

SUNDHEDSMINISTEREN: SYGEPLEJERSKER VIL FÅ FLERE FUNKTIONER

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 13 » 13. AUGUST 2010 » 110. ÅRGANG

**Kvalificerede
studerende afvist**

**Der skal 10 gode
historier til at
opveje én dårlig**

VIDENSKAB & SYGEPLEJE



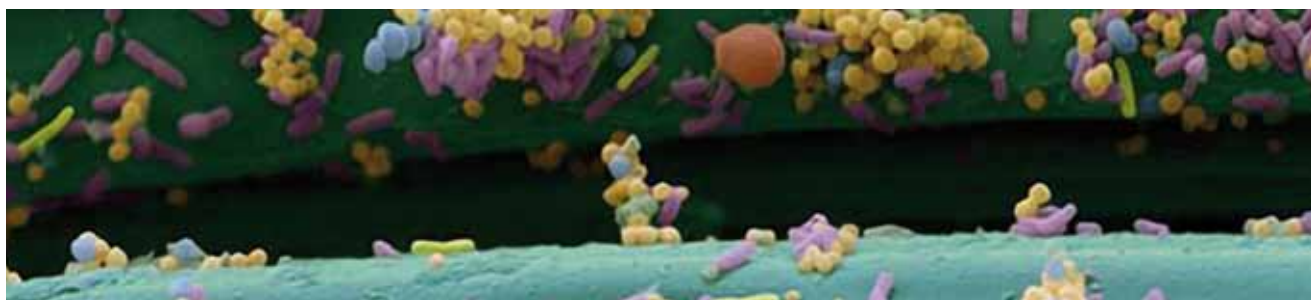
**Fyringer har slået
fagligheden ud**

KONTAKTSYGEPLEJERSKER GIVER BEDRE KVALITET I PLEJEN

Sorbact®

Grøn sårbehandling

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret



Elektronmikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

Vidste du, at der findes et sårbehandlings-sortiment, som er bakteriebindende?

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

Fordelene er, at **man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.**

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- **Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår**
- **Behandler svampeinfektion i hudfolder**
- **Beskytter og reducerer risikoen for infektion i "rene" sår**

Reference:

Using the principle of hydrophobic interaction to bind and remove wound bacteria.

"A hydrophobic dressing is a non-allergic, non-toxic alternative for reducing the microbial load of open wounds without enhancing nosocomial spread, and can reduce the use of antibiotics. Hydrophobic microorganisms bind to the dressing, preferably in a humid environment, and are removed with it. They multiply to quite a low extent when absorbed in the dressing, and may not produce extracellular toxins and enzymes. Mechanisms of resistance to hydrophobic interaction have not been described."

Journal of Wound Care vol 5; no 4; April 2006



FUGTIG NYHED!



- * Sorbact gel er en kombination af bakterie- og svampebindende egenskaber sammen med hydrogel. Fås nu i to størrelser.

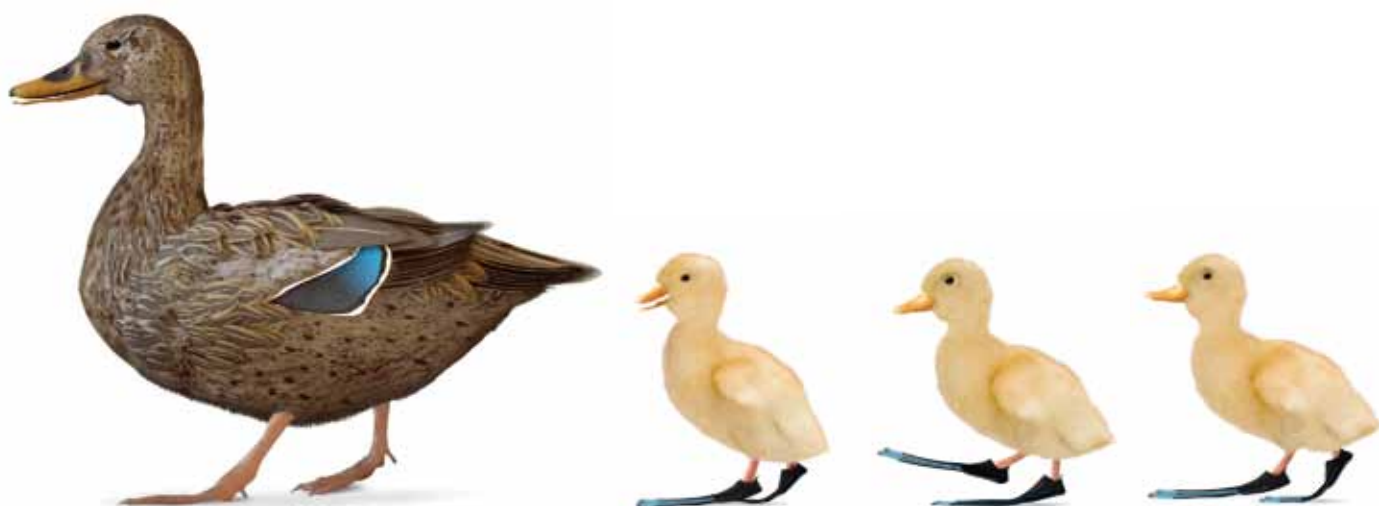
Få mere information og en præsentation af hele Sorbact-serien. Kontakt os! ABIGO's dygtige konsulenter/sygeplejersker ser frem til at møde dig!



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

Distribution:
Mediq Danmark A/S.
Tlf. 36379200
www.mediqdanmark.dk

Vi søger projekter, der lærer børn at tro på sig selv. Har du et?



Har du et projekt, der kan give børn positiv opmærksomhed og støtte deres udvikling, så har vi midlerne.

TrygFonden bruger i år 450 millioner til projekter, der øger sundheden, sikkerheden og trivslen i Danmark – også for næste generation. Næste ansøgningsfrist er 1. september. Find et ansøgningskema på trygfonden.dk

TrygFonden
En del af TRYGHEDS
gruppen

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

FORSIDEBILDE: SØREN SVENDSEN



TEMA

Groggy efter sparerunden

Fire sygeplejersker fortæller hver deres personlige beretning om hverdagen efter sparerunden på Herlev Hospital. Mød bl.a. operationssygeplejersken, som fortæller, at flere operationer bliver aflyst, og at der sker flere fejl.

LÆS SIDE 16-25

14 Sundhedsministeren: Sygeplejersker får flere funktioner i fremtiden

Danmarks mest erfarne minister, Bertel Haarder (V), har fået til opgave at få styr på det uroplagede sundhedsområde. Læs, hvad ministeren vil gøre, og hvad han mener om sygeplejerskerne.

26 Plads til de skæve eksistenser

Værestedet Perronen på Falster har for nylig åbnet en sygeplejeklinik. Pia Harbo er sygeplejerske for brugerne, der primært er stof- og alkoholafhængige borgere. Her foregår det på deres præmisser.

AKU

30 Serie om den nye akutsygepleje

Akutsygeplejersker står i front på de mange nye fælles akutmodtagelser, der skyder op på sygehuse landet over. Sygeplejersken sætter de kommende måneder spot på akutsygeplejerskens udfordringer på vejen mod en ny faglig identitet. Læs de første tre artikler i dette nummer:

30 Akutuddannelse på eget initiativ

34 Hun har procedurerne på rygmarven

36 Akut sygepleje kræver fælles standard



UDSYN

Én sygeplejerske til 10.000 borgere

Sygeplejersken har været i Mali og har fulgt Zoumana Sangaré, han står for skadestuearbejde, ordination af medicin, forebyggelse, sundhedsfremme og uddannelse af hjælpere i en hel kommune.

LÆS SIDE 38



>>> FAG

Kontaktsygepleje giver resultater

Ifølge sundhedsloven skal hospitaler tilbyde patienter en fast kontaktperson, hvis behandlingen strækker sig over mere end et døgn, og hvis I ikke har en velfungerende kontaktsygeplejeordning på din afdeling, er det på tide at få det. Ikke kun pga. lovteksten, men også fordi en ny dansk undersøgelse blandt patienter med kolorektal cancer dokumenterer, at patienter, der selv oplever at have en kontaktperson, også oplever at få deres behov for sygepleje opfyldt på et signifikant højere niveau end de patienter, der ikke oplever at have en kontaktperson. F.eks. er sandsynligheden for, at patienten får brugbar vejledning om kost, når denne har en kontaktperson, ca. syv gange højere end hos patienter uden en kontaktperson.

Fokus i en kontaktpersonordning er indlæggelses- og udskrivningssamtale og kontinuitet i patientens forløb, og det er et ledelsesansvar at få organiseret plejen, så alle patienter oplever dette. Læs de spændende resultater fra undersøgelsen

LÆS SIDE 52

FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

50 Novellekonkurrence

Tredjepladsen i Sygeplejerskens novellekonkurrence blev besat af Leif Nielsen med novellen "Snottinggate". Novellen tager frimodigt fat på en af de cementerede fordomme blandt sygeplejersker og i den brede befolkning: Mandlige sygeplejersker er bøsser. Desuden vender skribenten noget overraskende den faste indledning om, så det stik imod forventning ikke er en sygeplejerske, som fortæller, men derimod en folkeskolelærer.

58 Sygeplejeprofil – en guide til målrettet udvikling

I løbet af godt et år har 87 sygeplejersker i Faaborg-Midtfyn Kommune drøftet, hvilke sygeplejefaglige opgaver de varetager og skal varetage i forhold til borgere i kommunen. Hensigten med de faglige drøftelser har været at belyse sygeplejens funktionsområder i Faaborg-Midtfyn Kommune efter kommunesammenlægningen den 1. januar 2007.

64 Social- og sundhedsassistenter med i front

Artiklen beskriver social- og sundhedsuddannelsen og de kompetencemål, uddannelsen er bygget op omkring. Desuden nævnes de muligheder, social- og sundhedsassistenten har for at efter- og videreudanne sig. Artiklen giver sygeplejersker mulighed for at blive opdateret og få aktuel viden om uddannelsen af en af deres samarbejdspartnere.

Videnskab & Sygepleje

70 KOL-patienters oplevelse af dyspnø

Med baggrund i en kvalitativ metasyntese er artiklens hovedbudskab, at patienter med KOL og dyspnø oplever at være i en følelsesmæssig spændetrøje på kanten af livet, hvor der bruges megen energi på tanker om, hvordan de skal overkomme dyspnø.

"Mange sygeplejersker går i gang med mindre undersøgelser og projekter, men desværre er der også en del, som gør det uden så meget som at have skyggen af en vejleder i baghånden."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 84

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 43 Dansk Sygeplejeråd mener
- 44 Debat/In Memoriam
- 48 Fagtanker
- 48 Faglig information
- 57 Agenda
- 68 Testen
- 82 Anmeldelser
- 84 5 faglige minutter
- 85 Stillingsannoncer
- 92 Kurser/Møder/Meddelelser

www.sygeplejersken.dk

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



Tilbage i arbejdstøjet

Jeg håber, du har haft mulighed for at holde sommerferie, at den har været god og oplevelsesrig, og at du er godt tilbage igen i arbejdet. *Sygeplejersken* har i hvert fald holdt sommerpause, og nu er vi retur med et indholdsmæssigt stort nummer for at komme godt i gang igen.

En hel del medarbejdere på mange sygehuse – heriblandt mange sygeplejersker – blev i det forgangne forår frataget muligheden for at skulle spekulere på, hvordan de skulle afvikle den kommende sommerferie i forhold til kollegerne på afdelingen – de blev nemlig fyret. Hvad dét har haft af konsekvenser for dem, der blev tilbage, sætter vi spot på i en række artikler, der beskriver den nye, ændrede hverdag. En af de tilbageværende sygeplejersker siger det ligeud: "Det, der påvirker os mest, er den snigende udhuling af fagligheden." Den svier, synes jeg!

I dette nummer af *Sygeplejersken* lancerer vi en artikelse-rie, som sætter fokus på akutområdet. Her er det ikke besparelser, der er i centrum, men det faktum, at der er stor forskel regionerne imellem på, hvordan de stedlige akutsygeplejersker er uddannet og holdes opkvalificerede. Dansk Sygeplejeråd vil have indført en national uddannelse for akutsygeplejersker, og formand Grete Christensen håber, at indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V) kan bane vejen.

Dét svarer han dog ikke konkret på i det interview, som vi bringer med landets mest erfarne minister. Men til gengæld er han ikke fuldstændig afvisende over for en anden af Dansk Sygeplejeråds mærkesager, nemlig indførelsen af de kliniske ekspertsygeplejersker, omend der nok må forventes nogle kompromiser.

I en anden serie sætter vi fokus på sygeplejersker, som har overskud til ved siden af deres faste arbejde at bruge deres faglighed i frivilligt hjælpearbejde. I en tid med nedskæringer, fyringer, besparelser og anden ikke altid særlig opløftende omtale af sundhedsområdet er det livgivende at erfare, at der rundt om i landet fortsat er sygeplejersker med overskud, som kan komme andre til gode.

Velkommen tilbage i arbejdstøjet.



Henrik Boesen, redaktionschef
hbo@dsr.dk



Hjertepatienters

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Kortsigtet. Efter besparelserne på Herlev Hospital har sygeplejerskerne på den kardiologiske afdeling så travlt, at det i nogle tilfælde går ud over patienternes genoptræning.

Hvis alle danske hjertepatienter modtager tilbud om genoptræning, kostvejledning og rygestop, kan deres dødelighed reduceres med en tredjedel. Men rehabiliteringen af hjertepatienter risikerer at glippe, når hospitalet skal svinge sparekniven.

Det er erfaringen fra Kardiologisk Afdeling på Herlev Hospital otte måneder efter, at afdelingen indledte en sparerunde, der bl.a. betød afskedigelse af tre sosu-assistenten og en sygeplejerske. "Efter spare- runden kan vi se, at der henvises færre patienter til genoptræning og undervisning end tidligere. Sygeplejerskerne i ambulatoriet har i dag så travlt, at de i nogle tilfælde ikke når op på sengeafdelingen for at aftale et rehabiliteringsforløb med patienten. Ud over opsigelserne har afdelingen ikke fået ekstra penge efter indførelsen af regeringens hjertepakke sidste år, selv om det må formodes, at flere patienter skal rehabiliteres efter indførelsen af pakken," fortæller afdelingssygeplejerske Birgitte Haugaard Jensen fra Kardiologisk Afdeling. Hun understreger, at afdelingen i øjeblikket arbejder på højtryk for at løse problemet.

Dyrt på lang sigt

Sundhedschef i Hjerteforeningen, Charlotte Kira Kimby, kalder oplysningerne fra Herlev Hospital bekymrende. Hvert år indlægges 86.000 danskere med hjerte- og kredsløbslidelser, og Hjerteforeningen vurderer, at effektiv rehabilitering kan reducere dødeligheden blandt hjertepatienter med en tredjedel. Desuden viser undersøgelser, at 20-30 pct. af hjertepatienterne risikerer at udvikle depression, hvis de ikke får et tilbud om efterbehandling.

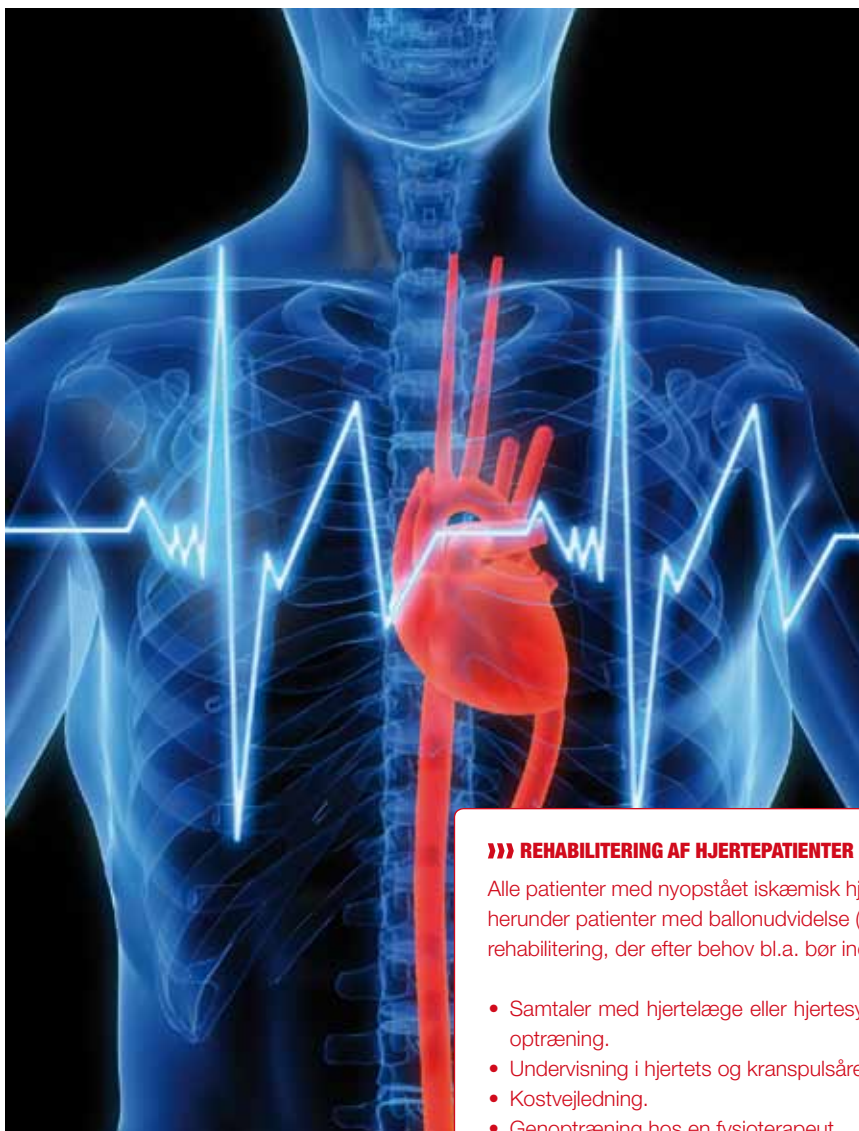
"I forvejen viser vores undersøgelser, at kun 3 pct. af de danske hjertepatienter oplever, at de modta-

Reguleringsordningen

Lønudvikling. Udmøntningen af reguleringsordningen for ansatte i regioner og kommuner pr. 1. oktober 2010 er negativ og kommer til at udgøre 1,47 pct. Sundhedskartellet og arbejdsgiverne har aftalt, hvordan den negative udmøntning skal afregnes.

Reguleringsordningen har eksisteret i sin nuværende form siden slutningen af 1980'erne. Dens formål er at sikre en relativt ensartet lønudvikling mellem den offentlige sektor – henholdsvis kom-

genoptræning glipper



ARKIVFOTO: ISTOCK

ger rehabilitering som foreskrevet i internationale anbefalinger. De løber rigtig stærkt på mange hjerteafdelinger, og det er en stor udfordring at fastholde efterbehandlingen, når afdelingerne samtidig skal spare. Men for patienterne og samfundet er det en meget kortsigtet besparelse, der kan blive dyr på lang sigt," siger Charlotte Kira Kimby og henviser til en MTV-rapport fra Sundhedsstyrelsen, som dokumenterer, at hjerterehabilitering betaler sig for samfundet.

Hjerteforeningen offentliggør til oktober en undersøgelse, som vil kortlægge det aktuelle omfang af rehabilitering til hjertepatienter, herunder også om det seneste års besparelser på sygehusene har haft konsekvenser for genoptræningen af patienterne.

Læs temaet side om besparelser i hverdagen side 16. Hvordan oplever du og din afdeling besparelserne i hverdagen? Skriv til www.dsr.dk > Sundhedsvæsen under pres

»» REHABILITERING AF HJERTEPATIENTER

Alle patienter med nyopstået iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet, hjertekrampe), herunder patienter med ballonudvidelse (PCI) eller bypassoperation, har krav på hjerterehabilitering, der efter behov bl.a. bør indeholde:

- Samtaler med hjertelæge eller hjertesygeplejerske om behandling, medicin og genoptræning.
- Undervisning i hjertets og kranspulsårens sygdomme.
- Kostvejledning.
- Genoptræning hos en fysioterapeut.
- Motionstilbud.
- Evt. samtaler med en psykolog og psykisk støtte til pårørende.

Kilde: Hjerteforeningen.

i kommuner og på sygehuse

muner/regioner samt staten – på den ene side og det private arbejdsmarked på den anden side.

I tidligere tilfælde, hvor udmøntningen har været negativ, har det været praksis, at der er blevet modregnet i de generelle lønstigninger. Det er samme praksis, som Sundhedskartellet og arbejdsgiverne har aftalt ved den nuværende negative udmøntning i kommuner og regioner.

En del af den negative udmøntning

blev allerede modregnet i lønreguleringen den 1. april 2010. Resten vil blive modregnet ved lønreguleringen den 1. april 2011. Med de nye oplysninger om den negative reguleringsordning, der er blevet offentliggjort, står det klart, at der skal modregnes ca. 1,23 pct. ved lønreguleringen den 1. april 2011 i kommunerne. På sygehusene bliver regningen lidt mindre. Hertil kommer, at vi har aftalt med arbejdsgiverne at aftale ved OK11, hvor-

dan de engangsudgifter, som forskydningerne har medført, skal håndteres.

Der er aftalt tilsvarende reguleringer for de offentligt ansatte, hvis overenskomster forhandles af KTO.

(mkc)

Egnede ansøgere til sygeplejestudiet afvist

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Desværre. På trods af en kommende mangel på sygeplejersker afviser flere af landets professionsskoler egnede ansøgere til sygeplejestudiet, fordi der er for få studiepladser. Dansk Sygeplejeråd vil have hævet antallet af studiepladser.

Sygeplejerskernes emblem er eftertragtet. I forhold til sidste år har hele 13,6 pct. flere uddannelsessøgende i år valgt sygeplejestudiet som deres førstprioritet. Men flere af landets professionsskoler har været nødt til at afvise egnede ansøgere til studiet, fordi der er for få pladser. Specielt i de større byer afvises studerende.

Professionshøjskolen Metropol i København har modtaget 1.000 førstprioritetsansøgere til sygeplejestudiets 915 pladser.

”Som udgangspunkt er der kvalificerede ansøgere, som afvises. Det er selvfølgelig trist for samfundet, men navnlig synes jeg, at det er synd for de unge, der gerne vil i gang med sygeplejerskeuddannelsen,” udtaler Anne-Margrethe Pallesen, direktør for Sundhed, Pleje og Rehabilitering ved

Professionshøjskolen Metropol i København. Også i landets næststørste by, Århus, bliver kvalificerede uddannelsessøgende afvist som konsekvens af for få pladser.

I hele landet fik 431 ansøgere besked om, at de ikke blev optaget i denne omgang, og det er en stigning på 35 pct. i forhold til 2009.

Stor mangel på sygeplejersker i sigte

I Dansk Sygeplejeråd mener næstformand Dorte Steenberg, at antallet af studiepladser bør sættes op på de populære uddannelsessteder.

”Det er fuldstændigt tåbeligt og meget kortsigtet, at kompetente ansøgere til sygeplejestudiet afvises, fordi der ikke er studiepladser nok. Kigger vi blot lidt frem i tiden, ved vi, at behovet for sygeplejersker vil vokse markant. Derfor skal den store interesse, der er for faget nu, naturligvis udnyt-

tes,” påpeger Dorte Steenberg og fortsætter:

”Så længe, der er kliniske uddannelsespladser til de studerende, synes jeg bestemt, at antallet af studiepladser skal udvides, så vi ikke afviser kvalificerede ansøgere. Det er min klare opfattelse, at vi snildt kan øge antallet af studiepladser uden at gå på kompromis med kvaliteten.”

Også Sygeplejestuderendes Landsammenslutning mener, at antallet af studiepladser bør sættes op.

”Det er hul i hovedet ikke at udnytte potentialet. Når de kvalificerede unge får afslag, fordi der ikke er pladser nok i det område, hvor de bor, er det langtfra sikkert, at de vælger at flytte langt for at få uddannelsen. Jeg kunne frygte, at det oplagte valg typisk ville være at finde en anden uddannelse i stedet,” siger Julie Asp Vonsild, formand for de sygeplejestuderende, og understreger, at det også er vigtigt at sætte fokus på at gøre de mindre skoler mere efterspurgt.

”Hvis antallet af studiepladser udvides, skal kvaliteten på studiet sikres, så det



Flere mænd søger ind

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Voksende minoritet. Antallet af optagne mandlige studerende på sygeplejerskeuddannelsen er det højeste i mere end 10 år. Dansk Sygeplejeråd kalder udviklingen positiv, men mener, at der stadig er alt for få mænd, der trækker i sygeplejeuniformen.

Ud af dette års 3.086 ansøgere til sygeplejerskeuddannelserne er de 184 mænd. Det svarer til 6 pct., og selv om andelen af mandlige studerende ikke lyder af meget, er det faktisk det højeste antal i mere end 10 år (se tabel).

”Det er bestemt positivt, at flere mænd vælger sygeplejefaget. Men 6 pct. er stadig en forsvindende lille andel. Vi ved, at sundhedsvæsenet om ganske få år kommer til at mangle sygeplejersker. Hvis vi skal få uddannet det antal kvalificerede sygeplejersker, vi har behov for, er det nødvendigt, at vi kan rekruttere fra begge køn,” udtaler Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, og fortsætter:

”Derudover er det utroligt vigtigt, at det offentlige sundhedsvæsen afspejler det

]]]] ANDEL AF MÆND BLANDT OPTAGNE SYGPLEJESTUDERENDE 2000-2010



Det laveste optag af mandlige studerende de seneste 10 år var i år 2000, hvor blot 4,3 pct. af det samlede antal optagne på landets sygeplejerskoler var mænd. Det svarer til 21 kvinder pr. mand. Det højeste antal forekom i år og er på 6 pct. svarende til 15 kvinder pr. mand. I dag er ca. 3,4 pct. af landets uddannede sygeplejersker mænd. Det svarer til 28 kvindelige sygeplejersker pr. mandlig sygeplejerske.

Kilde: Den Koordinerede Tilmelding og DSR Analyse.

Rekordoptag på sygeplejerskeuddannelsen

også fortsat i fremtiden vil være et attraktivt studie,” tilføjer hun.

Minister med dobbelthensyn

Undervisningsminister Tina Nedergaard (V) har følgende kommentar:

”Institutionerne har et ansvar for at sikre en regional uddannelsesdækning i deres område. Men når det er sagt, så har institutionerne mulighed for at flytte rundt på nogle af studiepladserne. Det kan dog betyde, at nogle af de studerende får en længere rejse, når de senere hen i deres uddannelse skal i praktik. Som minister har jeg et væsentligt dobbelthensyn for på den ene side i videst muligt omfang at sikre, at unges studieønsker kan imødekommes. På den anden side har jeg også en målsætning om at sikre et bredt regionalt udbud af uddannelser og dermed sikre fremtidig arbejdskraft i tyndt befolkede områder. Jeg glæder mig over det meget høje optag i år og over, at vi ved fælles bestræbelser er lykkedes med at gøre sygeplejerskeuddannelsen endnu mere attraktiv for de unge.”

samfund, som sundhedsvæsenet er en del af, for at kunne imødekomme den mangfoldighed af behov, som patienter og pårørende har. Jeg er ikke i tvivl om, at patienter af begge køn vil opleve flere mandlige sygeplejersker som en stor styrke.”

Løsningen er ifølge Grete Christensen at synliggøre de mange jobfunktioner og udviklingsmuligheder, der er i sygeplejen:

”Vi ved, at de mange facetter og muligheder, der findes i sygeplejen, også appellerer til mænd. Eksempelvis har man som sygeplejerske mulighed for at blive udsendt af Røde Kors, forsvaret eller andre til brændpunkter i hele verden. Ligesom der er utrolig mange muligheder for at få en jobfunktion med ledelsesansvar.”

I andre traditionelle kvindefag er optaget af mandlige studerende markant højere end på sygeplejestudiet. Tal fra undervisningsministeriet viser, at 39,8 pct. af de optagne på læreruddannelsen er mænd, mens mændene tegner sig for 25,2 pct. på pædagoguddannelsen og 36,4 pct. på uddannelsen til fysioterapeut.

AF JULIE WINTHER BENGTON, JOURNALIST

Det er populært at læse til sygeplejerske. Flere end nogensinde har søgt ind på sygeplejestudiet denne sommer. Det har betydet, at hele 10 pct. flere er blevet optaget på landets sygeplejeuddannelser, der i år kan byde velkommen til mere end 3.000 nye studerende.

]]] OVERSIGT OVER OPTAG PÅ LANDETS SYGEPLEJERSKEUDDANNELSER 2010

Professionshøjskolen Metropol, University College	Antal optagne
Diakonissestiftelsen, Frederiksberg	84
København N	862
Professionshøjskolen Sjælland, University College	
Roskilde	151
Slagelse	58
Slagelse, e-læring	41
Næstved	55
Nykøbing F.	43
Professionshøjskolen UCC, University College Capital	
Hillerød	163
PH UC Syddanmark Esbjerg-Haderslev	
Sønderborg	70
Esbjerg Ø	110
Professionshøjskolen Lillebælt, University College	
Odense SØ	215
Svendborg	52
Vejle	179
Professionshøjskolen VIA, University College	
Holstebro	77
Thisted	20
Århus N	306
Silkeborg	98
Horsens	30
Viborg	92
Randers	97
Professionshøjskolen, University College Nordjylland	
Aalborg Øst	184
Hjørring	75
Bornholms Sundheds- og Sygeplejeskole	
Rønne	24
I alt	3.086

Kilde: Den Koordinerede Tilmelding.



FOTO: FLEMMING JEPPESEN

Lukkedag. Torsdag den 24. juni var sidste arbejdsdag for alle medarbejdere på hospitalet i Kjellerup, Midtjylland. Den dag lukkede hospitalet endegyldigt, efter aktiviteten gradvist gennem de seneste 10 år var blevet reduceret. Hospitalet fungerede frem til lukningen som dagkirurgisk klinik med et ortopædkirurgisk ambulatorium samt et sårcenter under henholdsvis op/anæstesiaafdelingen og ortopædkirurgisk afdeling samt karkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Viborg. Operationssygeplejerske Åse Kloster Boesen fra det nu lukkede hospital kalder sin nu tidligere arbejdsplads for et unikt gammelt hus, hvor såvel de ydre som de indre rammer var optimale. "Kjellerup Hospital har for os medarbejdere altid stået for kvalitet, professionalismisme og engagement med en høj arbejdsmoral," fortæller hun på sidstedagen. Åse Kloster Boesen fortsætter sit arbejde på Regionshospitalet Viborg. Fællestillidsrepræsentant Helle Balling Engelsen, Regionshospitalet Viborg, Skive, fortæller, at sygehusledelsen i op/anæstesiaafdelingen ud fra en samlet vurdering af alle medarbejdere på operations-/anæstesiaafdelingen, Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup, i forbindelse med omorganiseringen har fundet plads til omkring ni ud af 10 medarbejdere. 11 sygeplejersker er endt med at blive afskediget. (hbo)

Også mænd er sygeplejersker

Fotoudstilling på Rigshospitalet viser fagets alsidighed

To mandlige sygeplejersker, Leif Nielsen og Martin Carlson, står bag en fotoudstilling i forhallen på Rigshospitalet, som alene viser sygepleje med mænd i hovedrollerne.

I dag er det under 5 pct. af sygeplejerskerne, der er mænd. Det er for få, og med fotoudstillingen vil de to gerne vise, hvor spændende sygeplejefaget er, og hvilke muligheder sygeplejerskeuddannelsen rummer set ud fra et mandligt perspektiv.

Udstillingen, der bl.a. har modtaget økonomisk støtte fra Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, kan ses i perioden fra onsdag den 18. august frem til fredag den 10. september.

Sygeplejersken nr. 8/2010 bragte et interview med de to sygeplejersker bag udstillingen.

(hbo)

Foto fra udstillingen om mænd i sygeplejen i forhallen på Rigshospitalet.

Speciale i omsorg

AF TORBEN SVANE CHRISTENSEN, JOURNALIST

Den sidste tid. Sygeplejerske Bettina Broch er ved at tage en mastergrad i humanistisk palliation på Aalborg Universitet, og hun bliver måske landets første master med det speciale.

For Bettina Broch er døden ikke fremmed. Til daglig arbejder hun med kronisk kræftsyge patienter på Vejle Sygehus på hæmatologisk afdeling, og hun føler, at hun har styr på den medicinske behandling. Men hun ville gerne stå bedre rustet i situationer som den svære samtale, når en patient har fået at vide, at nu kan lægerne ikke stille mere op. Derfor har hun netop afsluttet første semester på masteruddannelsen i humanistisk palliation, MHP, sammen med andre faggrupper som bedemænd, læger og præster.

"Det har været meget interessant. På sygehuset skal alt helst kunne måles eller vejes, mens de andre faggrupper har en mere eksistentielistisk tilgang, og det har været spændende at se det fra den vinkel," siger hun.

Da Bettina Broch blev uddannet i 2006, blev der snakket meget om krisens faser, men også her er der sket en ændring.

"Der er fokus på den narrative psykologi. Forventningerne er ikke, at vi skal være an-



FOTO: MARTIN CARLSON

til døende patienter

Bettina Broch er 27 år og bliver en af de første, der får en mastergrad i humanistisk palliation. Hun har netop afsluttet første semester betalt af Vejle Sygehus, og nu skal hun skaffe 105.000 kr. til at fuldføre uddannelsen.



svarlige for at hjælpe patienterne gennem deres sorg, men vi skal hjælpe dem med at leve med den, så den tid, de har tilbage, bliver så god som muligt, siger hun.

I det hele taget handler det om at være nærværende, lyttende og turde tage samtalen med den døende, selv om der også skal løses alle de andre arbejdsopgaver.

Vejle Sygehus har betalt de 35.000 kr., som det første semester koster, men Bettina Broch skal selv skaffe midler til de tre andre semestre. Hun har indtil videre for-gæves søgt fonde og firmaer om penge. "Det er min drømmeuddannelse, og jeg synes, det er flot, at min arbejdsplads

i disse stramme tider har fundet råd til at hjælpe mig i gang," siger hun.

"Jeg er blevet bekræftet i, at det er det rigtige, jeg gør, og jeg tager også de andre semestre, selv om det nok betyder et lån i banken, siger Bettina Broch.

Aalborg Universitet tilbyder uddannelsen i palliation, som er den samlede betegnelse for omsorg og pleje for syge og døende. Palliation bruges, når al behandling er udsigtsløs, og det udelukkende handler om at sikre patienten en værdig afslutning på livet.

Læs mere her om uddannelsen:
www.mhp.aau.dk

Vidste du at ...

... Tønder er den kommune, hvor flest er i medicinsk behandling for demens?

Kilde: www.lif.dk

Vidste du at ...

... den økonomiske krise har fået antallet af ulykker på byggepladser til at falde med 26 pct. fra 2008 til 2009? Antallet af arbejdsulykker faldt samlet med 17 pct.

Kilde: www.si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 22).

Norsk ligelønsafgørelse kan betyde ligelønssager i Danmark

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Ligelønssag. En norsk kommune er blevet pålagt at give en kvindelig leder, der arbejder med børn, samme løn som en mandlig leder, der arbejder med teknik. Dansk Sygeplejeråd spår lignende sager i Danmark i fremtiden.

En afgørelse fra det norske ligestillings- og diskrimineringsnævn vækker glæde i Dansk Sygeplejeråd. I sagen er den østnorske kommune Fredrikstad blevet pålagt at give en kvindelig leder af en skolefritidsordning hele 2.000 kr. mere i løn om måneden. Ligestillings- og diskrimineringsnævnet vurderede – ud fra ligelønsprincippet om arbejde af samme værdi – at kvinden ifølge lovgivningen burde aflønnes på niveau med en mandlig arbejdsleder i kommunens afdeling for park, vej, vand og afløb.

"Afgørelsen illustrerer med al tydelighed, at det godt kan lade sig gøre at håndhæve princippet om arbejde af samme værdi. Vi vil trække på de norske erfaringer for at se, om vi

kan vinde tilsvarende sager i Danmark. Det er slet ikke urealistisk, at vi vil forsøge den vej også," udtaler Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

Kønsopdelt arbejdsmarked

Ifølge Lønkommissionens redegørelse, der blev offentliggjort i slutningen af maj måned i år, er det danske arbejdsmarked ekstremt kønsopdelt i såkaldte kvinde- og mandefag. Desuden arbejder kvinder og mænd i forskellige sektorer. Kvinder er typisk ansat i den offentlige sektor, mens mændene er i den private.

Dorte Steenberg peger på, at de typiske kvindefag aflønnes væsentligt lavere end de typiske mandefag. Hun siger:

"Netop derfor er det nødvendigt at gennemføre sammenligninger af arbejde med samme værdi på tværs af arbejdsmarkedet."

Se mere på www.dsr.dk/ligeløn

”Der skal 10 gode historier til at opveje én dårlig”

Håndværkerhaven. Ældreplejen er for alvor kommet i søgelyset efter TV2's afsløring af manipulerede arbejdstidsopgørelser og private gøremål i arbejdstiden i hjemmeplejeenheden Håndværkerhaven i Københavns Nordvestkvarter. Har sommerens afsløringer skadet ældreplejens omdømme?

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST



FOTO: ALEX TRAM

Maja Castor Andersen, hjemmesygeplejerske i Faaborg-Midtfyn Kommune.

”Ja, jeg tror desværre, den slags historier er med til at give hjemmeplejen et negativt omdømme. Folk har en tendens til at huske de dårlige historier frem for de gode historier. Når det er sagt, så synes jeg, det er helt uacceptabelt, hvad der er sket. Men det er også ærgerligt, hvis sagen fra Håndværkerhaven resulterer i, at der indføres mere kontrol og endnu flere regler. I stedet burde man bruge ressourcerne på at udvikle ældreplejen. Langt de fleste medarbejdere er dygtige, og det er afgørende med en god ledelse, som stiller faglige krav og opstiller præcise mål.”



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Kathrine Lehmann, sygeplejerske, medicinsk afdeling, Sygehus Sønderjylland Aabenraa.

”Udsendelserne giver ældreplejen et dårligere omdømme, men jeg tror hurtigt, det negative billede vil vende. Det er jo ikke sådan, ældreplejen fungerer generelt. Der er da ting, som kunne være bedre. Men generelt er de ældre, jeg møder, tilfredse. Problemerne opstår især om sommeren, når der bliver ansat uuddannede og vikarer. De har ikke altid tilstrækkelig forståelse for, hvad det vil sige at være ældre eller handicappet. Mange af dem gør deres bedste, men de har ikke den uddannelse, der skal til. Jeg har selv arbejdet som ufaglært i hjemmeplejen som helt ung. Og selvom jeg gjorde, hvad jeg kunne, kan jeg i dag se, at det ikke altid var o.k. Derfor burde der være strengere krav til oplæring af ufaglærte.”



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Gyrithe Ernsten, hjemmesygeplejerske, Lokalcenter Holme/Skåde, Århus Kommune.

”Sagen vil skade hjemmeplejens omdømme. For vi husker altid de dårlige historier, og der skal 10 gode historier til at opveje én dårlig. Desværre tror jeg ikke, at sommerens skandale bliver den sidste. Dét, vi har set, er resultatet af manglende ledelse og det faktum, at en af de dårligst uddannede faggrupper passer de mest komplekse patienter.

På min arbejdsplads arbejder jeg sammen med dygtige hjælpere, og vi har en god mødestruktur, hvor vi mødes om morgenen og sparrer om dagens opgaver. Men der er andre kommuner, hvor hjemmehjælper kun møder ind for at få deres køreliste. Hvis den slags skandaler skal undgås, er det vigtigt at højne det faglige niveau og udveksle succeshistorier, så hjemmehjælper ikke bare skal sætte flueben på en køreliste.”



FOTO: SØREN SNIEDSEN

Camilla Paaske, koordinerende klinisk vejleder, Ortopædkirurgisk sengeafsnit, Herlev Hospital.

”Nej, jeg tror ikke, at sagen skader ældreplejens omdømme generelt. De patienter, jeg møder, siger: ”Sådan foregår det ikke i min kommune,” og de giver udtryk for, at sagen er et lokalt fænomen. I det store hele hører jeg godt om hjemmeplejen fra patienterne, og jeg oplever også hjemmehjælper, der ringer og spørger til deres borgere under indlæggelsen. Den utilfredshed, vi møder, drejer sig mest om aflysninger af rengøring.”

Vidste du at ...

... citronsaft er godt, hvis du skal have blåbær- eller brombærsaft af fingrene?

Vidste du at ...

...sundhedspersoner, lærere og pædagoger oftere må tage antidepressiv medicin end grupper, der ikke arbejder med mennesker? Følelsesmæssige krav i arbejdet kan være en del af forklaringen.

Kilde: www.arbejdsmiljoforskning.dk

Vidste du at ...

...kvinder kan højne deres smertetærskel i nakke- og skuldermuskler med målrettet styrketræning?

Kilde: www.arbejdsmiljoforskning.dk

Vidste du at ...

...danske 8-12 årige med spastisk lammelse deltager mere i fritidsaktiviteter end børn med spastisk lammelse i andre europæiske lande? I Danmark dyrker 80 pct. f.eks. sport, samme andel som i aldersgruppen i øvrigt.

Kilde: www.si-folkesundhed.dk (Ugens tal, uge 25)

Tre hurtige fra læserne til sundhedsministeren

Gennem flere måneder har Sygeplejersken bedt sygeplejerskerne om at komme med forslag til den nye sundhedsminister. Vi takker for forslagene og har taget tre af spørgsmålene med til Bertel Haarder.

Susanne Jørgensen, sundhedsplejerske:

Hvordan vil du sikre, at ældre på plejehjem fremover modtager en faglig og velkvalificeret pleje?

”Jeg vil først og fremmest undgå, at hvert eneste liggesår ender i Folketinget og bliver en ministersag. Det er den lokale plejehjemsledelse, der skal tage ansvar og gøre tingene bedre. Jeg mener, vi har haft for mange hovsaindgreb fra centralt hold pga. presseomtaler og tv-udsendelser. Det duer ikke. Vejen frem er, at den enkelte institution tager ansvar og er åben for eventuel kritik. Hvis det derudover ikke kører, som det skal, må kommunalbestyrelsen tage hånd om det.”

Anne Boddum, anæstesisygeplejerske:

Ser du det som positivt, at det private sygehusvæsen behandler en stigende del af patienterne?

”De behandler ca. 2 pct., og det har ikke været stigende. Jeg har ikke nogen målsætning om, hvorvidt de private hospitaler skal behandle 1, 2 eller 3 pct. Det afgørende er muligheden for de private aktører og for borgerne. De private hospitaler kan sammenlignes med den private sektor i skolesystemet. Det er en mulighed for borgerne for at stemme med fødderne. Hvis det offentlige system kører for langsomt, så kan man flytte til privat regi efter en måned. Det har givet det offentlige system et nyttigt skub, og det skal vi bevare.”

Mener du, at ventetidsgarantien bør bestå, eller vil du arbejde for en differentieret ventetid?

”Jeg mener, at den skal bestå for borgernes skyld. Det har givet borgerne en tryghed, som de ikke har haft før. Jeg mener ikke, argumenterne mod ventetidsgarantien er holdbare. Hvis argumentet er, at folk kan nå at blive raske, mens de venter, så er der noget helt galt med de læger, som indstiller til operation og behandling. Så er det i stedet det, man skal tage fat i.”

Sygeplejersker får flere funktioner i fremtiden

Ministermøde. Danmarks mest erfarne minister, Bertel Haarder (V), har fået til opgave at få styr på et uroplaget område i Danmark, nemlig sundhedsområdet, som har været ramt af besparelser og fyringer den seneste tid. Læs, hvad ministeren vil gøre, og hvad han mener om sygeplejerskerne.

AF SIGURD NISSEN-PETERSEN OG MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALISTER • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Sundhedsminister Bertel Haarder (V) kalder sygeplejersker ”sundhedsvæsenets kernetropper”, og det bygger han bl.a. på personlige oplevelser.

”Sygeplejersker har en række selvstændige og helt vitale funktioner, hvad jeg kan tale med om, da min kone lige har været ret længe i sundhedsvæsenet på grund af stafylokokker.”

Bertel Haarder er Danmarks mest erfarne politiker og minister. Han har været minister gennem i alt 18 år – første gang i 1982 som undervisningsminister og nu i ministerkontoret i Indenrigs- og Sundhedsministeriet. En post, han overtog i februar efter Jakob Axel Nielsen (K).

Her et halvt år senere – midt i besparelser, nedlæggelse af stillinger og fyringsrunder og gentagne debatter om prioritering, økonomi, opgaveflytning og akutområder – har han kastet sig over et af de politiske områder, som optager danskerne mest, og som indeholder aller mest politisk sprængstof: fremtidens sundhedsvæsen.

Flere funktioner til sygeplejersker

Især sygeplejerskerne vil fremover få en større og mere fremtrædende rolle i sundhedsvæsenet, mener Bertel Haarder.

”Sygeplejerskerne skal glæde sig over fremtidsperspektiverne. Man kan sagtens forestille sig, at sygeplejerskerne fremover skal tage sig af endnu flere funktioner, end de gør i dag,” siger Bertel Haarder.

Men direkte adspurgt om muligheden for at indføre kliniske ekspertisygeplejersker, er han dog mere forbeholden.

Forbeholdet harmonerer ikke med, at Venstres sundhedspolitiske ordfører Birgitte Josefsen, De Konservatives Vivi

Kier samt Socialdemokraternes Flemming Møller Mortensen gennem længere tid har arbejdet for at få indført kliniske ekspertisygeplejersker som en del af løsningen på opgavefordelingen i fremtidens sundhedsvæsen.

Bertel Haarder tror ikke, betegnelsen vil være populær. Han ser helst en løsning, hvor alle involverede kan blive enige.

”Der er mange parter, vi skal have til at enes i denne sag, og jeg er kompromisets og dialogens mand. Hvis vi kan finde en model, som alle kan acceptere, er det bedst,” siger han.

Forstår protester mod zigzagstyring

I et hjørne af ministerkontoret står en stor, rød kuvert. Den har Bertel Haarder gemt siden den 2. marts 2010, da han fik den overrakt ved en demonstration foran Christiansborg, hvor bl.a. Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden krævede bedre styring af hospitalernes økonomi.

”Aktionen dengang byggede på en forkert påstand om, at der var nedskæringer i sundhedsvæsenet,” siger Bertel Haarder og vifter med et af de 13.000 protestbreve, han modtog ved demonstrationen.

”Ikke et eneste sted står der, at det handler om budgetoverskridelser, og det var det, der var det reelle problem. Man havde ansat flere, end der var brug for, og hvis man gør dét det ene år, er man altså nødt til at fyre det næste,” siger han.

”Jeg forstår fuldstændig protesterne mod zigzagstyring. Det forstår jeg godt, at man protesterer imod, for det er dårlig ledelse. Men generelt er det ikke nedskæringer, der er på dagsordenen. Det er vækst.”

Er der efter din mening lavet en fornuftig



”Man kan sagtens forestille sig, at sygeplejerskerne fremover skal tage sig af endnu flere funktioner, end de gør i dag.”

Sundhedsminister Bertel Haarder.

økonomiaftale her i maj for regionerne og kommunerne, så sygeplejerskerne fremover kan regne med, at der ikke kommer flere besparelser og fyringer i det offentlige?

”Der er ikke penge i ubegrænsede mængder, men der er flere penge, og vi er også enige om, at produktivitetsforbedringerne skal fortsætte, men så længe vi har regionerne, kan vi jo ikke garantere, at nogen af dem ikke træffer dårlige beslutninger,” svarer Bertel Haarder.

Der har også været forslag fremme om at differentiere behandlingsgarantien, hvorfor gjorde I ikke det i denne omgang?

”Jeg har ikke kunnet finde holdpunkter for, at den udvidede behandlingsgaranti skulle være problemet og årsagen til budgetoverskridelserne. Folk, der skal behandles, skal jo behandles, så jeg har

svært ved at se, hvad man sparer ved at udsætte behandlingen. Så har jeg hørt det argument, at nogle bliver raske, mens de venter. Til det vil jeg sige, at så må der i det tilfælde være en læge, der har kvajet sig og indstillet den patient til operation for tidligt.”

Flere penge til efteruddannelse

Bertel Haarder nævner flere penge. De er en del af den nyligt vedtagne aftale, regeringen har indgået med Dansk Folkeparti, om at tilføre 600 mio. kr. til akutområdet. Heraf er de 50 mio. afsat til at efteruddanne og kompetenceudvikle bl.a. sygeplejerskerne.

”De ekstra penge er sat af for, at f.eks. sygeplejerskerne kan løse flere opgaver endnu mere sikkert i lægehusene og i akut-

beredskabet,” forklarer Bertel Haarder, som ikke er afvisende over for, at der på længere sigt kan tilføres flere midler.

”Nu starter vi med de 600 mio. Så må vi se på, hvordan det går, og tage stilling til, hvad behovene er i fremtiden,” siger han og fortæller, at pengene bl.a. skal bruges til bedre og så vidt muligt mere ambulante behandling.

”Jeg har læst, at man i Århus er ked af, at der bliver færre senge. Jeg synes tværtimod, det er en god idé med færre senge. Fremtidens sundhedsvæsen skal have kortere og bedre koordinerede patientforløb, for vi ved, at kortere liggetid giver kortere genoptræningsforløb.”

snp@dsr.dk

EFTER FYRINGERNE ...

Knockout til

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Et sundhedsvæsen i verdensklasse. Sygeplejerskerne på Herlev Hospital undrer sig, for der er langt fra politikernes visioner til den virkelighed, de oplever otte måneder efter den første store fyringsrunde i det danske sundhedsvæsen. 136 medarbejdere – heraf 29 sygeplejersker – blev fyret, og i alt 340 stillinger – heraf 100 sygeplejerskestillinger – blev skåret væk.

På de følgende sider fortæller fire sygeplejersker deres personlige beretning om hverdagen efter sparerunden på Herlev Hospital. Mød bl.a. sygeplejersken fra hjerteafdelingen, hvor færre hjertepatienter henvises til genoptræning. Mød også operationssygeplejersken, som fortæller, at flere operationer bliver aflyst, og at der sker flere fejl. Eller som en af sygeplejerskerne konkluderer:

”Det, der påvirker os mest, er den snigende udhuling af fagligheden.”

fagligheden



EFTER FYRINGERNE ...

Fortravlet. "Fra at være en afdeling i evig udvikling er vores faglige udvikling sat på standby. Kolleger går ned med stress, og vores særlige amme-hotline har skåret åbningstiden ned," fortæller sygeplejerske Helle Niebuhr fra Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Herlev Hospital.

Nybagte forældre skal hurtigst

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



"Førstegangsfødende med ukomplicerede fødsler kan nu kun overnatte på hospitalet én nat, og vores særlige hotline for ammende mødre vil snart blive lukket om eftermiddagen. Det er min fornemmelse, at der er flere genindlæggelser i øjeblikket end tidligere, fordi de fødende ikke altid får den vejledning, der skal til. Det er svært at tale om. Men jeg ser flere utilsigtede hændelser end tidligere, og det er ikke altid, vi når at indberette dem.

Jeg har arbejdet på afdelingen i 25 år og brænder virkelig for mit job. Desuden forsker jeg i amning blandt kvinder, der har fået foretaget brystreduktion. Men projektet har ligget totalt i dvale det seneste halve år på grund af situationen på afdelingen. Ledelsen gør, hvad de kan for at få tingene til at fungere, men de er underlagt politiske sparekrav.

Jeg tænker nogle gange: Hvordan ville folk reagere, hvis de så en film af det, der foregår i særligt spidsbelastede situationer: F.eks. når der er "fuldt hus", dvs. ca. 28 mødre og lige så mange børn, der alle kræver hjælp, pleje og vejledning. Når 12 patientklokker ringer på en gang, eller når nummer fem nye patient fra fødegangen kommer trillende ind ad døren uanmeldt, fordi fødegangen ikke har nået at melde patienten, og vi derfor ikke har plads til hende.

Den planlagte ombygning af kontoret er ikke færdig, og det fungerer som Hovedbanegården i myldretiden. Jeg er sikkerhedsrepræsentant, men efter fusionen har jeg knap nok haft fem minutter til at arbejde med arbejdsmiljø, selvom der virkelig er et stort behov.

Min afdeling har skullet sige farvel til 12 sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter. Vi har 33 senge og 1,1 plejepersonale pr. patient. Før besparelserne overnattede de fleste fødende én nat. I dag foregår en tredjedel af fødslerne ambulante."

Sorg over lynfusion

"Samtidig med besparelserne blev der gennemført en lynfusion af de obstetrisk-gynækologiske afdelinger på Herlev og Glostrup Hospital. Der er nu næsten dobbelt så mange patienter og ansatte på den samme plads, som vi før havde på en afdeling i Herlev. Og pladsproblemerne vil fortsætte, indtil et nyt mor-barn-hospital står færdigt om 5-7 år.

Efter fusionen har vi været hårdt ramt af sygdom, og indtil videre har fem medarbejdere været sygemeldte på grund af stress. Vi har haft besøg af en arbejdspladspsykolog, som har gennemgået, hvilke faser fusionerede afdelinger skal igennem. Det var et fint foredrag, men det hjælper ikke i vores dagligdag. Vi er i sorg over at skulle sige farvel til gode kolleger og kede af, at vi som tidligere velfungerende afdeling har måttet give afkald på

en masse faglighed. Vi håber naturligvis, at fusionen bliver en gevinst på lang sigt: Kollegerne fra Glostrup ved f.eks. meget om sukkersyge, mens vi har specialiseret os i den komplicerede svangrepleje.

Måske har vi ikke været gode nok til at fortælle politikerne om vores forebyggende arbejde. Der er sket en udvikling i de år, jeg har arbejdet på afdelingen. Nybagte forældre er blevet mere usikre, fordi de ikke på samme måde som før har familienetværk at trække på, og det stiller helt andre krav til afdelingen end tidligere. Mange har aldrig haft et barn i armene, og de har brug for særlig støtte til f.eks. at få amningen i gang. Herlev Hospital har et særligt obstetrisk team, der opfanger og støtter psykisk skrøbelige mødre, så mor og barn får den bedste start. Vi har en enestående mulighed for at hjælpe mødre, fordi vi har tæt kontakt med dem i forbindelse med fødslen. Men den slags forebyggende tiltag bliver der færre af. Jeg tror desværre, at den udvikling bliver dyr for samfundet på lang sigt."

bso@dsr.dk

Helle Niebuhr, 51 år. Har været ansat på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital i 25 år.

muligt hjem

”Jeg tænker nogle gange: ”Hvordan ville folk reagere, hvis de så en film om det, der foregår i spidsbelastede situationer, f.eks. når 12 patientklokker ringer på én gang?”

Sygeplejerske Helle Niebuhr, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Herlev Hospital.



EFTER FYRINGERNE ...

Snigende udhuling af fagligheden

Uvished. Det værste er, at vi ikke ved, hvornår besparelserne får en ende, siger den 32-årige sygeplejerske Karen Sofie Spangenberg, der har arbejdet et år som sygeplejerske på Plastikkirurgisk Afdeling V på Herlev Hospital.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



”Hvornår er nok nok? Hvornår stopper nedprioriteringerne? Så sent som i dag fik vi en mail om, at vi igen skal spare. Det giver en følelse af utryghed, at der kommer nye sparerunder. Jeg har kun været på afdelingen et år og har meget, jeg skal lære. Men vi løber meget stærkt, og der er ikke altid tid til at lære nyt.

Det, der påvirker os mest, er den snigende udhuling af fagligheden. Ledelsen gør, hvad den kan for at få det bedste ud af situationen. Der er selvfølgelig ingen, der siger, at vi ikke skal udvikle os fagligt. Men der er bare så travlt, at vi ikke når den faglige udvikling, og det kan have store konsekvenser for plejepersonalets udvikling på længere sigt. Vi arbejder hurtigere end tidligere, og jo hurtigere vi arbejder, desto større er risikoen for fejl. Jeg oplever, at der sker flere fejl i øjeblikket.

En anden konsekvens af sparerunden er, at personalet ikke længere får penge for at tage ekstra vagter, når en kollega er syg. Min fritid er dyrebar. Jeg dropper ikke bare min weekend for at kunne afspadsere en tirsdag. Men det forventes, at vi selv dækker hinandens sygdom og ferie. Generelt har vi en god stemning på afdelingen, men nogle gange kan det godt påvirke atmosfæ-

ren i negativ retning, at vi er pressede på det punkt. På min afdeling er der afskeditget en køkkenassistent og en arkivansat. Der er også blevet sparet på rengøringen, og der er mere beskidt end tidligere. I weekenden bliver der ikke gjort rent, og det personale, der skal stille madbuffeten op til patienterne, er blevet skåret ned.

I forhold til patienterne er der sket en nedprioritering, som betyder, at fedmeopererede patienter med store løsthængende hudfolder ikke modtager en kosmetisk operation på det offentlige regning. Vi behandler i dag kun de sværeste tilfælde. Jeg kan godt forstå, at den type operationer må vente, når ressourcerne er pressede. Men generelt gør det mig trist at tænke på den retning, vores sundhedssystem er på vej hen imod. De fedmeopererede, som har råd, kan få behandling på privatklinik. De, der ikke har råd, skal ikke regne med at få hjælp i det offentlige.”

For hvem akkrediterer vi?

”Førhen kunne vi bryste os af, at vi er uddannet til at møde patienterne, hvor de er. Men i dag har vi så travlt, at det går ud over den faglige udvikling. Der er nogle ambitioner, som måske ikke længere bliver opfyldt i samme omfang som før. Hvad skal vi være for patienterne? Hvad er vores niveau for sygepleje? I sidste ende skader

det patienterne, hvis vores sygepleje bliver dårligere. Det betyder flere genindlæggelser og flere komplikationer.

Det kan godt virke mærkeligt, at vi sparer så meget og samtidig bruger så mange ressourcer på at indføre procedurer i forbindelse med akkrediteringen. Nogle gange kan man ikke lade være med at spørge sig selv: ”Akkrediterer vi, fordi der kommer en akkrediteringskomité, eller gør vi det, fordi det er det bedste for patienterne?” Selvfølgelig skal vi have sygeplejefaglige standarder, men vi skal også overlade nogle procedurer til den enkelte sygeplejerskes skøn. For mig giver det f.eks. ikke nogen mening, at vi ifølge akkrediteringen skal måle BMI på samtlige patienter. Vi bruger en masse ressourcer på at leve op til akkrediteringen, selvom vi er presset økonomisk, og systemets tiltro til den enkelte sygeplejerskes kliniske blik er dalet. En sparerunde kan være en god anledning til at kigge kritisk på opgaverne og overveje, om tingene kan gøres på en ny måde. Men jeg oplever, at ressourcerne bruges på mange krav, der er fuldstændig irrelevante.”

bso@dsr.dk

Karen Sofie Spangenberg. Rotationssygeplejerske på Plastikkirurgisk Afdeling V, Herlev Sygehus, siden 2009. Færdiguddannet sygeplejerske i 2005.

”Nogle gange kan man ikke lade være med at spørge sig selv:
”Akkrediterer vi, fordi der kommer en akkrediteringskomité, eller
gør vi det, fordi det er det bedste for patienterne?”

Karen Sofie Spangenberg, sygeplejerske Plastikkirurgisk Afdeling V, Herlev Hospital.



EFTER FYRINGERNE ...



”Jeg synes generelt, at ledelsen tackler tingene så godt, de kan. De er jo underlagt en politisk beslutning. Men der er ridser i lakken. Det er en stor ridse, at det faglige rum nærmest forsvinder. Jeg oplever også flere dage, hvor kollegerne er trætte og energiforladte.”

Leila Lind Larsen, operationssygeplejerske, Plastikkirurgisk Afdeling V på Herlev Sygehus.

Flere operationer bliver aflyst

Spild. På nogle punkter har sparerunden været dyr for Herlev Hospital. I øjeblikket er der flere aflysninger af operationer, fordi der er skåret i antallet af operationssygeplejersker. Det fortæller Leila Lind Larsen, ansat på operationsgangen, Plastikkirurgisk Afdeling, Herlev Hospital, og suppleant for fællestillidsrepræsentanten.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



”Før besparelserne havde vi en sygeplejerske i en løs funktion, som sørgede for at lægge instrumenterne på plads og gøre klar til næste operation, så programmet på operationsstuen forløb hurtigere. Det har vi ikke længere. Det betyder f.eks., at stuen står stille, mens personalet holder spisepause. Pausen mellem to operationer kommer tit op på 20-25 minutter, og programmet er nu så pakket, at vi tit skal udføre overarbejde.

I nogle tilfælde er konsekvensen, at operationer bliver aflyst, fordi vi ikke kan nå alle patienter i dagarbejdstiden. Anæstesi skal heller ikke have mange sygemeldinger, før de bliver nødt til at lukke en stue. Men så står der et stort hold kirurger og operationssygeplejersker, som stadig skal have deres løn. I de situationer er besparelserne en meget dyr løsning. Vi har også lavet nogle tiltag, hvor vi prøver

at gøre arbejdsgange mere effektive. F.eks. har vi ændret på modtagelsen af patienterne, så de i dag kommer ind i ambulatoriet inden operationen, og det betyder, at det tager væsentligt kortere tid at gøre patienterne klar inden operationen.”

Faglig sparring sparet væk

”Det psykiske arbejdsmiljø er påvirket af, at vi alle sammen har mere travlt. Efter fyringsrunden er den tid, hvor vi kan udvikle os fagligt og snakke fag og sygepleje, på det nærmeste ikke-eksisterende. Hvis vi f.eks. har været igennem et kompliceret patientforløb, er der ikke tid til at drøfte det igennem.

Udviklingsprojekter og faglig sparring er i stort omfang sparet væk, fordi det ikke rammer patienterne direkte. Men på længere sigt tror jeg, at den faglige udhuling af sygeplejen vil ramme patienterne, fordi kvaliteten af behandlingen er helt afhængig af, at sygeplejersker kan udvikle deres fag.

Ledelsen tackler tingene så godt, de kan. De er jo underlagt en politisk beslutning. Men der er ridser i lakken. Det er en stor ridse, at det faglige rum nærmest forsvinder. Jeg oplever også flere dage, hvor kollegerne er trætte og energiforladte. Hvis vi i en periode har haft rigtig travlt, så er der nogle gange en trist og tung stemning lige fra morgenstunden. Jeg vil ikke tale min arbejdsplads ned, men jeg vil gerne tale situationen ned. Og man kan da ikke lade være med at spørge sig selv: ”Hvad er det for et sundhedsvæsen, politikerne ønsker? De taler om et sundhedsvæsen i verdensklasse, men det er langt fra den virkelighed, vi oplever.” Patienterne forsvinder jo ikke, bare fordi der bliver færre penge.”

bso@dsr.dk

Leila Lind Larsen, 44 år. Operationssygeplejerske på Plastikkirurgisk Afdeling V siden 2003. Desuden suppleant for fællestillidsrepræsentanten på Herlev Hospital.

EFTER FYRINGERNE ...

Tvunget til at tænke nyt

Fornyelse. Færre hjertepatienter henvises til rehabilitering. Det er en af de umiddelbare konsekvenser af sparerunden, men besparelserne har også betydet, at afdelingen har indført mere effektive arbejdsgange, fortæller afdelingssygeplejerske Birgitte Haugaard Jensen fra Kardiologisk Afdeling på Herlev Hospital.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN



”Efter sparerunden kan vi se, at den fysiske genoptræning af hjertesygge glipper for nogle af de patienter, der behandles på kardiologisk afdeling. Der henvises nemlig færre patienter til genoptræning og undervisning i deres sygdom end tidligere. Afdelingens undervisning af hospitalets øvrige personale i behandling af hjertestop er også truet. Kardiologisk afdeling vil ikke bruge afdelingens budget på undervisning af andre afdelinger, og hospitalet afviser også at betale, så derfor forhandles der i øjeblikket.

Vi har 19 sygeplejersker og ni sosu-assistenters ansat, og der er fyret en sygeplejerske og tre social- og sundhedsassistenter. De sygeplejersker, der er tilbage i ambulatoriet, har i dag så travlt, at de i nogle tilfælde ikke når op på sengeafdelingen for at aftale et rehabiliteringsforløb med patienten. Det betyder, at hjertepatienterne ikke altid får den henvisning til det genoptræningstilbud, som de faktisk er berettiget til ifølge Sundhedsstyrelsens særlige pakkeforløb for hjertepatienter. Vi er meget opmærksomme på problemet og forsøger at løse det. I det hele taget forsøger vi på afdelingen hele tiden at gøre vores yderste for, at besparelserne ikke rammer patienterne. Lige efter sparerunden sagde mange: ”Det her skal koste.” Men for patienterne er indlæggelsen en enestående oplevelse, og de har krav på den bedst mulige behandling. Vi er underlagt politiske beslutninger,

som vi ikke umiddelbart kan ændre her på afdelingen, og som ledelse må vi forsøge at gøre det så godt som muligt inden for de eksisterende rammer.”

Fokus på afbrydelser

”Foråret har været usædvanligt travlt. Ud over besparelserne har afdelingen siden nytår haft konstant overbelægning – ofte på 150 pct. De pressede ressourcer har tvunget ledelse og medarbejdere til at tænke nyt. Vi har satset på at effektivisere vores arbejdsgange ved at reducere støj og mindske antallet af afbrydelser. F.eks. er der blevet sat skærme op omkring kontorpladserne. Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter skal fremover arbejde i makkerpar, så de altid ved, hvem de skal tilkalde, hvis de har brug for hjælp. De individuelle konsultationer, som sygeplejerskerne tidligere havde med patienterne om deres sygdom, er erstattet af et fælles møde, hvor en gruppe patienter sammen ser en film og drøfter indholdet med en sygeplejerske. Og faktisk rummer det nogle fordele, at patienterne taler sammen i stedet for at få individuelle konsultationer.

Vi er også meget bevidste om, at besparelserne ikke må ramme den faglige udvikling. Tværtimod er det helt afgørende at styrke arbejdsglæden og motivationen. Det er vigtigt, at vi ikke kun lever i en produktionsverden, hvor vi bare skal mølle patienter igennem. Derfor prioriterer vi vores sygeplejerskekonference meget højt. Konferencen er et refleksionsrum, hvor der drøftes temaer som gode patienthisto-

rier fra afdelingen og begreber som f.eks. skam, sorg og omsorg.

Desuden har afdelingen i flere år arbejdet med den såkaldte prioriteringstrekanter som redskab. Det betyder, at den ansvarshavende sygeplejerske løbende vurderer behovet for plejepersonale. Er trekanten i rød zone, betyder det f.eks., at sengebading af patienterne udskydes i det tidsrum, hvor spidsbelastningen er størst. Besparelserne har tvunget os til en skarpere prioritering af afdelingen. Jeg har trukket mig ud af flere tværgående arbejdsgrupper og er i dag kun med i de faglige udvalg, der angår vores afdeling.

Der er en tendens til, at sparerunden øger egoismen i de enkelte afdelinger og blandt de forskellige faggrupper. Der kan f.eks. være en faggruppe, der siger til en anden gruppe: ”Du skal ikke skubbe opgaver over på mig, for jeg har så rigeligt.”

bso@dssr.dk

Birgitte Haugaard Jensen, 45 år. Afdelings- sygeplejerske, Kardiologisk Afdeling, Herlev Hospital.

Overalt i landet har hospitaler og kommuner fyret sygeplejersker.

Sygeplejersken går bag om tallene og fortæller om konsekvenserne for patienter og ansatte. Læs i næste nummer om sygeplejerskerne i Kolding Kommune, der har måttet sige farvel til en sjettedel af deres kolleger.



”Besparelserne har tvunget os til en skrapere prioritering. Jeg er i dag kun med i de faglige udvalg, der angår vores afdeling.”

Birgitte Haugaard Jensen, afdelingssygeplejerske, Kardiologisk Afdeling S, Herlev Hospital.

Hund ingen hindring. Værestedet Perronen på Falster har for nylig åbnet en sygeplejeklinik. Pia Harbo er sygeplejerske for brugerne, der primært er stof- og alkoholafhængige borgere. Her foregår det på deres præmisser, og det gør ikke noget, hvis patienten en gang imellem er firbenet.

Plads til de skæve

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

En lille fornøjet amerikansk bulldog render rundt i en gård og spænder ben for nogle mænd, som er i gang med at rode med deres knallerter. Den dikker ivrigt med halen, mens ejeren indfanger den.

”Det var dagens første besøgende,” smiler sygeplejerske Pia Harbo og peger ned på hunden fra førstesalen i et stort, rødt hus, hvor hun har sit kontor. Selvom Pia Harbo ikke sædvanligvis tager sig af firbenede patienter, gør hun gerne en undtagelse. I dag havde Buller, som hunden hedder, brug for at få rensset en gang betændelse, før den igen kunne spæne ned og drille knallertreparatørerne, og derfor fandt hun sprit og servietter frem.

Det er mandag eftermiddag, og Pia Harbo er i værestedet Perronen i Nykøbing F., ligesom hun har været det de sidste tre mandage, siden værestedet åbnede en sygeplejeklinik i forsommeren. Huset er lige så kringlet og krøllet som dets brugere med flere labyrintiske gange og små og



Jeg har tidligere holdt fast i, at når jeg har fri, så har jeg fri, men sådan fungerer det ikke her,” siger sygeplejerske Pia Harbo.

store kontorer og opholdsstuer. En snoet trappe fører op til en lille repos, der giver adgang til en gang, hvor sygeplejekliniken ligger.

En midaldrende mand har vovet sig op ad trappen for at hilse på den nye sygeplejerske. Han holder sig ind til videre i behørig afstand fra klinikken.

”Det er stadig så nyt, at de lige ser mig lidt an,” forklarer Pia Harbo, efter manden er listet ned igen med en opmuntring om, at han altid er velkommen til en snak og evt. et kig på sundhedstilstanden.

Sygeplejersken er ufarlig

Brugerne af Perronen er de skæve eksistenser, som det etablerede system ikke altid formår at rumme og omvendt. De er alkoholikere og brugere af narkotiske stoffer, og de er tit skeptiske over for alt, der lugter af kommunale behandlingstilbud og ”systemer”, fortæller Liane Christensen, der selv er kommet i Perronen i 13 år både som bruger og som frivilligarbejder.

”Det er derfor, vi har brug for en sygeplejerske her,” siger hun og forklarer, at det især er tanken om registrering, der kan virke skræmmende:

”Mange her stoler ikke på, at behandlerne i de kommunale tilbud overholder deres tavshedspligt, og de praktiserende læger bruger tit ord, der er svære at forstå. Derfor er det godt, at vi kan komme og snakke med Pia. Det virker mere trygt, og her er man, når man selv har lyst – ikke når man har fået et brev om, at man skal,” siger hun.

Mistillid til systemet

Det samme kan siges om Pia Harbo. Hun arbejder i Perronen, ikke fordi hun skal, men af lyst. Arbejdet er frivilligt og klares ved siden af jobbet i hjemmeplejen i Guldborgsund Kommune.

”Igennem mit arbejde i hjemmeplejen har jeg kunnet se, at der er borgere, vi har



eksistenser

Rigtig mange sygeplejersker bruger deres uddannelse til frivilligt arbejde. I en række reportager over de næste numre følger vi nogle af de mange entusiaster og undersøger, hvad der får dem til at brænde for sagen.



Pia Harbo og Liane Christensen foran Perronen, hvor Sygeplejeklinikken åbnede i forsommeren.

”Det er nogle gange øretævernes holdeplads at være her, for jeg må tit forsvare brugerne mod andre menneskers holdninger og fordomme.”

» svært ved at nå, selvom de har brug for hjælp. Vi får ikke altid reddet dem, der har brug for det,” siger hun.

Liane Christensen kender selv til, at det kan være svært at invitere hjemmeplejen indenfor, og forklarer, hvorfor det, der egentlig skulle være et tilbud om hjælp, ikke bliver modtaget:

”Man siger ”nej tak”, fordi man ikke ved, hvad der måske kommer til at stå i journalerne. Det er ikke let at invitere fremmede ind i sit hjem. Hvad tænker personen, når hun ser, at der måske ikke er blevet gjort rent i lang tid, eller de tomme flasker fylder lidt for meget på sofabordet? Mange af brugerne er ikke så gode til at holde deres hjem pænt,” siger hun.

Selvom brugerne kan være berøringsangste over for tilbud eller sundhedspersonale, de forbinder med noget kommunalt, oplever Pia Harbo ikke, at det er et problem, når hun er i Perronen.

”Der er ingen, som tror, at hjemmeplejen er rykket ind i huset, og det er bestemt heller ikke meningen. Her er jeg bare sygeplejersken Pia, og jeg er ganske ufarlig,” griner hun og fortsætter: ”Jeg er faktisk blevet taget rigtig flot imod. Der er endda nogle af dem, der giver et stort knus, når de ser mig, og siger: ”Det her er *min* sygeplejerske.”

Fordomsfulde øretæver

”Den Lille Sygeplejeklinik” på førstesalen lever helt op til sit navn. I det beskedne ca. 6 m² store lokale er der plads til en briks, et lillebitte skrivebord, to stole og en gammeldags blodtryksmåler, men klinikken er ikke kun dens fysiske rammer.

Pia Harbo er hverken begrænset af åbningstider eller lukkede døre, for det frivillige arbejde i Perronen er uden egentlige regler og afgrænsninger.

”Lige så snart jeg forlader hjemmet, er arbejdet der i et eller andet omfang. Nykøbing er ikke en stor by, og alle ved, hvem jeg er. Jeg har tidligere holdt fast i, at når jeg har fri, så har jeg fri, men sådan fungerer det ikke her,” siger Pia Harbo og fortæller, at det ikke kun er det frivillige arbejde, hun

skal forholde sig til, men også omgivelsernes reaktioner.

”Det er nogle gange øretævernes holdeplads at være her, for jeg må tit forsvare brugerne mod andre menneskers holdninger og fordomme. Men jeg får utrolig meget igen, og selvom det er et miljø, der kan virke hårdt, så giver det også rigtig mange glæder,” siger hun.

På brugernes præmisser

De fleste dage er der fredeligt i Perronen, og brugerne er i værkstederne, ved poolbordet eller hygger med at lave mad sammen. Men en gang imellem bliver frustrationer og raserier luftet både verbalt og fysisk.

”Jeg har været overrasket over den vold, der er især blandt nogle af kæresteparrene. Jeg skal ikke blande mig, for det er ikke min opgave. Jeg kigger lige for at se, om de er okay, men jeg skal ikke ud og frelse dem. Det skal være på deres præmisser, og det skal være dem, der opsøger mig,” siger Pia Harbo.

Det er et princip, hun holder i hæv, for Perronen er brugernes fristed, og det er dem, der sætter betingelserne. Også når det gælder deres egen sundhed.

”Jeg vil rigtig gerne hjælpe dem, men kun hvis de selv beder om det. Hvis de er kommet til skade eller har brug for en læge, sender jeg dem ikke videre i systemet, medmindre de giver lov. I stedet fortæller jeg om konsekvenserne, hvis ikke de gør noget ved det. Men det er deres eget valg.”

Pia Harbo håber, at hun på sigt kan udvide Den Lille Sygeplejeklinik med flere sygeplejerskekolleger, både i huset og også på gadeplan.

”Det er ikke alle borgere, der har ressourcer til at komme her, men jeg ved, hvor jeg kan finde dem ude i byen. Selvom der spares på socialområderne, bliver misbrugsproblemerne bestemt ikke mindre. Der er et stort behov for, at vi er flere, der kan tage hånd om de borgere, der ikke har ressourcerne til at gøre det selv,” siger hun.





Evidensbaseret lægemiddelanvendelse i praksis - nyt kursus på masterniveau

Kurset henvender sig til personer, der arbejder med evidensbaseret lægemiddelanvendelse, patientsikkerhed og kvalitetssikring af lægemiddelanvendelse, heriblandt sygeplejersker, både inden for den offentlige og den private sektor.

Kurset giver dig overblik over forskellige aspekter af patientsikkerhed i forbindelse med lægemiddelanvendelse, lægemiddelrelaterede problemer og -sygelighed i både primær- og sekundærsektoren. Du får indsigt i kvalitetssikringstiltag i sundhedssektoren og viden om metoder til planlægning, implementering og dokumentation af lægemiddelanvendelse og lægemiddelsikkerhed.

*Kursusdage: 15.-17. november 2010 og 18.-20. januar 2011+ projektarbejde.
Tilmeldingsfrist: 17. september 2010.*

Læs mere på: www.farma.ku.dk/mdm eller kontakt: master@farma.ku.dk

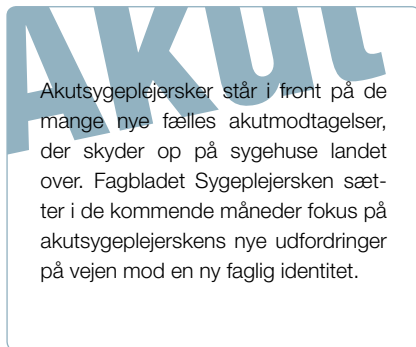
Nyt!



Få 2 bøger for kun 29 kr. pr. stk.
+ 39 kr. i porto og eksp.

Få ny inspiration til dit arbejde og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Spar op til 45% på dine bøger i **Bogklubben for Sundhedsprofessionelle**.

Læs mere om bøgerne og meld dig ind på www.sundhedsprof.dk



Akutsygeplejersker står i front på de mange nye fælles akutmodtagelser, der skyder op på sygehuse landet over. Fagbladet Sygeplejersken sætter i de kommende måneder fokus på akutsygeplejerskens nye udfordringer på vejen mod en ny faglig identitet.

Akutuddannelse på eget initiativ

Selvbestaltet. De har travlt på den akutte modtageafdeling, AMA, på Kolding Sygehus. Så travlt, at de ikke har tid til at vente på, at politikere og Sundhedsstyrelsen bliver enige om at etablere en national uddannelse for akutsygeplejersker. Som det første sted i landet har de for længst skabt deres egen akutuddannelse.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Det er ikke noget, patienterne umiddelbart lægger mærke til. De bliver modtaget og behandlet som altid.

Men under overfladen fungerer AMA, Akut Modtageafdeling, på Kolding Sygehus som et arbejdende eksperimentarium, hvor fagidentiteter og afdelingskulturer er slået sammen. AMA bliver om ca. fem år til FAM – en fælles akutmodtagelse med deltagelse af læger og sygeplejersker fra alle specialer – og man er så småt begyndt at øve sig på den nye virkelighed.

Afdelingens sygeplejersker står i orkanens øje, hvor det handler om liv og død og ikke mindst om at træffe den rigtige beslutning. I princippet er det ganske vist lægen, der har det sidste ord. Lægen iværksætter og ordinerer behandling. I praksis går akutsygeplejersken i gang, fra det øjeblik hun ser patienten første gang. Og i praksis vil sygeplejersken ofte være den mest erfarne af de to faggrupper ved det første møde med patienten.

Uerfarne læger kræver fleksibilitet

Der er stor udskiftning blandt de yngre læger. De er typisk kun på AMA i et halvt år som led i deres KBU-forløb (klinisk basisuddannelse på et år, som alle nyuddannede læger skal igennem). Det stiller store krav til sygeplejerskerne, som ikke kan lade sig begrænse af stive faggrænser



"Vi skal væk fra tunnelseynet og den traditionelle sygehusopdeling med skadestue, medicinsk visitationsafdeling, kirurgisk visitationsafdeling og neurologisk visitationsafdeling og se på patienten med de brede briller på. En forhåndsdiagnose kan stjæle opmærksomheden fra, hvad patienten i virkeligheden fejler, og betyde spild af kostbar tid," siger oversygeplejerske på AMA i Kolding, Helle Madsen.

i en hektisk hverdag, hvor de selv står i front. Derfor benytter man sig på AMA i stor stil af muligheden for delegeret ret, hvilket i korthed går ud på, at den stedlige overlæge kan oplære sygeplejersker i bestemte opgaver og siden uddelegere retten til at udøve disse. Det betyder, at AMA's sygeplejersker bl.a. både lægger venflon og kateter. De har ligeledes lov til at engangs-

ordinere forskellige typer medicin som smertestillende, morfika, kvalmestillende, astmamedicin m.m.

Obligatorisk ottedageskursus

"Professionalismen omkring den første time er afgørende for patientens øvrige ophold på sygehuset. Patienten skal føle sig i kompetente hænder, og akutsygeplejersken skal føle sig sikker på, hvad hun skal gøre, fra det sekund hun har patienten i hænderne," fortæller ledende overlæge



Hvis vi skal løfte os fra det niveau, vi er på nu, kræver det undervisning og opkvalificering af personalet," siger ledende overlæge Christian Backer Mogensen, som på eget initiativ har etableret et ottedages mini-akutkursus til alle AMA's sygeplejersker.



Der samarbejdes intenst på AMA i Kolding.

En analyse har vist, at man kan spare 50 procent af tiden ved indlæggelsesproceduren, hvis lægen og sygeplejersken modtager patienten i fællesskab.

))) ARBEJDSGANG PÅ AMA:

1. AMA-sygeplejersken modtager patienten
2. AMA-læge optager journal
3. En læge fra det speciale, patienten i første omgang er meldt til, tilser patienten. Hvis førstehåndsd diagnosen har været korrekt, kan behandling påbegyndes. Hvis ikke, må patienten lynhurtigt omdirigeres til det rigtige speciale.

Christian Backer Mogensen. Han har på eget initiativ etableret et ottedages mini-akutkursus, som alle AMA's sygeplejersker skal igennem.

”Der eksisterer ikke en formel uddannelse som akutsygeplejerske. Men hvis vi skal løfte os fra det niveau, vi er på nu, kræver det undervisning og opkvalificering af personalet. Formålet med at etablere en fælles akutmodtagelse er at bedre overlevelsen. Her på Kolding Sygehus har vi det overordnede mål at reducere dødeligheden med 15 pct. Derfor skal vi være eksperter i det akutte, og det bliver vi kun, hvis vi løbende opdaterer medarbejdernes viden og kompetencer. Vi arbejder konstant på at systematisere patientens vej gennem systemet. Pt. udskrives 70 pct. af patienterne til eget hjem inden for 48 timer,” siger Christian Backer Mogensen.

Alle sygeplejersker på AMA skal til en praktisk og en teoretisk eksamen. Det er en forudsætning for at arbejde på afdelingen, at de består.

De elementære traumeparametre skal sidde på rygmarven, siger Christian Backer Mogensen, som lærer sygeplejerskerne nogle nemme huskeregler til det første møde med patienten. ”Følgende fem ting skal ”sidde” på venstre hånds fingre. Nemlig: hvem, hvad, hvor, hvordan og hvor længe? På samme måde skal de bruge højre hånds fem fingre til at huske de fem vitalparametre, som altid skal tjekkes. Nemlig: puls, blodtryk, respirationsfrekvens, saturation og temperatur.

Først læge når sygeplejerske kalder

Foreløbig har ca. halvdelen af afdelingens sygeplejersker taget mini-akutkurset.

En del af afdelingens sygeplejersker har desuden taget det store akutkursus på diplomuddannelsen for sygeplejersker på University College Syddanmark.

”Der er mange faldgruber, når man står over for en ukendt patient og alene skal tolke på symptomer. Akutsygeplejersken skal lynhurtigt kunne vurdere, om patienten

er alvorligt syg, og handle på det. Det er dét, vi uddanner dem til. Lægen kommer ikke, før sygeplejersken kalder. Den måde, hun fortæller patientens historie på, er afgørende for, hvor hurtigt lægen kommer. Her er et stort patientflow, vi er nødt til at uddelegere, så de ikke skal spørge lægerne hver gang,” fortæller AMA's ledende overlæge, som på et tidligt tidspunkt erkendte behovet for at efteruddanne afdelingens sygeplejersker. ”Her i Kolding har vi været de første i landet til at sige, at der er behov for en formel uddannelse, der dækker akutsygeplejen. Vi har lagt os i forrettrøjen og har som mål at holde drivet og hele tiden blive bedre,” fortæller Christian Backer Mogensen og tilføjer:

”AMA's akutuddannelse kører alene over afdelingens driftsbudget. ”Det betyder, at kollegerne må løbe hurtigere, når andre er på kursus. Men det fungerer, fordi alle er interesserede i at få højet vores kompetenceniveau.”

Fælles akutmodtagelse forude

På fremtidens FAM i Kolding, den store fælles akutmodtagelse med plads til 120 patienter i døgnnet, som åbner i 2014, vil der kun være én indgang til sygehuset.

I dag har patienterne allerede en forhåndsd diagnose, når de ankommer til AMA i Kolding. De indlæggende læger



”Titlen som akutsygeplejerske eksisterer ikke formelt, og det er bekymrende. Der skal nytænkning til.”

Helle Madsen, oversygeplejerske ved AMA i Kolding.

» melder deres patienter til diverse specialer som ortopædkirurgisk, organkirurgisk, kardiologisk etc.

Én indgang til sygehuset

Men på fremtidens FAM, den store fælles akutmodtagelse med plads til 120 patienter i døgnet, som åbner i Kolding i 2014, vil der kun være én indgang til sygehuset. Alle patienter indlægges via FAM, og patienten vil alene blive vurderet på baggrund af sine aktuelle symptomer, forklarer oversygeplejerske på AMA, Helle Madsen.

Patienten vil blive mødt af en kompetenceklynge bemandet med specialister. Det

er i FAM, den primære diagnose stilles, og her at valget af førstebehandling træffes. Fra FAM sendes patienterne videre til hospitalets øvrige afdelinger.

”Vi skal væk fra tunnelsynet og den traditionelle sygehusopdeling med skadestue, medicinsk visitationsafdeling, kirurgisk visitationsafdeling og neurologisk visitationsafdeling og se på patienten med de brede briller på. En forhåndsdiagnose kan stjæle opmærksomheden fra, hvad patienten i virkeligheden fejler, og betyde spild af kostbar tid. Det kan godt være, egen læge har indlagt patienten til observation for galdesten, men hvad oplever patienten

selv? Hvordan har patienten det egentlig? Måske skyldes mavesmerterne noget langt alvorligere som f.eks. en aorta-aneurisme?”

Ifølge Helle Madsen er der tale om et paradigmeskift.

”Sundhedsvæsnen er pr. tradition bygget op omkring en søjletankegang, hvor hver søjle har udgjort et speciale med sin helt egen kultur og selvforståelse. Vi skal lære at tænke horisontalt frem for vertikalt.”

Tæt på skadestuen

Om et halvt års tid bytter AMA lokaler med den organkirurgiske afdeling, så man

» HVAD ER FAM?

En fælles akutmodtagelse samler skadestue og tidligere enkeltafdelingers modtagelser i én fælles lokalitet. Der vil således kun være én indgang til sygehuset i tilfælde af akut sygdom/skade.

Grundlaget for sygehusenes fremtidige akutte beredskab er fastlagt i Sundhedsstyrelsens rapport ”Styrket akutberedskab” fra 2007. Heraf fremgår bl.a., at der skal ske en samling af antallet af akutmodtagelser på sygehusene til omtrent det halve. Samtidig skal det præhospitale beredskab styrkes.

» AMA – AKUT MODTAGE AFDELING – I KOLDING:

En forløbsleder (sygeplejerske) koordinerer modtagelsen af patienter døgnet rundt. Patienterne indlægges enten via vagtlæge eller egen læge og bringes til sygehuset i akutbil eller ambulance. Forløbslederen afgør, hvilket speciale patienten skal meldes i, og om AMA har kapacitet/ekspertise til at tage sig af patienten, eller om patienten skal sendes videre til et andet sygehus.

AMA har 42 sygeplejersker, 24 yngre læger og tre speciallæger. Afdelingen er til enhver tid bemandet med to akutmodtagere (sygeplejersker), som skal tage sig af det første møde med de akutte patienter.

AMA har fem modtagestuer til akutte patienter og to stationære stuer, hvor patienterne anbringes, når deres tilstand er stabiliseret.

AMA-lægerne er ansat direkte på afdelingen, mens læger fra sygehusets øvrige specialer tilkaldes efter behov. På AMA behandler man en bred vifte af patienter inden for specialerne intern medicin, organkirurgi, ortopædkirurgi, karkirurgi og kardiologi. Desuden tager man sig af børn over to år.



på den måde kommer til at ligge dør om dør med skadestuen. Og øver sig i at arbejde sammen.

”Vi udvikler FAM-konceptet i mindre version på vej mod den store færdige FAM. Det gør vi for at være ordentligt forberedt, så vi kan sikre os, at patienterne får den rigtige behandling fra dag ét. I første omgang starter vi op med at have fælles triageringszone med skadestuen. Samtlige AMA's sygeplejersker er uddannet i triage (prioritering af patienter efter sygdommens alvorsgrad).

Rollemodel med eget værdisæt

Kolding Sygehus var et af de første sygehuse i Danmark, som fulgte op på Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 om at samle det akutte beredskab. AMA så allerede dagens lys i august 2008 i forbindelse med, at sygehusets medicinske visitationsafsnit blev nedlagt. Mange har siden skelet til Kolding, som ofte får besøg fra landets øvrige sygehuse. Ikke mindst fra sygehuse uden for Region Syddanmark.

Sygeplejerskegruppen på AMA i Kolding har fra første færd udviklet sit eget værdisæt, der omfatter bl.a. ledelse, organisation, patienttilgang, uddannelse, efteruddannelse og samarbejde med læger og andre sundhedspersoner.

Afdelingen har tilknyttet egne bioanalytikere, der har været med til at udvikle

AKUTSYGEPLEJENS ABCDE

Akutsygeplejersken kan sin ABCDE. Alle akutte patienter skal have tjekket følgende parametre:

- A = airway (luftvejene skal være frie)
- B = breathing (vejrtrækning)
- C = circulation (blodtryk og puls)
- D = disability (indre eller ydre skader)
- E = exposure/environment (forgiftning, forurening).

arbejdsgangen omkring patienterne. Desuden har AMA sine egne kliniske farmaceuter, der superviserer læger og sygeplejersker for at undgå mediciningsfejl.

Brug for ny fagidentitet

Modsat mange andre steder er AMA's 24 yngre læger ikke længere ansat på specialafdelingerne, men i stedet ansat direkte på AMA.

”De yngre læger elsker det, de kommer aldrig til at gå alene her. Mange går i uklassificerede stillinger, fordi de gerne vil lære det akutte,” fortæller oversygeplejerske Helle Madsen.

Over hele landet er sygehuse i disse år på vej mod de fælles akutmodtagelser, hvor akutsygeplejersken skal stå i spidsen med sit kliniske blik. Alligevel eksisterer titlen akutsygeplejerske endnu ikke formelt, og det bekymrer Helle Madsen.

”Vi har brug for en helt ny fagidentitet og en formel uddannelse til at varetage den funktion, det er at være helt i front. Mens sygeplejen generelt bliver mere og mere subspecialiseret, er FAM et skridt i den anden retning – mod større generelle kompetencer, og det kræver nytænkning mht. jobets indhold.”

Akutsygeplejersken behøver ikke højt teknologisk udstyr af betydning, men har i højere grad brug for kliniske kompetencer.

”Kun tre pct. af indlæggelserne på akutmodtagelsen handler om blå blink og hjer-testop. 97 pct. er uafklarede medicinske lidelser og brækkede ben. Jobbet er lidt af en detektivopgave. Jeg føler mig som en Sherlock Holmes, hver gang jeg åbner døren til akutstuen med en nyankommen patient.”

redaktionen@dsr.dk

Hun har procedurerne på rygmarven

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Hanne Juhl Holm er optimist. Det har været en rolig formiddag her på AMA, Akut Modtage Afdeling, på Kolding Sygehus.

Afdelingens forløbsleder har ganske vist meldt en patient med mavesmerter, men det varer efter det oplyste en halv times tid, før patienten ankommer. Altså går Hanne Juhl Holm i selskab med *Sygeplejerskens* journalist og fotograf en tur i kantinen for at hente frokost. Vi har dog kun lige fået placeret madbakkerne på bordet i afdelingens frokoststue, før Hanne Juhl Holms telefon ringer. Ambulancen er kommet, og Hanne Juhl Holm bedes stå klar til at modtage patienten. Klokkeren er 12.45. Det er nu, hele køreplanen rulles ud, og alle systemer skal stå deres prøve.

Hanne Juhl Holm har alle procedurer på rygmarven. Hun arbejder som akutsygeplejerske, føler sig som akutsygeplejerske og kalder sig akutsygeplejerske, selvom titlen endnu ikke er officiel. Hun er efteruddannet i akutmedicin og traumatologi.

Akutsygeplejersken er den første, en akut patient møder på AMA. I det øjeblik ambulanceførerne ruller båret ind på afdelingen, står akutsygeplejersken klar i dørbåningen til at tage imod.

”Uanset hvad du fejler, er der jo ingen, der ved, hvor syg du er i det øjeblik, du lander på afdelingen. AMA's personalegruppe må have en ydmyg tilgang til patienten og lade symptomerne tale deres eget sprog. Vi skal hverken mene eller tro noget, men alene holde os til fakta,” fortæller Hanne Juhl Holm.

Triage med farvekoder

Akutsygeplejerskens primære opgave er at modtage og triagere (visitere på baggrund af symptomer) patienten, mens en af afdelingens yngre læger, AMA-lægen, skal skrive en indlæggelsesjournal. Ved triagering får alle patienter tildelt en farvekode alt efter tilstand: RØD = Livstruende, ORANGE = Haster, GUL = Haster mindre, GRØN = Haster ikke og BLÅ = Mindre skader.

Patienten – en midaldrende herre – beder som det første om lov til at komme på toiletet. Han går selv derud. Han hører ikke umiddelbart til i det røde felt.

Hanne Juhl Holm benytter tiden til at

udfylde sengekort og identitetsarmbånd. Samtidig bestiller hun en række blodprøver og et ekg.

Patienten er meldt til det organkirurgiske speciale med mistanke om blødende mavesår, så da der er gået fem minutter, går Hanne Juhl Holm ud og ser efter ham. Hun er ikke rolig, før patienten er på plads i sin seng i akutstue nr. 1. Men her melder første problem sig: Hovedgærdet virker ikke, og hun må lynhurtigt rekvirere en ny seng.

Hanne Juhl Holm har ikke tid til at vente på lægen, men går straks i gang med at indhente oplysninger til brug for triagering og indlæggelsespapirer.

Fra gul til orange

Allerførst skal patientens vitalparametre – puls, blodtryk, respirationsfrekvens, saturation og temperatur tjekkes. Herefter tjekkes de fem hv-ord: hvem, hvad, hvor, hvordan, hvor længe?

”Hvordan har du det?” spørger Hanne Juhl Holm patienten og fortæller om det videre program: ”Du skal først snakke med en AMA-læge, som skal skrive en indlæggelsesjournal. Bagefter kommer en organkirurg og snakker med dig. Midt i det hele kommer der en bioanalytiker og tager nogle blodprøver og et ekg.” Patienten medgiver, at han ikke har det særlig godt. Det har han ikke haft i et par dage, men han har nægtet at lade sig indlægge før nu.

”Du skal nok lytte til din kone en anden gang.”

”Ja, det må jeg nok hellere.”

Patientens blodtryk er noget lavt, og Hanne Juhl Holm lægger lynhurtigt en venflon til brug for et drop med saltvand. Hans almentilstand placerer ham umiddelbart i triageringskode GUL, men trykket bliver ved at falde, så han rykkes hurtigt op i ORANGE. Triageringskoden skal både fremgå af patientens papirer og på en oversigtstavle i kommandocentralen, så alle på afdelingen kan have et overblik over prioriteringsrækkefølgen.

Alt tages ind på computeren, samtidig med at Hanne Juhl Holm har et øje på patienten, der sidder på sengekanten og bliver mere og mere bleg. Det står hurtigt klart, at han ikke orker at sidde op og vente på en ny seng. Han må ned og ligge. Det



vil være bedst for det lave blodtryk at få ham til at ligge fladt. Men da han også har KOL, skal han ligge højt med hovedet for at kunne trække vejret.

Læger respekterer akutsygepleje

Den 65-årige mand har tidligere været indlagt på sygehuset med blødende mavesår. Denne gang har egen læge indlagt ham pga. kaffegrumsagtige opkastninger og sort afføring over flere dage. Symptombilledet er imidlertid sløret af, at patienten også tager jerntilskud, som er kendt for at farve afføringen sort. Objektivt er patienten bleg, udmattet, svimmel og stakåndet.

Patienten får også blodfortyndende medicin, og hvis der virkelig tale om et blødende mavesår, kan det betyde, at han hurtigt mister en masse blod.

”De fleste læger har stor respekt for det indledende arbejde, akutsygeplejersken gør,” siger Hanne Juhl Holm og tilføjer:

”Lægerne skal lære, at de ikke behøver starte forfra, når de kommer ind til en ny-



Telefonen ringer. Klokkeren er 12.45. Ambulancen er kommet, og akutsygeplejerske Hanne Juhl Holm bliver bedt om at stå klar til at modtage en patient - en midaldrende herre med mistanke om blødende mavesår. Klokkeren 14.10 overgiver Hanne Juhl Holm patienten til operation.

indlagt akutpatient. De behøver ikke spørge om de samme ting, som sygeplejersken allerede har spurgt patienten om, men kan med fordel læse de indlæggelsespapirer, akutsygeplejersken allerede har lavet, så de er forberedt til den obligatoriske indlæggelsesjournal."

En arbejdsgangsanalyse på AMA i Kolding har vist, at man kan spare 50 pct. af tiden ved indlæggelsesproceduren, hvis akutsygeplejersken og AMA-lægen modtager patienten i fællesskab.

"Patienten føler sig også mere tryk, hvis lægen indleder med at sige: "Jeg kan se, din egen læge har indlagt dig pga. mavesmerter." End hvis lægen siger: "Hvorfor er du blevet indlagt her i dag?"

Hurtig briefing

Samarbejdet fungerer fint, da AMA-lægen kort efter indfinder sig på akutstue nr. 1. Han får en hurtig briefing og præsenterer sig for patienten. Mens lægen føler patienten på maven og lytter på hjerte og lun-

ger, forsøger Hanne Juhl Holm med stort besvær at tage en arteriel blodgasanalyse. Hun kan ikke ramme arterien ved håndleddet, fordi patientens blodtryk er så lavt. Det lykkes heller ikke AMA-lægen. Hjælpen kommer i form af bioanalytikerens, som nu er dukket op for at tage de blodprøver, der blev rekvireret for et kvarter siden. Efter flere forsøg fås de nødvendige milliliter blod fra en vene i albuebøjningen.

"Godt, så har vi en V-gas i stedet for en A-gas," siger Hanne Juhl Holm og styrter ud til den maskine, der på sekunder kan analysere blodprøven. Den viser bla., at patientens hæmoglobin er helt nede på 3,7.

Hanne Juhl Holm iler tilbage til stuen, hvor organkirurgen i mellemtiden er kommet til. Organkirurgen ordinerer akut gastroskopi, og Hanne Juhl Holm går i gang med at bestille blod og plasma. Lægen fortæller patienten, at alt tyder på, at han igen har fået sig et blødende mavesår. "Men vi skal nok hjælpe dig og få dig rask," siger han beroligende. Imens melder Hanne

Juhl Holm patienten til akut gastroskopi og gør papirerne klar. Patienten skal registreres i fem forskellige systemer, så det gælder om at have is i maven.

Anæstesiaafdelingen skal orienteres om, at patienten kommer. Og en anæstesisygeplejerske skal komme til for at lægge et ekstra venflon til brug for blodtransfusion, da patienten er svær at stikke.

Kl.14.10 overgiver Hanne Juhl Holm sin patient til en sygeplejerskekollega fra en af AMA's stationære stuer, hvor patienten skal vente på at komme til gastroskopen. Men forinden har hun afleveret den obligatoriske ISBAR (Identifikation, Situation, Baggrund, Analyse, Råd), sikker kommunikation, der skal forebygge, at nogen tager fejl af, hvem patienten er, og hvad der skal ske med ham.

Akutsygeplejerske Hanne Juhl Holm er klar til at modtage næste patient.



"I en tid, hvor der investeres milliarder af kroner i nye supersygehuse, kan det undre, at man tilsyneladende ikke fra centralt hold vil investere i de medarbejdere, der skal få det hele til at fungere," siger Grete Christensen, som på et møde den 23. august netop vil adressere behovet for efteruddannelse af akutsygeplejerskerne med indenrigs- og sundhedsminister Bertel Haarder (V).

Akut sygepleje kræver fælles standard

Ens kvalitet. Borgerne skal møde den samme kvalificerede sygeplejestandard overalt i landet, når de indlægges akut, siger formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen. Hun efterlyser national uddannelse for akutsygeplejersker.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

Uanset hvor i landet en borger indlægges til akut behandling, skal borgeren kunne være sikker på, at den akutsygeplejerske, der modtager ham/hende, har de samme sygeplejefaglige kvalifikationer. I dag er der stor forskel fra region til region på, hvordan de stedlige akutsygeplejersker uddannes og opkvalificeres. Og det er aldeles uacceptabelt både fra et patientsynspunkt og fra et sygeplejefagligt synspunkt, siger formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen. "I en tid, hvor der på landsplan investeres milliardbeløb i nye supersygehuse og nye akutmodtagelser, kan man undre sig over, at man tilsyneladende ikke – fra centralt hold – ønsker at investere i de medarbej-

dere, der skal få de nye strukturer til at fungere. Spørgsmålet er, om borgerne i Danmark kan være tjent med, at ingen vil tage ansvar for, hvordan de akutsygeplejersker, der skal tage imod dem, når de har fået et hjertestop, egentlig er uddannet." Idéen med de fælles akutmodtagelser er, at rutinerede og højt kvalificerede læger og sygeplejersker skal stå klar til at behandle patienterne. Det er akutsygeplejersken, der står for det første møde med patienten. Det er hende, der er i front, og som på baggrund af patientens symptomer vurderer, hvilken specialist der skal tilse patienten i første omgang. "Det virker helt ulogisk, at man ikke vil følge specialiseringen til dørs og sikre sig,

at akutsygeplejerskerne på den forpost får nok uddannelse," siger Grete Christensen. I regeringens akutpulje (pulje på i alt 600 mio. kr., som regioner og kommuner kan søge) er afsat 50 mio. kr. til kompetenceløft af sundhedsprofessionelle i sundheds- og akuthuse. De kommende fælles akutmodtagelser, FAM'er, som skal udgøre en hjørnesten i fremtidens sygehusvæsen, er derimod ikke nævnt. Dansk Sygeplejeråd har adskillige gange opfordret Danske Regioner til at etablere en national uddannelse for akutsygeplejersker, men hidtil uden resultat. Grete Christensen sætter sin lid til, at sundhedsminister Bertel Haarder (V) er manden, der kan få skred i tingene.

”Spørgsmålet er, om borgerne i Danmark kan være tjent med, at ingen vil tage ansvar for, at de akutsygeplejersker, der skal tage imod dem, når de har fået et hjertestop, får det rigtige uddannelsesstilbud.”

Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

”Ministeren er meget optaget af akutområdet. I Dansk Sygeplejeråd har vi en klar forventning om, at han vil være den, der vil skubbe på for at få en ensartet standard for sygeplejersker i akutmodtagelserne.”
Har akutsygeplejerskerne brug for en fælles fagidentitet?

”Ja. Det skal på landsplan være nagelfast, at når man taler om en akutsygeplejerske, så taler man altså om en sygeplejerske med nogle helt bestemte arbejdsområder, som hun er kvalificeret til at udføre. Akutsygepleje er sygepleje på et vist kompetenceniveau, akkurat på samme måde som jobbet som f.eks. anæstesisygeplejerske og intensivsygeplejerske, der jo er toårige overbygninger på den almindelige sygeplejerskeuddannelse,” fortæller Grete Christensen. Hun foreslår, at en national uddannelse i akutsygepleje bygges op efter samme model.

Klar kompetencefordeling

En national uddannelse i akutsygepleje er ikke mindst vigtig af hensyn til samspillet med de øvrige medarbejdergrupper i sundhedsvæsenet, mener formanden:

”De er nødt til at vide, hvem de har med at gøre. Lægerne kan ikke stå og føle sig frem til, hvilke kompetencer en given akutsygeplejerske har. Det handler ofte om livstruende situationer, og man er nødt til at være helt sikker på, hvem der kan hvad, og hvem der gør hvad. Rolfordelingen skal være klar fra start.”

I nogle regioner har man etableret sin egen uddannelse i akutsygepleje. Andre steder afhænger sygeplejerskens mulighed for at tilegne sig og udnytte nye kvalifikationer af den enkelte overlæges forgodtbefindende, fordi han har mulighed for at uddelegere kompetencer.

”Det system er alt for tilfældigt og stiller den her gruppe sygeplejersker i en urimelig situation. De er godt nok godkendt til at løfte akutopgaven over for borgerne i X region, men de kan ikke umiddelbart tage disse akutkompetencer med sig til en anden region,” siger formanden.

Uddannelse koster

Sygeplejersker med specialuddannelse er i sagens natur placeret på et højere løntrin. Mange steder i landet har sygeplejersker med ekstra kompetencer også forhandlet sig til ekstra tillæg, men Grete Christensen tror ikke, modviljen mod en national akutuddannelse handler om løn alene.

Det handler mere om, at man ikke har villet træffe en central beslutning. Ifølge hende er det også et spørgsmål om arbejdskraft. I det øjeblik en uddannelse bliver formaliseret, kan de sygeplejersker, der er under uddannelse til akutsygeplejersker, nemlig ikke forventes at udføre de samme opgaver som de færdiguddannede akutsygeplejersker. Grete Christensen understreger samtidig, at hendes medlemmer ikke skal påtage sig opgaver, de ikke er uddannet til at løse.



Systemet hvor overlæger kan uddelegere kompetencer til sygeplejersker er alt for tilfældigt og stiller akutsygeplejerskerne i en urimelig situation, mener formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen.

Grete Christensen advarer om, at det manglende fælles fodslag inden for uddannelsen af akutsygeplejersker kan være hæmmende for mobiliteten og fleksibiliteten.

”Man kan ikke stille større krav til sygeplejerskerne, end deres uddannelse berettiger til. Skal danske sygeplejersker påtage sig nye arbejdsopgaver, skal de have den rigtige efter- eller videreuddannelse.

På samme måde som en behandlersygeplejerske på en præhospital akutklinik er uddannet til at behandle mindre sår og skrammer på egen hånd, skal sygeplejersken i akutmodtagelsen være i stand til at modtage alvorligt syge mennesker, der skal have behandling her og nu. Opgaven skal defineres, og sygeplejersken skal have kvalifikationer til at levere varen,” siger Grete Christensen. ”Det kan f.eks. ske i form af rammedelegation, som vi kender det fra anæstesisygeplejerskernes arbejdsbetingelser. Her ligger det helt klart, at anæstesisygeplejerskerne har lov at give de og de typer medicin i de og de doser. De samme betingelser bør gælde de sygeplejersker, som qua deres jobfunktion i akutmodtagelsen dagligt står med patienter, hvis overlevelse afhænger af, at de på få minutter kan træffe en beslutning. Det er måden at arbejde på i et moderne hospitalsvæsen, hvor tingene skal gå hurtigt, og sygeplejerskerne ikke har tid til at vente på lægerne.”

Anæstesisygeplejersker i akutbiler

Grete Christensen understreger, at akutmodtagelserne først bliver en succes, hvis den præhospital indsats fungerer.

”Når patienterne får længere til akutmodtagelsen, er det livsvigtigt, at det præhospitalt beredskab fungerer optimalt, og det vil være en forkert prioritering at gå på kompromis med kvaliteten ved at benytte sundhedsmedarbejdere med en kortere uddannelse end sygeplejersker. Dansk Sygeplejeråd er af den opfattelse, at de akutbiler, der skal transportere patienter over lange afstande, bør bemannes med anæstesisygeplejersker, som er specialister i at holde luftvejene frie og sikre patienternes kredsløb. Anæstesisygeplejersker i akutbiler har allerede bevist, at de kan foretage en helhedsvurdering, hvis patienter er så dårlige, at det kræver indlæggelse. Der er masser af erfaring fra udlandet og evidensbaseret forskning, som vi kan trække på. Vi behøver ikke starte forfra fra Adam og Eva hver gang.”

redaktionen@dsr.dk



Sygeplejerske Zoumana Sangaré er taget ud i en landsby for at måle, om børnene er underernærede. Samtidig underviser han personalet i den lokale børnehave i, hvordan de fremover kan foretage screeningen. Zoumana Sangaré er nemlig eneste sygeplejerske i et distrikt med 10.000 borgere.

>>> FAKTA OM MALI

Mali er en tidligere fransk koloni, der er beboet af 12-14 mio. mennesker og strækker sig over et areal på 1,24 mio. kvadratkilometer, næsten 30 gange så stort som Danmark. Mali er verdens fjerdefattigste land, hvor 72 pct. af befolkningen lever i ekstrem fattigdom, dvs. for under 1 dollar om dagen. Den forventede levealder er gennemsnitligt 48,4 år, og hver tredje borger overlever ikke sin 40-års fødselsdag. Ifølge UNICEF dør én ud af 15 kvinder i Mali i forbindelse med graviditet eller fødsel. Mere end et ud af 10 børn dør som nyfødt. Hvert femte barn dør, inden det er fem år. 28 pct. af børn under fem år er underernærede.


I 2006 blev Mali udvalgt til at være et af Danmarks programsamarbejdslande, og landet modtager 200 mio. kr. årligt. Første prioritet for udviklingsbistanden er at skaffe rent drikkevand, kun 52 pct. af befolkningen har adgang til rent drikkevand.



Her er sygeplejersken øverste ansvarlig for borgernes sundhed

Livredder. Det er farligt at blive født i Mali. Hvert femte barn dør, inden sin femårs fødselsdag, og hver tredje voksne fylder aldrig fyrrer. Sygeplejersken er fulgt med Zoumana Sangaré, som står for såvel skadestuearbejde, ordination af medicin, forebyggelse, sundhedsfremme og uddannelse af hjælpere i en hel kommune.

TEKST OG FOTO: SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

 En hullet rød jordvej fører gennem et landskab af træer og buske. Regntiden er begyndt, og der er grønt og frodigt i midten af juni i det vestafrikanske land Mali. Temperaturen nærmer sig 40 grader. På de opdyrkede arealer står både kvinder og mænd i lange rækker bøjet over jorden. Kvinderne med spædbørn på ryggen. De har travlt med at gøre jorden klar, inden regnen for alvor sætter ind.

Den firehjulstrukne jeep med sygeplejersken Zoumana Sangaré er på vej til landsbyen Bagani. Han er eneste sygeplejerske til 10.000 borgere i kommunen Faragouara, der ligger i landets fattigste distrikt Sikasso. Han er taget til Bagani for at undervise de lokale kvinder i, hvordan de screener deres børn for underernæring. Zoumana Sangaré er 39 år. Og mand.

”Jeg har hørt, at sygeplejerske er et kvindejob i andre lande, men her i Mali er det oftest mænd, som står for sygeplejen,” forklarer Zoumana Sangaré.

Han mener, at det hænger sammen med, at sygeplejersker i Mali har et meget selvstændigt job. At være eneste sygeplejerske og øverste ansvarlige for pleje og be-

handling i kommunen betyder, at han står for både forebyggelse, pleje, behandling og sundhedsfremmende tiltag.

Nogle af de mest presserede opgaver at løse i Malis fattigste distrikt er: den dårlige hygiejne pga. manglende rindende vand og latriner, kvinders komplicerede fødsler, børns underernæring og den høje forekomst af malaria.

Jeepen bliver parkeret ved en bygning, der adskiller sig fra de typiske runde lerklinede hytter med stråtag. Den er af beton med fladt tag, og foran er en lille indhegning med et underlag af sand, hvor der står en rutsjebane, en vippe og en karrusel foruden en overdækket pavillon med bænke.

Indenfor i skyggen sidder 50 børn i alderen fra 4-6 år ved små træborde og synger. En børnehaven er et særsyn i Malis landsbyer. Den er doneret af den danske udviklingsorganisation Børnefonden, som har ca. 14.000 sponsorbørn i Mali, heraf 600 alene i Faragouara kommune. Børnehaven skal give kvinderne mulighed for at kunne arbejde og skaffe familien føde, og den er et forsøg på at give børnene et alternativ til at være med mor på det

hårde markarbejde fra morgen til aften. Som sidegevinst kan børnehaven bruges som mødested for de lokale kvinder, når de f.eks. skal modtage undervisning som i dag.

Screening for underernæring

Hvor landsbyen det ene øjeblik nærmest lå øde hen, dukker omkring 30 kvinder pludselig op fra alle retninger med deres babyer og småbørn. De har tilsyneladende fået besked om sessionen. De tager plads på bænkene i pavillonen, mens Zoumana Sangaré stiller sig i midten for at demonstrere den simple screeningsmetode. Et kort målebånd, som man kan sætte rundt om barnets overarm og måle tykkelsen. Er armen i det røde felt, er barnet underernæret. Det gule felt betyder, at barnet er i risiko, og hvis armens tykkelse er i det grønne felt, er barnet ikke underernæret.

Kvinderne lytter intenst. Bagefter får de demonstreret, hvordan de laver ernæringsrigtig grød til børnene og undgår at koge vitaminerne ud ved at putte grøntsager og frugt i til allersidst. Zoumana Sangaré har oplært de to kvinder, som



Efter ernæringscreeningen får kvinderne undervisning i, hvordan de kan koge en ernæringsrigtig grød til børnene.



Bah Chata Doumbia har en etårig uddannelse som fødselshjælper og knap 40 års erfaring. Hun opfordrer gravide kvinder til at blive fulgt under graviditeten, så man bl.a. kan opspore tidlige tegn på komplikationer.



Endnu bor hun hjemme hos storfamilien, men når hun en dag skal giftes, er det officielt familiens høvding, som bestemmer.



Det er farligt at føde i Mali, uanset om man gør det derhjemme eller får hjælp af det offentlige sundhedsvæsen. Én ud af 15 kvinder dør i forbindelse med en fødsel.

» arbejder i børnehaven, i at kunne foretage screeningen og vise mødrene, hvordan de koger grød på den mest hygiejniske måde. Ifølge Verdensbankens statistik er hvert tredje barn under fem år underernæret i Mali.

Venter længe på ambulancen

Zoumana Sangaré har sit kontor i kommunens sundhedshus, som i Mali hedder CSCOM. Han er første led i det maliske sundhedsvæsen, ansat direkte af regeringen. Ud over ham har kommunen ansat syv hjælpere, som typisk har et halvt års uddannelse. I sundhedshuset kan borger-

ne komme og få råd, vejledning og hjælp til fødsler og ved mindre skader. Zoumana Sangaré kan også ordinere medicin. Når der er brug for lægehjælp, kan han over radio kalde distriktshospitalet, der ligger 20 minutters kørsel væk.

Hospitalet råder over to ambulancer, der skal dække 34 kommuner med i alt flere hundrede tusinder indbyggere. Ambulancerne er ofte optaget. I de tilfælde, må patienterne fragtes med almindelige biler, hvis det er muligt.

»Faragouara kommune er fattigere end de andre kommuner i distriktet, fordi vi kun er 10.000 indbyggere. Nogle kom-

muner har f.eks. deres egen ambulance, så de kan transportere de komplicerede graviditeter til hospitalet,» fortæller Zoumana Sangaré, mens han viser rundt i sundhedshuset. Alle døre og vinduer står åbne pga. varmen, så lyden af skræppende fugle, legende børn og brummende knallerter danner et lydteppe.

»Det sker desværre, at de gravide kommer til at ligge længe og lide, fordi vi ikke kan skaffe transport til hospitalet,» siger han, men glæder sig dog over, at det for et par dage siden lykkedes ham at få bragt en kvinde med en kompliceret graviditet til hospitalet.

»Hun har tidligere født to gange ved kejsersnit på hospitalet, denne gang mistede hun meget blod i forbindelse med en normal fødsel, og vi kunne ikke stoppe det. Vi fik hende evakueret med en ambulance, og hun ville have været død, hvis hun ikke var kommet på hospitalet. Desværre døde barnet,» siger Zoumana Sangaré.

Kvindens risiko for at dø i forbindelse med en kompliceret fødsel er høj i Mali. Ifølge UNICEF dør én ud af 15 kvinder i forbindelse med fødsel. Nyfødtes risiko for at dø svarer til, at hver tiende dør.

Kvinderne skal komme i tide

I et af sundhedshusets stuer sidder to kvinder med deres nyfødte børn. En 22-årig kvinde viser sin få timer gamle baby frem, som ligger med noget, der ligner et lille smil på læben og sover i en tøjbylt. Det er hendes tredje barn. Det første barn døde under fødslen, hvor det faktisk lykkedes hende at blive evakueret til hospitalet med ambulance.

» SÅDAN VIRKER SPONSORPENGENE

Udviklingsorganisationen Børnefonden er et kendt navn i flere vestafrikanske lande. Danske donorer betaler hver måned 200 kr. pr. sponsorbarn, og der er i øjeblikket omkring 62.000 sponsorbørn i Afrika. 85 pct. af sponsorbidragene bliver ifølge Børnefonden anvendt i de lande, hvor børnene bor. En kommune som Faragouara i Mali har ca. 600 sponsorbørn. Børnefondens lokale medarbejdere sørger i samarbejde med repræsentanter fra landsbyen for, at pengene går til de aktiviteter, der er aftalt. Indsatsområderne er: Sundhed, uddannelse, børn og udvikling og indkomstskabende aktiviteter som f.eks. mikrolån til kvinder, der kan tjene penge ved f.eks. at fremstille sæbe eller honning.

De fleste sundhedsydelse i Mali er brugerfinansierede. Børnefonden dækker sponsorbørnenes udgifter til sundhedsydelser og bidrager til at dække udgifterne til søskende og forældre. Børnefonden arbejder også på at forbedre kvaliteten af ydelserne i det yderste led af sundhedsvæsenet. Det kan være gennem efteruddannelse af sundhedspersonale og støtte til organiseringen af arbejdet.



Børnefonden har haft et projekt, hvor en kunstner har sat børn i gang med at tegne, hvad der falder dem ind. Mange af børnene valgte sundhedssystemet og evakuering med ambulance som motiv.



”Jeg havde malaria, og jeg blødte meget under fødslen. Mit andet barn døde, da det var ét år, jeg ved ikke hvorfor, det døde bare,” siger hun og fortæller, at hun er meget nervøs for sit tredje barn, som dog ser sundt ud.

Fødselshjælperen, der har hjulpet hende med at føde denne tredje gang, er rutineret. Bah Chata Doumbia er 55 år og har en etårig uddannelse og knap 40 års erfaring. Hun har både hjulpet den 22-årige kvinde og hendes barn til verden.

Hendes bud på, hvad der skal til for at nedbringe kvinder og børns risiko for at dø i forbindelse med fødsel, er, at kvinderne skal komme til sundhedshuset under deres graviditet og få råd og vejledning.

”Og så skal de opsøge CSCOM, når de skal føde, så vi kan få dem hurtigt evaku-

eret, hvis der opstår komplikationer,” siger hun.

Zoumana Sangaré er enig.

”Regeringen har en kampagne, der handler om, at kvinderne skal opsøge CSCOM for at blive vejret og få råd under graviditeten. Her kan de også lære om de symptomer på komplikationer, som de skal reagere på tidligt. Ofte går det galt, fordi kvinderne venter for længe med at søge hjælp,” siger han.

Når sundhedshuset følger den gravide, bliver det også muligt at få barnet registreret og følge det mht. vækst og udvikling.

Det er også sygeplejerskens opgave at uddanne fødselshjælperne til at opspore symptomer på en kompliceret fødsel.

Fra uddannelse til virkelighed

At blive patient i Malis offentlige sund-



I følge UNICEF dør én ud af 15 kvinder i Mali i forbindelse med graviditet eller fødsel. Mere end ét ud af 10 børn dør som nyfødt.

hedsvæsen er bestemt ikke nogen garanti for kvalitetsbehandling. Både på distrikthospitalet og i sundhedshuset er madrasserne revnet, patienterne ligger på det stykke stof, de selv har medbragt. Grene holder myggenettene oppe, udstyret er spartansk, og kanyler bliver genbrugt. Ambulancerne er to almindelige firehjulstrukne jeeps med chauffør.

Fluerne er overalt. Problemet er naturligvis mangel på penge. Regeringen betaler lønninger og bygninger, men der er ingen penge til udstyr og vedligeholdelse. I sundhedshuset er der hverken rindende vand, mulighed for at koge vand eller elektricitet.

”Der er langt fra, hvad vi lærer under sygeplejerskeuddannelsen, og til virkeligheden,” siger Zoumana Sangaré og viser, hvordan én af sundhedshusets stuer både huser patienter og medicinrum kun adskilt af en skillevæg i flettet strå.

Vilkårene som eneste sygeplejerske i kommunen betyder også, at han er på arbejde i alle døgnets 24 timer, hvis der skulle ske noget akut. Alligevel er Zoumana Sangaré glad for sit job.

”Jeg er stolt af at have et job, hvor jeg kan redde liv,” siger han.

sbk@dsr.dk

Udviklingsorganisationen Børnefonden, der indsamler penge fra danskere til sponsorbørn i Afrika, har arrangeret og betalt turen til Mali for fagbladet Sygeplejersken.

LÆSERREJSE



Albatros
travel



Kulturelle London

I år er det 100 år siden, Florence Nightingale døde, og på denne specialrejse til byernes by markerer vi året ved at besøge Florence Nightingale museum og St. Paul's Cathedral, hvor Florence Nightingale ligger begravet.

– 4 dage med dansk lokal rejseleder

London folder sig ud med shopping fra Oxford Street og Kings Road til det alternative Camden Market og stormagasinet Harrods, og der er gang i de store musicals fra gamle klassikere som "Sound of Music" og "Phantom of the Opera" til historien om arbejderdrengen Billy Elliot, der blev balletdanser. London kan ikke opleves på en enkelt forlænget weekend, man må tage det lidt i bidder, hvilket vi gør på denne tur.

Vi markerer 100 året for den engelske sygeplejereformator Florence Nightingales død under en privat rundvisning på det nyrenoverede Florence Nightingale museum, og får her en gennemgang af den usædvanlige spændende historie bag "damen med lampen" og hendes bedrifter. Herefter sætter vi kursen mod finansområdet og den kendte St. Paul's Cathedral, hvor Florence Nightingale ligger begravet. Vi når også at opleve spændende seværdigheder som Big Ben, Tower Bridge med den flotte udsigt, Tower of London, Westminster Abbey, London Eye, Speakers Corner samt British Museum. Og er med, når dronningens tro væbnere i de røde uniformer og karakteristiske bjørneskindshuer holder vagtskifte ved Buckingham Palace.

Tiden uden planlagt program kan evt. bruges til at opleve et teaterstykke eller en musical, til shopping i de mange fashionable butikker, et museumsbesøg, eller til bare at nyde den livlige stemning i det smukke kvarter Chelsea, hvor vores hotel ligger.

Dagsprogram

- Dag 1: Afrejsen fra København, Aarhus eller Aalborg
- Dag 2: Heldagsbytur med 2 retters pub-lunch
- Dag 3: Privat rundvisning Florence Nightingale museum inkl. entré samt entré til Sct. Pauls Cathedral
- Dag 4: Hjemrejse

Afrejsedato & pris

4. oktober 2010	
Pris pr. person i delt dobbeltværelse	6.590,-
Tillæg for enkeltværelse	1.995,-

Prisen inkluderer

Flyrejse København-London t/r med SAS – Tilslutning fra enten Aalborg eller Aarhus – Alle skatter og afgifter – Danskatalende lokalguide på udflugt – Indkvartering på Jurys Inn Hotel i Chelsea – Transporter fra lufthavn til hotel t/r – Heldagsbytur inkl. 2 retters pub-lunch – Halvdagstur med fokus på Florence Nightingale – Morgenmad

Information og bestilling hos

Tilmelding og information hos Albatros Travel
Tlf: 36989898
Mail: Booking@albatros-travel.dk
Oplys venligst bestillingskode LR-SYG.
Begrænset antal pladser, så hurtig tilmelding tilrådes.
www.albatros-travel.dk/sygeplejersken

ANDRE REJSER:

SRI LANKA SEP. 2010

MEXICO OKT. 2010

Færre senge forudsætter nære sundhedstilbud

Færre senge på sygehusene er en god idé. Sådan lyder udmeldingen fra sundhedsminister Bertel Haarder i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Jeg er meget enig med ministeren i, at patienterne ikke skal være indlagt i længere tid, end det er sundhedsfagligt nødvendigt. Det er dyrt og uhensigtsmæssigt for sundhedsvæsenet, at færdigbehandlede patienter optager sengepladser. Og det er sundt for patienterne at vende hurtigt tilbage til vante og roligere omgivelser. Det gælder ikke mindst for de ældre, medicinske patienter.

Derfor er det bestemt en fremadrettet vision for sundhedsvæsenet, at hospitalerne skal være for de patienter, der har behov for den mest komplekse og specialiserede sygepleje og behandling – mens andre borgere og patienter kan få et sundhedstilbud i lokalområdet. Men visionen skal følges op af konkret handling. Færre senge i sig selv løser ikke problemer. Forudsætningen er nære sundhedstilbud på højt fagligt niveau.

"Der er grundlæggende behov for en langt bedre sammenhæng mellem hospitalerne og de nære sundhedstilbud i kommunerne. Den sammenhæng kan være svær at få øje på i dag."

Der er grundlæggende behov for en langt bedre sammenhæng mellem hospitalerne og de nære sundhedstilbud i kommunerne. Den sammenhæng kan være svær at få øje på i dag. Ganske vist står der i den seneste økonomiaftale mellem regeringen og regionerne, at indlæggelsestiderne skal reduceres, fordi færdigbehandlede patienter optager for mange senge. Men samtidig tager

økonomiaftalen med kommunerne ikke højde for selv samme problemstilling. Der skal nemlig være nulvækst i kommunerne.

Et tankevækkende eksempel på problemerne ser vi på plejeboligerne. Beboerne har nogle af de mest komplekse sundhedsbehov i befolkningen. Mange har flere forskellige kroniske sygdomme og er præget af generel alderdomssvækkelse. Alligevel er der kun ansat meget få sygeplejersker i plejeboligerne. Konsekvensen er, at beboerne har meget stor risiko for at blive indlagt med sundhedsproblemer, som det ville være langt mere hensigtsmæssigt at forebygge og håndtere lokalt.

Hvis færre ældre borgere i mindre grad skal i kontakt med sygehusene, er det nødvendigt med større ambitioner for de nære sundhedstilbud og for sammenhængen mellem kommuner og sygehuse. Ansæt flere sygeplejersker i kommunerne. Giv dem den efter- og videreuddannelse, de har behov for. Og skab nære sundhedstilbud som eksempelvis akutpladser og akutteam. Det vil styrke den sundhedsfaglige indsats tæt på borgerne. Og samtidig åbne mulighed for færre sengepladser på landets hospitaler.



Dorte Steenberg

Dorte Steenberg, 2.-næstformand

Sådan har pausefolket magten

AF MAY BJERRE EIBY, SYGEPLEJERSKE OG CAND. CUR.

I en kronik i Berlingske Tidende mandag den 19. juli skriver May Bjerre Eiby, sygeplejerske og cand. cur., at pausefolket har magten i sundhedsvæsenet, der er præget af dovenskab, grådighed og selvopfundne regler. På den baggrund har *Sygeplejersken* bedt May Bjerre Eiby skrive et debatindlæg.

Professionelt set er sygeplejersker eliten, når det gælder omsorgsarbejde. Sygeplejersker veluddannes til at tage ansvar for omsorgen. Derfor skal vi inddrages, når sundhedsvæsenet kritiseres for sløvsind. Vi må ikke glemme, at sygeplejersker er hovedaktører i det sundhedsvæsen, som ofte anklages for at fungere dårligt.

Uanset om man er enig eller uenig i, at arbejdskulturen i sundhedsvæsenet er træg og præget af inkompetent styring, vil udviklingen af medarbejdermotivation gå i stå, hvis vi som fag gemmer os, hver gang

systemet kritiseres. I den aktuelle debat er det f.eks. snæversynet at tro, at sagen om de ansvarsløse hjemmehjælpere var enkeltstående for den arbejdsplads med de medarbejdere med den uddannelsesbaggrund. Systemet danner grobund for opgivende medarbejdere på alle planer.

Når det ikke værdsættes at yde omsorg, higer vi automatisk efter anden prestige. Ofte finder vi den ved at være "den sjove" eller "den, som holder orden i afdelingens depotrum", eller "den, som bare kan det der med at gå stuegang ... med lægen". Dette udvalg af værdsatte opgaver foregår ikke hos patienterne og har intet at gøre med omsorg.

Det er ikke sygeplejerskernes skyld, at de anerkendes gennem patient-uvædkomme opgaver. Det er en systemfejl, som bl.a. er opstået gennem flade, uigennemskuelige ledelsessystemer og fagbevægelses

ensidige fokus på medarbejderrettigheder.

Ja, sygeplejerskerne løber hurtigt og "slår knuder på sig selv" for at nå patientkontakten, men de gør det som oftest, fordi rammerne på arbejdspladsen defineres ud fra den særstatus, kontor og personalestue har.

Trods faglige eller ufaglige gøremål i disse arealer er resultatet det samme: Patienter og beboere omsorgssvigtes, og kvaliteten i sundhedsvæsenet mindskes. Det er sådan, "pausefolket har magten".

May Bjerre Eiby er ekstern vejleder for sygeplejerskeuddannelsen i København.

Svar:

Trange kår har magten

AF DORTE STEENBERG, 2.-NÆSTFORMAND

Lad mig indledningsvis slå fast, at langt de fleste sygeplejerskers arbejdsdag er præget af manglende tid, presset arbejdsmiljø, højt arbejdstempo og et voldsomt stigende arbejdspress. Sygeplejerskernes arbejdsdag er ikke præget af pauser. Og langt hovedparten af sygeplejerskerne besidder en arbejdskultur, der er præget af ansvarlighed, engagement og et højt professionelt niveau. Deres arbejdskultur er ikke præget af dovenskab, grådighed og selvopfundne regler.

Du pointerer i dit indlæg, at vi sygeplejersker i kraft af vores uddannelse og position i sundhedsvæsenet skal blande os i debatten – også når debatten er negativ over for sundhedsvæsenet. Jeg er fuld-

stændig enig. Som profession har vi ikke bare ret til – men også pligt til – at reflektere kritisk over sundhedsvæsenet og ikke mindst vores egen praksis.

Men selv med mine mest kritiske refleksioner kan jeg ikke følge din påstand om, at sundhedsvæsenet svigter patienterne og har udviklet et system, der "danner grobund for opgivende medarbejdere på alle planer".

Tværtimod ved jeg, at sygeplejersker over hele landet hver dag udøver sygepleje af høj professionel standard, og at de gør, hvad de kan, for at omsorgssvigt ikke skal opstå. Jeg har ikke mødt sygeplejersker, for hvem prestigen lå i at holde afdelingens depotrum i orden.

Faktisk findes der rigtig mange velfungerende hospitalsafdelinger og kommunale sundhedstilbud landet over. Det betyder naturligvis ikke, at tingenes tilstand er i orden alle steder, men det betyder, at de fejl, der opstår, oftest opstår, fordi der er for travlt og mangler ressourcer.

Netop den kombination – for stort arbejdspress og for få ressourcer – er farlig for både personale og patienter. Og jeg synes, at det bør vække respekt og anerkendelse, at sygeplejersker og ledere, på trods af små budgetter og få personale-ressourcer, alligevel holder den faglige fane højt. Og gør rigtig meget for, at omsorgssvigt ikke optræder.

"Dansk Folkeparti kommer med et forslag om, at der skal være mere kontrol med hjemmeplejen. Er det rimeligt? Skal man lave mere kontrol, fordi måske under en procent snyder? Nej, hjemmeplejen er i forvejen et område, hvor der er stor kontrol i forhold til de visiterede ydelser og leverede ydelse."

Sygeplejerske og Dansk Sygeplejeråds kredsformand i Kreds Midtjylland, Bente Alkærsg Rasmussen, i Dagbladet Holstebro-Struer den 9. august 2010.

»»» SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,
Postboks 1084, 1008 København K,
eller via e-mail til: redaktionen@dsr.dk

Begreberne aktiv og passiv dødshjælp bør aflives

AF KIRSTEN JUSTESEN, CAMILLA HØJGAARD, ELISABETH UBBESEN, ANNETTE FIBIGER HANSEN, KARIN OLESEN, MAI VESTERGAARD, BENTE HØJER OG GRETE SCHÄRFE, SYGEPLEJERSKER

Kommentar til novellekonkurrencebidraget "Den karakterafvigende plejehjemsleder" i Sygeplejersken nr. 12/2010.

I "Den karakterafvigende plejehjemsleder" var en rystende fortælling, der vandt 2.-pladsen i Sygeplejerskens novellekonkurrence, refereret i Sygeplejersken nr. 12/2010. Plejehjemslederen begrænsede pårørendes adgang til en beboer og forbød personalet at tale med dem. Det "blev legalt ikke at tage manden ud af sengen, ikke at give ham mad og drikke, og det gjorde intet, hvis hans daglige medicin blev glemt eller tog turen i skraldespanden." Senere blev han erklæret terminal, og personalet fik at vide, at de intet

skulle foretage sig, end ikke give ham mad og drikke. Han døde.

Forfatteren skriver, at "hun havde ofte spekuleret på, om ingen af de andre havde haft dårlig samvittighed. De havde ydet aktiv dødshjælp [...]."

Vi synes, det er positivt, at der sættes fokus på uacceptable måder at behandle døende mennesker på. Og vi vil knytte en kommentar til forfatterens brug af udtrykket aktiv dødshjælp, da der generelt hersker forvirring omkring begrebet.

Ifølge Sygeplejeksikon er der tale om aktiv dødshjælp, når der "indgives et dødbringende middel, hvis formål er at tage livet af f.eks. patienten".

Hanne Møllerup foreslår i Ugeskrift for Læger 2002;164(22), at "det er på tide

at aflive – ikke patienter – men begreberne aktiv og passiv dødshjælp."

Aktiv dødshjælp kunne erstattes af drab eller aflivning. Ordet passiv dødshjælp kunne med fordel erstattes med ophør af udsigtsløs behandling.

At plejehjemslederen i novellen handlede forkasteligt, og at der var tale om omsorgssvigt af groveste kaliber, er der ingen tvivl om. Men vi kunne ønske, at det ikke blev kaldt aktiv dødshjælp.

Forfatterne er alle ansat på KamillianerGaardens Hospice, Aalborg, Center for lindrende behandling.

))) HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Har du i løbet af din sommerferie glædet dig til at komme tilbage på arbejde?

Læs nyheden "Hver tredje ville helst have fortsat ferien" på side 13 i dette nr. af Sygeplejersken.

Svar på spørgsmål i Sygeplejersken nr. 11/2010:

Går du med dit emblem, når du er på arbejde?

Svar	antal	pct.
Ja	79	56,8
Nej	54	38,8
Ved ikke	6	4,3
I alt	139	99,9

Alternativ tolkebistand i sundhedsvæsenet

AF ULLA SØRENSEN, SYGEPLEJERSKE

I Der er med genopretningspakken lagt op til stramning/brugerbetaling af tolkebistand i sundhedsvæsenet. Fysiske tolke er en bekostelig affære, desuden er det for usikkert, da de ofte enten sidder fast i trafikken/ikke kan finde stedet, eller bare udebliver.

Da vi nok ikke kan forvente, at forslaget tages af bordet, da regeringen jo skal finde penge andre steder til at finansiere deres skattelettelser, kan man tænke på nedenstående eksempel:

En billigere og mere fordelagtig løsning er *tefontolkning*. Fordelene er mange, det er billigt, tolken er altid ved telefonen,

patienten/klienten er mere fokuseret på behandleren.

Jeg har arbejdet i Dansk Røde Kors, og for flere år siden skulle vi gå over til telefонтolkning af økonomiske grunde. Vi havde vores forbehold, men konstaterede, at alle blev mere tilfredse med tolkesituationen. I Dansk Røde Kors indkøbtes en "Ufo", som bruges ved telefonmøder, men på alle telefoner er der jo medhør.

Ulla Sørensen er efterlønsmodtager.

Marian Misturelli

I En god kollega og et varmt menneske er her ikke mere. Marian Misturelli døde den 16. juni efter en periode med sygdom.

Marian var i mange år ansat på psykiatrisk afdeling på Rigshospitalet og valgte i de senere år at gå på efterløn.

På Anoreksiklinikken har det været os en stor glæde at have Marian som kollega. Marian var en meget kompetent og dygtig sygeplejerske, som med rummelighed, respekt for forskelligheder og stor loyalitet repræsenterede sygeplejen på fornemste vis.

Marian var ikke typen, der satte sig selv i centrum, men med sin ordentlighed og sit rolige og milde væsen havde Marian alligevel sin helt særlige plads.

Marian havde en evne til at skabe tryk og tillid omkring sig, og Marians humor, varme og menneskelighed er vi mange, der gennem årene har sat stor pris på.

Vore tanker går i denne tid til Marians familie, som vi ved betød uendelig meget for hende.

På vegne af Personalet på Anoreksi-klinikken, Psykiatrisk Center København, Haldis Møller, Hanne Thulin og Kari Fuglsang.)

AKUT BEHOV FOR UDDANNELSE?

University College Syddanmark tilbyder kurser og diplomuddannelser inden for sundhed – og vi tilrettelægger efter lokale ønsker.

I efteråret udbyder vi for eksempel:

- Akutsygepleje
- Behandlersygepleje
- Diabetes
- Nefrologi
- Palliation

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

Få mere at vide på ucsyd.dk eller kontakt uddannelsesleder **Aase Koch på 7322 7023.**

PsykiatriFondens Telefonrådgivning

søger frivillige telefonrådgivere med relevant baggrund

Vi tilbyder

- Et grundigt oplæringsforløb (obl. seminar 1/10-3/10 2010)
- Gratis kurser inden for psykologi og psykiatri
- Supervision, kollegial vejledning og efteruddannelse
- Skriftlig udtalelse efter 18 måneders ansættelse

Er du

- Interessert i at få erfaring med rådgivende og støttende samtaler?
- Interessert i en telefonvagt å fire timer ugenligt?
- Engageret, professionel og psykisk robust?

Vi er et tværfagligt team bestående af mænd og kvinder, alle over 25 år. Alle rådgivere er uddannede eller studerende, bl.a. afspændingspædagoger, ergoterapeuter, læger, lærere, psykologer, psykoterapeuter, social- og sundhedsassistenter, socialpædagoger, socialrådgivere, sygeplejersker og teologer. Rådgivningen foregår fra lokaler i København.

Ansøgningsfristen er den 7/9 2010 kl. 12.

Skriftlig ansøgning med CV sendes til PsykiatriFonden, Hejrevej 43, 2400 Kbh. NV, att. Charlotte Grønbech. Skriv venligst, hvor du har set annoncen. For alle, der indkaldes til samtale, afholdes informationsaften den 9/9 2010 kl. 19-21. Samtaler gennemføres fra 10/9 til 23/9.

PsykiatriFonden er en privat humanitær organisation, hvis formål er at oplyse den danske befolkning om psykiske sygdomme, at støtte forskningen og at bedre vilkårene for mennesker med psykiske sygdomme og problemer.

PsykiatriFonden • Tlf. 3929 3909 • www.psykiatrifonden.dk



Karin Miltersen



Karin Miltersen sov stille ind tirsdag den 13. juli 2010.

Karin havde sygeplejerskeuddannelse fra Sygeplejeskolen i Slagelse og videreuddannelse fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, hun blev 67 år.

Karin var fagligt stolt og et engageret menneske, som gerne ville hjælpe andre. Karin har været vidt omkring og haft stilling som sygeplejelærer ved Ringkjøbing Amts Sygeplejeskole i Holstebro og været forstanderinde ved Holsteinsborg Sygehus i Grønland.

Efter hjemkomsten fra Grønland ledte vejen Karin med familie til Nordjylland, hvor Karin havde ledende stillinger ved Brønderslev Sygehus. Senere og indtil pensionering var Karin underviser ved Social- og Sundhedsuddannelserne i Hammer Bakker.

Karins engagement og store omsorg kom mange til gode. Da Karin flyttede til Grønland sammen med sin mand Rolf og datteren Anna, blev familien udvidet med endnu en datter, Amalie. Amalie var en grønlandsk pige, som gang på gang, af sociale årsager, blev indlagt på Holsteinsborg Sygehus, indtil de sociale myndigheder besluttede, at det bedste, man kunne gøre for Amalie, var, hvis hun kunne komme i pleje hos Karin, Rolf og Anna.

Vi husker Karin som en engageret og omsorgsfuld sygeplejerske, og for os en skøn og inspirerende veninde.

Æret være Karins minde.

Else Trillingsgaard og Agnes Bjørn.

Anne Simonsen



Den 9. juni 2010 døde anæstesisygeplejerske Anne Simonsen, kun 54 år gammel.

Vi vil savne hendes dejlige humor, det varme smil og den kvikke bemærkning, hun var kendt for.

Ved hendes bisættelse den 15. juni tog vi afsked med "Håndbold-Anne". Håndboldens venner havde bagt, så vi siddende i "hendes" hal, kunne mindes hende.

Anne var dog langt mere – som Anne(æ)-ste-Simonsen holdt hun i 18 år fanen højt på anæstesiafsnittet i Tarm, de otte år som afdelingssygeplejerske. Dette sås til hendes begravelse, hvor også mange af de tidligere kolleger fra Tarm Sygehus viste hende den sidste ære.

Da Tarm Sygehus lukkede, valgte Anne at komme til Herning, og efter ønske som basissygeplejerske på anæstesiafsnittet.

Hun bevarede kontakten til Tarm Sygehus, idet hun som nøgleperson i Den Præhospitale Enhed havde ansvar for funktionen i Tarm. Derudover blev hun hurtigt et værdsat medlem af vejledergruppen. Med sædvanlig iver og sit omsorgsfulde væsen kastede hun sig over opgaven med at hjælpe de nye anæstesisygeplejersker på vej.

Annes tid i Herning var præget af hendes sygdomsforløb, men det var ikke noget, vi kunne mærke på hendes indsats – hun tog livet, som det kom.

Hun arbejdede på fuld tid til den sidste sygeperiode, hvor hun desværre tabte kampen.

Anne efterlader sig mand og to døtre, som vi sender vore tanker. Vi vil savne Anne, men deres tab er dog det største.

Æret være Annes minde.

Afdelingssygeplejerske Ruth Ramsing og personalet på anæstesiafsnittet, Regionshospitalet Herning.

SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

VIDENSKAB & SYGEPLEJE >> 69

Sygeplejeprofil - en guide til målrettet udvikling >> 58

Social- og sundhedsassistenter med i front >> 64

Kontaktsygeplejersker giver bedre kvalitet i sygeplejen >> 52

- Fagtanker >> 48
- Faglig information >> 48
- Læsernovelle >> 50
- Agenda >> 57
- Testen >> 68
- Anmeldelser >> 82
- 5 faglige minutter >> 84

Endelig en kvalificeret undersøgelse af kontaktsygepleje

Kontaktsygepleje er kommet for at blive, og interessen for begrebet er stor. Bl.a. har jeg selv modtaget ca. 80 henvendelser om en undersøgelse, jeg lavede om kontaktsygepleje helt tilbage i 1997. Resultaterne dengang viste, at antallet af evalueringer af kontaktsygepleje var få og ikke viste, om kontaktsygepleje som eneste intervention øger patienttilfredshed, plejekvalitet eller effektivitet.

Nu begynder der så – endelig, kan man vist tilføje – at dukke kvalificerede danske undersøgelser op, der kan vise, om ordningerne har den ønskede effekt hos patienterne. Og vi er meget glade for at kunne præsentere en sådan her i bladet, der oven i købet tager udgangspunkt i patienternes egne oplevelser og dokumenterer, at de patienter, der oplever at have en kontaktsygeplejerske, får opfyldt deres behov for sygepleje i højere grad end patienter, der ikke oplever at have en kontaktperson.

Interessant i undersøgelsen er også en signifikant forskel på mænd og kvinders oplevelse af ordningen – et spændende emne for fremtidige undersøgelser. Læs artiklen "Kontaktsygeplejersker giver bedre kvalitet i sygeplejen" side 52.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Det handler om at

Artiklen beskriver en ph.d.-afhandling, der viser, at næsten færdiguddannede og nyuddannede sygeplejerskers læring styrkes i aktivt samspil med kollegerne. Det er derfor ikke tilstrækkeligt at henvise disse grupper til studieunits og særlige vejledere, hvis de skal blive en del af det faglige fællesskab på en afdeling.

AF LARS THRYSSØE, SYGEPLEJERSKE, PH.D., MLP

Mange næsten færdiguddannede sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker er usikre på, om de kan leve op til de krav og forventninger, de oplever i mødet med kollegerne på de kliniske afdelinger. Det kan i værste fald føre til, at studerende forlader uddannelsen, og nyuddannede forlader faget, marginaliserede og desillusionerede.

Med det udgangspunkt er gennemført et ph.d.-projekt, "At blive og at være sygeplejerske", hvor ni sygeplejestuderende har været fulgt i en periode af deres sidste kliniske uddannelsesforløb efterfulgt af en periode et halvt år efter, at de som færdiguddannede sygeplejersker var kommet i arbejde på en klinisk afdeling. Det indkredser, hvad der skal til, for at man som næsten færdiguddannet eller nyuddannet sygeplejerske får en positiv oplevelse af at være en del af det faglige fællesskab på en afdeling.

Tendens til isolation

Man skal både være og opleve sig som aktiv deltager i fællesskabet for at få andel i de erfaringer og de kundskaber, som den samlede gruppe af sygeplejerskekolleger sidder inde med. Der er imidlertid en tendens til, at man iscenesætter læringsforløb via vejledere og i studieenheder, der delvist er isoleret fra kollegerne og den daglige praksis. De menige sygeplejersker finder det derfor naturligt at henvise studerende og nye kolleger til de ansvarlige vejledere med de faglige spørgsmål, der trænger sig på, for det er de jo ansat til at tage sig af. Det sker i den bedste mening, men konsekvensen er, at det kan være vanskeligere for studerende og nyuddannede at få del i den viden og de erfaringer, som hele gruppen af kolleger rummer. Det er også sværere for sygeplejersker med mange års klinisk erfaring at få del i de nyeste faglige opdateringer, som de studerende og nyuddannede har med i bagagen.

Ansaret bekymrer

Data viste, at graden af de ni personers aktive deltagelse i praksisfællesskabet i markant grad hang sammen med, hvordan de havde oplevet samspillet med det øvrige personale. Det var et fællestræk for de ni, at de havde mange bekymringer over at skulle påtage sig et selvstændigt ansvar som nyuddannede. Måden, de håndterede ansvaret på, var tydeligvis både påvirket af, hvor selvstændigt de havde arbejdet som næste færdiguddannede sygeplejersker, og hvordan interaktionen med det øvrige personale havde været.

Læring som et fælles projekt

Hvis man som udgangspunkt mener, at aktiv deltagelse i det faglige fællesskab har en positiv betydning for læring i praksis, er det vigtigt at få gjort opmærksom på, at hele personalegruppen, også menige sygeplejersker og andre fagfæller, har en stor rolle at spille i den sammenhæng. Det er med det udgangspunkt ikke optimalt, hvis opgaven

høre til

kun hviler på skuldrene af de kliniske vejledere eller instruktionsansvarlige.

Ph.d.-projektet afdækker, at en af de måder, man sparrer fagligt på, er ved, at den nyuddannede stiller et spørgsmål om en konkret problemstilling og får et konkret svar. Den form for vidensdeling er i sagens natur begrænset af, hvilke spørgsmål der tilfældigvis bliver rejst.

Nyuddannede og garvede kan lære af hinanden

Etableringen af faglige fora på afdelingerne med tilbagevendende drøftelser vil være en bedre metode til at styrke præ- og postgraduate sygeplejerskers mulighed for både at få afprøvet synspunkter og få del i de mere garvede sygeplejerskers erfaringer. Disse får til gengæld en bredere adgang til den nyeste viden via de studerende og nyuddannede sygeplejersker.

Resultaterne ligger i tråd med beslægtede udenlandske undersøgelser. De peger på vigtigheden af, at man som medarbejder får oplevelsen af at høre til i fællesskabet på sin arbejdsplads. Det anbefales, at der sættes yderligere undersøgelser i værk på området herhjemme.

Lars Thrysoe er ansat som uddannelseskonsulent, Afdelingen for Ledelse, Organisation og Uddannelse, Odense Universitetshospital; lars.thrysoe@ouh.regionsyddanmark.dk

Afhandlingen kan rekvireres for 100 kr. ved henvendelse til: OUH Odense Universitetshospital, Afdelingen for Ledelse, Organisation og Uddannelse, Sdr. Boulevard 29, Indgang 101, 4. sal, DK-5000 Odense SV, Tlf. (+45) 6541-3406; maja.petersen@ouh.regionsyddanmark.dk



ORTOPÆDKIRURGI - SYGDOMSLÆRE OG SYGEPLEJE

Dansk Sygeplejeråd udgiver i samarbejde med Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck fagbogen Ortopædkirurgi - sygdomslære og sygepleje. Bogen er redigeret af Steen Olesen, Anne Dalgaard, Britta Hørdam og Preben Ulrich Pedersen.

Ortopædkirurgi - sygdomslære og sygepleje er nyskrevet og opdateret med de nyeste principper inden for sygepleje og behandling af de forskellige ortopædkirurgiske specialer.

En lang række forfattere har bidraget med deres specialviden, og bogen er opdelt i en generel og en speciel del.

I bogens generelle del beskrives præ-, per- og postoperativ sygepleje til den ortopædkirurgiske patient. Derudover indeholder den generelle del kapitler om modtagelse af patienten, ernæring, forebyggelse af komplikationer, træning af patienten, kvalitetsudvikling samt patientsikkerhed.

I den specielle del gennemgås både sygeplejefaglig og lægefaglig behandling af lidelser og traumatisk tilstande i henhold til den fagområdespecialisering, der over de seneste år er sket inden for ortopædkirurgien.

Dansk Sygeplejeråd markerer udgivelsen med en præsentation af "Ortopædkirurgi - sygdomslære og sygepleje"

- **Onsdag d. 18. august 2010 16.00-17.30**
i Kvæsthuset,
Sankt Annæ Plads 30, København K.

Tilmelding til hjo@dsr.dk med angivelse af navn, arbejdssted og medlemsnummer senest d. 16. august.

Læs programmet på www.dsr.dk > Fag > Sygepleje

Dansk Sygeplejeråd



Tredjepladsen er besat

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Sygeplejerskens novellekonkurrence er afsluttet. Ni skribenter fandt vej til tasterne, og tredjepladsen blev besat af Leif Nielsen med novellen "Snottinggate". Den placering var dommerpanelet (se boks 1) helt enige om. Novellen tager frimodigt fat på en af de cementerede fordomme blandt sygeplejersker og i den brede befolkning: Mandlige sygeplejersker er bøsser. Desuden vender skribenten noget overraskende den faste indledning om, så det stik imod forventning ikke er en sygeplejerske, som fortæller, men derimod en folkeskolelærer. Forfriskende.

Novellen overholder rammerne med en fast indledning og brug af tre nøgleord: sygepleje, galopimage og istap.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Leif Nielsen fortæller:

Jeg tegner og skriver en del i fritiden. Noget havner i skrivebordsskuffen, andet bliver brugt, og selvfølgelig er det sjovest, når der er andre end mig selv, som kan li' det, jeg laver. For nogle år siden skrev og illustrerede jeg en børnebog til en venindes datter: "Super Lærke og de frække spøgelse". Selv om den ikke blev en klassiker og udgivet af et forlag, så er jeg stolt af resultatet, fordi Lærke den dag i dag er glad for bogen.

Tredjepladsen er virkelig et skulderklap. Den anerkendelse har givet mig mod på at gøre noget mere ved skriveriet.

Snottinggate

AF LEIF NIELSEN, SYGEPLEJERSKE

Hun fandt bilnøglen i sin frakkelomme sammen med en håndfuld brugte papirlømmetørklæder. "Snotunger," tænkte hun og tuned ind på dagens første opgave. Et møde på hospitalet med forløbskoordinatoren. Eller hed det udskrivelseskoordinatoren? Lise var i tvivl.

Papirlømmetørklæderne blev med væmmelse smidt i skraldespanden på parkeringspladsen. Klistrede papirstykker sad fast på fingerspidserne. Hun fiskede en fugtig serviet op fra tasken og tørrede hænder og bilnøgler grundigt.

Fra boligblokkens tagrende havde en istap løsrevet sig og knust bagruden på en bil, der var parkeret langs husmuren. Et stort stykke hvilede trygt på barnesædet. Forestillingen om, hvad der kunne være sket, fik Lise til at gyse.

På vej mod hospitalet kredsede tanker om morgens overraskelse. Hvem var synderen? Frakken havde hængt uden for 1.å's klasselokale, fordi hun havde gårdvagt. Var det Amalie? For nylig overtalte hun klassekammeraterne til at fylde en postkasse helt op med slikpapir.

"Vi kan vinde en masse slik. Det siger min storebror selv!" fortalte Amalie stolt. Børnene græd som pisket, da Lise, som den

onde voksne, forklarede, at det var noget værre sludder og griseri. Og postbuddet ...

Mødet blev aftalt med meget kort varsel. Sygeplejersken ringede i går først på eftermiddagen. Hun levede fuldt op til det galopimage, Lise forestillede sig, travle sygeplejersker måtte være præget af. Talehastigheden var misundelsesværdig hurtig. Lise bad hende om at gentage beskeden i en langsommere version.

"Vi skal planlægge et godt udskrivel-

"Hvad med kærligheden? Har du fundet dig en sød fyr?" spurgte Lise friskt og prøvede at vise åbenhed.

sesforløb, så din mor får den bedste sygepleje og hjælp til at komme sig helt efter hofteoperationen," svarede sygeplejersken spidst.

Skolelederen overtog undervisningen, mens hun var væk. I aftes havde hun besøgt moderen. De skrev spørgsmål og ønsker vedrørende udskrivelsen ned. Nødkald, stod der øverst med tre kraftige understregninger og flere udråbstegn. Angsten

for, at hun igen faldt og lå hjælpeløs i flere timer, fyldte. Heldigt, at en veninde reagerede prompte, da moren havde "brændt hende af".

Bilen blev parkeret tæt ved afdelingen. Hun var for en gangs skyld kommet i god tid. Stuen var tom. Lyden af plaskende vand fra badeværelset og den karakteristiske professor Tournesol-stemme afslørede, hvor moderen befandt sig. Lise satte sig og ventede.

"Lise Jensen?"

Automatisk rejste hun sig op og hilste på en hvidkilet mand.

"Det er lang tid siden. Tyve år?" fortsatte han.

De kendte hinanden! Hun prøvede desperat at placere ham. Øjnene fangede navnet på uniformen. *Niels Sund, sygeplejerske*. Det var Tykke Niels fra folkeskolen. Han havde virkelig forandret sig. Wow, hvor så han godt ud.

Lise bandede over, at hun ikke havde gjort mere ud af sig selv. I spejlet over vasken lignede hun leverpostej! Hun trøstede sig med, at indsatsen alligevel var prelet af. Var alle mandlige sygeplejersker ikke bøsser?

"Sikke en overraskelse. Jeg har tænkt



meget på dig. Vi var vist ikke søde ved dig i skolen.”

De kiggede indforstået på hinanden.

”Hvert år, når klassen mødtes, håbede jeg at se dig. Men du kom aldrig. Ingen vidste noget om dig.”

Hun holdt inde et kort øjeblik, da stemmen knækkede.

”Undskyld min opførsel! Jeg har været et monster.”

Tykke Niels trak Lise ind til sig og gav et kram.

”Hvad med kærligheden? Har du fundet dig en sød fyr?” spurgte Lise friskt og prøvede at vise åbenhed.

Han skreg af grin og slap hende.

”Jeg er gift med verdens sødeste kone og har to børn. Måske har du set Christine i TV2/Lorry. Hun er en af de kommunalpolitikere, som har en mening om alt.”

Han rullede overdrevent med øjnene for at lette på den pinlige stemning, der var opstået. Typisk ham! Lise var tæt på at banke sit hoved ind i væggen over sin taktløshed. Heldigvis gik døren til badeværel-

set op. Lise øjnede chancen for at redde sig ud af den dumme situation, hun havde bragt sig i.

”Mor! Se, hvem jeg står med,” kvadrede hun anstrengt.

En voldsom hosten og harken afbrød muntherheden. Moderen kom trissende hen mod dem med rollatoren, mens hun kæmpede med en genstridig slimklat. Hun gjorde tegn til Lise, at hun stod i vejen. Lises blik strejfede tilfældigt den fyldte kurv på rollatoren, og hun genkendte straks papirlommetørklæderne.

Leif Nielsen er sygeplejerske på kardiologisk afdeling P, Gentofte Hospital; leif@nursepower.dk

))) BOKS 1. DOMMERPANELET

Mille Dreyer-Kramshøj, journalist
Maria Jørvad, journalist
Evy Ravn, fagredaktør
Jette Bagh, fagredaktør

Novo Nordisk Fonden

Udvalget for Sygeplejeforskning indkalder ansøgninger til

forskningsprojekter i klinisk sygepleje

Der kan søges om forskningsmidler inden for klinisk sygepleje – herunder forskningsprojekter i forbindelse med master- og ph.d.-uddannelse. Der er i alt 1,5 mio. kr. til rådighed.

Der henvises til opslagetets fulde ordlyd på Fondens hjemmeside www.novonordiskfonden.dk hvor ansøgningsskema findes fra den 16. august 2010.

Ansøgningsfrist 30. september 2010 kl. 16.00.



Akupunktur Uddannelse

**starter i Gentofte
8.-12. september 2010**

I alt 8 moduler á 5 dage. Sluttes forår 2012



Massage Grundkursus

**Massage Grundkursus
11. - 15. september eller
20. - 24. november i Silkeborg**



Coaching Grundkursus

**Coaching Grundkursus
6. - 9. september i Silkeborg el.
3. - 5. december i Gentofte**

NORDLYS® tlf. 8681 1081
www.nordlys.dk

Kontaktsygeplejersker giver

AF DORTHE OVERGAARD, SYGEPLEJERSKE, PH.D., ANNE-MARIE SCHRADER, SYGEPLEJERSKE, MPH, CHRISTA SUHR-JESSEN, SYGEPLEJERSKE, MPH, CONNY LARSEN, SYGEPLEJERSKE, MASTER I PROFESSIONSUDVIKLING, STEEN LADELUND, BIOSTATISTIKER.

En undersøgelse blandt 317 patienter med kolorektal cancer viser, at det nytter at have en kontaktsygeplejerskeordning. Et eksempel er, at sandsynligheden for, at patienten får brugbar vejledning om kost, når en patient har en kontaktperson, er omtrent syv gange højere end de patienter, der ikke har en kontaktperson

I Danmark har organiseringen i sundhedsvæsenet ændret sig hen imod kontaktpersonordningen. Antallet af evalueringer er endnu få, og der har været fokus på sygeplejerskernes erfaringer og eventuelle modstand mod ordningen (1). Der har hidtil ikke været anlagt et patientperspektiv, hvilket er baggrunden for, at vi i denne undersøgelse fokuserer på, i hvilken grad patienter, der får tildelt en kontaktperson, her eksemplificeret ved en sygeplejerske, får opfyldt deres behov for vejledning og praktisk hjælp under hospitalsindlæggelse. Vi har undersøgt dette ved at spørge patienterne direkte, om de oplever, at de bliver hjulpet med basale plejeopgaver under indlæggelsen. Hvis patienterne har behov for pleje, skal disse opfyldes, for at sygeplejen har sin berettigelse.

Formålet med studiet er derfor at undersøge, om kontaktpersonordningen med en sygeplejerske har den effekt, at patienterne får opfyldt deres behov for sygepleje. Ligeledes at undersøge, hvilke faktorer der har indflydelse på, om patienter får tildelt en kontaktperson.

Nyere viden om kontaktpersonordningen

Jonasson afdækker i en nyere dansk undersøgelse (2) håndteringen af kontaktpersonordningen ved hospitaler i Region Midtjylland. Hun undersøger sundhedspersonalets oplevelse med kontaktpersonordningen og finder en modstand mod den. Jonasson konkluderer, at udfordringen er at skabe gode patientforløb og på den måde bidrage til at udvikle et "patienternes forløb". Kontaktpersonordningen skal give mening både for patient og sundhedspersonale (2).

Begrebet kontaktperson er hentet fra "Primary Nursing" eller "Case Management by Nurses", som er udviklet i USA. Ideologien er en helhedssygepleje, hvor én sygeplejerske påtager sig ansvaret for en mindre gruppe patienter over tid (1). I en dansk artikel fra 2006 benævner Andersen det "en tovholder" (3) og gør opmærksom på en opgørelse, der viser, at der stadig er mange patienter uden kontaktperson. Indikatoren, der blev målt på, var, om der blev påsat label med navn på kontaktperson i journalen. I psykiatrien fik de ordningen til at fungere, men inden for somatikken var det knap 60 pct. af patienterne, der fik tildelt en kontaktperson (3).

Kontaktpersonens opgaver er at være med til at forbedre kommunikationen med patienten, sikre kontinuitet i forløbet og give patienten en større trykthed i et stort og ofte uoverskueligt sundhedsvæsen (4), og hvis patienter skal opleve at have en

kontaktperson, forventes det, at de har en indlæggelses- og udskrivningssamtale.

Ifølge sundhedsloven er hospitalerne fra 2009 forpligtede til at tilbyde fast kontaktperson gennem patientens behandlingsforløb, hvis behandlingen strækker sig over mere end et døgn (5). Jonasson fastslår i sin rapport, at: "Der er enighed om, at der for indlagte og kroniske patienter skal tilknyttes faste navngivne kontaktpersoner til patientens forløb gennem sygehusene for dermed at øge kvalitet, sammenhæng og trykthed" (2).

Forskning evaluerer effekten af kontaktpersonen og har en tendens til at fokusere på den information, patienterne modtager, og deres tilfredshed med den. Resultater fra den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser (6) viste, at 28 pct. oplevede ikke at få tildelt en kontaktperson. Det vidner om, at der er plads til forbedringer i plejen. Disse undersøgelser besvarer kun patienternes vurdering af generelle spørgsmål om tilfredshed med indlæggelsesforløbet, men ikke om patienterne i realiteten får opfyldt deres behov for sygepleje.

Patienternes vurdering i fokus

I indeværende undersøgelse er der spurgt til patienternes oplevelse af at have en kontaktperson. Det er således patientens vurdering af, hvad begrebet kontaktperson indeholder, der er i fokus. Spørgsmålene lød: "Oplevede du, at der var en læge eller sygeplejerske, der havde særligt ansvar for din behandling, mens du var indlagt?"

Og i forhold til indlæggelses- og udskrivningssamtaler er spurgt: "Havde du en samtale med en sygeplejerske i forbindelse med din indlæggelse?" og "havde du en afsluttende samtale med en sygeplejerske, inden du blev udskrevet?"

Gruppen af kolorektale cancerpatienter i indeværende studie er valgt, fordi antallet af kolorektal cancer er stigende i Danmark (7). Patienterne er ældre end baggrundsbefolkningen og har andre konkurrerende sygdomme og gennemgår ofte et kompliceret patientforløb. Patienterne har derfor mange plejebehov, og indlæggelsesforløbet strækker sig oftest over flere dage.

Design, metode og datamateriale

Designet er et kvantitativt studie, hvor der blev foretaget statistiske analyser på data indsamlet ved et selv-administreret spørgeskema på 50 spørgsmål.

Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål om demografiske faktorer, patienters selvrapporterede oplevelser ved at have en kontaktperson, og om patienterne havde indlæggelses- og udskrivningssamtaler

bedre kvalitet i sygeplejen



FOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

“Den fremkomne evidens for det vigtige i at have en kontaktperson er specielt interessant i en dansk kontekst relateret til sundhedslovens krav.”

]] med en sygeplejerske. Der blev undersøgt forskellige områder inden for sygepleje, såsom om patienter modtog vejledning eller praktisk hjælp vedrørende kost og fysisk aktivitet, hvis de oplevede, at de havde et behov. Når et spørgsmål involverede patienters behov, blev yderligere to spørgsmål stillet: Et, der omhandlede patienters vurdering af behovet, og et, der spurgte til opfyldelsen af behovet. F.eks. stillede vi spørgsmålet: Havde du behov for vejledning om, hvilken kost du skulle spise, mens du var indlagt? Derefter fulgte tre svarmuligheder: "1) Ja, og jeg fik vejledning", "2) Ja, men jeg fik ikke vejledning", "3)

"Hvis patienterne har behov for pleje, skal disse opfyldes, for at sygeplejen har sin berettigelse."



Nej". Vi spurgte så til: I hvilken grad kunne du bruge vejledningen?

Perioden, der blev spurgt til, var fra symptomdebut til patienternes udskrivelse.

Spørgeskemaet blev valideret i et pilotstudie, hvor otte patienter udfyldte skemaet og deltog i et interview for at sikre den interne validitet.

I alt 400 patienter modtog spørgeskemaet, 184 kvinder (46 pct.) og 216 mænd (54 pct.). Af disse udfyldte i alt 317 patienter skemaet, hvilket gav en svarprocent på 79.

Spørgeskemaet blev sendt til patienter med kolorektal cancerdiagnose, kriterierne C18-C21 (ICD-10). Patienter, der havde været indlagt på følgende hospitaler i Danmark, indgik i undersøgelsen: Glostrup Universitetshospital, Herlev Universitetshospital, Rigshospitalet, Amager Hospital, Roskilde Sygehus, Bornholms Hospital, Sygehus Sønderjyl-

land Sønderborg, Storstrømmens Sygehus Næstved, Sygehus Lillebælt Kolding, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Holstebro, Århus Universitetshospital og Regionshospitalet Viborg.

Studiet blev godkendt af den Regionale Ethiske Komité (KA-20060061) og via Datatilsynet (J. nr. 2006-41-6422).

Resultater

Forskel på mænd og kvinder

Undersøgelsen viste, at signifikant flere mænd (73 pct.) end kvinder (55 pct.) oplevede at have en kontaktperson, der enten var sygeplejerske eller læge. Signifikant flere mænd (83 pct.) end kvinder (68 pct.) oplevede også at have en udskrivningssamtale med en sygeplejerske. Desuden fandtes, at signifikant flere patienter med en uddannelse (93 pct.) oplevede at have en indlæggelsessamtale sammenlignet med patienter uden uddannelse (84 pct.).

Høj andel får udskrivningssamtale

Som det ses i tabel 1 side 55, der viser fordelingen af demografiske oplysninger om patienternes alder, køn og sociale forhold, er fordelingen med hensyn til køn, alder og uddannelse sammenlignelig med andre nyere studier (7). Men i forhold til resultater fra andre danske studier (6), der omfatter udskrivningssamtale, har flere patienter i herværende studie en planlagt udskrivningssamtale.

Vejledning om kost og fysisk aktivitet afhængig af kontaktperson

Opfyldelse om vejledning og praktisk hjælp, hvis patienten oplever at have en kontaktperson analyseret i forhold til de patienter, der ikke oplever at have en kontaktperson, er vist i tabel 2 side 55. Her ses, at signifikant flere patienter, der havde en kontaktperson, også fik vejledning om kost (84 patienter svarende til 85 pct.) sammenlignet med de patienter, der ikke havde en kontaktperson (33 patienter svarende til 65 pct.). Dvs. at sandsynligheden for at få vejledning om kost, når en patient har en kontaktperson, er omtrent tre gange højere end de patienter, der ikke har en kontaktperson (OR 3.05).

Lignende signifikante resultater ses blandt patienter, der rapporterede at have et behov for vejledning om kost, hvor flere vurderede, at vejledningen var brugbar (51 patienter svarende til 61 pct.), hvis de

havde en kontaktperson, sammenlignet med hvis de ikke havde en kontaktperson (seks patienter svarende til 19 pct.). Dvs. at sandsynligheden for at få brugbar vejledning om kost, når en patient har en kontaktperson, er omtrent syv gange højere end de patienter, der ikke har en kontaktperson (OR 6.64).

I tabel 2 ses også, at signifikant flere patienter, der havde en kontaktperson, også fik vejledning om fysisk aktivitet (130 patienter svarende til 96 pct.) sammenlignet med de patienter, der ikke havde en kontaktperson (38 patienter svarende til 81 pct.). Sandsynligheden for at få vejledning om fysisk aktivitet, når en patient har en kontaktperson, er omtrent fem gange højere end de patienter, der ikke har en kontaktperson (OR 5.13).

Lignende signifikante resultater ses blandt patienter, der rapporterede, at de havde et behov for vejledning om fysisk aktivitet, hvor flere vurderede, at vejledningen var brugbar (85 patienter svarende til 67 pct.), hvis de havde en kontaktperson sammenlignet med dem, der ikke havde en kontaktperson (15 patienter svarende til 39 pct.). Sandsynligheden for at få vejledning om fysisk aktivitet, når en patient har en kontaktperson, er omtrent tre gange højere end de patienter, der ikke har en kontaktperson (OR 3.10).

Samme tendenser fandtes, når der blev spurgt til, om patienterne havde en indlæggelses- og udskrivningssamtale med en sygeplejerske.

Diskussion

Resultater

Vores studie viser, at patienter, der havde en kontaktperson, oplevede at få deres plejebestand opfyldt på et signifikant højere niveau end de, der ikke havde en kontaktperson. Resultaterne peger derved på, at en kontaktpersonordning medfører en højere kvalitet af sygepleje. Lignende resultater er vist i undersøgelser om patientoplevelser under indlæggelse (8).

Det er imidlertid til debat, hvorvidt patientoplevelser er en valid indikator for kvaliteten af den ydede sygepleje, og om patienter selv kan vurdere deres behov for sygepleje. Den sygepleje, som patienter forventer, mener vi er et minimum af den sygepleje, der bør tilbydes, fordi vi som faggruppe dækker såvel den forebyggende, lindrende/behandlende som den rehabiliterende del af sygeplejen.

Jonasson har vist (9), at kontaktpersonordningen kan bidrage til at udvikle et ”patienternes forløb”

»»» TABEL 1

Karakteristik af patienter, der har gennemgået operation for colorectal cancer.

	N (Antal)	Procent (pct.)
Antal deltagere	317	
Køn		
Mand	179	56
Kvinde	138	44
Alder – år		
≥ 75	89	28
65-74	115	36
<65	113	36
Uddannelse		
Uddannelse	212	74
Ingen uddannelse	76	26
Arbejde		
I arbejde	100	32
Ikke i arbejde	211	68
Indlæggelsestid		
≤ 8 dage	147	46
> 8 dage	170	54
Indlæggelsesmåde		
Akut	68	21
Planlagt	249	79
Kontaktperson: læge/sygeplejerske		
Oplever at have en kontaktperson	200	71
Oplever ikke at have en kontaktperson	80	29
Indlæggelsessamtale med sygeplejerske		
Oplever at have en indlæggelsessamtale	280	92
Oplever ikke at have en indlæggelsessamtale	24	8
Udskrivningssamtale med sygeplejerske		
Oplever at have en udskrivningssamtale	237	80
Oplever ikke at have en udskrivningssamtale	58	20

»»» TABEL 2

Sammenhænge mellem patienter der oplever at have en kontaktperson og patienter, der ikke oplever at have en kontaktperson

Variable	Patienter, der oplever at have en kontaktperson OR (odds ratio)	P- værdi
Fik vejledning om kost	3.05	0.005
Fik brugbar vejledning om kost	6.64	< 0.0001
Fik vejledning om fysisk aktivitet	5.13	0.004
Fik brugbar vejledning om fysisk aktivitet	3.10	0.002

med fokus på kontinuitet, hvor nedslagspunkterne netop er indlæggelses- og udskrivningssamtaler i forhold til oplevelse af kontinuitet og informationsbehovet.

Denne fremkomne evidens for det vigtige i at have »

» en kontaktperson er specielt interessant i en dansk kontekst relateret til sundhedslovens krav (5).

Vores resultater viser også, at signifikant flere mænd end kvinder oplever at have en kontaktperson. Sandsynligvis som en direkte konsekvens af dette er, at også flere mænd har udskrivningssamtaler med en sygeplejerske. Det er ikke klart, om det

”Det er op til lederne i sygeplejen at tage handsken op og organisere plejen, så det bliver muligt at arbejde for at motivere sygeplejerskegruppen til at overvinde modstand der, hvor kontaktperson-ordningen ikke fungerer.”

skyldes en aktuel forskel i den udførte pleje, eller om det kan tilskrives kønsforskelle. En forklaring kan være, at mænd er mere positive over for den pleje, de modtager (10), og derved nemmere får opfyldt deres behov for omsorg af plejepersonalet. Vi har erfaret, at dette ikke er undersøgt tidligere.

Metode

En metodisk styrke ved herværende studie er de valgte spørgsmål om sygepleje og direkte mål for den udførte sygepleje. Ved spørgsmål om patienternes behov blev yderligere to spørgsmål stillet: Et, der omhandlede vurdering af behovet, og et, der spurgte til opfyldelsen af behovet. Herved fremkommer muligheden for et forbedringspotentiale.

En anden styrke er den høje svarprocent på 79.

Begrænsninger i metoden er, at der i nogle undersøgelser findes (4), at det er et problem for alvorligt syge at erindre den information/vejledning, der er givet i løbet af deres indlæggelsesforløb. Disse patienters vurdering af den modtagne pleje under indlæggelse kan være påvirket af deres indeværende sygdomstilstand.

Det skal også påpeges, at oplevelserne ved at have en kontaktperson er selvrapporterede. Måske kan andelen, der opgiver at have en kontaktperson, vise sig at være underrapporterede og ikke stemme overens med sygeplejerskernes opfattelse?

Ledelsens ansvar

Studiet viser, at patienters oplevelser ved at have en kontaktperson har sammenhæng med opfyldelsen af behov for sygepleje. Det må derfor formodes, at

tildeling af en kontaktperson generelt fører til en højere grad af behovsopfyldelse hos patienter. Resultaterne er interessante i lyset af, at der med ændringen af sundhedsloven og introduktionen af Den Danske Kvalitetsmodel nu ligger et krav om, at kontaktpersonordningen skal bringes til at fungere på landets sygehuse. Det er op til lederne i sygeplejen at tage handsken op og organisere plejen, så det bliver muligt at arbejde for at motivere sygeplejerskegruppen til at overvinde modstand der, hvor kontaktpersonordningen ikke fungerer.

Dorthe Overgaard er ansat som forsker i en delstilling mellem Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning (UCSF) og Hjertecentret på Rigshospitalet; dorthe@overgaard.mail.dk
Anne-Marie Schrader, Christa Suhr-Jessen og Conny Larsen er alle ansat som lektorer ved Professionshøjskolen Metropol.
Steen Ladelund er leder af statistikenheden ved Hvidovre Hospital.

Forfatterne ønsker at takke bibliotekar H.B. Christensen på Metropol, University College, Sygeplejerskeuddannelsen, for hjælp til litteratursøgning for hele projektgruppen under projektperioden. Også tak for økonomisk støtte fra Sygeplejerskeuddannelsen, Metropol, og for konsulentbistand fra Enheden for Brugerundersøgelse.

Litteratur

1. Ravn E. Kontaktsygepleje – stærk, men sårbar. Sygeplejersken 2007;(4):35.
2. Jonasson C. Brugerinddragelse og organisatorisk udvikling i sundhedsvæsenet: mellem praksis og viden. Ledelse & erhvervsøkonomi 2009;73(2):65-77.
3. Andersen TK. Mange patienter stadig uden kontaktperson. Mandag Morgen 2006;36:10-2.
4. Rasmussen S, Kristensen BB, Foldager S, Myhrmann L, Kehlet H. Accelerated recovery program after hip fracture surgery. Ugeskr.Laeger 2002 Dec 30;165(1):29-33.
5. Socialjura.dk: Lov 538 af 17/6 2008.
6. Landsdækkende Undersøgelse (LUP) – Enheden for Brugerundersøgelser. Kan læses på www.patientoplevelser.dk
7. Frederiksen BL, Osler M, Harling H, Danish Colorectal

Lighedspris til indvandrermedicinsk klinik på OUH

Ugeavisen Dagens Medicin uddelte i juni for første gang en "Lighedspris", og den nystiftede pris gik til indvandrermedicinsk klinik på Odense Universitetshospital (OUH). Klinikken er den eneste af sin art i Danmark og behandler de mest komplicerede og langvarigt syge indvandrere og flygtninge bosiddende på Fyn. En gruppe, som de praktiserende læger, andre hospitalsafdelinger og de kommunale socialforvaltninger ikke kan håndtere, og som derfor ellers bliver tabere i sundhedsvæsenet.

Klinikken ledes af overlæge Morten Sodemann, og med i teamet har han to sygeplejersker, en socialrådgiver, en webansvarlig og to studerende.

Klinikken har kapacitet til at tage 200 patienter ind, og ca. halvdelen af patienterne lider af krigstraumer. Fælles for dem alle er, forklarer Morten Sodemann til Dagens Medicin, at de på grund af personlige sygdomsproblemer og manglende kendskab til det danske sundhedssystem ikke får et ordentligt behandlingstilbud.

En evalueringsrapport af klinikkens arbejde viser, at det er lykkedes at flytte 96 pct. af patienterne til et lavere behovsniveau, hvor de har mindre brug for hjælp. (er)

Læs mere om Lighedsprisen og indvandrermedicinsk klinik på: www.dagensmedicin.dk > nyheder > 2010

Spar et spørgeskema

Spørgeskemaet er testet, det bliver udleveret, og så kommer det ikke retur trods den frankerede svarkuvert. Man sender en venlig rykker, og der sker stadigvæk ingenting. En del sygeplejersker kender problematikken, som nu kan undgås.

Tre afdelinger på Regionshospitalet Viborg har i fællesskab indkøbt Elektronisk Patient Tilfredshedsmålingsstandere (EPT-standere), der kan programmeres, så patienten kan svare på diverse spørgsmål i løbet af få minutter. Standeren aktiveres ved hjælp af en stregkode, spørgsmålene toner frem på et display, og patienten kan markere sit ja, nej og ved ikke ved at trykke på den følgende skærm. Målet er at gennemføre hurtige, lokale målinger på patienttilfredshed. Standerne var tilgængelige, da sygeplejesymposiet på regionshospitalet løb af stabelen den 9. juni 2010. Den dag kunne sygeplejersker teste deres viden om den danske kvalitetsmodel og svare på spørgsmål om holdningen til akupunkturbehandling efter operation. Symposiumprogrammet indeholdt foredrag om begge emner, så deltagerne kunne forberede sig, inden de stillede sig foran skærmene. I alt 129 svarede, 78,23 pct. anførte, at de indberetter utilsigtede hændelser. (jb)

Læs mere på www.regionshospitalet-viborg.dk > Om Hospitalet > Personalebladet Skopet > 2010/skopet25.pdf

Svar på Testen

1: a., 2: b., 3: a., 4: b., 5: b.

Et flertal i Folketinget er klar til at vedtage en særlov, som skal give fejlbehandlede nyrepatienter en økonomisk kompensation – en Lex Omniscan, der svarer til den håndsækning, man gav til blødere, der blev smittet med uscreenet donorblod og fik hiv. Det skriver Berlingske Tidende.

Cancer Group, Ladelund S, Jorgensen T. The impact of socioeconomic factors on 30-day mortality following elective colorectal cancer surgery: a nationwide study. *Eur.J.Cancer* 2009 May;45(7):1248-56.

8. Galloway SC, Graydon JE. Uncertainty, symptom distress, and information needs after surgery for cancer of the colon. *Cancer Nurs.* 1996 Apr;19(2):112-7.

9. Jonasson C. Kontaktpersonordningen. *Tidsskrift for dansk sundhedsvæsen* 2007;83(10):302-5.

10. Freil M, Knudsen JL. Kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Patienters oplevelse af sygehusenes kvalitet. *Ugeskr Læger* 2004;166(19):1796-8.

))) ENGLISH ABSTRACT

Overgaard D, Schrader A-M, Suhr – Jessen C, Larsen C, Ladelund S. Contact nurses provide better quality in nursing. *Sygeplejersken* 2010;(13):52-7.

A questionnaire reveals that patients with colorectal cancer experience a link between the contact person scheme and fulfillment of their needs for nursing care. The aim of the study was to investigate whether the contact person scheme enables the needs of patients requiring nursing care to be met, and to investigate which factors influence whether patients are allocated a contact person. The questions included demographic factors and the patients' self-reported experiences of having a contact person; questions about admission and discharge interviews and questions about whether the patients had received advice and practical help.

A total of 317 patients responded to the questionnaire and the results showed that patients allocated a contact person had their need for care met at a significantly higher level than those patients who did not.

The relevance for clinical practice is that introduction of the contact person scheme, with the responsibilities it involves, has an influence on patients' experience of having their need for nursing care met.

Key words: Contact person, nursing, colorectal cancer, nutrition, physical activity.

Sygeplejeprofil - en guide

AF PERNILLE BYSKOV, SYGEPLEJERSKE, MLP

Artiklen henviser sig i særlig grad til hjemmesygeplejersker og deres ledere. Den beskriver, hvordan en sygeplejeprofil kan anvendes målrettet til udvikling af sygeplejen, sygeplejerskerne og organisationen i en kommune.

Vi er stolte af vores sygeplejeprofil i Faaborg-Midtfyn Kommune! Vi er nu i gang med at planlægge en treårig udvikling af sygeplejen og sygeplejerskerne i Faaborg-Midtfyn Kommune 2009-12. I denne artikel beskriver jeg, hvordan vi tager afsæt i sygeplejeprofilen som fagligt fundament for udvikling af sygeplejen og sygeplejerskerne. Som konsekvens af arbejdet med sygeplejeprofilen ved vi, at vi skal starte med at udvikle områderne dokumentation, palliativ indsats, medicinhåndtering og sårpleje. Vi skal etablere et samarbejde med fagsekretariatet "Pleje og Omsorg" med henblik på at skabe sammenhængende borgerforløb internt i kommunen (se boks 1 herunder).

I perioden fra september 2007 til december 2008 har ca. 87 sygeplejersker i Faaborg-Midtfyn Kommune drøftet, hvilke sygeplejefaglige opgaver de varetager og skal varetage i forhold til borgere i kommunen.

Hensigten med de faglige drøftelser har været at belyse, hvad sygeplejens funktionsområde er i Faaborg-Midtfyn Kommune efter kommunesammenlægningen den 1. januar 2007.

Sygeplejerskerne har i fællesskab drøftet deres fag, sygeplejefaglige opgaver og rammer og har sammen formuleret, hvad "Sygepleje og Rehabilitering" skal yde i forhold til borgerne. Det skriftlige produkt, sygeplejeprofilen, målrettes borgerne i Faaborg-Midtfyn Kommune, alle sygeplejersker i "Sygepleje

og Rehabilitering" og vores samarbejdspartnere. Vi har i tilrettelæggelse og gennemførelse af processen taget udgangspunkt i Dansk Sygeplejeråds materiale (1) om sygeplejerskeprofil samt Dansk Sygeplejeråd, Københavns Amtskreds' projekt om fagidentitet: "Din viden – borgerens sikkerhed" (2).

En sygeplejeprofil er det faglige indhold, som fylder de overordnede rammer ud, f.eks. lovgivning, sundhedsaftaler mv. Den udgør det faglige fundament for udvikling af sygeplejen og sygeplejerskernes udvikling.

I de to år, processen har forløbet, har vi på baggrund af refleksion og drøftelse af sygeplejefaglige aspekter opnået øget klarhed om sygeplejen. Sygeplejeprofilen er et vigtigt redskab til at sikre, at hverdagens opgaver bliver løst ud fra bevidste valg og på baggrund af faglige argumenter og en fælles holdning. Sygeplejeprofilen er også et redskab til at identificere og dokumentere ressourcer samt behov for optimering og videreudvikling i og af sygeplejerskegruppen.

Prioritering af tilbud

Sygeplejeprofilen beskriver, hvilke sundhedstilbud sygeplejerskerne skal prioritere i den daglige praksis, hvornår i borgerforløbet der er brug for sygeplejerskekompetencer, og hvilke sygeplejerskeresourcer, -kompetencer og -kvalifikationer der skal være til stede, for at den rigtige sygepleje kan ydes til borgeren på den rette måde på det rette tidspunkt.

Sygeplejeprofilen beskriver sygeplejens fire funktionsområder: udførelse, formidling, ledelse og udvikling.

Baggrundsrapporten beskriver de faglige forudsætninger samt de lovgivningsmæssige og lokale politiske rammer og vilkår for sygeplejerskernes virksomhedsområde i kommunen. I baggrundsrapporten er der foretaget en undersøgelse af behov for optimering og videreudvikling, og det konkluderes, at der skal være fokus på kompetenceudvikling af sygeplejersker i alle vagtlag for at varetage det niveau for grundlæggende sygepleje, profilen lægger op til.

Der skal udarbejdes profiler for sygeplejersker med supplerende opgaver og funktioner og ske en kombination af kompetenceudvikling af hele sygeplejerskegruppen med en rekrutterings- og fastholdelsesstrategi og en strategi i forhold til de udviklingsområder, som sundhedsvæsenet kræver. Endvidere skal der være fokus på interne og eksterne samarbejdspartnere og på, at vi i fællesskab skal dele viden og udvikle samarbejdet til gavn for borgeren – dvs. konstant sætte os selv og

))) BOKS 1. FAKTA OM FAABORG-MIDTFYN KOMMUNE

Ca. 70 pct. af Faaborg-Midtfyn Kommune dækker landområder, og ca. 30 pct. er byområder. Der er ansat ca. 4.500 medarbejdere i kommunen. Kommunens samlede budget er ca. 4,5 mia. kr. Sygeplejerskerne udgør ca. 90 personer, og budgettet er på ca. 35 mio. kr.

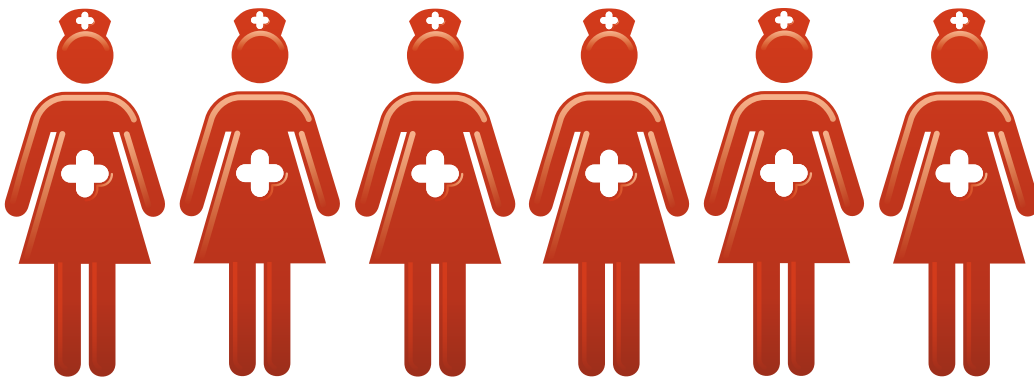
Sygeplejerskerne besøger ca. 1.200 borgere pr. måned. Borgerne får i gennemsnit ca. 7,5 besøg pr. måned, hvilket dog dækker over store variationer, idet der er borgere, som besøges mange gange i døgnet, og borgere, der får besøg hver 3. måned.

Sygdomsmønstret for kommunens 52.000 borgere ser nogenlunde således ud:

- 2.000-3.000 har type 2-diabetes
- 2.000 har KOL
- 2.000 har hjerte-kar-sygdomme
- 2.300 har kræftsygdomme, som kunne have været forebygget
- 2.000 har et alkoholproblem
- 2.000 har depression, og 2.000 lider af angst
- 2.300 har osteoporose
- 8.000 har muskel- og skeletlidelser
- 8.-10.000 har astma eller allergi.

til målrettet udvikling

”En sygeplejeprofil er det faglige indhold, som fylder de overordnede rammer ud, f.eks. lovgivning, sundhedsaftaler mv. Den udgør det faglige fundament for udvikling af sygeplejen og sygeplejerskernes udvikling.”



hinanden i spil med henblik på altid at have borgeren i centrum.

Udvikling baseret på evidens

Sygeplejerskernes egen kompetenceudvikling skal være baseret på evidens og have et højt fagligt niveau. Når vi formidler eller underviser andre faggrupper, skal vi levere på et højt fagligt niveau. Dokumentation skal ske på et evidensbaseret grundlag, og derfor skal vi have standardplejeplaner på grundlæggende sygepleje, problemområder og procedurer, hvor det er nødvendigt. Vi skal anvende denne kvalitetssikring til at sikre, at nye kolleger og andre faggrupper kender vores niveauer for grundlæggende sygepleje.

Processen med sygeplejeprofilen har vist os, at sygeplejersker skal have et fælles højt fagligt niveau inden for en lang række områder. Vi er også blevet opmærksomme på, at vi skal være tydeligere i forhold til at observere og vurdere borgernes behov for grundlæggende sygepleje (3).

Det betyder, at vi skal kvalitetssikre den sygepleje, som borgerne i Faaborg-Midtfyn Kommune skal modtage ved at udarbejde standardplejeplaner og procedurer på en lang række sygeplejefaglige områder (3,4,5,6). Vi ser det som vores opgave at tydeliggøre for vores interne samarbejdspartnere og i særlig

grad plejepersonalet, at vi har den faglige ekspertise og viden, der gør os i stand til at vurdere, hvordan vi i samarbejde med borgeren og plejepersonalet kan tilrettelægge forløb med høj faglig standard og i respekt for borgerens selvbestemmelsesret (7). Vi skal i de sammensatte og komplekse borgerforløb påtage os rollen som tovholdere og sikre sammenhæng i den indsats, som borgeren og dennes pårørende involveres i som konsekvens af kronisk sygdom, alderdom, psykisk lidelse eller kræft.

Fokus på dokumentation

I MED-udvalg (medindflydelse- og medbestemmel- sesudvalg) og på ledelsesniveau er der i slutningen af 2009 vedtaget en strategi- og handleplan for ”Sygepleje og Rehabilitering” for den kommende treårige periode. Strategi- og handleplanen tager udgangspunkt i de resultater, der er skabt i forbindelse med sygeplejeprofilen.

Formålet er at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle sygeplejerskernes funktionsområde. Det gør vi ved overordnet at have fokus på, at:

- borgeren er i centrum
- det, vi gør, skal nytte noget for sygeplejerskernes arbejde
- samarbejde er en nøgelfunktion af hensyn til sammenhængende borgerforløb, og den samfunds-

- » mæssige udvikling i sundhedssektoren påvirker vores funktionsområde.

Konkret har vi i efteråret 2009 sat fokus på dokumentation. Vi benytter Rambøll Care, et elektronisk omsorgssystem, som dokumentationsredskab. Undervisning i Care har hidtil haft fokus på teknik, funktion og opbygning. Vi har derfor gennemført fire temadage på tværs af ”Sygepleje og Rehabilitering” og ”Pleje og Omsorg” for at belyse, hvordan vi kan benytte Care til at dokumentere den sygepleje,

”Ved sygeplejeprofil møder var det især den palliative indsats og håndtering af egen professionalitet i forbindelse med svær sygdom og død, som fyldte meget.”

borgerne modtager. Vi diskuterer, hvad og hvornår der skal dokumenteres i journalen, hvornår vi anvender en plejeplan, og på hvilke områder vi har behov for standardplejeplaner og procedurer.

Journalnotater benyttes, når sygeplejen drejer sig om et enkeltstående eller akut problem, eller når borgerens situation ændrer sig væsentligt, f.eks. i forbindelse med udskrivelse/midlertidigt ophold på en aflastningsplads/akut sygdom o.l. Journalnotater kan føre til, at der defineres en eller flere aktuelle problemstillinger, som skal dokumenteres i en plejeplan, hvis der vel at mærke ikke findes en standardplejeplan for det aktuelle problem.

På de sygeplejefaglige problemområder, hvor der er udarbejdet standardplejeplaner, skal disse benyttes som dokumentation for, hvad der konkret vurderes at være aktuelt for den pågældende borger. Sygeplejeprocesen anvendes som analysemodel i plejeplanerne, idet problem/årsag, mål, handlinger og evaluering beskrives for den/de sygeplejefaglige problemstillinger.

Behov for flere standardplejeplaner

Vi vil i 2010 og fremover arbejde med at udvikle standardplejeplaner og procedurer (faglige retningslinjer) for en række sygeplejefaglige områder. Det gør vi for at sikre, at alle borgere modtager sygepleje af høj faglig kvalitet i forhold til deres aktuelle behov og for at sikre, at det ikke er op til den enkelte

fagperson, f.eks. sygeplejerske, social- og sundhedsassistent eller social- og sundhedshjælper, at vurdere behovet på et individuelt grundlag.

På baggrund af arbejdet med sygeplejeprofilen ved vi, at vi kan fastholde det faglige fokus ved hele tiden at være i dialog om vores erfaringer. Vi skal bruge vores erfaringer til at formulere standardplejeplaner og procedurer.

Vi vil i første omgang beskrive den bedste praksis, det, vi ved og kan, og så vidt det er muligt supplere med litteratursøgning. Det er hensigten, at alle faggrupper uanset uddannelsesbaggrund skal kunne bruge standardplejeplaner og procedurer, så borgerne får en sygepleje af høj faglig kvalitet. På sigt skal vi evaluere standardplejeplanerne og procedurerne, så vi sikrer, at vi bruger den viden, som er udviklet hos os, i andre kommuner, på sygehuse og via forskning.

Systematik i plejen

Vi har i 2009 udarbejdet flere standardplejeplaner og procedurer f.eks. inden for sårområdet, inkontinens og KOL. Endvidere er der udarbejdet en fælles medicinhåndteringsinstruks (6), som er gældende på 12 plejecentre og i hjemmeplejen.

Vi beskriver de sygeplejefaglige problemområder på baggrund af en sammenstilling af Virginia Hendersons 14 komponenter i grundlæggende sygepleje (3), embedslægens 11 målepunkter (4) og bilag 1 i vejledning om sygeplejefaglige problemområder (5). Vi mener, vi dækker de sygeplejefaglige problemområder ved at beskrive tiltag inden for de pågældende områder.

Fremtiden

Alle sygeplejersker forventes at blive involveret i udarbejdelsen af standardplejeplaner og procedurer, fordi vi tror på, at involvering i et konkret sygeplejefagligt problemområde øger den generelle viden om sygepleje og fremmer den enkeltes brug af og forståelse for, hvad det er, standardplejeplanerne og procedurerne kan hjælpe os med i hverdagen. Det er hensigten med standardplejeplaner og procedurer, at de skal lette hverdagen på sigt, så der bruges mindre tid på at dokumentere, dvs. skrive fristile, og mere tid på direkte borgerkontakt.

Ved at sætte fokus på dokumentation og faglig kvalitet ønsker vi i de daglige faglige dialoger mellem sygeplejersker og mellem sygeplejersker og ple-



jepersonale at fastholde, implementere og udvikle fagligheden og samarbejdet døgnet rundt.

I foråret 2010 planlægger vi at sætte fokus på palliativ sygepleje for alle sygeplejersker. Vi har ca. 80-90 terminalerklærede borgere om året, hvoraf ca. 30 dør. Derudover kommer de borgere, som ikke er terminalerklærede, men som har brug for palliativ sygepleje. Ved sygeplejeprofil møder var det især den palliative indsats og håndtering af egen professionalitet i forbindelse med svær sygdom og død, som fyldte meget. Derfor er det hensigten at søge trepartsmidler i 2010 mhp. generel kompetenceudvikling af alle sygeplejersker, så de er bedre rustet til at yde sygepleje til borgeren og de pårørende i livets sidste fase. Der skal øget fokus på den fysiske pleje og behandling samt på psykosociale faktorer. Det er blevet tydeligt, at den palliative sygepleje fylder i alle sygeplejerskers hverdag, og at der hos alle er behov for at kunne magte opgaven professionelt og kompetent.

Samarbejde på tværs

I 2010 igangsætter vi et udviklingsprojekt i samarbejde med "Pleje og Omsorg," Borgeren i Centrum – fokus på sammenhængende borgerforløb i kommunen mellem "Sygepleje og Rehabilitering" og "Pleje og Omsorg."

Der er udført en del forarbejde i 2009, og i 2010 forventer vi at kunne iværksætte en række konkrete delprojekter. Vores erfaring er, at det ikke er nok at se på sammenhængende borgerforløb på tværs af sygehussektor og kommune, men at vi også må se på sammenhængende forløb på tværs af aftaleområder i kommunen. Tværsektorielt er der etableret samarbejde i Region Syddanmark med Sambo. (Samarbejde om borger/patientforløb, Samarbejdsaftale mellem kommuner og region om borger/patientforløb i Region Syddanmark.)

På tilsvarende vis skal vi have fokus på internt samarbejde, og vi er så småt startet op med tværfaglige behandlermøder, hvor sektionsleder for plejen, visitator og sygeplejerske samt evt. andre fagpersoner deltager.

Målet med de forskellige initiativer er at skabe en attraktiv arbejdsplads for sygeplejerskerne i kommunen og vise, at hjemmesygepleje er et fagligt område i udvikling med udfordringer, stor kompleksitet og høje krav til sygeplejerskernes kompetencer. Vi er

"Det er blevet tydeligt, at den palliative sygepleje fylder i alle sygeplejerskers hverdag, og at der hos alle er behov for at kunne magte opgaven professionelt og kompetent."

enige med Sidsel Vinge fra Dansk Sundhedsinstitut (8,9) om, at hjemmesygeplejerskernes opgaver ændres drastisk i disse år, og at vi skal være bedre til at fortælle og beskrive, hvad det er, der er vores force, og hvor vores faglige ekspertise og viden supplerer sygehuse, almen praksis, og hjemmepleje.

Anvendelse af sygeplejeprofilen

Hvad bliver vores sygeplejeprofil så brugt til i Faaborg-Midtfyn Kommune?

Sygeplejeprofilen er det fundament, vi har udarbejdet i fællesskab efter kommunesammenlægningen. Sygeplejeprofilen sætter retning for den udvikling af sygeplejefaget og af sygeplejerskerne, der er nødvendig, fordi vi kan forvente en samfundsmæssig udvikling med:

- flere ældre, og flere kronisk syge
- accelererede forløb på sygehusene
- flere komplekse og specialiserede sygeplejefunktioner
- flere behandlingsforløb i kommunerne/flere ambulante behandlinger
- øget fokus på sundhedsfremme og forebyggelse
- forskning i kommunerne.

Derfor har vi taget de første skridt på en lang rejse, som vi glæder os til at deltage i.

Pernille Byskov er udviklingssygeplejerske i Faaborg-Midtfyn Kommune; pbyisk@faaborgmidtfyn.dk

Sygeplejeprofil og baggrundsrapport kan læses på www.faaborgmidtfyn.dk > Borger > Voksne og ældre > Hjemmesygepleje

Litteratur

1. Dansk Sygeplejeråd, Hvilke funktioner skal sygeplejerskerne have i kommunerne i fremtiden? – en guide til at udarbejde sygeplejerskeprofiler, 2006.

2. Dansk Sygeplejeråd, Københavns Amtskreds, Din viden – borgerens sikkerhed, Et projekt om fagidentitet, 2004.
3. Henderson V. Sygeplejens grundlæggende principper, Dansk Sygeplejeråd, 2008.
4. Sundhedsstyrelsen, Standardisering af plejehjemstilsynet, dec. 2006.
5. Sundhedsstyrelsen, Vejledning om sygeplejefaglige op-tegnelser, VEJ nr. 9229 af 29/4 2005.
6. Sundhedsstyrelsen, Vejledning om ordination og hånd-tering af lægemidler, VEJ nr. 0429 af 30/6 2006.
7. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedslo-ven, LBK nr. 95 af 7/2 2008.
8. Vinge S, Kilsmark J. Hjemmesygeplejens opgaver i ud-vikling, belyst via interviewundersøgelse blandt hjem-mesygeplejersker samt statistiske analyser af udviklingen på udvalgte somatiske områder, Dansk Sundhedsinsti-tut, maj 2009.
9. Vinge S, Emdal L. Fra opgaveglidning til opgaveoverdra-gelse, en interviewanalyse om udfordringer og muligheder i relation til opgaveglidning og opgaveoverdragelse i Region Midtjylland, Dansk Sundhedsinstitut, november 2009.

ENGLISH ABSTRACT

Byskov P. Nursing profile – a guide to targeted development. *Sygeplejersken* 2010;(13):58-62.

The article describes how creation of a nursing profile is used for targeted development of nursing, nurses and the organisation "Nursing and Rehabilitation" (Sygepleje og Rehabilitering) in Faaborg-Midtfyn municipality.

A strategy and action plan has been prepared, which will enable planning of targeted development over the years, at the same time as we can adjust the plan based on any external challenges that might be anticipated.

This article focuses on a series of nursing areas which we are working specifically to develop, e.g. documentation, palliative nursing, together with the Linked Patient Care project.

Key words: Community nursing, nursing profile, professional development, competency development.

DELTAG I GENERALFORSAMLINGEN I DIN KREDS

Generalforsamlingen er den øverste myndighed i Dansk Sygeplejeråds kredse. Af Dansk Sygeplejeråds love paragraf 18 stk. 1 fremgår det, at generalforsamlinger skal finde sted hvert år i løbet af oktober måned. Forslag til behandling på kredsens generalforsamlinger stiles til kredsbestyrelsen. Fristen for indsendelse af forslag fastlægges af kredsbestyrelsen jvf. Dansk Sygeplejeråds love § 18 stk. 4.

Nedenfor findes information om generalforsamlingernes afholdelse samt frist for indsendelse af forslag

Kreds	Dato	Kl.	Sted	Frist for fremsendelse af forslag
Midtjylland	Tirsdag d. 26/10	18.00	Silkeborg Sportscenter, Århusvej 45, 8600 Silkeborg	1. oktober 2010
Nordjylland	Torsdag d. 28/10	17.30	I Aalborg Kongres & Kultur Center, Europaplads, Aalborg.	23. september 2010 Kl. 10
Syddanmark	Lørdag den 30/10	9.45-16.00	Fredericia Messecenter, Vestre Ringvej 101, 7000 Fredericia	1. september 2010
Sjælland	Torsdag d. 28/10	17.00	Hotel Frederik d.II, Idagaardsvej 3 4200 Slagelse	28. september 2010
Hovedstaden	Onsdag d. 27/10	17.00	DGI-byen, Tietgensgade 65, Kbh. V Kredskontoret, Haslevej 50, Rønne	1. september 2010

Dansk Sygeplejeråd



Nyhed!

Natusan® first touch. Udviklet til spædbarnets unikke hud.

Forskning viser, at spædbørns hud er næsten en tredjedel tyndere end voksnes hud,¹ og at den taber fugt hurtigere end voksnes.² Derudover får 60 % af alle småbørn tør hud i løbet af deres første leveår,² og op til 50 % får udslet på numsen i løbet af den tid, de bruger ble.³ Hudplejeprodukterne i Natusan first touch-serien er udviklet specifikt til spædbarnets unikke hud og indeholder hverken parfume eller farvestoffer. Natusans produkter er baseret på omfattende dokumentation og mere end 60 års klinisk erfaring.



Dokumenteret mild mod huden
Test af ingredienserne
Test af sikkerhed og tolerance
Dermatologisk testet



No More Tears® - mild mod øjnene
Test af ingredienserne
In vitro-test: irritation og lakrimation
In vivo-test: irritation og svie



Astma-Allergi
Forbundet

Samtlige produkter
undtagen vaskeservietter



Zink, Bath, Lotion og Schampo

¹Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

²Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728-36.

³Attherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288-290.



Social- og sundhedsas

Artiklen beskriver social- og sundhedsuddannelsen og de kompetencemål, uddannelsen er bygget op omkring. Desuden nævnes de muligheder, social- og sundhedsassistenten har for at efter- og videreudanne sig. Artiklen giver sygeplejersker mulighed for at få opdateret og aktuel viden om uddannelsen af en af deres samarbejdspartnere.

AF ELSEBETH MELGAARD, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD., OG ANNIE PHILIPSEN, SYGEPLEJERSKE, MASTER I VOKSENUDDANNELSE

Social- og sundhedsuddannelsen er med i front, når velfærdsopgaverne nu og i fremtiden skal løses med fokus på kvalitet og det menneskelige perspektiv.

I uddannelsessystemet hører social- og sundhedsuddannelsen sammen med de øvrige erhvervsuddannelser, altså de uddannelser, der primært udbydes på handelsskoler og tekniske skoler.

Det har mange gode sider, men det er en udfordring, at vi uddannelsesmæssigt orienterer os mod ét ungdoms- og erhvervsuddannelsesfelt og i faglig sammenhæng mod et andet felt, nemlig sundhedsområdet, som er stærkt repræsenteret på de mellem lange (MVU) og lange videregående uddannelser LVU).

Presset på sundhedssektoren stiger

Presset på den samlede social- og sundhedssektor er steget mærkbart de senere år. Der er krav og forventninger om effektiv behandling, hurtig helbredelse eller lindring for færrest mulige penge. Samtidig med denne effektivisering er der et stigende krav om kvalitet i forhold til den enkelte klient/patient, hvor den enkelte skal respekteres som individ.

Der er ikke umiddelbart tegn på, at presset på sektoren vil lette, nærmest tværtimod med de kommende ændringer i alderssammensætningen i Danmark, hvor antallet af klienter og patienter inden for social- og sundhedsområdet må forventes at stige.

I hvilken grad dette vil ske, vil vi lade andre om at mene noget om.

Set fra et uddannelsesinstitutionsperspektiv vil den kommende udvikling medføre, at behovet for vores ydelse – altså uddannelse af kvalificerede medarbejdere med en social- og sundhedsuddannelse samt efter- og videreuddannelse til de allerede uddannede – vil stige.

Autorisation er et kendetegn

Hvad er det så, der uddannelsesmæssigt kendetegner en medarbejder med en social- og sundhedsuddannelse?

De danske social- og sundhedsassistenter har siden den 1. oktober 2008 haft mulighed for at søge autorisation. Hensigten er, at "Autorisationen skal styrke patientsikkerheden. Patienter og pårørende kan fremover være sikre på, at de social- og sundhedsassistenter, de møder, har de kvalifikationer,

som opnås gennem social- og sundhedsassistentuddannelsen" (1).

"Autorisationen er den formelle garanti for, at en person har gennemgået og bestået uddannelsen som social- og sundhedsassistent, og autorisationen er en stor anerkendelse af social- og sundhedsassistenternes faglighed, uddannelse og kompetencer" (2).

Ifølge FOA har omkring 80 pct. af de allerede uddannede søgt om autorisation.

Med autorisationen følger en titelbeskyttelse. Pr. 1. oktober 2010 kan kun social- og sundhedsassistenter, som er tildelt autorisation, kalde sig social- og sundhedsassistenter, ikke-autoriserede skal benævnes sundhedsmedhjælpere.

I forhold til assistenternes daglige arbejde gør autorisationen i sig selv ikke en forskel, men der ligger meget symbolværdi i denne udvikling, og vores bud er, at de autoriserede social- og sundhedsassistenter, deres ledere og deres tværfaglige kollegaer ser det indholdsmæssige og det kvalitative løft, der ligger i denne faglighed.

For hvad er det nye i social- og sundhedsuddannelsen?

Der, hvor man måske vil komme til at mærke eller allerede mærker en forskel, må være, da social- og sundhedsuddannelsen "kom i familie med" erhvervsuddannelserne i 2008. I den forbindelse fik social- og sundhedsuddannelsen ny lov og bekendtgørelse og delvist nyt navn. Nyt navn er social- og sundhedsuddannelsen henholdsvis trin 1 og trin 2.

Uddannelsens trin 1, social- og sundhedshjælper, varer et år og syv måneder inkl. grundforløbet. Skoleundervisningen i hovedforløbet trin 1 varer 24 uger.

Uddannelsens trin 2, social- og sundhedsassistent, varer et år og otte måneder. Skoleundervisningen på trin 2 varer 32 uger.

Social- og sundhedsuddannelsen skal forstås som en samlet uddannelse, der afsluttes med specialet social- og sundhedsassistent, dog med mulighed for at stoppe efter trin 1, social- og sundhedshjælper.

Målene for Social- og sundhedsuddannelsen er nye på den måde, at de er formuleret som såkaldte kompetencemål. Kompetencemålene er slutmål, dvs. en beskrivelse af de kompetencer, eleven skal besidde ved afslutningen af uddannelsen.

Hvor man tidligere mål-formulerede sig i viden,

sistenter med i front



ARKIVFOTO: ISTOCK

”Med autorisationen følger en titelbeskyttelse. Pr. 1. oktober 2010 kan kun social- og sundhedsassistenter, der er tildelt autorisation, kalde sig social- og sundhedsassistenter, ikke-autoriserede skal benævnes sundhedsmedhjælpere.”

færdigheder og kvalifikationer, arbejder man nu med begrebet kompetencer, som skal forstås mere dækkende for den læring, forståelse og udvikling, eleverne skal gennemgå.

Den ny lov og bekendtgørelse trådte i kraft den 1. juli 2008, dvs. at det første hold assistenter, der er færdige efter den nye bekendtgørelse, er sprunget ud medio april 2010.

Det bliver spændende at følge reaktionerne på den nye uddannelsestænkning.

Vi vil for fuldstændighedens skyld skitsere formål og mål for social- og sundhedsuddannelsen.

Mål og kompetencer

Social- og sundhedsuddannelsen har som overordnet formål, at eleverne gennem skoleundervisning og praktikuddannelse opnår viden og færdigheder inden for følgende overordnede kompetenceområder:

- Praktisk og personlig hjælp
- Omsorgs- og plejeopgaver
- Sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter
- Koordination, vejledning og undervisning
- Aktivitet og rehabilitering.

Uddannelsens mål er beskrevet som 16 kompetencemål, der dækker hele social- og sundhedsuddannelsen.

Kompetencemål 1-9 gælder for uddannelsens trin 1,

social- og sundhedshjælper. Kompetencemål 7-16 gælder for uddannelsens trin 2, social- og sundhedsassistent.

Kompetencemålene for hovedforløbet, jf. dog afsnit 4.2-4.4., (BEK nr. 163 af 07/03/2008) er, at eleverne kan:

1. udøve arbejdet som social- og sundhedshjælper i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger ansvaret som fag- og myndighedsperson
2. i samarbejde med borgeren arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende
3. observere fysiske, psykiske og sociale forandringer og symptomer på ændret sundhedstilstand samt udføre elementære sygeplejeopgaver hos borgeren med respekt for dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret
4. vurdere, planlægge, udføre og evaluere omsorgsopgaver og personlig og praktisk hjælp i et respektfuldt og ligeværdigt samarbejde med den enkelte borger ud fra dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret
5. i et tværfagligt samarbejde arbejde støttende, vejledende og aktiverende i forhold til borgerens ønsker, dagligdag og deltagelse i aktiviteter, så borgerens livsudfoldelse og livskvalitet understøttes og styrkes
6. arbejde konfliktdæmpende og voldsforebyggen-

-]] de samt vise forståelse for, at forebyggelse af vold er et fælles ansvar for ledelse og medarbejdere på arbejdspladsen
- 7. formidle beslutninger, der er af betydning for borgeren og dennes pårørende samt yde den nødvendige støtte og vejledning på baggrund heraf under hensyntagen til regler om tavshedspligt
- 8. alene og i samarbejde med andre tilrettelægge, udføre, reflektere over og udvikle arbejdet med udgangspunkt i det psykiske og fysiske arbejdsmiljø i forhold til gældende regler og lovgivning på området
- 9. anvende it-systemer til informationssøgning,

”Et centralt svar på, hvordan man fremtidssikrer til en uklar opgaveløsning, er: kontinuerlig og relevant efteruddannelse af det uddannede personale.”

kommunikation, samarbejde, arbejdstilrettelæggelse, faglig formidling og dokumentation af eget arbejde

- 10. udøve arbejdet som social- og sundhedsassistent i overensstemmelse med de etiske og lovmæssige regler, der følger ansvaret som fag- og myndighedsperson
- 11. identificere, vurdere, tilrettelægge, udføre, evaluere og udvikle grundlæggende sundheds- og sygeplejeopgaver hos borgeren med respekt for dennes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret
- 12. arbejde sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende i forhold til de almindeligst forekommende sygdomme, herunder i forhold til institutionsinfektioner
- 13. selvstændigt og i samarbejde med andre varetage sygeplejemæssige opgaver vedrørende medicinindgift og administration samt observere virkningen af den igangsatte behandling med henblik på at yde en kvalificeret sundheds- og sygepleje
- 14. planlægge, igangsætte, evaluere og udvikle sociale, kulturelle, fysiske og kreative aktiviteter både for enkeltpersoner og grupper med sigte på borgerens rehabiliteringsproces ud fra aktivitetsanalyse, alene og i samarbejde med kollegaer og borgere

- 15. indhente og formidle informationer om statslige, regionale, kommunale og private servicetilbud, herunder relevante love og regler inden for områder med pleje, omsorg og praktisk hjælp til borgere samt med respekt for den enkeltes ressourcer, livsvilkår, livsform og selvbestemmelsesret, vejlede borgerne i at anvende tilbuddene og
- 16. selvstændigt arbejde konfliktløsende og voldsforebyggende samt medvirke til at udvikle arbejdspladsen, så forebyggelse af vold bliver et fælles ansvar for ledelse og medarbejdere.

Jobmuligheder

Loven beskriver ligeledes, hvor det er tænkt, at de uddannede skal finde beskæftigelse.

I medfør af § 4, stk. 1 og 2 i lov om erhvervsuddannelser, jf. lovbekendtgørelse nr. 1244 af 23. oktober 2007, fastsættes:

§ 1. Den erhvervsfaglige fællesindgang sundhed, omsorg og pædagogik omfatter uddannelser med funktions- og kompetencefællesskaber inden for følgende overordnede beskæftigelsesområder:

- Social- og sundhedsområdet, hvor jobbet retter sig mod sundheds- og plejeopgaver på plejehjem, hjemmeplejen, herunder borgerens eget hjem og i bo- og dagtilbud.
- Sundheds- og psykiatriområdet, hvor jobbet retter sig mod sundheds- og plejeopgaver på hospitaler og psykiatriske bo- og dagtilbud.

En social- og sundhedsassistentelev vil typisk i løbet af sin ca. 48 ugers praktik være i praktik på et hospital, i et psykiatrisk bo- eller dagtilbud og i primærsektoren, ca. fire måneder hvert sted.

Uforandret ansvars- og kompetenceområde

Social- og sundhedsassistentens ansvars- og kompetenceområde er uforandret på trods af ny uddannelseslov og -bekendtgørelse samt upåvirket af lov om autorisation. Som tidligere er det op til den enkelte arbejdsgiver at fastsætte omfanget og niveauet for social- og sundhedsassistentens arbejdsopgaver på baggrund af de kompetencer, social- og sundhedsassistenten har erhvervet sig gennem uddannelse og arbejde.

Det nye for social- og sundhedsassistenten er, som en følge af autorisationen, at hun, såfremt hun

pålægges arbejdsopgaver, hun ikke føler sig kvalificeret eller kompetent til at løse, selv er ansvarlig for at sige fra. Desuden er pligten til at vise omhu og samvittighedsfuldhed i udførelsen af arbejdet blevet skærpet.

”Vejledning til ansættelsesmyndigheder om muligheder for at anvende social- og sundhedsassistentens kvalifikationer” fra 1994 er stadig gældende vejledning på området (3).

Efter- og videreuddannelsesområdet

Når ledere og medarbejdere med en grundlæggende social- og sundhedsuddannelse kan være med til også i fremtiden at løse velfærdsamfundets opgaver inden for social- og sundhedssektoren, hænger det sammen med, at de har de omtalte faglige, personlige og sociale kompetencer, der skal bruges i relation til den enkelte borger/patient. Hvilke opgaver der skal løses, og i hvilke organisatoriske sammenhænge dette skal foregå, er et stort, og for os at se, delvist ubesvaret spørgsmål.

Når man ser på de store ændringer, der er sket inden for feltet de sidste 5-10 år, synes vi, det er svært at forestille sig den kommende udvikling. Her tænker vi især på de teknologiske ændringer, men også på de politiske krav f.eks. om øget privatisering og hele markedsgørelsen af feltet. Hvilken faglighed, der konkret bliver efterspurgt om 10 år, er det vanskeligt at svare entydigt på.

Et centralt svar på, hvordan man fremtidssikrer til en uklar opgaveløsning, er: kontinuerlig og relevant efteruddannelse af det uddannede personale.

For det uddannelsesområde, vi har fokus på, foregår efteruddannelsesaktiviteterne primært i arbejdsmarkeds-uddannelsesregi, det såkaldte AMU-område. Her er der uddannelsesmæssigt sket forskydninger fra planlagte kurser til kompetenceudviklingsforløb i tæt samarbejde med de enkelte arbejdssteder.

Der er mange opkvalificeringstilbud målrettet social- og sundhedsassistenterne. Mange kortere, faglige kurser, f.eks. pleje og behandling af diabetikere, sårbehandling, sorg- og krisearbejde, medicinadministration, voldsforebyggelse m.m. Desuden udbydes længerevarende faglige fordybelseskurser i bl.a. kirurgiske og medicinske hovedområder samt demens.

Social- og sundhedsassistenterne har også mulig-

hed for længerevarende sammenhængende kompetenceudviklingsforløb (KUA), der fokuserer på at videreudvikle personlige og erhvervsfaglige kompetencer samt udvikle pædagogiske, relationelle, dokumentations- og udviklingskompetencer. Det skal give social- og sundhedsassistenten redskaber til at opkvalificere egen praksis og implementere nye initiativer til gavn for borgerne.

Siden begyndelsen af 2009 har det desuden været muligt for social- og sundhedsassistenter at tage akademiuddannelse i sundhedspraksis, som hører under loven om videregående voksenuddannelse. Akademiuddannelse i sundhedspraksis er en modulopbygget uddannelse, hvis overordnede formål er: at kvalificere den studerende til på et fagligt og metodisk grundlag, at kunne analysere og vurdere praksisnære problemstillinger samt varetage funktioner på specialist- eller mellemliderniveau. En gennemført akademiuddannelse i sundhedspraksis består af seks moduler: fire fagmoduler, et specialeforløb og et afgangprojekt. Uddannelsen giver ret til at benytte titlen AU (akademiuddannet).

En akademiuddannelse i sundhedspraksis udgør et selvstændigt afrundet uddannelsesforløb, der sammen med mindst to års relevant erhvervs erfaring giver et afgangsniveau svarende til en kort videregående uddannelse. Studiet er normeret til et studenterårsværk, svarende til en heltidsstuderendes arbejde i et år.

”Siden begyndelsen af 2009 har det desuden været muligt for social- og sundhedsassistenter at tage Akademiuddannelse i Sundhedspraksis, som hører under loven om videregående voksenuddannelse.”

Uddannelsens moduler og projekter er tildelt point efter European Credit Transfer System (ECTS-point). ECTS-pointsystemet er en kvantitativ værdi, der udregnes efter den arbejdsbelastning, der er forbundet med at gennemføre det pågældende fagmodul og/eller projekter.

Uforandret er også den uddannede social- og sundhedsassistents mulighed for at læse videre på de mellemlange videregående uddannelser inden for social- og sundhed, f.eks. til sygeplejerske.

Der er forskellige optagelsesregler, men som so- »

» cial- og sundhedsassistent vil man have mulighed for at få merit på dele af uddannelsen til sygeplejerske.

Elsebeth Melgaard er ansat som direktør på Social- og Sundhedsuddannelses Centret Brøndby; elsebeth.melgaard@sosuc.dk

Annie Philipsen er ansat som underviser på Social- og Sundhedsuddannelses Centret Brøndby.

Litteratur

1. www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2008/sosu_2008/sosu_autorisation2008.as Siden besøgt d. 29.03.2010.
2. Karen Stæhr på www.foa.dk/News/Forbundsnyheder/Forbundsnyheder 2009/Maj/Autorisation. Siden besøgt d. 29.03.2010.
3. VEJ nr. 15030 af 28/02/1994. Findes på www.retsinformation.dk

»»» ENGLISH ABSTRACT

Byskov P. Nursing profile – a guide to targeted development. Sygeplejersken 2010;(13):64-8.

The article describes how creation of a nursing profile is used for targeted development of nursing, nurses and the organisation "Nursing and Rehabilitation" (Sygepleje og Rehabilitering) in Faaborg-Midtfyn municipality.

A strategy and action plan has been prepared, which will enable planning of targeted development over the years, at the same time as we can adjust the plan based on any external challenges that might be anticipated.

This article focuses on a series of nursing areas which we are working specifically to develop, e.g. documentation, palliative nursing, together with the Linked Patient Care project.

Key words: Community nursing, nursing profile, professional development, competency development.

»»» TESTEN



Temaet er Omniscan-skandalen, test dig selv eller din kollega

Indimellem anvendes lægemidler, som aldrig skulle have været taget i brug, fordi bivirkningerne hos nogle patientgrupper viser sig at være mange og meget omfattende. Omniscan er et af dem.

1 Hvad er Omniscan?

- a. Som navnet antyder, er det et kontrastmiddel. Midlet blev tidligere anvendt til MR-scanninger af nyrene.
- b. Omni betyder alle, og det er et kontrastmiddel, der benyttes til scanninger af alle organer.

2 Hvad er problemet med Omniscan?

- a. At kontrastmidlet frigiver tungmetallet kobber, som herefter ophobes i leveren.
- b. At kontrastmidlet indeholder tungmetallet gadolinium (grundstof nr. 64 med atomtegn Gd), som frigives i kroppen og ikke kan udskilles hos svært nyresyge patienter.

3 Hvilke symptomer har en patient, som er forgiftet med Omniscan?

- a. Patienten får en eksem-lignende hudsygdom på arme og ben og smertefulde fortykkelser af huden, som hindrer, at leddene kan bøjes. Obduktion af afdøde patienter har vist, at indre organer også kan blive angrebet af sygdom.

4

- b. Patienterne får svære smerter i lever- og nyreregionen.

Hvad hedder den lidelse, som Omniscan forårsager?

- a. Akut nyreinsufficiens (ANI).
- b. Nefrogen Systemisk Fibrose (NSF). Det er en bindevævssygdom, som er beskrevet første gang i 1997.

5

Hvor mange tilfælde af Omniscan-induceret sygdom kender man til?

- a. Der er registreret 17 tilfælde i Europa.
- b. Der er registreret ca. 250 tilfælde af NSF på verdensplan. I Danmark er 60 patienter døde eller blevet svært invaliderede af Omniscan.

Kilde: Dagens medicin 22.2.2008, www.sst.dk>gadolinium

KOL-patienters oplevelse

Denne artikel er godkendt gennem dobbeltblindt peer-review. Med baggrund i en kvalitativ metasyntese er artiklens hovedbudskab, at patienter med KOL og dyspnø oplever at være i en følelsesmæssig spændetrøje på kanten af livet, hvor der bruges meget energi på tanker om, hvordan de skal overkomme dyspnø.

AF SYTTER CHRISTIANSEN, CAND.CUR., OG KIRSTEN FREDERIKSEN, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

»»» RESUMÉ

Baggrund: Dyspnø er en subjektiv oplevelse, der kun vanskeligt lader sig beskrive med objektive målemetoder. Flere små adskilte kvalitative studier beskriver, hvordan patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) oplever dyspnø.

Formål: At syntetisere den eksisterende viden om KOL-patienters oplevelse af dyspnø ved at udarbejde en kvalitativ metasyntese funderet i kvalitative studier herom.

Metode: Metoden er den kvalitative metasyntese, som beskrevet af Sandelowski og Barroso. Udtømmende søgninger er foretaget i fire databaser. Seks artikler var relevante og blev inkluderet i undersøgelsen. Disse blev analyseret ved hjælp af taksonomisk analyse.

Resultater: Fire kategorier blev identificeret: Dødsoplevelser, tankevirksomhed, følelsesarbejde og somatisk konsekvens.

Konklusion: Syntesen af fundene er fortolket, og essensen af fortolkningen er, at patienter med KOL og dyspnø har en oplevelse af at være i en følelsesmæssig spændetrøje på kanten af livet, hvor energien bruges på tankevirksomhed i forhold til, hvordan de skal overkomme dyspnø.

Relevans for klinisk praksis: Artiklen bidrager med akkumuleret viden om KOL-patienters oplevelse af dyspnø. Denne viden kan videreudvikles til en model med henblik på anvendelse i klinisk praksis. Desuden bidrager artiklen med erfaringer i anvendelsen af metasyntesen som metode.

Nøgleord: KOL, dyspnø, oplevelse, taksonomisk analyse, metasyntese.

Baggrund

Der er blandt forskere enighed om, at dyspnø er en subjektiv oplevelse, som kun kan beskrives af den person, der oplever den (1). Derfor er patienters fortællinger om, hvorledes de oplever dyspnø, særligt vigtige for sygeplejen. I denne artikel beskrives resultatet af en kvalitativ metasyntese (2), der samler og fortolker eksisterende undersøgelser af, hvorledes patienter med KOL oplever dyspnø.

De typiske symptomer hos patienter med KOL er dyspnø, kronisk hoste og kronisk sekretdannelse¹ (3). Med diagnosen KOL og faldende FEV1² følger større risiko for kardiovaskulære sygdomme, kakeksi, osteoporose, nedsat muskelfunktion, anæmi, cancer og kognitiv svækkelse i form af depression og angst (4,5). Det vil sige, at patienterne med KOL udover dyspnø også er i øget risiko for at skulle kæmpe med komplekse fysiske symptomer.

Flere studier viser, at der er forskel på, hvordan dyspnø opleves og beskrives afhængig af, hvad der er årsag til dyspnøen (5,6). Patienter med KOL beskriver deres oplevelse af dyspnø med andre ord end f. eks patienter med hjerteproblemer. Patienterne udtrykker blandt andet, at det er skræmmende, og at vejrtrækningen ikke kommer hele vejen ud. Patienter med hjerteproblemer beskriver oftere deres oplevelse af dyspnø som "ikke at kunne få luft nok".

Desuden oplever patienter med KOL dyspnø af en højere intensitet end patienterne med hjerteproblemer (5). Det ser også ud til, at patienter med KOL kan adskille den angst, der opstår i forbindelse med dyspnø, fra selve intensiteten af dyspnø (6,7)

I et systematisk litteraturreview fra 2007 over forskellige patientgruppers oplevelse af dyspnø var formålet at indsamle og vurdere den foreliggende viden i forhold til oplevelsen af dyspnø, specielt med fokus på psykologiske og sociale aspekter. Reviewet tilbyder et overblik over den litteratur, der er tilgængelig på området, og forfatterne konkluderer, at det ikke er muligt at foretage en meta-etnografi på materialet, fordi det repræsenterer synspunkter fra både patient- og pleje perspektivet, og fordi oplevelserne var for forskellige i forhold til de to patientgrupper. I reviewet indgår Heyse-Moores et als undersøgelse, der viser, at der hos kræftpatienter ikke er sammenhæng mellem subjektiv scoring af dyspnø og saturationsniveau (9).

I vores indledende litteratursøgninger fandt vi således flere undersøgelser, hvor KOL-patienters beskrivelse af dyspnø var central (10,11,12,13), men ingen undersøgelser der integrerede og syntetiserede den samlede viden om oplevelsen. Vi har derfor valgt at undersøge KOL-patienters subjektive beskrivelser af oplevelsen af dyspnø i en kvalitativ metasyntese.

af dyspnø

Den kvalitative metasyntese er en metode til at binde de små øer af viden, der eksisterer i form af kvalitative studier, sammen, og hensigten er at gøre det muligt at anvende de eksisterende studier i klinisk praksis (2).

Design, metode og data

Formålet med undersøgelsen var at syntetisere den eksisterende viden om KOL-patienters oplevelse af dyspnø ved at udarbejde en kvalitativ metasyntese af kvalitative studier herom.

Metode

Undersøgelsen blev udført som en kvalitativ metasyntese på baggrund af Sandelowski og Barrosos udvikling af denne metode (2).

I søgningen efter materiale til metasyntesen skal de valgte databaser tømmes strategisk for alt relevant materiale (2). Teoretisk kan man sige, at det er muligt, men i praksis er der flere forhold, der gør denne opgave så omfattende, at vi har fundet det relevant at foretage nogle begrænsninger i søgningen. I tabel 1 side 73 ses en forenklet illustration af søgestrategien for de enkelte databaser.

På baggrund af formålet med undersøgelsen valgte vi følgende databaser: Cinahl, PsykInfo, PubMed og SveMed, og søgningerne blev udført i tidsrummet fra den 1. februar til den 1. april 2009. I forhold til søgninger i de forskellige databaser var det ikke altid de samme søgeord, der blev anvendt, idet databasernes headings og opbygning er forskellige. I alle baser blev der desuden lavet en fritekstsøgning i forhold til de valgte søgeord. Søgestrategien blev

diskuteret med en forskningsbibliotekar, som anbefalet af Sandelowski og Barroso (2).

I syntesen kan der inkluderes fra fire og til flere end hundrede artikler. Antallet afhænger af, hvor meget materiale der kan fremsøges i forhold til det fænomen eller den oplevelse, der undersøges (14). In- og eksklusionskriterier er også afgørende for mængden af materiale, der indgår i syntesen, og disse beskrives i det følgende.

Inklusionskriterier: Artikler, hvor fokus var et patientperspektiv på oplevelsen af dyspnø. Videnskabelige undersøgelses fund, hvor der indgik patienter med moderat til svær KOL.

Eksklusionskriterier: Bøger og journalistiske beskrivelser. Studier med fokus på sociale aspekter og studier, hvor de inkluderede patienters dyspnø ikke var eksklusivt på baggrund af KOL. Studier med metodetriangulering, da det i forhold til en undersøgelses eventuelle fund kan være svært at identificere, om disse er opstået på baggrund af den kvalitative eller kvantitative del af undersøgelsen. Undersøgelser uden identificerbare fund³.

Det første kvalitative studie, der blev fundet ved de indledende søgninger, var fra 1990 (13), og dette blev derfor starttidspunkt for søgningerne. Desuden skulle fund i artiklerne være databaserede, det vil sige tydeligt udledt fra det empiriske materiale, der indgik i studiet. Et fund kan også være forskernes bedømmelser eller udtalelser i forhold til den oplevelse, der undersøges, men kun hvis disse er tydeligt udledt på baggrund af data (15).

På baggrund af gennemlæsning af abstracts blev 17 artikler udvalgt til fuld gennemlæsning. Ved nær-

FIGUR 1

Audit trail over arbejdsproces i undersøgelsen



- » mere granskning fremgik det, at fokus i en del artikler var et andet end selve oplevelsen af dyspnø. Der var f.eks. fokus på sociale konsekvenser, mestrings eller selve det at skulle leve med KOL i hverdagen. Disse artikler blev ekskluderet. Ni artikler indgik i den efterfølgende vurdering, der beskrives senere.

Metasyntesens validitet

At udarbejde en kvalitativ metasyntese er et procesuelt arbejde og ikke som den kvantitative metaanalyse en lineær proces. Det vil sige, at man kan risikere at skulle vende tilbage til noget, som på et tidspunkt så færdigt ud for at arbejde det igennem igen. Det vil for eksempel sige, at man ved fund af nye artikler eller ved nye fund i selve artiklerne må lave nye søgninger og nye gennemlæsninger af alle artikler.

Dette kan gøre det vanskeligt at skelne skarpt netop mellem proces og produkt i en beskrivelse, der fremstår lineær. For at sikre studiets validitet blev der fra begyndelsen oprettet en audit trail. Audit trailens funktion er at synliggøre en "think aloud" strategi og dermed højne validiteten af metasyntesens integrerede fund (2, 15)⁴. Vores audit-trail bestod af en digital dokumentmappe, der indeholdt dokumenter med optegnelser over begrundede søgestrategier samt nedskrevne overvejelser og beslutninger, der blev gjort undervejs i forhold til in- og eksklusion af artikler. I mappen indgår også vurderingen af de enkelte artikler. Audit-trailen har gjort det muligt for os i forskellige faser af arbejdet med metasyntesen at vende tilbage til, hvorfor og med hvilken argumentation en beslutning på et givent tidspunkt blev taget. Ligeledes har audit-trailen dannet baggrund for udarbejdelsen af de figurer og tabeller, der ledsager artiklen. Figur 1 side 71 illustrerer indholdet af audit-trailen.

Vurdering af de ni egnede artikler

Ni artikler blev vurderet efter Sandelowski og Barrosos guide⁵. Formålet med dette var at bestemme, om studierne svarede til inklusionskriterierne, at sikre, at inklusionskriterierne ikke krævede yderligere præcisering, og at blive bekendt med form og indhold, metodologi og stil i den enkelte artikel (2). Guiden, som blev brugt til vurdering af hver enkelt artikel, ses illustreret i figur 2 side 75.

Efter at have arbejdet med guiden i forhold til de foreløbigt inkluderede artikler blev tre ekskluderet (12,16,17). I et studie var det egentlige fokus rettet mod, hvordan det opleves at skulle leve med KOL (12). Ét studie beskrev, hvilken strategi der under hjælp til personlig hygiejne bidrager til velvære (16). Og ét omhandler, hvordan kvinder opdager og responderer på KOL (17). I ingen af disse tre studier var studiets egentlige hensigt at beskrive, hvordan patienterne oplever dyspnø.

Seks artikler svarede derefter til inklusionskriterierne og blev inkluderet i det videre arbejde (10,11,13,18,19,20). Vi har efterfølgende identificeret fundene i disse seks artikler, og med brug af de begreber, forskerne selv har anvendt, har vi udarbejdet en figur. Denne identifikation af fund er vist i figur 3 side 76.

Taksonomisk analyse

Sandelowski og Barroso anbefaler taksonomisk analyse som et redskab til at udvikle teori eller begrebsmæssige beskrivelser og modeller (2). Denne analysemetode er beskrevet af Spradley i bogen "The ethnographic interview" (21), som Sandelowski og Barroso er inspireret af i deres metodeudvikling. Vi valgte derfor at foretage en taksonomisk analyse af artiklernes fund med henblik på syntetisering af disse. I analysen undersøger vi, hvordan begreber, der umiddelbart er meget forskellige, på hver sin måde bidrager til forståelsen af, hvordan dyspnø opleves. Analysen lader nuancer træde, frem samtidig med at man overordnet får mulighed for at gennemskue, hvordan begreberne hænger sammen i en større sammenhæng.

Taksonomier kan visuelt illustreres ved hjælp af forskellige diagrammer (21). I denne undersøgelse er resultatet af den taksonomiske analyse illustreret som figur 4 side 76, hvor vi visualiserer vores fortolkning af relationerne mellem de umiddelbart uensartede og forskellige begreber, der er brugt til at beskrive oplevelsen af dyspnø.

For at kunne udarbejde taksonomien blev fundene først inddelt i forhold til, hvilke begreber vi vurderede til at være inden for samme kategori. Kategori definerer vi som en samling af lignende data – i dette tilfælde begreber. Sorteringen af data i kategorier gør det muligt for forskeren at beskrive,

]]] TABEL 1. SØGESTRATEGI

Herunder ses en forenklet illustration af søgestrategien for de enkelte databaser

Cinahl

Søgeord: Shortness of breath, breathlessness, MH dyspnea, MH Lung disease obstructive, qualitative, MH qualitative studies+.

Der er først søgt på hvert søgeord enkeltvis, for derefter at kombinere disse på relevant vis med de booelske søgeoperatører AND eller OR. Der blev desuden udført fritekstsøgning i forhold til ovenstående søgeord.

419 abstracts blev gennemlæst. Deraf blev 9 artikler læst i sin fulde længde.

I alt 8 artikler blev gennemlæst i sin fulde længde og foreløbigt inkluderet.

PsyInfo

Søgeord: Dyspnea, Shortness of breath, breathlessness, DE Lung disorders, DE qualitative research, qualitative. Herudover blev der søgt i forhold til hver enkelt kvalitative metode kombineret med DE lung disorder. Fritekstsøgning udført i forhold til ovennævnte søgeord.

413 abstracts blev gennemlæst. Deraf blev 8 artikler gennemlæst i deres fulde længde.

I alt 6 nye artikler blev foreløbigt inkluderet.

PubMed

Søgeord : Dyspnea Mesh, pulmonary disease chronic obstructive Mesh, Shortness of breath, breathlessness, shortness of breath, qualitative research Mesh, qualitative. Fritekstsøgning blev også udført i denne database. 87 abstracts blev gennemlæst.

7 artikler blev gennemlæst i deres fulde længde.

Af de 7 artikler blev 3 artikler foreløbigt inkluderet.

SveMed+

Søgeord: Kol, cold, coad, andfåtheth, dyspne, kronisk obstruktiv lungelidelse. Der blev i denne database kun udført fritekstsøgning.

221 abstracts blev gennemlæst.

Der blev ikke inkluderet nye artikler fra denne database.

I de 17 foreløbigt inkluderede artikler blev den enkelte artikels referenceliste undersøgt med henblik på, om der kunne være fund af nye relevante artikler.

hvilke kendetegn der er i forhold til den enkelte kategori (22). Der fremkom i dette studie fire kategorier, der begrebsmæssigt er relateret til hinanden på den måde, at de alle beskriver, hvordan dyspnø opleves.

Man kan således sige, at det område, vi har undersøgt, er selve oplevelsen af dyspnø, hvor taksonomien ved hjælp af inddelingen i kategorier og afdækningen af relationerne mellem begreberne gør det muligt at visualisere, systematisere og fortolke studierne fund. Syntetiseringen sker således gennem arbejdet med taksonomien.

For at kunne udarbejde taksonomien har vi arbejdet med en X-Y-formel, som kan bruges til at beskrive betydningssammenhænge mellem kategorierne og de underliggende semantiske relationer⁶ (21). I formlen lod vi X være de uensartede begreber, der beskriver dyspnøen, mens Y blev betragtet som dyspnø. Ved at indplacere de uensartede begreber i forhold til X-Y-formlen blev det muligt for os at udlede de kategorier, der efterfølgende danner baggrund for fortolkningen af fundene. Ved at arbejde med X-Y-formlen bliver det desuden nemmere]

» eksplicit at forklare, hvordan de underliggende semantiske relationer er relateret til den specifikke kategori. Dette kan eksemplificeres med kategorien *somatisk konsekvens*. Her kan man sige, at fysisk påvirkning er en konsekvens af dyspnø. Punkterne inden for denne kategori viser således et "X er en konsekvens af Y"-forhold. Særligt problematisk var det at foretage en udledning i forhold til begrebet "det cirkulære angst-dyspnø"-forhold. Vi har valgt at kategorisere angst som en somatisk konsekvens, idet en forværring af dyspnøen er den endelige konsekvens af angst. I forhold til denne cirkulære forbindelse mellem angst og angstens fysiske konsekvens har vi altså lagt vægt på det endelige resultat af angsten, som er, at patienterne oplever en fysisk forværring af dyspnøen.

Kategorien *følelsesarbejde* er opstået på baggrund af den semantiske binding, at "X er en del af Y". Hvor X f.eks. indeholder frustration, at være ude af kontrol, og at skulle synliggøre ellers usynlige følelser, som en del af at opleve dyspnø.

Tankevirksomhed opstod som kategori, idet alle punkterne, der falder inden for denne kategori, viser, at "X er en måde at prøve at overkomme Y på". Tanker omkring at vide, hvad der virker og ikke virker, bruger patienterne for at forsøge at overkomme oplevelsen af dyspnø. Patienterne bruger energi på at tænke over, hvordan de skal undgå visse udfoldelser for dermed at minimere, at åndenøden eskalerer. Det vil sige, at patienternes anstrengelser i forhold til at minimere, at åndenøden eskalerer, også er en måde at overkomme dyspnø på. I oplevelsen af dyspnø tænker patienterne over, hvordan de mest hensigtsmæssigt kan bruge deres kræfter, idet åndenøden tapper dem for energi. Patienterne forsøger at udtænke den mest hensigtsmæssige strategi for at undgå eller overkomme åndenød.

I kategorien *dødsoplevelser* er den semantiske binding, at "X er et resultat af Y". Patienterne oplever at være døden nær, hvilket er et resultat af dyspnø. Det samme gælder for oplevelsen af at være i dødens skygge, hvilket også er et resultat af oplevelsen af dyspnø.

Hermed var kategoriernes semantiske relation til begreberne bestemt, og taksonomien kunne udarbejdes.

Resultater

På baggrund af taksonomien og dermed syntetiseringen af fund, forstået som vores fortolkning af andre forskeres fund beskrevet i artikler, præsenterer vi nu vores fortolkning af KOL-patienternes oplevelse af dyspnø.

Somatisk konsekvens

Af somatiske konsekvenser af dyspnø ses, at vejrtrækningen forringes, og funktionsniveauet nedsættes; afhængighed og hjælpeløshed er indlejret i denne oplevelse. Patienterne oplever samtidigt tab af styrke til at leve (11). Oplevelsen af dyspnø er cirkulært forbundet med angst og frygt (13,18). Den oplevede angst resulterer i en oplevelse af, at dyspnøen blot forværres.

Følelsesarbejde

"Følelsesarbejde" opfanger en stor del af oplevelsen, når dyspnø beskrives. Frustration, stress (11), bekymring, alvorlighed, frygt for at dø (13), panik og generel frygt (18) er en del af det følelsesmæssige arbejde, patienterne bliver bebyrdet med. Der opleves en følelsesmæssig sårbarhed, og der kæmpes med at synliggøre selv de mest almindelige følelser (18). På baggrund af netop dyspnø er det svært for patienterne at have et respiratorisk overskud til at kunne udtrykke de følelser, der knytter sig til oplevelsen af dyspnø.

Tankevirksomhed

Kategorien "tankevirksomhed" dækker over patienternes oplevelse af at skulle tænke på, hvad der virker eller ikke virker (20), at skulle minimere risikoen for, at åndenøden eskalerer, og at økonomisere med tid og kræfter (10). Dette kan karakteriseres som en form for strategitænkning. Forud for den taksonomiske analyse var der intet, der pegede på dette, idet de enkelte artikler ikke trækker patienternes beskrivelser af denne aktivitet frem som særskilte fund. Men det har vist sig, når man læser artiklerne samlet, at det træder frem som et upåagtet karakteristikum, at patienterne aktivt prøver at udtænke strategier for at lindre oplevelsen af dyspnø (10). Eksempler på strategitænkning og tankevirksomhed findes i DeVitos studie, der kommer frem til, at al bevidsthed og opmærksomhed er

FIGUR 2. GUIDE TIL VURDERING AF KVALITATIVE STUDIER

Følgende dokumenteres skriftligt og lægges i mappen "audit trail"

<p>Om forsiden</p> <p>Er der historiske faktorer der gør, at studiet ikke er relevant.</p> <p>Er studiet er tidsmæssigt relevant. Kan i visse tilfælde være forældet</p> <p>Nedskriv de karakteristiske træk ved demografiske oplysninger</p>	<p>Om problemet der undersøges</p> <p>Er problemet tydeligt skildret</p> <p>Er problemet relateret til formålet</p> <p>Hvis ingen har undersøgt problemet før, er der basis for at påstå det?</p>
<p>Om studiets formål og forskningsspørgsmål</p> <p>Træder formål og eventuelt forskningsspørgsmålene eksplicit og tydeligt frem</p> <p>Er disse relevante i forhold til et kvalitativt studie</p>	<p>Om studiets litteratur review</p> <p>Hvad ved man om det problem der undersøges</p> <p>Har problemet været undersøgt før</p> <p>Det er afklaret hvad forskerne ved inden studiets start og man forholder sig kritisk til denne viden</p>
<p>Om orientering i forhold til mål fænomenet</p> <p>Udtalelser der indikerer perspektiver og formodninger. Noget er måske implicit, andet eksplicit</p>	<p>Om orientering i forhold til studiet</p> <p>(overlapper ofte med "orientering i forhold til mål fænomenet")</p> <p>Hvilke filosofier, referencerammer, perspektiver, antagelser og metoder har været ledende for forskerne</p>
<p>Om planen for strategi og teknik i indsamling af empirisk materiale</p> <p>Hvilke beslutninger, overvejelser og intentioner præsenteres som udgangspunktet for indsamlingen af empirisk materiale</p>	<p>Om det empiriske materiales størrelse og sammensætning</p> <p>Hvilke informationer er præsenteret i forhold til mennesker, steder, begivenheder og hvor blev de inkluderede rekrutteret fra</p>
<p>Om dataindsamling</p> <p>Hvordan blev data anskaffet</p>	<p>Om databehandling og analyseteknik</p> <p>Hvorledes er data gjort klar til analysen, organiseret, splittet op i enheder og rekonstrueret</p>
<p>Om teknikkerne der er anvendt i forhold til at optimere validiteten</p> <p>Er styrker og svagheder ved studiet ekspliciteret</p> <p>Diskuteres reliabilitet, troværdighed og sandsynlighed</p>	<p>Om fund i studiet</p> <p>Hvilke fund præsenteres</p> <p>Er disse valide i forhold til analysen</p> <p>Er det muligt at adskille fundene fra andre elementer – eksempelvis citeringer</p> <p>Beskyttelse af menneskelige deltagere</p> <p>Hvilke etiske overvejelser beskrives i studiet</p>
<p>Om logikken og formen på fund</p> <p>Det afklares om studiet er med eller uden fund</p> <p>En vurdering af hvordan fund i studiet kan klassificeres på baggrund af hvor meget data er transformeret i præsentationen af fund</p>	<p>Forskerens resume efter gennemgang af den samlede guide</p> <p>I et kort resume tager forskeren stilling til om studiet kan indgå i metasyntesen eller skal diskuteres med andre forskere</p>

Figuren er udarbejdet på baggrund af Sandelowski og Barrosos guide (2).

rettet mod vejrtrækningen. Patienterne tænker på og bekymrer sig om, hvordan de skal overkomme dyspnøen (13).

Et andet eksempel er Lomborgs studie. Lomborg konkluderer, at patienterne tænker over, hvad der virker eller ikke virker i forhold til at lindre dyspnø, og at patienterne desuden forsøger at tænke sig frem til en måde, hvorpå de kan overkomme dyspnøen (20). Fund i de enkelte artikler hver for sig peger ikke på, at tankevirkning er noget, der i

særlig grad optager patienter, der oplever dyspnø. Men gennem den taksonomiske analyse af fundene blev det tydeligt, at patienterne tænker over, at det ikke er muligt at tilpasse deres beskrivelser til standardudtryk (11,13). Med dette menes, at det påvirker patienterne, at de ikke altid har mulighed for helt præcist at forklare, hvor slemt eller hvordan det føles. Patienterne mangler verbale begreber til at udtrykke sig om oplevelsen. Om dette kan skyldes, at oplevelsen af dyspnø er diffus, at den er uforudsi-

»»» FIGUR 3. FUND

Identifikation af fund i de seks inkluderede artikler

Fysisk påvirkning (11,20), tab af styrke til at leve (11), vejrtrækning forringes (11), afhængighed (20), nedsat funktionsevne (11), angst berettigelse af dyspnø (13), angst cirkulært forbundet med dyspnø (18), frygt cyklisk forbundet med dyspnø (13).

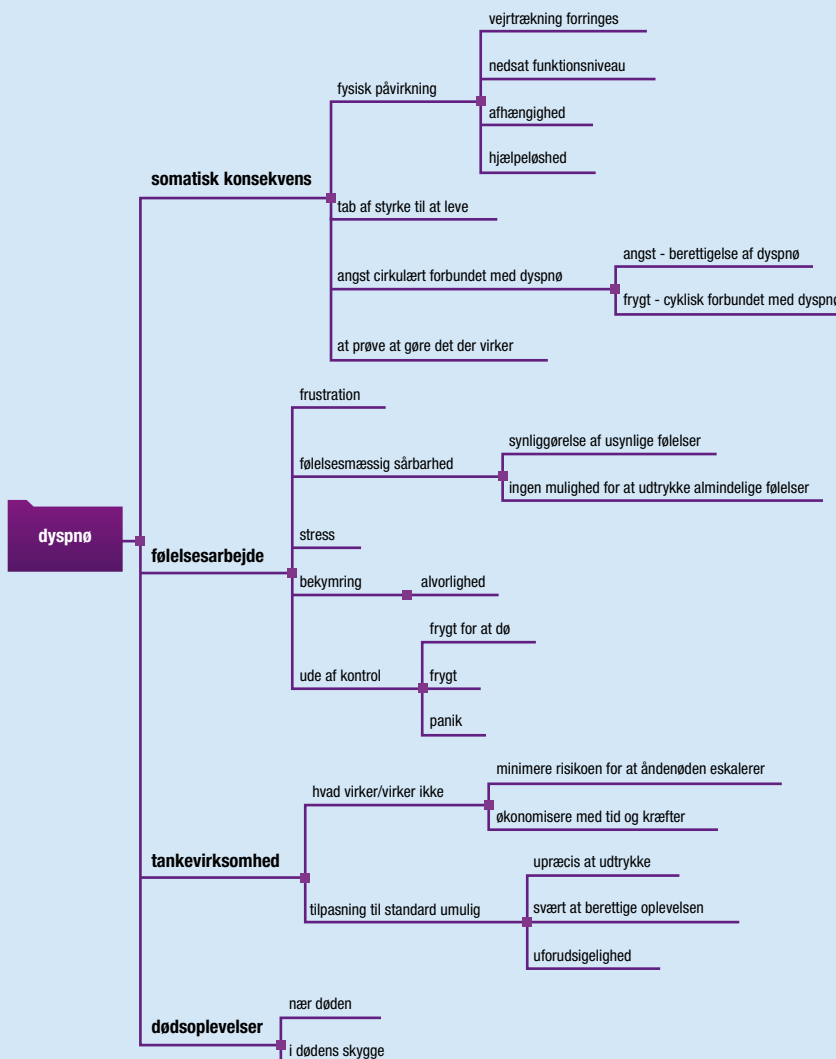
Frustration (13), ude af kontrol (13), synliggørelse af usynlige følelser (18), svært at udtrykke følelser (11), bekymring, alvorlighed, panik, frygt (13), frygt for at dø (11), følelsesmæssig sårbarhed (18), følelsen af kun lige at klare det (11), stress (20), ude af kontrol (13).

Hjælpeløshed – at prøve at gøre det der virker (13,20), uforudsigelighed (13,19), økonomisere med tid og kræfter, minimering af risikoen for at åndenøden eskaleres (10), svært at berettigede (13), upræcis at udtrykke (11), tilpasning til standard umulig (13,18).

Nær død, i skyggen af død (11).

»»» FIGUR 4. TAKSONOMI

Taksonomi der illustrerer fortolkningen af relationerne mellem de umiddelbart uensartede og forskellige begreber.



-]] gelig, eller at oplevelsen kan være svær at berettigge over for omverdenen, kan denne undersøgelse ikke forklare.

Oplevelsen af at være døden nær

Den sidste kategori er ”dødsoplevelse”. Patienterne lever altid med bevidstheden om døden. Man kan sige, at oplevelsen af at være i skyggen af død er en oplevelse, der rent tidsmæssigt kan foregå over længere tid. Et eksempel på dette kunne være oplevelsen af, at lungefunktionen forringes i forhold til den daglige livsførelse. Oplevelsen af at være døden nær er mere akut præget, og patienter føler sig truet på livet, f.eks. i forbindelse med en akut eksacerbation. Om ovenstående kan henføres til oplevelsen af selve intensiteten af dyspnø, er dog uklart (11).

Figur 4 illustrerer den begrebsmæssige vidde i forhold til KOL-patienters beskrivelse af dyspnø. Det bliver altså tydeligt, hvor mange forskellige begreber der bruges i forhold til at beskrive dyspnø, men sammenhængen mellem begreberne træder også frem. Det er tydeligt, at dyspnø er en kompleks oplevelse at skulle beskrive, idet den griber ind i mange forskellige dele af menneskets eksistensgrundlag.

Sandelowski og Barroso (2007) skriver om den kvalitative metasyntese, at den skal tilbyde en fuldt integreret beskrivelse af en oplevelse (2). De fire kategorier somatisk konsekvens, følelsesarbejde, tankevirksomhed og dødsoplevelser har vi derfor efterfølgende syntetiseret til én samlet beskrivelse. Om denne samlede beskrivelse vil vi anvende begrebet tema, idet et tema er: ”den meningsfulde essens, der er tydelig i hele datamaterialet” (22). Dette tema er, at patienterne med KOL, der oplever dyspnø, er *i en følelsesmæssig spændetroje på kanten af livet, hvor der bruges energi på tankevirksomhed i forhold til, hvordan de skal overkomme dyspnø*. Temaet er vores fortolkning af essensen af kategorierne, når de samles, og altså dermed vores fortolkning af essensen i forhold til oplevelsen af dyspnø.

Diskussion af undersøgelsens fund

Vi vil først diskutere, hvorledes temaet ”i en følelsesmæssig spændetroje på kanten af livet, hvor der bruges energi på tankevirksomhed i forhold til, hvordan de skal overkomme dyspnø” er betydningsfuldt i forhold til udviklingen af begreber. Diskussionen vil desuden fokusere på begrebet tankevirksomhed

samt på, hvilke validitetsmæssige problemer der kan opstå i arbejdet med den kvalitative metasyntese.

Temaet ”i en følelsesmæssig spændetroje på kanten af livet, hvor der bruges energi på tankevirksomhed i forhold til, hvordan de skal overkomme dyspnø” er opstået på baggrund af vores fortolkning af de fire kategorier. I denne fortolkning, hvor de fire kategorier syntetiseres til et samlet tema, indgår en intuitiv proces, hvor vi vælger de begreber eller metaforer, som vi efter mange overvejelser finder bedst dækker vores fortolkning. Ordet spændetroje bruger vi som en metafor. Med brugen af en metafor skabes et *sprogligt billede*, ved at karakteristika ved et objekt overføres på et andet objekt, som det ikke umiddelbart er relateret til. Ved at bruge metaforen spændetroje føres billedet af spændetrojen i form af en uaftagelig jakke, der strammer sig sammen om kroppen og hindrer dens frie bevægelighed, over på patienten med dyspnø, der ikke kan fjerne de begrænsninger, hverken fysiske eller psykiske, der er en del af oplevelsen af dyspnø.

At være på kanten af livet er ligeledes brugt som en metafor, der samler patienternes beskrivelser af deres oplevelser af at leve tæt på døden. I dette kaos er følelser med til at komplicere, hvordan dyspnø verbalt og begrebsligt kan beskrives. Sprog og anvendelse af begreber er vigtige i forhold til både patienternes og sygeplejerskens måde at håndtere dyspnø på (24). I arbejdet med metasyntesen blev det tydeligt, at sproget siden DeVitos undersøgelse fra 1990 ikke ser ud til at være blevet udviklet eller nuanceret. Dette stemmer overens med f.eks. Schwartzsteins fund (25). I denne sammenhæng vil denne undersøgelses syntese til et tema forhåbentlig være med til at bidrage til udviklingen af begreber, der beskriver oplevelsen af dyspnø. Man kan dog diskutere, om det bliver fuldt ud muligt at beskrive og indfange oplevelsen af dyspnø. Benner skriver, at det videnskabelige sprog ikke indbefatter en stillingtagen til vores kropsliggjorte tilgang til verden. Af denne årsag kan det være vanskeligt at beskrive den menneskelige oplevelse af sygdom, helbredelse og sundhed med videnskabens metoder og ord (26). Dyspnø må på baggrund af studiets tema være at betragte som en helhedsoplevelse, der griber ind i hele menneskets eksistens, og skal måske nærmere opfattes som en mere kompliceret sjæl-krop-verdenoplevelse, der ikke lader sig beskrive ved f.eks. ob-]

» jektive målemetoder og kun meget vanskeligt i ord.

At patienterne med KOL skal bruge energi på tankevirksomhed, er et overraskende fund. Patienterne bruger energi på at overveje, hvad der virker og ikke virker, og prøver at lægge strategier i forhold til at undgå, at dyspnøen forværres. Under udarbejdelsen af syntesen blev der ikke fundet materiale, der har omtalt dette eller haft opmærksomhed herpå. Bondas og Hall (2007) skriver, at metasyntesen er værdifuld, idet den kan henlede opmærksomheden på noget, der ligger ud over og bagved de originale inkluderede artikler (27). Tankevirksomhed er et eksempel herpå. Dette blev først tydeligt gennem fortolkning af fund i artiklerne i den taksonomiske analyse. Vi vil derfor hævde, at metasyntesen er en værdifuld måde at gøre noget, som ikke umiddelbart var synligt, synligt på.

I forhold til tankevirksomhed og strategitænkning kan dette måske opfattes som brug af mestringsstrategi, forstået som det, mennesker gør for at klare udfordringer og opretholde personlig kontrol (28,29). Der kan derfor være en vis sammenhæng mellem begrebet tankevirksomhed, strategitænkning og mestringsstrategier, der hyppigst blev brugt, var optimisme, forsøg på opretholdelse af selvstændighed og at være konfronterende (30). I forhold til metaforen "at være i en følelsesmæssig spændetrøje på kanten af livet" peger undersøgelser af andre patientgruppers oplevelser af livet med alvorlig kronisk sygdom i samme retning. I en undersøgelse af menneskers oplevelse af at leve med kronisk hepatitis C beskrives, hvordan dette opleves som fatalt, og at frygt og angst for stigma dominerer deres liv (31). Frygt, angst og oplevelsen af at være begrænset i livsudfoldelse ser derfor ud til at være nogle af de oplevelser, mennesker med alvorlig kronisk sygdom generelt har. Hos mennesker, der lever med kroniske sygdomme af mindre livstruende karakter som f.eks. urininkontinens, beskrives oplevelser af magtesløshed (32). Patienterne med KOL, der oplever at være i en spændetrøje på kanten af livet, peger på samme måde på en form for magtesløshed og begrænsninger i deres livsudfoldelse.

Diskussion af metode

Arbejdet med metasyntesen foregår processuelt, og

resultatet er metasyntesen, som den fremstår i sin helhed (2). De fire kategorier og den integrerede beskrivelse er et resultat af syntetiseringen af fund på baggrund af den taksonomiske analyse. Den integrerede beskrivelse er derfor ikke en databaseret sandhed, men et historisk og kulturelt betinget socialt produkt mellem forfatterne og teksterne. I denne artikel trækkes elementer frem for at tydeliggøre processen, hvorigennem syntesen og dermed nyfortolkningen af fundene i de kvalitative artikler har fundet sted.

Søgearbejdet til en metasyntese kan være problematisk, idet der er en mangel på standardisering af databaserne (33). De enkelte databaser er opbygget på forskellig måde, hvilket betyder, at søgningerne skal udføres forskelligt. Denne problemstilling er generelt en udfordring, og det vil være en validitetsmæssig styrke, at forskerne har indgående kendskab til databasernes forskellige opbygning og brug af søgetermer. Også f.eks. koncentrations-ejne, tid og kendskab til databasernes opbygning kan være afgørende for udtømmende søgninger (2). I denne undersøgelse er søgningerne lavet af artiklens førsteforfatter, men undervejs i forløbet diskuteret med artiklens andenforfatter. Desuden har en forskningsbibliotekar været konsulteret for at sikre så udtømmende søgninger som muligt. Selve søgearbejdet var meget tidskrævende, og på trods af forfatterens diskussioner og konsultationer hos forskningsbibliotekaren kan søgningerne måske kun i teorien kaldes udtømmende.

I denne undersøgelse indgik udtalelser fra f.eks. patientforeningers hjemmesider ikke. Hvis beskrivelser fra f.eks. patientforeningers hjemmesider var blevet inkluderet i undersøgelsen, kunne man forestille sig, at resultatet af den taksonomiske analyse kunne have set anderledes ud. Et eksempel på en kvalitativ metasyntese, der inddrager et bredt og omfangsrigt materiale, er Sandelowski og Barros' undersøgelse af, hvordan kvinder lever med hiv (2).

I vurderingen af artiklerne, hvor fundene skal udledes, var audit-trailen et vigtigt arbejdsredskab. Det var for det første vigtigt at have skrevet omfattende noter ned for at kunne udlede fund, og det har desuden krævet kendskab til de enkelte anvendte kvalitative metoder. Når man syntetiserer undersøgelser,

der anvender forskellige metoder, skal man forholde sig til undersøgelsers sammenlignelighed. Om sammenlignelighed skriver Sandelowski et al., at denne sammenlignelighed er kædet sammen med, at der gennem hele proceduren er transparens (34). Audit-trailen, beskrivelsen af søgetermer og vurderinger i forhold til in- og eksklusion har derfor været vigtige at få ekspliciteret, og det har på den baggrund været muligt at syntetisere undersøgelser, hvor der har været anvendt forskellige metoder, og opnå et resultat, som vi vurderer er validt.

Sandelowski og Barroso (2007) skriver, at metasyntesen er en integration af fund, hvor selve den oplevelse eller det fænomen, der beskrives, er fjernet tre gange fra den oprindelige oplevelse (2). En syntese er altså ikke en gengivelse af de oplevelser, som deltagerne i de inkluderede studier har haft, men fjernet tre gange på den måde, at: først er oplevelsen gengivet af patienten med KOL til forskeren, som lavede primærstudiet, dernæst har forskeren om-dannet gengivelsen til data, som er blevet analyseret og fortolket til fund – og disse fund er efterfølgende af os blevet syntetiseret til nye fund i metasyntesen. Teoretisk validitet kræver derfor, at man får rigtigt fat i forskerens fortolkninger. Derfor har vi gennemlæst og diskuteret vores udlægning af fund i de inkluderede artikler gentagne gange.

Finlayson og Dixon (2008) skriver, at de håber, flere vil udarbejde metasynteser (14). Der er ikke tvivl om, at allerede eksisterende kvalitative undersøgelsers fund kan udnyttes bedre, end de bliver aktuelt, og at metasyntesen kan bidrage til at øge kendskabet til mange forskellige undersøgelser i en arbejdsgang. Derved vil fundene i de studier, der indgår i den kvalitative metasyntese, blive gjort mere tilgængelige for andre forskere og for sygeplejersker i praksis. Derfor er den kvalitative metasyntese værdifuld i forhold til udviklingen af både teoretisk og praktisk sygepleje og kan bidrage til, at de mange kvalitative undersøgelser, der laves inden for feltet, også bliver anvendt.

Konklusion

Formålet med undersøgelsen var at syntetisere den eksisterende viden om KOL-patienters oplevelse af dyspnø ved at udarbejde en kvalitativ metasyntese, funderet i kvalitative studier herom.

På baggrund af den taksonomiske analyse opstod fire kategorier i det inkluderede materiale. Disse er: somatisk konsekvens, følelsesarbejde, dødsoplevelse og tankevirksomhed. Temaet, som opstår på baggrund af fortolkningen af de fire kategorier, er, at patienterne med KOL og dyspnø oplever at være i en følelsesmæssig spændetrøje på kanten af livet, hvor der bruges energi på tankevirksomhed i forhold til, hvordan de skal overkomme dyspnø. Tankevirksomhed kunne måske være et udtryk for en mestringsstrategi anvendt af patienterne.

Metasyntesen blev vurderet egnet til at beskrive og fortolke oplevelsen af dyspnø hos patienter med KOL og til at gøre brug af allerede eksisterende undersøgelser. Denne undersøgelse bidrager derfor med akkumuleret viden om KOL-patienters oplevelse af dyspnø samt erfaringer af brugen af metasyntesen som metode.

Forskningsmæssige og kliniske implikationer

På baggrund af metasyntesen vil det være relevant at undersøge kategorien tankevirksomhed og dennes eventuelle relation til mestring hos patienter med KOL yderligere.

Teoretisk kan der arbejdes videre med resultatet af den taksonomiske analyse, hvor der kan udarbejdes en model, som kan være med til at illustrere oplevelsen af dyspnø hos KOL-patienter. På denne måde kan sygeplejersker blive opmærksom på, hvilke indsatsområder i den kliniske praksis, der med fordel kan sættes fokus på i forhold til lindring af dyspnøen.

Desuden er det vores opfattelse, at fortolkningen af, hvordan patienter med KOL oplever dyspnøen, kan bidrage til, at sygeplejersker i praksis får øget deres forståelse for, hvor meget oplevelsen af dyspnø griber ind i patientens liv. Med en sådan forståelse får sygeplejersken øget sin mulighed for at handle empatisk i plejen af patienten med KOL og kan arbejde med at skabe et miljø, hvor der er rum for samtale om vanskelige oplevelser, såfremt patienten ønsker dette.

I udviklingen af tiltag med henblik på at lindre dyspnø vil kvantitative undersøgelser, herunder det randomiserede kontrollerede forsøg, være på sin plads. Den kvalitative forskning kan supplere og udbyde den viden, der dokumenteres i forhold

til lindring af dyspnø, samt give et særskilt og selvstændigt videnskabeligt bidrag i forhold til oplevelsen og lindringen heraf.

Sytter Christiansen er ansat som adjunkt ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Randers; sytt@viaduc.dk
Kirsten Frederiksen er lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet; kf@sygeplejevid.au.dk

Litteratur

1. Meek P, Schwartzstein R, Adams L, Altose M, Breslin E, Carrieri – Kohlman V, Gift A, Hanley V, Harver M, Jones P, Killian K, Knebel A, Lareau S, Mahler D, O' Donnell D, Steele B, Stuhlberg M & Titler M. Dyspnea. Mechanisms, Assessment, and Management: A Consensus Statement, American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine 1999;159:321-40.
2. Sandelowski M & Barroso J. Handbook for synthesizing qualitative research, Springer Publishing Company, Inc., New York; 2007.
3. GOLD. 2006, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <http://goldcopd.com>
4. Cox JM, Dickerson ED & Petty TL. Chronic obstructive pulmonary disease and dyspnea: A Pandora's box of comorbid symptoms? American Journal of Hospital Palliative Care 2003;20:179-81.
5. Caroci A, Lareau SC & Linda L. Descriptors of dyspnea by patients with chronic obstructive pulmonary disease versus congestive heart failure, Heart & Lung 2004;23(4):102-10.
6. Tkac J, Man SFP, Sin DD. Review: Systemic consequences of COPD. Therapeutic Advances in Respiratory Diseases 2007;1:47.
7. Carrieri-Kohlman, V, Gormley JM, Douglas MK, Paul SM & Stulberg MS. "Differentiation between Dyspnea and Its Affective Components", Western Journal of Nursing Research 1996;18(6):626-42.
8. Gysels M, Bausewein C & Higginson IJ. Experiences of breathlessness: A systematic review of the qualitative literature. Palliative and Supportive Care 2007;5:281-302.
9. Heyse-Moore L, Beynon T & Ross V. Does spirometry predict dyspnea in advanced cancer. Palliative Medicine 2000;14:189-95.
10. Lomborg K, Bjørn A, Dahl R & Kirkevold M. Body care experienced by people hospitalized with severe respiratory disease. Journal of Advanced Nursing 2005;50(3):262-71.
11. Bailey PH. Death Stories: Acute Exacerbations of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. Qualitative Health Research 2001;11(3):332-8.
12. Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients experience. Journal of clinical nursing 2004;14(805):805-12.
13. DeVito AJ. Dyspnoea during hospitalizations for acute phase of illness as recalled by patients with chronic obstructive pulmonary disease. Heart and lung. The journal of acute and critical care 1990;19(2):186-91.
14. Finlayson KW & Dixon A. Qualitative meta-synthesis: a guide for the novice. NurseResearcher 2008;15(2):59-71.
15. Sandelowski M & Barroso J. Finding the Findings in Qualitative studies, Journal of Nursing Scholarship 2002;34(3):213-9.
16. Lomborg K & Kirkevold M. Curtailing: handling the complexity of body care in people hospitalized with

))) ENGLISH ABSTRACT

Christiansen S, Frederiksen K. How patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) experience dyspnea. Sygeplejersken 2010;(13):70-81.

Background: Dyspnea is a subjective experience difficult to describe through objective measure methods. Different qualitative studies on the subject describes, how patients with COPD experiences dyspnea.

Objectives: To synthesise and interpret existing knowledge on how patients with COPD experience dyspnea by performing a qualitative metasynthesis of qualitative studies on the subject.

Method: The method used in the study was the qualitative metasynthesis as described by Sandelowski and Barroso. Exhaustive search in four databases revealed six relevant studies included for taxonomic analysis.

Result: Four categories emerged: physical consequence, emotional work, thoughtful activity, and experience of death.

Conclusion: The synthesis of the essence of the four categories has been interpreted as a theme stating that patients suffering from COPD and dyspnea find themselves in an emotional straitjacket on the edge of life using energy on thoughtful activity.

Relevance for clinical practice: This study contributes with accumulated knowledge about COPD patient's experiences of dyspnea and can help us develop a model for clinical use in addition to our experiences with the qualitative metasynthesis.

Key words: Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), dyspnea, experience, qualitative metasynthesis, taxonomic analysis.

- severe COPD. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2005;19:148-56.
17. O'Neill ES. Illness representations and coping of women with chronic obstructive pulmonary disease: A pilot study. *Heart & Lung* 2002;31(4):295-302.
 18. Bailey PH. The Dyspnea-Anxiety-Dyspnea Cycle-COPD Patients Stories of Breathlessness: "It's Scary/When you can't Breathe". *Qualitative Health Research* 2004;14(6):760-77.
 19. Heintzer MMV, Bish C & Detwiler R. Acute dyspnea as perceived by patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Clinical Nursing Research* 2003;12(1):85-101.
 20. Fraser DD, Kee CC & Minick P. Living with chronic obstructive pulmonary disease: insiders perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 2006;55(5):550-8.
 21. Spradley JP. *The ethnographic Interview* Wadsworth Group, Thomson Learning; 1979.
 22. Morse JM. Confusing categories and themes. *Qualitative Health Research* 2008;18:727-8.
 23. Politikens Filosofi Leksikon. Grøn, Arne m.fl.1. Udgave 2004.
 24. Michaels M og Meek PM. The language of breathing among individuals with chronic obstructive pulmonary disease. *Heart and Lung* 2004;33(6):390-9.
 25. Schwartzstein RM. *The language of dyspnea*. Dyspnea, Marcel Dekker, Inc, New York: 35-62.
 26. Benner P. The roles of embodiment, emotion and life-world for rationality and agency in nursing practice. *Nursing philosophy* 2000;1:5-19.
 27. Bondas T & Hall EOC. Challenges in Approaching Metasynthesis Research. *Qualitative Health Research* 2007;1:113-21.
 28. Kopp K. Coping – Mestring – En oversigt over et begreb til å begribe med, Omsorg. *Nordisk tidsskrift for palliativ medicin* 2007;24(4):23-31.
 29. Stang I. *Makt og bemyndigelse – om å ta pasient – og brukermetvirken på alvor*. Oslo: Universitetsforlaget 1998.
 30. Baker CF & Scholz JA. Coping with symptoms of dyspnea in COPD, *Rehabilitation Nursing*, vol. 27, s. 67-73.
 31. Conrad S, Garrett LE, Cooksley WGE, Dunne MP, MacDonald GA. Living with chronic hepatitis C means "you just haven't got a normal life any more". *Chronic Illness* 2006;2(2):121-31.
 32. Hägglund D, Ahlström G. The meaning of women's experience of living with long-term urinary incontinence is powerlessness. *Journal of Clinical Nursing* 2007;16(10):1946-54.
 33. Sandelowski M, Docherty S & Emden C. Qualitative Metasynthesis: Issues and Techniques. *Research in Nursing & Health* 1997;20:365-71.
 34. Sandelowski M, Voils C & Barroso J. Comparability work and the management of difference in research synthesis studies. *Social Science Studies* 2007;64.

Noter

- 1 Der indlægges ca. 15.000 patienter årligt i Danmark på baggrund af akut eksacerbation i lungelidelse, og et af de typiske symptomer er forværringer af dyspnø (www.sifolkesundhed.dk).
- 2 Forceret ekspiratorisk volumen på et sekund.
- 3 Studier uden identificerbare fund kan være af værdi for sygeplejen, men er ikke brugbare til inklusion i en kvalitativ metasyntese (2).
- 4 Dokumentmappen indeholdende audit-trailen kan rekvireres ved at kontakte forfatterne.
- 5 Guiden er udførligt beskrevet i "Handbook for synthesizing qualitative research" boks 4.1 s. 83.
- 6 Semantik: sproglige udtryks betydningsmæssige aspekt i modsætning til deres syntaks, dvs. strukturelle opbygning og deres pragmatik, dvs. de træk ved udtrykkene, der er afhængige af deres kontekst (24).

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

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh

Den nye forståelse af sorg



”Sorg – Den dybeste ære glæden kan få” er en velskrevet og troværdig bog af Lise Trap.

Bogen er skrevet på baggrund af den store sorg, hun selv måtte erfare, da hun for nogle år siden mistede sin søn.

Lise Trap beskriver med stor indsigt sorgens mange følelser. Bogen giver inspiration og velmenende råd til, hvordan omgivelserne bedst kan hjælpe og støtte et menneske i sorg. Den giver en forståelse for, hvor vigtigt det er for den sørgende, at omgivelserne både viser sorgen respekt og giver sorgen plads. Lise Trap gør det klart, at omgivelserne ikke skal have så mange meninger om, hvordan de, der er ramt af sorg, skal leve, da kun den enkelte ved, hvad der er rigtigt. Hun fortæller som eksempel, hvor svært det kan være for omgivelserne at forstå, at de ikke må tage sorgen fra hende, da det er ensbetydende med at komme væk fra kærligheden til sit barn.

Lise Trap beskriver smukt, hvordan sorgen er den dybeste ære, glæden kan få. Når man mister et barn, står man tilbage med en kærlighed, der aldrig forsvinder. I relation til det at miste et barn skildrer hun de forandringer, der følger med sorgen. Det er bl.a. temaer som sårbarhed,

ensomhed og den usynlige smerte. Da Lise Trap er præst af profession, skildrer hun også med naturlighed emner som trøst og håb.

Bogen er relevant for sygeplejen, fordi Lise Trap både kommer ind på den klassiske og den nye forståelse af sorg. Den klassiske forståelse af sorg er baseret på en fase- og opgavetænkning, hvor sorgen slutter og følger et bestemt mønster. Hun argumenterer for, at den faseorienterede tankegang kan være en hjælp til at se, at der er en vej ud af det helvede, den sørgende oplever. I forhold til den nye forståelse af sorg beskriver Lise Trap kort den nyeste teori om sorg, Tospors-modellen, som består af et tabsorienteret og et genopbygningsorienteret spor. Det centrale i modellen er, at den sørgende går ad begge spor, hvilket betyder, at den sørgende på en gang både kan rumme fortvivelse og sorg og glæde sig over en masse dejligt i livet. Lise Trap giver mange gode eksempler på sin kamp for, at sorgen og glæden følges ad i et forandret liv. Her følger sorgen ikke et bestemt mønster. Bogen bliver dermed et skridt på vejen til at punktere nogle af de myter om sorg, der er tendens til blandt de fleste folk og fagfolk, herunder også sygeplejersker.

Det vurderes, at bogen er et fint supplement til den litteratur om sorg, der allerede findes på området.

Af Helle Flodager, cand.cur. og på barsel.



Lise Trap
Sorg. Den dybeste ære
glæden kan få
Forlaget Alfa 2010
100 sider – 148 kr.
ISBN 978-87-91191-82-4

En energiudladning fra Randers



Lynet er slået ned i Randers og har antændt en flok sundhedsplejerskesjæle. Denne energiudladning er blevet kanaliseret ud i skolesundhedsplejen, som har undergået en forvandling efter et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt. Resultatet af dette projekt har Randers-sundhedsplejerskerne gavmildt delt ud af til glæde og inspiration for kolleger i ind- og udland. De deltog i 2009 på The School Nurse International Conference i New Jersey og afholdte selv i januar i år en velbesøgt konference i Randers. De har skrevet artikler og udgivet denne bog med resultaterne af de seks delprojekter og en beskrivelse af den faglige og kollegiale proces.

Karen Wistoft har stået bi som fødselshjælper og bidraget til afklaring af de sundhedspædagogiske værdier.

De seks delprojekter er ”Pusterummet” – en samtalegruppe for skilsmissebørn, ”Selvværd vejer tungest” – en samtalegruppe for børn med lavt selvværd og overvægt, ”Det handler om dig” – en sundhedspædagogisk sundhedsprofil i 8. klasse – en netbaseret metode til afdækning af en børnesundhedsprofil, ”Elevens dagsorden” – et sundhedspædagogisk perspektiv på samtalen i 8. klasse – en udvikling af den individuelle sundhedssamtale i 8. klasse, ”Dreng og pige, hvad vil det sige?” – sundhedsundervisning om kroppen for elever i

Motionscykler og massageordninger er ikke nok i hotel- og restaurationsbranchen

I bogens indledning nævnes data om befolkningens sundhedstilstand og de politiske initiativer, og redaktørerne beskriver det i forhold til arbejdsplads og ledelse. Forfatterne ønsker at illustrere sundhed i samfundet og på arbejdspladsen ud fra en historisk, sociologisk og filosofisk vinkel. Der lægges op til en debat om, at sundhed ikke længere er et individuelt ansvar. Hvor er grænsen mellem stat og civilsamfund? Er sundhed arbejdspladsens eller sundhedsvæsenets ansvar? Hvis sundhed bliver en ledelsesopgave, hvordan skal opgaven så differentieres fra andre emner inden for ledelse – f.eks. værdiledelse og selvledelse?

Bogen er en antologi med mange kapitler, skrevet af forskellige forfattere. Det fælles budskab er svært at finde på tværs af de mange kapitler. Men hver forfatter præsenterer deres bud på sundhed grundigt.

Der er to skarpe kapitler i bogen om KRAM-faktorerne på arbejdspladsen.

Professor Bente Klarlund Pedersen fra Rigshospitalet giver en informativ status på befolkningens sundhed ud fra KRAM-faktorerne relateret til arbejdspladsen. Der er strukturelle vink til arbejdspladsen om at indtænke fysisk aktivitet.

Fagbevægelsen 3F giver et barsk indblik i sundhedsforholdene bl.a. i hotel- og restaurationsbranchen. Sundhed og typer af arbejdspladser hører sammen. Arbejdspladser med sunde medarbejdere fremmer sundhed, og arbejdspladser med fysisk og psykisk hårde job fører til nedslidning og ikke-sunde medarbejdere. Derfor er grønne æbler, motionscykler og massageordninger ikke nok i hotel- og restaurationsbranchen.

Der er forhold i de forskellige erhverv, som betinger eller fremmer det livsforløb, man udsætter sig selv for, når man arbejder som henholdsvis kok, tjener, buschauffør, ingeniør eller præst. 3F er derfor

klar i budskabet: Vi har et fælles ansvar for at gøre sundheden og forholdene bedre. Uddannelse og erhvervsvalg er en klar markør på sundhed.

Bogen har også de mere abstrakte artikler, f.eks. argumentationsanalyse og retorikanalyse af teksterne på tobaksvarer. Diskursanalyser og filosofiske betragtninger på sundhed. Spændende at læse som selvstændige artikler, men der er ingen relation til bogens titel. Ledelse og livet på arbejdspladserne er ikke med i disse kapitler. Forfatterne er primært forskere, for hvem sundhed er en diskurs, som kan analyseres med relevante teorier. At have et (sundheds-) ledelsesansvar for mange medarbejdere og dagligt møde de sunde og usunde medarbejdere er sikkert fjernet fra forskerne. Derfor er deres eksempler abstrakte.

Forfatterne kunne med fordel markere sig mere i forhold til emnerne i indledningen.

Jeg savner debat om og analyse af spørgsmålene: Hvor er grænsen mellem stat og civilsamfund? Er sundhed arbejdspladsens eller sundhedsvæsenets ansvar? Eller hvad med at vove en debat om de dystre tal, som beskriver den sociale ulighed i forhold til uddannelse og erhverv?

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.



Jørn Helder og Annie Hagel (red.)

Sundhedsledelse – forudsætninger, teori, perspektiver

Hans Reitzels Forlag 2009
304 sider – 398 kr.

ISBN 978-87-412-5300-8

2.-3. klasse, og "Sundhedscirkus" – forskellige sundhedsaktiviteter for børn i 1. klasse.

Det kapitel, jeg især blev optaget af, var Elevens dagsorden – om sundhedssamtalen i 8. klasse. Her er en beskrivelse af de undersøgelser og den litteratur, sundhedsplejerskerne har ladet sig inspirere af, og af hvilke sundhedspædagogiske værdier, der udgør skelettet i samtalen. Som i de andre kapitler er der desuden en udførlig beskrivelse af "Hvordan gør man så?" Jeg blev lidt mere betænkelig, da jeg læste beskrivelsen af de to gruppetilbud. Dels er der meget tyndt befolket i litteraturlisten efter kapitlerne – og der findes ellers gode bøger om emnet samtale med børn og børnegrupper. Dels fik jeg det indtryk, at problemhi-

stori er meget i fokus. Der er dem, der mener, at en resourceplatform er mere virkningsfuld, og at meget fokus på problemer for nogen kan virke retraumatiserende.

Når dette er sagt, er dette en rigtig sundhedsplejerske-bog, som beskriver den spændende og tornede vej til nytænkning.



Helle Merete Nordentoft og Karen Wistoft (red.)

I hjertet af skolesundhedsplejen – et sundhedspædagogisk udviklingsprojekt i Randers Kommune
Aarhus Universitetsforlag 2009

192 sider – 228 kr.

ISBN 978-87-7934-601-7

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.

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

Af Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

Mor, kan en regnorm hoste?

Mette ringede til mig for at tale om et artikelforslag. Hun ville gerne i gang med at skrive og skulle lige høre ... Hvordan hun endte med at fortælle om sin søn og hans kryptiske spørgsmål, kan jeg ikke huske længere, men sådan er der så meget. Når man taler artikler med sygeplejersker rundt om i landet, får man ofte nogle andre historier med i købet – og godt for det. Mange sygeplejersker ringer til redaktionen for at drøfte deres artikelforslag, og generelt bliver kvaliteten af de artikler, vi modtager til den faglige sektion, bedre og bedre. Videnskaben er kommet til sygeplejen, det ses, og filosofi som belæg for hvad som helst glider ud og erstattes af konkrete forskningsresultater fra ind- og udland. Sygeplejersker tager litteratursøgningskurser, der etableres journal clubs, hvor man lærer at læse forskningsartikler med et kritisk blik og at anvende indholdet i egen praksis. Kliniske retningslinjer ser dagens lys og finder anvendelse ikke bare lokalt, men efter høring og godkendelse nationalt.

Mange sygeplejersker går i gang med mindre undersøgelser og projekter, men desværre er der også en del, som gør det uden så meget som at have skyggen af en vejleder i baghånden. Det er en skam, for det sætter sit præg på resultaterne og på den artikel, der skal formidle ny viden eller inspirere andre til at gå i gang med et projekt. Manglen på vejledning betyder, at menneskelige og økonomiske ressourcer kastes ind i projekter, der i bedste fald er nytteløse, i værste fald skadelige både for patienter, borgere og for sygeplejerskernes agtelse.

Det er fint at have vilje til at udvikle, men har man ikke forudsætningerne, skal der vejledning til – ja, nye øjne kan vel i det hele taget altid pirke til den indforståethed, der rammer dedikerede projektmagere.

Den mindst skrivende gruppe må være hjemmesygeplejerskerne, og jeg fornærmes vel ingen ved at sige, at kommunerne er lysår bagefter universitetshospitalerne, når det handler om at efter- og videreud-danne sygeplejersker og støtte forskning og udvikling i faget.

”Jo vigtigere en faggruppes viden er for samfundet som helhed, jo større dens magt, og derfor hører professioner som læger, jurister, økonomer og dataloger til blandt de mest magtfulde faggrupper.” Sådan skrev Leif Becker Jensen i bogen ”Den sproglige dåseåbner – om at formidle faglig viden forståeligt” for syv år siden, men bemærk, at sygeplejersker ikke indgår i opremsningen. Deres viden er vigtig, men i stort omfang ukendt for samfundet. Det er ikke mange mennesker, som ved, at der forskes i sygepleje, at der findes fire professorer på feltet, at der er afdelinger på universiteterne, der tager sig af undervisning, forskning og formidling af sygepleje, og at sygeplejersker i stadigt større omfang har en akademisk titel på visitkortet. Men sådan er det. Og det skal vi alle sammen bakke op om.

Respekt for de stærke enere, som altid har patienternes ve og vel i tankerne og ihærdigt arbejder på, at sygeplejersker bliver magtfulde med baggrund i deres faglighed. De findes.

Og den moderne sygeplejerske, hun er ikke bare sød og rar og varmt klædt på. Hun er kvalitetsbevidst og nysgerrig og transformerer undren og refleksion til andet og mere end billige papirord.

By the way: Jeg tvivler på, at en regnorm kan hoste. Men spørgsmålet afslører et barn, der undrer sig og reflekterer, for med til historien hører, at barnet mente, at en regnorms hosten ville kunne ses på jordens overflade som små bobler.

”Respekt for de stærke enere, som altid har patienternes ve og vel i tankerne og ihærdigt arbejder på, at sygeplejersker bliver magtfulde med baggrund i deres faglighed. De findes.”

SYGEPLEJERSKEN

JOB

Region Hovedstaden	>>> 87
Region Sjælland	>>> 87
Region Syddanmark	>>> 88
Region Midtjylland	>>> 88
Region Nordjylland	>>> 89
Udland	>>> 89
Netannoncer	>>> 91
Vikarannoncer	>>> 95

GENTOFTE KOMMUNE

Leder af Sundhedsplejen

>>> 87