

# SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 7 3. APRIL 2009 109. ÅRGANG

**PÅ JOB**  
**De har den rigtige**  
**iv-adgang til**  
**kemopatienterne**

**UDFORDRINGEN**  
**Dørene, der var**  
**svære at lukke op**



# ALDER

– NYSGERRIG, ROBUST ELLER MAGELIG?

## DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

Har du overvejet, hvilken indflydelse din alder har på dit arbejde? Nysgerrighed og åbenhed er egenskaber, der særligt kendetegner de unge, mens de lidt ældre har fordel af at kunne trække på en større erfaring. Med alderen bliver det sværere at lære nyt, men hvis du holder dig fagligt ajour med teori og praksis, og hvis du holder dig fysisk i form, bliver du faktisk en bedre og bedre sygeplejerske med årene. Fysisk tåler du dog ikke samme belastning som tidligere, og derfor er det vigtigt at lade op før nattevagter – og hvile ud bagefter.

Læs mere om, hvad der er din alders særlige fordele, og hvad du selv kan gøre for at holde dig i form.

### ALDER

# – DU BLIVER BEDRE OG BEDRE MED ÅRENE

LÆS SIDE 18



FORSIDEFOTO: SOPHIE SVENDBEN

#### 26 På job – De har den rigtige iv-adgang til kemopatienterne

I onkologisk ambulatorium i Sønderborg er venflons ved at være fortid. Sygeplejerskerne lægger i stedet centrale katetre, PICC-lines, der kan ligge op til et år.

#### 30 Mit holdepunkt – Det hele er mere personligt i Danmark

Sygeplejerske Petra Wismann var ikke længe om at beslutte sig for at flytte fra Tyskland til Danmark for at arbejde som sygeplejerske sammen med sin tyske kæreste Andreas, der også er sygeplejerske.



#### UDFORDRINGEN

## DØRENE, DER VAR SVÆRE AT LUKKE OP

Misbrug, besynderlige familieforhold eller psykiske problemer. I hjemmeplejen på Østerbro har sygeplejersker, assistenter og hjælpere fået rammer og redskaber til at arbejde med komplekse problemstillinger.

LÆS SIDE 28

### Månedens gode råd



LÆS SÅDAN SIDE 33



## »»» FAG

# Skjulte risikopatienter

Der kan ligge patienter i hospitalssengene, som er langt mere syge, end sygeplejersker og læger er klar over. Det viser en videnskabelig undersøgelse fra Herlev Hospital. Undersøgelsen har fokus på patienternes vitale parametre (puls, blodtryk, iltmætning og respirationsfrekvens) personalets opmærksomhed på parametrene og patienternes mortalitet.

Det personale, som måler parametrene, er ikke altid klar over, hvornår og hvordan de skal reagere på unormale værdier, og det betyder, at patienterne ikke identificeres som risikopatienter. Læs mere i artiklen "Rutiner kan redde patienten" side 42.

**LÆS SIDE 42**



"Generelt er teksten meget kortfattet og til tider overfladisk. Flere passager skal man læse flere gange for at blive klar over, hvad der menes. Det virker, som om der er anden litteratur, der forudsættes læst, men dette er ikke beskrevet."

**LÆS ANMELDELSERNE SIDE 55**



## FAG

### 48 Opgaveflytning i psykiatrien

Når sygeplejersker overtager lægeopgaver inden for psykiatrien, kompetenceudvikler det sygeplejerskerne og giver et bedre patientflow.

### 52 Når opgaveglidning bliver til opgaveflytning

Opgaveflytning er en bevidst proces, hvor den opgave, der skal flyttes, er afgrænset og beskrevet, og hvor pengene flyttes til den nye opgaveløser.

"Totalt nærvær og fokus på den patient eller pårørende, sygeplejersken står over for, kan gøre en stor forskel, selv om tiden er knap, når der skal findes frem til, hvad der vil være det rigtige at sige og gøre i en situation."

**LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 58**

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

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



## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 34 Dansk Sygeplejeråd mener
- 35 Debat
- 38 In Memoriam
- 40 Fagtanker
- 40 Faglig information
- 41 Resuméer af international forskning
- 46 Agenda
- 54 Testen
- 55 Anmeldelser
- 58 5 faglige minutter
- 59 Stillingsannoncer
- 67 Kurser/Møder/Meddelelser

## Gammel – mig?

Det med alder er svært at få styr på. Min egen opfattelse af den skifter hele tiden – alt afhængigt af min alder. F.eks. fylder jeg 40 i år.

Så er man vel sådan halvvejs, tænker jeg – eller hvad?

En ting jeg har tænkt på i den forbindelse – på nuværende tidspunkt er der i hvert fald noget at se tilbage på og gruble over. Det synes jeg ikke, der var på samme måde, da jeg var i tyverne og trediverne.

Alderens tegn sætter sig gradvist – også i ansigtet og på kroppen. Jeg har f.eks. ikke så meget hår som tidligere. Men den udvikling har jeg ligesom fulgt hen over dagene og årene. Så når jeg støder ind i en gammel klassekammerat, som jeg ikke har set i mange år, bliver jeg tit chokeret over forandringen. SÅ gammel ... uha!

At leve sig gennem årene byder også på forskellige livsfaser. Det blev jeg mindet om forleden, da jeg havde fornøjelsen af at lytte til en professor, der bl.a. kunne fortælle en hel del om sammenhængen mellem alder og lykke.

Han fortalte, at vi er mest tilfredse eller lykkelige som helt unge. Siden daler tilfredsheden ned til et bundniveau – lige omkring min alder – han sagde noget om travle småbørnsfamilier, terminer og masser af arbejde. "Jackpot," tænkte jeg.

Men jeg har noget at se frem til, for siden stiger lykken for igen at toppe, når børnene er flyttet hjemmefra.

Vi er altså mest lykkelige, når vi er helt unge og gamle, og vi når et lavpunkt af tristhed omkring de 40.

Så ved jeg det. Så ved I det, hvis I skulle være der eller på vej mod de 40.

Om han har ret, når det kommer til stykket, er en anden sag, men der er nok noget om snakken.

Alder er også et tema i denne udgave af *Sygeplejersken*. Vi har sat fokus på alder, og hvad det vil sige at arbejde som sygeplejerske på forskellige alderstrin i livet. Det er spændende læsning, som vil interessere de fleste.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dsr.dk



## Bedre observation



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

**NIP-fremgang.** *Mave-tarm-kirurgiske sengeafdelinger er blevet bedre til at veje patienter med perforeret mavesår, føre væskeskema og måle vitale værdier. Men der er stadig langt til det niveau, der gerne skal nås.*

Bedre observation af patienter, der bliver opereret for hul på mavesæk eller tolvfingertarm – perforeret ulcus – har medvirket til at nedsætte dødeligheden for disse patienter fra omkring 30 pct. til 23 pct.

Det viser den seneste opgørelse af de landsdækkende NIP-tal. I NIP-projektet måles kvaliteten af den akutte mave-tarm-kirurgi bl.a. på, hvor mange patienter med perforeret ulcus der overlever de første 30 dage efter en operation.

Den nuværende standard er, at højst 20 pct. af disse patienter må dø inden for de første 30 dage. Den var oprindeligt sat til 10 pct., og derfor vakte det overraskelse og bekymring, da dødeligheden for nogle år siden var helt oppe at vende på 31 pct.

### Et observationsproblem

Det skyldes til dels, at de danske patienter, der kommer ind med perforeret ulcus, er meget gamle, har mange følgesygdomme og livsstilsproblemer i form af rygning og alkohol, siger overlæge Jørgen Bendix, Århus Sygehus:

"Men når det er sagt, kunne vi også se, at der var et observationsproblem og et problem i forbindelse med væskebehandling," tilføjer Jørgen Bendix, der som formand for indikatorgruppen gennemlæste journalerne for de 115 patienter, der døde i den første opgørelsesperiode.

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



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



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



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



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



# har nedsat dødeligheden efter mavesår



ARKIVFOTO: ISTOCK

"Efterfølgende sendte vi journalerne ud til to hold kirurgiske eksperter og to hold anæstesiologiske eksperter, og der var 40-50 pct. af tilfældene, hvor man mente, at det var observationen, det var galt med.

Derfor indførte vi for tre år siden nogle indikatorer, der gik på, at man skal holde øje med patienternes væskeregnskab, inklusive vægten, og vi stillede krav om et minimum af observationer.

Og dødeligheden har været faldende i den periode, hvor vi har sat fokus på observationen."

I de første tre dage efter operationen skal patienterne vejes mindst én gang i døgnet, deres væskebalance skal kontrolleres, og mindst to gange i døgnet skal de have målt blodtryk, puls, temperatur, ilt-saturation og bevidsthedsniveau.

Det er et område, hvor det er småt med dokumenteret viden, siger den anden af de to formænd i indikatorgruppen, afdelingssygeplejerske Hanne Christiansen, Odense Universitetshospital.

"Men almindelig sund fornuft og kon-

sensus på sygeplejeplan siger, at man skal kende de vitale værdier hos disse patienter, som jo er kritisk syge. Vi har lagt forsigtigt ud med to gange i døgnet som et minimum, men jo hyppigere man observerer disse patienter, jo tidligere og hurtigere kan indsatsen være, hvis der sker et dyk i deres tilstand."

## Vægt, væske og værdier

Standarden er, at der skal gennemføres vægtkontrol, væskeregnskab og måling af vitale værdier hos mindst 90 pct. af patienterne.

Det overholder Region Hovedstaden som den eneste region, når det gælder væskekontrol og vitale værdier. På landsplan gennemføres disse observationer hos henholdsvis 71 og 68 pct. af patienterne.

Værre står det til med vejning af patienterne, som kun er sket hos 33 pct. på landsplan.

"Og min private forklaring er, at når patienterne er så dårlige, så synes man ikke, man vil begynde at stille dem op på en

I de tre første dage efter operation for hul på mavesæk eller tolvfingertarm, skal patienterne mindst to gange i døgnet have målt blodtryk og andre værdier, foruden at de skal vejes, og væskebalancen kontrolleres.

vægt," siger Hanne Christiansen. "Men hos disse patienter er vægten jo en rigtig vigtig indikator på deres væskestatus."

Selv om standarderne stadig er langt fra at være opfyldt, er Hanne Christensen og Jørgen Bendix overbevist om, at det har virket at sætte fokus på observationen.

"Vi kan glæde os over, at vi er på rette spor, og dødeligheden falder," siger Jørgen Bendix.

"Men der er stadig plads til forbedring. Vi taler om en patientgruppe med en mortalitet på 30 pct., så det er langtfra acceptabelt, at mange patienter ikke får målt værdier to gange om dagen."

"Det er rigtig god fornuft og god sygepleje at observere patienterne hyppigt," siger Hanne Christiansen.

"Og man har remedierne til det i dag, det kan ikke være det, der holder nogen tilbage. Man kan jo sætte monitoreringsudstyr på patienterne, blodtryksapparater, der måler kontinuerligt med faste intervaller osv. Det er kun et spørgsmål om vilje."

*Mere information på [www.nip.dk](http://www.nip.dk) hvor der også er link til de årlige NIP-rapporter på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)*

*Læs i øvrigt artiklen "Rutiner redder patienten" på side 42.*

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



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



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



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



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



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 2

**Forkortet Produktresumé.**

**Gardasil® Human Papillomavirusvaccine** [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtopnensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er HPV 6 (20 mikrogram), HPV 11 (40 mikrogram), HPV 16 (40 mikrogram) og HPV 18 (20 mikrogram).

**Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal), cancer i livmoderhalsen og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til HPV typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil's immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

**Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den første dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

**Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

**Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Synkope kan forekomme ved alle vaccinationer, især hos teenagere og unge voksne. Derfor bør den vaccinerede overvåges nøje i cirka 15 minutter efter indgivelse af Gardasil. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med trombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere.

**Graviditet og amning:** Data er ikke tilstrækkelige til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

**Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet.

**Pakning og pris (ESP) 25. 03. 2009:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1147,35. Se dagsaktuel pris på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). Udlevering A.

**Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallevej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Februar 2009. [www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm](http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm)

  
sanofi pasteur MSD  
vaccines for life

# Sygeplejersker behandler psy

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

**Fagligt mod.** Sygeplejersker i voksenpsykiatrien i Esbjerg er blevet lært op til at tage sig af behandling af de ukomplicerede patienter. En gevinst for alle, men især for patienterne.

Sygeplejersker i voksenpsykiatrien i Esbjerg løser i dag opgaver, som tidligere blev varetaget af læger. Opgaveflytningen er sket efter en grundig beskrivelse af opgaverne og de nødvendige kompetencer og i samråd med den lokale embedslæge. Men opgaveflytningen er også speciel derved, at de involverede sygeplejersker lønnes med de lønmidler, som lægerne fik for at løse de samme opgaver. Forhåndsaftalen for de berørte sygeplejersker omfatter et funktionstillæg på godt 21.000 kr. om året (2009-niveau).

Modellen for opgaveflytningen har vakt interesse på andre arbejdspladser og i den "task force", som er nedsat af regeringen, arbejdsgiverne og de faglige organisationer for at kortlægge, hvordan medarbej-

dergrupper kompetencer kan anvendes bedre i fremtiden. Udgangspunktet er, at opgaverne ikke skal varetages på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt.

"De, der får størst gevinst ved dette her, er faktisk patienterne: Der kommer større kontinuitet i pleje og behandling, og ventetiden bliver mindre. Det er dér, vi har opnået den største kvalitetsforbedring."

Sådan siger ledende oversygeplejerske Anni Sørensen, voksenpsykiatrien i Esbjerg. Hun konstaterer, at sporene til opgaveflytningen blev lagt allerede i 2006, efter at sygehusledelsen havde opfordret afdelingsledelsen til at overveje, hvordan sygeplejerskerne kunne aflaste lægerne for opgaver. I 2007 udarbejdede ledelsen på den psykiatriske skadestue en beskrivelse af funktionsområderne, og hvilke opgaver der kunne varetages hvor og af hvem.

"Sideløbende havde vi kontakter til embedslægen om, hvilke opgaver vi kunne

"Det værste er det menneskesyn, der ligger bag. De, der får den syge idé og beordrer den udført, bør ikke have med mennesker at gøre overhovedet. Jeg har tidligere sagt i forbindelse med en af de tidligere misrøgtssager, at den slags mennesker skal finde sig et job, hvor de arbejder med papkasser. Der kan de ikke gøre den voldsomme skade."

Tidligere embedslæge og nuværende kommunalpolitiker i Århus Byråd Kathe Runge (V) i Ekstra Bladet som kommentar til, at demente bliver vasket om natten af hensyn til personalet.

## Sygehuse Facebook er en sikkerhedsrisiko

Flere midtjyske sygehuse har nu lukket adgangen til Facebook fra sygehusets pc'er. Det fortæller Skopet, personaleblad for Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup.

"Facebook er ikke sikker software og er ifølge vores it-folk meget virusbefængt," siger hospitalsdirektør Jens A. Dalgaard til personalebladet.

"Facebook er så udbredt, at det er yndlingsobjekt for hackere og virusspredere og andre it-kriminelle, så det kan kun være et spørgsmål om tid, hvornår de overhaler firewall-programmørerne. Vi ved af bitter erfaring, hvor stor en opgave det er at skulle rense husets it-systemer for computer-orm og vira. Hertil kommer, at Facebook er et forstyrrende element på en arbejdsplads som vores, hvor et koncentrationssvigt kan få fatale følger."

(kb)

# kiatriske patienter

flytte og hvordan. Embedslægens synsvinkel var, at uanset hvordan vi gjorde det, ville det være en uddelegering af kompetence fra lægen. Det er stadig gældende, indtil der eventuelt sker lovændringer af autorisationsgrænserne,” siger Anni Sørensens.

## Kompliceret eller ukompliceret

De involverede sygeplejersker er blevet oplært, og der er foretaget en sondering mellem, hvornår en patient er hhv. ukompliceret og kompliceret. Det er en læge, som foretager den somatiske undersøgelse. Men fastslår lægen, at der er tale om en ukompliceret patient, så overtager sygeplejersken resten.

Sygeplejerskernes tillidsrepræsentant Kurt Lykke Nielsen er ikke i tvivl om, at den indgåede aftale kan få betydning andre steder.

”Det er meget afgørende, at ledelsen kan se de positive muligheder, ligesom det er afgørende, at det fornødne faglige mod

har været til stede – også hos lægerne. Der er ingen tvivl om, at man bliver udsat for at blive målt og vejret meget, når man bevæger sig ind i et nyt område. Det gælder sygeplejerskerne, sygeplejeledelsen, og det gælder lægerne,” siger tillidsrepræsentanten.

Han har været i kontakt med tillidsrepræsentantkolleger andre steder, som var interesserede i at høre om erfaringerne fra psykiatrien i Esbjerg.

”Opmærksomheden bliver anderledes, når man ved, at der er mindst ét sted, hvor man får et rimeligt honorar for at påtage sig nye opgaver. Det kan bruges som løftestang andre steder,” siger Kurt Lykke Nielsen.

Dansk Sygeplejeråds kredsformand Anni Pilgaard, Kreds Syddanmark, er godt til-

freds med, at opgaveflytningen er baseret på kompetence og faglighed, og at der er knyttet løntillæg til.

”Det har ikke været meningen, at sygeplejerskerne skulle erstatte læger, men at vi skulle løse opgaver i en mangelsituation,” siger Anni Pilgaard.

*Læs også den faglige artikel om opgaveflytningen på side 48.*



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN



FOTO: POUL RASMUSSEN

## Vidste du at ...

... højere intelligens giver lavere risiko for sygdom og død? Med lavere intelligenskvotient stiger risikoen for hjertesygdom, cancer, ulykker og en række psykiske lidelser.

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

## Vidste du at ...

... hvert tiende skolebarn ikke spiser morgenmad? Problemet er størst blandt de 13-15-årige piger.

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) (Ugens tal, uge 11).

**Isolation.** Fredag den 27. marts kl. 11 på medicinsk sengeafdeling Q 107 på Herlev Hospital. Afdelingssygeplejerske Louise Lund Madsen ifører sig overtrækskittel og handsker, før hun går ind til en patient i isolation. Patienter, der er smittet med den sporedannende bakterie *Clostridium difficile* 027, CD027, er isoleret på enestuer med eget toilet. Som følge af det igangværende udbrud af CD027 i Region Hovedstaden samarbejder mikrobiologer tæt med Statens Serum Institut for at klarlægge, hvor mange patienter der er smittede, og rådgiver de afdelinger, hvor der er mistanke om udbrud. Man kan læse mere om CD027-udbruddet på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) i EPI-NYT uge 13 2009.

(sbk)

# Privathospitalernes guldalder er snart forbi

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

## ◀◀ TILBAGEBLIK

**Prisfald forude.** Det er ved at være slut med de gode takster, privathospitalerne hidtil har fået. De konservatives formand Lene Espersen har bebudet takstsænkninger på 25 pct.

"Jeg anerkender ikke, at nogen er blevet favoriseret. Jeg mener, økonomerne politiserer, fordi de er irriterede over, at der er et frit sygehusvalg," vrissede sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) for nylig til dagbladet Politiken.

Kommentaren var møntet på en analyse fra Dansk Sundhedsinstitut DSI. Den konkluderer, at privathospitalerne får en overpris på 10-20 pct. for de patienter, de behandler for det offentlige. For 2008 bliver det i alt til mellem 120 og 240 mio. kr., ifølge Politiken.

Analysen var gennemført på Lægeforeningens initiativ, men hos DSI afviste direktør Jes Søgaard kategorisk, at der var tale om politisk bestillingsarbejde. Sådanne arbejder man ikke i DSI, en selvejende institution, hvis bestyrelse består af repræsentanter for regioner, kommuner, institutioner og ministerier.

Politiken kunne da også fortælle, at et speciale fra Copenhagen Business School indeholder samme konklusion: Her har to specialestuderende beregnet overprisen til omkring 200 mio. kr. om året.

Selv om sundhedsministeren ikke mener, at privathospitalerne bliver favoriseret, arbejder han alligevel på et nyt takstsystem. Og dagen efter, at han afviste DSI's beregninger, kunne Politiken citere hans partifælle, de konservatives for-

mand Lene Espersen for, at privathospitalernes takster skal sættes ned med 25 pct.

"Lavere betaling til privathospitalerne vil give os mere sundhed for pengene, og så kan vi få opereret flere patienter. Samtidig kan vi få bremset den uheldige udvikling, at nøglemedarbejderne forlader det offentlige sundhedssystem, fordi de kan tjene langt mere i det private," udtalte hun.

Ikke overraskende blev udspillet rost af regionernes formand, Bent Hansen, og kritiseret af Sammenslutningen af Privathospitaler i Danmark.

De konservatives regeringspartnere i Venstre havde ikke rigtig nogen kommentarer, selv om den kommende sundhedspakke er et fælles anliggende for de to regeringspartier. Og Politikens politiske kommentator Peter Mogensen var ikke sen til at se Lene Espersens udspil som symptom på en magtkamp mellem de to regeringspartier.

Hvem skal bestemme, når Anders Fogh er væk? Løkke eller Espersen? Men ifølge Peter Mogensens analyse er der også klar forskel på de to partiers holdning til privathospitalerne.

"Espersen understreger, at de konservative ikke er så vilde med private sygehuse, så det gør noget. En klar ideologisk forskel til Venstre, der hellere vil tale om en lille justering, som ikke ændrer ved, at de private sygehuse fortsat udgør en af hovedpillerne i enhver god borgerlig politik."

Mens Venstre var tavs, var oppositionen i Folketinget til gengæld ikke længe om at gribe bolden.

Ifølge den socialdemokratiske sund-



ARKIVFOTO: ISTOCK

hedsordfører Morten Bødskov har amter og regioner betalt 879 mio. kr. i overpris siden 2002, beregnet som det beløb, de kunne have sparet, hvis privathospitalernes takster havde været 25 pct. lavere.

Derfor ønsker den samlede opposition, at Rigsrevisionen går ind i sagen for at få den tidligere sundheds- og indenrigsminister Lars Løkke Rasmussens ansvar belyst.

"Lars Løkke Rasmussen har som sundhedsminister og finansminister gjort, hvad han kunne, for at dække over overbetalingen i flere udvalg. Det er hans projekt og hans ansvar, at regeringen har brugt 900 mio. kr. på ideologi," sagde Morten Bødskov til Politiken.

"Grotesk omgang med borgernes penge," sagde SF's sundhedsordfører Jonas Dahl. "Folketinget og borgerne har krav på at vide, hvad der er foregået," var kommentaren fra De Radikales Margrethe Vestager.

Lars Løkke Rasmussens reaktion på kritikken var, at han gerne påtager sig ansvaret:

"Vi har gjort op med det A- og B-hold, som den tidligere socialdemokratiske regering skabte, hvor man kun kunne springe ventelisterne over, hvis man kunne betale for det."

## Vidste du at ...

... nikotinerstatninger, f.eks. tyggegummi, ikke giver gravide kvinder forhøjet risiko for dødfødsler på samme måde som rygning? Nikotin kan dog muligvis påvirke fosteret på andre måder.

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) (Ugens Tal, uge 2).

## Vidste du at ...

... hjernen skrumper hos depressive patienter efter lang tids sygdom og ved utilstrækkelig behandling? Et forskningsprojekt i Århus skal give større viden om, hvad der sker.

Kilde: Region Midtjylland. Midt i psykiatrien, februar 2009.



# Nyuddannede sygeplejersker får træning og selvtillid i Esbjerg

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: LENE ESTHAVE

**Øvelse gør mester.** På medicinske afdelinger på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg tilbydes de undervisning og træning til nyuddannede og nyansatte sygeplejersker. Håbet er at få flere til at søge arbejde.

Man hører måske ofte, at det er svært at få sygeplejersker til at arbejde på medicinske afdelinger, men det er en flok afdelingssygeplejersker fra Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg begyndt at ændre på. Når de nyuddannede kommer til afdelingen, får de opgraderet deres viden og kunnen til glæde for hele afdelingen.

Sygeplejerske Marianne Brinch Hyttel, 38 år, er lige blevet færdiguddannet i juni 2008, og hun søgte arbejde på en medicinsk afdeling i Esbjerg, bl.a. fordi hun kendte til tilbuddet om videreuddannelse og de sygeplejefaglige øvelser.

"Når man er nyuddannet, er man usikker, og med kurserne bliver man bedre klædt på. Man føler, at man bliver holdt lidt i hånd stadigvæk, og man bliver ikke bare smidt ud i det," fortæller hun.

Uddannelsesdagene startede i september 2008 og er et tilbud til alle nyuddannede og nyansatte sygeplejersker. Anne-Mette Haugaard er klinisk sygeplejelærer og med til at sammensætte kurserne og planlægge forløbet. Hun fortæller, at hun i samarbejde med resten af styregruppen bag projektet har nedsat nogle kriterier for, hvem kurset henvender sig til.

"Hvis en afdeling eksempelvis får en nyansat sygeplejerske, som har været i primærsektoren i 22 år, så kan hun have endnu mere brug for det end en nyuddannet sygeplejerske," forklarer hun.

## Stor opbakning

Projektet har mødt stor opbakning fra alle afdelinger på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg, og ressourcerne til undervisning på kurset er primært hentet på hospitalet, så det har været nødvendigt, at alle var interesserede i at deltage. Det har også været vigtigt, at det var de bedst egnede undervisere, der var på hospitalet, og ikke bare menige sygeplejersker, som lige havde tid.

"Mange afdelinger har nogle faste res-

sourcepersoner, som er vant til at undervise, og som bliver sendt på kurser og dygtiggør sig inden for hver deres specialer, og det er primært dem, der står for undervisningen," siger Anne-Mette Haugaard.

## Bedre sygepleje

Ud over at projektet har medvirket til at fastholde og rekruttere flere til de medicinske afdelinger, så har det også haft

ud af at få undervisning omkring de emner, der er udvalgt til os her på kurset. Eksempelvis hvis en patient skal have en portion blod, så er man nødt til at give det, uden at være 100 pct. sikker på baggrunden for det, men når man har haft undervisningsdagene, så føler jeg mig sikker på det, jeg gør, og jeg udstråler, at jeg har styr på det over for patienten," siger Marianne Brinch Hyttel.

Kurset består af 11 gange i alt og slut-



I et lille lokale på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg sidder omkring 25 nyuddannede og nyansatte sygeplejersker og diskuterer dokumentation, der er emnet på undervisningsdagen 4. marts. Det er syvende kursusgang ud af i alt 11.

betydning for sygeplejekvaliteten i forhold til patienterne fortæller Britt Jørgensen, klinisk sygeplejelærer, som også har været med til at planlægge kursusgangene.

"Det øger kvaliteten i sygeplejen, fordi de nyuddannede sygeplejersker bliver mere sikre på sig selv og får mere træning i basissygepleje," siger hun.

Det er kursusdeltager Marianne Brinch Hyttel helt enig i. Hun fortæller, at der er visse opgaver på hendes afdeling, som man som ny ikke helt kender baggrunden for.

"En ting er at læse om en procedure i en sygeplejehåndbog, men jeg får mere

ter til juni, men det bliver ikke sidste gang, kurset kører. Det har været en stor succes, og Dorte Folmer, afdelingssygeplejerske og en af initiativtagerne til projektet, er overbevist om, at tilbuddet også vil være der til september 2009.

"Der er folk, der decideret har sagt, at det er kurset, der har gjort, at de lægger deres ansøgning hos os," siger Dorte Folmer.

# Sygeplejersker hjælper børn i kræftramte familier

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Patientstøtte.** Det kan være svært at tale med børn om fars eller mors kræftsygdom. Men det er blevet lettere for 10 midtjyske sygeplejersker, efter at de har gennemført en uddannelse som nøglepersoner.

"Jeg er blevet bedre til at være mere direkte og konkret, når jeg spørger ind til børnenes situation i en familie, hvor far eller mor har kræft. Ofte hører vi forældre i kræftramte familier sige: "Vores barn reagerer, som han plejer. Han lader sig ikke mærke med noget." Men selvom barnet tilsyneladende ikke reagerer, er det ikke ensbetydende med, at barnet ikke er påvirket."

Det fortæller sygeplejerske Jette Møltrup fra onkologisk ambulatorium ved medicinsk dagafsnit på Viborg Sygehus. Jette Møltrup er en af de 10 sygeplejersker fra Viborg, Skive og Århus Sygehus, som har deltaget i en uddannelse af såkaldte nøglepersoner. Projektet, der er organiseret af Kræftens Bekæmpelse, er det første og hidtil eneste af sin art i Danmark.

Hvert år får 4.700 danske børn at vide, at deres far eller mor er blevet ramt af kræft, og sygdommen efterlader børnene med angst og usikkerhed.

Idéen med initiativet er at uddanne særlige nøglepersoner blandt sygeplejersker, der sørger for, at den enkelte kræftpatient bliver informeret og støttet i at snakke med sine børn om sygdommen og behandlingen. Forskning har nemlig vist, at sundhedspersonale ofte overser børn som pårørende.

Over syv undervisningsdage har sygeplejerskerne via teoretisk undervisning, øvelser og rollespil arbejdet på at blive bedre til at inddrage børn som pårørende. Desuden har sygeplejerskerne haft mulighed for at få supervision.

"Vi behandler f.eks. mange brystkræftramte kvinder, der har hjemmeboende børn. Der er tale om langvarige forløb, som kan vare et halvt år eller mere. Når én i familien har kræft, er hele familien ramt. Og selvom patienten bliver rask, kan børnene være bekymrede for, om sygdommen dukker op igen. Uddannelsen har først

og fremmest gjort mig mere fagligt sikker i min viden om børn og bedre til at tale med forældrene om, hvordan de kan håndtere familiens situation," fortæller Jette Møltrup.

## Mindre berøringsangste

Psykiater og sygeplejerske Birgitte Amtrup, der har ledet forløbet, mener, at kurset har gjort sygeplejerskerne mindre berøringsangste, når de skal inddrage børn i et svært sygdomsforløb.

"Som sygeplejersker er vi ofte bange og måske for uerfarne i at tale med børn. Det kan være en af grundene til, at plejepersonalet ikke tager kontakt til børnene. Samtidig bliver vi også personligt berørte, når børn har det svært. Derfor kan en anden grund til ikke at tage kontakt til børnene være selvbeskyttelse," fortæller Birgitte Amtrup, som understreger, at børn kan tåle meget, hvis de voksne tør tale med dem om vanskelige emner.

"Hvis børn ikke får noget at vide om, hvad der sker i forbindelse med en forælders sygdom, laver de fantasier og fore-

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.**

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

**VIND EN CYKEL**

**sundhedsprof.dk**

## »»» BØRN INDDRAGES SOM PÅRØRENDE

10 sygeplejersker fra Viborg, Skive og Århus Sygehus er blevet uddannet som nøglepersoner, der skal inddrage børn som pårørende. Uddannelsesforløbet, der er organiseret af sygeplejerske og psykoterapeut Birgitte Amtrup for Kræftens Bekæmpelse, har bestået af syv undervisningsdage i 2007 og 2008 samt en temadag. Desuden har der været tilbud om supervision fem gange med seks ugers mellemrum. Anbefalingerne fra projektet er bl.a.:

- Sundhedspersonalet udreder ved starten af patientforløbet, om patienten har børn.
- Sundhedspersonalet signalerer imødekommenhed over for børns spørgsmål i forbindelse med en forælders sygdom. Information til børn skal være enkel, præcis og tilpasset barnets forståelsesevne.
- Der udarbejdes retningslinjer for, hvordan børns ophold på hospitalet sammen med den syge forælder forløber så godt som muligt.

Ud over nøglepersonuddannelsen har sygeplejersker på medicinsk dagafsnit på Viborg Sygehus etableret børnegrupper for børn i kræftramte familier – samt hjemmesøg hos kræftramte familier med børn.

Yderligere information om projektet kan fås hos sygeplejerske og psykoterapeut Birgitte Amtrup på mailadressen [ba@birgitteamtrup.dk](mailto:ba@birgitteamtrup.dk)

stillinger, og de er næsten altid værre end virkeligheden,” siger Birgitte Amtrup, der fremhæver, at tidlig psykosocial støtte til kræftramte familier kan være med til at forebygge senere kriser hos børnene:

”Derfor er det meget vigtigt, at sundhedspersonalet er opmærksom på, om patienten har børn, og at det noteres i jour-

nalen. Mange gange bliver ægtefællen psykisk ramt lige så hårdt som den syge, og hvem tager sig så af børnene?” spørger Birgitte Amtrup. Hun håber, at erfaringerne fra projektet kan give inspiration på landets kræftafdelinger.

## Vidste du at ...

... nogle sosu-elever har større risiko for at droppe uddannelsen end andre? Risikofaktorer er tidligere ansættelse i et fysisk krævende job, svagt mentalt helbred og svage rygmuskler. At man tidligere har haft ondt i ryggen, er ikke en risikofaktor.

Kilde: [www.arbejdsmiljoforskning.dk](http://www.arbejdsmiljoforskning.dk)

## Vidste du at ...

... Århus Universitetshospital, Risikov, har en samling på 9.479 hjerener? Samlingen udnyttes til forskning.

Kilde: [www.hjernesamlingen.dk](http://www.hjernesamlingen.dk)

## Vidste du at ...

... hver femte kommunalpolitiker stopper ved det kommende valg? Næsten halvdelen af dem angiver manglende råderum for kommunerne som en årsag.

Kilde: Danske Kommuner nr. 4/2009.

## Hvem tager prisen?

**Anerkendelse.** Hvem skal have 10.000 kr. og et kunstværk som anerkendelse for at have brugt sin ytringsfrihed til at tale sygeplejerskernes eller en patientgruppes sag? Kirsten Stallknecht Prisen uddeles i år for femte gang.

Sygeplejersken kan indstilles til prisen, hvis hun inden for de seneste to år:

- Har markeret sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger med det formål at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper.
- Sygeplejersken kan have benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, i landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet *Sygeplejersken*.

Prisuddelingen sker den 19. maj 2009, og vi skal have indstillingen senest den 27. april med morgenposten eller på e-

mail til [hra@dsr.dk](mailto:hra@dsr.dk) Indstillingen må fylde højst én A4-side, og den skal være skrevet på computer. Den sendes til:

Redaktionen Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K. Mærk kuverten Kirsten Stallknecht Prisen nederst i venstre hjørne.

### Bedømmelseskomité

Bedømmelseskomitéen består af følgende medlemmer:

Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd



ILLUSTRATION: BODIL MOLLICH

Steen Bech, advokat  
Jette Hvidtfeldt, journalist  
Bettina Kølle, prismodtager i 2007  
Stine K. Reunert, prismodtager i 2007  
Jette Bagh, fagredaktør, *Sygeplejersken*.

(jb)

### »»» TIDLIGERE PRISMODTAGERE ER:

- 2001: Forstander Thyra Frank, plejehjemmet Lotte, Frederiksberg
- 2003: Forstander Robert Olsen, Mændenes Hjem, København
- 2005: Sygeplejerske Connie Svit, som dengang arbejdede på en medicinsk afdeling i Århus
- 2007: Sygeplejerskerne Bettina Kølle og Stine Kongsgart Reunert, som dengang arbejdede på forskellige medicinske afdelinger i København.

# Læger rykker de arbejdsløse patienter bagest i køen

**Rangorden.** Fire ud af fem læger kan finde på at rykke en patient længere frem på ventelisten, hvis patienten har arbejde og kan risikere at miste det ved at være for længe syg. Er det i orden?

AF SINE MADSEN, JOURNALIST



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

**Regula Aagaard, sygeplejerske, MVA – akut afdeling, Regionshospitalet Holstebro**

*Er det i orden at tage hensyn til patienter med arbejde, når man prioriterer patienter på en venteliste?*

”Jeg mener ikke, at patienterne kan gå uden om ventelisterne. Folk bliver i forvejen fyret på grund af langvarig sygdom – og det er heller ikke retfærdigt over for dem, som allerede er blevet fyret, fordi de var nødt til at vente. Man kan også være ufrivilligt arbejdsløs og blive syg. I sådan en situation er der reelt set risiko for, at man ikke rykker sig ud af stedet på ventelisten, og så vil der gå endnu længere tid, før man kan komme tilbage på arbejdsmarkedet. Jeg tror også, at patienter med arbejde lægger meget pres på lægerne ved f.eks. at kime dem ned for at blive rykket frem i køen.”



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

**Gitte Ellemose Vinther, sygeplejerske, Ortopædkirurgisk Afdeling, P5 Vest, Regionshospitalet Horsens**

*Er det i orden at tage hensyn til patienter med arbejde, når man prioriterer patienter på en venteliste?*

Der er både et økonomisk og et menneskeligt perspektiv i det her. Jeg kan godt se fordelene i, at der er penge at spare på sygedagpengeområdet, netop fordi folk med et arbejde kan komme hurtigere tilbage på job. Men rent menneskeligt synes jeg ikke, at det er i orden. Folk, som ikke har et arbejde, får en forringet livskvalitet, når de skal vente i længere tid end andre, alene fordi de ikke har et arbejde.



FOTO: SOREN SVENDSEN

**Tine Bojer, klinisk sygeplejerske, assisterende afdelingssygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling, Sengeafsnit T119, Herlev Hospital**

*Er det i orden at tage hensyn til patienter med arbejde, når man prioriterer patienter på en venteliste?*

”Set ud fra et menneskeligt synspunkt mener jeg ikke, det er i orden. I princippet har alle mennesker lige ret til behandling og til at vente i så kort tid som muligt. Men omvendt kan jeg godt følge tanken set ud fra et ledelsesmæssigt og et økonomisk perspektiv.

Hospitalet får jo penge for operationerne, men det koster samtidig penge at have patienter liggende, og dem, der har arbejde, har ofte færre indlæggelsesdage end dem uden et arbejde. Derfor foretrækker hospitalet patienter, der skal hurtigt ind og hurtigt ud, fordi det er billigere.”



FOTO: LARS HOLM

**Marianne Eg, Klinisk sygeplejespecialist, Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg**

*Er det i orden at tage hensyn til patienter med arbejde, når man prioriterer patienter på en venteliste?*

”Jeg mener, at det er utrolig vigtigt, at man kan fastholde sit arbejde, men det er ikke i orden at blive rykket foran i køen alene af den grund. Det må være nok, at dem med sundhedsforsikringer, som arbejdspladsen har betalt, i forvejen har bedre vilkår end dem, som ikke har råd til en forsikring. I det offentlige skal systemet behandle alle patienter ens, uanset om de er arbejdsløse eller ej. Desuden tror jeg, at lægerne træffer deres beslutninger om, hvordan patienterne skal prioriteres, ud fra en række faglige overvejelser, hvor hele patientens livssituation og motivation indgår.”

## Grønlandske børn i Danmark søger hjælp

AF GRETHE KJÆRGAARD, JOURNALIST

**Frivillige.** Integrationsprojektet ”Et godt liv i Danmark” ønsker kontaktfamilier blandt sygeplejersker.

Foreningen Grønlandske Børn har brug for frivillige kontaktfamilier til grønlandske børn og unge, der er vokset op og bor i Danmark. Børnene er ikke behandlingskrævende, men de har det tilfælles, at de har haft en svær opvækst.

”Vi håber, der er nogle sygeplejersker, som gerne vil fastholde en lille bid af Grønland, men man behøver selvfølgelig ikke at

have arbejdet i Grønland for at blive kontaktfamilie,” siger generalsekretær i foreningen Grønlandske Børn, Tina Frausing.

Der er tale om et landsdækkende integrationsprojekt ”Et godt liv i Danmark”, som administreres af Foreningen Grønlandske Børn og støttes af Velfærdsministeriets satspuljemidler. Projektet omfatter børn i mange byer, men indsatsen koncentrerer om København, Århus, Odense og Esbjerg. P.t. omfatter projektet omkring 85 grønlandske børn og unge bosiddende i Danmark.

Som kontaktperson kommer man ikke til at agere alene.

## NYT FRA DSR



## Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: REIMAR JUUL

Sanger og forfatter Alberte Winding: "Nej. Men VIL vi ha' den ligestilling? Hvorfor tager vi ikke kampen? VIL vi dele børnepasning og arbejdsbyrde lige? Det handler også om kvinders mentale syn på sig selv."

*Sygeplejersker, fysioterapeuter, jordemødre m.v. får 35 pct. mindre i løn end sammenlignelige grupper i det private erhvervsliv. Er det rimeligt?*

"Næ. Men de er i et offentligt system. En ændring kræver en skattekroneomfordeling, og hvor skal pengene komme fra? Måske er sygeplejerskernes fremtidige opgave at konkretisere, hvad man politisk kan gøre for, at de kan få en større løn. Eller, i en fyringstid, at få ansat flere og acceptere lønnen – og mindre nedslidning. Samtidig skal vi huske solidariteten brancherne imellem. Mange faggrupper er dårligt stillede, og selvværd og solidaritet skal styrkes. Under sygeplejerske-, lærer- og pædagogstrejkerne sidste år var der smuk og overraskende stor opbakning fra resten af samfundet."

*Hvis du var ligestillingsminister?*

"Så fik kvinder tilbudt vejledning i lønforhandling og hverdagsstrategi. Et kampkursus til kvinder!"

*Læs føljetonen "Lige – om lidt" på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) hvor en række kendte danskere svarer på, om vi har ligestilling.*

Flere fagpersoner og frivillige er tilknyttet projektet, som også arrangerer weekendkoloni og sommerlejr for børnene og caféarrangement for forældrene. Formålet med caféen er at skabe netværk mellem de voksne grønlandere, for mange af dem kæmper ligesom deres børn med de samme problemer – social isolation og dårlig trivsel.

Du kan henvende dig til projektleder Majken Gøtske på tf. 3531 4423 og projektmedarbejder Pernille Brandt på tf. 2230 1037 eller på mailadressen [kontaktfamilie@fjb.dk](mailto:kontaktfamilie@fjb.dk)



## • Besøg os i Bella Center på stand nr. 34 og 50

- 5th Eorna Congress Copenhagen
- Europæisk kongres for sygeplejersker
- 17-19. april 2009
- Vi udstiller helt nye geniale løsninger, der gør arbejdet til en leg!

marLED®  
operationslamper  
med diodelys



Buffalo Filter  
LapEvac® røg-sug

maxium®  
el-kirurgi & tilbehør



Kirurgiske instrumenter

Der er en helt ny container med på standen!

Hvem siger det - Henning eller Leif?

MicroStop®  
Steril containere  
med pasteursløjfe



Kontakt os venligst for yderligere information:

LJ Medical Nordic A/S ☎ 7026 0004  
[www.ljmedical.com](http://www.ljmedical.com) • [info@ljmedical.com](mailto:info@ljmedical.com)

## NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

# Uddannelse til klinisk ekspert-sygeplejerske giver større ansvar

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON

**Karrierevej.** De kliniske ekspertsygeplejersker findes allerede, men en formaliseret uddannelse vil sikre, at de kan agere selvstændigt på eget ansvar uden at skulle ulejligge en læge.

En formaliseret ret til en praksis, som allerede finder sted. Videreuddannelse, der styrker sygeplejens faglige fundament og sygeplejerskernes rolle i det moderne velfærdssamfund. Det er nogle af de faglige perspektiver ved at uddanne kliniske ekspertsygeplejersker, som sygeplejersker, der er engageret i faglige selskaber, peger på.

Ledende oversygeplejerske Britt Holmgaard, lunge- og infektionsmedicinsk afdeling, Hillerød Hospital, ser forslaget som en naturlig del af samfundsudviklingen og håber, at der bliver tale om en dansk model, der passer til vores samfund og sundhedsvæsen. Hun er bestyrelsesmedlem i den faglige sammenslutning for lunge- og allergisygeplejersker.

"Kliniske ekspertsygeplejersker findes allerede ude i virkeligheden, i mine øjne er det mere et spørgsmål om formelt at legalisere, at det allerede finder sted. En formaliseret uddannelse ville gøre det sikkert, hvor ansvaret er placeret, og dermed også give sygeplejerskerne mulighed for selvstændigt at agere på dette ansvar. I dag er der nogle

ting, sygeplejerskerne skal spørge om tilladelse til, selv om de kan være mindst lige så kompetente som den yngre læge, der måske ender med at måtte udføre opgaven," siger Britt Holmgaard.

Ledende oversygeplejerske på hjerte-lunge-medicinsk afdeling på Hvidovre Hospital, Dorrit Thorsen, som er næstformand i det faglige selskab for ledende sygeplejersker, er tilhænger af, at der sker en ændring af autorisationsloven, som betyder, at sygeplejerskerne formelt får en selvstændig kompetence.

"Det her handler ikke primært om sygeplejerskers karriereveje. Det handler om, at patienterne møder én person, som kan tage sig af alt, hvad angår de rehabiliterende funktioner, og det kan sygeplejerskerne. Som det er nu, skal man ulejligge en læge, hver gang der er tvivl om, hvorvidt sygeplejerskerne må gøre det, vi gør.

Jeg er tilhænger af den engelske model for kliniske ekspertsygeplejersker, men jeg forestiller mig ikke, at der bliver tale om 20.000 kliniske ekspertsygeplejersker! Og jeg forestiller mig heller ikke, at de kan være løstrevet fra specialafdelingerne. Der er så meget udvikling på dette felt, at sygeplejersker uden for specialafdelingerne lynhurtigt vil mangle opdatering på deres fag," siger Dorrit Thorsen.

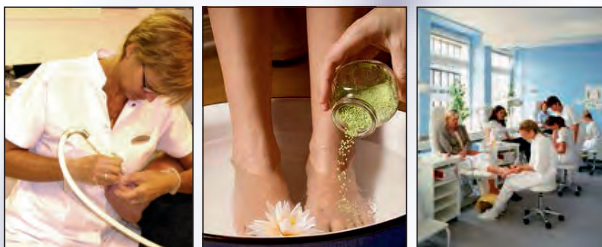
Afdelingssygeplejerske Charlotte Simonj, kardiologisk afsnit, Slagelse Sygehus, er bestyrelsesmedlem i fagligt selskab for kardiovaskulære og thoraxkirurgiske sygeplejersker og medlem af uddannelsesrådet i Dansk Sygepleje Selskab, DASYS. Hun mener, sygeplejen vil have stor nytte af en videreuddannelse til klinisk ekspertsygeplejerske.

Vi kan udvikle det sundhedsfaglige tilbud, ved selv at få oparbejdet nogle højere analytiske kompetencer i forhold til de komplekse opgaver, vi sidder med på det medicinske og det relationsprofessionelle felt," siger Charlotte Simonj.



## Tag Fodplejeuddannelsen

På en Danmarks førende fodplejeskoler  
Holstebro – Vejle – København



Start som selvstændig erhvervsdrivende med egen klinik, og bliv en del af den store mangel på dygtige fodspecialister.

Gode indtjeningsmuligheder!

Uddannelsen er godkendt af brancheforeningen SADF – Din garanti for høj kvalitet og faglighed

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

### >>> BEDRE SUNDHEDSTILBUD

Dansk Sygeplejeråd har foreslået, at det danske sundhedsvæsen skal lære af udlandets erfaringer med "advanced nurse practitioners" – på dansk oversat til kliniske ekspertsygeplejersker. I lande som Holland, Belgien og Storbritannien medvirker disse videreuddannede sygeplejersker til, at kronisk syge – bl.a. diabetes-, astma-, hjerte-, KOL- og kræftpatienter – får bedre sundhedstilbud. Kliniske ekspertsygeplejersker har udviklet kompetence på afgrænsede felter, bl.a. til at diagnosticere, ordinere undersøgelser og lægemidler og igangsætte sygepleje og behandling. Senest har de sundhedspolitiske ordførere fra regeringspartierne Venstre og Det Konservative Folkeparti fremsat et tilsvarende forslag.

Dansk Sygeplejeråd arrangerer den 2. april en konference i København, hvor erfaringerne fra udlandet og det aktuelle sundhedspolitiske forslag belyses nærmere. Konferencen var nærmere omtalt i *Sygeplejersken* nr. 6, 2009.



## Mere i løn med aprillønnen

**OK 08.** Alle sygeplejersker får fra og med aprillønnen 2009 endnu en lønstigning som resultat af overenskomsten 2008. Især de erfare sygeplejersker bliver løftet.

Siden april 2008 er lønnen samlet steget med næsten 700 mio. kr. til sygeplejerskerne ansat i regionerne, mens de kommunalt ansatte sygeplejersker samlet fik godt 250 mio. kr. Pr. 1. april 2009 stiger lønnen igen.

Herunder kan du se de generelle lønstigninger for nogle af de mest typiske stillingstyper. Din løn afhænger dog også af de lokale tillæg, du evt. har, og som ikke er nævnt her. De lokale tillæg bliver også reguleret.

### Nyuddannet

En nyuddannet sygeplejerske ansat på sygehus (trin 4) er siden 1. april 2008 steget i løn med 1.313 kr. pr. måned inkl. pension og særlig feriegodtgørelse. Fra 1. april 2009 stiger lønnen yderligere med 47 kr. pr. måned. De tilsvarende tal for kommunalt ansatte er 1.336 kr. i lønstigning siden april 2008 og yderligere 48 kr. mere om måneden fra april 2009.

### Erfaren

Sygeplejersker på sygehuse med 10 års erfaring eller mere er steget i løn med 1.529 kr. pr. måned siden april 2008. Fra april 2009 stiger lønnen med et årligt tillæg på 11.900 kr. (niveau 1.1. 2006) foruden en lønregulering på 0,2 pct. af lønsummen eller i alt 1.284 kr. pr. måned inkl. pension og særlig feriegodtgørelse. De tilsvarende tal for kommunalt ansatte sygeplejersker er 1.531 kr. i lønstigning siden april 2008 og yderligere 1.202 kr. mere om måneden fra april 2009, når de rykker fra trin 6 til trin 7.

### Specialuddannet

En specialuddannet sygeplejerske på et sygehus, som er indplaceret på trin 7 med

10 års erfaring eller mere, er steget i løn med 1.589 kr. pr. måned siden april 2008. Fra april 2009 stiger lønnen med et årligt tillæg på 11.900 kr. (niveau 1.1. 2006) foruden en lønregulering på 0,2 pct. af lønsummen eller i alt 1.287 kr. pr. måned inkl. pension og særlig feriegodtgørelse.

### Ledere

Regionalt ansatte ledende sygeplejersker, som er indplaceret på løntrin 5, har siden april 2008 fået 1.743 kr. mere pr. måned i lønstigning. Fra april 2009 rykker de til løntrin 7 uden modregning i tillæg. Det svarer til en lønstigning på 1.806 kr. pr. måned.

### Statsansatte

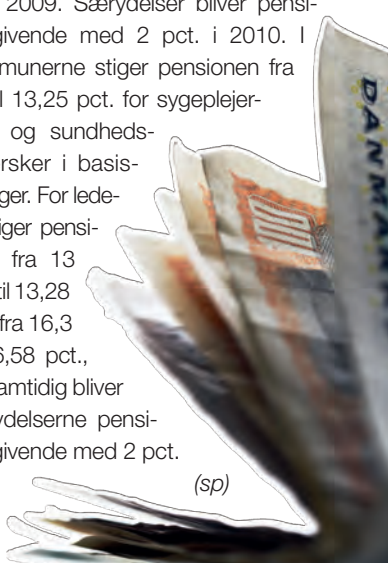
De statsansatte får også generelle lønforbedringer fra og med aprillønnen.

Tillægget til lærere på basisløn 1-2 på sosu-skoler med 7.200 kr. pr. år (1.10. 1997-niveau), svarende til 919 kr. pr. måned. På basisløn 3 stiger tillægget med 6.300 kr. pr. år (1.1. 1997-niveau), svarende til 804 kr. pr. måned inkl. feriegodtgørelse og pension.

### Pensionen stiger

I regionerne stiger pensionen fra 13 til 13,13 pct. eller fra 16,3 til 16,33 pct. fra april 2009. Særydelser bliver pensionsgivende med 2 pct. i 2010. I kommunerne stiger pensionen fra 13 til 13,25 pct. for sygeplejersker og sundhedsplejersker i basisstillinger. For ledere stiger pensioner fra 13 pct. til 13,28 pct. eller fra 16,3 til 16,58 pct., og samtidig bliver særydelserne pensionsgivende med 2 pct.

(sp)

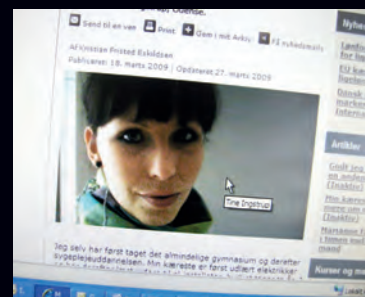


### »»» SÅ MEGET STIGER DEN SAMLEDE LØNSUM FRA APRIL 2009

Værdien af lønforbedringerne fra og med aprillønnen 2009 er i regionerne samlet på 3,35 pct. af lønsummen, svarende til ca. 450 mio. kr. til sygeplejerskerne. I kommunerne udmøntes 3,35 pct. af lønsummen, svarende til tæt på 160 mio. kr. til sygeplejersker og sundhedsplejersker. Ud over centralt aftalte lønninger kan der være lokalt aftalte tillæg.

## Ekspllosion i antal log ind

Aldrig har [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) haft så mange brugere, der logger ind som nu. Tidligere skulle man kun logge ind, når man ville kommentere en artikel. Nu er Sygeplejerskens arkiv blevet forbeholdt medlemmer. Det har betydet en stigning fra typisk 300 til 11.000 log ind om måneden.



## Uligeløn i familien

Læs om sygeplejerskers egne eksempler på uligeløn inden for familien. F.eks. tjener Tine Ingstrups kæreste 18.000 kr. mere om måneden før skat end hende. Selv om de har lige lange uddannelser, og begge er forholdsvis nyuddannede. Læs flere eksempler og bidrag med dit eget eksempel på [www.dsr.dk/ligeløn](http://www.dsr.dk/ligeløn).

## Populær quiz

Kreds Midtjylland har lavet en quiz om resultaterne af OK 08-konflikten, som har været et stort tilløbsstykke for midtjyske sygeplejersker. Test den på [www.dsr.dk/quiz](http://www.dsr.dk/quiz)

## Nyt netværk for rygestoprådgivere

Afdelingssygeplejerske Lene Svanekjær har på portalen åbnet en lukket gruppe med titlen Rygestoprådgivere i lægehuse. Formålet er, at konsultationssygeplejersker og andre, der rådgiver om rygestop i lægehuse, kan dele erfaringer. Er du selv rygestoprådgiver, kan du ansøge om medlemskab af gruppen på [dsr.dk](http://dsr.dk) > mit dsr > lukkede grupper.



**NYSGERRIG, ROBUST ELLER**





AF MARIANNE BOM, JOURNALIST  
FOTO: SØREN SVENDSEN

**Fortrin.** Det er stærkt individuelt, hvordan din alder påvirker dit arbejde. Typisk giver alderen dig større erfaring, men sværere ved at lære nyt. Hvis du holder dig fagligt ajour med teori og praksis, og hvis du holder dig fysisk i form, bliver du bedre og bedre med årene.

# ALDER



# NYSGERRIG, ROBUST ELLER MAGELIG

» En ung sygeplejestuderende var blandt de første på skadestuen til at tage sig af en svært tilredt patient. Der var temmelig meget blod. I vildrede over, hvad hun skulle prioritere at gøre ved de alvorlige læsioner, begyndte hun at vaske patienten.

”Sådan ville en 50-årig sygeplejerske ikke gøre. En erfaren sygeplejerske ville straks gå i gang med den egentlige behandling. Men den unge havde ikke erfaring nok til at prioritere, hvad der var vigtigt og mindre vigtigt,” fortæller aldringsforsker Henning Kirk, der selv har oplevet situationen. Han var i sin tid den læge, der kom ind på stuen og satte en behandling i gang.

Nu bruger han episoden som et eksempel på sin pointe: Sygeplejersker har mulighed for at blive bedre og bedre med årene: Erfarne, handlekraftige, med stor ekspertise og med stadigt bedre evner for empati og kommunikation. Sådan er det, selv om den fysiske aldring uvægerligt sætter ind fra 25-30-års-alderen.

”Man kan sige, at alderen ikke er et problem, medmindre vi får et problem i form af dårligt helbred eller en ulykke, som slår os ud af kurs,” siger Henning Kirk, gerontolog, dr.med. og forfatter til bogen ”Med hjernen i behold”, som udkom sidste år.

## Livslang uddannelse

Men det glade budskab gælder kun, hvis sygeplejersken selv gør en indsats.

”Nysgerrigheden skal tryne mageligheden,” som Henning Kirk siger.

For at blive bedre og bedre skal sygeplejersken holde teori og praksis ved lige. Hun skal uddanne sig livslangt, og hun skal undervejs søge input fra fremmede græsgange for at holde nysgerrigheden og kreativiteten intakt. Udsyn medvirker nemlig til at beholde den bredest mulige ”båndbredde”, som Henning Kirk siger. Det er vigtigt, fordi hjernen med årene får sværere ved at lære på områder, som er helt nye.

Henning Kirk er naturligvis ikke blind

over for de fysiske forandringer, som sker med alderen. Men de svagheder, som alderen påfører os, betyder ikke noget negativt i det store billede, for vi har mulighed for at kompensere med rutine, erfaring og ekspertise. Måske arbejder vi langsommere, men til gengæld arbejder vi smartere.

”Det er f.eks. dokumenteret, at man bliver bedre til at træffe beslutninger med årene, hvis de er inden for ens erfaringsområder. Det skyldes, at man har en større viden kombineret med menneskelig erfaring,” siger han.

”Man kan sagtens være en god sygeplejerske langt oppe i årene, og jeg tror, at vi i fremtiden kommer til at se mange sygeplejersker, der arbejder, når de er 70,” siger Henning Kirk.

## Brug dig selv

Professor Kirsten Avlund fra Institut for Folkesundhedsvidenskab i København har i sin forskning haft fokus på de ændringer, der sker med funktionsevnen med stigen-

stor forskel. Kirsten Avlund har selv undervist på et treårigt forløb for fagpersoner, der gennemfører forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Blandt deltagerne var mange erfarne sygeplejersker. Kursisterne blev undervist om hjemmebesøg en fuld dag to gange årligt, og indimellem havde de mulighed for at anvende de redskaber, der blev anbefalet i undervisningen. Bagefter kunne det direkte måles på de ældres funktionsevne, at sygeplejerskernes arbejde var blevet af højere kvalitet.

## Svagthed for dem i 40'erne

Med de meldinger fra forskerne skulle man tro, at den optimale sygehusafdeling er bemandede af sygeplejersker, der er godt oppe i årene. Sådan er det ikke ifølge Henny Færge Rabjerg, der er afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Holstebro. Hun foretrækker en bred alderssammensætning, for aldersgrupperne byder ind med forskelligt.

”De unge har et vist vovemod og tør ka-

”Alle de historier, man får ind på lystavlen, gør, at man bliver stærkere både som person og fagperson.”

Professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab i København, Kirsten Avlund.

de alder. Hun er enig i, at der er mange ting, sygeplejersker kan blive bedre til med alderen.

”De mentale faktorer går ikke tilbage med alderen. De fleste går frem, hvis man bruger sig selv, og faggrupper, der arbejder med mennesker, bliver bedre med årene. De får større viden og har mødt mange forskellige mennesker i deres arbejdsliv. Alle de historier, man får ind på lystavlen, gør, at man bliver stærkere både som person og fagperson,” siger hun.

Livslang uddannelse er vigtig for at blive bedre, og uddannelsen behøver ikke altid være dyr og formel. Mindre kan gøre en

ste sig ud i opgaverne. Når jeg skal have vagtplanen til at hænge sammen, trækker jeg på, at de unge typisk er parate til udfordringer,” siger Henny Færge Rabjerg.

De midaldrende er mere robuste, de har erkendt egne svagheder og forsøger at rette op. Mens de ældre ”kan tage fat” og har lært at sige ”nå, pyt”, hvis tingene ikke hver gang er optimale – hvad de umuligt kan være.

”Det er ikke så meget alder, jeg ser på, når jeg ansætter sygeplejersker. Jeg ser mere på, om personen passer ind i sammenhængen. Men jeg må indrømme, at jeg har en vis svagthed for de ca. 40-årige. Vi er en kompleks medicinsk afdeling, og så er det altså en fordel, at man har en vis erfaring og robusthed at trække på,” siger hun.

Henny Færge Rabjerg prøver som leder at have blik for, hvor i livet sygeplejerskerne er. Hun vil gerne komme dem i møde i forhold til deres livssituation.

Nogle ældre har f.eks. ikke realiseret muligheden for at blive bedre og bedre, og de

”Det er f.eks. dokumenteret, at man bliver bedre til at træffe beslutninger med årene, hvis de er inden for ens erfaringsområder. Det skyldes, at man har en større viden kombineret med menneskelig erfaring.”

Aldringsforsker Henning Kirk.

”Jeg må indrømme, at jeg har en vis svaghed for de ca. 40-årige. Vi er en kompleks medicinsk afdeling, og så er det altså en fordel, at man har en vis erfaring og robusthed at trække på.”

Afdelingssygeplejerske på lungemedicinsk afdeling på Regionshospitalet Holstebro Sygehus, Henny Færge Rabjerg.

kan have svært ved at håndtere forandringer. Det er o.k., for afdelingen har brug for de mere stille og stabile, mener Henny Færge Rabjerg. De medarbejdere prøver hun at komme i møde ved at give dem de opgaver, hvor de har deres kernekompetencer og interesser. Det kan f.eks. være at gå stuegang, når en medarbejder er rigtig god til det.

”Så får man løst den opgave til punkt og prikke. Samtidig bliver sygeplejersken mere tilfreds og tilbøjelig til at acceptere nogle af de vilkår, hun ellers ikke var så glad for,” siger hun.

Unge kan doje med at ville leve op til egne store ambitioner både privat med små børn og på arbejdet. Dem forsøger Henny Færge Rabjerg at komme i møde f.eks. ved at foreslå deltid i spidsbelastede perioder. Eller ved at opfordre dem til at tage orlov, når de søger væk til ”nemmere” job. Så har både de og afdelingen glæde af, at de eventuelt vender tilbage, når energien igen er til det.

#### 40-årskrisen

Sygeplejersker omkring de 40 har ifølge Henny Færge Rabjerg tendens til at blive stærkt i tvivl om, hvad de nu vil med deres arbejdsliv – og privatliv – efter at børnene er blevet store. I den situation taler Henny Færge med sygeplejersken om, hvad krisen egentlig handler om. Hun kan også henvise til sygehusets coach, sygeplejerske Lene Antonsen.

”Når kvinder er i 40-års-krise, så hjælper jeg dem med at få lavet en værdiafklaring. Hvad vil jeg med mit liv? Hvad er mine værdier, og hvordan kan jeg få dem opfyldt,” fortæller coachen Lene Antonsen.

Hun advarer om, at det er vigtigt at få afklaret, hvad der er galt, når krisen trykker. Ellers kan en utilfredshed ulme i årevis. Det tærer på kræfterne ikke at få truffet valg i tilværelsen, men at lade valgene træffe én.

*Bliver man så et brokkehoved, der passer arbejdet dårligt?*

”Det kan man blive. Men der er også mange, der får et stort behov for anerkendelse. Så de knokler hårdt på, og det går ud over dem selv. Hvis de ikke bliver afklarede, så risikerer de at vågne desillusionerede op som 60-årige og sige: Var det så det, der var i livet for mig,” siger Lene Antonsen.

redaktionen@dsr.dk

#### >>> HOLD DIG I GOD FYSISK FORM

**Alderen** sætter uundgåeligt sit præg på os, men mange faktorer mærker vi først højt oppe i årene, især hvis vi holder os i form.

**Den fysiske arbejdsevne** topes i 20-30-års-alderen. Men arbejdsevnen falder kun ganske langsomt frem til de 60 år. Først derefter sker der store forandringer i den fysiske arbejdsevne.

**Funktionsevnen**, altså evnen til at klare dagligdagsfunktioner, falder generelt 50 pct. fra de 20 år til de 80 år. Det har man i mange år accepteret, men i de seneste år er det dokumenteret, at fysisk træning kan modvirke faldet i funktionsevnen ganske betydeligt gennem livet.

**Knoglerne** har den maksimale masse i 20-30-års-alderen, herefter falder kalkindholdet. Afkalkningen bevirker, at skelettet falder lidt sammen, og mangel på kalk gør knoglerne skøre og mere sårbare for brud. Også her forebygger visse former for fysisk træning.

**Centralnervesystemet** ændrer sig kun lidt med alderen. Hjernens vægt bliver lidt mindre, muligvis på grund af svind i hjerneceller. Energiforbruget falder i dele af hjernen, men kun så lidt, at sædvanlig aktivitet kan opretholdes, fordi tilbageværende celler øger antallet af forbindelser (synapser) til andre celler.

I det perifere nervesystem er impulserne med tiden længere tid om at nå frem.

**Reaktionstiden** stiger med alderen, og muskler og led bliver mere stive, hvilket kan modvirkes af træning og stræk. Muskelkraften og muskeludholdenheden svækkes, men det sker først i væsentlig grad omkring 60-70-års-alderen og afhænger også af fysisk form.

**Den maksimale iltoptagelse** falder med alderen, men fysisk træning forsinket faldet.

Kilde: Idrættens Træningslære.



# TRYGHEDEN ER VIGTIG, NÅR MAN ER UNG



**Maria Fjelsted Hansen, 25 år.**  
Uddannet i juni 2008. Er i sit første job. Lungemedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.

”I min alder er man åben. Man har ikke faste vaner, men kaster sig bare ud i det og siger: Det lyder spændende.

Vi nyuddannede er vant til fra studiet at gå hjem og søge ny viden, når vi oplever situationer, hvor vi ikke ved nok. Ekspert

er mere tilbøjelige til at sige: Vi gør bare sådan her.”

I de første måneder tror man, at man kan favne det hele. Men det kommer lynhurtigt, at man lærer at prioritere. Man kan bare ikke nå det hele. Hvis der f.eks. kommer en social- og sundhedsassistent og beder om hjælp til at dosere medicinen, mens man står med en patient, der er i en kritisk situation, så nytter det ikke at vise sin gode vilje og sige: ”Jeg kommer lige om lidt.” For der går måske en time, og så længe kan medicinen ikke vente. Det er bedre at sige: ”Find en anden, der kan hjælpe.”

Som nyuddannet kan jeg godt mærke, at jeg har brug for en chef, der står 100 procent bag mig. Jeg har også brug for at være afklaret om, hvad der er min ”plads” på afdelingen, så jeg tør sige: ”Nu kan jeg ikke mere.” Trygheden er vigtig som ny. Man har behov for at vide, at det, man kan, og det, man gør, er godt nok.

Alder betyder rigtig meget i vores fag. Det er fantastisk at være i vagt med nogle af de ældre, som bare kan. De kan lære én så meget. Jeg har som ny behov for at reflektere rigtig meget, og det gør jeg meget med de nyuddannede, men også med de mere erfarne, og det er spændende. Omvendt giver jeg dem noget, fordi jeg kommer med ny viden og en ny uddannelse, hvor vi er skolet til at have ”forskningsbriller” på.”

**”Jeg har som ny behov for at reflektere rigtig meget, og det gør jeg meget med de nyuddannede, men også med de mere erfarne, og det er spændende.”**

## SÆRLIGE FORDELE FOR UNGE

- Den nyeste viden at trække på.
- Åbenhed over for at omstille sig og lære nyt i bred forstand.
- Gode forudsætninger for at lære nyt inden for flere forskellige områder, så hvis man ikke har lagt sig fast på et speciale eller bestemte metoder og vaner, er det ikke noget problem.

## DET KAN VÆRE SVÆRT

- Stræber ofte ambitiøst efter at opnå faglig ekspertise og anerkendelse, men kan føle sig slået ud, når det var sværere end ventet.
- Kan give udtryk for at kunne klare det hele, men er så alligevel sårbar og usikre i udfordrende situationer.
- Mangler ofte tilstrækkelig faglig ekspertise til at prioritere det rette, når der er bud efter dem fra mange fronter.
- Mangler robusthed. Derfor kan forandringer og store krav stresse, hvis de unge sygeplejersker ikke får back-up fra mere erfarne kolleger og ledelsen.
- Nogle løber sur i kommunikationen med patienter og kolleger og det evige behov for at udvise empati.
- Usikkerhed i at tolke signaler fra andre og i at se nuancerne i virkeligheden og i at indgå tilfredsstillende på kompromiser. Man kan have en tendens til at se tingene i sort-hvid.

## SÆRLIG UDFORDRING – SMÅ BØRN DERHJEMME

Små børn derhjemme kan tage nattesøvn, kræfter og tid. Det kan gøre dig mere sårbar på jobbet og betyde frustration, fordi det kan være svært at leve op til ikke mindst egne ønsker om udvikling. Måske må du sige nej til faglige udfordringer og opgaver, som du egentlig har lyst til. Måske siger du ja, og så bliver det alligevel for meget. Det kan være en god idé – sammen med ledelsen – at finde et passende niveau.

# 25

# DE ROBUSTE I 30'ERNE OG 40'ERNE



**Desirée D'Aniello, 35 år. Uddannet i 1997. Har arbejdet flere forskellige steder. Fik sine to børn under uddannelsen. Ansat på lunge-medicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.**

”Jeg kan godt genkende det med, at man får robusthed og erfaring med årene. Man bliver ikke så nemt væltet omkuld eller bliver stresset.

Personligt kan jeg godt magte, at der sker nye ting. Men jeg har næsten altid en mening om alting, fordi jeg ofte har oplevet noget lignende. Her på afdelingen er det ikke noget problem, at jeg siger min mening, men jeg forsøger jo også at gøre det på en konstruktiv måde. Jeg har tidligere oplevet folk, der brokker sig og ikke er konstruktive. Jeg tror, at det primært er den aldersgruppe, jeg ligger i, der gør dét. Det kan smitte nedad på de yngre, men ikke så meget opad i gruppen over 50 år.

Jeg er meget enig i, at det er vigtigt at snakke sin karriere igen-

nem, når man føler, at man står ved en skillevej. Jeg har hele tiden evalueret mit arbejdsliv løbende, så jeg ikke går i stå. Jeg bruger mine kolleger og MUS-samtalerne til at evaluere. Det er min erfaring, at hvis man har en leder, der lytter, og hvis man selv giver sig hen i MUS-samtalerne, så kan man ofte få drejet sit arbejdsliv til det, man vil.

Jeg har ikke oplevet, at folk bliver magelige med årene på den måde, at de ikke holder sig ajour. Jeg tror slet ikke, at man får lov til det i det her fag, fordi man hele tiden bliver stimuleret af, at der kommer nye standarder og ændringer. Der er også et stort personaleflow mange steder, der gør, at der hele tiden kommer nye ind med nye idéer.”

**”Personligt kan jeg godt magte, at der sker nye ting. Men jeg har næsten altid en mening om alting, fordi jeg ofte har oplevet noget lignende.”**

## SÆRLIGE FORDELE FOR DEM MIDT I MELLEM

- En vis robusthed og erfaring, som man med fordel kan trække på i tider med travlhed og evige krav om omstilling.
- Lader sig typisk ikke i så høj grad som tidligere stresses af ydre forandringer som f.eks. fusioner og omlægninger. Har opbygget større faglig sikkerhed og ekspertise sammen med større psykisk robusthed. Er ikke længere så afhængig af opbakning fra kolleger og ledelse.
- Rutine og erfaring med at omgås andre.
- Kan ofte finde løsninger i situationer, der umiddelbart ser svære ud.
- Bedre til at prioritere.

## DET KAN VÆRE SVÆRT

- Er måske mindre åben over for forandringer og nyskabelser i arbejdslivet, end man har været tidligere. Bl.a. fordi man får sine egne meninger om tingene takket være sin erfaring. Men også fordi det på det personlige plan kan være svært at orke endnu en ny drejning i arbejdslivet. Mange vælger alligevel at gå rimeligt pragmatisk ind i udfordringerne.
- Pas på mageligheden, for den kan skade præstationerne på arbejdsmarkedet i de kommende år. Hvis man ønsker at udvikle sig gennem hele livet og blive bedre med årene, er det vigtigt løbende at uddanne sig, at vedligeholde og udbygge sine teoretiske og kliniske færdigheder og at søge helt ny inspiration både privat og på arbejdet. Dermed sikres vedligehold af de fortrin, man har. Fagligt udsyn modvirker, at ens ekspertise bliver meget snæver med alderen.
- Kroppen skal holdes i form.

## SÆRLIG UDFORDRING – MIDTVEJSKRISEN

Efter nogle år på arbejdsmarkedet – og måske efter travle år med små børn, hvor der ikke var tid til at tænke på dig selv – når du måske en fase, hvor du siger: ”Var det så det, jeg ville – privat og arbejdsmæssigt – eller vil jeg hellere noget andet?” De spørgsmål skal tages alvorligt og svarene findes, ellers kan den kroniske uafklarethed gnave i sjælen. Den dårlige stemning kan smitte andre, men det slider også på dig selv, hvis du knokler videre på trods af manglende trivsel.

# 40

# MERE SELVSTÆNDIG MED ÅRENE



**Mona Mosegaard, 53 år. Uddannet sygeplejerske for 10 år siden. Tidligere social- og sundhedsassistent og oldfrue/souschef i De Gamles By. Ansat på lungemedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.**

”Jeg kan mærke, at jeg er blevet mere selvstændig med årene og for mig er det vigtigt at blive fagligt bedre gennem hele livet og holde mig ajour. Men det kan

være sværere end før, hvis jeg skal tilegne mig ny viden på områder, hvor jeg ikke har en basisviden. Man får større kompetencer med alderen, fordi man igennem livet har prøvet flere ting. Når man f.eks. har prøvet at miste, så kan man bedre forstå den situation, når man møder den på arbejdet. Når man har prøvet mange sociale sammenhænge, bliver man bedre til at tackle det sociale i forhold til patienter og kolleger. Dermed siger jeg ikke, at jeg er bedre end mine kolleger i 30'erne, men jeg har måske nemmere ved nogle ting.

Jeg har efterhånden lært, at hvis man lader sig stresse, så mister man overblikket. Det handler om at bevare roen og overblikket og

prioritere. Det har jeg måske lidt nemmere ved end yngre kolleger. Men meget handler også om personlige kompetencer, som vi mere eller mindre er født med.

Det ideelle på en afdeling er, at vi har forskellige aldre. De unge har en anden tilgang til nogle ting, og det kan jeg lære noget af. F.eks. at tingene kan ”køres” på andre måder, end dem, jeg har erfaring med.

Jeg er ikke tilhænger af, at man siger: ”Sådan plejer vi at gøre.” Derfor kan jeg godt finde på at tage vagter som vikar for at prøve mig selv af i nye sammenhænge. Det er en udfordring at komme ud et nyt sted, og det giver mig et kick, at jeg kan begå mig og magte en opgave i en ny sammenhæng. Jeg bliver ofte inspireret af andres måder at gøre tingene på og tager gode idéer med mig tilbage til min afdeling.”

**”Jeg har efterhånden lært, at hvis man lader sig stresse, så mister man overblikket. Det handler om at bevare roen og overblikket og prioritere. Det har jeg måske lidt nemmere ved end yngre kolleger.”**

## SÆRLIGE FORDELE FOR DE ERFARNE

- Man kan være på toppen med en veludviklet ekspertise, hvis man har fulgt og stadig følger ”forskrifterne”: holder sig i form, udbygger og vedligeholder de teoretiske og kliniske færdigheder, søger ny inspiration og kæmper mod mageligheden. Forudsat er også, at man har undgået at blive slået ud af kurs af ulykker og sygdom.
- Moden indsigt i de motiver, der driver andre mennesker, og en dyb forståelse af menneskelige relationer. Det er blevet nemmere at sætte sine egne grænser og sige: ”Det vil jeg ikke være med til” eller: ”Lad gå, så går jeg med på den idé.”
- Robusthed og evne til at ”tage fra”, dvs. man kan få en masse arbejde gjort.

## DET KAN VÆRE SVÆRT

- Hvis man er temmelig fastlåst i en snæver rolle og med et smalt bånd af kompetencer, fordi man ikke har udviklet sig særligt undervejs. Det er svært at gøre noget ved nu, fordi det med alderen bliver vanskeligere at lære nyt på helt nye felter.
- At holde fysikken ved lige.
- Hvis man er gået lidt i stå fagligt, bliver det vanskeligere at følge med udviklingen på arbejdet, og når der dukker store forandringer op på jobbet, vil nogle være tilbøjelig til at sige: ”Nu er det nok, jeg trækker mig tilbage så hurtigt som muligt.”
- Hvis man ikke fik afklaret sine værdier og fik truffet bevidste valg undervejs, f.eks. under ”40-års-krisen”, mærkes det tydeligt i slutningen af karrieren. Prisen er skuffelse: ”Var det virkelig det, der var i arbejdslivet for mig?”

## SÆRLIG UDFORDRING – PAS PÅ DIG SELV

Fysisk tåler du ikke samme belastning som tidligere, og det er vigtigt at lade op før nattevagter – og hvile ud bagefter. Koncentrationsevnen kan blive ringere, så måske må du insistere på ro i nogle situationer. Alting kan gå lidt langsommere, men erfaringen kan råde bod på det, så opgaverne bliver løst på samme tid. Evnen til at lære nyt og forny sig bevarer man, men det sker nemmest og hurtigst på områder, hvor man i forvejen har ekspertise.

# 55

# DE HAR DEN RIGTIGE IV-ADGANG TIL



Anna-Marie Løgstrup (i grønt) og Jonna Marcussen (i hvidt) var de første sygeplejersker i Danmark, der begyndte at lægge PICC-lines. Anlæggelsen foregår ved hjælp af ultralyd.



Kontrol af røntgenbilledet sammen med overlæge Lene Adrian. Billedet viser, at patientens kateter ligger korrekt i vena cava superior.



Anlæggelsen af en PICC-line dokumenteres både i journalen og i et word-dokument, så hun senere kan analysere resultaterne.



Anna-Marie Løgstrup har været sygeplejerske i seks år for Solvej Andersen. Halskæden, som Anna-Marie har taget på, har Solvej lavet til hende.



Susanne Willadsens kontaktsygeplejerske Marianne Christiansen viser hende på røntgenfotoet, hvor kateteret ligger.



Som erfarne sygeplejersker kan kollegerne hurtigt lære at lægge PICC-lines, men af hensyn til eksper-tisen er der kun to, der gør det i dag.



**Iv-pionerer.** I onkologisk ambulatorium i Sønderborg er venflons ved at være fortid. Sygeplejerskerne lægger i stedet centrale katetre, PICC-lines, der kan ligge op til et år.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: LENE ESTHAVE

”Jeg kigger grundigt efter, for når du er så tynd, er det sværere at finde en vene,” forklarer sygeplejerske Anna-Marie Løgstrup, mens hun fører ultralydsscanneren hen over Susanne Willadsens overarm.

Venen skal hun bruge til at indføre et centralt kateter, en såkaldt PICC-line, der munder ud i vena cava superior, tæt på hjertet. Susanne Willadsen er kommet til Sønderborg Sygehus fra Rømø samme morgen for at få den første kemobehandling for en lungetumor. Hun er ret besværet af sin ho-

ste, men selve proceduren, hvor Anna-Marie Løgstrup fører kateteret ind under lokalbedøvelse, er ikke slem. En røntgenkontrol viser, at kateteret ligger korrekt, Anna-Marie Løgstrup fjerner wiren, hun brugte til indførelsen, og nu har Susanne Willadsen en iv-adgang, der kan bruges, hver gang hun skal have behandling eller have taget blodprøver. En iv-adgang med store fordele, forklarer Anna-Marie Løgstrup.

”Hver gang man giver kemo i en lille perifer vene, bliver den lidt ødelagt. Patien-

terne får grimme arme, venen kan revne, så kemoen siver ud og giver skader i vævet, og risikoen for infektioner og flebit er større,” siger hun.

”For os som sygeplejersker er det en god fornemmelse, at der er større sikkerhed i behandlingen. Og kræftpatienter er begyndt at ringe til os f.eks. fra Vejle og Odense. Det er jo tit yngre mennesker med gode ressourcer. De går på nettet og leder efter den bedste cancer-shop. Så det her vil simpelt hen blive et krav fra patienterne.”

# KEMOPATIENTERNE



I dag skal Susanne Willadsen have sin første kemobehandling for en lungetumor. Det centrale kateter, som sygeplejerske Anna-Marie Løgstrup har lagt gennem en vene i overarmen, kan bruges til både behandling og blodprøvetagning.

Anna-Marie Løgstrup og hendes kollega Jonna Marcussen var de første sygeplejersker i Danmark, der lagde PICC-lines. Det lærte de af svenske kolleger, og siden har de selv lært sygeplejersker fra andre danske sygehuse op i metoden. Men kateteret er ikke kun velegnet til kræftpatienter, og Anna-Marie Løgstrup håber, at spørgsmålet om den rigtige iv-adgang end dag er noget, sygeplejersker ser som deres ansvar:

”Det bør være dem, der tager spørgsmålet om en PICC-line op allerede, når man f.eks. står med en patient, der skal have antibiotika i 14 dage. I stedet for at vente, til vernerne er ødelagt.

Lægerne ordinerer behandlingen, men de bliver jo ikke opmærksomme på proble-

merne, før sygeplejerskerne kommer og siger: Nu kan vi ikke stikke mere.”

*Hvad skal man specielt kunne for at lægge en PICC-line?*

”Man skal være en god håndværker og kunne koncentrere sig om udstyret, samtidig med at man snakker. Og så skal man selvfølgelig uddannes i proceduren.”

*Hvad skal man specielt kunne som sygeplejerske i jeres ambulatorium?*

”Man skal kunne kommunikere. Og man skal have et afklaret forhold til sin egen dødelighed, og hvad man tror på. Så kan man bedre tale med patienterne om disse ting.”

*kbj@dsr.dk*

## »»» HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SIDSTE UGE?

”Vi fik en kvinde ind med et recidiv, som skulle have at vide, at hun nok ikke havde så lang tid at leve i. Det var en god oplevelse at få spændt et sikkerhedsnet ud under hende og familien, sat hjemmepleje og stående indlæggelse i værk, så hun og familien kunne gå trygge herfra.”



### ))) UDFORDRINGEN

**Udfordringen:** Borgere, der var vanskelige at hjælpe på grund af psykisk sygdom, misbrug eller selvvalgt isolation. Frustration og udbrændthed hos personalet.

**Arbejdspladsen:** Københavns Kommunes hjemmepleje, distrikt Østerbro.

**Det gjorde de:** I alle syv dagteam er der oprettet tværfaglige netværk, der arbejder sammen om de vanskelige hjem. Temadage, kurser og supervision har klædt medarbejderne på til at håndtere problemer som alkohol, misbrug, trusler og magtanvendelse.

**Det har de opnået:** Der er skabt tid og rammer for samarbejdet om de komplekse forløb, og medarbejderne oplever, at de kan arbejde målrettet ud fra de planer, de lægger sammen.

**Det er de stolte af:** Borgere, der før har afvist hjælp, tager nu imod.

**Det slås de stadig med:** At få dokumenteret problemerne og indsatsen.

**System i kaos.** Misbrug, besynderlige familieforhold eller psykiske problemer – i hjemmeplejen på Østerbro har sygeplejersker, assistenter og hjælpere fået rammer og redskaber til at arbejde med komplekse problemstillinger.

# DØRENE DER VAR SVÆRE AT LUKKE OP

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

I det ene hjem har regningerne hobet sig op under en drukperiode, og borgerens dårlige humør går ud over hjemmehjælperne. I det andet sidder en gammel dame i sit eget skidt og afviser al hjælp. I et tredje hjem er der et barnebarn, der optræder truende.

Den slags komplekse problemstillinger er Københavns Kommunes hjemmepleje på Østerbro ikke alene om. Men for et par år siden var det blevet for meget. Medarbejdere mistede modet, brændte ud og blev syge, og de vanskelige forløb fyldte alt for meget.

I dag er billedet vendt.

”Vi kan mærke, at medarbejderne er stolte og glade,” siger udviklingsleder Susanne Ploug Larsen.

”Deres viden er vigtig, der bliver lyttet til dem og fulgt op med handlinger. Der er skabt tid til at sætte sig og lave aftaler, og medarbejderne kan se, at det rykker.”

Det var et stort projekt, der blev sat i gang i maj 2008, men meget kort kan de mange indsatser opsummeres under overskrifterne uddannelse og samarbejde. Og samarbejdet er lagt i meget faste rammer, fremhæver Susanne Ploug Larsen. Der er udarbejdet beskrivelser af, hvad de forskellige faggruppers rolle i samarbejdet er, og en gang om

måneden bliver de vanskelige forløb diskuteret på et netværksmøde mellem teamleder, sygeplejersker, assistenter og hjælpere.

### Forløbsansvarlige

I dag er det faktisk svært at huske, hvor kaotisk man oplevede disse forløb, synes hjemmesygeplejerske Dorte Eichert.

”For nu er der besluttet sat tid af til at få lavet handleplaner og aftaler om, hvordan vi optræder hos borgerne.”

Sygeplejerskerne er forløbsansvarlige og deltager fast i netværksmøderne sammen med teamlederen og assistenterne. Af de ca. 25 hjemmehjælpere i hvert team deltager der fire-seks stykker, der ofte bliver sat ind i komplekse hjem og har fået ekstra uddannelse i forbindelse med projektet.

Men alligevel har projektet gjort noget for samarbejdet i hele gruppen, synes social- og sundhedshjælper Malene Poulsen.

”Vi har fået et meget bedre samarbejde med sygeplejerskerne og snakker meget mere med dem end før. Da var det mest: Den og den har et sår, det må du vist hellere kigge på.”

Malene Poulsen har været på kursus i alkoholproblemer og er teamets nøgleperson på området. Og en af teamets succeshisto-

rier handler netop om en mangeårig alkoholiker, der faldt i vandet, selv om han var på antabus.

”Der var det hele væltet – men det fik vi op at stå igen sammen med sygeplejerskerne,” fortæller Malene.

Dorte Eichert fik lavet nye aftaler med mandens læge om antabus og hans anden medicin. Først doserede hun sovemedicin m.m. til en uge ad gangen, men når der var gået fire dage, havde han taget det hele.

”Så nu kommer vi hver morgen og låser ud, hvad han skal have den dag,” fortæller Dorte.

Efterhånden er det også lykkedes at få orden på hjemmet.

”Vi får lov til at gøre rent, men vi har også fået gjort noget ved omgangstonen,” siger Malene.

Borgeren har fået at vide, at han skal tale pænt til folk, men Malene har også fundet ud af, at han syntes, nogle af hjælperne var for hurtige.

”Det var ”nu skal du i bad” med det samme, de kom ind ad døren. Jeg kan så fortælle de andre, at jeg altid lige sætter mig ned med ham først og finder ud af, hvad det er, jeg skal gøre i dag. Han er sådan en, der er vant til at gøre tingene selv og på sin egen måde.”



”Og det er vigtigt at huske, at han, ud over sit misbrug, også har haft en høj egenomsorg,” siger Dorte. ”Han kan mange ting selv, vi skal bare ind og støtte ham.”

#### Styr på kaos i hjemmet

Mens manden drak, havde rudekvarter og opkrævninger fået lov til at hobe sig op, så Malene.

”Hans internet virkede ikke, telefonen virkede ikke, og jeg havde spurgt, om vi ikke skulle kigge på dem. Men så en dag – jo, lad os bare det.

Så gik jeg i gang med at ringe rundt, og siden vi fik tyndet ud i de breve, er hans humør også blevet meget bedre.”

”I dag er der ingen, der er kede af at komme der,” tilføjer Dorte. ”Så det, at vi sætter fokus på problemerne i et bestemt hjem, det spreder sig som ringe i vandet.

Det er også en måde at arbejde sammen på, som vi er begyndt at tage med os i andre hjem. Og på den måde kan vi somme tider forebygge, at problemerne bliver komplekse.”

Hver gang, der er netværksmøde, tager man en ny borger op, lægger døgn- og ugeplaner, aftaler fokusområder m.m. Derefter evaluerer man på det hjem, der var oppe sidste gang, og justerer aftalerne.

”Og så skal man lade være med at blive stresset over, hvor mange borgere der er på

listen med komplekse problemer. For selv om man kun sætter fokus på én ad gangen, smitter det af på hele samarbejdet,” siger Dorte Eichert.

”Efterhånden som vi arbejder os igennem vores liste, kan vi også se, at flere og flere får mod på at komme i de hjem.”

*kbj@dsr.dk*

#### ))) MERE INFORMATION

**Kontakt:** Udviklingsleder Susanne Ploug Larsen på [fn22@suf.kk.dk](mailto:fn22@suf.kk.dk)

**TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG**

Min familie og venner bor i Kiel. Jeg taler med dem én eller to gange om ugen og skriver mange kort og breve.



Vi vil gerne købe hus i sygehusets område. Vi betaler alt for mange penge for at bo til leje.



Jeg har lige købt bil. Det er min første bil, det er helt nyt for mig. Jeg har tidligere haft bil sammen med min kæreste, men nu har vi hver sin.



Vi tager begge billeder, det er en fælles interesse.



Vi kan godt lide at være i byen, hvor der sker noget. Vi går gerne ud, f.eks. på pub eller i teatret.



En gang om måneden er vi en gruppe tyske sygeplejersker fra Herlev Hospital, der mødes, vi plejer at være omkring 10. Vi spiser sammen, går i skøjtehal eller finder på noget andet.



Jeg har spillet fløjte i 20 år. Siden jeg kom til København, har jeg spillet i Ballerup og Skovlunde Harmoniorkester, og jeg går til spil et par gange om måneden.

**DET HELE**

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN



Da Petra Wismanns kæreste Andreas fik brev fra den tyske arbejdsformidling om jobmuligheder i Danmark, var de to tyske sygeplejersker ikke længe om at træffe beslutningen. De var klar til at tage til Danmark, med alt hvad det indebar, sprogkursus, flytning osv.

I Tyskland er der mange private sygehuse, der arbejder på kontraktvilkår, og de rationaliserer og skærer ned på personalet i disse år. Det er svært at få andet end vikariater på sygehuse, og Andreas havde ikke lyst til at fortsætte som plejehjemssygeplejerske – et stresset og opslidende job.

Petra Wismann forlod et job som intensivsygeplejerske i Kiel, men er glad for sit bytte. På Herlev Hospital, hvor de begge arbejder i dag, får hun betydelig mere udbetalt hver måned end i Kiel, og Petra har kun godt at sige om arbejdsmiljøet. Ingen af dem kendte Herlev Hospital i forvejen. De valgte det, fordi de gerne ville til Københavnsområdet. Men Petra er meget glad for sit arbejde på Herlev. Forholdet mellem kollegerne er mere personligt, man spørger til hinanden, viser omsorg – også for patienterne, hvor det hele foregik lidt mere efter en snor i Tyskland.

Petra Wismann er 33 år og arbejder i ortopædkirurgisk sengeafsnit T114, Herlev Hospital. Hun bor i lejet hus i Skovlunde sammen med Andreas, der er sygeplejerske i et urologisk sengeafsnit i Herlev.

#### Min funktion

”Vores afsnit har akut ortopædkirurgi. Jeg kan godt lide den kirurgiske sygeplejerske, også at patienterne er lidt mere raske, end de f.eks. er i en medicinsk afdeling. Det sværeste for mig har været at finde ud af, hvordan systemet fungerer i kommunerne. I Tyskland ringede jeg bare til en socialrådgiver, det var det. Her skal jeg aftale med fysioterapeut, visitator osv. Men det er rigtig dejligt, at man kan sørge for, at alt er klar, når patienten kommer hjem, hjælpemidler, hjemmesygeplejersker osv.”

#### Lige nu

”Vi har fået nogle nye patientgrupper på det sidste, skulderpatienter, og vi har faktisk også haft nogle patienter med lungekræft, så det har været noget nyt, man skulle sætte sig ind i.”

#### Om fem år

”Er jeg stadig i Danmark. Jeg vil gerne tage noget videreuddannelse og måske sætte mig ind i nogle specialområder, men det skal stadig være inden for den kirurgiske sygepleje.”

*kbj@dsr.dk*

# ER MERE PERSONLIGT I DANMARK



ARKIVFOTO: ISTOCK

## PATIENTFEEDBACK HER OG NU

Det er fint at få at vide, hvad patienterne mener om den information, pleje og behandling, de har fået. Men det er ikke særlig brugbart at få det at vide længe efter, at patienterne er ude ad døren, og man har glemt de enkelte forløb.

Det problem har man løst i ortopædkirurgisk afdeling O, Odense Universitetshospital. I et pilotprojekt har man udviklet en hurtig metode, hvor personalet kan få resultatet, samme dag som de spørger patienterne. Patienterne får stillet 12 spørgsmål om kontakten til læge og sygeplejerske og hospitalets service. De svarer ved at uddele smileyer på en lille håndholdt computer. Fordi det foregår elektronisk, kan resultatet gøres op samme dag.

"Og så kan vi lige samle personalet i fem minutter, før vi går hjem, og reflektere over resultatet, og hvad vi kan gøre bedre," siger afdelingssygeplejerske Gerda Kruse-Andersen.

Mere information: Kontakt Gerda Kruse-Andersen på [gerda.kruse-andersen@ouh.regionsyddanmark.dk](mailto:gerda.kruse-andersen@ouh.regionsyddanmark.dk)

(kb)



## HVOR HAR I LIGE JERES VASKEKLUDE?

Ferielukning, weekendvagter, studerende eller læger, der har deres gang i forskellige afsnit – der er mange situationer, hvor man kan spille tid på at løbe rundt og lede efter sugekatetre, vaskeklude eller andet nødvendigt udstyr.

I hjertemedicinsk afdeling B, Odense Universitetshospital, har man fået en rigtig god idé: Medicinrum, linnedrum og andre depoter skal selvfølgelig indrettes ens i alle afsnit. Skabe og hylder kan ganske vist have forskellig størrelse, men så kan man mærke dem A, B, C osv. og sørge for, at der ligger de samme ting i samme slags skabe.

Indretningsprojektet i afdeling B er en del af et større lean-projekt, som ikke er nået til vejs ende endnu. Men idéen er hermed givet videre.

Sådan skaber I orden og overskuelighed i jeres depotrum:

- 1) Find ud af, hvad I bruger, og fjern det, I ikke bruger, fra hylderne.
- 2) Find ud af, hvad I bruger hyppigst. Det skal være lettest tilgængeligt.
- 3) Indret lagre og depoter, så ting, der hører til samme arbejdsproces, f.eks. alt til ilt og sug, ligger samme sted. Læg tingene samme sted i afsnittene, så alle ved, at f.eks. vaskeklude, shampoo og creme altid ligger i skab A.
- 4) Sørg for at holde tingene adskilt på hylderne, del f.eks. op med afmærkningsstriber, kasser eller kurve.
- 5) Sæt navn og billede af varen på det skab eller den hylde, hvor det har sin plads. Skriv også på, hvor mange stykker der skal være.
- 6) Få en kollega fra en anden afdeling til at hjælpe jer med at tjekke overskueligheden. Det skal være så let at finde tingene, at kollegaen kan finde fem navngivne ting uden hjælp.
- 7) Sørg for, at der er nogen, der har ansvaret for daglig at tjekke, at der er, hvad der skal være, og at tingene ligger de rigtige steder.

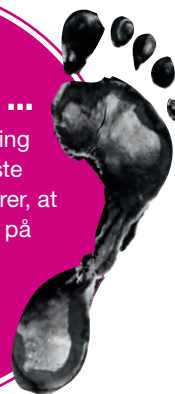
(kb)

Kilder: Afdelingssygeplejerske Gitte Drost, udviklingskonsulent Mette Møllerup.

### Eksperten siger ...

... at der skal være omkring 8 mm fra storetåens yderste kant til skosnuden. Det sikrer, at der er plads til foden sidst på dagen.

Kilde: Ledende fodterapeut Bent Nielsen, Gentofte Hospital.



## Dårlig ånde – det store tabu

Har du prøvet at fortælle en ven eller kollega, at vedkommende har dårlig ånde? Så har du sikkert også fået svaret: "Tak, fordi du fortæller det." Tilsyneladende en besked, der er sværere at aflevere end at modtage.

Kilde: Magasinet Arbejdsmiljø 2/2009.

## Kommuner mangler mål for forebyggelse

Folkesygdommene er i vækst, og der er stor social ulighed i sundhed. Det er en udvikling med foruroligende perspektiver. Først og fremmest for den enkelte borger, som mister leveår og livskvalitet.

Desværre gør sundhedsvæsenet ikke nok for at ændre kursen. For to år siden fik kommunerne ansvaret for borgerrettet forebyggelse. De har en unik mulighed for at målrette forebyggelsesindsatsen over for borgerne. Men to år efter har hver tredje kommune stadig ikke konkrete og målbare mål for indsatsen for at reducere folkesygdomme og KRAM-risikofaktorer. Og mere end halvdelen har ingen mål for at reducere den sociale ulighed i sundhed. Det viser en undersøgelse, Megafon har foretaget for Dansk Sygeplejeråd.

Mange kommuner er godt i gang. Nu er det på tide, alle kommer med. Det gælder ikke mindst de mindre kommuner. F.eks. har 80 pct. af de store kommuner etableret sundhedscentre, mens det samme kun gælder for 30 pct. af de små kommuner. Og mens 60 pct. af de store kommuner har mål for at nedbringe den sociale ulighed i sundhed, gælder det kun for 14 pct. af de små kommuner.

Rammerne for et sundt liv skal ikke afhænge af borgernes postnummer. Det hænger ikke sammen med målene om flere leveår og et sundhedsvæsen med ensartet høj kvalitet. Og det illustrerer, at der er behov for at sætte national retning på indsatsen. Derfor skal Folketinget vedtage en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

Handleplanen skal for det første indeholde konkrete og målbare mål. Uden konkrete mål er det umuligt at evaluere, om vi når dét, vi vil – og hvis ikke, hvilke initiativer der så skal iværksættes.

For det andet skal handleplanen forpligte kommunerne til at leve op til målene. Ellers risikerer forebyggelsen at ryge ned ad den politiske dagsorden. Sat på spidsen: Hvorfor er det frivilligt at forebygge? Tænk, hvis det var frivilligt at tilbyde sygepleje og behandling.

For det tredje skal handleplanen sikre bedre økonomiske rammer for indsatsen. Det kræver en økonomisk saltvandsindsprøjtning til kommunerne. Og det kræver en incitamentsstruktur, der understøtter sundhedsfremme og forebyggelse.

Om kort tid præsenterer Forebyggelseskommissionen sine anbefalinger. Herefter er det op til politikerne at handle.

Mit bud er klart: Danmark har brug for en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.

*"Mange kommuner er godt i gang. Nu er det på tide, alle kommer med. Det gælder ikke mindst de mindre kommuner."*




Connie Kruckow, formand



## Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform

Af Rachel Adelberg Johansen, sygeplejerske

*Kommentar til debatindlægget "Flov på standens vegne" i Sygeplejersken nr. 5/2009.*

 Det var paradoksalt og nærmest komisk at læse indlægget i *Sygeplejersken* nr. 5/2009 af Kirstine Sandberg (KS). KS ønsker, at tørklædedebatten, som vi er 12 fra en personalegruppe, der har rejst, skal gå i glemmebogen, al den stund KS samtidig selv fremhæver tørklædestriden med et indlæg.

Vi udgør 1/3 af en personalegruppe på én afdeling, og der er lige så mange sympatisører. Det er en majoritet på vores afdeling, som har den holdning, at det islamiske hovedtørklæde til kvinder (hijaben) ikke hører hjemme på hovedet af sygehuspersonale. Vi har i kølvandet på hijab-sagen modtaget overstrømmende med positive tilkendegivelser fra både patienter og sygehuspersonale fra nær og fjern. Det har været et kæmpe skulderklap i vores kamp mod hospitals-hijaben. Folk er glade for, at der endelig er nogen inden for sygehusvæsenet, som tager bladet fra munden og kritiserer den utilstedelige hijab-praksis, som blåstempler af bl.a. DSR og adskillige hospitalsledelser.

At blande hygiejne eller kapper sammen med det mest udbredte religionspolitiske symbol i verden, hijaben, er at forplumre den lødige debat. Det udstiller KS og repræsentanter for DSR som totalt uvidende om hijabens betydning.

Det er vigtigt at fastslå, at vores kritik går på hijaben som tilægsuniform og ikke på individer.

Det kan aldrig blive i patienternes interesse, at sygehuspersonale synligt eksponerer private religiøse eller politiske tilhørsforhold i arbejdstiden. Patienten er den svage part, og hensynet til patienten må altid gå forrest. Vores fokus er patienterne, og patientens tarv svigter vi ikke. Det er uetisk og uværdigt over for patienterne, at en hospitalsuniform misbruges til religiøs eller politisk promovering.

Alle hospitalsansatte uanset hudfarve, etnisk oprindelse, køn, alder, religiøs eller politisk overbevisning må tilpasse sig den neutrale uniform af hensyn til patienterne. Patienterne kommer altid i første række. Det er pinligt og beskæmmende, at KS og DSR ikke ser patientens perspektiv, men er så politisk korrekte, at de glemmer almindelig sund fornuft. Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform, kvinderne skal blive.

*Rachel Adelberg Johansen er ansat på  
Plastikkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital.*



AARHUS  
UNIVERSITET

### EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE VED AARHUS UNIVERSITET

- Master i klinisk sygepleje
- Master of Public Health
- Den sundhedsfaglige suppleringsuddannelse
- Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling
- Master i sundhedsantropologi
- Master i etik og værdier i organisationer, modul 3
- Master i social integration
- Master i retorik og formidling, modul 3
- Projektorienteret videnskabsteori og forskningsmetodik

Ansøgningsfrist 2. juni 2009

Studiestart september 2009

www.au.dk/evu  
eller tlf. 8942 6761

## Lad solen stråle indefra

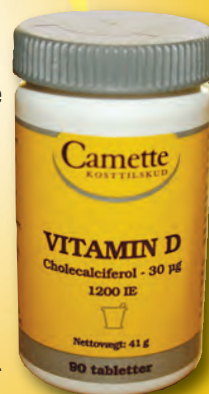
I den kolde og mørke vintertid, hvor vi ikke får den store glæde af solens stråler, kan det være svært for kroppen at danne Vitamin D nok.

Tag derfor et ekstra tilskud af Camette's Vitamin D med 30 mcg pr. tablet, til stor gavn for optagelsen af vigtige mineraler i kroppen.

Anbefalet daglig tilskud:  
Kun 1 tablet om dagen.

Dåse med 90 stk. tabletter.  
**Vejl. udsalgspris 49,95 kr.**

Dåse med 180 stk. tabletter.  
**Vejl. udsalgspris 69,95 kr.**



Fås hos førende Apoteker,  
helsekostforretninger, mate-  
rialister samt supermarkeder.

Producent: Camette A/S  
Lillebæltsvej 47, 6715 Esbjerg N  
www.camette.dk

## Uddannelse fortjener et bedre navn

Af Marianne Hovmand, sundhedsplejerske

Kommentar til artiklen "Minilæger eller maxisygeplejersker" i Sygeplejersken nr. 5/2009.

 "Kliniske ekspertsygeplejersker er ikke minilæger, men maxisygeplejersker".

Betyder det så, at alle andre er minisygeplejersker? (Lederne dog måske midisygeplejersker?) Og hvorfor er det lige, at ekspertbegrebet knyttes an til én specifik videreuddannelse? Logikken ville så være, at sundhedsplejersker, sygeplejelærere og andre med videreuddannelser også skulle hedde noget med ekspert til fornavn.

Det er lidt besværligt. Og distancerende. Desuden kunne signalværdien være, at de mange kolleger, der gennem erfaring og kløgt i dén grad er blevet eksperter på deres felt, ikke er helt så meget eksperter. Og det er vel ikke meningen.

Måske derfor man heller ikke har betegnelsen ekspertlærere, ekspertingeniører, ekspertjordemødre – men mange eksperter inden for fagene?


Den nye uddannelse skal være velkommen – men den fortjener et bedre navn. "(Klinisk) Specialsygeplejerske" kunne være et forslag fra en minisundhedsplejerske.

*Marianne Hovmand er ansat i Sundhedsplejen, Næstved Kommune.*

## Trættende og vanskeligt at læse

Af Hanne Thygesen, sundhedsplejerske

Kommentar til debatindlægget "Kan ikke læse artiklerne" og chefredaktør Sigurd Nissen-Petersens efterfølgende svar i Sygeplejersken nr. 3/2009.

 Sundhedsplejerske Lone Bach gør i nummer 3/2009 meget relevant opmærksom på, at artikler skrevet med rødt eller blått er vanskelige at læse.

Hun får et underligt svar, idet mediechefen siger, at man prøver at gøre bladet så læseværdigt som muligt.

I samme nummer er der sågar artikler med hvide bogstaver oven på farveportrætter og andre steder hvid tekst på lysegult og blått. Andre baggrunde med forskellige farver på tekster er røde, grønne, grå, orange og lilla.

Det kan godt være, at redaktionen synes, at det ser smart ud, men uanset om man er svagsynet eller ej, er det trættende og vanskeligt at læse. Det er jo ikke uden grund, at sort på hvidt er det foretrukne overalt på jordkloden. Et fagblad bør virke fagligt, og hvis man vil vide noget om læseværdighed, vil det være klogere at tage en snak med en øjenlæge frem for et reklamebureau.

*Hanne Thygesen er pensioneret sundhedsplejerske.*

UCN TILBYDER

## Klinisk Vejlederuddannelse som E-læring

Nu har du mulighed for at tage Klinisk Vejlederuddannelse som deltidsuddannelse i et planlagt forløb over 20 uger.

Uddannelsesforløbet starter med to dages fysisk fremmøde, hvor du bliver introduceret til uddannelsen og den elektroniske læringsplatform. Herefter vil uddannelsen være tilrettelagt med netforelæsninger, tekstanalyser og analyse af praksisbeskrivelser, som bearbejdes i grupper eller individuelt.

Derudover vil du individuelt komme til at udarbejde en portfolio. Uddannelsen afsluttes med en individuel skriftlig projektrapport, der bedømmes eksternt efter 7-trinsskalaen.

Få flere informationer hos uddannelseskonsulent Grete Wedege, grw@ucn.dk.



PROFESSIONSHØJSKOLEN  
University College Nordjylland  
Sohngårdsholmsvej 51 A · 9000 Aalborg  
Tlf. 70 23 50 03 · www.ucn.dk

## SØNDAGSBRUNCH SIGHTSEEING & SAMVÆR



BLIV VÆRTSFAMILIE FOR EN STUDERENDE  
FRA USA I 4 MÅNEDER

- EN OPLEVELSE FOR LIVET
- IMPROVE YOUR ENGLISH
- UDVID JERES NETVÆRK!

Bor I i HT området, så kontakt os på 3311 0144

Go to

[www.dis.dk/familie](http://www.dis.dk/familie)

VIND  
10.000 kr!

DIS

DANISH INSTITUTE  
FOR STUDY ABROAD  
50 years 1959-2009



## Lige ret til sundhed – også for ledige!

Af Grete Christensen, formand for Danske Sundhedsorganisations A-kasse, 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd

Når vi bliver syge, har vi alle en forventning om at blive behandlet inden for overskuelig tid – uanset om vi har et arbejde eller ej. Og forventningen er berettiget. Bestemt. Alle borgere i Danmark skal have let og lige adgang til sundhedsydelse. Det står sort på hvidt i vores sundhedslov. Men har vi i realiteten let og lige adgang til vores sundhedsvæsen? Tilsyneladende ikke.

I den seneste tid har der nemlig i flere medier været historier om, at ledige forvises til den bagerste ende af ventelisterne. Årsagen skulle efter sigende være, at folk i beskæftigelse skal foran. Det er fuldstændigt uacceptabelt. Ikke mindst fordi systemet derved fastholder de syge ledige som passive modtagere af overførselsindkomst i stedet for at hjælpe dem med at blive aktive bi-dragydere til det velfærdssamfund, vi bryster os af.

Det hverken kan, vil eller skal vi medvirke til. Let og lige adgang til sundhedsvæsenet er en velberettiget forventning i vores velfærdssamfund. Sådan skal det også være i fremtiden. Lad os i fællesskab værne om retten til lighed i sundhed!

## Tilbud mangler

Af Ellen Pingel, afdelingssygeplejerske

Kommentar til temaet "Brystkræft" i *Sygeplejersken* nr. 4/2009.

I *Sygeplejersken* nr. 4/2009 er der artikler om brystkræft og natarbejde. Det er tankevækkende læsning, men som det fremgår af artiklerne, er der behov for mere forskning på området. Materialet nævner ikke, om der er taget højde for rygevaner i forbindelse med natarbejdet. Der nævnes nogle forslag til, hvad arbejdspladsen bør tilbyde – bl.a. rådgivning om søvn, kost og motion. Hertil burde tilføjes "eventuelt tilbud om rygeafvænnelse".

*Ellen Pingel er efterlønsmodtager i Kreds Syddanmark.*

"Vi ved, at de mest veluddannede har størst gavn af de sundhedsfremmende og forebyggende tilbud, når der sammenlignes med de kortest uddannede. Kommunerne kan levere nok så mange tilbud til borgerne og selv indføre restriktive politikker og regler, men de lokale tiltag skal understøttes af de nationale tiltag."

Ove E. Dalsgaard og Uffe S. Jensen, borgmestre (S),  
Ballerup og Fredericia, i Politiken 27. marts 2009.

## HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

### Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er sygeplejersker gode til at markere sig i sundhedsdebatten?

Læs "Hvem tager prisen?" side 13 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 5/2009:

Kunne du lokkes til at skifte arbejdsplads med tilbud om spabad, fitness og take away-mad?

Svar	antal	pct.
Ja	111	52,1
Nej	85	39,9
Ved ikke	17	8,0
<b>I alt</b>	<b>213</b>	<b>100</b>

## 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](http://www.sygeplejersken.dk) > Manuskriptvejledninger > 8. Debatindlæg i *Sygeplejersken*

### Debatindlæg sendes til:

*Sygeplejersken*, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K, eller via e-mail til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

## Temaeftermiddag for ledere

### Præmisserne for offentlig ledelse!

Lyt til og diskutér med professor Ove Kaj Pedersen

Krav om dokumentation. Styring. Reformen. I kender det sikkert alt for godt fra det daglige lederjob i det offentlige sundhedsvæsen. Men kender I også præmisserne for fremtidens offentlige ledelse, og hvordan professionaliseringen af ledelse kan styrkes?

Dansk Sygeplejeråd afholder temaeftermiddag for ledende sygeplejersker og deres tværfaglige lederkolleger. Ove Kaj Pedersen, professor CBS, København, holder oplæg:

### Tid og sted

4. maj 2009 kl. 13.15 – 16.30, Dansk Sygeplejeråd, Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København

Tilmeld dig selv og en lederkollega: [kursusadm@dsr.dk](mailto:kursusadm@dsr.dk)  
Frist: 20. april 2009.

Læs detaljeret program: [www.dsr.dk/temaeftermiddag](http://www.dsr.dk/temaeftermiddag)  
Pris: 200 kr. for medlemmer og 400 kr. for ikke medlemmer  
Der er en let servering.





AALBORG UNIVERSITET



# Master i SUNDHEDSINFORMATIK

- videreuddannelse når DU har tid!

SØG IND NU via [www.sundhedsinformatik.aau.dk](http://www.sundhedsinformatik.aau.dk)



Sekretariat:

**Virtuelt Center for  
Sundhedsinformatik**

Aalborg Universitet

Fredrik Bajers Vej 7D · DK-9220 Aalborg Ø

Tel: +45 9940 9880/8809 · [info@v-chi.dk](mailto:info@v-chi.dk)

## Jane Gjødsbøl Thorsen



Vi har mistet en meget værdsat og fagligt dygtig oversygeplejerske og kollega. Jane Gjødsbøl Thorsen faldt om på sit arbejde og døde pludseligt den 22. januar 2009.

Jane blev uddannet sygeplejerske ved Vejle Amts Sygeplejeskole, hvorpå hun videreuddannede sig til anæstesisygeplejerske.

Jane har været ansat på Århus Kommunehospital, Psykiatrisk Hospital i Risskov samt på Århus Amtssygehus, senest som oversygeplejerske på Medicinsk Endokrinologisk afdeling C på Århus Sygehus fra 1995.

Jane var en meget afholdt oversygeplejerske, som engagerede sig dybt i afdelingens arbejdsmiljø og den enkelte medarbejders trivsel.

Som leder havde Jane en ganske særlig evne til at se den enkelte medarbejder og forstå at gøre forskelligheden til noget særligt.

Janes meget omfattende organisatoriske og ledelsesmæssige indsigt medvirkede til indførelsen af den tværfaglige teamfunktion på afdelingen, hvilket i 1998 indbragte afdelingen Århus Amts Kvalitetspris.

Jane opbyggede en stor faglig, praktisk og organisatorisk indsigt og kompetence gennem sin ansættelse som faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråd i Århus Amt, inden hun blev ansat som oversygeplejerske. Denne organisatoriske indsigt og kompetence gjorde, at Jane meget professionelt styrede processer i afdelingen og arbejdede med høj grad af uddelegering af ansvar og kompetencer.

Jane var som menneske ærlig og ligefrem, og hendes væsen reflekterende og eftertænksomt.

Vi vil savne Jane.

Vores tanker går til Janes familie.

Æret være hendes minde.

*På sygeplejepersonalets vegne på  
Medicinsk Endokrinologisk afdeling C, Århus Sygehus:  
Birte Mors, Marianne Eshøj og Guri Engmark, afdelingssygeplejersker,  
Annesofie Lunde Jensen, klinisk sygeplejespecialist.*

*På oversygeplejerskerådets vegne:  
Trine Bøje og Susanne Konnerup, oversygeplejersker.*

## Bente Jensen



Beskeden om, at Bente Jensen ikke er iblandt os mere, kom helt uventet og fik alt andet omkring os til at forstumme. Vi har mistet en sjælden god kollega. Bente startede sin uddannelse på Testrup Højskole og blev uddannet fra Viborg Sygehus i 1970.

Bente virkede de første år som operationssygeplejerske, hvorefter hun i næsten 25 år var ansat som hjemmesygeplejerske i Nørager og Rebild. I alle disse år har hun ydet en meget velkvalificeret pleje og omsorg. Hun var en meget afholdt sygeplejerske og vil savnes i mange hjem.

Bente var ung af sind, lattermild, fuld af energi, ærlig og oprigtig. Bente var med sit rolige og venlige væsen altid til stede, hvor der var brug for hjælp og nærvær. Bente besad en speciel evne til at favne og rumme vanskelige situationer og kunne finde de positive sider ved sine medmennesker.

Under kommunesammenlægningen og flere omstruktureringer var Bente i stand til at følge med både fysisk og psykisk. Bente har været vejleder for mange sygeplejestuderende, der som os andre har nydt godt af hendes store faglige og menneskelige viden.

Bente brugte ikke tid på bagateller, men var i stand til at finde værdier, der var større.

Vi var aldrig i tvivl om, at det vigtigste for Bente var hendes familie. Det var tydeligt, at den kærlighed, hun her gav og modtog, var drivkraften.

Vi vil altid mindes Bente med taknemmelighed og respekt.

Vore varmeste tanker går til Jens Peter, Anders, Lars og deres familier.

*Tidligere og nuværende sygeplejerskekollegaer.*

# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 40  
Faglig information >> 40  
Agenda >> 46  
Testen >> 54  
Anmeldelser >> 55  
5 faglige minutter >> 58

## Rutiner kan redde patienten

>> 42

Opgaveflytning  
i psykiatrien >> 48

Når opgaveglidning bliver  
til opgaveflytning >> 52

FOTO: SIMON KNUDSEN

## &gt;&gt;&gt; FAGTANKER

## Skøn har erstattet systematik

At hælde barnet ud med badevandet er et udtryk, der dækker over, at man er for hurtig og smider noget ud, som skulle have været bevaret, barnet f.eks.

Sådan er det i en vis udstrækning gået med måling af vitale parametre, dvs. puls, blodtryk, respirationsfrekvens og iltmætning. Faste rutinemålinger, ofte ukristeligt tidligt om morgenen, er erstattet af skøn, som ikke i alle tilfælde fanger de patienter, som er ved at udvikle kritisk sygdom. Spørgsmålet er, om man har smidt målingerne ud med badevandet. Denne uges topartikel, "Rutiner kan redde patienten" side 42, lægger op til diskussion om, hvorvidt rutinemålinger i et vist omfang skal genindføres, hvem der skal foretage målingerne, og hvis ansvar det er, at plejepersonalet kan reagere på unormale vitale parametre. Målingerne er vigtige, ja, men mindst lige så vigtigt er det, at den, der måler, ikke blot trækker på skuldrene ad unormale målinger og beslutter at se tiden an et par timer endnu. Det kan koste liv.

Topartiklen beskriver en undersøgelse fra et hospital, men hvordan ser det ud med vitale parametre i hjemmeplejen? Måske er der borgere, som har et væsentligt højere blodtryk, end hjemmesygeplejerskerne ville bryde sig om – hvis de vidste det.



Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



# E-læring og E-portfolio i sygeplejerskeuddannelsen

AF TRINE UNGERMANN FREDSKILD, SYGEPLEJERSKE, PH.D.

**Artiklen henvender sig til alle med interesse for sygeplejestudiet. Hovedbudskabet er, at fjernstudiet til sygeplejerske indebærer specielle didaktiske udfordringer, og her er en elektronisk portfolio et vigtigt redskab. Artiklen er baseret på forfatterens ph.d.-afhandling "Studieformer i sygeplejerskeuddannelsen".**

Sygeplejerskeuddannelsen som fjernstudium blev udbudt første gang i 2001 i Slagelse og senere, i 2003, i Sønderborg. Fjernstudiet er bygget op, så den kliniske del er uændret i såvel indhold som omfang. Det er altså kun den teoretiske del af uddannelsen, der udbydes som fjernstudium, og de studerende skal selv læse pensum, og de har læringsplatformen BlackBoard og seminarerne til at få afklaret det, de ikke forstår.

Med fjernstudieformen rekrutterer vi flere studerende, men også en speciel gruppe studerende. De er ældre, de har ofte en anden uddannelse bag sig, de har familie, børn, job og andre forpligtelser ved siden af studiet.

### Kan man studere sygepleje hjemmefra?

Ved etableringen af fjernstudiet var reaktionerne mange og skeptiske: Bliver de studerende tilstrækkelig dygtige? Kan de bevare kontakten til virkeligheden?

Ph.d.-projektet "Studieformer i sygeplejerskeuddannelsen" har på bl.a. denne baggrund søgt at besvare spørgsmålene om, hvilken betydning fjernstudieformen har for

- læreprocesserne
- udviklingen af de studerendes kliniske grundlæggende sygeplejefærdigheder
- de studerendes omgang og samarbejde med patienter, medstuderende og lærere
- udviklingen af de studerendes fagsprog.

Metoden er en komparativ undersøgelse af sygeplejerskeuddannelsen udbudt under den traditionelle studieform, via fjernstudium og som merituddannelse. Metoden omfatter observation og interview, og som teoretisk ramme og analytisk perspektiv anvendes Etienne Wengers teori om læring i praksisfællesskaber.

### Vigtige didaktiske udfordringer

Projektet viser, at de fjernstuderendes baggrund, alder, erfaring mv. får såvel studiemæssige som didaktiske konsekvenser, som tilrettelæggelsen af studiet skal kunne matche: De fjernstuderende er tvunget til at være bevidste og selektive i deres valg under fjernstudieformen, og det er derfor en udfordring at få læringsdesignet til at fremme, at de kontinuerligt vælger interaktion med andre gennem uddannelsen. Projektet peger her på den elektroniske portfolio.

En elektronisk portfolio er et læringsværktøj med refleksion som det centrale. Portfolioen kræver den studerendes medvirken, og den kan understøtte og strukturere de studerendes kommunikation og samarbejde med lærere, vejledere og studiegruppe og skabe mulighed for kontinuerlig feedback og vejledning. Portfolioen kan også være med til at dokumentere den studerendes personlige og faglige udvikling gennem uddannelsen. I relation til den kliniske undervisning ligger udfordringen i at medtænke de fjernstuderendes personlige erfaringer og benytte sig af deres trang til at vide, hvor og hvordan de finder svarene på de spørgsmål, de står over for. En tankegang, der også er i harmoni med portfolio tanken, hvor de studerende gennem portfolioarbejdet netop skal opnå meningsfuldhed, så deres involvering og ejerskab i forhold til læring øges.

### Fremtidens sygeplejestuderende

Resultaterne viser ikke, at de fjernstuderende bliver bedre sygeplejersker, men at de, i kraft af studieformen, oparbejder nogle gode studievaner. De er således meget målrettede og strukturerede i deres måde at studere på, og de bringer deres personlige erfaringer og kompetencer i spil i uddannelsen. Afhandlingen viser, at det at have

fokus på spændingsfeltet mellem erfaring og kompetence kan optimere læringspotentialet.

På baggrund af forskningsresultaterne og et lokalt kompetenceudviklingsprojekt (KONK – Kompetencenøgler og kompetenceevaluering i professionsuddannelserne) på University College Syd arbejder både ordinære og fjernstuderende i dag med en elektronisk portfolio i sygeplejerskeuddannelsen.

*Trine Ungermann Fredskild er lektor på UC Syd, Sygeplejerskeuddannelsen i Sønderborg; TUF@ucsyd.dk*

Man kan læse mere om ph.d.-projektet i artiklerne:

- Fredskild UT. Optimizing the learning potential for the distance learning students. 2008. Kan hentes på [http://eeced.campussource.de/current\\_issue/](http://eeced.campussource.de/current_issue/)
- Fredskild UT. Distance learning students in "communities of practice". 2008. Kan hentes på <http://www.seminar.net/current-issue/distance-learning-students-in-communities-of-practice>

## Test af tværfagligt undervisningsprogram til patienter med Parkinsons syge

*Lindskov S, Westergren A, Hagell P. A controlled trial of an education program for people with Parkinson's disease. Journal of Clinical Nursing. 2007;16(11c):368-376.*

**R** *Formål:* At evaluere effekten af et tværfagligt undervisningsprogram i forhold til helbredsstatus hos patienter med Parkinsons syge.

*Metode:* I denne svenske undersøgelse indgik 98 patienter, der havde haft Parkinsons syge fra 0-25 år, patienternes gennemsnitsalder var ca. 70 år, og der deltog 55 pct. mænd. Patienterne blev delt i en interventions- og i en kontrolgruppe. Interventionsgruppen modtog to timers undervisning en gang om ugen i seks uger. Undervisningen var tilrettelagt som en dialog og blev varetaget af et tværfagligt team. Hvert hold bestod af 6-8 patienter med pårørende, hvis patienten ønskede dette. Effekten af undervisningsprogrammet blev vurderet i forhold til selv vurderet helbred ved hjælp af et velafprøvet spørgeskema. Data er opgjort statistisk.

*Resultater:* Der var ikke signifikante forandringer i forhold til patienternes selv vurderede helbred, hverken mellem grupperne eller inden for grupperne.

*Bemærkninger:* Denne undersøgelse viste ikke nogen effekt af den undervisning, der blev givet til patienterne. Men artiklen er interessant alligevel, fordi den gennemgår relevant litteratur om patientundervisning af patienter med Parkinsons syge, men også fordi den kan inspirere til didaktiske overvejelser ved tilrettelæggelse af patientundervisning.

*Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
Center for Kliniske Retningslinjer  
– nationalt clearinghouse for sygepleje,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab;  
pup@sygeplejevid.au.dk*

## Litteraturgennemgang af sygeplejeledede undersøgelser om vægttab hos patienter i primærsektor

*Brown I, Psarou A. Literature review of nursing practice in managing obesity in primary care: developments in UK. Journal of Clinical Nursing. 2008;17:17-28.*

**R** *Formål:* At gennemgå empiriske studier om sygeplejerskers praksis i primærsektor i forhold til at håndtere overvægt hos voksne.

*Metode:* I dette litteraturstudie indgår kun undersøgelser fra England. Der blev søgt i databaserne CINAHL, Medline, AMED, EMBASE, PsychINFO, BNI og ASSIA. Derudover blev der foretaget hånd søgning. Artikler frem til 2005 blev inkluderet. Der fremkom i alt 11 artikler, der indgik i analysen.

*Resultater:* Sygeplejersker har hovedsageligt praktiseret individuel støtte i forbindelse med en lægepraksis. Der blev generelt givet mundtlig vejledning om livsstilsændringer. Der foreligger ingen dokumentation for, at denne form for intervention har haft nogen effekt. I to studier var det forsøgt at undersøge effekten af at indføre en egentlig protokol for håndtering af overvægt. I bedste tilfælde havde interventionen en positiv effekt hos 10 pct. af deltagerne.

*Bemærkninger:* Overvægt er et tiltagende problem i befolkningen. Det er oplagt, at sygeplejersker i lægepraksis vejleder om vægttab, men det lader til, at der mangler forskning, der kan vise, hvordan opgaven skal gribes an.

*Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
Center for Kliniske Retningslinjer  
– nationalt clearinghouse for sygepleje,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab;  
pup@sygeplejevid.au.dk*

# Rutiner kan redde patienten

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR • FOTO: SIMON KNUDSEN

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker på medicinske og kirurgiske afdelinger, som interesserer sig for den kritisk syge patient og vitale parametre forstået som puls, blodtryk, iltmætning og respirationsfrekvens. Artiklen er baseret på en videnskabelig undersøgelse fra Herlev Hospital og på kommentarer til undersøgelsen fra tre sygeplejersker og en sygeplejestuderende. Artiklen lægger op til diskussion om vitale parametres betydning i pleje og behandling.**

Patienten føler sig pludselig voldsomt syg og får en fornemmelse af at skulle dø. Han er blevet bypass-opereret for to dage siden, og alting er forløbet planmæssigt, men den akutte og ekstreme følelse af utilpashed får patienten til at reagere. Der er to sygeplejersker til stede på stuen, de taler sammen om noget privat. Patienten får fremstammet:

”Jeg har det dårligt, kan I hjælpe ...”

”Du må vente et øjeblik,” lyder svaret, hvorefter sygeplejerskerne fortsætter samtalen. Først da patienten for tredje gang beder om hjælp, reagerer sygeplejerskerne, og patientens liv bliver reddet ved akut lægelig indgriben.

Historien fandt sted på et universitetshospital i det tidlige efterår 2008.

Alle normer for god klinisk praksis taler for, at sygeplejerskerne skulle have afbrudt deres samtale, observeret patienten og målt hans blodtryk og puls øjeblikkeligt.

## Behov for systematiske observationer

I en videnskabelig artikel med titlen: ”Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards” publiceret i det videnskabelige tidsskrift *Resuscitation* i 2008 beskrives et forskningsprojekt fra Herlev Hospital, hvor formålet var at undersøge patienternes vitale parametre, personalets opmærksomhed på parametrene og patienternes mortalitet (1). Konklusionen på undersøgelsen var, at 155 patienter ud af 877 havde unormale vitale parametre, og at hverken læger eller sygeplejersker var klar over det i 67 tilfælde.

Det har konsekvenser for mulighederne for at identificere risikopatienter og gribe ind i tide.

Artiklen har tidligere været omtalt i *Dagens Medicin* under overskriften ”Sløseri på hospitalerne fører til patientdødsfald” (2).

Artiklen i *Resuscitation* viser, at sygeplejersker og læger på de fem afsnit, undersøgelsen dækker, ikke var vidende om, at en gruppe patienter havde unormale vitale parametre, forstået som puls, blodtryk, respirationsfrekvens og iltmætning i blodet (1).

Undersøgelsen blev udført på to kirurgiske og tre medicinske afsnit på Herlev Hospital. Studerende, der var trænet i proceduren, målte vitale parametre på ca. 50 patienter hver aften over en to måneders periode og interviewede sygeplejerskerne om de patienter, som havde unormale parametre.

Undersøgelsen viste også, at hospitalsdødeligheden var tre gange højere for patienter med unormale vitale parametre, dødeligheden inden for 30 dage var tre gange højere og to en halv gange højere inden for 180 dage. Det er derfor nødvendigt at forbedre mulighederne for at identificere og observere

risikopatienter og handle på observationerne, skriver undersøgelsens forfattere.

Undersøgelsens resultater kan undre, specielt i en tid der er præget af nøgleord som kvalitet, evidens og patientsikkerhed. Hvad mener nuværende og tidligere aktører i sundhedsvæsenet om undersøgelsens fund, og hvilke forslag har de til forbedringer?

## Individualiseret sygepleje

Sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd og primus motor ved oprettelsen af Sygeplejehistorisk Museum, Kirsten Stallknecht, berører i sin kommentar til artiklen den stærkt individualiserede tilgang til patienterne. Hun mener, at de gamle former med fast temperaturmåling, blodtryksmåling, registrering af væskeindtagelse og urinudskillelse er afløst af en mere tilfældig og individuel vurdering af den enkelte patient, fordi observation er blevet nedprioriteret. Sygeplejerskerne ser patienterne i så uendelig kort tid, at de ikke har mange chancer for at observere tendenser, dvs. om patienterne er blege, urolige, langsommere eller mere rødmosede end sædvanligt, forklarer hun og slår fast, at det er til stor skade for patienterne og for sygeplejen, at direkte observation har så trange kår.

”Det handler i sidste ende om patienternes liv og livskvalitet, og sygeplejersker har altid hævdet, at de står på patienternes side,” siger hun.

Kirsten Stallknecht ønsker mere tid til og træning i observation i uddannelsen af sygeplejersker og ikke mindst social- og sundhedsassistenter, som er dem, der ofte er patienterne nærmest i det praktiske arbejde.

## Sjusk kan komme af mange ting

I den nationale studieordning for sygeplejerskeuddannelsen, der trådte i kraft den 1. februar 2008, er der lagt vægt på målinger af vitale parametre og observation af patienten (3). Tre moduler ud af uddannelsens i alt 14 har i større eller mindre omfang observation, analyse og handling på dagsordenen, og formanden for Sygeplejestuderendes Landssammenlutning, Anja Skov Refsgaard, ser da heller ikke noget problem i, at sygeplejestuderende, den dag de bliver sygeplejersker, ikke er fuldbefarne i at observere patienterne. Hun mener ikke, at patienterne skal være nervøse, for de sygeplejestuderende har fået undervisning i at kontrollere folk.

”Det er ofte en social- og sundhedsassistent, en sygeplejestuderende eller en social- og sundhedsassistentelev, som måler patientens parametre, og hvis de ikke reflekterer over eller handler på de informationer, de får, så skal det jo gå galt,” siger hun.

Anja Skov Refsgaard slår fast, at sjusk kan komme af mange ting, f.eks. fysisk og psykisk hårdt pressede



Måling af vitale parametre, forstået som puls, blodtryk, iltmætning og respirationsfrekvens foregår ikke længere rutinemæssigt hos medicinske og kirurgiske patienter. Når de vitale parametre bliver målt, er sygeplejersker og læger ikke altid klar over, at målingerne er unormale, fordi det personale, som foretager målingerne, ikke reagerer på unormale værdier.

arbejds miljøer og mangel på sygeplejersker og læger. Hun peger på, at den person, som måler vitale parametre, skal kunne reagere adækvat på den information, der fås gennem målingerne, og hun ser et presset arbejdsmiljø som en trussel mod patienternes sikkerhed.

### Kurser er kuren

Klinisk sygeplejespecialist Lene Koldborg er ansat på Herlev Hospital på apopleksiafsnit 108, afdeling N, hvor der tidligere har været problemer med at identificere risikopatienter. Her har man gjort en indsats for at forbedre indsatsen over for disse patienter.

”Patienten er dårlig,” sagde vi, og det var meget upræcist. Nu har vi dels indført kurset ”Den kritisk syge patient,” dels benytter vi en ny uddannelsessimulator, og begge dele skal forbedre patientsikkerheden og øge personalets evne til at registrere akutte ændringer i patientens tilstand og reagere korrekt på ændringerne,” forklarer Lene Koldborg.

Hun fortæller, at kurset ”Den kritisk syge patient” har fokus på

- tidlige tegn på kritisk sygdom
- tidlig indsats over for og behandling af tidlige tegn på kritisk sygdom
- teamsamarbejde omkring en kritisk syge patient.

### ))) BOKS 1. KVALIFICERING AF MÅLINGER

Tiltag, der ifølge artiklen kan kvalificere målinger af patientens vitale parametre og observation af patienten:

- Veluddannet personale
- Gunstigt arbejdsmiljø
- Kurset ”Den Kritisk syge patient”
- Brug af uddannelsessimulator
- Inspiration fra magnethospitaler
- Etårigt introduktionsforløb
- Sygeplejefaglig vejledning.

Kurset er baseret på en systematisk tilgang til patienten udtrykt i genkendelige remser som f.eks. se, føl, lyt, mål.

Kurset er udviklet af læge Lone Fuhrmann, en af forskerne bag den videnskabelige undersøgelse, i samarbejde med de enkelte afdelinger og Dansk Institut for Medicinsk Simulation. Det er ledsaget af en materialesamling på 25 sider, som er pædagogisk bygget op med bokse og kortfattede opsummeringer.

”Kurset har gjort, at vi målrettet spotter de kritisk syge,” siger Lene Koldborg.

Hun fortæller, at kurset foregår vha. en uddannelsessimulator, der er bygget op efter samme princip som i pilotverdenen, bare med fokus på vitale parametre. )

Måling af puls og iltmætning.



]] tre. En kritisk syg patient (en computerdukke) spytter data ud, og situationen eskaleres. Selv Superman kommer ud at flyve, forstået sådan, at selv den dygtigste kliniker kan blive bragt ud af fatning. Bagefter arbejder personalet med at lokalisere det, der gik godt. Hver seance bliver optaget på video, så det er muligt at studere, hvad det egentlig var, der skete i forløbet. Kommunikationen bliver analyseret, og der er læringsmål for hver situation. Opsamlingen er båret af principper om anerkendelse, og alle har tavshedspligt.

Fire personalemedlemmer deltager hver gang; læger, sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter.

Lene Koldborg mener, at kurset er godt for nyanstattede sygeplejersker, de kommer tilbage og siger, at de har lært noget. For assistenterne er det rart at få sat teori på det, de gør i dagligdagen.

Tidligere havde man på apopleksiafsnittet værdier, men det er Lene Koldborgs erfaring, at personalet ikke reflekterede over de værdier, de målte. Det har ændret sig efter kurset.

”Vi har f.eks. et SIP-skema i dag (Stroke In Progression), og nu spørger personalet: ”Hvorfor er der ikke SIPPET klokken 04?””

Lene Koldborg slår fast, at kendskabet til værdierne er sygeplejerskernes ansvar. Ingen kommer på arbejde for at være ansvarsløse. Derfor skal sygeplejersker blive ved med at uddanne sig, bruge deres kliniske blik og gå tæt på patienten, mener hun.

”Ud fra et patientsikkerhedsmæssigt synspunkt er det uacceptabelt ikke at kende patientens skæve værdi. Tænk, hvis man var en af dem!”

Lene Koldborg repræsenterer et afsnit, hvor man har gjort noget ved problemerne med upræcise observationer, og undersøgelsens resultater kom derfor bag på hende.

”Stikker jeg mig selv blå i øjnene? Reflekterer vi slet ikke?” lød den umiddelbare kommentar.

### Lær af magnethospitalerne

Vibeke Krøll er chefsygeplejerske på Århus Universitetshospital, Skejby, et af landets mest specialise-

rede hospitaler med 452 senge og 2.700 fuldtidsstillinger.

Vibeke Krøll roser forskerne bag artiklen i Resuscitation for at bringe emnet op og for de forbedringer, de nævner i artiklens sidste del. Forbehold, der bl.a. dækker over, at undersøgelsen udelukkende fokuserer på vitale parametre, effekten på personalet, når der pågår et forskningsprojekt på afsnittet, og statistisk usikkerhed i forbindelse med antallet af patienter i de enkelte grupper.

Vibeke Krøll efterlyser, at man havde undersøgt kendskab til andre parametre, f.eks. patienternes farve, hudtemperatur, bevidsthedsniveau, urinudskillelse og appetit. Områder, som sygeplejersker samlet set inddrager, når de observerer en patient.

”De får så måske ikke lige målt et blodtryk hele tiden,” siger hun.

Vibeke Krøll mener, at det er en god idé at skele til magnethospitalerne, som er arbejdspladser, der har en særlig evne til at tiltrække og fastholde sygeplejersker med en høj faglig standard (4).

”Hvad er det, der skaber gode resultater for patienterne?” spørger Vibeke Krøll og leverer selv svaret:

”Kulturen er vigtig, og fra forskning i magnethospitaler ved vi, at tid brugt på patienten, god tværfaglig kommunikation, retten og pligten til at udvikle sygeplejen, gode udviklingsmuligheder, høj kompetence og høj andel af sygeplejersker i normeringen tilsammen er væsentlige faktorer.”

Vibeke Krøll mener ikke, at patienterne skal være nervøse. På Skejby har man f.eks. fine tal for overlevelsen for kronisk syge patienter med hjerteinsufficiens.

### Styrke, tro og selvværd

På Skejby gør man meget for, at nyuddannede sygeplejersker ikke skal miste modet over det store an-

#### ]]]] BOKS 2. SPØRGSMÅL TIL DISKUSSION

- Hvor hyppigt får patienterne på din afdeling/arbejdsplads målt vitale parametre i form af puls, blodtryk, iltmætning og respirationsfrekvens?
- Hvem udfører målingerne?
- Kan de personalemedlemmer, som måler vitale parametre, reagere hensigtsmæssigt, hvis et eller flere parametre er unormale?
- Kan alle personalemedlemmer identificere og observere risikopatienter og handle på observationerne?
- Er det en idé at indføre rutinemålinger af vitale parametre hos nyindlagte patienter for at forhindre uventede dødsfald?



svar, de føler, de står med. Her får alle et års introduktion som indbefatter faglig vejledning 10 gange.

Det er chefsygeplejerskens opfattelse, at faglig vejledning giver styrke, tro og selvværd, for erfaringen er, at det tynger og giver den nyuddannede søvnløse nætter, når patienten reagerer anderledes, end hun har lært.

Vibeke Krøll mener, at der er grund til at være opmærksom på det medicinske område:

”Antallet af senge går ned, det fører til overbelægning og presset personale. I artiklen i Resuscitation har kun 14 patienter to unormale vitale parametre. Det kan blive en udfordring i fremtiden. Måske vil der være flere unormale vitale parametre, men færre muligheder for at finde dem.”

Vibeke Krøll har som chefsygeplejerske været med til at styrke den faglige introduktion for nyuddannede sygeplejersker, og hun lægger vægt på, at ledelsen lader sig inspirere af magnethospitalerne for at skabe gode resultater for patienterne. Hun mener ikke, at patienterne har grund til at være bange for at udvikle unormale vitale parametre, som plejepersonalet overser.

### Patienterne skal ikke være nervøse

Patienterne bliver set, kontrolleret og observeret i tilstrækkelig grad og har ikke grund til at være nervøse, lyder det generelt i kommentarerne til undersøgelsen, men flere steder er der en indsats i gang, som skal gøre observationerne mere kvalificerede (se boks 1 side 43).

At fundene i den videnskabelige artikel afspejler en modsætning mellem naturvidenskab og humanvidenskab i sygeplejen, afvises af alle kilder. Som Kirsten Stallknecht formulerer det: ”Det er nonsens at tale om omsorgsrettet sygepleje kontra fysisk sygepleje, det er to sider af samme sag.”

Lene Koldborg er enig. Man er både naturvidenskabeligt og humanvidenskabeligt orienteret på samme tid:

”Man kan ikke være enten det ene eller det andet. Folk dør af det.”

### Ansvar for plejen

De velbeskrevne accelererede forløb kan tolkes som en reaktion på, at både pleje og behandling har manglet et evidensbaseret grundlag. Disse forløb tilsiger sygeplejersker og andet plejepersonale at måle specifikke parametre på specifikke tidspunkter i patientforløbet.

Det er dog ikke alle patienter, som kan presses ind i forløbsbeskrivelser. Derfor må sygeplejersker aktivt tage stilling til, hvordan de gamle, de svage og dem, der ikke kan karakteriseres som ekspertpa-

tienter, skal observeres, så de ikke ender som uopdagede risikopatienter. Hvis der skal være mening i at fastholde, at sygeplejersker er de bedst uddannede til at varetage den samlede pleje og vurdere kompleksiteten omkring en patient, hører ansvaret for målinger af vitale parametre med (se boks 2 side 44).

### Patientklagenævnet viser vej

En medicinsk patient har kræft med metastaser til hjerne og ryg. Patienten bliver i tre dage passet af en sygeplejestuderende uden supervision fra afdelingens faste sygeplejersker. Efter anvisning koncentrerer den sygeplejestuderende sig om sociale og psykiske problemer. Sagen ender i Sundhedsvæsenets Patientklagenævn pga. problemer med fejlmedicinering. Her er afgørelsen klar: Da der er tale om en svært syg patient med komplicerede plejebehov, er det under normen for almindelig anerkendt faglig standard, at afdelingens faste sygeplejersker overlader plejen til en sygeplejestuderende uden den nødvendige supervision (5).

Andre af nævnets afgørelser peger på, at sygeplejerskers manglende registreringer af vitale parametre kan føre til patientdødsfald og påtale.

Med andre ord er det sygeplejerskerne ansvar, at de mest syge ikke passes af de dårligst uddannede, og at de, der foretager målinger af vitale parametre, kan reagere på uregelmæssigheder.



Måling af respirationsfrekvens.

## Kend tegnene og reagér

Act F.A.S.T. er den korte og gode titel på en national kampagne, der skal gøre briterne opmærksomme på tidlige tegn på apopleksi.

F står for face: Hænger ansigtet på den ene side, kan personen smile?

A står for arms: Kan personen hæve begge arme i vejret og holde dem der?

S står for speech: Er personens tale utydelig?

T står for Time: Hvis nogle af ovenstående tegn ses hos en person, er det tid at ringe 112.

Når rocksangeren Sanne Salomonsen i dag hopper rundt på scenen med en mikrofon i hånden, er hun et tydeligt bevis på, at tidlig behandling betyder færre handicap og dermed større mulighed for at vende tilbage til livet uden at være bundet til en kørestol og til talrige hjælpere.

Act F.A.S.T.-kampagnen er et eksempel på, at engelsk sprog kan have en berettigelse i visse danske sammenhænge, for ordet og de tilknyttede symptomer er til at huske. Kend tegnene og reagér. Hurtigt. Ca. 15.000 mennesker rammes årligt af apopleksi i Danmark, og 40 pct. dør. En del af de overlevende lider af halvsidig lammelse og talebesvær.

Måske er det en idé at få målt blodtrykket til en start.

Læs mere på [www.nhs.uk/actfast](http://www.nhs.uk/actfast)

(jb)

## Medicinsk humor

Fuldstændig udmattet nåede manden op på 5. sal. "Doktor, hvad skal jeg gøre for at få det bedre?" spurgte han fortvivlet. "De skal spise mindre, tabe 25 kilo, holde op med at ryge og drikke, og så skal de søge øjenlæge."

"Øjenlæge?" spurgte manden forvirret. "Ja, for så kan De læse skiltet; lægekonsultationen er på 1. sal, og jeg er arkitekt!"

Vitsen er hørt på en firesengsstue, og latter og humoristisk sans skal være mere end velkommen inden for sundhedsvæsenet. Latter og humor øger ikke kun vores livsglæde, den har også en positiv effekt på vores sundhed.

Det har Dansk Selskab for Medicinsk Humor taget til sig, og selskabet har til formål at bringe glæde, humor og livsmod til børn, voksne og gamle på hospitaler, behandlings- og plejehjem, krisecentre, flygtningelejre og børnehjem.

Alle med interesse for humor kan blive medlem og gennem selskabets aktiviteter få udviklet sin humoristiske sans og konkrete redskaber til at skabe bedre sundhedsoplysning og mindre selvhøjtidelighed i sundhedsvæsenet.

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

(er)

### Svar på Testen side 54

1. b. Betyder hornhindebetændelse. 2. b. Forløbene har vidt forskellige symptomer.
3. a. Et typisk symptom er en skygge i synsfeltet, som et gardin, der bliver trukket ned. 4. a. Skelen resulterer i dobbeltsyn eller reduceret dybdesyn. 5. b. Ptose kan også være medfødt.

Kilde: Sygeplejebogen 2. Klinisk sygepleje. Red. Nielsen BK. Gads forlag. 2008. Kapitel 20. Sygepleje til patienter med øjensygdomme.

- >>> Måske er ordet "rutiner" negativt ladet, men for patienterne kan rutiner betyde forskellen på liv og død.

Jette Bagh er fagredaktør på Sygeplejersken; [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)

### Litteratur

1. Fuhrmann, Lippert A et al. Incidence, staff awareness and mortality of patients at risk on general wards. *Resuscitation* 2008;(77):325-30. Tilgængelig på [www.elsevier.com/locate/resuscitation](http://www.elsevier.com/locate/resuscitation) > søg på artiklen.
2. Boysen M. Sløseri på hospitalerne fører til patientdødsfald. *Dagens Medicin*. Fredag d. 13. juni 2008. Nr. 20.
3. Rasmussen KS. Den nye sygeplejerskeuddannelse. *Sygeplejersken* 2008;(11):52-5.
4. Ratenburg A. Magnethospitaler i Danmark. *Sygeplejersken* 2006;(21).
5. Sundhedsvæsnets Patientklagenævn, [www.pkn.dk](http://www.pkn.dk) > sag nr. 0868509. Besøgt d. 19.03.09.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Bagh J. Procedures save patients. *Sygeplejersken* 2009;(7):42-6.

The article describes a research study from Herlev Hospital. The focus of the study is observation of vital parameters, staff awareness of such parameters and patient mortality. The article includes comments on the study by three nurses and one nursing student. The research study shows that patients on general surgical- and medical wards do not systematically undergo measurement of their vital parameters in the form of pulse, blood pressure, oxygen saturation and respiratory rate. When such parameters are measured, nurses and doctors do not always obtain knowledge of abnormal parameters, with resultant consequences in terms of their being able to identify at-risk patients and initiate appropriate measures.

The nurses conclude that the patients have no reason to be nervous of becoming critically ill during the admission, but stress that training measures have been set in motion, which will increase focus on the significance of abnormal vital parameters.

The article raises the question of whether patients will undergo systematic measurement of vital parameters in the future, what measures will be put in place to ensure that staff are trained to identify abnormal measurements, and who is responsible for ensuring that this takes place.

Key words: Vital parameters, abnormal vital parameters, risk patients.

Introduktions- og oplæringsprogram

Retningslinjer for plejepersonale vedrørende patienter til afrusning

Vejledning for vagthavende læge

Journal vedr. patientens alkoholmisbrug og sociale forhold og vejledning til udfyldelse

# Opgaveflytning i psykiatrien

AF MARIANNE POULSEN, SYGEPLEJERSKE, DIPLOMUDDANNELSE I LEDELSE, OG TINA ISAKSEN, SYGEPLEJERSKE, SPECIALUDDANNELSE I PSYKIATRISK SYGEPLEJE

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker.** Hovedbudskabet er, at når sygeplejersker overtager lægeopgaver inden for psykiatrien, kompetenceudvikler det sygeplejerskerne og giver et bedre patientflow. Artiklen er skrevet på baggrund af erfaringer med afrusningspatienter på Psykiatrisk skadestue, Esbjerg.

Afdelingsledelsen ved Psykiatricenter Vest i Esbjerg bad i 2006 afsnitsledelsen i psykiatrisk skadestue om at pege på opgaver, der ville egne sig til opgaveflytning fra læger til sygeplejersker. Baggrunden var et ønske om at frigøre ressourcer hos lægerne for at gøre bedst muligt brug af deres kompetencer, da der var og stadig er lægemangel (1).

Det var ikke muligt for os at finde fortilfælde om opgaveflytning inden for psykiatrien, men i Dagens Medicin fra den 15. november 2007 nævnes flere eksempler i sundhedsvæsenet (2). Hos os var der velvilje fra lægernes side til at afgive opgaver, og efter en arbejdsgruppe gennem to år har arbejdet med projektet, er resultatet blevet, at opgaveflytningen omhandler de ukomplicerede afrusningspatienter og krisepatienter samt ukomplicerede patienter med tilknytning til Klinik for Skizofreni. I denne artikel præsenterer vi nogle af vores erfaringer vedrørende afrusningspatienter.

## Afrusningspatienter

Psykiatrisk skadestue i Esbjerg har årligt ca. 800 observationskrævende abstinensbehandlinger, og afrusningspatienter udgør over 20 pct. af alle patienter (se boks 1 side 49 for mere information om skadestuen).

Vi valgte afrusningspatienterne til opgaveflytning, fordi vi i forvejen havde gode behandlingsstandarder for patientgruppen, men samtidig mente vi, at patientgruppen ville få et kvalitetsløft, hvis sygeplejerskerne overtog flere af opgaverne.

Tidligere var det en læge, der havde en problemafklarende samtale med patienten, optog anamnese, dikterede journalen og ordinerede behandlingen.

Nu modtages afrusningspatienter af en sygeplejerske og/eller en social- og sundhedsassistent, der også optager og løbende fører den specifikke patientjournal til afrusningspatienter. Der tages derefter standardblodprøver, og lægen foretager en somatisk undersøgelse. Lægen vurderer samtidig, om patienten er at anse som kompliceret eller ukompliceret. Komplikationerne kan f.eks. være nystagmus, delirium tremens eller risiko for suicidalitet.

Vurderingen har betydning for den medicinske behandling, og hvorvidt det videre forløb umiddelbart udelukkende kan varetages af plejepersonalet, eller om patienten skal afsluttes af en læge.

## Arbejds- og implementeringsprocessen

Arbejdet med opgaveflytning har været ledet af en arbejdsgruppe, der har udarbejdet instrukser, vejledninger, pjecer mv. og stået for den praktiske implementering.

I opstartsfasen søgte vi erfaringer og litteratur vedrørende opgaveglidning for psykiatriske sygeplejersker, men måtte konstatere, at dette er et underbelyst område. Vores tanke var også, at vi ville deltage på en efteruddannelse for at opkvalificere os, helst en godkendt, i tråd med efteruddannelsen til visiterende sygeplejerske eller behandlersygeplejerske, men der eksisterer ikke én, der umiddelbart kunne overføres til psykiatrien.

Vi arrangerede så fire temadage for at arbejde med de enkelte områder i opgaveflytningen. Her blev de nye instrukser præsenteret, og til alkohol delen havde vi inviteret overlæge, dr.med. Jacob Ulriksen, akutafsnittet Psykiatrisk Center på Gentofte Hospital, der gav en opdatering i den fysiologiske og medicinske viden om alkoholisme generelt og specifikt omkring kindling, som vi efterfølgende implementerede i vores behandling og pleje. Kindling handler om, at der ved gentagen alkoholabstinens sker en gradvis forværring af alkoholabstinensreaktionens



Kompetencebeskrivelse for den kompetente sygeplejerske

Kompetencebeskrivelse for den kompetente social- og sundhedsassistent

Instruks for ansvarshavende sygeplejerske

Patientpjecer

sværhedsgrad, en øget sensibilisering af hjernen, hvorfor der i disse tilfælde anbefales en aggressiv medicinsk behandling (3).

Vi fik nogle artikler vedr. alkoholmisbrug og de bagvedliggende mekanismer med hjem som hjemmearbejde (4,5) og fik diskuteret holdninger og menneskesyn i forhold til afbrusningspatienter. Her tog vi udgangspunkt i en artikel fra *Sygeplejersken* (6).

På temadagene var der også undervisning i baggrundsstof og øvelser i at føre journalen og undervisning om anafylaksi. Alle sygeplejerskerne måtte desuden på kursus for at lære at anlægge venflon.

Selv om den megen ny viden var spændende og lærerig, var det til tider svært at forestille sig, hvordan det endelige resultat skulle tage sig ud, og hvordan vi skulle komme dertil. Her gav bl.a. de kontakter og studiebesøg, vi havde undervejs, ny energi og inspiration (se boks 2 side 50).

Da vi startede implementeringen, var det sommerferieperiode, hvorfor vi valgte en paraplyorganisation til at forestå implementeringen. Forstået på den måde, at én bestemt sygeplejerske var tovholder for fire sygeplejersker, som var udpeget til resursepersoner. Disse var fordelt i de forskellige vagter og havde til opgave at efterspørge, hvordan implementeringen forløb, og hvilke tvivlsspørgsmål der dukkede op, og viderebringe disse ting til tovholderen. Denne arbejdede derefter på en hurtig afklaring, ofte i samarbejde med overlægen og afdelingssygeplejersken.

Tovholderen havde møde med afdelingssygeplejersken hver 14. dag med opgaveflytningen som fast punkt på dagsordenen. Der blev også indført en logbog, hvor den enkelte kunne skrive spørgsmål og/eller udtrykke tvivl. Efter de første to uger gennemførte vi en evalueringsrunde.

### Nødvendige redskaber

I forhold til den ændrede opgavefordeling inden for afbrusningsområdet har vi udarbejdet følgende redskaber og materiale:

#### *Introduktion og oplæring for nyansatte.*

Introduktionsprogrammet er også et oplæringsprogram. Her beskrives detaljeret, hvordan der opnås kompetence til de helt specifikke områder i psykiatrisk sygepleje, herunder sygeplejen til afbrusnings-

patienter. Programmet omhandler også emner som konflikthåndtering, brug af Gaff, i.v.-kursus og hjer-testopkursus. Der er henvisninger til den litteratur, vi anvender som referenceramme i afsnittet. Der er udpeget resursepersoner inden for alle områder i programmet, og introduktionen og oplæringen lægger sig tæt op ad kompetencebeskrivelserne og er ret omfattende. Der er tilknyttet en mentor til alle nyansatte.

**”Opgaveflytningen omhandler de ukomplicerede afbrusningspatienter og krisepatienter samt ukomplicerede patienter med tilknytning til Klinik for Skizofreni.”**

#### *Retningslinjer for plejepersonale*

Her beskrives modtagelse af patienten til afbrusning, observationer, behandling og sygeplejen til afbrusningspatienterne detaljeret. Målet hos os er, at ingen patienter må udvikle delirium.

#### *Vejledning for vagthavende læge*

Her beskrives det lægefaglige vedrørende patienter til afbrusning og alkoholabstinensreaktion, herunder delirium tremens og Wernickes Encephalopati.

#### *Journal og vejledning til udfyldelse*

Der blev udarbejdet en ny journal rettet specifikt til afbrusningspatienter. Denne er afprøvet og justeret i perioden juli til december 2008 og omfatter: patientens alkoholforbrug, abstinenssymptomer, sociale

### ))) BOKS 1. PSYKIATRISK SKADESTUE I ESBJERG

Har eksisteret siden den 1. august 1989, siden september 2005 som en døgnåbent, uvisiteret skadestue. Skadestuen har syv senge, og der er mulighed for overnatning. I 2007 var der 4.800 patienter gennem skadestuen.

Det ledelsesmæssige ansvar varetages af en overlæge, en afdelingssygeplejerske og en souschef (sygeplejerske). Den samlede normering er 23,35. To tredjedele er sygeplejersker, en tredjedel social- og sundhedsassistenter.

”Alt i alt bliver afrusningsfasen roligere, og patienterne udtrykker generelt at opleve mere kontinuitet og sammenhæng i forløbet.”

]] forhold, følgevirkninger af alkoholoverforbrug, andet misbrug, komorbiditet, orienteringsgrad, abducensparese, gangataksi, blodtryk, puls, promille, vægt, medicin, antabusbehandling, suicidalitet, akkumuleret mængde fenemal, plasma fenobarbital, kumuleret søvn og behandlingskomplikationer.

Der gives medicin via standardordinationer, og ved abstinensbehandling anvendes fenobarbital (3) administreret peroralt eller intravenøst. Efter en ukompliceret afrusning afsluttes patienten af en sygeplejerske.

#### *Kompetencebeskrivelse*

Da vi måtte afklare, hvilke opgaver sygeplejerskerne og social- og sundhedsassistenterne hver især kunne overtage, havde vi brug for kompetencebeskrivelser for begge grupper. Vi fik her inspiration fra kompetencebeskrivelserne fra Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup (7). Tilpasset vores forhold blev indholdet meget konkret og krav og forventninger tydelige.

#### *Instruks for ansvarshavende sygeplejerske*

For at synliggøre opgaveflytningen var det nødvendigt at have fokus på indholdet af funktionen som ansvarshavende sygeplejerske. Denne skal have overblikket over hele afsnittet og løbende være opmærksom på og vurdere, om og hvornår lægen skal inddrages.

#### *Diverse patientpjecer*

Sidst, men ikke mindst fik vi udarbejdet forskellige pjecer til afrusningspatienterne vedrørende abstinensbehandling, antabus og råd efter alkoholophør.

### **Betydning for afrusningspatienterne**

Patientflowet er blevet langt mere dynamisk, idet patienterne kan afsluttes, når de er klar til det og ikke skal vente på den endelige godkendelse fra en læge. Patienterne kan tillige afsluttes på alle tider af døgnet, og de får en mere ensartet information om deres forløb og om regionens tilbud til alkoholmisbrugere. Plejepersonalet varetager samarbejdet med alkoholambulatoriet og er opdateret i tilbud og åbningstider.

Den hurtigere opstart af medicinsk behandling og mere ensartede behandling har umiddelbart haft

### **]]] BOKS 2. KONTAKTER UNDERVEJS**

De kontakter, vi har fundet inspiration og viden hos undervejs, er: Afdelingsledelsen, tillidsrepræsentant lokalt, Dansk Sygeplejeråd, studiebesøg i Risskov, Gentofte og alkoholambulatorium i Esbjerg, Embedslægen, Regionens jurist, Sundhedsstyrelsen og Sydvestjysk Sygehus med henblik på eksisterende instrukser og kurser i anlæggelse af venekanyler og anafylaksi.

den effekt, at patienternes abstinensfase bliver afkortet, og de hurtigere falder i søvn. Alt i alt bliver afrusningsfasen roligere, og patienterne udtrykker generelt at opleve mere kontinuitet og sammenhæng i forløbet.

### **Betydning for sygeplejen**

Lægerne har oplevet en lettelse i deres arbejdsbyrde, mens sygeplejerskerne har været nødt til at ændre mange rutiner og har fået en større arbejdsmængde. Men også større arbejdstilfredshed via de nye spændende sygeplejeopgaver og kompetenceudviklingen, ligesom sygeplejen til afrusningspatienterne er blevet mere nuanceret. Hvilket i sidste ende betyder et kvalitetsløft for den enkelte patient.



Arbejdet har båret en klar ansvarsfordeling mellem sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og ansvarshavende sygeplejerske med sig, men kompetencebeskrivelserne gav undervejs anledning til uro. Social- og sundhedsassistenterne fik nye opgaver, men var samtidig bekymrede for at blive kørt ud på et sidespor, og nogle sygeplejersker syntes, at de pludselig skulle leve op til høje krav. Vi fik disse ting afklaret via tre møder, hvor kompetencebeskrivelserne blev drøftet.

Sygeplejerskerne har fået et løntillæg for at løfte de nye arbejdsopgaver.

### Gåpåmod en nødvendighed

Arbejdet med opgaveflytning har været hårdt, men spændende. Det har krævet optimisme, overblik og gåpåmod, men har været det hele værd. Implementeringsperioden er nu afsluttet, men der er stadig ting at justere.

Vigtigst er, at samarbejdet mellem faggrupperne fungerer tilfredsstillende, og det er et fælles ønske, at arbejdsformen fortsætter.

*Marianne Poulsen er ansat som afdelingssygeplejerske ved Psykiatricenter Vest, Esbjerg; marianne.poulsen@pcv.regionsyddanmark.dk  
Tina Isaksen er souschef samme sted.*

*Arbejdsgruppen har bestået af afdelingssygeplejerske Marianne Poulsen, souschef Tina Isaksen, overlæge Rene Andersen, sygeplejerske Gitte Clausen og sygeplejerske Karin Skjøth.*

Læs også artiklen "Når opgaveglidning bliver til opgaveflytning" side 52.

### Litteratur

- Gerlach J. Psykiatriens udvikling. Psykiatri-information. 01/2003. Psykiatrifonden 2003.
- Bro N. Dagens Medicin 15/11. 2007. Opgaverne glider i sundhedsvæsenet.
- Ulriksen J. Abstinensbehandling og kindling. Disputas. Jakob Ulriksens forlag. 1999.
- Volkow ND et al. Effects of alcohol detoxification and dopamine D2 in alcoholics: A preliminary study. Psychiatry Research Neuroimaging 116;(2002):163-172.
- Morgan D et al. Social dominance in monkeys: Dopamine D2 receptors and cocaine self-administration. Nature neuroscience. Volume 5(2)2002:169-174.
- Kjeldsen SB. Alkoholikere mødes af fordomme. Sygeplejersken 2007;(6):36-8.
- www.sygehusviborg.dk/sw60119.asp

**"Vi mente, at patientgruppen ville få et kvalitetsløft, hvis sygeplejerskerne overtog flere af opgaverne."**

### ENGLISH ABSTRACT

Poulsen M, Isaksen T. Task-shifting in psychiatry. Sygeplejersken 2009;(7):48-51.

This article describes nurses' experience of task-shifting from doctors in relation to the care of uncomplicated detoxification patients admitted to a psychiatric emergency clinic in Esbjerg. The detoxification patients, requiring observation and withdrawal treatment, constitute 20 per cent of all patients.

Literature in respect of role convergence for psychiatric nurses is sparse, and work relating to task-shifting has been characterised by innovative thinking, local conditions, theme days, contact with concerned authorities and study visits. The new tasks in relation to the care of uncomplicated detoxification patients have resulted in: 1) an introductory programme, which also functions as a training programme; 2) guidelines for health care staff in relation to patients undergoing detoxification; 3) guidelines for on-call doctors; 4) a new system of medical notes concerning the patient's alcohol abuse and social circumstances, including guidelines for completion of the form; 5) description of competencies for the registered nurse and healthcare assistants; 6) instructions for the nurse in charge and 7) various booklets for patients.

The experience in this study has been that the convergence of roles has resulted in a more dynamic patient throughput - because patients can be discharged from the programme when they are ready. The patients receive more consistent information about their course of care and about provision of services for those with alcohol dependency within the region. The nurses have experienced an enhancement of their skill levels.

Key words: Task-shifting, psychiatry, detoxification patients, nurses.

# Når opgaveglidning bliver

AF KURT LYKKE NIELSEN, SYGEPLEJERSKE OG TILLIDSREPRÆSENTANT

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at opgaveflytning er en bevidst proces, hvor den opgave, der skal flyttes, er afgrænset og beskrevet, og hvor pengene flyttes til den nye opgaveløser. Artiklen er skrevet på baggrund af en tillidsrepræsentants erfaringer med opgaveflytning inden for psykiatrien i Esbjerg.**

Når sygeplejersker skal overtage opgaver, der tidligere hørte under det lægefaglige speciale, er der mange ting at være opmærksom på. Tillidsrepræsentanten spiller her en stor rolle.

Med udgangspunkt i Psykiatrisk Skadestue i Esbjerg, hvor sygeplejerskerne siden 2008 har overtaget lægeopgaver i forbindelse med ukomplicerede afrusnings- og krisepatienter samt patienter med kontakt til Klinik for Skizofreni, præsenterer denne artikel vigtige trin i processen.

## En bevidst proces

I modsætning til opgaveglidning er opgaveflytning en bevidst proces, hvor den opgave, der skal flyttes, er afgrænset og beskrevet. Da vore arbejdsopgaver ofte er flettede ind i hinanden, og opgaver ubemærket glider mellem faggrupperne, kræver dette afklaringsarbejde tålmodighed. Der eksisterer ikke en vidensbank, hverken i regi af Dansk Sygeplejeråd eller andre steder, der kan levere en færdig køreplan. En vigtig opgave for mig som tillidsrepræsentant har derfor været at være med til at få defineret, hvad der er lægeopgaver, og hvad der er sygeplejerskeopgaver.

## Kroner og øre på opgaverne

Opgaveflytning er dernæst en bevidst proces, hvor pengene flyttes til den nye opgaveløser. Der er ingen grund til at lave et stort besværligt stykke arbejde, hvor der sås forventninger, som senere falder på gulvet pga. pengemangel. Allerede inden arbejdet begynder, skal der derfor aftales, at der skal være lønmidler til de konkrete opgaveflytninger. Og de centrale lønmidler skal ikke anvendes her.

Hos os blev ”kostprisen”, altså hvad der reelt bliver sparet i lægelønninger, overført og delt ud på de berørte sygeplejersker, og forhåndsftalen for syge-

”I modsætning til opgaveglidning er opgaveflytning en bevidst proces, hvor den opgave, der skal flyttes, er afgrænset og beskrevet, og hvor pengene flyttes til den nye opgaveløser.”

plejerskerne omfatter således et funktionstillæg på 19.500 kr. (1.1.2006-kroner). Tillægget er pensionsgivende og beregnet i forhold til en fuldtidsstilling og indgår i beregningen af tillæg, merarbejde mv. Aftalen kan opsiges med tre måneders varsel (1).

## Nødvendige trin i processen

Følgende handlinger skal sættes i gang, før opgaveflytningen kan praktiseres:

”Hos os er ”kostprisen”, altså hvad der reelt bliver sparet i lægelønninger, overført og delt ud på de berørte sygeplejersker.”

- Beskrivelse og afgrænsning af opgaverne, også organisatorisk.
- Udarbejde instrukser og vejledninger i forhold til de konkrete opgaver.
- Beskrive den nødvendige sygeplejefaglige kompetence ved opgaveløsningen.
- Kompetenceafklaring af sygeplejerskerne og vurdering af deres behov for opkvalificering samt den nødvendige faglige ajourføring.
- En juridisk afklaring via embedslægeinstitutionen, hvilket kræver klarhed i de spørgsmål, der fremsendes til vurdering.
- Afklaring af snitflader med andre samarbejdspartnere.
- Værdisætte opgaverne – altså spørgsmålet om, på hvilken måde den enkelte sygeplejerske skal honoreres for opgavevaretagelsen.

## Tillidsrepræsentantens rolle

En vigtig opgave for mig som tillidsrepræsentant har været at være med til at definere, hvad der er lægeopgaver, og hvad der er sygeplejerskeopgaver, samt hvilke kompetencer sygeplejerskerne skulle have/ opnå for at løse opgaverne. Derudover har forhandlingen om forhåndsftalen ligget hos mig, og her har jeg haft frie hænder i forhold til kredsen. Det vil sige, at kompetencen er delegeret med en forventning om, at jeg henvender mig, hvis jeg er i tvivl eller har brug for hjælp. At kompetencen er lagt ud lokalt, giver efter min erfaring bedre resultater.

Arbejdet kræver både tålmodighed og mod, da der må indgås kompromiser, og både ledelsen og baglandet (kollegaerne) kan have forskellige og skiftende forståelser i forhold til, hvem der skal varetage opgaven, og hvordan den skal værdisættes. Det har her været vigtigt, at vi er tre erfarne tillidsrepræsentanter i vores lokale TR-netværk, der indbyrdes har et godt samarbejde, hvor vi arbejder med de opgaver, vi er gode til, og støtter hinanden.

## Behov for fælles viden

Arbejdet med opgaveflytningen fandt sted sideløbende med flere store organisatoriske ændringer i psykiatrien i Esbjerg, hvilket var medvirkende til, at processen har strakt sig over ca. to år. Selv om processen har været lang, har den også været lærerig og været båret af gensidig respekt mellem ledelse, med-

# til opgaveflytning



arbejdere og tillidsrepræsentant og en fælles vilje til at skabe gode aftaler for alle parter.

Nu er vi i gang – til glæde for sygeplejersker, patienter og de vagthavende læger. Flytningen af opgaverne har skabt bedre kontinuitet i patientforløbene og en ensartet kvalitet i plejen og behandlingen. De knappe lægerressourcer anvendes til de mange andre opgaver i både Psykiatrisk Skadestue og på sygehuset i øvrigt.

**”Processen har været båret af en fælles vilje til at skabe gode aftaler for alle parter.”**

Næste udfordring i forbindelse med opgaveflytning bliver at gennemføre samme proces i forbindelse med den ambulante psykiatri. Startskuddet til dette er taget.

Fremover, uanset om lovgivningen ændres, og der kan uddannes kliniske ekspertsygeplejersker, der kan varetage det fulde ansvar for opgaver, der tidligere var lægelige, er det nødvendigt, at vi arbejder på at udveksle dataindsamlingskemaer og opgavebeskrivelser og opbygger fælles vidensdatabaser. Alle behøver ikke opfinde den dybe tallerken hver gang en lægeopgave skal flyttes til sygeplejersker.

*Kurt Lykke Nielsen er ansat som distriktssygeplejerske ved Klinik for Skizofreni i Esbjerg, Psykiatrien, Region Syddanmark,*

*og er tillidsrepræsentant samt suppleant for fællestillidsrepræsentanten, Psykiatrien i Esbjerg; kurt.lykke@pcv.regionsyddanmark.dk*

Læs også artiklen ”Opgaveflytning i psykiatrien” side 48.

## Litteratur

1. Forhåndsftale for sygeplejersker ansat på Psykiatrisk Skadestue i Esbjerg vedr. opgaver hos ukomplicerede af-rusningspatienter, ukomplicerede krisepatienter og stabiliserende behandlingsforløb ved kendte kroniske patienter, der er indvisiteret i Klinik for Skizofreni – ud fra gældende retningslinjer. Kan rekvireres hos forfatteren.

## ))) ENGLISH ABSTRACT

Lykke K. From role-convergence to task-shifting. *Sygeplejersken* 2009;(7):52-3.

Task shifting between professional groups within the health care sector is high on the agenda throughout Denmark. The article describes experiences from a trade union representative at a psychiatric emergency clinic in Esbjerg, where—since 2008—nurses have taken on medical roles in relation to patients undergoing uncomplicated detoxification, together with crisis patients and patients contacting the Schizophrenia Clinic. The central message is that task shifting is a deliberate process, whereby the task to be shifted is defined and described, and where funding is moved to the new person assigned the task. The staff representative plays a significant role in terms of achieving a successful outcome.

Key words: Task shifting, role convergence, psychiatry, nurses.



## TESTEN



### Temaet er øjensygdomme, test dig selv eller din kollega

En hyppig opgave i hjemmeplejeregnet er sygepleje i forhold til øjensygdomme. Har du styr på sygdommenes latinske navne og deres beliggenhed i øjet?

- 1 I hvilken del af øjet får man keratitis?
  - a. I glaslegemet.
  - b. I hornhinden.
- 2 En meget almindelig øjensygdom er glaukom. Udvikler sygdommen sig hurtigt eller langsomt?
  - a. Glaukom kommer snigende, hvorfor man ikke mærker sygdommen, før synsfeltet er stærkt indskrænket.
  - b. Glaukom kan udvikle sig både langsomt og akut.
- 3 Hvad har patienten, hvis der står amotio på henvisningssedlen?
  - a. Nethindeløsning.
  - b. En senkomplikation til diabetes.
- 4 Hvad har barnet med strabismus?
  - a. Barnet skeler.
  - b. Barnet har grædt så meget, at tårekanalen er svulmet voldsomt op, og tårevæsken ophober sig i kanalerne.
- 5 Mange midaldrende henvender sig med ptose. Hvad er det?
  - a. Tårevejsstenose – altså en forsnævring i tårevejene.
  - b. Hængende øjenlåg.

(er)

Se svarene på TESTEN side 46.

Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk inviterer til informationsmøder i Aalborg, Århus, Odense og København

# Kom og hils på Grønland

Kirurgisk og medicinsk sygepleje under andre himmelstrøg

Er du **sygeplejerske** og har du overvejelser om at tage til Grønland for at arbejde, så tag det skridt der skal til for at realisere dine drømme. Kom til **informationsmøde** Aalborg, Århus, Odense eller København og hør om alle de spændende **faglige udfordringer**, et job som sygeplejerske i **Grønland** byder på.

Du vil møde grønlandske og danske sygeplejersker fra både **kirurgisk** og **medicinsk** afdeling, som kender Grønland, og de fortæller dig om deres faglige og personlige erfaringer fra grønlandske sengeafdelinger i et af verdens smukkeste lande.

Møderne afsluttes med traktament af grønlandske **delikatesser**, hvorfor der er tilmelding til møderne. Du er meget velkommen til at tage din mand, kone eller partner med.

**Mandag d. 20. april 2009 – kl. 19.00** i Det Grønlandske Hus, Umanakvej 25, 9210 Aalborg  
Tilmelding til informationsmedarbejder Tanja Knudsen på email tk@dgh-aalborg.dk senest den 15. april

**Tirsdag den 21. april 2009 – kl. 19.00** i Det Grønlandske Hus, Dalgas Avenue 52, 8000 Århus C  
Tilmelding til Det Grønlandske Hus på tlf. 86 11 02 88 eller via email til aarhus@glhus.dk senest den 20. april


**Onsdag den 22. april 2009 – kl. 19.00** i Det Grønlandske Hus, Hunderupvej 61, 5000 Odense  
Tilmelding til km@dgh-odense.dk senest den 15. april

**Torsdag den 23. april 2009 – kl. 19.00** i Det Grønlandske Hus, Løvstræde 6, 1152 København K  
Tilmelding til tilmelding@sumut.dk senest den 20. april

Tikilluarit / Velkommen - vi glæder os til at møde dig/jer!



## Kortfattet og til tider overfladisk tekst

 Bogen henvender sig til alle, der arbejder med spørgeskemaundersøgelser, enten fordi de selv skal konstruere et skema, eller fordi de skal inddrage data fra en allerede gennemført undersøgelse. Bogen bygger på undervisnings erfaringer fra diplom- og masteruddannelserne. Det pointeres, at emnet er belyst inden for konteksten af samfundsvidenskabelig forskning. Det er et klart valg fra forfatterens side, men det er et valg, der får konsekvenser flere steder i bogen, fordi væsentlige punkter ved gennemførelse af spørgeskemaundersøgelser blandt patienter er udeladt. Jeg tror ikke, at studerende på de sundhedsfaglige diplomuddannelser er i stand til at gennemskue forskellen mellem spørgeskemaundersøgelser inden for sundhedsvidenskab og samfundsvidenskab, og derfor kommer den klare samfundsvidenskabelige vinkel desværre til at virke mere vildledende end vejledende.

Forfatteren gør i forordet opmærksom på, at bogen er skrevet på baggrund af erfaringer fra egen undervisning. Skrivestilen og opsætningen bærer da også præg af at være bygget op over et PowerPoint foredrag, der er udvidet med tekst, der binder de enkelte slides sammen. Der mangler simpelthen forklarende tekst. Det er derfor overladt til læserne at finde ud af, hvorfor det netop er dette eller hint, der er vigtigt, hvilke konsekvenser forskellene kan have i praksis osv. I en lærebog forventer jeg, at forfatteren har overvejet, om bogens målgruppe har behov for at

blive præsenteret for denne form for problemstilling, og at problemstillingerne breddes ud, så det ikke overlades til læseren at gætte sig til en relevant forklaring på, hvilke konsekvenser det har, om man læner sig op ad den ene eller anden definition. Kort sagt savner jeg de ord, der vil blive knyttet til netop denne slide.


Der gives en hel del eksempler i bogen, disse er hentet fra "Kulturvaneanalyseundersøgelsen". Det er altid godt med eksempler til at understrege, hvordan teori skal forstås og anvendes, og bogen har mange faktabokse, der fremhæver vigtige elementer. Men generelt er teksten meget kortfattet og til tider overfladisk. Flere passager skal man læse flere gange for at blive klar over, hvad der menes. Det virker som om, der er anden litteratur, der forudsættes læst, men dette er ikke beskrevet. Jeg mener ikke, bogen er velegnet til studerende inden for de sundhedsfaglige diplomuddannelser eller på bachelor-, master- eller kandidatuddannelsen inden for sygeplejevidenskab, dels på grund af det samfundsvidenskabelige perspektiv, dels på grund af bogens sproglige udformning. Der findes anden litteratur, jeg vil benytte mig af først.

*Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d., ansat på Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.*



Merete Watt Boolsen  
**Spørgeskemaundersøgelser**  
– fra konstruktion af spørgsmål til analyse af svarene  
Hans Reitzels Forlag 2008  
238 sider – 248 kr.  
ISBN 978-87-412-5143-1

## Takt og tone i god formidling

 Bogen er skrevet som en hjælp for studerende på videregående uddannelser og handler om, hvordan man bedst formidler sit budskab. Bogen er kort, og det er let at få et hurtigt overblik over de væsentlige elementer, der fremmer den gode formidling.

Forfatteren arbejder med 10 elementer, der har betydning for den gode formidling. Fem af disse 10 handler om kommunikation, ét om disponering af stoffet, ét om træning af stemmen, ét om personlig power, ét om visuelle hjælpemidler og ét om evaluering af egen præstation via spørgeskemaer. Bogen slutter med et afsnit om etikette i forhold til at gå til selskab ud fra Inge Corells bog om takt og tone. Det virker besynderligt i en bog om formidling, men forfatteren begrundet sit valg med, at takt og tone handler om at være til stede og være opmærksom på dem, man er sammen med, og det er en god træning i forhold til at skulle formidle.

Bogen virker relevant i forhold til at skulle formidle et fagligt stof. Ideen med at skrive en bog til mennesker, der er optaget af et fagligt emne og ikke har tid til også at fordybe sig i formidlingens kunst, virker relevant. De pædagogiske og kommunikative teorier er i bogen omsat til små korte afsnit, der afsluttes med relevante spørgsmål til læseren, herved kan den travle studerende hurtigt sætte sig ind i formidling. Bogen er læst på et par timer.

*Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF, og sygeplejerske.*



Mette Hald  
**Præsentation og formidling**  
Forlaget Academica 2008  
117 sider – 198 kr.  
ISBN 978-87-7675-682-6

**KONFERENCE**

**KROP OG LÆRING**

**19. MAJ 2009**

Mød et fremtrædende udbud af nationale og internationale forskere, som alle er optaget af at forstå sammenhængen mellem krop og læring i et spændingsfelt mellem psykologi, filosofi og pædagogik. Vær med til at præge diskussionen i workshops og netværk, der inviterer til at bruge både hoved og krop.

**Tilmelding senest 1. maj 2009 på [www.uksj.dk/krop](http://www.uksj.dk/krop)**

**STED:**

Læreruddannelsen Vordingborg,  
Kuskevej 1A, 4760 Vordingborg  
**PRIS:** 1.100 kr. incl. forplejning  
(studerende kun 200 kr.)

For mere information om konferencen: [www.uksj.dk/krop](http://www.uksj.dk/krop)

**University College**  
Sjælland

## En helgardering fra redaktøren



Claus Vinther Nielsen (red.)  
**Rehabilitering for  
 sundhedsprofessionelle**  
 Gads Forlag 2008  
 368 sider – 350 kr.  
 ISBN 978-87-12-04243-3

Har du empati, nysgerrighed og interesse for rehabilitering? Ifølge redaktøren, Claus Vinther Nielsen, er det en fordel, når man læser bogen. Hvilken forskel er der på behandling, pleje, genoptræning, forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering? Hvilken betydning har diagnosen i rehabilitering? Hvilke kompetencer kræver det af fagfolk? Bogen giver svar, men lover samtidig at de ikke er enkle, og med ikke mindre end 25 forskellige og meget erfarne forfattere inden for rehabiliteringsfeltet med forskellige fag- og praksisområder (og videnskabstraditioner) bliver det også et bredt svar. Svarene gives på forskellige (fag)sprog, hvoraf nogle er mere teoretisk funderede end andre, men de kan stadig inspirere og udfordre det behandlingsparadigme, som er det fremherskende i sundhedsplanlægningen i dag. Det nærmer sig en helgardering fra redaktøren uden garantier, specifikke anbefalinger eller metoder til praksis.

Kan man så lære noget nyt ved at læse bogen? Bestemt ja! Bogens force er netop den brede tilgang til rehabilitering, og der er flere kapitler, jeg vil fremhæve: Den historiske og danske udvikling inden for rehabilitering; forståelig beskrivelse af ICF, sygdoms- og sundhedsbegreber i rehabiliteringspraksis, beskrivelse af de specifikke kompetencer, rehabilitering kræver af fagfolk sammen med organisering og beslutningsprocesser fra henholdsvis borgerens, de pårørendes og fagfolks perspektiv. Med særlig interesse læses om sygeplejerskers bidrag i et tværfagligt rehabiliteringsteam. Sygeplejersker arbejder på tværs

af sektorer, har fokus på kropsligt velvære, sikrer videre udførelse af terapeuters træningsindsats i hverdagslivssituationer, involverer pårørende, er ofte tilgængelige 24 timer og står hyppigt for koordinering og organisering af rehabiliteringen.

Fremtidens udfordring bliver ifølge forfatteren, om sygeplejersker forstår sig selv som selvstændige bidragydere i det tværfaglige samarbejde på linje med terapeuterne.

Bogen er opdelt i seks afsnit ud fra, hvorledes et undervisningsforløb for studerende om rehabilitering kan tilrettelægges (historisk, begreber, mål/målgrupper, kompetencer, organisering og lovgivning). Kapitlerne i de enkelte afsnit kan læses uafhængigt af hinanden, da bogen er yderst pædagogisk opbygget og velskrevet med forord til hvert kapitel. Bagest findes en forfatterbeskrivelse, som er væsentlig at have in mente, når man skal forstå baggrunden for den enkelte forfatters indfaldsvinkel til rehabilitering.

Det centrale i rehabilitering er, at den professionelle interesserer sig for patienten og hermed menneskets hverdagsliv og stiller spørgsmål uden at forvente bestemte svar. Så ja, empati, nysgerrighed og interesse for rehabilitering er til stede, især efter at have læst bogen!

*Af Lise Bjerrum Thisted,  
 kræftrehabiliteringssygeplejerske,  
 ansat på Rigshospitalet.*

## Brugsanvisning til børn



Else Guldager  
**År 1  
 – når I har fået barn**  
 Lindhardt og Ringhof 2008  
 352 sider – 299 kr.  
 ISBN 978-87-614-0479-4

At få det første barn er en stor omvæltning, og der opstår pludselig mange spørgsmål, som der søges svar på. Else Guldager, som gennem mange år har beskæftiget sig med børns udvikling og sundhed, prøver i denne bog at give svar på disse spørgsmål. Bogen er skrevet ud fra det børnesyn, som opstod gennem 90'erne, hvor børn opfattes som kompetente iagttagere og brugere af den verden, der omgiver dem, og forældrene ses som velorienterede voksne, som vil deres børn det bedste. Dette syn kan volde problemer, når man, som forfatteren, gerne vil øse ud af al den viden, man besidder, uden at virke bedrevidende.

Bogen er inddelt i fire kvartaler, og i hvert kvartal gennemgås barnets udvikling, trivsel og behov. Der fokuseres på, hvordan det er at være forældre i disse forskellige perioder af barnets første år, og hvordan samspillet er mellem barn og forældre. Bogen gennemgår bl.a. emner som amning, søvn, ernæring, motorisk udvikling, mental udvikling, samspil mellem barn og forældre, parforhold og forældreskab.

Der er næsten ingen ende på alle de oplysninger,

bogen rummer, og hvis bogen læses, inden barnet er kommet til verden, kan den virke meget overvældende. Dette gør den samtidig til et godt opslagsværk, fordi der er svar på både det, man som nybakte forældre har brug for at vide, og det som man ikke vidste, man behøvede at vide. Det gælder dog kun, hvis man har fået et sundt og rask barn, som er født til terminen. Forældre til præmature, tvillinger eller handicappede børn kan naturligvis benytte bogens mere generelle oplysninger, men henvises derudover til anden litteratur.

Bogen adskiller sig fra andre bøger til nybakte forældre ved at henvende sig til begge forældre. Der er således separate afsnit til mødre og fædre. Det er en fordel at henvende sig på forskellig måde til kønne, men af og til bliver forfatteren rigelig skarp i mælet over for fædrene, hvilket skurrer i mine ører. Mødrene synes der derimod at være større forståelse for.

Generelt henvender bogen sig til de mere læsevante forældre, som tror, at der findes en brugsanvisning til børn. Der levnes ikke så meget plads til den

tro på vores instinkter, som jeg synes er meget vigtig for nybagte forældre.

Der følger en cd-rom med til bogen, hvor man kan finde aktuel information og selv samle billeder og små historier. Her findes også vækstkurver, så man som forældre har mulighed for selv at indtegne, hvor på kurven ens barn ligger.

Bogen indeholder mange citater fra forældre og sundhedsplejersker, og der er rigtig mange billeder,

som er stemningsfyldte og nutidige. Jeg savner dog billeder, der ikke kun afspejler idel lykke i etnisk danske familier.

*Af Anne Marie Detlefsen, sundhedsplejerske og cand.pæd. i pædagogisk sociologi, ansat som sundhedskonsulent i Aabenraa Kommune.*

## En autoritet i en svær tid

”Hvad kan denne bog, som nettet ikke kan?” spurgte jeg Olav, en patient med psoriasis, og Sidse, mor til et barn med psoriasis.

De fik bogen med hjem 14 dage hver, og deres fælles udmelding var: ”Sammenligner jeg med nettets tilbud, som er righoldige, kan denne bog ikke give ret meget mere, men hvis jeg tør nøjes med at stole på én bogs forfattere, så er denne bog en kæmpe hjælp i vores hverdag.”

En håndbog er dejlig at have, den er jo ved hånden, og denne bog giver læseren det, han har brug for i situationen: Autoritet i en svær tid.

Bogen henvender sig til personer, der enten selv har psoriasis, eller er pårørende til én, der har det.

Kan jeg anbefale bogen til patienterne?

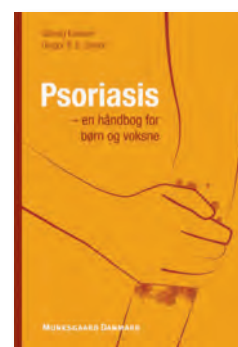
Som ikkefagperson er det næppe en bog, man læser fra ende til anden, medmindre man selv eller ens pårørende har fået diagnosen, men det er vigtigt, at sprogbuget er forståeligt og indholdsfortegnelsen klar og fyldestgørende. Og så synes jeg, at en bog, jeg skal anbefale patienterne at købe, skal indeholde noget, som de ikke kan gå hen og hente fra nettet – opdateret til dags dato.

Som sygeplejerske kan man ikke læse en fagbog, som om man ikke er fagligt funderet. Men jeg ved ikke meget om psoriasis, og som læsningen skrider frem, finder jeg ud af, at der er rigtig meget, jeg ikke ved, og at bogen netop, som Olav sagde, er autoritativ. I begyndelsen kan man blive lidt irriteret over det noget docerende sprogbug, men det vænner man sig til og bliver endog ganske glad for, at der ikke er sproglige årsager til forstyrrelse i forståelsen.

Lektor Lars Emil Hansen, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, RUC, påstår, at der er tre betingelser for, at voksne lærer: Tid, kærlighed og forstyrrelse. Lidt forstyrrelse får jeg, når der indledningsvis henvises til dråbeformet psoriasis, som om jeg havde hørt om dette tidligere i bogen. Diagnosen og forklaringen kommer først senere i bogen. Det er dog den eneste forstyrrelse, jeg kan få øje på. Kærlighed: Bogens forfattere udviser en stor menneskelig interesse, som smitter læseren. Billederne og teksten rummer forståelse for de store smerter på sjæl og legeme, som patienterne har, men bogen holdes stadigvæk i et nøgternt og professionelt sprog. Tid: Bogen kræver ikke den store tid, den er letlæselig og grundig på én gang. Men troede man, at man bare skulle bruge den som opslagsbog, ja, så tager bogen tid, for man bliver indfanget af forfatternes grundighed, så man læser højst sandsynligt mere, end det man satte sig for. Særligt afsnittet om hverdagen med psoriasis vil vække interesse, da det kommer ind på mange væsentlige emner: Tøj og skæl, nærings- og nydelsesmidler, seksualitet og lov om dagpenge bare for at nævne nogle enkelte.

Olav og Sidse kan roligt købe bogen og læne sig op ad dens autoritet; hvis de vælger at tjekke informationer på nettet, ja, så bruger de blot lidt ekstra tid, og det lærer man jo af.

*Af Michala Eich, konsultationssygeplejerske i Værløse. Ansat som uddannelseskonsulent i Lægeforeningen.*



Solveig Esmann og Gregor B.E. Jemec

**Psoriasis**  
– en håndbog for børn og voksne

Munksgaard Danmark 2008  
144 sider – 168 kr.  
ISBN 978-87-628-0812-6

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



Connie Timmermann er 36 år, uddannet sygeplejerske ved Vejle Sygeplejeskole 1997 og cand.cur. 2007 ved Aarhus Universitet, Afdeling for Sygeplejevidenskab. Har været ansat i primærsektor og på hjerteafdeling. Undervist i to år på Hadsten Højskole i emner vedrørende sundhed, livsstil og sundhedsformidling. Er ansat på Regionshospitalet Horsens, afdeling P7/Diabetesambulatoriet.

## Kunst lærer os nærvær

Sygeplejersken kan se det i øjnene på de pårørende. Hun fornemmer et behov. Hun kan aflæse desperationen og afmagten i deres kropssprog og ansigter. Hun handler på det. Sørger fra morgenstunden for, at patient og pårørende kommer på en enestue. Hun ved, familien har brug for ro omkring sig.

Hvordan lærer en sygeplejerske at aflæse andre mennesker – patient og pårørende? Hvordan lærer hun at tyde situationer og finde frem til, præcis hvad der er brug for i en situation, så den bedst mulige sygepleje kan ydes?

Hvis jeg nu siger kunst. Hvis jeg nu henleder dine tanker på et digt, der har rørt dig. En bog eller novelle, der har grebet dig. Et maleri eller et stykke musik, der har ramt dig. Vi kan rammes af kunst. Lige i hjertet og i følelserne. Der åbnes op. Vi rives med. Vi kan se og opfatte situationer fra andre synsvinkler.

Nærvær er nøgleordet. Engagement er ledetråden. Følelsen fører os derhen. Den rationelle erkendelse tager imod. Kom indenfor. Lad mig se på dig. Aha – vent lidt, du behøver ikke sige noget ... Jeg er med. Er du med?

Der sker noget, når mennesker møder kunst. Vores sind og bevidsthed åbner sig. Man kan sige, at vi ved at møde kunst træner vores evne til nærvær. Til indlevelse og åbenhed mod det, kunsten søger at udtrykke. Er vi ikke i stand til at åbne os i mødet med kunst, kan vi ikke modtage og forstå budskabet. Vi forstår ikke, hvad det måtte dreje sig om.

Kunst er som en nøgle, der sættes i vores hjerter. Når den drejes, og vi åbner døren, kan vi se. Vi genkender, lytter og mærker.

**"Man kan sige, at vi ved at møde kunst træner vores evne til nærvær."**

Sammen med evidensen, forskningen og teorien er nærvær, åbenhed og evnen til at bruge sanserne uundværlige kompetencer i sygeplejen. For der er ingen tvivl om, at kliniske retningslinjer og forskningsbaseret viden er med til at sikre den bedst mulige sygepleje og patientforløb. Men samtidig er det helt afgørende, hvordan mennesker mødes.

Totalt nærvær og fokus på den patient eller pårørende, sygeplejersken står over for, kan gøre en stor forskel, selv om tiden er knap, når der skal findes frem til, hvad der vil være det rigtige at sige og gøre i en situation.

I de fem minutter, hvor sygeplejersken virkelig lytter med alle sanser, er muligheden for at kunne tyde og aflæse en situation, skabe større tryghed og afklare patient eller pårørendes behov, langt større end på en halv times fortravlet tilstedeværelse.

Sygeplejersker må evne at være nærværende. Være helt til stede, også selv om der er meget, der skal prioriteres i en travl hverdag. Vi kender alle notesblokken med de mange gøremål, der venter på et "flueben".

Men vi kender også alle følelsen af, at her nytter det vist ikke at åbne sig op og fortælle, hvordan man har det, og hvad man har behov for – for der er slet ingen, der lytter. Ingen, der mærker, hvem man er, og hvad man har behov for.

Brugen af f.eks. digte, litteratur eller et maleri i undervisning af studerende eller uddannet personale kan være med til at udvikle evnen til nærvær, empati og brugen af sanserne. Desuden kan kunsten inddrages til refleksion over et givent tema eller til at belyse og indfange måder at opleve situationer på. Situationer, hvor døden kommer tæt på, hvor angsten og magtesløsheden tager over, eller hvor håbet spirer på trods. Som et supplement til evidensen gør kunsten sygepleje til kunstudøvelse.

Kunst kan synes som ophøjet, snobbet eller måske noget, man ikke har tid til at gå op i. Men det er skabt af nogen, der har noget på hjerte. Nogen, der vil udtrykke noget. Og det, der kræves for at forstå kunst, er, at vi er nærværende og åbne. At vi lytter og mærker efter ... det kræver bare fem minutters absolut nærvær og fokus.

redaktionen@dsr.dk