

På job

Telemedicin til sårpatienter

Teori & Praksis

Fokus på sår og smerter

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 6 · 9. MAJ 2014 · 114. ÅRGANG

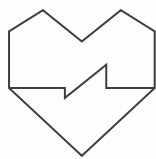
TEMA

Sådan møder du den unge patient



Minister vil af
med stigmatisering

Øretermometer kan
forebygge magtanvendelse



Dine patienter
skal hurtigt videre.
Skab sammenhæng.

**Dit job stiller krav.
Vi løfter dine
kompetencer.**

VIA er en af Danmarks største udbydere af videreuddannelse. Vores uddannelser giver dig de kompetencer, som du, din arbejdsgiver og samfundet har mest brug for.

Hvis du arbejder i sundhedssektoren, har vi lige nu en lang række uddannelses tilbud, som klæder dig på til de udfordringer, du møder til daglig.

Læs mere på via.dk/sundhedssektor

Få mere sul på pensionen...



I 2014 får du

7,6%

i rente

Se hvilken forskel en supplerende
pensionsopsparing kan gøre
www.pka.dk/mer

pka



Sammen giver
vi mere tilbage

KORT

12 Sygeplejerskers foretrukne sted at søge ny viden

Det er 17 år siden, Sygeplejersken - som et af de første fagblade i Danmark - gik online. Og den 23. april 2014 udkom så en ny version med et opdateret artikelarkiv, forbedret søgefunktion og ekstra faktuel og historisk stof.

TEMA OM UNGE PATIENTER

14 Plads til de unge

Unge med kroniske og alvorlige sygdomme bliver ofte overset i det danske sundhedsvæsen. De seneste fem år har flere hospitaler dog fokuseret ekstra på det ungdomsmedicinske område.

16 Små skridt i den rigtige retning

Ungecaféer, ungepaneler, ungeambassadører og børne- og ungeafdelinger er nye tiltag i det danske sundhedsvæsen, som har givet den komplicerede gruppe af unge patienter på 12-24 år bedre vilkår.

18 "Det er jo en sygdom, jeg dør af"

22-årige Lonny Jensen har cystisk fibrose, og de seneste tre år har hun været indlagt adskillige gange på Rigshospitalet. Ungecaféen Hr. Berg er et tiltrængt pusterum fra sygdom og hospital, men også fra livet udenfor.

22 Ungepaneler gør alle klogere

Seks-otte gange om året mødes ca. 10 unge, en læge og en sygeplejerske for at diskutere problemerne ved at være ung og samtidig kronisk eller alvorligt syg. Rigshospitalets Ungepanel giver sundhedspersonalet vigtig viden.

24 Hvad kan vi gøre særligt for dig?

60 sygeplejersker vil til juni have gennemført Ungdomsmedicinsk Videnscenters uddannelse til ungeambassadør og dermed fået ny viden og konkrete værktøjer til arbejdet med de unge patienter.

BAGGRUND

28 "Vi skal stigmatiseringen til livs"

Sundhedsminister Nick Hækkerup vil sætte fokus på psykisk sygdom og har en ambition om at komme stigmatisering af psykisk syge til livs. Læs interview særligt til sygeplejersker.

32 PÅ JOB: Sårsygeplejersker tager telemedicinen til sig

I Kolding Kommunes sygeplejeklinikker kan borgere med svære sår nyde godt af sygehusenes ekspertise uden selv at skulle til ambulatoriet eller sårcentret. Telemedicin er blevet en del af hverdagen.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

36 Dansk Sygeplejeråd afholder kongres

Fra den 19. maj til den 22. maj afholder Dansk Sygeplejeråd kongres i Nyborg under overskriften "En fagforening med ambitioner".



14



28



54

FAGLIG INFORMATION

- 48 Specialuddannede sygeplejersker screener for tyktarmskræft
- 50 Urininkontinente børn får mere og bedre hjælp
- 51 Ny viden om sygeplejeviden
- 53 Resumé af international forskning

FAG

- 54 **Undgå magtanvendelse ved temperaturmåling**
Brug af rektal temperaturmåling giver problemer hos patienter med erhvervet hjerneskade. Et alternativ kan være brug af øretermometer.
- 58 **Kompetencekort viser vej i praksis**
Kompetencekort giver overblik over de sygeplejestuderendes uddannelsesforløb i klinikken og angiver en tydelig ansvars- og rollefordeling i samarbejdet mellem den studerende, den kliniske vejleder og sygeplejersken.
- 62 **Studerende lærer at forholde sig til velfærdsteknologi**
På University College Syddanmark har man via tre optag af studerende tonet den eksisterende sygeplejerskeuddannelse i forhold til innovation og velfærdsteknologi.

TEORI OG PRAKSIS

- 65 **Sårsmarter hos patienter med kroniske ben- og fodsår. Del 1.**
Artiklen beskriver, hvordan sygeplejersken i samarbejde med patienten kan foretage en systematisk kortlægning og vurdering af sårsmarter.

I HVERT NUMMER

- 8 Studerende i praksis
- 10 Dilemma
- 12 Historisk
- 13 Kulturjournalen
- 26 Parentes
- 34 Boganmeldelser
- 35 5 faglige minutter
- 42 Debat
- 44 Navne/Mindeord
- 46 Facebook
- 48 Fagtanker
- 52 Fra forsker til fag
- 77 Stillingsannoncer
- 79 Kurser/møder/meddelelser
- 84 Kontakt

Forsideillustrationer Søren Svendsen

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 6. JUNI

Læs bl.a.:

- Tema om sundhedspleje på erhvervsskoler
- På job: Sundhedsplejen forebygger genindlæggelse
- Fag: Kortlægning og vurdering af sårsmarter, del 2.

Sammen står vi stærkest

Gennem snart 115 år har vi sygeplejersker i Dansk Sygeplejeråd oplevet værdien af at stå sammen. Med afsæt i et stærkt fagligt fællesskab har vi søgt at forme vores fag, sundhedssektoren og samfundet i almindelighed. Som den moderne fagforening, vi efterstræber at være, har vi fulgt med tiden og udvist omstillingsparathed i forhold til, hvordan verden omkring os har udviklet sig.

I dag er Dansk Sygeplejeråd umulig at komme udenom, når man taler sundhed i Danmark. Det oplever vi ved, at vi bliver hørt og inddraget i mange sammenhænge, og ikke mindst ved, at der bliver lyttet til os, når vi taler - både herhjemme og i det store udland.

Ligesom vi som sundhedsfaglig organisation har formået at blive anerkendt, hørt og inddraget på sundhedsområdet, har vi via vores medlemskab af Sundhedskartellet og FTF sat vores aftryk på sundhedsprofessionelles løn- og arbejdsvilkår og på den generelle samfundsudvikling.

I lighed med at Dansk Sygeplejeråd som organisation løbende har måttet tilpasse sig omverdensbetingelserne, er der behov for, at vi sørger for, at såvel vores forhandlingsorganisation som vores hovedorganisation er indrettet på en måde, der svarer til nutidens udfordringer.

Derfor presser Dansk Sygeplejeråd på i den fornyelsesproces, der p.t. pågår på hovedorganisationsniveau, hvor LO og FTF arbejder for et endnu stærkere samarbejde, og derfor har vi kæmpet bravt for at være med til at tegne skitsen til det store forhandlingsfællesskab, som fremover kan rumme såvel KTO-medlemmerne som sundhedskartellet.

Ved at stå endnu tættere sammen med andre organisationer er det min overbevisning, at vi står bedre rustet i kampen for et stærkt velfærdssamfund med ordentlige løn- og arbejdsvilkår for medlemmerne!

Vigtige temaer som også skal drøftes på Dansk Sygeplejeråds kongres i den nærmeste fremtid.

Grete Christensen

Grete Christensen, formand



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

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

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

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

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

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

Journalist
Pelle Lundberg Jørgensen
pej@dsr.dk
Tlf.: 4695 4119

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

Layout
Mathias Nygaard Justesen
mnj@dsr.dk
Tone Thoresen
tone@thoresen.dk

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

Distribueret oplag

1. januar - 30. juni 2013: 73.884 ekspl.
Medlem af Dansk Fagpresse

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsrabn@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Tlf. 3315 1555

redaktionen@dsr.dk

www.sygeplejersken.dk

ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj

Tlf. 7022 4088

Fax 7022 4077

E-mail:

Stillingsannoncer:

dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer:

dsrtekst@dmfnet.dk

Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en

mail til: udeblevetblad@dsr.dk

Oplys medlemsnummer.

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

Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Caféer giver unge tiltrængt pause

For fem år siden åbnede den første ungecafé på Rigshospitalet, i dag er flere hospitaler fulgt efter. Ungecaféerne er "forældrefri" zoner, hvor de unge kan møde jævnaldrende. På Rigshospitalet tager socialpædagoger sig desuden af de mest sårbare unge.

Tekst **Christina Sommer**

Når unge med kroniske eller alvorlige sygdomme bliver indlagt på landets sygehuse, ligger de som regel sammen med børn, voksne eller gamle mennesker. Derfor åbnede Rigshospitalet i 2009 landets første ungecafé *Hr. Berg*, og erfaringerne er positive, fortæller oversygeplejerske, MPA og teamleder for Ungdomsmedicinsk Videnscenter på Rigshospitalet, Charlotte Blix.

"Når de unge kommer i caféen, oplever vi, at de slapper af og glemmer deres sygdom og øjeblik. Gennem samtaler og aktiviteter med socialpædagogerne og andre syge unge føler de sig set og hørt, og de får ofte hurtigt fortalt meget om sig selv, også om mere alvorlige og private ting," siger Charlotte Blix.

Siden er der kommet caféer til i Odense, Aalborg og Aarhus, og herfra er erfaringerne også gode, fortæller bl.a. forskningssygeplejerske Vibeke Bregnballe fra Aarhus Universitetshospital i Skejby.

"Café Nexus har åbent alle hverdagsaftener, og der kommer ca. 2-3 besøgende hver aften. Vi har et stort flow af unge patienter, men har de først været i caféen én gang, kommer de tilbage, hvis de bliver indlagt igen," siger Vibeke Bregnballe.

Ungecaféerne er forbudt område for forældre og ofte også sundhedspersonale. De er åbne for patienter i alderen ca. 12-22 år samt deres venner. Caféerne er bl.a. indrettet med pangfarver, sækkestole og fladskærme, og flere steder kan man tage et slag bordtennis eller bordfodbold. Køleskabene byder på sodavand og andre "unge" drikke, mens skabe og skuffer bugner af popcorn og kager, men også sunde snacks. Med Café Svanen ønsker Odense Universitetshospital netop at give de unge patienter lidt af det ungdomsliv, som er så vigtigt for dem, fortæller klinisk sygeplejespecialist Jette Sørensen.

"I caféen er sygdom sekundær, de unge får mulighed for at gøre det, unge gør. Her møder de både jævnaldrende, der er syge, men også raske unge, som ved, hvad der rører sig uden for hospitalet, og er i øjenhøjde med de unge patienter," siger Jette Sørensen.

Hun henviser dermed til, at de fire ungecaféer er drevet i tæt samarbejde med unge frivillige fra Ungdommens Røde Kors, der står for den daglige drift og aktiviteter som påske- og julehygge, udflugter og filmaftener.

I Aarhus arbejder man desuden på at skaffe midler til at ansætte en socialpædagog efter inspiration fra Rigshospitalet, hvor de to socialpædagoger efter henvisning fra forskellige afdelinger tager sig af de ekstra sårbare unge i dagtimerne.

"Uanset, hvordan vi vender og drejer det, er læger og sygeplejerskers primære fokus sygdom og det kliniske. Socialpædagogerne fokuserer 100 pct. på det unge menneske - på ungdomsliv, ungdomsidentitet og ungdomsudvikling, hvilket mange kronisk og alvorligt syge unge har det svært med, fordi de ofte mangler et netværk og unge mennesker at spejle sig i," fortæller Charlotte Blix.

Læs mere om, hvordan du bedst kan møde de unge patienter i temaet side 14-25 samt på www.sygeplejersken.dk



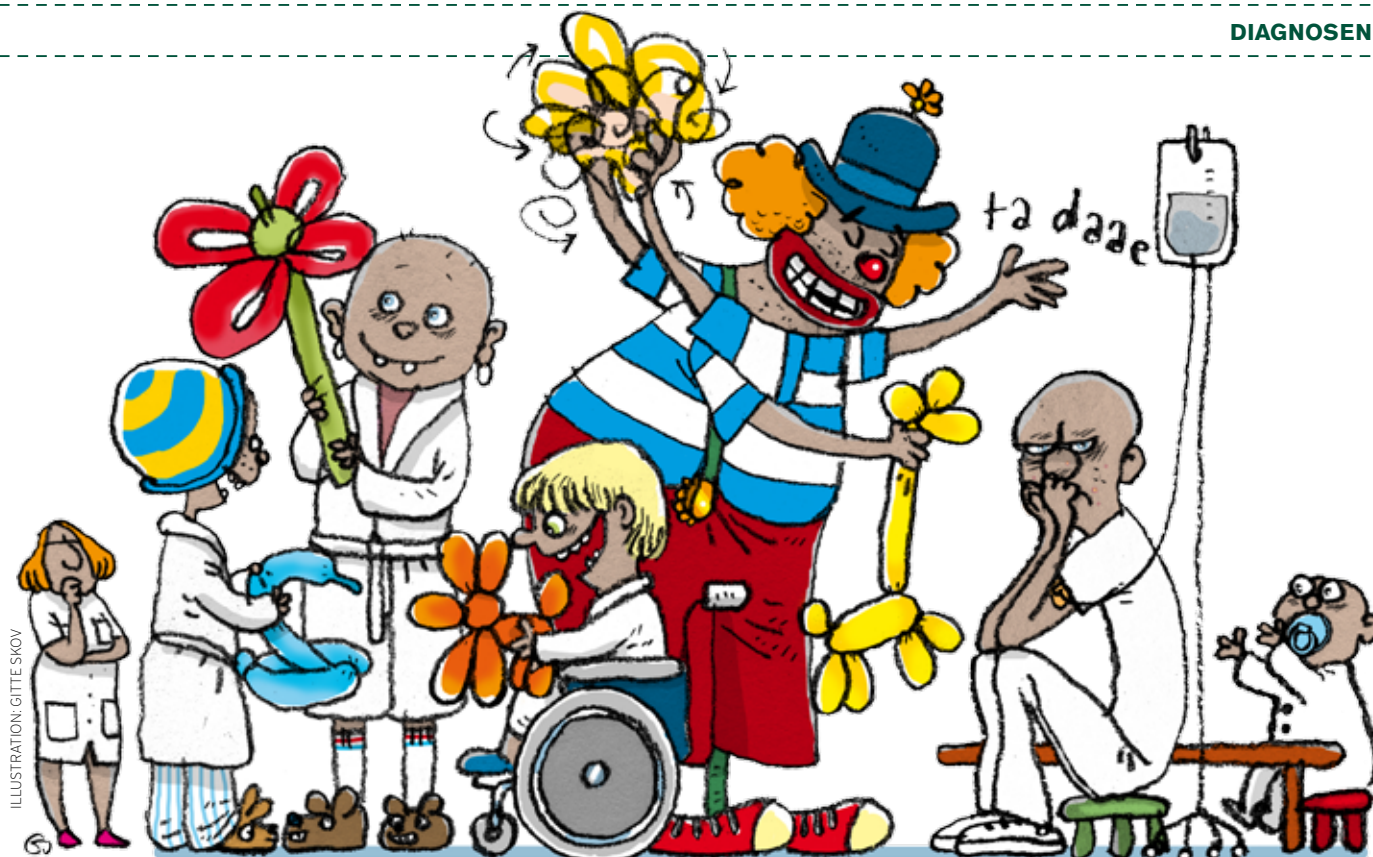


ILLUSTRATION: GITTE SKOV

Unge patienter med kroniske og alvorlige sygdomme føler sig ofte malplacerede i det danske sundhedsvæsen. Læs tema side 14-25.

Konference sætter punktum for Patientsikkert Sygehus

På den årlige patientsikkerhedskonference i slutningen af april hørte hundreder af fremmødte om resultaterne af, hvor vigtigt det bl.a. er at vaske sine hænder.

Stemningen var løssluppen og munter, da Patientsikkerhedskonferencen åbnede dørene og de første talere talte til forsamlingen. Formand for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, regionsformand for Region Nordjylland og formand for sundhedsudvalget i Danske Regioner, Ulla Astman (S), åbnede ballet, da hun hilste gæster såvel som oplægsholdere velkommen til konferencen. Hun overlod mikrofonen til en veloplagt sundhedsminister, Nick Hækkerup (S), som i dagens anledning havde omskrevet et gammelt børnenummer, der nu lød sådan: "Man skal vaske sine hænder, hver gang man ser patienter."

Meget passende fik hospitalsdirektør for Nordsjællands Hospital, Bente Ourø Rørth, derefter mulighed for at fortælle, hvad der virkelig sker, når man i den grad husker at

vaske sine hænder. Det er fire år siden, at hun og Nordsjælland Hospital sammen med fire andre sygehuse påbegyndte projektet "Patientsikkert Sygehus". Hun kunne fortælle om flotte resultater, der har medført, hvad hun kalder et paradigmeskifte, hvor patienterne nu er kommet i fokus. Med et smil på læben inviterede hun hele salen med til en af de faste patientsikkerhedsrunder, der bliver gået hver tirsdag. Det er bare ét af flere tiltag, der har været med til at skabe en fælles metode og et sprog blandt kollegaerne.

"Det har været en rejse," lød det fra Bente Ourø Rørth, der tilføjede:

"Det har også været hårdt. Men får I sådan en chance, så skal I gribe den."

På den opfordring blev patientsikkerhedskonferencen for alvor sat i gang, og i løbet af konferencens to dage var der ni forskellige sessions på første dag og seks workshops på dag to.

Patientsikkerhedskonferencen var arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

(pj)

” Indimellem bliver patienterne reduceret til en elektronisk journal. Kan man reducere et menneske til et stykke papir? Lad os få lov til at udføre vores kerneydelse, nemlig den gode sygepleje, hvor mennesket føler sig mødt af en person, som vil dem det bedste, og som ikke bare har alle mulige skemaer, der skal udfyldes.

Sygeplejerske Charlotte Strange Hansen
i debatindlæg om dokumentationskrav.
I Sjællandske den 12. april.

Kampagne skal styrke sundhedsvæsenets omdømme

Medierne fokuserer ofte på de negative historier i sundhedsvæsenet. Det betyder, at mange får et forfejlet indtryk af sundhedsvæsenet, men det vil Dansk selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden til livs med ny hjemmeside.

90 pct. af alle danskere bruger søgemaskinen Google, når de skal i kontakt med sundhedsvæsenet. Og når borgerne sætter gang i deres internetbrowser, bliver

de mødt af sensationsoverskrifter og negative personhistorier. Det kan virke afskrækkende og skabe en tvivlende holdning til sundhedsvæsenet, før vedkommende har gjort sig sine egne erfaringer. Derfor lancerer Dansk Selskab for Patientsikkerhed til sommer, som en del af kampagnen "Hej Sundhedsvæsen", en hjemmeside, hvor borgeren trygt kan stille alskens spørgsmål til et stort udvalg af sundhedsprofessionelle menne-

sker, der frivilligt har meldt sig til at være ambassadører for Hej Sundhedsvæsen. Kampagnen er et initiativ, der skal styrke patienter og pårørende i deres møde med sundhedsvæsenet bl.a. ved at motivere til at stille spørgsmål gennem den snart åbnede hjemmeside.

Hvis du har lyst til at blive ambassadør, kan du tilmelde dig på: <http://jegermed.hejsundhedsvaesen.dk>

(pj)

STUDERENDE I PRAKSIS

Fra overgreb til fredelig sygepleje

Af **Tine Nielsen**, sygeplejestuderende på modul 7 ved UCSJ Roskilde

Tid er en væsentlig faktor i sygeplejen til en dement borger, men tiden er ofte knap. Intet tyder på, at der bliver mere af den i fremtiden, og det får en sygeplejestuderende til at spørge, hvilke vilkår for udøvelse af sygeplejen vi egentlig kunne tænke os.

I min seneste klinik på et plejecenter for demente har jeg haft fornøjelsen af at passe en 91-årig svært dement borger. Borgeren har brug for hjælp til al personlig pleje, herunder nedre toilette, der foretages i sengen.

I begyndelsen var det ikke en fornøjelse. De første gange, jeg foretog plejen, havde jeg en fornemmelse af, at jeg begik overgreb. Borgeren sagde "nej, nej, du må ikke," slog ud efter mig og holdt krampagtigt fast i dynen. Med mit faglige skøn vidste jeg godt, at den personlige pleje var nødvendig, men ingen mennesker, demente eller ej, fortjener at føle det, som hun gjorde.

Det ændrede sig, da jeg begyndte at tage mig tid til at udføre plejen. Jeg brugte nu 10-20 minutter på at vække borgeren, æ hende på kinden, holde hende i hånden, mens hun halvsov, kramme hende og sludre. Det nedre toilette blev nu foretaget sammen med en kollega. Nu kunne den ene berolige og tale til borgeren, mens den anden arbejdede. Det, der før tog 15 minutter, kom nu til at tage 30 minutter, men hvilken forskel for borgeren og for mig. Nu havde jeg følelsen af at foretage sygepleje med hjertets øje, som Kari Martinsen udtrykker det.

Howdan mon arbejdsbetingelserne bliver, når jeg bliver sygeplejerske? Hvor meget tid har jeg? Til hvilken pris for mig og mine medmennesker?



ARKIVFOTO: SCANPIX

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

Et døgn med fokus på forskning

Tekst og foto **Søren Holm**

Der var tilbud om ny viden og inspiration til alle, da mange sygehuse over hele landet igen i år havde inviteret personale og borgere til Forskningens Døgn. Til åbent hus på Hammel Neurocenter havde specialeansvarlig sygeplejerske Hanne Møller Nielsen travlt med at forklare om arbejdet på Kognitiv Klinik, hvor hun arbejder tværfagligt med ergo- og fysioterapeuter om patienter med svære hjerneskader. Behandlingen er ofte træning i små aktiviteter fra almindelig daglig livsførelse vekslende med hvile, f.eks. i sansestolen med indbygget afslapningsmusik og massage. Kuglestolen og en kædedyne på 8 kg, som kan hjælpe patienter med kognitive vanskeligheder, blev også vist frem.



Vacant
MER ENN DU FORVENTER

Arbeid i Norge

Vacant er nr. 1 leverandør av helsepersonell til Oslo, Stavanger, Ålesund og kommuner i Nord-Norge.

Vi tilbyr:

- ★ Gratis reise
- ★ Gratis bolig
- ★ Sommerbonus
- ★ Svært god tariffønn
- ★ Personlig oppfølging
- ★ Frihet – du bestemmer selv dine arbeidsperioder

Vi søker sommervikarer!

Vacant søker både erfarne og nyutdannede sykepleiere!

Søk jobb ved å registrere deg på www.vacant.no

 Følg oss på facebook!

Vacant Helse AS

- er spesialisert på utleie av helsepersonell til norske sykehus, kommuner og private institusjoner.

Alle vi som jobber i administrasjonen er selv helsepersonell, noe som gir deg god faglig oppfølging både før, under og etter oppdrag.

Vi ønsker oss deg som vår nye kollega!

Kontakt oss i dag på:

+47 23 05 55 55

www.vacant.no

cv@vacant.no

SPECIALUDDANNELSEN TIL SUNDHEDSPLEJERSKE

Specialuddannelsen til sundhedsplejerske foregår ved VIA University College, Aarhus og Professionshøjskolen Metropol, København. Uddannelsen varer 1½ år med uddannelsesstart 1. januar 2015 og afslutning 30. juni 2016.

Læs mere om uddannelsen på via.dk/videreuddannelse og phmetropol.dk

Ansøgningsfrist mandag den 1. september 2014 kl.12.00

Informationsmøder

Aarhus: 4. juni 2014 kl. 15-17

VIA University College, Hedeager 2, 8200 Aarhus N

København: 4. juni 2014 kl. 15-17

Professionshøjskolen Metropol, Tagensvej 18, 2200 Kbh. N

Yderligere oplysninger

VIA University College, Aarhus:

Uddannelsesansvarlig Jette Schilling Larsen, jsl@via.dk eller studiesekretær Heidi Lauridsen heid@via.dk

Professionshøjskolen Metropol, København:

Uddannelsesansvarlig Tina Berg Johnson, tijo@phmetropol.dk eller studiesekretær Heidi Christiansen heic@phmetropol.dk



Gør tanke til handling
VIA University College

PROFESSIONSHØJSKOLEN

METROPOL

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

Den sårbare patient

Andrea Gjermansen, Line Højen, Kathrine Dam Pedersen, Sarah Frances, Lankstead, Louise Mygind, Mikaeline Dissing Stavnsbjerg, sygeplejestuderende på Modul 9, Sygeplejerskeuddannelsen i Aarhus

Aktindsigt er en god ting, men hvis patienten er skrøbelig, kan indsigt og information muligvis forstærke skrøbeligheden. Spørgsmålet er, om den kendsgerning berettiger sygeplejersken til at skåne patienten for ubehagelig information.

58-årige Pia er kronisk lungepatient, som skal opereres. Hun har siden barndommen haft hyppig kontakt med sundhedsvæsenet. Pia fortæller, at traumatiske oplevelser i forbindelse med tidligere behandling har resulteret i PTSD, og at hun har fravalgt livsvigtig behandling. Det er vigtigt for Pia at følge med i sit eget forløb, og hun beder derfor jævnligt om aktindsigt. Personalet vurderer, at Pia er meget sårbar.

Pia er meget nervøs for den forestående operation, særligt for anæsthesien, og det kræver ekstraordinær forberedelse. Under operationen er Pia gentagne gange ved at vågne pga. fejl i udstyret. Hun rører sig, åbner øjnene og mumler. Operationen forløber ellers planmæssigt. Efterfølgende spørger Pia til operationen og beder om aktindsigt.

Sygeplejersken er i tvivl, kan Pia klare at finde ud af, at hun var ved at vågne? Vil informationen skade mere end gavne?



Sygeplejersken udleverer journalen, men ikke anæstesijournalen, hvori det står, at Pia var ved at vågne. Sygeplejersken er i tvivl. Skal anæstesijournalen

udleveres, hvis det betyder, at Pia fremover fravælger behandling?

(Tak til Anette Fløe Møller, lektor, for opfordringen til at skrive og for god vejledning.)

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

Svar 1. Som udgangspunkt må der ikke holdes noget skjult for en patient, medmindre denne selv ønsker det. Patienten har juridisk og etisk ret til at fravælge information om valg af behandling og pleje samt om, hvilke overvejelser det faglige personale har som baggrund for deres valg. Men i dette tilfælde har patienten tilvalgt information. Dette på trods af velkendt PTSD. Denne oplysning får personalet til at overveje, om de yder omsorg for patienten ved at udlevere informationen. Personalet har etiske overvejelser i forhold til, hvad der vil være god sygepleje i dette tilfælde. Personalet kan

Simulér dig til sygeplejerskeuddannelsen

10-15 pct. af kliniktiden i sygeplejerskeuddannelsen kan erstattes med simuleringer, der udspiller sig i et laboratorium, såkaldte sim-labs. Det foregår ved hjælp af nye teknologier, innovative undervisningsmetoder og strategier, fortalte ph.d. og sygeplejerske Pamela Jeffries, en kapacitet på området, som besøgte Professionshøjskolen Metropol den 4. marts 2014. Jeffries er professor på John Hopkins School of Nursing i Baltimore, Maryland, USA.

Tilhørerne fik inspiration, entusiasme og en meget pædagogisk fremstilling af, hvad

simulation kan betyde. Først og fremmest får det sygeplejestuderende til at tænke som sygeplejersker, fastslog Jeffries.

”Der er så meget, man ikke kan og må som studerende, men i simulationslaboratoriet skal man tage stilling, beslutte sig, handle og kan efterfølgende se konsekvenserne af sine handlinger, og det udvikler den studerende,” sagde hun. Efterfølgende er grundig debriefing et vigtigt element, hvis læringen skal være optimal.

Ofte afholdes sim-labs som tværfaglige seancer, og det gavner på sigt samarbejdet

mellem faggrupper, fortalte hun. Sim-labs varer 30 minutter, og et lille panel af undervisere ser med på afstand, for at debriefingen kan få den nødvendige kvalitet.

De menneskelignende og teknologisk avancerede dukker simulerer, så alle bliver klogere.

Læs mere om sim-labs på <http://nursing.jhu.edu/> eller læs Pamela R. Jeffries "Simulation in Nursing Education: From Conceptualization to Evaluation." Bogen er udgivet i 2012.

rose sig selv for denne refleksion og dermed deres medmenneskelige forankring i deres faglige arbejde. Skal der afgives et svar på de foreliggende oplysninger, vil det være, at alt materiale skal udleveres, men personalet kunne måske tale med patienten om, hvorfor denne er så fokuseret på at have aktindsigt. Har patienten selv reflekteret over valgets konsekvenser?

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

Svar 2. Pia er angiveligt meget sårbar og hårdt ramt i livet, og hun er blevet forbedret ekstraordinært inden sin forestående operation. Der er formodentlig truffet valg om en anæstesiform, som er den bedste for Pia i hendes situation. Men at der opstår utilsigtede problemer med apparaturet, er naturligvis meget uheldigt og kedeligt. At en patient rører sig og åbner øjne under fuld anæstesi, er sjældent, men kan forekomme, også uden at det behøver at give huskeanæstesi (awareness). At Pia endvidere har været i stand til at mumle, giver indtryk af, at anæstesi-valget ikke har været optimalt.

Patienter, som oplever awareness, er meget truet på deres psykiske habitus,

det er almindeligt, at en mistanke om noget sådant giver anledning til samtale med anæstesilæge for at kortlægge, om der skal iværksættes psykologisk behandling. Anæstesiafdelingerne i Danmark har klare instrukser på dette.

Når journalmateriale udleveres, er det god skik at gennemgå dette med patienten, og for Pias ved kommende ville en gennemgang af journalmaterialet være en god handling. Pia har naturligvis krav på at se alt materialet, men ved en gennemgang af anæstesijournalen ville det være absolut bedst, at det skete med en anæstesilæge.

Sygeplejerskens tvivl kan være mere eller mindre velbegrundet, men tvivlen bør komme Pia til gode, og hun finder tryghed i at se journalen. Pias skrøbelighed begrundes ikke umiddelbart, at hun ikke skal have information, når hun ønsker den. Sygeplejersken bør diskutere med sine kollegaer, inden hun træffer valg på Pias vegne. Informationen bør være fagligt og menneskeligt funderet.

Af Erik Weye, anæstesisygeplejerske, SD, medlem af sygeplejeetisk Råd.

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

” Vi mener selv, vi er ansat til at hjælpe patienterne, men kan til tider komme voldsomt i tvivl om, hvorvidt det er rigtigt. Nogle af de tiltag, I beslutter, kan tolkes sådan, at vores opgave i virkeligheden er hurtigst muligt at få patienterne ud af regionens budgetområde.

Brev fra sygeplejersker i ambulatorium og psykiatriske sengeafdelinger i Vejle til psykiatri- og socialudvalget i Region Syddanmark. I Vejle Amts Folkeblad den 5. april.

Læger slår alarm efter sygeplejerskeflugt

Lægerne på akutafdelingen på Gävle Sjukhus truer ifølge det svenske tidsskrift *Läkertidningen* med, at de ikke længere vil påtage sig det medicinske ansvar, efter at mere end 30 sygeplejersker på blot et år er stoppet på afdelingen. I et brev til hospitalsledelsen, der er underskrevet af 59 læger, fremgår det, at sygeplejerskemanglen medfører store stigninger i antallet af alvorlige fejl, der i værste fald kan lede til fatale hændelser. Lægerne efterlyser nu, at afdelingen ansætter erfarne sygeplejersker, som får en grundig introduktion til afdelingen, eller at hospitalet genansætter nogle af de tidligere sygeplejersker under forbedrede vilkår.

E-cigaretter mistænkt for at skade børn

Antallet af indberetninger om forgiftninger med den flydende nikotinholdige væske fra e-cigaretter er steget i USA fra gennemsnitlig en månedlig henvendelse i september 2010 til 215 i februar 2014. Det oplyser det amerikanske institut for folkesundhed, Center for Disease Control and Prevention, i en pressemeddelelse. Godt halvdelen af indberetningerne drejede sig om børn under fem år. Forgiftningerne opstår typisk som følge af indtagelse, inhalering eller øjen- eller hudkontakt med nikotinvæsken.

Kinesiske mænd opretter første faglige netværk

I Kina arbejder ca. 2,5 mio. registrerede sygeplejersker, men under 1 pct. af dem er mænd. Det vil mandlige sygeplejersker fra Xiangya Hospital i det centrale Kina ændre, og de har derfor oprettet et nyt fagligt netværk "Nandinggeer Association" for mandlige sygeplejersker, skriver den engelsksprogede kinesiske avis *China Daily*. På Xiangya Hospital arbejder godt 2.300 sygeplejersker. Knap 100 af dem er mænd.

Sygeplejerskers foretrukne sted at søge ny viden

Det er 17 år siden, Sygeplejersken – som et af de første fagblade i Danmark – gik online. Og den 23. april 2014 udkom en ny version med et opdateret artikelarkiv, forbedret søgefunktion og ekstra faktuel og historisk stof.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Research **Gunilla Svensmark**



Den første forside på Sygeplejersken.dk i januar 1997 vist med den forhistoriske browser "Netscape". Siden har Sygeplejersken.dk skiftet udseende mange gange.

Sygeplejersken.dk har visuel stil og farver, der vil være genkendelige for Sygeplejerskens 143.000 læsere.



Dengang

I 1983 var 200 computere i 20 lande forbundet via nettet – eller World Wide Web, som systemet med den fælles standard for udveksling af data blev kaldt. I 1997, da fagbladet *Sygeplejersken* lancerede en elektronisk version, var antallet af computere med adgang til internettet vokset til omkring 10 mio. på globalt plan.

"Har man adgang til computer, modem og internetforbindelse, kan man for fremtiden læse sygeplejefaglige artikler, leder, læserbreve, kommentarer, anmeldelser og stillingsannoncer. Desuden kan udvalgte fagartikler læses på skærmen," som der stod i *Sygeplejersken* nr. 1/1997.

Det var dengang, man var nødt til at bruge modem og betale telefontakst for at bruge computeren, og hvor det kunne tage flere minutter at sende en mail. Mange gik på biblioteket for at gå på nettet, på Hovedbiblioteket i København kunne man gratis bruge internettet fra kl. 16-18.

I en artikel i *Sygeplejersken* nr. 5/1997 skrev sygeplejerske og redaktør af tidsskriftet *Nursing Standards* onlineversion, Denis Anthony, om de første sygeplejersker på nettet:

"Kun få danske sygeplejersker går helhjertet op i at anbefale internet for kolleger. I Storbritannien er der også kun en lille skare, men alene det, at de er der, betyder, at der regelmæssigt kommer påmindelser i sygeplejepressen og på uddannelsesstederne om, hvor vigtigt det er at bruge computernetværker."

Tre år efter at *Sygeplejersken* kom på nettet, fik Dansk Sygeplejeråd sin første hjemmeside. I 2009 blev *Sygeplejerskens* hjemmeside lagt ind under Dansk Sygeplejeråds portal, og i et par år kunne artiklerne udelukkende læses i pdf-versioner af bladene. Det viste sig, at artikelarkivet ikke levede op til de krav, som især studerende, undervisere og forskere stiller til deres litteraturreferencer.

Nu

Den 23. april 2014 udkom Sygeplejersken.dk i et nyt design og med ekstra faktuel og historisk stof. Artikelarkivet er blevet redigeret helt tilbage til 1997, så alle webartikler nu rummer oplysninger, der gør dem anvendelige til litteraturreferencer. Søgefunktionen er forbedret, så man nu kan søge direkte i *Sygeplejerskens* artikeldatabase på ord, titler, forfattere, årgange og numre samt filtrere sin søgning på emneord. Som et af de første fagblade, der gik online, rummer *Sygeplejerskens* artikelarkiv i dag et unikt stort antal faglige og journalistiske artikler om sygepleje, i alt ca. 7.000.

Det gør Sygeplejersken.dk til sygeplejerskers foretrukne sted at hente faglig viden. Hjemmesiden har i dag ca. en mio. sidevisninger og 250.000 unikke brugere om året. Danske sygeplejersker har for længst taget hjemmesider, sociale medier og apps til sig, og i dag søger sygeplejestuderende viden på alle informationsplatforme.

Kig forbi Sygeplejersken.dk og læs nyheder, søg artikler og hent viden om faget og historien. Du kan som altid kontakte redaktionen, hvis du har idéer og input til Sygeplejersken og Sygeplejersken.dk. Du finder kontaktpersoner i hjemmesidens menu.

Sundhedsminister vil kigge på UTH-ordning

Siden 2004 har sundhedspersonale registreret utilsigtede hændelser, og derfor mener sundhedsminister Nick Hækkerup (S) nu, at ordningen skal gennemgås. "Vi skal hele tiden udvikle vores sundhedsvæsen til gavn for patienterne, og når bl.a. Lægeforeningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed mener, at vi kan forbedre ordningen og få endnu mere ud af den viden, som indberetninger giver, så synes jeg, vi af hensyn til patienterne er forpligtede til at følge op. Og derfor tager jeg nu initiativ til at give ordningen et servicetjek," siger ministeren i en pressemeddelelse.

Giv den psykiatriske patient håb

Personalet på psykiatriske afdelinger skal være mere optimistiske på patienternes vegne ved f.eks. at tale positivt om deres fremtid. Det er intentionerne bag det nye projekt "Dialogstarteren" fra kampagnen "En af os", der ifølge DR Nordjylland i løbet af foråret forventes indført i alle regioner. "Vi skal være opmærksomme på, hvor meget det kan betyde, at vi går ind og indgyder håb, når patienten ikke selv har det i en periode," siger sygeplejerske Ann Pedersen fra Psykiatrisk Afdeling i Frederikshavn, som startede projektet ved årsskiftet. Dialogstarteren skal - bl.a. via interviewfilm med psykisk syge og dilemmaøvelser - øge personalets fokus på området.

Kort uddannelse øger risiko for blodpropper

Danskere med en kort uddannelse har op mod fire gange højere risiko for at dø af en blodprop i hjertet end de med lang uddannelse. Det viser en ny analyse fra Hjerteforeningen og Statens Institut for Folkesundhed. "Hvis vi skal gøre noget ved den sociale ulighed, så skal vi skræddersy ydelserne meget mere, end vi gør i dag. Det gælder både regioner og kommuner, der skal differentiere både arbejdet med forebyggelse rettet mod borgerne og rehabiliteringen efter blodproppen," siger Hjerteforeningens formand dr.med. Henrik Steen Hansen i en pressemeddelelse.

Film

10., 14. og 21. maj

Hospital

Dokumentar om et hospital i den overvejende sorte bydel Harlem. Filmens skildring af skadestuen på Metropolitan Hospital viser bedre end nok så mange statistikker, hvad ressourceknaphed, kommunikationsveje og struktur betyder for de ydelser, borgerne kan få.

Cinematket, Gothersgade 55, Kbh. K

Forventet premiere 29. maj

Kolbøttefabrikken

Den alternative behandler Acacia (Paprika Steen) idømmes en mentalundersøgelse på en psykiatrisk afdeling. Hun er overbevist om, at hun kan give sine medpatienter mere livskvalitet ved at erstatte medicin med clairvoyance, hypnose og kaffe-grums, men overlægen tager kampen op imod Acacia og hendes new age-metoder. Ifølge ham er hun en syg kvinde, og den eneste løsning på galskaben er stærk medicinering.

Biografer i hele landet



FOTO: ULP

Ole Boisen, Mick Øgendahl og Mia Lyhne i "Kolbøttefabrikken"

Teater

26.-28. maj

Skrøbelige Liv

"Skrøbelige Liv" er en performance lecture om terror og autoimmune sygdomme. Terror og autoimmune sygdomme har det tilfælles, at de ikke kan bekæmpes, fordi truslen kommer indefra.

Medicinsk Museion, Bredgade 62, Kbh. K

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



Sygeplejersker søges til Norge og Sverige – til en attraktiv løn

**Kirurgiske sygeplejersker
Medicinske sygeplejersker
Anæsthesisygeplejersker
Dialysesygeplejersker
Intensivsygeplejersker
Neonatalsygeplejersker
Onkologisygeplejersker
Operationssygeplejersker**

Vi sørger for alt - lige fra rejse og logi til vagtplan - vi er din partner!

Telefon: **(+45) 45 540 540**
Mail: **rekruttering@powercare.dk**

Ansøgningsskema kan udfyldes på vores hjemmeside:
www.powercare.dk

VI SØGER SYGEPLEJERSKER TIL HJEMMEPLEJEN I JYLLAND OG PÅ FYN



MEDIC STAFF BY
POWERCARE®

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16
DK-8260 Viby J, Aarhus
Tlf.: (+45) 45 540 540

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

Plads til

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Søren Svendsen**

Unge med kroniske og alvorlige sygdomme bliver ofte overset i det danske sundhedsvæsen. De seneste fem år har flere hospitaler dog fokuseret ekstra på det ungdomsmedicinske område. Flere af landets store hospitaler har oprettet ungecaféer, og brugerpaneler med unge vinder frem. På Rigshospitalet uddannes der bl.a. sygeplejersker til ungeambassadører. Læs i dette tema mere om, hvordan de unge patienter i Danmark stille og roligt får bedre forhold.



de unge



Små skridt i den rigtige

Ungecaféer, ungepaneler, ungeambassadører og børne- og ungeafdelinger er nye ord, der er poppet op i det danske sundhedsvæsens sprogbrug de seneste fem-seks år. Fagfolk ser det som et udtryk for, at den komplicerede gruppe af unge patienter på 12-24 år har fået bedre vilkår.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Christoffer Regild**

For nogle år siden viste en spørgeskemaundersøgelse blandt unge patienter på Rigshospitalet, at 71 pct. af de 15-17-årige helst ville være indlagt på et ungdoms-afsnit, selvom et sådant ikke eksisterer. Og undersøgelsen viste også, at de unge patienter ofte kedede sig (45 pct.), mens over halvdelen ønskede at komme i kontakt med andre unge under indlæggelse.

Det skortede således ikke på opgaver, da Ungdomsmedicinsk Videnscenter slog dørene op på Rigshospitalet for godt fem år siden. Det ungdomsmedicinske område havde haft trænge kår i mange år, ikke blot på Rigshospitalet, men i det meste af Danmark, og det skulle der laves om på, fortæller afdelingslæge og ph.d. Kirsten Boisen.

”Jeg har mange mål med mit arbejde i videnscentret, men et af mine mest ambitiøse mål er, at alle sundhedsprofessionelle skal kunne spotte en ung, når de møder én, og tænke, at her er der noget specielt, jeg lige skal være opmærksom på. Vi er stadig langt fra, men vi er tættere på end for blot fire-fem år siden,” fortæller hun.

Sygeplejerske Pernille Grarup Hertz har også sin daglige gang i det ungdomsmedicinske videnscenter, og hun glæder sig også over, at de unge patienter er blevet mere synlige i det danske sundhedsvæsen.

”I 2010 var der kun få sundhedsprofes-

sionelle, der tænkte på patienterne som unge. De var enten børn eller voksne. Nu er der mange, der gør det. De fleste hospitaler med børneafdelinger vil i dag også italesætte de unge patienter mod tidligere, hvor alle patienter op til 18 år tit blev omtalt som børn. Og her i Region Hovedstaden er børnepolitikken f.eks. blevet til en børne- og ungepolitik. Det er små, men vigtige skridt i den rigtige retning,” siger Pernille Grarup Hertz.

Aldersgrænsen stiger

Det er tydeligt, at de to kvinder brænder for den helt specielle og sårbare patientgruppe, unge er. Ungdomsårene er præget af perioder med markant biologisk, psykologisk og social udvikling. Man er ikke længere barn, men heller ikke voksen, og hvis man oveni lider af en kronisk eller alvorlig sygdom, giver det ungdommen en hel række specielle udfordringer. Et faktum, som det danske sundhedsvæsen først nu for alvor er ved at få øjnene op for.

Med Ungdomsmedicinsk Videnscenter som frontløber har unge patienter i hele Danmark gradvist fået bedre vilkår og nye tilbud de senere år, f.eks. i form af de ungecaféer, som indtil videre fire hospitaler landet over har etableret i kølvandet på de gode erfaringer, Rigshospitalet har haft

med Danmarks første ungecafé Hr. Berg (se artikel side 6).

Men hvordan ser en ung patient ud?

”Helt konkret læner vi os op ad WHO, der lidt bredt definerer unge som de 10-24-årige, begge inklusive. Vi synes dog, at de 10-11-årige er meget små, og en del 12-årige patienter bliver faktisk målløse, når vi omtaler dem som unge, selvom en del af dem er gået i pubertet. Den øvre grænse er vi slet ikke så skarpe på, og den stiger nok i disse år. Jeg er pædiater, så for mig har det været en selvfølge at sige 18, men man er også ung, når man er 19, 20, 22, ja, nogle måske 24 år eller ældre i dag. Der er sket et skred,” siger Kirsten Boisen.

Pernille Grarup Hertz uddyber:

”Da jeg begyndte her, havde jeg primært arbejdet med unge på voksenafdelinger, og her er 18 alt for lavt. Hvis det er øverste aldersgrænse, favner vi slet ikke alle de unge, så der er god grund til at hæve aldersgrænsen. Ungdommen er en helt særlig livsfase, akkurat som barndommen,” siger Pernille Grarup Hertz.

Stor forskel på unge

Alene dét, at det er så svært at afgrænse de unge patienter aldersmæssigt, viser, hvor kompleks en patientgruppe de er.

Forslag til videre læsning

- ”Unge patienter kræver særlig opmærksomhed”, Grete Teilman og Kirsten A. Boisen, Ugeskrift for Læger, 2013; 175: 1942-5.
- ”Livsstilssamtalen med unge. HEADS-anamnesen som model i almen praksis”, Kirsten A. Boisen, Lotte Vosmar Denning og Grete Teilman, Månedsskrift for Almen Praksis 2014, 340-8.
- ”Ungt fokus - Hospital i udvikling”, Projektvaluering Ungdomsmedicinsk Videnscenter 2008-2011, Rigshospitalet.
- Oversigt over anden litteratur om ungemedicin findes bl.a. på www.ungdomsmedicin.dk under menupunktet ”For professionelle”.

Dansk Ungdomsmedicinsk Netværk

Freitag den 21. marts 2014 holdt Dansk Ungdomsmedicinsk Netværk - DUN - sit første arbejdsgruppemøde. DUN er et landsdækkende netværk for fagpersoner, der arbejder med kronisk og alvorligt syge unge. Målet er at udbrede viden om ungdomsmedicin og information om ungdomsmedicinske tiltag på danske hospitaler og i primærsektoren.

Læs mere på www.ungdomsmedicin.dk under menupunktet ”For professionelle”.

retning

HEADS

HEADS er en internationalt anerkendt ungeanamnese, der sikrer, at de sundhedsprofessionelle kommer rundt om alle vigtige emner i forhold til den unges trivsel:

HOME: Hjemlige forhold

EDUCATION: Uddannelse og erhvervsarbejde

EATING: Spisevaner og kropsofattelse

ACTIVITIES: Fritid, fester og venner

DRUGS: Tobak, alkohol og illegale stoffer

SEXUALITY: Kærester, seksualitet og prævention

SAFETY: Sikkerhed

SELFHARM: Humør, depression, selvmord og selvskadende adfærd

Kilde: Ungdomsmedicinsk Videnscenter

Der er f.eks. stor forskel på, hvor en 12-årig, en 18-årig og en 22-årig er i deres liv i forhold til biologisk, psykologisk og social udvikling.

”Overordnet kan man dele ungdomsårene op i de tidlige, mellem- og sene år, og unge med alvorlige sygdomme får så det her ekstra lag i deres udvikling, hvor de f.eks. kan have særlige udviklingsmæssige udfordringer og vilkår. F.eks. kan kronisk sygdom forsinke den normale vækst og pubertetsudvikling. Alvorlig sygdom med langvarige hospitalsophold, skolefravær og manglende samvær med jævnaldrende kan også spille ind på, hvor den unge er henne i sin psykiske og sociale udvikling,” fortæller Kirsten Boisen.

Fælles for de unge er dog, at de på et eller andet tidspunkt kommer til at føle sig for gamle til børneafdelingen og for unge til voksenafdelingen. At indrette deciderede ungeafsnit, som mange unge ønsker, er dog ikke altid muligt af både faglige og ressourcemæssige årsager.

”På de store universitetshospitaler er der ofte så mange specialer, at det ikke er muligt at samle de unge på et afsnit. I Danmark findes der p.t. kun et særligt indrettet ungdomsafsnit på Onkologisk Afdeling på

Aarhus Universitetshospital. Men omvendt kan det godt lade sig gøre på nogle hospitaler f.eks. i England, som er langt fremme på det ungdomsmedicinske område,” siger Kirsten Boisen.

God kommunikation

Det ungdomsvenlige hospital er dog mere end ungecaféer, ungepaneler og fysiske afsnit kun for unge. De sundhedsprofessionelles tilgang til patientgruppen er altafgørende for, hvordan de unge kommer bedst muligt igennem de ofte lange hospitalsophold. Og derfor har Ungdomsmedicinsk Videnscenter også fokus på at efteruddanne personalet, bl.a. gennem kortere tværfaglige kommunikationskurser af tre timers varighed.

”Vi kommer bl.a. ind på, hvad der kendetegner de unge patienter, men også hvordan vi bedst kan tale med dem om det hele ungdomsliv, f.eks. ved hjælp af den systematiske ungeanamnese HEADS (se boks). En del af undervisningen omhandler unges patientrettigheder og mødet med den unge patient. Meget taler for at tale med unge alene i en del af samtalen som led i deres gradvise selvstændighedsgørelse,” siger Pernille Grarup Hertz.

Derudover udbyder centret også en uddannelse for sygeplejersker til såkaldte ungeambassadører. Uddannelsen blev udbudt for første gang i 2010, og tredje hold sygeplejersker bliver færdige her i foråret (se artikel side 24).

Fra barn til voksen

Et andet hot emne inden for ungdomsmedicin både i Danmark, men også i udlandet er transition, som kort fortalt handler om overgangen fra barn til voksen. Men, påpeger Pernille Grarup Hertz og Kirsten Boisen, det er langt fra så simpelt, som det måske lyder.

”Oversætter man ordet direkte, betyder det jo overgang – men overgang fra hvad? Fra børneafdeling til voksenafdeling eller fra den ene ungdomsfase til den anden? Mange fagfolk tænker nok, at hvis vi laver et tilbud om fælleskonsultation med den unge, forældre og de to afdelinger, før den unge skal videre til en voksenafdeling, så er alt godt. Det er et skridt på vejen, men ikke nok. Jeg tænker, at man skal fokusere på, at kronisk syge unge har brug for noget særligt hele tiden. Det er en lang proces, hvor de unge bl.a. skal løsrive sig fra forældrene og gå fra en kontrolleret behandling til selv at skulle kontrollere behandlingen og meget andet,” fortæller Kirsten Boisen.

På Rigshospitalet har man f.eks. lavet et transitionsforløb for patienter med cystisk fibrose, der løber, fra de er 12 år, til de er 18-19 og overgår til voksenafdelingen. Der er også en specifik plan for selve overflytningen, den såkaldte transfer.

”Der er mange måder at gøre det her på, og det er vigtigt, at vi gør os klart, hvad der er transition, og hvad der er transfer. Der er heldigvis flere og flere initiativer i gang med samarbejde mellem børne- og voksenafdelinger rundt omkring i Danmark, og det er meget positivt,” siger Kirsten Boisen.



Tekst **Christina Sommer** • Foto **Christoffer Regild**

22-årige Lonny Jensen har cystisk fibrose, og de seneste tre år har hun været indlagt adskillige gange på Rigshospitalet. Under de lange ophold er ungecaféen Hr. Berg et tiltrængt pusterum fra sygdom og hospital, men også livet udenfor.

"Det er jo en sygdom,

For den spinkle pige findes der i teorien ikke et liv før eller efter cystisk fibrose (CF). Diagnosen blev nemlig stillet, da hun kun var fire måneder gammel, længe før Lonny Jensen kan huske noget som helst af sit 22 år lange liv. Men som mange andre patienter med CF har hun haft et nogenlunde almindeligt liv op til teenageårene.

"Indtil da var jeg faktisk normalt fungerende med en lungeprocent, der var bedre end de fleste, så længe jeg bare tog min medicin," fortæller hun.

Hun er iført en mørkeblå fleecetrøje og et par jeans, der meget utro mod modellen sidder alt for løst. De fortæller på deres egen tydelige måde, at Lonny Jensen på

ingen måde er på toppen i øjeblikket. Da *Sygeplejersken* møder hende i marts i år, er hun lige blevet udskrevet efter endnu en indlæggelse på Rigshospitalets center for voksne med cystisk fibrose, denne gang på seks uger. En ellers vellykket skiferie i Sverige endte desværre i sygdom pga. vejrskiftet, da Lonny Jensen kom hjem.

"På ferien var der masser af frisk luft, og jeg var sikker på, at min lungeprocent var steget, men det nåede jeg desværre ikke at få målt, før jeg blev syg," fortæller hun.

Usikkerheden er værst

Lonny Jensen taler forholdsvis hurtigt og hiver let efter vejret, ligesom hun rømmer

sig med jævne mellemrum. Under den seneste indlæggelse var det ikke kun bakterier, men også maven, der voldte problemer.

"Bakterierne blev slået ned, og maven er tilsyneladende o.k., men lægerne kan stadig ikke komme med et klart svar på, hvorfor jeg ikke kan få min lungeprocent højere op end de 26, den er på nu. Ikke andet end at det måske skyldes min lave vægt. Jeg vejer kun omkring 44 kg," fortæller Lonny Jensen, der derfor har lægelige ordrer på at spise lige, hvad hun lyster.

Hun skal med andre ord fedes op, ellers er næste skridt nok PEG-sonde.

"Min kæreste og jeg spiser masser af bøf og fastfood, men det hjælper ikke rigtig.

CF-patienter og isolation

Isolation af CF-patienter sker udelukkende af faglige årsager og for at beskytte patienterne mod smitterisiko. CF-patienter har øget risiko for at blive inficeret med bakterier, som i nogle tilfælde kan give kroniske infektioner. Derfor deler Rigshospitalet som hospitaler verden over CF-patienter op i en række undergrupper afhængigt af, hvilke bakterier de er inficeret med. I dag bliver mange unge CF-patienter behandlet så intensivt, at de ikke har udviklet kroniske infektioner, hvilket en del ældre (i 40'erne og 50'erne) CF-patienter desværre har. De ældre kan derfor ofte godt være i samme rum, hvis de har den samme kroniske infektion og ikke andre infektioner, der kan smitte. Men det forholder sig altså lidt anderledes med mange unge CF-patienter.

Kilde: Enhed for behandling af patienter med Cystisk Fibrose, Rigshospitalet.

Og hvor jeg før kunne spise for tre, kan jeg ikke en gang spise for én lige nu.”

Det fremgår tydeligt, at Lonny Jensen er en veloplyst patient. Fra hun var ca. ni år gammel, begyndte praktiserende læge og andet sundhedspersonale at gøre hende klogere på CF, så hun kunne mestre den bedst muligt. Hun har også gået på Rigshospitalets CF-skole og lavet adskillige projekter om sin sygdom.

”Jeg ved jo, at det er en sygdom, jeg dør af. Tidligere end mange andre. Og jeg ved,

også har kæmpet en brav kamp de seneste år for at få tilkendt førtidspension i stedet for kontanthjælp.

”Jeg vil så gerne arbejde, og jeg har prøvet mange ting siden folkeskolen. Jeg har bl.a. arbejdet i butik og været i arbejdsprøvning som automekaniker. Det er mit drømmejob, jeg er ikke særlig boglig og har altid været en aktiv pige. Og jeg er god til at lave biler. Men selvom jeg har fået lov til at arbejde præcis, som jeg ønskede det, f.eks. tre timer om dagen, hvor den ene time var

mine forældre er skilt, og vi har haft vores ture, har de altid støttet mig. Jeg kunne følge den almindelige skole og har ikke skullet sige nej til så meget, selvom jeg skulle have fri til kontrolbesøg en gang imellem,” husker Lonny Jensen, der med en lungeprocent på dengang nogle og firs ikke følte, at CF styrede hendes liv.

Men for tre år siden blev hun ramt af en virus og to bakterier, som til sammen slog hendes krop helt ud af kurs.

”Indtil da var det største problem egentlig, at jeg hurtigt blev træt. Men siden da har jeg ikke kunnet få min lungeprocent over 50, den er bare faldet år for år, og nu har jeg det hele – træthed, smerter, manglende appetit og vægttab. Lige nu er det sygdommen, der fylder alt,” siger hun.

Indtil sit 18. år var Lonny Jensen, der er fra en mindre by i provinsen, kun indlagt på det lokale hospital et par gange.

”Jeg lå på børneafdelingen, og det var lidt underligt at ligge der som den ældste, hvor jeg kun mødte andre på min alder enkelte gange og i kort tid, når de f.eks. var indlagt til observation for en brækket fod. Jeg følte heller ikke, sygeplejerskerne havde særlig meget tid til os, de havde alt for travlt.”

Lonny Jensen valgte derfor selv, at fremtidige indlæggelser skulle foregå på Rigshospitalet. Hun var indlagt på børneafdelingen for cystisk fibrose en enkelt gang før sit 18. år, hvor hun automatisk blev rykket videre til den nyåbnede voksenafdeling for CF-patienter. ▶

jeg dør af”

at når lungeprocenten nærmer sig de 20, kan man ikke trække vejret selv længere. Her kan en lungetransplantation komme på tale, selvom det er sidste udvej. Skulle den lykkes, forlænger den i bedste fald livet en fem-seks år. Lige nu har jeg kontakt til en CF-patient på 13 år, hendes lungeprocent er 29, og hun er netop blevet indstillet til en transplantation. Hvad så med mig?” spørger hun frustreret, vel vidende, at mange andre lægelige vurderinger spiller ind, når det spørgsmål skal besvares.

”Lægerne har givet mig 14 dage til at få vægten til at stige igen, og så må vi tage den derfra. Men jeg synes, det er lidt hårdt,” siger Lonny Jensen, der foruden sin sygdom

pause, kan jeg ikke klare det. Det er for energikrævende, jeg bliver alt for træt,” fortæller Lonny Jensen og uddyber:

”Det er også svært at have et job, når man som jeg bliver indlagt med jævne mellemrum, de seneste år har det nærmest været hver anden måned. Indlæggelsen er også en stressfaktor i forhold til kontanthjælp, hvor jeg skal møde op for at være berettiget, men det er altså lidt svært, når man er på hospitalet.”

Fra barn til voksen

Da sygdommen brød ud i teenageårene, var det hårdt, men overkommeligt.

”Jeg tog det med oprejst pande. Selvom



Her er Lonny nu

Et par uger efter vores interview blev Lonny Jensen indlagt på Rigshospitalet igen pga. kraftig hoste og manglende vægtøgning. Ved redaktionens deadline sidst i april var hun stadig indlagt på fjerde uge. Hendes lungeprocent lå på mellem 26 og 28, og hun kunne stadig ikke selv spise nok til, at hun tog på, tværtimod lå vægten her og svingede mellem 42 og 43 kg. Sidste torsdag i april fik hun derfor anlagt perkutan endoskopisk gastromisonde (PEG-sonde) i håb om, at det kan få hendes vægt til at stige. Lægerne har stadig ikke et klart svar på, hvorfor lungeprocenten ikke vil stige. De havde mistanke om svamp i venstre lunge, men det kunne ikke påvises ved en BAL (lungetest). Lonny Jensen skal derfor behandles for betændelsestilstand i lungerne og gennemgå en række andre undersøgelser i løbet af maj. Hun er endnu ikke skrevet på akutlisten til nye lunger.

- ”Jeg kan huske, jeg var meget nervøs, for jeg havde hørt, at der er endnu mere travlt på voksenafdelinger, og jeg tænkte, at de måske ikke ville tage hensyn til, at man f.eks. er bange for nåle.”

Lonny Jensen blev kaldt til samtale før indlæggelsen, og det hjalp.

”Så kunne jeg give udtryk for mine bekymringer og nå at omstille mig. Derudover ligger vi isoleret på enestue, så hvis man har behov for at tale frit om mere personlige ting, kan man også det. Sygeplejerskerne har tid til os og er gode til at sætte sig ind i vores situation og give os den bedst mulige oplevelse, selvom der ikke er noget godt ved at være indlagt. Min mor var med første gang, og det var heldigvis en stille og rolig overgang.”

Hjælp og frustrationer

Lonny Jensen begyndte for alvor at komme på Rigshospitalet, lige da Ungdomsmedicinsk Videnscenter og ungecaféen Hr. Berg med de to socialpædagoger Jakob Høyer Larsen og Vivi Marlene Nørgaard så dagens lys. Og hun lyser op, når talen falder på caféen.

”Jeg kunne ikke leve uden den. Den giver mig kræfter til at komme igennem indlæggelserne. Den er et frirum fra sygdommen, stuen og også det derhjemme. Det er hårdt at skulle tage medicin hele tiden, skulle til lægetjek og skidt og lort. I Hr. Berg kan jeg være ung, og gøre det, jeg har lyst til.

Jeg har f.eks. ikke altid været lige god til at tage min medicin, men de dømmer mig ikke, hvis jeg fortæller det i caféen. Her giver de andre unge og Jakob mig et eller andet kick, der motiverer mig til at gå i gang igen,” fortæller Lonny Jensen, der dog er utilfreds med én ting:

”I begyndelsen måtte vi gerne være to CF-patienter i caféen på samme tid, så længe vi tog de forholdsregler, vi altid skal, f.eks. have styr på: om vi er bakteriefri, eller hvilke bakterier vi har, spritte af, lufte ud og så videre, så vi ikke smitter hinanden. På afdelingen for CF er der en opholdsstue, hvor de gamle CF-patienter godt må mødes. Men det må vi unge ikke længere, og det er virkelig frustrerende, at de nægter os unge, der har brug for at møde andre, der har det som os, selvom vi tager vores forholdsregler,” siger Lonny Jensen (se Rigshospitalets begrundelse i boks side 19).

Lonny Jensen flyttede til Amager og sin kæreste for et års tid siden. Og da sygdommen har fyldt meget de seneste tre år, er det så som så med det sociale liv og muligheder for at finde nye venner. Her har Hr. Berg og især socialpædagogen Jakob været en god, kontinuerlig støtte for Lonny Jensen, især efter november sidste år, hvor hun mistede sin mor til kræften.

”Min mor og jeg var bedste veninder, så det var hårdt, og selvom min far støtter mig så godt, han kan, har jeg brugt Jakob rigtig

meget. Men jeg ved godt, at nu hvor jeg er blevet 22 år, skal han og Vivi jo til at bruge kræfterne på dem, der er yngre. Og det er helt o.k.”

Drømmen om familie

Når talen falder på Lonny Jensens liv lige nu, er det stadig frustrationen over ikke at vide præcis, hvorfor hun ikke kan tage på eller få sin lungeprocent op, der fylder aller mest.

”Man siger, Gud har skabt mennesket, hvorfor har han så skabt et menneske, der slår sig selv ihjel? Jeg forstår det ikke. Min krop slår sig selv ihjel ved at være overbeskyttende, kan man sige. Jeg tror som sådan ikke på Gud, men alligevel. Jeg ved godt, at det er kompliceret, men jeg ville ønske, at lægerne og sygeplejerskerne kunne melde noget klarere ud.”

Når det kommer til spørgsmålet om, hvad Lonny Jensen ellers drømmer om, er svaret uventet klart:

”Jeg kunne godt tænke mig nogle nye lunger, så jeg kunne få et barn. Det er mit højeste ønske at få et barn. Jeg ville helst have et arbejde og stifte familie. Men lige nu har jeg lang vej endnu, man skal minimum have en lungeprocent på 50 for at blive gravid.”

Kan ikke love tavshedspligt

Unge i alderen 15-17 år kan give personalet ekstra hovedbrud i forhold til rettigheder og tavshedspligt.

Tekst Christina Sommer

Når en ung patient fylder 15 år, kan han eller hun selv give samtykke til, om en undersøgelse eller behandling skal sættes i gang eller fortsætte. I praksis bliver forældrene som hovedregel også inddraget i beslutningen, og selvom det i de fleste tilfælde forløber fint, er det bare ét eksempel på en ny problemstilling, som klinisk sygeplejespecialist Helle Jensen og hendes kolleger på Børne- og Ungeafdelingen på Nordsjællands Hospital havnede i, da afdelingen i maj 2012 også fik de 15-17-årige som patientgruppe.

”Det gav os især nogle udfordringer i forhold til de unge patienters rettigheder. Børn og unge under 15 år havde vi jo styr på, men vi kunne komme i tvivl om, hvilke rettigheder de unge over 15 egentlig havde. Og hvad med os som personale? Vi har som udgangspunkt f.eks. ikke tavshedspligt over for forældrene, så vi kan ikke stå og love den unge, at vi ikke siger noget videre,” fortæller Helle Jensen velvidende, at der selvfølgelig også er plads til fortolkninger.

I særlige situationer, f.eks. når det gælder prævention eller behandling af sexsygdomme kan informationen til forældrene således begrænses, netop af hensyn til den unge. Men omvendt har forældre som hovedregel ret til at se deres barns journal, så længe den unge er under 18 år.

På Nykøbing Falster Sygehus hævdede man også aldersgrænsen fra 15 til 17 år på Børne- og Ungdomsafdelingen

i september 2013. Også her har især de unges rettigheder skabt udfordringer for personalet, fortæller sygeplejerske Charlotte Pedersen.

”Lovgivningen på området giver store udfordringer, idet Socialloven, der bl.a. omfatter forældrenes omsorgspligt, på nogle punkter kolliderer med forvaltningsloven, bl.a. i forhold til tavshedspligt. I praksis betyder det, at vores samarbejde med forældrene og deres mulighed for og pligt til at drage omsorg for deres barn og vores fortrolighed med den unge kan blive bragt i spil,” siger Charlotte Pedersen, der lige som Helle Jensen er i gang med Ungdomsmedicinsk Videnscenters ungeambassadøruddannelse (læs artikel på side 24).

Unge rettigheder

I samarbejde med Ungdomsmedicinsk Videnscenter har Region Hovedstaden udarbejdet en række pjecer om unges rettigheder og regler for personalets tavshedspligt. Find dem på www.ungdomsmedicin.dk > Klik på "Downloads" og dernæst på "For unge".



23-årige Mia Clemmensen og 20-årige Andreas Kristensen er glade for at kunne være med til at forbedre unge patienters vilkår ved at være med i Rigshospitalets ungepanel, her sammen med afdelingslæge og ph.d. Kirsten Boisen (øverst tv.) og sygeplejerske Pernille Grarup Hertz (nederst th.).

Ungepaneler gør

Seks-otte gange om året mødes ca. 10 unge, en læge og en sygeplejerske for at diskutere problemerne ved at være ung og samtidig kronisk eller alvorligt syg. Rigshospitalets Ungepanel giver sundhedspersonalet vigtig viden. Det samme gør et lignende ungepanel på Nordsjællands Hospital.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Christoffer Regild**

Ungecaféen Hr. Berg på Rigshospitalet lukker normalt kl. 16, men denne torsdag i marts er der stadig summen lidt i fem. Som faste medlemmer af Rigshospitalets ungepanel er 20-årige Andreas Kristensen og 23-årige Mia Clemmensen begge mødt op til et ekstra møde med sygeplejerske Pernille Grarup Hertz og afdelingslæge Kirsten Boisen. De skal tale videre om en app til kronisk syge unge patienter, som

ungepanelet så småt begyndte at udvikle, sidst de mødtes.

Det ses på ingen måde, at de to unge mennesker begge er kronisk syge og i mange år har haft deres daglige gang på Rigshospitalet. Andreas Kristensen fik som 15-årig konstateret lymfekræft og var i den forbindelse indlagt i seks måneder på Rigshospitalet til behandling. Han vandt over kræften, men den lange kemobehandling

” Jeg har især gjort opmærksom på, at jeg synes, det er vigtigt, at personalet taler direkte til os unge, og ikke henover hovedet på os, til vores forældre.

Laura Borg Skibsted

fremprovokerede den kroniske nervesygdom Charcot-Marie-Tooth, der også kaldes CMT.

”CMT betyder, at jeg bliver hurtigt træt, og det er sværere for mig at træne muskelmasse. Jeg har dropfod og kan ikke have idræt (går i 3. g., red.),” fortæller Andreas Kristensen, som nu kan nøjes med at komme til kontrol for kræftsygdommen én gang om året.

Mia Clemmensen fik konstateret børnegigt som 8-årig, og selv om den brændte ud

værdsætter højt. Det er langt fra nemt at være ung og kronisk syg, og hvis de kan hjælpe andre unge ved at give deres besyv med og dele deres viden med læger og sygeplejersker, er de tilfredse.

”Jeg får det godt efter hvert møde. Ved at tage problematikker op, som jeg selv har oplevet i forhold til mit sygdomsforløb, kan jeg måske være med til, at andre unge får det bedre,” siger Andreas Kristensen.

Andre gange diskuterer panelet emner,

Mia Clemmensen synes også, at hun selv får meget ud af at deltage i ungepanelet.

”Hver gang vi mødes, tager vi allerførst en runde om, hvordan vi har det, og hvad der er sket siden sidst. Nogle har måske fået hjælp til et problem, man selv bakser med, og så er man et skridt tættere på en løsning. Og jeg lærer meget ved at dele ud af mine erfaringer, holde oplæg etc. Det er også udviklende rent personligt for mig at være med,” siger Mia Clemmensen.

Ungerum giver ro til lektier

På Nordsjællands Hospital har Børne- og Ungeafdelingen også etableret et ungepanel a la det på Rigshospitalet. Et af medlemmerne er 17-årige Laura Borg Skibsted, som er såkaldt Hypo-barn. I løbet af de seneste 3 ½ år er hun jævnlige blevet vaccineret for græs og birk, hvilket har medført meget ventetid på hospitalet. Også hun er glad for at kunne gøre en forskel for andre unge som paneldeltager.

”Jeg har især gjort opmærksom på, at jeg synes, det er vigtigt, at personalet taler direkte til os unge, og ikke henover hovedet på os, til vores forældre. Ved hver vaccination skal jeg vente en time på hospitalet, og i begyndelsen måtte jeg sidde i et venteværelse, hvor der også var børn. Der var meget larm, og det var svært at lave lektier. Nu har afdelingen fået et ungerum fra 14 år og op,” siger Laura Borg Skibsted.

Personalet værdsætter de unges engagement i panelerne. Som afdelingslæge i Ungdomsmedicinsk Videnscenter, Kirsten Boisen, udtrykker det:

”Skal man gøre noget for de unge, skal man involvere dem. Det er de unge, der gør os klogere.”

alle klogere

af sig selv, betød det ikke farvel til smerter, kronisk sygdom og faste hospitalsbesøg. En fremsynet læge valgte at undersøge Mia Clemmensen på ny, og for to år siden blev hun i en alder af 21 diagnosticeret med fibromyalgi.

”Jeg sover dårligt og meget let om natten pga. smerterne og har derfor svært ved at komme op om morgenen. I efteråret fik jeg desuden en depression. Jeg er uddannet teknisk designer, men er pt. sygemeldt på 14. måned,” fortæller Mia Clemmensen, der har sin faste gang i Tværfagligt Smertercenter på Rigshospitalet, som hun er meget tilfreds med.

Deler ud af egen erfaring

Begge unge har siddet med i Rigshospitalets Ungepanel siden 2011, en opgave de

som personalet gerne vil vende med dem. Ungepanelet har bl.a. været med til at udarbejde de pjecer, som Ungdomsmedicinsk Videnscenter sammen med Region Hovedstaden har udgivet om unges rettigheder, tavshedspligt, aktindsigt og paragrafjungen (se artiklen side 21). En af de unge var med til at ansætte ungecaféen Hr. Bergs socialpædagog, Vivi Marlene Nørgaard, og derudover deltager de unge bl.a. også med oplæg og svarer på spørgsmål på diverse temadage og konferencer om ungdomsmedicin.

”I begyndelsen anede vi ikke, hvad vi gik ind til. Vi føler os på ingen måde som eksperter, men kan læger eller sygeplejersker bruge vores erfaringer og meninger til noget, så er det bare ok,” siger Andreas Kristensen.

Hvad kan vi gøre særligt

60 sygeplejersker vil i løbet af maj i år have gennemført Ungdomsmedicinsk Videnscenters uddannelse til ungeambassadør. Blandt dem er Maiken Hjerming og Helle Jensen, som begge har fået ny viden og konkrete værktøjer til arbejdet med de unge patienter.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Christoffer Regild** og **Søren Svendsen**

Ungeambassadør

Ungeambassadøruddannelsen bliver udbudt af Ungdomsmedicinsk Videnscenter, primært til sygeplejersker på Rigshospitalet, som er ansat i ambulatorier eller sengeafsnit, der har et vist flow af unge i alderen 12-25 år med kroniske og alvorlige sygdomme. I øjeblikket er tredje hold sygeplejersker i gang med uddannelsen, som består af:

- 9 teorimoduler (i alt 60 undervisningstimer): bl.a. om ungdomspsykologi, pubertet, body image, kommunikation, forældresamarbejde, mestring/coping-strategier for unge.
- Netværksmøder: Hveranden måned inviterer Ungdomsmedicinsk Videnscenter alle ungeambassadører til et netværksmøde for at styrke ambassadørernes faglighed og kompetencer. Der præsenteres ny viden, og der er mulighed for sparring, vidensudveksling og supervision.
- Formidling: Ambassadørerne trænes i formidling til kolleger og skal bl.a. fremlægge ungdomsrelaterede emner til konferencer i deres afdelinger.
- Udviklingsprojekt: Uddannelsen afsluttes med et udviklingsprojekt, som skal være med til at forbedre de unge patienters forhold i afdelingen.

Kilde: Ungdomsmedicinsk Videnscenter



Klinisk sygeplejevejleder Maiken Hjerming (tv.) blev en af de første sygeplejersker i Danmark ungeambassadør i 2010, mens klinisk sygeplejespecialist Helle Jensen (th.) er med på uddannelsens tredje hold, som afslutter i løbet af maj i år.

Det er aldrig sjovt at blive alvorligt syg, men at blive det, når man er ung, ”er bare et super dårligt tidspunkt”. Ordene kommer fra Maiken Hjerming, som er klinisk sygeplejevejleder på Hæmatologisk Klinik, Enhed 3, på Rigshospitalet. Hun har selv unge børn og kan beskrives som en kvinde i sin bedste alder, og selvom undersøgelser viser, at unge patienter gerne vil plejes af jævnaldrende sygeplejersker, var hun ikke i tvivl om, at hun skulle med, da Ungdomsmedicinsk Videnscenter udbød uddannelsen til ungeambassadør for første gang i 2010.

”Fordi jeg ikke længere selv er ung eller grøn i faget, har jeg en anden kontakt med de unge patienter end mine yngre kolleger. Og mange forældre kan spejle sig i mig lige så nemt, som jeg kan identificere mig med dem,” siger Maiken Hjerming.

Afsnittet har 17 sengepladser og et ambulatorium, og Maiken Hjerming anslår, at der hver dag er omkring tre-fem unge patienter i alderen 15-29 år indlagt eller til kontrol på ambulatoriet, primært med diagnosen akut leukæmi.

”Behandlingen af leukæmi er langvarig, og mange unge oplever derfor, at de i den grad går glip af ”det normale” ungdomsliv,” fortæller hun.

Hverken barn eller voksen

”Der er altså noget naturstridigt over unge, der bliver alvorligt syge. Unges sygdom berører rigtig mange mennesker. Forældre, søskende, kæresten, bedsteforældre, venner og veninder. Forældrene vil ofte gerne medindlægges, og det prioriterer vi meget højt, selvom det ikke altid kan lade sig gøre. På en børneafdeling har forældrene ret til det, men det har man ikke på en voksenafdeling. Du mister mange privilegier som ung på en voksenafdeling,” siger Maiken Hjerming.

for dig?

Ifølge Maiken Hjerming er unge patienter forskellige fra børn og voksne på især to punkter, nemlig døgnrytme og madvaner.

”De adskiller sig på mange måder, men noget af mest iøjnefaldende er, at mange unge er B-mennesker, der sover længe. Det harmonerer på ingen måde med hospitalsvæsenets rutiner. Men det bliver man som personale nødt til at forholde sig til, så både personale og patient kan leve med det. Og de er altså heller ikke vilde med hospitalsmaden, især ikke når de som her ofte er indlagt længe,” siger Maiken Hjerming.

I maj 2012 hævdede Børne- og Ungeafdelingen på Nordsjællands Hospital patienternes aldersgrænse fra 15 til 17 år, fortæller klinisk sygeplejespecialist Helle Jensen, der i øjeblikket er ved at uddanne sig til ungeambassadør.

”På vores afdeling vil de unge patienter naturligt møde andre indlagte unge samt personale, som har familien og de unge i centrum. Vi fokuserer meget på at tilgode-se springet fra barn til voksen bl.a. i forhold til mestring af deres sygdom i en tid, hvor den unge udvikler sig meget både fysisk, psykisk og socialt,” fortæller Helle Jensen.

For at synliggøre de unge i afdelingen har man indrettet fire sengestuer mere ungevenligt, f.eks. ved at fjerne al børneudsmykningen. Og en af opholdstuerne er lavet om til en ubemandet ungecafé med bl.a. fladskærm, Playstation 3 og popcorn.

Kommunikation og viden

For personalet har den nye aldersgruppe bl.a. betydet ekstra fokus på kommunikationen.

”Som personale skal vi i højere grad kommunikere direkte med den unge, men stadig huske forældrene. Skal vi f.eks. gå stuegang eller have samtaler med eller uden forældrene, og hvad skal vi sige

videre til forældrene?” lyder det fra Helle Jensen, der er færdiguddannet som ungeambassadør i løbet af maj i år.

”Uddannelsen giver mig god teoretisk og praktisk viden om, hvordan det er at være ung patient. Jeg er bl.a. også blevet klogere på, hvilke rettigheder de unge har, og hvordan vi bedst kommunikerer med dem og deres forældre,” fortæller Helle Jensen.

Som ungeambassadører ser Helle Jensen og Maiken Hjerming en stor opgave i at udbrede den viden, de får på uddannelsen, til kollegerne. Maiken Hjerming har bl.a. arrangeret et fyraftensmøde og samlet relevant materiale om unge og Ungdomsmedicinsk Videnscenter i et tykt ringbind, som kollegerne kan søge viden i, hvis de skal pleje en ung patient. Og hun præsenterer sig altid personligt og fortæller de nye unge patienter og deres forældre, at hun er ungeambassadør.

”Et af hovedbudskaberne fra uddannelsen er, at man som ung patient først og fremmest er ung. Det der med sygdom er sekundært, det regner de med, at vi har

Tips til mødet med den unge patient

- Vær ydmyg og nysgerrig
- Tal direkte til de unge, ikke til deres forældre
- Acceptér de unges regression. Unge, der bliver alvorligt syge, redefinerer ofte sig selv, og kan have stort behov for sine forældre i kortere eller længere tid
- Vær bevidst om, at unge er anderledes på mange punkter, f.eks. noget så simpelt som deres døgnrytme
- Henvi gerne til relevante patientforeninger og netværksgrupper på sociale medier som f.eks. Facebook

Kilde: Maiken Hjerming

styr på. Og derudover ved unge mest om unge. Lad være med at tro og tolke, men spørg dem i stedet: Hvem er du, hvad kan vi gøre særligt for dig?” siger Maiken Hjerming.







Rehabiliterende fodbold

Tekst Mille Dreyer-Kramshøj • Foto Søren Svendsen

Et samarbejde mellem Vordingborg Idrætsforening og Sundhedssekretariatet i Vordingborg skal bogstaveligt talt få kræftramte mænd på banen for at forbedre deres sundhed. "Vi er ved at prøve, om det er en god idé at tilbyde træning i forhold til at rekruttere mænd," fortæller sygeplejerske Helle Darville Larsen (i midten), som er én af initiativtagerne til projektet. Hun oplever ofte, at sygdomsramte kvinder er lettere at få til at deltage i kommunens rehabiliteringstilbud, end mændene er. "Vi har masser af opbakning fra frivillige og et kæmpe engagement fra idrætsforeningen. Nu gælder det om at få mændene med," fortæller hun.

Sundhedsminister Nick Hækkerup (S) vil sætte fokus på psykisk sygdom og har en ambition om at komme stigmatisering af psykisk syge til livs. Ambitiøst? Ja, men det var også ambitiøst dengang, man ville sende en mand til månen, påpeger Nick Hækkerup, som vil bruge sin ministertid på bl.a. at arbejde for ligestilling mellem psykisk og somatisk sygdom.

Tekst **Pelle Lundberg** Jørgensen • Foto **Søren Svendsen**

Sygeplejersken mødte sundhedsminister Nick Hækkerup (S), som i starten af februar 2014 overtog posten fra sin partifælle Astrid Kragh. Det blev til en snak om, hvordan Nick Hækkerup ser sygeplejerskers rolle, og hvad der optager ham i arbejdet som sundhedsminister. Undervejs i interviewet bliver der også stillet nogle af de spørgsmål fra læserne, som er sendt ind inden interviewaftalen på opfordring på Facebook.

Hvordan ser du sygeplejerskens kerneopgave og rolle i samfundet?

”På mange måder er sygeplejerskerne omdrejningspunktet i vores sundhedsvæsen i den forstand, at det ofte er ham eller hende, du møder først og i øvrigt har en lang række kontakter med i forløbet hos f.eks. den praktiserende læge, kommunen eller sygehuset. Det er en helt central del af vores sundhedsvæsen.”

På Facebook har vi spurgt vores læsere, hvad de gerne ville spørge dig om. Nogle gennemgående temaer er travlhed, mange patienter, sygere patienter og færre ressourcer, og i forlængelse af det vil de gerne vide, om du anerkender, at sygeplejerskers produktivitet er blevet øget de senere år?

”Det er der slet ikke tvivl om, for vores sundhedsvæsens produktivitet er faktisk steget meget de sidste år. Sundhedsvæsenet yder simpelthen mere nu, end man før har gjort. Det, man så skal sørge for, er, at der bliver hældt brændstof nok på, for det er ikke interessant at kunne køre langt,

Hvad betyder ordet sygeplejerske for Hækkerup?

Når du hører ordet ”sygeplejerske”, hvad er så de første tre ting, som falder dig ind?

”Det første, der falder mig ind, er, når man kalder 1813, hvor man før ringede til vagtlægen. Jeg tænker på den modtagelse, du får efter at have ringet og er mødt op på akutmodtagelsen. Det er i virkeligheden første kontakt udover den telefoniske med sundhedsvæsenet.

Den anden association er opkaldet til egen læge, hvor du starter med at få fat i sygeplejersken, der så vurderer nødvendigheden af at snakke med lægen, eller om det er noget, vedkommende kan klare over telefonen. Det er jo i virkeligheden det, som 1813 har fået folk til at gå helt i spåner over. Man snakker med sygeplejersker i stedet for læger, men det gør man jo også, når man ringer til den praktiserende læge, og her fungerer det af en eller anden grund rigtig fint.

Den tredje association er om kvindelige sygeplejersker, som jeg har mødt i mit liv, men jeg tror ikke, at den egner sig til at blive uddybet mere end det.”

hvis der ikke er noget at køre med. Og det, der skal hældes på, er ressourcer. Men også arbejdsmiljøet, glæden ved arbejdet og muligheder for efteruddannelse er vigtige ting, der skal være i orden for at kunne yde høj produktivitet.”

Hvis vi lige kan holde fast i arbejdsmiljøet, så er der mange, der oplever, at de ikke får anerkendelse nok. Hvad kan man gøre ved det?

”Det er noget af det, vi er dårligst til i den offentlige sektor. At stoppe op og klappe os selv på skulderen eller chefen, der roser sit personale. Simpelthen være stolt og løfte næsen lidt. At have en forståelse for, at det arbejde, man laver hver dag, har betydning for andre mennesker og giver en tryghed i samfundet. Hvis du stoppede folk på gaden, så ville de jo sige, at de kunne komme på hospitalet og få behandling,

hvis de bliver syge. At når mor skal hjem fra hospitalet, kan hun blive genoptrænet, og når der skal fødes børn, så kommer der en hjemmesygeplejerske, der sikrer, at alt går godt. Der er så meget bekymring, der bliver taget fra folk, fordi vi har et sundhedsvæsen, der fungerer, og der ikke er penge mellem folk. Og den anerkendelse og glæde ved det er simpelthen ikke stor nok. Der er hele tiden fokus på de dårlige historier, men alt for lidt anerkendelse af det arbejde, der hver eneste dag sker, og som holder denne store og komplekse maskine i gang, hvilket betyder, at danskerne ikke behøver at bekymre sig, men har en grundlæggende tryghed, man ikke kender i andre lande.”

Når du lister det op sådan, så er der jo et mismatch mellem betydningen af sygeplejerskens rolle og den anerkendelse, de får. Kan ▶

”Vi skal stigmati



seringen til livs"

Blå bog: Nick Hækkerup

Født: 3. april 1968 i Fredensborg

Uddannelse:

Cand.jur. og ph.d. i EU og folkeret fra Københavns Universitet.

Politisk karriere:

1994-2000: Byrådsmedlem for Socialdemokraterne i Hillerød Kommune.

2000-2007: Borgmester, Hillerød Kommune.

Siden 2005: Næstformand, Socialdemokraterne.

Siden 2007-: Socialdemokratisk folketingsmedlem, valgt i Nordsjællands Storkreds.

Oktober 2011-August 2013: Forsvarsminister.

August 2013-Februar 2014: Europa- og handelsminister.

Februar 2014-: Sundhedsminister.

Privat:

Gift med Petra Freisleben Hækkerup, som han har fire børn med.

Han er fjerde politiske generation af socialdemokrater fra Hækkerup-familien, som blandt andre tæller tidligere udenrigs- og økonomiminister Per Hækkerup (Nicks farfar) og tidligere forsvarsminister Hans Hækkerup (Nicks onkel).

Ole Hækkerup - Nick Hækkerups bror - sidder også i Folketinget. Det samme gælder Oles hustru, Karen Hækkerup, der er justitsminister.

Kilde: Ritzau.

► *du godt forstå, at der er nogen, der føler sig overset?*

”Ja, det kan jeg sagtens forstå. For på en eller anden måde får vi lullet os ind i en verden, hvor vi tænker, at sådan er det jo bare, og så glemmer man at give det klap på skulderen og sige tak, men det er faktisk supervigtigt at huske. I virkeligheden er det ikke så meget, der skal til. En opmærksom chef, der fortæller dig, at du gør det godt, kan være det, der gør forskellen. Vi er for dårlige til at fortælle, når noget går godt.”

En læser har skrevet, at kommunerne for tiden oplever flere borgere med komplekse sygdomme, samtidig med at vi bliver ældre. Kommer der ressourcer til de øgede opgaver?

”Der er faktisk over de sidste par år blevet ført flere ressourcer til kommuner. Det er også i høj grad et spørgsmål om, hvordan man tilrettelægger arbejdet, og hvordan man udvælger, hvilke opgaver der skal prioriteres. Nu er det ikke noget, jeg siger, fordi det er jer, jeg snakker med, men jeg synes i høj grad, man skal lade fagfolkene være fagfolk og prioritere. Da vi fik vores fjerde barn, Malte, var jeg borgmester i Hillerød, og dengang var det stadig sådan, at sundhedsplejersken skulle komme otte gange, men når man har fire børn, så ved du altså godt, hvordan du skifter en ble. Lad os i stedet bruge nogle flere ressourcer på de forældre, der har et større behov, el-

ler måske nogle af de ældre. Så i stedet for de her pakked løsninger sidder der jo fagfolk med kendskab til borgerne og deres behov, der kan sige, hvad der skal til.”

Så det er snarere en omfordeling end en tilføjeelse af ressourcer?

”Der er blevet tilført ressourcer, og der er også andet at trække på end dét med at omfordele ressourcerne. Jeg tror på, at der kan leveres mere, hvis man i højere grad lader folk være kaptajner i eget arbejde.”

En anden læser spørger, hvordan du har tænkt dig at gøre sundhedsvæsenet mere effektivt, uden at personalet bliver yderligere presset?

”Der er ikke én ting at gøre. Det er besværligt og komplekst, men der er meget at komme efter. Der er en afbureaukratiseringsdagsorden, der ikke er blevet løftet. Vi ved jo, at der sidder sygeplejersker, der siger, de bruger for meget tid på registrering og bureaukrati, som ikke bliver brugt til noget, og her kan man i hvert fald frigive nogle ressourcer. Det kan man også, hvis vores IT fungerer og udvikles, så også her er der noget at komme efter. Det er i høj grad ledelsen på de enkelte arbejdspladser, der har til opgave at tilrettelægge arbejdet, så man får mest muligt ud af det. Så der er forskellige elementer, der hver især kan bidrage til, at det går den rigtige vej.”

Patientsikkert Sygehus har vist, at tryksår, infektioner og blodforgiftninger kan reduceres. Er det ikke noget, man bør brede ud til hele landet?

”Det er et godt spørgsmål, for det er et eksempel på, at man ét sted gør noget godt, og hvorfor skal vi så ikke kunne lære af det? Det tror jeg, vi skal blive bedre til kommunerne imellem eller sygehusene imellem. Lige præcis de patientsikre sygehuse kan være svære at kopiere 1-til-1, men der er alligevel nogle delelementer, man kan tage med sig videre og lære af.”

Det er svært at tale imod gode resultater, men kræver det ikke, at der bliver tilført flere ressourcer for at få bredt dem ud?

”Efteruddannelse er sikkert et element af det, men i forhold til de patientsikre sygehuse er vi jo i den heldige situation, at det vil spare ressourcer og øge kvaliteten af den behandling, man får, da man ikke bliver syg af at være der. Derfor vil der alt andet lige være færre sengedage, hvilket er en reel besparelse for sygehuset, eller det kan give dem mulighed for at bruge ressourcerne på noget andet. Så selvfølgelig vil det koste penge i uddannelse og oplysning, men laver man det store regnestykke, vil det i sidste ende ikke koste penge. De penge, man investerer i kurser, uddannelse og efteruddannelse, tjener man ind igen.”



Sundhedsminister Nick Hækkerup giver interview til Sygeplejersken. I midten ses særlig rådgiver Søren Lippert og til højre journalist Pelle Lundberg Jørgensen.

Ministerens egen sundhed

Vi har bedt ministeren om at afslutte tre sætninger:

Det bedste, jeg har gjort for min egen sundhed, er ...

"... at jeg konsekvent har løbet eller trænet for at holde mig i form siden gymnasiet. Dels har jeg det godt imens, dels har jeg det godt bagefter. Det er der sikkert sådan nogle fysiologiske årsager til, men samtidig er det også sådan et rum, hvor man ikke bliver forstyrret og er i sin egen verden."

Det værste, jeg har gjort for min egen sundhed, er ...

"... at jeg ret konsekvent har drukket alkohol, siden jeg begyndte at løbe i gymnasiet. Der er ingen tvivl om, at jeg havde haft et sundere liv, hvis jeg havde holdt mig fra alkohol. Til gengæld havde jeg nok også haft et væsentligt kedeligere liv, så hvis jeg kunne gøre det om, ville jeg ikke. Men set som sundhedsapostel skulle jeg nok have gjort det anderledes."

Jeg ville ønske, jeg kunne tage mig sammen til ...

"... at løbe et maraton. At kunne sætte mig det mål og rent faktisk gøre det. Jeg er 46 år, og det er ikke, fordi det har pint mig før, men jeg kan mærke, at jeg er nået et punkt i mit liv, hvor det ikke længere kun går fremad. Jeg skal tage mig sammen for at gøre, hvad jeg let har kunnet gøre tidligere. Så det med at sætte sig et ambitiøst mål om at gøre noget sejt, det kunne jeg godt tænke mig. Jeg tror i øvrigt også, det er derfor, man ser så mange mænd i 40-50-årsalderen, der beslutter sig for at løbe et maraton og gerne vil vise, at kroppen ikke er totalt degenereret."

Hvad er din vision for psykiatrien, og hvordan vil du opnå regeringens mål om at mindske brugen af tvang med 50 pct.?

"Hvis jeg kunne få det, som jeg ville, var der fuldstændig ligestilling mellem somatisk sygdom og psykisk sygdom, hvad angår behandling, ønske om behandling og syn på det. Ingen ser ned på én, der har brækket benet, hvorimod der er en stigma-

tisering i forhold til, at man måske har lidt knald i låget, hvis man har en psykisk sygdom. Alle ved, at man kan få lappet benet sammen, hvorimod man måske tænker, at en psykisk sygdom er noget, som personen altid bærer med sig, men sandheden er jo, at man også kan komme af med den. For at komme stigmatisering til livs kræver det, at der er et andet fokus på den psykiske sygdom, og det arbejder vi med i vores

psykiatrihandlingsplan, der skal komme med initiativer til, hvordan vi kan bevæge os hen mod den her ligestilling og kunne tage hånd om de psykisk syge."

Det virker ambitiøst?

"Det er også et stort skridt at tage for vores samlede sygehusvæsen, hvis vi vil have ligestilling på det her punkt. Men det er dét, der er ambitionen. Er det noget, der kommer til at tage lang tid? Ja, det er det. Er det noget, som vi helt præcis ved, hvordan vi skal opnå? Nej, det er det ikke. Men man havde også på et tidspunkt en ambition om at sætte en mand på månen. Det var man ikke helt klar over, hvordan man gjorde, men til sidst lykkedes det. Sådan er det også lidt her, for vi ved ikke rigtig, hvordan vi skal komme derhen, før vi er for enden af vejen. Men alene det at sætte det i fokus, satse på det og tage nogle initiativer, det er vigtigt."

Dansk Sygeplejeråd har et ønske om at få tilført penge, så der kan komme flere sygeplejersker med specialuddannelsen i psykiatrien, mens sygeplejerskerne selv råber på flere hænder. Hvad vil du prioritere?

"Jeg er sikker på, at man kan finde psykiatriske afdelinger, hvor der mangler hænder, men jeg tror samtidig, man også vil kunne komme langt ved at lade sygeplejersker få psykiatrispecialuddannelser, så den viden, man har, bliver større. I virkeligheden skal man nok være åben for begge veje."

Sårsygeplejerske Anne Marie Rasmussen tager et billede af Anita Kronborgs sår. Billedet lægger hun ind i den telemedicinske database sammen med et notat om udviklingen i såret.



I Kolding Kommunes sygeplejeklinikker kan borgere med svære sår nyde godt af sygehusenes ekspertise uden selv at skulle til ambulatoriet eller sårcentret. Telemedicin er blevet en del af hverdagen.

Sårsygeplejersker tager

Tekst Kirsten Bjørnsson • Foto Nils Lund Pedersen

Telemedicin har gjort det lettere for kommunernes sårsygeplejersker at varetage behandlingen af selv meget vanskelige sår.

Denne fredag har sårsygeplejerske Anne Marie Rasmussen, Kolding Kommune, aftaler med fire sårpatienter i telemedicinsk behandling. Én er henvist fra Aarhus Universitetshospitals sårcenter i Marselisborg, én er i behandling i Bispebjerg Hospitals Videncenter for Sårheling, to bliver set på Kolding Sygehus i hhv. karkirurgisk og ortopædkirurgisk ambulatorium. Anita Kronborg har kæmpet med et immunologisk sår på benet, siden hun blev opereret for åreknuder i som-

meren 2012. Det blev hurtigt meget stort og smertefuldt. Men det tog lang tid, før hun fik stillet en diagnose og blev sat i intensiv behandling på Sårcentret i Marselisborg, bl.a. med negativt tryk.

I mange måneder er hun kommet to gange om ugen i Kolding Kommunes sygeplejeklinik på Låsbyhøj, og hun har selv passet dele af behandlingen. Såret er blevet stadigt mindre, men alligevel venter der en overraskelse denne fredag.

”Det er jo lukket!” udbryder Anne Marie Rasmussen, da hun får forbindingen af, og Anita Kronborg er lige så forbavset.

Anne Marie Rasmussen tager et billede af såret til databasen, inden hun fjerner skorper og lægger ny forbindelse på. De bliver enige om at aflyse to tider i næste uge, hvor hun alligevel skal til Marselisborg.

”Men jeg kommer lige herop og fortæller, hvad de siger,” lover Anita Kronborg.

Sparer ambulatoriebesøg

En national handlingsplan for telemedicin skal sikre, at telemedicinsk sårvurdering bliver udbredt i hele sundhedsvæsenet, og Anne Marie Rasmussen oplever, at det er gået meget stærkt det sidste års tid.



Ole Jensen har et blandingssår og er henvist til sygeplejeklinikken fra karkirurgisk afdeling. Begge parter lægger billeder og oplysninger ind i et fælles system.



Sårsygeplejerske Anne Marie Rasmussen skal lige se Ole Jensens sår, inden sygeplejestuderende Mette Faaborg fortsætter med behandlingen.



Det er vigtigt med et nøjagtigt mål, så man kan dokumentere udviklingen. Derfor lægger man en mærkat med mål på ved siden af såret.



Anita Kronborg er kommet i sygeplejeklinikken gennem mange måneder og kender rutinerne.



Sygeplejestuderende Mette Faaborg kender Ole Jensen og hans sår så godt, at hun stort set kan stå for sårbehandlingen alene.



Kommunale sårsygeplejersker som Anne Marie Rasmussen får en hovedrolle, når telemedicinsk sårvurdering skal udbredes i hele landet.

telemedicinen til sig

Kolding Kommune har kunnet rykke hurtigt, fordi flere forudsætninger allerede var på plads: Kommunen har seks sårsygeplejersker til at stå for samarbejdet med regionernes specialister, og de var allerede oplært i at tage billeder og behandle dem elektronisk i et projekt, som udgik fra Odense Universitetshospital.

Når Anne Marie Rasmussen og kommunens andre sårsygeplejersker udveksler fotos, notater og vurderinger med sygehusene, betyder det, at borgerne kan spares for mange ambulatoribesøg og transport i timevis.

Anita Kronborg gik f.eks. til kontrol på

Marselisborg tre gange om ugen i starten, men kommer nu kun hver anden måned.

Anne Marie Rasmussen ser også en række faglige fordele ved telemedicin.

”Vi oplever, at vi har fået hurtigere arbejdsgange, og vi får hurtigere en diagnose,” siger hun.

”Men vi er også begyndt at bruge billedokumentation af sårene, selv om borgerne ikke er i telemedicinsk behandling. Vi kan beskrive udviklingen i et sår meget mere præcist.

Og vi har fået et vældig godt pædagogisk redskab. Borgerne får adgang til deres

egne data, og når jeg har lagt billederne ind, kan jeg vende skærmen og vise dem udviklingen.”

Læs også Teori og Praksis på side 65.

Hvad har været den bedste oplevelse med en patient for nylig?

”Det var helt klart at se, hvordan Anitas sår var helet i dag. Hun har været så meget igennem. Hun har haft så mange smerter, og det har været så svært.”

Lokalkolorit fra mangfoldighedens mekka

Robert Olsen, som er leder af Kofoeds Skole, men tidligere har været forstander på ”Mændenes Hjem” på Vesterbro, har begået en lille bog om sine oplevelser i det, der ofte kaldes ”det dårlige selskab”.

Genremæssigt er de små, korte beretninger om møder, sammenstød og spøjse personligheder svære at kategorisere. Historierne er udelukkende beskrivende uden forsøg på at analysere eller søge efter bagvedliggende årsager til den elendighed, de portrætter. Med andre ord er den samfundskritiske vinkel næsten helt fraværende i teksten (se dog side 92), selv om det er indlysende, at man ikke kan begå sig som professionel i det dårlige selskab uden at tænke over de sociale forhold og socialpolitikken.

Vi får en lille bitte sjat Storm P. med introduktionen af sære øgenavne, store branderter og bizarre julemåltider, men helt uden den sproglige virtuositet og lune humor, der skal til for at hæve den slags op på et engagerende litterært niveau.

Men for den, der ikke har personligt kendskab til herbergerne og de hjemløses miljø og betingelser, er der små autentiske hverdagshistorier at hente, hvor de udfordringer, som det so-



Robert Olsen

Mens baggårdskattene forsvandt

Byens Forlag 2014

131 sider - 199,95 kr.

cialfaglige personale og deres klienter har, belyses. I en tid, hvor social turisme griber om sig, er der måske materiale til guiden, der skal vise vore sociale tabere og deres levevilkår frem. Og for den skoleklasse, der skal se nærmere på konsekvenserne af den danske socialpolitik, kan der hentes nogle små bidder realisme, som de kan undre sig over og diskutere.

En superkomprimeret beretning om Harrys bedrøvelige liv får mig til at tænke på, om Olsen skulle have skrevet det hele som digte – sådan lidt Yahya Hassan-agtigt. For der er så rigeligt dramatisk materiale, der præsenterer

alt for velkendte problemer, der i den grad har behov for mere opmærksomhed og handlekraft.

*Af Karen Ellen Spannow,
sygeplejerske og etnograf.*

KORT NYT OM BØGER

Ken Ashwell, Michael Baker et al.

Træning og anatomi

Billesø & Baltzer 2014

192 sider - 248,95 kr.

En velillustreret bog for de mange, som er inficeret med den højaktuelle og svært smitsomme træningsvirus. I bogen kan man se, hvordan kroppen fungerer, når man træner, få styr på musklernes navne og teste sin viden i den arbejdsbog, der afslutter værket. Bogen er delt op i tre dele, et anatomisk atlas, en øvelsesguide og den føromtalt arbejdsbog. Jeg genkender vagt navnene på nogle af øvelserne fra mine egne drenge, men undgår konfrontationen med det mystisk udseende proteinpulver, de indtager dagligt. At det eventuelt både indeholder plastic og sære tilsætningsstoffer, synes aldrig at bekymre dem.

Bogen er oversat fra engelsk og kan også anvendes af sundhedsprofessionelle.

Gry Asnæs og Pia Lindkvist Knærkegaard

Coaching og konflikthåndtering

Hans Reitzels Forlag 2014

224 sider - 325 kr.

Coaching kan omskabe konflikter til udviklingsmuligheder, hvis lederen ved hvordan og i øvrigt ikke er konfliktsky. Bogen indeholder modeller, der kan anvendes til konfliktløsning og talrige illustrationer af konfliktforløb, relationer og feedback. Også organisatoriske konflikter og manglende fælles mål bliver behandlet i bogen. Læseren kan øve forskellige scenarier og dermed anvende den ny viden i konkrete situationer, alt imens hun overvejer, om hun taler giraf- eller ulvesprog.

Merete Norsker Bergsøe, Andreas Maaløe

Jespersen, Rikke Larsen et al.

Nudge

Nyt Teknisk Forlag 2014

168 sider - 199,00 kr.

Et mærkeligt ord, nudge. Det lyder som vingummibamser, men er et puf, andre giver en. Formålet kan være at lede ens valg eller at gøre opmærksom på noget med den hensigt at fremme velfærd, sundhed og lykke for samfundet og for de enkelte borgere. Altså en måde at påvirke adfærd på. Et eksempel er de store, hvide fodtrin på fortovene i København, der leder hen til en affaldsbøtte. Meningen er klar nok. Gå i de hvide fodspor og aflever din pizzabakke i bøtten frem for at deponere den i det offentlige rum. Bogen kan inspirere sundhedsprofessionelle både til at nudge og at overveje etiske konsekvenser af at gøre det.

(jb)

Johanna Thielst er født i 1945 og uddannet på Sygeplejeskolen ved Rigshospitalet i 1970. Hun var på Danmarks Sygeplejerskehøjskole i Aarhus, pædagogisk linje 1985-1986, og tog en uddannelse som kunstterapeut 1993-1996. Har arbejdet som basissygeplejerske og sygeplejelærer 1970-2010. Herefter har Johanna Thielst arbejdet med at skrive. Hun fik udgivet sin første skønlitterære bog i 2012 og skriver fortsat.



Øjeblikke

Ældrepleje

Når fiskerne trak bådene i land, gik vi ned til vandkanten for at se, hvad de havde fået i nettene, og følge solen, der var på vej ned i havet. Inde i makien, der omgav den lille bugt, kunne vi høre æslerne løbe og skryde. Kørestolene var tunge at rulle gennem sandet. De fleste i feriegruppen var demente og holdt meget af at synge, så det gjorde vi tit. Plejehjemmet havde lejet en fløj på et tidligere sanatorium. Vi hjalp alle i seng lidt senere end hjemme og smurte og masserede, hvor det gjorde ondt. Fjernede støttebind. Holdt i hånden. Skiftedes til at holde vagt om natten. Det bankede i vandrørene, og de fleste sov uroligt. Inden jeg faldt i søvn den sidste aften, tænkte jeg, at det måske en gang ville blive mig, der lå i mørket og kaldte på mor.

Hjemmepleje

Så godt kendte jeg landskabet og husene, hvor nogen ventede på, at jeg skulle komme, at jeg kunne finde vej i blinde. Midt i tågen huggede lyset sig med ét igennem. Så stod alt uden filter. Da jeg lukkede mig ind og sagde godmorgen, svarede han ikke. Men han sad som sædvanlig henne ved vinduet i den grønne lænestol med ryggen mod døren. Kikkerten plejede at ligge på det lille bord, når han ikke brugte den. Nu lå den på gulvet ud for hans højre fod. Jeg stod længe i døren ind til stuen med hamrende hjerte og iskolde hænder. Det tog en evighed at nå hen til lænestolen. Der lå en fremmeds maske over hans ansigt. Han vidste alt om fugle, og jeg blev der altid for længe.

Psykiatrisk pleje

Når den faste vagt skulle have pause, afløste jeg hende tit. Så sad jeg lidt væk fra sengen, hvor han lå i bælte uden dyne og pude. Han kastede alt på gulvet. Jeg holdt øje med ham, mens jeg bladrede i de slidte ugeblade. Så længe, den beroligende medicin virkede, lå han stille med lukkede øjne. Så lagde jeg forsigtigt dynen over ham igen. Han havde mistet sin kone og var ude af sig selv af sorg. Et par vinterbadere havde fundet ham liggende på stranden i nærheden af nogle svaner, der var frosset ihjel. Af og til talte han usammenhængende om tang og vand og koraler. Måske havde han været dykker engang.

Telefonrådgivning

Han ringede til Linjen flere gange om ugen det efterår og fortalte, at der ikke var den ting, han ikke var bange for, samtidig med at han havde trang til at fyre den af i sit nyeste outfit og gå i

gaderne, når det blev mørkt, og vinden kom fra øst. Han kunne ikke få sig selv til at stole på vestenvinden og mærkede, hvordan jordklodens skorpe blev tyndere dag for dag. Sidst, jeg talte med ham, spurgte han, om jeg havde en skotskternet nederdel, jeg ikke brugte. Så ville han gerne overtage den. En aften, da jeg skulle hjem, var toget meget forsinket. Vinden kom fra vest, og det blæste hårdt på perronen. Siden den aften har han ikke ringet.

Psykiatrisk pleje

Patienten, jeg havde fulgt ned i kælderens til elektrochokbehandling, lå helt stille på båren, men så mig med ét direkte i øjnene og sagde, at skrumpehoveder har læberne rimpet sammen, så sjælen ikke slipper ud. Det var første gang, jeg hørte ham sige

” Det bankede i vandrørene, og de fleste sov uroligt. Inden jeg faldt i søvn den sidste aften, tænkte jeg, at det måske en gang ville blive mig, der lå i mørket og kaldte på mor.

noget, selv om jeg havde siddet over for ham utallige gange og forsøgt at hjælpe ham med at spise, men han ville ikke lukke munden op. Da han vågnede efter behandlingen, kastede han op i engangskapslen, der lå parat til venstre for puden. Sidst på eftermiddagen kom hans datter i besøgstiden med brombær, som hun havde plukket, der hvor de plejede at finde dem sammen. Han spiste et par og sagde, at de lignede skrumpehoveder.

Efterskrift

Det er forunderligt at tænke på, hvordan hver eneste arbejdsdag, hver vagt, består af rækker af øjeblikke, der former en. Måske er det noget, man glemmer. Måske noget, man uventet husker senere. Af en eller anden grund.

God vagt.

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



Sygeplejerske Stine Nexø Flade (bagest) er den første anæstesisygeplejerske, der har taget specialuddannelsen på Bornholms Hospital i flere år. Hun er også tilknyttet akutbilen, som dækker hele Bornholm.

“Når de andre lukker ned, lukker vi op”

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

Bornholms Hospital er med sine godt 600 ansatte Region Hovedstadens mindste af slagsen. Selv om arbejdsmiljøet er højt prioriteret, har hospitalet svært ved at rekruttere sygeplejersker. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, drog i klinik på Bornholm.

“Når de andre hospitaler lukker ned, så lukker vi op,” fortæller Susanne Poulsen og henviser til, at op mod 600.000 turister gæster Bornholm i sommermånederne. Dermed stiger befolkningsgrundlaget, som normalt er 41.000 borgere, til over 100.000.

Susanne Poulsen er sygeplejerske og vicedirektør på Bornholms Hospital. Sam-

men med anæstesisygeplejerske og fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne, Linda Mortensen, byder hun Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, velkommen.

“Arbejdsmiljøet er utroligt vigtigt for os. Det skal være i orden. Husk på, at mange af vores medarbejdere har hele deres arbejdsliv her på hospitalet,” fortsætter Susanne Poulsen.

“Alligevel er rekruttering af sygeplejersker en stor udfordring for os,” supplerer Linda Mortensen.

Efterlyser “oversøiske” kolleger

Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at der stort set ikke er arbejdsløshed blandt de

lidt mere end 400 fastboende sygeplejersker på Bornholm. Ledighedsprocenten er kun 0,5.

“Det betyder, at når vi ansætter en ny sygeplejerske på hospitalet, så kommer han eller hun oftest fra kommunen (Bornholms Regionskommune, red.). Måned efter er der så en anden sygeplejerske, som stopper hos os på hospitalet for at starte i kommunen. Og så er vi lige vidt,” fortæller Susanne Poulsen.

På den baggrund har Bornholms Hospital indgået et utraditionelt samarbejde med Bornholms Regionskommune og Bornholms Politi om en samrekrutteringskampagne, der skal skaffe mere arbejdskraft til øen. Kampagnen foregår via Face-



Efter- og videreuddannelse er en udfordring for de bornholmske sygeplejersker, fordi det er forholdsvis bekosteligt at komme til og fra Bornholm, hvis man skal deltage i kurser og uddannelser på Sjælland. "Derfor er vi begyndt at hente undervisere til øen. Vi vil hellere have undervisning af 12 sygeplejersker på Bornholm end sende en enkelt til København," forklarer Peter Juul, oversygeplejerske ved medicinsk afdeling. Fra venstre Linda Mortensen, Peter Juul, Grete Christensen og afdelingssygeplejerske på medicinsk ambulatorium AO, Anette Brylov.



På akutmodtagelsen på Bornholms Hospital ligger patienterne typisk mellem fire og seks timer, inden de overflyttes til andre afdelinger, fortæller afdelingssygeplejerske Louise Juel Pedersen (th.). Langt de fleste af sygeplejerskerne på hospitalets akutmodtagelse, skadestue og anæstesiaafdeling har været på et traumekursus.



Sygeplejerske Maja-Lis Kofod Petersen gennemfører AMD-undersøgelser af ældre borgere på medicinsk ambulatorium AO. Resultaterne sendes elektronisk til Glostrup Hospital, hvor de analyseres. Fra venstre: Afdelingssygeplejerske på medicinsk ambulatorium AO, Anette Brylov, sygeplejerske Maja-Lis Kofod Petersen, Grete Christensen og Linda Mortensen.

book, Go Cards og jobmesser. For hospitalets vedkommende er det primært sygeplejersker, speciallæger, bioanalytikere og radiografer, der er mål for kampagnen.

"Det er jo et stort skridt, fordi det ofte indebærer, at hele familien skal flytte til Bornholm. For sygeplejerskernes vedkom-

mende kan vi se en tendens til, at vi får flere eksterne ansøgere (ansøgere, der ikke kommer fra Bornholm, red.), men vi mangler stadig sygeplejersker med erfaring," fortæller Susanne Poulsen.

Rekrutteringsproblematikken slår også igennem på lægesiden. Eksempelvis råder

Bornholm over en akutbil, som Sundhedsministeriet har afsat økonomi til i en toårig prøveperiode, men ingen læger har valgt at søge de stillinger, der har været opslået.

Hurtigere frem

En af de sygeplejersker, der rykker ud med bilen, er Linda Mortensen:

"Med akutbilen er det muligt at komme væsentligt hurtigere ud til patienten end tidligere. Der er ingen tvivl om, at ordningen redder liv," siger hun.

Bilen kører f.eks. ud til trafikulykker, traumer og til borgere med hjertestop, men ordningen er muligvis midlertidig, fordi Region Hovedstaden ikke har besluttet, hvordan kombinationen med læger og sygeplejersker skal være. Indtil videre har det mest været sygeplejersker, som har rykket ud.

"Det er vigtigt, at I nøje dokumenterer jeres arbejde i forbindelse med akutbilen. På et eller andet tidspunkt må vi sige, at nu skal ordningen med sygeplejersker ikke længere være midlertidig, men derimod permanent. Og så er det vigtigt med solid faglig dokumentation," understreger Grete Christensen.

Læs mere om job på Bornholms Hospital på www.bornholmshospital.dk > Bliv vores nye kollega

Dansk Sygeplejeråd afholder kongres



KONGRES 2014 DSR - EN FAGFORENING MED AMBITIONER

Fra den 19. maj til den 22. maj afholder Dansk Sygeplejeråd kongres i Nyborg under overskriften "En fagforening med ambitioner". Kongressen er Dansk Sygeplejeråds øverste besluttede myndighed og består af 163 delegerede. Kongressen mødes ordinært hvert andet år og sætter retningen for Dansk Sygeplejeråds arbejde i den følgende kongresperiode.

Ved denne kongres er der kommet 53 forslag, der skal behandles i løbet af kongressens fire dage. Forslagene er fordelt inden for tre spor, der handler om det sundhedspolitiske, det faglige og det organisatoriske.

Som noget nyt skal kongressens delegerede også have tre politiske temadebatter, der skal lede op til behandlingen af kongres-

forslagene. Her kommer kongressen bl.a. til at drøfte fremtidens udfordringer for det danske sundhedsvæsen og Dansk Sygeplejeråds rolle som politisk aktør, sygeplejerskers roller i det danske sundhedsvæsen og fremtidens udfordringer for sygeplejen og ikke mindst værdien af medlemskabet, medlemsdemokrati og Dansk Sygeplejeråds udfordringer som en organisation på et omskifteligt område, hvor tillidsvalgte ofte er under pres og medindflydelse ikke bare er noget, man har, men man også skal værne om.

På kongressen kommer man også til at tage endelig stilling til, om Dansk Sygeplejeråd sammen med Sundhedskartellets øvrige organisationer skal gå ind i et større forhandlingsfællesskab med KTO's organisationer med virkning fra OK15.

"Vi får en arbejdsom og udfordrende kongres, hvor vi sammen skal lægge fundamentet for Dansk Sygeplejeråds arbejde i den kommende kongresperiode. Der er nok at tage fat på. Jeg glæder mig, det bliver fire spændende og krævende dage, jeg ser frem til at mødes med alle de delegerede og deltage i diskussionerne og være med til at træffe vigtige beslutninger," siger Grete Christensen, formand for DSR.

På kongressen kommer efter planen bl.a. sundhedsminister Nick Hækkerup (S), som dermed er med til at indlede kongressen på førstedagen på Hotel Nyborg Strand.

Du kan læse mere om kongressen og kongresforslagene de kommende uger på www.dsr.dk/kongres

”Jeg ved, hvordan det er at vågne hver morgen og føle, at dagen er helt uoverskuelig. Jeg ved, hvordan det er at gå i seng om aftenen og håbe, jeg aldrig vågner op igen. Nogle gange gør det simpelthen for ondt at leve for sådan en som mig. Hvis du ikke kender til det, jeg lige har beskrevet, hvorfor er det så dig, der skal styre så meget af mit liv?”

17-årige Julie Augusta Mandahl-Friis, der er diagnosticeret med paranoid skizofreni, angst og depression, i et åbent brev til sundhedsminister Nick Hækkerup (S) i Information den 10. april 2014.

DSR I MEDIERNE

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

Vi skal gribe den teknologiske udvikling

"Telemedicin er en helt ny måde at yde sygepleje og behandling på. En måde, vi først skal til at udvikle. Derfor er det vigtigt, at vi uddannelsesmæssigt er på forkant. Konkret skal der både være mulighed for teoretisk undervisning med fokus på teknologiforståelse, eksempelvis ud fra problemstillingen om, hvordan tele-sundhed og -medicin påvirker relationen mellem patient og sygeplejersker," skriver Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, i et indlæg i Altinget.

Sygeplejersker spilder tid på unødigt dokumentation

Ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd og MEGAFON viser, at hospitalsansatte sygeplejersker spilder fire millioner timer om

året på unødigt dokumentation. "Det er utroligt trist, at vi endnu en gang kan dokumentere, at der går så meget tid med noget, vores medlemmer og medarbejdere i sundhedsvæsenet betragter som spild," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til TV 2.

Sårbare gravide får hjælp

Sundhedsministeren (S) øremærker 40 mio. kr. til at hjælpe nyfødte fra socialt udsatte familier med at få en god start på livet. "Det kan godt gøres for ikke så mange penge. Men pengene kan hurtigt blive tjent hjem igen, hvis vi efterfølgende undgår, at børnene bliver indlagt eller får problemer," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, i Information.

KALENDERKLIP

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



12. maj

- Møde med Manu Sareen (R), minister for børn, ligestilling, integration og sociale forhold, København

14. maj

- Møde med Karen Johanne Klint (S), psykiatriordfører, København
- Møde med Bert Asbild, formand for Danske Bioanalytikere, København

15. maj

- EP-valgdebat, fælles arrangement af Lægemedelindustrien (LiF), Lægeforeningen, Dansk Sygeplejeråd og Danske Patienter, København
- Møde i Regeringens Udvalg vedr. almen praksis, København

15.-17. maj

- ICN Triad Meeting, International Council of Nurses, Genève

19.-22. maj

- Dansk Sygeplejeråds kongres, Hotel Nyborg Strand, Nyborg

26. maj

- OK15-konference, København

27. maj

- Politisk forhandling med PLA, København

28. maj

- Møde om Danske Regioners sundheds-IT, København
- Møde med Liselott Blixt, sundhedsordfører (DF), København

2. juni

- Møde i referencegruppen til Den Danske Kvalitetsmodel, Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS), Aarhus

4. juni

- Møde med Yngre Lægers formand Camilla Rathcke og direktør Lars Mathiesen, Kvæsthuset, København

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

Ole "Bogart" Michelsen

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



Behandlingscenter
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

FOKUSERET STUDIEBESØG



Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital, tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden indenfor sårbehandling samt orientere om centrets retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shops. Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Dato: 23.10.2014, kl. 8.30-15.30.

Sted: Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

Pris: kr. 1.000,00.

Tilmeldingsfrist: 15.08.2014.
Yderligere information og tilmelding findes på www.CWHC.dk

KURSUS I SÅR OG SÅRBEHANDLING



Videntcenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital, tilbyder kursus i sår og sårbehandling. Formålet er at øge viden om sår og sårbehandling samt at etablere et netværk mellem sårinteresserede personer.

Målgruppen er sygeplejersker med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

Varighed: 4 dage med internat.

Dato: 30.08. - 03.09. 2014.

Sted: Phamakon Konferencen, Hillerød

Pris: kr. 7.795.

Tilmeldingsfrist: 20.06.2014.
Yderligere information og tilmelding findes på www.CWHC.dk



SYGEPLEJEFESTIVAL 2014



FOTO: RICHARD CLARKE

Judith Shamian skal være keynote-speaker på sygeplejefestivalen. Her ses hun sammen med formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, som lykønsker hende, da hun blev valgt som formand ved den internationale sygeplejekongres i Melbourne, Australien, sidste år.

Sæt kryds i kalenderen og deltag i Sygeplejefestival mandag den 15. september 2014

Tilmelding: www.dsr.dk/Arrangementer
Medlemsprisen er 450 kr.

Kom med til Sygeplejefestival 2014

KEYNOTE-SPEAKERS

Dansk Sygeplejeråd er stolt af at kunne præsentere to keynote-speakers på Sygeplejefestivalen:

Judith Shamian

Judith Shamian, formand for International Council of Nurses, ICN, og canadisk sygeplejerske.

Impact er mottoet for den canadiske sygeplejerske Judith Shamian, som ved den internationale sygeplejekongres i Melbourne, Australien, sidste år blev valgt til ny formand for ICN.

Eva Jørgensen

Eva Jørgensen, journalist og tidligere nyhedsvært, kommer med et oplæg om at være pårørende.

Eva Jørgensen, der arbejdede som vært og journalist i DR gennem 20 år, blev selv for ni år siden pårørende, da hendes mand blev ramt af ALS.

Dansk Sygeplejeråd inviterer til Sygeplejefestival 2014 den 15. september i København. Sygeplejefestivalen er i højsædet, og viden bliver delt, når sygeplejersker fra hele landet mødes.

På festivalen kan man høre keynote-speakers og sygeplejersker, der præsenterer forsknings-, udviklings- og bachelorprojekter. Der vil også være sessioner af forskellig varighed, der handler om fagspecifikke emner.

Festivalen rummer bl.a.:

- Keynote-speakers
- Faglige oplæg
- Biograf
- Debattorv med mulighed for at drøfte kliniske og aktuelle sygeplejerskerellevante problemstillinger
- Markedsplads med rig mulighed for at få en faglig dialog med De Faglige Selskaber og andre faglige eksperter – og tage nye idéer og viden med hjem til arbejdspladsen
- Food Court
- Dagen vil desuden byde på en række overraskelser.

Man kan give forslag til debatspørgsmål om kliniske problemstillinger på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. Den såkaldte markedsplads byder på mulighed for at tage nye redskaber med hjem til egen praksis, og der er også mulighed for at gå i dialog med faglige eksperter, bl.a. de faglige selskaber og andre eksterne samarbejdspartnere.

Følg med her

På www.dsr.dk/sygeplejefestival og på www.facebook.com/sygeplejefestival bliver programmet og andre aktiviteter løbende opdateret.

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



Book tid for en
GRATIS FREMVISNING
hos jer af en Silentia foldeskærm
på telefon 39 90 85 85
eller mail info@silentia.dk

hstid

Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt, fleksibelt i monteringen og kan tilpasses ethvert patientrum. Du får et godt overblik over stuen, ligesom patienternes privatliv sikres. Silentia's foldeskærme er lette at holde rene, lukker ikke lyset ude og har et flot design.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • Fax: 72 62 31 00
info@silentia.dk • www.silentia.dk

Du må gerne falde på halen over komforten.
Men så er det også sidste gang.

Da vi designede SIKA Motion-sandalen handlede det i høj grad om 2 ting: At skabe arbejdsglæde i fodhøjde samt at minimere risikoen for faldulykker.

Resultatet er en sandal med god svangstøtte, behagelig indersål og foring, som former sig efter foden og giver suveræn pasform og komfort dagen lang. Ydersålen er stødabsorberende og ekstremt skridhæmmende for at minimere risikoen for faldskader. Det gør sandalen særdeles velegnet til sygeplejersker, SOSU-personale og andre i jobs, hvor man står og går meget i løbet af dagen.

KØB SANDALEN I SYGEHUSKIOSKEN*



**22206 SIKA
MOTION LADY**
Fås i blå eller lilla.

Kr. 519,-



**22207
SIKA MOTION**
m/aftagelig hælrem.
Fås i sort eller hvid.

Kr. 469,-

www.sika-footwear.dk

SIKA
Created to work

*Kan købes på følgende sygehuse:

HjørringSygehus · FrederikshavnSygehus · ThistedSygehus · ViborgSygehus · RandersSygehus · HolstebroSygehus · HerningSygehus · ÅrhusSygehus · SkejbySygehus · VejleSygehus · KoldingSygehus · EsbjergSygehus · SvendborgSygehus · Odense Universitetshospital · Rigshospitalet · RoskildeSygehus · Hillerød Hospital · Metropol, Sigurdsgade · HerlevSygehus

En lærebog skal ikke ligge på natbordet

Af **Jette Benn**, lektor, ph.d.

Kommentar til anmeldelsen af bogen "Børn, ernæring og måltider - tværfaglige perspektiver," red. Jette Benn, anmeldt af Hanne Lindhardt i Sygeplejersken nr. 4/2014.

På baggrund af anmeldelsen af bogen "Børn, ernæring og måltider" bragt i *Sygeplejersken* nr. 4/2014 vil jeg som fagredaktør på bogen benytte lejligheden til at give lidt grundigere og mere korrekt information om bogen, end jeg finder i omtalte anmeldelse. Dels findes en række faktuelle fejl, og dels mangler der reelle informationer om bogens indhold.

Bogen er en lærebog henvendt til studerende på sundhedsprofessioner, lærer- og pædagoguddannelse, og er ikke en antologi som angivet i anmeldelsen. Bogen er opdelt i tre dele fordelt på 12 kapitler med en klar rød tråd og kobling mellem de enkelte kapitler. De første fire kapitler er skrevet af undervisere og forskere indenfor det natur- og ernæringsvidenskabelige område, kapitlerne omhandler børneernæring, udvikling af smagspræferencer, overvægt hos børn samt kostvaner og kostanbefalinger.

De næste kapitler er skrevet af fagfolk indenfor etnologi, antropologi, sociologi, folkesundheds- og samfundsvidenskab

og samt pædagogik. Denne del omhandler setting-perspektivet, dvs. børn, mad og måltider i hjem, institution og skole samt anskuet fra en folkesundhedsvinkel.

Endelig er sidste del pædagogiske, lærings- og erfaringsmæssige perspektiver på ernæring, mad og måltider. Det sidste kapitel 12 er en opsamling på bogens kapitler med forslag til analysemodeller for projekter og temaer at arbejde videre med i forhold til bogens tre dele. Bogen er altså skrevet til studerende på ovennævnte uddannelser af folk, der forsker, underviser og formidler bredt på fagområdet og giver læseren både ernærings-, samfunds- og humanvidenskabelige perspektiver på temaet mad i relation til børn. Bogen egner sig selvsagt ikke til at ligge på natbordet, da en lærebog skal ligge på arbejdsbordet.

Jette Benn er ansat på DPU, Aarhus Universitet, afdelingen på Tuborgvej, København.

Svar

Kære Jette Benn

Jeg beklager, at du opfatter min anmeldelse af bogen: "Børn, ernæring og måltider - tværfaglige perspektiver" som både mangelfuld og behæftet med fejl. Du skri-

ver i forordet, at målgruppen er professionelle og studerende, der arbejder med temaet mad og børn. Min opgave som anmelder på *Sygeplejersken* er at forholde mig til, hvor relevant denne bog er for syge- og sundhedsplejersker og ditto studerende. Som jeg lod skinne igennem i min anmeldelse, er den første del, som omhandler børneernæring, ikke en grund til at investere i bogen. Sundhedsstyrelsen har grundige og velskrevne publikationer om emnet, og det er Sundhedsstyrelsens vejledninger, som er grundlaget for vores rådgivning til børn og forældre. Jeg kunne have skrevet, at det er en lærebog. Jeg har benævnt den som en antologi, hvilket jeg har svært ved at forstå skulle være en fejl, set i lyset af definitionen på en antologi, og at målgruppen er andet end studerende. Jeg skriver til slut i anmeldelsen, at bogen ikke egner sig til natbordet. Jeg kunne have skrevet: "Efter at have kæmpet mig igennem de 339 sider må jeg konkludere, at denne bog med fordel kunne være strammere redigeret og skrevet i et lettere sprog."

*Med venlig hilsen
Hanne Lindhardt, MSA,
sundhedsplejerske i Furesø Kommune.*

Misforstået konklusion

Af **Marie Lyberth Mathiassen**, cand.scient.adm. med bifag i grønlandsk kultur, ansat på Handelsskolen i Qaqortoq

Kommentar til artiklen "Mørkelege kaster skygger over Grønland" i Sygeplejersken nr. 5/2014.

Mørkelege og misbrug af børn er to helt forskellige ting. Mørkelege er en leg mellem voksne, hvor begge accepterer betingelserne. Misbrug af børn er voksnes misbrug af mindreårige. Vores forfædres kultur skal ikke bruges til at forklare, hvad der sker i et samfund, hvor normerne har ændret sig radikalt. Misbrug af børn og andre sociale problemer, som vi kæmper

med og imod, sker desværre tit i tidligere kolonilande. Vores forfædre skal ikke have skylden. En misforstået konklusion på vore nuværende problemer.

Svar

Kære Marie Lyberth Mathiassen

Jeg er ked af, hvis min artikel har medført irritation eller frustrationer. Det har naturligvis ikke været min hensigt.

Jeg har ikke forsøgt at beskrive mørkelegene som et misbrug af børn. Jeg synes heller ikke, at det fremgår af artiklen, hvor

jeg beskriver mørkelegene på denne måde: "Siden inuittiden har man kendt til såkaldte "mørkelege", hvor lyset blev slukket, og der blev opfordret til seksuelt samvær med de unge piger og hinandens koner for at sikre afveksling i arvematerialet."

Det er muligvis ordvalget "de unge piger", der kan have ledt til misforståelsen. I så fald beklager jeg.

*Venlig hilsen
Pelle Lundberg Jørgensen,
journalist*



Diplommoduler med fokus på sår

I VIA udbydes fra efteråret 2014 to nye sundhedsfaglige diplommoduler med relevans for sundhedsfagligt personale, der samarbejder med patienter og borgere med sår.

Modul 1 (10 ECTS-point)

Her arbejdes med forløb for patienter/borgere med normalt helende sårtyper, diagnosticering og be-

handlingsprincipper og produktvalg. Der er fokus på evidensbaseret praksis, patientinvolvering og det tværfaglige samarbejde omkring mennesker, der behandles for sår.

Modul 2 (10 ECTS-point)

Her har vi fokus på vanskeligt helende sår og deraf forbundet risiko for reduceret livskvalitet og levetid. Der

arbejdes med dokumentation og evaluering af indsatser set i såvel et patient-borgerperspektiv som et samfundsmæssigt perspektiv.

Læs mere på:

via.dk/videreuddannelse/sundhed
eller kontakt chefkonsulent Kirsten Willemoes Knudsen E: kwk@via.dk,
T: 8755 1927



Bliv frivillig Net- og Chatrådgiver på Livslinien

1. maj 2014 åbner Livslinien en chat som en udvidelse af vores skriftlige rådgivningstilbud.

Har du lyst til at være med til at forebygge selvmord og være en del af et engageret fællesskab, søger vi lige nu rådgivere til vores net- og chatrådgivning.

Den rådgivning vi yder bygger på faglighed, empati og fordomsfrihed. Som frivillig får du professionel træning i at udføre den selvmordsforebyggende samtale, og du uddannes i at skærpe den skriftlige kommunikation.

Ansøgning sendes til: net@livslinien.dk
senest den 3. juni 2014.

Læs mere på www.livslinien.dk eller scan koden i billedet.

LIVSLINIEN

Vil hellere have gode råd til praksis

Af **Anne-Mette Bredahl Christensen**, sygeplejerske, Aarhus Universitetshospital

Kommentar til "Dilemma" bragt i Sygeplejersken nr. 4/2014 (om influenzavaccination på et plejehjem).

"Dilemma" belyses af "sygeplejersker med særlig interesse for etik". Mit indlæg er ikke en kritik af pågældende sygeplejerskers svar, men nærmere et udtryk for ærgrelse over en klumme, som giver svar på, hvad den ideelle sygeplejerske burde gøre ud fra alle de teorier, vi alle har lært. Jeg savner i den grad en slags dilemma-klumme, hvor sygeplejersker i de relevante specialer gav et bud på, hvordan de i praksis ville løse/har løst tilsvarende situation. Den etiske belysning er interessant for de sygeplejersker, der har brug for at beskrive teori, men ikke særlig brugbar for de sygeplejersker, der rent faktisk står i situationerne i hverdagen.

I forbindelse med dilemmaet om influenzavaccination på plejehjem har jeg selv som tidligere konsultationssygeplejerske erfaringer med dette. Det bliver i dilemmaet om influenzavaccinationer nævnt, at "hvis sygeplejersken er under tidspres, så (...) (vil det) ikke nødvendigvis tage så meget længere tid at gå fra væ-

relse til værelse." Her er jeg dybt uenig, idet en person, der netop er blevet vaccineret, bør observeres et "ubestemt" stykke tid, da anafylaktiske reaktioner kan udvikles i løbet af sekunder og op til én time (kilde: Sundhed.dk, sundhedsfaglig del).

Dette har betydet for min egen praksis, at når jeg skulle rundt på fire-fem værelser på hvert plejehjem, måtte jeg blive hos den pågældende beboer nogen tid efter vaccinationen, hvis plejepersonalet ikke var til stede (og det var de sjældent, idet de har mange andre opgaver og andre beboere, der ikke nødvendigvis var tilmeldt mit lægehus). Desuden oplevede jeg ikke noget problem fra beboernes side med at blive vaccineret i f.eks. fællesstuen foran andre beboere i de tilfælde, at det var dér, jeg fandt beboeren.

Her var der samtidig plejepersonale til stede, som efterfølgende kunne observere beboeren. Det gav også anledning til megen hyggesnak beboerne imellem, at én af dem blev vaccineret. Samtidig undgik jeg at vække beboerne i deres middagssøvn, hvilket ellers af og til blev konsekvensen, når jeg skulle rundt til mange værelser på plejehjemmet. Beboerne nåede simpelt-

hen at blive lagt til ro, inden jeg blev færdig med min "runde".

Det kan også virke grænseoverskridende, hvis jeg (en fremmed person) kommer alene ind til en dement beboer for at stikke vedkommende. I denne situation er det utroligt vigtigt for alle parter, at der er en person til stede (personale), der kender beboerens reaktionsmønster og kan bekræfte, at det skam er rigtigt, at han forleden sagde ja til at blive vaccineret, hvilket ikke alle beboere selv husker, og man kan derfor føle, at man begår et overgreb, hvis man vaccinerer personen alligevel. Et personale kan berolige beboeren og fortælle ham, at det er helt i orden at blive stukket af denne fremmede person.

Det kunne være utroligt brugbart at høre fra sygeplejersker, der rent faktisk har stået i tilsvarende situationer. Hvordan gjorde de?

"Dilemma" er altid spændende at læse og fundere over, indtil man når til svarene, som man jo blot kan slå op i en teoribog om etik. Denne del af vores uddannelse er jo på plads - men hvordan blev det så i praksis, i virkeligheden?

MINDEORD

Mogens Thisted Jakobsen

32 år efter Mogens Thisted Jakobsen afsluttede sin uddannelse som sygeplejerske på sygeplejeskolen i Randers, sluttede hans liv brat. På trods af, at Mogens gennem det sidste år havde været syg, var han ved at afslutte behandlingen, og han syntes selv, at det gik den rigtige vej, da Mogens den 19. marts 2014 pludselig døde.

Gennem årene var Mogens ansat i Børn- & Ungeafdelingen på Aalborg Psykiatriske Hospital.

Mogens havde valgt sygeplejefaget af oprigtig interesse og engagement, en interesse og et engagement han bevarede gennem hele livet, uanset om det var som

sygeplejerske i afdelingen eller som lokal tillidsrepræsentant.

Mogens brugte sin sygeplejefaglige baggrund i sit organisationspolitiske arbejde, ingen sag var for stor eller for lille til, han ville involvere sig i den. Kunne Mogens argumentere med sin sygeplejefaglighed, brugte han den.

Mogens var en rigtig festlig mand, der sørgede for, at den sociale dimension i TR-kollegiet blev holdt i hævd. Han arrangerede julefrokost og lagde hvert år have til sommerfesten. Det var vigtigt for at kunne varetage funktionen som TR, at man også kendte sit bagland socialt, var Mogens' filosofi.

Med Mogens Thisted Jakobsens død har Børn og Unge Psykiatrien i Nordjylland mistet en af sine engagerede sygeplejersker.

For TR-kollegiet i Dansk Sygeplejeråd vil Mogens mangle som en, der altid var klar på en politisk diskussion, en der kunne give faglig sparring, og ikke mindst en der indgød mod til at stå ved.

Vores tanker går til Jens samt Mogens' familie, som har mistet mest af alle.

Æret være Mogens' minde.

*På vegne af TR-kollegiet ved
Psykiatrien i Nordjylland,
Carin Juul, fællestillidsrepræsentant.*



Højkoncentreret Tranbærprodukt

LACTO Lady

**Naturlig beskyttelse
af urinvejen**

Nyhed – Fås på apoteket, i Matas og i helsekostbutikker

Vitalbalans ApS
www.vitalbalans.dk

Storegade 5, 2. sal, 7330 Brande / Tlf. 28 77 73 30

LactoLady indeholder en unik kombination af tranebær ekstrakt og fire forskellige stammer af naturligt forekommende mælkesyre bakterier.

Tranebærrets indhold af proanthocyanider i kombination med mælkesyrebakterier beskytter slimhinderne.

1 tablet 2 gange dagligt indeholder:
800 mg tranebærekstrakt (heraf 36 mg proanthocyanider) og 1 milliard cfu aktive mælkesyrebakterier.



Pakningsstørrelse:
30 og 60 tabletter

Health & Rehab Scandinavia

9. - 11. september 2014 · Bella Center · København

Se, oplev, afprøv og få den nyeste viden · Design din egen kursusdag

Gå ikke glip af Nordeuropas vigtigste mødested, når social- og sundhedssektoren sætter fokus på:

- Rehabilitering
- Teknologi
- Kost & trivsel
- Aktivt Liv
- Fremtidens Byggeri

Ud over de mange produktfremvisninger, workshops, oplæg og øvrige aktiviteter kan du også tilmelde dig **Smertekonferencen 2014**, som belyser forskellige smerteproblematikker ud fra et tværfagligt perspektiv.

Arrangør:



Læs mere på:

www.health-rehab.com



Slip for at stå i kø

Tilmeld dig vores nyhedsbrev, så får du direkte besked, når vi åbner for den gratis besøgsregistrering.



HEALTH
& REHAB
SCANDINAVIA



TRANSMEDICA

**Ønsker du vikariat i Norge?
Vil du tjene omkring 65-80.000 kr. per måned
Gør som mange andre sygeplejersker - vælg Transmedica
Vi sikrer dig job allerede i dag!**



Kontakt Christina Gronemann +45 41 85 18 53 eller Jette Hvolgaard Andersen +45 41 85 18 56

Se mere om os på vores hjemmeside www.transmedicavikar.dk

4 millioner timer går til dokumentation

Hospitalsansatte sygeplejersker bruger op mod 4 millioner timer om året på dokumentation, viser en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd. Det svarer til 1 time og 43 minutter om dagen og er en stigning på 19 pct. siden 2008, hvor sygeplejerskerne i gennemsnit brugte 1 time og 27 minutter dagligt på dokumentationsopgaver.

Det ville være dejligt med mere tid til patienterne 😊 For resten, så er det jo også derfor, at jeg valgte at tage en uddannelse som sygeplejerske. Regnede ikke med at skulle være kontorassistent 😊

Dejligt at se DSR markere sig på et længe ønsket emne. Tror ikke, det står meget bedre til i kommunerne.

Så sandt ... Få snart øjnene op, og brug ressourcerne på den rigtige måde.

Det tager alt for meget af vores tid, som kunne have været brugt bedre til f.eks. omsorg og pleje ...

Helt enig. For at sikre, at der bliver korrekt dokumenteret i forhold til patientsikkert sygehus, har vi dokumenteret både i EPJ og på papir. Der er d.d. ikke tilltro til, at vi sygeplejersker har gjort noget i forhold til vores patienter, før det er skrevet ned og vinget af 😞

Ja, der er meget spild af ressourcer ... 😞

Der må have været en grund til mistilliden. Måske skal den findes, før man afskaffer kontrol. Det er skatteyderne, der betaler og ligger i sengene. I mine mange år i hospitalsvæsenet har jeg set brodne kar. Langt hovedparten har ydet en stor indsats. Nogle få kan ødelægge det for mange.

I gør det ikke mindre end FANTASTISK, stor ros her fra min seng i Holstebro afd. O på fjerde uge, tak, og lad de gode sygeplejersker gøre det, de er gode til ... 👍

Hver 10. bliver chikaneret i fritiden

Knap hver 10. sygeplejerske har i fritiden været udsat for arbejdsrelateret chikane fra patienter eller pårørende. Derfor er det vigtigt, at arbejdspladser har retningslinjer for, hvordan chikane forebygges og håndteres.

Vi har oplevet en meget truende adfærd hos nogle fam. Havde et tilfælde, hvor de var meget vrede og truende. Ledelsen kaldte manden ind til møde med ledende overlæge, oversyngpl. og afdsygepl., og hvis dette gentog sig, fik han forment adgang i afd. - respekt. Som om den blev lukket der!!! Det er synlig ledelse ❤️

Jeg synes, det er dejligt, at der bliver sendt et klart signal omkring pårørendes adfærd. Ros herfra. Og jeg er glad for, at formanden for DSR er gået i brechen for at rette op på dette problem med adfærden.

Hvorfor kigger man ikke på, hvordan man forebygger chikane hos politiet? Ex. at have et identifikationsnummer i stedet for navne-skilt, det burde kunne forhindre dem, der vil chikanere, i at finde frem til deres mål?

Undgå at bo og arbejde i samme by.

Det kan altså ikke være rigtigt, at man skal til at indordne sig, fordi nogle mennesker ikke kan opføre sig ordentligt. Niks, det er ikke løsningen.

Der findes idioter alle vegne - det drejer sig om at finde sin måde at håndtere det på. Jeg har aldrig haft lyst til at møde patienter og borgere i min fritid, fordi det forstyrrer mit privatliv.

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

- Konsulentuddannelser
- Tværfaglige praksisuddannelser
- Supervisor- og coachuddannelser
- Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

- Cand. psych. Annette Mortensen
- Cand. psych. Ane Wermer
- Cand. pæd. psych. Dorte Nissen
- Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen
- Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi ca. 45 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Med spiserobotten på arbejde

Smertefulde sår, temperaturmåling, pædagogik i flere varianter og resuméer af international forskning. Det er indholdet i Sygeplejersken "Fag".

Teori & Praksis byder på artiklen "struktureret kortlægning og vurdering af sårsmarter", del 1. Artiklen indeholder som altid mål, læsertest og spørgsmål til refleksion over egen praksis.

Udtrykket "sårskift" bruges ofte i Danmark. Gad vidst, hvordan det ser ud?

En sygeplejerske i hjemmeplejebil kører fra hus til hus og bytter sår, så patient Hansen får patient Jensens skinnebenssår, og patient Andersen udstyres med patient Klausens tryksår på nates eller hvad? Vi må tilstræbe en ensartet terminologi, så ud med "sårskift" og ind med sårbehandling.

Teori & Praksis del II med titlen "Behandling af sårsmarter" bliver bragt i *Sygeplejersken* 2014;(7). Læsere har tidligere stiftet bekendtskab med nogle af de norske forfattere, som ivrigt formidler deres store viden om sår.

Temperatur skal måles rektalt, det er der evidens for. (Se www.kliniskerettninglinjer.dk/Noninvasiv_temperaturmåling_hos_voksne).

Men hvis patienten f.eks. har en hjerneskade og ikke forstår, hvad der skal foregå, kan temperaturmåling føre til unødvendig magtanvendelse. En kortlægning af området viser, at øretermometeret i den situation har sin berettigelse.

Brug af kompetencekort i klinikken, en ph.d.-afhandling med sygeplejerskeuddannelsen som case og en toning af uddannelsen med fokus på velfærdsteknologi udgør den pædagogiske vinkel på sygeplejen.

Med hensyn til velfærdsteknologi gælder det på ingen måde om, "at de kommende sygeplejersker kan trykke på de rigtige knapper på det rigtige tidspunkt, men mindst i lige så høj grad om, at de på et vidensbaseret grundlag også kan forholde sig kritisk til eksisterende og fremtidig velfærdsteknologiske løsninger", det kan f.eks. være en spiserobot.

Jessie Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Specialuddannede sygeplejersker screener

Helle Roy Tillgaard, specialuddannet endoskopierende sygeplejerske, ansat i Enhed for Endoskopi, Organcenteret, Sygehus Sønderjylland, Aabenraa; helle.roy.tillgaard@rsyd.dk og **Svend Dueholm**, specialeansvarlig overlæge

Når screening for tyktarmskræft indføres på landsplan, vil det mange steder være en sygeplejerske, som udfører kikkertundersøgelsen af tarmen, ikke en speciallæge. Blandt fagpersoner i Danmark diskuteres det aktuelt, om det er forsvarligt, idet mange af sygeplejerskerne er nyuddannede endoskopører. Problemet kan løses ved at bruge endoskopierende sygeplejersker med en vis erfaring.

Det landsdækkende screeningsprogram for tyktarmskræft påbegyndes i dette forår og vil fremover være et tilbud til alle personer i alderen 50-74 år. Hvis der er påvist blod i afføringsprøven, tilbydes en kikkertundersøgelse af tyktarmen (koloskopi) for at undersøge, om der er kræft eller anden sygdom i tarmen. Det vil medføre et stigende antal koloskopier og tvinger mange sygehuse til at uddanne sygeplejersker til at varetage opgaven i fremtiden. Der diskuteres aktuelt i sundhedsfaglige kredse, om sygeplejersker som nyuddannede endoskopører er tilstrækkeligt kvalificerede til at screene for kræft. Ifølge Sundhedsstyrelsen er der evidens for, at risikoen for perforation af tarmen falder, hvis endoskopøren udfører mindst 300 koloskopier årligt.

Sygeplejersker har udført kikkertundersøgelser af tyktarmen i Sønderjylland siden 2002, og de gode erfaringer med opgaveglidning fra speciallæge til specialsygeplejerske har resulteret i et vel fungerende samarbejde mellem sygeplejersker og læger. Uddannelsesskabelonen fra pionertiden i Sønderjylland har i 2012 inspireret til etablering af en ny national uddannelse til koloskoperende sygeplejerske (2), og den nye uddannelse er skabt med baggrund i regeringens Kræftplan III og Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at indføre screening for tyktarmskræft.

Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

for tyktarmskræft

Internationale undersøgelser viser ingen signifikante forskelle på kvaliteten af koloskopier udført af læger og specialsygeplejersker (3), og en ny dansk undersøgelse (1) viser tilsvarende resultater. Undersøgelsen er udført i Enhed for Endoskopi på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa, og det er første gang, at der i Danmark er foretaget en sammenligning af resultater af koloskopi udført af sygeplejersker, som har gennemgået den nye nationale uddannelse og af koloskopi udført af læger.

Metoden var indsamling af data fra 384 patientspørgeskemaer og 468 journaler i en periode på fire måneder fra 2012-2013. Undersøgelsen måler patienters tilfredshed med smerteoplevelsen under koloskopi samt tilfredshed med dialogen med endoskopøren. Derudover sammenlignes komplikationsrater samt antal fuldførte og afbrudte koloskopier. Resultaterne viser, at patienterne i læge- og sygeplejerskegruppen var lige tilfredse med smerteoplevelsen med eller uden indgift af beroligende og smertestillende medicin. Der var en tendens til, at koloskopi udført af sygeplejersker medførte færre smerter, end koloskopi udført af læger. Sygeplejerskerne fuldførte flere koloskopier end lægerne og måtte afbryde færre undersøgelser pga. smerter. Hverken sygeplejersker eller læger påførte patienterne alvorlige komplikationer som f.eks. blødning eller perforation af tarmen. Patienterne var lige tilfredse med dialogen med endoskopøren i læge- og sygeplejerskegruppen. Der indgik ikke sammenlignende data vedrørende diagnosticering og behandling i undersøgelsen, men andre studier kan ikke påvise signifikante forskelle (3).

Enhed for Endoskopi på Sygehus Sønderjylland i Aabenraa har derfor besluttet, at screening for tyktarmskræft udelukkende skal udføres af sygeplejersker, og for at sikre den bedste kvalitet skal den enkelte sygeplejerske selvstændigt have udført mere end 500 koloskopier, før screening må varetages. Da screeningerne startede den 1. marts 2014, var tre kvalificerede endoskoperende sygeplejersker klar til opgaven.

Litteratur

1. Tillgaard HR. Danish nationally certified nurse endoscopists are qualified to undertake colonoscopy at specialist level. 17th ESGENA CONFERENCE 12-14 OCT 2013. Abstract Book. Berlin:L-13:37-8.
2. Uddannelsesprogram for (gastrointestinale) endoskoperende sygeplejersker – 1-årig uddannelse, Region Syddanmark. 09.11.2011;(25.01.2014)<http://www.regionsyddanmark.dk/dwn218557>
3. van Putten PG, Ter Borg F, Adang RP et al. Nurse endoscopists perform colonoscopies according to the international standard and with high patient satisfaction. *Endoscopy*. 2012;44(12):1127-32.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til førsteforfatteren.



Styrk din ryg med en aktiv siddestilling

- så holder du længere.

Stolens design sikrer en oprejst position - musklerne får fuld bevægelsesfrihed, blodcirkulationen forbedres og ledbåndene arbejder optimalt.

Få en stol gratis på prøve i 14 dage

Ring **46 75 09 70** og aftal hvornår du ønsker at modtage stolen.

SID DIG STÆRK
dynamostol®

Urininkontinente børn får mere og bedre hjælp

Helle Rungø, sygeplejerske, ansat på børneafdeling B1531, Nordsjællands Hospital; helle.rungoe@regionh.dk; på vegne af Nefrourologisk team.

En bevilling på en halv million kroner til et projekt, der skal komme urininkontinente børn til gode, har ført til nye tiltag på Klinik for Børneinkontinens, Nordsjællands Hospital. Bl.a. intensiveres børnenes forløb på inkontinensklinikken med faste, skemalagte evalueringer, og samarbejdet med skole og SFO styrkes.

Mange børn i alderen 6-10 år lider af urininkontinens. I gennemsnit vil 1-2 børn i hver 0.-2. klasse have problemer med enten daginkontinens, natinkontinens eller begge dele. Også en del børn over 10 år har problemer med inkontinens, og alle kæmper de med angst for våde bukser, drilleri-er, bekymring for at sove hos kammerater, lejrture m.m.

Bedre bliver det ikke af, at emnet stadig er så tabubelagt. De færreste er stolte af at skulle sige til deres kammerater: "Jeg tisser i sengen om natten." Familiernes daglige liv er præget af barnets inkontinens; samtidig har en del forældre svært ved at forstå, hvorfor deres barn tisser i bukserne. Mange tror, at inkontinens skyldes sygdom eller måske psykiske/sociale problemer. Men i langt de fleste tilfælde er det lige omvendt: Barnet tisser i bukserne, og som følge heraf er der risiko for psykiske/sociale problemer.

Inkontinens hos børn skyldes sjældent sygdom. Ofte skal årsagerne findes i dårlige væske- og vandladningsvaner samtidig med, at en del børn har en hyperaktiv blære, der medfører akut vandladningstrang og hurtig, kraftig blæretømming. For andre kan det handle om, at de holder sig alt for længe, så blæremusklen bliver slap og dermed ikke er i stand til at tømme sig effektivt (1).

Dårlige toiletforhold på skoler og i SFO'er har stor betydning for børns vandladningsproblemer. Mange undgår at gå på toilettet i skoletiden, fordi toiletterne er snavsede og ulækre, der er for få af dem, og de er ofte placeret langt fra klasseværelserne (2). Det problem opfordrer vi de enkelte skoler og lokalpolitikere til at gøre noget

ved. Faktorer som obstipation og gentagne urinvejsinfektioner kan have afgørende betydning, når vi taler børn og inkontinens.

På Klinik for Børneinkontinens har vi gennem adskillige år behandlet børn med urininkontinens. Antallet af børn, som henvises, er stort, og så meget desto mere glædeligt var det, da vi for nylig af regionsrådets pulje for samarbejdsprojekter vedrørende udsatte borgere fik bevilget godt en halv million kroner til et projekt, der skal komme urininkontinente børn til gode.

Projektet indebærer en række tiltag. Der etableres undervisning af lærere og SFO-personale på en række skoler i nærområdet og på sigt i hele regionen. Idéen til dette er opstået på baggrund af samtaler med forældre til vores inkontinente børn. Her angiver mange, at manglende viden hos skole- og SFO-personale om, hvordan børn med urininkontinens kan hjælpes, f.eks. med adgang til væske/drikkedunk eller hjælp til at huske toiletbesøg, gør det svært for familierne at gennemføre det planlagte behandlingsprogram. For at afhjælpe dette har vi valgt at sætte gang i et undervisningsprogram om den indsats, der er nødvendig, for at børnene kan blive tørre.

Desuden intensiverer vi børnenes forløb på Klinik for Børneinkontinens, så hvert barn får op til fire konsultationer med seks ugers intervaller med systematisk evaluering efter hver konsultation: væskeindtag, antal vandladninger, antal uheld samt måling af blærekapacitet og residualurin. For at fastholde motivationen er det vigtigt, at børnene ses med disse relativt korte mellemrum. Antallet af konsultationer er besluttet ud fra en vurdering af, at børnene skal have en reel chance for at arbejde med deres problem over tid, samtidig med at behandlingen ikke bør vare for længe. Vores erfaring er, at resultaterne da ofte udebliver.

Efter tre måneder er det forventeligt, at ca. 40 pct. af børnene er renlige, og yderligere 35 pct. er blevet bedre. Vedblivende resultater kan vurderes efter 6-9 måneder (3).

Der gøres status efter fire konsultationer, og ved samme lejlighed bliver forældrene

spurgt, om holdningen og indsatsen på skolen har ændret sig. Det fortsatte forløb rettes til og planlægges efter det enkelte barns behov. Dette kan i de svære tilfælde betyde en tredages planlagt indlæggelse på børneafdelingen med målrettet observation og vejledning ved specialuddannede kontinenssygeplejersker.

Vores udrednings- og vejledningsprogram retter sig mod det enkelte barn, men en række ting er standard og gælder for alle i nævnte rækkefølge:

Obstipation: rigelig væske, Macrogolbehandling, faste toilettider, ro omkring toiletbesøg og ordentlige siddeforhold.

Daginkontinens: vurdering af væske- og vandladningsskema, uroflow-målinger x flere, blærescanning før og efter vandladning med måling af evt. residualurin, justering af væskeindtag, faste toilettider, ro omkring toiletbesøg og ordentlige siddeforhold.

Natinkontinens (enuresis nocturna): vurdering af væske- og vandladningsskema, justering af væskeindtag, dobbeltvoiding før sengetid, evt. desmopressinbehandling, evt. ringeapparat.

Vi ændrer ikke på de anbefalede grundprincipper for behandling af urininkontinens hos børn. Nyt er fokus på information og undervisning af personer i børnenes hverdag, bedre og tættere samarbejde med primærsektoren og intensive, strukturerede forløb for børnene på Klinik for Børneinkontinens. Vi håber på den måde at kunne hjælpe langt flere børn til hurtigt og mere effektivt at blive tørre og derigennem medvirke til, at børnene og deres familier får en bedre hverdag.

Litteratur

1. Hansen B, Hansen A. Ufrivillig vandladning i dagtiden hos børn – kan det behandles? Ugeskrift for læger. 1996;158/8:1073-5.
2. Lundblad B, Berg M, Hellstrom A-L. Experiences of children treating functional bladder disturbances on schooldays. J Ped Urol (2007) 3:189-93.
3. Hagstroem S, Rittig N, Kamperis K, Mikkelsen MM, Rittig S, Djurhus JC. Treatment outcome of day-time urinary incontinence in children. Scan. J Urol Nephrol (2008);(42):528-33.

Ny viden om sygeplejeviden

Verner Larsen, ph.d., programkoordinator for Professionsdidaktik, Via University College Horsens, e-mail: vla@viauc.dk

En sygeplejerskeuddannelse udgør hovedcasen i en ny ph.d.-afhandling, og her bringes de vigtigste resultater fra afhandlingen, der kan inspirere især uddannelsesaktører indenfor sygepleje.

Med afsæt i sygeplejerskeuddannelsen identificerer jeg i en ph.d.-afhandling: "Faglighed og problembaseret Læring" nogle nye, men centrale egenskaber ved professionsviden (1). Ved hjælp af teorier fra en ny gren i uddannelsessociologien har det været muligt at trænge dybere ned i, hvad der karakteriserer styrkerne i faglighed og tværfaglighed. En sygeplejerskeuddannelse udgør hovedcasen i ph.d.-afhandlingen, og her bringes de vigtigste resultater fra undersøgelserne, der kan inspirere især uddannelsesaktører indenfor sygepleje.

Problem og fokus

Debatten om fag- og tværfaglighed er ofte uklar, fordi uddannelsesforskningen herhjemme har manglet begreber om den måde, viden opbygges på. Målet med mit ph.d.-projekt har derfor været at udvikle et mere fyldestgørende sprog for, hvordan viden organiseres og struktureres i uddannelsesprocesser. Det gælder specielt i læringsforløb, om hvilke man har lagt en såkaldt problemorienteret ramme. Her kombinerer de sygeplejerskestuderende viden fra forskellige undervisningsfag til en sammenhængende argumentation. Hvordan dette foregår, har jeg analyseret med teorier fra den såkaldte Legitimation Code Theory (LCT) (2). Herved har jeg kunnet vise nye træk og egenskaber i vidensopbygningen, og dette har bidraget til ny indsigt i fag- og tværfaglighedsbegrebet.

Resultater

Gennem studier af læreplaner, studierapporter, klasserumspraksisser samt interview med uddannelsesaktører på sygeplejerskeuddannelsen har det været muligt for mig at kortlægge, hvordan sygeplejestuderende har bygget argumentationerne op i de problemorienterede patientcases, der arbejdes med op gennem uddannelsen. De enkelte undervisningsfag har ikke skullet læres hver for sig i egen ret, men de studerende har typisk skullet sammenføre viden fra både humanistiske undervisningsfag som eksempelvis etik, filosofi og religion samt fra naturvidenskabelige fag som anatomi og fysiologi. Udfordringen for de studerende har derfor været at få bygget en argumentation op, dvs. kædet viden sammen og understøttet den med gyldige begrundelser.

Sådan vidensopbygninger opnår derved en særlig indre struktur, og analysearbejdet er kort sagt gået ud på at undersøge *meningskondensering* vertikalt og horisontalt. Det har jeg gjort ved at inddrage begreber som *semantisk tyngde* og *semantisk tæthed*, der vedrører bevægelsen – vertikalt mellem at skabe sammenhæng mellem det konkrete og det abstrakte, og horisontalt ved at analysere forskellige typer af *relationer* mellem teorier og discipliner på tværs af undervisningsfagene. Herfra har jeg kunnet identificere forskellige *disciplina-*

ritetsegenskaber, som således er et udtryk for, hvorvidt den udviklede viden er robust og brugbar, og om den har potentiale til at kunne udbygges til at gælde for nye tilgrænsende problemområder.

Et typisk billede er, at der etableres et højt *semantisk spænd* i den sygeplejeviden, som de studerende opbygger i de nævnte patientcases, idet disse forsøges belyst med både praksisnære og meget abstrakte teorier. Med de nye begreber har jeg kunnet identificere de stærke og svage steder i den semantiske struktur og udsige noget kvalitativt om fagligheds- og tværfaglighedspotentialet.

Afhandlingens resultater taler derved ind i nogle af sygeplejefeltets aktuelle problemstillinger, hvor man længe har været optaget af teoriens gyldighedsområder og niveauer. Her synes jeg, begreberne om semantisk tyngde og tæthed er et nyt og brugbart bidrag, der supplerer de teorier om sygeplejeviden, der allerede er under udvikling.

Litteratur

1. Larsen V. Faglighed og problembaseret Læring: Vidensstrukturer i professionsbacheloruddannelser: en ph.d.-afhandling. 1st ed.: Aalborg Universitet; 2014.
2. Maton K. Knowledge & knowers: Towards a realist sociology of education. London: Routledge; 2014.

sorbion
health needs care

sorbion sachet multi star
- superabsorberende bandage til moderat og stærkt væskende sår

- Anti-inflammatoriske egenskaber
- Soft debridering
- Infektionsforebyggelse

NYHED

Sårbandage i sin mest fleksible form

sorbion sachet multi star forhandles af OneMed A/S
Læs mere om produktet på www.onemed.com

ONEMED

En humanistisk vinkel på udredning af fald

I Danmark findes ca. 135 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået, siden de fik deres forskertitel.



Marianne Mahler er 64 år, bor i det indre København og er single. Hun har datter, svigersøn og datterdatter. Marianne Mahler er cand.phil.

i historie, sygeplejerske og doktor i folkesundhedsvidenskab. Hun er ansat som sygeplejefaglig konsulent på lokalområdekontor Indre By Østerbro i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune, indtil hun går på pension, derefter tilknyttes hun bl.a. Aalborg Universitet i København.

Hvad fik dig til at forske?

"I en stilling som sundhedskonsulent blev jeg bedt om at arbejde med faldforebyggelse. Det viste sig hurtigt for mig, at der var meget viden på området fra sundhedsprofessionelles perspektiv. De mennesker, som var faldet, havde dog ikke fået mulighed for at placere sig i den videnskabelige litteratur."

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

"Det er at beskrive, hvordan fald, faldhændelser og at miste balance opleves og håndteres af gamle mennesker, der bor i selvstændig bolig."

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

"Det gjorde jeg på Nordic School of Public Health i Gøteborg www.NHV.se. Skolen er desværre ved at blive afviklet og bliver lukket med udgangen af 2014. Begrundelsen er, at der nu er blevet etableret folkesundhedsuddannelser i de nordiske lande. Min uddannelse foregik i et miljø, der var nordisk og internationalt udviklet, hvad jeg har syntes var fantastisk."

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

"Jeg startede på eget frisk initiativ, da jeg ønskede selv at beslutte, hvad mit forskningsfokus skulle være. I starten fi-

nansierede jeg selv studiet og indpassede det i ferier og fridage. Sidenhen har jeg været så heldig, at forvaltningen har bevilget tjenestefrihed med løn, mens jeg var i Sverige på moduler i forskeruddannelsen, der er dimensioneret til fire år med et årsværk i teoretisk uddannelse. Jeg arbejdede fuld tid, mens jeg studerede, men havde fleksible vilkår i tilrettelæggelsen af mit arbejde."

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

"Afhandlingen bygger på fire delstudier (1,2,3,4). I de fire studier anvendes en fortolkende fænomenologisk tilgang og analytisk metode. I et delstudie (3) er det i en case study-ramme, suppleret med kritisk diskursanalyse i fortolkning af dokumenter. Afhandlingens rammeberetning kan læses her (5)."

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

"Forskningen viser, at gamle mennesker kan medvirke i forskning og udtrykke, hvad der betyder noget for dem, hvad der giver mening for dem; det kan give god inspiration til os, der er sundhedsprofessionelle. Denne erkendelse kan have betydning for meget gamle menneskers deltagelse i beslutninger om deres liv og sundhed i det hele taget, når de konfronteres med social- og sundhedssystemer. Desuden har forskningen bidraget til at udbygge udredning af fald i en humanistisk retning, der hvor jeg arbejder, og de steder hvor jeg underviser. Udgangspunktet for samarbejdet med den kvinde eller mand, der er faldet, er fortællingen om faldet."

Hvad forsker du i aktuelt?

"I øjeblikket er jeg optaget af at deltage i et aktionsforskningsprojekt om demokrati og innovation, der handler om samarbejdet mellem beboere i plejebolig, deres familier/netværk og medarbejdere. Denne forskning er forankret på Aalborg Universitet i Sydhavnen. Desuden er jeg en del

af en Healthy Ageing forskergruppe, der er en af flere grupper i Nordic Health Promotion Research Network. I gruppen samarbejder vi om at skrive en artikel og om at udvikle forskerkursus i Healthy Ageing. I det nordligste Norge er jeg med i en forskergruppe om livsmød og med i forskning om kvinder og mænds fald. Desuden vil jeg gerne i gang med systematisk at studere medicinsk qi gong efter Biyunmetoden og de helseeffekter, denne tilgang har på ældre menneskers oplevelse af trivsel og helbred."

Litteratur

1. Mahler M & Sarvimäki A. Indispensable chairs and comforting cushions – Falls and the meaning of falls in six older persons' lives. *Journal of Aging Studies* 2010; (24):88-95.
2. Mahler M & Sarvimäki A. Fear of falling from a daily life perspective; narratives from later life. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011; (26):38-44.
3. Mahler M, Svensson T, Sarvimäki A. The balance of life: Two case studies on falls and fall-prevention in older persons. *Vård I Norden* 2011 102(31):39-43.
4. Mahler M & Sarvimäki A. Appetite and Falls; old age and lived experiences. *International Journal on Qualitative Studies on Health and Well-being* 2012; (7):1-11.
5. www.nhv.se/ > Bibliotek > NHV publikationer > NHV Reports and Doctor of Public Health- Thesis > 2012:8 Marianne Mahler. Besøgt d. 09.04.2014.

Sammenhæng mellem sygeplejerskers arbejdsbelastning, uddannelsesniveau og patienternes dødelighed

Aiken LH, Sloan DM, den Heede Kv, Grif-fiths P, Diomidous M, Kinnunen J, Kózka M, Lesaffre E, McHugh MD, Moreno-Casbas MT, Rafferty AM, Schwendimann R, Scott PA, Tishelman C, Achterberg Tv, Sermeus W, for RN4CAST consortium. *Lancet* 2014; [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)

Formål: At undersøge, om arbejdsbelastning og uddannelsesmæssig baggrund blandt sygeplejersker i ni europæiske lande har betydning for dødelighed blandt patienter i forbindelse med hospitalsindlæggelser. De ni europæiske lande er repræsentative i forhold til organisering af hospitalsvæsnene i Europa.

Metode: I dette observationelle studie indgik data fra 422.730 patienter med alderen 50+ år. Patienterne havde fået foretaget et kirurgisk indgreb på et af de 300 deltagende hospitaler. Alle patientdata er klassificeret efter fælles koder og opgjort kvantitativt. Oplysninger om uddannelse og arbejdsbelastning blev indhentet fra spørgeskemaer til 26.516 sygeplejersker. Data er analyseret statistisk.

Resultater: Risikoen for, at en patient døde indenfor de første 30 dage efter indlæggelsen, blev øget med 7 pct., hvis en sygeplejerskes arbejdsbelastning blev øget med én patient. Hvis andelen af sygeplejersker med bachelorgrad steg med 10 pct., var det associeret med en reduktion i dødeligheden på 7 pct. inden for de første 30 dage efter indlæggelsen.

Bemærkninger: Interessant undersøgelse, der viser en sammenhæng mellem plejepersonalets uddannelsesniveau, arbejdsbelastning og 30 dages dødelighed efter en indlæggelse. Danmark er desværre ikke med i undersøgelsen, men de ni lande, der indgår, repræsenterer hospitalsvæsnene i Europa bredt, derfor må man forvente, at resultaterne også gælder for Danmark. Det er således ikke ligegyldigt, hvilken uddannelsesmæssig baggrund personalet har.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.
E-mail: pup@kliniskeretningslinjer.dk

Effekten af en individuelt tilrettelagt rehabiliteringsplan hos patienter med hjertesvigt

Larsen P, Pedersen PU. *Stimulation to Self-care in Patients with heart Failure: A quasi-experimental study. Journal of Nursing Education and Practice* 2014;(3). <http://www.sciencedirect.com/journal/index.php/jnep/article/view/3043/2159>

En individuelt tilrettelagt rehabiliteringsplan kan medføre en signifikant forøgelse i den totale egenomsorgsadfærdsscore hos patienter med hjertesvigt i hjerterehabiliteringsfase III.

Formål: At undersøge effekten af en individuelt tilrettelagt rehabiliteringsplan hos patienter med hjertesvigt.

Metode: Quasi-eksperimentelt studie med 162 patienter i hjerterehabiliteringsfase III. Kontrolgruppen fulgte den konventionelle rehabiliteringsplan, hvor der for patienterne i interventionsgruppen blev udarbejdet en individuel rehabiliteringsplan suppleret med opfølgende telefonopkald efter fire og 12 uger. Baseret på patienternes score blev en individuel plan for rehabilitering udarbejdet. Både plan og mål for patientens rehabilitering blev udarbejdet i et tæt samarbejde mellem patienten og den kliniske sygeplejespecialist. EHFScBS: I det selvrapporterende spørgeskema (med 12 spørgsmål) scores hvert spørgsmål på en 5-pointskala, og patienten kan få en samlet score mellem 12 og 60 point. 12 indikerer meget høj egenomsorgsadfærd, 60 indikerer meget lav egenomsorgsadfærd.

Resultater: Interventions- og kontrolgruppen var sammenlignelige ved inklusion (baseline) i forhold til den totale egenomsorgsscore. Efter fire uger: Total score i kontrolgruppen = 25,3. Total score i interventionsgruppen = 22,2. Efter 12 uger: Total score i kontrolgruppen = 26,8. Total score i interventionsgruppen = 22,6. Forskel i den samlede score = 6,2, hvilket er statistisk signifikant.

Konsekvenser for praksis: Bidrager med indsigt i tiltag til den rehabiliterende sygepleje til patienter med hjertesvigt.

Af Sasja Jul Håkonsen, sygeplejerske, cand. cur., videnskabelig medarbejder Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse. Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet. sjh@kliniskeretningslinjer.dk

Sammenhæng mellem egenomsorg og hjerteinsufficiens

Clark AM, Spaling M, Harkness K, Spiers J, Srechan PH, Thompson DR, Currie K. *Determinants of effective heart failure self-care: a systematic review of patients' and caregivers' perceptions. Heart Online First, published on February 18, 2014 as 10.1136/heartjnl-2013-304852*

Formål: At gennemføre en systematisk gennemgang af eksisterende litteratur, der undersøger patienters og ikke professionelle omsorgsudøvers synspunkter omkring, hvad der har betydning for udøvelse af effektiv egenomsorg.

Metode: Systematisk litteraturgennemgang, der er baseret på fokuserede spørgsmål om, hvad patienter og uformelle omsorgsudøvere anser som betydningsfuldt for egenomsorg. Litteratursøgning identificerede i alt 49 studier, der kunne indgå. Disse studier blev kvalitetsvurderet og indgik i den endelige analyse.

Resultater: Tre nøgleområder blev identificeret som væsentlige:

- 1) Integrere egenomsorgs aktiviteter i forbindelse med hjerteinsufficiens i dagliglivet
- 2) Hurtig identifikation af symptomer og adækvat reaktion på disse
- 3) Viden om og indsigt i hjerteinsufficiens hos uformelle omsorgsudøvere.

Bemærkninger: En systematisk litteraturgennemgang giver en hurtig og fyldestgørende oversigt over forskningsresultater inden for et område. I dette tilfælde er 49 studier syntetiseret, dvs. at man som kliniker får hovedindholdet af disse artikler ved at læse én artikel. Hvis der er områder, man ønsker mere viden om, kan man herefter hurtigt finde de relevante artikler.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d., Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.
E-mail: pup@kliniskeretningslinjer.dk

Undgå magtanvendelse ved temperaturmåling

Det ideelle noninvasive termometer skal være hurtigt, præcist, bekvemt og etisk forsvarligt. Det skal være let at rengøre og desinficere. Nøjagtigheden skal være den samme, uanset hvem der udfører målingen. Det anbefales på den baggrund at anvende rektal temperaturmåling, men metoden giver problemer hos patienter med erhvervet hjerneskade. Et alternativ kan være brug af øretermometer, mener forfatterne efter at have undersøgt sagen.

Birgit Dashnaw, neurosygeplejerske, Hammel Neurocenter

Lisbet Fog, neurosygeplejerske, SD, MR; Hammel Neurocenter; lisbet.fog@hammel.rm.dk

Mette Tidemand-Dal, neurosygeplejerske, Hammel Neurocenter

På Regionshospitalet Hammel Neurocenter måles temperaturen med rektal termometer. Magtanvendelse i hverdagen kan være nødvendig i forbindelse med temperaturmåling. Vi er tre sygeplejersker, der har sat os for at undersøge, om der er et alternativ til rektal temperaturmåling.

Patientgruppen er mennesker med erhvervet hjerneskade, som ofte har en kombination af sensomotoriske, kognitive og emotionelle forandringer. De kognitive forandringer giver patienterne særlige udfordringer i forhold til at forstå formål og procedurer omkring rektal temperaturmåling.

Patienterne reagerer på, at de afklædes og berøres i intimsfæren. De forsøger at dække sig til med hænderne og værger for sig. Kroppen spænder op, og patienten gør modstand. Dette kan resultere i magtanvendelse og medfører et etisk dilemma, når ordinationen foreskriver, at patienten skal have målt temperatur, og traditionen er, at den måles med et rektalt termometer.

Der er andre faktorer, der taler for et alternativ til rektal temperaturmåling. Flere patienter har eksempelvis hæmorider og fissurer (1). Det kan påføre patienten unødigt smerte, når temperaturen måles rektalt.

Ud over at der kan være et etisk dilemma, er rektal temperaturmåling forbundet med et ressourceforbrug på sensomotorisk klinik. Der skal ofte to personalemedlemmer til at måle temperaturen hos immobile patienter, der ikke selv kan hjælpe til. Klinisk praksis viser, at der på den baggrund kan mangle temperaturmålinger. Ergonomisk er det også en fysisk belastning for personalet at foretage rektale temperaturmålinger flere gange om dagen hos mennesker, der har svært ved at forstå, hvad der skal ske.

Ifølge litteraturen er der konsensus om, at kroppens temperatur er et vigtigt tegn på sundhed og sygdom (2). Legemstemperatur reguleres i hypothalamus til bevarelse af kropstemperaturen indenfor en individuel grænse. Normal kropstemperatur er generelt anerkendt som 37°, som defineret i midten af 1800-tallet af den tyske læge Carl Wunderlich (3). Han benyttede et kviksølvtermometer i armhulen i 20 minutter til at måle temperaturen på ca. 25.000 patienter (4).

Senere studier viser, at kropstemperatur varierer betydeligt fra person til person og hos det enkelte individ over døgnet, hvor den er lavest sent på natten og i de tidlige morgentimer og højest om aftenen (3). Morgentemperaturen varierer mindre sammenlignet med eftermiddags-/aftentemperaturen, hvilket understreger de eksogene faktors indflydelse i løbet af dagen (5), f.eks. fysisk aktivitet, metabolisme og den omgivende temperatur. Ligeledes spiller alder, køn, hormonspejl, medicin og BMI en rolle (6,7).

Det er fortsat normen i dag at definere feber som temperatur over 38° (2). Feber er kroppens reaktion på sygdom og har stor betydning i klinisk praksis ift. interventioner, den medicinske diagnose, udredning og behandling (2). Mellem 11 og 27 pct. af patienter med hjerneskade antages at have forhøjet temperatur. 33 pct. af patienter med hjerneblødning er i en undersøgelse påvist at have noninfektøs temperaturforhøjelse (8). Ligeledes er det påvist hos skrøbelige ældre, at de har en lavere basistemperatur pga. nedsat metabolisme (3). En morgentemperatur på 37,6° kan være en stigning på to grader hos en ældre med basistemperatur på 35,6° (5). I egen praksis oplevede vi en patient med hypofyseinsufficiens, som havde en basistemperatur på 35°. På trods af al den viden, der er fremkommet efter Wunderlichs undersøgelse i midten af 1800-tallet, er det stadig normen at definere en normal temperatur som 37° og 38° som feber.

Den mest nøjagtige kernetemperaturmåling er invasiv og foretages i arteria pulmonalis. Denne måling kræver avanceret udstyr og udføres kun på intensivafdelinger til kontinuerlig temperaturmåling (4). Flere artikler påviser, at der er god overensstemmelse mellem kernetemperaturens udsving og øretemperaturmålingen (9,10). Det påpeges ligeledes, at fokus skal være på en individuel temperatur frem for en generaliseret temperatur. Måling af temperaturen i øregang, endetarm, mundhule og armhule afspejler tilnærmelsesvist kernetemperaturen, og de vil alle hver for sig have forskellige måleresultater, fordi alle er estimater for netop kernetemperaturen (11). Alt efter hvor tem-



Foto Søren Svendsen

peraturen måles på kroppen, vil temperaturen være afhængig af lokalt blodomløb, lokal metabolisme og mængden af fedtvæv. En temperatur må aldrig stå alene, men skal kombineres med et helhedsbillede af den målbare og observerbare kliniske situation, patientens diagnose og egen oplevelse af tilstanden (2). Det anbefales derfor, at kropstemperatur bedømmes individuelt ud fra den enkelte persons normale kropstemperatur målt med det samme termometer det samme sted på kroppen (5).

Termometre

Det ideelle noninvasive termometer skal være hurtigt og præcist, sikkert og bekvemt og etisk forsvarligt for patienten, let at rengøre og desinficere. Nøjagtigheden skal være den samme, uanset hvem der udfører målingen, og præcisionen skal være høj også ved gentagne målinger (12).

Øretermometer

Øretermometeret er hurtigt, miljøvenligt, hygiejnisk og medfører meget lidt ubehag for patienterne. Det er brugervenligt for personalet og anses for at være et anvendeligt alternativ til rektal temperatur ift. den hjerneskadede patient og andre patientgrupper.

Den tympaniske membran og hypothalamus modtager blodforsyning fra interne og eksterne arteria carotis. Aflæsningen stammer fra varme fra både membran og øregang, hvilket øretermometeret tager højde for (5). Øretemperaturen kan påvirkes af store mængder ørevoks, måling i det andet øre, beskiddet linse (13,14), forkert måleteknik, som f.eks. manglende lukning af øregangen (14) samt gentagne målinger i samme øre for hurtigt efter hinanden (13).

Rektal temperatur

Hos patienter med svære kognitive problemstillinger, hæmorider og anorektale sygdomme synes rektal måling ikke hensigtsmæssig pga. unødigt magtanvendelse og smertepåvirkning. Metoden kan opleves som ubehagelig og generende for patienten (5). Den er

» Temperaturmåling i øret er genstand for diskussion, idet den sammenlignet med rektalmåling har en relativt lavere reproducerbarhed og gennemsnitligt måler lavere basaltemperatur end ved rektalmålingen.

uhygienisk og kan medføre risiko for skader i tarmen, især hos små børn, urolige patienter og ifm. rektalkirurgi.

Temperaturen i endetarmen indikerer den indre temperatur modereret af temperaturen på huden på nates, arteria illiaca og vena illiaca (5). Temperaturen kan påvirkes af afføring i ampullen, inflammation i rectum samt mikroorganismers varmeproducerende aktivitet. Det er ikke ligeegyldigt, hvor langt termometeret indsættes i rectum, da temperaturen stiger med 0,8° C for hver 2,54 cm, det indføres (2). Derfor anbefales en standarddybde på 4 cm hos voksne og 2-3 cm hos børn (5). Den rektale basaltemperatur er højere end målt andre steder på kroppen på grund af lav blodgennemstrømning og høj isolation, hvilket giver et lavt varmetab i området (4). Der er ligeledes minimum 20 minutters forsinkelse, fra kerntemperaturen stiger eller falder, til den viser sig i rektalmålingen (5), fordi endetarmen ligger langt fra centralnervesystemet og hypothalamus. Især når temperaturen hurtigt ændrer sig som ved opvarmning og afkøling under operation, fysisk træning og feber, udviser rektalmålingen stor træghed (5).

Oral temperatur

Et mundtermometer er ikke anvendeligt if. den hjerneskadede patient, da mange patienter kan have biderefleks eller ikke formår at holde munden lukket omkring termometeret under målingen. Ifølge Sund-Levander må oral måling ikke bruges på små børn, bevidstløse, urolige og konfuse patienter og patienter med risiko for krampe eller sår i mundhule og svælg. Ej heller når patienten ▶

- ▶ er opereret i mundhule, er intuberet eller ligger i respirator (5).

Måling af oral temperatur følger ændringerne i kernetemperaturen, hvis den er anbragt korrekt i den forreste del af lommen under tungen, idet der er forskel på temperaturen i den forreste og bageste del af lommen og mellem højre og venstre side af lommen. Der kan hos afebrile være forskel på mellem 0,8° og hos febrile op til 1,6° (5). Temperaturen kan påvirkes af indtagelse af varme eller kolde drikke (13,14), savlen, rygning, hurtigt åndedræt, tygning af tyggegummi (5,13,14) samt forkert placering af termometeret (13). Ligeledes kan et fald i den orale temperatur forekomme pga. af vasomotorisk aktivitet, f.eks. i begyndelsen af feberstigning pga. reduceret blodgennemstrømning.

Aksiltemperatur

Aksiltemperaturen afspejler ikke kernetemperaturen hos voksne, men er en perifer temperatur. Patienter med hjerneskade kan have svært ved at samarbejde til at holde armen tæt til kroppen, ligesom den i litteraturen har vist sig at være for upræcis og tidskrævende (12).

Aksiltemperaturen kan påvirkes af den omgivende temperatur, forkert placering i armhulen, den lokale blodgennemstrømning og sved (5). Det er beskrevet, at temperaturen kan variere op til 1,4° C mellem højre og venstre armhule (2). Hos patienter med sepsis kan temperaturen øges yderligere pga. kardilatering (14). Temperaturen kan afvige bredt fra andre målesteder især ved feberperioder og pga. af vasomotorisk aktivitet (5).

Rektal temperaturmåling anbefales

Der foreligger en evidensbaseret klinisk retningslinje om temperaturmåling godkendt i 2010: ”Non-invasiv temperaturmåling hos indlagte voksne patienter (19+ år)” (12). Her anbefales rektal temperaturmåling som førstevalg. Alternativt anbefales det at måle temperaturen oralt. Måling af temperatur i øret samt aksil anbefales ikke (12). Den kliniske retningslinje er implementeret nationalt. Det er en generel anbefaling, som ikke er målrettet individuelle patientgrupper. På danske hospitalsafdelinger er øretemperatur og rektaltemperatur de hyppigste førstevalgsmetoder ved klinisk temperaturmåling (15), ikke oral temperatur. Temperatur-

måling i øret er genstand for diskussion, idet den sammenlignet med rektalmåling har en relativt lavere reproducerbarhed og gennemsnitligt måler lavere basaltemperatur end ved rektalmålingen (5,9,12). Der introduceres kontinuerligt nyt apparatur til måling af temperatur. Flere steder afprøves alternativer til rektaltermometre, og det er vigtigt med kontinuerlig afprøvning af nyt apparatur og tilbagemelding til firmaerne mhp. produktudvikling.

I vores litteratursøgning, se boks 1, er vi ikke stødt på artikler, der har haft fokus på det etiske aspekt i forbindelse med temperaturmåling eller det etiske dilemma i forhold til magtanvendelse. Enkelte artikler beskriver patienter, der har nægtet at deltage i undersøgelser, fordi det indebar rektal temperaturmåling (9). Det antages derfor, at det etiske perspektiv ikke er undersøgt.

Konklusion

Det giver ikke mening kun at sammenligne målinger på nøjagtighed, pålidelighed og validitet i forhold til en rektalmåling, hvor de vedtagne standarder fra 1800-tallet siger, at den normale kropstemperatur er 37° celcius, og at feber er 38°. Ud fra moderne viden ved vi, at den normale kropstemperatur er påvirket af endogene og eksogene reguleringsmekanismer og påvirkninger. Derfor kan der sættes spørgsmålstegn ved den fastsatte definition af

” Til vores patientgruppe er et øretermometer langt at foretrække. Målingen er hurtig, magtanvendelse reduceres væsentligt, og etiske dilemmaer minimeres.

normal kropstemperatur.

Det anbefales, at kropstemperatur bedømmes individuelt ud fra den enkelte persons basale kropstemperatur, målt med det samme termometer det samme sted på kroppen (5), og at etik, enkelthed, ressourcer, skånsomhed, patientkomplians og økonomi også bør indgå i beslutningen om, hvilken målemetode der bør anvendes.

Til vores patientgruppe er et øretermometer langt at foretrække. Målingen er hurtig, magtanvendelse reduceres væsentligt, og

Boks 1. Litteratursøgning

Der er udført fritextsøgning i følgende databaser: PubMed, Trip, Sve-Med+, Cochrane Library, Joanna Briggs, CINAHL og Embase.

Søgeord: Infrared tympanic thermometer, Tympanic thermometer, body temperature, rectal temperature, diagnostic accuracy, non invasive core temperature.

Afgrænsninger: Voksne over 18 år. Artikler fortrinsvis fra 2008-

Eksklusioner: Børn

Dato for søgning: 8.+9. januar 2013 samt løbende.

Der er fundet i alt 28 relevante artikler.

etiske dilemmaer minimeres. Desuden spares der personaleresourcer og unødigt udtrætning af patienterne, da øret er let tilgængeligt, uanset om patienten er siddende eller liggende.

Vi efterlyser en diskussion blandt fagfolk i Danmark i forhold til den vedtagne definition af, hvad feber er, og hvilke noninvasive målemetoder der er etisk forsvarlige i forhold til helt specifikke patientgrupper. Det vil være interessant at få sat ord på de oplevelser, forskellige personalegrupper har i forhold til at måle rektal temperatur og dermed få belyst omfanget af magtanvendelse, unødigt krænkelse, blottelse, disrespekt for forskellige kulturer og manglende målinger med baggrund i ovennævnte.

Litteratur

1. Emmanuel A. Rehabilitation in practise. Managing neurogenic bowel dysfunction. *Clinical rehabilitation* 2010;483-8.
2. Sund-Levander M. Time for a change to assess and evaluate body temperature in clinical practice. *International Journal of Nursing Practice* 2009;(15):241-9.
3. Sund-Levander M, Grodzinsky E. Bedöm kroppstemperatur baserat på kunskap, inte på tradition. *Läkartidningen* nr 19-20 2010 volym107.
4. Sund-Levander M. Når patienten har feber. København: Munksgård;2000:33-51.
5. Sund-Levander M, Grodzinsky E. Assessment of body temperature measurement options. *British Journal of Nursing*, 2013, Vol 22, No 15.
6. Edling L et al. Rektaltermometern fortfarande bäst för temperaturmätning. *Läkartidningen* nr 42 2009 volym 106.
7. Sund-Levander M, Forsberg C, Wahren LK. Normal oral, rectal, tympanic and axillary body temperature in adult men and women: a systematic literature review. *Scand J Caring Sci* 2002;16(2):122-8.
8. Mcilvoy L. Fever management in patients with brain injury. *AACN Advanced Clinically care*. Volume 23, Number 2. pp. 204-11. 2012.
9. Haugan B, Langerud AK, Kalvøy H et al. Can we trust the new generation of infrared tympanic thermometers in clinical practise? *Journal of clinical Practise*, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04077.x Blackwell Publishing Ltd.
10. Jeffries S, Weatherall M, Young P, Beasley R. A systematic review of the accuracy of peripheral thermometry in estimating core temperatures among febrile critically ill patients. *Crit Care Resusc* 2011;13(3):194-9.
11. Holte TO, Vandvik PO, Elvaas IKØ, Norderhaug IN, Rapport fra kunnskaps-sentret nr. 19-2009. ISBN 978-82-8121-284-8.

12. Thaysen HV, De Thurah A. Non-invasiv temperaturmåling hos voksne (19+ år) indlagte patienter 2010 fundet september 2012 på: www.kliniskeretningslinjer.dk
13. Bridges E, Thomas K. Noninvasive measurement of body temperature in critically ill patients. *CriticalCareNurse* vol 29, no 3, june 2009.
14. Lawson L, Bridges EJ, Ballou I, Eraker R et al. Accuracy and precision of noninvasive temperature measurement in adult intensive care patients. *American Journal of critical care*. September (2007); volume 16, (5).
15. Smith R, Wøldike PM, Linneberg A. Metodevalg ved klinisk temperaturmåling på danske hospitalsafdelinger. *Ugeskr Læger* (2008);170(22).

English abstract

Dashnaw B, Fog L, Tidemand-Dal M. Avoid Use of Force When Taking a Temperature. *Sygeplejersken* 2014;(6):54-7.

An ethical dilemma arises when treatment calls for a rectal temperature reading and the patient has special difficulty understanding the purpose of and procedures for taking a rectal temperature. This can result in the use of force. Therefore, a non-invasive alternative to rectal temperature reading is desired.

The ideal non-invasive thermometer must be fast, accurate, comfortable and ethically defensible. It must be easy to clean and disinfect. The accuracy must be the same, regardless of who takes the reading.

The ear thermometer lives up to these requirements, but cannot be directly compared with a rectal reading, as they are each an estimate of the core temperature. The literature shows that the ear temperature follows fluctuations in core temperature better than rectal and oral readings.

It makes no sense just measuring for accuracy, reliability and validity. Ethics, simplicity, resources and patient compliance are taken into account in the decision regarding what form of temperature reading should be taken.

It is advisable to evaluate body temperature based on the individual's normal body temperature measured with the same thermometer at the same place on the body.

Keywords: Ethics, body temperature, measurement method, neurorehabilitation.

Kompetencekort viser vej

Kompetencekort giver overblik over de sygeplejestuderendes uddannelsesforløb i klinikken og angiver en tydelig ansvars- og rollefordeling i samarbejdet mellem den studerende, den kliniske vejleder og sygeplejersken. Desuden skaber kompetencekortene opmærksomhed om behovet for ressourcer i den kliniske uddannelse af sygeplejestuderende.

Heidi Lemb, uddannelseskonsulent, Region Sjælland
Gundula Bergstrøm, lektor, UC Sjælland Sygeplejerskeuddannelsen Nykøbing F.
Lisbeth Trebbien, uddannelseskonsulent, Region Sjælland
Inge Hansen, adjunkt, UC Sjælland, sygeplejerskeuddannelsen, Roskilde; ihh@ucsj.dk

Studerende, vejledning og nøje udvalgte patientforløb er en del af hverdagen i enhver afdeling og et vilkår i ethvert plejefællesskab. På lige fod med pleje og behandling kræver uddannelsesforpligtelsen sin ret og sine ressourcer. For nogle sygeplejersker en passion, for andre en frustration.

Oftede deltager sygeplejersker uden formelt vejlederansvar i den daglige vejledning af de studerende. Tit til stor glæde og inspiration for den studerende, men lige så tit med en uro og bekymring hos sygeplejersken med tanker om "Gør jeg det nu godt nok? Var det det, den studerende skulle arbejde med? Jeg ved ikke, hvad den studerende kan og er i gang med ..."

Denne bekymring kan kompetencekortene afhjælpe.

Kompetencekort er et læringsredskab

Kompetencekort er et fælles lærings- og evalueringsredskab til brug i den kliniske undervisning for sygeplejestuderende på modul 4, 11 og 12. Kompetencekortene anvendes på alle somatiske sygehuse i Region Sjælland og omsætter de sygeplejestuderendes læringsmål for klinikperioderne til konkrete læringsaktiviteter i og omkring plejen til patienten på afdelingen, se boks 1.

Kompetencekortene synliggør, hvilke færdigheder, hvilken vi-

den og hvilke kompetencer de studerende skal erhverve med udgangspunkt i konkrete patientforløb.

Anvendelse af kompetencekort

Læringsredskab

Opbygningen af kompetencekortene giver sygeplejersken og den studerende mulighed for at forholde sig til udvalgte fokusområder og læringsaktiviteter og med udgangspunkt i dem udvælge relevante patientforløb. De enkelte kort giver overblik over, hvad den studerende allerede har lært, og hvad den studerende fremadrettet skal lære inden for det enkelte modul. Det betyder kontinuitet, når man varetager vejledning med jævne mellemrum, afbrudt af vagter og fridage. ▶

”Oftede deltager sygeplejersker uden formelt vejlederansvar i den daglige vejledning af de studerende. Tit til stor glæde og inspiration for den studerende, men lige så tit med en uro og bekymring hos sygeplejersken.

Boks 1. Kompetencekortene fordelt på modulerne 4, 11 og 12

Modul 4 Grundlæggende sygepleje	Modul 11 Kompleks sygepleje	Modul 12 Selvstændig professionsudøvelse
Dokumentation	Dokumentation	Lede sygepleje
Ernæring og væske	Ernæring og væske	Udvikle sygepleje
Hygiejne	Hygiejne	
Kliniske observationer	Kliniske observationer	
Kommunikation og samarbejde	Kommunikation og samarbejde	
Medicinadministration	Medicinadministration	
Mobilisering	Mobilisering	
Studieaktivitet	Studieaktivitet	
Udskillelse	Udskillelse	

i praksis

Boks 2. Kompetencekort

Læringsudbytte operationaliseret til:

Studerende kan vurderes på hhv.:

Læringsaktiviteter	Viden			Færdigheder		
	Rød	Gul	Grøn	Rød	Gul	Grøn
BOS/ABCDE-princippet:						
Respiration						
Ilt saturation - farver						
Blodtryk						
Puls						
Bevidsthedsniveau						
Observation af kroppen						
Kropstemperatur						
Diurese						
Blodsukker						
Hud						
Fænomener						
Smerter						
Angst						
Allergi						
Retningslinjer i afsnittet fra D4:						
-						
-						
-						
Specifikt for afsnittet						
-						
-						
-						

Vejleder udfylder den formative evaluering

Mulighed for tilføjelser

Studerende skriver her

Læreproces:

Hvordan arbejdede du med ovenstående læringsaktiviteter?

Hvad skal du vide og/eller gøre for at opnå kompetencer?

- Kompetencekortene giver en fælles referenceramme for vejledningen, som et landkort hvor allerede udforskede områder er beskrevet og dokumenteret, og de ukendte områder står synlige tilbage for både vejleder og studerende.

Evalueringsredskab

På kompetencekortene skal man dokumentere den studerendes viden, færdigheder og kompetencer, hvilket er med til at understøtte progressionen i den studerendes læreproces (1). Til hvert modul er udarbejdet en formativ evalueringsmodel med farvekoder, som skal hjælpe vejleder og studerende til at blive konkrete på, hvilke læringsaktiviteter der på den baggrund skal arbejdes mere eller mindre med. Formativ evaluering er en procesorienteret, fremadrettet evaluering, der fokuserer på, hvordan den studerende kan arbejde videre (2). Ansvar for det samlede uddannelsesforløb, den røde tråd samt de ugentlige samtaler er placeret hos den ansvarlige vejleder, mens sygeplejersken skal forholde sig til den studerendes viden, færdigheder og kompetencer indenfor

” Ansvar for det samlede uddannelsesforløb, den røde tråd samt de ugentlige samtaler er placeret hos den ansvarlige vejleder, mens sygeplejersken skal forholde sig til den studerendes viden, færdigheder og kompetencer indenfor de områder, der er arbejdet med.

de områder, der er arbejdet med. Den studerendes ansvar består i selv på de enkelte kompetencekort at beskrive, hvordan hun vil arbejde videre for at opnå større viden, flere og mere selvstændige færdigheder samt en højere grad af kompetence. Denne del skal dokumenteres på kompetencekortenes proceslinjer, se boks 2.

De studerende er positive

Implementeringen af kompetencekortene er i gang på alle somatiske kliniske uddannelsessteder i Region Sjælland. Foreløbige evalueringer viser, at mange studerende oplever kompetencekor-

” Interessen for kompetencekortene er stor både i psykiatrien og i den primære sektor, ikke mindst fordi kortene giver overblik og struktur for læring i en travl hverdag.

tene som et godt redskab til at skabe overblik over den kliniske undervisning. En studerende på modul 4 udtaler: “Jeg synes, at kompetencekortene har været med til at gøre det tydeligt og mere konkret, hvad målene for modulet er, og det har derfor været mere overskueligt at se, hvilke opgaver jeg manglede.”

Ligeledes giver det rigtig god mening for mange studerende at blive evalueret på viden og færdigheder. Det beskriver en anden studerende på modul 4: “Det er en god ting at vurdere sine færdigheder ift. sin viden, da man godt kan have nogle færdigheder, man måske ikke helt kan begrunde godt nok teoretisk.” Se boks 3.

En stor del af de studerende er således positive omkring kompetencekortene. I den sammenhæng påpeger nogle studerende dog også vigtigheden af, at både vejledere og sygeplejersker bakker op og hjælper de studerende med at få kompetencekortene integreret i den daglige vejledning på afdelingen.

Psykiatri og primær sektor interesserede

Arbejdet med kompetencekortene er blevet til på baggrund af et toårigt projekt finansieret af trepartsmidler fra 2011-2013 i et samarbejde mellem Region Sjælland og UC Sjælland. Kompetencekortene er blevet tilpasset løbende med udgangspunkt i evalueringer fra vejledere og studerende i hele regionen. Et vigtigt resultat af disse evalueringer er, at kompetencekortene giver mulighed for at dokumentere både planlagte og afholdte studiesamtaler, hvilket betyder, at kompetencekortene også kan være med til at dokumentere ressourceforbrug og -behov i uddannelsen af de studerende.

Interessen for kompetencekortene er stor både i psykiatrien og i den primære sektor, ikke mindst fordi kortene giver overblik og struktur for læring i en travl hverdag. Arbejdet vil derfor fremadrettet være orienteret mod mulighederne for at udvikle kompeten-

Boks 3. Formativ evalueringsmodel af kliniske kompetencer på modul 4

VIDEN Omfatter både viden og forståelse om et emne, dvs. om man kan sætte den i sammenhæng og forklare den for andre. Viden kan være både teoretisk og praktisk inden for et fag.	FÆRDIGHEDER Er det, man kan gøre eller udføre sammen med patienten. Færdighederne kan både være praktiske, kreative og kommunikative færdigheder.
<ul style="list-style-type: none"> • Begrunder de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Identificerer sygeplejebehov og fænomener. • Reflekterer over teorier, metoder og praksis. 	Udfører den grundlæggende sygepleje selvstændigt i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde
<ul style="list-style-type: none"> • Begynder at begrunde de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Identificerer nogle sygeplejebehov og fænomener. • Begynder at kunne reflektere over teorier, metoder og praksis. 	Udfører den grundlæggende sygepleje med en vis sikkerhed i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde
<ul style="list-style-type: none"> • Har mange udfordringer med at begrunde de grundlæggende opgaver til den konkrete patient. • Har mange udfordringer med at identificere sygeplejebehov og fænomener. • Har mange udfordringer med at reflektere over teorier, metoder og praksis. 	Udfører den grundlæggende sygepleje med en vis sikkerhed i forhold til: <ul style="list-style-type: none"> • Indhold og rækkefølge • Nøjagtighed • Lethed • Integration • Omsorgsfuld væremåde

Kompetencevurderingen er udarbejdet ud fra (3,4,5).

cekort, der kan understøtte de studerendes kliniske undervisning i den del af uddannelsen i Region Sjælland.

Projektrapporten "Kompetencekort til sygeplejestuderende" (2012) kan rekvireres ved henvendelse til: hlla@regionsjaelland.dk

Litteratur

1. Illeris K. *Kompetence. Hvad – Hvorfor – Hvordan?* Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2011.
2. Nielsen D. *Evaluering i klinisk undervisning I*: Brøbecher, H & Mulbjerg U. (red). *Klinisk Vejledning og pædagogisk kompetence*. København: Munksgaard. 2010;179-202.
3. Bjørk IT. *Hands-on nursing: New graduates practical skill development in clinical setting*. Doctoral thesis, Institute of Nursing Science University of Oslo, Norway. 1999.
4. Bjørk IT. *Model for Praktisk Færdighedsudøvelse*, Institut for Sygeplejeviten-skab, Universitetet i Oslo, Norge. 1999.
5. Bjørk IT. *Research in Nursing Skills*. Lokaliseret d.14-11 2013 på www.rins.dk

English abstract

Lemb, H; Bergstrøm, G; Trebbien, L; Hansen, I. Skills Card Leads the Way in Practice. *Sygeplejersken* 2014(6):58-61.

The skills card is a learning and evaluation tool that has proven to promote systematic learning in the clinical modules of nursing education. It clearly indicates the distribution of roles and responsibilities in the cooperation between the student, the clinical supervisor and the nurse and produces awareness about the need for resources in this part of the study programme.

Keywords: Skills card, learning, supervision, nursing student.

Studerende lærer at forholde

På University College Syddanmark har man via et tidsafgrænset projekt med tre optag af studerende fra september 2012 til og med september 2013 tonet den eksisterende sygeplejerskeuddannelse i forhold til innovation og velfærdsteknologi. Toningen af uddannelsen har betydet forandringer i forhold til både uddannelsens indhold og de didaktiske disponeringer, der foretages undervejs i uddannelsen.

Eva Hoffmann, sygeplejerske, MKS, lektor, Sygeplejerskeuddannelsen Sønderborg; ehof@ucsyd.dk

Palle Eriksen, sygeplejerske, cand.cur., lektor, Sygeplejerskeuddannelsen Sønderborg

Pia Veje, sygeplejerske, cand.cur., lektor, Sygeplejerskeuddannelsen Sønderborg

Velfærdsteknologi, innovation og kreativitet er blevet vigtige indsatsområder i modernisering af velfærdsstaten og derfor også en vigtig del af sygeplejefaget og uddannelsen til sygeplejerske.

Da velfærdsteknologi er brugerorienterede teknologier, der bl.a. søger at understøtte og forbedre især ældre og kronisk syge menneskers dagligdag, tryghed og sociale liv med mest mulig selvhjælp, uafhængighed og livskvalitet, ser vi os selv og vores uddannelse som en central og uundværlig aktør i moderniseringsprocessen.

Innovation og kreativitet handler bl.a. om, hvordan vi kan transformere viden til nyttige, brugerorienterede produkter, serviceydelser eller forbedrede arbejdsmetoder, og det er derfor indlysende for os, at kommende sygeplejersker skal uddannes til at indgå i dette arbejde.

Derfor har vi på University College Syddanmark – Sygeple-

” Innovation og kreativitet handler bl.a. om, hvordan vi kan transformere viden til nyttige, brugerorienterede produkter, serviceydelser eller forbedrede arbejdsmetoder, og det er derfor indlysende for os, at kommende sygeplejersker skal uddannes til at indgå i dette arbejde.

erskeuddannelsen i Sønderborg siden september 2012 som en godkendt forsøgsordning udbudt en velfærdsteknologisk tonet sygeplejerskeuddannelse, TEK-uddannelsen.

Hvis svaret er TEK-uddannelsen – en toning af sygeplejerskeuddannelsen i forhold til velfærdsteknologi og innovation, hvad er så spørgsmålet?

Spørgsmålet er vel, hvordan vi som uddannelsesinstitution sikrer, at fremtidens sygeplejersker udover at erhverve sig de i bekendtgørelsen fastsatte kompetencer bliver klædt på til at møde en sygepleje, der i den grad har velfærdsteknologi på dagsordenen. Hvordan sikrer vi, at de studerende har de fornødne kompetencer og den fornødne viden til både at udvikle, vurdere og anvende velfærdsteknologiske løsninger. Det gælder på ingen måde kun om,

at de kommende sygeplejersker kan trykke på de rigtige knapper på det rigtige tidspunkt, men mindst i lige så høj grad om, at de på et vidensbaseret grundlag også kan forholde sig kritisk til eksisterende og fremtidige velfærdsteknologiske løsninger.

At kunne dette kræver et åbent, innovativt, kreativt og kritisk mindset, der gør, at den enkelte sygeplejerske i mødet med velfærdsteknologiske løsninger kan agere med den fornødne kritiske åbenhed. Man kunne mere pragmatisk sige, at spørgsmålet er at sikre en god balance mellem teknofili (at være forblændet af teknologien) og teknofobi (at være bange for teknologien) (1).

Tro mod bekendtgørelsen

Der skal som bekendt kun et par dråber rød maling i den store spand med hvidt for at ændre hele det samlede billede af malerspandens indhold. Netop denne metafor er i vid udstrækning styrende for vores konkrete uddannelsesplanlægning i forhold til TEK-uddannelsen. Med kravet om at tilbyde en uddannelse, der er tro mod bekendtgørelsen, er det nemlig særdeles vigtigt, at den toning, der lægges ned over uddannelsen, er korrekt timet og tilpas virkningsfuld.

Vi har med andre ord mange små, velvalgte nedslagspunkter i uddannelsen og har dermed søgt efter muligheder for at tone f.eks. læringsaktiviteter og forslag til supplerende litteratur.

På modul 1 har det f.eks. betydet, at de studerende som et led i deres studiestart deltager i en tre dages innovationscamp på den lokale iværksætterfabrik, I fabrikken. Denne nytænkende og alternative studiestartsaktivitet har allerede vist sig at være en virkningsfuld katalysator for socialiseringen i retning af mere innovative, kreative og modige sygeplejestuderende. Campens intense fokusering på innovation og idégenerering pirrer de studerendes åbenhed for læring, og kombineret med et meget stort fokus på den enkeltes læringsstil skydes uddannelsen godt fra start.

Denne forandring i de studerendes tilgang til læring afspejles således allerede fra studiets start i deres måder at fremlægge faglige emner på. Her tænkes langt mere kreativt og idérigt end hos de ordinære studerende, og det er tydeligt, at de studerende fra TEK-uddannelsen også efterspørger alternative måder at lære på hos underviserne.

Med udgangspunkt i velvalgte nedslagspunkter i uddannelsen

sig til velfærdsteknologi

” Det gælder på ingen måde kun om, at de kommende sygeplejersker kan trykke på de rigtige knapper på det rigtige tidspunkt, men mindst i lige så høj grad om, at de på et vidensbaseret grundlag også kan forholde sig kritisk til eksisterende og fremtidige velfærdsteknologiske løsninger.

følger eksempler på, hvordan vi har forsøgt at tone undervisningen. Som et af de første emner på studiet møder de studerende i faget sygepleje emnet ”Patientologi”. Her diskuterer vi, om robotterne nu også kan respektere intimsfæren bedre end mennesker? (2), eller hvem der hellere vil have en baderobot til at udføre plejen? Eller om et nanobad er løsningen for særligt blufærdige eller f.eks. demente, som ikke bryder sig om at skulle afklædes foran andre? Vi diskuterer bl.a. afprøvninger af disse metoder i Danmark (3), hvem kan bruge dem, hvem kan ikke, og i særdeleshed hvordan mon det opleves?

Med spiserobotten på arbejde

I øvelokalerne har de studerende bl.a. fokus på at servere og hjælpe med at skulle give mad. Ud over at prøve det af på hinanden introduceres de til en spiserobot (4) som en del af undervisningen. De studerende afprøver den med forskellige former for mad og må gøre sig erfaringer med, hvordan den fungerer, både rent teknisk og i forhold til, hvad den kan og ikke kan i en spisesituation. Spiserobotten placeres midt på gangen, så de også får det sociale aspekt med og oplever, hvordan det mon er at sidde blandt andre, der spiser helt almindeligt.

I faget mikrobiologi, der også favner infektionshygiejnen, indrages bl.a. teknologiske og intelligente systemer, der forbedrer denne. Det intelligente toiletsystem er udviklet med henblik på, at flere patienter vil udføre bedre håndhygiejne efter toiletbesøg (5). Vi diskuterer problematikken med, at der skal udføres hånddesinfektion, før døren åbnes. Hvad hvis patienterne går i panik, er det overhovedet forsvarligt at bruge sådanne systemer til syge mennesker?

Patienterne skal have opfyldt deres grundlæggende behov, det kan ikke diskuteres. Spørgsmålet er, om nogle af disse behov kan opfyldes af robotter? Er Telegiraffen et godt alternativ til et hjemmebesøg hos den ældre borger? Og hvordan skal vi forholde os til, at fremtidens hjemmebesøg måske er en skærm, der kører rundt i fru Jensens stue? (6).

Søvn skal vi alle have, og som et af de grundlæggende behov er det altid aktuelt at diskutere, hvordan det opfyldes. Sengens funktioner er i denne sammenhæng væsentlige, men hvad hvis man ikke kan vende sig selv eller selv komme ud af sengen? Hvis dette sættes i perspektiv til velfærdsteknologi, er den intelligente seng måske svaret (7). Her bestemmer patienten selv, hvornår sengen forlades. Hvis der også er installeret en loftlift (8,9), kan patienten selv bestemme, hvornår morgenkaffen skal indtages. Kan velfærdsteknologien således være med til at øge patienternes selvhjulpethed?

Sygeplejersker skal ligeledes kunne hjælpe patienterne med deres intime behov, bl.a. toiletbesøg og nedre toilette. Det er dog de færreste, der bryder sig om at skulle blotte disse kropsdele med andre. Her introduceres et vasketoilet med afvaskning, skyl og føntørring, der helt automatisk sætter patienterne i stand til at klare et toiletbesøg uden hjælp (10). Hvordan mon det opleves, og er det lige så godt som et traditionelt nedre toilette? Denne diskussion fortsætter gerne på studiebesøget ved Living Lab Sønderborg, hvor de studerende selv kan afprøve det.

Teatersport aktiverer

For at sikre en stærk sammenhængskraft mellem fagene på tværs af det første modul vælger vi desuden også at tone de læringsaktiviteter, som vi initierer på de såkaldte fordybelsesdage.

Scenen er sat i øvelokalerne, hvor Yngvar er indlagt, og sygeplejersken står klar til at opfylde hans behov. Teatersport kalder vi det, når de studerende prøver at finde ud af, hvordan Yngvar får opfyldt sine behov, samtidig med at sygeplejersken blander sig i samtalen og forløbet.

Idéen er, at de studerende indleder en samtale med Yngvar, undervejs i denne samtale kommer sygeplejersken med nye oplysninger eller begynder at udføre pleje, alt efter hvad de spørger om, og hvordan Yngvar svarer. Forløbet bliver således altid unikt, og ▶

- ▶ de studerende drages kortvarigt ind i Yngvars pleje, hvor de bliver aktive deltagere i deres egen undervisning.

Arbejdet med og omkring TEK-uddannelsen er i den grad præget af, at vi skruer hjulene på, mens vi kører. Mange erkendelser i forhold til både TEK-uddannelsens form og indhold har fungeret som øjenåbnere og dermed kickstartet nye idéer til forandring og toning, både blandt studerende og i underviserteamet. Den stadige udvikling og nytænkning, som er en naturlig del af præmis-

” Vi har med andre ord mange små, velvalgte nedslagspunkter i uddannelsen og har dermed søgt efter muligheder for at tone f.eks. læringsaktiviteter og forslag til supplerende litteratur.

sen for TEK-uddannelsen, er selvsagt både inspirerende og udfordrende at være en del af, og det er derfor rigtig dejligt at være både studerende og underviser på Sygeplejeskolen i Sønderborg. Som undervisere skal vi helt op at stå på tærerne, og vi oplever, at hver en sten bliver vendt i forhold til både det faglige stof, vi underviser i, og i forhold til måden, vi gør det på.

Vi oplever ganske enkelt TEK-uddannelsen som et guldæg. Ikke et guldæg, der her og nu har genereret et økonomisk overskud, men et guldæg der indeholder en værdifuld nøgle til sikring af fremtidens sygeplejerskeuddannelse.

Det sidste hold studerende blev optaget i projektet i september 2013, hvorefter erfaringerne fra projektet er videreført i den eksisterende uddannelse. TEK-projektet forventes endeligt afsluttet i 2017.

Litteratur

1. Damkjær SM. I: Kallesøe H, Petersen AK: Teknologi mennesker faglighed – muligheder og udfordringer i løsning af velfærdsopgaver. Århus: VIASY-STIME; 2012.
2. Kreds Syddanmark. Robotter respekterer intimsfæren, interview med Ditte Thinggaard i KREDSLØBET, 04:2010.

3. Frederiksen K, Larsen K, Beedholm K, Lomborg K. Praktisk brug af baderobot til ældre. Sygeplejersken nr.13/2013, s.74-8.
4. Socialstyrelsen. Spiserobot. www.socialstyrelsen.dk
5. Jensen F. Intelligent toiletsystem giver bedre Håndhygiejne. Dagens.dk 2013.
6. Giraff Technologies AS. Ett virtuellt besök Cecilia besöker Aina, http://dev.giraff.org/
7. Welfaretech. Linak den intelligente seng. www.welfaretech.dk 25.10.2012, video
8. Socialstyrelsen. Teknologi til forflytning. www.socialstyrelsen.dk
9. Ergolet.www.ergolet.dk
10. Socialstyrelsen. Vasketoilet. www.socialstyrelsen.dk

English abstract

Hoffmann E, Eriksen P, Veje P. A Welfare Technology Characterized Nursing Education. Sygeplejersken 2014;(6):62-4.

This article describes how nursing education at University College South Denmark, via a time-limited project with three student admission dates from September 2012 through September 2013 has set the tone for the existing nursing education in relation to innovation and welfare technology. This tone-setting has resulted in changes in both the programme's content and the didactic steps taken along the way in the programme. The article provides short but specific examples of how this tone-setting was implemented in the programme's introduction period and in selected modules in the further education.

Keywords: Education, innovation, welfare technology.

TEORI PRAKSIS

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

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

Sårsmarter hos patienter med

Del 1: Struktureret kortlægning

Artiklen, som er del et af to, beskriver, hvordan sygeplejersken i samarbejde med patienten kan foretage en systematisk kortlægning og vurdering af sårsmarter. Artiklen efterfølges af del to i *Sygeplejersken 2014*; (7), der beskriver, hvordan sårsmarter kan behandles. Artiklen er fagfællebedømt, dvs. at den, ud over at være bedømt af fagredaktør, er bedømt af en sygeplejerske med særlig viden om sår og sårsmarter.

Tone Marte Ljoså, smertesygeplejerske, førsteamanuensis, ph.d.; Tone.Marte.Ljosaa@hibu.no

Stina Gundersen, dermatologisk sygeplejerske, B.Sc.

Edda Johansen, sygeplejerske, lektor

Mål med artiklen

- at introducere en metode til strukturering af kortlægning og vurdering af sårsmarter
- at synliggøre vigtigheden af struktureret smertekortlægning for opnåelse af optimal smertebehandling
- at få sygeplejersken til at vurdere sin egen praksis, og hvorvidt artiklens anbefalinger kan optimere smertebehandlingen til patienter med sår i denne praksis

Introduktion

Ca. 1-2 pct. af befolkningen i vestlige lande har bensår eller fodsår. Forekomsten af sårsmarter varierer mellem forskellige patientgrupper og fra studie til studie. Mellem 50 og 100 pct. af patienter med forskellige sårtyper oplever sårsmarter (1-5). Sårsmarter er et af de mest almindelige og mest plagsomme symptomer ved bensår, og forskning viser, at sårsmarter kan have en negativ indvirkning på patientens aktivitet, dvs. evnen til at gå, søvn, den sociale og psykiske funktion, livskvaliteten (1,4-10) og sårets evne til at hele (4,9). Kortlægning og vurdering af patientens sårsmarter er et vigtigt første led i sårsmertebehandlingen (11) og giver et godt grundlag for en effektiv behandling af sårsmarterne (8).

Denne artikel redegør for en struktureret metode til grundlæggende og opfølgende kortlægning og vurdering af sårsmarter hos patienter med normal kognitiv funktion og forskellige sårtyper. For patienter med kognitivt svigt eller aldersdemens er det ofte nødvendigt at anvende andre metoder til kortlægning af sårsmarter, men disse metoder er ikke omtalt i artiklen.

Metode

Litteraturen, som artiklen bygger på, er fundet ved struktureret søgning i databaserne CINAHL og Medline med forskellige kombinationer af følgende søgeord: Pain, chronic wounds, leg ulcer, foot ulcer, diabetic foot, wound assessment, pain assessment, pain management og quality of life. Der er endvidere søgt efter relevante konsensusdokumenter og guidelines på websiderne for European Wound Management Association (EWMA), World Uni-

Blå bog



Tone Marte Ljoså er født i 1977. Bachelor i sygepleje ved Høgskolen i Agder i Norge i 2000. Master i smertebehandling fra Bond University i Australien (2003) og ph.d. med fokus på smerter hos patienter med psoriasis (2012). Hun har klinisk erfaring fra plejehjem, hjemmesygepleje samt infektionsmedicinske og

dermatologiske afdelinger. De sidste otte år har hun arbejdet med patienter med akutte og/eller kroniske smerter. I dag arbejder hun som førsteamanuensis ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold (Drammen) i Norge, som konsulent og smertesygeplejerske på afdelingen for smertebehandling på Oslo Universitetssykehus (OUS), og som redaktør på det digitale værktøj *Sygepleiehåndboka*, Gyldendal Akademisk.



Edda Johansen er født i 1964. Bachelor i sygepleje ved Universitetet i Island i 1989. Har praktisk pædagogisk uddannelse og er master i sygeplejevidenskab fra Universitetet i Oslo. For tiden lektor ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold med ansvar for videreuddannelse inden for sårbehandling. I 2010 påbegyndte

hun en fireårig doktorgrad ved Glasgow Caledonian University i Skotland, en såkaldt professionel doktorgrad. Edda Johansen har klinisk erfaring fra plejehjem, hjemmesygepleje og rehabilitering, men har hovedsagelig erfaring fra intensiv afdeling, hvor hun fortsat arbejder.



Stina Gundersen er født i 1976. Bachelor i sygepleje ved Høgskolen i Østfold i Norge i 1998 og videreuddannet som faglig vejleder ved Diakonhjemmets Høgskole i 2010. Har klinisk erfaring fra ortopædisk/skadekirurgisk afdeling på Akershus Universitetssykehus og som dermatologisk sygeplejerske på dermatologisk afdeling på OUS. Projektleder i et pilotsamarbejdsprojekt om sundheds-

ydelse i hhv. statsligt og kommunalt regi med fokus på funktion og virkning af ambulante ydelser til patienter med sår. For tiden konstitueret assisterende sektionsleder for dermatologisk ambulatorium på OUS. Holder foredrag og workshops om sårbehandling på bachelor- og videreuddannelsesniveau ved Høgskolen i Buskerud og Vestfold.

d kroniske ben- og fodsår g og vurdering af sårsmarter

” Denne artikel redegør for en struktureret metode til grundlæggende og opfølgende kortlægning og vurdering af sårsmarter hos patienter med normal kognitiv funktion og forskellige sårtyper.

of Wound Healing Societies (WUWHS) og Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Derudover er der fundet kilder og forfattere, som artikler ofte henviser til, ved søgning i PubMed. Der er også benyttet relevante bøger om smerter.

Sygeplejerskers rolle

Sygeplejersker har en nøglerolle i forhold til at kortlægge og vurdere smerter hos patienter med sår, fordi sygeplejersker ofte har ansvaret for at udføre sårbehandling og yde pleje til denne patientgruppe. Det giver sygeplejersken en unik mulighed for at stille relevante spørgsmål og foretage observationer vedrørende patientens sårsmarter, udviklingen i dem og virkningen af smertebehandlingen samt døgnvariationen (12). Via smertekortlægning og vurdering kan sygeplejersken give patienten, lægen og andre involverede faggrupper information og råd, som giver grundlag for optimalt valg af smertelindrende medicin og ikke-medicinske tiltag. Smertekortlægning giver også sygeplejersken et godt grundlag for at

vurdere type og dosis af eventuel medicin, når der foreligger en liste over medicin, som er forhåndsgodkendt af en læge til brug p.n.

Generelt om smerter og smertekortlægning

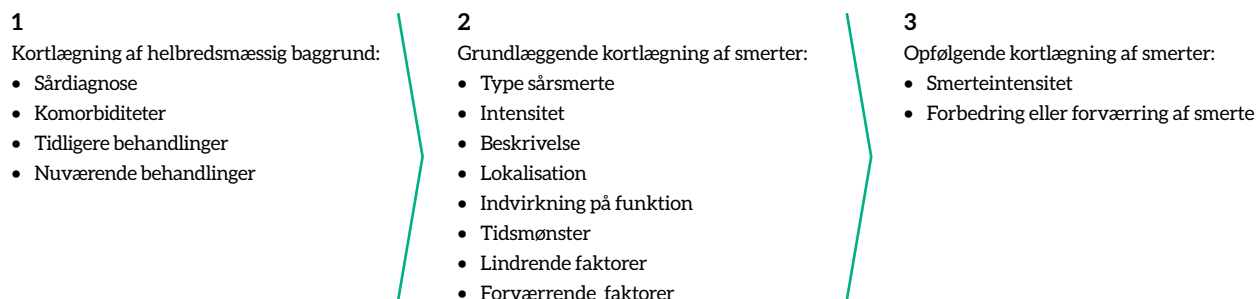
Smerte forklares som en ubehagelig sensorisk og emotionel oplevelse forbundet med vævsskade (13) som for eksempel sår. Smerte kan endvidere forklares som en subjektiv og personlig oplevelse. Derfor er smerte altid det, patienten siger, det er, og smerte forekommer, når patienten siger, at det er tilfældet (14). Dette er en hensigtsmæssig holdning at have, når man skal kortlægge og vurdere sårsmarter. Som sygeplejerske kan man umuligt vide, hvor svære patientens smerter er, eller hvordan de føles, før man har spurgt patienten. Der findes heller ingen objektiv metode til vurdering af smerter. Man kan for eksempel ikke finde ud af, hvor plagsomme patientens smerter er ved at tage en biopsi eller måle sårets størrelse. Patientens selvrapportering anses derfor for at være den bedste metode til kortlægning af smerter (14,15).

Smertekortlægning i tre trin

Kortlægning af smerte kan forekomme kompliceret, men kan struktureres ved at inddele den i tre trin:

1. Kortlægning af helbredsmæssig baggrund
2. Grundlæggende kortlægning af smerter
3. Opfølgende kortlægning af smerter, se figur 1.

Figur 1. Kortlægning af smerter i tre trin



- ▶ Kortlægning af helbredsmæssig baggrund er nødvendig for at få et helhedsindtryk af patientens helbredstilstand (16) og dermed sikre en god smertekortlægning. Sårsmernerne skal ses i sammenhæng med patientens helbredsmæssige baggrund, som f.eks. sårdiagnose, komorbiditeter/tillægsdiagnoser og tidligere og nuværende sår- og smertebehandlinger.

Grundlæggende smertekortlægning giver et nuanceret billede af sårsmernerne hos patienter med enten ubehandlede eller behandlede smerter og omfatter indhentning af information om sårsmernerne type, forekomst af hypersensibilitet, smerteintensitet, smertebeskrivelse, smertelokalisering, tidsmæssig variation af smerterne, deres indvirkning på fysisk og psykosocial funktion samt faktorer, der lindrer eller forværrer (17). Grundlæggende smertekortlægning udgør et vigtigt udgangspunkt for at vurdere opstart og type af smertelindrende behandling.

Opfølgende smertekortlægning giver et billede af sårsmernerne udvikling og smertebehandlingens virkning. Denne kortlægning er et væsentligt grundlag for vurdering af seponering af ineffektiv behandling eller ændring af eksisterende behandling ved f.eks. at øge eller reducere medicindosis eller ændre administrationsmåden. For at kunne følge smerternes udvikling over tid er det vigtigt at udføre kortlægningen jævnlige og anvende de samme kortlægningssværtøjer hver gang (4,10,17), se boks 1 og 2.

Forskellige typer sårsmertes

Sårsmertes kan inddeles i fire typer: baggrundssmerter, tilfælderelaterede smerter, procedurerelaterede smerter og operationsrelaterede smerter (18,19). Ud fra typen af sårsmertes kan smerterne endvidere klassificeres som akutte eller kroniske samt nociceptive, inflammatoriske eller neuropatiske (9,20). Hvilke smertetyper, patienten har, fastlægges ud fra kliniske vurderinger og patientens selvrapportering.

Boks 1. Stop op og tænk

- Hvordan strukturerer du smertekortlægningen hos patienter med sår, så du sikrer optimal smertebehandling?
- Hvilke rutiner anvender du til opfølgning på virkningen af smertebehandling hos patienter med sår?

” Sygeplejersken bør tale med patienten om, hvorvidt sårsmernerne fører til, at patienten sover dårligt, undgår fysisk aktivitet, føler sig deprimeret, er bange eller stresset, undgår samvær med familie og venner eller oplever sin livskvalitet som værende dårlig.

Det er lægens opgave at diagnosticere smerterne, men sygeplejersken kan kortlægge og foretage vurderinger af sårsmertes og give information om dem videre til lægen og andre involverede faggrupper.

Baggrundssmerter kan opleves i forbindelse med hvile, og når såret ikke behandles. Denne type sårsmertes forårsages af såret selv og lokale sår faktorer som inflammation, infektion eller maceration. Tilfælderelaterede smerter opleves ved daglige aktiviteter

Boks 2. Struktureret smertekortlægning

- Kortlægning af historiske data om helbredstilstand, sygdomme og sårdiagnose
- Kortlægning af smertetype:
 - o Baggrundssmerter, tilfælderelaterede, procedurerelaterede og/eller operationsrelaterede smerter
 - o Akutte eller kroniske smerter
 - o Nociceptive, inflammatoriske og/eller neuropatiske smerter
 - o Overfølsomhed (hypersensibilitet) i form af hyperalgesi og/eller allodyni
- Kortlægning af smerternes intensitet ved hjælp af en numerisk rangskala (NRS) eller en verbal skala i forbindelse med forskellige daglige aktiviteter og situationer (for eksempel i hvile, under aktivitet, ved sårpleje, efter sårpleje og om natten)
- Kortlægning af, hvordan patienten beskriver sårsmernerne, og hvor de er lokaliseret
- Kortlægning af, hvordan smerterne varierer over døgnet
- Kortlægning af, om sårsmernerne påvirker funktion og daglige aktiviteter
- Kortlægning af, hvilke faktorer der lindrer eller forværrer smerterne
- Kortlægning af smertebehandlingens virkning og bivirkninger.

Stop og tænk

I hvilken grad har du oplevet allodyni eller hyperalgesi i omsorgen for patienter med sår?

som mobilisering og hoste, eller ved at bandagen løsner sig eller bevæger sig på såret. Procedurerelaterede smerter opleves ved håndtering af såret i forbindelse med sårbehandling. Operationsrelaterede smerter opstår ved invasiv behandling og håndtering af såret, f.eks. ved kirurgisk debridering (17,19).

Akutte smerter defineres ofte som relativt kortvarige smerter, der forsvinder, når skaden er helet. De akutte smerter har en væsentlig fysiologisk funktion og varslor kroppen om vævsskade (21). Hos patienter med sår optræder de akutte smerter hyppigt ikke kun, når såret er nyopstået, men som gentagne smerteepisoder i forbindelse med f.eks. sårbehandling eller aktivitet (10). Kroniske smerter er smerter, som varer over lang tid. De kroniske smerter har som regel ikke nogen udpræget nyttefunktion og kan føre til uhensigtsmæssig lidelse hos patienten (21). Hos patienter med sår kan de kroniske sårsmarter være knyttet til vævsskade fra selve såret, kronisk inflammation eller vedvarende sårinfektion (4,10).

Nociceptive smerter opstår som en normal og akut reaktion (17), der forårsages af et smertefuldt stimulus i skadet somatisk væv (13,22), som f.eks. hvis man slår en tå på et bordben. Inflammatoriske smerter forårsages af skade og inflammation i somatisk væv. Hos patienter med denne smertetype (22) kan der opstå overfølsomhed som hyperalgesi eller allodyni (smerter ved berøring af sårbund og sårkant). Neuropatiske smerter er forårsaget af skade eller sygdom i nervevæv, nærmere bestemt det somatosensoriske nervesystem (13). Tegn på neuropatiske sårsmarter kan være pludseligt indsættende smerter uden kendt årsag, (17,23), positive neurologiske sensoriske test og en anamnese, som indikerer, at der er skade eller sygdom i nervesystemet (13).

Sårsmarter er et sammensat symptom. Patienter med sår har som regel ikke kun én type smerter, men flere typer smerter fra såret samtidig. For eksempel kan en patient med et venøst bensår have både baggrundssmerter forårsaget af vævsskade og kronisk inflammation, tilfælderelaterede smerter i forbindelse med ødem

og aktivitet og procedurerelaterede smerter ved sårbehandling. Hvis patienten har haft såret og baggrundssmerterne gennem længere tid, har patienten kroniske smerter, men også akutte smerter i forbindelse med sårskift. Desuden kan patienten have nociceptive smerter som følge af den vævsskade, såret forårsager, eller det tryk, kompressionsbandagerne udøver ved opstart af kompressionsbehandling. Patienter kan også have inflammatoriske smerter som følge af inflammationen i det væv, hvor såret er lokaliseret. ►

Læsertest

Patienten er en 70-årig hjemmeboende kvinde. Hun har hjertesvigt, kendt venøs insufficiens, og hendes ankel-arm-indeks er 0,9. Hun har desuden osteoartrose og plages af stivhed og smerter i leddene først på dagen. Ved behov tager hun 1 gram paracetamol om morgenen. Hun har dagligt brug for hjælp til at få sine kompressionsstrømper og sit tøj på.

For to uger siden opdagede hjemmesygeplejersken et sår på patientens højre læg. Patientens egen læge og hjemmesygeplejen udarbejdede en sårprocedure: Såret vaskes med postevand og bandageres med absorberende kompres. Uden på dette anlægges et firlags kompressionsbind.

To dage efter sårbehandling er bandagen gennemvædet af sårsekret, og huden omkring såret er macereret. Sårbunden er dækket af fibrin og granulationsvæv. Fjernelse af bandagen og rensning af såret er smertefuldt for patienten, og hun angiver en NRS-værdi på 8. Smerterne varer ca. 1,5 timer efter sårplejen. Patienten siger også, at smerterne er lokaliseret til læggen og til såret. Smerterne opstår om eftermiddagen, både i forbindelse med aktivitet, og når hun sidder ned. De tager til i intensitet fra NRS 4-5 til 6-7 i løbet af aftenen og natten, og hun sover dårligt. Patienten tager 1 gram paracetamol, før hun går i seng, men for at mindske smerterne klipper hun af og til også kompressionsbandagerne delvist op.

1. Hvilken type sårsmarter har patienten?
 - a. Baggrundssmerter, tilfælderelaterede smerter, procedurerelaterede smerter og/eller operationsrelaterede smerter.
 - b. Nociceptive, inflammatoriske og/eller neuropatiske smerter.
 - c. Akutte og/eller kroniske smerter.

Læs svar på side 73.

- ▶ Kortlægning af typen af sårsmarter giver viden, som er nyttig, når det skal vurderes, hvilken form for analgetisk behandling der er egnet til patienten. Hvis patienten har plagsomme kroniske og kontinuerlige baggrundssmerter, bør vedkommende behandles med langtidsvirkende analgetika. Hvis patienten har smerter i forbindelse med sårbehandling, bør vedkommende få korttidsvirkende analgetika. Har patienten neuropatiske smerter, kan vedkommende behandles med antidepressiva eller antiepileptika.

Hypersensibilitet (overfølsomhed)

Der kan forekomme overfølsomhed som hyperalgesi og allodyni hos patienter med bensår (23). Hyperalgesi forårsages af vævsskade og inflammation (24), og tilstanden indebærer, at patienten oplever stærkere smerter end forventet som reaktion på stimuli, der normalt giver smerter. For eksempel gør det normalt kun lidt ondt at få injiceret lokalanalgetika i uskadet væv, mens det normalt gør meget ondt at få injiceret lokalanalgetika i en sårkant eller sårbund.

Allodyni kan skyldes skade i somatisk væv, inflammation eller skade/sygdom i perifere nerver. Allodyni defineres også som hypersensibilitet. Tilstanden indebærer, at patienten oplever smerter som reaktion på stimuli, der normalt ikke giver smerter (13). For eksempel gør berøring eller kølig træk normalt ikke ondt, men hos nogle patienter kan berøring eller let nedkøling af sår bunden eller sårkanten være meget smertefuld (23).

Hypersensibilitet kan kortlægges ved at spørge patienten, om vedkommende oplever uventet stærke smerter i forbindelse med sårskift eller smerter ved let berøring af såret. Sygeplejersken bør også være særligt opmærksom på patientens reaktioner under sårbehandlingen.

” Kortlægningen og vurderingen af sårsmarter skal skrives ind i patientens journal og være tilgængelig for alle sundhedspersoner, der skal behandle patientens sår og sårsmarter. Denne dokumentation sikrer god kommunikation mellem sundhedspersoner og regelmæssig opfølgning på patienten.

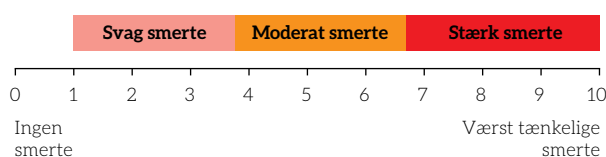
Hvis patienten for eksempel trækker benet til sig, vander sig eller giver udtryk for smerter ved let berøring af såret, er dette tegn på allodyni. Sygeplejersken kan også stryge over sårkanten eller huden omkring såret med en vattot. Hvis patienten siger, at det er smertefuldt, er det tegn på, at vedkommende har allodyni. Kortlægning og vurdering af hyperalgesi og allodyni giver blandt andet et godt grundlag for at vælge lokale behandlingstiltag rettet mod at sikre skånsom håndtering af såret. Tilrettelæggelse af sårbehandling i samarbejde med patienten kan opleves betryggende og lindrende (2).

Smerteintensitet

Smerteintensitet, dvs. hvor stærke smerterne er, kan måles på flere forskellige måder, f.eks. ved hjælp af en numerisk skala, en verbal skala eller en ansigtsskala. Forskning viser, at de fleste patienter foretrækker en numerisk rangskala (NRS) fra 0 til 10. Skalaen kan bruges mundtligt og visuelt (25). For at opnå en måling, der er så korrekt som muligt, er det vigtigt at vide, hvordan skalaen skal anvendes. Et vejledende spørgsmål er: ”På en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerter, og 10 er de værste tænkelige smerter, hvordan vurderer du så smerterne i dit sår, som de er lige nu/som de har været i dag/som de har været den sidste uge?” NRS-skalaen anvendes til at klassificere patientens smerter som milde (1 til 3-4), moderate (3-4 til 6-7) eller stærke (6-7 til 10), se figur 2 (26,27). Smerteintensiteten danner grundlag for at vurdere, hvilken form for analgetika patienten bør have og virkningen af den (17,28). Skalaen er følsom over for ændringer i smerteintensiteten over tid og efter behandling (4), og en reduktion på 30-50 pct. vurderes ofte som indikation på effektiv behandling (25).

En verbal skala er som regel lettest at anvende, hvis patienten synes, det er svært at sætte tal på smerteintensiteten. Den verbale skala kan anvendes mundtligt, og patienten bliver bedt om at

Figur 2. Tolkning af smerteintensitet ved brug af numerisk rangskala (NRS)



Stop og tænk

1. Hvordan kortlægger og dokumenterer I smerteintensiteten hos sårpatienter på jeres arbejdsplads?
2. I hvilken grad kortlægger og dokumenterer I smerternes intensitet i forskellige situationer (for eksempel i hvile, ved aktivitet og i forbindelse med sårbehandling på forskellige tidspunkter af døgnet)?

vurdere, om sårsmernerne er milde, moderate, stærke eller meget stærke. Denne skala giver et mindre nuanceret billede af patientens smerteintensitet og er mindre følsom over for ændringer i smerteintensiteten over tid, men kan dog alligevel godt anvendes til kortlægning af smerter og vurdering af smertebehandling (29).

Eftersom sårsmerner kan opleves i hvile, ved aktivitet og i forbindelse med sårpleje, bør smerteintensiteten vurderes for alle de forskellige situationer for at opnå et nuanceret billede af patientens smerteintensitet. For at vurdere effekten af analgetika er det nyttigt at måle smerteintensitet lige før og ca. 60 minutter efter indtagelse af analgetika.

Beskrivelse af sårsmerner

Patienter med sår giver ofte varierende og individuelle beskrivelser af deres sårsmerner og kan gøre brug af ord som værkende, bankende, ømme, brændende, sviende, stikkende eller udstrålende (4,17,30). Det ord, patienten bruger til at beskrive smerterne, bør ikke benyttes som eneste grundlag for at diagnosticere sårsmernerne type (13). For eksempel bruges ordet ”brændende” ikke kun til at beskrive neuropatiske smerter, men også nociceptive og inflammatoriske smerter. At ”smertene kommer pludseligt og uden forvarsel” kan både forårsages af, at bandagen løsner sig og skaber friktion i såret og være et tegn på neuropatiske smerter.

Sårsmernerne lokalisering

Sårsmernerne kan være lokaliseret til selve såret, sårkanter og den omkringliggende hud eller kan stråle ud fra såret eller omfattede dele af benet (2). Lokaliseringen kan give en indikation af årsagen til sårsmernerne. Hvis smerterne f.eks. er lokaliseret til sårbunden, er det ofte såret, der er årsag til smerterne. Hvis smerterne er lokaliseret til sårkanten, kan de skyldes maceration af huden

på grund af sårsekret eller kontaktdermatitis. Hvis smerterne er lokaliseret til benet generelt, kan det være ødemer, iskæmi eller neuropati, der er årsag til, at patienten har ondt (3). Ved lokalisering af sårsmernerne opnås der en indikation af, hvilken form for lokal sårsmertebehandling der kan benyttes. Hvis f.eks. sårsmernerne er lokaliseret til huden omkring såret, vil det ikke gavne ret meget at tilføre lokalanalgetika i sårbunden.

Sårsmernerne tidsmæssige variation

Sårsmerner kan være konstante eller variere over døgnet (1). Det kan derfor være nyttigt at spørge patienten, om sårsmernerne er mindst eller mest intense om morgenen, om formiddagen, midt på dagen, om eftermiddagen, om aftenen eller om natten (12). Præcise klokkeslæt kan være nyttigt, supplerende information.

Nogle patienter har mest ondt om natten som følge af øget temperatur og høj varme under dynen (8), få indtryk eller stimuli, mangel på afledning og god tid til at fokusere på smerterne. Natlige smerter optræder også hyppigt hos patienter med arteriel insufficiens, fordi den arterielle blodtilførsel reduceres, når man ligger fladt i en seng, og benene er hævet. Andre patienter kan have mere ondt om eftermiddagen, og smerterne er da ofte knyttet til aktivitet eller forekomst af ødemer. Eftermiddagssmerter ses ofte hos patienter med venøs insufficiens. Kortlægning og vurdering af sårsmernerne døgnavariation giver et godt grundlag for at finde frem til den form for analgetika og den administrationsmåde, der er bedst egnet til patienten (18).

Sårsmernerne indvirkning på funktion

Sårsmerner kan påvirke patientens fysiske, psykiske og sociale funktion. Studier viser, at patienter med forskellige typer sår angiver, at sårsmerner har en negativ indvirkning på søvn, evnen til at gå (2), humør og psykisk velvære (9,10). Patienter med sårsmerner vælger ofte at lade være med at gå ud og at afholde sig fra socialt samvær med vennerne (7,10).

Kortlægning og vurdering af sårsmernerne indvirkning på funktionsevnen må ske i samarbejde og dialog mellem sygeplejersken og patienten. Sygeplejersken bør tale med patienten om, hvorvidt sårsmernerne fører til, at patienten sover dårligt, undgår fysisk aktivitet, føler sig deprimeret, er bange eller stresset, undgår samvær med familie og venner eller oplever sin livskvalitet som værende

- ▶ dårlig. Informationen danner bl.a. grundlag for igangsætning af medicinske og ikke-medicinske tiltag med henblik på lindring af smerter og forbedring af patientens fysiske, psykiske og sociale funktion. F.eks. kan patienten have moderate smerter, som er ”til at leve med”. Patienten bevæger sig imidlertid ikke mere end højest nødvendigt og deltager ikke længere i socialt samvær med sine venner, fordi dette gør smerterne uudholdelige. Derfor bør behandleren overveje at igangsætte forskellige smertelindrende tiltag, således at patienten kan blive mere aktiv og genoptage sit sociale liv.

Lindrende og forværende faktorer

En række faktorer som f.eks. aktivitet, stillingskift, tidligere oplevelser af sårsmarter og forventninger om sårsmarter kan virke lindrende og/eller forværende på sårsmarter (17). Det er ofte individuelt og afhængigt af sårtypen, hvilke faktorer der virker henholdsvis lindrende og forværende på sårsmarter. Disse faktorer skal derfor kortlægges individuelt.

Fysisk aktivitet kan reducere ødemer og ødemrelaterede smerter, men for meget fysisk aktivitet kan øge sårrelaterede smerter og iskæmismerter (30). Endvidere kan ændring af benets stilling både lindre og forværre sårsmarter. Hos patienter med venøse bensår mindskes sårsmarterne ved let gang og ved at hæve benene, fordi ødemerne reduceres. Sårsmarterne tiltager i stillestående position, fordi ødemerne øges. Hos patienter med arterielle sår tiltager sårsmarterne, hvis benene hæves, fordi den arterielle tilførsel af blod reduceres, og derved opstår iskæmi. Sårsmarterne mindskes, når benene hænger nedad og i stående stilling, fordi den arterielle blodtilførsel øges (4). Hvis patienten tidligere har oplevet, at sårbehandling eller forskellige aktiviteter medførte smerter, kan det skabe en smerteforventning, som forværrer smerteoplevelsen. F.eks. kan patienter, som har haft stærke

smerter ved håndtering af sår, frygte sårbehandling, fordi de forventer at få ondt (9,31). Kortlægning og vurdering af lindrende og forværende faktorer må ske i samarbejde og dialog mellem sygeplejersken og patienten. Informationen kan bl.a. danne basis for igangsætning af ikke-medicinske tiltag, så patienten bliver bevidst om, hvad der kan gøres eller undgås for at opnå færre smerter. Disse faktorer kan desuden anvendes som udgangspunkt i samtaler med det formål at afstemme forventninger og reducere patientens frygt for sårbehandling, aktivitet eller bevægelse.

Brug af spørgeskemaer og smertedagbog

Smertespørgeskemaer og smertedagbøger er ofte sammensat af spørgsmål, der kortlægger flere dimensioner af smerter, f.eks. intensitet, lokalisering, tidsmønster m.m. Der eksisterer kun få registrerings- eller spørgeskemaer, der specifikt omhandler sårsmarter. Sårsmertespørgeskema er udviklet i samarbejde mellem såreksperter og medicinalfirma og er frit tilgængeligt til brug for klinikere på webstedene www.less-pain.com/no og www.saar.dk > Bladet sår > Sårindex > Sår 4-2006. Der kan også benyttes spørgeskemaer, der kortlægger smerter generelt, i forbindelse med grundlæggende kortlægning af sårsmarter (12). Eksempler på sådanne skemaer er Brief Pain Inventory (BPI) og McGill Pain Questionnaire (MPQ) (32). Disse skemaer er tilgængelige på webstedet www.spoergeskemaer.dk, og der kan opnås tilladelse til at benytte skemaerne ved at kontakte skemaernes forfatter eller oversætter. Man kan også bede patienten om at udfylde smertedagbøger i en begrænset periode for at få et overblik over sårsmarternes intensitet, variationer over døgnet og lindrende/forværende faktorer (4,17).

Spørgeskemaer, registreringsskemaer og dagbøger kan fungere som nyttige påmindelser til sygeplejersken om at huske at kortlægge og vurdere sårsmarter samt evaluere smertebehandlings effekt. Desuden sikrer sådanne værktøjer, at der indsamles nødvendig og ensartet information. Skemaerne skal være enkle at bruge og ikke for omfattende og tidskrævende (33). Spørgeskemaerne må ikke erstatte samtalen og interaktionen mellem sygeplejerske og patient i forbindelse med kortlægning af sårsmarter (30). Skemaerne kan være nyttige som grundlag for en god samtale, idet de kan få patienten til at åbne op og give både patient og sygeplejerske noget konkret at forholde sig til ved kortlægning af

Stop og tænk

Vurdér din egen praksis. Findes der et struktureret dokumentationssystem for sårsmarter på din arbejdsplads? Har alle involverede sundhedspersoner i givet fald adgang til dette dokumentationssystem?

sårsmerte (4,12). For at få udbytte af denne form for skemaer skal sygeplejersken og patienten vide, hvordan de bruges og fortolkes (17).

Hyppighed af kortlægning af sårsmarter

Grundlæggende smertekortlægning bør udføres ved det første patientmøde og gentages ved mistanke om betydelige ændringer i patientens sårsmarter. Opfølgende smertekortlægning bør udføres jævnlige hos patienter med sårsmarter (4). Infektion i såret og forværring eller bedring af det er almindelige sårrelaterede faktorer, der kan ændre smerterne. Det er godt, hvis sådanne ændringer kortlægges tidligt for at begrænse smerterne mest muligt. Ved opfølgende smertekortlægning bør sårsmarter som udgangspunkt kortlægges og vurderes ved hver sårbehandling (før, under og efter proceduren). Hos patienter med kraftige eller ustabile baggrundssmerter eller tilfælderelaterede smerter bør sårsmarterne kortlægges hyppigt og ved hvert besøg eller hver konsultation (4). Hos patienter med stabile sårsmarter skal den opfølgende smertekortlægning tilpasses individuelt, idet kortlægningen dog helst skal udføres ved hvert sårskift og mindst én gang om ugen.

Dokumentation af sårsmarter

Kortlægningen og vurderingen af sårsmarter skal skrives ind i patientens journal og være tilgængelig for alle sundhedspersoner, der skal behandle patientens sår og sårsmarter (8,12). Denne dokumentation sikrer god kommunikation mellem sundhedspersoner og regelmæssig opfølgning på patienten (4,10). Indledningsvist nedskrives den grundlæggende kortlægning af sårsmarter med information om sårsmarternes type, forekomst af hypersensibilitet, smerteintensitet, smertebeskrivelse, smertelokalisering, tidsmønster for smerterne, deres indvirkning på funktion samt lindrende og forværende faktorer. Efterfølgende journalnotater baseres på opfølgende smertekortlægning og bør som minimum indeholde information om sårsmarternes intensitet og eventuelle forbedringer eller forværringer af sårsmarterne. De samme måleværktøjer skal benyttes hver gang for at kunne følge udvikling og ændring i sårsmarterne samt dokumentere virkningen af smertelindrende behandling (4,10,18). Det kan være nyttigt at benytte kurver til at registrere og lave grafer for sårsmerteintensitet over døgnet og/eller ved sårbehandling til at se udvikling og ændring i smerter over tid (17).

Skemaer til registrering af døgnkurve over sårsmarter og kurve over sårsmarter ved forbindelsesskift fås ved henvendelse til Tone Marte Ljoså. Hendes e-mailadresse findes øverst i artiklen.

Konklusion

Kortlægning af smerter kan struktureres i tre trin, der omfatter kortlægning af helbredsmæssig baggrund, grundlæggende kortlægning af smerter og opfølgende kortlægning af smerter. Grundlæggende kortlægning af smerter omfatter en grundig indsamling af information om smerternes type, forekomst af hypersensibilitet, smerteintensitet, smertebeskrivelse, smertelokalisering, tidsmønster for smerterne, deres indvirkning på funktion samt faktorer, der lindrer eller forværer. Opfølgende kortlægning af smerter er en mindre omfattende procedure og indebærer ofte indsamling af information om smerteintensitet og eventuelt ændringer i smerteoplevelsen.

Kortlægning af smerter kan anvendes til indledende beskrivelse af patientens sårsmarter og udgør et godt grundlag for at identificere behov for og udvælge type af smertestillende behandling. Kortlægning af smerter kan også anvendes til at vurdere virkningen af smertelindrende tiltag. Ændringer i smerternes intensitet og deres indvirkning på funktion giver en indikation af, om smertebehandlingen er tilfredsstillende eller bør ændres (10,17).

I del to af denne artikelserie, der bringes i Sygeplejersken 2014; (7), gives en uddybende beskrivelse af forskellige typer behandling af sårsmarter. ►

Svar på læsertest side 69.

- 1a. Patienten har baggrundssmerter (i forbindelse med hvile om eftermiddagen og om aftenen/natten), tilfælderelaterede smerter (ved aktivitet) og procedurerelaterede smerter (ved sårbehandling).
 - 1b. Desuden har patienten højt sandsynligt nociceptive (som følge af vævsskade) og inflammatoriske smerter (som følge af inflammation i såret). Der er ingen information i denne case, som peger på, at patienten har neuropatiske smerter.
 - 1c. Patienten har akutte sårsmarter, eftersom hun kun har haft såret i to uger. Denne varighed er inden for det, der regnes for normal helingstid for et bensår. De procedurerelaterede smerter er også en form for akutte smerter.
-

► Litteratur

1. Parker K. Psychosocial effects of living with a leg ulcer. *Nursing Standard* 2012;26(45):52-62.
2. Price PE, Fagervik-Morton H, Mudge EJ et al. Dressing-related pain in patients with chronic wounds: an international patient perspective. *Int Wound J* 2008;5:159-71.
3. Price PE, Fogh K, Glynn C et al. Managing painful chronic wounds: The wound pain management model. *The International Wound Journal* 2007;4(1):4-15.
4. Woo K, Sibbald G, Fogh K et al. Assessment and management of persistent (chronic) and total wound pain. *Int Wound J* 2008;5(2):205-15.
5. Ribu L, Rustøen T, Birkeland K et al. The prevalence and occurrence of diabetic foot ulcer pain and its impact on health-related quality of life. *The Journal of Pain* 2006;7(4):290-9.
6. Briggs M, Flemming K. Living with leg ulceration: a synthesis of qualitative research. *J Adv Nurs* 2007;59(4):319-28.
7. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. A systematic review on the impact of leg ulceration on patients' quality of life. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5(1):44-56.
8. Maddox D. Effects of venous leg ulcerations on patients' quality of life. *Nursing Standard*. 2012;26(38):42-9.
9. Solowiej K, Mason V, Upton D. Psychological stress and pain in wound care, Part 2: a review of pain and stress assessment tools. *Journal of Wound Care* 2010;19(3):110-5.
10. White R. Pain assessment and management in patients with chronic wounds. *Nursing Standard* 2008;22(32):62-8.
11. Wounds International. The best practice statement on pain and trauma in wound management. *Wounds UK* [tidsskrift på internettet]. 2004 Apr, Issue 1 [citeret 1. september 2013]. Tilgjengelig på: <http://www.woundsinternational.com/clinical-guidelines/best-practice-statement-minimising-trauma-and-pain-in-wound-management>.
12. Wounds International. International consensus. Optimizing well-being in people living with a wound. An expert working group review. *Wounds International* [tidsskrift på internettet]. 2012 [citeret 3. september 2013]. Tilgjengelig på: http://www.woundsinternational.com/pdf/content_10309.pdf.
13. Merskey H, Bogduk N. Pain Terms: A Current List with Definitions and Notes on Usage. I: Merskey H, Bogduk N, editors. *Classification of Chronic Pain*. Second edition. Seattle: IASP Press; 2011. p. 209-14.
14. McCaffery M, Bebe A. *Smerter: En lærebok for helsepersonell*. Oslo: Ad notam Gyldendal; 1996.
15. McQuay HJ, Moore A. *Method of Therapeutic Trials*. I: McMahon SB, Kolzenburg M, editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Philadelphia: Elsevier Inc.; 2006. p. 415-26.
16. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Principles of Best Practice: Diagnostics and Wounds*. A consensus document. London: MEP Ltd; 2008.
17. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Minimizing pain at wound dressing-related procedures: A consensus document*. London: MEP Ltd; 2004.
18. World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). *Minimizing pain at dressing-related procedures: Implementation of pain relieving strategies*. A consensus document. Toronto: WoundPedia Inc; 2007.
19. Mølnlycke Health Care. *Hvorfor har jeg smerter?* [Industrisponsorert sundhedsinformasjon på internettet]. Tilgjengelig på: <http://www.molnlycke.com/patient/no/Pain-Centre/Learn-more-about-Safetac-and-less-pain/Pain-Centre/>.
20. Solowiej K, Upton D. Painful dressing changes for chronic wounds: assessment and management. *Br J Nursing* 2012;21(20):S20-S5.
21. Fishman S, Ballantyne J, Rathmell JP. *Bonica's pain management*. London: Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
22. M. D. *Neuropathic pain: Pathophysiological responses of nerves to injury*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013.
23. The European Wound Management Association (EWMA). *Position document: Pain at wound dressing changes*. London: Medical Education Partnership Ltd; 2004.
24. Ringkamp M, Raja SN, Campbell JN, et al. *Peripheral Mechanisms of Cutaneous Nociception*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013.
25. McQuay HJ, Moore A. *Methods of therapeutic trials*. I: McMahon S, Kolzenburg M, Tracey I et al, editors. *Wall and Melzack's Textbook of Pain*. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 1264-7.
26. Dihle A, Helseth S, Paul SM et al. The exploration of the establishment of cutpoints to categorize the severity of acute postoperative pain. *Clin J Pain* 2006;22(7):617-24.
27. Li KK, Harris K, Hadi S et al. What should be the optimal cut points for mild, moderate, and severe pain? *J Palliat Med* 2007;10(6):1338-46.
28. World Health Organization (WHO). *WHO's pain ladder for adults*. World Health Organization; 2013 [citeret 3. september 2013]. Tilgjengelig på: <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
29. Melzack R, Kats J. *Pain measurement in adult patients*. I: McMahon S,

- Koltzenburg M, Tracey I et al, editors. Wall and Melzack's Textbook of Pain. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2013. p. 931-53.
30. Young T. Assessment of wound pain: overview and a new initiative. Br J Nursing 2007;16(8):456-61.
31. Hollinworth H. The management of patients' pain in wound care. Nursing Standard 2005;7:65-73.
32. Drewes AM, Helweg-Larsen S, Petersen P, et al. McGill Pain Questionnaire translated into Danish: experimental and clinical findings. Clin J Pain 1993;9(2):80-7.
33. Barret S. "Heal not hurt": piloting an initiative on wound pain assessment. Br J Nursing 2007;12(6):S18-21.

English abstract

Ljoså TM, Gundersen S, Johansen E. Wound Pain in Patients with Chronic Calf and Foot Wounds, Part I: Structured Charting and Assessment of Wound Pain. Sygeplejersken 2014;(6):65-75.

Wounds and treatment of wounds can be painful. A structured charting and assessment of wound pain is necessary to provide optimal pain treatment. This article is the first of two articles dealing with the charting and treatment of wound pain. In article one, readers acquire in-depth knowledge of charting and assessment of wound pain. The information and recommendations are based on professional and research literature found through structured database searches and the author's clinical experience.

Keywords: Wound, wound treatment, wound pain.



sorbact®
green wound healing



- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Til svamp i hudfolder
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Ingen resistensudvikling
- ✓ Veldokumenteret

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



Distribution:
Mediq Danmark A/S - Tlf. 36379200
Abena A/S - Tlf. 74311818
One Med A/S - Tlf. 86109109



Kontakt os for yderligere information eller vejledning.

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

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 7 - 2014
15. maj 2014

Nr. 8 - 2014
10. juni 2014

Nr. 9 - 2014
29. juli 2014

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk

Internet: www.dmfnet.dk

Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 7 - 2014
23. maj 2014

Nr. 8 - 2014
13. juni 2014

Nr. 9 - 2014
1. august 2014

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 7 - 2014
6. juni 2014

Nr. 8 - 2014
27. juni 2014

Nr. 9 - 2014
15. august 2014

Sygeplejerske

søges til samarbejdspraksis
i Søborg, Gladsaxevej 133
pr. 1/8 2014

Arbejdstiden er 28-32 timer/uge efter nærmere aftale.

Vi tilbyder et lægehus bestående af 3 fuldtidspraksis med delvis samarbejde, hvor du vil blive tilknyttet den ene til at løse blandt sekretær- og sygeplejerskeopgaver.

Vi har et dynamisk og udfordrende arbejdsmiljø, som du kan være med til at præge. Vi lægger vægt på en positiv og imødekommende stemning i huset med respekt for hinanden og patienterne.

Vi forventer, at du er udd. sygeplejerske eller sosu assistent med sygehus- eller praksiserfaring. At du er selvstændig, lærenem og stabil med arbejdsglæde og engagement. At du er imødekommende og god til at kommunikere og samarbejde. Har solidt IT kendskab og evner at løse tekniske problemer. Kan visitere patienter ved såvel telefonisk som personlig kontakt.

Vi arbejder med journalsystemet Medwin.

Løn iht. gældende overenskomst. Har du spørgsmål, venligst kontakt læge Lizzi Hald Larsen, tlf. 2241 9107.

Ansøgning senest onsdag den

14. maj 2014 til:

Lizzi Hald Larsen
Kålmarken 29
2860 Søborg



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

 Sundhedsstyrelsen

EMBEDSLÆGEINSTITUTIONEN ØST
OVERSYGEPLEJERSKE

Har du lyst til at arbejde sygeplejefagligt på administrativt niveau? Så er du måske vores nye kollega.

Du vil primært skulle arbejde med følgende opgaver:

- Udføre og afrapportere udgående tilsyn på plejehjem, bosteder og private klinikker.
- Føre tilsyn med sundhedspersoner.
- Rådgive kommuner og regioner om sundhedsmæssige forhold på blandt andet plejehjem, bosteder og i hjemmeplejen.

På Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk/job kan du læse mere om stillingen.

Ansøgningsfristen er den 21. maj 2014.

www.sst.dk/job

Deltidsarbejde i almen praksis

Sygeplejerske søges til møderne soloklinik på Østerbro.

Klinikken er veludstyret, der er mange alsidige opgaver og mulighed for stor selvstændighed. Der er blandt andet velfungerende ambulatorium for diabetes, KOL og forebyggelse af CVD.

Arbejdstid 22 t/u med mulighed for individuel tilpasning.

Aftenkonsultation om onsdagen mellem kl. 16-18. Praksiserfaring en fordel.

Start tilstræbes 1.6.2014.

Ansættelse i henhold til seneste overenskomst mellem PLA og DSR.

Se mere på www.drKovacs.dk

Ansøgningsfrist 15. 5. 2014

Ansøgning sendes til
Læge F. Kovacs
Østerbrogade 204. 1. th
2100 København Ø



Dansk Sygeplejeråd

Når hjerne og hjerte mødes midt i det hele

I psykiatrien i Region Midtjylland har vi både hjerne og hjerte med i vores arbejde.

Vil du have en hverdag, hvor skarpe hjerner og varme hjerter skaber tryk og lindring for psykiatriske patienter?

Se alle ledige job på midtjob.dk.



midtjob
.dk

et arbejde med hjerne og hjerte

To sundhedsplejersker til sundhedsteam med fokus på unge

Har du lyst til at indgå i et sundhedsteam, der sætter fokus på unges sundhed?

Sundheds- og Kulturforvaltningen i Aalborg Kommune ønsker at øge den forebyggende indsats på ungdomsuddannelserne. Blandt andet ved at tilbyde sundhedssamtaler til unge med afsæt i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke.

Som en del af sundhedsteamet får du til opgave at planlægge, udforme og gennemføre indsatsen på ungdomsuddannelserne samt gennemføre de lovpligtige udskolingsundersøgelser blandt 9. kl. elever.

Yderligere information

Se det fulde jobopslag og få mere at vide om, hvordan du søger på: www.aalborgkommune.dk
Bemærk: Ansøgningsfrist 20. maj 2014.



Klaksvíkar Sjúkrahús FO-700 Klaksvík

Ferieafløser

Anæsthesisygeplejerske

Til vores anæstesiafdeling søger vi en fuldtidsbeskæftiget anæsthesisygeplejerske fra 01.07.14 – 31.08.14.

Dokumenterede rejseudgifter vil blive refunderet. Der vil være mulighed for at leje møbleret værelse eller lille lejlighed.

Løn i henhold til overenskomst mellem Felagið Føroyskir sjúkrarættarfrøðingar og Fíggjarmálaráðið. Nærmere oplysninger vedrørende stillingen fås ved henvendelse til afdelingssygeplejerske Annfríð Winther, tlf. 00298 454545 lokal 4513 annfrid@ks.fo eller forstanderinde Jona Nielsen, lokal 4606 jona@ks.fo

Ansøgning vedlagt kopi af autorisation, eksamensbevis samt oplysninger om tidligere ansættelse sendes til Klaksvíkar Sjúkrahús, sygehusdirektøren, FO-700 Klaksvík.

Ansøgningsfrist 19.05.14

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

CENTER FOR
NEUROREHABILITERING
FILADELFIA

Sygeplejerske

Dagvagt pr. 1. juli 2014 eller snarest derefter

Læs det fulde stillingsopslag og mere om Center for Neurorehabilitering – Kurhus på www.kurhus.dk eller www.filadelfia.dk

Yderligere oplysninger om stillingen eller et evt. besøg i afdelingen ved henvendelse til ledende sygeplejerske Lis Petersen tlf. 58 27 12 64.

Vi ser gerne, at du søger online via www.filadelfia.dk. Alternativt kan ansøgningen sendes til personalekonsulent Charlotte Bertelsen, Filadelfia, Kolonivej 1, 4293 Dianalund.

Ansøgningsfrist er senest den 23. maj 2014.
Ansættelsessamtaler vil finde sted i uge 22.

www.filadelfia.dk

Filadelfia: Epilepsihospitalet, Forskning, Neurorehabilitering, Neurofysiologi, Søvnklinik, Laboratoriet, Skoler, Botilbud, Værkstedcenter, Conferencecenter, Specialrådgivning og Diakoni

Net annoncer


Gå ind på www.dsr.dk/jobsogning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.


Quicknr. **Hovedstaden**
37337 Plejecentret Skanselyet
Sygeplejerske søges til Plejecentret Skanselyet
Ansøgningsfrist: 12. maj 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37334 Albertslund Kommune
Sygeplejersker til udekørende nattevagt
Ansøgningsfrist: 11. maj 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37312 Københavns Kommune 
Sygeplejersker til projekt om inkontinens og bækkenbundstræning for borgere i plejebolig
Ansøgningsfrist: 13. maj 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37349 Aleris-Hamlet Hospitaler
Anæstesisygeplejerske
Ansøgningsfrist: 26. maj 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37348 Hillerød Kommune 
Sundhedsplejerske
Ansøgningsfrist: 19. maj 2014

Quicknr. **Hovedstaden**
37339 Gladsaxe Kommune 
Demenskoordinator til Seniorcenter Bakkegården
Ansøgningsfrist: 2. juni 2014

Quicknr. **Sjælland**
37296 Stevnslægerne
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 20. maj 2014

Quicknr. **Midtjylland**
37297 Læge Morten B. Krag
Konsultationssygeplejerske
Ansøgningsfrist: 28. maj 2014

KURSER, MØDER OG MEDDELELSER

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Nordjylland

Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland
Sommerudflugten går til Dansk Landbrugsmuseum Gammel Estrup.

Rundvisning på slottet.
Middag i "Den gamle stald".
Afgang fra kredskontoret kl. 9.00

Tid og sted:
27. maj 2014 kl. 09:00 - 17:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

Arrangør:
Kontaktudvalget,
Seniorsammenslutningen

Tilmelding:
Birgit Hansen på
tlf. 6084 6854 eller
AnnaLise Bonde på
tlf. 2283 4628

Pris:
Kr. 225
Yderligere info:
www.dsr.dk/nordjylland

Midtjylland

Sommerudflugt for Seniorerne i Viborg/Skive

Til Silkeborg med besøg på Museum Jorn, middag på Hotel Himmelbjerget og kaffe på Café Silkeborg Bad.

Opsamling:
kl. 8.00 - Rutebilstationen, Skive
kl. 8.30 - Tinghallen, Viborg
kl. 9.00 - Mosaikken, Kjellerup

Tid og sted:
3. juni 2014 kl. 08:00 - 17:30
Silkeborg: Museum Jorn, Himmelbjerget og Café Silkeborg Bad

Arrangør:
Seniorsammenslutningen,
Kontaktudvalget Viborg/Skive

Pris:
Kr. 200

Tilmelding:
Bindende tilmelding senest den 25. maj 2014 til Ingrid Bøge på tlf. 8688 0084,
ingridboege@hotmail.com
eller Else Marie Koefoed på tlf. 8664 7332, emj@koefoed.dk

Sommerudflugt til Voergård Slot

Afgang fra Musikhuset kl. 8.00, hjemkomst ca. 18.15. Sidste frist for afmelding (for at få depositum retur) er den 19.5.2014.

Bemærk: Alle pladser er besat.

Tid og sted:
27. maj 2014 kl. 08:00 - 18:15
Voergård Slot, Voergård 6, 9330 Dronninglund

Arrangør:
Seniorsammenslutningen,
Kontaktudvalget i Århus afd.

Yderligere info:
Yderligere oplysninger/afmelding på telefon 2398 1009 eller 8619 1708

Syddanmark**Sommerudflugt Seniorsammenslutningen Fyn**

Turen går til Skovsgård Gods på Sydlangeland. Opsamling ved busholdepladsen Dannebrogsgade Odense præcis kl. 10.00, Ringe ved Lidl, kl. 10.25, Svendborg ved Midtbyhallen, Johs. Jørgensens Vej 10, kl. 10.50

Tid og sted:

22. maj 2014 kl. 10:00 - 18:00

Se opsamlingssteder i tekst samt på hjemmesiden

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest 14. maj til Ingelise, tlf. 5184 2275, ibruhn@hotmail.com eller Conny, tlf. 2176 8818, coands@gmail.com

Pris:

Kr. 200, som inkluderer bus, rundvisning, frokost og kaffe

Yderligere info:

www.dsr.dk

Sommerudflugt Seniorsammenslutningen Trekanten

Turen går til Tønder, herunder middag på Rudbøl Grænseskro, besøg på Drøshes hus og efterfølgende kaffe.

Afgang Vejle, Borgvold 08.00, Fredericia Banegård 08.30, Kolding rutebilstation 09.00. Retur mellem kl. 17.30 og 18

Tid og sted:

22. maj 2014 kl. 08:00 - 18:30 Bemærk opsamlingstidspunkterne.

Se endvidere hjemmesiden.

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Senest 15. maj til Vibeke Wellendorf, tlf. 2176 7697 / 9720 9587 eller Jenny Malberg, tlf. 3123 7433

Pris:

Kr. 400 for medlemmer, kr. 450 for ikke-medlemmer

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Årets udflugt hvor turen går til Humlemagasinet på Fyn. Første stop Tørskind Grusgrav m. kaffe og rundstykker. 2 retters middag i Harndrup Forsamlingshus samt rundvisning og kaffe på Humlemagasinet.

Tid og sted:

17. juni 2014 kl. 08:30 - 18:30 Start fra Museumspladsen kl. 08.30. Hjemkomst ca. kl. 18.30

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Tilmelding:

Senest 10. juni, derefter bindende. Til Elna Schousboe, tlf. 7511 6686 / 2334 0526 - elnaschousboe@bbsyd.dk eller til Nina Jacobsen, tlf. 7513 2246 / 3032 4337

Pris:

Kr. 300, drikkevarer for egen regning

Yderligere info:

www.dsr.dk

DSR Meddelelse**Hold A-71 fejrer 40 års jubilæum og søger elevkammerater**

Holdet afholder 40 års jubilæumsarrangement i Aalborg den 6. september 2014, men savner at få kontakt til Lone Ehlers, Gitte Nielsen/Andersen tidl. Terndrup sygehus, Anne Marie Bomholt, Elin Holland, Aase Jensen, Anne Marie Nielsen, Birthe ?

Vi ser frem til at høre fra jer, og meget gerne på mail. Lone Mand Thomsen (Jørgensen) lonemandthomsen@gmail.com Jytta Mølgaard Højsleth, jyttasmh@gmail.com

Hold marts 81 fra Vendsyssel Sygeplejerskole

30 års jubilæum september 2014. Vi forsøger at samle alle i Hjørring. Send tlf. nr./mailadresse og tag gerne kontakt til dem du kender fra holdet. Når vi kender deltagerantal, sender vi program og pris for dagen, som er planlagt til lørdag d. 6.9.2014. Meld gerne tilbage hurtigst muligt, dog senest 1.7.2014 til Annette Dam - annette@stromgade.dk Birgit Christensen - bc292@hotmail.com Brigitte Sørensen - brs@ucn.dk tlf. 7269 1109

Alumnearrangement for tidligere sygeplejestuderende UCN

Sygeplejerskeuddannelsen på UCN afholder gratis alumnearrangement for tidligere studerende og elever, samt vores kliniske vejledere og personale i Hjørring. Dato: 10. juni kl. 17.30-21.00. Sted: Skolevængen 45, Hjørring. Kom og oplev oplæg om "Ro, renlighed og regelmæssighed" v/Professor Charlotte Delmar fra Aarhus Universitet. Tilmelding via ucn.dk/100aarsjubilæum se frist på hjemmeside. Husk dit dimissions år!

DSR Fonde og legater**Uddeling af stipendium til sygeplejersker - Harboefonden**

Til sygeplejersker der ønsker at kunne skrive projektforslag til sit forestående ph-d studium uden at skulle arbejde på fuld tid i perioden. Stipendiet er på 110.000 kr. Ansøgningsblanket på www.Harboefonden.dk - med beskrivelse af hvad der forventes i ansøgning. Den skal være Harboefonden i hænde senest 5. juni 2014 på Harboefonden, c/o Agilent Technologies, Produktionsvej 42, 2600 Glostrup - ikke på e-mail. Oplysninger torsdag tlf. 4053 8775

Ansøgningsfrister Stipendiefonden

Ophold med start i september 2014: Ansøgningsfrist 1.7.2014, bevillingssmøde 13.8.2014. Ophold med start i oktober 2014: Ansøgningsfrist 1.8.2014, bevillingssmøde 3.9.2014. Ophold med start i november 2014: Ansøgningsfrist 1.9.2014, bevillingssmøde 1.10.2014. Uddelingerne fra Stipendiefonden går til studieophold, kongresser m.v. i udlandet. Ansøgningsfrister, retningslinjer og ansøgningsskema findes på www.dsr.dk/stipendiefonden

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen**

Se, om netværket er noget for dig - eller anbefal os evt. til en sygeplejerske, du kender? Se på hjemmesiden, hvem vi er - og hvad vi arbejder med på vores møder.

Tid og sted:

27. maj 2014 kl. 13:00 - 15:00 Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal, København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne

Læring i klinisk praksis

Temadag for kliniske vejledere. Hvad karakteriserer egentlig klinisk praksis og det at skulle lære og undervise der? Hvordan er betingelserne for de kliniske vejledere? Oplæg af bl.a. Stinne Glasdam.

Tid og sted:

16. juni 2014 kl. 09:00 - 15:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Sygeplejerskers rolle i rehabilitering

Ældre skal være mere selv-hjulpne. Men kan og vil de ældre det? Og hvilken rolle kan sygeplejersker spille i rehabiliteringsindsatsen? Kom og hør forsker Pia Kürstein fra KORA om dette, og del dine erfaringer med os.

Tid og sted:

2. juni 2014 kl. 16:00 - 19:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Pris:

Gratis

Roller og forventninger, arrangement for visitatorer

Tværfaglige møder for alle visitatorer i kommuner i Region Hovedstaden. Hillerød den 19/5, Høje Taastrup 21/5, København 26/5.

Tid og sted:

26. maj 2014 kl. 12:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal,

Arrangør:

DSR, Danske Fysioterapeuter, Ergoterapeutforeningen (lokkalt)

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Er forældreforberedelse vejen frem?

Kom og hør om forældrekurser, Leksand-modellen og forskning om fødsels- og forældreforberedelse. For sundhedsplejersker.

Tid og sted:

27. maj 2014 kl. 16:00 - 19:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

**SUNDHEDSFAGLIGT UDDANNEDE JOBRÅDGIVERE**

DSA er med dig. Du kan bruge os, hvis du savner inspiration til at komme videre med karrieren eller står uden arbejde. Hver måned udbyder vi et antal karrierecoachingforløb, som du kan booke dig til. Du bliver vejledt af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, der kender dit fag og arbejdsmarked.

Vi sparrer også gerne med dig om din ansøgning, dit cv og din jobsamtale, så jobbet forhåbentlig bliver dit.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



- Frihed til selv at vælge
- Vagter i primærsektoren dag - aften - nat
- Selvstændig - udfordring - kvalitet
- Bliv vikar - vi mangler dig

Telefon 3969 1089
www.personalegruppen.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Smukt gammelt Skagenshus

Husene er oprindelige og attraktive, ligger 75 m. fra hav, havn, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt miljø i huse, som er løbende renoveret. Der er 400 m² udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse:
www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

Skønt beliggende smålandshus, Sverige

Mindre hus beliggende i landlige omgivelser og åbent landskab. Ingen myg/knot. Nyrenoveret. Pinse/sommerferieophold. Mange oplevelsesmuligheder. Pris pr. uge 4.000 kr., 10 dage 5.000 kr., 14 dage 6.700 kr. ekskl. el. Venligst mail for fotos og info.
abp@post.tele.dk

Idyllisk og charmerende sommerhus nær Skagen

Beliggende på ugenert naturgrund med kun 200 m til børnevenlig strand. 5 sovepladser, rummeligt og meget hyggeligt. Perfekt ramme til en god ferie. Pris pr. uge fra kr. 3.000 Henvendelse på:
Tlf. 2070 7716
fhogvu@gmail.com

Ferie på Strynø!

Kom og oplev en levende og smuk ø i det sydfynske øhav! Dejligt hus med 4 sengepladser kan lejes i Strynø by. Weekender eller hele uger.

Ring til Bente på
3050 4805

FERIE PÅ SYDHAVSØERNE HUMMINGEN

Hyggelig 90m² russisk rundtømmerhus, max 8 pers. 300 m fra stranden. 3 vær./stue/køkken/spa og sauna. Området byder på gå ture/fiskeri, besøge Knuthenborg, sejlskib på Nakskov fjord, besøge de gamle købstæder på Lolland/Falster. Fra 2.000 kr./uge + forbrug.
www.feriepaolland.dk
Tlf. 2234 0702 / 2233 8507

Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool. Direkte fly til Alicante. Kr./uge fra 2.405,-

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

Italiensk byhus i mindre bjergby 50 km syd for Rom udlejes

30 km fra Middelhavet ligger den autentiske italienske by Cori. Huset ligger i det historiske centrum og har to lejligheder, den øverste med udsigt til Middelhavet og plads til 4-6 personer. Priser 2500 - 4600 kr. Peter Friis, friitho@hotmail.com
www.cori-hus.dk

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehotel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Bondegårdsidyl Vestfyn

4 ferielejligheder til 4/5 samt 8 personer på 4-længeget stråttækt bondegårdsidyl ved Assens udlejes i sommerferien. Have med grill, havemøbler, legeplads og boldspil. Høns og 2 kaniner. Pris pr uge 2.500,- kr. til 3.300,- kr.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6417 5516

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Skærby Strand

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Sommerferie i Danmark

Lækkert, velholdt EBK sommerhus med en pragtfuld udsigt 2. række til Isefjorden, Tuse Næs ved Holbæk udlejes. Plads til 6 pers. Ikke ryger. Mange udflugtsmuligheder. Kun 1 time til KBH. Se mere:
www.w123hjemmeside.dk/
madsogkarina
eller 2285 8491

Lækkert sommerhus tæt på badestrand i Nykøbing Sj.

Nyrenoveret sommerhus, lyst og lækkert, 3 min. gang fra bedste sandbadestrand, 85 m², 3 værelser, 7 personer, nyt køkken og bad, stor grund, tæt på byens centrum. Uge: fra 2.500 - 4.800 kr. weekend: fra 1.550 kr. Henvendelse: tlf. 2043 9588 lonebraestrup@nyka.dk

16 personers FERIA BOLIG på Sydfyn

Skøn beliggenhed med udsigt over det sydfynske øhav. Tæt på badestrand. 265m² bolig. Weekend/ugebasis året rundt. Boligen er ny-istandsat med mange lækre detaljer. TV, fri internet. 10.000m² naturgrund med boldbane og bålplads. Tlf. 2961 5005 Mail: info@sommerhus-horneland.dk
www.sommerhus-horneland.dk

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes

Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyllegaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjælland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Vi tilbyr
sommer-
bonus
til alle!*

Vil du ha sikker jobb med god lønn i eksotiske Norge?

Dedicare søker etter flere sykepleiere og spesialsykepleiere.

Du styrer din egen arbeidstid. Prøve nye arbeidsplasser og arbeidsoppgaver. Jobbe korte perioder eller få fast jobb. Vi tilbyr **ekstra 30kr*** timen til alle spesialsykepleiere. Du får hjelp til skatt og autorisasjon og din egen personlige bemanningskonsulent. Husk at vi i tillegg betaler din reise og bolig.

Nyutdannet – vi har jobb til deg!

Kontakt oss snarest mulig!

Registrere deg på www.dedicare.no/nurse eller ring oss på **+47 074 80**

Du kan og maile oss på rekruttering@dedicare.no

*Spesielle vilkår gjelder. Kontakt oss for nærmere informasjon.

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse