse. Jeg har selv oplevet flere – det ene med dødelig udgang” (1).*

Selvom Nightingales udtalelse om at have observeret patienter dø af ”ren og skær smerte, udmattelse og søvnmangel” (1) fremstår en anelse bombastisk, kan der måske være noget om snakken. Professor i søvnsygdomme, Poul Jennum, siger i hvert fald, at: ”Ned-

**Tabel 1. Fysiologiske reaktioner**

Fysiologiske reaktioner i de forskellige søvnstadier. Med inspiration fra Jennum 2013 (5).

Stadie	Øjenbevægelser	Muskeltonus
Vågen	Hurtige øjenbevægelser	Høj muskeltonus
NREM1	Langsomme, rullende øjenbevægelser	Aftagende muskeltonus, evt. korte ufrivillige muskelrykninger
NREM2	Ingen øjenbevægelser	Lav muskeltonus
NREM3	Ingen øjenbevægelser	Lav muskeltonus
REM	Hurtige øjenbevægelser	Meget lav muskeltonus



” Hvis vi lader patienten sove helt uforstyrret, kan dele af den intensive behandling dog ikke gennemføres, og i praksis møder man frustrerede sygeplejersker, som ikke ved, hvad de skal gøre for at sikre de mest optimale vilkår for patienten.

sat eller manglende søvn hos kritisk syge patienter øger risikoen for udvikling af delir, hvilket kan medvirke til forlænget ophold i intensivterapeutisk afsnit og dermed indirekte være forbundet med øget mortalitet” (5).

Derudover viser det sig, at selve grundsygdommen og diverse farmaka også påvirker søvnmønsteret (5). Patientens sygdom gør kroppen ude af stand til at tage vare på en eller flere livsvigtige funktioner – noget så vigtigt som at holde normalt blodtryk, eller så simpelt som at få fugtet og rengjort munden. Derfor er det på intensiv nødvendigt, at behandlingen fortsætter i samme niveau om natten som om dagen, hvilket betyder utallige forstyrrelser for patienten. I nattevagten stilles intensivsygeplejersken derfor i et dilemma mellem at skulle pleje, observere og behandle en patient, som i virkeligheden har bedst af at få fred til at sove for at opnå en sufficient søvn samt forebygge, at patienten udvikler intensiv delirium. Hvis vi lader patienten sove helt uforstyrret, kan dele af den intensive behandling dog ikke gennemføres, og i praksis møder man frustrerede sygeplejersker, som ikke ved, hvad de skal gøre for at sikre de mest optimale vilkår for patienten.

### Intensivpatienten og forstyrrelser

Livet for intensivpatienter er forstyrrelser døgnet rundt, hvilket f.eks. kan være støj, lys, alarmer, apparatur, mekanisk ventilation osv. (5). Selvom det i dag næppe er ”den knitrende lyd af silke og krinoline, nøglers raslen, korsettets og skoens knirken” (1), der vækker patienterne, når sygeplejersken går ind på stuen, har Nightingale alligevel en pointe i, at sygeplejerskens adfærd på stuen og støj er af afgørende betydning for patientens nattesøvn. Op mod 30 pct. af patienternes opvågninger og søvnforstyrrelser kan nemlig

tillægges støj og plejeopgaver (4). Forstyrrelser af sygeplejefaglig karakter kan være aflæsning af vitale værdier, medicinering, væske-regulering, lejrning/vending, mundpleje osv., der er nødvendige for at sikre patienternes behandling og mulig helbredelse. Endvidere er der mange forstyrrelser, der opstår som følge af behandlingen, og disse kan være svære at mindske eller helt fjerne, da de i sagens natur er påkrævede for netop at give den intensive behandling, patienterne har brug for. Samlet set er disse forstyrrelser dog faktorer, der kan påvirke patientens nattesøvn og medføre, at de enten bliver vækket uhensigtsmæssigt og/eller ikke får den vigtige REM-søvn.

Når de behandlingsmæssige forstyrrelser er svære at eliminere, kan man overveje, om forstyrrelser af mere sygeplejefaglig karakter såsom rutiner, vaner og interventioner, kan ændres eller mindskes, så det tilgodeser patienternes nattesøvn.

I Ovita har vi observeret følgende forstyrrelser:

- Aflæsninger af vitale værdier og timediuresser, der foregår på stuen en gang i timen
- Medicingivning om natten, der foregår i nærheden af patientens hoved, enten i et CVK eller via ernæringssonde
- Lys på stuen
- Alarmvolumen og snævre alarmgrænser på scop og respirator
- Unødige alarmer fra f.eks. luftmadras, sprøjtepumper, dialyse osv.
- Planlagt udstyrsskift såsom filter på respiratoren, flextube, skift af sondemad/aspirere, tømme skraldespande på stuerne osv. kl. 6 om morgenen.

Sidstnævnte sker på et tidspunkt, hvor patienterne gerne skulle være i REM-søvn, så de kan vågne op friske og veludhvilede, klare og relevante. De andre forstyrrelser er kontinuerlige afbrydelser, der foregår løbende over natten, men typisk en gang i timen eller oftere, og disse bidrager til, at patienten formentlig aldrig når i REM-søvn.

### Afsluttende betragtninger med Nightingale

Vi kommer ikke uden om at skulle behandle og observere patienterne om natten, idet deres kritiske sygdom kræver det, hvilket betyder, at sygeplejersken er til stede på stuen for at pleje og observere. Det er dog værd at holde fast i Nightingales synspunkt, når hun skriver: ”Kort sagt, unødigt støj er den grusomste form for svigtende omsorg, som både syge og raske kan blive udsat

- for” (1), og overveje, hvornår de sygeplejefaglige interventioner bidrager til unødigt støj og afbrydelser. Nightingale pointerer endvidere, at: ”Hensigten er ikke at indsamle dygnevis af ”interessante” kendsgerninger og oplysninger om dette eller hint, men at redde liv og befordre sundhed og velbefindende” (1), hvilket er relevant at reflektere over i en intensiv kontekst, hvor patienten observeres konstant døgnet rundt. Når nattesøvnen er så essentiel for patientens sundhed, skal vi måske støtte os op ad Nightingale og virkelig overveje, hvilke data og hvilke interventioner der har betydning for behandling, overlevelse og velbefindende hos lige præcis denne patient.

” Vi kommer ikke uden om at skulle behandle og observere patienterne om natten, idet deres kritiske sygdom kræver det, hvilket betyder, at sygeplejersken er til stede på stuen for at pleje og observere.

Da behandlingen har ændret sig så markant, at stort set ingen patienter sederes, skal sygeplejen måske nytænkes, og natten tilrettelægges, så sygeplejersken respekterer, at stuen er patientens rum, selvfølgelig uden at gå på kompromis med behandlingen. Det er med andre ord en balance mellem at vurdere, hvornår det er i orden at give patienten ro, og hvornår behandlingen kræver forstyrrelse på stuen.

På trods af at det ifølge Jennum og Lauridsen et al. kun er ca. en tredjedel af forstyrrelserne om natten, der er relateret til pleje, er det et godt skridt på vejen, hvis dele af disse kan elimineres. Selvom det i en intensiv kontekst næppe er muligt aldrig at vække patienten, mener vi, det er muligt at optimere sygeplejen, så alle patienter opnår en søvn, der kan fremme restitution og helbredelse. På Ovita vil vi derfor have fokus på intensivpatientens nattesøvn, søge at eliminere unødige forstyrrelser, og have Nightingales vise ord fra 1859 i baghovedet:

*”Det er et sine qua non (uomgængeligt) for al god sygepleje, at man aldrig – med forsæt eller af skødesløshed – vækker patienten” (1).*

## Litteratur

1. Nightingale F. Notes on nursing. København: Munksgaard Danmark; 1999.
2. Dansk Selskab for Intensiv Terapi. Sedationsstrategi. 2011; www.dasaim.dk > Rekommandationer > Sedation: Sedationsstrategi
3. Strøm T, Martinussen T, Toft P. A protocol of no sedation for critically ill patients receiving mechanical ventilation: a randomised trial. Lancet 2010 02/06;375(9713):475-80.
4. Voigt Lauridsen S, Tønnesen EK, Nibro HL. Behov for mere viden om søvn hos intensivpatienter. Ugeskr Laeger 2013;Årg. 175, nr. 21 (2013):1488-91.
5. Jennum P, editor. Søvn. København: Munksgaard; 2013.

---

## English abstract

---

Høy LU, Holm A, Dreyer P. Nightingale to the nightingales. Sygeplejersken 2015;(2)70-4.

A change in the sedation protocol for mechanically-ventilated intensive care patients has had a significant impact on patients' sleep and related nursing care. Experience from the intensive care unit, Ovita, at Aarhus University Hospital, shows that disturbances in the form of alarms, nursing interventions and procedural interventions, can result in fragmented sleep. Disrupted sleep can have major consequences for intensive care patients, whose physical and psychological status is already severely affected, and compromised sleep can further complicate the course of illness, e.g., by contributing to delirium.

In practice, nurses experience a dilemma, where on the one hand they have to observe the patient closely, and at the same time avoid unnecessary disturbances. Consequently, on Ovita we have focused our attention on intensive care patients' sleep. With the teachings of Florence Nightingale in our hands, and her perspectives on nursing in our minds, we have reflected on how nursing interventions and daily routines can be adapted so that patients are minimally disturbed, thereby creating better conditions for good, uninterrupted sleep.

Keywords: Intensive, sleep, ICU delirium, Florence Nightingale.

---

# Tilmeld dig EACD's konference - 3 dage med fokus på børn med handicap

Få rabat  
inden 1. marts 2015

Mød verdens førende forskere, når European Academy of Childhood Disability – EACD – for første gang inviterer til konference i København. Sæt kryds i kalenderen den 27.-30. maj 2015.

Konferencen 'New Ways – New Moves' dækker over fire hovedtemaer; neuroplasticitet, kost & bevægelse, kognition og teknologi. Inden for hvert tema vil verdens førende forskere præsentere deres nyeste resultater.

Konferencen henvender sig til dig, der arbejder med børn med diagnoser som cerebral parese, ADHD, autisme, og epilepsi. Konferenceprogrammet byder på en bred vifte af foredrag og workshops.

**Se det fulde program på**

**[eacd2015.org](http://eacd2015.org)**



**newways  
newmoves**

#### Internationale eksperter besøger København:

- Professor Michael Merzenich, University of California, San Francisco
- Associate professor Terence Sanger, M.D., Ph.D, University of Southern California
- Professor Charles Hillman, Ph.D, University of Illinois
- Dr. Martin Gough, Ph.d., Consultant, Guys and St. Thomas' Hospital London
- Dr. Adam Shortland, Ph.D., Consultant, King's College, London
- Professor Alain Berthoz, Collège de France, Paris
- Professor Jack Martin, Ph.D., The City College of New York (CUNY)

**BEMÆRK!**

Er du forældre til et barn med CP, kan du ansøge Ludvig og Sara Elsass Fond om dækning af konferencegebyret – [elsassfonden.dk](http://elsassfonden.dk)

Læs master i

## Sundhedsinformatik

-og bliv klædt godt på til arbejdet med bl.a.

- Kvalitetssikring
- E-sundhedssystemer
- Implementering af IT-systemer

Ansøgningsfrist: 1. juni

[www.masterakademiet.aau.dk](http://www.masterakademiet.aau.dk)



AALBORG UNIVERSITET

# Tidlig struktureret mobilisering af syge patienter på et dansk intensiv

En screenings- og aktivitetsalgoritme udarbejdet og afprøvet i praksis på en intensivafdeling viste, at grænseværdierne i algoritmen ikke i deres nuværende udformning kan anvendes til screening af, om patienten er egnet til mobilisering og træning. Algoritmen bør suppleres med en tværfaglig, klinisk vurdering.

**Katrine Astrup Sørensen**, fysioterapeut, ansat i Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital, katrso@rm.dk

**Sidsel Hvid**, fysioterapeut i Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen samt på Intensivt afsnit, OVITA, Aarhus Universitetshospital

**Nanna Rolving**, cand.scient.san., Fysioterapi- og Ergoterapiafdelingen, Aarhus Universitetshospital

**Pia Dreyer**, cand.cur., ph.d., klinisk sygeplejespecialist, lektor, ansat i Anæstesiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, og på Sektion for Sygepleje, Aarhus Universitet

Da flere patienter overlever kritisk sygdom på intensivt afsnit grundet forbedrede behandlingsmuligheder, bliver langtidsfølgerne efter sygdoms- og indlæggelsesforløbet tydeligere (1,2). Forskning tyder på, at man kan forebygge de negative følger af indlæggelse på intensivt afsnit med iværksættelse af en tværfaglig indsats med fokus på mobilisering og træning tidligt i indlæggelsesforløbet (3). Schweickert et al. fandt signifikant effekt for opnåelse af selvstændigt funktionsniveau, kortere perioder med delirium samt flere dage uden respiratorbehandling målt over en 28-dages followup-periode samt ved hospitalsudskrivelse (4). I andre studier er der ligeledes påvist signifikant positiv effekt af både fysioterapeutisk og ergoterapeutisk indsats, men med forskellige typer interventioner (3).

Fordelene ved en tidlig indsats med mobilisering og træning skal vægtes i forhold til de risici, der kan være ved at flytte på og aktivere en kritisk syg patient (5). For at sikre at behandlingstiltagene kan tolereres af patienten, monitoreres patientens vitale funktioner før, under og efter mobilisering og træning. Til det formål er der udviklet flere internationale retningsgivende algoritmer, der kan guide personalet i denne vurdering (6,7). Algoritmerne angiver med udgangspunkt i fastsatte fysiologiske grænseværdier, hvornår det er sikkert at starte tidlig mobilisering og træning, samt hvornår aktiviteterne kan progredieres for den enkelte patient (6).

I Danmark er der øget fokus på de individuelle og samfundsøkonomiske gevinster, der kan være ved at optimere indlæggelsesforløbet for kritisk syge patienter (8,9). Der foreligger dog ikke på nuværende tidspunkt fælles retningslinjer for, hvornår og hvordan tidlig mobilisering og træning kan iværksættes på intensivt afsnit. På den baggrund ønskede vi at udvikle og afprøve en screenings- og aktivitetsalgoritme baseret på internationale anbefalinger rettet mod en systematisk iværksættelse af tidlig mobilisering og træning til kritisk syge patienter på intensivt afsnit OVITA, Aarhus Universitetshospital. Projektet blev udført som et tværfagligt kvalitetsudviklingsprojekt med det formål at afdække følgende spørgsmål:

” Fordelene ved en tidlig indsats med mobilisering og træning skal vægtes i forhold til de risici, der kan være ved at flytte på og aktivere en kritisk syg patient.

1. Er det muligt at screene patienterne på intensivt afsnit ud fra de fastsatte fysiologiske grænseværdier til henholdsvis egnet eller ikke egnet til mobilisering og træning?
2. Kan patienterne ud fra vurdering af vågenheds- og funktionsniveau allokeres til ét af tre niveauer med dertilhørende mobiliserings- og træningsaktiviteter?
3. Er der overensstemmelse mellem det niveau, patienterne bliver vurderet til, og de mobiliserings- og træningsaktiviteter, som patienterne reelt udfører?

## Metode

### Design og setting

Projektet blev udført på intensiv- og opvågningsafsnittet i et samarbejde mellem læger, sygeplejersker og fysioterapeuter. Alle patienter indlagt på intensivafsnittet i perioden marts til juni 2013 indgik i undersøgelsen. Afsnittet varetager behandling af patienter med bl.a. hæmatologiske (R), abdominalkirurgiske (P), medicinske (MEA) og ortopædiske (E) diagnoser samt patienter med hjerteproblematikker (B). Indlæggelsestiden for patienterne kan variere fra få døgn til flere måneder.

### Udarbejdelse af screenings- og aktivitetsalgoritmen

En tværfaglig projektgruppe bestående af to fysioterapeuter, en anæstesiologisk overlæge samt sygeplejersker, alle tilknyttet intensivafsnittet OVITA, udarbejdede i efteråret 2012 en dansk screenings- og aktivitetsalgoritme. Udgangspunktet for udarbejdelsen af den danske algoritme var en international algoritme udarbejdet af et Delphi-panel (ekspertpanel, som arbejder struktureret ud fra spørgeskemaer, indtil der er opnået konsensus) i 2011 (6). Algoritmen blev ad flere omgange pilottestet inden den endelige afprøvning i selve projektperioden.

### Screening

Projektets algoritme, se figur 1 og 2 side 81 og 82, var delt op i en screeningsdel, en niveausætningsdel og en aktivitetsdel. I screeningsdelen var angivet en række fysiologiske grænseværdier, som blev benyttet til vurdering af patientens egnethed til mobilisering og træning. Hvis patienten faldt udenfor på én eller flere af de afgrænsede værdier, konfereredes tværfagligt imellem sygeplejerske, fysioterapeut og vagthavende læge om, hvorvidt man alligevel

# Lejrning og træning af kritisk tonsivafsnit

” Patienten blev sat til et af tre niveauer (1-3) ud fra vågenhedsniveauet ved Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) score og patientens overordnede funktionsniveau, vurderet ud fra de aktiviteter patienten kunne udføre.

kunne fortsætte med aktivitetstiltag. Patienten blev screenet minimum fire gange i døgnet. Screenings- og aktivitetsalgoritmen blev tidligst muligt efter intensivindlæggelse brugt til at vurdere, om patientens tilstand tillod nogen form for mobilisering og træning.

## Niveau

Patienten blev sat til ét af tre niveauer (1-3) ud fra vågenhedsniveauet ved Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) score og patientens overordnede funktionsniveau vurderet ud fra de aktiviteter, patienten kunne udføre. Hvis patientens tilstand umuliggjorde en vurdering af niveauet, blev patienten noteret som ”uvurderbar”.

## Aktiviteter

For hvert niveau var der opgivet forslag til aktiviteter indenfor kategorierne lejrning, mobilisering eller træning. Patienterne gennemførte dermed aktiviteter egnet til det niveau, de blev screenet til jævnfør algoritmen. Aktiviteterne fra niveau 1 til niveau 3 progredieres, så indholdet på hvert enkelt niveau passer til patientens vågenheds- og funktionsniveau.

Lejrning, mobilisering og træning foregik passivt på niveau 1 til gradvist mere deltagende på niveau 2. På niveau 3 vurderedes patienten som selvhjulpne eller med let behov for hjælp under lejrning, mobilisering og træning.

## Resultater

I projektperioden var 94 patienter indlagt på intensivafsnittet, hvoraf 84 (89 pct.) blev screenet ud fra algoritmen og dermed indgik i projektet. De resterende 10 patienters indlæggelse var for kortvarig til, at screening var relevant. De 84 patienter noterede sig for i alt 1.847 registreringer.

**Tabel 1. Fordeling af køn, alder og afdeling på samtlige registreringer (i alt n = 1.867)**

Alder (år)	Mean (sd)	68,7 (13,2)
Køn (mand)	n (pct.)	977 (53)
Afdeling	*n (pct.)	
Abd kirurgisk		524 (28)
Hæmatologisk		608 (32)
Medicinsk		651 (35)
Hjerte		32 (2)
Andet		52 (3)

\*n = registreringer

Gennemsnitsalderen baseret på de 1.867 registreringer var 68,7 år (SD 13,2), med en kønsfordeling på 977 registreringer hos mænd (53 pct.) og en stort set ligelig fordeling på de primære specialer, hæmatologiske (32 pct.), medicinske (35 pct.) og abdominalkirurgiske (28 pct.), se tabel 1.

I 60 pct. (n = 1.115) af registreringerne resulterede screeningen i ikke egnet til mobilisering og træning ud fra de fysiologiske grænseværdier angivet i algoritmen. I daglig praksis blev patienterne i 97 pct. af registreringerne alligevel ud fra en tværfaglig vurdering placeret i ét af de tre aktivitetsniveauer og trænet og mobiliseret derefter. I over halvdelen af registreringerne blev patienten vurderet til niveau 2, mens 28 pct. af registreringerne blev vurderet til niveau 1 og 14 pct. til niveau 3.

Det samlede resultat af registreringerne viste, at efterhånden som sværhedsgraden i aktiviteterne steg, blev aktiviteterne tilsvarende også udført af patienter vurderet til niveau 2 eller 3, se tabel 2. F.eks. blev lejringer i højere grad noteret på niveau 1 og 2, hvor patienterne også forventedes at have større behov for assistance til at vende sig i sengen end på niveau 3, hvor det var forventet, at patienterne var mere selvhjulpne og selvstændigt kunne forflytte sig. Ligeledes blev aktiviteten gangtræning næsten kun udført på niveau 3, hvor

**Tabel 2. Lejrning, mobilisering og træning**

Antal og fordeling af aktiviteterne for lejrning, mobilisering og træning udført på de enkelte aktivitetsniveauer (1-3, uvurderlig).

Aktivitet	N*	Aktivitetsniveau *n (pct.)			
		1	2	3	Uvurderlig
<b>Lejrning</b>					
Ryggleje/tippet på siden	1.435	446 (31)	808 (56)	151 (11)	30 (2)
Sideliggende	322	96 (30)	195 (61)	23 (7)	8 (2)
Formel 1	146	59 (40)	80 (55)	6 (4)	1 (1)
Tillempet bugleje	3	3 (100)	0	0	0
<b>Mobilisering</b>					
Lift til/fra stol	639	83 (13)	540 (84)	13 (2)	3 (1)
Vippeleje	10	10 (1)	90 (9)	0	0
Sengekant m. støtte	22	1 (4)	16 (73)	5 (23)	0
Sengekant u. støtte	36	0	10 (28)	26 (72)	0
Stand på stedet	139	1 (1)	98 (70)	40 (29)	0
Aktiv forflytning	215	0	42 (20)	173 (80)	0
Køretur udenfor	94	3 (3)	65 (69)	26 (28)	0
<b>Træning</b>					
Passive øvelser	108	59 (55)	46 (42)	2 (2)	1 (1)
Ledede aktive øvelser	46	4 (9)	41 (89)	1 (2)	0
Aktive øvelser	67	0	61 (91)	6 (9)	0
Modstandsøvelser	26	0	23 (88)	3 (12)	0
Funktionstræning	230	0	191 (83)	39 (17)	0
Balance siddende	18	0	15 (83)	3 (17)	0
Balance stående	24	0	15 (63)	9 (37)	0
Gang m. hjælpemiddel	36	0	9 (25)	27 (75)	0
Gang u. hjælpemiddel	12	0	0	12 (100)	0

\*N = registreringer

” Der blev ikke noteret nogen forekomst af utilsigtede hændelser gennem projektperioden til trods for, at der var mange ikke-screeningsgodkendte registreringer, hvor patienterne alligevel havde modtaget mobilisering eller træning.

- ▶ det var forventeligt, at patienten vil kunne gå med hjælpemiddel og overvågning. For enkelte registreringer var der uoverensstemmelse mellem det vurderede niveau og de noterede aktiviteter. F.eks. blev aktiviteten lift til/fra stol noteret 13 gange som værende udført på niveau 3, hvor patienterne gerne skulle være oppegående.

### Diskussion

Formålet med projektet var at udarbejde og afprøve en screenings- og aktivitetsalgoritme tilpasset rammerne i dansk intensivpraksis. I 60 pct. af de 1.867 registreringer blev det vurderet, at patienten på baggrund af screeningen ikke kunne vurderes egnet til iværksættelse af mobiliserings- eller træningsindsats ud fra algoritmens fysiologiske grænseværdier. De værdier, som patienterne oftest ikke blev godkendt på, var respirationsfrekvensen, saturationen og trombocytal-værdien. Da hovedparten af patienterne på afsnittet var indlagt med respirationsinsufficiens eller sepsis, var respirationsfrekvensen ofte forhøjet og værdierne for saturationen samt trombocytaltallet ofte for lave. De fysiologiske grænseværdier blev fastsat som en vejledning i den tværfaglige risikovurdering. Med de skærpede grænseværdier var det hensigten at reducere risikoen for at kompromittere patientens sikkerhed under mobilisering og træning. Trods dette blev patienterne som hovedregel vurderet egnede til mobilisering på baggrund af en tværfaglig, klinisk vurdering. Vi må derfor konkludere, at grænseværdierne i algoritmen ikke i deres nuværende udformning alene kan anvendes til screening af, om patienten er egnet til mobilisering og træning, men at dette i højere grad må bero på en tværfaglig, klinisk vurdering.

I få tilfælde blev en patient vurderet til et forkert niveau, fordi niveauet blev vurderet ud fra patientens RASS-score i stedet for det observerede funktionsniveau. Da graden af vågenhed og funktionsniveau ikke altid følges ad, vurderedes det, at RASS-scoren ikke altid var egnet til at niveausætte patienterne. I stedet kunne patienten niveausættes ud fra kendskab til det aktuelle funktionsniveau (på baggrund af anamnese) eller ved hjælp af konkret test af forskellige funktioner.

Registreringerne af alle aktivitetstiltag viste, at antallet af aktiviteter med høje krav til patientens funktionsniveau steg i takt med niveauplaceringen, hvilket også var idéen med algoritmen. Kun få gange blev en aktivitet noteret på et niveau, hvor den ikke jævnfør algoritmen var anbefalet, sandsynligvis på baggrund af en fejlagtig niveausætning forud for mobiliseringen eller træningen.

### Styrker og svagheder ved projektet

Projektet var en single-center-undersøgelse, og generalisering til andre lignende hospitaler og intensivafsnit bør man være påpasselig med. Resultatet vil være afhængigt af kulturen, indstillingen og samarbejdet på det enkelte intensivafsnit. Et godt samarbejde mellem læger, plejepersonalet og fysioterapeuterne har vist sig at have stor betydning. Uden dette udgangspunkt ville en så omfattende mængde data som her i projektet ikke have været tilgængelig.

Der blev i forbindelse med projektet ikke implementeret nye tiltag i forhold til de allerede eksisterende.

Projektets styrke er den store grad af data-komplethed med meget få manglende registreringer i projektperioden. Det skyldes bl.a. de projektansvarlige fysioterapeuters gennemgående tilstedeværelse og løbende kontrol med registreringerne. Projektet blev udført internt i afsnittet på initiativ af intensivafsnittets faste fysioterapeuter i samarbejde med de udviklingsansvarlige og ledelsen. Samtidig med rollerne som projektansvarlige var fysioterapeuterne også primærpersoner i mange af mobiliserings- og træningstiltagene, hvilket kan have påvirket den indsamlede mængde data positivt.

Der blev ikke noteret nogen forekomst af utilsigtede hændelser gennem projektperioden til trods for, at der var mange ikke-screeningsgodkendte registreringer, hvor patienterne alligevel havde modtaget mobilisering eller træning. Det tyder på, som tidligere studier også har vist, at en tidlig mobiliserings- og træningsindsats hos patienter på et intensivt afsnit er mulig og sikker (4,10).

### Konklusion og perspektivering

Formålet med projektet var at undersøge, om vi kunne udvikle og implementere en screenings- og aktivitetsalgoritme tilpasset rammerne for et dansk intensivt afsnit. Resultaterne viste, at screeningen blev udført, men i 1.115 (60 pct.) af alle registreringerne blev patienterne screenet til ikke at være egnet til mobilisering og træning ud fra de fysiologiske grænseværdier ved screeningsdelen i algoritmen. I 97 pct. af registreringerne blev patienterne vurderet til at være på et af de tre niveauer, uanset udfaldet af screeningen ud fra de fysiologiske grænseværdier. Således viste algoritmen sig anvendelig i forhold til at få tilpasset indsatsen med mobilisering og træning ud fra patientens vurderede niveau (1-3). De fysiologiske screeningsværdier viste sig ikke ubetinget egnede, men en tværfag-

” De fysiologiske screeningsværdier viste sig ikke ubetinget egnede, men en tværfaglig vurdering af den enkelte patient gjorde det muligt at iværksætte både mobilisering og træning af patienten.

lig vurdering af den enkelte patient gjorde det muligt at iværksætte både mobilisering og træning af patienten.

I fremtiden skal de fysiologiske grænseværdier i højere grad benyttes i en tværfaglig vejledende risikovurdering forud for mobilisering og træning med patienten. For at imødegå fejlplaceringer i forhold til niveau og mobiliserings- og træningstiltag vil det være fordelagtigt, at en vurdering foretages ud fra viden om og observation af patientens deltagelses- og funktionsniveau i stedet for udelukkende at basere vurderingen på RASS-scoren som her i studiet.

Projektet har haft et fantastisk perspektiv for intensivpatienten i forhold til tidlig mobilisering og træning på trods af kritisk sygdom. Samtidig har algoritmen øget det tværfaglige samarbejde omkring patienten og gjort pleje- og behandlingstiltag mulige, som aldrig havde kunnet praktiseres for årtier siden.

## Litteratur

- Graf J, Wagner J, Graf C, Koch KC, Janssens U. Five-year survival, quality of life, and individual costs of 303 consecutive medical intensive care patients – a cost-utility analysis. *Critical care medicine* 2005;33(3):547-55.
- Herridge MS, Tansey CM, Matté A, Tomlinson G, Diaz-Granados N, Cooper A et al. Functional disability five years after acute respiratory distress syndrome. *New England Journal of Medicine* 2011;364(14):1293-304.
- Kayambu G, Boots R, Paratz J. Physical therapy for the critically ill in the ICU: A systematic review and meta-analysis. *Crit Care Med* 2013;41(6):1543-54.
- Schweickert WD, Pohlman MC, Pohlman AS, Nigos C, Pawlik AJ, Esbrook CL et al. Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet* 2009;373(9678):1874-82.
- Stiller K, Phillips AC, Lambert P. The safety of mobilisation and its effect on haemodynamic and respiratory status of intensive care patients. *Physiotherapy Theory and Practice* 2004;20(3):175-85.
- Hanekom S, Gosselink R, Dean E, van Aswegen H, Roos R, Ambrosino N et al. The development of a clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: synthesis of evidence and expert opinion and its translation into practice. *Clinical Rehabilitation* 2011;25(9):771-87.
- Dammeyer J, Dickinson S, Packard D, Baldwin N, Ricklemann C. Building a protocol to guide mobility in the ICU. *Crit Care Nurs Q* 2013;36(1):37-49.
- Schroder MA, Poulsen JB, Perner A. Acceptable long-term outcome in elderly intensive care unit patients. *Danish medical bulletin* 2011;58(7):A4297.
- Poulsen JB. Impaired physical function, loss of muscle mass and assessment of biomechanical properties in critical ill patients. *Danish medical journal* 2012;59(11):B4544.
- Bailey P, Thomsen GE, Spuhler VJ, Blair R, Jewkes J, Bezdjian L et al. Early activity is feasible and safe in respiratory failure patients. *Crit Care Med* 2007;35(1):139-45.

---

## English abstract

---

Sørensen KA, Hvid S, Rolving N, Dreyer P. Early structured mobilisation and rehabilitation of critically ill patients in a Danish intensive care unit. *Sygeplejersken* 2015;(2):76-82.

**Objective:** As part of a quality-development project, to trial a screening and activity algorithm on a Danish intensive care unit, with a view to intensive mobilisation and physical rehabilitation in critically ill patients, tailored according to the individual patient's functional level.

**Method:** The screening- and mobilisation algorithm was trialled for three months. A systematic recording of all screening and activities performed took place simultaneously.

**Results:** In sixty per cent of screenings, the patients could not be approved for mobilisation based on the algorithm criteria. Based on a multi-disciplinary assessment, the majority of patients were still mobilised and underwent physical rehabilitation. The mobilisation and physical rehabilitation therapy implemented, however, was consistent with the level set based according to the algorithm.

**Conclusion:** The algorithm's physiological screening criteria turned out to be unusable for assessment of patients in the current study. However, the algorithm was usable in relation to adapting the level of mobilisation and physical therapy.

**Relevance to clinical practice:** It is possible to introduce early mobilisation and physical therapy using a simple algorithm; however, with regard to individual screening criteria in individual cases, since these are clearly not simple to fix. In the future, the limits will be used to guide risk assessment prior to early mobilisation and physical therapy instead of for concrete screening.

**Keywords:** Algorithm, ICU, early mobilization, physical therapy, interdisciplinary approach.

---



**Figur 1. Screenings- og aktivitetsalgoritmen for niveau 1 og 2**

**Screeningsalgoritme til bestemmelse af niveau for træning og mobilisering af intensivpatienter**

Niveau 1: Ikke-vågne patienter (RASS -4 til -1) eller Niveau 2: vågne patienter (RASS -1 til +4), som kun passivt, eventuelt sovende eller på et lavt funktionsniveau er i stand til at deltage i aktivitet/træning/mobilisering.

**KRITERIER TIL PRIMÆR SCREENING AF PATIENTEN**

Hvis én eller flere parametre falder udenfor anvisning, konferer med ansvarshavende læge

**Kardiorespiratorisk status:**

- Samarbejde med respirator (PEEP ≤ 10, Respirationsfrekvens ≤ 20/min.)
- SpO<sub>2</sub> ≥ 94 pct. (Inden og under aktivitet. Individuel tolkning ved KOL)
- Ingen nyttilkomne arytmier
- Inotropi: Dopamin < 6 mcg/kg/min., Nor-/Adrenalin: < 0,05 mcg/kg/min.
- Blodtryk: I patientens normalniveau (Kontroller blodtryk under aktivitet)
- Puls < 120/min.

**Andre fysiologiske faktorer:**

- Hæmoglobin > 5
- Trombocytter ≥ 40
- PP ≥ 0,4
- APTT ≤ 40
- Blodsukker ≥ 5

Godkendes parametrene **IKKE**, etableres ingen videre aktivitets-/mobiliseringstiltag (lejrning undtaget)

Godkendes parametrene, vurderes RASS, og følgende tiltag etableres:

**Niveau 1 (RASS -4 til -1):**

- Ikke i stand til at deltage i aktivitet/mobilisering

**Niveau 2 (RASS -1 til +4):**

- I stand til at deltage i aktivitet/mobilisering (passivt eller på lavt funktionsniveau)

**Lejrning (hver 2. time):**

- Eleveret til min. 30°
- Sideliggende (helt om i 90° sidelejrning – maks. 15° eleveret)
- Formel 1-lejrning

**Mobilisering:**

- Lift til stol
- Vippeleje
- Køretur udenfor

**Træning:**

- Bevægelsestræning (dagligt af OE, UE, nakke)
- Passiv → Ledet aktiv

**Lejrning (Hver 2. time):**

- Eleveret til min. 30°
- Sideliggende (helt om i 90° sidelejrning, maks. 15° eleveret)
- Formel 1-lejrning

**Mobilisering:**

- Lift til stol
- Vippeleje
- Sengekant
- Stand (på stedet)
- Aktiv forflytning mellem seng og stol (med trin)
- Køretur udenfor

**Træning:**

- Bevægelsestræning (daglig af OE, UE, nakke)
- Passiv → Aktiv med modstand
- Balancetræning (siddende eller stående)
- Gangtræning (stue eller gang)

**Screen patienten min. 1 x dagligt. Ændres patientens tilstand eller fysiske formåen, flyt til passende niveau.**

Udarbejdet med inspiration fra "Clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: Synthesis of evidence and expert opinion" af fysioterapeut Sidsel Hvid og Katrine Astrup Sørensen ©

**Figur 2. Screenings- og aktivitetsalgoritmen for niveau 3**

**Screeningsalgoritme til bestemmelse af niveau for træning og mobilisering af intensivpatienter**

Niveau 3: Vågne patienter (RASS 0 til +4). I stand til at deltage i aktivitet/træning/mobilisering. (Ingen sedation. Patient har vanligt funktionsniveau, dog nedsat grundet immobilisering og kritisk sygdom, som har ført til intensivindlæggelse).

**KRITERIER TIL PRIMÆR SCREENING AF PATIENTEN**

Hvis én eller flere parametre falder udenfor anvisning, konferer med ansvarshavende læge

**Kardiorespiratorisk status:**

- Stabile og sikrede luftveje/Samarbejder med respirator (ASB modus) (PEEP  $\leq$  6 cm H<sub>2</sub>O, respirationsfrekvens  $\leq$  20/min.)
- SpO<sub>2</sub>  $\geq$  94 pct. (Inden og under aktivitet. Individuel tolkning ved KOL)
- Kan mobilisere sekret (minimalt behov for sugning)
- Ingen nyttilkomne arytmier
- Ingen inotropi og vasopressor
- Blodtryk: I patientens normalniveau (Kontroller blodtryk under aktivitet)
- Puls < 120/min.

**Andre fysiologiske faktorer:**

- Hæmoglobin > 5
- Trombocytter  $\geq$  40
- PP  $\geq$  0,4
- APTT  $\leq$  40
- Blodsukker > 5

Godkendes parametrene IKKE, etableres ingen videre aktivitets-/mobiliseringstiltag (lejrning undtaget)

Godkendes parametrene, vurderes RASS, og følgende tiltag etableres:

**Niveau 3 (RASS 0 til +4):**

- I stand til at deltage i aktivitet/træning/mobilisering

**Lejrning:**

- Opfordre til hyppige stillingsskift (hver 2. time)

**Mobilisering:**

- Aktiv forflytning mellem seng og stol (med trin)
- Gangtræning (stue eller gang)
- Køretur udenfor

**Træning (min. 1 x dagligt)/Vedligeholdende funktionstræning:**

- Styrke og udholdenhedstræning for truncus, OE og UE
- Modstandstræning
- Funktionstræning (Bækkenløft, rulle på siderne, læne sig frem – siddende i seng eller i stol)
- Balancetræning (Siddende eller stående, med eller uden støtte)

**Screen patienten min. 1 x dagligt. Ændres patientens tilstand eller fysiske formåen, flyt til passende niveau.**

Udarbejdet med inspiration fra "Clinical management algorithm for early physical activity and mobilization of critically ill patients: Synthesis of evidence and expert opinion" af fysioterapeut Sidsel Hvid og Katrine Astrup Sørensen ©

# Reck Motomed Letto 2

Aktiv- Passiv træning til sengeliggende patienter.

# PT



**Aktiv træning** (uden motor)  
patienten træner selv

**Passiv træning** (med motor)  
patienten trænes vha motor

Forkorter  
indlæggelsestiden

Forbedre  
blodcirkulationen

Forbedre  
peristaltikken



ProTerapi A/S | Søndre Ringvej 39 | DK-2605 Brøndby  
Tlf: +45 43 44 42 00 | Fax: + 45 43 44 42 02 | [www.proterapi.dk](http://www.proterapi.dk)

# ellen®

## Probiotiske tamponer

- Genopretter den vaginale balance  
under menstruation

**ellen® tampon indeholder mælkesyre-  
bakterier, som forbedrer, genopbygger og  
vedligeholder den vaginale bakterieflora.**

En afbalanceret vaginalflora er kroppens naturlige  
forsvar. Vagina har sin egen bakterieflora som  
fremfor alt består af mælkesyrebakterier.

Forhandles på udvalgte apoteker, på [www.webapoteket.dk](http://www.webapoteket.dk)  
og på [www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)



[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)  
 Navamedic



# Kan man virkelig lære syge

*En sygeplejestuderende og en lektor tog turen til et hospital i Jinja, Uganda. Udvekslingsopholdet gav mange vinkler på egen og ugandisk sygepleje, og konklusionen er, at man godt kan blive god til at reflektere og improvisere på trods af fattigdom, korruption og mangel på basisudstyr.*

**Cathrine Laugesen**, sygeplejestuderende, Professionshøjskolen Metropol; Cathrinelaug@gmail.com  
**Dorte L. Vilstrup**, sygeplejerske, cand.scient.san., lektor, Professionshøjskolen Metropol, Institut for sygepleje

Som sygeplejestuderende og lektor har vi mødt forskellige forestillinger om læringspotentialer ved udveksling i Afrika. Det strækker sig fra, at det kvalificerer den enkelte studerende, til at studerende ikke lærer noget, der er anvendeligt i en dansk kontekst, og at nyuddannede, som har taget en del af uddannelsen i et afrikansk land, har vanskeligt ved efterfølgende at få job.

Det er regeringens vision, at flere studerende skal tage dele af deres uddannelse i udlandet, bl.a. fordi Danmark skal være et åbent samfund, hvor befolkningen tager medansvar og bidrager til løsninger relateret til den globale udvikling og de udfordringer, der er (1). Store dele af visionen fokuserer på et vestligt samarbejde. Forskning viser, at studerende får kompetencer til at agere i internationale miljøer, får sat national kultur i perspektiv og udviser større omtanke i forhold til de værdier, de er bærere af (2). Lignende undersøgelser mangler i forhold til læringspotentialer i udviklingslande.

Andelen af studerende på professionsbachelorniveau, som tager på udveksling i Afrika, udgør ca. 10 pct. af det samlede antal studerende på udveksling (3). I 2013 tog 71 sygeplejestuderende fra Professionshøjskolen Metropol til Afrika via Mellemløst Samvirke.

Der er derfor behov for at diskutere udveksling i Afrika og ikke kun i vestlige lande, og vi ønsker i denne artikel at bidrage til diskussionen om potentialer ved udveksling i Uganda. Artiklen tager afsæt i muligheden for at arbejde og studere side om side i seks uger på et hospital i Jinja, Uganda.

Cathrine studerede på modul 6 og var en ud af seks danske sygeplejestuderende, Dorte var der som frivillig basissygeplejerske

” Meget af det, man oplever, kan man ikke forberede sig på, hverken som sygeplejerske eller studerende. Små børn med maver så store som balloner, dødssyge af malaria og fejllærning med blikke uden liv, eller kvinder som dør under fødsel, fordi der ikke altid er mulighed for akut kejsersnit eller blodtransfusion.

med orlov fra arbejdet som lektor på Metropol. Professionshøjskolen ydede økonomisk tilskud med henblik på afholdelse af studie-samtaler og besøg hos mulige partnere.

Vi har mange oplevelser og overvejelser med hjem, men det, der har fyldt meget, er at lære og at arbejde på et hospital fyldt af elendighed. Når vi bruger ordet elendighed, handler det både om manglende ressourcer og om en tilstand, hvor de få sundhedspersoner, der er, næsten har opgivet at gøre tingene bedre. Samtidig har det haft stor betydning dagligt at skulle forholde sig til egen faglighed og identitet, hvorfor denne artikel primært fokuserer på disse elementer. De pædagogiske og didaktiske overvejelser, som specielt Dorte har haft undervejs, er væsentlig nedtonet.

## At lære af elendighed

Hospitalet i Jinja er det regionale hospital og et af de største af slagsen i Uganda. I 2011 var der 432 sengepladser, der blev indlagt 25.456 patienter og behandlet 156.205 patienter i de tilknyttede ambulatorier (4).

Hospitalet huser stort set alle specialer, men har kun ét ultralydsapparat og ét røntgenapparat til rådighed. Muligheden for biokemiske prøver er begrænset, og der er ikke udstyr til EKG. It-behandling kan man ikke få, og det varierer, hvorvidt der er udstyr til kontrol af blodsukker og hiv.

Patienterne er placeret i store rum i rustne senge uden vinduer eller myggenet og på gulve, som mange steder er slidt ned til fundamentet. Det er vanskeligt at holde fast i basale hygiejniske principper, da patienterne selv skal købe sæbe, og der ofte kun er én håndvask på afdelingen.

Under de forhold er det relevant at diskutere læringspotentialer og risikoen for fejllærning for en dansk sygeplejestuderende. I stedet for fejllærning oplevede vi, at læring bar præg af refleksion over, hvad de og vi gjorde, hvorfor og hvornår. Cathrine endte med selv at kunne tænke sig frem til den korrekte hygiejniske teknik ved PVK, kateter og NGS-anlæggelse uden sprit, sæbe eller plaster til at fiksere PVK.

Cathrine har enden til at reflektere og fik derfor mulighed for at agere langt mere selvstændigt og tage større ansvar, end man forventer af en modul 6-studerende. Derfor er de personlige og faglige forudsætninger afgørende for læringen i en afrikansk kontekst (2).

# pleje i Afrika?

At lære af elendighed handler om, at man får lov at forholde sig kritisk til et andet sundhedssystem, hvilket medfører en større interkulturel forståelse. Vi kan nikke genkendende til europæisk forskning, der viser, at national kultur bliver sat i perspektiv, og at man virkelig lærer at tænke over egne værdier (2).

Meget af det, man oplever, kan man ikke forberede sig på, hverken som sygeplejerske eller studerende. Små børn med maver så store som balloner, dødssyge af malaria og fejlernæring med blikke uden liv, eller kvinder som dør under fødsel, fordi der ikke altid er mulighed for akut kejsersnit eller blodtransfusion. Som reaktion på realiteterne ender man i stedet med at blive socialiseret ind i plejesituationer præget af magtesløshed.

Magtesløsheden er en del af elendigheden og dermed en del af læringsprocessen. F.eks. fandt vi, at vi trak på skuldrene, når man igen skulle diskutere med en sygeplejerske, hvorfor den ene patient godt kan få anlagt kateter med afdelingens udstyr, når patienten i nabosengen ikke kan. Måske skyldes det, at sygeplejersken er uvenner med familien, eller at denne ikke har penge til bestikelse.

Der er megen erkendelse i at blive vred og frustreret over beslutninger i sygeplejen, og man lærer at skelne skidt fra kanel, forstået sådan at vi lærte meget af ikke at have indflydelse, men at vælge vores kampe og blive bevidste om, hvad der virkelig har betydning for patienterne og egen faglighed. At blive en del af elendigheden betyder også større interkulturel forståelse.

## Ikke én rigtig måde at yde sygepleje på

Fordi vi blev integreret i plejen, mener vi, at vi blev bedre til altid at se en sag fra flere sider. For patienterne oplevede nødvendigvis ikke den omtalte forskelsbehandling som uretfærdig på samme måde som os. Man lærer, at der ikke nødvendigvis altid kun er én rigtig måde at udøve sygepleje på, og det er måske sundt for dansk sygepleje, hvor man groft sagt har en retningslinje for alt, hvad man gør. Ikke, at vi angriber retningslinjernes berettigelse, men man kan sige, at de kompromitterer evnen til improvisation, der bl.a. handler om evnen til kreativt at bruge den teoretiske og tekniske viden i den virkelighed, man står i (6). Dermed ikke sagt, at man ikke lærer det i Danmark, evnen bliver bare mere tydelig i Afrika.

I en afrikansk kontekst bliver læringen båret af hele tiden at komme til kort, hvilket Benner et al. mener er centralt, når sygeplejersker skal uddannes (7). Cathrine oplevede ofte situationer, hvor hun følte sig helt på bar bund. F.eks. lykkedes det, trods begrænset viden, at rense og forbinde alvorlige brandsår hos en ung kvinde med selvgjort vaselinegaze og egen sterilisering af instrumenter, samtidig med at den unge pige ikke kunne smertedækkes. Cathrine erkendte i situationen, at det havde lange udsigter, før ►



En lille dreng stetoskoperes på børneafdelingen på Jinja Regional Referral Hospital. Sygeplejerskens opgaver er noget anderledes i Uganda end i Danmark. Privatfoto.

- ▶ nogen kunne tage sig af brandofferet, og at risikoen for infektion i sårene var stor. Disse forhold medførte improvisation og handling og efterfølgende refleksion og læring. Man får også øvet sit kliniske blik, fordi der ikke altid er adgang til termometre eller blodsukkerapparater.

Men hvordan lærer vi så, hvad der er rigtigt, og hvad der er forkert, og hvilke elementer der skal integreres eller er u hensigtsmæssige? Intet svar er dækkende, og det skal medtænkes, at megen læring sker efter hjemkomst. F.eks. har det optaget Cathrine, om det var ansvarligt at anlægge kateter str. 18 på en akut syg dreng med urinretention. I Danmark nej. Men den solskinsdag i marts i Øst-uganda var der ikke andre muligheder, og familien havde ikke råd til at købe et andet kateter. Cathrine var bevidst om, at hun havde påført drengen unødvendig smerte, men også at hun havde handlet i hans bedste interesse ud fra forudsætningerne. I de situationer så Dorte tydeligt, hvordan studerende fik sat etik, patientsikkerhed, omsorg, kompleks sygepleje, ansvar og pligter som sygeplejerske på dagsordenen på en anden måde end studerende i Danmark.

### Professionsidentitet sat på spidsen

I kølvandet på elendigheden bliver professionsidentiteten sat på spidsen, fordi sygeplejen i Uganda er anderledes end den danske. Det er langt hen ad vejen forståeligt, hvis man inddrager kultur og



Stræk er standardbehandlingen for opererede brud på kirurgisk afsnit på hospitalet i Jinja. Selve trækket består af gamle cementblokke fundet rundt omkring og bundet op i snor. Privatfoto.

» F.eks. oplevede vi, at en afdelingssygeplejerske startede dagen med at skælde patienter og pårørende ud. Efterfølgende bebrejdede hun offentligt de pårørende til en afdød kvinde, som lå i sengen på sengestuen, at de ikke havde fået fjernet liget. Her stod manden og sønnen så med dukkede nakker og måtte finde på en løsning. De slæbte afdøde gennem afdelingen, dækkede hende til med et lagen og satte hende mellem sig på motorcyklen for at få hende hjem til landsbyen.

vilkår for udførelse af sygepleje, men i andre tilfælde handler det også om, at de sygeplejersker, vi mødte, var afmægtige.

Sygeplejerskernes opgave bestod primært i medicinadministration, når medicinen var tilgængelig, og i tekniske procedurer. Derudover havde de en del administrative opgaver. Det var ikke sygeplejerskerne, der sørgede for personlig pleje, og vi oplevede kun sjældent, at sygeplejersker vejledte patienter i f.eks. håndtering af hygiejne eller kroniske lidelser. Blev en patient indlagt med diabetes, kunne han komme tilbage om torsdagen, sidde i kø hele dagen og måske få en samtale om, hvordan man lever med diabetes. På samme måde blev pårørende ej heller vejledt i plejen af nasogastriske sonder. Sonderne blev anlagt af en sygeplejerske, men de pårørende måtte selv finde ud af, hvad der skulle i den og hvordan, hvilket i flere tilfælde havde fatale konsekvenser. Eksemplerne illustrerer, at de ugandiske sygeplejersker, vi arbejdede med, ikke så det som en kerneydelse at vejlede. Den kommunikative og relationelle del af sygeplejen så ikke ud til at være central på samme måde som i Danmark, hvilket satte vores professionsidentitet i perspektiv.

Omsorgen, som er en anden del af vores professionsidentitet, var tilsvarende vanskelig at få øje på. F.eks. oplevede vi, at en afdelingssygeplejerske startede dagen med at skælde patienter og pårørende ud. Efterfølgende bebrejdede hun offentligt de pårø-

rende til en afdød kvinde, som lå i sengen på sengestuen, at de ikke havde fået fjernet liget. Her stod manden og sønnen så med dukkede nakker og måtte finde på en løsning. De slæbte afdøde gennem afdelingen, dækkede hende til med et lagen og satte hende mellem sig på motorcyklen for at få hende hjem til landsbyen. Det er en frygtelig barsk oplevelse at være vidne til uden at have mulighed for at handle. Senere har vi oplevet denne praksis flere gange og kan godt forstå den ud fra de forhold, som en almindelig ugandisk borger har.

Der er ikke tvivl om, at mange af sygeplejerskerne handler i afmagt i et korrupt sundhedsvæsen, hvor de end ikke er sikre på, at lønnen bliver udbetalt, og hvor de er nødt til at finde smuthuller for at forsørge sig selv og familien. Vi har derfor set korrupsion i forskellige afskyninger, hvilket ikke er et ukendt fænomen (8).

Man udfordres i at forholde sig kritisk og at tænke udvikling af sygeplejen. At udvikle sygeplejen og reflektere over egen praksis havde vi ikke mulighed for at gøre i samarbejde med de ugandiske sygeplejersker, for det var ikke en del af kulturen.

På samme måde blev teori ikke italesat. Derfor var det interessant som underviser at opleve studerende italesætte vigtigheden af teori. Cathrine oplevede, at manglen på teori i praksis gjorde, at hun blev mere bevidst om brugen af teori, som ellers i et studentperspektiv opleves som implicit. Årsagen til, at det pludselig bliver nødvendigt at italesætte teorierne, er måske, at patient-sygeplejerske-forholdet er mangelfuldt i Uganda. Dette er også et område, befolkningen i Uganda kritiserer sundhedsvæsenet for (6). Det bliver derfor tydeligt, at selvom ressourcerne er sparsomme og forholdene forfærdelige, kan man som sygeplejerske stadig gøre en medmenneskelig forskel.

At lære i en praksis, hvor man hele tiden skal forholde sig til sin faglige identitet, være kritisk og reflektere på en anden måde, mener vi har en enorm værdi for læring og ikke mindst udviklingen af sygeplejen.

### Man vokser med opgaven

Vi har forsøgt at fremstille en brøkdelt af det, vi mener, man kan lære i Afrika. Det er vigtigt at understrege, at der altid er en risiko for ikke at lære noget, ligegyldigt hvor man studerer. Det handler om selvstændighed og ansvar. Vores påstand er, at det kræver, at



Også på børneafdelingen ligger patienterne tæt. Oftest deles to-tre børn om én seng. Her superviseres der i palpation af pigens milt. Privatfoto.

man tager større ansvar, hvis man skal lære noget fagligt i Afrika. På et dansk hospital har de studerende kliniske vejledere at støtte sig til. Det er ikke tilfældet i Uganda. Her er den studerende heldig, hvis en uddannet sygeplejerske viser en procedure, inden man selv skal foretage den. Refleksion oplevede vi som fraværende, og at det kun er på en god dag, læringsprincippet ”see one, do one, teach one” bliver anvendt. Langt de fleste dage må de studerende lære af hinanden, hvilket ikke altid spænder godt af. Den ugandiske didaktiske tilgang er imidlertid en helt anden historie. ▶

- ▶ Vi må konstatere, at det er rigtigt, at man ikke lærer det samme, som hvis man blev i Danmark, men at den læring, man får i Afrika, ikke fås andre steder. Den kan efter vores overbevisning kun være med til at kvalificere den enkelte sygeplejerske og studerende på mange niveauer.

Cathrine har derfor nu en klar opfattelse af, at alle de udfordringer og forandringer i den studiemæssige hverdag i Afrika bevirker, at man vokser med opgaven. Man kan godt få vejledning, men man skal kæmpe for den, og man står hovedsageligt til regnskab for sig selv. Cathrines postulat er, at vil man lære, kan man lære meget, men man skal have modet til at tage adgang til læringsfeltet.

At være på udveksling i Afrika modner én som sygeplejerske, som studerende og som menneske. Man bliver mere selvstændig, ansvarlig og ikke mindst reflekterende, specielt i forhold til betydningen af kultur. Selvom der ikke findes forskning, der belyser potentialet for at studere sygepleje i Afrika, findes der fortællinger, som bekræfter vores konklusioner (9). Det er vores håb, at den forskning vil se dagens lys med tiden – vi vil gerne bidrage til processen – for det er i sandhed en oplevelse for livet at yde sygepleje i Afrika.

### Litteratur

1. Regeringen 2013. Øget indsigt gennem globalt udsyn – flere studerende på studieophold i udlandet, styrkede internationale læringsmiljøer og bedre fremmedsprogskompetencer. [www.ufm.dk](http://www.ufm.dk) > publikationer > 2013 > søg: øget indsigt. Link: <http://ufm.dk/publikationer/2013/filer-2013/oget-indsigt-gennem-globalt-udsyn-1.pdf>
2. Ernlund MS. Mødet med det fremmede – En kvalitativ undersøgelse af professionsbachelor-studerendes motivationer og erfaringer ifm. international mobilitet. Ph.d.-afhandling. Syddansk Universitet 2014.
3. Ministeriet for Forskning, Innovation og Videregående Uddannelse. Mobilitetsstatistik for de videregående uddannelser 2011/12; 2013.
4. USAID. [www.sustainuganda.org](http://www.sustainuganda.org) > supported hospitals > click here for accessible content > Jinja Regional Referral Hospital. Link: <http://sustainuganda.org/content/jinja-regional-referral-hospital>
5. Kristensen S. Learning by leaving – Placements abroad as a didactic tool in the context of vocational education and training in Europe. Cedefop Reference series; 55. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2004.

6. Martin HM. Improvisation. Tidsskriftet Antropologi 2005/2006; 51.
7. Benner P et al. Educating nurses – a Call for Radical Transformation. The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Jossey-Bass 2010.
8. Martin HM. Nursing contradictions – Ideals and improvisation in Uganda. AMB Diemen; 2009.
9. Ware SD et al.: Two worlds apart: experiential learning in Ghana. National Black Nurses' Association (U.S.) Journal of National Black Nurses' Association 2009;(20):66-71.

---

### English abstract

---

Laugesen C, Vilstrup DL. Can you really learn nursing in Africa? *Sygeplejersken* 2015;(2):84-7.

The impetus for writing this article is the critical attitudes one sometimes encounters when students undertake electives in developing countries. The article aims to shed light on learning and developmental aspects of an elective stay in Uganda.

Since the authors are at different points in their careers, the elective stays are approached from two angles. The one angle is that of the experienced nurse and educator, the other is that of module 6 nursing students. The lecturers and nursing students were on the same elective and experienced the hospital's nursing model and culture on an equal footing. This has resulted in an extensive dialogue about the learning that takes place before, during and after the stay, and it is part of the dialogue upon which this article is based.

This article highlights some of the learning aspects associated with an elective stay, and are based on personal experiences supported by theories. Particular focus is placed on learning in and from squalid conditions, and adhering to and reflecting on one's own practice and professional identity.

The conclusion is, that elective stays in Africa are highly demanding on a personal level, but also that such electives have great potential to develop nursing knowledge

**Keywords:** Africa, learning, nursing students, exchange, Uganda, teacher.

---



# Med en annonce i **SYGEPLEJERSKEN** når du ud til 112.000 læsere



Sygeplejersken udkommer 14 gange årligt i et oplag på 74.822 og har ifølge Gallup 112.000 læsere.

Bladet sendes til alle medlemmer på deres privatadresse, hvilket sikrer den store læseropmærksomhed.

Når de skal orientere sig om nye produkter, spiller deres fagblad en central rolle.

Sygeplejerskerne er en spændende og interessant målgruppe, der har stor indflydelse på indkøb og behandlingsplaner både i hospitalsregi og i den primære sektor. Derudover er sygeplejerskerne købestærke personer, der sætter økologi, sund levevis og kultur højt.

**Sygeplejersken har ret til at medtage annoncer for receptpligtig medicin.**

## **Sygeplejersken indeholder bl.a.:**

- Aktuelt tema
- "Fag" som er faglig information med beskrivelser af projekter, udviklingsarbejde, ph.d.-forsvar og nyheder om forskning.
- "Teori & praksis" der indeholder artikler som primært er forskningsbaseret.

## **Stillingsannoncering i Sygeplejersken = Effektiv rekruttering**

Den opmærksomhed, du opnår med din annonce i Sygeplejersken, er den mest optimale, der er, når der skal rekrutteres nye medarbejdere. Det er mediet, hvor du rammer den samlede målgruppe, og hele 65% af medlemmerne ser stillingsannoncerne igennem hver gang.

# DM

## **Få flere oplysninger**

Kontakt Dansk Mediaforsyning og få en snak om annoncering i Sygeplejersken.

Tlf. 7022 4088 eller via mail  
dsrtekst@dmfnet.dk / dsrjob@dmfnet.dk

Se evt. også [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)

# JOB



SE ALLE STILLINGER: [WWW.DSR.DK/JOB](http://WWW.DSR.DK/JOB)

## Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under Information til annoncører

### Nr. 3 - 2015

11. februar 2015

### Nr. 4 - 2015

4. marts 2015

### Nr. 5 - 2015

27. marts 2015

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

### Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj  
Tlf. 7022 4088 • e-mail: [dsrjob@dmfnet.dk](mailto:dsrjob@dmfnet.dk)  
Internet: [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)  
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

### Nr. 3 - 2015

16. februar 2015

### Nr. 4 - 2015

9. marts 2015

### Nr. 5 - 2015

1. april 2015

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

### Nr. 3 - 2015

2. marts 2015

### Nr. 4 - 2015

23. marts 2015

### Nr. 5 - 2015

20. april 2015



## Abena søger

### Kontinenssygeplejerske til faglig formidling af inkontinens

Abena A/S søger en dygtig og dynamisk sygeplejerske til at servicere vores kunder i distrikt Midtjylland.

#### Jobbet

Undervisning og vejledning samt konceptpræsentation i inkontinens (bleer og urologi). Aftaleimplementering og -opfølgning herunder vejledning i Abenas systemløsninger i den primære sektor.

#### Personprofil

Gerne uddannet kontinenssygeplejerske, men ikke noget krav.

Du skal have erfaring med arbejdet i hjemmeplejen og/eller plejeområdet inden for inkontinens.

Du har en udadvendt personlighed, et godt humør og er ikke bange for at tage ordet i større forsamlinger.

Du skal kunne samarbejde på tværs af organisationen med øvrige sygeplejersker/konsulenter og admini-

strationen samt deltage aktivt i kunde-relaterede opgaver.

Du forventes at have bopæl centralt i distriktet.

#### Vi tilbyder

Et udfordrende og selvstændigt job, hvor du i høj grad får mulighed for at præge din egen hverdag.

Løn efter kvalifikationer. Hjemme-arbejdsplads, bil- og telefonordning.

Du kan læse mere om stillingen på [www.abena.dk](http://www.abena.dk).

#### Ansøgning

Ansøgning vedlagt referencer skal sendes via [www.abena.dk](http://www.abena.dk) under menupunktet *Kontakt, Job hos Abena*.

Ansøgningen skal være os i hænde senest den 27. februar 2015.



[www.abena.dk](http://www.abena.dk)

Da der ikke er indgået overenskomst vedrørende løn- og ansættelsesforhold opfordres ansøgere til at kontakte Dansk Sygeplejeråd (Juridisk Videncenter) med henblik på vejledning.

## Sundhedsfaglige Visitatorer (SFV) søges til AMK-Vagtcentralen Region Midt

Vi søger fagligt dygtige sygeplejersker, paramedicinere eller ambulancebehandlere til sundhedsfaglig visitation af 1-1-2 opkald på AMK-Vagtcentralen i RegionMidt.

#### AMK-Vagtcentralen skal sørge for

- rette hjælp til rette patient i rette tid
- optimal udnyttelse af ressourcerne

AMK-Vagtcentralen er bemanded af sundhedsfaglige visitatorer, tekniske disponenter og læger.

#### SFVens primære opgaver er at:

- Modtage 1-1-2 opkald fra borgere vedrørende akut sygdom, tilskadekomst eller fødsel
- Vurdere situationens alvor ud fra beslutningsstøtteværktøjet Dansk Indeks (DI) og der ud fra visitere til den rette præhospitale indsats
- Vejlede indringer i livreddende og basal førstehjælp samt rådgive i forhold til egenomsorg til borgere, der har ringet 1-1-2
- Deltage i beredskabssituationer f.eks. større ulykker og træning i forhold til sådanne

#### Vi forventer at du:

- Har minimum 5 års erfaring fra det akutte eller præhospitale område.
- Holder af en hverdag med stor variation i travlhed, hvor patient-kontakten er baseret på IT og telefoni, og hvor de sundhedsfaglige kompetencer hele tiden er i spil
- Arbejder meget systematisk, omhyggeligt og ansvarligt
- Er robust og kan samarbejde tæt og ligeværdigt både monofagligt og tværfagligt
- Er venlig, imødekommende, konfliktnedtrappende, empatisk og har en god og tydelig telefonstemme med øje for borgeroplevelse kvalitet
- Er fagligt overbevisende og har gode IT kompetencer
- Har forståelse for og er indstillet på at være en del af en mindre, men helt speciel arbejdsplads med stor omskiftelighed og med stort behov for fleksibilitet og ansvarlighed

#### Vi tilbyder:

- En spændende og varieret hverdag, der er præget af det tætte tværfaglige samarbejde med de tekniske kørselsdisponenter og læger i AMK Vagtcentralen
- En organisation, der er præget af omskiftelighed og udvikling med stor offentlig og politisk bevågenhed
- Gode engagerede kollegaer
- Mulighed for hovedsagelig 12 timers vagter, eller 12 timers og 8 timers vagter i kombination. Gennemsnitligt arbejde hver 3. weekend
- 3 mdr. oplærings- og introduktionsprogram
- Løbende dygtiggørelse og efteruddannelse

Er du interesseret i at få en studiedag i AMK Vagtcentralen, er dette muligt efter nærmere aftale med sundhedsfaglig leder.

#### Ansøgningsfrist torsdag, 19. februar 2015 kl. 10.00

Se yderligere oplysning om samtaledato m.m. og ansøg elektronisk via [www.rm.dk/job](http://www.rm.dk/job)

Yderligere information om stillingen kan fås ved henvendelse til sundhedsfaglig leder Trine Agerskov, mobil 3046 3772. Du kan læse mere om Præhospitalet på vores hjemmeside: [www.ph.rm.dk](http://www.ph.rm.dk)

et arbejde med hjerne og hjerte

midtjob  
.dk



## Introduktionsstillinger for sygeplejersker

### Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri, Roskilde

**Skift karriere til sygeplejerske i børne- og ungdomspsykiatrien. Vi har tre nyetablerede introduktionsstillinger ledige 01.04.15. 1 1/2-årige introduktionsstillinger med arbejde i tre forskellige døgnafsnit med efterfølgende tilbud om fast stilling.**

Vi tilbyder ansættelse til tre sygeplejersker, som får mulighed for at arbejde i

tre forskellige afsnit med seks måneder hvert sted

- Børnepsykiatrisk døgnafsnit U3
- Ungdomspsykiatrisk døgnafsnit U1
- Center for Spiseforstyrrelser U2

Du vil blive tilmeldt deltagelse i nystart-gruppe og et internt miljøterapeutisk kursusprogram. Derudover vil du på de

tre afsnit få tildelt en mentor, som du kan støtte dig til i forløbet.

#### Yderligere oplysninger

Ledende oversygeplejerske Poul Erik Ravnsmed, 29 27 12 66.

Se det fulde stillingsopslag på [www.regionsjaelland.dk/job](http://www.regionsjaelland.dk/job), quicknr. 16455

[WWW.REGIONSJÆLLAND.DK](http://WWW.REGIONSJÆLLAND.DK)

Vi er regionens største arbejdsplads med mere end 17.000 medarbejdere og et budget på kr. 17 mia. kroner. Vi løser opgaver inden for sundhed, psykiatri og regional udvikling og driver en række sociale institutioner. Klik ind på [www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk) og læs mere om regionens opgaver, struktur og geografi. Du finder os også på Facebook, Twitter og LinkedIn.

REGION SJÆLLAND

PSYKIATRIEN

*- vi er til for dig*



## Sygeplejersker til nyt rehabiliteringscenter ved Vejlefjord.

Anæstesi-, intensiv- og basissygeplejersker til ansættelse april og maj 2015.

REMO Vejlefjord søger sygeplejersker til tiltrædelse i april og maj 2015. REMO har brug for dig, som brænder for rehabilitering og høj kvalitet til patienterne. Du har de faglige kompetencer, erfaringer og engagement, der skal til for at REMO plejekonceptet kan implementeres og sikres. På REMO indretter vi os efter patienten. Derfor har vi organiseret os, så vi skal sikre sammenhæng og kvalitet for patienten, såvel som en effektiv drift. Vil du være med til at tage ansvar for, at REMO Vejlefjord leverer kvalificerede indsatser inden for det respiratoriske område? Har du lyst og evner til at være med til at starte et nyt center op i Danmark til gavn for patienter og pårørende? Så er du en vores nye sygeplejersker.

REMO Vejlefjord er et helt nyt plejeniveau for patienter, der har behov for respiratorisk pleje og rehabilitering. REMO yder 24 timers pleje via et team af erfarne sygeplejersker, fysioterapeuter, læger og hjælpere og er et evidensbaseret koncept. Vi tilbyder bl.a. pårørende og familie aflastning i spidsituationer. REMO betyder på latin "jeg vender hjem" og henviser til, at der gives et hjemligt alternativ til patienter med behov for respirationsstøtte (respirator, non-invasiv ventilation, tracheostomerede patienter). Typiske diagnoser er ALS, muskeldystrofi, KOL og andre neurologiske sygdomme. REMO vil i løbet af 2016 beskæftige ca. 26-30 medarbejdere og er beliggende på Vejlefjord rehabilitering, Sanatorievej 27 B, 7140 Stouby. Der er i dag ca. 30 klinikker i den globale REMO-verden.

#### Dine opgaver og udfordringer

Vi søger sygeplejersker, der med støtte fra vores chefsygeplejerske og kvalitetssygeplejerske, kommer til at spille en vigtig rolle i opstarten af REMO Vejlefjord. I samarbejde skal vi sikre udvikling af processer og procedurer, der skal sikre en høj kvalitet, sikker pleje og rehabilitering for kroniske respirationspatienter. Vi planlægger at modtage vores første patient i maj 2015 og perioden frem til medio maj vil du komme til at arbejde med REMO plejekonceptet og indretning af vores nye flotte faciliteter. Du vil referere til chefsygeplejersken på REMO Vejlefjord. Der vil være skiftende vagter og weekendarbejde.

#### Vi tilbyder

Kompetente og engagerede kollegaer med lyst og vilje til at sikre de bedste mulige resultater. Vi tilbyder et spændende job, hvor du kommer til at bruge dine faglige og personlige kompetencer i et uformelt og dynamisk arbejdsmiljø. Engagement er en af vores kerneværdier. Og vi tror på, at en god personlighed sammen med faglig udvikling skaber resultater.

Løn efter kvalifikationer og aftale med DSR.

Du kan læse den fulde jobbeskrivelse på [www.dmfnet.dk](http://www.dmfnet.dk)

Linde: Living healthcare

THE LINDE GROUP

AGA



#### Er du interesseret?

Hvis du har spørgsmål til stillingen, er du velkommen til at kontakte chefsygeplejerske Helle Madsen på mobil 21 29 55 60 eller mail: [helle.madsen@dk.aga.com](mailto:helle.madsen@dk.aga.com). Send din ansøgning og dit CV til samme mail. Skriv "Sygeplejerske" i emnelinjen.

Vi glæder os til at høre fra dig!

AGA A/S

Linde Healthcare, Vermlandsgade 55, 2300 København  
Tel +45 70 104 103, [www.linde-healthcare.dk](http://www.linde-healthcare.dk)

Der pågår i øjeblikket forhandling mellem Linde Healthcare og Dansk Sygeplejeråd om overenskomst på området, hvorfor ansøgere opfordres til at rette henvendelse til Dansk Sygeplejeråd, Forhandling.



## Lad jobbet finde dig...

- læg dit CV på Sygeplejeportalen

[www.dsr.dk/løn](http://www.dsr.dk/løn)

Dansk Sygeplejeråd



## Interesse for psykiatrien?

Har du altid haft en drøm om at arbejde på Grønland?

Psykiatrisk afdeling søger sygeplejersker pr. 1. april 2015.

Se hele annoncen inde på vores hjemmeside **www.dsr.dk** under 'Job i Grønland'.

Eller se mere under **www.gjob.dk**



Før du søger arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på [dsr.dk/jobudlandet](http://dsr.dk/jobudlandet)



[www.ssh.fo](http://www.ssh.fo)

## Suderø Sygehus

**Sygehuset** søger sygeplejersker til ferieafløsning fra 1. maj til 30. september 2015 til vores: Almen med./kir. sengeafdeling – Operationsafdeling og Anæstesiafdeling.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingerne fås ved henvendelse til forstanderinden tlf. 00 298 34 33 00.

### Anæstesisygeplejerske

Vi søger efter en sygeplejerske til vores anæstesiafdeling fra 1. maj 2015 eller efter nærmere aftale. Stillingen er en fuldtidsstilling med rådighedsvagt fra hjemmet.

Ansøgere med erfaring inden for anæstesi har fordel, men alle er velkommen at søge.

Nærmere oplysninger vedrørende stillingen fås ved henvendelse til afdelingslederen tlf. 00 298 34 33 00.

Rejseudgifter til og fra arbejdsstederne refunderes. Møbleret lejlighed stilles til rådighed mod betaling efter gældende regler.

Løn og arbejdsvilkår i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyskir Sjúkrarøktarfrøðingar og Fíg-gjarmálaráðið.

Ansøgning med kopi af autorisationsbevis m.m. tilsendes inden 23. februar 2015 til:

### Suderø Sygehus

att. Inspektøren  
Sjúkrahúsbrekkan 19  
FO-800 Tvøroyri  
Færøerne  
eller pr. mail til [ssh@ssh.fo](mailto:ssh@ssh.fo)

# Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.

**Hovedstaden**

**10827671**

Plejhjemmet Svendbjerghave  
**Vi søger sygeplejerske til nattevagt**  
Ansøgningsfrist: 16. februar 2015



Quicknr.

**Hovedstaden**

**10930269**

Region H, Nordsjællands Hospital, Hillerød  
**Vil du være vores nye kollega?**  
Ansøgningsfrist: 27. februar 2015

Quicknr.

**Hovedstaden**

**10853566**

Københavns Kommune  
**Afdelingsleder til Plejeboligcenter Fælledgården**  
Ansøgningsfrist: 18. februar 2015

Quicknr.

**Hovedstaden**

**10853560**

Høje-Taastrup Kommune  
**Natsygeplejerske til Høje Taastrup Kommune**  
Ansøgningsfrist: 15. februar 2015

Quicknr.

**Hovedstaden**

**10930224**

Henriksdal Plejecenter, Taastrup  
**Fagligt fokuseret teamleder - sygeplejerske**  
Ansøgningsfrist: 13. februar 2015

Quicknr.

**Hovedstaden**

**10906429**

Glostrup Kommune  
**KABS søger SKP til vikariat**  
Ansøgningsfrist: 20. februar 2015

Quicknr.

**Midtjylland**

**10844339**

Hedensted Kommunes Sundhedspleje  
**Sundhedsplejersker**  
Ansøgningsfrist: 13. februar 2015



## KURSER, MØDER OG MEDDELELSER

### Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden

### Seniorsammenslutningen Kreds Hovedstaden

Der skal afholdes valg til landsbestyrelsen for Seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden. Kandidater der ønsker at stille op som medlem eller suppleant skal henvende sig til kontaktudvalgsformand Dora Pawlowski inden den 1. maj på tlf. 4050 3579 el. e-mail: [dora.pawlowski@outlook.dk](mailto:dora.pawlowski@outlook.dk) Hvis der skal holdes valgmøde bliver det den 4. maj kl. 10 i Frederiksborggade 15,4.

### Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Den 08.04.2015 emne bekendtgøres senere. Den 06.05.2015 er der rundvisning i Kvæsthuset. Den 09.06.2015 er der fælles udflugt til Sygeplejemuseet i Kolding for alle i Kreds Hovedstaden.

### Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

Ella Hilker kommer og fortæller om deres projekt "Haverefugiet for stress ramte personer".

#### Tid og sted:

4. marts 2015 kl. 14:00 - 16:00  
Rådhusstræde 29  
3400 Hillerød

#### Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Kreds Hovedstaden, Nord

#### Tilmelding:

Inden den 01.03.2015 på tlf. 2345 8507 eller e-mail: [bptvingsvej@gmail.com](mailto:bptvingsvej@gmail.com)

#### Pris:

30 kr. for kaffe

### "Sind" ved Jesper Steen Andersen

Formanden for "Sind" Jesper S. Andersen kommer og giver os et indblik i det, at skabe forståelse og tolerance for psykisk syge og deres pårørende. Tilmelding senest 02.03.2015 til [dora.pawlowski@outlook.dk](mailto:dora.pawlowski@outlook.dk) eller tlf. 4050 3579.

#### Tid og sted:

5. marts 2015 kl. 11:00 - 13:00  
Garnisonskirkens Menigheds-  
hus, Skt. Annæ Plads 4,  
København K

#### Arrangør:

Seniorsygeplejersker  
Kreds Hovedstaden Central

#### Pris:

30 kr.

#### Yderligere info:

Se hjemmesiden

### Seniormøde på Bornholm

Arrestforvarer Benny Christensen fortæller om dagligdagens opgaver i Rønne Arrest.

#### Tid og sted:

12. feb. 2015 kl. 14:00 - 16:00  
Kreds Hovedstaden, Bornholm,  
Haslevej 50, 3700 Rønne

#### Arrangør:

Seniorkontaktudvalget i  
Kreds Hovedstaden Bornholm

#### Tilmelding:

DSR tlf.: 469 54917 eller Inge-  
Lise Hansen, tlf. 5695 2910  
senest 11. februar 2015

#### Pris:

25 kr. for kaffe med brød

**Sjælland****Seniorsygeplejerskerne  
Kreds Sjælland - Roskilde**

Inviterer til møde med Connie Kruckow. Tema er: Mit liv efter formandsposten i DSR.

Mødet foregår i Selskabslokalerne på Margrethegården.

**Tid og sted:**

17. marts 2015 kl. 13:00 - 15:30  
Margrethegården, Dr. Sofies vej 68, 4000 Roskilde

**Arrangør:**

Kontaktudvalget i Roskilde

**Tilmelding:**

Sidste frist den 9. marts på tlf. 7021 1664.

**Pris:**

30 kr.

**Yderligere info:**

e-mail: sjaelland@dsr.dk

**Syddanmark****Seniorsammenslutningen  
Trekanten**

Vi begynder det nye år med foredrag ved terapeut Annette Graversen, som er en fantastisk foredragsholder. Hun vil fortælle om billedsprog i ord og billeder, en genvej til sindet.

**Tid og sted:**

24. feb. 2015 kl. 13:00 - 15:00  
DSR's lokaler, Vejlevej 121, 2. sal, 7000 Fredericia

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen  
Trekanten

**Tilmelding:**

Senest 20. februar kl. 12.00 til Vibeke, tlf. 2176 7697 eller Jenny, tlf. 3123 7433

**Pris:**

Kr. 30 for kaffe

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Seniorsammenslutningen  
Fyn**

Foredrag om demens. Sygeplejerske og centerleder Ulla Thomsen kommer og fortæller om demens og de problemer det medfører for patienter og pårørende.

**Tid og sted:**

5. marts 2015 kl. 13:30 - 15:30  
Munkemose Plejecenter, Munke Møse Allé 2-4, 5000 Odense C

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Fyn

**Tilmelding:**

Senest mandag 2. marts til Ingelise, tlf. 5184 2275, mail [ibruhn@hotmail.com](mailto:ibruhn@hotmail.com) eller Conny, tlf. 2176 8818, mail [coands@gmail.com](mailto:coands@gmail.com)

**Pris:**

Kr. 15 for kaffe med brød

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Seniorsammenslutningen  
Esbjerg**

På vores første møde i det nye år, skal vi høre lederen af Krisecenteret i Esbjerg, Lene Hellberg Andersen fortælle om centerets virke, funktion og målgruppe.

**Tid og sted:**

17. feb. 2015 kl. 14:00 - 16:30  
Vor Frelser Kirkes sognelokaler, Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen  
Esbjerg

**Tilmelding:**

Senest 16. februar kl. 12.00 til Elna Schousboe på tlf. 7511 6686, 2334 0526, mail: [elinaschousboe@bbsyd.dk](mailto:elinaschousboe@bbsyd.dk) eller Nina Jacobsen, tlf. 7513 2246, 3032 4337

**Pris:**

Kaffe 20 kr.

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**Midtjylland****Seniorsammenslutningen,  
Kreds Midtjylland -  
Holstebro/Herning**

Rundt om Thit Jensen og Agnes Henningsen, to stærke kvinder, som havde stor indflydelse på kvindernes valgret. V/ Højskoleforstander Lilian Hjort.

**Tid og sted:**

11. marts 2015 kl. 14:00 - 16:00  
BUPL, Stationsvej 8, 7500 Holstebro

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen Holstebro/Herning og omegn

**Tilmelding:**

Senest den 3. marts til Kirsten Sanggaard, tlf. 9741 4345 el. på [kmk\\_285@hotmail.com](mailto:kmk_285@hotmail.com)

**Pris:**

Kr. 50,00

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/midtjylland

**Seniorsammenslutningen  
Kreds Midtjylland, Århus**

Seniorsammenslutningen afholder møde: Sygepleje under besættelsen v/sygeplejersker Elna Heigaard og Forholdene i Syrien v/Kredschef Ann Dahy.

**Tid og sted:**

3. marts 2015 kl. 14:00 - 16:00  
Kloster Caféen, Klostergade 37, 8000 Aarhus C.

**Arrangør:**

Seniorsammenslutningen,  
Århus/Silkeborg/Randers/  
Horsens

**Tilmelding:**

Til Lis Jensen, tlf.: 2398 1009 el. Rita Kristensen, tlf. 8619 170

**Yderligere info:**

www.dsr.dk/midtjylland

**Nordjylland****Seniorsammenslutningen i  
Kreds Nordjylland**

Hjertelungemaskine - forsøg med 200 grise har reddet mere end 100 mennesker med hjertestop v/overlæge Benedict Kjærgaard.

**Tid og sted:**

3. marts 2015 kl. 14:00 - 16:00  
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, 9200 Aalborg SV

**Arrangør:**

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

**Tilmelding:**

Birgit Hansen, tlf. 6084 6854 - gerne sms  
Annalise Bonde, tlf. 2283 4628 - gerne sms  
senest den 27. februar 2015

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

www.dsr.dk

**DSR Meddelelse****Generalforsamling i FS for  
Geriatriske Sygeplejersker**

Der afholdes generalforsamling i FS for Geriatriske Sygeplejersker i forbindelse med konferencen på Park Inn by Radisson Københavns Lufthavn Hotel, Engvej 171, 2300 København S, den 12. marts 2015 kl. 16.00. Dagsorden kan ses på FS for Geriatriske sygeplejerskers hjemmeside. Forslag til generalforsamlingen skal være Formanden i hænde senest 2 uger før generalforsamlingen.

**Generalforsamling i FSUS**

Fagligt selskab for undervisende sygeplejersker indkalder til generalforsamling tirsdag den 10. marts 2015 kl. 17.00 på Blangstedgårdsvej 4, 5240 Odense. Se mere på hjemmesiden [www.fsus.dk](http://www.fsus.dk)

**DASYS afholder Masterclass 18. marts**

Forskningsrådet under DASYS afholder Masterclass 18. marts 2015 i Aarhus. Temaet for dagen er "Opstart, etablering og gennemførelse af forsknings-samarbejde nationalt og internationalt". Find programmet og mere praktisk information på [www.dasys.dk](http://www.dasys.dk)

Her kan du også finde det elektroniske tilmeldingssystem.

**FS-KIS Region H indbyder til undervisning**

Det er nu endelig lykkedes at få den eftertragtede sexolog Rikke Thor til Sjælland. Hun taler om følgende emne: "Hvordan taler vi med vores patienter om seksualitet?" God mulighed for spørgsmål og dialog om emnet. Efterfølgende lettere traktement. Tid: Mandag 16. marts 2015 klokken 17. Sted: Lokalteterne det skal holdes i er ikke helt på plads, annonceres i næste nr. Pris kr. 40. Tilmelding: [fskisregionh@gmail.com](mailto:fskisregionh@gmail.com)

**Generalforsamling FS Neurosygeplejersker**

FSNS afholder generalforsamling den 19. marts 2015 kl. 16:30 på Hotel Comwell, Middelfart i forbindelse med temadag. Forslag til behandling sendes til formand Vivi Nielsen, e-mail: [vivinielsen@hotmail.com](mailto:vivinielsen@hotmail.com) senest 14 dage før generalforsamlingen. Dagsorden ifølge vedtægter vil ligge 14 dage før generalforsamlingen på FSNS hjemmeside.

**Mix af forskningsmetoder og temaer i klinisk forskning**

Docentforelæsning ved nytiltrådt docent Dorthe Overgaard, Institut for Sygepleje, Metropol. Arrangementet afholdes torsdag den 26. februar 2015, kl. 14-16 på Professionshøjskolen Metropol, auditoriet i Sigurdsgade 26, 2200 København N.

**DSR Kursus****Det nære sundhedsvæsen**

Spændende oplæg om sygeplejerskernes rolle i det nære sundhedsvæsen. Bliv klogere på din rolle i forbindelse med delegation og hør om de nye patientsikkerpakker for tryk, medicin, fald og infektion

**Tid og sted:**

9. marts 2015 kl. 09:00 - 15:30  
Comwell Kongebrogården, Middelfart

**Arrangør:**

FS for sygeplejersker i kommunerne

**Pris:**

750 kr. for medlemmer af FSSK og 950 kr. for øvrige

**Yderligere info:**

<http://www.dsr.dk/fs/fs6>

**Temadag i FS for Arbejds- miljøsygeplejersker**

Arbejdsulykker og arbejdsbetingede lidelser - fokus på sundhed hos individet, på arbejdspladsen, ulykkesforebyggelse, - håndtering og statistik. Efterfølgende er der generalforsamling for medlemmer. Program se [www.dsr.dk/fs/fs12](http://www.dsr.dk/fs/fs12)

**Tid og sted:**

19. marts 2015 kl. 10:00 - 17:00  
Mødelokalet, Mindegade 10, 8000 Aarhus

**Arrangør:**

Rikke Borgbjerg, 3

**Pris:**

Medlem: 600 kr. - ikke-medlem: 750 kr. - studerende: 350 kr.

**Yderligere info:**

Rikke Borgbjerg, tlf. 5186 4626 eller [rikke.borgbjerg@gmail.com](mailto:rikke.borgbjerg@gmail.com)

**DSR Fonde og legater****Ansøgningsfrister Stipendiefonden**

Ophold med start i maj 2015:

Ansøgningsfrist 1.3.2015, bevillingsmøde 1.4.2015

Ophold med start i juni 2015:

Ansøgningsfrist 1.4.2015, bevillingsmøde 6.5.2015

Ophold med start i juli/august

2015: Ansøgningsfrist 1.5.2015, bevillingsmøde 3.6.2015

Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet. Se [www.dsr.dk/stipendiefonden](http://www.dsr.dk/stipendiefonden) for ansøgningsfrister, retningslinjer og elektronisk ansøgningskema.

**DSR Kredsmøde****Sjælland****Cafébio med fokus på demens**

Tal fra det Nationale Videnscenter for Demens viser at demens er den 5. mest dødelige sygdom i Danmark, kom og får opdateret din viden på området.

**Tid og sted:**

4. marts 2015 kl. 17:00 - 20:30  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 25. februar 2015

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/sjaelland](http://www.dsr.dk/sjaelland)

**Videnscafé professionel pårørende**

Camilla Tved der er uddannet jordemoder kommer og fortæller om den hverdag og de udfordringer, der følger med som pårørende til alvorligt syge og dødende.

**Tid og sted:**

17. marts 2015 kl. 16:30 - 19:30  
Borup Erhvervshus, Møllevej 15, 4140 Borup

**Arrangør:**

Kreds Sjælland

**Tilmelding:**

Senest den 10. marts 2015

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/sjaelland](http://www.dsr.dk/sjaelland)

**Hovedstaden****Karrieredag for studerende og nyuddannede**

Bliv klogere på dine karrieremuligheder - når sygeplejersker fra tyve forskellige kliniske områder fortæller dig om deres daglige opgaver og vigtigste kompetencer. Du kan også stille dem spørgsmål.

**Tid og sted:**

4. marts 2015 kl. 16:00 - 18:00  
Professionshøjskolen Metropol, Tagensvej 86, 5. sal, 2200 København N.

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden og SLS Hovedstaden

**Tilmelding:**

Der er ingen tilmeldingspligt

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)



**Sikker medicin i kommunerne**

Samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer er i centrum på dette arrangement, hvor Apotekerforeningen i samarbejde med DSR Hovedstaden sætter sikker medicinering på dagsordenen.

**Tid og sted:**

3. marts 2015 kl. 14:00 - 16:30  
Bethesda, Rømersgade 17

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer](http://www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer)

**Screeninger i klinisk praksis**

Antallet af screeninger vokser, og dermed også kravet til at sygeplejersker tager stilling til, om de gavner plejen eller ej. Kom og få en faglig drøftelse af et vigtigt emne. Oplæg ved Hanne Konradsen.

**Tid og sted:**

16. marts 2015 kl. 16:30 - 19:30  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4.sal

**Arrangør:**

Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

[www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden](http://www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden)

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden](http://www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden)

**Demens**

Kom og bliv opdateret på din viden om demens. Kursus for sygeplejersker, der ikke er specialister på området.

**Tid og sted:**

27. marts 2015 kl. 09:00 - 15:30  
Kreds Hovedstaden,  
Frederiksborggade 15, 4.sal,

**Arrangør:**

DSR Kreds Hovedstaden

**Tilmelding:**

[www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden](http://www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden)

**Pris:**

Gratis

**Yderligere info:**

[www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden](http://www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden)

**DSA ER DIN DIGITALE A-KASSE 24/7**

DSA er med dig. Du kan bruge os døgnet rundt. A-kasse, jobformidling og socialrådgivning – samme sted.

Book selv dine møder, få onlinesparring på dine ansøgninger og find dit næste job med DSAjobsøger. Du kan også hente inspiration til dit arbejdsliv i nyhedsbrevet – Job & Arbejdsliv og holde styr på nye love med nyhedsbrevet DSA-Nyt. Ansøg om dagpenge, feriedagpenge og efterløn, når det passer ind i din hverdag.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på [dsa.dk](http://dsa.dk). Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://facebook.com/dehvidesko)

**DSA** - for sundhedsprofessionelle

**DANSKE  
SUNDHEDSORGANISATIONERS  
ARBEJDSLØSHEDSKASSE**



Vi mangler sygeplejersker!

# ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København tlf. 7020 3000

Roskilde tlf. 7021 9200

Aalborg tlf. 7021 0900

Århus tlf. 7020 8600

Odense tlf. 7021 0500

Kolding tlf. 7021 9300

[www.activcare.dk](http://www.activcare.dk)

## Lej hyggelig feriebolig på Nyord

Vores smukke stråttækte Nyordgård på øen Nyord ved Møn udlejes som feriebolig fra 3.000 kr./uge. Gården ligger i en idyllisk landsby. Gården er nænsomt moderniseret og har 10 sengepladser (5 soveværelser).

Klik på [www.nyordgaard.dk](http://www.nyordgaard.dk)

## Kobækstrand ved Skælskør

Sommerhus 2 minutters gang til fredelig badestrand med rent badevand, 7 sovepladser. Opvaskemaskine, brusebad, brændeovn og elvarme.

Juni/ juli/august 3.500 kr./ uge, øvrige uger 2.500 kr./ uge. Depositum 1.000 kr., elafregning efter forbrug. Information: [www.salud.dk](http://www.salud.dk)  
E-mail: [salud@mail.dk](mailto:salud@mail.dk)  
Tlf. 5782 2875

## Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, [dsrrubrik@dmfnet.dk](mailto:dsrrubrik@dmfnet.dk)

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

## Bornholm

Dejligt sommerhus til 8 personer, fredeligt beliggende i Sandvig med flot udsigt over Østersøen og Hammerknuden, moderniseret i 2014, terrasser mod øst, syd og vest. 500 m. til stranden/byen. Ligger op til marker og stort fredet område.

[www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk](http://www.fjeldvejsandvig.123hjemmeside.dk)  
Telefon 6156 5636

## Luksus feriehus Spanien

Fantastisk udsigt over Middelhavet. 4 terrasser, 6 sengepladser. Velholdt bevogtet område, pools (børnevenlige), tennisbaner. 10 min. fra Alicante lufthavn. Priser "alt inkl.": Velkomstpakke, internet, elforbrug, håndklæder, slutrengøring. Vælg ugedag, hvor flybilletten er billigst (halve uger muligt udenfor højsæsonen!)  
Se billederne: [www.granvista.dk](http://www.granvista.dk)  
E-mail: [info@granvista.dk](mailto:info@granvista.dk) eller tlf. 4252 1612

## ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehotelet med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni  
Tlf. +39 335 8239863  
[www.hotel-dalia.it](http://www.hotel-dalia.it)  
[hanne@hotel-dalia.it](mailto:hanne@hotel-dalia.it)

## Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Dueodde

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på [www.dsr-fritidsboliger.dk](http://www.dsr-fritidsboliger.dk)

## Juelsminde / As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde. 70 m. fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr. / uge + forbrug.

Telf. 4056 1767



## SPANIEN - ALICANTE Torreviejas saltsøer og klare luft.

300 solskinsdage/år  
12 km fra Middelhavet  
190 m2 feriehus i 2 etager  
Danske møbler & senge  
MAX. 8 Pers. Fri Internet o.m.m.

+45 4077 7936

+45 2227 6936

[WWW.CASALARSEN.DK](http://WWW.CASALARSEN.DK)

## Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



**Grete Christensen**  
Formand



**Anni Pilgaard**  
1.-næstformand



**Dorte Steenberg**  
2.-næstformand



**Irene Hesselberg**  
Formand for  
Lederforeningen



**Sanne Fuglsang  
Nyquist**  
Formand for LLS

### Kredsformænd



**Vibeke Westh**  
Kreds Hovedstaden



**Helle Dirksen**  
Kreds Sjælland



**John Christiansen**  
Kreds Syddanmark



**Anja Laursen**  
Kreds Midtjylland



**Jytte Wester**  
Kreds Nordjylland

### 1.-kredsnæstformænd



**Vibeke Schaltz**  
Kreds Hoved-  
staden



**Nils Håkansson**  
Kreds Sjælland



**Line Gessø  
Storm Hansen**  
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig  
Rasmussen**  
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager  
Kanstrup**  
Kreds Nordjylland

### Dansk Sygeplejeråd centralt

#### Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55  
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

#### Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16  
Fredag kl. 9 - 15.

#### Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30  
1250 København K  
Tlf. 46 95 39 00  
E-mail: lederforeningen@dsr.dk  
www.dsr.dk/lederforeningen

#### Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
Tlf. 4695 4234  
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

#### Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,  
Sundhedschef  
Sankt Annæ Plads 30,  
1250 København K  
www.sygeplejeetiskraad.dk

### Kreds Hovedstaden

#### Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662  
Hovedfaxnummer: 7021 1663  
Hjemmeside:  
www.dsr.dk/hovedstaden  
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle  
kontaktoplysninger på kredsens  
medarbejdere og formandskab

#### Kontor

Frederiksborggade 15, 4.  
1360 København K

#### Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00  
Ons: 13.00 - 16.00

#### Lokalkontor

Haslevvej 50  
3700 Rønne  
Tlf: 7021 1662  
Fax: 5695 3812

#### Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

### Kreds Sjælland

#### Kredschef

Mads Hyllegaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664  
Hovedfaxnummer: 7021 1665  
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland  
E-mail: sjaelland@dsr.dk

#### Kontor

Møllevej 15  
4140 Borup

#### Kontorets åbnings- og telefontider

##### Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

##### Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

### Kreds Syddanmark

#### Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668  
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark  
E-mail: syddanmark@dsr.dk

#### Kontor

Vejlevej 121, 2.  
7000 Fredericia

#### Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,  
onsdag og fredag  
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

### Kreds Midtjylland

#### Kredschef

Ann Dahy

#### Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland  
Marienlystvej 14  
8600 Silkeborg  
Du er altid velkommen i åbningstiden,  
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600  
Hovedfaxnummer: 7021 1667  
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland  
E-mail: midtjylland@dsr.dk

#### Lokale kontorer

Stationsvej 8a  
7500 Holstebro  
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10  
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

#### Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00  
Onsdag lukket  
Torsdag kl. 10.00 - 15.00  
Fredag kl. 10.00 - 13.00

### Kreds Nordjylland

#### Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850  
Telefax: 9634 1426  
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland  
E-mail: nordjylland@dsr.dk

#### Kontor

Sofiendalsvej 3  
9200 Aalborg SV

#### Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00  
Torsdag kl. 13.00 - 16.00  
Fredag kl. 09.00 - 12.00



# Vil du arbeide i Norge?

## Er du spesialsykepleier, sykepleier eller sykepleierstudent?

Kom gjerne og møt Anne Marit fra Dedicare til en uforpliktende samtale om Norge og jobb! Vi tilbyr gode lønnsbetingelser, betalt reise og bolig, god oppfølging på oppdrag og korte eller lange oppdrag.

**Du bestemmer!**

### Vi inviterer til informasjonsmøter i Danmark

24. februar, kl 12–18 Hotel Britannia, Torvegade 24, Esbjerg

25. februar, kl 12–18 First Hotel Atlantic, Europaplads, Aarhus

26. februar, kl 12–18 First Hotel Twentyseven, Løngangstræde 27, København

### Kontakt oss!

Send oss en mail på [rekruttering@dedicare.no](mailto:rekruttering@dedicare.no) eller ring oss på **+47 07480**

Kontaktperson Anne Marit Valstad, mobil **+47 9243 5130**

Du kan og registrere deg via vår hjemmeside [www.dedicare.no](http://www.dedicare.no)

*Vi bryr oss mer!*

**DEDICARE**  
Nurse