

Neurorehabilitering med
fokus på hverdagsliv

Du kan risikere at blive
chikaneret på nettet

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 3 • 28. FEBRUAR 2014 • 114. ÅRGANG

Teori & Praksis

Systematisk tarm-anamnese hos patienter med hjerneskode



TEMA
Genoplivning i gråzonen

Andre faggrupper
strømmer til sygeplejen

VIDERE UDDANNELSE

Kandidatuddannelse

- også for professionsbachelorere

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU) på Aarhus Universitet udbyder kandidatuddannelser inden for pædagogisk filosofi, didaktik, pædagogisk psykologi, livslang læring, pædagogisk sociologi, uddannelsesvidenskab og pædagogisk antropologi.

I Aarhus og København

Læs mere på edu.au.dk/kandidat

Informationsmøder:
København 4. marts
Aarhus 5. marts

Ansøgningsfrist: 1. april

Læs mere på
edu.au.dk/kandidat



AARHUS UNIVERSITET



”Hej, det er MG-V. Vi har en akutvagt. Kan du hjælpe?”

Ja, nogle gange er det i 11. time, at du modtager et opkald, når vi akut mangler en vikar. Vi forventer derfor, at du er morgenfrisk og mødestabil, og at du kan rykke ud med kort varsel.

Til gengæld kan du som vikar i MG-V se frem til en attraktiv løn, pension og bonus. Især hvis du er fleksibel med dine arbejdstider, kan du opretholde en rigtig god indtjening. For det går stærkt i MG-V. Faktisk går det så stærkt, at du ofte kan vikariere på fuldtid, hvis du ønsker det.

Er det noget for dig, og er du klar til at tage fat?

Godt, for lige nu søger vi:

- Sygeplejestuderende
- Psykiatriske Sygeplejersker
- Anæstesi Sygeplejersker
- Intensiv Sygeplejersker
- Operations Sygeplejersker
- Basissygeplejersker

Hvor skal du arbejde?

- Sygehuse
- Psykiatrien
- Lokaltcentre
- Hjemmeplejen
- Special opgave

Hvad er dine fordele som vikar?

- Fleksible arbejdstider
- Attraktiv løn, pension og bonus
- Løbende efteruddannelse og kurser.
- MG-V har rammeaftaler med kommuner, regioner og private

Om vikarlivet i MG-V

I MG-V brænder vi for at hjælpe andre med faglighed og personlighed. Derudover har vi stort fokus på din trivsel, og vi har derfor gjort det let at forene dine ønsker til arbejdstider med aktuelle muligheder. Det sker alt sammen via vores online bookingsystem. Men i det hele taget kan du se frem til at blive en del af et stærkt team, hvor vi hjælper hinanden – og ikke mindst vores kunder – med at få hverdagens kabale til at gå op. Velkommen i MG-V.

ANSØG NU FÅ

www.mg-v.dk

– bemærk, vi besvarer ikke spørgsmål på mail. Men du er velkommen til at ringe alle hverdage mellem kl. 12 og 15 på

Tlf. 23 104 104

KORT

7 Øringer eller ej

I Norge debatterer man, om sygeplejersker kan bære øringer eller ej. Akkurat som i Danmark findes der ikke nationale retningslinjer på området, men det afholder ikke nogle regioner fra at forbyde sundhedspersonalet at bære smykker.

12 Sygeplejersker risikerer chikane på nettet

Bla. sygeplejersker risikerer at blive lagt for had på internettet i takt med udbredelsen af de sociale medier. Kun få arbejdspladser har en plan for, hvordan chikane skal håndteres.

TEMA OM GENOPLIVNING

18 Når genoplivning gør døden kaotisk

Det er frustrerende at blive pålagt at genoplive, hvor det synes udsigtsløst, og dermed medvirke til en kaotisk afslutning på livet. Hver fjerde kommunale sygeplejerske svarer i en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, at de har stået i dilemmaet.

20 Ingen indikation for genoplivning

Sygeplejersker i kommunerne havner i stigende grad i klagesager fra pårørende omkring dilemmaet: genoplivning eller ej. En ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen skal forsøge at lave mere klare retningslinjer.

25 Hjertestarter eller ej?

I takt med hjertestarternes indtog på danske plejehjem er der opstået en vis forventning om, at alle ældre skal og kan genoplives. Nogle plejehjem vælger hjertestartere helt fra, men det er ærgerligt, mener forsker: Tag stilling i stedet.

BAGGRUND

29 Krisen har gjort det trendy at yde omsorg

Finanskrisen har rykket ved vores værdier for det gode arbejdsliv, og det har fået rekordmange til at vælge at blive sygeplejerske. En stor del af dem kommer fra andre fag. Læs om skovhuggeren, bankdamen og værktøjsmageren, som skiftede spor.

36 PÅ JOB:

Epilepsipatienter styrer kontakten med ambulatoriet

På Aarhus Universitetshospitals Epilepsiambulatorium kommer patienterne kun til kontrol, når de selv har behov for det. Behovet bestemmes ud fra et spørgeskema.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

48 Mere sammenhæng skal løse overbelægning

Overbelægning på sygehusene er stadig et problem, viser nye tal. Den nye sundhedsminister anerkender problemet.

49 Sværere at få erstatning for brystkræft

Erhvervs sygdomsudvalget har strammet kriterierne for at få brystkræft anerkendt som arbejdsskade. Den forkerte vej at gå, mener Dansk Sygeplejeråd.



FAGLIG INFORMATION

- 54 Brugerinddragelse i fælles akutmodtagelse
- 56 Magnetfilosofien i en dansk kontekst
- 58 Ph.d.-forsvar: Antropologisk analyse
- 60 Sygeplejefestival 2014: Call for abstracts

FAG

- 62 **Neurorehabilitering med fokus på hverdagsliv**
Det er nødvendigt at tænke og udføre rehabilitering med afsæt i hverdagens aktiviteter, når det gælder den meget tidlige fase efter en erhvervet hjerneskade.

TEORI OG PRAKSIS

- 67 **Problemer med udskillelse af afføring hos patienten med hjerneskade** Et litteraturstudie peger på, at sygeplejefaglig identifikation af og tiltag i forhold til udskillelse af afføring hos patienter med hjerneskade kan øge deres livskvalitet og evne til at håndtere dagligdagen.
- 78 **Sygeplejestuderendes brug af portfolio i klinisk undervisning** Et udviklingsprojekt i samarbejde med den kommunale hjemmepleje motiverede både sygeplejestuderende og kliniske vejledere til at anvende læringsdelen af portfolio aktivt.

I HVERT NUMMER

- 8 Kulturjournalen
- 9 Statistikken
- 11 Dilemma
- 14 Studerende i praksis
- 16 Historisk
- 26 Parentes
- 38 5 faglige minutter
- 52 Facebook
- 54 Fagtanker
- 57 Fra forsker til fag
- 84 Stillingsannoncer
- 87 Kurser/møder/meddelelser
- 91 Kontakt

Forsideillustrationer iStock | Helene Bagger

Etik - ja tak

Hvornår skal man udlevere oplysninger om en patient til politiet? Skal man altid genoplive en ældre borger, der falder om med hjertestop på plejehjemmet? Og hvad skal man gøre med diabetikeren, som ikke tør søge pleje og behandling, fordi han opholder sig illegalt i landet?

Som sygeplejersker er vi vant til at skulle tackle svære spørgsmål. Vores hverdag berører liv og død, og vi er tæt på patienter og pårørende i nogle af deres livs sværeste og lykkeligste stunder. Derfor støder vi også på etiske dilemmaer i vores arbejdsliv. Det er situationer, hvor vi oplever, at erfaring og instrukturer ikke altid er tilstrækkeligt til at træffe en beslutning. I sådanne tilfælde kan de sygeplejeetiske retningslinjer være en god håndsrækning, både i den konkrete situation og som et grundlag for at drøfte de svære spørgsmål med kollegaerne.

Det er vigtigt at huske, at dilemmaer opstår, hvor man ikke på forhånd kan give en opskrift på den rette løsning. På den måde kan de nogle gange gøre dagligdagen som sygeplejerske rigtig vanskelig, men de er også med til at understrege, hvor betydningsfuldt et job vi har valgt. Fordi de svære valg ofte er dem, der gør en stor forskel for patienten, borgeren og de pårørende.

I forhold til spørgsmålet om genoplivning af ældre, som du kan læse om i dette nummer af *Sygeplejersken*, så betyder Sundhedsstyrelsens nye vejledning, at det nu bliver tydeligere for personalet, hvordan de kan efterkomme den ældres eget ønske om fravalg af genoplivning. Hermed er et stort dilemma fjernet fra en række medarbejdere. Når det er sagt, så vil jeg også opfordre til, at vi ser positivt på de etiske dilemmaer, vi støder på i dagligdagen. For uanset hvor vanskelige de må være, så tvinger de os hver gang til at stoppe op og overveje, hvad god sygepleje er. Og det er et godt afsæt for faglig udvikling.



Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 21. MARTS

Læs bl.a.:

- Tema om fremtidens operationsstue
- På job: Neurologisk afdeling forebygger fald
- Fag: Dokumentation kan udvikle praksis

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Distribueret oplag

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

Årsabonnement

840,00 kr. + moms

Løssalg:

64,00 kr. + moms

Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsr@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger:

Kontakt Medlemsregisteret

Tlf. 3315 1555

medlemsregisteret@dsr.dk

Udgiver

Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30

1250 København K

Tlf. 3315 1555

redaktionen@dsr.dk

www.sygeplejersken.dk

ISSN 0106-8350

Tryk

ColorPrint

Annoncer

Dansk Mediaforsyning

Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj

Tlf. 7022 4088

Fax 7022 4077

E-mail:

Stillingsannoncer:

dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer:

dsrtekst@dmfnet.dk

Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en

mail til: udeblevetblad@dsr.dk

Oplys medlemsnummer.

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

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

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Borgerens ønske til genoplivning skal noteres i journalen

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen fremhæver de praktiserende lægers ansvar for at tage spørgsmålet om livsforlængende behandling op med de borgere, for hvem det er relevant.

Hver fjerde kommunale sygeplejerske har oplevet at blive bedt om at genoplive en borger, hvor genoplivning ikke syntes muligt, fordi borgeren havde været død i for lang tid.

9 pct. har oplevet det flere gange, 15 pct. svarer, at de har oplevet det en enkelt gang, mens 76 pct. svarer, at de aldrig har stået i det dilemma. Tallene stammer fra en undersøgelse, hvor i alt 322 medlemmer af Dansk Sygeplejeråds faste spørgepanel, som arbejder på et plejecenter eller i hjemmesygeplejen, har deltaget.

Dansk Sygeplejeråd har tidligere opfordret Sundhedsstyrelsen til at udgive nye retningslinjer om genoplivning uden for sygehusene. Den 22. januar 2014 kom så en vejledning fra Sundhedsstyrelsen, som har været i høring i Dansk Sygeplejeråd. Den præciserer, hvad en sygeplejerske skal gøre, når hun bliver kaldt ud til en borger og vurderer, at der ikke er indikation for genoplivning.

Formand for Faglig Sammenslutning for Sygeplejersker i Kommunerne og udviklingssygeplejerske i Kallundborg Kommune, Inge Jekes, hilser den nye vejledning fra Sundhedsstyrelsen velkommen.

"Det er godt, at det bliver præciseret, at man ikke nødvendigvis skal starte genoplivning, når det ikke skønnes muligt. Men at man kan ringe til en læge og få en telefonisk afgørelse af, om der skal startes genoplivning," siger hun.

Sundhedsstyrelsen har ønsket at fremhæve de praktiserende lægers ansvar for at tage spørgsmålet om livsforlængende behandling op med de borgere, for hvem det er relevant. Vejledningen beskriver også, hvordan borgere selv kan afvise genoplivning eller udsigtsløs behandling, og hvordan borgerens ønsker skal noteres i journalen.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, vurderer, at de nye retningslinjer vil løse nogle af sygeplejerskernes dilemmaer fremover.

"Det er positivt for både den ældre og sundhedspersonalet, at reglerne nu er ændret. Det giver den ældre mulighed for ro og værdighed omkring døden i stedet for. Og det giver sundhedspersonalet mulighed for at respektere dette efter forudgående aftale med lægen, så sygeplejersker ikke nødvendigvis skal vente på, at der er en læge til stede," siger næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

Læs også temaet "Når genoplivning gør døden kaotisk" på side 18.

Hver fjerde har oplevet et genoplivningsdilemma

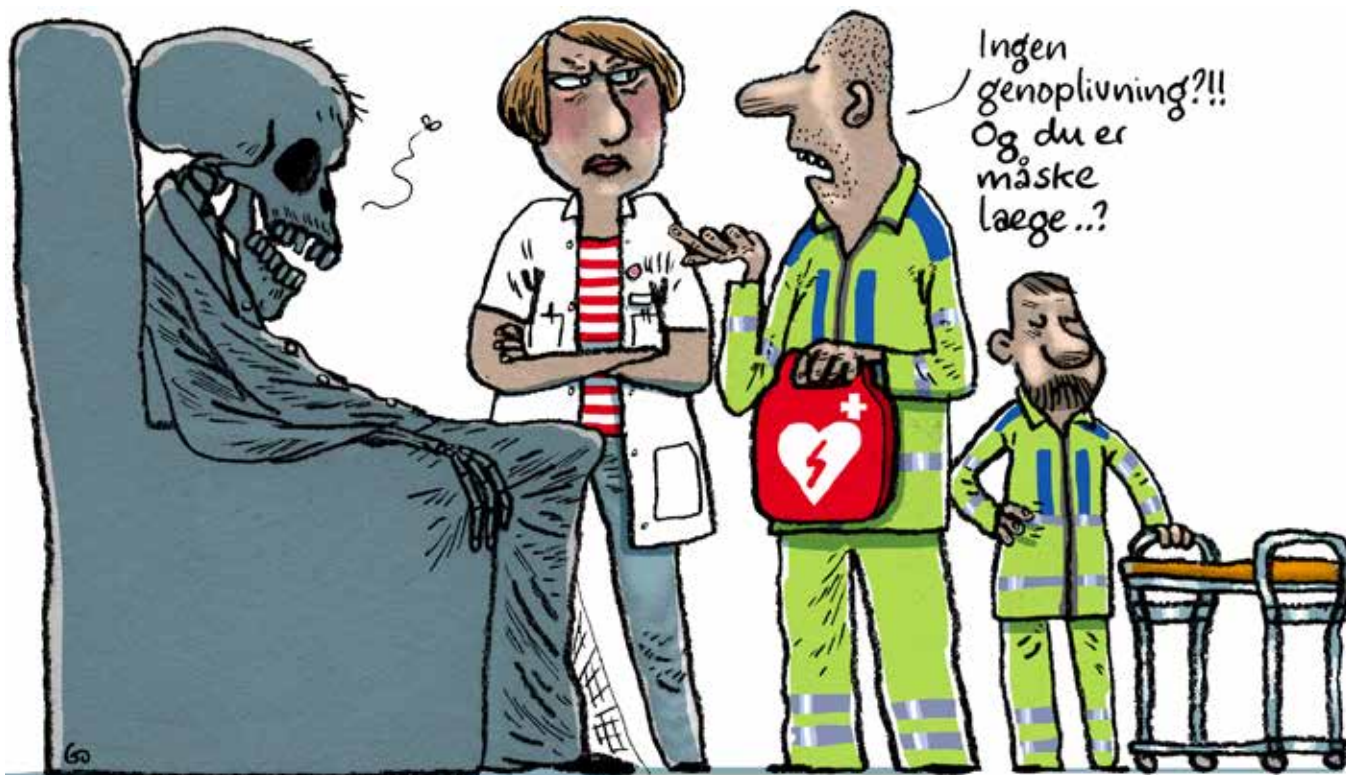
Sygeplejersken har undersøgt, hvor mange kommunale sygeplejersker, som har oplevet et genoplivningsdilemma. Spørgsmålet til de kommunale sygeplejersker i Dansk Sygeplejeråds faste medlemspanel lød:

Har du - i dit nuværende eller i et tidligere job som sygeplejerske i en kommune - oplevet, at du er blevet bedt om at starte genoplivning af en borger, som du vurderede havde været død så længe, at genoplivning ikke var muligt?

	Antal	Procent
Ja, det har jeg oplevet flere gange	28	9 pct.
Ja, det har jeg oplevet en enkelt gang	47	15 pct.
Nej	246	76 pct.
Ved ikke	1	0 pct.
Total	322	100 pct.

Kilde: DSR analyse og MEGAFON.

Illustration: Gitte Skov



Mange sygeplejersker har oplevet at skulle genoplive en borger, for hvem genoplivning ikke syntes muligt. Det dilemma kan nye retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen forhåbentlig afhjælpe. Læs tema side 18.

Øreringe eller ej?

Tekst **Christina Sommer**

I Norge debatterer man atter, om sygeplejersker kan bære øreringe eller ej. Akkurat som i Danmark findes der ikke nationale retningslinjer på området, men det afholder ikke nogle regioner fra at forbyde sundhedspersonalet at bære smykker.

Må sygeplejersker bære øreringe eller ej? Det emne er på ny til debat i Norge, hvor myndighederne nogle steder, f.eks. i nord, helt har forbudt sygeplejersker og andet sundhedspersonale at bære øreringe. Forbudet trådte allerede i kraft i 2011, men retningslinjerne for Helse Nord er lige blevet revideret, og endnu en gang lyder anbefalingen, at personalet skal lade øreringene blive hjemme. Det fortæller hygiejnesygeplejerske Merete Lorentzen til sykepleien.no "Et nej er let at forholde sig til. Vi slipper for diskussioner om, hvad der er små eller store øreringe," siger Merete Lorentzen.

Begrundelsen er også æstetisk - personalet bærer uniform, og de skal se ordent-

lige ud. Men også hygiejnen er tænkt ind, selvom der ikke foreligger dokumentation for, at øreringe medfører øget smitterisiko.

"Vi tænker, at jo mindre man pynter sig, jo mindre er risikoen for, at der samles bakterier, som kan overføres til andre," siger Merete Lorentzen.

Den mangelfulde dokumentation er netop skyld i, at Folkehelseinstituttet - den norske pendant til Sundhedsstyrelsen - ikke har nationale retningslinjer for øreringe. Det efterlyser højskolelektor Anna-Lena Westbye Pedersen dog. Hun arbejder hårdt for at få de studerende til at droppe smykker generelt, og i 2004 skrev hun opgaven "Moteløver (modedyr, red.) i sykepleien", hvor hun interviewede 200 patienter og 200 sygeplejersker. En klar konklusion var, at patienterne ikke brød sig om personale, der bar mange smykker, makeup eller privat tøj på arbejdet.

I Danmark findes der heller ikke nationale retningslinjer for øreringe, hvorimod der

er retningslinjer for håndhygiejne, hvilket som bekendt betyder, at sygeplejersker ikke må bære ure, ringe og andre smykker på hænder eller underarme. Og som eksempel er det i uniformsvejledningen for Region Hovedstadens hospitaler også præciseret, at "eventuelle andre smykker ikke må kunne komme i kontakt med omgivelserne."

Hygiejnesygeplejerske og formand for Fagligt selskab for hygiejnesygeplejersker, Anni Juhl-Jørgensen, ser det ikke som et infektionshygiejnisk problem, at personalet bærer øreringe, og mener heller ikke, at der mangler nationale retningslinjer på området.

"Så længe, de ikke er så lange, at de kan komme i kontakt med omgivelserne, ser jeg intet problem i øreringe. De er ikke mere forurenende end de partikler, der drysser fra personalets hår. Og med de stramme ensartede uniformsregler, der er mange steder, er øreringe og hårspænder snart de eneste steder, hvor personalet kan vise lidt af deres personlighed," siger hun.

Teater

4. marts

Forumteater: Angst og depression

Forumteater er en innovativ metode til at skabe dialog og om refleksion over udfordringer og konflikter i hverdagen. Tre skuespillere vil være med til at italesætte og aftabuisere emnet angst og depression. Stykket giver indblik i, hvad sygdommene handler om, hvordan de viser sig, og hvad vi kan gøre for at skabe rum og plads til dem, der har brug for hjælp. Efter teaterstykket er der dialog og refleksion over udfordringer og konflikter i hverdagen.

Arrangementet afholdes på Psykiatrisk Afdeling Odense. Tilmelding via www.psykino.regionsyddanmark

6.-22. marts

Wit

Vivian indlægges på en onkologisk forskningsafdeling, hvor hun behandles for fremskreden æggestokkræft. I hele sit voksenliv har hun holdt sit sande jeg skjult bag akademikerens køligt analyserende maske. Men nu da læger, plejere og portører braser ind i tide og utide på hendes stue, omtaler hende i tredjeperson og synes at opfatte hende som ren statistik, bliver det svært for hende at holde livet ud i strakt arm. Wit er en morsom, usentimental og - sit emne til trods - opløftende fortælling om menneskelige relationer, om værdighed, tilgivelse og medfølelse set i lyset af et menneskes nært forestående død. Forestillingen er blevet brugt til at træne sundhedspersonale i, hvordan man kommunikerer med en patient, som skal dø.

Den spilles på let forståeligt engelsk. *Bådteatret, Nyhavn 16Z, København K.*



Foto: Have Kommunikation

Kræftsyge Vivian sætter fokus på, hvordan man taler til patienter, der skal dø, i teaterforestillinger. Wit.

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

Rygning ødelægger mundens immunforsvar

Ny undersøgelse viser, at rygere danner færre antistoffer mod bakterier i munden. Det gør dem mere sårbare for infektioner.

Hvis du er ryger, så har du større risiko for at få parodontose og infektion i tandrødderne. Det skyldes, at rygningen medfører lavere produktion af antistoffer mod de bakterier, vi har i munden. Det viser en ny undersøgelse, der er bragt i tidsskriftet *Cancer Causes & Control*.

"Vores slimhinde bliver helt anderledes, når vi ryger. Der kan ikke gro de samme gode bakterier, og det medfører, man får en anden flora i munden, hvor de manglende bakterier formentlig svækker vores immunforsvar," forklarer Anne Tjønneland, som er overlæge og forskningsleder for Kost, ge-

ner og miljø hos Kræftens Bekæmpelse.

Ifølge Anne Tjønneland kan man sammenligne bakteriefloren i munden med den, vi har i tarmen.

I fremtiden vil man gå videre i forskningen og kigge på, hvilke bakterier rygerne mangler, og hvordan det hænger sammen med antistofferne. Herigennem satser man på at blive klogere på, hvorvidt der er en reel kræftisiko ved ubalance i bakteriefloren i munden, som man kender det fra tarmfloraen. Det vil man undersøge igennem projektet: "Kost, Kræft og Helbred - næste generation", hvor man vil indhente spørgeskemaoplysninger, blodprøver og spytpøver fra omkring 50.000 danskere.

(pj)

”Jeg var deltidsbrandmand, og her fandt jeg patientkontakten rigtig givende, så da den virksomhed, jeg arbejdede for, lukkede, valgte jeg at begynde på uddannelsen, da jeg vidste, at der indenfor sygeplejefaget er mange forskellige muligheder.

Sygeplejestuderende Jesper Walsted i Midtjyllands Avis den 25. januar

Slut med beskidte hænder

De Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer om håndhygiejne er lagt ud til frit download. Formålet med retningslinjerne er at begrænse smitterisikoen for patienter, personale og andre med kontakt til sundhedsvæsenet.

Central Enhed for Infektionshygiejne, Statens Serum Institut, har udgivet de opdaterede retningslinjer. De byder på mere end 45 sider, der guider én

gennem alle relevante informationer om håndhygiejne. Det gælder alt fra de basale definitioner og baggrund til, hvilke håndhygiejniske metoder og midler der bør anvendes.

Retningslinjerne kan hentes via www.ssi.dk > Smitteberedskab > Infektionshygiejne > Retningslinjer > Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer

(pj)

Ud i byen efter frivillige

Plejecenter i Ballerup rekrutterer frivillige medarbejdere til socialt samvær og aktiviteter i butikcentre.

Tekst **Henrik Boesen**

Med udgangspunkt i en rapport fra Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, SFI, fra 2012 om omsorg og livskvalitet i plejeboligen har plejecentret Rosenhaven i Ballerup Kommune søsat en rekrutteringskampagne for at skaffe flere frivillige medarbejdere til plejecentrets beboere. Over to uger i januar tog frivilligkoordinator Signe Trier Hansen opstilling seks steder ved butikker og centre i kommunen for at komme i kontakt med borgere, som kunne tænkes at lade sig rekruttere til det frivillige arbejde. Kampagnen sluttede i begyndelsen af februar med et større informationsmøde på plejecentret.

"En ønskesituation ville være en besøgsven til hver af vores beboere. Men bare en håndfuld flere frivillige vil være en stor gave i forhold til at skabe flere sociale aktiviteter," siger Signe Trier Hansen.

Af rapporten fra SFI fremgår, at angst, bekymring, nedtrykthed og ensomhed (se skema) er følelser, som mange plejehjemsbeboere oplever. Disse triste følelser kan frivillige besøgsvener, aktivitets- og omsorgspersoner bidrage til at rette op på.

Respekt for de fastansatte

I kampagnen blev der gjort opmærksom på, at de frivillige ikke skal overtage opgaver, som hører hjemme hos plejepersonalet. Dermed er plejecentrets ledelse på linje med holdningen i en række fagforeninger, heriblandt Dansk Sygeplejeråd.

FOA, Socialpædagogernes Landsforbund, Frivilligt Forum og Dansk Sygeplejersråd holdt i januar en konference, hvor spilleregler ved brug af frivillige i plejesektoren blev drøftet. Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, sagde her:

"Det er vigtigt, at vi får talt om dilemmaerne i det frivillige arbejde og diskuterer, hvordan vi sikrer, at frivillighed ikke overtager kerneopgaver. Vi mener også, det er vigtigt løbende at følge de erfaringer, der bliver gjort med frivilligt arbejde, så vi kan forholde os til, hvordan vi bedst muligt udvikler det frivillige arbejde."

Ikke en begrænsning

De nævnte organisationer har i samarbejde med flere fagforeninger og fora for frivillige lavet et sæt spilleregler, "Aftaler mellem frivillige og ansatte i den offentlige sektor", som er publiceret i en opdateret udgave. I forordet står: "Vores anbefalinger skal ikke læses som begrænsninger for udviklingen af den offentlige sektor, men som bidrag til at sikre, at udviklingen sker i respekt for, at frivilligt arbejde ikke erstatter lønnet arbejde."

Læs mere:

www.dsr.dk > Webshop > Plejer > "Aftaler mellem frivillige og ansatte i den offentlige sektor"
www.sfi.dk > Udgivelser > Søg efter 12:03 Omsorg og Livskvalitet i Plejeboligen
www.ballerup.dk/rosenhaven > Frivilligt arbejde på Rosenhaven

Svenske sygeplejersker siger op i protest

17 sygeplejersker ud af 30 på en kardiologisk afdeling på Akademiska Sjukhuset, Uppsala, Sverige, har forladt deres stillinger i vrede over afdelingens lave lønninger. Det sker, efter sygehuset har indført en startløn på SEK 25.000 til nyuddannede for at kunne rekruttere personale.

"Det er rigtig godt, at de nyuddannede får 25.000 pr. måned, men vi har 18 sygeplejersker på afdelingen med en månedsløn under 25.000 på trods af, at mange af dem har arbejdet i årevis," siger sygeplejerske Per-Ola Blomgren til den svenske avis Uppsala Nya Tidning. Ledelsen på sygehuset afviser at indføre en minimumsløn for alle og henviser til, at lønforhandlinger er individuelle ifølge aftale med sygeplejerskernes fagforbund.

Lille stigning i mandlige sjukskøterskor

Sverige har om ikke knækket kønskurven så dog bøjet den en smule de senere år. Andelen af mandlige sygeplejersker er fra 1995 til 2011 steget fra 8 til 11 pct. Det er især indenfor akut- og psykiatriområdet, at faget er populært blandt mændene. Blandt ambulancesygeplejerskerne udgør de mandlige sygeplejersker 61 pct. mænd, mens tallet blandt psykiatrisygeplejersker er 34 pct., skriver Vårdfokus. I Danmark er ca. 3 pct. af sygeplejerskerne mænd ifølge Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling.

Overvægtige ældre falder oftere

Overvægtige ældre har 31 pct. højere risiko for at falde end normalvægtige. Det viser en ny undersøgelse fra University of New South Wales, Sydney, publiceret i Australian and New Zealand Journal of Public Health. Undersøgelsen viser også, at de overvægtige opdager sig med det. "De overvægtige oplyste, at de ikke troede, der kunne gøres noget for at forhindre, at ældre mennesker falder," siger Dr. Rebecca Mitchell, som forsker i skadeforebyggelse.

Beboere fordelt efter deres vurdering af, hvor ofte de oplever en række følelser

	Veloplagt	Bange	Bekymret	Nedtrykt	Ensom
Ofte	46	7	11	9	12
Af og til	39	20	34	40	29
Aldrig	14	73	55	51	58
Total, pct.	99	100	100	100	99
N	269	269	268	275	272

Kilde: SFI: Omsorg og livskvalitet i plejeboligen, 2012.

SMS'er halverer udeblivelser

Et forsøg med SMS-påmindelser til patienterne har givet 46 pct. færre udeblivelser på nyreambulatoriet på Fredericia Sygehus. Gennem otte måneder har patienterne kunnet få beskeder, der minder dem om deres tid til hhv. prøvetagninger og kontroltider, og det har reduceret udeblivelserne med, hvad der svarer til 27 patienter om måneden.

"Nogle af de udeblivelser, vi havde før, er blevet til afbud, men når vi får afbudet i god tid, har vi mulighed for at bruge tiden til en anden patient," siger afdelingssygeplejerske Kirsten Qvist i en presmeddelelse fra Sygehus Lillebælt.

Sygeplejersker skal hjælpe pårørende til bedre information

Et nyt forskningsprojekt fra Kræftens Bekæmpelse skal undersøge, om tidlig afdækning af pårørendes behov sammen med en samtale med en sygeplejerske vil forbedre tilfredsheden med patienter og pårørendes kommunikation med sundhedsvæsenet. Undersøgelsen starter i foråret 2014, hvor 200 kræftpatienter og deres pårørende vil blive inviteret til at få en samtale med en sygeplejerske ud fra den pårørendes ønsker om information. "Hvis både patient og pårørende føler sig trygge og velinformerede, kan det være med til at reducere angst og depression," siger professor Mogens Grønvold, der skal stå for projektet, til www.cancer.dk

Udstilling om De Hvide Busser

Nationalmuseet planlægger til næste år - i 70-året for redningsaktionen - en udstilling om De Hvide Busser, som i foråret 1945 bl.a. bragte ca. 7.000 danske og norske fanger væk fra koncentrationslejrene i Tyskland. I den forbindelse efterlyser museet beretninger og genstande med tilknytning til aktionen, f.eks. oplysninger om sygeplejersker og chauffører, som var med på busserne samt materiale som dagbøger og fotografier.

Ambulatorieforløb bliver skræddersyet til den enkelte

I Region Midtjylland har flere grupper af ambulante patienter fået mulighed for selv at styre, hvor ofte de har brug for at komme i ambulatoriet.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

Epilepsipatienter og patienter med nyresvigt, patienter i prædialyse og patienter med søvnforstyrrelser er eksempler på diagnosegrupper, hvor patienterne har et varierende behov for at gå til lægekontrol afhængigt af deres symptomer. Et spørgeskema, som patienten udfylder derhjemme, kan afklare, hvilket behov patienten har.

Spørgeskemaet er et vigtigt element i Ambuflex-systemet, som har været under udvikling siden 2007, først i Ringkøbing Amt og siden i Region Midtjylland. De patientrapporterede oplysninger kan ambulatorierne bruge til at styre de tilbud, patienterne får. Epilepsiambulatorier har allerede brugt systemet siden 2012, hvor 2.000 ud af de 3.000 ambulante epilepsipatienter er tilknyttet systemet. Fra efteråret 2013 er tre andre diagnosegrupper sluttet til ordningen: patienter med nyresvigt, patienter i prædialyse og patienter med søvnforstyrrelser. Det er planen, at

der hvert år skal implementeres tre nye diagnosegrupper.

Patienterne har indtil videre taget godt imod tilbuddet om en mere fleksibel tilgang til ambulatoriet.

"Hele 92 pct. svarer på vores første spørgeskema, som er på papir, og dem, som ikke svarer, bliver samlet op med rykkere. Når patienterne har vænnet sig til papirskemaet og Ambuflex-systemet, tilbyder vi, at de kan udfylde det online, og vi har nogle meget høje tal for online-besvarelser, hele 55-60 pct. besvarer skemaerne online," fortæller leder af Vestkronik i Region Midtjylland, som har udviklet Ambuflex-systemet.

Som noget helt nyt kan de ambulante patienter gå ind på Sundhed.dk og se det samme, som klinikerne kan se.

Læs mere i reportagen "Epilepsipatienter styrer kontakten med ambulatoriet" på side 36.

” Fremtiden byder på store akutmodtagelser, hvor alle kommer ind, men hvor de hurtigt skal videre til den relevante afdeling - det handler om hurtig diagnose og hurtig behandling. Men hvis vi ikke planlægger forløbet dygtigt, er der ikke plads på specialafdelingerne, og så sender patienterne til på akutmodtagelsen. Det er meget uheldigt både for patienternes sikkerhed og personalets arbejdsmiljø.

Direktør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed Beth Lilja om projekt Sikkert Patientflow. I Jyllands-Posten den 12. februar 2014

Lise vil ikke stikkes

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken

Når et barn skal opereres akut og ikke vil have taget blodprøver, sker det, at personalet holder barnet fast. Det er ikke rart, hverken for barnet, de pårørende eller personalet.

Lise er ni år, og hun har haft ondt i maven et par dage. Nu har hun feber og bliver mere og mere klagende. Da klokken nærmer sig 10 om aftenen, synes hendes mor ikke, hun kan holde ud at se Lise klage sig længere, så hun kontakter vagtlægen. Klokken 11 kommer vagtlægen forbi, hun trykker Lise på maven, spørger lidt ind, og efter ganske kort tid siger hun til Lisens mor: "Vi får brug for en ambulance her, for Lise har blindtarmsbetændelse, og hun skal opereres snarest." Moderen bliver nervøs og bange, men er glad for, at der er truffet en afgørelse. Lise hyler og vil ikke på hospitalet.

Da Lise bliver indlagt, skal hun have taget blodprøver, og det vil hun ikke. Hun har fået tryllecreme på begge albuebøjninger, men skriger, slår med knyttede næver og kan slet ikke samarbejde. Lisens mor forsøger at tale hende til ro, men uden succes. Den bioanalytiker, som skal tage prøverne, står og tripper, og operationsholdet er kaldt, så jo før prøverne bliver taget, jo bedre. To aftenvagter bliver tilkaldt og holder fast i Lisens arme, en sygeplejerske lægger sig hen over benene. Prøverne bliver taget, men trods smerter har Lise uanede kræfter i sine små hænder. Hun river bioanalytikeren til afsked og niver den ene nattevagt hårdt i underarmen.

Da personalet dagen efter drøfter hændelsen, bliver fastholdelsen af Lise taget op.

Hvordan kunne personalet have håndteret Lisens modstand anderledes?

Er det i nogle situationer i orden at fastholde børn, som er bange og derfor ikke vil/kan samarbejde?

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

Svar 1. Et barn på ni år er ikke myndigt, men barnet skal høres. Og hvorfor stilles der ikke flere spørgsmål til dette barns reaktion? Hvorfor reagerer barnet så voldsomt både hjemme og på hospitalet? Når man skal analysere etisk på, om det er korrekt at lade patienten bestemme selv, på trods af at valget kan være sundhedsskadeligt, bør der i disse overvejelser indgå en vurdering af, hvad baggrunden er for, at patienten vælger anderledes, end andre normalt ville gøre. Og samtidig skal der være en vurdering af, om patienten er bevidst om konsekvenserne af sine valg. Et barn på ni

år kan ikke vurdere konsekvenserne af en sprængt blindtarm, men det er bekymrende, at det kunne se ud til, at begrundelsen for at holde barnet så voldsomt er, at "operationspersonalet er kaldt ind", og at bioanalytikeren "tripper". Hensigten bag det at fastholde barnet så voldsomt burde være fremhævet mere: At barnet er i overhængende livsfare - eller er der virkelig ikke en halv time til at tale med barnet eller måske få en barnekyndig person til at komme? End ikke overvejelser i den retning er beskrevet.

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

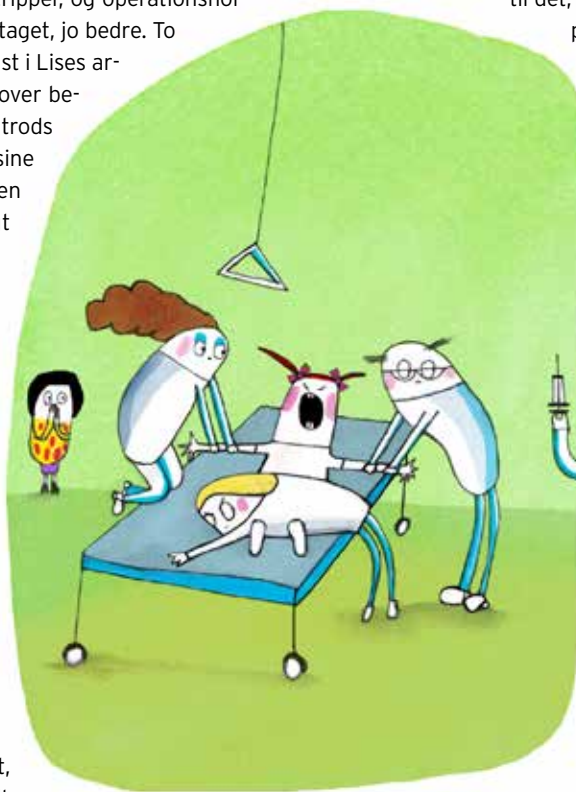
Svar 2. Dette er et ægte dilemma, for personalets valg vil få betydning for pigen og hendes mor. I den aktuelle situation vil det selvfølgelig være ønskeligt, om personalet vil kunne tale pigen til fornuft, så de kan udtage de nødvendige blodprøver. Hvis der var tid til det, kunne pigen og hendes mor forberedes på alt, hvad der skulle ske. Men fra casen ved vi, at der er kort tid, fordi der er fare for, at blindtarmen vil springe.

Overordnet og principielt må personalet overveje, hvordan de skal forholde sig i sådanne situationer, idet der vil opstå analoge tilfælde, hvor det er vigtigt at have tænkt forskellige scenarier igennem. Der kan eventuelt udarbejdes en guide med spørgsmål og overvejelser, der skal gennemtænkes for at nå frem til det bedste resultat.

Spørgsmålet om, hvilke forhold der vil kunne legitimere overgreb på børn, er et alvorligt spørgsmål, der kræver grundige overvejelser, og der gives aldrig en facitliste, hvor der ikke skal indgå refleksioner i forhold til barnets tarv, både på det aktuelle tidspunkt og i et længere perspektiv. Det, som personalet vælger, kan jo ikke vælges om. Og uanset hvad personalet vælger, får det betydning for både barnet og forældrenes oplevelse af situationen - og alle skal leve med de valg, der bliver truffet.

Grete Bækgaard Thomsen, sundhedschef i Lemvig Kommune, formand for Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ser

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





Sygeplejersker risikerer chikane på nettet

I takt med de sociale mediers udbredelse risikerer bl.a. sygeplejersker og socialrådgivere at blive lagt for had på internettet. Kun få arbejdspladser har en plan for, hvordan chikane skal håndteres, men det kan en ny guide og et idékatalog fra FTF råde bod på.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **iStock**

Med 3,3 millioner Facebook-profiler og 150.000 Twitter-konti er danskerne med helt fremme, når det gælder de sociale medier. Medierne har gjort det meget lettere for almindelige borgere at dele information og komme til orde, men de har også gjort det lettere at sprede usande eller meget private oplysninger om andre mennesker. Særligt sygeplejersker, socialrådgivere, bankansatte og andre, der dagligt er i direkte kontakt med borgere, risikerer at blive lagt for had på de sociale medier af utilfredse patienter, borgere eller kunder.

Alligevel er det kun de færreste arbejdsgivere, der har en plan for, hvordan med-

arbejdere og ledelse forebygger, at medarbejderne bliver chikaneret på internettet og de sociale medier pga. deres arbejde. Det viser erfaringerne fra FTF, som gennem en årrække har rådgivet faglige organisationer på området.

Et eksempel er hjemmesiden "Det Sorte Register", hvis ophavsmand netop er blevet dømt til at betale 500.000 kr. i erstatning for injurier og bagvaskelse. Her kan utilfredse borgere uden dokumentation registrere plejefamilier, læger og skoleledere m.v. med fulde navn og foto. Andre eksempler er såkaldte hadegrupper på Facebook, hvor brugerne også kan komme med grove beskyldninger eller offentlig-

gøre personfølsomme oplysninger om medarbejdere, som de ikke bryder sig om.

Ifølge arbejdsmiljøloven er det altid arbejdsgiveren, der har det overordnede ansvar for at skabe et sundt og sikkert arbejdsmiljø for medarbejderne – også på internettet. FTF har længe arbejdet med problemstillingen og har netop udsendt et idékatalog og en kort guide, hvori tillidsrepræsentanter, ledere m.fl. kan finde inspiration til, hvordan arbejdspladsen håndterer chikane i cyberspace.

Find katalog og guide på www.ftf.dk - skriv "chikane på sociale medier" i søgefelt øverst til højre.

Bliver du slået, skubbet eller truet på dit arbejde?

Forebyg vold på jobbet



På forebygvold.dk kan du finde:

- Værktøjer, som I kan bruge til at forebygge og håndtere vold på arbejdspladsen
- Gode eksempler på, hvordan andre arbejdspladser gør
- Forskningsbaseret viden om vold

3 kurser målrettet sygeplejersker



Kursus i "Palliativ kommunikation" 4 dages internatkursus

Tid:

2. - 5. juni 2014

Formål:

At formidle og træne samtaler, der kan fremme samarbejde og kommunikation mellem livstruede syge og døende patienter og deres pårørende samt de professionelle.

Kursussted:

Sankt Lukas Stiftelsens kursus ejendom
Refugium Smidstrup Strand, 3250 Gilleleje

Tilmelding:

Senest den 5. maj 2014

Pris:

Kr. 7.450 i enkeltværelse inkl. materialer, fortæring samt kaffe, te og vand

Kursus i "Palliativ indsats" Internat – 27 undervisningstimer

Tid:

16. - 19. juni 2014

Formål:

At opnå kendskab til den palliative indsats mhp. at iværksætte forebyggende og lindrende indsats til den alvorligt syge patient og dennes pårørende.

Kursussted:

Sankt Lukas Stiftelsens kursus ejendom
Refugium Smidstrup Strand, 3250 Gilleleje

Tilmelding:

Senest den 22. april 2014

Pris:

Kr. 7.150 i enkeltværelse inkl. materialer, fortæring samt kaffe, te og vand

Uddannelse til "Nøgleperson i palliation" Eksternat – 15 undervisningsdage

Tid:

5. - 11. november 2014
21. - 27. januar 2015
11. - 17. marts 2015
Alle dage kl. 9.00 - 15.00

Formål:

At øge viden og styrke kompetencer inden for den palliative behandling, pleje og omsorg for den alvorligt syge patient og dennes pårørende.

Kursussted:

Bispebjerg Hospitals Uddannelsescenter
2400 København NV

Tilmelding:

Senest den 26. september 2014

Pris:

Det samlede forløb: Kr. 14.500 inkl. materialer og delvis forplejning

Sankt Lukas Hospice og Udgående Hospiceteam

Indhold og undervisere for alle 3 kurser:

Se www.sanktlukas.dk under Hospicepleje/kurser
Eller ring 3945 5136

En sej patient

Sofie Sørine Ankjær Nielsen, studerende på modul 8,
Professionshøjskolen Metropol, København

Faglig stolthed grundlægges allerede under studiet, hvis man som studerende bl.a. får mulighed for at etablere en relation til patienten.

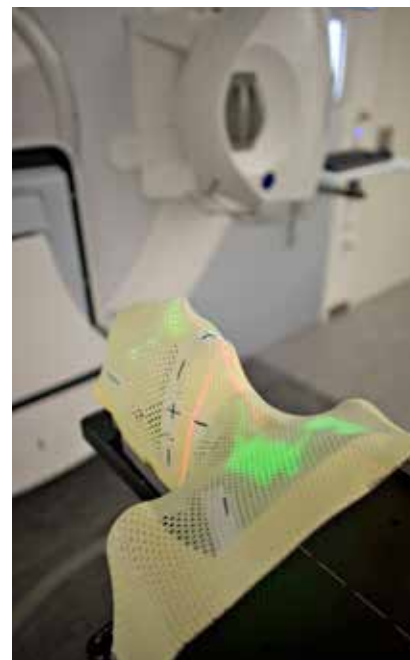
På onkologisk afdeling lå Olga, som skulle have strålebehandling for sin spiserørskræft. Olga har hele livet lidt af klaustrofobi og er derfor ikke tryk ved at få strålebehandling, idet hun skal have en stram netmaske ned over hoved og hals. Olga kan heller ikke lide, at folk rører hendes hals, ikke engang hendes børnebørn. Olga havde forsøgt med strålebehandling to gange tidligere, men uden succes.

Alternativet til strålebehandlingen ville være kun at få kemoterapi, men dette ville være palliativt, da kemoterapi alene ikke ville kunne fjerne Olgas tumor. Olga var sikker på, at den nuværende måde at få strålebehandling på ville være umulig at gennemføre pga. hendes angst.

Sygeplejersken ville snakke med strålesygeplejerskerne for at finde en fælles løsning, så Olga kunne gennemføre strålebehandlingen. De var meget samarbejdsvillige og ville gerne prøve at udvide netmasken, og hvis det ikke hjalp, ville de prøve noget helt tredje.

Jeg valgte at tage med Olga ned til strålebehandlingen for at se, om jeg ville kunne berolige Olga. Hun mente ikke, at jeg kunne hjælpe hende, fordi hun havde haft familiemedlemmer med dernede dagen før, og det havde ikke hjulpet.

Inden Olga skulle til strålebehandling, fik hun beroligende medicin. Da vi kom derned, var der ventetid, så jeg fandt en stol, tog Olgas hånd og snakkede med hende. Jeg var aktivt lyttende og lod hende fortælle om sin angst, men også om andre ting, f.eks. om sit liv og sin familie. Hun havde nu overskud til både smil og grin. Efter ca. 15 min. skulle Olga ind til behandling. Strålesygeplejerskerne var enormt gode til at inddrage Olga og ikke gøre noget uden hendes accept.



Arkivfoto: Scampix

De prøvede at udvide netmasken og satte den langsomt ned over Olgas hoved og hals. Olga kunne tydeligt mærke forskel pga. den beroligende medicin og den udvidede netmaske.

Olga gennemførte behandlingen og var utrolig glad og lettet bagefter. Jeg var rigtig stolt af Olga og fortalte hende, at hun var sej, fordi hun gennemførte. På vej tilbage i elevatoren sagde Olga til mig: "Jeg kunne ikke have gjort det uden dig."

Denne oplevelse viste mig, hvor stor betydning sygeplejerskerne har for mange patienter, og jeg er efter dette utrolig stolt over, at jeg en dag kan kalde mig sygeplejerske.

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

Du passer på os



Når vi mennesker ikke selv kan, passer du på os. Det er du uddannet til. Men når du virkelig gør en forskel, kommer det fra dig selv og den professionelle indstilling, du har til dit job.

Når vores måde at drive forsikrings-selskab på adskiller sig fra andre, er det ikke noget, der kan beskrives i

paragraffer. Det handler om holdning og handling. I Bauta Forsikring er du medlem. Ikke kunde. Det betyder for eksempel, at overskud kommer medlemmerne til gode. Vi bygger på gensidig tillid, og ingen får større fordele end andre. Og så ligger vores priser for øvrigt i den lave ende.

At vi har valgt at passe på dem, der passer på andre, gør os til et anderledes forsikrings-selskab. Læs mere om hvad det betyder på bauta.dk/sundhed eller ring 33 15 15 45.

TÆNK
Penge
ANBEFALER JUNI 2013

TÆNK
Penge
ANBEFALER AUG 2013

Vi er bedst i Tænk Penges test af hus og ulykke.
Se bauta.dk/taenkpenge

Vi passer på dig



BAUTA FORSIKRING
– en del af LB Forsikring
SYGEPLEJERSKEN 3.2014 15



Kontakt os for et tilbud

www.bauta.dk/sundhed • 33 15 15 45

Patienter styrer selv dialysen

I 1971 skrev Sygeplejersken om den første nyrepatient i provinsen, som var i hjemmehæmodialyse. Det blev startskuddet til empowerment af dialysepatienterne. I dag kan mange patienter håndtere dialysemaskiner og kanyler uden brug af hjælper.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**



Foto: Dansk Sygeplejehistorisk Museum

Det var en sensation, da Sygeplejersken i 1971 kunne skrive om den første hjemme-hæmodialysepatient i provinsen. Patientens kone var blevet oplært som hjælper til dialysebehandling. To år senere fik patienten en ny nyre.

Dengang

Sygeplejersken var på besøg hos den første nyrepatient i provinsen, som kom i hjemmedialyse i 1971, en 32-årig mand, som to år senere fik ny nyre på Odense Sygehus.

Siden er der sket en rivende udvikling inden for hjemmedialyse, både maskinelt, men også hvad angår den faglige holdning. Det fortæller sygeplejerske Lone Peick fra Frederiksberg Hospital, som har været nefrologisk sygeplejerske i over 30 år, og som har været engageret i at forbedre vilkårene for hjemmehæmodialyse.

"I starten af 80'erne havde vi på Herlev Hospital ca. 30 patienter i hjemmehæmodialyse. Dengang og indtil år 2000 var det et krav, at man selv og en hjælper, typisk ægtefællen eller en medicinstuderende, var oplært i at håndtere maskinen. Vi anså hæmodialyse - kanyler og blodbaner - som noget lidt farligt at slippe løs til patienterne," fortæller Lone Peick.

Muligheden for hjemmedialyse blev i 80'erne vanskeligere pga. den nye behandling peritonealdialyse, for ikke alle patienter havde lyst til at skifte behandling og få kateter i bughulen.

"Peritonealdialyse blev gjort til førstvalg frem for hæmodialyse, og patienterne kunne ikke uden videre få bevilget en hjælper, hvis de ønskede hjemmehæmodialyse. Det betød, at nogle patienter blev trukket tilbage til hospitalet fra den ene dag til den anden," husker Lone Peick.



Foto: Søren Svendsen

Niels Larsen benytter Frederiksberg Hospitals Selfcare-afdeling, hvor han selv kan låse sig ind med et nøglekort på alle tider af døgnet. Han kommer ofte om natten og styrer maskinen selv uden hjælp til noget. Tiden fordrives med at se film.

Nu

Omkring år 2000 skete der store forbedringer af hæmodialysebehandlingen.

"Ny teknik, nye filtre og EPO-behandling betød, at patienterne fik færre gener i form af blodtryksfald, kvalme, lavt blodsukker og hovedpine. Dialysemaskinerne er i dag så sikre, at man f.eks. kan programmere dem til at trække x kg vand fra patienten, så der er ikke længere risiko for, at patienterne får trukket for meget vand ud af kroppen. Forbedringerne har betydet, at hjemmedialyse er blevet afdramatiseret," fortæller Lone Peick.

I 2000 blev hun ansat på Frederiksberg Hospital i en afdeling under Rigshospitalet, der har hjemmehæmodialyse, selfcare og limited care.

"I 2004 begyndte vi at sende patienter hjem i hæmodialyse uden en hjælper. Et par år senere åbnede vi muligheden for selfcare, som går ud på, at patienter selv kan låse sig ind med et nøglekort og låne en dialysemaskine. Det er f.eks. en fordel, hvis man bor i en lille lejlighed og ikke har plads til maskinen."

Lone Peicks erfaring er, at patienterne er meget begejstrede for at blive oplært til at klare sig selv.

"Vi sundhedsprofessionelle skal simpelthen lære at holde fingrene væk, men det har vi meget svært ved," mener hun.

Ud af afdelingens 60 patienter er de 30 i hjemmehæmodialyse, mens 10 benytter selfcare. Alle hjemmehæmodialysepatienter, som ønsker det, kan låse sig ind og bruge afdelingens maskiner.

"Mange vælger at gå i dialyse hver dag og måske kun i 2,5 time ad gangen. Det betyder, at de kan spise og drikke, som de vil, og at de ikke har brug for blodtryksmedicin. De sidder typisk og ser film, spiller skak eller arbejder på computer. Hvor det før i tiden var nærmest ulideligt at være i dialysebehandling pga. de mange bivirkninger, kan man i dag leve et godt liv. Vi har sågar en patient, som har gennemført en graviditet," fortæller Lone Peick.

DEN FØRSTE OG ENESTE FLUORTANDPASTA MED SUGAR ACID NEUTRALIZER™, DER BEKÆMPER SUKKERSYRER – HOVEDÅRSAGEN TIL KARIES

- ✓ Næsten 2 x bedre reparation af begyndende huller i tænderne*
- ✓ Op til 20% større reduktion i antal af nye huller i tænderne*
- ✓ Styrker tandemaljen

SUGAR ACID NEUTRALIZER™ TEKNOLOGI

1. Sugar Acid Neutralizer™ neutraliserer skadelige sukkersyrer, inden emaljen når at tage skade



2. Fluor og calcium styrker emaljen og hjælper med at reparere begyndende huller i tænderne

Den nye tandpasta er testet gennem 8 års klinisk forskning og på mere end 14.000 personer. Ved at bekæmpe sukkersyrer sætter teknologien en helt ny standard inden for daglig beskyttelse mod huller i tænderne. Colgate Maximum Protection Caries plus Sugar Acid Neutralizer™ er baseret på calcium, fluor og arginin, som er en naturlig aminosyre.



Colgate®

NYT GENNEMBRUD I KARIESBESKYTTELSE

*sammenlignet med en almindelig fluortandpasta

Når genoplivning gør døden kaotisk

Det er frustrerende at blive pålagt at genoplive, hvor det synes udsigtsløst, og dermed medvirke til en kaotisk afslutning på livet. Hvor der tidligere var en underforstået "skynd dig langsomt-adfærd", har udbredelsen af hjertestartere gjort spørgsmålet om genoplivning mere aktuelt i primær sektor. Hver fjerde kommunale sygeplejerske svarer i en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, at de har oplevet at blive bedt om at genoplive en borger, for hvem genoplivning ikke syntes muligt, fordi borgeren havde været død i for lang tid. Læs i dette tema om sygeplejerskers arbejde i en gråzone og om nye retningslinjer på området.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**
Illustration **Mikkel Henssel**





Ingen indikation for genoplivning

Sygeplejersker i kommunerne oplever, at deres faglige skøn er kommet under pres. De havner i stigende grad i klagesager fra pårørende omkring dilemmaet: genoplivning eller ej. En ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen skal forsøge at lave mere klare retningslinjer.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**
Illustration **Mikkel Henssel**

Borgeren var blå og kold og havde tydelige tegn på at have været død i et halvt døgn tid. Formand for Faglig Sammenslutning for Sygeplejersker i Kommunerne og udviklingssygeplejerske i Kalundborg Kommune, Inge Jekes, husker stadig, hvor ubehageligt det var at skændes i døren med ambulancefolkene, som var blevet tilkaldt af hjemmehjælpen.

”Jeg havde ikke bemyndigelse til at nægte dem at komme ind i lejligheden og forsøge genoplivning, men det udviklede sig nærmest til en magtkamp. Heldigvis vidste hjemmehjælperen, at der var en læge på besøg lige ved siden af, og hun løb ud og fik fat i lægen, som kom hurtigt. Men imens havde ambulancefolkene hevet manden ned på gulvet,” fortæller Inge Jekes om oplevelsen, som ligger langt tilbage, men problemstillingen er evig aktuell for kommunale sygeplejersker.

Hver fjerde kommunale sygeplejerske svarer i en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, at de har oplevet at blive bedt om at genoplive en borger, for hvem genoplivning ikke syntes muligt

Inge Jekes hilser en ny vejledning fra Sundhedsstyrelsen velkommen, som præciserer, hvad en sygeplejerske skal gøre, når hun bliver kaldt ud til en borger og vurderer, at der ikke er indikation for genoplivning.

”Det er godt, at det bliver præciseret, at man ikke nødvendigvis skal starte genoplivning, når det ikke skønnes muligt. Men at man kan ringe til en læge og få en telefonisk afgørelse af, om der skal startes genoplivning,” siger Inge Jekes.

Hun er også sagkyndig i Patientombuddet og har derfor et indgående kendskab til de sager, hvor pårørende klager, fordi sygeplejersker har gjort for lidt eller for meget i forbindelse med genoplivning.

” Den juridiske del af loven vægter højere end den etiske. Det er ikke godt nok at sige, at vi lever op til nogle etiske principper.

Formand for Faglig Sammenslutning af Sygeplejersker i Kommunerne, Inge Jekes.

”Næsten uanset hvordan man gebærder sig, kan man risikere at ende i en patientklage, fordi de pårørende er så sårbare. Der er ikke noget, man kan gøre om bagefter og sige ”undskyld, jeg gør det på en anden måde næste gang”. Derfor er det så etisk ømtåleligt,” siger Inge Jekes.

Får ikke noteret i journalen

Det er en lægelig opgave at tale med f.eks. borgere på plejehjem eller i hjemmehjælpen om, hvad der skal ske i den sidste tid, hvis borgerens helbred er dårligt, og det derfor er aktuelt at tage stilling til, hvad der skal ske ved et eventuelt hjertestop.

”Det sundhedsfaglige personale skal derfor løbende på en hensynsfuld måde sørge for, at den enkelte borger, hvis denne ønsker det, gives mulighed for at tilkendegive sine ønsker og værdier med hensyn til livets afslutning.

Tjek, om der findes skriftlige instrukser

Ledelsen skal sørge for skriftlige instrukser for lægelig vurdering af borgere med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling. Instrukserne skal bl.a. indeholde retningslinjer om:

- Ansvars- og kompetenceforhold
- Hvem der i konkrete sammenhænge anses for den behandlingsansvarlige læge
- Ansvar for det involverede sygeplejefaglige personale, der har kendskab til borgeren, og dertil hørende nødvendige procedurer til overholdelse af pligten til at kontakte den behandlingsansvarlige læge i relevant omfang
- Inddragelse af borger og nærmeste pårørende forud for kontakt med behandlingsansvarlig læge
- Journalføring, herunder for placering i borgerens patientjournal af oplysninger fra den behandlingsansvarlige læge om dennes beslutning af fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.

Kilde: Sundhedsstyrelsen, ”Vejledning om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg”, januar 2014.

Lægen skal sørge for, at beslutningen ”ingen indikation for genoplivning” bliver noteret i journalen og videregivet til det sundhedsfaglige personale.

”Men det får lægerne ofte ikke gjort, og sygeplejersker er ikke opmærksomme nok til at bede dem om at gøre det,” mener Inge Jekes.

Hun opfordrer sygeplejersker til at være proaktive og få lægerne til at tage de svære samtaler med borgerne.

”Det er utroligt vigtigt, at lægerne får taget de svære samtaler og truffet de aftaler. Ofte handler det om patienter, som går ind og ud af sygehusene, uden at der er nogen, der har taget den samtale med dem,” siger Inge Jekes, som også har en anden vigtig pointe med sin opfordring:

”Jeg ser mange sager, hvor sygeplejersker enten har gjort for meget eller for lidt i forhold til genoplivning. Derfor er det meget vigtigt, at det kommer til at stå tydeligt i journalen og på kørelisterne, hvis det drejer sig om en patient, hvor der ikke skal genoplives i tilfælde af hjertestop. Det er særligt de borgere, der ikke står på kørelisterne, og som man bliver kaldt ud til, hvor der kan opstå et problem. Derfor skal det også noteres i borgerbogen, hvis der ikke skal ske genoplivning,” siger Inge Jekes.

”Man kan selvfølgelig ikke gardere sig imod, at borgere har forlagt borgerbogen; de gråzoner vil vi altid være ude i,” siger Inge Jekes.

Det gode samarbejde

Med den nye vejledning fra medio januar i år har Sundhedsstyrelsen ønsket at fremhæve de praktiserende lægers ansvar for at tage spørgsmålet om livsforlængende behandling op med de borgere, hvor det er relevant. Vejledningen beskriver også, hvordan borgere selv kan afvise genoplivning eller udsigtsløs behandling, og hvordan borgerens ønsker skal noteres i journalen.

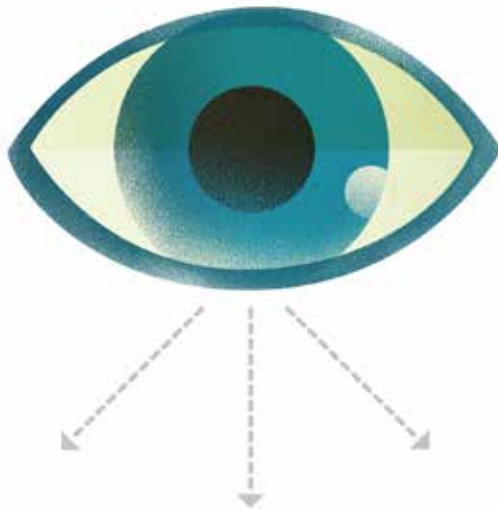
”Næsten uanset hvordan man gebærder sig, kan man risikere at ende i en patientklage, fordi de pårørende er så sårbare.

Formand for Faglig Sammenslutning af Sygeplejersker i Kommunerne,
Inge Jekes.



”Vejledningen opstiller en procedure i forhold til, hvordan lægerne løfter deres ansvar på dette helt centrale område. Det er dem, der til enhver tid skal tage stilling til, hvorvidt en behandling er nødvendig eller nyttesløs. Lægen har derfor pligt til at forholde sig til de oplysninger, som plejepersonalet kommer med. Plejepersonalet har på den anden side et ansvar for at gøre opmærksom på situationer, hvor de skønner, at det er vigtigt, at lægen forinden har vurderet, hvad der skal ske. Det er lægen, der skal tage stilling til, hvad der skal gøres, og borgeren skal inddrages, inden beslutningen tages. Det kan være en kompleks proces, men man kan gøre meget ved et godt samarbejde,” siger chefkonsulent i Sundhedsstyrelsen, Henrik Kristensen, som har været med til at udarbejde vejledningen.

Når beslutningen er truffet, er det ledelsens opgave at sørge for, at oplysningen om, at der ikke skal ske genoplivning eller livsforlængende behandling, kommer til at stå tydeligt i journalen og borgerbogen, hvis borgeren giver samtykke.



- ”Vi går ikke ind og detailregulerer, hvordan oplysningen skal stå i journalen, men vejledningen siger, at det er ledelsens ansvar at sørge for, at det står så tydeligt, at også vikarer skal kunne vide det her. Det er oplagt, at det skal stå fremme først i journalen,” siger Henrik Kristensen.

Den nye vejledning præciserer også, at det fremover er lægens ansvar at beslutte, hvornår der skal ske en revurdering af beslutningen om ingen genoplivning, hvor det i dag i praksis hviler på personalet på plejehjem og i hjemmeplejen.

Jura vægter højere end etik

Genoplivning af gamle med et skrøbeligt helbred har altid været et dilemma for sygeplejersker.

”Tidligere var det mere underforstået, at selvfølgelig ringer man ikke 112, hvis det ikke vil have nogen effekt at genoplive. Min fornemmelse er, at det er udbredelsen af hjertestartere, der har bragt genoplivning ved hjertestop op i debatten. Man har altid haft den her adfærd ”skynd dig langsomt”. En forståelse af, at den her patient er så dårlig og har brug for at dø fredeligt og roligt, her skal ikke startes genoplivning. Beslutningerne blev taget i en god faglig dialog og blev ikke nødvendigvis skrevet ned,” siger Inge Jekes.

Selv efter den nye vejledning fra Sundhedsstyrelsen kan sygeplejersker blive fanget på juraen, hvis de undlader at genoplive f.eks. en gammel borger med et dårligt helbred.

”Den juridiske del af loven vægter højere end den etiske. Det er ikke godt nok at sige, at vi lever op til nogle etiske principper,” siger Inge Jekes.

Formand for Sygeplejeetisk Råd, sundhedschef i Lemvig Kommune, Grete Bækgaard Thomsen, oplever også, at der er kommet mere og mere fokus på det lovbestemte.

”Der er generelt i samfundet øget fokus på, hvad man har ret til og krav på, men for sygeplejersker er det dybt frustrerende, hvis de oplever, at en borgers sidste tid i livet ikke bliver ordentlig, fordi de bliver pålagt at genoplive og medvirke til, at døden bliver kaotisk,” siger Grete Bækgaard Thomsen.

For at undgå den slags situationer har Grete Bækgaard Thomsen ofte selv taget initiativ til at ringe til praktiserende læger for at opfordre dem til at tage en snak med en patient, som har givet udtryk for ikke at ville genoplives.

” For sygeplejersker er det dybt frustrerende, hvis de oplever, at en borgers sidste tid i livet ikke bliver ordentlig, fordi de bliver pålagt at genoplive og medvirke til, at døden bliver kaotisk.

Formand for Sygeplejeetisk Råd, sundhedschef i Lemvig Kommune, Grete Bækgaard Thomsen.

”Jeg ringer f.eks. og siger: ”Jeg har haft en lang snak med fru Jensen, og hun har over for mig sagt, at hun ikke ønsker at blive genoplivet, hvis hun får hjertestop, vil du ringe og snakke med hende om det og skrive det i din journal, så noterer jeg det i min journal.” Det er lægen, der bestemmer, om det er noget, han vil gå ind i, men jeg tænker, at min praksis med at opfordre kan være en begyndelse,” siger Grete Bækgaard Thomsen.

Sundhedsstyrelsens nye vejledning siger, at det er ledelsen i den enkelte kommunale hjemmepleje og på det enkelte plejecenter, der skal sørge for, at der er skriftlige instrukser om, hvordan personalet i tilstrækkeligt omfang anmoder om en lægelig vurdering af borgerne med hensyn til fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg og om afbrydelse af behandling.

I Lemvig Kommune skal områdelederne nu arbejde med, hvad der skal stå i retningslinjerne.

”Det bliver nogle bløde formuleringer og ikke deciderede instrukser. Det er på dagsordenen i år på områdeledermøder og i det kommunallægelige udvalg,” siger Grete Bækgaard Thomsen.

Sygeplejersker kan risikere bøder og fængsel

Hvis man er i tvivl, om en person er død eller ej, er man forpligtiget til at handle. Ifølge sundhedsloven er sygeplejersker forpligtede til at iværksætte genoplivningsforsøg herunder at tilkalde hjælp, ellers kan man straffes efter straffeloven med bøde eller fængsel i op til to år. Hvis der ikke foreligger en klar aftale om, at borgeren ikke skal indlægges eller genoplives, er sygeplejersken forpligtiget til at kalde 112.

Borgeren har ikke haft puls i 20 minutter

Det er et godt fagligt skøn at antage, at en ældre hjertesyg person, som ikke har haft puls og respiration i 20 minutter, er død. Alligevel var det en overskridelse af autorisationsloven ikke at forsøge genoplivning, viser en afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

En 77-årig hjertesyg kvinde falder pludselig om i eget hjem kl. 19.55 under hjemmehjælperens besøg. Ifølge skema over utilsigtet hændelse har hjælperen konstateret, at der ikke er puls, og at borgerens mund hænger, og øjnene er vidt åbne. Hjælperen alarmerer en sygeplejerske, som ankommer til hjemmet kl. 20.15, dvs. 20 minutter efter at hjælperen har konstateret, at der ikke er puls. Sygeplejersken undersøger borgeren og konstaterer, at der hverken er puls, respiration eller reaktion på stimuli. Herefter ringer sygeplejersken til vagtlægen.

I samarbejde med hjemmehjælperen bærer sygeplejersken den afdøde ind i hendes seng. Borgerens mand er i hjemmet, og sønnen bliver tilkaldt.

Efterfølgende taler sygeplejersken og hjælperen om forløbet, og de aftaler, at hjælperen en anden gang i en lignende situation skal ringe 112 med det samme frem for at ringe efter sygeplejersken.

Hjemmeplejen har en instruks for akut sygdom, ulykke eller uventet dødsfald, som siger, at der skal ringes 112 og gives livreddende førstehjælp, indtil Falck overtager ved akut, meget syg eller svært tilskadedkommen borger. Vejledningen følger sundhedsloven vedrørende genoplivning. Er man i tvivl om, hvorvidt en person er død eller ej, er man forpligtet til at handle. I visse nødsituationer har man pligt til efter evne at iværksætte genoplivningsforsøg, herunder at tilkalde hjælp.

Det etiske perspektiv

De pårørende til den 77-årige kvinde klager til Patientombuddet. Her vurderer en sagkyndig, at sygeplejersken har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard, da hun ikke forsøgte genoplivning. Den sagkyndige skriver bl.a.:

”At forsøge genoplivning 20 minutter efter hjerrestoppet, uden der er gennemført sufficient kunstig respiration og cirkulation, vil ud fra et etisk perspektiv være en stor fejl og ikke i overensstemmelse med respekt for det enkelte menneske.”

”Sygeplejerske xx undersøgte xx og konstaterede, at der ikke var puls og respiration samt ingen reaktion på stimuli, hvorefter sygeplejerske xx kontaktede vagtlægen. Ved ikke forventet dødsfald skal involveret plejepersonale umiddelbart kontakte lægen.”

Afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn: Sygeplejersken har overtrådt autorisationsloven ved ikke at handle. Borgeren

Overlevelsesraten falder for hvert minut

Såfremt der ikke ydes kunstigt åndedræt og hjertemassage med det samme, begynder hjernen at dø. For hvert minut, der går uden livreddende førstehjælp, reduceres chancen for at overleve med ca. 10 pct. Går der 10 minutter, inden der gives livreddende førstehjælp, overlever kun ganske få. Efter 10 minutter kan der være sket skader på andre indre organer, og derfor vil genoplivning være forbundet med store konsekvenser.

Kilde: Hjerteforeningen.

ren havde ikke noget livstestamente, hvoraf det fremgik, at hun ikke ønskede genoplivning, og det fremgik heller ikke af hendes journal, at forsøg på genoplivning skulle undlades i tilfælde af hjerrestop. Sygeplejersken har pligt til at afdække situationen, når hun modtager opkald fra det øvrige personale herunder spørge ind til puls, vejtrækning, bevidsthedsniveau, diagnoser og evt. tidligere indlæggelser. Patienten kunne have en hjerteaktion, der ikke er kraftig nok til at give følelig puls. Sygeplejersken skulle have spurgt dybere ind til patientens tilstand og sygehistorie og vejledt personalet i hjerrestopbehandling samt sørget for, at der blev ringet 112. Sygeplejersken burde have indledt hjerrestopbehandling, da hun ankom 20 minutter efter, da sygeplejersken ikke havde kompetence til at vurdere, hvorvidt døden var indtrådt, eller hvor længe den i givet fald havde været det.

Inge Jekes er sagkyndig i Patientombuddet, og vi har bedt hende vurdere, om den nye vejledning om fravalg af livsforlængende behandling kan få betydning for en lignende sag i fremtiden.

”Vejledningen siger, at man som sygeplejerske ikke nødvendigvis skal starte genoplivning. Man kan ringe til lægen og få en telefonisk afgørelse, hvis man skønner, at patienten ikke kan genoplives. I den her sag skulle sygeplejersken have spurgt hjælperen ind til, hvad hun havde observeret, som nævnt i afgørelsen. De observationer kan sygeplejersken bruge, når hun ringer til lægen.”

De pårørende klagede over, at en hjemmesygeplejerske ringede 112, da en kræft-syg palliativ mand risikerede at dø af åndenød og angst, hvis han ikke blev indlagt. Manden døde samme dag.

Palliativ borger forsøgt genoplivet i ambulance

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

En social- og sundhedsassistent kommer en weekendmorgen ud i hjemmet hos en borger med inoperabel lungekræft og finder ham siddende stakåndet i en stol, efter at han har været faldet aftenen før på vej til toiletet. Han har slået skulderen. Social- og sundhedsassistenten giver ham hans medicin samt lidt at drikke og får lejret ham i sengen. Borgeren ønsker, at de pårørende bliver kontaktede, og social- og sundhedsassistenten ringer herefter til sygeplejersken, som opfordrer til at ringe til lægen med henblik på nærmere undersøgelse. Borgerens datter overtager samtalen med lægen og aftaler, at hun vil blive hos sin far.

Om eftermiddagen kommer sygeplejersken på tilsyn på foranledning af datteren. Hun er ikke vant til at komme i hjemmet, da det er weekend, og den faste kontaktsygeplejerske ikke er i vagt. Sygeplejersken har på forhånd prioriteret, at det er vigtigere at komme på tilsyn end at sætte sig ind i hele historikken i journalen. Hun har kun læst det sidste notat fra om formiddagen, som beskriver situationen med fald i hjemmet og lægetilsyn.

Sygeplejersken noterer sig, at borgeren har cyanose og fremstår med angst. Han er ikke i stand til at indtage sin inhalation pga. manglende kræfter. Derfor vurderer sygeplejersken, at der er behov for indlæggelse, da hun ikke har mulighed for at give ilt eller inhalationer.

Situationen udvikler sig meget akut, og sygeplejersken frygter, at manden vil dø af angst og åndenød. Hun ringer 112.

Manden dør senere på dagen. De pårørende klager efterfølgende over, at der blev ringet 112, frem for at manden kunne være blevet i sit hjem.

Sygeplejersken ville redde liv

Den sagkyndige i Patientombuddet vurderer, at personalet i hjemmeplejen har handlet i overensstemmelse med normen for almindelig anerkendt faglig standard i forbindelse med behandlingen og pleje af den ældre kræftsige mand.

”Social- og sundhedsassistent xx sikrede, at borger xx blev tilset af lægen, samt at der var nogen hos ham, til lægen kom,” skriver den sagkyndige.

”Sygeplejerske xx sikrede indlæggelse for at redde liv, da hun ikke havde andre handlemuligheder i den akutte situation. På den baggrund har personalet handlet i overensstemmelse med nor-

men for almindelig anerkendt faglig standard ved behandlingen af borger xx i perioden xx,” skriver den sagkyndige.

Der var ikke på forhånd lavet nogen klar aftale med lægen om, at borgeren ikke skulle forsøges genoplivet, det stod ikke nævnt i journalen. Efterfølgende var der divergerende opfattelser af, hvorvidt den kræftsige mand ønskede at blive indlagt i tilfælde af forværring af tilstanden. Ifølge familien, som klagede til Patientombuddet, havde den ældre borger frabedt sig indlæggelse. I et journalnotat fra sygehuset stod det anført, at patienten ønskede at forblive i eget hjem så længe som muligt, men overvejede hospice eller plejehjem i sidste fase.

Afgørelse fra Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn: Borgeren var i palliativ behandling pga. sin uhelbredelige kræft. Disciplinærnævnet kunne ikke fastslå, hvorvidt borgeren var i den terminale fase på baggrund af sygdommen, og derfor handlede sygeplejersken på baggrund af den akutte situation og ikke det overordnede sygdomsbillede. Det er disciplinærnævnets opfattelse, at borgeren ikke havde taget stilling til ønske om genoplivning, og at der må tolkes, at borgeren indvilligede i eller ønskede indlæggelse ved forværring eller akutte situationer. Sygeplejersken vurderede, at borgeren kunne hjælpes i den akutte situation, og at manden derfor ikke var uafvendeligt døende, hvorfor hun ikke havde ret til at undlade behandling. Sygeplejersken forholdt sig relevant til, at der ikke var taget stilling til borgerens ønsker for det videre forløb, og hun opfyldte på denne baggrund pligten til ikke at hensætte en person i hjælpeløs tilstand.

Praktiserende læge har ansvar for journalført aftale

Inge Jekes er sagkyndig i Patientombuddet, og vi har bedt hende vurdere, om den nye vejledning om fravalg af livsforlængende behandling kan få betydning for en lignende sag i fremtiden.

”Den nye vejledning præciserer, at det er den praktiserende læges ansvar at få indgået en aftale om behandlingsansvar i det tilfælde, hvor patienten er tilknyttet flere læger, f.eks. palliativt team. Det er lægens ansvar, at der bliver taget stilling til genoplivning, og at det bliver journalført. I hjemmet var en tryghedskasse, men den kan først anvendes på klar ordination af en læge. I dette tilfælde var aftalerne ikke klare nok.”

Hjertestarter eller ej?



I takt med hjertestarternes indtog på danske plejehjem er der nogle steder opstået en vis forventning om, at alle ældre skal og kan genoplives. Nogle plejehjem vælger hjertestartere helt fra, men det er ærgerligt, mener forsker. Tag stilling i stedet, lyder opfordringen.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** og **Christina Sommer**
Illustration **Mikkel Henssel**

Skulle en ældre borger falde om med hjertestop på et plejehjem, er det langt fra alle, der skal genoplives. Det er og har længe været et velkendt og respekteret faktum blandt sygeplejersker og andet plejepersonale. Men det faktum er kommet under pres i takt med hjertestarternes udbredelse, fortæller Inge Jekes, formand for Faglig Sammenslutning for Sygeplejersker i Kommunerne.

”Med hjertestarternes udbredelse er opfattelsen snarere, at alle skal genoplives,” siger Inge Jekes, som også er udviklingssygeplejerske i Kalundborg Kommune og sagkyndig i Patientombuddet.

I Kalundborg Kommune har man helt fra valgt hjertestartere på plejehjemmene, og det samme gør sig gældende andre steder, f.eks. i Lemvig, fortæller kommunens sundhedschef Grete Bækgaard Thomsen, som også er formand for Sygeplejeetisk Råd.

”Havde vi en hjertestarter på plejecentret, og skulle der falde en borger om med hjertestop nede på torvet, er jeg overbevist om, at de lokale ville forvente, at en fra plejecentret skulle tage med og hjælpe. Og det er normeringen simpelthen for lav til,” siger Grete Bækgaard Thomsen.

Tag stilling på forhånd

Carolina Malta Hansen er læge og ph.d.-studerende ved Gentofte Hospital og forsker i implementering af hjertestartere uden for hospitaler. Hun er helt enig i, at hjertestarterne og dét, at man er blevet bedre til at behandle hjertestop, understreger vigtigheden af at tage stilling til, hvad der skal ske ved et hjertestop.

”Er man f.eks. 90 år og lider af én eller flere kroniske lidelser, er prognosen ved hjertestop selvfølgelig ikke så god, som hvis man er ung og rask. Derfor er det meget vigtigt, at den praktiserende læge i tæt dialog med den ældre beboer, familie og plejepersonale på forhånd vurderer, om personen har en reel chance for at få et værdigt liv efter et hjertestop - for alle parters skyld, også personalets,” siger Carolina Malta Hansen.

Hver gang en af Trygfondens hjertestartere har været i brug, tager Carolina Malta Hansen kontakt til de pågældende brugere. Og hun har også været i kontakt med personale på plejehjem, som er

blevet nødt til at starte genoplivning og bruge hjertestarter, selvom det gik mod beboernes ønsker, men som bare ikke var blevet noteret noget sted.

”Nogle af dem gav udtryk for, at det var ubehageligt og etisk grænseoverskridende. Fagligt har de manglet den her stillingtagen,” fortæller Carolina Malta Hansen.

Optimal placering af hjertestarter

Hun beklager dog, at nogle plejehjem vælger hjertestartere fra, også selvom det er videnskabeligt bevist, at jo ældre og jo sygere man er, jo lavere er sandsynligheden for, at man kan modtage stød.

”For det første er placeringen af hjertestartere på plejehjem optimal. Der er døgnåbent, og langt de fleste i lokalbefolkningen ved, hvor det ligger, og kan således hurtigt få fat i en hjertestarter, hvis der sker et hjertestop i lokalsamfundet, og hvis den altså er registreret på hjertestarter.dk. Her skal det understreges, at det ikke kræves, at personale følger med. Og så ved vi, at hjertestartere er den bedst mulige behandling ved hjertestop, forudsat at patienten er modtagelig for stød. Min pointe er, at hvis man overhovedet går i gang med at behandle et hjertestop, ønsker man så ikke at tilbyde den bedst mulige behandling? I min optik giver det ingen mening *ikke* at have en hjertestarter, hvis man alligevel begynder at genoplive, uanset om den ramte er en beboer, besøgende eller medarbejder,” siger Carolina Malta Hansen.

Hjertestartere på danske plejehjem

Sidste år foretog Morgenavisen Jyllands-Posten en rundspørge om hjertestartere og genoplivning blandt ca. 1.000 plejehjemsledere. I alt 408 svarede, og rundspørgen viste bl.a., at knap hver tredje (32 pct.) havde en hjertestarter på plejehjemmet. Kun 46 ledere angav, at de havde spurgt beboerne, om de ønskede genoplivning.

Kilde: Morgenavisen Jyllands-Posten, 26. september 2013.





Koncentration dæmper blokering

Tekst og foto **Simon Klein-Knudsen**

86-årige Fritz Bøge Andreassen er daghjemsbruger på Dronning Anne-Marie centeret på Frederiksberg. Han døjer med demens, men det er glemt for en stund, for Fritz er spændt som en bue og har i fuld koncentration netop sendt en basketball af sted mod kurven. Han og de øvrige brugere på centeret er deltagere i projekt "Falconstjerner på Tværs" anført af Simona Bartkova (tv.), som med kyndig hånd har trænet ham og hans holdkammerater ugen igennem. Gennemsnitsalderen er plus 80, og projektet har stor tilslutning. Idéen er at styrke de ældres sundhedstilstand, koncentrationsevne og motorik. Det er ifølge Simona Bartkova en succes, og det sammenholder hun med den livsglæde og glød i øjnene, hun sporer. Kroppen reagerer instinktivt på bolden og glemmer de blokeringer, som de ældre til daglig hæmmes af.

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

TEMADAG HOS PROTAC

Foredrag om pilotprojektet "Nedbringelse af TVANG i psykiatrien på Augustenborg Sygehus" v/ergoterapeuterne Charlotte Andersen & Anne Kolmos.

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

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

Protac byder på kaffe og kage, samt fremvisning og afprøvning af de nye modeller af Protac Kugledynen™.

Tid Tirsdag d. 29. april 2014, kl. 12.30–16.30

Sted Bispebjerg Hospital,
Uddannelsescentret bygning 50,
Bispebjerg Bakke 23, 2400 København NV

Tilmelding Senest den 22. april 2014
til protac@protac.dk

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

Tilmeld dig
nyhedsbrev på
www.protac.dk
eller scan
QR-koden



OBS!

Det er gratis at deltage på temadagen

PROTAC®
INTEGRATING SENSES

Udnyt dine talenter

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

Tag Diplom i Sundhed og bliv klar til nye udfordringer i dit arbejdsliv. Uddannelsen styrker dine professionelle kompetencer og giver dig et nyt perspektiv på din praksis.

Vi udbyder modulerne:

Astma og allergi

På deltid uge 33 til 45

Metabolisk syndrom

På deltid uge 37 til 50

Tjek ucsyd.dk/diplom
og ring +45 7266 5203

God demensomsorg - et spørgsmål om ledelse?

Implementering der holder
Stockholm den 20.-21. oktober



God personcentreret omsorg for mennesker med demens kræver dygtige ledere. Konferencen er for ledere, myndighedspersoner og andre med interesse i ledelse og demensomsorg.

Deltag i workshops og oplev oplægsholdere fra Sverige, Norge, Danmark og England.

- Hvordan måler vi kvalitet i demensomsorgen?
- Kan hårde managementsprincipper anvendes i en blød organisation?
- Hvordan udvikler og fastholder vi forbedringer over tid?
- Hvordan fremmer vi god organisationskultur i plejeboliger?

Rabat ved tilmelding før 10. april.

Læs mere og tilmeld dig her:
www.videnscenterfordemens.dk/skandinavisk

Konferencen arrangeres i et samarbejde mellem de tre skandinaviske videnscentre på demensområdet.

 Svenskt Demenscentrum

 NATIONALT
VIDENCENTER
FOR DEMENS

 Aldring og helse
Nasjonal kompetansetjeneste



Krisen har gjort det trendy at yde omsorg

Finanskrisen har rykket ved vores værdier for det gode arbejdsliv. Lykken skal ikke længere findes i det materielle, men derimod i det relationelle, og det har fået rekordmange til at vælge at blive sygeplejerske. En stor del af dem kommer fra andre fag. Vi tegner et portræt af tre af dem på de næste sider.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**
Foto **Helene Bagger**

Et meningsfuldt arbejde, en afvekslende hverdag og kontakt med mennesker. Sådan lyder de typiske forklaringer på, hvorfor jobbet som sygeplejerske er attraktivt. På landets uddannelser har man oplevet en intens stigning i ansøbertallet. En stigning, som især skyldes tilstrømning fra andre faggrupper.

"I 2012 tænkte vi, at nu har vi nået loftet. Vi troede simpelthen ikke, at vi kunne slå vores egen rekord. Men i sommer eksploderede det hele med en stigning på 35 pct.," siger uddannelseschef Bodil Primsø fra VIA University College. Hun vurderer, at op mod en tredjedel af ansøgerne har en baggrund i andre uddannelser eller fag.

Især fra håndværk og kontor

Størst er fremgangen til sygeplejerskeuddannelsen i Holstebro med 83,7 pct. flere ansøgere i forhold til året før. Også her er det væltet ind med ansøgninger fra folk fra andre fag, hovedsageligt fra håndværks- og kontor-fag.

Studievejleder Karen Schjøtz forklarer, at de typiske argumenter for karriereskiftet er, at folk oplever at have et trivielt arbejdsliv med begrænsede udviklingsmuligheder og for lidt menneskelig kontakt.

"Som sygeplejerske har du et ansvar for de patienter og pårørende, du møder hver dag. Det oplever mange af vores studerende som særdeles meningsfuldt."

At mange først i en senere alder tager springet til sygeplejerske, handler om en modningsproces, mener hun og tilføjer:

"De har flirter med tanken tidligere i livet, men først som voksne får de modet. Det sker typisk sidst i trediverne, hvor børnene fylder mindre, og forældrene igen får overskud til at tænke over, hvad de vil med resten af deres liv."

Svingende interesse

Uddannelseschef Bodil Primsø blev selv uddannet sygeplejerske i 1972 og har fulgt faget gennem tiden.

"Det svinger meget, om det er trendy eller ej at være sygeplejerske. I 80'erne var der en stor arbejdskonflikt, hvor Dansk Sygeplejeråd gjorde opmærksom på usle arbejdsvilkår for sygeplejerskerne. Det fik ansøbertallet til at falde drastisk," husker Bodil Primsø.

Også op gennem 00'erne var tilgangen til faget lav.

"Samfundet var i en sorgløs og ekspansiv periode, hvor menneskelige værdier stod i skyggen af et stærkt forøget fokus på materielle goder. Hurtige penge blev set som en genvej til lykke, hvilket gjorde jobs i finanssektoren enormt eftertragtede."

At sygeplejerskefaget nu igen er meget populært, skyldes bl.a. finanskrisen, mener Bodil Primsø:

"Det har vist sig, at boblen kan bryde. At vores liv er meget skrøbeligt, og man stiller i højere grad spørgsmålet: "Hvem tager sig af de svage, der har brug for hjælp?" Derfor ser vi nogle tendenser på arbejdsmarkedet, der går i retning af omsorg og nærhed som bærende værdier i vores opfattelse af det gode arbejdsliv."

Den hvide engel er fortid

Også omsorgen over for sig selv og sin egen jobsikkerhed vejer tungt i krisetider.

"Usikkerheden på det private arbejdsmarked vil folk ikke leve med, og det har fået flere til at søge over i de offentlige stillinger, som er mindre følsomme over for konjunkturudsving," siger Bodil Primsø.

En anden forklaring er, at opfattelsen af sygeplejersker har ændret sig. Tidligere blev faget set som et kald, der opstod ud fra myten om Florence Nightingale, "Den hvide engel", som ofrede sit liv til syge og sårede. I dag ses faget som en profession, der spænder vidt.

Som Bodil Primsø siger:

"Nutidens sygeplejerske skal kunne vejlede, undervise, være handlingsorienteret og god til it. Alsidige arbejdsopgaver, som appellerer bredt og derfor i højere grad også tiltrækker mænd." ▶

Træerne begyndte at ligne hinanden

Som tidligere skovarbejder havde 53-årige Tomas Juhl Jensen fået sin maskulinitet på plads på forhånd. Det gav ham modet til at springe ud i sygeplejefaget og et hav af kvinder.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**
Foto **Helene Bagger**

Hvad fik dig til at drømme om et karriereskifte til sygeplejerske?

”Efter otte år som skovarbejder følte jeg ikke længere, der var nok udfordringer i arbejdet. Træerne begyndte at ligne hinanden, så da kommunen tilbød mig at være projektleder for et hold kontanthjælpsmodtagere, som skulle i arbejdsprøvning, sagde jeg straks ja. Jeg skulle vurdere, om de kunne sendes ud i jobtilbud. Over en periode havde jeg flere hold med ud i skoven. Der kom både narromaner og psykisk syge. Nogle af dem var svære at hjælpe. Det frustrerede mig, at jeg ikke kunne hjælpe dem bedre, for selvom jeg fik ros for mit arbejde med dem, gik det op for mig, at her var noget, jeg ikke vidste noget om. Jeg blev nysgerrig på det psykologiske og havde lyst til at bruge hovedet. Jeg følte, at jeg havde nogle evner, som ville gå tabt, hvis jeg fortsatte arbejdet som skovarbejder. Og pludselig stod det klart for mig, at jeg ville være sygeplejerske.”

Hvad talte for og imod?

”Sygeplejerskeuddannelsen virkede som en ukendt verden. Det var skræmmende at begive sig ud på dybt vand. Det var 10-12 år siden, jeg havde siddet på skolebænken. Kunne jeg overhovedet bruge en blyant?

Jeg havde også store overvejelser ved at starte på en uddannelse kun med kvinder. Min maskuline identitet var jeg ikke bekymret for, den havde jeg fået på plads på forhånd i jobbet som skovarbejder. Mine bekymringer gik mere på, hvordan man som mand gebærder sig i et kvindefag. Jeg talte med en underviser, som overbeviste mig om, at det kunne jeg sagtens. Og jeg oplevede heller ikke de store kønsforskelle bortset fra enkelt praktik på gynækologisk afdeling, hvor jeg blev nægtet at starte. Deres begrundelse var, at de aldrig havde haft mænd på afdelingen, hverken i praktik eller som ansat. I dag er der heldigvis en helt anden indstilling til mandlige sygeplejersker.”

Hvordan bidrager dine kompetencer fra din tidligere beskæftigelse til dit nuværende job?

”Der er mange fordele i at have en anden faglig baggrund med i bagagen. Det ved jeg fra egne erfaringer, men også i min funktion som klinisk vejleder har jeg set styrken i, at de studerende har en anden baggrund. Ældre studerende har en mere mangfoldig tilgang til mennesker, og de har en grundlæggende stabilitet og tro på sig selv i arbejdet, som jeg selv brugte flere år på at opnå.

Der er flere ting, som jeg tager med mig fra skoven ind i sygeplejefaget. Dét at arbejde sammen, være en del af et team, at stole på mine kolleger og på, at vi som team får lavet et godt stykke arbejde og passer på hinanden.

Min ledelseserfaring fra projektlederjobbet har givet mig erfaring og evne til at tale med alle typer af mennesker. Som sygeplejerske er det vigtigt at være entydig i sine udtalelser, ellers bliver man misforstået. Alle, hvad enten de er fysisk eller psykisk syge, er i en form for krise. De har svært ved at forstå komplicerede forklaringer, så man skal sige én ting ad gangen og kortfattet, ellers går det i skuddermodder for folk.”

Hvilke udfordringer er du stødt på undervejs?

”Det var lidt af et kulturchock med alle de piger, og jeg skulle vænne mig til en anden omgangstone. Jeg kom fra en verden med et

Jeg har altid været god til det med hænderne, men at skulle koble teori på det praktiske var noget af en udfordring. Også det at man skal have 15 bolde i luften på én gang. Det er mange kvinder rigtig gode til, og det kan godt være, at det er en forstokket holdning, men jeg er mand, og det kan jeg altså ikke. Jeg tror også, at det er derfor, at mange mænd søger ud i specialområderne, hvor opgaverne er enklere, og du kun skal forholde dig til én ting ad gangen.”

Hvordan reagerede omgivelserne på skiftet?

”Der var dem, som lignede nogen, der tænkte, at jeg kom fra en anden verden, når jeg sagde, at jeg skulle læse til sygeplejerske. Men generelt var min omgangskreds vældig begejstret for mit skifte og nysgerrige på, hvad det var for en verden, jeg begav mig ud i.

Min kone syntes også, at det var spændende. Hun begyndte faktisk at læse med over skulderen og var meget interesseret, og et semester efter mig startede hun også på uddannelsen.”

Hvilke råd vil du give andre, som overvejer at skifte karriere?

”Livets gang kan være svær at forudse. Da jeg valgte sygeplejerskeuddannelsen, havde jeg aldrig i min vildeste fantasi troet, at jeg skulle arbejde på et forsorgshjem. Mit

” Der er mange fordele i at have en anden faglig baggrund med i bagagen. Det ved jeg fra egne erfaringer, men også i min funktion som klinisk vejleder har jeg set styrken i, at de studerende har en anden baggrund.

skovarbejdersprog, hvor man sagde tingene ligeud og det var der nok nogle af pigerne, der lige skulle vænne sig til. Men mange oplevede det også befriende, fordi det åbnede op for at snakke mere frit om tingene.

bedste råd er derfor, at man skal komme ud over sin forestilling om den traditionelle sygeplejerske i hvid kittel på en hospitalsgang og i stedet være åben overfor de forandringer, der opstår – også i en selv.”



"Det var lidt af et kulturchok med alle de piger, og jeg skulle vænne mig til en anderledes omgangstone," siger Tomas Juhl Jensen, der tog springet fra en mandsdomineret verden som skovhugger og blev sygeplejerske. I dag er Tomas Juhl Jensen ansat på Biformen Aas, forsorgshjem under Viborg Amt/Region Nord.

Spor
skifte

Lysten til arbejdet betød mest

En fed løn, succesfuld karriere og søde kolleger. Set udefra var alt perfekt, men efter 20 år i bankverdenen manglede det, der for 47-årige Marianne Brandstrup betyder mest, nemlig lysten til at gå på arbejde.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**
Foto **Helene Bagger**

Hvad fik dig til at drømme om et karriereskift?

”Jeg var ikke engang 40 år. Jeg havde været i banken i 20 år og kunne se frem til at være der mindst 20 år mere. Jeg havde oplevet alt, hvad bankverdenen kunne byde på, og jeg følte ikke længere, jeg havde lysten til at gå på arbejde. Jeg ville prøve noget nyt. Det nemmeste i verden havde været at blive i banken. Jeg havde en god lederstilling, høj løn og søde kolleger, så selvfølgelig var det et stort sats, men jeg har en grundlæggende tro på, at hvo intet vover, intet vinder. Jeg sagde op, uden jeg havde noget andet.”

Hvorfor sygeplejerske?

”Et år på et plejehjem som ufaglært afløser gav mig ro til eftertanke. Samtidig fik jeg indblik i faggrupperne omkring mig, og især sygeplejerskernes arbejdsopgaver kunne jeg se mig selv i. Jeg kan godt lide at hjælpe andre, men jeg vil også gerne udnytte de lederkompetencer, jeg har med fra banken. Det er muligt som sygeplejerske.”

Hvordan reagerede omgivelserne på skiftet?

”For mine børn var det en stor mundfuld. De mistede en identitet i, at deres mor var bankdame. For hvis ikke jeg var bankdame, hvad var jeg så? Hvad skulle de sige, hvis folk spurgte? Men generelt oplevede jeg en stor opbakning og forståelse. Måske fordi jeg har været god til at sætte ord på, hvorfor det var vigtigt for mig. De vildeste reaktioner, jeg har mødt, har faktisk været fra andre sygeplejersker, når jeg har fortalt om min fortid som bankfuldmægtig.”

Hvilke udfordringer er du stødt på undervejs?

”Jeg er gået fra et job, hvor jeg ved alting, til at træde ind i en verden, hvor jeg ingen-

ting ved. Fra at være den, andre spørger, til at være den, der selv skal spørge. Det ramte min selvforståelse og oplevedes nærmest som et identitetsskifte. Selvfølgelig er 20 års mere livserfaring en stor fordel som sygeplejerske, fordi man bruger sig selv rigtig meget. Men bagsiden er, at min erfaring uundgåeligt betyder højere krav.

I praktikken kunne jeg mærke, at jeg, på grund af min alder, fejlagtigt fik tillagt en pondus, som gjorde, at både personale og patienter forventede mere af mig. Der skulle jeg minde mig selv om ikke at tage munden for fuld. Jeg har fundet ud af, at man ikke skal vide alt.”

Hvordan bidrager dine kompetencer fra din tidligere beskæftigelse til dit nuværende job?

”Udefra set er jeg gået fra den ene yderlighed til den anden. Fra den kyniske bankverden til det bløde omsorgsfag, men faktisk

følelser og motiver. Personlige egenskaber, som ikke betyder så meget i en bank, men som er afgørende i jobbet som sygeplejerske. Min tilgang til andre mennesker har nok altid været empatisk, men jeg er blevet væsentlig mere opmærksom på folk omkring mig og optaget af, hvordan de har det. Sider af mig, som især min familie nyder godt af. Der er ikke nogen tvivl om, at de bedre kan lide mig som sygeplejerske, sådan har jeg det også selv. Hvis du spørger min mand, vil han sige, at han har fået en ny kone, og mine børn vil sige, at de har fået en ny mor.”

Hvilke råd vil du give andre, som overvejer at skifte karriere?

”Gør det! Spring ud i det. Der kan ikke ske andet, end at du finder ud af, at det heller ikke var det, du ville. Risikoen for at man senere fortryder, at man ikke sprang, er

”Jeg er gået fra et job, hvor jeg ved alting, til at træde ind i en verden, hvor jeg ingenting ved. Det ramte min selvforståelse og oplevedes nærmest som et identitetsskifte.

ser jeg det ikke selv som så stort et skifte. Selvfølgelig er man mere resultatorienteret i en bank, hvor man som sygeplejerske tænker mere på processen, men jeg kan ikke sige mig fri for at tænke økonomi og resultater ind i den afdeling, hvor jeg er nu.”

Hvad har det givet dig på det personlige plan?

”Faget har fået de bløde værdier frem i mig og stimuleret mine sociale evner, omsorg, empati og rummelighed. Det har hjulpet mig til bedre at forstå andre menneskers

større end risikoen ved at prøve. Hvis ikke jeg havde mærket efter, havde det måske givet udslag på en anden måde. At jeg var gået ned med stress eller en depression. Jeg har lært, at det kan lade sig gøre, hvis man vil. Og jeg har givet mine børn den øjenåbner, at selvom man har truffet et valg, kan man godt ændre det, hvis man ikke trives i det. I dag oplever jeg, at uanset hvor travl og stressende en hverdag jeg har, så har jeg altid lysten til mit arbejde.”



"Risikoen for, at man senere fortryder, at man ikke sprang, er større end risikoen ved at prøve," siger Marianne Brandstrup, der kvittede jobbet som bankfuldmægtig og blev sygeplejerske. I dag arbejder Marianne Brandstrup på Lungemedicinsk afdeling B5 på Aarhus Universitetshospital.

Spor
skifte

Fra maskiner til mennesker

Et stærkt ønske om at hjælpe andre mennesker gennem sundhedsforebyggende arbejde fik 24-årige Janus Lindeborg Svane til at skifte jobbet som værktøjsmager ud med medicin og menneskekontakt.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**
Foto **Helene Bagger**

Hvad fik dig til at drømme om et karriereskifte til sygeplejefaget?

”At jeg i første omgang havnede i værktøjsfaget, var måske lidt af et tilfælde. En studievejleder spurgte, om jeg ikke havde lyst til at læse til værktøjsmager. Det var ikke det, jeg drømte om, men jeg kendte til faget, fordi en af mine venners far arbejdede som værktøjsmager, og han var glad for det. Men allerede under uddannelsen kunne jeg mærke, at jeg skulle videre. I takt med at jeg blev ældre og mere moden, bevægede jeg mig også nærmere det, som jeg egentlig gerne vil. Min drøm er ikke at rende rundt i en hvid kittel på et hospital, men jeg vil gerne have noget med mennesker at gøre. Helst i et sundhedsforebyggende arbejde. Jeg har selv haft problemer med overvægt, og jeg vil gerne hjælpe andre til ikke at komme i samme situation.”

Hvad talte imod?

”Det økonomiske tab ved at gå fra fuld løn til SU. Før var det lige meget, at jeg brugte 1.500 kr. en aften i byen med drengene. Nu skal jeg tænke over, om det er en rugbrøds-pakke til 15 eller 8 kr., når jeg køber ind.

Også det at give slip på noget, som jeg ved, at jeg faktisk er rigtig dygtig til, er en stor overvindelse. Men det allerstørste er nok ansvaret. Der er langt fra at skulle stå til ansvar for et fysisk produkt til i dag at have kød og blod mellem hænderne. Hvis jeg før lavede en fejl, kunne den i værste fald koste virksomheden flere hundrede tusinde kroner, i dag kan den koste menneskeliv.”

Hvilke udfordringer er du stødt på undervejs?

”På trods af skiftet fra et arbejdsmiljø, hvor luften var tyk af mandehørm, til et studie, hvor der stort set kun er piger, så var det ikke noget, som afskrækkede mig – tværti-

mod. Jeg har altid befundet mig godt i miljøer med piger, så jeg tænkte, at det var lige mig. Men jeg kan godt mærke forskellen. På min tidligere arbejdsplads var der ikke noget, som mindede om en dame. Der var knald på bandeordene, og man hilste gerne med en lammer. På studiet er der meget pigefnidder og brokken. Der er en del gange, hvor jeg må tælle til 10 og lade det gå ind ad det ene øre og ud ad det andet.”

Lever sygeplejerskefaget op til forventningerne?

”Faget lever op til mine forventninger på både godt og ondt. Min mor er sygeplejerske, og en af de ting, hun har forberedt mig på, er, at der er meget brok i faget. Jeg har altid tænkt, at det umuligt kunne være så slemt, men da jeg begyndte, fik jeg

dighed er altafgørende egenskaber som værktøjsmager og noget, jeg har taget med mig ind i sygeplejerskefaget. Tålmodighed er vigtigt i dit arbejde med både patienter, pårørende og kolleger. Omhyggelighed og præcision er vigtigt f.eks. i doseringen af medicin.”

Hvilke råd vil du give andre, som overvejer at skifte karriere?

”For det første skal man være ligeglad med, hvad andre tænker. Hvis man går med en drøm om noget, er det kun en selv, som kan mærke den og realisere den.

Man skal sætte tid af til en gang imellem lige at stoppe op og mærke efter, om man har det godt, der hvor man er. Hvis ikke man har det, må man finde ud af, hvad

” Faget lever op til mine forventninger på både godt og ondt. Min mor er sygeplejerske, og en af de ting, hun har forberedt mig på, er, at der er meget brok i faget.

faktisk lidt af et chok. Folk snakker uden at handle. Der var den ene ting efter den anden, som de gerne ville have ændret, men ingen tog initiativ til at gøre noget ved det. Jeg ved godt, at Rom ikke blev bygget på én dag, men det sker da slet ikke, hvis man ikke gør noget for det. Hvis noget undrede mig, sendte jeg en mail til min leder, og selv hvis det ikke blev ændret, så havde jeg gjort, hvad jeg kunne. Jeg havde skabt opmærksomhed om problemet, og min leder sagde, at det havde hun aldrig oplevet før.”

Hvordan bidrager dine kompetencer fra din tidligere beskæftigelse til dit nuværende job?

”Omhyggelighed, præcision og tålmo-

man vil gøre ved det. Man kan sagtens søge råd og sparring hos ens nære venner og familie, men det vigtigste er at lytte til sin mave.”

Hvad har det givet dig på det personlige plan?

”Jeg søger nye udfordringer, sådan er jeg som person. Mange af mine venner opfatter mig som en levemand, som gør det, jeg føler for.

Det kan virke uoverskueligt i situationen, og det kan være svært at tøjle angsten for det ukendte, men det giver en masse energi at tage styringen og opdage, at de ting, man drømmer om, godt kan lade sig gøre, hvis man virkelig vil.”



"Min drøm er ikke at rende rundt i en hvid kittel på et hospital, men jeg vil gerne have noget med mennesker at gøre," siger Janus Lindeborg Svane, som skiftede karrieren som værktøjsmager ud med sygeplejerskeuddannelsen. I dag læser Janus Lindeborg Svane på sygeplejerskeuddannelsen på VIA University College, Holstebro.

Spor
skifte

Epilepsipatienter styrer kontakten med ambulatoriet

På Aarhus Universitetshospitals Epilepsiambulatorium kommer patienterne kun til kontrol, når de selv har behov for det. Systemet hedder Ambuflex og består af et spørgeskema, hvor patienterne kan krydse af, hvordan de har det, og om de ønsker at komme til kontrol eller blive ringet op.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Søren Holm**

Sygeplejerske Lene Overbeck starter sin dag med at tjekke de spørgeskemaer, der er kommet ind fra nogle af Epilepsiambulatoriets 2.000 patienter, som går til kontrol, og som har ønsket at være på Ambuflex, et system udviklet af Hospitalsenheden Vest. Her kan patienter hjemmefra styre, hvornår og hvor ofte de vil til kontrol ud fra de svar, de giver i skemaet. De skal bl.a. svare på spørgsmål om anfald, bivirkninger og trivsel, belastning i forhold til arbejde, søvn, koncentration, hukommelse, vægt, spisetrang og humør. Derudover skal de vælge mellem, om de selv vil ringe, hvis de får behov for konsultation, om de vil ringes op, eller om de vil have en tid.

Når Lene Overbeck får besvarelsenerne ind, er svarene kategoriseret efter farve-

koderne: rød, gul og grøn. Det betyder, at hun hurtigt kan danne sig et overblik over, hvem der har brug for at blive set i ambulatoriet.

Rød betyder behov for en telefonkontakt eller en tid. Gul betyder særligt forhold at være obs på, og grøn betyder, at patienten kan og ønsker at vente med kontrol. Ambuflex er indrettet, så patienten kontaktes minimum hvert tredje år.

”Hvis jeg kan se, at patienten ønsker at blive ringet op og har svaret, at f.eks. angst, tristhed eller seksuelle problemer er noget, der fylder, så spørger jeg ”er det noget, du vil drøfte?” Tidligere var det ikke altid, patienterne selv kom ind på de ting. Spørgeskemaerne gør det legalt at tage hul på svære emner,” fortæller Lene Overbeck, som er en af de tre faste sygeplejersker, der håndterer Ambuflex-skemaerne.

Alle patienter bliver samlet op

Det er en overlæge og en projektsygeplejerske fra Vestkronik, Hospitalsenheden Vest, der har udviklet spørgeskemaet i samarbejde med læger og sygeplejersker fra tre epilepsiambulatorier i Region Midtjylland. Når patienterne har udfyldt skemaet, sender de det på skrift eller online til Vestkroniks kontor i Herning, som kategoriserer svarene i farvekode. Svarene kan derefter ses som en integreret del i den elektroniske patientjournal.

Lene Overbecks telefontid er slut kl. 9.30. Herefter har hun patienter i konsultation. I dag har hun en patient, som er blevet ”grå” i systemet, og som derfor er blevet tilbudt samtale med sygeplejersken. Grå er en fjerde patientkategori, som er de patienter, der ikke har returneret skemaet efter tre rykkere.

Rizafer Neziri er kommet i ambulatoriet i 20 år. Han har haft tekniske problemer med at få udfyldt skemaet online. Han taler med Lene Overbeck om angsten for at få nye anfald og om hovedpine. Han vil gerne have afklaret, om medicinskifte er en mulighed. Fra jakkelommen trækker han et foto af sig selv frem, hvor man kan se nogle slemme skrammer, han fik i ansigtet efter det sidste fald.

”Jeg ville ønske, at jeg kunne se, hvordan jeg ser ud, mens jeg får et anfald,” siger Rizafer Neziri.

Lene Overbeck forklarer, at det er en bekymring, mange epilepsipatienter har, fordi det er et kontroltab. Risikoen for nye anfald er noget af det, man som epilepsipatient skal tage højde for. Rizafer Neziri er sygemeldt pga. en arbejdsskade og skal efterfølgende tale med lægen om netop risikoen for nye anfald, hvis han skal starte i job.

Rizafer Neziri er glad for Ambuflex-ordningen. Som han siger:

”Tidligere skulle jeg bruge en hel dag på at komme herind, måske bare for at sige, at der ikke var nogen problemer. Nu kan jeg komme, hvis jeg har brug for det.”

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

”At jeg uden tidspres kunne tale med et ægtepar om en mors angst for at få anfald, når et mindre barn skulle følges i skole. Vi så et klip fra tegnefilmen ”Turen, som gik i fisk” på Epilepsiforeningens hjemmeside og talte om, hvordan filmen kan bruges til at tale med barnet om mors sygdom og evt. vise filmen i klassen. Vi aftalte, at barnet skulle med til en snarlig kontrol for at afdramatisere, hvad der sker, når mor er på hospitalet.”



Lene Overbeck har Rizafer Neziri i konsultation. På det seneste er der blevet længere mellem anfaldene, men angsten for anfald fylder.

Der er en livlig trafik af patienter på gangen på Epilepsiambulatoriet.



Nogle gange har patienten mest gavn af en samtale med en sygeplejerske frem for besøg hos lægen. Tilbuddene skal individualiseres, mener ledende overlæge Per Sidenius.



Lise Borges er patient i afdelingen og har tidligere arbejdet som sygeplejerske. Her taler hun med sygeplejerske Birgitte Jensen Hanner.



Hver morgen har Lene Overbeck kontortid, hvor hun starter med at kigge på listen over patienter, der har svaret, at de vil ringes op.

Læs mere om Ambuflex-systemet på www.info.vestkronik.dk



Af Jette Bagh, fagredaktør



Defensiv dokumentation

Åh, hvor er det spild af tid. Og tiden, den går fra patienterne, mens jeg sidder her på afdelingen og skriver og skriver. Min gode ven og kollega er sundhedsplejerske, hun sidder i sin kommune og skriver og skriver. Hvad skal det til for? Vi plejer de syge, besøger de raske og ved udmærket godt, hvad det er, vi skal observere og tage os af. Vi er omhyggelige og samvittighedsfulde mennesker. Det kunne ikke falde nogen af os ind at springe over, hvor gærdet ligger ned. Skrive, det skal vi, så det gør vi.

Inden den momentane følelse af selvmedlidenhed helt tager overhånd, kommer en af mine mere opvakte kolleger forbi. Jeg klynker med brug af sprogets mest negative gloser over den unyttige aktivitet, jeg så grundløst tvinges ud i. Kontinuitet? My foot. Vi taler jo sammen her i afdelingen.

Der er ingen trøst at hente. Hun kigger fast på mig og siger: Defensiv dokumentation er kommet for at blive. Det kan du lige så godt acceptere og så ellers se at blive færdig.

Jeg spørger, hvad hun mener med det kryptiske udtryk, og så følger en rigtig gys:

En aftensygeplejerske havde travlt og tog imod en sidste patient kl. 22.30. Det var på medicinsk afdeling, patienten var 78 år, hun havde lungebetændelse, høj feber og var dehydreret. Sygeplejersken screenede den gamle dame for faldrisiko, risiko for underernæring og for at få tryksår. Hun konkluderede, at damen var i risiko inden for de tre screeninger, og iværksatte rutineret den nødvendige pleje for at rette op på sagerne.

Om natten falder den gamle dame på vej til toilettet, hun brækker hoften, de pårørende er i oprør, damen dør efter fire dage - og sygeplejersken: Ja, hun har glemt at skrive i sygeplejejournalen, hvad hun har set, screenet for og gjort. Ikke så meget som en krøllet note kan hun finde om sine observationer. Alle lommer bliver dobbelttjekket, tasken vendt på hovedet. Ingen spor af det arbejde, hun ved, hun har udført. Familien klager over afdelingen til Patientombuddet, sygeplejersken skal afgive forklaring, og hun får muligvis en påtale for mangelfuld dokumentation efter et til to år, når klagen er færdigbehandlet.

Sygeplejersken kan ikke argumentere for sin sag, for det rækker ikke at sige "Jamen, jeg ved, at jeg ..."

Det er modparten forståeligt nok ligeglad med.

Sygeplejersken er langt nede, hun kan ikke forlige sig med, at hun måske indirekte er skyld i, at den gamle dame er død, hun kan ikke bære familiens vrede, hun kan ikke holde sig selv ud.

"Hvis bare" ... tænker hun mange gange i døgnet, og hun tør ikke søge et nyt arbejde eller overhovedet møde patienter mere i dette liv.

Derfor, siger min kollega, er der ikke noget at diskutere. Du skal dokumentere, både for patientens skyld og for din egen.

Min lede ved skærmen bliver øjeblikkeligt forvandlet til omhu. Kollegaen har argumenteret meget overbevisende for sin sag. Jeg har selvfølgelig hørt og læst om, hvordan en klage kan påvirke en sygeplejerske eller en læge i sundhedssektoren, men jeg har ikke sat det i forbindelse med skriftlig dokumenta-

” Der er ingen trøst at hente. Hun kigger fast på mig og siger: Defensiv dokumentation er kommet for at blive. Det kan du lige så godt acceptere og så ellers se at blive færdig.

tion, snarere med injektioner af for store doser medicin eller glemte servietter i bughulen.

Defensiv medicin kender jeg, men defensiv dokumentation? Altså det faktum at sygeplejersken bl.a. dokumenterer for ikke at risikere en påtale?

Selvfølgelig skal jeg dokumentere. Vi har brug for omhyggelig, ensartet og systematisk dokumentation, så data kan genkendes, genfindes og genbruges. På den måde er dokumentation en brik i et puslespil, der på sigt kan give sygeplejen et løft. Defensiv eller ej.

Sygeplejejournalen er blevet min ven.

Læs mere om at få en klage i Sygeplejersken 2012;(14)14-22.

Læs mere om dokumentation i Teori & Praksis, Sygeplejersken 2014;(4)

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

BYG VIDERE PÅ DINE KOMPETENCER

- Vil du arbejde med sundhed og trivsel?
- Skal du vejlede studerende eller kolleger?
- Har du ansvar for kompetenceudvikling?
- Skal du være leder for en uddannelse?

TAG EN **MASTERUDDANNELSE** - og få forskningsbaseret viden om det emne, du brænder for.

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU) I Aarhus og København

Læs mere på edu.au.dk/master

Kom og mød os

- Aarhus:
25. marts 2014
- København:
27. marts 2014

Tilmelding:
edu.au.dk/aabenthus

Ansøgningsfrist:
1. maj



AARHUS UNIVERSITET



Få Danmarks højeste rente på din lønkonto

Få en lønkonto med 5% i rente.

Danmarks suverænt højeste

Med LSBprivat®Løn får du hele 5% på de første 50.000 kr. på din lønkonto og 0% på resten. Det betyder, at du får mere ud af dine penge hver eneste dag, også når du ikke bruger dem.

For at få den høje rente skal du være medlem af Søfartens Ledere, have afsluttet din uddannelse - og du skal samle hele din privatøkonomi hos Lån & Spar. Undtaget er dit realkreditlån, som du ikke behøver at flytte, før du lægger lånet om. Ændringer af eksisterende og evt. nye realkreditlån skal formidles gennem Lån & Spar og Totalkredit. LSBprivat®Løn er en del af en samlet pakke af produkter og services. Vi skal kunne kreditvurdere din økonomi i forhold til den samlede pakke.

Rentesatserne er variable og gældende pr. 1. august 2013. Hvis du allerede er kunde hos Lån & Spar, så kontakt din rådgiver og hør, hvordan du får 5% i rente på din lønkonto.

SÅDAN FÅR DU 5% PÅ DIN LØNKONTO

Ring: Ring til os på 3378 1927

Online: Gå på lsb.dk/dsr og vælg 'book møde'. Så kontakter vi dig, så du kan få mere at vide om, hvad det betyder at få Danmarks højeste rente på din lønkonto.



lån & spar

din personlige bank

Kommunikation med enkelte begrænsninger

Lebek Media vil med hæftet ”Billedtolken – Peg og forstå” forsøge at understøtte kommunikationen mellem sundhedsprofessionelle og patienter/borgere med reducerede sprogkunderskaber. De reducerede sprogkunderskaber kan enten skyldes udenlandsk herkomst eller sygdom.

Hæftet indeholder 220 fotos eller illustrationer indenfor 12 kategorier, bl.a. personlig hygiejne, ernæring, symptomer, undersøgelser og personlige ejendele. Hver kategori har egen farvekode, hvilket har til hensigt at forenkle søgningen. Fotos og illustrationer er vellignende og understøttet af en ordforklaring på dansk og engelsk.

Der mangler et forord til hæftet med en indføring i, hvordan hæftet er tænkt anvendt i samarbejdet mellem den sundhedsprofessionelle og patienten/borgeren.

Lebek Media forventer at have en elektronisk udgave klar i 3. kvartal 2013, der kan anvendes på alle gængse mobile enheder (smartphones og tablets). Det formodes, at der i den elektroniske udgave kan anvendes en søgefunktion, hvilket vil gøre anvendelsen mere smidig og hurtigere end ved anvendelse af hæftet. Netop dette taler for at anbefale den elektroniske udgave, hvis det er muligt.

*Af Tina Kjærgaard, uddannelses- og udviklings-
sygeplejerske, Plejecentret Kærbo,
Københavns Kommune.*

Christian Lebek

Billedtolken – Peg og forstå

Lebek Media 2013

42 sider - 199 kr.



Forstå den politiske hype om velfærdsteknologi

Denne bog har været savnet og er klart anbefalelsesværdig som pensum ved professionsuddannelserne som et samlende, bredt funderet oversigtsværk over det velfærdsteknologiske felt anno 2013 i Danmark.

Bogens udgangspunkt er, at sundhedsprofessionelle skal agere i et konstant foranderligt sundhedsvæsen, der i stigende grad anvender sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger. Det kræver såvel faglige og menneskelige som innovative og teknologiske kompetencer.

Bogens 11 kapitler er, gennem deres grundlæggende og illustrative gennemgang af velfærdsteknologiens elementer, med til at skabe dette kompetencegrundlag. Efter endt læsning er man blevet meget klogere på de muligheder og krav, den digitale og teknologiske udvikling stiller de sundhedsprofessionelle i udsigt.

Selv om bogen er en antologi, er der lagt kræfter i at få kapitlerne til at fremstå sammenhængende, og der er derfor mange interne henvisninger, hvilket øger bogens brugsværdi. Selv om kapitlerne repræsenterer flere fagdiscipliner, er de skrevet i et klart sprog uden overdreven brug af indforstået fagsprog. Kapitlerne er velforsynede med referencer.

Generelt er kapitlerne af høj kvalitet og stor informationsværdi, men jeg vil gerne fremhæve de tre første kapitler som særligt centrale. De fokuserer på, hvad velfærdsteknologi er, de politiske og administrative rammer der er for at arbejde med velfærdsteknologiske løsninger, og hvilken økonomi der er i velfærdsteknologi. De tre kapitler fremstår som essentielle for en mere afbalance ret forståelse for velfærdsteknologiens gode og mindre gode konsekvenser.

Bogen er opbygget i to dele. Den første teoretiske, men ikke kedelige del, der har fokus på begrebet velfærdsteknologi og de forudsætninger, der har gjort teknologien mulig set i et såvel teknisk, økonomisk, organisatorisk som samfundsmæssigt og diskursivt perspektiv.

Den anden del er mere praksisorienteret og fokuserer på metoder til udvikling og implementering af velfærdsteknologiske løsninger, hvor også innovations- og patientperspektiverne er placeret. Det er i denne del tydeligt at se, at såvel redaktør som flere af forfatterne kommer fra den syddanske region. Skal der være en anke må det være, at det ville have klædt bogen, om den havde bredt sig ud over større dele af f.eks. living lab-feltet end at holde sig til det syddanske.

Men det ødelægger ikke helhedsindtrykket. Læs bogen, og du vil blive meget bedre til at gennemskue hele den politiske hype, der for tiden er om indførelse af velfærdsteknologiske løsninger i det danske sundhedsvæsen.

Af Raymond Kolbæk, forskningslektor, cand.cur., ph.d., Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg/Thisted-Sundhedsfaglige Højskole Via University College og Center for Sygeplejeforskning – Viborg – Hospitalsenhed Midt.



Trine Ungermann Fredskild (red.)

Velfærdsteknologi i sundhedsvæsenet

Gads Forlag 2013

224 sider - 229,00 kr.

Et menneske med en sygdom, ikke en sygdomskategori

Antologiens formål er at vejlede sundhedsprofessionelle i patientstøttens forskelligartede opgaver. Patientstøtte er i denne sammenhæng defineret som det, der subjektivt støtter patienten igennem de belastninger, vedkommende møder gennem sit sygdomsforløb. Det er patienter med livstruende og/eller kroniske sygdomme, eller som er ramt af voldsomme hændelser, der er fokus for denne bogs præsentation af støtte. Psykiatriske problemstillinger er ikke taget med, det er udelukkende det somatiske område, der adresseres. Målgruppen er sundhedsprofessionelle, som arbejder med patienter i klinisk sammenhæng eller i hospitalsregi. Bogens forskellige bidrag belyser patientstøtte fra henholdsvis psykologisk, psykosocialt og religiøst perspektiv. Kapitlerne er skrevet af forskellige forfattere; der er både taget fat på teoretiske og praktiske problemstillinger.

Kommunikation med patienter og pårørende om den alvorlige diagnose optager mange sundhedsprofessionelle. Et af kapitlerne handler om dette. Christiansen og Christensen anbefaler undervisning og kontinuerlig supervision tillige med psykisk støtte og opbakning fra ledelsens side til denne udfordring. Med reference til to kurser for sundhedspersonale fra Rigshospitalets neurokirurgiske ambulatorium viste det sig, at for de sundhedsprofessionelle handlede det ikke kun om at finde de rette ord. Der var flere andre faktorer, som de professionelle måtte tage i betragtning, f.eks. andre patienter, pårørende og samarbejde med kolleger. Disse faktorer virkede forstyrrende på kommunikationen med patienten og de pårørende. Forfatterne giver et konkret eksempel på tilrettelæggelse af et kursus med fokus på overbringelse af den alvorlige diagnose. Det kan måske være til inspiration for sygeplejersker i lignende arbejdssituationer.

I forlagets anbefaling af bogen hedder det, at den giver et bud på, hvordan patienten kan blive mødt som et menneske med en sygdom og ikke som en sygdomskategori. I dette perspektiv skæmmer det, at der flere gange bliver anvendt termen kroniker om mennesker med kronisk sygdom.

Af Marianne Mahler, sygeplejefaglig konsulent, Dr. PH. Indre By/Østerbro, Københavns Kommune.



Irene Christiansen og
Carolina Magdalene Maier (red.)
**Patientstøtte - før, under
og efter sygdom**
Hans Reitzels Forlag 2013
221 sider - 300,00 kr.

Udvælg det, der er interessant og relevant

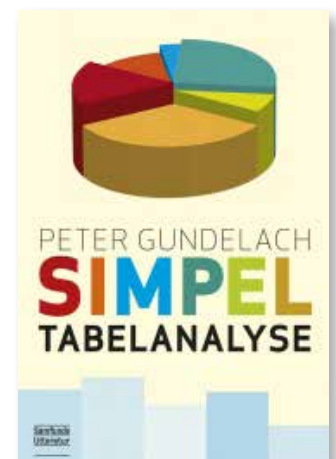
Hovedbudskabet er "gør det enkelt, gør det overskueligt, gør det relevant". Når data er indsamlet, er det ingen kunst at gengive alt i tabeller og drukne læseren i tal. Kunsten ligger i at udvælge og vise netop de forhold og sammenhænge, der er relevante og interessante. Det er netop dette, bogen giver systematiske anvisninger på. Altså hvordan kan man med tabelanalyse foretage spændende, relevante og gode analyser af kvantitative data på en enkel og overskuelig måde? Simple tabeller er også en forudsætning for, at man senere kan foretage mere komplicerede kvantitative analyser. Kan man ikke opstille simple tabeller, der illustrerer forekomst og sammenhænge, kan man slet ikke foretage udviklede analyser. Ved simpel tabelanalyse udvælges de centrale variabler, og deres teoretiske sammenhænge beskrives. Når dette er på plads, kan avancerede teknikker appliceres på data.

Men læsere af tabeller skal også kunne gennemskue, hvad forfatterne gengiver og ikke mindst, hvad de ikke gengiver, og hvilke sammenhænge der ikke omtales. Bogen henvender sig således både til forfattere, der opstiller og præsenterer resultater i tabelform, men også til dem der skal læse, forstå og drage konklusioner på baggrund af data præsenteret i tabelform.

Hele bogens indhold samles i en kort overskuelig analyseguide, der omfatter 11 punkter.

Bogen vil være velegnet som en del af pensummet på sundhedsfaglige bacheloruddannelser, da der er tale om en introduktion til tabelanalyse, og det forudsættes ikke, at læseren har statistiske kundskaber.

Af Preben Ulrich Pedersen, professor ph.d.,
Center for Kliniske Retningslinjer, Institut for medicin og
sundhedsteknologi, Aalborg Universitet.



Peter Gundelach
Simpel Tabelanalyse
Samfundslitteratur 2013
122 sider - 120,00 kr.

Moderniseret tilgang til gruppeterapi

I det terapeutiske arbejde med mennesker med svære psykiske lidelser baseres behandlingen overordnet set på enten den kognitive eller den psykodynamiske tilgang. Den kognitive tilgang, der tager udgangspunkt i, hvorledes erkendelsesprocesserne foregår i vores hjerner, har i de senere år været den mest anerkendte metode. Dette presser fortællerne for den psykodynamiske tilgang, som bygger på at forstå og bearbejde det ubevidste og vores relationer med hinanden. Presset er opstået, fordi det er lettere at forstå og dokumentere effekten af den kognitive tilgang.

Bogen "Brug gruppen" viser tydeligt eksistensberetningen af den gruppeterapeutiske tilgang. Det er lykkedes forfatterne at beskrive terapiformen, så det står klart for læseren, hvor vigtigt det er at sætte individet i centrum og arbejde sig hele vejen rundt ved at inddrage mange aspekter, såsom fortiden, relationer og egen placering i forhold til omverdenen.

Bogen henvender sig til fagprofessionelle, og den giver en dybdegående indføring i forskningen i emnet, og hvorledes gruppeterapi i praksis tilrettelægges, struktureres og superviseres. Læseren får et historisk tilbageblik med referencer til pionerer indenfor gruppebehandlingen, hvilket medvirker til at aflive gamle myter. Læseren får en forståelse af forskelle på behandlingen i den offentlige og private psykiatri, hvor den psykodynamiske gruppebehandling i det offentlige, i modsætning til det private, er blevet skubbet i baggrunden til fordel for mere effektive og hurtigere kognitive forløb.

Bogen er omfattende, indeholder mange detaljer og egner sig dermed bedst til fagprofessionelle, som ønsker en grundig indføring i det terapeutiske arbejde med grupper baseret på mange praktiske eksempler og teoretisk viden.

*Af Louise Bangsgaard, klinisk oversygeplejerske,
Region Hovedstadens Psykiatri,
Psykiatrisk Center Ballerup.*



Jan Nielsen og Per Sørensen
(red.)

Brug gruppen

Psykodynamisk gruppeterapi
Hans Reitzels Forlag 2013
479 sider - 480,00 kr.

KORT NYT OM BØGER

Jakob Kehlet

Indimellem taber jeg salatskålen

Scleroseforeningen 2013

95 sider - gratis, kan rekvireres gennem Scleroseforeningen:

info@scleroseforeningen.dk

Otte unge fortæller om deres liv med sklerose. At leve med en kronisk sygdom, når man er mellem 16 og 29 år, er en stor mundfuld. Hvad med fester, parforhold og sex? De unge fortæller uden omsvøb, hvordan de håndterede at få diagnosen, og hvordan de lever hverdagslivet med den. I 17 kapitler kommer bogen bl.a. rundt om børn, medicin, motion, psykisk nedtur, arbejde og andre områder af relevans for dem, hvis livsvilkår det er blevet at leve med en kronisk sygdom. Overvejelser er blandet med erfaringer, layout og tekst er ungdommeligt, og bogens målgruppe er da også primært unge med sklerose, deres pårørende eller venner.

Ulla Abildtrup

De udsatte

Hvordan skal velfærden fordeles?

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

197 sider - 249,95 kr.

En social samtalebog med Bettina Post, Benedikte Kiær og Lisbeth Zornig Andersen. Tre kendte og engagerede kvinder fortæller om deres syn på socialpolitik. Bogen bryder med den gængse samtalebog ved at fokusere på velfærd og velfærdens fordeling. Gennem 12 runder om emner som bl.a. sociale ydelser, børn og unge og negativ social arv kommer læseren til at kende de tre stemmer i debatten. Bogen kan inspirere gadesygeplejersker og sygeplejersker ansat der, hvor man møder mennesker, der betegnes som udsatte eller skrøbelige.

"Vi griber ikke folk, der vakler, men hjælper først, når de ligger ned, og det er helt forkert," mener Lisbeth Zornig. Det budskab kan læseren eventuelt overveje undervejs.

Morten Christensen, Anders Seneca

Kend din kerneopgave

Innovation til hverdag

Gyldendal Public 2012

158 sider - 250,00 kr.

Bogens hovedbudskab er, at alle medarbejdere i en organisation skal have en fælles opfattelse af, hvad organisationens kerneopgave er. Simpelt, kan man tænke. Men allerede her opstår der problemer. Det kan godt være, at man er sikker på sin kerneopgave, men måske forveksler man den med sin faglighed? En organisation skal have én og kun en kerneopgave, og lederen skal være i stand til at fortælle sine medarbejdere, hvad opgaven er. Kerneopgaven handler om at skabe en særlig forandring hos borgeren (barnet/patienten, eller hvor vi nu befinder os). Hvad er f.eks. kerneopgaven i folkeskolen: Undervisning eller læring? Målet med at definere kerneopgaven er, at det giver plads til innovation. Hvordan? Læs, hvis du er leder.

Den forunderlige krop

Hvad er det, der er orange, vejer 5,9 kg og er smækfuld af viden? Det rigtige svar er Medicinsk Kompendium, 18. udgave bind 1 og 2.

Forlaget og bøgerne følger med tiden, redaktørerne kan ses på video, QR-koden er scannet, bøgerne har en hjemmeside, og en elektronisk udgave af værket er i støbeskeen.

”The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease”. Citatet står øverst i indledningen på bind 1 og stammer fra William Osler. Han var canadisk læge og en ud af fire professorer, som grundlagde Johns Hopkins Hospital. Han døde i 1919, men det må man alt sammen selv finde ud af eller finde under leksikale oplysninger. Men måske er Osler kendt af alle i lægekredse.

Citatet er en god begyndelse, sygeplejersker kan fint tåle at læse det, og de kan efterfølgende finde viden om stort set alle emner og områder indenfor det medicinske felt i bøgerne. Selv alternativ behandling har fået tildelt et kort kapitel.

Om sygeplejersken er ansat i almen praksis eller selv har ondt i halsten, om kæresten lider af søvnapnø eller søster har fået en whiplashlæsion, der er opdateret viden om det hele.

De store sygdomsbilleder hypertension, KOL og diabetes vil være naturlige at gå om bord i for de fleste sygeplejersker og studerende for at opdatere viden af ældre dato.

Målgruppen er læger, ikke sygeplejersker, så der er mange detaljer, som sygeplejersker ikke har greb om eller skal kende, men f.eks. er kapitlet om ”Tobaksafvænnning” både brugbart og tilgængeligt for sygeplejersker.

Et lækkert oplagsværk, fint layoutet med gode illustrationer og boks, som absolut har relevans i sygeplejen i en tid, hvor det mere end nogensinde gælder om at identificere sine faglige huller og fylde noget i dem.

Det kan anbefales at bruge lidt tid på at orientere sig i bøgernes opbygning og systematik og herefter slå op og måske læse mere, end det fra starten var tanken. Det kommer man i hvert fald nemt til. Kroppen er forunderlig.

Ove B. Schaffalitsky de Muckadell,
Stig Haunsø, Hendrik Vilstrup (red.)
Medicinsk Kompendium
Bind 1 og 2
Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2013
2989 sider - 3.995,00 kr.



Af Jette Bagh,
fagredaktør på Sygeplejersken.

Et diskussionsoplæg til præster

Eva Jørgensen, kendt som journalist og studievært på DR, har udgivet flere bøger om tab og sorg. Med denne bog håber hun, på baggrund af interview med to præster, at kunne hjælpe læsere, som oplever modgang og krise. En velment intention, der ikke lykkes. Forfatterens hensigt med at beskrive hvorfor, hvordan og hvor hjælpen findes, er i stedet blevet en drøftelse af præsternes personlige liv. Det går galt, fordi interviewene mister fokus og i stedet vægter at belyse de to præsters forskellige sind, arbejdsbetingelser, gudsforhold, sparsomme enighed og udprægede uenighed. Mere galt går det, når præsterne tilkendegiver forskellige synspunkter, f.eks. om livsmød ”... som kan være fint at få fat i som halvtredsårig. Men havde man fået fat i de kræfter som sekstenårig, kunne det godt have gjort én så eksperimenterende, at man var blevet stofmisbruger”. Helt galt går det, når bogen læses i rammen af ny sorgforståelse, og vi præsenteres for offer-, redder-, martyr-trekanten ”Men i en reel situation, hvor sygdommen er bøddel, kan vi netop med kristendommen pege på en frelser, fordi vi har én at rette klagen mod”.

Bogen vil muligvis kunne hjælpe præster i gang med en faglig drøftelse af, hvilken hjælp danskere kan forvente at modtage fra præster, når livet kommer bag på os.

Af Jorit Tellervo, projektleder
Palliativt Videncenter.



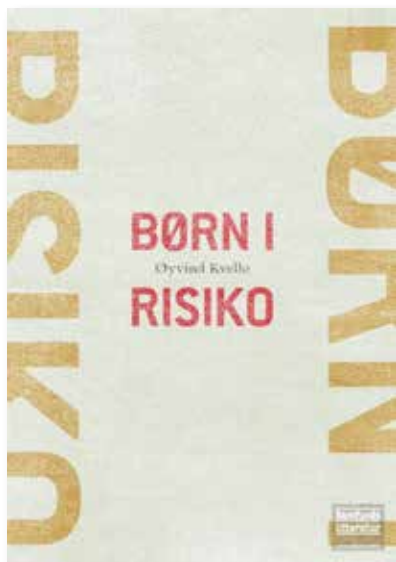
Eva Jørgensen
Hjælp
Når livet kommer bag på os
Samtaler med Preben Kok
og Bjarne Lenau Henriksen
Bibelselskabets Forlag 2013
152 sider - 299,95 kr.

Børnene spiller andenviolin i deres egen sag

Øyvind Kvello har en doktorgrad i udviklingspsykologi og vejleder både praktikere og beslutningstagere omkring udsatte børn, unge og deres familier. Han har med denne kampesten af en bog ønsket at samle den forskningsbaserede viden, der er på området. Der er lagt vægt på forskningsresultater, teorien har en underordnet plads dog med en understregning af, at "teori-løs praksis er fordummende, fordi teori kan sætte forskning i sammenhæng". Det teoretiske fundament er primært transaktionsmodellen for udvikling, men også psykodynamisk og social-kognitiv teori, hvor man kombinerer forskellige teoretiske perspektiver, og teknikker fra forskellige metoder er i spil. "Omsorgen for børn", skriver Kvello, "kan ikke løsrives fra den tid, vi lever i", og han problematiserer flere gange i teksten, at både teorier og metoder i arbejdet med udsatte familier er udviklet i og forbundet med en hvid, vestlig øvre middelklasser forståelse. "Børn i risiko" er både en grundbog og et opslagsværk. Der er en detaljeret indholdsfortegnelse, informationsboks og overblikslister over den beskrevne viden i alle kapitler, og indledningsvis findes en indholdsliste over disse bøger. Hvert kapitel indledes med en oversigt over indholdet. Bogen er tilpasset danske forhold og refererer til relevante danske studier. Der er litteraturhenvisninger undervejs i teksten og en 72 sider lang tætskrevet litteraturliste. Målgruppen er socialrådgivere og alle studerende og praktikere, som arbejder med udsatte børn og unge.

Kvello indleder kapitlet "Barnets sag og barnets tarv" med at beklage, at hjælpeparatet ofte er alt for voksenorienteret, og at en del børn spiller andenviolin i deres egen sag. Her i denne bog er barnet i centrum. Første del har fokus på udviklingspsykologien, mentalisering og en gennemgang af dette begreb og af begreberne resiliens, risiko- og beskyttelsesfaktorer. Sidste del gennemgår forskellige former for omsorgssvigt og mishandling af børn og konsekvenserne for deres udvikling og opvækst. "Overgreb er sjældent begrænset i et kortere tidsrum i et barns liv", skriver Kvello.

"Børn i risiko" giver et godt overblik over, hvilke faktorer der betinger, at børn kan trives og udvikle sig, og hvilke der kan forstyrre denne udvikling. Hvilke tegn hos børn og unge der peger på mistrivsel, og hvordan mistrivsel kan opspores og forebygges. Som Kvello påpeger et sted, kan mange af de emner, der behandles, i sig selv fylde flere bøger. Det lykkes dog at give en god oversigt og indføring i området risikobørn.



Øyvind Kvello
Børn i risiko
 Samfundslitteratur 2013
 511 sider - 450,00 kr.

Af Hanne Lindhardt,
 MSA, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.



GERIATRI I DET DANSKE SUNDHEDSVÆSEN ^(FYI)

Kom hele
vejen rundt
om den geriatriske
patient

KONFERENCE DEN 21. – 22. MAJ 2014 – KØBENHAVN – PARK INN

Hør talere fra:

Folketinget
Aarhus Universitetshospital
Københavns Kommune
Socialstyrelsen
Region Hovedstaden
Ældreforum
Bispebjerg Hospital
Hospitalenheden Vest
Aalborg Universitetshospital
Køge Sygehus
Herlev Hospital

Hvad er udfordringerne for politikerne
på ældreområdet?

Udfordringerne ved tværsektoriel
kommunikation

Lugtesansen som indikator for demens

Den gode indlæggelse og udskrivelse

Det Fælles Medicinkort

TILMELD DIG PÅ
www.fyi.dk
/geriatri

FYI For Your Information

FYI Events Christiansborggade 2 | 1558 København V | www.fyi.dk | +45 7027 1737

SILENTIA SKÆRMSYSTEM

Optimal hygiejne & fleksibel funktion



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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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

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

hs td

Sundhedskartellet Overvejer tættere samarbejde med organisationerne bag KTO

Efter flere år som selvstændigt forhandlingsfællesskab er Sundhedskartellet inde i overvejelser om at gå ind i et tættere og mere forpligtende samarbejde med organisationerne bag forhandlingsarbejdet KTO. Målet er bl.a. at styrke indflydelsen og resultaterne til gavn for medlemmerne.

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Hen over vinteren og ind i 2014 har Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse og Sundhedskartellet Forhandlingsudvalg (SHK) igangsat drøftelser for at danne grundlaget for beslutninger om, hvordan SHK og medlemsorganisationerne skal positionere sig for at skabe de bedst mulige resultater for medlemmerne ved de kommende forhandlinger om OK15.

”De seneste forhandlingsresultater og forhandlingerne ved OK11 og OK13 har vist os, at vi bliver nødt til at tænke nyt for at være rustet til de kommende års overenskomstforhandlinger. Det er tydeligt for mig, at de offentlige arbejdsgivere har store, koordinerede planer og idéer, og det kræver tilsvarende et kraftigt modsvar fra alle faglige organisationer. Derfor skal vi også nøje overveje, om vi står bedst alene i Sundheds-

kartellet eller er stærkere sammen med andre,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet, som repræsenterer ca. 100.000 sundhedsprofessionelle i 11 organisationer.

Derfor er Sundhedskartellet inde i overvejelser om at gå ind i et mere forpligtende samarbejde med organisationerne i forhandlingsfællesskabet KTO, der repræsenterer ca. en halv million offentligt ansatte i regioner og kommuner. Sundhedskartellet blev dannet tilbage i 1997 for at styrke samarbejdet mellem sundhedsprofessionerne, men indgik fortsat som en del af samarbejdet i KTO. I 2003 meldte organisationerne i Sundhedskartellet sig ud af KTO for i højere grad at kunne fokusere på at skabe fælles resultater til gavn for de sundhedsprofessionelle.

”Situationen er en anden i dag. Sundhedskartellet som selvstændig forhandler har været en rigtig god løsning og vil fortsat være det fremover, men der skal tænkes i nye baner med fokus på temaer, hvor der er et styrket behov for, at organisationerne på det offentlige område står tættere sammen. Derfor taler vi med KTO om et tættere samarbejde - hvordan det præcis skal udmøntes, er endnu ikke endeligt afgjort, det kommer de kommende måneders drøftelser og politiske behandling til at afklare,” siger Grete Christensen.

”Sundhedskartellet styrke er det tætte professionelle og faglige fokus, og det skal vi ikke sætte over styr, men der er brug for en tættere alliance mellem alle organisationer med medlemmer på det offentlige område,” siger Grete Christensen.

DSR I MEDIERNE

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

Seks ugers uddannelsesforløb styrker nyuddannede i jobsøgning

Tal fra FTF viser, at nyuddannede med en mellemlang videregående uddannelse kommer højere op i bunken af jobansøgere, hvis de tager yderligere seks ugers uddannelse. Til april frafalder den økonomiske støtte til det ekstra uddannelsesforløb, og det får Anni Pilgaard, formand for DSA og næstformand i DSR, til at frygte, at antallet af arbejdsløse vil hobe sig op, lyder det i P4 Radioavisen.

Arbejdsmiljø på hospitaler får rød smiley

På 10 af landets hospitaler er arbejdsmiljøet så dårligt, at Arbejdstilsynet har givet dem en rød smiley. Det er uacceptabelt, mener Dansk Sygeplejeråd. ”Det er et lige så stort

problem for patienterne, fordi man ved, at et dårligt arbejdsmiljø medfører en ringere sygepleje og en ringere behandling,” siger Dorte Steenberg, næstformand i Dansk Sygeplejeråd, til TV Avisen.

Uansvarlig og uværdig overbelægning

Overbelægning er uansvarligt for personalets arbejdsmiljø og uværdigt for patienterne. Det er derfor helt nødvendigt, at sundhedsministeren stiller sig i spidsen for en styrkelse af sammenhængen mellem det kommunale og det regionale sundhedsvæsen, så vi kan komme overbelægningen til livs,” lyder det i et indlæg fra Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, i bl.a. Nordjyske Stiftstidende.

Flere sygeplejersker på fuld tid er en enorm opgave

Tekst **Sigurd Nissen-Petersen**

Med virkning fra den 1. januar 2014 har Danske Regioner besluttet, at størstedelen af stillingerne i regionerne skal slås op som fuldtidsstillinger. Dermed følger regionerne op på deres gamle ønske om et opgør med det, regionerne selv kalder "deltidskulturen" og målet om at få flere op på fuld tid. Med dette initiativ får Dansk Sygeplejeråd opfyldt sit krav om at fuld tid skal være en ret - et krav som Dansk Sygeplejeråd uden held fremførte ved de seneste overenskomstforhandlinger.

"Vi ved, at det ikke er arbejdsrelaterede årsager, der får nogle faggrupper til at vælge at arbejde deltid. Masser af nyuddannede starter deres karriere i en deltidstilling, og ofte ufrivilligt. De bliver dermed presset ind i en deltidskultur og vænner sig til det som det normale. Det skal vi ændre på nu - det kan ikke nytte, at vi fortsætter med at uddanne tre medarbejdere til to stillinger," siger Jens Stenbæk (V), regionernes hovedforhandler ved overenskomstforhandlingerne i en pressemeddelelse.

Hvor mange af de kommende stillinger, der vil blive slået op som fuldtidsstillinger, er ikke afklaret. På Danske Regioners hjemmeside oplistedes en række undtagelser for, hvornår der skal slås stillinger op på fuld tid, og det anføres også, at

flere fuldtidsstillinger ikke skal medføre merudgifter.

Den nye politik får ikke betydning for arbejdstiden for de sygeplejersker, der allerede er i job, men kan måske bidrage til at de deltidsansatte, der ønsker fuld tid også kan få det.

Kræver øget fokus på ressourcer

Dansk Sygeplejeråd hilser beslutningen om fuld tid velkommen og ser frem til at drøfte med regionerne, hvordan de vil implementere den.

"Virkeligheden er jo, at rigtig meget planlægning, ressourcer og tilrettelæggelse af vagter, betyder, at arbejdsgiverne selv har opslået flere deltidstillinger for at få pengene til at række. Arbejdsmængde og tempo fylder meget i sygeplejerskernes arbejdsliv, og presset på den enkelte gør at flere vælger at nedsætte timetallet. Det kræver derfor et styrket fokus på forholdet mellem opgaver og ressourcer, hvor bl.a. forbedrede arbejdsgange og rutiner, bedre prioritering af opgaverne og øgede kompetencer og kvalifikationer til medarbejderne bør indgå. Det er en stor opgave at ændre på kulturen, og det kræver en aktiv indsats fra mange sider, hvis det skal lykkes," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



28. februar

- Forhandlingsudvalgsmøde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København

4. marts

- Bestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejehistorisk Museum, Kolding
- Oplæg på temamøde om sygeplejerskers rolle i rehabilitering af ældre, Aarhus

5. marts

- 2. møde i regeringens udvalg vedr. almen praksis, Sundhedsministeriet, København

7. marts

- Konference om tillidsreformen

10. marts

- CO10 Organisationsseminar, København

11. marts

- Bestyrelsesmøde i Partssamarbejde om Udvikling af Kerneydelsen (PUK), København
- Møde med Bert Asbild, formand for Danske Bioanalytikere, Kvæsthuset, København

14. marts

- Workshop for kommunal- og regionspolitikere, Kvæsthuset, København

18. marts

- Møde med Else Smith, adm. direktør i Sundhedsstyrelsen, København

19. marts

- Møde med Akademikerne, København

20.-21. marts

- Kommunalpolitisk Topmøde, Aalborg Kongres & Kultur Center

”Jeg bliver ikke så let stresset som før. Jeg tager tingene mere roligt og lader mig ikke så ofte irritere af små detaljer, men ser på, hvad der kan lade sig gøre. Jeg er nok heller ikke så meget perfektionist, som jeg var før. Jeg har lært af den lidt afslappede afrikanske facon.

Sygeplejerske Joanitta Christensen om at arbejde frivilligt på en handicapskole i Sydafrika. I Herning Folkeblad den 28. januar 2014



Mere sammenhæng skal løse overbelægning

Tekst **Rikke Brams** • Arkivfoto **Scanpix**

Overbelægning på sygehusene er stadig et problem, viser nye tal. Sundhedsminister Nick Hækkerup (S) anerkender problemet.

Sygesenge med patienter på gangene og i opholdsrum. Sådan var realiteten på mange af landets sygehuse sidste år. Og sådan er det stadig ifølge knap hver fjerde læge og sygeplejerske. Hhv. 23 pct. af sygeplejerskerne og 23 pct. af lægerne svarer ja til, at de inden for den seneste uge har oplevet patienter på gange, opholdsrum og lign. Det viser to nye undersøgelser, foretaget af hhv. MEGAFON for Dansk Sygeplejeråd og TNS Gallup for Lægeforeningen.

Knap et år efter at Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og Danske Patienter sammen præsenterede sundhedsmyndighederne og de ansvarlige politikere for en hjælpepakke mod overbelægning, er overbelægning dermed stadig en realitet.

På trods af en række initiativer til at nedbringe overbelægningen på nationalt og regionalt planer problemerne altså ikke afhjulpet. Derfor har Dansk Sygeplejeråd, Lægeforeningen og Danske Patienter sendt et brev til de nye regionsråd for at minde regionspolitikere om, at overbelægning fortsat kræver fokus og handling.

Patienterne skal ende hensigtsmæssigt

Fra den nye sundhedsminister Nick Hækkerup (S) lyder det, at problemet ikke skal løses med flere senge.

"I virkeligheden skal problemet snarere løses ved at sikre, at vi bruger ressourcerne bedst muligt, så patienterne ender der, hvor det er mest hensigtsmæssigt at være. Og det er ikke hensigtsmæssigt at være i en seng på en hospitalsgang," siger Nick Hækkerup.

Han peger på, at regeringen for nyligt har styrket sundhedsaftalerne, så der

fremover skal være fem aftaler, én aftale for hver region og kommunerne i regionen, og ikke 98 som i dag. For at understøtte aftalerne, er der med økonomaftalen for 2014 afsat 250 millioner kroner i regionerne og 300 millioner kroner i kommunerne.

De nye sundhedsaftaler skal sikre et mere sammenhængende sundhedsvæsen. En bedre dialog mellem region, kommune og den praktiserende læge for at sikre, at man forebygger indlæggelser, undgår genindlæggelser og sikrer, at kommunerne er klar til at tage imod, når patienterne er klar til at blive udskrevet.

I praksis betyder det f.eks., at kommunen skal stå klar med et tilbud om genoptræning og støtte i eget hjem til en ældre patient efter en faldulykke, så den ældre hurtigt kan blive mobil igen og komme tilbage sit eget liv, i stedet for at være fanget i en hospitalsseng.

Sværere at få erstatning for brystkræft

Erhvervssygdomsudvalget har strammet kriterierne for at få brystkræft anerkendt som arbejdsskade. "Den forkerte vej at gå," lyder reaktionen fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Mads Krøll Christensen**

Erhvervssygdomsudvalget under Arbejdsskadestyrelsen har indført nye og skrapere regler for at få anerkendt brystkræft som en arbejdsrelateret sygdom.

Reglerne, der trådte i kraft ved årsskiftet betyder, at eksempelvis en sygeplejerske skal have haft natarbejde gennem 25 år og minimum en ugentlig nattevagt for at få anerkendt brystkræft som arbejdsrelateret sygdom. Tidligere var kravet 20 års natarbejde.

I Dansk Sygeplejeråd mener næstformand Dorte Steenberg, at de nye regler er strammet for meget.

"Reglerne var stramme i forvejen, så det er bestemt den forkerte vej at gå at hæve grænsen yderligere," siger hun og understreger, at det fremover bliver meget svært at få anerkendt brystkræft som en arbejdsrelateret sygdom med efterfølgende mulighed for at få tilkendt erstatning.

Erstatningsregler alt for firkantede

Baggrunden for stramningerne er en kortlægning, som et forskerhold fra det finske institut for arbejdsmiljø, FIOH, har gennemført af eksisterende viden på området. Forskernes konklusion er, at der ikke er læ-

gelig dokumentation for, at natarbejde kan give brystkræft efter 20 år. Derfor har Erhvervssygdomsudvalget besluttet at stramme kravet. Det betyder, at grænsen hæves til 25 år, når der er tale om én nattevagt om ugen.

"Reglerne med faste grænser er alt for firkantede. Hvis f.eks. en sygeplejerske, der gennem en længere årrække har arbejdet om natten, får konstateret brystkræft, og hun hverken har en livsstil, som øger risikoen for kræft eller er genetisk disponeret for sygdommen, må det formodes, at det er hendes natarbejde, som er årsag. Men hvis hun 'kun' har haft nattevagter i 21 år, så er der ingen anerkendelse eller erstatning," siger Dorte Steenberg og fortsætter:

"I stedet for en ufleksibel grænse burde vurderingerne foretages mere individuelt fra sag til sag. Det er vigtigt at huske på, at det er en sygdom, som man kan dø af. Og det er utrolig vigtigt, at medarbejdere, som er så uheldige at blive ramt af brystkræft kan få en berettiget erstatning."

Vigtigt med forebyggelse

Der er dog undtagelser i de nye regler. Bl.a. er det muligt at få tilkendt erstatning

tidligere end grænsen på 25 år, hvis man i perioder har haft flere nattevagter. Det er dog uklart, hvor grænsen i givet fald vil ligge.

"Vi regner med, at det er muligt at få anerkendelse og erstatning efter 20 år, hvis man har haft perioder med flere nattevagter. Men det fremgår ikke klart, hvor grænsen ligger, så det har vi tænkt os at søge en praksis på ved at afprøve nogle sager," påpeger Dorte Steenberg og pointerer, at arbejdsgivernes ansvar allerede starter ved forebyggelsen.

"Vi ved, at sund kost og masser af motion kan være med til at forebygge kræft. Og derfor er der brug for, at arbejdspladserne giver medarbejderne nogle ordentlige tilbud om sund mad døgnet rundt og gerne også motion. Og det er væsentligt, at arbejdspladserne sætter fokus på, at medarbejdere, der har natarbejde mere end 300 timer om året, har ret til helbreds kontrol," lyder det fra Dorte Steenberg.

Erhvervssygdomsudvalget er et udvalg under Arbejdsskadestyrelsen og består af repræsentanter fra bl.a. arbejdsmarkedets parter, Sundhedsstyrelsen og Arbejdstilsynet.

» Indimellem har vi beboere, der er ekstremt gode til at leve i nuet. Vi har en ældre kvinde på hospicet, som ikke bekymrer sig om, at hun kan få det skidt lidt senere. Hun er fantastisk god til at være til stede i øjeblikket og til at sætte pris på det, hun har nu. Det er et privilegium at få lov til at følge med i.

Leder og sygeplejerske Anna-Birgitte Gamtofte om at arbejde på hospice, i Randers Amtsavis, 8. februar 2014



Fra Kroatiens skærgård til Sloveniens højland med indtagende middelalderbyer, fantastisk natur, fagligt besøg og lokale delikatesser. Inkl. to vinsmagninger - med dansk rejseleder, 8 dage.

Kroatien og Slovenien med Sygeplejersken

Tag med til to af Centraleuropas smukkeste lande på denne indholdsrige rejse gennem Kroatien og Slovenien. Vi oplever den skønne kroatiske skærgård ved Istrien-halvøen og flotte naturfænomener i kalkstengrotterne i Postojna, Vintgar-kløften og Bled-søen. Vi skal på naturskønne sejlture og på byvandring i idylliske middelalderbyer. Og vi får også lov til at smage på traditionerne, når vi tager på vingårdsbesøg i begge lande og prøver lokale specialiteter hos en skinkeproducent - alt sammen med i prisen! Undervejs er der selvfølgelig også tid til et spændende besøg på det medicinske modtagelsescenter Polyclinic i Rijeka, hvor vi får en rundvisning og hører om stedet.

Dagsprogram

- Dag 1 Fly Kbh. - Pula, Kroatien. Indkvartering og velkomstmiddag.
- Dag 2 Pula - Porec. Byrundtur i Pula, skinkeproduktion, Brijuni Nationalpark og Titos sommerresidens.
- Dag 3 Udflugt til middelalderbyerne Motovun og Grozňjan m. frokost og vinsmagning.
- Dag 4 Sejltur m. frokost, byrundtur i Porec.
- Dag 5 Porec - Ljubljana, Slovenien. Besøg i Postojna, en af verdens største kalkstengrotter, byrundtur i Ljubljana. Undervejs fagligt besøg i Rijeka.
- Dag 6 Byrundtur i kurbyen Bled, Bled-søen og sejltur, den naturskønne Vintgar-kløft.
- Dag 7 Byrundtur i Maribor og vinsmagning. Afskedsmiddag på Ljubljanas ældste restaurant.
- Dag 8 Ljubljana - Pula, Kroatien. Tid på egen hånd og fly til Kbh.

Afrejse: 17. maj 2014

Pris pr. person i delt dobbeltværelse, kr. 11.998. Singletillæg, kr. 1.498,-

Prisen inkluderer:

- Dansk rejseleder
- Fly København - Pula t/r
- Udflugter og entréer jf. program
- Sejlture til Brijuni Nationalpark, på Limfjorden og på Bled-søen
- Vinsmagning og smagsprøver på lokale specialiteter jf. program
- Indkvartering på hotel i delt dobbeltværelse
- Morgenmad dagligt og helpension dag 2-7
- Skatter og afgifter

Bestilling og information

Tlf.: 3698 9898

Mail: grupper@albatros-travel.dk

www.albatros-travel.dk/sygeplejersken

Rejsekode LR-SYG

Læs også www.dsr.dk > Læserrejser

Dansk Sygeplejeråds Firkløverpris 2014

Hæder i vente til sygeplejerske, der har gjort en særlig indsats

Kender du en sygeplejerske, som fortjener en pris for en helt særlig indsats i den kliniske sygepleje? Så indstil hende eller ham til Dansk Sygeplejeråds Firkløverpris 2014.

Det kan f.eks. være en sygeplejerske, der har gjort en særlig indsats i den direkte patientpleje, eller en sygeplejerske, der har arbejdet med kvalitetsudvikling, patientsikkerhed e.l.

Indsatsen kan være ydet både nationalt og internationalt.



Firkløverprisen uddeles til en, der arbejder inden for et af sygeplejerskens fire funktionsområder, dvs. klinisk sygepleje, ledelse, uddannelse og undervisning samt udvikling af sygeplejen. Sygeplejerskens resultater skal kunne formidles til andre sygeplejersker eller institutioner.

Firkløverprisen bliver overrakt den 15. september 2014 i forbindelse med Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefestival 2014. Prisen består - ud over æren - af 25.000 kr., som kan anvendes til studie og/eller en studierejse.

Både enkeltmedlemmer og grupper af medlemmer kan indstille en sygeplejerske til prisen,

men der kan ikke indstilles en gruppe af sygeplejersker. Indstilleren orienterer selv kandidaten. Prisen kan kun uddeles til en sygeplejerske, som er medlem af Dansk Sygeplejeråd.

Indstillingen skal indeholde (maks. 500 ord):

- En kort beskrivelse af den særlige indsats, der kan begrunde en prisindstilling
- En beskrivelse af, på hvilken måde den særlige indsats har udviklet sygeplejen
- En beskrivelse af resultaterne eller forventede resultater
- Navn, adresse og telefonnummer på kandidaten og gerne en e-mailadresse.

Bedømmelsesudvalget består af repræsentanter fra:

- Dansk Sygepleje Selskab
- Sygeplejeetisk Råd
- En forskende sygeplejerske
- Dansk Sygeplejeråd

Indstillingen skal være Dansk Sygeplejeråd i hænde senest den 10. maj 2014 og sendes til hjo@dsr.dk

Sure smileys til hospitalerne

Arbejdsmiljøet halter på hospitalerne, og arbejdstilsynet har givet 10 hospitaler en rød smiley. Der er alt for travlt, og der bliver lavet for mange forandringer. Det går ud over både personale og patienter, mener Dansk Sygeplejeråd.

Synes, det er fint, DSR pointerer, at det dårlige arbejdsmiljø går ud over patienterne. MEN synes måske, DSR også skulle nævne konsekvenserne for sygeplejersken [sur smiley med lukkede øjne] Det er vel trods alt sygeplejersken, der også repræsenteres i dette input 😊

Arbejdsmiljø er også et fremmedord i kommunerne, desværre. Autorisationen siger, du skal udføre dit arbejde med omhu og samvittighedsfuldt, det har desværre kostet en del kolleger deres helbred og arbejdsplæde de seneste år.

Det er der nok ikke nogen, der er uenig i. Tænk bare, om man har tænkt sig at gøre noget ved det?? Hvad vil DSR gøre? Resourcer, rammer, økonomi etc.? Det er bare ikke nok at konstatere.

Kære DSR. Kig venligst også ud i kommunerne, der mangler bestemt opbakning til alle de fantastiske sygeplejersker, som dagligt knokler med tiltagende dårlige borgere i eget hjem uden optimal normering. Fagligheden koster penge og nedprioriteres derfor. Men vi er desværre så "flinke", så vi finder os bare i det!!!!

No wonder! Som sygeplejerske sætter jeg aldrig mine ben på et hospital!

Frygter, at dette bare udløser endnu en regn af dokumentation, der skal udfyldes, uden at tingene reelt ændrer sig ...

Hospitalerne lærer ikke af egne fejl

Tal viser, at sygeplejersker og læger i 2013 indberettede præcis de samme typer af fejl, som i de foregående år. Når det sker igen og igen, viser det, at der fra politisk side ikke bliver gjort nok for at fjerne de faktorer, der fører til fejl.

Hvor mange er egentlige fejl, og hvor mange er et udtryk for proaktiv indsats og altså ikke fejl, men et udtryk for personalets bekymring for patientsikkerheden? Er arbejdsvilkårene således, at der er den fornødne tid og ro til at løse opgaverne. Eller er fokus lagt for meget på økonomi og effektivitet?

Jeg forsøger virkelig at komme hele vejen rundt om hver eneste patient og håber, at jeg gør en forskel. Og at de rigtige handlinger og tiltag bliver gjort. Laver ikke fejl med vilje. Jeg er kun et menneske. Ikke en maskine ❤️




Præcis. Man har oplevelsen af, at når man bruger tid på at lave utilsigtede hændelser gang på gang, at så sker der intet hos den øverste ledelse, når samme type fejl sker igen, og ledelsen bliver endda "fordret" med løsninger i det svarfelt, der hedder forslag til at undgå denne fejl ... Men bliver der lyttet, og sker der ændringer???

Journalen er også altid væk på mystisk vis ...

Følg og deltag i debatterne på Dansk Sygeplejeråds Facebook-side på www.facebook.com/sygeplejersker



Probiotiske Mælkesyre bakterier som naturlig beskyddelse af vagina

-  Til forebyggelse og behandling af bakteriel vaginose
-  Efter antibiotisk behandling af vaginitis
-  Behandlingen er nem, sikker og pålidelig.

Gynolact opløses hurtigt og kan bruges af kvinder i alle aldre. Mælkesyre bakterierne beskytter skeden og hjælper med at opbygge den naturlige balance i løbet af bakteriel vaginose. 1 tablet dagligt indeholder 2 x 10 mælkesyre bakterier: L.acidophilus, L.casei, L.rhamnosus.

Fås på apoteket, i Matas og i helsebutikker.

Pakningsstørrelse
8 tabletter

Vitalbans ApS
www.vitalbans.dk
Storegade 5, 2. sal, 7330 Brande / Tlf. 28 77 73 30

NYHED!
GYNOLACT
FORSTÅR KVINDER



Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

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

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Tarmen er tabu

Afføringsmønstrer hos et menneske med erhvervet hjerneskade er ofte dysfunktionelle, og det har betydning for personens livskvalitet, sociale integration og uafhængighed.

Afføringsproblemer har ikke høj prestige i sygeplejen, men i Teori & Praksis-artiklen ”Problemer med afføring hos patienten med hjerneskade” tager to sygeplejersker fat på emnet og beskriver, hvordan patienten med obstipation, inkontinens eller diarré kan hjælpes ved systematisk og struktureret tarmanamnese. Her er patientens tidligere afføringsmønster, ritualer og vaner væsentlige at kende, så de pårørende må spørges om den side af sagen.

Artiklen er en hjælp for sygeplejersker og studerende, som yder neurorehabiliterende sygepleje, men sygeplejersker på andre arbejdspladser kan også snildt hente hjælp her.

Den svært hjerneskadede patient indgår, så snart det er muligt, i et neurorehabiliterende forløb, og her er der først fokus på akut observation og pleje, senere på læringsbetingelser, der gør det muligt for patienten at generhverve færdigheder og leve et hverdagsliv med de begrænsninger, hjerneskaden måtte medføre. Patienten skal i denne fase være omgivet af fotografier og velkendte hverdagsting, f.eks. egen tandbørste, toiletsager, eget tøj m.m., og tilgangen til rehabiliteringen er tværfaglig. Artiklen beskriver principperne for hverdagsrehabilitering.

Portfolio er et studieredskab, der har voldt problemer ved Sygeplejerskeuddannelsen Metropol. Introduktion og undervisning af sygeplejestuderende og kliniske vejledere syntes dog at bryde isen og motivere til øget brug af portfolio. Artiklen anbefaler derfor, at der afsættes tid og ressourcer til dette.

Dilemma tager denne gang fat på, om sygeplejersker må/bør være med til at fastholde et barn, som skal stikkes eller have udført andre undersøgelser, der gør ondt. Hvad er alternativet, og hvordan kan man drøfte problemstillingen?

Jessie Bayh
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Brugerinddragelse i Fæll

Birthe Nielsen, SD, MPQM, udviklingssygeplejerske, ansat på Odense Universitetshospital, Svendborg; Birthe.Nielsen1@rsyd.dk

Etablering af et brugerpanel har givet personalet på Fælles Akutmodtagelse i Svendborg mulighed for at udarbejde en handleplan for at øge inddragelse af patienter og pårørende og øge kvalitet i behandling og pleje.

Patienter og pårørende ønsker brugerinddragelse, og Den Danske Kvalitets Model (DDKM) beskriver rammerne for denne (1). Her fortæller vi, hvordan opgaven er grebet an på Fælles Akutmodtagelse (FAM) OUH Svendborg Sygehus. Der er tale om et korttidsafsnit, hvilket begrænser sygeplejerskernes mulighed for at få et dybere kendskab til patienten.

Akutmodtagelsen er nyetableret og har eksisteret siden efteråret 2011 (2).

Missionen for FAM Svendborg er: ”FAM til gavn for patienter og pårørende døgnet rundt – til glæde og motivation for alle medarbejdere”.

For at leve op til missionen må man vide, hvilke perspektiver brugerne af afdelingen kan bidrage med for at opnå kontinuerlig udvikling til gavn for patienter og pårørende døgnet rundt (3).

Fremtidens brugere vil i højere grad inddrages og forventes individuel behandling. Man taler om et paradigmeskift i brugerrollen, idet patienter og pårørende i dag er mindre autoritetstro, mere informationssøgende og ofte selv har viden om sygdom og behandling (4).

Etablering af brugerpanel

Brugerpanel er en kvalitativ metode, hvor deltagerne via spørgeskema og dialog peger på, hvad der er vigtigt for dem i forbin-

Sådan vurderes artiklerne til FAG

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

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

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

es Akutmodtagelse

delse med akutte patientforløb. Desuden indgår et semistruktureret fokusgruppeinterview, hvor patienterne skal forholde sig til og debattere de spørgsmål, de har fået tilsendt, og i øvrigt kan lade sig inspirere af hinanden. Der indgik i alt otte tidligere patienter i panelet.

Patient og pårørende er de eneste, som oplever hele patientforløbet, og at kunne tage medansvar for det er kun muligt, hvis patient og pårørende inddrages og informeres om plan, behandling og pleje. Resultatet skal gerne være stor patient- og pårørendetilfredshed, positiv omtale og glade og motiverede medarbejdere.

Resultater

Brugerpanelsundersøgelse i februar og marts 2013 peger på, at der er brug for at udvikle og kvalitetssikre rettidig kommunikation, information og inddragelse af patienter og pårørende i deres patientforløb. Metoden findes velegnet – også til at følge op på de tiltag, der iværksættes efter Landsdækkende Undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP). Metoden kan afvikles sammen med sygeplejerskerne i afdelingen, hvilket kan have betydning for deres oplevelse af resultaterne.

Der er efterfølgende udarbejdet en handleplan med fokus på undervisning og information til sygeplejerskerne om inddragelse, kommunikation og information af patienter og pårørende i eget patientforløb.

Nuværende LUP belyser, hvordan patienter oplever at være indlagt på de danske hospitaler. Nogle patienter i FAM Svendborg oplever utilstrækkelig medinddragelse, idet der bl.a. manglede information om prøve- og undersøgelsesresultater, behandlingsplan samt opfølgning på samme. Andre får information, som kan være svær at forstå for almindelige mennesker, f.eks.

”Skulle have antibiotika, da mine infektionstal var høje”.

”Dårlige tal”.

Handleplan

På baggrund af resultaterne vedtog kvalitetsstyregruppen i FAM nedenstående handleplan.

- To temadage omhandlende værdier og holdninger, hvor omdrejningspunktet er patienter og pårørende – herunder fokus på inddragelse, kommunikation og information
- Temaaften om fælles holdning til akut-sygepleje
- Mulighed for undervisning af medarbejderne i Den Motiverende Samtale med henblik på undervisning i inddragelse
- Etablering af projekt ”I patientens fodspor”, hvor hensigten er at inddrage medarbejderne i undersøgelsen for at opleve, hvordan vejen igennem FAM er for patienter
- Tematisering og undervisning i brugerinddragelse i forbindelse med café-møder, morgenmøder og personalemøder
- Udarbejdelse af en uddannelsesmanual til sygeplejersker, der ansættes i FAM

Brugerpanelet har således allerede haft betydning.

Litteratur

1. Den Danske Kvalitetsmodel. Akkrediteringsstandarder for sygehuse. 2. version, 1. udgave maj 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
3. Sammenfatning af udgivelse fra Dansk Sundhedsinstitut.

Patienters perspektiver på akutmodtagelser. Et litteraturstudie. Anne Rytter Hansen, Laura Emdal. Dansk Sundhedsinstitut juni 2011.

4. Sundhedsprofessionelles forståelser af patientinddragelse. En kvalitativ undersøgelse. Videnscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS). København: august 2013.



søger sygeplejersker til Norge specielt indenfor følgende specialer:

- Intensiv
- Neonatal
- Anæstesi
- Operation
- Kardiologi

Vi kan tilbyde:

- Høj løn med pension
- Dækning af rejse og bolig
- Faglige udfordringer

Kontakt os på tlf. 8678 7898 eller på kontakt@uni-care.dk

Vi glæder os til at høre fra dig.

Jeg er alkoholiker – men jeg drikker ikke mere

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

Behandlingscenter
T J E L E

4 centre – også ét tæt på dig

Døgntelefon
70 20 40 80

www.tjele.com

Magnetfilosofien i en dansk kontekst

En magnet tiltrækker og fastholder, og det var netop, hvad der var brug for i Gastroenheden på Herlev Hospital. Derfor blev der for at fremme sygeplejerskernes trivsel og selvstændighed etableret et projekt med inspiration fra Magnetfilosofien i USA.

Susanne Hedegaard, cand.cur., klinisk sygeplejespecialist, gastroenhed D, Herlev Hospital; susanne.hedegaard.04@regionh.dk
Anne Kjærgaard Danielsen, ph.d., Ma(ed), Ma(CIN), RN
Kirsten Ravn ledende oversygeplejerske

Gastroenheden på Herlev Hospital er specialiseret i at undersøge, pleje og behandle patienter med mave-, tarm- og leversygdomme. Patientforløbene kendetegnes af en praksis med korte indlæggelser og med kritisk syge, som stiller krav til sygeplejerskernes kompetencer i en kompleks praksis. Gastroenheden var i 2011 præget af mismod. Sygeplejerskerne savnede indflydelse på deres arbejde i praksis, og flere sagde op efter blot få måneders ansættelse. Inspireret af Magnetmodellens filosofi, som beskriver, hvad der har betydning for selvstændighed og trivsel i sygeplejen, har vi udarbejdet et projekt med det formål at fremme sygeplejerskernes trivsel og selvstændighed, ved at sygeplejerskerne får mere indflydelse på at udvikle egen praksis. I projektet får sygeplejerskerne mulighed for at udvikle deres kliniske praksis ved at beskæftige sig med problemer, som de oplever i deres daglige arbejde, og som de gerne vil forbedre deres evne til at håndtere (1).

På en temadag for hele enhedens plejepersonale blev forskellige kliniske problemer diskuteret, og emnerne væsketerapi, smertebehandling og palliation blev fremhævet som daglige kliniske udfordringer. Efterfølgende har vi dannet taskforcegrupper, som er arbejdsgrupper for de sygeplejersker, som arbejder med disse kliniske problemer. I grupperne diskuteres de udvalgte problemer, og bl.a. inddrages videnskabelig litteratur systematisk, og den danner derved grundlag for implementering af ny viden i enheden. For at fremhæve gruppernes indsats og resultater af ændrede arbejdsgange indgår kliniske data med relation til det problem, der arbejdes med.

For at sikre sammenhæng og helhed i arbejdsprocessen forpligter medlemmer af taskforcegruppen sig til hele arbejdsprocessen, som også omfatter implementering af evidensbaseret praksis i enheden.

En stor del af enhedens sygeplejersker er nyuddannede, hvilket stiller særlige krav til den måde, introduktion og oplæring gennemføres på i afdelingen. Derfor har vi også dannet to særlige taskforcegrupper af afdelingssygeplejersker og kliniske afdelingssygeplejersker, som netop arbejder med de ledelsesmæssige udfordringer. Eksempelvis arbejdes der i øjeblikket med udviklingen af et mere håndgribeligt kompetenceprogram og etablering af mentorfunktion.

Efter at vi har oprettet de forskellige taskforcegrupper, er sygeplejerskernes tilbagemelding, at "der sker noget", og at de nu er med til at udvikle og indføre ny praksis, som har betydning for deres daglige arbejde i hele enheden. Sygeplejerskernes interesse for projekter afspejles ligeledes i et stort fremmøde og meget engageret deltagelse i taskforcemøderne.

Projektet har også til hensigt at ændre på, hvordan beslutninger vedrørende kvalitet og udvikling i enheden træffes, så sygeplejerskernes erfaringer fra praksis i højere grad inddrages i beslutningsprocessen. Vi har nedsat en styregruppe med en repræsentant fra hver taskforce og den ledende oversygeplejerske, som gør det muligt at træffe hurtige og effektive beslutninger i forhold til klinisk praksis (2).

Litteratur

1. Messmer PR, Turkel MC. Magnetism and the nursing workforce. *Annu rev nurs res* 2010;28:233-52.
2. Urden LD, Ecoff LK, Baclig J, Gerber CS. Staff nurse perceptions of the Magnet journey. *J Nurs Adm.* 2013 Jul-Aug;43(7-8):403-8. doi: 10.1097/NNA.0b013e31829d61aa.

Temadag

midt
regionmidtjylland

Blåkærgård og Tangkær inviterer til

Åbent Fagforum

Tema: Fra Service til Støtte
Serviceovens §141 i et socialt perspektiv

Du får vores bud på, hvordan man støtter borgeren i at være aktiv aktør i sit eget liv – hele livet.

På Blåkærgård og Tangkær arbejder vi med empowerment, og recovery i forhold til borgere, som er ramt af degenererende sygdomme eller svær psykisk sygdom og misbrug.

Se hele programmet og meld dig til på www.svo.rm.dk/fagforum

- Åbent fagforum finder sted:
- Tangkær den 24. marts 2014
 - Blåkærgård den 31. marts 2014.

Det er gratis at deltage

få mere
at vide

www.svo.rm.dk

Det palliative patientforløb skal styrkes

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



Lisbeth Sølvér, cand. cur., bor i København og er ansat som klinisk oversygeplejerske i Abdominalcenter K, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Hvad fik dig til at forske?

”Jeg var motiveret af en særlig interesse for at optimere det palliative behandlingsforløb for kræftpatienter i en kirurgisk stamafdeling. Mens udredning og behandling sker i effektive, standardiserede kræftpakkeforløb med kurativt sigte, har mange kræftpatienter en fremskreden sygdom på diagnose-tidspunktet, og nogle af dem gennemgår et langt og kompliceret udredningsforløb. I dag lever mange patienter i måneder til år med en fremadskridende sygdom med ringe udsigt til helbredelse, og der er sjældent opstillet mål og planer for den palliative indsats, der ydes. Min nysgerrighed efter viden om betydningen af kontinuitet i den lindrende indsats i en hospitalskontekst var vedvarende og fik opbakning fra min afdelingsledelse. Samtidig var det blevet muligt for sygeplejersker på Bispebjerg Hospital at søge et tremåneders forberedelsesstipendium til udarbejdelse af projektbeskrivelse med henblik på et ph.d.-forløb.”

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

”Overordnet handler min afhandling om kontinuitet i basal, palliativ hospitalsindsats med udgangspunkt i alvorligt kræftsygge patienters perspektiv. Kontinuitetsbegrebet har en central plads i afhandlingen, men med en faglig forståelse, der rækker ud over den lovbestemte kontaktpersonordning, som indgår i Den Danske Kvalitetsmodel. Ved at knytte kontinuitet til den sundhedsfaglige kerneydelse har afhand-

lingen fokus på identifikation og lindring af kræftpatientens fysiske og emotionelle problemer i den palliative fase af sygdomsforløbet og patientforløbets overgange.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Jeg har været indskrevet ved Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Syddansk Universitet i Odense, som i dag er under omstrukturering og på vej ind i et større Center for Klinisk Sygeplejeforskning. Under hele uddannelsesforløbet havde jeg min daglige arbejdsbase i Enheden for Sygeplejeforskning og Evidensbasering på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Jeg har på den måde haft et tæt samarbejde med mine tre vejledere og bevæget mig i to forskningsmiljøer.”

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

”Projektets drift og uddannelsesforløbet har været dækket ved en samfinansiering bestående af fakultetsstipendium fra Syddansk Universitet, private fondsmidler og lokale lønmidler. Projektet har bl.a. opnået økonomisk støtte fra Kræftens Bekæmpelse, Harboefonden og Region Hovedstaden.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Det kan man i ph.d.-afhandlingen (1) og i de forskningsartikler, der er angivet i litteraturlisten.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Konkret har mit forskningsarbejde givet en god baggrund for at søge og opnå regionale puljemidler til en lokal indsats, der skal styrke det palliative patientforløb for alvorligt kræftsygge patienter og deres pårørende. De første erfaringer med intervention fra en

sygeplejerske med klinisk specialistfunktion og en psykolog i en kirurgisk stamafdeling er meget positive. Min forskning har givet indsigt i nogle oversete og komplicerede patientforløb, som nu kan bruges til at kvalificere implementeringen af Forløbsprogram for rehabilitering og palliation, som det er anbefalet i Kræftplan III.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Jeg arbejder videre med at skabe viden om og styrke den basale palliative indsats.

I dag arbejder jeg med at afprøve en ny sygeplejerskefunktion som en organisatorisk forankring af den basale palliative hospitalsindsats. En gennemgående professionel kontakt skal etablere samarbejde med patienter og deres pårørende og fagligt optimere patientens forløb og overgange til og fra onkologiske afdelinger og specialiserede palliative enheder som hospice, udgående teams og palliative medicinske afdelinger.”

Litteratur

1. Sølvér L. Kontinuitet i basal palliativ hospitalsindsats med fokus på identifikation og lindring af fysiske og emotionelle problemer – beskrevet ud fra alvorligt kræftsygge patienters perspektiv. Ph.d.-afhandling fra Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet, 12. sept. 2013. ISSN 2244-9302.
2. Sølvér L, Rydahl-Hansen S, Oestergaard B, Wagner L. Identifying factors significant to continuity in basic palliative hospital care – from the perspective of advanced cancer patients. *Journal of Psychosocial Oncology*. 2013 Dec 23. [Epub ahead of print].
3. Sølvér L, Oestergaard B, Rydahl-Hansen S, Wagner L. Advanced cancer patients' self-assessed physical and emotional problems on admission and discharge from hospital general wards – a questionnaire study. *European Journal of Cancer Care* 2012; vol 21:667-76.

Ph.d.-forsvar

Antropologisk analyse af forældreskab efter præmaturitet

Helle Haslund, klinisk undervisningsansvarlig sygeplejerske, master i sundhedsantropologi



Fredag den 14. marts 2014 kl. 13.00 forsvare Helle Haslund, sygeplejerske, Master of Anthropology of Health,

MSA, sin ph.d.-afhandling "En antropologisk analyse af forældreskab efter præmaturitet – moralske eksperimenter i en gråzone mellem sygdom og hverdagsliv" i Auditoriet, Aalborg Universitetshospital, Nord, Reberbanegade i Aalborg.

Studiet undersøger processer for konstruktion af forældreskab i en grænseflade mellem det ekstremt præmature/syge og det mature/raske efter let eller moderat præmatur fødsel (mindst tre og maksimalt otte uger før beregnet termin). Efter endt hospitalsophold, i reglen af ugers varighed, betragtes både børn og forældre i udgangspunktet som raske. De er omfattet af det almindelige tilbud til spædbørn og forældre i Danmark og refererer dermed til normalitet.

Afhandlingen konkluderer, at let eller moderat præmaturitet i en gråzone mellem det ekstremt præmature og det "normale" raske øger kompleksiteten omkring processer for konstruktion af forældreskab, fordi det konstrueres i en gråzone – et grænseland – hvor præmaturitet "blinker i kulissen".

Kategorien præmaturitet er flertydig, og det er desuden uklart, hvornår den kan/skal aktiveres. Den er på den ene side forklaring på fænomener omkring barnet, men peger samtidig på risiko for senere følger af præmaturiteten.

Præmaturitet skal kontinuerligt håndteres i hverdagslivets eksperimenterende og usikre afsøgning efter at blive "gode forældre", som derved skaber håbefulde og sikre fremtidsudsigter for barnet. I denne gråzone, som er karakteriseret af flertydighed og ambivalens, ekspliciteres moralske aspekter. Forældreskab konstrueres med bidrag fra forskellige vidensformer og videnskilder lige fra sundhedsplejersken til internet, hvor forældrene søger konkrete svar og løsninger. Der er imidlertid ikke nogen entydig "oversættelse" angående ændringen af generel viden i den enkelte forælders situation, hvor afhandlingen peger på, at forældreviden er relationel, koblet til barnet og situeret koblet til den specifikke situation. På trods af intentioner om gensidig støtte ud fra en præmis om enshed kan mødregrupper bidrage til erfaringer af "forskel" og marginalitet hos forældre til let og moderat præmature.

Velfærdsstatslig monitorering og vejledning, som f.eks. sundhedspleje formidler, er medproducent af diskurser for godt forældreskab, som influerer på forældrenes proces og udgør en både juridisk og moralsk referenceramme.

Afhandlingen er empirisk funderet i et antropologisk feltarbejde, som har fulgt danske forældre til let eller moderat præmature gennem det første op til to et halvt år for hovedindformanterne i og omkring hjemmene. Herunder har der været et fokus på forældrenes brug af velfærdsstatslige

tilbud som f.eks. sundhedspleje, og hvordan forældreskab konstrueres med bidrag fra sociale netværk som mødregrupper.

Helle Haslund har udarbejdet ph.d.-afhandlingen ved Institut for Kultur og Samfund på Aarhus Universitet.

Bedømmelsesudvalg

- Professor Tine Tjørnhøj Thomsen, Syddansk Universitet
- Professor Halvard Vike, Sosialantropologisk Institutt, Universitetet i Oslo
- Lektor Maria Louw (formand), Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet.

Hovedvejleder

- Lektor Susanne Højlund, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet

Medvejledere

- Seniorforsker Mette Bech Risør, Allmenmedisinsk Forskningsenhed AFE, UiT Norges Arktiske Universitet, Tromsø
- Lektor Birgitte Schantz Laursen, Klinisk Institut, Aalborg Universitet, og Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital

Forsvaret ledes af ph.d.-programleder, lektor Marianne Qvortrup Fibiger, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet.



→ OLYMPUS ACADEMYKURSUS I DIATERMI

Diatermi bruges hver eneste dag på operationsgangen, både monopolar og bipolar. Desuden anvendes mere avancerede instrumenter til avanceret bipolar og ultralyds karforsegling og dissektion.

Med dette kursus ønsker vi, at operations- og ambulatoriesygeplejersker skal få en bedre indsigt i, hvad diatermi er, hvordan det virker og hvordan man håndterer det i hverdagen. Desuden opnås indsigt i, hvad ultralyd og avanceret bipolar energi er og hvad det kan anvendes til.

Kurset afholdes den 29. april hos Olympus Danmark A/S, Tempovej 48-50, 2750 Ballerup fra kl. 10-15. Kurset koster 600 kr. pr. person og hver tredje tilmeldte fra samme afdeling deltager gratis.

Læs mere om - og tilmeld dig - dette og andre Olympus Academy kurser her:
www.olympus.dk/academy

OLYMPUS

Master i Smertevidenskab og Tværfaglig Smertebehandling Ny masteruddannelse på Aalborg Universitet

Aalborg Universitet udbyder Danmarks første akkrediterede og forskningsbaserede masteruddannelse, der fokuserer på tværfaglig efteruddannelse af smertebehandlere.

Fokus på bl.a:

- Udredning af smerte
- Smertevidenskab
- Tværfaglig behandling
- Behandlerpraksis

Studiestart
September 2014

Ansøgningsfrist: 1. juni
www.evu.aau.dk



AALBORG UNIVERSITET

Call for abstracts Del din viden på Sygeplejefestival 2014

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



Dansk Sygeplejeråd inviterer til at indsende abstracts til Sygeplejefestival 2014.

Mandag den 15. september afholder Dansk Sygeplejeråd en sygeplejefestival i København for at sætte fokus på udviklingen af sygeplejen. Vi inviterer derfor sygeplejersker til at deltage aktivt med ny viden og forskning. Festivalen danner en spændende ramme for at præsentere et projekt og dele viden med kollegaer, forskere, ledere og Dansk Sygeplejeråds politikere.

Præsentér dine resultater

Der er to spor:

- Et spor for forsknings- og udviklingsprojekter
- Et spor for bachelorprojekter.

De indsendte abstracts bliver vurderet af et bedømmelsesudvalg. Godkendte abstracts vil blive præsenteret ved en posterudstilling eller ved mundtlig præsentation. Du finder mere information og formular til abstract på www.dsr.dk/sygeplejefestival.

Vær opmærksom på, at der er to formularer: et til forsknings- og udviklingsprojekter og et til bachelorprojekter.

Praktisk

Frist for indsendelse af abstracts er den 31. marts 2014.

Forfatterne får besked om godkendelse til mundtlig præsentation eller poster medio maj 2014.

EFTERUDDANNELSE

MASTER i

Masteruddannelsen har fokus på kvalitet som en integreret del af ledelsesopgaven. Den kan læses samtidigt med jobbet og strækker sig over to år. Med masterprojektet får du mulighed for specialisering inden for dit interesseområde.

■ **Ansøgningsfrist 1. juni.**

Læs mere på → www.sdu.dk/mpqm

Kontakt os på → tlf. 65 50 33 41 eller skriv til mpqm@sam.sdu.dk

offentlig kvalitet og ledelse

INFORMATIONSMØDE

Syddansk Universitet i Odense

→ Tirsdag d. 18. marts kl. 15.30-18.30

FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK



Diplomkursus i GCP for projektsygeplejersker

- Kliniske lægemiddelforsøg i Danmark

Kender du de teoretiske og praktiske aspekter ved kliniske lægemiddelforsøg, og har du brug for større indsigt i din rolle og ansvarsområder som projektsygeplejerske?

På dette kursus er der afsat god tid til gruppearbejde og praktiske øvelser – noget vores kursister ofte efterspørger – med fokus på relevante problemstillinger og cases.

Kurset indeholder derudover oplæg om videnskabelig uredelighed, investigators ansvar, håndtering af forsøgsdata, samarbejde med industrien, videnskabetiske overvejelser, safety rapportering, forsøgsmedicin og monitorering.

Kurset ledes af kompetente og erfarne undervisere og kan afsluttes med en eksamen.

Tid: 7. – 10. maj 2014

Yderligere information og tilmelding finder du på: www.lif-uddannelse.dk

Du er også meget velkommen til at kontakte
Kursusansvarlig
Stine Folkenberg
sfh@dli.dk, tlf. 39 15 09 27



Uddannelse

- fordi viden
skaber udvikling



Neurorehabilitering med fok

Artiklen beskriver vigtigheden af den særlige sygeplejeindsats til patienter, der har fået en svær hjerneskade og netop er blevet overflyttet fra intensiv afdeling til et højtspecialiseret neurorehabiliteringshospital, Klinik for Tidlig neurorehabilitering. Hovedbudskabet er, at det er nødvendigt at tænke og udføre rehabilitering med afsæt i hverdagens aktiviteter, også når det gælder den meget tidlige fase efter en erhvervet hjerneskade.

Tove Kilde, udviklingsansvarlig sygeplejerske og kvalitetskoordinator, cand.scient.san., Udviklingsenheden, Regionshospitalet Hammel Neurocenter; tove.kilde@hammel.rm.dk

Karen Sloth, specialeansvarlig sygeplejerske på Klinik for Tidlig Neurorehabilitering, master i rehabilitering

Lena Aadal, forskningsansvarlig sygeplejerske, cand.cur., ph.d.

I forbindelse med en erhvervet hjerneskade tabes færdigheder, og patientens forudsætninger for at leve livet som før skaden bliver ofte ændret markant. Et grundlæggende læringsprincip under rehabiliteringen er derfor genlæring af færdigheder, hvor den enkelte patients hverdagsliv, vaner og behov udgør fundamentet for den tværfaglige rehabiliteringsindsats. Hverdagsaktiviteter bliver således både fundament for, men også et mål for rehabiliteringsindsatsen.

Hverdagsaktiviteter og rehabilitering

Med udgangspunkt i definitionen af rehabilitering har rehabiliterende sygepleje efter en svær hjerneskade fokus på at støtte patienten i at generhverve færdigheder med henblik på efterfølgende at kunne leve et for patienten meningsfuldt og selvstændigt liv (1). På Regionshospitalet Hammel Neurocenter, se boks 1, tager vi udgangspunkt i International Klassifikation af Funktionssevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand (ICF) som referenceramme (2). Med dette afsæt kan funktionsnedsættelse analyseres og vurderes som et komplekst samspil mellem patientens

helbredstilstand samt de fysiologiske, psykologiske og sociale forhold. Samtidig medtænkes kontekstuelle faktorer, så miljøet konstrueres til dels at understøtte patientens funktionsevne, dels at afspejle patientens hjemmemiljø. Rehabilitering hviler således på antagelsen om, at mennesket har et evigt udviklingspotentiale (3), og opgaven bliver efterfølgende at skabe naturlige læringsmiljøer, da patientens motivation afhænger af, om rehabiliteringen opleves meningsfuld (4).

” Et grundlæggende læringsprincip under rehabiliteringen er derfor genlæring af færdigheder, hvor den enkelte patients hverdagsliv, vaner og behov udgør fundamentet for den tværfaglige rehabiliteringsindsats.

Den tidlige neurorehabilitering foregår i et hospitalsmiljø med forsøg på at tillemppe hospitalsstuen til hjemlige forhold. Patienten har eget tøj på, og pårørende opfordres til at medbringe billeder og effekter, som har betydning for patienten, eller som kan indgå i de daglige rutiner. Dermed er der ligheder mellem den tidlige neurorehabilitering og hverdagsrehabilitering, som aktuelt indføres i flere danske kommuner. Hverdagsrehabiliteringens principper beskrives af Marita Månsson som en indsats, der i et ligeværdigt samarbejde med borgeren udføres i eget hjem og nærmiljø med det formål, at borgeren skal kunne udvikle, genvinde, bibeholde eller alternativt forebygge forringelse af sine funktioner og evner (5). Hverdagsrehabiliteringens overordnede målsætning er at erstatte kompenserende ydelser med rehabilitering, hvor modtageren forventes at være aktiv i forhold til at kunne blive længst muligt i eget liv, dvs. at patienten får mulighed for at bevare så meget styring som muligt over sit eget liv. Målet med både neurorehabilitering og hverdagsrehabilitering er således at opnå og bibeholde størst mulig grad af funktionsevne, hvilket fordrer, at patienten har evne til at samarbejde og et vist læringspotentiale. Imidlertid er det væsentligt at pointere, at patientens mulighed for deltagelse og samarbejde ændres af en hjerneskade. Sygeplejersker i neurorehabilitering har således et todelte ansvar. Dels skal de inkludere

Boks 1. Fakta om Regionshospitalet Hammel Neurocenter

Regionshospitalet Hammel Neurocenter er et højtspecialiseret neurorehabiliteringshospital. Centeret er organiseret i fire klinikker med ansvar for hvert sit speciale. Klinik for tidlig Neurorehabilitering modtager patienter til behandling direkte fra intensivafdelinger og behandler patienter med akut erhvervet hjerneskade fulgt af ekstracerebrale (respiratoriske; cirkulatoriske, endokrinologiske og renale) skader. Mange af patienterne har sensomotoriske og kognitive funktionsnedsættelser karakteriseret af svære motoriske og perceptuelle problematikker, autonome dysfunktioner, bevidsthedsforstyrrelser, svære kommunikative forstyrrelser samt dysfagi-problematikker, der behandles med cuffet trakealtube, dvs. en tube med ballon, som forhindrer, at spyt og mundvand kommer ned i lungerne. Verbal kommunikation er ikke mulig, og det kræver kontinuerlig monitorering, når patienten har en sådan tube.

<http://www.neurocenter.dk>

us på hverdagsliv

patienten og tilrettelægge meningsfulde læringsbetingelser, der understøtter og fremmer patientens funktionsevne, dels skal de yde kompenserende sygepleje ift. de behovsområder, patienten ikke selv kan varetage. Udnyttelse af patientens læringspotentiale er omdrejningspunkt i den daglige rehabiliteringsindsats efter svær erhvervet hjerneskade og beskrives nærmere nedenfor.

Læringsperspektivet

I forhold til det at kunne leve et hverdagsliv er der for patienten tale om flere læringsformer, der kræver forskellige læringsrum: Genlæring eller kompenserende strategier for tidligere færdigheder, indlæring af nye rutiner i forhold til det liv, patienten forventes at kunne leve efter udskrivelsen, opøvelse af nye sociale færdigheder og endelig en vis krisebearbejdning. For at møde patientens forudsætninger for deltagelse og læring tilrettelægges de rehabiliterende indsatser i et samspil mellem aktivitet, omgivelser og patientens grad af selvstændighed i udførelsen.

Hverdagsaktivitetens genkendelighed, mening og kompleksitet overvejes og tilpasses. For at bedre transferværdien og dermed øge patientens mulighed for at anvende det nyindlærte i andre sammenhænge gennemføres aktiviteterne i rammer, der afspejler et hjemmemiljø. Endelig overvejes patientens grad af selvstændighed i udførelsen af hverdagsaktiviteten. Sygeplejen kan således ydes i et kontinuum fra at være plejende guiding, hvilket vil sige, at sygeplejeinterventionerne kompenserer fuldt ud for patientens manglende funktionsevne, samtidig med at der gives stimuli til den konkrete aktivitet, f.eks. påklædning og til at være vejledende, hvis patienten går i stå under aktivitet (6). Det er med andre ord væsentligt, at indsatserne lægger op til aktiviteter, patienten kan bruge i livet efter en hjerneskade, og som er meningsgivende for patienten. Der er høj grad af individualitet i såvel målsætning som konkrete tiltag, og patient og pårørende er dermed uerstattelige samarbejdspartnere, hvilket beskrives nærmere i det følgende.

Inddragelse af patient og pårørende

Inden for sygehusvæsenet generelt – men også inden for rehabilitering – ser vi, at der talesættes modstridende tendenser. Dels det personorienterede, hvor rehabiliteringen tager udgangspunkt i den enkelte patients livssituation og beslutninger, dels samfundsøkonomiske og poli-

tiske principper om standardiserede patientforløb med sigte på effektivitet, lighed og retfærdighed (7). Inddragelse af patientens perspektiv kan begrundes i såvel etiske overvejelser omkring patientens autonomi som i en positiv indflydelse på udfaldet af den kliniske indsats.

For at standardiserede patientforløb kan få et individuelt tilsnit, er det nødvendigt, men også en væsentlig udfordring, at personalet har fokus på involvering af patienten og de pårørende. Patientens forudsætninger for deltagelse influeres kraftigt af hjerneskaden. Derfor bliver teamets samarbejde med de nærmeste pårørende betydningsfuldt, da de kan videreformidle, hvordan patienten levede før skaden (8,9).

Evidens

I den danske MTV "Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering" (4) er der gjort et forsøg på at samle den eksisterende evidens indenfor neurorehabilitering. Der er erfaring for, at en tværfaglig teamorganisering fordrer, at medlemmerne er solidt forankret i egen monofaglighed. Desværre fokuseres der i rapporten ikke på specifikke sygeplejefaglige problemstillinger og tilhørende evidens. Dette kan bl.a. tilskrives vanskeligheder med at dokumentere effekten af den individualiserede ikke instrumentelle del af sygeplejeinterventionerne. Sygeplejeinterventioner rettet mod relationelle, pædagogiske eller etiske mål er sjældent et monofagligt ansvar, men ydes i fagenes snitflader.

” Det er med andre ord væsentligt, at indsatserne lægger op til aktiviteter, patienten kan bruge i livet efter en hjerneskade, og som er meningsgivende for patienten.

Der er udviklet flere internationalt anerkendte screeningsredskaber indenfor sygeplejen. Tendensen er, at disse i større og større grad anvendes i Danmark, hvilket kan være medvirkende til en mere ensrettet og systematiseret sygeplejefaglig dokumentation. I regi af Center for Kliniske Retningslinjer er der efterhånden udviklet mange evidensbaserede kliniske retningslinjer. Enkelte har generisk karakter, og andre er mere specialespecifikke. ▶

- ▶ I Region Midtjylland har man som et regionalt initiativ nedsat en sygeplejefaglig arbejdsgruppe, hvis funktion er at sikre integrationen af de kliniske retningslinjer i MIDT-EPJ. Der bliver således udarbejdet regionalt godkendte plejeplaner for hver af de godkendte kliniske retningslinjer. Dette sikrer, at såvel bagudrettet som fremadrettet sygeplejedokumentation er systematiseret og genanvendelig.

” Den sygdomsorienterede tilgang vil aftage over tid, og den situations- og samfundsorienterede tilgang vil tiltage.

Organisering

I rehabiliteringen tages teamsamarbejde som en given forudsætning for at opnå positive resultater (10). Sygeplejersker og læger har de fleste ansvarsområder i starten af rehabiliteringsforløbet. Sygeplejersken har i teamarbejdet et særligt ansvar for opfyldelse af patientens grundlæggende behov, forebyggelse af komplikationer, behandling af følgetilstande og dermed patientens rehabiliteringspotentialer. Herudover har hun i tæt relation til patienten en funktion med at tilvejebringe betingelser, der fremmer patientens involvering i eget rehabiliteringsforløb. Ergo- og fysioterapeuter vil ligeledes altid være en del af teamet, hvor fokus hos den svært hjerneskadede ofte vil være aktiviteter og problemstillinger vedrørende dysfagi, respiration og mobilisation.

Den sygdomsorienterede tilgang vil aftage over tid, og den situations- og samfundsorienterede tilgang vil tiltage. Sygeplejersker-

Boks 2. Opsummering

I den allertidligste fase er der fokus på pleje og behandling af borgerens funktionsnedsættelse. Interventionerne er rettet mod at behandle og fuldt kompensere for det, borgeren ikke kan – i et lærende perspektiv. Senere i forløbet forskydes fokus mod borgerens funktionsevne – det borgeren kan. Interventioner iværksættes for at understøtte funktionsevnen – i et delvist kompenserende og lærende perspektiv.

nes ansvarsområder og samarbejdspartnere vil således kontinuerligt ændre sig, og der vil som oftest komme flere andre faggrupper til i teamet, se boks 2.

Senere i forløbet forskydes fokus mod borgerens funktionsevne; det borgeren kan. Interventioner iværksættes for at understøtte funktionsevnen – i et delvist kompenserende og lærende perspektiv.

Sygeplejefaglige kompetencer

Sygeplejersken arbejder både med afsæt i plejeplaner, med beskrevne sygeplejefaglige problemstillinger, mål og interventioner, men også med udgangspunkt i patientens tværfagligt udarbejdede rehabiliteringsplan. I den tidlige fase kan plejeplanerne typisk beskrive mål for sygeplejen omhandlende f.eks. forebyggelse og behandling af respiratoriske problemstillinger, forebyggelse og behandling af tryksskade m.m. Patientens rehabiliteringsplan udarbejdes af det tværfaglige team i størst muligt samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Den beskriver problemstillinger og mål med henblik på at understøtte patientens aktivitet og deltagelse og kræver tværfaglige interventioner. Sygeplejersken arbejder her både selvstændigt og som en del af det interdisciplinære team, hvor funktionen kan være enten at medvirke i en tvær-

” Patientens rehabiliteringsplan udarbejdes af det tværfaglige team i størst muligt samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Den beskriver problemstillinger og mål med henblik på at understøtte patientens aktivitet og deltagelse og kræver tværfaglige interventioner.

faglig behandlingsseance eller døgnet igennem at være med til at understøtte den terapeutfaglige del af rehabiliteringen, se boks 3. Sygeplejen til patienten i denne fase af rehabilitering kræver kompetencer til at kunne omstille fokus fra at være rettet mod patientens akutte behov for observation og sygepleje til at have et mere rehabiliterende sigte. Oplæringen og kompetenceudviklingen til sygeplejegruppen i denne tidlige fase af rehabiliteringen tager ud-

gangspunkt i både den rehabiliterende del af indsatsen i form af et struktureret oplæringsprogram og den mere monofaglige oplæring i de følgetilstande, patienten også kan udvikle. Sidstnævnte søges opnået ved studieophold af få ugers varighed for nogle sygeplejersker på hjertemedicinsk, almen intensiv og neurointensiv afdeling,

hvor der efterfølgende forventes en transformation af opnået viden og handlekompetencer til den øvrige sygeplejegruppe på klinikken.

Sygeplejeledernes udfordringer

For at imødekomme denne kompleksitet må ledelsesopgaven sigte ►

Boks 3. Case: Et tidligt neurorehabiliteringsforløb

Patienten er en 32-årig mand, som i en trafikulykke pådrager sig en svær diffus hjerneskade. På akutsygehuset er patienten gennem et længerevarende intensivt forløb med respiratorbehandling, hvor komplicerede autonome dysfunktioner er fremtrædende.

Ved indlæggelsen på Klinik for Tidlig Neurorehabilitering har patienten stadig disse dysfunktioner, i form af forceret respiration, høj puls og blodtryk, forøget spænding i hele kroppen, ustabil døgnrytme og udtalt svedtendens ved ganske små påvirkninger. Patientens har desuden fejlsynkning af eget mundvand i så stor grad, at det er nødvendigt med cuffet trakealtube. Det betyder, at nonverbal kommunikation og aflæsning af kropssignaler bliver en afgørende faktor i samspillet med patienten. Ved øget sved på panden er der måske brug for stillingsskift, hvis pulsen stiger, kan det være udtryk for smerter, behov for toiletbesøg eller måske forvirring over, hvad der foregår.

Pga. patientens mange komplekse kropslige problemstillinger er det nødvendigt ved næsten alle aktiviteter at have en tværfaglig tilgang med 2-3 fagpersoner.

Rehabiliteringsindsatsen på den kropslige del omfatter intensiv sygepleje med døgnovervågning, monitorering og massivt behov for sygepleje. Ernæringsbehandling via sonde, respirationsbehandling med Bi-pap og Cpap, sugning, undersøgelse og behandling af ansigt, mund og svælg med primær fokus på den svære synkeproblematik samt afvænnning fra cuffet trakealtube. Seriegipsning og skinnedbehandling, standtræning i vippeleje, mobilisering, guiding i hverdagsaktiviteter, anlæggelse og justering af Bactofenpumpe (intratekal medikamentel behandling til afhjælpning af hypertoni og autonome dysfunktioner), fokus på lejringer og forflytninger, træning ift. blære- og tarmfunktion og hjælpemiddeltilpasning.

Sideløbende er der fokus på den pædagogiske tilgang. Det er uhyre vigtigt under forløbet at overveje, på hvilken måde patienten bliver stimuleret. Der bliver hele tiden vurderet og handlet på, hvilke signaler og udtryk patienten er i stand til at sende i forhold til de stimulationer, personalet

giver ham. Ved bad er der således en strategi for, hvordan patienten bedst får mulighed for at mærke sin egen krop og dermed være mere aktiv i seancen. Badet bliver udført ud fra særlige taktile sansestimulerende behandlingsmetoder, og det er patientens egne toiletsager, der bliver anvendt for at skabe mening og genlæring af dagligdags aktiviteter.

Rehabiliteringens første fase har således fokus på varetagelse af patientens basale behov. Senere er det muligt i større grad at tage udgangspunkt i hans personlige interesser og egen motivation.

Kommunikationen og kontakten med patienten er i starten ustabil og usikker, derfor består indsatsen i udredning og inddragelse af kommunikationshjælpemidler. Senere i forløbet får patienten en sikker kommunikation via hjælpemidler. Det betyder, at patientens kognitive problematikker bliver tydelige. Det bliver muligt at registrere, teste samt behandle de kognitive vanskeligheder via det tværfaglige samarbejde og neuropsykologisk bistand. Her tilbydes patienten aktiviteter, der også i hans tidligere liv har haft stor betydning.

Det er en stor udfordring at inddrage patienten i samarbejdsprocessen omkring målsætning og planlægning af forløbet. Derfor bliver samarbejdet med pårørende meget vigtigt. De er hans ambassadører - lige fra den tidlige indlæggelse. Det er via dem, personalet lærer patientens interesser og personlighed fra tidligere at kende og dermed får mulighed for at inddrage dette i det tidlige rehabiliteringsforløb. Patientens bruger således altid eget tøj, lytter til kendt musik, har egne ting på stuen f.eks. fodbold og billeder. Det er samtidig en vanskelig periode for patientens pårørende, som kræver støtte for at bevare håb for hans fremtid.

Patienten får et langt neurorehabiliteringsforløb med flere kortvarige indlæggelser på medicinske afdelinger pga. ustabil kropsfunktion. Men over tid bliver hans tilstand og kommunikation mere stabil, der er større selvstændighed i de daglige aktiviteter og mulighed for deltagelse i sociale sammenhænge.

- ▶ på at tilvejebringe et miljø, der understøtter etablering af en stærk sygeplejefaglig identitet, omstillingsparathed samt evne til mono- og interdisciplinært samarbejde. Samtidig kan de monofaglige bidrag være vanskelige at afgrænse entydigt i en interdisciplinær kontekst (11). Det vil være et krav, at såvel den forebyggende, den direkte som den indirekte patientpleje i høj grad skal målrettes generhvervelse af eller kompenserende strategier for kendte hverdagsaktiviteter og dermed værne om individualiteten i forløbene. Det indebærer øget behov for tæt interaktion, dokumentation, koordinering, samt vidensudveksling og samarbejde på tværs af sektorer.

Litteratur

1. Lie H, Melchiorsen H, Kilde T. Rehabiliteringsbegrebet – en indføring. In: Hjortbak B, Bangshaab J, Johansen JS, Lund H, editors. Udfordringer til rehabilitering i Danmark. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark, 2011:11-25.
2. WHO. ICF International Klassifikation af funktionsevne funktionsnedsættelse og helbredstilstand. Munksgaard Danmark, 2003.
3. ESPRM. White book on physical and rehabilitation medicine in Europe. Europa Medicophysica. Mediterranean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 42[4], 290-332. 2006.
4. Sundhedsstyrelsen. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen S, editor. 2011;13(1). 2011. København, Sundhedsstyrelsen.
5. Kjellberg P, Ibsen R, Kjellberg J. Fra pleje og omsorg til rehabilitering. Viden og anbefalinger. 2011. Dansk Sundhedsinstitut, København.
6. Aadal L, Kirkevold M. Integrating situated learning theory and neuropsychological research to facilitate patient participation and learning in traumatic brain injury rehabilitation patients. *Brain injury* 2011; 25(7-8):717-28.
7. Jacobsen CB, Pedersen VHAK. Patientinddragelse mellem ideal og virkelighed – en empirisk undersøgelse af fælles beslutningstagning og dagligdagens møder mellem patient og behandler. 8(3). 2008. København Sundhedsstyrelsen, Monitorering og medicinsk Teknologivurdering. Medicinsk teknologivurdering – puljeprosjekter.
8. Bredland EL, Linge OA, Vik K. Det handler om verdighet. Ideologi og praksis i rehabiliteringsarbeid. 2. udgave ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, 2005.
9. Wæhrens E, Winkel A. Tværfaglig neurorehabilitering. In: Wæhrens WoG, editor. Neurologi og neurorehabilitering. København: Munksgaard Danmark, 2009:207-17.

10. Lund RMNoI. Tværfaglige teams i rehabilitering – overblik på basis af et literaturstudie. 1-29. 2010. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

11. Larsen NS. Sygepleje mellem pakker og personer – en mikrosociologisk undersøgelse af relationer mellem vidensformer, som bringes i spil i sygeplejerskens arbejde med rehabilitering og behandling. Danmarks Pædagogiske Universitetssskole ved Aarhus Universitet, 2010.

English abstract

Kilde T, Sloth K, Aadal L. Neurorehabilitation with Focus on Everyday Life. *Sygeplejersken* 2014;(3):62-6.

The article describes the special nursing duties required for patients with severe brain damage who have just been transferred from intensive care to a neurorehabilitation hospital. Focus is on how the rehabilitating and individual-oriented approach can be applied in the very early stages of hospital admittance. The nurse's focus changes over time from the patient's urgent needs for observation and care towards the patient's inclusion and arranging for meaningful learning conditions that support and promote the patient's functional capacity. Early neurorehabilitation takes place in a hospital environment that is organised so it resembles a home environment, in order that everyday activities can be included in the work. The patient's ability to participate is highly influenced by the brain injury. Therefore, the team's work with the closest family members becomes important. Neurorehabilitation is practiced in an interdisciplinary environment, and teamwork is viewed as a given in order to achieve positive results.

Keywords: Brain damage, everyday life.

TEORI PRAKSIS

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

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

Problemer med udskillelse hos patienten med hjernes

Patienter med svær hjerneskade har meget ofte komplekse afføringsproblemer. Et litteraturstudie peger på, at sygeplejefaglig identifikation af og tiltag i forhold til udskillelse af afføring hos patienterne kan øge deres livskvalitet og evne til at håndtere dagligdagen. En systematisk tarmanamnese er forudsætningen for at hjælpe patienterne.

Lisbet Fog, sygeplejerske, SD, MR, specialeansvarlig sygeplejerske, Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Hammel Neurocenter; lisbet.fog@hammel.rm.dk
Lena Aadal, sygeplejerske, SD, cand.cur., ph.d., forskningsansvarlig sygeplejerske, Hospitalsenheden Midt, Regionshospitalet Hammel Neurocenter
 Illustrationer **Kristof Bien**

Mål med artiklen

- Synliggøre omfang og kompleksitet af afføringsproblemer hos patienter med svær erhvervet hjerneskade i den subakutte fase under rehabiliteringsforløbet
- Præsentere forslag til struktureret vurdering af tarmfunktion efter hjerneskade
- Synliggøre et repertoire af sygeplejefaglige interventioner til forebyggelse, minimering eller afhjælpning af afføringsproblemer.

Baggrund

Ca. 1.500 personer med erhvervet hjerneskade har årligt behov for neurorehabilitering under indlæggelse på henholdsvis regionsniveau og højt specialiseret niveau (1). Skaderne er forårsaget af bil-, cykel-, drukne- eller faldulykker eller efter svær apopleksi (2).

Erhvervet hjerneskade kan medføre mave-tarm-dysfunktion, der involverer spiserør, mavesæk, tynd- og tyktarm (3). Immobilitet (4) og muskuloskeletal dysfunktion efter cerebrovaskulær skade øger risikoen for kronisk obstipation.

Obstipation forekommer f.eks. hos 60 pct. af patienter med apopleksi under rehabiliteringsforløbet og hos 30 pct. tre måneder efter sygdomsdebut (5,6). Afføringsinkontinens forekommer hos en overvejende del af patienter med erhvervet hjerneskade i det akutte forløb (7). Denne tilstand kan imidlertid være vedvarende (7). 12 pct. af patienterne med traumatisk hjerneskade er afføringsinkontinente ved udskrivelsen fra hospitalet (8) og 11 pct. af patienterne med apopleksi (6). Symptomerne er ikke alene hyppigt forekommende, de har også en massiv negativ effekt på patientens livskvalitet, sociale integration samt evnen til at leve et uafhængigt liv (7). Problemer med at udskille afføring er et socialt uacceptabelt og tabubelagt område og resulterer ofte i social isolation og påvirkning af alle livets aspekter herunder seksualitet (9). Fokus under rehabilitering efter erhvervet hjerneskade er derfor også forebyggelse og behandling af komplikationer samt optimering af denne kropslige funktionsevne.

Patienter med erhvervede hjerneskader har ofte en kombination af sensomotoriske, kognitive og emotionelle forandringer. Gruppen af patienter med hjerneskade er heterogen, og skaden medfører afhængigt af placeringen ofte ændringer i fysiske evner,

Blå bog



Lisbet Fog er 52 år. Hun er uddannet sygeplejerske i 1997 fra Silkeborg Sygeplejerskole. Hun har efterfølgende taget sundhedsfaglig diplomuddannelse i 2007 og blev master i rehabilitering fra SDU i 2010.

Lisbet Fog har klinisk erfaring som sygeplejerske fra neurologisk afdeling F på Aarhus Sygehus fra 1997-2000. Hun har siden 2000 været ansat på Regionshospitalet Hammel Neurocenter på sensomotorisk klinik på afsnit for voksne mennesker med erhvervet hjerneskade indlagt til neurorehabilitering i den tidlige fase.



Lena Aadal er 51 år. Hun blev uddannet sygeplejerske i 1987 fra Randers Sygeplejerskole. Efterfølgende tog hun SD i 1997, sidefag i medicinsk antropologi i 1997, kandidatuddannelsen i sygepleje i 2002, og hun blev ph.d. i sygeplejevidenskab i 2010. Hun har erfaring fra medicinsk afdeling, projektarbejde samt undervisning på en sygeplejerskole. Hun har siden 2003 været ansat på Regionshospitalet Hammel Neurocenter som forskningsansvarlig sygeplejerske.

Hun har siden 2003 været ansat på Regionshospitalet Hammel Neurocenter som forskningsansvarlig sygeplejerske.

sprog, sansning, erkendelse, hukommelse, initiativ, emotion og adfærd (10,11,12). Præmorbid psyke, kultur og socialgruppe influerer på hjerneskadens konsekvenser. To personer med identiske hjerneskader må alene af den grund forventes at udvikle forskellige problemstillinger (13). Til trods for identisk hjerneskade kan der således ses forskellige udfald i f.eks. mave-tarm-funktion, hvilket fordrer specifikke kompetencer hos sygeplejersken (14).

Metode

Denne artikel bygger på et litteraturstudie. Et Cochrane-review konkluderer i 2009, at det ud fra den foreliggende forskning ikke er muligt at anbefale ét tiltag frem for et andet i behandling af tarmdysfunktion, og denne må derfor forblive erfaringsbaseret, indtil der fremkommer undersøgelser af en bedre kvalitet (15). I forbindelse med denne artikel er der foretaget en ny systematisk litteratursøgning med afgrænsning til 2009-2013

af afføring kade

under anvendelse af MeSH og fritestord kombineret med boleriske søgetermer. Søgningen blev efterfølgende suppleret af håndsøgning. Følgende søgestreng og søgeord blev benyttet: 1 Nursing interventions OR nursing management, 2 Neurogenic bowel dysfunction NOT nutrition, 3 Brain injuries AND cerebrovascular disease samt 4 Rehabilitation AND in-patients. Der er søgt i databaserne SweMed, Cinahl, PUBMED, Cochrane, Joanna Briggs og bibliotek.dk

” Obstipation forekommer f.eks. hos 60 pct. af patienter med apopleksi under rehabiliteringsforløbet og hos 30 pct. tre måneder efter sygdomsdebut.

Der er efterfølgende foretaget en supplerende søgning, hvor ordene constipation (fritekst or MeSH) OR fecal incontinence (fritekst or MeSH) er tilføjet. Søgningen gav 11 resultater, hvoraf seks ekskluderes på baggrund af abstract. Evidensgrundlaget for sygeplejefaglige interventioner er således fortsat sparsomt. På baggrund af forskningsbaseret viden, teori og eksisterende praksis belyser denne artikel derfor den sygeplejefaglige identifikation af og tiltag i forhold til problemer med udskillelse af afføring hos patienter med erhvervet hjerneskade indlagt til neurorehabilitering. Der inddrages forskning udført i forhold til neurogen tarmdysfunktion, udredning og tiltag, da principperne i behandlingen kan overføres til en bredere neurologisk population, når der er foretaget en relevant udredning (9).

Problemer med udskillelse af afføring

Erhvervet hjerneskade kan medføre mave-tarm-problemer, der involverer spiserør, mavesæk, tynd- og tyktarm (3). Det kan medføre motilitets- og mucosaforandringer, skader på mikrowilli samt ændret funktion af epitelceller i tarmen (3). Der kan opstå forsinket ventrikeltømmning (16), ligesom tarmens mobilitet og dermed tarmpassagetid ændres (3). Diarré kan opstå som følge af intolerans for enteral ernæring (16). Ændrede spisevaner (7,17), stort vægttab og almen svækkelse (17,18), bivirkning af medicin (7,18), sygdomme som diabetes (18,19) og åreforkalkning kan påvirke tarmen negativt. Hæmorider, der forekommer hyppigt hos mennesker med neurogen tarmdysfunktion (7,9), er bl.a. associe-

ret med obstipation og diarré (9). Patienten kan endvidere have problemer med at opbygge et abdominalt tryk til at presse (20). En mulig følge efter hjerneskade er nedsat lukning af stemmelæberne og hypotoni i truncus, hvilket kan influere på brugen af diafragma samt bugmuskulatur. Problemstillingen forværres yderligere, hvis patienten har trakealtube. En del af problemstillingen omkring udskillelse af afføring kan således tillægges fysiologiske følger efter hjerneskade. Kognitive ændringer og talebesvær kan ligeledes influere (4). Fækal inkontinens kan således bl.a. være en følge af svigtende genkendelse af defækationstrangen (18), manglende evne til at strukturere handlinger forbundet med toiletbesøg og manglende evne til at udtrykke behov for afføring (4). Endelig kan immobilitet begrænse muligheden for toiletbesøg (18) og hensigtsmæssig defækatonsstilling.

Obstipation, diarré og/eller fækal inkontinens er således hyppige følger efter en erhvervet hjerneskade. Under rehabiliteringsopholdet kan afføringsproblemerne være årsag til ineffektiv brug af behandlingstid, afbrudte eller aflyste terapeutiske behandlinger og forlængelse af indlæggelsestiden (21). Sygeplejersker har en central og koordinerende rolle i forhold til at afhjælpe eller minimere ▶

Boks 1. Case: Jens Hansens historie

Jens Hansen er en mand på 61 år, som indlægges til intensiv neurorehabilitering efter en erhvervet svær hjerneskade. Jens har op til skadetidspunktet klaret sig selv i hjemmet og har passet sit arbejde som kontorassistent. Han er hverken gift eller samboende.

Jens indlægges efter et styrt med sin cykel. CT-scanning viste, at Jens havde talrige små blødninger i begge frontallapper med omkringliggende ødem samt blødninger omkring motorisk cortex. På rehabiliteringshospitalet er Jens apatisk og initiativløs. Han ernæres med fiberholdig sondeernæring samt 1.600 ml vand beregnet af den kliniske diætist. Han har en højresidig hemiparese. Kan bevæge venstre arm spontant. Bliver liftet til kørestol og kan holde til at sidde i denne ca. 30 minutter. Jens udtrættes hurtigt. Jens er inkontinent for urin og afføring og kan ikke samarbejde til at komme op på bækkenstol/toilet.

Ordineret medicin

Esomeprazol 40 mg, Innohep 3500 IE, Clopidogrel 75 mg, Hjertemagnyl 75 mg, Digoxin 312,5 mikg, Simvastatin 40 mg, Magnesia 500 + 1000 mg.

- funktionsændringer i relation til at udskille afføring og dermed forbunden livskvalitet og sundhedsmæssige problemer (6,9,18). Sygeplejefaglig identifikation af afføringsproblemer efterfulgt af sygeplejetiltag er således hyppigt forekommende og yderst centrale handlinger under rehabilitering af patienter med erhvervet hjerneskade. På baggrund af eksisterende praksis, teori samt det sparsomme antal forskningsresultater kan handlinger i forhold til identificering af og tiltag i forhold til problemer med udskillelse af afføring forsigtigt udledes.

Sygeplejefaglige interventioner

Tarmanamnese

Da årsagerne til afføringsproblemer er multifactorielle hos voksne patienter med følger efter erhvervet hjerneskade, anbefales det som første skridt at tilbyde en systematisk og struktureret tarmanamnese (6,15,18,22-24) samt årsagssøgning på de ni faktorer, der påvirker tarmfunktionen negativt (22), se figur 1. En tarmanamnese skal indeholde data vedrørende patientens tidligere afføringsmønster (3,15,18), ritualer og vaner samt omfatte vurdering af patientens nuværende tarmproblem, medicinindtag og patientens funktionsniveau ift. toiletbesøg (18,23).

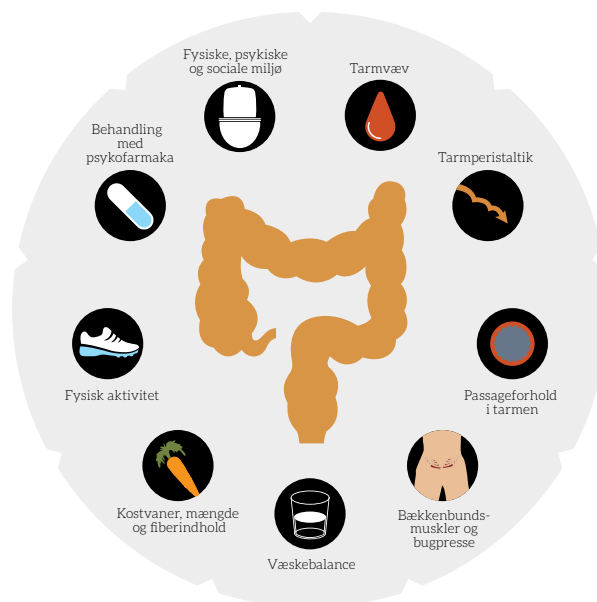
En kontrolleret, randomiseret undersøgelse har vist, at systematisk dataindsamling til afdækning af patientens tarmproblemer med efterfølgende tilpassede handlinger kan øge andelen af patienter med normalt afføringsmønster i forhold til kontrolgruppen efter 3-6 måneder (6). Desværre har mange patienter med hjerneskade problemer med at udtrykke sig på grund af følger efter hjerneskaden. Her kan pårørende inddrages angående tidligere afføringsmønstre, vaner, ritualer og evt. problemer (18). Søgning på de ni faktorer kan give hint om mulige årsager (22), og analysen danner afsæt for vurdering af forskellige muligheder for at regulere på tarmfunktionen under hensyn til, hvad der er muligt hos den enkelte patient. De sygeplejeinterventioner, der sættes i værk, kan både være behandlende og kompenserende. I det følgende beskrives mulige tiltag på baggrund af eksisterende viden og praksis.

Defækationsstilling

Det at indtage en god defækationsstilling kan være svært for en patient med følger efter en hjerneskade. Øget eller nedsat tonus i kroppen, nedsat bevidsthed, apraksi og lammelser kan være årsager

Figur 1. De ni faktorer, der betinger/påvirker den normale tarmfunktion

Figuren anvendes til systematisk vurdering af de ni enkeltstående faktorer, der influerer på tarmens funktion.



- Tarmvæv: Vurder tarmens forsyning af ilt og næringsstoffer.
- Tarmperistaltik: Neurologiske skader m.m.
- Passageforhold: Defækationsstilling, tonus i lukkemuskel.
- Bækkenbundsmuskulatur og bugpresse: Defækationsstilling og evne til at presse.
- Væskebalance: Afstemning af indtag i relation til udskillelser, kropstemperatur og miljø.
- Kostvaner: Antal måltider, mængde, fiberindhold og tolerans af sondeernæring.
- Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet og bevægelse.
- Behandling med farmaka: Overblik over virkning og bivirkning.
- Det fysiske, psykiske og sociale miljø omkring defækation, hvorvante toiletvaner er udfordret af funktionsnedsættelser samt et hospitalsmiljø med professionelle og medpatienter.

til dette. Ud fra en viden om den anorektale vinkel (18,25,26), der dannes af musculus puborectalis, kan det tilstræbes, at patienten kommer op at sidde i den optimale defækationsstilling (18,25,26), se figur 2. En mulighed er at hjælpe patienten til at sidde foroverbøjet på bækkenstol eller toilet med f.eks. ropxbord/bord foran sig. En skråkile eller pude bagved patientens ryg kan understøtte defækationsstillingen. En fodskammel kan benyttes til fødderne, hvis toilettet er for højt, så fleksion af hoftelæddene fremmes. Denne siddestilling understøtter udretningen af den anorektale vinkel, ved at den puborektale muskel trækkes bagud, og defækationen lettes (26).

Figur 2. Siddestilling ved defækation

Figuren viser den optimale siddestilling for defækation med fleksion i hoftelæddene, hvorved den anorektale vinkel imellem analkanalen og rectum udrettes.

I stillingen bemærkes, om toilethøjden giver patienten mulighed for fleksion i hoftelæddene, og om patientens respirationsmuskler giver mulighed for en Valsalva-manøvre.



Ikke alle patienter har kompetencer til at komme på badeværelset, eller det er ikke sikkerhedsmæssigt forsvarligt. En alternativ mulighed er at bygge et miljø, der afspejler toilettet på patientens stue, hvor vægge, seng/briks, lift og liftsejl kan danne omverden og sikkerhed omkring patienten.

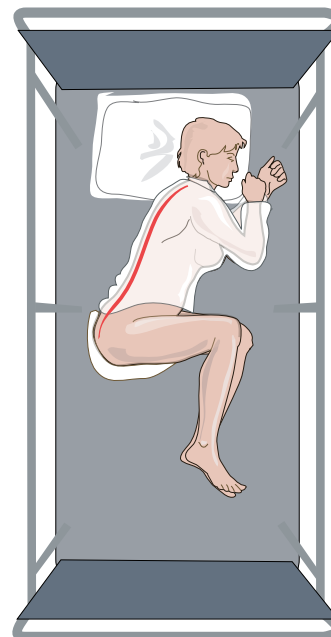
Er siddestilling ikke mulig for patienten, kan kropsvinklen spejles i liggende position med patienten lejret på venstre side, og hovedgærdet evt. eleveret (21), se figur 3.

Væske og kost i forhold til tarmpassage

Der findes ikke stærk evidens, der understøtter interventioner i forhold til regulering af kost og udskillelse af afføring hos neurologiske patienter, eller for, at øget væskeindtag reducerer risiko- ▶

Figur 3. Ligestilling ved defækation

Er siddestilling ikke mulig for patienten, kan kropsvinklen spejles i liggende position med patienten lejret på venstre side.



- en for obstipation (9,15,27). Der er konsensus i litteraturen om, at bl.a. kostfibre og tilstrækkelig væske er vigtige faktorer i forebyggelsen af obstipation (15,17,18). Tarmfunktionen påvirkes bl.a. af det indhold, der er i tarmen (28). Ernæring er et vigtigt fokusområde hos indlagte patienter med erhvervet hjerneskade, og retningslinjer om ernæringsterapi efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger hos patienter i tidlig neurorehabilitering bør følges (29,30). Kan der ændres i væskemængden eller suppleres med kostfibre, kan dette afprøves under hensyntagen til, at patienten får dækket energi og proteinbehov (16).

Patienter med erhvervet hjerneskade har ofte et initialt behov for sondeernæring via PEG-sonde eller nasalsonde, da de ikke er i stand til at opretholde energibalancen via oralt indtag pga. dysfagi, trakeostomi, nedsat udholdenhed og/eller svær bevidsthedssvækkelse (29). Intolerans for sondemad kan være årsag til afføringsproblemer, og regulering af indgiftshastighed og/eller skift til anden slags sondeernæring kan afprøves (17). I yderste konsekvens kan supplement med parenteral ernæring være en løsning (17).

Motion og colonmassage

Voksne patienter indlagt til neurorehabilitering efter erhvervet hjerneskade kan have sensomotoriske følger, der kan være medvirkende til, at tarmen ikke stimuleres tilstrækkeligt. Tarmbevægelserne nedsættes, og tarmpassagetiden forlænges med risiko for obstipation (18,28). Hos immobile patienter, hvor øget fysisk aktivitet ikke er mulig, er colonmassage et alternativt behandlingstiltag (9,18,22). Undersøgelser har vist, at massagen producerer en målbar respons i rectum og anus og kan afhjælpe obstipation forårsaget af forskellige fysiske årsager (9).

Colonmassage stimulerer peristaltikken, nedsætter colontransittid og øger hyppigheden af afføring. Der er fortsat mangel på evidens i forhold til, hvor længe massagen skal foretages for at være effektiv, og hvilken ætiologi det virker på (9).

Toilett træning

Patienter, som pga. kognitive følger ikke er i stand til at bede om hjælp til at komme på toilettet og ikke genkender eller registrerer trang til afføring, kan profitere af faste toilettider, ligesom tidlige vaner kan forsøges inddraget (4,7,15,18,24,31). Herved un-

Læsertest med udgangspunkt i Jens Hansens historie side 69

1. Hvilke data er relevante at indsamle om tarmfunktion med afsæt i casen?
2. Hvad kan der udledes ved hjælp af skalaen over afføringstyper?
3. Hvilken betydning har defækationssiddstillingen for tømningen af tarmen?
4. Ved administration af laksantia: Hvornår skal disse indgives for at understøtte den gastroduodenale refleks?

Læs svarene på side 75

derstøttes patientens mulighed for at danne hypotese om defækation som den forestående aktivitet. Rektalstimulation kan forsøges (4,18), men det er etisk komplekst særligt i forhold til patienter, der ikke forstår hensigten med interventionen. Et klyksma eller suppositorium, der aktiverer defækationsrefleksen og dermed initierer tømning, kan være en kompenserende nødvendighed. Et genkendeligt miljø er ligeledes betydningsfuldt. Et toilet kan således foretrækkes frem for en bækkenstol, ligesom uforstyrret og privatliv tilstræbes (18,22). Det er her væsentligt at påpege, at forskning, der understøtter adfærdsmæssige metoder i varetagelsen af afføringsproblemer og toiletbesøg, er yderst sparsom (7,9,15,24).

Skylning med vandlavement (transanal irrigation)

Nyere reviews antyder, at transanal irrigation kan være en behandlingsmulighed hos patienter med kronisk neurogen tarmdysfunktion med henblik på at reducere afføringsinkontinens og obstipation (32,33), men der mangler evidens for interventionen hos patienter i den hospitaliserede rehabiliteringsfase (9). Transanal irrigation må på denne baggrund vurderes som en behandlingsmulighed, når andre alternativer er kontraindicerede eller udtømte.

Analprop og flexi-seal

Sivende afføring kan være en følge af slap sfinkter, kognitive eller sensoriske forstyrrelser i forhold til at erkende behovet for afføring eller nedsat bevidsthedsniveau. I disse situationer er anven-

delse af analprop en mulighed (34). Dette fordrer nedsat sensibilitet i rectum (9,34), og den er derfor ikke egnet til alle patienter. Analproppen kan sidde i tarmen i op til 12 timer. Den folder sig ud og tager form efter tarmvæggen, hvilket beskytter mod lækage. Det medfører samtidig en betydelig reduktion af risikoen for hud- og lugtgener (34). Brugen af analprop må nøje overvejes, da der findes begrænset viden om anvendelsen til patienter med neurologiske forstyrrelser (27).

” Sygeplejefaglig identifikation af afføringsproblemer efterfulgt af sygeplejetiltag er således hyppigt forekommende og yderst centrale handlinger under rehabilitering af patienter med erhvervet hjerne-skade.

Et andet alternativ til at forebygge hud og lugtgener samt infektionsspredning er ”Flexi-Seal”, som er et midlertidigt opsamlingsystem. Det består af et silikonekateter med ballon, der fyldes med 45 ml væske, så den forbliver i rectum (35). Den er beregnet til akut syge, sengeliggende eller immobiliserede, inkontinente patienter med flydende eller halvflydende afføring. Brugen af flexi-seal rejser overvejelser omkring den vandfyldte ballons tryk-påvirkning af slimhinden. Komplikationer er ikke fundet beskrevet i den læste litteratur.

Anvendelse af laksantia og stoppemidler

Et overvejende flertal af patienter indlagt til neurorehabilitering ordineres behandling i form af oral laksantia (36). Der er imidlertid meget få undersøgelser omkring laksantias virkning på den neurogene tarm (9). Det tilstræbes generelt at give oral laksantia samlet en gang i døgnet, hyppigt om aftenen (37). Indgiftstidspunkt planlægges med henblik på, hvornår virkningen ønskes. Hvor det er muligt, bør det understøtte patientens vanlige afføringsmønster (4,18). Alternativt kan behandlingen stiles mod at understøtte den gastroduodenale refleks, der er kraftigst om morgenen efter morgenmad (15,18,25,28,31). Såfremt patienten har manglende erkendelse af defækationstrangen, kan kompen-

satoriske tiltag overvejes. Rektale laksantia i form af suppositorium eller klysma kan igangsætte defækationsprocessen. Evidens i forhold til suppositoriers effektivitet hos neurologiske patienter er mangelfuld (9). En undersøgelse antyder dog større effekt af morgensuppositorium i forhold til at etablere tarmfunktion (31). Det anbefales at benytte det mildeste præparat, der har effekt (9).

Bliver en diarré behandlingskrævende, kan der ordineres stoppemidler (17). Årsagen skal først udredes, og anden sygdom udelukkes, før behandling igangsættes i samarbejde med afsnitslæge.

Digital stimulering

Digital stimulering er en behandling, der kan benyttes ved ophobning af fæces i rectum (4,9). Formålet er at stimulere tømningsrefleksens, samtidig med at interne og eksterne sfinkter afslappes (9). Digital stimulering kan opleves som en grænseoverskridende handling for både personale og patient og kan ligeledes være smertefuld for patienten (18), hvorfor det kan synes mere acceptabelt at give et suppositorium eller klysma for at igangsætte defækationsprocessen. Der foreligger ikke evidens for valg mellem ►

Stop op og tænk

- Hvilken erfaring har du med at tale med patientens pårørende om patientens habituelle afføringsmønster, når patienten ikke selv kan udtrykke sig?
- Hvilken erfaring har du med at tale med patienten om dennes tidligere afføringsvaner?
- Hvilke årsager kan der være til patientens afføringsproblemer, der hvor du arbejder?
- Hvilke hjælpemidler anvender I til at opnå den optimale defækationsstilling, der udligner den anorektale vinkel?
- Hvordan optager I anamnese over patientens vanlige afføringsmønstre og vaner?
- Hvordan vurderes afføringens konsistens, og hvilke kriterier er der for iværksættelse dels af sygeplejeinitiativer, dels af laksantiabehandling?
- Hvordan formidles de sygeplejefaglige overvejelser omkring mave/tarmfunktion mellem afdelinger og mellem sektorer under rehabiliteringsforløbet?

- ▶ disse alternativer. Der mangler ligeledes evidens for anbefaling af patientens stilling under stimuleringen (9).

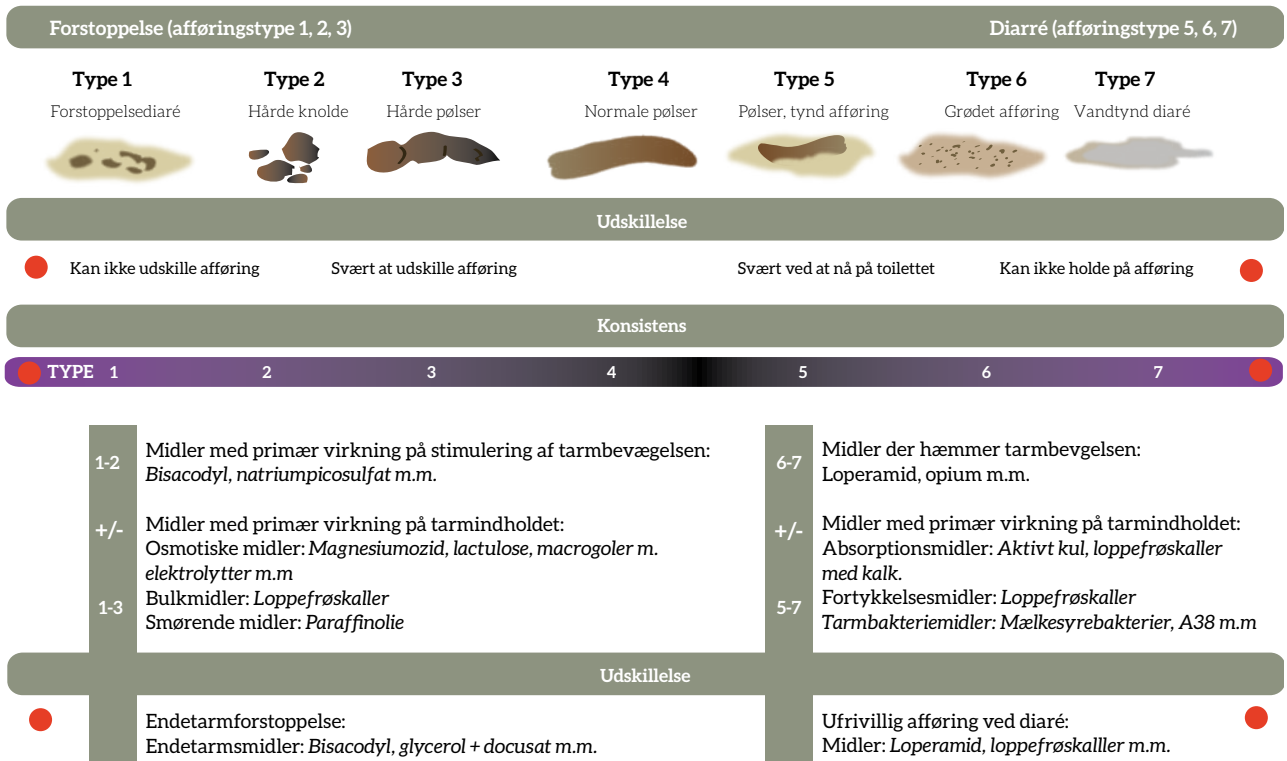
Vurdering af fæces

Et væsentligt aspekt i pleje og behandling af afføringsproblemer er systematisk vurdering af udseende, konsistens og hyppighed af defækationer samt selve udskillelsen. Med henblik på systematik og ensartethed i vurderingerne er der udviklet forskel-

lige scoringsredskaber (38,39). "Bristolskalaen" er et hyppigt anvendt valideret redskab til kvantificering af kliniske data gennem standardisering af visuelle vurderinger af fæces' udseende og konsistens. Dette afspejler bl.a. tarmpassagetid og tarmfunktion (38,40). Redskabet synes dermed egnet til registrering i såvel klinisk praksis som interkollegial udveksling i udviklings- og forskningsprojekter. Senere er Bristolskalaens kategorier blevet udviklet i Vas-regula® afføringskala, der ligeledes er et værktøj

Figur 4. Afføringskala

Afføringskalaen er et værktøj til at erkende og identificere, hvilken type afføringsproblem patienten har, og indeholder forslag til behandlings-/reguleringsmuligheder.



Figuren bringes med tilladelse fra Meda A/S.

til at erkende og identificere, hvilken type afføringsproblem patienten har, samt forslag til specifikke behandlings-/reguleringsmuligheder (41), se figur 4.

Diskussion

Forebyggelse og behandling af afføringsproblemer samt optimering af funktionsevne og livskvalitet er central under neurorehabilitering og antages at være af fundamental betydning for patientens rehabiliteringspotentiale og livet efter skaden. Samtidig skal praksis i videst muligt omfang hvile på et evidensbaseret grundlag. Det betyder, at sygeplejerskens indsats er baseret på individuel klinisk erfaring og bedste kliniske evidens fra systematisk forskning (1,2). Det kan derfor undre, at det ikke var muligt at identificere flere veldokumenterede undersøgelser, der kan underbygge sygeplejehandlinger i forhold til patienter med erhvervet hjerneskade med afføringsproblemer eller generelt for patienter med neurologiske lidelser i forhold til forebyggelse og behandling (4,9,15,42,43). Et systematisk review fra 2011 sigter mod at identificere effekten af behandling af obstipation hos apopleksipatienter.

Svar på læsertest side 72

1. Habituelle mønster, vaner, tidspunkt på døgnet for afføring, nuværende konsistens og form på afføring, hyppighed samt årsagssøgning på de ni faktorer. Brug figur 1.
2. En skala over afførings typer er med til at erkende og identificere, hvilken type afføringsproblem patienten har. Den viser sammenhængen mellem afføringens konsistens og behovet for behandling med afføringsmidler eller stoppemidler. Der eksisterer en direkte korrelation mellem form/konsistens af afføringen og mængden af tid, den har tilbragt i tyktarmen (på grund af mange faktorer såsom hydrering, forstoppelse eller mangel på samme, kost, osv.).
3. Den anorektale vinkel skal udrettes og medvirker til at lette afføringens passage.
4. Den gastroduodenale refleks er kraftigst om morgenen. Giv om muligt kun den orale laksantia en gang i døgnet ud fra, hvornår virkningen ønskes. Dvs. at hvis den skal understøtte den gastroduodenale refleks, gives laksantia om aftenen. Rektal laksantia, der aktiverer defækationsrefleks og initierer tømning, kan gives i forbindelse med toiletbesøg.

Desværre har mange patienter med hjerneskade problemer med at udtrykke sig på grund af følger efter hjerneskaden. Her kan pårørende inddrages angående tidligere afføringsmønstre, vaner, ritualer og eventuelle problemer.

ter. Reviewet inkluderer tre undersøgelser fra henholdsvis 1992, 1993 og 2004, hvilket medvirker til at bekræfte, at der ikke findes nyere forskning på området (4).

Den sparsomme forskningsindsats kan ses i lyset af feltets kompleksitet og tabuisering. Personer med hjerneskade er en heterogen gruppe med meget forskellige og samtidig ofte multifacetterede problemer. De varierende sensomotoriske og kognitive følger medfører, at patienten vanskeligt kan forstå og samarbejde omkring forskningsprojekter. En medicinsk teknologivurdering af hjerneskaderehabiliteringsområdet fra 2011 beskriver, at temaer som elimination kun er behandlet i meget lille udstrækning, og at den svært hjerneskadede patient og personer med kommunikative problemer sjældent indgår i den gennemgåede litteratur (2). En anden væsentlig årsag kan være, at udskillelse af afføring er et tabubelagt emne (9,15,22), hvilket kan have betydning for såvel forskeres valg af fokus som patienternes motivation for at deltage i projekter.

Konsekvenserne er aktuelt, at sygeplejersker og andet plejepersonale inden for neurorehabilitering 2013 i høj grad fortsat er henvist til best practise – trial and error i tilbuddet om valg af behandling (15). Evidens for udredning og behandlingsstrategier af neurogen tarmdysfunktion er sparsom. Tilgængelig viden antyder, at struktureret og systematisk tarmanamnese samt efterfølgende tilpasset behandling bør tilbydes apopleksipatienter (4,6,15). Fortsatte undersøgelser er nødvendige i forhold til farmakologiske og nonfarmakologiske interventioner og systematisk erfaringsopsamling af fagprofessionelles og patienters erfaringer.

Konklusion

Der er sparsom evidens i forhold til udredning og behandling af neurogen tarmdysfunktion hos patienter indlagt i den subakutte ►

► fase under rehabiliteringsforløbet. På baggrund af eksisterende viden og praksis kan følgende anbefalinger udledes:

- Der bør foretages en struktureret og systematisk tarmanamnese samt årsagssøgning på de ni faktorer med efterfølgende individuelt planlagte handlinger
- Patientens tidligere afføringsmønstre bør medinddrages i planlægning af sygeplejen
- Det tilstræbes at tilbyde patienterne toiletbesøg om morgenen efter morgenmad, især patienter der tidligere har haft dette mønster
- Patienten hjælpes til en god defækationsstilling
- Et klyσμα eller suppositorium, der aktiverer defækationsreflekser og initierer tømning, kan være en kompenserende mulighed
- Et genkendeligt miljø, f.eks. brug af toilet frem for bækkenstol samt forstyrrelse og privatliv, bør tilstræbes
- Oral laksantia samles til en gang i døgnet under hensyntagen til, hvornår den ønskede virkning skal indtræde og eventuelt tidligere afføringsmønstre
- Hvor øget fysisk aktivitet ikke er mulig, er colonmassage et alternativt behandlingstiltag
- Med henblik på systematik og ensartethed i vurderingen af fæces kan Bristolskala/Vas-regula® afføringskala for afføringsstyrer anbefales.

Litteratur

1. Forløbsprogram for rehabilitering af voksne med erhvervet hjerneskade: - apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI) - traume, infektion, tumor, subarachnoidblødning og encephalopati. København: Sundhedsstyrelsen 2011.
2. Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation. Hjerneskaderehabilitering – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation 2011. Serienavn 2011;13(1).
3. Bansal V, Constantini T, Kroll L et al. Traumatic brain injury and intestinal dysfunction: Uncovering the neuro-enteric axis. *Journal of Neurotrauma* 2009;26:1353-9.
4. Lim SF, Childs C. Effectiveness of non surgical management strategies for constipation in adults with stroke: A systematic review. *Library of systematic reviews* JBI000463 2011;9(64)2875-2914.
5. Bracci F, Badiali D, Pezotti P et al. Chronic constipation in hemiplegic patients. *World Journal of Gastroenterology*. 2007;13(29):3967-3972.
6. Harari D, Norton C, Lockwood L et al. Treatment of constipation and fecal incontinence in stroke patients. *Stroke*. 2004;35:2549-2555.
7. Emmanuel A. Rehabilitation in practise. Managing neurogenic bowel dysfunction. *Clinical Rehabilitation* 2010;483-8.
8. Foxx-Ohrenstein A, Kolakowski-Hayner S, Marwitz JH et al. Incidence, risk factors, and outcomes of fecal incontinence after acute brain injury: findings from the traumatic brain injury model systems national database. *Arch Phys Med Rehabil* 2003;231-7.
9. Guidelines for management of neurogenic bowel dysfunction in individuals with central neurological conditions. Initiated by the multidisciplinary association of spinal cord injured professionals. Supported by Coloplast. September 2012. www.mascip.co.uk/Core/DownloadDoc.aspx?documentID=7345. Søg dato 05.02.2014
10. Manly T. Rehabilitation for disorders of attention. In: Wilson BA, editor. *Neuropsychological Rehabilitation Theory and Practice*. Lisse: Swets & Zeitlinger Publishers 2003;23-52.
11. Prigatano GP, Wong J. Cognitive and affective improvement in brain dysfunctional patients who achieve inpatient rehabilitation goals. *Arch.Phys.Med Rehabil* 1999;80:77-84. Ref Type: Magazine Article.
12. Prigatano GP. Disturbances of self-awareness and rehabilitation of patients with traumatic brain injury: a 20-year perspective. *J Head Trauma Rehabil* 2005; 20(1):19-29.
13. Prigatano GP. *Principles of neuropsychological rehabilitation*. New York: Oxford University press 1999.
14. Kilde T, Jørgensen MJ, Fog L. Principper for neurorehabiliterende sygepleje. *Sygeplejersken* 2008;(10).
15. Coggrave M, Norton C, Cody JD. Management of faecal incontinence and constipation in adults with central neurological diseases. *Systematic Review*. The Cochrane Library, Issue 1 201.
16. Ott L, Young B, Phillips R et al. Altered gastric emptying in the head-injured patient: relationship to feeding intolerance. *JNS* 1991;vol 74.
17. Hessov I, Jeppesen PB. *Klinisk ernæring*. København: Munksgaard; 2012.
18. Gender AR. *Bowel elimination and regulation*. Kap. 19 in *Rehabilitation Nursing. Prevention, intervention & outcomes*. Red Hoeman SP. Fourth edition. Mosby, Naples, Maine: Elsevier 2008.
19. Vestergaard H. *Diabetes og mavekomplikationer*. Fagligt opdateret 16.04.2012. <https://www.sundhed.dk/.../diabetes.../diabetes-og-mavekomplikationer/> søg dato 5.2.2014

20. Sticher H., Gratz C. Trachealkanülen: Management in der F.O.T.T - Der weg zurück zur Physiologie. In: Die Therapie des Facio-Oralen Tracts. Editors: Ricki Nusser-Müller-Busch 2004 p 174-191.
21. Weeks SK, Hubartt E, Michaels TK. Keys to bowel success. *Rehabilitating Nursing* 2000 Vol 25. no 2 Mar/apr.
22. Johnsen Gerd. Sygepleje i forbindelse med udskillelse af fæces. Kap. 15. Sygeplejebogen 1. Grundlæggende sygepleje. Red. Mekki TE, Pedersen S. København: Gads Forlag; 2004.
23. Dansk Selskab for Apopleksi, Referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi, København:2009.
24. Chipps T. Using behavioural methods to manage faecal incontinence. *British Journal of Nursing* 2011;20(18):1172-7.
25. Rhoades R. *Medical physiology*. Second edition. Edited by Rhoades, Tanner. Baltimore. Lippincott Williams & Wilkins 2003.
26. Johnsen G. Den optimale defækationsstilling giver succes. *Sygeplejersken* 2007;(9).
27. Paris G, Gourcerol G, Leroi AM. Management of neurogenic bowel dysfunction. *European Journal of physical and rehabilitation Medicine* 2011;47(4):661-675.
28. Krogh K, Christensen P, Laurberg S. Colorectal symptoms in patients with neurological diseases. *Acta Neurol Scand* 2001;103:335-343.
29. Hansen MSS, Norup A, Poulsen I. Ernæringsstatus og risikofaktorer hos patienter med svær erhvervet hjerneskade i den tidlige neurorehabilitering. *Klinisk Sygepleje* 2012;26(4)26-34.
30. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social-og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. Version 1; Versionsdato:2008-03-05 ed. København;2008.
31. Venn MR, Taft L, Carpentier B, Applebaugh G. The influence of timing and suppository use on efficiency of bowel timing after a stroke. *Rehabilitation Nursing* 1992;17(3):116-20.
32. Christensen P, Krogh K. transanal irrigation for disordered defecation: a systematic review. *Scand J Gastroenterol*. 2010 May;45(5):517-27
33. Emmanuel A.: Review of the efficacy and safety of transanal irrigation for neurogenic bowel dysfunction. *spinal cord* 2010;48(9):664-73.
34. <http://www.coloplast.dk/Kontinens/Bruger/Tarmproblemer/Livet-med-tarmproblemer/søgedato 5.2.2014>.
35. <http://www.convatec.dk/continence-critical-care/faekal-inkontinens/sortiment/flexi-seal-control-fms.aspx søgedato 5.2.2014>
36. Lægemiddelkatalog ved Dansk Lægemiddel Information A/S 2003 Online: www.medicin.dk søgedato 05.02.2014.
37. Lewis SJ, Heaton KW. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. *Scand J Gastroenterol* 1997;(32):920-4.
38. Southwell BR, Clarke MCC, Sutcliffe J, Hutson JM. Colonic transit studies: normal values for adults and children with comparison of radiological and acin-tigraphic methods. *Pediatr Surg Int* 2009;(25):559-572.
39. Riegler G, Esposito I. Bristol scale stool form. A valid help in medical practice and clinical research. *Tech Coloproctol* 2001;(5):163-4.
40. <http://dagenssundhed.dk/mavetarm/aff%C3%B8ringsproblemer/forstoppelse søgedato 05.02.2014>
41. Pelatt GC. Neurogenic continence. Part 1: pathophysiology and quality of life. *Br J Nurs*. 2008;17(13):836-41.
42. Lim SF, Childs C. A systematic review of the effectiveness of bowel management strategies for constipation in adults with stroke. *International Journal of Nursing Studies* 2013;50:1004-1010.

English abstract

Fog L, Aadal L. Problems with Bowel Movements in Patients with Brain Damage. *Sygeplejersken* 2014;(3):67-77.

On the basis of research-based knowledge, theory and existing practice, this article sheds light on the identification of and measures with regard to bowel movements in patients with acquired brain damage admitted for neurorehabilitation.

The following recommendations are made: A structured, systematic intestinal anamnesis should be conducted, as well as a search for a cause for the nine factors, with subsequent individually planned treatment. The patient's prior bowel movement patterns should be taken into account. One can aim to offer a visit to the toilet in the morning after breakfast. Help the patient with a good defecation position. A rectal laxative, which activates the defecation reflex and initiates a bowel movement, can be a compensatory possibility. A familiar environment, e.g. use of toilet instead of toilet chair, no interruptions and privacy should be sought. An oral laxative is administered once daily, depending on the time you would like it to take effect and any existing bowel movement pattern. When increased physical activity is not possible, colon massage may be an alternative. For a systematic and uniform assessment of faeces, the Bristol/Vas-regula® stool scales for stool types are recommended.

Keywords: Elimination, intervention, neurology, rehabilitation.

Sygeplejestuderendes brug af klinisk undervisning

Brugen af studieredskabet portfolio var mangelfuld, men et udviklingsprojekt i samarbejde med den kommunale hjemmepleje motiverede både sygeplejestuderende og kliniske vejledere til at anvende læringsdelen af portfolio aktivt.

Anne Charlotte Overgaard Hjorth, sygeplejerske, cand.cur., lektor, Institut for Sygepleje, Metropol; anhj@phmetropol.dk
Helle Bruhn, sygeplejerske, cand.mag., lektor, Institut for Sygepleje, Metropol

I Danmark anvendes portfolio i stigende grad fra folkeskole til videregående uddannelse for at fremme elever og studerendes læring (1). Professionshøjskolen Metropol har fokus på at mindske frafald ved at støtte studerendes forløb og overgange i studiet (2), og en af de måder, man kan støtte studerende på, er gennem brug af portfolio.

Traditionelt anvender kunstnere portfolio som en mappe svarende til et CV. I en uddannelsesmæssig sammenhæng, hvor pionererne inden for portfolio er Taube, Elminn samt Dysthe og Engelsen (3,4,5), er portfolio en metode til at understøtte læreprocesser og evaluere udbyttet af disse. Man skelner mellem læringsportfolier og evaluerings- og dokumentationsportfolier, og det er især læringsportfolien, der har begrundet indførelsen af portfolio i uddannelsessystemet (1).

Ved Sygeplejerskeuddannelsen Metropol anvendes portfolio som et individuelt lærings- og dokumentationsredskab, der danner grundlag for refleksion og læring i såvel teori som klinik gennem hele studiet (6). Men selvom portfolio har været et obligatorisk studieredskab siden 2008, og det er beskrevet, hvordan portfolio anvendes (7), se boks 1, viste en evaluering på modul 9 i 2011, at kun 42 pct. af de studerende anvendte portfolio. Vi undrede os over den manglende anvendelse, og da Undervisningsministeriet anbefaler, at uddannelsesinstitutioner inddrager studerende og kliniske vejledere i relevante udviklingsopgaver, valgte vi i samarbejde med et klinisk undervisningssted at undersøge, hvad der skal til for at øge andelen af studerende, som anvender portfolio (8).

Formål

Det overordnede formål med projektet var at øge antallet af studerende, som anvender læringsdelen af portfolio for dermed at fremme fastholdelse og mindske frafald gennem hele uddannelsen.

Formålet med projektet var således at undersøge, om en systematisk pædagogisk indsats i form af introduktion til brug af læringsdelen af portfolio med et eller flere konkrete bud på brug af læringsdelen i den kliniske undervisning på modul 6 kan medvirke til at øge antallet af studerende, som

- anvender læringsdelen af portfolio
- finder det meningsfuldt at anvende læringsdelen portfolio
- oplever, at portfolio skaber sammenhæng mellem den teoretiske og kliniske del af uddannelsen

Boks 1. Hvad er portfolio?

Ved Sygeplejerskeuddannelsen Metropol, Region H, består portfolio af tre dele (7):

Præsentationsdelen

Til den indledende studiesamtale i starten af et klinisk modul præsenterer den studerende sig selv og sine forventninger til den kliniske undervisning i en personlig studieprofil på en til to A4-sider, viser udvalgte studieaktiviteter og udarbejder derefter en studieplan, der sendes til den kliniske vejleder og underviseren.

Læringsdelen

I løbet af det kliniske modul anvender den studerende obligatoriske og selvvalgte studiemetoder, som kan drøftes med den kliniske vejleder:

- Praksisbeskrivelse
- Sygeplejefortælling
- Logbog
- Øvelse i refleksion
- Studiedagbog
- Læringskontrakt
- Borger/patientforløb
- Mindmap
- Tegninger
- Projektarbejder
- Metoder til anvendelse af praksis-, forsknings- og udviklingsarbejder

Dokumentationsdelen

Her opbevares dokumentation for studieaktiviteter:

- Dokumentationsblanketter
- Dokumentation af fastlagte og obligatoriske studieaktiviteter
- Anvendt litteratur
- Interne og eksterne prøver
- Afsluttende evalueringer
- Udvalgte studieaktiviteter

- oplever, at studiemetoderne i læringsdelen af portfolio fremmer inddragelse af den teori, der er blevet gennemgået på modul 6

portfolio i

- erfarer, at den kliniske vejleder er interesseret i at se og læse udvalgte dele af den studerendes portfolio
- oplever, at samarbejdet med den kliniske vejleder, via brug af portfolio, fremmer motivationen til at gennemføre uddannelsen.

Det var desuden formålet at undersøge, hvilke udfordringer kliniske vejledere oplever i forbindelse med brug af portfolio i den kliniske undervisning på modul 6, herunder på hvilken måde de mener, at underviserne fra uddannelsesinstitutionen kan bidrage til at fremme brug af portfolio, samt hvilke pædagogiske metoder og redskaber der kan fremme anvendelsen af læringsdelen af portfolio.

Fund og resultater: studerende

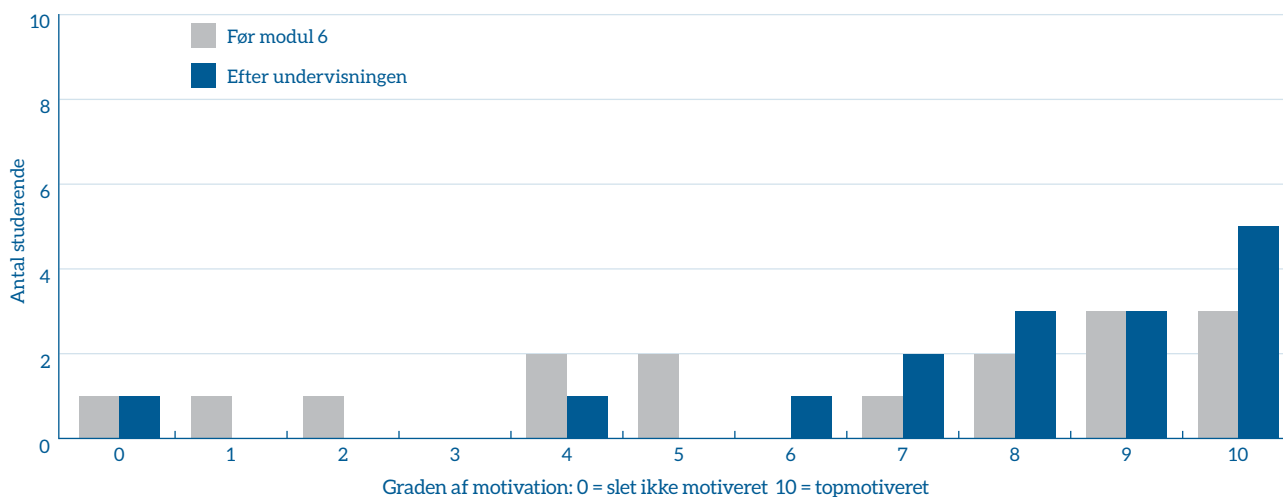
De fleste studerende var blevet introduceret til portfolio på modul 1 og havde først anvendt portfolio i klinikken, primært til arkivering af opgaver. Ved projektets start var der kun få, der opfattede

portfolio som en støtte i deres udviklings- og læreproces. Undervisningen gav de studerende en større viden om, hvad formålet med portfolio er, og en bedre forståelse for, hvordan man kan anvende portfolio. Efter én lektions undervisning lagde de en plan for anvendelsen af præsentations-, lærings- og dokumentationsdelen på modul 6. De fleste oplevede undervisningen som relevant og inspirerende, og bortset fra en enkelt studerende, som syntes, at portfolio er ”spild af tid”, øgede undervisningen deres motivation, se tabel 1. En studerende var ”... topmotiveret til at anvende portfolio, hvis jeg ved, at jeg bliver en bedre sygeplejerske, og jeg kan mærke, at jeg bliver bedre til mit arbejde”.

Opbakning er afgørende

Evalueringen viste, at hovedparten af de studerende havde anvendt både præsentations-, lærings- og dokumentationsdelen, og at alle havde brugt både de obligatoriske og selvvalgte studiem-

Tabel 1. Effekt af interventionen på studerendes motivation for at anvende portfolio



Undervisningen i starten af modul 6 øgede de studerendes motivation for at anvende portfolio.

- toder fra læringsdelen. En studerende opfattede det som ”dejligt, anerkendende og motiverende”, at den kliniske vejleder læste noget fra portfolio. Det er således afgørende for de studerendes motivation, at kliniske vejledere bakker op om deres valg af studiemetode og viser interesse for deres portfolio.

Effekten af intervention

Projektets overordnede formål blev opfyldt i den forstand, at alle studerende, som deltog i projektet, anvendte flere af studiemetoderne i læringsdelen af portfolio i løbet af modulet, og de fleste studerende fandt det meningsfuldt, se tabel 2.

Nogle studerende oplevede, at portfolio skaber sammenhæng mellem den teoretiske og kliniske del af uddannelsen, og at studiemetoderne fremmer inddragelsen af modulets teori, og de

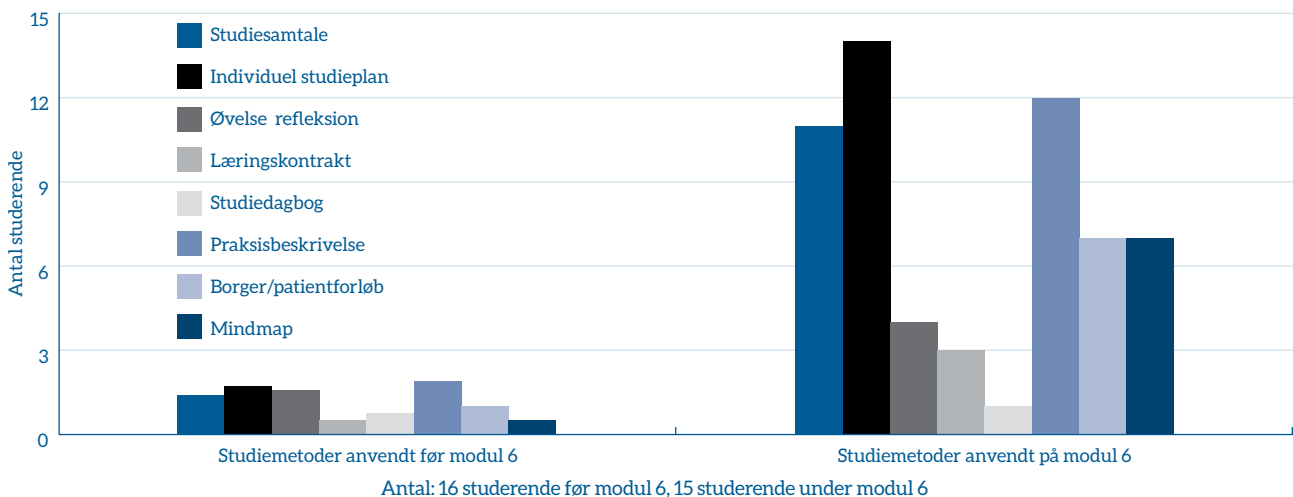
gennemførte alle modulet, men flertallet mente ikke, at portfolio kan bidrage til fastholdelse og minimering af frafald. De fleste erfarede, at den kliniske vejleder var interesseret i at se og læse udvalgte dele fra deres portfolio.

De obligatoriske opgaver skabte sammenhæng og progression for nogle studerende, og et ikke uvæsentligt fund var, at studerende lægger vægt på forskellige elementer ved portfolio, som de mener kan understøtte deres læreproces og tilegnelsen af læringsudbytte.

Fund og resultater: kliniske vejledere

De kliniske vejledere havde forskellig viden om, erfaring med og motivation for at bruge portfolio. Undervisningen bidrog til øget forståelse for læringspotentialet i portfolio, og på en skala fra 1

Tabel 2. Effekt af interventionen på anvendelsen af studiemetoderne i læringsdelen af portfolio.



Antallet af studerende, som anvender studiemetoderne i læringsdelen af portfolio på modul 6, øges markant gennem projektet, og der anvendes både obligatoriske og selvvalgte studiemetoder. Den gennemsnitlige anvendelse af portfolio før og under modul 6 kan være underrapporteret, idet alle de studerende eksempelvis anvendte både studieplan og deltog i studiesamtaler på modul 6, selv om dette ikke fremgår af de studerendes besvarelser.

til 10, hvor 10 er at være topmotiveret, lå de kliniske vejlederes gennemsnitlige motivation efter undervisningen på 7,8 med en spredning fra 6 til 10.

Mange kliniske vejledere havde inddraget portfolio i vejledningen, og de vurderede, at den havde haft positiv betydning for den studerendes læring. Enkelte mindre erfarne vejledere havde ikke inddraget portfolio og var usikre på dens betydning. Efter modulet var der en jævnt fordelt spredning fra ingen motivation til en meget høj grad af motivation blandt vejlederne, og viden og erfaring viste sig at være en faktor, der øger motivationen til at inddrage portfolio. De udfordringer, der er forbundet med portfolio, drejer sig ifølge de kliniske vejledere især om manglende viden og erfaring, tid til vejledningen samt forventningerne til samarbejdet om den studerendes portfoliomappe.

Viden og erfaring

Studerendes og vejlederes manglende viden om og erfaring med portfolio og dens anvendelsesmuligheder beskrives af vejlederne som den væsentligste udfordring.

Undervisningen gjorde det dog ifølge en vejleder lettere at håndtere portfolio:

”Altså, jeg synes også, at den (undervisningen) gjorde, at det ikke var så stort og farligt, fordi der er de her tre dele. Det gav sådan lidt mere overblik.”

Det viste sig, at der er en forventning om, at man som vejleder skal bruge portfolio til at vise den studerende, hvilken udvikling hun har gennemgået, og det var en udfordring for vejlederne. Gennem projektet flyttede vejledernes fokus sig imidlertid fra portfolio som mappe til studiemetoderne i læringsdelen af portfolio, og vejledningen kom i højere grad til at dreje sig om de studerendes læreproces i form af planlægning, refleksion og evaluering.

At fremme brugen af portfolio

Underviserne på uddannelsesinstitutionen kan ifølge deltagerne fremme brug af portfolio gennem systematisk implementering af portfolio fra starten af uddannelsen. De studerende mener, at portfolio fortsat skal være et obligatorisk studieredskab, og foretrækker en gradvis introduktion til studiemetoderne med en kombination af krav og frihed til at prøve nye metoder. De kliniske

vejledere forventer, at studerende ved, hvordan de skal anvende portfolio: ”Det vigtigste er vel, at vi viser, hvordan man er hjemmesygeplejerske. Det må være skolens ansvar at vise dem, hvad portfolio er, og hvordan de kan bruge det.”

Diskussion

Projektet viser, at både studerende og kliniske vejledere har behov for undervisning og vejledning i brug af portfolio. Det er i overensstemmelse med danske og udenlandske evalueringer, der viser, at der generelt efterspørges struktur og vejledning i, hvad en portfolio skal indeholde, hvordan den skal se ud, og hvorfor og til hvem den skal skrives. Implementeringen er ikke kun et lokalt, men et nationalt anliggende, for portfolio er stadig en ny tilgang til undervisning og læring (1).

En grundlæggende udfordring i arbejdet med portfolio er, at der er tale om et rummeligt begreb (1). Med de studerendes betoning af portfolio som mappe står det klart, at de hidtil overvejende havde opfattet portfolio som et redskab til at dokumentere deres faglige udvikling, selv om intentionen med portfolio er at fremme læring.

Når en studerende nedskriver sine observationer og tanker efter det første besøg hos en diabetiker, der skal have insulin, aktiveres den studerendes viden. Situationen og det, der har gjort indtryk, bliver bearbejdet, og måske opstår der nye spørgsmål, som den studerende kan søge viden om såsom hygiejne og injektionsteknik, den farmakologiske behandling, livsstilsinterventioner, og om der mon er tale om en forebyggende eller sundhedsfremmende indsats.

Næste dag påbegynder den studerende måske en mindmap om sygeplejen til type 2-diabetespatienter, der i løbet af modulet kan give den studerende et overblik over de mange aspekter, der er involveret i sygeplejen til denne gruppe borgere, og som kan give den kliniske vejleder indsigt i, hvor den studerende er i sin læreproces.

Portfolio som metode rummer et forandringspotentiale, men kan også indpasses i mere traditionelle uddannelses- og undervisningsformer (1), og flere kliniske vejledere erfarede, at de på grund af tidsnød prioriterede de obligatoriske studiemetoder, der er rettet mod den summative evaluering til intern prøve. Der teg-

Boks 2. Initiativer, der kan fremme brugen af portfolio

Følgende initiativer kan fremme brugen af portfolio

- at tale med hinanden om, hvordan I inddrager portfolio i undervisningen
- at beslutte, hvordan portfolio skal anvendes på modulet og beskrive det i modulbeskrivelsen
- at fortælle de studerende i starten af modulet, hvordan de kan og skal anvende studiemetoderne og vise eksempler til inspiration
- at være tydelig i forhold til, hvordan portfoliomappen kan inddrages, så den studerende får realistiske forventninger
- at inddrage portfolio i den daglige vejledning i den kliniske undervisning - mundtligt eller skriftligt - og vise interesse for den studerendes portfolioarbejde.

- ner sig derfor et behov for øget opmærksomhed på læringsdelens vægtning af formativ evaluering, der har til hensigt at fremme den studerendes udbytte af undervisningen (10).

Materiale og metoder

Projektets fokus på klinisk undervisning medfører sammen med det begrænsede antal deltagere, at resultaterne ikke er repræsentative for sygeplejerskeuddannelsen som helhed. Undervisningen blev gennemført med tre hold studerende med nogenlunde ensartet effekt, hvilket understøtter validiteten af resultaterne, og ved både at inddrage studerende og deres kliniske vejledere blev det muligt at belyse deres samarbejde.

Konsekvenser for praksis

Projektet viser, at hos vejledere fra hjemmeplejen har erfaring med portfolio og den tid, der er til rådighed, betydning for, i hvor stort omfang portfolio inddrages i vejledningen. Portfolioarbejde indebærer en ny undervisningskultur med øget fokus på den studerendes læring, og de organisatoriske forandringer kan fremstå som en fornølse eller som truende og uønskede, afhængigt af undervisernes og ledelsens indstilling. Mange undervisere erfarer, at de er nødt til at ændre deres måde at undervise på, når portfolio anvendes som metode, og derfor kræver overgangen til brug af

portfolio tilførsel af ressourcer, supervision og ledelsesmæssig opbakning (1), se boks 2.

Fra mappe til studieredskab

Ligesom de kliniske vejledere var de studerende overordnet meget positive i forhold til portfolio, hvilket er påfaldende i forhold til de hidtidige evalueringer. I løbet af projektet blev det imidlertid klart, at de studerende forbinder begrebet portfolio og ”brug af portfolio” med det at anvende deres portfoliomappe, så hvis den fysiske mappe ikke har været anvendt, mener de studerende ikke, at de har anvendt portfolio. Flere studerende gav således udtryk for, at de ikke havde anvendt portfolio, selv om de havde anvendt både præsentations- og dokumentationsdelen og flere af studiemetoderne i læringsdelen af portfolio.

Det er derfor muligt, at studieredskabet anvendes af langt flere studerende, end uddannelsens hidtidige evaluering viser.

Konklusion

Projektet viser, at det er enkelt at fremme sygeplejestuderendes brug af portfolio. Inden for de eksisterende rammer for samarbejde mellem undervisere og kliniske vejledere er det muligt at motivere sygeplejestuderende og deres kliniske vejledere til at anvende portfolio i den kliniske undervisning gennem få lektioners introduktion og vejledning, hvis fokus flyttes fra portfolio som mappe til portfolio som studie-, lærings- og refleksionsredskab.

Sygeplejestuderende anvender meget gerne portfolio, når de ved, hvorfor og hvordan studiemetoderne kan og skal anvendes, og hvis de bliver mødt med opmærksomhed og interesse.

Finansiering og tak

Udviklingsprojektet er finansieret af Institut for Sygepleje, Metropol, gennem trepartsmidler og gennemført af to lektorer ved instituttet i samarbejde med kliniske vejledere fra primærsektoren. Tak til deltagende sygeplejestuderende på modul 6 i april 2011 – januar 2012 og deres kliniske vejledere samt følgegruppen fra Københavns Kommune: Kirsten Toft, Leder af Grunduddannelse & studieunit Vanløse Brønshøj Husum, Kamilla Trandum, Koordinator klinisk vejleder, Studieunit Vanløse Brønshøj Husum og Lisa Munch, Uddannelsesleder for grunduddannelsesområde Amager.

Litteratur

1. Lund B (red.). Portfolio i et lærings- og uddannelsesperspektiv. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag; 2008.
2. Professionshøjskolen Metropol. Strategi 2015. København: Metropol; 2011. Lokaliseret d. 21.9.2013 på www.phmetropol.dk > Mere > Om Metropol > Strategi 2020 > Tidligere strategier > Metropols strategi 2015
3. Taube K. Portfoliomethoden – undervisningsstrategi og evalueringsværktøj. Vejle: Kroghs Forlag A/S; 1999.
4. Ellmin R. Portfoliomodelen. En måde at lære og tænke på. København: Gyldendal Uddannelse; 2001.
5. Dysthe O, Engelsen KE. Mapper som pædagogisk redskab. Perspektiver og erfaringer, Århus: Klim; 2005.
6. Diakonissestiftelsen, UCC, Metropol. 2013, Modul 6 Sygeplejerskeuddannelsen, godkendt februar 2008 og senest rev. 3. juli 2013. Lokaliseret d. 28.9.2013 på www.kurh.dk > Moduler > Modul 6 > Modulbeskrivelse
7. Diakonissestiftelsen, UCC, Metropol. 2011. Portfolio. Sygeplejerskeuddannelsen Region Hovedstaden, godkendt i Klinisk Udvalg Region Hovedstaden 30. januar 2008 med revisioner august 2011. Lokaliseret 8.9.2013 på www.kurh.dk
8. Undervisningsministeriet. Undervisningsministeriets anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen, 9. juli 2008. Lokaliseret 29.9.2013 på www.kl.dk/søg hvis man skriver dokumentets titel i søgefeltet kan man klikke videre til dokumentet gennem: /Juridisk fortolkning/Sundhedsuddannelser_Anbefalinger til en revision af sygeplejerskeuddannelsen.
9. Giorgi A. Phenomenology and Psychological Research. Pittsburgh Pennsylvania: Dusquesne University Press; 1985.
10. Taasen I, Havnes A, Lauvås P. Mappевurdering – av og for læring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2005.

English abstract

Hjorth ACO, Bruhn H. The Nursing Student's Use of Portfolios in Clinical Instruction. *Sygeplejersken* 2014;(3):78-83.

Background and objective: Portfolio is an obligatory study tool in the Metropol Nursing programme, a tool that was seemingly used by too few students. Therefore, a group of instructors and clinical supervisors started a development project with the overall aim of increasing the number of students who use the learning part of portfolio.

Method: Intervention in the form of introduction and instruction of 24 nursing students in module 6 and their 10 clinical supervisors and the aim of portfolio with examples of how to use portfolio, as well as how the use of portfolio in the clinical instruction can be planned.

Conclusion: Nursing students and clinical supervisors use portfolio in clinical instruction when they understand why and how the study tool is to be used. Portfolio promotes the student's learning and improves self-confidence, and just a few lessons are sufficient to increase motivation to use portfolio. Most nursing students and clinical supervisors find it meaningful to use portfolio and systematically ask to use portfolio throughout the nursing programme. The implementation of the study tool in the clinical instruction can take place within the existing framework for collaboration among instructors and clinical supervisors.

Keywords: Evaluation clinical instruction, learning, portfolio, study tool.

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 4 - 2014	Nr. 5 - 2014	Nr. 6 - 2014
4. marts 2014	25. marts 2014	22. april 2014

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer

Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 4 - 2014	Nr. 5 - 2014	Nr. 6 - 2014
7. marts 2014	28. marts 2014	25. april 2014

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 4 - 2014	Nr. 5 - 2014	Nr. 6 - 2014
21. marts 2014	11. april 2014	9. maj 2014

Kontorchef

Kontor for kommunikations-, sjældne handicap og specialundervisning søger en kontorchef med stærke analytiske kompetencer, personlig gennemslagskraft samt engagement og kompetencer, der kan bidrage til udviklingen på det socialpolitiske område.

Kontoret arbejder med akkumulering af viden, udvikling samt formidling inden for de berørte handicap og på specialundervisningsområdet.

På www.socialstyrelsen.dk/job kan du læse det fulde stillingsopslag og få mere at vide om, hvordan du søger.

Vi skal modtage din ansøgning senest den 12. marts 2014.

Læs mere på www.socialstyrelsen.dk

Socialstyrelsen arbejder for at bidrage til en vidensbaseret socialpolitik, der effektivt medvirker til en social indsats til gavn for borgerne.



Sygeplejersker Center for Spiseforstyrrelser, Roskilde

Har du interesse for både somatisk og psykiatrisk sygepleje? I Center for Spiseforstyrrelser i Region Sjælland kan du gøre brug af begge kundskaber.

Center for Spiseforstyrrelser har følgende ledige stillinger

- Sygeplejerske, 37 timer pr. uge ved U2 (døgnafsnit)

- Distriktsygeplejerske, 37 timer pr. uge ved klinik (ambulatorium)

Vi søger erfarne sygeplejersker gerne med specialuddannelse i psykiatrisk sygepleje og miljøterapeutisk uddannelse.

Center for Spiseforstyrrelser undersøger og behandler børn, unge og voksne.

Centeret hører organisatorisk under Afdeling for Børne- og Ungdomspsykiatri.

Ring og hør nærmere om stillingerne hos ledende oversygeplejerske Poul Erik Ravnsmed, 29 27 12 66.

Se de fulde stillingsopslag på www.regionsjaelland.dk/job, quicknr. 14044 og 14055

Sygeplejerske til Hospice samt timelønnede



Sankt Lukas Hospice søger sygeplejerske på fuld tid/deltid i blandede vagter eller fast nattevagt. Herudover søges timelønnede sygeplejersker til tilkald eller fast weekendaftale. Tiltrædelse 1. maj eller efter aftale.

Sankt Lukas Hospice er en del af RegionHs specialiserede palliative tilbud. Vi yder pleje, omsorg og lindrende behandling til yngre og ældre uhelbredeligt syge og døende. Arbejdet omfatter både den fysiske, psykiske, sociale og åndelige dimension. Indsatsen bygger på en helhedsorienteret tilgang, med vægt også på støtte og omsorg til de pårørende (voksne, unge og børn). Vi modtager hovedsageligt cancer-patienter, fra mange forskellige specialer.

Sankt Lukas Hospice er en arbejdsplads:

- Med en engageret og åben plejegruppe
- Med stor sammenhæng og kontinuitet i det faglige arbejde
- Med god introduktion, og regelmæssig supervision
- Hvor alle medarbejdere indgår og er aktive i videreudviklingen af det palliative felt
- Hvor der er et godt socialt sammenhold og et velfungerende tværfagligt samarbejde

Erfaring fra fx medicin, kirurgi, onkologi, anæstesi, intensiv og hjemmeplejen vil være relevant.

Løn og ansættelsesforhold er i overensstemmelse med overenskomst med Dansk Sygeplejeråd.

Yderligere oplysninger: Afdelingssygeplejerske Kirsten Enevoldsen eller stedfortræder Kirsten Homann, tlf. 3945 5103, e-mail: hospice@sanktlukas.dk

Ansøgning sendes til: Afdelingssygeplejerske Kirsten Enevoldsen, Sankt Lukas Hospice, Bernstorffsvej 20, 2900 Hellerup. Ansøgningsfristen er 12/3 2014, kl. 12:00. Samtaler afholdes i uge 12. Læs mere på www.sanktlukas.dk

UNDERVISER TIL SYGEPLEJERSKE UDDANNELSEN

University College Syddanmark søger en adjunkt/lektor til Sygeplejerskeuddannelsen i Esbjerg.

Vi ser det at uddanne sygeplejersker som en fælles sag, hvor relationen er kendetegnet ved anerkendelse, tillid, nærvær og humor.

Du er sygeplejerske med en master- eller kandidatuddannelse.

Ansøgningsfrist
14. marts 2014

Se hele opslaget på
ucsyd.dk/stillinger

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

SOCIALSTYRELSEN

Kontorchef

Kontor for dokumentation og metode søger en kontorchef med stærke analytiske kompetencer, personlig gennemslagskraft samt engagement og kompetencer, der kan bidrage til udviklingen på det socialpolitiske område.

Kontoret arbejder dels med digitalisering herunder drift og udvikling af databaser dels med rådgivning og udvikling af metoder.

På www.socialstyrelsen.dk/job kan du læse det fulde stillingsopslag og få mere at vide om, hvordan du søger.

Vi skal modtage din ansøgning senest den 12. marts 2014.

Læs mere på www.socialstyrelsen.dk

Socialstyrelsen arbejder for at bidrage til en vidensbaseret socialpolitik, der effektivt medvirker til en social indsats til gavn for borgerne.

SOCIALSTYRELSEN - SOCIAL VIDEN TIL GAVN

Afdelingsleder til Bofællesskabet Krogholmgård

Vi er et bofællesskab for mennesker med demens og søger en afdelingsleder, der sammen med medarbejderne og centerlederen vil udvikle de bedste rammer for det gode liv for borgerne, med afsæt i en høj sygeplejefaglighed samt aktivitet og deltagelse hver dag.

Krogholmgård har fokus på at skabe det gode hverdagsliv for vores beboere ud fra den enkelte beboers aktuelle helhedssituation. Der arbejdes socialpædagogisk med Rudersdal Kommunes ældrepolitik som værdigrundlag og faglig viden og inspiration ved bl.a. Tom Kitwoods og Mette Søndergårds teorier. I 2014 har vi på Krogholmgård fokus på palliation, triagering, forebyggelige indlæggelser samt "det gode måltid til ældre".

Ansøgningsfrist mandag den 17. marts.
Læs mere på rudersdal.dk



RUDERSDAL
KOMMUNE

Net annoncer

Gå ind på www.dsr.dk/jobsojning

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
37128 Københavns Kommune
Hjemmesygeplejersker til Vanløse-Brønshøj-Husum
 Ansøgningsfrist: 14. marts 2014



Quicknr. **Hovedstaden**
37131 Frederikssund Kommune
Områdeleder til Omsorgscenter Pedershave
 Ansøgningsfrist: 7. marts 2014



Quicknr. **Hovedstaden**
37135 Frederikssund Kommune
Sundhedsplejerske
 Ansøgningsfrist: 14. marts 2014



Quicknr. **Sjælland**
37123 Vordingborg Kommune
Sygeplejerske
 Ansøgningsfrist: 10. marts 2014

Quicknr. **Sjælland**
37085 Lejre Kommune
Gruppeleder til Plejecenter
 Ansøgningsfrist: 7. marts 2014

Quicknr. **Midtjylland**
37108 Præhospitalet - Region Midtjylland
Sundhedsfaglige visitatorer (SFV)
 Ansøgningsfrist: 3. marts 2014

Quicknr. **Midtjylland**
37089 Lægerne i Malling
Praksissygeplejerske
 Ansøgningsfrist: 10. marts 2014

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden

Møde for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest

Etnolog Mette Nieburg fra Dansk Flygtningehjælp fortæller om tiden i Syrien fra oktober 2013 til vi ses i marts 2014.

Tid og sted:

13. marts 2014 kl. 14:00 - 16:00
 DSR Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. 1360 København K

Tilmelding:

Lisbeth Vendelbo på tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup tlf.: 4717 7930 senest 11. marts.

Møde for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest

Københavns Bymuseum, omvisning og spisning hos Tante T for egen regning.

Hvis du ikke ønsker at spise, bedes det meddelt ved tilmeldingen.

Max 30 personer.

Tid og sted:

2. april 2014 kl. 11:00 - 14:45
 Københavns Bymuseum, Vesterbrogade 59, København V (bus 6A el. 26)

Tilmelding:

Senest den 23. marts til Lisbeth Vendelbo, på tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup, tlf.: 4717 7930

Seniormøde på Bornholm

Inge Lorentzen, tidligere formand for Ældrerådet og pensioneret præst, vil causere over emnet: Gammel og glad.

Tid og sted:

27. marts 2014 kl. 14:00 - 16:00
 Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kontaktudvalget i Kreds Hovedstaden Bornholm

Tilmelding:

DSR på tlf. 4695 4917 eller Inge-Lise Hansen tlf. 5695 2910

Pris:

Kr. 25

Senior sygeplejersker i Kreds Hovedstaden Central

Vi skal høre Niels Henriksen fortælle om Istedløven. "En gammel løve krydser sit spor."

Tid og sted:

13. marts 2014 kl. 11:00 - 13:00
 Garnisonskirkens menigheds-hus.

Tilmelding:

Mail: vi2@uppsalahuus.dk eller på tlf. 4050 3579

Pris:

Kr. 30

Sjælland

Seniorsammenslutningen i Kreds Sjælland/Roskilde

Vi inviterer til foredrag med Bent Ole Pedersen. Tema: "Olga, storfyrstinde i gummi-støvler". Vi begynder mødet med en kort orientering om valg til kontaktudvalget.

Tid og sted:

13. marts 2014 kl. 13:15 - 15:30
 FOA Roskilde, Fuglebakken 2, Himmelev (bus 216 og 358)

Tilmelding:

Senest 5. marts på tlf. 7021 1664.

Pris:

Kr. 30 for medlemmer, kr. 40 for gæster

Yderligere info:

Mail: sjælland@dsr.dk

Årsmøde samt valg til kontaktudvalget i Vestsjælland

Frokost, orientering om arbejdet i kontaktudvalget samt i landsbestyrelsen. Forslag til fremtidig arbejde, valg til kontaktudvalg for 2 år, eventuelt: Patientvejledning. Dorrit Verding/om modtagelse af Florence Nightingale medaljen.

Tid og sted:

2. april 2014 kl. 12:00 - 15:00
Kredskontoret, Nørregade 13, I, 4100 Ringsted

Tilmelding:

Karen, tlf. 2073 5006 eller Inge, tlf. 5943 5303 senest 25.03.2014

Pris:

Gratis

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Fyn**

Vi mødes og skal høre en spændende foredragsholder, Else Lawaetz Møller fra Kerteminde. Hun fortæller om livet fra bondekone til borgmester samt om livsglæde og livskvalitet.

Kaffe og kage som sædvanligt. Vel mødt

Tid og sted:

6. marts 2014 kl. 13:30 - 15:30
Munke Mose Plejecenter,
Munke Mose Allé 2-4, 5000 Odense C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Fyn

Tilmelding:

Tilmelding senest 1. marts til Ingelise, tlf.: 5184 2275, mail: ibruhn@hotmail.com eller Conny, tlf. 2176 6818, mail: coands@gmail.com

Pris:

Kr. 15 for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen Trekanten

Seniorsammenslutningen Trekanten inviterer til frokostmøde og hyggeligt samvær samt valg til kontaktudvalget. Desuden vises billeder fra sommerudflugten til Kerteminde 2013.

Tid og sted:

20. marts 2014 kl. 12:30 - 15:30
DSR's lokale "Forligsen",
Vejløvej 121, 7000 Fredericia

Tilmelding:

Tilmelding senest 17. marts til Elly Ziegler, tlf. 7583 2886 eller Vibeke Wellendorf, tlf. 9720 9587

Pris:

Deltagelse er gratis - vi håber på et flot fremmøde!

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Seniorsammenslutningen Kreds Midtjylland, Holstebro/Herning**

Kontaktudvalget inviterer til et foredrag om "Magtesløshed - hvad er det for mennesker og medarbejdere?" v/hospitalspræst Preben Kock og kredscheff i DSR, Kreds Midtjylland, Ann Dahy.

Tid og sted:

1. april 2014 kl. 14:00 - 16:00
HK's lokaler, Fredericiagade 27-29, Holstebro

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Tilmelding senest den 24. marts 2014 til Kirsten Sanggaard 9741 4345 eller Karen Margrethe Kølback på mail: kmk_285@hotmail.com

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Foredrag: "Det at være frivillig i en social skadestue" v/socialrådgiver Lene Bach & Gitte Frederiksen.

Derefter valg til Kontaktudvalget.

Tid og sted:

25. marts 2014 kl. 14:00 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3, Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsammenslutningen

Tilmelding:

Tilmelding; Birgit Hansen på tlf.: 6084 6854 eller AnnaLise Bonde tlf.: 2283 4628 senest 21. marts 2014

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

DSR Meddelelse**Hold A-71 fra Sygeplejeskolen i Aalborg 40 års jubilæum sept. 2014**

Vi vil forsøge at samle alle til en hyggelig dag sammen i Aalborg. Send os din mail-adresse, og tag gerne kontakt til dem du kender fra hold A-71, for at sikre at de også har læst denne annonce. Når vi har modtaget besked fra jer der ønsker at deltage, tilsendes program og pris for dagen som er planlagt til den 6.9.2014.

Lone Mand Thomsen (Jørgensen) lonemandthomsen@gmail.com

Jytta Mølgaard Højsleth

jyttasmh@gmail.com

Generalforsamling i FS for Sygeplejersker i Kommunen

FSSK indkalder til ordinær generalforsamling den 12. marts, kl. 16. Comwell, Kongebrovej 63, 5500 Middelfart. Generalforsamlingen afvikles efter konference "Hvad tilbyder vi den ældre syge". Dagsorden i følge vedtægter. Forslag til dagsorden skal være formand Inge Jekes i hænde senest 1. marts 2014 på mail jekes@jubii.dk Endelig dagsorden og yderligere information om konferencen mm. findes på FSSK's hjemmeside. www.dsr.dk/fs/fs6

Temadag: Inddragelse af patienter og pårørende i sundhedsvæsenet

Afholdes torsdag 13. marts 2014, kl. 14-17 på VIA Campus Aarhus N, Hedeager 2, 8200 Aarhus N. Arrangeres i samarbejde mellem VIBIS (Videncenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet) og VIA University College. Gratis adgang, men obligatorisk tilmelding senest 1. marts på www.viauc.dk/konferencer, hvorfra konferenceprogrammet kan downloades.

DSR Kursus**Landskursus i FS for Dermatologiske sygeplejersker**

Deltagelse er inkl. overnatning og er kun muligt for medlemmer af det faglige selskab.

Tid og sted:

21. marts 2014 kl. 09:00 - 22. marts 2014 kl. 16:00
Trinity Hotel & Conferencecenter

Arrangør:

Det Faglige Selskab for Dermatologiske Sygeplejersker

Tilmelding:

www.dsr.dk/arrangementer

Pris:

Kr. 3.500 inkl. moms

Yderligere info:

Findes på det faglige selskabs hjemmeside www.dsr.dk/fs/fs17

Årsmøde 2014 i FS for anæsthesisygeplejersker

Tilmelding og punkter til dagsordenen sendes til Birgitte Bogø. På mail: bibm@rn.dk og mskriver@hotmail.com senest den 21. marts.

Tid og sted:

21. maj 2014 kl. 09:30 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3,
9200 Aalborg SV

Arrangør:

FS for Anæsthesisygeplejersker

Tilmelding:

bibm@rn.dk og mskriver@hotmail.com senest den 21. marts 2014

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen**

Se, om netværket er noget for dig - eller anbefal os evt. til en sygeplejerske, du kender? Se på hjemmesiden, hvem vi er - og hvad vi arbejder med på vores møder.

Tid og sted:

20. marts 2014 kl. 12:30 - 15:30
Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal, 1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne

KOL og palliation

Ingeborg Ilkjær, sygeplejerske, cand. mag, ph.d. og underviser på Diakonissestiftelsens sygeplejerskole har undersøgt de palliative behov hos borgere med KOL.

Kom og diskuter resultaterne med hende.

Tid og sted:

20. marts 2014 kl. 16:00 - 18:30
Kreds Hovedstaden, Bornholm, Haslevej 50, 3700 Rønne

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Sjælland**Videnscafé****Sikrer din arbejdsplads, at hygiejnen er i top?**

Kom og hør om Guldborgsund Kommunes indsats for at opbygge en hygiejneorganisation og skabe et fælles grundlag for hygiejneindsatsen i kommunen. V/hygiejnesygeplejerske Bettina Slott.

Tid og sted:

3. april 2014 kl. 17:00 - 19:30
Kreds Sjælland - Mødesal, Nørregade 13, 4100 Ringsted

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

www.dsr.dk/sjaelland (under arrangementer) senest den 27. marts 2014

Pris:

Gratis

**DSA ER DIN DIGITALE A-KASSE 24/7**

DSA er med dig. Du kan bruge os døgnet rundt. A-kasse, jobformidling og socialrådgivning – samme sted.

Book selv dine møder, få onlinesparring på dine ansøgninger og find dit næste job med DSAjobsøger. Du kan også hente inspiration til dit arbejdsliv i nyhedsbrevet – Job & Arbejdsliv og holde styr på nye love med nyhedsbrevet DSA-Nyt. Ansøg om dagpenge, feriedagpenge og efterløn, når det passer ind i din hverdag.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE

**Andre Meddelelser**

Her medtages meddelelser som ikke er i DSR regi og som ikke har kommerciel karakter. Annoncen må max. indeholde 40 ord. Pris pr. annonce kr. 975 ex. moms.

Venligst kontakt
Dansk Mediaforsyning
tlf. 7022 4088 eller
dsrrubrik@dmfnet.dk

Vi mangler sygeplejersker!

ActivCare®

Vikarer til hele sundhedssektoren

København	tlf. 7020 3000
Roskilde	tlf. 7021 9200
Aalborg	tlf. 7021 0900
Århus	tlf. 7020 8600
Odense	tlf. 7021 0500
Kolding	tlf. 7021 9300

www.activcare.dk

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne er for medlemmer er kr. 650,- / ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

BERLIN

Meget centralt beliggende 2-V møbleret lejlighed ved Stuttgarter Platz, som er kendt for sine hyggelige cafeer og restauranter. Ca. 300 m til Charlottenburg station, hvorfra der går S-tog - Ubahn og bus. Pris: 600 kr./nat.

Henvendelse:
fam.jepesen@hotmail.com
eller tlf. 5493 5459

Gl. Skagenshus

med dejlige terrasser, klassisk, smukt, oprindeligt og attraktivt miljø, 75 m til hav, hede og havn. Ligger i det yderste Vesterby. Udlejes af privat.

www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

SAMSØ

Ferielejlighed og tidligere forvalterbolig, 4 / 8 personer, på stor gård fra 1911. Sælvigbugtens skønne badestrand 2,5 km, golf 4 km, Staunsfjorden 1,5 km. Sommerferien: 3.500/5.000 kr. pr. uge, ellers efter aftale. Stor gammel have, bålplads, bordtennis mm.
www.agerupgaard.dk - tlf. 4275 6878

Stockholms skærgård

Sommerhus med 7 sovepladser, 20 m til vandet (robåd og kano indgår). 45 min. til Stockholm centrum med bil. Udlejes 25-31. Kr. 3.900 pr. uge.

Anne-Mette Eilsø,
tlf. 3055 2914 eller
anne-mette@turbopost.dk

Roquebrune/ Monaco/Menton

Ferielejlighed med stor slået udsigt over Middelhavet, stranden og Monaco. Ved middelalderby med restauranter. Stier langs kysten til Monaco og omkring Cap Martin. Lufthavnsbus til Nice og lokal tog til Italien.

Yderligere oplysninger på
www.rivieraen.dk

Marielyst Falster Danmarks bedste badestrand

Dejligt naturområde samt skov i nærheden. 100 m fra stranden. Et 90m2 sommerhus med 6 sengepladser i 3 rum. Stor stue med sovesofa, 2 TV, DVD, video, cd. Lyst og venligt. 2 terrasser, stor græsplæne, udhus, carport, rygerum. 8 cykler, grill, legetøj, vaske-maskine. Leje 3.000/3.500 om ugen samt forbrug. Tlf. 5470 6584 - 4041 3584 E-mail: orebyvej261@gmail.com

Juelsminde/As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde. 70m fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaske-maskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr./ uge + forbrug

Telf. 4056 1767

Bolig i København

Ung kvindelig sygeplejerske-studerende søger en studiebolig pr. 1. august 2014 i eller omkring København. Månedlig husleje max. 3.500 kr.

Jeg kan kontaktes på
l_ofir.dk

Tilbring ferien i Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på Det hvide Fyr. 300 m til stranden.

Se billeder, priser mm. på vores hjemmeside
www.fyrpasserens-villa.dk
Tlf. 6612 8146, 6598 1353

Ferie ved Sorte- havet, syd Europa

Stor udsigtvilla med plads til 6-10 personer. Leje v/2 uger, højsæson: 4.500 kr./uge. Pool - tæt ved fantastiske badestrande og uberørt natur. Lokal indkøb/bymiljø/restauranter. Flere udflugtsmål/aktivferie - storbyshopping. Rimelige flybilletter eller kørsel.

www.sortehavsvillaen.dk



SPANIEN ALICANTE

Middelhavet
Torreviejas saltsøer
og klare luft.
190 m² feriehus
i 2 etager (Max 8 prs.)

+45 4077 7936

+45 2227 6936

WWW.CASALARSEN.DK

ITALIEN HOS HANNE

På hyggeligt familiehôtel i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers. Nu også med 2 ferielejligheder.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Mette Kästner
Jacobsen**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kredsnæstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes

Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Grete Bækgaard Thomsen,
Sundhedschef
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevvej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyllegaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

RingstedCentret
Nørregade 13
4100 Ringsted

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Vi tilbyr
sommer-
bonus
til alle!*

Vil du ha sikker jobb med god lønn i eksotiske Norge?

Dedicare søker etter flere sykepleiere og spesialsykepleiere.

Du kan reise til ditt favorittnaboland og oppleve fantastisk natur som høye fjell, nordlys, skimuligheter utenfor døren. Du styrer din egen arbeidstid, du kan prøve nye arbeidsplasser og arbeidsoppgaver. Du kan jobbe korte perioder eller få fast jobb. Vi tilbyr **ekstra 30kr* timen** til alle spesialsykepleiere. Du får hjelp til skatt og autorisasjon. Du får din egen personlige bemanningskonsulent. Husk at vi i tillegg betaler din reise og bolig.

Kontakt oss snarest mulig!

Registrere deg på www.dedicare.no/nurse eller ring oss på **+47 074 80**
Du kan og maile oss på rekruttering@dedicare.no

*Spesielle vilkår gjelder, kontakt oss for mer informasjon.

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse