

OPTIMALT INDLÆGGELSESFORLØB TIL PATIENTER MED KOL

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 10 » 15. MAJ 2009 » 109. ÅRGANG

**Brat opvågnen
i det islandske
sundhedsvæsen**

KORT NYT

**Mere psykiatri
begrænser
kriminalitet**

**Facebook – Husk
din professionelle
tavshedspligt**

**★ Sundhedsplejersker
skal være sikre
i motorikken**

PSYKISK SYGE HAVNER I INGENMANDSLAND

PALLIATIV SYGGELEJE TIL ALLE ALVORLIGT SYGE

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

Det er slet ikke godt nok. Danske Regioner siger det ligeud i et nyt udspil om en bedre indsats over for psykisk syge kriminelle. Der er brug for flere senge og flere medarbejdere i retspsykiatrien, og samarbejdet mellem de mange aktører omkring patienterne skal styrkes. Faktisk findes der i dag udbredt viden om, hvordan man kan forbedre virkeligheden både for de syge og deres mulige ofre. Ved at satse på psykiatrien kan kriminaliteten begrænses.

DE PSYKISK SYGE ER **DØMT UDE**

LÆS SIDE 22

UDSYN

Brat opvågningen i det islandske sundhedsvæsen

Efterårets finanskrak har ramt Island som et voldsomt efterskælv. Der er udsigt til årlige besparelser i sundhedsvæsenet på 10 pct., og krisen har også ramt de islandske sygeplejersker.



20 Sundhedsministeren er parat til at nedbryde faggrænserne

Sundhedsministeren støtter forslaget om en uddannelse til klinisk ekspertsygeplejerske, men indholdet i det nye arbejdsområde skal bero på forhandlinger om opgaveglidning mellem de faglige organisationer på sundhedsområdet, heriblandt Dansk Sygeplejeråd.

33 Ud med sproget – "Hvis ikke vi sigter efter stjernerne, når vi aldrig trætoppene"

Kampagnen "Operation Life" skulle redde 3.000 liv, men det lykkedes kun at redde halvdelen. Leder af kampagnen, Beth Lilja, konstaterer, at det tager længere tid end forventet at gennemføre ændringer i det danske sundhedsvæsen.



>>> FAG

Nye takter i hjemmeplejen

Palliation til alle alvorligt syge mennesker, både dem med kræft og ALS og dem med hjertesygdom og almindelig alderssvækkelse. Det lyder som en umulighed, men i Gentofte Kommune er det en realitet. Den palliative pleje er sat i system, og gennem ligeværdige, faste plejeelementer og gennem brug af plejeplaner er det hensigten, at hvert forløb bliver gennemtænkt og helstøbt med fokus på den syges livskvalitet. Læs mere i artiklerne "Palliativ sygepleje til alle alvorligt syge" og "Faglige data er basis for palliativ sygepleje"

LÆS SIDE 46 OG 48

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 39 Dansk Sygeplejeråd mener
- 40 Debat
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 58 Testen
- 61 Agenda
- 62 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser



"Ebba vælger at blive i Berlin, da byen, totalt smadret, falder til de sovjetiske styrker, hvilket får fatale konsekvenser for hende."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 62

FAG

54 Optimalt indlæggelsesforløb til patienter med KOL

På trods af, at patienter med KOL gennemgår et indlæggelsesforløb med fokus på patientundervisning og mestringsredskaber, har en del patienter svært ved at omsætte denne viden efter udskrivelsen.

60 Forsvar for medicinsk sygepleje

Tre sygeplejersker fortæller, hvorfor det er spændende og faglige udfordrende at arbejde med medicinske patienter.



"Sygeplejerskernes status i befolkningen er på linje med lægernes, og interessen for en uddannelse inden for sygeplejen er stærkt stigende."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66

www.sygeplejersken.dk

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



Hvordan ser en psykisk syg ud?

Her på redaktionen havde vi en diskussion om vores artikler om psykisk syge i dette nummer af *Sygeplejersken*. Særligt om billederne, der skulle følge artiklerne. For hvordan illustrerer man artikler om psykisk sygdom?

Hvordan ser en psykisk syg egentlig ud?

Sandheden er ganske givet, at der ikke findes et enkelt svar – og jeg skal ikke gøre mig til fagmand her. Jeg håber blot, at den løsning, vi endte på, giver mening for jer læsere.

Jeg kan huske, at jeg som barn havde en bestemt nabo i Svaneke. Han havde det ikke altid så godt, "oppe i hovedet", som det blev sagt. Han kunne finde på at lukke sig inde i sit hus i uger og måneder. Engang så jeg ham komme stormende ud af huset bevæbnet med en kost og gå til angreb på den nærmeste parkerede bil. Bilen kom ikke noget særligt til, og han løb hurtigt ind i huset igen. Selvom det ikke altid var så nemt, så var det mit indtryk, at det langt hen ad vejen fungerede for ham alligevel. I hvert fald i en række år.

Sådan kunne det være i en lille by som min fødeby for mange år siden – måske er det anderledes i dag. Det at være "normal" er ganske givet heller ikke det samme i dag som for 30 eller 60 år siden.

Vores viden er blevet større, og i dag findes der langt mere kvalificeret behandling og langt flere forskellige lægemidler. Der findes sikkert også langt flere diagnoser.

Alligevel er hele det psykiatriske område et konstant problemfelt i det danske samfund.

For udenforstående kan det være ekstremt komplekst at dykke ned i, og der er rigtig mange bud på problemer og løsninger. I denne udgave tager vi fat i en del af området og forsøger at give lidt baggrundsinformation om problemer og sammenhænge. Jeg håber, I vil læse med.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk

Satsning på psy



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST
FOTO: SIMON KNUDSEN

Oprioritering. Sundhedsministeren og formanden for Danske Regioner vil styrke psykiatrien, som i de seneste år er blevet forfordelt. Et af formålene er at nedbringe kriminaliteten begået af psykisk syge.

Antallet af psykisk syge kriminelle har været stigende i Danmark i de seneste år. Især skizofrene fylder i statistikken over kriminelle i forhold til, hvor lille en del af befolkningen der har sådan en diagnose. Det problem vil sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) og Danske Regioner gøre noget ved. Men de mangler endnu at finde pengene.

"De trænger til et løft. Jeg synes, at vi skylder dem at give dem et løft," siger sundhedsminister Jakob Axel Nielsen om de retspsykiatriske patienter, som er de psykisk syge, der er dømt til behandling eller en anden foranstaltning.

Siden 1980 er antallet af retspsykiatriske patienter syvdoblet i Danmark. Ifølge formanden for Danske Regioner Bent Hansen (S) er der ingen tvivl om, at psykiatrien i en årrække har haltet bagud.

"De udvidelser i antallet af retspsykiatriske senge, der har været i de seneste år, har været for små i forhold til at følge med den samfundsmæssige udvikling og det behov, der har været," siger Bent Hansen.

Ønsker varige bevillinger

I marts offentliggjorde Danske Regioner en plan for, hvordan psykiatrien – herunder retspsykiatrien – kan forbedres. Alene den foreslåede indsats over for psykisk syge kriminelle vil koste 150 til 200 mio. kr. ekstra om året. Det er penge, som regionerne ønsker fra regeringen ved de årlige økonomiforhandlinger til sommer. Regionerne går efter en varig bevilling,

REDAKTIONEN >>>

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



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



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



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



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



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



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



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



kiatri skal begrænse kriminalitet



Der er bred enighed blandt både fagfolk og politikere om, at forholdene for de retspsykiatriske patienter skal forbedres. I marts offentliggjorde Danske Regioner en plan.

som kan sikre en stabil udvikling i retspsykiatrien. I dag er området præget af midlertidige bevillinger fra de såkaldte satspuljemidler.

"Puljerne løber traditionelt fire år, og det er ulykkeligt og urimeligt med de puljepenge til psykiatrien, for dermed sender man det signal, at nu laver vi noget for tre eller fire år, og så ser vi, om der er brug for at gøre det permanent. Men alle ved, at på det her område skal det gøres permanent.

Det er svært at gå ud og lave den store efteruddannelsesindsats og den store rekrutteringskampagne og så samtidig sige: For en sikkerheds skyld skal I vide, at det her kun er for en årrække," siger Bent Hansen.

Sundhedsministeren mener ikke, at det er afgørende med permanente bevillinger.

"Jeg tror, at de psykiatriske patienter er ret ligeglade med, hvor pengene kommer fra, hvis bare de oplever, at der sker et løft. Jeg fornemmer, at der er en større politisk konsensus om, at der skal ske et løft," siger Jakob Axel Nielsen og fremhæver, at der er forbedringer på vej for psykisk syge i kraft af en ny behandlingsgaranti.

Fra januar i år trådte det udvidede frie sygehusvalg i kraft for unge psykisk syge, og ministeren forventer, at voksne psykiatriske patienter kommer med til næste år. Det betyder, at de får mulighed for at vælge privat behandling på det offentlige regning efter ca. en måneds ventetid.

Læs temaet om psykiatrien på side 22.

»»» OVERREPRÆSENTERET I KRIMINALITET

Antallet af retspsykiatriske patienter er steget fra 297 i 1980 til 2.058 i 2008. Navnlig skizofrene dømmes til behandling eller en anden såkaldt foranstaltning, mens mennesker med nervøse eller affektive lidelser sjældent begår kriminalitet. Skizofrene udgør mellem 0,5 og 0,75 pct. af befolkningen, men 2-4 pct. af de kriminelle. Skizofrene begår især vold og anden personfarlig kriminalitet. Det er 75 pct. af dem dømt for, mens 25 pct. er dømt for berigelseskriminalitet. Blandt de øvrige kriminelle er det omvendt: 75 pct. er dømt for berigelse, 25 pct. for personfarlig kriminalitet.

Kilde: "Psykoze og kriminalitet", Ugeskrift for Læger, 20. nov. 2008, Peter Kramp og Dorte Sestoft.

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



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



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



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



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



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 3

TARGIN® (oxycodonhydrochlorid/naloxonhydrochlorid) Depottabletter 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg. **Indikation:** Stærke smerter som kun kan behandles tilstrækkeligt med opioidanalgetika. Opioidantagonisten naloxon modvirker opioidinduceret obstipation, idet oxycodons virkning på opioidreceptorerne lokalt i mave-tarm-kanalen blokeres. • **Dosering:** Voksne og børn over 18 år: Doserer hver 12. time. Dosis tilpasses individuelt efter patientens tilstand og under hensyntagen til eventuel forudgående smertebehandling. Den normale initialdosis til opioidnaive patienter er 10mg/5mg hver 12. time, men afhængig af patientens behov for smertedækning kan der være indikation for at starte med højere doser. Den maksimale døgndosis er 40mg/20mg dagligt. TARGIN® er ikke indiceret til behandling af gennembrudssmerter. Depottabletter skal sluges hele. Må ikke deles, tygges eller knuses. Ved ophør efter længere tids behandling reduceres dosis gradvist. Bør ikke anvendes til børn under 18 år. Hos ældre, samt patienter med let nedsat nyre- og leverfunktion bør dosis justeres efter den individuelle kliniske situation. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer, oxycodon og naloxon, eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Enhver situation, hvor opioider er kontraindiceret. Svær respirationsdepression med hypoxi og/eller hyperkæpi, svær kronisk obstruktiv lungesygdom, cor pulmonale, akut svær bronkial astma, ikke-opioidinduceret paralytisk ileus, graviditet og amning, moderat til svær nedsat leverfunktion. • **Advarsler og forsigtighedsregler:** Hos personer, der er afhængige af opioider, vil misbrug af TARGIN® medføre markante abstinenssymptomer eller forværring af allerede eksisterende abstinenssymptomer. Den største risiko ved opioidbehandling er respirationsdepression. Der skal udvises forsigtighed ved administration af TARGIN® til ældre eller svækkede patienter, patienter med opioidinduceret paralytisk ileus, svært nedsat lungefunktion, myokardem, hypothyroidisme, Addisons sygdom, forgiftningspsykose, cholelithiasis, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pancreatitis, hypertension, hypertension, allerede eksisterende hjerte-karsygdomme, hovedskader (pga. risiko for øget intrakranielt tryk), epilepsi eller tendens til krampeanfald samt hos patienter, der er i behandling med MAO-hæmmere. Der skal også udvises forsigtighed ved administration af TARGIN® til patienter med let nedsat lever- eller nyrefunktion. Det er især nødvendigt, at patienter med svært nedsat nyrefunktion monitoreres omhyggeligt. Patienter, der er i langtidsbehandling med høje opioiddoser, kan initialt få abstinenssymptomer ved skift til TARGIN®. Sådanne patienter kræver særlig opmærksomhed. Længerevarende brug af TARGIN® kan medføre udvikling af tolerance, hvilket kan føre til brug af højere doser for at opnå den ønskede analgetiske effekt. Kronisk brug af TARGIN® kan medføre fysisk afhængighed. Der kan forekomme abstinenssymptomer ved pludselig seponering af behandlingen. Hvis behandling med TARGIN® ikke længere er nødvendig, anbefales det at reducere den daglige dosis gradvist. TARGIN® indeholder lactose. • **Interaktioner:** Forstærket CNS dæmpende effekt med stoffer som alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiva, sovemedler, phenotiaziner, neuroleptika, antihistaminer og antiemetika. Der er observeret klinisk relevante ændringer i INR (International Normalized Ratio eller Quick-value) i begge retninger hos enkeltpersoner ved samtidig administration af oxycodon og coumarin-antikoagulantia. • **Graviditet:** Bør så vidt muligt ikke anvendes. • **Amning:** Bør ikke anvendes. Mærket med trafiktrøskant. • **Bivirkninger:** Meget almindelige: Kvalme, sedation, svimmelhed, hovedpine, opkastning, kløe. Almindelige: Nedsat, evt. manglende appetit, angst, rastløshed, tremor, vertigo, hypotension, rinoré, gaben, abdominalsmerter, mundtørhed, flatulens, pruritus, hudreaktioner, hyperhidrose, muskelkramper, muskeltrækninger, myalg, abstinenssymptomer, følelse af at være varm og kold, kulderystelser, asteni, humørsvingninger og personlighedsforandringer (f.eks. depression, eufori, nedsat aktivitetsniveau, psykomotorisk hyperaktivitet, agitation, nervøsit, insomnia, abnorme tanker, konfusion, synkope, paræstesi, dyspnø, hikke, dyspepsi, urinretention, dysuri, imperativ vandladning. Sjældne og ikke almindelige bivirkninger: Se fuldt produktresumé. • **Overdosering:** Afhængig af anamnesen kan en overdosis af Targin manifestere sig ved symptomer udløst af enten oxycodon (opioidreceptor-agonist) eller naloxon (opioidreceptor-antagonist). Symptomer på overdosering med oxycodon inkluderer miosis, respirationsdepression, somnolens som kan udvikle sig til stupor, skeletmuskelslaphed, bradykardi og hypotension. I svære tilfælde kan der forekomme koma, ikke-kardiogen lungeødem og kredsløbskollaps, hvilket kan resultere i dødsfald. Overdosering med naloxon alene er usandsynlig. Behandling: Abstinenssymptomer, som er forårsaget af en overdosis med naloxon, skal behandles symptomatisk under tæt overvågning. Ved symptomer på en oxycodon overdosis kan der indgives en opioidantagonist (f.eks. 0,4-2 mg naloxon intravenøst). Indgift af enkelt-doser skal gentages med 2-3 minutters mellemrum afhængigt af den kliniske situation. • **Farmakologi:** Oxycodon og naloxon udviser affinitet til kappa-, mu- og delta-opioidreceptor i hjerne, rygmarv og perifere organer (f.eks. tarm). Oxycodon indvirker på disse receptorer som opioidagonist og giver smertelindring ved binding til de endogene opioidreceptorer i CNS. Naloxon er derimod en ren antagonist, der indvirker på alle typer af opioidreceptorer. På grund af en udtalt første-passage-metabolisme er biotilgængeligheden af naloxon efter oral administration <3 %. Det er således usandsynligt, at der er nogen klinisk relevant systemisk effekt. Kompetitiv antagonisme mellem oxycodon og naloxon ved opioidreceptorerne i tarmene bevirker, at naloxon reducerer de bivirkninger fra mave-tarm-kanalen, der er typiske for opioidbehandling. Biotilgængeligheden af oxycodon efter oral administration er høj (op til 87 %). **Pakninger og priser inkl. recepturgeby pr. 20. april 2009:** TARGIN® depottabletter 10 mg/5 mg: 28 stk. kr. 259,05 [033195], TARGIN® depottabletter 10 mg/5 mg: 98 stk. kr. 819,85 [033206], TARGIN® depottabletter 20 mg/10 mg: 28 stk. kr. 469,00 [033218], TARGIN® depottabletter 20 mg/10 mg: 98 stk. kr. 1538,00 [033229]. Dagsaktuelle priser kan findes på www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Der søges enkelttilskud. **Udlevering:** A54 (kopieringspligtig).

De med • mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé dateret 17. november 2008. Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos norpharma a/s · Slotsmarken 15 · 2970 Hørsholm · Tlf.: 4517 4800 · Fax: 4517 4829 · norpharma.com · www.norpharma.dk.

TARGIN® er et registreret varemærke. TARGIN® er et stærkt opioid.



Islandske sygeplejersker

TEKST OG FOTO: CLAUS LEICK, JOURNALIST

Omvæltning. *Hidtil har de kunnet vælge og vrage i spændende job på deltid. Nu skal de være glade, hvis de kan beholde deres arbejde, og må indstille sig på fuld tid. Finanskrisen har betydet nye tider for sygeplejerskerne på Island, hvor mange år med sygeplejerskemangel med ét slag er forbi.*

I rigtig mange år har den store udfordring været at skaffe flere unge ind i sygeplejefaget, så sygeplejerskemanglen kunne holdes bare nogenlunde nede.

Men på få måneder har Foreningen af Islandske Sygeplejersker fået nærmest den omvendte udfordring.

”Nu gælder det om at sikre arbejde til flest mulige af vores medlemmer og være med til at minimere antallet af afskedigelser,” siger Elsa Fridfinnsdottir, som er formand for de islandske sygeplejersker.

Den islandske finanskriser rammer nu

sundhedsvæsenet med sparekrav på 10 pct. om året i de næste par år. Det har bl.a. fået arbejdsgiverne til at konvertere deltidstillinger til fuldtidsstillinger for at spare overtidsbetaling. Andre tiltag er at sammenlægge afdelinger og reducere i stillinger.

”De fleste sygeplejersker har hidtil arbejdet på deltid og har været vant til ”frit valg” mellem jobbene. Nu må vi indstille os på, at en del risikerer at blive afskediget, og at der ikke er job til de nyuddannede sygeplejersker,” fortæller Elsa Fridfinnsdottir.

”Det kræver en del holdningsbearbejdning pludselig at være i denne situation – f.eks. skal vi til at lære, at man kan blive afskediget, selvom man har været loyal og dygtig.”

Foreningen af Islandske Sygeplejersker får dermed også en helt anden rolle. Og bliver tvunget til at tage stilling til helt nye forslag om løn og ansættelse.

Vidste du at ...

... ca. 3.800 basissygeplejersker hvert år snitter sig, skærer sig eller stikker sig på kanyler og skalpeller? For to ud af tre sygeplejersker sker stikskaden via urent udstyr. Risikoen for at skære sig selv eller kollegaen er knap tre gange så stor, hvis man er stresset. Nyuddannede sygeplejersker har langt større risiko for at komme galt af sted med de skarpe instrumenter end deres erfarne kolleger.

(sbk)

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Ny plan skal redde nedslidte

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Byggerod. *Politikere i Region Hovedstaden kræver 30 mia. kr. til renovering af hospitalerne.*

Både patienter og de 34.000 ansatte på Region Hovedstadens hospitaler kan se frem til en tiltrængt renovering af nedslidte sygehuse. Det lover formanden for Regionsrådet i Region Hovedstaden, Vibeke Storm Rasmussen (S).

Regionen vil bruge 30 mia. kr. over de næste år på renovering og nybyggeri.

F.eks. lægges der op til nybyggeri i tilknytning til en række af de nuværende hospitaler, Hvidovre, Herlev, Hillerød, Bispebjerg, Glostrup, Frederikssund, Amager og Bornholm samt Rigshospitalet.

Region Hovedstadens byggeplaner kommer, efter at regeringen har meldt ud, at der skal afsættes 40 mia. kr. over en årrække til investeringer i nyt, moderne sygehusbyggeri over hele landet. Foreløbig er Region Hovedstaden kun blevet tildelt 6 mia. kr. til nye bygninger

under pres



Formanden for Foreningen af Islandske Sygeplejersker Elsa Fridfinnsdóttir skal holdningsbearbejde medlemmerne til at forstå, at de nu kan risikere arbejdsløshed, selvom de er dygtige til deres fag.

Eller at alle arbejder som hidtil, men får udbetalt en månedsløn mindre om året. Til gengæld bliver der råd til tidligere eller bedre pension.

Det er blot nogle af de mange kreative løsningsforslag til, hvordan den offentlige sektor og dens medarbejdere kommer gennem den islandske krise, der er vurderet til at vare mindst tre år.

Disse forslag og mange andre bliver Elsa Fridfinnsdóttir og resten af Foreningen af Islandske Sygeplejersker nødt til at forholde sig til.

"Vi kommer fremover til at tænke og arbejde helt anderledes, end vi har været vant til," siger hun.

Hvordan forholder man sig som faglig organisation til et forslag fra en borgmester om, at alle sygeplejersker fremover arbejder lidt mindre og får lidt mindre i løn – mod til gengæld, at alle bevarer deres arbejde?

"En del af dem, vi ser i dette gadebillede, er ofte misbrugere og hjemløse. Vi skal ind og møde personerne, hvor de er. Kan vi give dem en mere fast bopæl, kan vi prøve at få sat et forløb op, der peger ud af misbruget, og undgå denne eskalering?"

Socialrådmænd i Århus Kommune Gert Bjerregaard (V) om psykisk syge, der laver ravage i gaderne.



sygehuse i hovedstaden

på Hvidovre, Herlev og Rigshospitalet. Regionen selv har ingen penge, så der er et betydeligt gab mellem kravet om 30 mia. kr. og regeringens løfter.

"Det er helt nødvendigt, at regeringen bevilger flere penge. Man kan jo bare tage til Malmø. Der bruges mange flere penge på sundhed pr. indbygger," siger Vibeke Storm Rasmussen.

Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden støtter kravet om flere penge til de københavnske sygehuse.

"Regionen er stor og løfter vigtige opgaver. Derfor er det ikke rimeligt, at regeringen kun har bevilget, hvad der svarer til 3.800 kr. pr. borger til nybyggeri i hovedstaden, mens jyderne får, hvad der svarer til godt 6.000 kr. pr. borger," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, Vibeke Schaltz.

Læs mere om hospitalsplanen i hovedstaden på www.regionhovedstaden.dk



FOTO: SIMON KNUDSEN

Sygeplejen tiltrækker de socialt bevidste

Udsigten til høj løn er ikke altid afgørende, når unge skal vælge uddannelse. Det er også vigtigt, at uddannelsen passer sammen med den unges identitet.

Unge, der vælger at studere til sygeplejerske, pædagog eller præst, har stærke sociale holdninger. Mens unge, der vælger at læse jura eller økonomi, har stærke karrieremæssige holdninger. Det er en af konklusionerne i en ph.d.-afhandling, som forskningsassistent Maria Knoth Humlum fra AKF, Anvendt KommunalForskning, har forsvaret.

"Hvis de unge f.eks. mener, at det er meget vigtigt, at samfundet tager sig af de svageste, vil de typisk vælge en uddannelse som sygeplejerske eller pædagog. Omvendt kan vi se, at folk, der har en stærk karrieremæssig identitet, typisk vælger uddannelser som økonomi eller jura," siger Maria Knoth Humlum.

At holdninger er med til at bestemme de unges studievalg, kan ifølge Maria Knoth Humlum virke logisk, men sammenhængen har hidtil været vanskelig at måle. Nu har hun sammen med to andre forskere udviklet et avanceret indeks, hvor man kan måle sammenhængen mellem de unges uddannelsesplaner og deres sociale og karrieremæssige værdier.

(bsø)

Ph.d.-afhandlingen *Essays on Human Capital Accumulation and Educational Choices* kan downloades på www.akf.dk



Hundredvis af røde balloner steg til vejrs og dannede et kæmpe kryds i luften, da de studerende slap dem løs og skød kampagnen "Hvid Zone" i gang.

Hundredvis af studerende mødte op for at fejre deres fag

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Gejst. Sygepleje-, radiograf- og bioanalytikerstuderende var samlet i et stort rødt kryds på Rådhuspladsen i København den 28. april for at skyde den nye kampagne "Hvid Zone" i gang, som skal få flere til at studere til sygeplejerske, radiograf og bioanalytiker.

Røde balloner, venlige smil og røde T-shirts var nogle af de indtryk, der mødte forbigående på Rådhuspladsen tirsdag eftermiddag den 28. april, hvor solen skinnede fra en skyfri himmel. Hundrevis af studerende fra de tre sundhedsuddannelser mødte op til en dag, hvor bl.a. Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow holdt tale for at støtte de unge i deres valg af uddannelse og kampen for at få flere til at blive sygeplejersker. Efter korte oplæg fra formanden for danske regioner, Bent Hansen (S), sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) og undervisningsminister Bertel Haarder (V) havde alle mulighed for at få målt blodtryk, blive scannet eller se, hvordan man tester en urinprøve for bakterier.

I oplevelseslazarettet sad bl.a. fire sygeplejestuderende fra Sygeplejerskeuddannelsen Herlev og tog blodtryk på alle, der måtte have lyst. Her fik både Connie Kruckow og Bertel Haarder målt deres blodtryk, som var helt stabile og normale. Søs Anja Larsen, 21-årig sygeplejestuderende fra Sygeplejerskeuddannelsen Herlev, måtte bl.a. blodtryk på Bertel Haarder.

"Det er meget sjovt at prøve at måle blodtryk på en minister, men vi lærer på uddannelsen, at man skal behandle alle patienter ens, så det gør vi selvfølgelig," sagde hun.



Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen påpeger i sin tale, at det er vigtigt at få flere sygeplejersker, radiografer og bioanalytikere til uddannelserne.

Formanden for de sygeplejestuderendes landssammenslutning (SLS) Anja Skov Refsgaard var glad for det store fremmøde.

"Vi har fået kampagnen godt i gang, og jeg er ikke i tvivl om, at kampagnen vil virke, fordi der kommer fokus på uddannelserne, og flere unge vil blive bevidste om mulighederne med de tre uddannelser," sagde hun.

Et skridt i den rigtige retning

Kan kampagnen "Hvid Zone" rekruttere flere studerende til de tre sundhedsfaglige fag?



Anna Hansen, 22 år, sygeplejestuderende fra Region Hovedstaden, 1. semester

"Det vil måske få flere til at studere til sygeplejerske, når jeg fortæller om de gode ting ved uddannelsen, i stedet for at der bliver fokuseret på, at lønnen er lav, og det er dårlige arbejdstider. Det er fantastisk, at der kommer mere fokus på, at der mangler sygeplejersker. Mange ser ned på sygeplejerskeuddannelsen og har en forkert opfattelse af, hvad sygeplejersker laver. De tror ikke, at der er så mange udfordringer, som der i virkeligheden er."



Marie Larsson, 22 år, kommende lærerstuderende

"Jeg tror ikke, at kampagnen vil virke, fordi jeg – som ellers er en del af målgruppen – ikke anede, at der skulle være et arrangement. Det er helt tilfældigt, at jeg er her i dag, så de, der er her, er måske allerede interesserede i uddannelserne. Jeg har ikke selv overvejet at blive sygeplejerske, fordi jeg ikke egner mig til at håndtere blod, men jeg tror, at det er en god uddannelse, fordi man har med mennesker at gøre. Men jeg har ikke valgt sygeplejerskeuddannelsen fra pga. lønnen, men ud fra andre interesser."



Louise Noring, 21 år, sygeplejestuderende fra Sygeplejerskeuddannelsen Herlev, 4. semester

"Jeg ville ønske, at jeg kunne sige ja, men jeg tror, at der skal mere til. Jeg tror, at lønnen skal være bedre, for at folk får øjnene op for uddannelsen, og måske skal der være flere goder. Men jeg synes, at det er et skridt på vejen i den rigtige retning, og det er godt, at det er os unge, som er med til at promovere uddannelsen."



FOTO: DITTE BJERREGAARD

Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST

Sociolog og ligestillingsforsker Karen Sjørup: "Kvindes repræsentation i Folketinget og især i kommunale råd er for nedadgående. Kvinders løn ligger 17 pct. under mænds. Deres karrieremuligheder er dårligere end mænds, hvilket betyder stor forskel i livslønnen. For hvert barn sækker kvinden agterud. Lønmæssigt er kvinder samtidig for beskedne. De tror, at de kan kræve mindre, end de faktisk kan. Så ligestilling? Nej.

Mange tror fejlagtigt, at vi på grund af den biologiske kønsforskel ikke kan komme længere med ligestilling. Og mange mænd – og også nogle kvinder – vil gerne beholde verden, som den er, fordi der er et vist seksuelt spil mellem mænd og kvinder i de her underordningsforhold.

Men det er hamrende uretfærdigt, at kvinderne bærer den økonomiske byrde ved at blive mødre, for samfundet har brug for at reproducere sig selv, så man må sikre kvinder bedre økonomisk og karrieremæssigt. F.eks. ved at der står en ledig institutionsplads fra den dag, barnet bliver født."

Læs føljetonen "Lige om lidt" på www.dsr.dk

Frygten for den globale epidemi

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Pandemi. Mens svineinfluenzaen har kostet mindst 100 livet i Mexico, er Danmark sluppet nådigt. Sundhedsministeren advarer mod panik.

Telefonerne i Sundhedsstyrelsen gløder, og Hvidovre Hospital har indrettet 30 isolationsstuer, så Danmark er klar til et mindre udbrud af svineinfluenza.

Mens sygdommen fortsætter med at brede sig globalt, er Danmark indtil videre sluppet nådigt. Ved redaktionens slutning var 200 danskere blevet testet for smitte med influenza H1N1, og en ung dansk kvinde var blevet smittet.

Mexico topper med op mod 600 tilfælde, og i USA er op mod 300 blevet ramt.

Foreløbig har epidemien dog kun kostet ét liv uden for Mexico, hvor 101 men-



ARKIVFOTO: POLIFOTO

Millionbyen Mexico City er blevet en spøgelsesby, hvor folk holder sig inden døre for at undgå smitte og bærer ansigtsmaske, hvis de skal ud. Danmark fik også sit første smittetilfælde af influenza H1N1.

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

VIND EN CYKEL

sundhedsprof.dk

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

nesker har mistet livet. Flere eksperter udtaler i dagbladet Politikken, at verdenssundhedsorganisationen WHO muligvis har overdrevet ved at udsende advarsler om, at en såkaldt pandemi – det vil sige en verdensomspændende epidemi – kan være nært forestående.

”Vi håber, at epidemien fuser ud, for i modsat fald er vi på vej mod et stort udbrud,” siger WHO-chefen Margaret Chang i et interview med avisen Financial Times. WHO-chefen afviser, at der er tale om en overreaktion:

”Jeg sidder ikke og forudsiger, at pandemien vil eksplodere, men hvis jeg overser noget, så er vi ikke ordentligt forberedt, og så har jeg svigtet. Jeg vil hellere være rigtigt forberedt end uforberedt,” lyder det fra Margaret Chang.

Herhjemme har sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) forsøgt at berolige

befolkningen: ”Danskerne kan være trygge ved, at der er en velkoordineret indsats. Samtidig er det vigtigt, at der ikke udvikler sig panik omkring svineinfluenzaen. Indtil videre er konklusionen, at den er meget smitsom, men at sygdommen ikke er alvorligere for mennesker end de influenzatyper, vi i øvrigt kender, og som vi oplever hver vinter,” siger Jakob Axel Nielsen til Ritzaus Bureau.

Tre nye sider om valg

Hele tre valg finder sted i Dansk Sygeplejeråd i 2009. Derfor er der oprettet tre temasider, hvor du kan følge med i dem. Du kan finde valgene på følgende sider:

www.dsr.dk/kredsvalg2009,
www.dsr.dk/lederforeningsvalg2009
og
www.dsr.dk/formandsvalg2009.

Genopret e-mailen

En del genindmeldte medlemmer har henvendt sig for at få genåbnet deres gratis e-mail fra Dansk Sygeplejeråd. Det kan lade sig gøre, hvis udmeldelsesperioden ikke har været mere end seks måneder.

Gode idéer til portalen

Portalredaktionen arbejder med idéer til udformning af næste version af dsr.dk. Har du forslag til features eller andre idéer, er du velkommen til at skrive til portalleder Pia Gede Nielsen på pgn@dsr.dk

WWW.DSR.DK

SUPPLERINGSUDDANNELSEN I SYGEPLEJE

GIVER KOMPETENCE INDEN FOR SYGEPLEJEFAGET SOM VIDENSKABELIG DISCIPLIN OG ER MÅLRETTET DIG, DER IKKE HAR EN PROFESSIONSBACHELOR - MEN GERNE VIL KVALIFICERE SIG BLANDT ANDET TIL OPTAGELSE PÅ MASTER - ELLER KANDIDATUDDANNELSEN I SYGEPLEJE.

VIL DU GERNE HAVE EN KANDIDATUDDANNELSE - OG HAR DU IKKE EN PROFESSIONSBACHELOR?

Uddannelsen er et etårigt fuldtidsstudie. Studiet starter primo september 2009 og slutter ultimo juni 2010 og der vil primært være planlagt undervisning tirs – og onsdag. Uddannelsen er SU berettiget i 10 måneder og der betales ikke studieafgift. Uddannelsen foregår ved Professionshøjskolen Metropol, Efter –

og videreuddannelsen i Herlev. Læs mere på hjemmesiden www.evu.cvuoeresund.dk

KONTAKT:
Uddannelseskonsulent INGE MANDRUP tlf. 7228 2963
Mail: inma@phoe.dk
Uddannelsessekretær BIRTHE JOHANNESSEN tlf. 7228 2898
Mail: bijo@phoe.dk

PROFESSIONSHØJSKOLEN
METROPOL

SP – ekstra lommepenge eller pen

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Ro på. Danskerne står på spring for at hæve deres særlige pensionsopsparing, SP. Der er penge at tjene på at flytte dem til en ny pensionsordning, hvis man betaler topskat. Men det er ikke formuer, det drejer sig om, kvinder har i gennemsnit 12.000 kr. stående.

Skal jeg hæve pengene eller lade dem stå?

Det spørgsmål kommer også sygeplejersker til at stille sig selv i de kommende uger, når ATP skriver til alle, der har en SP-opsparing stående.

For et par uger siden viste en undersøgelse, at over halvdelen har planer om at hæve deres SP-opsparing. De fleste vil bare bruge pengene eller indfri anden gæld. Men der er også den mulighed at hæve pengene og sætte dem ind på en anden pensionsordning, og i medierne har der været adskillige historier om, at der er penge at tjene på den øvelse.

Det er først og fremmest topskattebetalere, der kan tjene penge på at flytte opsparingen, lyder det fra PKA, som administrerer sygeplejerskernes pensioner. Grundlæggende er det samme slags papirer, de forskellige pensionsselskaber har pengene stående i, og ATP er kendt for sine lave administrationsudgifter.

"Fordelen skal primært søges i skatte-



Charterferie. Nye støvler. En rund fødselsdag. Man kan også være fornuftig og sætte SP-pengene ind på sin pensionsopsparing.

ARKIVFOTO: ISTOCK

forholdene, og hvis man ikke betaler topskat, er den tvivlsom," siger kommunikationsschef Claus Skadhauge, PKA.

"Men nogle vil måske foretrække at samle deres pensionsordninger hos PKA, som de kender og er trygge ved. Og hvis folk

ønsker at bruge deres SP til en ny pensionsopsparing, giver vi gerne et tilbud."

Hvis en sygeplejerske, der betaler topskat, f.eks. hæver 15.000 kr. og både indbetaler de 9.750 kr., hun får udbetalt, og det beløb, hun sparer i topskat ved at

Hospital har succes med at bruge folk i samfundstjeneste

AF KURT BALLE JENSEN, JOURNALIST

Ny chance. Sygehus Lillebælt tager imod folk i samfundstjeneste, typisk unge, der er dømt for simpelt tyveri, spirituskørsel eller simpel vold. Oversygeplejerske Christian Jørgensen kalder ordningen en succes.

Selv om Sygehus Lillebælt er spækket med medicin, høje krav til hygiejnen og fortlrolige oplysninger om patienterne, har afdelingerne i Fredericia og Kolding haft 25 i samfundstjeneste i løbet af to år.

"Kun to er faldet igennem. Den ene

mødte ikke op som aftalt, og den anden løste ikke sine opgaver. Alle andre har levet op til forventningerne," siger ledende oversygeplejerske Christian Jørgensen fra organkirurgisk afdeling i Kolding.

Sygehuset tager imod unge, der er dømt for simpelt tyveri, spirituskørsel eller simpel vold. Men ikke folk, der har begået indbrud eller grov vold. Og slet ikke misbrugere. Heller ikke selv om de har været clean i et stykke tid.

"Den risiko tør jeg ikke løbe på grund af vores medicin. Samfundstjenesterne ved,

at de skal opføre sig ordentligt, for ellers ryger de i fængsel," siger Christian Jørgensen.

Nogle hjælper med at passe grønne områder, andre er med til at vaske og rede senge. Andre eksempler på opgaver er at smøre hængsler, hænge billeder op og binde løsthængende ledninger sammen med strips.

Ved samfundstjeneste kan den dømte passe job eller uddannelse, mens han afvikler sin straf på mellem 30 og 240 timers ulønnet arbejde. Derfor er et hospi-

sionsforbedring

Hvad er den særlige pensionsordning, SP?

Det er en tvungen pensionsopsparing, som alle danske lønmodtagere indbetalte 1 pct. af deres løn til i årene 1998 til 2003. Knap tre millioner danskere har en SP-pension stående hos ATP, typisk fra 10.000-20.000 kr.

Hvorfor er der så megen snak om SP?

For at få flere penge ud i omløb og stimulere den danske økonomi indeholder skattereformen en bestemmelse om, at danskerne skal have mulighed for at hæve deres SP-opsparing med en lavere beskatning end normalt.

Skatten bliver 35 pct. på de første 15.000 kr. og 50 pct. på resten, hvor man hidtil har betalt 40 pct. af de første 15.000 kr. og almindelig indkomstskat af resten.

Hvordan får jeg fat i pengene?

Alle, der har en SP-pension stående hos ATP, vil få et brev inden 1. juni. Brevet vil fortælle, hvor mange penge man har stående hos ATP, og med i brevet vil der være en blanket, som man skal udfylde og indsende inden årets udgang, hvis man vil hæve sine penge.

Hvad sker der, hvis jeg lader pengene stå?

Så bliver de udbetalt i rater over 10 år, når du bliver folkepensionist.

skyde pengene ind på en ny ratepension, kan hun starte den nye pensionsopsparing med omkring 20.000 kr. uden at have fået en ekstra udgift.

"Og det kan være en god kickstart på en ny pensionsordning for dem, der f.eks.

har huller i deres pensionsopsparing, fordi de er kommet sent i gang eller er på deltid," siger Claus Skadhauge.

Pris til Årets Sundhedsplejerske

Som seniorforsker, selvstændig konsulent, kontorchef, forfatter, digter og ledende sundhedsplejerske har Else Guldager igennem de seneste mange år markeret sig som en stærk profil inden for sundhedsplejen. 4. maj fik hun overrakt prisen som Årets Sundhedsplejerske af Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow ved en konference på Munkebjerg Hotel i Vejle.

I sin tale ved prisoverrækkelsen kom Connie Kruckow bl.a. ind på den nye lovændring, der har ført til, at sundhedsplejersker på lige fod med læger nu kan foretage ind- og udskolingsundersøgelser.

Herudover roste Connie Kruckow Else Guldager for hendes store engagement i udviklingen inden for sundhedsplejen, herunder ph.d.-afhandlingen "Sundhedsplejen på vægten", som dokumenterer, at sundhedsplejerskers besøg har positiv indvirkning på børnenes sundhed. Else Guldager har også udgivet adskillige bøger og sidder bl.a. med i Børnerådet. Senest har hun sammen med to andre private sundhedsplejersker oprettet en ny portal med rådgivning til forældre, www.sundhedsplejersken.dk

(sbk)



FOTO: PALLE PETER SKOV

Oversygeplejerske Christian Jørgensen har haft gode oplevelser med at have folk i samfundstjeneste til at vaske og rede senge, hænge billeder op og andre praktiske opgaver.

tal et perfekt tjenestested pga. den ubegrænsede åbningstid.

"I en tid med mangel på ressourcer underer det mig faktisk, at ikke andre sygehuse allerede har set den mulighed," siger Christian Jørgensen fra Sygehus Lillebælt.

I 2008 blev 3.574 personer dømt til samfundstjeneste.



FOTO: THORKILD AMDI CHRISTENSEN

Folkesundhedsreform. Der er brug for handling bag Forebyggelseskommissionens ord. Et netværk af Danmarks største sundheds- og patientorganisationer "Netværk for folkesundhedsreform" afholdt 7. maj et offentligt møde i Fællessalen på Christiansborg. Formand for Hjertereforeningen Peter Clemmensen åbnede konferencen, og blandt talerne var også formand for Forebyggelseskommissionen Mette Wier og Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow. Connie Kruckow slog i sin tale fast, at regioner og kommuner skal forpligtes til at gennemføre nationale mål, som skal omsættes til praksis af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Sygeplejersker visiterer akutte patienter

AF KURT BALLE JENSEN, JOURNALIST

Overblik. Visitationssygeplejersker spiller en central rolle i den ny fælles akutafdeling på Hospitalsenheden Vest. Deres viden og overblik skal sikre, at akutte patienter bliver visiteret til de rette sygehuse.

Når praktiserende læger, vagtlæger eller vagtcentralen står med en akut patient, skal de kontakte visitationssygeplejerskerne i den centrale hospitalsvisitation på Regionshospitalet Herning. Det er dem, der afgør, om patienten skal visiteres til akutmodtagelsen i Herning eller Holstebro, akutklinikken i Ringkøbing eller måske indlægges direkte på et af regionshospitalernes specialafsnit. Ud over sygeplejersker har den fælles visitation også en lægelig backup.

"Vi startede med ni sygeplejersker den 1. februar og skal nu have oplært foreløbig 11 kolleger. Det er et tilbud til syge-

plejerskerne på akutmodtagelserne og de akutte sengeafsnit i henholdsvis Herning og Holstebro. Alle fire afdelinger skal på skift være repræsenteret i visitationen, der om dagen er bemandet med to sygeplejersker og en sekretær og om natten med en enkelt sygeplejerske. De håndterer i gennemsnit 545 visitationer om ugen," fortæller assisterende afdelingssygeplejerske Annette Bech Vad.

For sygeplejerske Magda Gøtzche fra skadestuen og modtagelsen i Herning var det en udfordring at blive visitationssygeplejerske:

"Man er fortsat tilknyttet sin afdeling i Herning eller Holstebro, men arbejder så typisk to dage ad gangen i visitationen i Herning. Der er udarbejdet en manual over, hvilke patienter der skal hvad. Den justerer vi løbende, og den er grundlaget i oplæringen af kolleger," siger Magda Gøtzche.

Sygeplejersker skal bruge Facebook med omtanke

AF HENRIK STANEK, JOURNALIST

Tavshedspligten. Flere sygehuse har forbudt de ansatte at gå på Facebook i arbejdstiden. På neurointensiv afsnit på Århus Sygehus har det også været nødvendigt at indskærpe, at der heller ikke er frit slag i fritiden.

To sygeplejersker fortalte inden for få dage og uafhængigt af hinanden om deres arbejde med patienter på neurointensiv afsnit på Århus Sygehus på Facebook, så pårørende ville kunne se, at det drejede sig om deres familiemedlem.

"Det kan være hårdt at arbejde med patienter, der får en hjerneskade eller dør, men normalt får sygeplejerskerne læsset af hos kollegerne, inden de går hjem eller senere under den faglige vejledning. Men de to sygeplejersker kan have brugt Facebook, fordi man netop er vant til at dele sine oplevelser med vennerne dér," siger afdelings-sygeplejerske Jytte Haaning.

Men det er ikke kun ens egne venner, der læser med på Facebook. Det samme gør vennernes venner.

"Nogle gange er arbejdet så tungt, at vi har behov for at få luft igen, når vi kommer hjem. Men man skal bruge sin fornuft og huske sin tavshedspligt, når man skriver på Facebook," siger 25-årige Anne Marie Hansen, der er sygeplejerske på afdelingen og daglig bruger af Facebook i sin fritid.

De to sager fik ledelsen til at indskærpe over for alle medarbejdere, at de hverken må gå på Facebook i arbejdstiden eller skrive om faglige ting i deres fritid. Det kan Nadja Pass godt forstå. Som cand.mag. i retorik holder hun foredrag om retorikken på Facebook.

"Det rykker ved folks opfattelse af privatsfære og arbejdsliv, når de skriver små statusmeddelelser på Facebook om, hvad de laver lige nu. Det gode ved meddelelserne er, at folk følger med i hinandens liv

og derfor kan føre bedre samtaler, når de mødes. Men Facebook er et nyt medie, og mange er ikke gode nok til at aflæse, hvad der ikke hører hjemme dér. Derfor kommer de let til at bryde deres tavshedspligt," siger Nadja Pass.

Hvis en tekst involverer andre, påtager man sig et stort ansvar ved at lægge den på Facebook, understreger hun. Derfor skal man holde sig fra at fortælle for meget fra sit arbejde i for specifikke vendinger.

"Hvis man er i tvivl, bør man lade helt være med at skrive noget," råder Nadja Pass.

På neurointensiv afsnit på Århus Sygehus har ingen ytret sig om deres oplevelser på jobbet, siden indskærpelsen for fire måneder siden.

Palliative patienter bliver forstoppede af opioider

Relistor (Methylnaltrexonbromid)

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

RELISTOR[®]
methylnaltrexonbromid
subkutan injektion

Se produktresuméet på side 18

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

Wyeth[®]

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 17

Forkortet Produktresumé. Relistor® (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) x 0,0075.

Nyrepatienter: For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nedsat leverfunktion til dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:**

Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **Ældre patienter:**

Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge skiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er øm, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeindtagelse. **Kontraindikationer:**

Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk, gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svær eller persisterende diarré under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandling med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nyresvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikelsygdom eller fækalit er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed.

Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2D6, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metabolismen af et CYP2D6-metabolisubstrat. I et klinisk lægemiddel-interaktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metabolismen af dextromethorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C₂ for og efter fjerdedagsadministration af cimetidin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandling med Relistor skal fortsættes/seponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor.

Bivirkninger: De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelige: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelige: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). **Overdosering:** Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP ekskl. recepturgebyr: Vnr. 77215 Relistor 1 stk. DKK 324,95. Vnr. 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50.

Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 4488805. www.wyeth.dk M080717RELIS.DK



Erik Lægsgaard omgivet af de to sygeplejersker, Grethe Jacobsen og Kirsten Linde, som reddede hans liv, da han under et motionsløb faldt om med hjertestop. Sygeplejerskerne har netop fået en pris fra Hjerteforeningen for deres indsats.

Sygeplejersker får pris af Hjerteforeningen

AF LOTTE EDBERG LOVELESS, JOURNALIST • FOTO: MORTEN STRICKER, HOLSTEBRO-STRUER DAGBLAD

Genoplivning. *To vestjyske sygeplejersker reagerede hurtigt, da de efter et motionsløb forrige år reddede en mandlig løbsdeltager med hjertestop.*

Storløbet ved Holstebro er slut. Efter løbet får sygeplejerske Grethe Jacobsen fra Regionshospitalet Herning sig en velfortjent forfriskning. Pludselig falder en mand i teltet om. Hun går straks i gang med at give førstehjælp, mens en anden løber efter en læge.

Anæsthesisygeplejerske Kirsten Linde står sammen med sin otteårige søn og venter på at få udleveret diplomer for at have gennemført løbet, da kvinden kommer forbi og råber på en læge. Hun får Kirsten Linde med ind i teltet, hvor manden er ved bevidsthed, men lige efter får hjertestop.

”Det var voldsomt at skifte fra familær hygge til en akut situation. Jeg er en del af vores præhospitale beredskab og derfor vant til at være ude med ambulancerne. Men her var jeg ikke briefet forud og havde ikke det normale udstyr til rådighed. Men jeg lukkede hurtigt alt andet ude og koncentrerede mig om patienten. Det skulle bare gå,” fortæller Kirsten Linde, der tilfældigvis lige havde været på efteruddannelse i genoplivning.

”Jeg havde de nye anvisninger fra Dansk Råd for Genoplivning på ryggraden og havde øvet mig meget på simulatoren. Jeg gav tredive gange hjertemassage med hurtigt interval efterfulgt af to indblæsninger,” fortæller hun.

Imens henter samaritterne den hjertestarter, løbsledelsen lige har investeret i. Kirsten Linde er lettet, da apparatet giver grønt lys for at støde. Efter første stød kommer Erik Lægsgaard til sig selv. Snart efter kommer ambulancen.

”Det hele var meget overvældende og uvirkeligt. Jeg skulle også samle min søn op, som var forskrækket og sur over, at vi ikke havde fået diplommet,” fortæller Kirsten Linde.

Grethe Jacobsen og Kirsten Linde har lige fået en pris fra Hjerteforeningen for deres indsats.

”Jeg er bare glad for, at jeg fik lov at gøre en forskel. 30-2-genoplivning er den rigtige metode, og forhåbentlig kan Eriks historie være med til at sætte fokus på vigtigheden af førstehjælp.”

Erik Lægsgaard selv er ikke i tvivl om værdien af indsatsen.

”Den har betydet alt! Jeg fik livet af de to dejlige kvinder. Uden dem var jeg aldrig nået til Skejby. Det er deres fortjeneste, at jeg i dag lever et godt og aktivt liv uden mén.”

Opgradering. Sundhedsministeren støtter forslaget om en uddannelse til klinisk ekspertsygeplejerske, men indholdet af det nye arbejdsområde skal bero på forhandlinger om opgaveglidning mellem de faglige organisationer på sundhedsområdet, heriblandt Dansk Sygeplejeråd.

SUNDHEDSMINISTEREN ER PARAT

AF SIGURD NISSEN-PETERSEN, CHEFREDAKTØR, OG SØREN PALSBO, REDAKTØR

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) erklærer sig på linje med sit partis sundhedspolitiske ordfører Vivi Kier og sundhedspolitisk ordfører Birgitte Josefsen fra Venstre. De foreslog for få måneder siden, at Danmark i lighed med en række andre lande uddanner kliniske ekspertsygeplejersker med særlig fokus på behandling og pleje af patienter med kroniske sygdomme. Ministeren henviser spørgsmålet til nærmere forhandling om fleksibel opgavevaretagelse mellem tre ministerier, regionerne, kommunerne samt fem fagorganisationer, deriblandt Dansk Sygeplejeråd og Foreningen af Speciallæger.

”I en dynamisk verden må tingene hele tiden ændre sig. Sygeplejerskerne kan mere, lægerne kan mere, lægesekretærerne kan mere. Alle kan mere, og så skal der også være et miljø for en mere fleksibel opgaveglidning,” siger Jakob Axel Nielsen.

Derfor har han indbudt til forhandlinger om opgaveglidning med de faglige organisationer, heriblandt Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd, og med arbejdsgiverne. Jakob Axel Nielsen lægger ikke skjul på, at han er meget utålmodig, hvad angår at der for alvor kommer gang i en ny opgavefordeling i sundhedsvæsenet. Der har været alt for megen snak, hvor alle har sagt det rigtige, men hvor faggrænserne alligevel har været store forhindringer.

”Derfor indbyder jeg til forhandlinger med hænderne fremme på bordet uden krydsede fingre. Forstået på den måde, at der ikke skal gå faggrænser i det. Man skal ikke nøjes med at sige det rigtige og så i virkeligheden indtage en rigid holdning. Det gælder ikke kun sygeplejerskerne, det gælder også lægerne og alle mulige andre sundhedspersoner. Alle hænger sammen som



ARKIVFOTO: SCANPIX

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) vil indbyde de faglige organisationer på sundhedsområdet og arbejdsgiverne til forhandlinger om en ny opgavefordeling og ændrede faggrænser.

perler på en snor. De skal tage nye opgaver og afgive andre ud fra overskriften, at vi løser opgaverne på lavest mulige specialiseringsniveau,” siger ministeren.

Han tilføjer, at Sundhedsstyrelsen er ved at udarbejde en nærmere beskrivelse af de udenlandske erfaringer med kliniske ekspertsygeplejersker, som Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed nu afventer.

Forestiller du dig, at der skal ske en ændring af autorisationslovgivningen som led i opgaveflytning?

”Lovgivning er ikke løsningen. Derimod skal man mellem de involverede faggrup-

per finde nogle arbejdsgange, der er optimale, og man skal se bort fra alle mulige faggrænser og fnidder-fnadder. Jeg vil dog ikke udelukke, at der kan blive tale om ny lovgivning i forbindelse med kliniske ekspertsygeplejersker. Men jeg vil have gang i opgaveglidningen.”

Er du enig i, at muligheden for at arbejde som klinisk ekspertsygeplejerske kan være med til at stimulere interessen for sygeplejerskeuddannelsen?

”Det kan jeg sagtens forestille mig. Nu må vi forhandle nærmere om opgaveglidningen. Jeg vil ikke give løfter på forhånd. Sygeplejersker skal – såvel som andre – være parate til at modtage opgaver. Det er sjældent det store problem. Men de skal også være parate til at afgive opgaver. Nogle af disse opgaver kan varetages af sossu-assisterer, andre af lægesekretærer. Det er ikke

”Mellem de involverede faggrupper skal man finde nogle arbejdsgange, der er optimale, og man skal se bort fra alle mulige faggrænser og fnidder-fnadder.”

TIL AT NEDBRYDE FAGGRÆNSER

min opgave som minister at komme med for mange eksempler, for så bliver de let opfattet som udtømmende. Jo mere jeg går ned i detaljen, jo mere låser jeg tingene, og det er ikke hensigten.”

Fremad i kraft af uddannelse

Ser du positivt på øget specialisering af bl.a. sygeplejersker?

”Det kan jeg sagtens se for mig. Men det, vi gør, skal ikke være ud fra politiske betragtninger, men ud fra sundhedsfaglige betragtninger. I det omfang, det sundhedsfagligt er klogt at opgradere nogle til at være specialister og dermed ikke generalister, skal vi gøre det. Danmark har altid kun bevæget sig fremad i kraft af uddannelse.”

Ifølge prognoserne vil der mangle mere end 7.000 sygeplejersker i år 2015. Hvordan ser du løsningen på det problem?

”Sygeplejersker skal – såvel som andre – være parate til at modtage opgaver. Det er sjældent det store problem. Men de skal også være parate til at afgive opgaver.”

”Vi skal ikke skændes om tal. Vi er fuldstændig enige om, at der mangler sygeplejersker og andre sundhedspersoner, men når Dansk Sygeplejeråd fastslår, at der lige nu mangler 2.400 sygeplejersker, så er det ikke det samme som, at der er 2.400 ube-

satte stillinger. Mange er besat med andre faggrupper, men det ændrer ikke ved, at der mangler sygeplejersker.

Der er mange muligheder. Vi har øget optaget til lægeuddannelsen. Vi vil meget gerne nedbringe frafaldet i sygeplejerskeuddannelsen. Det er også derfor, jeg gerne vil sende signalet om, at det at være sygeplejerske er væsentligt og indholdsrigt. Opgaveglidnings-diskussionen er en del af en langsigtet løsning for at udnytte ressourcerne bedst muligt.

På den korte bane er der også den mulighed at hente arbejdskraft i udlandet.

Uanset om man har overskud af ressourcer eller det modsatte, så er det altid klogest at bruge ressourcerne på den mest fornuftige måde. Opgaveglidning er for mig synonymt med at løse opgaverne på det lavest mulige specialiseringsniveau.

Det er de redskaber, vi har. Jeg tror aldrig nogen sinde, der vil være problemer i sundhedsvæsenet, som vi løser til evig tid. Et nyt eller samme problem vil dukke op i en anden form. Opgaveglidning er heller ikke noget, der stopper – al den stund at

alle faggrupper kan mere og mere. Det skal man være bevidst om ude på sundhedsvæsenets arbejdspladser.”

Hvilke særlige kompetencer mener du, sygeplejerskerne tilfører sundhedsvæsenet?

”Jeg har flere gange sagt, at jeg synes, vi skylder at markere, hvor væsentlig en faggruppe sygeplejerskerne er. Derfor vil vi også gerne gøre noget for at få øget tilgang til denne faggruppe. Bl.a. ved at reducere det alt for store frafald, der er under uddannelsen.

Vores sundhedsvæsen – og sikkert alle mulige andre samfundsområder også – er meget foranderligt. Det er en meget dynamisk verden. Derfor kræver det også, at man fra ledelsens side hele tiden er parat til at indrette sig på, at det er en foranderlig verden. Derfor skal man også udvise en fleksibilitet, så man bruger de forskellige faggruppers ressourcer på den klogeste måde. De skal ikke lave noget, som det ville være mere fornuftigt at lade andre gøre.

Der er massevis af drønhamrende interessante opgaver for sygeplejerskerne. De opgaver skal der fokus på. Jeg synes, at der på det seneste har været megen negativ snak over for sygeplejersker, og det synes jeg ikke, at faget fortjener. Faget er vigtigt, og faget er spændende.”

snp@dsr.dk og sp@dsr.dk

”Når man nytænker arbejdsdelingen mellem faggrupperne, er det selvfølgelig et afgørende hensyn, at fagligheden, kvaliteten og patientsikkerheden skal være i orden. Derfor skal det nøje overvejes, hvordan en sådan efter- eller videreuddannelse i kronisk sygdom kan skrues sammen, så den imødekommer behovet for opgaveglidning, uden at der går på kompromis med kvaliteten og patientsikkerheden.”



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST
FOTO: SIMON KNUDSEN

DE PSYKISK SYGE

Personfarlig. Velfærdssamfundets indsats over for de psykisk syge kriminelle er for dårlig, erkender Danske Regioner og opremses en lang liste med forslag til forbedringer. Ud over flere senge og flere medarbejdere i retspsykiatrien er en rød tråd i udspillet, at der er brug for bedre samarbejde mellem de mange aktører omkring patienterne.



ER DØMT UDE

DØMT UDE ...

Det er slet ikke godt nok.

Sjældent hører man en så ligefrem og ærlig konstatering fra en part, der er medansvarlig. I et nyt udspil til en bedre indsats over for psykisk syge kriminelle siger Danske Regioner det ligeud:

”I lyset af den viden, vi har i dag, er det slet ikke godt nok,” står der med henvisning til, at der på bare fire år fra 2004 til 2008 har været en stigning i antallet af retspsykiatriske patienter på 44 pct. til 2.058.

De psykisk syge er i dag kraftigt overrepræsenterede blandt de kriminelle. Hver femte af Kriminalforsorgens klienter er psykisk syg. Navnlig skizofrene bliver dømt til en såkaldt foranstaltning, f.eks. behandling, og bliver dermed retspsykiatriske patienter. I sammenligning med andre kriminelle dømmes psykisk syge langt oftere for personfarlig kriminalitet, dvs. vold, voldtægt og lignende. Det sker i tre ud af fire af sagerne, mens andre kriminelle ”kun” dømmes for personfarlig kriminalitet i én ud af fire sager.

På grund af mangel på retspsykiatriske senge ligger der retspsykiatriske patienter i ca. hver femte seng på de almindelige psykiatriske afdelinger, selv om hverken

”Der er ikke noget som helst, der er for bøvlet. For hvis patienten skal i centrum, så skal man lave de planer. Ellers er det da klart, at man (patienten, red.) falder ned mellem to stole, når man overgår fra en stol, der hedder regionen, til en stol, der hedder kommunen.”

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K).

personale, indretning eller de øvrige patienter er parate til mødet med den patientgruppe. Og når patienterne udskrives, sker det langtfra konsekvent, at der indgås aftaler om opfølgning med kommuner og andre, som skal bidrage til, at patienten klarer sig og tager sin medicin og dermed har bedst chance for at undgå ny kriminalitet.

Det er det – og mere til – der ganske enkelt ikke er godt nok ifølge regionerne selv. Regionernes formand Bent Hansen (S) placerer ansvaret hos regionernes forgængere, amterne.

Mangel på senge

”Der er ingen tvivl om, at de gamle amter ikke har været hurtige nok til at få udvidet

retspsykiatrien i forhold til det pres, der har været med flere og flere domme. Man har undervurderet væksten, og væksten har altså også været stor,” siger Bent Hansen og nævner, at der faktisk er kommet flere retspsykiatriske senge til – bare ikke nok. Nu vil regionerne udvide med 50 senge til ca. 300.

Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge og klinikchef Anders Fink-Jensen, Rigshospitalet, kalder de 50 senge ”en god begyndelse”. Men en af de førende eksperter i retspsykiatri, ledende overlæge Peter Kramp fra Retspsykiatrisk Klinik i København, mener snarere, at behovet er 100 eller 150 flere senge.

”Det bygger jeg på, at der nu er over 2.000 retspsykiatriske patienter, og nogle

))) REGIONERNES ØNSKELISTE

Regionernes udspil til en styrket indsats for psykisk syge kriminelle kan læses i publikationen: ”Psykisk syge der begår kriminalitet”, der kan downloades fra www.regioner.dk

- Flere permanente penge til den igangværende udbygning af retspsykiatrien.
- Flere retspsykiatriske senge og mere personale.
- Psykisk sygdom skal opspores tidligere bl.a. ved, at politi, retsmyndigheder og sociale myndigheder får adgang til hurtig psykiatrisk rådgivning/udredning.
- Alle unge i aldersgruppen 15-18 år, som har begået grov kriminalitet, skal mentalundersøges.
- Regionerne vil indgå konstruktivt i det såkaldte PSP-samarbejde mellem politi, sociale myndigheder og psykiatri, som ved lov nu udbredes til hele landet.
- Regionerne ønsker bedre samarbejde og sammenhæng i behandlingen, dvs. udskrivningsaftaler og koordinationsplaner for bl.a. alle retspsykiatriske patienter, der har begået personfarlig kriminalitet.
- Opsøgende retspsykiatriske specialteam i alle regioner og dermed konsekvent opfølgning på patienter med dom til behandling – herunder evt. anvendelse af tvang.
- Folketinget opfordres til at overveje at give lovhjemmel til blodprøvekontrol for medicin.
- Kommunerne opfordres til at oprette flere socialpsykiatriske døgntilbud – bl.a. til de 150 færdigbehandlede psykiatriske patienter, som afventer et botilbud. Samt til at udvikle flere beskæftigelsestilbud og ansætte flere støtte-kontaktpersoner.

af dem har behov for at være indlagt, selv om de ikke er det i dag,” siger han.

Umulig opgave

Peter Kramp har sammen med overlæge Dorte Sestoft forsket i, hvorfor der er sket en stigning i antallet af psykisk syge kriminelle. De fandt frem til, at forklaringen er de mange nedlagte senge i den almene psykiatri. I alt er 4.750 senge forsvundet fra 1980 til 2008 som led i omlægningen af psykiatrien, den såkaldte deinstitutionalisering med øget vægt på distriktspsykiatri.

”Distriktspsykiatrien er blevet stillet over for en umulig opgave i forhold til nogle af patienterne. Det er fint med distriktspsykiatri for de patienter, som kan klare det. Men navnlig de skizofrene har ofte brug for langvarig indlæggelse,” siger Peter Kramp og forklarer, at skizofreni er en hjernesygdom, der betyder, at patienterne ikke kan filtrere alle de indtryk, de møder.

”Derfor bliver de overloadede med alle mulige indtryk, og behandlingen er at være indlagt og sørge for, at der ikke sker for meget. I hvert fald i starten. Derfra kan man starte langsomt op med aktiviteter og ind-



i marts et udspil til forbedringer af psykiatrien for 2 mia. kr. årligt, som de nu beder staten om. Ud over de ca. 6 mia. kr., psykiatrien i dag råder over årligt.

”Der har været et lille løft af psykiatrien

”Der har været et lille løft af psykiatrien siden år 2000, men løftet på psykiatrien er kun en femtedel af den realvækst, der har været på somatikken. Så psykiatrien sakker bagud.”

Formand for Danske Regioner, Bent Hansen (S).

tryk alt efter, hvad patienten kan klare. Derfor er det klart, at det kan gå galt, hvis du er blevet udskrevet for tidligt til 13. sal i en betonklods i Brøndby, hvor det ikke kan undgås, at du skal tage stilling til en masse indtryk,” siger han.

Peter Kramps forskning konkluderer, at psykisk syge bliver kriminelle i Danmark, fordi de ikke får den rette almene psykiatriske behandling.

Psykiatrien nedprioriteret

Regionernes formand, Bent Hansen, medgiver, at psykiatrien i de seneste år er blevet nedprioriteret. Derfor lancerede regionerne

siden år 2000, men løftet på psykiatrien er kun en femtedel af den realvækst, der har været på somatikken. Så psykiatrien sakker bagud,” siger Bent Hansen.

De forbedringer, som regionerne foreslår inden for retspsykiatrien, koster 150-200 mio. kr. årligt, hvilket er en brøkdel af regionernes samlede budgetter. Kunne regionerne ikke have prioriteret deres penge anderledes, så de psykisk syge kriminelle var blevet bedre behandlet?

”Nej, for inden for kræftområdet, hjerteområdet, behandlingen af kronikere og udviklingen af biologiske lægemidler går det kun én vej: Det vælter frem med nye opga-

ver, med patienter, der har brug for hjælp, og pengene er for små,” siger Bent Hansen.

Siger du, at I har måttet prioritere andre sygdomsområder højere end retspsykiatrien?

”Ja. Det er ikke realistisk, at vi sådan lige kan gå ud og finde 150-200 mio. kr. til det område, for så skal vi forklare en lungemedicinsk eller en kræftafdeling, at vi vil finde pengene dér,” siger Bent Hansen.

Ministeren ønsker at finde penge

Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) siger til *Sygeplejersken*, at han vil arbejde for, at psykiatrien – herunder retspsykiatrien – får flere penge. Men han kritiserer samtidig regionerne for at samarbejde for dårligt med kommunerne om de psykiatriske patienter. Der er brug for flere såkaldte sundhedsaftaler mellem de to parter om samarbejdet. Samtidig skal psykiatrien i større omfang sørge for at indgå aftaler om det videre forløb, efter patienten er udskrevet. Dvs. udskrivningsaftaler mellem patienten, den psykiatriske afdeling, de sociale myndigheder, den privatpraktiserende læge og andre relevante aktører.

Hvis patienten ikke deltager frivilligt, skal regionerne i større omfang end i dag lægge såkaldte koordinationsplaner med f.eks. kommune og Kriminalforsorgen. Det vil regionerne også gerne selv ifølge deres udspil. Men – skriver regionerne – de psykiatriske afdelinger kan finde processen ”bøvlet”. Til det siger sundhedsministeren:

”Der er ikke noget som helst, der er for bøvlet. For hvis patienten skal i centrum, så skal man lave de planer. Ellers er det da klart, at man (patienten, red.) falder ned mellem to stole, når man overgår fra en stol, der hedder regionen, til en stol, der hedder kommunen.”

redaktionen@dsr.dk

DER ER INGEN HURTIGE FIX, DER KAN LØSE PROBLEMERNE

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST • ILLUSTRATION: JENZ KOUDAHL

Håndsrækning. Der er brug for mange lange seje træk, hvis man skal skabe bedre forhold for de psykisk syge kriminelle og forhindre, at de bliver til fare for sig selv og deres omgivelser. Fire fortællinger på de følgende sider viser, at der er tale om en kompleks fælles opgave for mange forskellige aktører. Men som det også fremgår af historierne, så findes der efterhånden en udbredt viden om, hvordan vi kan forbedre virkeligheden både for de syge og deres mulige ofre.

RETSPSYKIATRIEN RYKKER UD

Hvad stiller man op, når retspsykiatriske patienter, der ikke er indlagt, har brug for hjælp fra personale, som har særlig forstand på at behandle netop den gruppe patienter? Man sørger for at opbygge et system, hvor behandlerne kan komme ud til patienten i såkaldte retspsykiatriske opsøgende team. Sådanne team findes kun få steder, men Danske Regioner ønsker at få penge fra regeringen til at udbrede dem til hele landet.

Sygeplejerske Bo Svendsen har 24 års erfaring i psykiatrien. Han arbejder i et af de få team, som allerede findes. Det er i Re-

Hvis ikke, så kan de blive psykotiske og i værste fald begå en alvorlig kriminel handling,” fortæller Bo Svendsen.

Teamet består af tre sekretærer, tre – snart fire – overlæger, tre psykologer og otte sygeplejersker. Der aftales typisk besøg hos patienterne hver 14. dag eller hver måned.

”Men hvis vi hører, at en patient er dårlig, så kan vi skrue op for kontakten,” fortæller Bo Svendsen.

Det er afgørende for teamets effektivitet, at de opbygger en god relation til patient-

Han mener, at det er afgørende for kvaliteten af arbejdet, at det retspsykiatriske team koncentrerer sig om én type patienter. Samtidig har teamet viden om og fokus på lovgivningen inden for retspsykiatrien, der faktisk giver bredere adgang til tvangsindlæggelse end ellers.

”Vi ved, at vi kan indlægge patienten, når han ikke tager sin medicin, og der er fare for ny kriminalitet,” fortæller han.

Men ofte når teamet at gribe ind, før tvang bliver nødvendigt. I ca. halvdelen af de tilfælde, hvor tvangsindlæggelse kunne blive aktuel, får personalet alligevel overtaget patienten til behandling.

Det opsøgende team arbejder på hverdage og i dagtimerne akkurat som distriktspsykiatrien, og ”åbningstiden” er af og til et kritikpunkt fra pårørende til patienter.

”Heldigvis er det sjældent, der er brug for os på skæve tidspunkter, og der er mulighed for døgnnet rundt at ringe til en læge på retspsykiatrisk afdeling, som har mulighed for at indlægge patienten, hvis det er nødvendigt. Men vi har ikke en egentlig døgnbemanding. Det er et åbent spørgsmål, om vi skal have det på et tidspunkt,” siger Bo Svendsen.

Efter kun to års drift er det endnu for tidligt at sige, om det retspsykiatriske team i Region Syddanmark medfører, at dømt psykisk syge i regionen undgår at begå ny kriminalitet.

”I det retspsykiatriske team er vi i stand til at gribe ind langt tidligere, hvis patienten er ved at ryge ud af behandlingen eller får det dårligt.”

Sygeplejerske Bo Svendsen.

gion Syddanmark med base i Middelfart. Teamet har fungeret i to år, og selv om der er mange patienter pr. medarbejder – 40-50 – så er det lykkedes at høste gode erfaringer.

”Vi er ikke normeret som et alment psykiatrisk opsøgende team, hvor man typisk har fem til 10 patienter hver, så vi er nødt til at tilrettelægge arbejdet anderledes. Vi kan ikke tage ud til patienterne flere gange om ugen og være der flere timer. Så vi har fokus på, at folk passer deres behandling,

terne og har et godt samarbejde med f.eks. de botilbud, hvor patienterne ofte bor, samt med pårørende. For problemer skal helst tages under optræk, fortæller Bo Svendsen.

”Jeg har tidligere arbejdet i over 10 år i distriktspsykiatrien i Odense, hvor vi også havde retspsykiatriske patienter, og jeg kan mærke en forskel. I det retspsykiatriske team er vi i stand til at gribe ind langt tidligere, hvis patienten er ved at ryge ud af behandlingen eller får det dårligt,” siger Bo Svendsen.

I PSYKIATRIEN



Personalet på et socialpsykiatrisk botilbud på Fyn har store vanskeligheder med en aggressiv ung mand. Han er psykisk syg kriminel og har en dom, som betyder, at han skal tage sin medicin. Men han vil ikke. Måske fordi det er et af symptomerne på sygdommen, at han ikke selv kan se behovet. Personalet alarmerer det opsøgende retspsykiatriske team i Region Syddanmark, og en sygeplejerske kommer på besøg og taler længe med manden, som han i forvejen har en god relation til. Det lykkes at overbevise manden om at tage behandlingen. Dermed slipper den unge mand for at blive tvangsindlagt, hvilket reelt var hans alternativ.



Da to københavnske politibetjente i marts i år bliver kaldt ud på opgave på Nørrebro, møder de en mand, der truer med en sabel. Manden er psykisk syg og tidligere soldat. Nu er han så langt ude, at han går til angreb. Begge politifolk bliver såret. Politiet skyder og dræber, og så kan der skrives endnu en rapport i velfærdssamfundet Danmark om en psykisk syg, der endte som en tragisk politisag.

Kilder: Diverse dagbladsartikler.

”Det er klart, at det kan gå galt, hvis du er blevet udskrevet for tidligt til 13. sal i en betonklods i Brøndby, hvor det ikke kan undgås, at du skal tage stilling til en masse indtryk.”

Ledende overlæge på Retspsykiatrisk Klinik i København, Peter Kramp.



POLITIET TAGER SKRALDET

Når politiet skyder i Danmark, rammer kuglerne mindst hver anden gang en psykisk syg. En undersøgelse fra Politiets Videnscenter viser, at det var tilfældet i 16 af 23 undersøgte skudepisoder. Sker det, fordi politiet gør sit arbejde for dårligt? Fordi behandlingen og den opfølgende støtte til patienterne er for ringe? Eller måske begge dele?

”Politiet er altid indstillet på at gøre sit arbejde bedre,” siger formanden for Politiforbundet, Peter Ibsen. Men samtidig så politiformanden gerne, at andre aktører i velfærdssamfundet tog et større ansvar for de psykisk syge kriminelle. Husspektakler og problemer med psykiatriske patienter, der ikke er i ordentlig behandling, fylder i dag langt mere i politiets hverdag end for nogle år siden.

”Vi har kritiseret det, og vi mener, at der sker et svigt over for disse mennesker. Enten bliver der ikke taget hånd om dem tidligt nok, når de bliver dårlige, eller også sker det, at de bliver udskrevet til ingenting. Mange er så dårlige, at de ender med at blive en sag for politiet,” siger han.

Skud er sidste udvej

Peter Ibsen håber, at Danske Regioner får gennemført sit udspil til en bedre behandling og opfølgning på udskrevne psykisk syge, så politiet sjældnere skal træde til. For politifolk er ikke de rette til at løse de grundlæggende problemer. Som Ibsen konstaterer: ”Politiet er ganske vist uddannet i at møde psykisk syge på jobbet. Men det kan jo ikke måle sig med den uddannelse, som læger og sygeplejersker har.”

Generelt mener politiformanden, at hans medlemmer klarer det godt, når de bliver kaldt ud på opgave hos en psykisk syg. Kun i ét tilfælde i nyere tid er et skud mod en psykisk syg endt med tiltale og dom. Det var den sag, hvor politiet i 2007 skød mod en psykisk syg i en Seven Eleven-butik på Frederiksberg. Politifolkene blev dømt, men gik fri af straf.

”Skud er den absolut sidste udvej, og vi har i de seneste år haft meget fokus på at undgå skud,” siger Peter Ibsen.

Peberspray er et af politiets alternativer til kugler. Andre gange hjælper det, at poli-

tifolkene trækker sig lidt tilbage i håbet om, at de senere kan opnå en fredelig kontakt og tale personen til ro. Et alternativ til kugler er i øvrigt en helt ufarlig type skum, som politiet kan tage med ud i tjenestebilen. Men det kræver, at politiet ved, hvad det er for en person, de rykker ud til, så de kan få pakket bilen rigtigt. Og det er en del af problemet, at politifolkene ofte ikke ved,

”Når så døren går op, og man bliver truet med en kniv eller sabel og får hugget et hul i baghovedet, så tænker man, at nu gælder det om at overleve. Det er svært at beskrive.”

Formand for Politiforbundet, Peter Ibsen.

at de skal ud og møde en skizofren eller psykotisk patient, siger Peter Ibsen.

Politiet kan blive bedre

”Politifolk ved typisk ikke, hvad der foregår på den anden side af døren, når de ringer på. Når så døren går op, og man bliver truet med en kniv eller sabel og får hugget et hul i baghovedet, så tænker man, at nu gælder det om at overleve. Det er svært at beskrive. Alle, der har prøvet at skyde, siger, at de ikke var i tvivl om, at nu måtte de godt,” fortæller Ibsen.

I en undersøgelse af politiets skud mod psykisk syge fra 2007 skriver Politiets Videnscenter, at to ud af tre ofre var påvirket af rusmidler og/eller medicin i skudøjeblikket, og at politiet ofte forsøgte ”at anvende andre magtmidler før skydevåben”. Alligevel konkluderer undersøgelsen, at ”politifolk kan ... blive bedre til at aflæse psykisk syge eller modparter, som er påvirket af rusgifte, og til at tilpasse deres handlingssvar til disse personer.”

Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, klinikchef og overlæge på Rigshospitalet, Anders Fink-Jensen, mener, at politiets arbejde generelt er i orden.

”Min personlige erfaring er, at de er gode til at tackle de svære situationer. De skal jo ikke være på niveau med folk, der har deres vant gang i psykiatrien. Men alle kan selv-

følgelig blive bedre,” siger Anders Fink-Jensen, der selv har kørt psykiatrisk udrykningstjeneste i København. Ifølge Fink-Jensen ville det være optimalt, at der konsekvent var fagfolk med ude, når psykisk syge skaber uro. Det har SF foreslået i forbindelse med et åbent samråd med justitsministeren om drabet på den sindslidende tidligere soldat på Nørrebro. Men ifølge

Anders Fink-Jensen er det ikke realistisk, fordi politiet i visse akutte situationer ikke kan vente på en psykiater. Samtidig vil et effektivt psykiatrisk beredskab være dyrt og personalekrævende, og i forvejen er psykiatrien præget af problemer med at skaffe arbejdskraft.

Afdelingssygeplejerske Inge Henmar fra Psykiatrisk Center Frederiksberg har samarbejdet med politiet i mange år. Hun mener, at politiet ikke er godt nok klædt på til at håndtere psykisk syge.

”Der findes mange politifolk, der gør det rigtig godt på trods af manglende forudsætninger. De vil også gerne lære mere. Men politifolk kan også blive bange og komme til at skyde nogen, som de ikke skulle skyde. Det må de opleve, når de f.eks. kommer ud til folk, der fægter med en sabel. I den situation kunne jeg som fagperson måske heller ikke have sagt eller gjort noget, som havde fået personen ned på jorden igen,” siger Inge Henmar.

redaktionen@dsr.dk

”Skud er den absolut sidste udvej, og vi har i de seneste år haft meget fokus på at undgå skud.”

Formand for Politiforbundet, Peter Ibsen.



))) DEN PSYKIATRISKE VIRKELIGHED I DANMARK

Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen fra 2008 kunne syv ud af 10 kriminelle handlinger begået af psykisk syge – måske – have været undgået. Det konkluderer Sundhedsstyrelsen, efter to arbejdsgrupper har gennemgået 10 sager, hvor psykisk syge blev dømt til en foranstaltning efter straffelovens paragraffer 68-72, dvs. behandling eller anbringelse. Sundhedsstyrelsen vurderer dermed, at den kriminelle handling muligvis kunne være forhindret i 70 pct. af de undersøgte sager, hvis forløbet var blevet håndteret anderledes.

Af de 10 sager handlede syv om manddrab eller drabsforsøg, én om legemsangreb af særlig rå, brutal eller farlig karakter og to om ildspåsættelse. I to af sagerne var der tale om drabsforsøg på personale på institutioner, hvilket involverede i alt fire personalemedlemmer.

Sundhedsstyrelsen anbefaler bl.a.:

- At unge, der idømmes en ungdomssanktion bliver grundigt udredt og undersøgt for, om de skulle have psykiske lidelser eller være mentalt handicappede.
- At udskrivningsaftaler og koordinationsplaner anvendes hyppigere, når patienter udskrives, så der er bedre styr på, at patienterne får deres behandling.
- At de behandlingsansvarlige overlæger, der skal sørge for, at den dømte patient faktisk får behandling, får præciseret, hvorledes de "skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed i deres virke". Det vil ske i en ny vejledning.
- At de mange involverede omkring patienten bliver bedre til at placere et klart ansvar og koordinere indsatsen.

Kilde: Sundhedsstyrelsen: Beretning vedr. undersøgelse af psykisk syge kriminelles forløb i det psykiatriske system, 2007.

POLITI, KOMMUNE

Hvordan sikrer man, at politiet, kommunen og psykiatrien hjælper hinanden med – på hver sin måde – at hjælpe de psykisk syge kriminelle? Det gør man ved at kræve, at de samarbejder, og ved faktisk at give dem mulighed for at udveksle oplysninger om de borgere, som de typisk gang på gang støder på i forbindelse med problemer.

Det mener et flertal i Folketinget, der i slutningen af 2008 bestemte, at politimestrene landet over skal tage initiativ til såkaldte PSP-samarbejder, hvor politiet, de sociale myndigheder og social- og behandlingspsykiatrien deler viden om og samarbejder om de socialt udsatte psykisk syge patienter. Samtidig lempede Folketinget reglerne for myndighedernes udveksling af oplysninger, så det rent faktisk blev muligt at koordinere indsatsen for de udsatte borgere.

Loven trådte i kraft 1. april 2009 og blev til efter inspiration fra et PSP-samarbejde på Frederiksberg, der har fungeret siden 2004.

På Frederiksberg har man takket være PSP hjulpet nogle af de psykiatriske patienter bedre, end de ellers var blevet, fortæller afdelingssygeplejerske i Psykiatrisk Center Frederiksberg, Inge Henmar.

"Vi mødes en gang om måneden, og det er typisk politiet, der kommer med sagerne og siger: Det her er helt galt. Nogen må gøre noget. Så siger vi andre: Det skal vi nok tage os af. Og hvis så det ikke sker, eller hvis det ikke hjælper, så tager politiet sagen op igen," siger Inge Henmar og fortæller historien om den 55-årige kvinde (se næste side).

"Hvis ikke vi havde haft PSP, så tror jeg ikke, at der nogensinde var fundet en løsning for hende. Så tror jeg, at hun var blevet banket halvt ihjel eller var røget ud og ind af midlertidige løsninger," siger Inge Henmar.

Det er en god idé at udbrede PSP til hele landet, mener hun, men advarer mod at undervurdere opgaven. Det kræver tid – og dermed ressourcer – at opbygge den gensidige tillid mellem myndighederne. Der skal være opbakning fra ledelse og bagland, så der faktisk er nogen, der handler, når politiet tager sager op. Og endelig bliver det ifølge Henmar en kæmpe logistisk udfordring at få sammensat PSP'erne, fordi politiets, kommunernes og psykiatriens geografiske grænser trækkes helt forskellige steder i landskabet.

OG PSYKIATRI KAN FAKTISK SAMARBEJDE

”Hvis ikke vi havde haft PSP (samarbejde mellem politi, socialforvaltning og psykiatri, red.), så tror jeg ikke, at der nogensinde var fundet en løsning for hende. Så tror jeg, at hun var blevet banket halvt ihjel eller var røget ud og ind af midlertidige løsninger.”

Afdelingssygeplejerske på Psykiatrisk Center Frederiksberg, Inge Henmar.



En ca. 55-årig kvinde på Frederiksberg er kendt af både psykiatri og kommune i årevis. Hun er angst og er samtidig ude i misbrug. Politiet er også jævnligt i kontakt med hende, fordi hun bliver slået og selv slår. Kvinden er blevet smidt ud af skiftende lejeboliger og risikerer igen at stå på gaden. En politimand, som arbejder kriminalpræventivt i boligblokken, sørger for, at hendes situation bliver taget op i en arbejdsgruppe med repræsentanter fra politi, socialforvaltning og psykiatri i kommunen, det såkaldte PSP-samarbejde. Da kvinden ryger på herberg, beslutter de tre parter at prøve at finde en varig løsning. Kommunen finder et bosted til hende, men der er ventetid, så psykiatrisk afdeling siger ja til at indlægge hende i åben afdeling imens. Her er hun i ét år, hendes tilstand stabiliseres, og så flytter hun ind i bostedet, hvor der er den støtte i hverdagen, som hun har brug for.

Kilde: Afdelingssygeplejerske i Psykiatrisk Center Frederiksberg, Inge Henmar.

DEN SVÆRE KOORDINERING – HVEM GØR HVAD?

Hvad skal der til for at undgå, at psykisk syge kommer helt derud, hvor de går amok? Der skal stilles en rigtig diagnose, gennemføres den rette behandling, og når patienten udskrives, skal der ske en ordentlig opfølgning, dvs. indgås aftaler med patienten, kommunen og de mange andre, som kan være med til at tage vare på, at behandlingen følges, og hverdagen fungerer.

Det er der bred enighed om blandt fagfolk. Men der er desværre samtidig også udbredt enighed om, at vi slet ikke gør det godt nok i Danmark. Der er for få psykiatriske senge, og der er for dårlig opfølgning

og koordinering, når patienterne skal klare sig uden for hospitalerne. Selv når en psykiatrisk patient har fået en behandlingsdom for vold, risikerer han at blive overladt stort set til sig selv i månedvis – som nedenstående sag fra Køge fortæller.

Danske Regioner skriver i sit nye psykiatri-udspil, at koordineringen mellem myndighederne skal forbedres. Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge Anders Fink-Jensen, medgiver, at de behandlende overlæger kan gøre det bedre:

”Vi skal sørge for, at der er en god logistik omkring patienten. Det vil sige, at vi skal

lave nogle gode udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, når patienterne bliver udskrevet. Men det er faktisk vanskeligt, bl.a. fordi it-delen af vores arbejde ikke fungerer. Vi har stadig at gøre med en gulnet journal fra de seneste 20 år, som skal kopieres og faxes. Før man får styr på den del, så bliver koordinationen aldrig helt god,” siger Anders Fink-Jensen og understreger, at koordinering ikke gør det alene. Den største barriere for en vellykket psykiatri er mangel på senge, penge og personale.

Anders Fink-Jensen håber, at bedre behandling vil tiltrække det personale, som psykiatrien har svært ved at skaffe i dag.

”Det er meget demotiverende for personalet i dag, at der ligger patienter på gangene, og at der ikke er kapacitet til, at selv alvorligt syge kan indlægges,” siger han.

”It-delen af vores arbejde fungerer ikke. Vi har stadig at gøre med en gulnet journal fra de seneste 20 år, som skal kopieres og faxes. Før man får styr på den del, så bliver koordinationen aldrig helt god.”

Formand for Dansk Psykiatrisk Selskab, Anders Fink Jensen.

redaktionen@dssr.dk



I begyndelsen af 2008 blev en skizofren mand dømt til behandling for vold. Alligevel blev der ikke taget hånd om behandlingen med det samme. Den eneste kontakt, manden havde med myndighederne, var et enkelt besøg af en tilsynsværge. To måneder efter dommen skrev mandens 71-årige stedfar til politiet, at situationen var alarmerende. Da politiet dagen efter svarede, var det for sent. Den 71-årige mand fra Køge-egnen var blevet dræbt af stedsønnen, der i dag er idømt forvaring på ubestemt tid.

”Vi må erkende, at der var for få, der for alvor magtede at skabe forandringer. Derfor arbejder vi nu videre på at skabe to til fem modelhospita-ler, der skal arbejde videre med patientsikkerhed,” siger lederen af Operation Life og Dansk Selskab for Patientsikkerhed Beth Lilja.

Livredder. To år med ”Operation Life” er slut. Selvom målet om at redde 3.000 liv ikke blev nået, har kampagnen alligevel vist, at der kan ske hurtige forandringer i sundhedsvæsenet, mener kampagnens leder Beth Lilja fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.



”Hvis ikke vi sigter efter stjernerne, når vi aldrig trætoppene”

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP



I april 2007 satte Operation Life som mål at redde 3.000 liv. Ved kampagnens afslutning er der reddet 1.500 liv. Har I været for ambitiøse?

”Ja, det kan man sige. Vi nåede ikke målet – men omvendt, hvis ikke man sigter efter stjernerne, så når man aldrig trætoppene, og der er ingen tvivl om, at vi nok skal nå målet: At redde 3.000 liv. Det tager bare længere tid, end vi regnede med.”

Kritikere siger, at dødeligheden på hospita-lerne er alt for kompleks til, at det kan dokumenteres, at faldet skyldes Operation Life. Er det ikke et problem ved kampagnen?

”Det er rigtigt at mange faktorer influerer på hospitalsdødeligheden. Heriblandt initiativerne i Operation Life. Det er også rigtigt, at der ikke nødvendigvis kan dokumenteres en sikker sammenhæng mellem de færre dødsfald og Operation Life. Vi har brugt de nye standardiserede dødelighedsrater HSMR, og det er det bedste bud på en målemetode. Den viser, at sundhedsvæse-

net er forbedret svarende til 1.500 færre dødsfald i forholdt til 2006.”

Operation Life består af seks pakker. Inden for hvilken af de seks områder har I haft vanskeligst ved at nå resultater?

”Sepsispakken og medicinafstemningspakken er de to pakker, vi har haft vanskeligst ved at nå resultater med. Et af problemerne med medicinafstemningspakken er, at de elektroniske systemer ikke i tilstrækkelig grad understøtter medicinafstemningen.

Sepsispakken er kompleks, fordi den virker på tværs af afdelinger. I sundhedsvæsenet er vi gode til at ændre det, der angår os selv og vores egen afdeling. Men når vi skal gå på tværs af siloerne, går det ofte galt.

Det er nødvendigt at arbejde videre med sepsispakken, for der er dokumentation for, at her er mange liv at redde.”

Det har været fremme, at lægerne er mere skeptiske over for kampagnen end sygeplejersker. Er det rigtigt?

”Aktivitetsniveauet har været meget forskelligt fra sygehus til sygehus og fra afdeling til afdeling, men man kan ikke sige, at nogle personalegrupper har været mere

skeptiske end andre. I USA er erfaringen, at der er bedre resultater med Operation Life på de afdelinger, hvor sygeplejersker har fået udvidet deres kompetencer. Den tendens kan vi ikke sige noget om i Danmark, fordi vi ikke har så mange svar på det spørgsmål.”

Hvad synes du, er det vigtigste resultat af Operation Life?

”Kampagnen har vist, at vi godt kan sprede forandringer hurtigt i det danske sundhedsvæsen. Og så er kampagnen virkelig gået på tværs af faggrænser, afdelinger og regionale grænser. Medarbejdere fra hele landet har holdt møder og udvekslet erfaringer.”

Hvordan skal arbejdet for at styrke patientsikkerheden fortsætte?

”Nu understøttes kampagnen året ud, så f.eks. hjemmesiden fortsætter. Og så må vi erkende, at der var for få, der for alvor magtede at skabe hurtige forandringer. Derfor arbejder vi nu videre med Tryk Fonden og Danske Regioner om at skabe to til fem modelhospita-ler i Danmark, der skal arbejde videre med patientsikkerhed.”

bs@dsr.dk



BRAT OPVÅGNEN I DET ISLA

Efterskælv. Fundamentet under Islands sundhedssektor er smuldret som følge af efterårets finanskrak, og det har ramt vulkanøen som et voldsomt efterskælv. Der er udsigt til årlige besparelser på 10 pct.

TEKST OG FOTO: CLAUD LEICK, JOURNALIST

I de næste tre år vil den islandske sundhedssektor skulle spare 10 pct. om året. Det er dystre udsigter for både patienter og ansatte, der har været vant til et sundhedsvæsen i topklasse.

Servicen vil falde, og der bliver brug for færre hænder.

Det er efterårets voldsomme finanskrak, der dels har givet de islandske myndigheder store tab, og som samtidig resulterer i langt færre skatteindtægter.

Både sygehuse og kommuner er i fuld gang med første sparerunde. Det er primært lønudgifterne, der er i fokus. Afdelingerne bliver nedlagt, og normeringer reduceres.

Men nedskæringerne rammer forskelligt, og der er ingen fælles linje i myndig-

hedernes udspil. Især fordi Island indtil slutningen af april har været uden en handlekraftig regering på grund af nyvalg. Det har betydet, at ingen politikere har ønsket at komme med klare meldinger om, hvordan den islandske sundhedssektor skal slankes.

Det bekymrer de islandske sygeplejersker.

”Når regeringen ikke prioriterer, bliver det tilfældigt, hvordan der bliver sparet på de enkelte sygehuse og i kommunerne. Konsekvensen er, at servicen bliver meget forskellig fra sted til sted,” forklarer Elsa Fridfinnsdottir, der er formand for Foreningen af Islandske Sygeplejersker.

Elsa Fridfinnsdottir håber, at den nyvalgte regering har modet til at melde klart



Sygehusdirektør på islændingenes Rigshospital, Landspítali, sygeplejerske Hilda Gunnlaugsdottir, har ansvaret for at føre sygehuset gennem krisen.



Formand for Foreningen af Islandske Sygeplejersker Elsa Fridfinnsdottir kritiserer den islandske regering for, at den ikke prioriterer, hvordan der skal spares i sundhedsvæsenet. Besparelserne er for tilfældige, mener hun.

Kuren, der skal føre Islands største hospital gennem krisen, består af ny teknologi, mere effektive arbejdsgange, og at sundhedspersonalet skal arbejde på fuld tid.

NDSKE SUNDHEDSVÆSEN



ud, hvor og hvordan sundhedssektoren skal spare.

”Der er ingen vej uden om store besparelser i de kommende år, men det skal ikke gøres, som vi har set her i foråret, hvor det ene sygehus skærer i servicen et sted, mens nabosygehuset skærer et helt andet sted,” pointerer Elsa Fridfinnsdottir, der har eksempler på et sygehus, der sparer på servicen over for de gravide, mens nabosygehuset gør noget andet.

”Det betyder jo bare, at de gravide skifter sygehus,” siger hun.

Udsigt til negativ spiral

Også de kommunale sundhedscentre udmønter besparelserne forskelligt. Hos de 15 sundhedscentre i Reykjavik har første sparerunde været rettet mod de højestlønne-

de, der fremover ikke længere får udbetalt overarbejdsbetaling og kørselspenge.

”Vi har indtil nu kunnet undgå at skære direkte i servicen, fordi vi foruden reduktionerne i lønningerne – især til lægerne – også har haft mulighed for at effektivisere. Men næste sparerunde vil kunne mærkes hos borgerne,” forklarer Thorunn Olafsdottir, der er ledende oversygeplejerske i sundhedstjenesten i Reykjavik-området.

Det islandske sundhedssystem er anderledes end det danske, og sundhedscentrene er en slags kommunale lægehuse med læger og sygeplejersker.

Thorunn Olafsdottir frygter, at det islandske samfund i de kommende år vil opleve en negativ spiral. Det vil ske, hvis sundhedsservicen bliver dårligere, samtidig med

at borgerne i stigende grad rammes af krisesyntomer som misbrug, depressioner og vold.

Hun efterlyser samtidig klare politiske meldinger om, hvor sundhedscentrene skal spare.

”Skal vi skære i kvaliteten af vores service? Skal vi fjerne nogen tilbud? Eller skal vi droppe borgernes mulighed for selv at vælge speciallæge?” spørger Thorunn Olafsdottir, der oplever, at hendes hidtidige store problem med at få sygeplejerskestillinger besat nu er afløst af en venteliste.

Vigtigt med nyt rigshospital

Landspitali, der er islændingenes rigshospital, går heller ikke ram forbi. Ud over en besparelse på 10 pct. skal der hentes yderli-

De geografiske afstande er store på Island. Fremover skal der reduceres i antallet af mindre sygehuse i provinsen og behandlingstilbuddene på de lokale sygehuse.

» gere 3 pct. pga. ekstraudgifter til medicin i 2008.

Og det er en sygeplejerske med stor erfaring i at effektivisere, der sidder med ansvaret for at føre det islandske sundhedsflagskib gennem krisen.

Hulda Gunnlaugsdóttir blev hentet til Island, hvor hun er født, kort tid før den islandske økonomi brød sammen. Med en fortid som sygehusdirektør på Aker Sykehus ved Oslo var hun blevet bedt om at hjælpe sine islandske landsmænd med at effektivisere landets ubetinget største sygehus.



DE ATTRAKTIVE JOB ER DER

TEKST OG FOTO: CLAUDS LEICK, JOURNALIST

Nye tider. De havde attraktive job på deltid på en afdeling, de selv havde valgt. Men efter finanskrisen ramte Island med voldsom styrke, vågnede Elsa Mogensen og Ragnhildur Karlsdóttir op til en helt ny virkelighed.

De har i hele deres karriere været vant til at få de job, de gerne ville have. Tilmed på deltid og næsten uden aften- og weekendvagter.

Sådan har det været for mange islandske sygeplejersker og også for Elsa Mogensen og Ragnhildur Karlsdóttir, der indtil for nylig havde deres drømmejob på en rehabiliteringsafdeling for ældre i tilknytning til Reykjavíks store universitetshospital, Landspítali.

Men med finanskrisen og store offentlige besparelser er tiderne skiftet.

”Vi er med kort varsel blevet anvist stillinger med både weekendvagter og skiftende arbejdstider på en anden og knap så attraktiv afdeling. Uden forhandling eller mulighed for individuelle hensyn,” forklarer de to sygeplejersker, der hidtil har haft deltidsstillinger, der svarer til ca. 75 pct. og 60 pct. af fuldtidsarbejde.

Et tilbud, de ikke har haft lyst til at tage imod, og som de samtidig mener, at de ikke bare kan overflyttes til.

”Vi fik beskeden i februar og har takket nej. Men vi ved reelt ikke, hvad der sker, hvis vi ikke møder til første arbejdsdag i maj måned. Derfor har vi med støtte hos det islandske sygeplejerskeforbund fået en advokat til at hjælpe os.”

I første omgang forsøgte Elsa Mogensen

og Ragnhildur Karlsdóttir at finde et lignende job et andet sted i Reykjavík-området. Men uden held.

De attraktive job er der ikke længere.

”Vi vil forsøge at få noget positivt ud af den situation, vi er havnet i, og vi har besluttet at begynde på en eller anden uddannelse efter sommerferien, der kan føre os over i et andet fag,” fortæller de to islandske sygeplejersker, der ikke tror, at de ”gode tider” for sygeplejersker vender tilbage lige med det samme.

Ligeglade med anciennitet

Men foreløbig har de fokus på deres rettigheder og det ”groteske” forløb, som de har oplevet på Landspítali. De føler, at de er blevet tvunget væk fra deres job og dermed frataget en lang række rettigheder og privilegier i forbindelse med deres anciennitet i faget.

Meldingen om de store nedskæringer på deres afdeling kom i begyndelsen af året. Tre underafdelinger skulle slås sammen til én, og samlet skulle der bruges ca. 20 medarbejdere færre. Alle havde dog mulighed for at få et andet job på en mindre attraktiv afdeling, hvor der hidtil havde været mange ubesatte sygeplejerskestillinger.

”I begyndelsen snakkede ledelsen om, at man kunne forsøge at dele arbejdet, såle-

Hun havde kun været i gang med jobbet i Island i kort tid, da den islandske optur pludselig blev til et fald.

”Den effektivisering, jeg har sat gang i pga. krisen, havde jeg i forvejen planer om at gennemføre,” siger Hulda Gunnlaugsdottir.

Hun satser især på brugen af ny teknologi og mere effektive arbejdsgange. Deltidsstillinger og overtidsbetaling skal nu stattes med fuldtidsstillinger.

”Jeg mener, det er muligt at bevare både kvaliteten i behandlingen og antallet af behandlinger,” forklarer Hulda Gunnlaugs-

dottir, der indtil nu kun har afskediget ca. 70 ud af 5.100 medarbejdere på Landspítali.

Men det bliver næppe de sidste opsigelser.

Hun tror dog, det bliver nødvendigt at reducere i antallet af mindre sygehuse i provinsen og samtidig at slække i behandlingstilbuddene på de mindre, lokale sygehuse.

”Vi kan rigtig meget med ny teknologi, og vi har som et lille land ikke råd til alle de små sygehuse, som vi har i dag. Men det er et politisk valg,” siger Hulda Gunnlaugsdottir.

Når det gælder Landspítali, mener hun dog, at politikerne bør gå en helt anden vej og satse på et helt nyt og moderne hospital. Også selvom der lige nu er krise.

”Island er nødt til at have sygehuse på højt niveau – ellers kan vi på sigt hverken holde på patienterne eller de dygtige læger og sygeplejersker. Derfor har jeg foreslået regeringen, at vi arbejder videre med planerne om et nyt og moderne nationalt sygehus i Reykjavik,” fastslår Hulda Gunnlaugsdottir.

redaktionen@dsr.dk

IKKE LÆNGERE



des at alle arbejdede lidt mindre. Et andet forslag, som blev drøftet, var at finde en ordning, så nogle af de ældre kolleger kunne gå på pension lidt tidligere,” siger Elsa Mogensen og Ragnhildur Karlsdottir.

Men pludselig en fredag eftermiddag fik alle deltidsansatte besked om, at de med to måneders varsel blev overført til en anden afdeling, med både skiftende og weekendvagter.

”Nogle fik besked på gangen på vej på weekend, andre blev ringet op. Vi var mål-

løse og chokerede,” husker Elsa Mogensen og Ragnhildur Karlsdottir, der har henholdsvis 10 og fire års anciennitet på afdelingen.

Men hverken anciennitet eller alder endte med at blive et kriterium, som ledelsen tillagde vægt.

Patienterne betaler prisen

I sidste ende bliver det patienterne på afdelingen, der kommer til at betale prisen. Eller nærmere de mange patienter, som der

Sygeplejerskerne Elsa Mogensen (th.) og Ragnhildur Karlsdottir er med kort varsel blevet tilbudt nye stillinger på Reykjavíks store universitetshospital Landspítali. De overvejer at droppe sygeplejefaget og uddanne sig til noget andet.

nu ikke længere er en seng til, idet antallet af senge er blevet kraftigt reduceret.

”Set med samfundets øjne kommer der til at ske en kraftig forringelse af servicen over for de ældre patienter. Det kan simpelthen ikke undgås, når der bliver reduceret med ca. 35 senge,” mener Elsa Mogensen og Ragnhildur Karlsdottir.

Den tidligere gode stemning i afdelingen mellem kollegerne er et andet offer.

”Det har været svært at opretholde den gode stemning på afdelingen her i foråret. Én ting er, at der skal spares, men når mange føler, at de er blevet rigtig dårligt behandlet, er det næsten umuligt at undgå en meget anspændt stemning,” konstaterer de to sygeplejersker.

redaktionen@dsr.dk

Medicinske afdelinger på rette spor

De medicinske afdelinger er endelig kommet på rette spor. Den nyhed ville jeg rigtig gerne kunne skrive, men desværre bliver det igen den samme, som vi har hørt før – nemlig nyheden om, at forholdene på de medicinske afdelinger er stærkt kritisable. For som sygeplejersker har vi pligt til at være vagthund for de svageste borgere og patienter. Vi skal råbe op, når sundhedsvæsenet ikke gør det godt nok.

Og det er desværre tilfældet på store dele af det medicinske område:

I Dansk Sygeplejeråd har vi lige gennemført en nærmere analyse af forholdene på landets medicinske afdelinger. Det gjorde vi senest for et års tid siden, hvor vi påpegede store problemer med overbelægning og underbemanning. Nu har vi gentaget analyserne for at se, om der er sket forbedringer. Desværre giver tallene et kedeligt svar.

Vores analyser viser, at der stadig er massive problemer med overbelægning. I januar 2009 var den gennemsnitlige belægningsprocent på 105 på landets medicinske sengeafsnit. Det har alvorlige konsekvenser for både sygeplejerskerne og patienterne: Arbejdsmiljøet er under stort pres, de faglige udviklingsmuligheder begrænses, og kvaliteten og patientsikkerheden lider alvorligt herunder.

Analyserne viser også, at der er alt for mange færdigbehandlede patienter i sengene. I 2008 blev der

brugt næsten 96.000 sengedage på landets somatiske hospitaler til færdigbehandlede patienter. Det er en stigning på 38 pct. på ét enkelt år.

Jeg synes, det er helt uacceptabelt!

Hvis man skal have de pessimistiske briller på, kunne man tro, at de ansvarlige politikere nedprioriterer et område, hvor patienterne typisk ikke er så ressourcestærke. For så kommer der ikke så stærke protester ...

Det er på høje tid, Folketinget gennemfører en national redningsplan for det medicinske område. En redningsplan, som indebærer, at Folketinget bevilger de nødvendige ressourcer, som regioner og kommuner skal anvende til at opruste de sundhedsfaglige tilbud til de medicinske patienter.

I Dansk Sygeplejeråd ser vi ikke stiltiende på udviklingen. Derfor holder vi i næste uge en stor konference på Christiansborg, hvor vi har inviteret politikere fra både Folketing, regioner og kommuner til at give et bud på, hvordan de vil forbedre sundhedstilbuddene på det medicinske område. Jeg vil gøre mit til, at de kommer ud af busken og fortæller konkret, hvad de vil gøre hvornår. Det har både sygeplejerskerne og patienterne krav på!

"Hvis man skal have de pessimistiske briller på, kunne man tro, at de ansvarlige politikere nedprioriterer et område, hvor patienterne typisk ikke er så ressourcestærke."



Grete Christensen

Grete Christensen, 1.-næstformand

EFTER- OG

VIDEREUDDANNELSE

Klinisk vejlederuddannelse

Diplomuddannelsen i økonomi, ledelse og organisation for sundhedssektoren (DLS)

Sundhedsfaglig diplomuddannelse (SD)

Fælles for alle retninger

- Obligatorisk modul
- Afgangsprojekt
- Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis
- Kommunikation
- Ledelse i offentlige organisationer – med fokus på ledelse i sundhedssektoren

SD i sundhedsformidling og klinisk uddannelse

- Deltagerforudsætninger
- Formidlings- og undervisningspraksis i sundhedssektoren

SD i sundhedsfremme og forebyggelse

- Deltagerforudsætninger
- Formidlings- og undervisningspraksis i sundhedssektoren
- Sundhedsfremme og forebyggelse på arbejdspladsen
- Sundhedsfremme og forebyggelse over for en udvalgt risikogruppe

SD i professionspraksis

- Rehabilitering ved smerteproblematikker
- Strategier i klinisk kvalitetsudvikling
- Patientologi
- Palliativ indsats – mellem menneskelige aspekter
- Palliativ indsats – symptomlindring
- Rehabilitering af mennesker med inkontinens
- Rehabilitering af mennesker med kronisk nyresygdom
- Klinisk udvikling af urologisk sygeplejefaglig professionspraksis
- Sclerose – sundhed og rehabilitering
- Rehabilitering af mennesker med kræft

Kurser og temadage

- Metodekursus for kliniske vejledere og klinisk ansvarlige vejledere
- Diabetes
- Pædagogiske dage for kliniske vejledere
- Kronisk obstruktiv lungelidelse og sygepleje
- Livsstilsændringer
- Klinisk praksis anvender også videnskabsteori og forskningsmetodologi
- Sammenhængen mellem kost, adfærd og indlæringssevne hos børn og unge
- Sygeplejerskens journalføring
- Den værdibaserede medarbejderudviklingssamtale (MUS)
- Ansvarlige kliniske vejledere og kliniske vejledere
- Velfærdsteknologi

Uddybende beskrivelse af diplomuddannelser og kurser/temadage samt ansøgningsskema/tilmeldingsblanket kan hentes på www.ucsj.dk/evu

University College
SJÆLLAND



Et lettelsens suk

Af Hanne Cramon, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Skal kunne rumme personaler og patienter, som vi møder" i Sygeplejersken nr. 9/2009.



Kære Kirsten Lildholdt!

Jeg drog et lettelsens suk, da jeg læste din (længe ventede) kommentar til Rachel J.'s indlæg.

Der er ytringsfrihed herhjemme, også for sygeplejersker, men jeg mener, det er en afdelingsledelses ansvar at forholde sig og reagere, hvis en medarbejder udtaler sig på en måde, så det kunne se ud, som om det er afdelingens generelle holdning, der udtrykkes.

Det er rart at høre, at negative fordomme og fremmedhad ikke har sneget sig ind som den herskende holdning på plastikkirurgisk afdeling i Odense.

Sygepleje og rummelighed er for mig to uadskillelige størrelser.

Hanne Cramon er ansat på Ortopædkirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.

Hvornår skal der forhandles?

Af Ulla Mandrupsen, sundhedsplejerske



Når en sygeplejerske søger nyt arbejde, råder DSR vedkommende til at forhandle løn, inden hun/han tager jobbet, og ligeledes når en sygeplejerske påtager sig nye arbejdsopgaver. Det synes de fleste vel er helt fornuftigt.

Det er nu sådan, at mange sundhedsplejersker i hele landet skal overtage nogle af de funktioner, som tidligere blev varetaget af en kommunalt ansat læge, således at sundhedsplejerskerens ansvars- og funktionsområde bliver ændret. I forbindelse hermed tager sundhedsplejerskerne en kortere efteruddannelse.

Flere steder er sundhedsplejerskerne påbegyndt opgaven. Vi undrer os over, at der endnu ikke har fundet lønforhandlinger sted fra DSR's side. Sundhedsplejersker i nogle kommuner har selv forsøgt sig, men bliver mødt med, at "der er ingen penge til dette."

Har DSR tænkt sig at forhandle et kvalifikationstillæg til sundhedsplejerskerne for det nye ansvars- og funktionsområde?

Det ville være rigtig godt at få det gjort meget snart. Det ville have været endnu bedre, om det var blevet gjort ved OK 08.

Indlægget er indsendt på vegne af sundhedsplejerskerne i Brøndby Kommune.

Svar

Af Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd

Kære Ulla Mandrupsen!

Der kan foreløbig ikke aftales et centralt fastsat tillæg for funktionen med ind- og udskolingsundersøgelser. Et sådant krav skal rejses ved overenskomstforhandlingerne, og der var ikke indkommet krav herom forud for OK 08. Dansk Sygeplejeråd kan derfor tidligst rejse krav om et centralt fastsat tillæg ved overenskomstforhandlingerne i 2011.

Generelt bliver tillæg forhandlet lokalt, og det er vores erfaring, at det kan være vanskeligt at komme igennem med centrale tillæg

over for arbejdsgiverne. Hertil kommer, at der kan være forskel på funktionens indhold fra kommune til kommune.

På baggrund af din henvendelse har jeg været i kontakt med Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, som oplyser, at netop et tillæg for at varetage ind- og udskolingsundersøgelser indgår i kredsenes lønstrategi. Kredsen tager derfor kontakt til alle de kommuner, der beslutter, at opgaven skal udføres af sundhedsplejersker.

Der er således allerede arbejde i gang lokalt i Kreds Hovedstaden, og jeg vil opfordre dig til at kontakte kredsen for at få en nærmere status for din kommune.

.....

”Det er en bekræftelse af, at danskerne fastholder, at man skal tage hensyn til dem, der er mest syge. Der er ikke nogen, der må komme foran andre, og det er et grundlæggende lighedsideal hos os.”

Signild Vallgård, professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, i Jyllands-Posten den 1. maj

►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Hvad vil du gøre, når du får mulighed for at hæve din SP-opsparring?

- Lade pengene blive stående?
 - Hæve pengene og bruge dem?
 - Hæve pengene og indsætte dem på din pensionsopsparing?
- Læs artiklen ”SP – ekstra lomme penge eller pensionsforbedring” på side 14.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 8/2009:

Stjæler hverdagens usynlige gøremål din tid fra patienterne?

Svar	antal	pct.
Ja	49	29,9
Nej	110	67,1
Ved ikke	5	3,0
I alt	164	100

►►► SKRIV KORT

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

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

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk > Manuskriptvejledninger > 8. Debatindlæg i *Sygeplejersken*

Debatindlæg sendes til:

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



SILENTIA
Silver
Line

Enkelt design Silentia Silverline er vort svar på de krav som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt og fleksibelt i monteringen og så kan det tilpasses enhver rumsituation. Som sygeplejer får man et godt overblik på stuen ligesom patienterne sikres mod uønskede indblik. Silentia Silverline er let at holde rent og lukker ikke lyset ude, men ikke mindst, har et flot design. Systemet er både udviklet og produceret i Sverige.



Gir godt overblik og slipper lyset ind



Mobil eller vægmonteret




Nemme at rengøre



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

SILENTIA SALGSKONTOR • POSTBOKS 63, 6330 PADBORG
TEL 736 720 11 FAX 736 720 12 • INFO@SILENTIA.SE
WWW.SILENTIA.DK

Elin Abildgaard

 Mandag den 9. februar 2009 fik vi den forfærdelige og helt uforståelige meddelelse, at vores fantastiske veninde og kollega, Elin Abildgaard, var død kun 54 år gammel.

Sund og frisk og uventet under en løbetur i Sønderjylland faldt hun om kun 200 m fra sit elskede barndomshjem.


Elin kom til GivBlod i 2000, før det havde hun været mange år på skadestuen og hjerteafdelingen på Roskilde Sygehus. I sin tid hos GivBlod uddannede hun sig til zoneterapeut, og derfra fortsatte hun med sportszoneterapi, akupunktur og laserbehandling. Elin stoppede for et par år siden som fastansat i GivBlod, for hendes veje førte videre. Hun var i lægepraksis og havde også sin egen behandlerpraksis, så de senere år kom hun 1-2 gange om ugen og var med på tapninger. Altid hyggeligt at se Elin, og hun behandlede også rigtig mange af os for alle vore skavanker.

Elin var en pige med en kæmpe berøringsflade. I Vindinge, hvor hun boede og havde født fire børn, var hun altid med i de lokale tiltag. Hun lavede mad i kulturcenteret, var aktiv i idrætsforeninger, kørte Tøserunden, løb DHL og meget andet. Hos GivBlod stod hun for vores bankoaftener, og til vores fester var hun altid med til at lave en festlig, god og hyggelig stemning. Som person var hun altid meget åben og rørte flere mennesker, end andre gør i et langt liv. Hun var kærlig og havde stor indlevelse for alle omkring hende. Én som hende kommer ikke denne vej igen.

Mange kærlige tanker går til hendes mand Peter og børnene Kristina, Steffen, Nina og Nikolaj, for hvem det har været et helt ufatteligt tab.

Randi Gudmand, Susan Thuesen og Grethe Nobusawa, GivBlod.

Svanhild Seyer Andersen

 Vi har mistet vores kære kollega Svanhild Seyer Andersen, som døde den 27. februar 2009 efter kort tids sygdom. Svanhild blev 62 år. Svanhild ville den 1. juli i år have haft 40-års-jubilæum på Frederikssund Sygehus. Hun startede i 1969 på det gamle sygehus, hvor hun først var på medicinsk afdeling, derefter på børneafdelingen og senere på intensiv afdeling, hvor hun forblev ansat. Hun blev uddannet fra sygeplejeskolen på Færøerne, men flyttede efter endt uddannelse til Danmark.

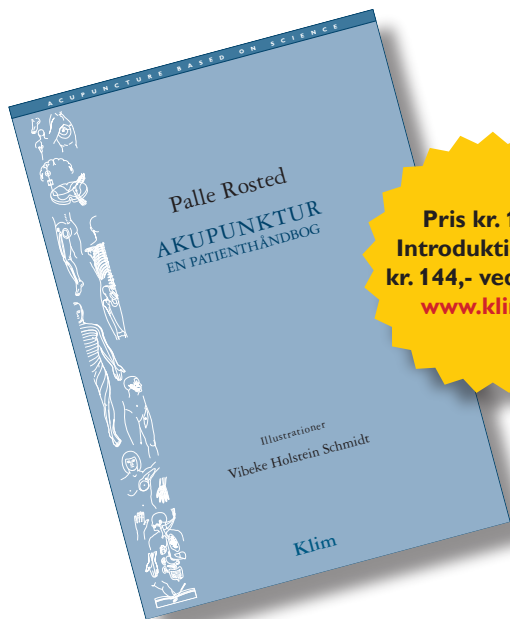
At Svanhild elskede Færøerne, herskede der ikke tvivl om. Hun benyttede enhver lejlighed til at besøge øen og sin familie.

Vi har svært ved at fatte, at vi ikke længere skal møde Svanhild som den gode og dejlige kollega, hun var. Vi lærte Svanhild at kende som en kompetent repræsentant for sygeplejen, der var stærkt engageret i patienternes tarv. Hun var loyal, omsorgsfuld og i besiddelse af stor viden, erfaring og engagement. Hun var meget hjælpsom, og man fik aldrig et nej, hvis man havde brug for hjælp. Svanhild var et glad og positivt menneske med en dejlig og smittende latter.

Fra Svanhild blev syg sidste sommer, startede hun en indædt kamp mod kræften. Svanhild elskede livet og ville det så gerne. Derfor forblev ingen mulighed for behandling uprøvet. Men selv om det blev en kamp mod overmagten, opgav hun ikke og kæmpede til det sidste. Trods den ulige kamp formåede hun at bevare sit indre jeg intakt. Vi har mistet en dejlig kollega, en ven, som havde hjertet på rette sted. Æret være Svanhilds minde.

På vegne af Svanhilds kollegaer, afdelingssygeplejerske Laila Nielsen, Intensiv afdeling, Frederikssund Sygehus.

AKUPUNKTUR – PÆDAGOGISK, OVERSKUELIGT OG INFORMATIVT



Pris kr. 169,-.
Introduktionspris
kr. 144,- ved køb på
www.klim.dk

AKUPUNKTUR – EN PATIENTHÅNDBOG

Mange af os kender akupunktur som en nem og hurtig behandlingsform. Vi møder akupunktur hos vores læge, tandlæge, fysioterapeut, jordemoder, sygeplejerske og akupunktør. Akupunktur er ved mange lidelser lige så effektiv som konventionel behandling – og i visse tilfælde bedre!

Læge Palle Rosted har skrevet *Akupunktur – en patienthåndbog* til de patienter, som ønsker at vide, hvordan akupunktur foregår, og hvilke lidelser der kan lindres eller behandles med akupunktur. Det er bl.a. tennisalbue, musearm, hovedpine, morgenkvalme, rygsmerte, sportsskader, tobaksafvænnning, hudlidelser, helvedesild, høfeber og smerter i ansigt, nakke, lænd, ryg, skulder, knæ og fødder m.fl.

NYSKABENDE BØGER OM AKUPUNKTUR – PÅ VIDENSKABELIGT GRUNDLAG

Læge Palle Rosted har i mere end 25 år forsket i og praktiseret akupunktur. Palle Rosted er en anerkendt og eftertragtet underviser på akupunkturkurser for læger, sygeplejersker, tandlæger og fysioterapeuter i både ind- og udland. Palle Rosted har udgivet en række akupunkturbøger, der er baseret på mange års kliniske erfaring, teoretiske studier og indsamling af forskningsmateriale. Læs mere på www.klim.dk og www.akupunkturbog.dk.

”Dette er en fin lille håndbog på 70 sider, der kommer godt rundt om akupunkturen, og hvordan og hvad den kan bruges til. Forfatteren underbygger på sober vis sine antagelser. Bogen vil være god læsning for den, som måske er skeptisk, og ønsker at få information om, hvad det kan bruges til inden en evt. behandling.” (Fra bibliotekernes lektørudtalelse, januar 2009)

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Optimalt indlæggelsesforløb
til patienter med KOL >> 54

Forsvar for medicinsk
sygepleje >> 60

Fagtanker >> 44
Faglig information >> 44
Testen >> 58
Agenda >> 61
Anmeldelser >> 62
5 faglige minutter >> 66



Palliativ sygepleje
til alle alvorligt syge >> 46

>>> FAGTANKER

Mønstereksempel i den kommunale palliation

65,7 pct. af alle kommuner har en ikke nærmere defineret specialistfunktion inden for palliation, men jeg tror ikke, at der er mange kommuner, der har et så professionelt og bredt favnende tilbud til uafvendeligt døende borgere, som det er beskrevet i artiklen "Palliativ sygepleje til alle alvorligt syge" side 46 og efterfølgende artikel.

Her beskrives det palliationstilbud, Gentofte Kommune tilbyder alle døende borgere, også de gamle "mætte af dage".

Der er to væsentlige faktorer i tilbuddet, der adskiller det fra lignende tilbud, jeg er bekendt med. For det første er det altid en sygeplejerske, der udfører den grundlæggende sygepleje til de døende borgere, hvilket tyder på en kvalificeret faglig ledelse. Dernæst sørger sygeplejersken allerede under det første besøg hos borgeren for at få etableret en individuel akutkasse, der indeholder injektionspræparater mod smerter, angst, uro, krampesmerter, sekretorisk og kvalme og opkastning. Unødige vagtlægebesøg og indlæggelser kan dermed undgås, og borgeren kan døgnet rundt føle sig i trygge hænder.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Sygeplejestuderende medvirker i udvikling af sygeplejen

AF KAREN MØLLER, CAND.CUR., OG TINA KRAMER, SYGEPLEJERSKE, MLP

Artiklen henvender sig til alle med interesse for sygeplejerskestudiet. Hovedbudskabet er, at sygeplejestuderende med fordel kan deltage i kliniske udviklingsprojekter som en obligatorisk del i 12. modul.

Sygeplejestuderende er i stand til selvstændigt at arbejde med dele af udviklings- og forskningsprojekter. Det kan f.eks. være i forhold til audit af ernæringscreening og vejning af patienter, retningslinjer for amning eller implementering af dokumentationsredskaber. Det viser projekt "Udviklingsbaserede temaforløb som studiemetode", gennemført af Sygeplejerskeuddannelsen i Århus i samarbejde med Obstetrisk Afdeling, Skejby, og Neurokirurgisk Afdeling, Århus Sygehus, i perioden 2006-2008. Her blev 24 studerende på 6. semester knyttet direkte til udviklingsarbejde i klinikken. Uddannelsen efterlevede dermed bekendtgørelsens krav om, at studerende skal kvalificere sig til at "udvikle sygepleje og udføre kvalitets- og udviklingsarbejde samt følge, anvende og deltage i forskningsarbejde inden for sundhedssektoren" (1). Udviklingsarbejde blev i projektet defineret med en spændvidde fra klinisk forskning til kvalitetsudvikling og implementering af ny praksis.

Metode

De studerende i Neurokirurgisk Afdeling fik en i forvejen defineret opgave i et aktuelt udviklingsprojekt, mens de studerende i Obstetrisk Afdeling selv definerede et tema i relation til igangværende udviklingsarbejde.

De studerende udarbejdede formål, problemformulering og undersøgelsesmetode med vejledning fra den uddannelsesansvarlige sygeplejerske og de sygeplejersker, der arbejdede med udviklingsprojektet.

De studerende fremlagde resultatet af deres arbejde for afdelingens sygeplejersker, den uddannelsesansvarlige sygeplejerske og underviseren fra sygeplejerskeuddannelsen. Her blev resultater, metoder, perspektivering og implementeringsmuligheder diskuteret, og de studerende fik feedback.

Evaluering

Projektet blev evalueret via fokusgruppeinterview mhp. en vurdering af de studerendes læringsudbytte og projektets betydning for de kliniske afdelinger og den teoretiske undervisning.

Ni studerende deltog i interview vedr. deres læring, oplevelse og vurdering af projektet. De sygeplejersker, som deltog i temaforløbene, blev interviewet om de studerendes læring, deres egen indsats og om projektets betydning for den kliniske sygepleje. Derudover vurderede de uddannelsesansvarlige sygeplejersker og undervisere fra sygeplejerskeuddannelsen de studerendes læringsudbytte, projektets betydning for sygeplejen i afdelingerne og for den teoretiske undervisning samt det gensidige samarbejde.

De studerende var begejstrede, lærte meget, og udtrykte ønske om at deltage i udviklingsarbejde i fremtidige job. De oplevede desuden, at deres læring fra forløbene kunne anvendes i deres bachelorprojekter.

De studerendes formidling af deres resultater medførte gode faglige debatter i afdelingerne, og deres resultater havde positiv effekt på udvikling af sygeplejen. Undervisernes deltagelse har endvidere bidraget til metodiske diskussioner og styrket professionsbasering i den teoretiske del af uddannelsen.

Obligatorisk del i 12. modul

Vi vil derfor anbefale implementering af nævnte studiemetode i modul 12 i 2008 uddannelsen (2). Dette giver mulighed for et udvidet samarbejde mellem den teoretiske og den kliniske del af uddannelsen i forhold til de

studerendes læring, udvikling af uddannelsen og af den kliniske sygepleje.

*Karen Møller er lektor ved
VIA University College,
Sygeplejerskeuddannelsen i Århus;
kamo@viauc.dk*

*Tina Kramer er uddannelsesansvarlig
sygeplejerske ved
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus;
tinakram@rm.dk*

Projektgruppen har ud over forfatterne bestået af Jytte Thomsen, uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Århus Universitetshospital, Skejby, Bente Besenbacher, studieleder ved Ingeniørhøjskolen i Århus (tidligere underviser på VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus), og Hanne Seyer-Hansen, uddannelseschef ved VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.

Litteratur

1. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor som sygeplejerske. BEK nr. 232 af 30/03/2001.
2. Bekendtgørelse om uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr. 29 af 24/01/2008.



RÈPORTO

**SUNDT FODTØJ
TIL ARBEJDE
OG FRITID**

Rekvirér vores hovedkatalog 2009 eller besøg vores webshop på www.reporto.com

Henvendelse vedr. konsulentbesøg, rådgivning eller bestilling:

Hvis De ønsker at få et konsulentbesøg på arbejdspladsen, få professionel rådgivning eller bestille varer, er De meget velkommen til at kontakte os.



RÈPORTO
Industriparken 12a // 7182 Bredsten
Tlf. 7588 1500 // Fax 7588 1111
www.reporto.com // reporto@reporto.com



Uddannelse på deltid i kulturmødets teori og praksis

Møder du mennesker, der har forskellig kulturel baggrund i dit job, og har du brug for at professionalisere dit kendskab til kultur møder og integrationsarbejde?

Den nye uddannelse i kulturmødets teori og praksis fokuserer på kulturhistorie, integrationsstrategier og dansk integrationspolitik samt udlændingeret og minoriteter. Du opnår en større forståelse for politiske og praktiske problemstillinger i det danske samfund.

■ Søg nu! Uddannelsen starter 1. september.

Kontakt Center for Mellemøststudier
på tlf. 65 50 21 83,
e-mail: middle-east@hist.sdu.dk eller
læs mere på www.sdu.dk/middle-east

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK



Der er brug for dig

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

Prøv noget nyt. Det er der aldrig nogen, der har taget skade af. Og med din baggrund som sygeplejerske har du alle muligheder for at give dig selv (og din familie) en **oplevelse** for livet - og få et liv fuldt af **oplevelser**, spændende **faglige udfordringer** og karriereudvikling. Vil du se fjeldet eksplodere i en kaskade af farver, når blomsterne springer ud? Vil du prøve at udvikle dig i et tempo, hvor sjælen kan følge med? Grønland byder på meget mere end storslået natur og is og sne. F.eks. karriere, **videreuddannelse**, kompetenceudvikling og nye venskaber. Fang en fisk, pluk bær (eller en blomst) i fjeldet, gå en tur, hør elven bruse eller bækken risle.

Se de majestætiske isfjelde glide langsomt forbi - eller **pukkelhvalen** der løfter halen inden et af de dybe dyk.

Se mere om dine muligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl - det koster ikke noget at kigge ...



Det grønlandske sundhedsvæsen udgøres af Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk og af de lokale sygehuse, sundhedscentre, tandklinikker og sygeplejestationer i byerne og bygderne langs kysten. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere i sundhedsvæsenet. Se mere om dine muligheder på www.nextjobgreenland.gl

Palliativ sygepleje til alle alvorligt syge

AF LISE-LOTTE LUNDE, SYGEPLEJERSKE • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen henvender sig til hjemmesygeplejersker og sygeplejersker, som yder sygepleje til svært syge patienter. Den beskriver et projekt fra Gentofte Kommune, hvor palliativ sygepleje blev tildelt alle patienter med alvorlige sygdomme. Hovedbudskabet er, at det med en systematisk tilgang kan lade sig gøre at yde palliativ sygepleje til alle alvorligt syge og døende patienter.

Hvorfor er det kun døende cancerpatienter, som får tilbudt palliativ sygepleje af høj kvalitet? Hvad med alvorligt syge patienter med hjertelidelser, blodprop i hjernen og ALS? Hvad med gamle mennesker, der er mætte af dage? Har de ikke symptomer, der kan lindres? Disse spørgsmål stillede ledelsen af område B i Gentofte Kommune for fire år siden.

Daværende områdeleder Inger Hee, som startede Sct. Lukas Hospice, fik stablet et projekt på benene med henblik på at tilbyde alle alvorligt syge og døende borgere i Gentofte palliativ sygepleje af høj kvalitet, uanset grunddiagnose. Der blev bevilget 1 mio. kr. årligt til projektleders løn, undervisning og vikardækning, når projektets medarbejdere var på kursus samt løntillæg til de medarbejdere, som deltog i projektet.

Idéen med projektet var at kvalificere en gruppe på 25 interesserede personer ligeligt fordelt på sygeplejersker og assistenter samt ligeligt fordelt i hjemmesygeplejen og på institutionerne. De 25 personer fik et funktionstillæg på ca. 800 kr. om måneden det første år. Efter det første år er tillægget konverteret til et kvalifikationstillæg på omtrent samme beløb.

De første ni måneder blev palliationsmedarbejderne undervist af de bedste undervisere, der kunne opdrives i Danmark. Undervisningen var tilrettelagt som 17 kursusdage og otte temadage.

Det var og er ikke tanken, at de 25 medarbejdere skal varetage alle palliationsforløbene i kommunen. Hensigten er, at medarbejderne skal opkvalificere resten af kommunens medarbejdere i hjemmeplejen og på institutionerne. Palliationsmedarbejderne skal have egne forløb og i større eller mindre omfang være konsulenter på de øvrige. Desuden skal de undervise i aktuelle temaer i palliation.

Denne artikel beskriver, hvordan vi arbejder med palliation i hjemmeplejen.

Systematiserede anbefalinger

Grundlaget for arbejdet med alvorligt syge og døende er WHO's anbefalinger til palliativ indsats. Anbefalingerne er blevet systematiseret, så man kommer hele vejen rundt (se figur 1 side 47).

Først er den palliative indsats beskrevet. Nøgleordene er:

Opsporing – Etablering – Forløb – Afslutning – Opfølgning.

Opsporing

Sygeplejerskerne har altid fået cancerpatienterne fra hospitalerne eller fra de praktiserende læger. Øvelsen har været at få kontakt til andre, alvorligt syge

patienter, for det er langtfra alle alvorligt syge patienter i kommunen, sygeplejerskerne ser. Derfor er det af største betydning, at hjemmeplejens øvrige personale er i stand til at registrere ændringer i disse borgeres tilstand og videregive deres observationer til sygeplejerskerne. For at sikre at ændringer i den syges tilstand registreres, har palliationsgruppen udarbejdet et skema til tidlig opsporing. Jo før vi kommer i kontakt med den alvorligt syge, jo bedre palliation. Målet er at skabe tryghed og tillid, inden borgeren bliver så dårlig, at det kan være svært at lindre symptomer og skabe livskvalitet.

Etablering

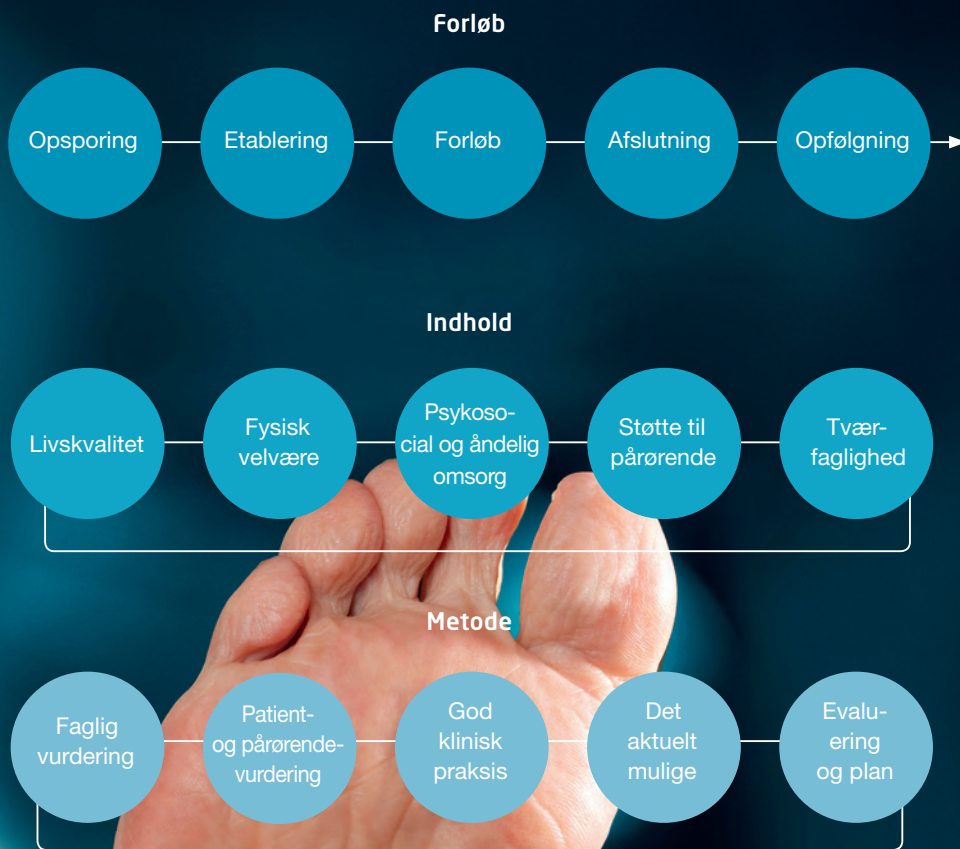
Når sygeplejersken vurderer, at tiden er inde til at etablere et palliativt forløb, kontakter hun den syge med henblik på et møde, hvor den praktiserende læge, patienten og eventuelle pårørende er til stede.

For at få et godt forløb skal så få personer som muligt involveres i pleje og behandling af patienten. Den praktiserende læge og sygeplejersken er tovholdere på forløbet (1). Vi skal være forudseende, så det ikke bliver nødvendigt at tilkalde vagtlæger eller indlægge den døende, fordi der ikke er taget højde for, hvilke gener der kan komme. Vagtlæger og hospitalspersonale i akut modtageafdeling kender ikke borgeren. Ofte ved de heller intet om effektiv symptomlindring. Og endelig føler den syge, at tiden er knap, og han har derfor ikke tid til at pendle frem og tilbage mellem hjem og hospital.

På mødet afklares, hvilke tanker den syge og de pårørende har om den aktuelle situation, og hvilke ønsker de har for den nærmeste fremtid. For mange kommer det som en lettelse, at der endelig er nogen, der tør sætte ord på det unævnelige, nemlig at de skal dø af deres sygdom. Det er vigtigt, at sygeplejersken fortæller, hvilke muligheder der er for at opfylde den syges ønsker, samt hvilke konsekvenser det har, hvis man ønsker at dø hjemme. Det kan blive nødvendigt at få forskellige hjælpemidler ind i hjemmet i den sidste fase. På den måde får familien mulighed for at vænne sig til tanken, hvis/når det bliver aktuelt.

Ved mødet udarbejder vi aftaler for den kommende tid og for, hvem der skal gøre hvad. Der tages stilling til terminalerklæring, som sikrer, at den syge kan få medicin vederlagsfrit, og at eventuelle pårørende har mulighed for at søge plejeorlov. Desuden tages der stilling til § 122, som giver mulighed for vederlagsfri palliationsfysioterapi, § 119, som omhandler vederlagsfri sygeplejeartikler, og om der er behov for ernæringstilskud i form af proteindrikke. ■

»» FIGUR 1. OPBYGNING AF PALLIATIV INDSATS I GENTOFTE KOMMUNE



Hele familien er indsatsområde i det palliative forløb. Nøgleordet er livskvalitet, og for at opnå det må alle elementer gennemtænkes og inddrages i hvert enkelt forløb.

”Sygeplejerskerne har altid fået cancerpatienterne fra hospitalerne eller fra de praktiserende læger. Den store øvelse har været at få kontakt til andre alvorligt syge patienter.”

» Allerede ved dette første besøg beder sygeplejersken om recepter på følgende injektionspræparater: Morfin mod smerter, Stesolid mod angst, uro og kramper, Buscopan til sekretaslen og endelig Primperan mod kvalme og opkastning.

Vi beder om disse ordinationer, fordi vi aldrig ved, hvornår den alvorligt syge bliver så dårlig, at han ikke længere kan tage medicin per os. Medicinen og ordinationen skal være klar, når borgeren har brug for det. Det betyder, at vi allerede ved indledningen af det palliative forløb etablerer en akutkasse, der indeholder injektionspræparater, kanyler, sprøjter og subkutane kanyler samt propper. Der skal være sterilt saltvand til at skylle den subkutane kanyle med. Har vi akutkassen, kan aften-, nat- og weekendsygeplejersker klare sig uden at kontakte vagtlægen. (1).

Forløb

Ikke to palliationsforløb er ens, men vi skal have ordentlig dokumentation for det, vi gør. Vi har valgt at udarbejde plejeplaner over følgende indsatsområder:

- Livskvalitet
- Fysisk velvære, herunder symptomlindring
- Psykosocial og åndelig omsorg
- Støtte til pårørende
- Tværfaglighed.

Hvert område vil blive beskrevet udførligt i artiklen her under i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Livskvalitet er en af hjørnestenene i den palliative indsats, og fysisk velvære, psykosocial og åndelig omsorg er en forudsætning for at opleve livskvalitet. Indsatsen omfatter hele familien, og vi arbejder tværfagligt. Den plejeplan, vi udarbejder om tværfaglighed, indeholder alle de kontaktpersoner, det er vigtigt at kunne finde hurtigt (2).

Afslutning

Ved afslutningen af et palliationsforløb er sygeplejerskens indsats i første omgang rettet mod den døde. Dernæst kommer omsorgen for de efterladte, som inddrages i det omfang, de ønsker det. Når den døde er gjort i stand, får de nærmeste information

Faglige data er basis for

AF LISE-LOTTE LUNDE, SYGEPLEJERSKE • FOTO: SØREN HOLM

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som yder sygepleje til svært syge patienter. Den beskriver et projekt fra Gentofte Kommune, hvor palliativ sygepleje blev tildelt alle patienter med alvorlige sygdomme. Hovedbudskabet er, at det med en systematisk tilgang kan lade sig gøre at yde palliativ sygepleje til alle alvorligt syge og døende patienter.

For at yde optimal og ensartet palliativ sygepleje har vi i Gentofte Kommune udarbejdet plejeplaner for nøgleordene i et palliativt forløb

Flg. nøgleord karakteriserer et palliativt forløb:

- Livskvalitet
- Fysisk velvære
- Psykosocial og åndelig omsorg
- Støtte til pårørende
- Tværfaglighed.

Livskvalitet

Livskvalitet er omdrejningspunktet for den palliative indsats. Det handler om at gribe nuet og have øje for det, som ikke er mistet, og som stadig kan give glæde og velvære. Den syge skal opleve at blive set, hørt og forstået og opleve nydelsesfulde og gode stunder, selv om livet er forandret og mulighederne begrænsede. At han oplever at være til og har lyst til at leve, og at sindets og kroppens funktion bevares så længe som muligt.

Sygeplejersken skal gøre det muligt og samtidig støtte det sunde og fremadrettede, også hos den uhelbredeligt syge og døende. Arbejdsglæde hos sygeplejersken er vigtig, fordi glæde smitter (2).

Fysisk velvære

Grundlæggende sygepleje er lige så vigtig en forudsætning for fysisk velvære som lindring af symptomer. Det kræver alt, hvad sygeplejersken har lært, og at hun er i stand til at omsætte det til praktisk handling. Hun skal se den syge og forandringerne i hans hud, krop og lemmer og føle dét, der ikke kan ses. Registrere, hvad der gør godt, og hvad der giver ubehag. Tolke og bruge al tilgængelig viden for at hjælpe den syge. Stor medicinsk viden om lindring af symptomer er nødvendig, men det kan også være nødvendigt at vide, hvordan man kommer igennem et panser af angst. Her kan man benytte viden om distraktionsterapi (5). Altså hvordan man flytter patientens oplevelse af ubehag til noget rart. Fodmassage, åndedrætsøvelser, at stryge fingrene gennem håret, hovedbundsmassage eller at synge for patienten er muligheder. Det handler om at flytte patientens opmærksomhed fra det, der er uudholdeligt, til noget, der føles rart.

Den medikamentelle symptomlindring kan kort beskrives som medicin mod følgende symptomer: angst, uro, søvnbesvær, træthed, smerter, kvalme, appetitløshed, obstipation, dyspnø og mundtørhed (6).

om, hvad der nu skal ske. Der skal udarbejdes dødsattest af en læge. Bedemanden skal kontaktes. Meget ofte er det nødvendigt at orientere om skifterettens rolle, og hvilke konsekvenser det har, at f.eks. bankkonti i afdødes navn lukkes, til skifteretten har talt.

Endelig er der oprydning og fjernelse af de sygeplejeeffekter, der måtte være i hjemmet. Der skal aftales afhentning af hjælpemidler. De fleste pårørende ønsker, at alt, hvad der kan minde om den sidste svære tid, hurtigt fjernes fra hjemmet.

Inden sygeplejersken forlader hjemmet, aftales et opfølgningsbesøg inden for otte dage til en måned. Hvis de pårørende ikke ønsker besøget, afsluttes det palliative forløb (3).

Opfølgning

Formålet med opfølgningsbesøget er at forebygge et patologisk sorgforløb hos de nærmeste efterladte, oftest ægtefællen. Det rammer ofte ægtefæller, som har været skrøbelige inden deres afdøde ægtefælle blev syg, men som under forløbet har udvist en styrke, der har hjulpet dem igennem. Deres skrøbelighed

vender nu tilbage i forstærket form. Disse ægtefæller følges regelmæssigt i en længere periode, indtil de igen er i stand til at klare hverdagen (4).

*Lise-Lotte Lunde er daglig leder af
vagtcentralen i Gentofte;
lbl@gentofte.dk*

))) ENGLISH ABSTRACT

Lunde L-L. Palliative nursing care for all terminally ill patients. *Sygeplejersken* 2009;(10):46-9.

The article describes the organisation of palliative care for all terminally ill patients in Gentofte municipality. The patients' quality of life is paramount, and the keywords in the provision of palliative care are: Identification, establishment, course, completion and follow-up. Twenty-five staff members are trained as key personnel, in order to instruct other community nursing staff in provision of palliative care. Establishment of an "emergency box", containing analgesia, antiemetics and anxiolytics, is part of the concept for individual patient.

Key words: palliation, home care, emergency box.

palliativ sygepleje



Det er altid en sygeplejerske, der udøver grundlæggende sygepleje til palliationspatienterne. Når det er nødvendigt at være to personer, vælger vi sammen med den daglige leder for hjemmehjælpen, hvem der er den bedste til at varetage opgaven. Ofte er det en social- og sundhedsassistent, men det kan også være en social- og sundhedshjælper, som er kommet i hjemmet i lang tid. Vi har valgt, at vikarer aldrig skal ind i disse forløb. Den syge og hans familie skal opleve at have kontakt med få mennesker med indgående kendskab til forløbet, så man som syg og pårørende ikke skal gentage, hvad der er gået forud. Det kan være ekstremt belastende (7,8,9,10).]

"Vores indsats er rettet mod hele familien. Den raske ægtefælle har ofte lovet, at den syge skal have lov til at dø i hjemmet. Løftet er givet på et tidspunkt, hvor den raske ægtefælle ikke ved, hvilke konsekvenser det har for hende."

”Tiden er ofte knap, og det er karakteristisk for dette arbejde, at man kun har ét forsøg.”

» Psykosocial og åndelig omsorg

Målet med indsatsen er, at patienten skal opleve tryk-
hed og fortrolighed, så samtaler om stort og småt er
mulige, både for at afklare og få gjort vigtige prakti-
ske ting i tide og for at kunne dele tanker, tro og tvivl.
Formålet er, at patienten oplever indre ro og fred med
sig selv.

For at nå det mål, skal sygeplejersken være opsø-
gende, lydhør og opmærksom både på verbale og
nonverbale udtryk. Hun skal turde spørge ind til men-
ning, tro, håb og drømme og til, hvad der er vigtigt
at få gjort i tide. Hun kan hjælpe med at strukturere
tiden og prioritere vigtigt fra uvigtigt, f.eks. besøg.
Hvem, hvornår og hvor længe. Skabe praktiske mu-
ligheder for at udøve andagt. Bistå med at etablere
relevante faglige kontakter til socialrådgiver, præst
og psykolog, så den syge kan få afklaret de spørgs-
mål, der optager ham, uanset karakter.

Sygeplejersken skal tænke på, at den syge også har
brug for glæde og lethed. Ingen kan holde ud hele
tiden at være i en tilstand af alvor, sorg over tab og
angst for det, der forestår. Sygeplejersken må være
parat, når den syge giver udtryk for, at nu er det tid
til alvor, nu har han brug for, at hun er der til at
hjælpe med det, der er svært (3).

Støtte til pårørende

Vores indsats er rettet mod hele familien. Den raske
ægtefælle har ofte lovet, at den syge skal have lov til
at dø i hjemmet. Løftet er givet på et tidspunkt, hvor
den raske ægtefælle ikke ved, hvilke konsekvenser
det har for hende, ikke aner, hvilke forventninger der
er til hende, og hvilke følelser hun skal igennem for
at opfylde dette løfte. Mange ægtefæller føler sig så
bundne af løftet, at de slet ikke kan se en vej ud, når
det rigtigt bliver svært. De sætter alle deres behov og
følelser på standby. Sygeplejersken skal forstå, at æg-
tefællen gennemlever alle de følelser, som den syge
gennemlever. Sorg, angst, magtesløshed, vrede, for-
tvivlelse og sommetider et ønske i retning af ”bare
det snart er slut, jeg kan ikke mere.”

Sygeplejersken må se, hvornår ægtefællen ikke kan
mere, og det er tid til at revurdere situationen. Æg-
tefællen har brug for samtaler og omsorg, uden at
den syge er til stede. Ægtefællen har svært ved at
give udtryk for, hvad der rører sig i hende, når den
syge er til stede. Hun ønsker ikke at gøre ham be-
kymret eller ked af det, eller at han skal tro, hun lø-
ber fra sit løfte.



Det kan blive nødvendigt med aflastning for æg-
tefællen. Det kan dreje sig om indlæggelse på hospi-
tal, om aflastning på en af kommunens aflastnings-
pladser, eller om at hjemmeplejen giver ægtefællen
fritimer, hvor hun kan forlade hjemmet og lade op.
Det, man ofte glemmer, er, at ægtefællen er hos den
syge 24 timer i døgnet (4).

Tværfaglighed

Hvis et palliationsforløb skal lykkes, må sygeplejer-
sken arbejde tværfagligt. Det er den praktiserende
læge og sygeplejersken, der er tovholdere på det pali-
ative forløb, men det er sygeplejersken, som for-
midler kontakten til de samarbejdspartnere, der er
nødvendige, for at den syge får den rigtige hjælp.
Det kan dreje sig om apotekere, hospitalsafdelinger,
præster, psykologer og fysioterapeuter. Formålet er,
at den syge oplever trykthed, har tillid til, at der ydes
en målrettet indsats af de implicerede faggrupper, at
der er kontinuitet i pleje- og behandlingsforløb, at
han får nuanceret og relevant information og et godt
grundlag at træffe beslutninger på.

Metoden, vi arbejder efter, har følgende nøgleord:

- Faglig vurdering
- Patient og pårørendes vurderinger og ønsker
- God klinisk praksis
- Det aktuelt mulige
- Evaluering og plan.

Faglig vurdering

For at kunne udarbejde en fyldestgørende faglig vurdering er det nødvendigt at hente viden fra de naturvidenskabelige fag, de humanistiske fag, teorier om kommunikation og sociologi. Det er indsamlingen af faglige data, der danner basis for den sygepleje, der skal ydes i en given situation.

Patient og pårørendes vurdering og ønsker

Sygeplejersken skal kende den syges opfattelse og vurdering af situationen. Det er ham, der ved, hvad der er vigtigst både på kort og på langt sigt. Det er den syges ønsker, håb og drømme, der skal være styrende for indsatsen.

De pårørendes opfattelse og vurdering af situationen vil have betydning for, om sygeplejersken kan komme igennem med den sygepleje, hun skønner, er nødvendig. Sommetider er den syges og de pårørendes opfattelse og vurdering identisk, men det er langtfra altid tilfældet. Begge parters største ønske kan også være at klare situationen selv. Det er svært, men det er også god sygepleje at kunne forlade familien og tro på, at de nok skal klare sig.

God klinisk praksis

For hvert indsatsområde er der udarbejdet standarder for god klinisk praksis. Standarderne skal sikre kvaliteten af den indsats, vi yder, og de er gode at have for den uøvede, idet man hurtigt kan orientere sig i dem.

Det aktuelt mulige

Dette punkt er med under faglige metoder, fordi ét er, hvad der er det bedste at gøre i en given situation, noget andet er, hvad der er praktisk muligt. Vi arbejder i patientens hjem, og der kan være fysiske forhindringer for den optimale pleje. Der kan være psykologiske barrierer, myter, der er svære at aflive, og patientens tilstand kan være årsag til, at vi prioriterer indsatsen. Myterne kan være angsten for den effektive smertebehandling og afhængighed af medicinen. Det kan være myter om f.eks. prednisolonbehandling, hvor mange har hørt om de bivirknin-

ger, behandlingen har, specielt mht. det udseende patienten får af behandlingen. Tiden er ofte knap, og det er karakteristisk for dette arbejde, at man kun har ét forsøg.

Det sværeste er at acceptere, at det aktuelt mulige er godt nok.

Evaluering og plan

Vi har evaluering på to niveauer. Det første niveau er den evaluering, der finder sted efter forskellige indsatser. Vi ser på, hvad der virkede godt, og hvad der virkede mindre godt i den aktuelle situation. Dernæst lægges en plan for det videre forløb, hvor vi aftaler, hvad der skal gøres, hvem der er ansvarlig, og hvornår vi evaluerer næste gang.

Det andet niveau er, når den palliative indsats er afsluttet. Så samler vi det personale, der har været involveret, og gennemgår forløbet systematisk. Det er her, vi får ny viden om, hvad vi har håndteret godt, og hvor vi fremover skal være opmærksomme.

”Det har vist sig, at sygeplejen til alle andre grupper har fået et kvalitetsløft. Det er vanskeligt ikke at bruge den viden, man har erhvervet sig i forhold til alle de patienter, man kommer i kontakt med. Samtidig har det vist sig, at modellen har givet systematik i det øvrige arbejde.”

Vi har udarbejdet et evalueringsskema til denne brug. Skemaet er opdelt, så vi ser på faserne i forløbet. Bl.a. om det blev startet på det rigtige tidspunkt, hvem deltog i etableringen af det, blev der udarbejdet plejeplaner, blev de brugt, og hvordan var afslutningen. Dernæst evalueres indholdet op imod WHO's fem indsatsområder. Endelig ser vi på samarbejdet. Hvilke gode og mindre gode erfaringer kan vi tage ved lære af i forhold til samarbejdet med patienten, til de pårørende, kolleger og andre faggrupper?

Sygeplejen har fået et kvalitetsløft

I de tre et halvt år projektet har været i gang, har det været en bærende kraft, at det materiale, der er udarbejdet, er blevet til på demokratisk vis. De 25 personer i projektet har bidraget med tanker og idéer. Nogle har udarbejdet materialet, og alle har godkendt det. Der er udarbejdet mapper til alle hjem- **»**



» mehjælpsgrupper, hvor standarderne for god klinisk praksis findes sammen med inspirationsmateriale til indsatsområderne. Når der kommer ny viden på området, bliver der udarbejdet nyt materiale. I dag er der tilbud om undervisning både til sygeplejersker og til hele hjemmehjælps- og plejehjemsområdet.

Det har vist sig, at sygeplejen til alle andre grupper har fået et kvalitetsløft. Det er vanskeligt ikke at bruge den viden, man har erhvervet sig i forhold til alle de patienter, man kommer i kontakt med. Samtidig har det vist sig, at modellen har givet systematik i det øvrige arbejde. Man kommer ubevidst til at tænke på de forskellige faser i modellen, når man står over for andre komplicerede opgaver.

Der har været nogle barrierer undervejs. F.eks. har

det vist sig, at lovgivningen ikke reelt sidestiller de patienter, der bor i plejeboliger, med hjemmeboende patienter. Plejehjemsbeboeren kan ikke få vederlagsfri medicin ved hjælp af en terminal erklæring. Det betyder, at de ikke kan få vederlagsfri palliativ fysioterapi.

Vi oplevede, at vores ledere troede, at vi kunne praktisere som palliative eksperter, lige efter at projektet var startet. Hvad de glemte, var, at vi alle havde brug for at blive uddannet til opgaven først.

I starten var de praktiserende læger skeptiske. I dag er samarbejdet mellem den praktiserende læge og sygeplejersken bedret betydeligt. En del har opdaget, at vi har en langt større erfaring, end de nogen sinde får, idet vi har mange flere forløb, end den enkelte læge har.

Lise-Lotte Lunde er daglig leder af vagtcentralen i Gentofte; lbl@gentofte.dk

Litteratur

1. Klinisk vejledning, Palliation i primærsektoren. Dansk Selskab for almen medicin – 2004. ISBN: 87-987432-9-5. www.dsam.dk Besøgt den 28.04.09.
2. Værdighedsterapi. Projekt mellem Sankt Lukas Hospice og palliativ medicinsk afdeling Bispebjerg Hospital. September 2005 – september 2007. www.bispebjerghospital.dk/ > værdighedsterapi Besøgt den 28.04.09.
3. Den sidste tid. Komitéen for Sundhedsoplysning. 1. udgave, 1. oplag, 2005. ISBN: 87-91321-15-8. www.sundhedsoplysning.dk Besøgt den 28.04.09.
4. Guldin M-B. Sorg – reaktioner – ny forståelse og behandling. Klinisk sygepleje 2007;(2).
5. Salomonsen A. Massage og berøring – erfaring og effekt. Klinisk sygepleje 2007;(2).
6. Perrild B. Praksiskoordinator KAS Gentofte. Palliativ terapi i terminalstadiet. Klinisk Nyt. Praksiskonsulentordningen. November 2006. www.sundhed.dk/> palliativ terapi. Besøgt den 28.04.09.
7. Mathiesen H. Artikel om væske og ernæring til døende 30. november 2007. www.dsr.dk Fagligt selskab for kræftsygeplejersker > Helle Mathiesen > artikel om væske og ernæring til døende. Besøgt den 28.04.09.
8. Kjeldsen SB. Stop hemmelighedskræmmeriet på toiletet. Sygeplejersken 2007;(9).
9. Bom M. De gamle døjer mest. Sygeplejersken 2007;(13).
10. Bredsdorff H. Fastlæggelse af kanyler til subkutan medicinering. Sygeplejersken 2002;(24).

»»» ENGLISH ABSTRACT

Lunde L-L. Palliative Nursing based on Scientific Data. Sygeplejersken 2009; (10):48-52.

The article describes an increased focus on palliative nursing care in Gentofte municipality, whereby all terminally ill patients now receive an offer of palliative care. Twenty-five nurses and social and health workers have been trained in palliation with a view to their acting as key personnel for other personnel. The patients receive nursing care according to care plans and standards, and the palliative nursing care is evaluated following implementation. All elements in the palliative care package are shown in figure 1, and are further described in the article.

Key words: Palliation, home nursing, palliative care staff, palliative care plans.

Artiklen henvender sig til alle med interesse for patienter med KOL. Hovedbudskabet er, at på trods af, at patienter med KOL gennemgår et indlæggelsesforløb med fokus på patientundervisning og mestringsredskaber, har en del patienter svært ved at omsætte denne viden efter udskrivelsen.



Optimalt indlæggelsesfor

AF HEIDI BERGENHOLTZ, SYGEPLEJERSKE, BACHELOR I PÆDAGOGIK OG SPROGPSYKOLOGI

Antallet af patienter med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) i Danmark er stigende. De seneste undersøgelser viser, at omkring 430.000 danskere lider af KOL i forskellige stadier (1). Patientgruppen indlægges ofte flere gange årligt med sygdomsforværring og er ofte akut dårlige. De har udtalt dyspnø, er angst for at kvæles, og har behov for intens observation, pleje og behandling.

Når patienterne er i deres habituelle tilstand, er deres dagligdag hjemme præget af funktionsbegrænsninger. De har åndenød i hvile og er ofte angst,

trætte, depressive og isolerer sig (2). De har vanskeligt ved at klare daglige fornødenheder og er måske i kontinuerlig iltbehandling. Det er en ressourcekrævende patientgruppe, som ikke selv har mange ressourcer, og som ofte ikke stiller krav (3). Patientgruppen har derfor behov for stor støtte til mestringsaf egen situation og hjælp til at magte dagligdagen.

På Roskilde Sygehus har vi gennemført et projekt i perioden 1. februar 2007 – 31. december 2008 rettet mod patientgruppen. Målet var at vende den hyppigt eksisterende negative spiral med åndenød, inaktivitet og isolation hos KOL-patienterne, så de fik optimale muligheder for at opnå bedre livskvalitet i forhold til deres kroniske lidelse.

Projektet blev gennemført på lungemedicinsk afdeling, hvor der blev udviklet og gennemført et optimalt patientforløb til de dårligste KOL-patienter. Dette betyder, at patienterne skulle have 4 eller 5 på MRC-skalaen, der dannes ud fra et spørgeskema med fem svarkategorier, hvor patienten selv angiver, hvor meget aktivitet og deltagelse er påvirket på grund af åndenød.

Der blev i alt inkluderet 34 patienter i projektet, og patientforløbet blev opbygget ud fra evidensbaseret viden inden for KOL-behandlingen og i overensstemmelse med de nationale retningslinjer for behandling af kronisk sygdom (4-7). Projektet blev gennemført med økonomisk støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Denne artikel præsenterer projektets vigtigste resultater i forhold til, hvilke muligheder og begræns-

►►► BOKS 1. PROJEKTETS MATERIALE OG METODE

Projektet var rettet mod svært syge KOL-patienter indlagt på Roskilde Sygehus. Der blev i alt inkluderet 34 patienter i projektet. Disse blev fulgt gennem 72 indlæggelser, der alle blev gennemført som optimale patientforløb.

24 patienter var kvinder, otte var mænd. Den gennemsnitlige alder var 73 år.

Projektsygeplejersken stod for undervisning og psykosocial pleje under indlæggelsen. Fokus var på mestrings af åndenød, fysisk træning og ernæring.

Inden udskrivelsen blev der gennemført et struktureret interview af klinisk udviklingssygeplejerske (ikke kendt af patienten), hvor patienten skulle vurdere pleje- og behandlingsindsatsen, undervisningsforløbet, undervisningsmateriale, forståelse af sygdom, mobilisering og ernæring samt handlemuligheder i dagligdagen og livskvalitet.

Projektsygeplejersken gennemførte endvidere et telefoninterview med patienterne 14 dage efter udskrivelsen, hvor der blev fulgt op på problemstillinger identificeret efter udskrivelsen samt patientens aktuelle situation i hjemmet.

I dataanalysen blev svarene af udvalgte spørgsmål i disse to interviews sammenlignet for at belyse, om der sker ændringer i patientens vurdering af effekten af indlæggelsen og det optimale indlæggelsesforløb i overgangen mellem sygehus og eget hjem.

Viden om
KOL, behandling
og vigtige elementer
i rehabiliteringen

Indsigt i og
forståelse af egen
sygdom

Redskaber til
at kunne mestre
sygdommen og
symptomer i
dagligdagen

ARK/FOTO: ISTOCK

Løb til patienter med KOL

ninger de gennemførte optimale indlæggelsesforløb synes at have for KOL-patienterne.

Det optimale indlæggelsesforløb

Det optimale patientforløb blev tilrettelagt ud fra en vision om, at den svært syge KOL-patient skulle have et indlæggelsesforløb, som ikke kun fokuserede på den somatiske sygdom, men også på den hverdag og den livssituation, som patienten skulle udskrives til. Forløbet havde derfor fokus på patientens mestring af sygdommen under og efter udskrivelse (8).

Elementer i denne læring af mestring var bygget op omkring empowerment-tankegangen (9) og egenomsorg (10) ud fra en fænomenologisk tankegang; forstået på den måde, at hver enkelt patient er unik med egne erfaringer og livsholdninger, og forløbet skulle tilpasses individuelt.

Patientundervisning i sygdom og handlemuligheder var således helt centralt i forløbet, men patienterne fik selvfølgelig også varetaget alle andre behov relateret til deres sygdom; observation af almen tilstand, iltbehov, hjælp til personlig hygiejne mv., fysioterapeutisk træning og psykisk og social pleje.

Patientundervisningen

Målet med undervisningen var at støtte patienten i at leve et for patienten optimalt liv med svær KOL. Projektsygeplejersken (forfatter) forestod undervisningen gennem hele indlæggelsesforløbet. Undervisningen var individuel og tilpasset patientens ressourcer.

Undervisningen havde til hensigt at give patienten

”Projektsygeplejersken støttede gennem undervisningen patientens egne ressourcer i forhold til at lære at vurdere og mestre den stress-situation, som KOL-betinget åndenød kan fremkalde.”

- viden om KOL, behandling og vigtige elementer i rehabiliteringen
- indsigt i og forståelse af egen sygdom
- redskaber til at kunne mestre sygdommen og symptomerne i dagligdagen.

Der blev udarbejdet et skriftligt materiale (patientens bog) til projektpatienterne. Bogen indeholdt undervisningsmateriale og samarbejds- og træningsplaner, som derved blev konkrete og tydelige for patienten, ligesom patienten kunne anvende bogen i samarbejdet med hjemmeplejen efter udskrivelsen.

Projektsygeplejersken støttede gennem undervisningen patientens egne ressourcer i forhold til at lære at vurdere og mestre den stress-situation, som KOL-betinget åndenød kan fremkalde. Et vigtigt mål var, at patienten gennem konkrete redskaber og viden om sygdommen ville være bedre i stand til at kunne håndtere kravene i dagligdagen i eget hjem.

Evalueringsmetode

For at undersøge patienternes egen vurdering af pleje- og behandlingsindsatsen, undervisningsforløbet, undervisningsmaterialet, forståelse af sygdom, mobilisering, ernæring samt handlemuligheder i dagligda-

►►► TABEL 1. PATIENTVURDERING

Patientvurdering af Det Optimale Patientforløb inden udskrivelse. N = 34>

Vurdering af:	Meget godt (pct.)	Godt (pct.)	Nogenlunde (pct.)	Dårligt (pct.)
Pleje og behandlingsindsats	74,2	22,6	3,2	0
Udbytte af undervisningen	58,1	35,5	6,5	0
Udbytte af Patientens Bog	64,3	35,7	0	0
Orientering af sygdom	93,3	6,7	0	0

►► gen og livskvalitet blev der inden udskrivelsen gennemført et struktureret interview af klinisk udviklingssygeplejerske (ikke kendt af patienten).

Derudover var det et mål at undersøge, om patienterne oplevede at kunne anvende viden og redskaber, de havde fået under indlæggelsen, i eget hjem. Projektsygeplejersken gennemførte derfor et telefoninterview med samtlige patienter 14 dage efter udskrivelsen, hvor patienten skulle besvare nogle af de samme spørgsmål, som de havde besvaret under interviewet ved udskrivelsen. Disse spørgsmål skulle afklare, om patienten vidste, hvad vedkommende skulle gøre for 1) at klare åndenød og angst, 2) vedligeholde deres fysiske funktioner samt 3) få den kost, de havde brug for i forhold til deres sygdom.

”14 dage efter udskrivelsen viste det sig, at en del patienter havde ændret mening om, i hvilket omfang de mente at kunne mestre forskellige elementer i forhold til deres KOL.”

Derudover blev der under telefoninterviewet fulgt op på problemstillinger identificeret under indlæggelsen samt patientens aktuelle situation i hjemmet, og de nødvendige tiltag blev sat i værk. Nogle blev interviewet flere gange grundet genindlæggelser.

Resultater

Det interview, som blev udført ved udskrivelsen, viste, at patienterne var meget tilfredse med indlæggelsesforløbet og undervisningen. Svarene fordeler sig

alle i den tilfredse ende (se tabel 1 tv.). Patienterne oplevede også en høj grad af handlekompetencer ved udskrivelsen (se tabel 2 side 57).

I telefoninterviewet 14 dage efter indlæggelsen viste det sig, at en del patienter havde ændret mening om, i hvilket omfang de mente at kunne mestre forskellige elementer i forhold til deres KOL.

Nedenstående procentsatser angiver, hvor mange patienter ud af de i alt 34 inkluderede som havde ændret deres svar siden udskrivelsen (forstået på den måde, at de ved udskrivelsen svarede, at de vidste, hvordan de skulle handle, men ved telefoninterviewet ændrede svaret til, at de ikke vidste det):

- 32,1 pct. havde ændret svar i forhold til, om de vidste, hvordan de skulle håndtere angst og åndenød.
- 39,3 pct. havde ændret svar i forhold til, om de vidste, hvordan de skulle træne deres fysiske funktioner.
- 18,5 pct. havde ændret deres svar i forhold til, om de vidste, hvilken kost de havde brug for.

Diskussion

Samlet viser ovenstående resultater, at patienterne var meget tilfredse med indsatsen under indlæggelsen, men at det langtfra er sikkert, at den opnåede viden og mestring under indlæggelsen også huskes og bruges aktivt efter udskrivelsen.

Det kan der være adskillige forklaringer på. For det første er det ikke sikkert, at vores vurdering som professionelle af, hvad der var gavnligt for patienterne at vide om sygdommen, og hvilke handlinger der er de bedste, altid stemmer overens med patienternes egen opfattelse. Dette viste sig ved, at selvom det optimale patientforløb udsprang af den enkelte patients behov, opstod der alligevel mange dilemmaer. F.eks. når patienterne ikke ønskede at blive undervist i sygdommen eller var uvillige til at komme ud af sengen og træne med fysioterapeuterne. Dette gav anledning til mange tværfaglige diskussioner i forhold til spørgsmålet om, hvorvidt det optimale patientforløb også er optimalt for alle KOL-patienter.

Derudover var projektet rettet mod en patientgruppe med svær kronisk sygdom. Patienterne havde haft sygdommen i gennemsnitligt otte år, og ved at leve med en kronisk sygdom så længe har mange i en eller anden grad lært at håndtere den hverdag, som følger med sygdommen. Vaner udvikles på baggrund

af individuelle, sociale og samfundsmæssige forhold, og de eksisterer, fordi de giver mening for den enkelte. Vaner er svære at bryde, og når KOL-patienten har indrettet hele sit liv og hjem på at minimere åndenøden og derfor afholder sig fra mange aktiviteter, vil det være svært – og kræve mange ressourcer – at skulle leve et fysisk aktivt liv, hvor en (kontrolleret) åndenød får en central plads.

For det andet sker der noget med patienten i overgangen mellem sygehus og eget hjem. Lone Grøn har i sin bog ”Krop og hverdag i forandring” set på, hvad der sker med mennesket, når det går fra de institutionelle rammer (i dette tilfælde sygehuset) til de hjemlige rammer (11). Hun peger på, at selv om patienterne kan tilegne sig ny viden under f.eks. en indlæggelse og derved får muligheder for nye handlinger, der senere kan integreres i deres dagligdag hjemme, er denne proces ikke let. I den institutionelle ramme er patienten netop adskilt fra sin hjemlige rolle, hvilket gør det lettere at omlægge vaner.

I vores projekt er der ingen tvivl om, at patienterne grundet tilstedeværelsen af fagpersonale oplever større tryk under indlæggelsen end i eget hjem og derved føler sig mere modige til at bryde deres normale grænser i forhold til åndenød og angst. Men når patienten udskrives og træder tilbage i sin gamle rolle, er det svært at fastholde en livsstilsomlægning. Det kræver en stor indsats og betyder langtfra, at man ikke ved, hvad man burde gøre, men man har bare ikke styrken til at gøre det. Derudover er det under en indlæggelse sygdommen og behandlingen, der er i fokus hos patienten, pointerer Grøn videre, mens der i hjemmet kan være alle mulige andre ting, som fylder hos patienten (andre sundhedsproblemer, problemer vedr. familie, økonomi mv.).

I dette projekt er der heller ingen tvivl om, at angst og depression udgør et væsentligt problem for nogle KOL-patienter. Alle disse forhold kan være medvirkende til, at nogle patienter bruger deres kræfter på andre forhold efter udskrivelsen, end vi ser under indlæggelsen.

Det faktum, at nogle patienter ikke oplever at have fået ny viden og bedre mestring efter det optimale indlæggelsesforløb, er dog ikke ensbetydende med, at idéen med det optimale indlæggelsesforløb skal forkastes. Den helt overvejende del af patienterne har oplevet, at den nye viden og de mestringsredskaber, de tilegnede sig under indlæggelsen, har hjulpet dem

til en bedre hverdag. Og set ud fra et tilfredsheds-synspunkt har alle patienter været glade for forløbene. Men vi er nødt til at gøre os klart, at vi ikke nødvendigvis øger alle patienters mestring i eget hjem gennem et optimalt indlæggelsesforløb.

Kommunal opfølgning nødvendigt

Det optimale patientforløb skal derfor ikke kun foregå i sygehusregi, men fortsætte efter patientens udskrivelse. Samarbejdet mellem primær og sekundær sektor skal prioriteres, så undervisningen og støtten til mestring og omlægning af vaner skal fortsætte i eget hjem. Heldigvis ses der en stigning i de kommunale rehabiliteringstilbud til KOL-patienter, der både omfatter undervisning og træning.

Heidi Bergenholtz er ansat som KOL-projektsygeplejerske på Roskilde Sygehus. Er aktuelt stud.scient.san.; hbz@regionsjaelland.dk

Litteratur

1. Løkke A et al. Forekomst af kronisk obstruktiv lungesygdom i København. Resultater fra Østerbrounderundersøgelsen. Ugeskrift For Læger 2007;169:3956-60.
2. Thygesen E. Patientoplevelser og kronisk sygdom. Vård i Norden 1/2001 (1):25-9.
3. Gjengedal E. Sygepleieerfaring med kronisk syke. Å leve med kronisk sygdom. Cappelen Akademisk Forlag. Oslo 2001.

TABEL 2. PATIENTERNES OPLEVELSE

Patienternes oplevelse af handlekompetencer ved udskrivelsen. N = 34>

Ved du, hvordan du efter udskrivelsen skal ...	Ja (pct.)	Nej (pct.)
klare hverdagen derhjemme	96,8	3,2
klare situationer med åndenød og angst	96,8	3,2
anvende åndedræsteknikker	93,5	6,5
handle ved anfald	100	0
handle ved forværringer af sygdom	83,9	16,1
træne fysiske funktioner	96,8	3,2
anvende sekretmobiliserende øvelser	74,2	25,8
spise og drikke	93,5	6,5
gøre for at få en god hverdag?	100	0
Ved du, hvilken kost der anbefales til KOL-patienter	90,3	9,7

>>> ENGLISH ABSTRACT

Bergenholtz H. Optimal Admission Care Plan for COPD Patients. *Sygeplejersken* 2009;(10):54-8.

The article describes a project "The optimal course of patient care", which took place at Roskilde Hospital between February 1 and December 31, 2007. The project was focused on patients with COPD. The aim of the project was to reverse the negative spiral of breathlessness, inactivity and isolation commonly found in patients with severe COPD in order to optimally equip them to achieve a better quality of life in relation to their chronic illness.

The project has shown that the patients were generally extremely satisfied with the care they received as inpatients, and on discharge felt that they had a high degree of mastery in relation to specific elements of their illness. However, the results also indicated that some patients find it difficult to convert the training and tools acquired during the admission into concrete actions in their own home. Even though, on discharge, these patients stated that they knew how to master their day-to-day lives at home, an interview undertaken 14 days later revealed that they had difficulty remembering/using the knowledge acquired during the admission.

The conclusion to the project is that an optimal patient course of care should not only take place during inpatient care, but should also continue via provision of community care following discharge.

Key words: Patients, COPD, mastering, optimal admission course.

- >>> 4. Kromann J et al. Kliniske retningslinjer for lungefysioterapi til patienter med Kronisk Obstruktiv Lungelidelse. Reumatologisk Klinik C, Frederiksberg Hospital 2003.
5. Netværk af forebyggende sygehuse i Danmark. Slutprodukter fra Netværksgruppen KOL – Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Delrapporter 1-4. 2003.
6. Sparvath AB et al. KOL programledelse. Formål med programledelsens arbejde og uddybning af kronikermødelen. Vejle Amt, november 2006.
7. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. 2005.
8. Lazarus R, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. Springer Publishing Company. New York 1984.
9. Andersen M, Brok P, Mathiasen H. Empowerment på dansk. Dafolo Forlag. København 2000.
10. Orem D. Concepts of practice. 5th. Ed USA: Mosby –Year Book, 1995.
11. Grøn L. Krop og hverdag i forandring. Vejle Amts Sundhedsforvaltning 2006.

>>> TESTEN



Atju, atju, atju. Det er pollensæson, og temaet er derfor høfeber. Test dig selv eller en kollega

- 1** *Hvilke symptomer har en patient med høfeber?*
 a. Patienten nyser og er træt.
 b. Patienten har symptomer fra næse, øjne og svælg og er derudover træt og plaget af koncentrationsbesvær.
- 2** *Hvordan finder patienten ud af, hvad han er allergisk over for?*
 a. Ved at registrere sammenhængen mellem symptomer og pollental. Ved usikkerhed kan der udføres en allergitest.
 b. Der udføres altid priktest for at udelukke skimmelallergi.
- 3** *Hvilke allergener er mest almindelige i Danmark?*
 a. Birk fra april-maj, græs fra juni-juli, bynke i august.
 b. Det varierer fra år til år.
- 4** *Hvordan og hvor behandles høfeber?*
 a. Høfeber behandles med immunterapi på særlige hospitalsklinikker.
 b. Høfeber behandles sædvanligvis med basismedicin i form af en kombination af næsespray, øjendråber og antihistamin af egen læge.
- 5** *Hvad hvis basismedicinen ikke virker på patienten?*
 a. Så kan patienten forsøge sig med zoneterapi, det er ganske effektivt hos nogle.
 b. Ved svær høfeber kan binyrebarkhormon som én enkelt indsprøjtning eller i form af tabletter á 10 mg dagligt i en uge være en mulighed. Overholdes denne dosering, er medicinen sikker og hjælpsom.

Kilde: Patientvejledningen 2008.

Se svarene på TESTEN side 61.



Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som overvejer et job på medicinsk afdeling. Tre sygeplejersker fortæller, hvorfor det er spændende og fagligt udfordrende at arbejde med medicinske patienter. De er trætte af den evindelige kritik af forholdene på de medicinske afdelinger.

Forsvar for medicinsk sygepleje

AF KAREN HULD, ERGOTERAPEUT, CAND.SCIENT.SAN. • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Medicinske afdelinger er andet end nedskæringer og patienter på gangene. Det er en dagligdag med nærhed og foranderlighed. Det er også et brændpunkt, hvor der skal spilles på mange strenge, løses opgaver og tages beslutninger. Her giver tre sygeplejersker fra Sygehus Lillebælt, Vejle/Fredericia/Kolding deres bud på, hvad der får dem til at holde fast i de medicinske afdelinger. Sygeplejerskerne fortæller om de gode oplevelser i arbejdet med gamle mennesker og kronisk syge.



Varieret hverdag

Anette Bergmann Johansen, som er sygeplejerske på en hjertemedicinsk afdeling, har det godt med den varierede dag. Det gælder både på det faglige og det personlige plan, som da Hans bliver indlagt på afdelingen med uregelmæssig hjerterytme. Han har aldrig før været indlagt og er meget nervøs, særlig fordi det er hjertet, der volder problemer.

”Jeg møder Hans på stuen om morgenen, han har meget brug for at tale om sine tanker. Jeg har ikke det store overskud af tid, men prioriterer Hans, da behovet er stort.

Jeg oplever efter ca. 10 minutters samtale et nyt og afslappet menneske. Hans havde brug for at vide, at han ikke befandt sig i en livstruende situation, og at livet kunne genoptages uden større indgreb. Jeg fornemmede et klart behov for at blive hørt, så med enkle midler er jeg med til at gøre en kæmpe forskel for Hans og senere hans hustru.”

Behov for faglighed

Men er det de lange, seje kroniske forløb, som slider på sygeplejerskerne? Annette Sandfeld Jacobsen ser behovet for faglighed i den langvarige patientkontakt:

”Vi fik Ib, en yngre patient, indlagt. Han er kendt i afdelingen, da han har haft diabetes i mange år. Han er amputeret på begge ben, svagtseende, har haft apopleksi og er kørestolsbruger.

Ib har kastet op, været skidt en uges tid, er afkræftet og kan ikke spise. Der opsættes iv glukose, vi

måler blodsukker otte gange i døgnnet, og Ib får antibiotika. Ibs fysiske tilstand bedres over den næste uge, men han bliver passiv, og de næste 5-6 uger ligger han på en luftmadras og afslår brusebad, mobilisering osv., alt på nær iv glukose. Det ordineres, at han ikke skal genoplives ved et eventuelt hjertestop.

Da jeg kender Ib godt, ved jeg, at man ikke skal stille åbne spørgsmål til ham, men i stedet sige ”nu skal du i bad”, og det lykkes mig at få Ib i brusebad. En dag er Ib meget vågen, og jeg vælger at gå en ultraditionel vej og spørger, hvad han ønsker sig i fremtiden. Han spørger, hvad jeg mener, og jeg spørger, om han er træt af livet og måske ønsker at dø.

Ib tænker lidt over mit spørgsmål og spørger, hvad jeg mener. Jeg svarer, at nu har han ligget i sin seng og er blevet vendt og drejet i ugevis, han har tabt sig meget, da han kun ernæres ved iv glukose. Sondemad er på det bestemteste blevet afslået. Jeg fortæller ham, at jeg har det svært med at se ham ligge der og blive dårligere og dårligere.

Ib siger, at han ikke ønsker at dø, men gerne vil hjem. ”Så skal du i gang med at spise. Sig hvad du har lyst til, så får du det.”

”Ikke rigtig noget,” lyder svaret.

I løbet af de næste dage begynder Ib at spise. Ikke diabeteskost, men fuldfed kost. Han bliver vasket, kommer op i sin kørestol og ud i rygerummet.

Efter en indlæggelse på 10 uger afholdes udskrivningskonference. Ib skal flytte fra sin lejlighed og til et af byens plejehjem. Vi får en snak om at skulle bo på plejehjem, når man er 40 år – det er svært, men nødvendigt.

Lige inden udskrivelsen siger Ib til mig: ”Jeg er glad for, at du gav mig en skideballe.”

Ib har været indlagt to gange siden, men af meget kort varighed.

Den situation har betydet meget for mig, og jeg er glad for at være blevet den erfaring rigere.”

Ernæring et vitalt område

Helle Egebjerg lægger vægt på de komplekse opgaver og den selvstændige sygepleje inden for det me-

Skorpiongift mod hjernekræft

De fleste vil løbe skrigende bort ved tilbuddet om at få giften fra en skorpion indsprøjet i kroppen. Men hvis man hører til de ca. 1.000 danskere, der hvert år får diagnosticeret en hjernetumor, tænker man sandsynligvis anderledes. Udtræk fra skorpionens gift bruges nemlig i behandlingen af hjernekræft, og den seneste forskning på museceller viser nu, at når man lader nanopartikler, der er 1.000 gange mindre end spidsen af et hår, transportere stoffet frem til kræftcellerne, reducerer det risikoen for spredning med 98 pct.

Ligesom mange andre insekters gift indeholder skorpionens gift et peptid ved navn klorotoksin. Klorotoksin har den specielle egenskab, at stoffet sætter sig målrettet på kræftsige celler og går uden om de raske.

Der er dog langt endnu, inden den nanoteknologiske brug af klorotoksin kommer hjernekræftpatienter til gode. Forskerne fra University of Washington, som står bag de foreløbige positive resultater, regner med, at der går fem til otte år, inden den nanoteknologiske behandling kan testes på mennesker.

(er)

Kilde: University of Washington (2009, April 17). Scorpion venom with nanoparticles slows spread of brain cancer.

Nye kolleger via blog

1.887 sygeplejersker var den 17.-19. april samlet i Bella Center til den 5. europæiske kongres for operationssygeplejersker. I den forbindelse sendte en god kollega mig en blog, som fire svenske operationssygeplejersker har oprettet for at få flere kolleger på deres operationsgang. De fire beskriver i dagbogsform hverdagen på operationsgangen, rejsen til København og oplevelserne i byen og i Bella Center.

Den 16. april, i Arlanda, bliver boarding kompliceret af, at kollegaen Maria bl.a. har en skiftenøgle og en schweizerkniv i håndtasken, hvilket får kollegerne til at sukke: Hvornår var du egentlig ude at flyve sidst, Maria?

Den 17. april i København skal sygeplejerskerne med metroen til Bella Center, men det er ikke så enkelt, som danskerne har sagt. For hvordan køber man billetter på den ubemandede metrostation? Flere tog suser forbi, mens sygeplejerskerne prøver at få fire billetter ud af automaten. En gruppe spanske kolleger forsøger samme manøvre, men mister hurtigt tålmodigheden. De råber, skriger og trykker til slut på alarmknappen. Svenskerne skynder sig ind i toget, for de vil ikke være til stede, når hele den danske redningstjeneste dukker op.

Nu er sygeplejerskerne hjemme under operationslampens varme igen efter en veloverstået kongres. De har venteliste til et job på operationsgangen.

Læs selv videre på <http://opsyrran.wordpress.com/>

(jb)

Svar på Testen side 58

1: b. 2: a. 3: a. 4: b. 5: b. Indsprøjtningen virker i løbet af et døgn og virker ofte i 4-6 uger. Der er ikke kendskab til effektiv alternativ behandling mod høfeber.

dicinske felt. ”Ernæring er et vitalt område. Det var det for Peter, som blev indlagt og fik en ernæringssonde. Han spiste intet per os, men ville absolut have sonden ud. Han har gentagne gange trukket den op selv, men den er blevet lagt igen. Sygeplejersken, som møder i vagt, beslutter at seponere sonden og aftaler med Peter, at han skal spise selv. Han spiser og får ikke sonde mere. Ved en anden lejlighed siger han tak for den beslutning.”

Artiklen er baseret på rapporten ”Fokus på den medicinske sygepleje på Sygehus Lillebælt”, som er udarbejdet af seks sygeplejersker og forfatteren. Rapporten kan fås ved henvendelse til Karen Huld.

Karen Huld er kvalitetsmedarbejder på Hjertemedicinsk Afdeling, Sygehus Lillebælt; Karen.huld@slb.regionsyddanmark.dk

Anette Bergmann Johansen, Anette Sandfeld Jacobsen og Helle Egebjerg er sygeplejersker på tre forskellige medicinske afdelinger på Sygehus Lillebælt. Sygehus Lillebælt bestod i 2008 af Vejle, Give, Fredericia og Kolding Sygehus.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Huld K. In Defence of medical nursing. Sygeplejersken 2009;(10):60-1.

The article describes the satisfaction derived from working on a medical ward and explains, via patient narratives, why nurses choose to work on wards that are often the subject of very negative press in the media. The article is based on a report on medical nursing prepared by the author and six nurses from Lillebælt Hospital.

Key words: Medical nursing, patient narratives, job satisfaction.

Sundhedsplejersker skal være sikre i motorikken



Helle Østergaard

Motorisk usikre børn

Munksgaard Danmark 2008

312 sider – 298 kr.

ISBN 978-87-628-0865-2



I hver folkeskoleklasse sidder i gennemsnit et til to børn med motoriske vanskeligheder.

De har svært ved at spise med kniv og gaffel, tegne, skrive, klippe, gribe en bold og dyrke sport. Disse vanskeligheder betyder daglige nederlag, da det er færdigheder, der tæller både i og uden for klasseværelset. Nogle af børnene kan have taleproblemer, indlæringsproblemer og adfærdsproblemer. De er ofte mindre fysisk aktive i skolegården end deres jævnaldrende kammerater, de har mindre positivt socialt samvær med deres klassekammerater, og de tilbringer mere tid alene i skolegården. De begrænsede motoriske kompetencer medfører, at børnene undgår fysisk aktivitet med deraf følgende dårlig kondition og på længere sigt risiko for livsstilssygdomme. Hjemme skal dagligdagen tilpasses efter barnets behov, og en ikke alderssvarende adfærd kan give konflikter og påvirke familiens trivsel. Helle Østergaard slår på tromme for helhedssynet: ”Hvis man anlægger et tværfagligt perspektiv i undersøgelsen af barnets kompetencer, opnår man en bedre mulighed for at se barnet, og det er vigtigt, fordi denne tilgang åbner for muligt samarbejde med f.eks. pædagoger, lærere, psykologer, læger og sundhedsplejersker.”

Helle Østergaard er fysioterapeut, og ”Motorisk usikre børn” har primært fysioterapeuter og ergoterapeuter som målgruppe, lidt beskedent, synes jeg. Størstedelen af bogen vil være interessant for sund-

hedsplejersker og andre faggrupper, som arbejder med børn.

Den motoriske undersøgelse, som sundhedsplejersker med den nylige lovændring skal til at foretage ved indskolingsundersøgelsen, er beskrevet. Der er et kapitel om sanseintegration og sanseintegrationsdysfunktion, som er nyttig viden både i småbørns- og skolesundhedsplejen, ligeså er f.eks. hypermobilitet, undersøgelse og behandling af platfod og måling af benlængde.

Mange børn med opmærksomhedsforstyrrelser har motoriske og sansemotoriske vanskeligheder. Disse børn risler som en lille bæk igennem bogens sider, og Helle Østergaard formår at give mange vinkler på deres tilværelse og råd til, hvordan deres kompetencer kan styrkes og dagligdag gøres lettere.

”Motorisk usikre børn” er en grundig bog. Der er en fyldig litteraturliste efter hvert kapitel. Der er en detaljeret indholdsfortegnelse, som gør den til en god opslags- og håndbog. Den er velskrevet og krydret med cases, som gør teorierne levende.

Der er mange godbidder for sundhedsplejersker, som nu skal til at foretage indskolingsundersøgelserne og dermed være sikre i motorikken.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske, ansat i Furesø Kommune.

Et tiltrængt løft til danske bachelorprojekter



Ida Torunn Bjørk og

Marit Solhaug

Fagutvikling og forskning

i klinisk sygepleje

Forlaget Akribie 2008

210 sider – 350 nkr.

ISBN 978-82-7950-123-7



Der er et stigende krav om at basere klinisk praksis på forskning, om at udvikle og sikre kvaliteten af sygeplejerskers ydelser og om selvstændigt at udvikle ny viden inden for sygeplejen. Det er dette, bogen beskæftiger sig med – udvikling og forskning i sygeplejepsis. Den er skrevet over arbejdsprocessen i projektarbejde. Som forfatterne rigtigt redegør for, findes der ikke én metode for projektarbejde, men der er alligevel en række trin, der er fælles for alle projekter.

Disse trin gennemgås. For at illustrere arbejdsprocessen anvendes de samme tre projekter i hele bogen. Det er en god ide, derved kommer man som læser i dybden med de enkelte projekter, vel at mærke projekter, der er gennemført i praksis. Desuden er der tale om tre forskellige projekttyper, hvorved forskelle i tilgange til at gennemføre et projekt bliver illustreret. Praksisseksemplerne er bogens styrke, og det er mit håb, at læserne konstruktivt overvejer, hvad der er de enkelte projekters styrke og svaghed og bruger det som inspiration, hvis de selv ønsker at gå i gang med et projekt.

Målgruppen er bachelorstuderende i sygepleje. Selv om indholdet er baseret på den norske studieordning for sygeplejerskeuddannelsen, vil danske


bachelorprojekter få et tiltrængt løft, hvis studerende kan gøre rede for litteratursøgning og gennemgang af litteratur på den måde, det beskrives her. Det vil også være en stor hjælp for de studerende, der ønsker at fortsætte deres studier på et universitet, hvis de kan leve op til de krav, der beskrives her. Med dette ønsker jeg kort sagt at sige, at bogen er relevant og niveauet passende. Selv om målgruppen er bachelorstuderende, vil studerende på de sundhedsfaglige diplomstudier og suppleringsuddannelserne også kunne hente værdifuld inspiration og konkrete anvisninger på udformning af et projekt.

Der bringes rigtig mange eksempler, som klart er markeret med, hvilket projekt teksten er hentet fra. Hvor det er relevant, er der en illustration, der underbygger tekstens indhold.

Afslutningsvis bringes et fyldigt stikordsregister, og jeg er ikke i tvivl om, at projektmagere i praksis vil finde bogen let at anvende og finde rundt i.

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

“Sygeplejerske” til låns

 Bogen rummer ikke sygeplejehistorie, som vi sædvanligvis forstår det. Det er en skæbnefortælling fuld af paradokser om en ung kvinde, som meget tidligt i livet træffer nogle valg, der kommer til at præge resten af hendes liv direkte eller indirekte.

I en alder af 83 år møder hun bogens forfatter, som berøres af hendes livshistorie, og det er den, han formidler til læseren, men med en historikers sans for at få dokumenteret, om erindringerne nu også dækker tingene, som de virkelig var, og filosofiens trang til at vurdere hvorfor.

På den måde konfronterer han hende også med nogle af de væsentlige fortrængninger, som hun har levet med i 60 år.

Fortællingen tager udgangspunkt i et lille provins-samfund i 1930'erne, hvor den 16-årige Ebba drømmer om at komme til England efter endt skolegang, men krigsudbruddet og det nazistiske hjem med en dominerende faderskikkelse sætter en stopper for det, og i stedet bliver det i en mindre by i Tyskland, hun møder den store verden og krigens gru som ung pige i huset.

Forfatteren tegner et bredt billede af de danske nazisters virke, hvad de stod for og om indbyrdes gnidninger i partiets forskellige grupperinger. Den rummer også ganske detaljerede omtaler af samarbejdspolitikken, som officielt rådede under krigen, og kovendingen efter krigen.

Efter et besøg hos forældrene, hvor den lille tyske dreng, hun er ansvarlig for, er med, træffer Ebba den beslutning, at hun vil tilbage og medvirke i plejen af sårede og syge. Forinden har hun under stærk påvirkning af faderen meldt sig ind i partiet, hvilket er

en af de erindringer, hun fortrænger, indtil forfatteren konfronterer hende med dokumentation for det.

Lad det være sagt med det samme, hun bliver ikke på noget tidspunkt sygeplejerske, hverken i henhold til tysk eller dansk lovgivning. Under tysk Røde Kors' domæne får hun en kortvarig træning i nødhjælp, hygiejne m.m. og bliver hjælpesøster.

Krigens konsekvenser og manglen på sygeplejersker giver hende imidlertid opgaver, der rækker langt ud over det normale. Forfatteren er da også helt klar over dette, idet han tegner et ganske omfattende billede af de lazaretforhold og nødhjælpsstationer, som prægede situationen i Tyskland under krigen.

Ebba vælger at blive i Berlin, da byen, totalt smadret, falder til de sovjetiske styrker, hvilket får fatale konsekvenser for hende, men efter et relativt kort ophold som fange i Moskva kommer hun endelig til Danmark, hvor hun konfronteres med det danske retsvæsen for at have været i tysk tjeneste.

Hun bliver aldrig straffet, men får ved moderens og andre familiemedlemmers hjælp mulighed for at bygge en tilværelse op i Danmark.

Forfatteren giver selv udtryk for, at han ikke har villet sætte et minde om de danske nazister, men derimod give et troværdigt og nuanceret indblik i, hvad der drev dette menneske.

Bogen er, trods den lånte sygeplejersketitel i titlen, værd at læse for den almindeligt historisk interesserede, og den rummer et godt noteapparat.

Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske.



Peter Tudvad


Sygeplejerske i Det Tredje Rige

Politikens Forlag 2009

512 sider – 350 kr.

ISBN 978-87-567-9315-5

God, men vanskelig

 Jeg er vild med en god bog, også en god bog om faglitteratur. ”Erstatning inden for sundhedsvæsenet” er den første samlede bog om dette emne, og den er god.

Reglerne for erstatning, både behandlingsskader og lægemiddelskader, blev samlet i lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Denne lov trådte i kraft den 1. januar 2007.

Bogen indeholder en gennemgang af kapitlerne 3-6. Ud over gennemgangen er der rigtig mange illustrative eksempler på den praksis, der har udformet sig gennem patientforsikringen.

Bogen indeholder den nye lov, de tidligere love om patientforsikring og lov om erstatning for lægemiddelskader. Der er register, der angiver sammenhæng mellem tidligere lov og nuværende lov. Der er et langt register vedrørende doms- og praksisoversigt.

Som sygeplejerske mener jeg, at man skal være mere end almindeligt interesseret i erstatning inden for faget for at få udbytte af denne bog. Er man det, er dette Bogen på området. Jeg mener, at det er en fordel at have viden om emnet, men tilgangen er vanskelig her.

Er man nysgerrig på, hvad loven dækker, og på hvilke områder patienter kan få erstatning, kan man holde sig til indholdsfortegnelsen, oversigten over kapitlerne og eksemplerne.

Bogen henvender sig til alle, der arbejder med problemstillinger på området, sagsbehandlere, advokater, patientvejledere.

Af Lene Gredal, cand. jur., specialeansvarlig sygeplejerske, ansat på Medicinsk Afdeling P7, Horsens Sygehus.



Kristina Sprove Askjær, Niels Hjortnæs og Peter Jakobsen

Erstatning inden for sundhedsvæsenet

Thomson Reuters Professional

2008

296 sider – 745 kr.

ISBN 978 87-6192278-6

PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 59

Forkortet Produktresumé.

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

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

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

RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

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

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

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

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

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

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

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

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


sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Vi kan ikke være for grundige i forebyggelsen af fejlmedicinering

Nyt Nordisk Forlag har sendt en længe ventet opdatering af en central bog på det sundhedsvidenskabelige område på markedet. De nye forfattere har lavet en gennemgribende revision, og også titlen er relevant ændret, så sygeplejen og professionen betones i endnu højere grad. Dette er en styrkelse, idet bogen især henvender sig til studerende på sygeplejerskeuddannelsen. Bogens sygeplejeafsnit er disponeret efter nøgleordene i sygeplejerskens virksomhedsområde: At udføre, at formidle, at lede og at udvikle sygepleje. Således er der afsnit relateret til at udføre medicingivning, formidlingsopgaver ved medicingivning samt ledelsesmæssige og udviklingsmæssige opgaver herved. Ved første øjekast måske lidt omstændeligt, men studerende har ofte brug for god præcisering af konkrete aspekter i opgaveløsningen. Det er et meget grundigt og nytænkt sygeplejeafsnit. Også afsnittet om begrebet kompliance fortjener min særligt positive kommentar. Alle afsnit er forsynet med referencer, hvilket styrker de studerendes bevidsthed om akademisk fundament og metode. Herudover er der prioriteret både et kort historisk perspektiv og et fint afsnit om naturmedicin.

Bogens farmakologidel er en generel gennemgang af nøgleord og begreber samt relevant lovgivning, præparatudvikling og markedsføring. Der indgår gode afsnit om farmakokinetik og farmakodynamik, interaktioner og bivirkninger. Den specielle farmakologi sætter fokus på hyppigt anvendte farmaka opdelt efter ACT-klassifikationen, som de studerende vil møde i medicinskabene. Indholdet i dette afsnit vil være en introduktion, idet opslag via internet hurtigt bliver foretrukket og er den mest anvendte metode for systematisk research.

Med henblik på forebyggelse af fejl medtager bogen et mindre afsnit om medicinregning, som betoner grundlæggende forhold: SI-systemets enheder vedrørende mængde og volumen, regnemetoder og formler. For nogle vil dette lyde overflødigt på et bachelorniveau, det viser sig dog i praksis, at rigtig mange studerende har endog meget svært ved disse naturvidenskabelige udfordringer. Bogens sidste afsnit: Et sæt konkrete regneopgaver (inkl. løsninger) relateret til forskellige praktiske situationer (dispenseringsformer) og særligt udfordrende scenarier (pædiatri, neonatal- og intensivafdelinger), vurderer jeg derfor absolut som en styrke. Vi kan ikke være for grundige i forebyggelsen af fejlmedicinering.

Bogen, som har stor stoftrængsel, er meget tæt skrevet med meget lille margen, hvilket gør det vanskeligt at tilføje personlige noter. Desuden er fremhævelser og pædagogiske faktabokse få, og kursiveringerne er svage, men der er gode anatomiske tegninger og forklarende fotos. Som opslagsbog er den overskuelig, tydelig og nem at håndtere.

Af Ole Bjørke, lektor, sygeplejerske SD,
MEd. sundhedspædagogik, ansat på
Sygeplejerskeuddannelsen Herlev,
Professionshøjskolen Metropol.



Ibén Lovring, Vivi Brandt Rasmussen, Lene Ørskov Reuther, Gesche Jürgens og Hanne Rasmussen
Farmakologi, medicingivning og sygepleje
Nyt Nordisk Forlag
Arnold Busck 2009
404 sider – 399 kr.
ISBN 978-87-17-04038-0

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

Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc.,
fagredaktør på Sygeplejersken.

Amerikansk sygepleje i lyset af Barack Obama

Efter sikkerhedstjek, irisanalyse og fingeraftryk spørger manden bag skranken i New Yorks lufthavn mig venligt om, hvilken uddannelse jeg har hjemme i Danmark. Da jeg svarer, at jeg er uddannet sygeplejerske, lyser hans ansigt op i et stort smil, og han udbryder: "Oh, how amazing, it's a wonderful work, lucky you." Uvant med en så lidenskabelig begejstring over sygeplejefaget tænker jeg skeptisk, at han sandsynligvis møder alle turister på denne måde.

Men en halv time senere i undergrundstoget mod Brooklyn falder mit blik på den første af mange tilsvarende plakater og avisannoncer under mit ophold i New York, og min undren vokser: Fra endevæggen af kupéen smiler en midaldrende smuk sort sygeplejerske til passagererne under overskriften: "I'm a proud nurse at Interfaith Medical Center", og teksten fortæller os, at Brooklyn er hendes lokalområde, og at folkene her, som hun elsker, oplever hende som et familiært ansigt, når de modtager den høje kvalitet i sygeplejen, som hospitalet tilbyder. 19 år har hun været ansat på stedet.

Efter en uge er min undren ændret til stolt vished. Både offentlige og private hospitaler anvender i stor stil sygeplejen som reklame, når der skal tiltrækkes patienter og medarbejdere, og respekten for USA's 2,9 millioner sygeplejersker er stor, fortæller flere tilfældige newyorkere mig: "Nurses do a fantastic job in American society," siger de spontant, når jeg spørger til sygeplejerskers rolle.

Sygeplejens status i befolkningen er på linje med lægernes, og interessen for en uddannelse inden for sygeplejen er stærkt stigende, ikke mindst på grund af de man-

"Efter en uge er min undren ændret til stolt vished. Både offentlige og private hospitaler anvender i stor stil sygeplejen som reklame, når der skal tiltrækkes patienter og medarbejdere."

ge karrieremuligheder, hvor uddannelsen til klinisk ekspertsygeplejerske trækker et stort læs. Faktisk er ansøgetallet til de forskellige uddannelsesprogrammer så højt, at halvdelen af alle kvalificerede ansøgere blev afvist sidste år. Ifølge The American Association of Colleges of Nursing måtte 43.000 ansøgere til basisuddannelsen og 7.000 til master- og ph.d.-programmer i 2008 drage af med uforrettet sag. Årsagen er mangel på undervisere og et utilstrækkeligt antal uddannelsespladser.

Da USA, som herhjemme, lider af stor mangel på sygeplejersker, har Barack Obama lovet at iværksætte de nødvendige tiltag hurtigst muligt, og der er ingen tvivl om, at Obama nyder stor anerkendelse blandt amerikanske sygeplejersker. Dels fordi han arbejder for bedre forsikringsforhold til de fattige, så de har råd til sygepleje, og dels for højere løn til sygeplejersker. Og mon ikke Obamas meget personlige tale i juni sidste år ved et møde i The American Nurses Association, paraplyorganisation for amerikanske sygeplejeforbund, også har styrket hans popularitet? Her beskrev han den sygeplejerske, han havde fulgt en formiddag på hendes arbejde som "rolig, dygtig og med overblik – og bare det at se hende sammen med hendes patienter var en stor oplevelse", ligesom han via egne erfaringer fremhævede fagets betydning: "Da min datter tre måneder gammel fik meningitis, var lægerne rædselsslagne, og det var sygeplejerskerne, der sad hos os og forklarede alt om sygdommen og beroligede Michelle og mig. Så jeg kender betydningen af jeres arbejde og vil arbejde stærkt for, at sygeplejersker får den opbakning og støtte, I så desperat trænger til."

I flyet hjem føler jeg mig mere stolt over sygeplejefaget end længe, og hænderne kom først ned efter avisuddelingen, hvor Lægeforeningen i Berlingske Tidende igen gav udtryk for deres modstand mod etableringen af uddannelsen til klinisk ekspertsygeplejerske. Gid vi i Danmark havde en statsleder som Obama, som kunne skære igennem det faglige nid og have patienternes tarv for øje.

er@dsr.dk