

PÅ JOB: BORGERNE VURDERER SELV DERES HELBRED PÅ LANGELAND

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 21 » 13. NOVEMBER 2009 » 109. ÅRGANG

**DU HAR DEN
HELT RIGTIGE
PENSION**

KORT NYT

**Forebyggende
hjemmebesøg
i farezonen**

**Brian Holm:
Respekt for
sygeplejersker**


**Politisk udspil giver
nye opgaver til
sygeplejersker**



TEMA

SYGGEPLEJE I SKUDLINJEN

KLINISK SYGGEPLEJE: HJERTESTOP PÅ HOSPITAL OG I PRIMÆR SUNDHEDSSEKTOR



**Bliver det mon, som du
drømmer om?**

**VIND en weekend for
to til blomsterparken
Sofiero i Sverige med
overnatning på skønne
Hotel Skansen i Båstad!**

**Vi trækker lod mellem
alle, der bestiller et
tilbud på en
PKA⁺ Pension!**

pka
...mere pension



Annette har allerede en god pensionsordning. Men lige nu har hun valgt at prioritere sit liv anderledes: Der skal være mere tid til familien og til de andre interesser, hun har. Derfor er hun gået ned i arbejdstid...

Men det betyder også nedgang i den fremtidige pension. Hvis hun altså ikke selv gør noget. Og det er faktisk ret let.

Klik ind på pka.dk og læs, hvad hun gør. Eller ring 39 45 46 00 og bestil et tilbud – lige nu kan du endda vinde en rejse!

Til dine patienter med primær hyperkolesterolemie eller kombineret dyslipidæmi



Ved risici fra flere sider, tilføj en tresporet lipidbehandling.

NY TREDAPTIVE®*
Sænker LDL-C
Sænker TG
Øger HDL-C¹

NY
Tredaptive®*
(Nikotinsyre/laropiprant, MSD)
modified-release tablets

Præparatbeskrivelse

TREDAPTIVE™ (nicotinsyre/laropiprant, MSD)

(▼) **INDIKATION:** TREDAPTIVE er indiceret til behandling af dyslipidæmi, især hos patienter med kombineret dyslipidæmi og hos patienter med primær hyperkolesterolemie. TREDAPTIVE bør anvendes sammen med statiner, når den kolesterolsænkende effekt af monoterapi med statiner er utilstrækkelig.

(▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Tabletter med modificeret udslæsning, 1000 mg/20 mg. Startdosis: 1 tablet én gang dagligt. Efter fire uger bør dosis øges til en vedligeholdelsesdosis på to tabletter én gang dagligt (2000 mg/40 mg). Bør tages p.o. sammen med mad, om aftenen eller ved sengetid. Samtidig indtagelse af alkohol eller varme drikke kan forstærke flushingeffekten.

KONTRAINDIKATIONER: Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller et eller flere af hjælpestofferne. Signifikant eller uforklarlig leverinsufficiens. Aktivt ulcus pepticum. Arteriel blødning.

(▼) **INTERAKTION:** Forsigtighed bør udvises ved samtidig indtagelse af ganglieblokerende stoffer, vasoaktive lægemidler (såsom nitrater, calciumkanalblokkere og adrenerge receptorblokkere), midazolam og galdesyrebindende lægemidler. TREDAPTIVE sammen med acetylsalicylsyre og clopidogrel bør monitoreres tæt pga. potentiel forlængelse af blødningstiden.

(▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes.

(▼) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** **Samlede bivirkninger ved TREDAPTIVE:** Meget almindelige (>1/10): Flushing. **Almindelige (>1/100, <1/10):** Svimmelhed, hovedpine, paræstesi, diarré, dyspepsi, kvalme, opkastning, erythema, pruritus, udslæt, urticaria, varmefølelse, stigninger i ALAT og/eller ASAT, fastglucose, urinsyre. **Ikke almindelige (>1/1000, <1/100):** Stigninger i CK, totalt bilirubin, fald i fosfor og antal blodplader, hypersensitivetsreaktioner inklusive angioødem, dyspnø, forhøjet blodtryk, hævede læber og ben, brændende fornemmelse, takykardi, bevidsthedstab, rysten, kuldegysninger. **Nicotinsyrerelaterede bivirkninger:** Hyppighed ukendt: Atriefibrillen og andre hjertearytmier, palpitationer,

takykardi, migræne, synkope, cystisk makulært ødem, toksisk amblyopi, dyspnø, mavesmerter, ødem i munden, opstød, ulcus pepticum, acanthosis nigricans, tør hud, hyperpigmentering, makulært udslæt, svedtendens (natte- eller koldsved), vesikulært udslæt, muskelsvaghed, myalgi, nedsat glucosetolerans, urinsur gigt, rhinitis, (ortostatisk) hypotension, asteni, kuldegysninger, ansigtsødem, generaliseret/perifer ødem, smerter, angioødem, type I-hypersensitivitet, icterus, angst, søvnløshed. **Risici:** Forsigtighed bør udvises hos flg. patientgrupper: Lever-, nyreinsufficiens, akut koronart syndrom, diabetikere.

PAKNINGER OG PRISER: Der henvises til dagsaktuelle priser på medicinpriser.dk (AUP, november 2009 inkl. recepturgebyr): Vnr. 150539, 28 stk. kr. 216,75; Vnr. 150550, 56 stk. kr. 415,10; Vnr. 028177, 196 stk. (2x98 stk.) kr. 1406,85.

UDLEVERING: B.P

TILSKUD: Generelt klausuleret tilskud.

INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:

Merck Sharp & Dohme, dkmail@merck.com.

Baseret på produktresumé dateret: 28.08.2009

© Copyright MSD 2009

Varemærke registreret af Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, N.J., USA

(▼) **Afsnit omskrevne og/eller forkortede i forhold til EMEAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.**

Se venligst EMEAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse

www.univadis.dk

www.tredaptive.dk

Reference 1: EMEAs godkendte produktresumé for TREDAPTIVE®* (Nikotinsyre/laropiprant, MSD)



November 2009 07-2010-CVT-09-DK-001-J



DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

TEMA OM SKUDOFRE

Sygeplejersker holder hovedet koldt

Siden bandekrigen brød ud sidste sommer, er 59 unge mennesker blevet såret, og seks er blevet dræbt. Mange af skudofrene bliver indlagt på Rigshospitalet, og det giver særlige udfordringer for sygeplejerskerne. Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet modtager bl.a. patienter med skud- og stiksår. For et halvt år siden følte flere af sygeplejerskerne sig utrygge. I dag arbejder klinikken målbevidst på at forebygge vold og trusler.



FORSIDEFOTO: SØREN SVENDBEN

LÆS SIDE 18

28 På job: Borgerne skal selv vurdere deres helbred

Systematik og lydørhed. Når Trine Næhr går på forebyggende hjemmebesøg hos Langeland Kommunes borgere over 75 år, bruger hun et systematisk redskab til egenvurdering.

30 Sov roligt, din pension passer sig selv

Som sygeplejerske skal man kun forholde sig til sin pensionsordning i nogle få, særlige situationer. De er til gengæld vigtige. Se her, hvornår du skal være vågen.

32 Mit holdepunkt: Kæmper for patienter med et forandret ansigt

Når Hanne Konradsen kort efter nytår tiltræder sit nye job som sygeplejefaglig forsker ved afdeling E på Gentofte Hospital, er det opfyldelsen af en stor drøm. Hun har brugt de sidste tre år på sin ph.d. om, hvordan patienter lever med et forandret udseende efter kræftoperationer i hoved, hals og øjne.

Månedens gode råd



LÆS SÅDAN SIDE 34

>>> FAG

Se, føl, lyt

Man kan ikke læse sig til behandlingen af hjertestop - en effektiv indsats kræver praktisk træning - men man kan læse sig til de grundlæggende principper for behandlingen. Artiklen i kategorien "Klinisk Sygepleje" hjælper læseren godt på vej. De nyeste retningslinjer danner grundlag for artiklen, som giver sygeplejersken effektive redskaber til at håndtere situationen, når kaos indtræder. Læs artiklen "Hjertestopbehandling på hospital og i primær sundhedssektor."

LÆS SIDE 44

"Jeg har lyst til at se mennesket bag patienten, ikke blot observere for fejl og mangler. Jeg har lyst til at samtale med patienter og pårørende, ikke blot informere. Jeg har lyst til at fordybe mig i sygeplejen og i min faglige rolle som sygeplejerske."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66

54 Direkte patientfeedback som metode

Metoden "Direkte patientfeedback" kan give et nuanceret indblik i patienters oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet.



"Bogen er hele vejen igennem skrevet i en respektfuld tone, i særdeleshed overfor patienter, men også overfor det etablerede behandlingssystem med de vilkår og muligheder, det nu rummer."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 62

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 37 Dansk Sygeplejeråd mener
- 38 Debat
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 53 Testen
- 61 Agenda
- 62 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 74 Kurser/Møder/Meddelelser

www.sygeplejersken.dk

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

Krudt og kugler på hospitalerne

Hvis man er "heldig" at have mange tv-kanaler, kan man ved selvsyn konstatere, at historier fra hospitalerne er godt stof.

En af tv-kanalerne har sågar døbt mandag aften "medical night" med populære serier som "Greys Hvide Verden", "Private Practice" og "Dr. House". Og på andre kanaler kører der i loop et utal af andre serier og dokumentarer som f.eks. den danske "Hospitalet", der i disse dage bliver genudsendt på TV 3.

Beretninger fra hospitalerne har bare appel. De indeholder basale historie-elementer: død, sorg og glæde. Livets begyndelse og livets afslutning.

Selvfulgelig afspejler dramaserierne og dokumentarudsendelserne en redigeret virkelighed, og på sin vis er de langt fra den reelle virkelighed, der ofte er langt mindre dramatisk.

På den anden side rykker virkelighedens drama tit ind på hospitalerne – f.eks. den verserende bandekrig, som har fået stor betydning for nogle af de sygeplejersker, der f.eks. arbejder i akutfunktioner og på traumecentrene særligt i hovedstadsområdet.

Som vi fortæller i denne udgave af *Sygeplejersken*, håndterer sygeplejerskerne bandekrigens udfordringer professionelt.

Men det er klart, at en så opskruet konflikt med næsten ugentlige skudvekslinger mellem de stridende parter ændrer den faglige virkelighed på hospitalerne, når skudofrene ruller ind sammen med deres kammerater.

Det kan du læse mere om i denne udgave af *Sygeplejersken*.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen,
chefredaktør
snp@dsr.dk



Regeringen Forebyggende hjemme

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Opsøgende eller ej. Et regeringsudspil vækker tilfredshed i Kommunernes Landsforening, men bange anelser hos fagfolk.

Forundring og bekymring. Det er reaktionen blandt fagfolk, der arbejder med forebyggelse, efter at regeringen har erklæret, at den vil afskaffe kommunernes pligt til at tilbyde ældre over 75 år to forebyggende hjemmebesøg om året. Det er ét ud af 105 forslag om forenkling i den offentlige sektor.

Kommunernes Landsforening (KL) har længe ønsket at komme af med den lovmæssige forpligtelse, men det er ikke for at skære ned på forebyggelsen, understreger chefkonsulent Tina Hedemann Jørgensen, KL.

"Det, vi ønsker, er i højere grad at målrette vores indsats mod dem, der har mest behov," siger hun.

KL's kritik er dels gået på forpligtelsen til at besøge alle over 75, uanset hvor friske de er, og dels på, at loven foreskriver besøg to gange om året. Ud fra en sundhedsfaglig betragtning kan det både være for meget og for lidt, mener Tina Hedemann Jørgensen.

"Hvis folk kommer ud for alvorlige begivenheder, er hvert halve år jo ikke nok. Vi ved ret præcist, hvornår folk er virkelig udsatte, og det kan sagtens være, før de bliver 75. Når de mister en ægtefælle, går på pension eller bliver alvorligt syge. Det er der, vi ønsker at intensivere indsatsen."

Landsforeningen for Ansatte i Sundhedsfremmende Forebyggende Hjemmebesøg har forståelse for, at man kan se på aldersgrænser og antallet af årlige besøg. Men en lovforpligtelse skal der stadig være, og det bekymrer foreningen, at både regering og KL lægger op til, at de friske ældre uden for egentlige risikogrupper skal nås gennem foredrag og andre gruppetilbud i stedet for det individuelle besøg.

"Vi kan godt se, at flere og flere heldigvis er raske og aktive og kan have glæde af gruppeundervisning og kurser. Men

Pris og anerkendelse

PKA, der administrerer sygeplejerskernes pensioner, er udnævnt til Pension Fund of the Year.

Sygeplejerskers pensioner har bevaret deres værdi, selv om verden er ramt af finanskrisen. Det skyldes især den form for risikostyring, som PKA har udviklet. Den nye risikomodel, som 65

besøg skal ikke længere være lovpligtige



Den danske ordning med opsøgende forebyggende hjemmebesøg er enestående i Europa og har dokumenteret effekt. Her ses forebyggende sygeplejerske Trine Næhr, Langeland Kommune, i samtale med en borger. Se reportagen side 28.

ger ergoterapeut Annette Johannesen fra Videncentret.

”Med en ordning, der gælder alle, når man også ud de steder, hvor ingen ellers kommer. F.eks. til den gamle kvinde, der er blevet dårligt seende, er begyndt at isolere sig og ikke ved, at hun kan låne en rollator hos kommunen. De forebyggende medarbejderes kendskab til det gamle menneske bliver også værdifuldt for visitatorer og for dem, der skal ind i hjemmet, den dag det er nødvendigt at sætte ind med hjælp.”

hvad med de svage og udsatte ældre, vi finder, fordi vi aktivt giver dem et tilbud?” spørger foreningens næstformand Vibeke Reiter, der er forebyggende sygeplejerske i Lejre Kommune. Hun tilføjer:

”En del af de ældre, vi kan støtte og hjælpe, ville aldrig få besøg, hvis de selv skulle henvende sig og bede om det. Vi er jo de første, der kommer ud i et hjem, før nogen andre i det offentlige system træder til. Når vi får sat lidt hjælp i gang på et tidligt tidspunkt, vil det mange gange kunne udskyde det tidspunkt, hvor de ældre får brug for massiv hjælp. Vi ved også, at livsstilsændringer er lettere at komme i gang med, mens man stadig har ressourcer, og i en privat samtale kan man bedre motivere folk.”

Der er dokumentation for, at forebyggende hjemmebesøg kan forebygge forringelse af de ældres funktionsevne og begrænse indlæggelser og plejehjemsanbringelser. Derfor vækker forslaget også

forundring og bekymring i Videncentret på Ældreområdet.

”Den målrettede indsats til særlige grupper har mange kommuner jo allerede,” si-

Se forslaget i ”Mere tid til velfærd” på www.fm.dk

Læs om forebyggende hjemmebesøg på www.aeldreviden.dk

DANSKE ÆLDRE RÅD: BEVAR FORPLIGTELSEN

Kommunerne må selv bestemme tilrettelæggelsen. Men de forebyggende hjemmebesøg skal stadig være lovpligtige, mener paraplyorganisationen Danske Ældreråd.

”Vi er godt klar over, at mange ældre, også i 70’erne, er ressourcestærke,” siger Danske Ældreråds formand Kirsten Feld.

”Men besøgene kan fange de sårbare, der ikke selv henvender sig uden videre. Hvis man selv synes, man har mange ressourcer, kan man jo bare melde fra.”

DSR: LYT TIL JERES FAGFOLK

”Forenkling er en rigtig tankegang, men det er forkert at skære ned på besøgene, og det kan den økonomiske tænkning i kommunerne meget vel føre til,” siger Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen.

”Hvis man siger, at vi kan nedbringe antallet af besøg, fordi vi godt ved, hvor problemerne er, så tager man fejl, fagligt set.

Forebyggelse handler netop om, at der kommer nogen ud og får øje på, hvad der kan hjælpe borgerne til at mestre deres liv lidt længere.”

til PKA

pct. af medlemmerne accepterede i 2008, er baggrunden for, at PKA i oktober fik prisen Pension Fund of the Year, uddelt af det engelsksprogede tidsskrift Life & Pensions.

(kb)

”Jeg har sørme hørt mange af den slags historier igennem årene, og jeg er forarget hver gang. Som praktiserende læge oplevede jeg gang på gang, at når jeg af lægefaglige grunde sagde nej til at hjælpe en patient til at blive fremrykket, så fik han eller hun alligevel arrangeret det via en tante, som måske var sekretær, sygeplejerske eller læge.”

Frede Olesen, formand for Kræftens Bekæmpelse i Dagens Medicin, 30. oktober 2009

Sygeplejerskerne var mine psykologer

AF NANA VOGELBEIN, JOURNALIST • FOTO: FRA BOGENS OMSLAG

Sejt træk. Som professionel cykelrytter var Brian Holms force de korte, stejle stigninger. Som privatperson måtte han ud på sit livs længste og mest ubarmhjertige etape, da han i 2004 fik konstateret tarmkræft.

I bogen "Den sidste kilometer", som lige er udkommet, giver Brian Holm et ærligt indblik i de konsekvenser, hans diagnose fik. *Sygeplejersken* har talt med Brian Holm om det danske systems tilgang til kræftbehandling, om hans nyfundne respekt for sygeplejersker og om at blive klogere.

At blive dødssyg af kræft var på ingen måde en del af de fremtidsplaner, Brian Holm havde lagt. Som succesrig eksprofessionel cykelrytter og sportsdirektør for et af verdens mest vindende cykelhold vidste han, at hans plads var på etappen. Ved sine rytteres side. Men sådan kom det ikke til at gå. I hvert fald ikke hele tiden. Brian Holm måtte nemlig sande, at nogle strækninger i livet kræver den fulde tilstedeværelse. Ikke kun som Brian, den tidligere cykelrytter, Brian, sportsdirektøren eller Brian, partner og far, men som Brian, mennesket. Da han i februar 2004 fik konstateret tarmkræft, blev han klar over, at nu kunne det være slut med at se sin elskede søn, sin forlovede, familien og cykelkammeraterne. Parat til i afmagt at skyde sig en kugle for panden beredte Brian Holm sig på den måske største udfordring af alle: at dø.

Lidt af en tøsedreng

"Jeg kunne ikke se nogen som helst udvej, da jeg fik diagnosen. Alt gik bare i sort.



I dag er jeg ikke bange for noget som helst, for jeg har prøvet det værste, man kan tænke sig. Som sportsmand var jeg en hård banan, men nu opfatter jeg mig selv som lidt af en tøsedreng, for jeg har mødt mennesker, der tackler deres kræftsygdom og mulige dødsdom med langt større værdighed, end jeg gjorde," forklarer Brian Holm.

Selvmodet blev heldigvis ikke en realitet, og i dag ville Brian Holm ikke være foruden de oplevelser, kræften gav ham, siger han. Paradoksalt nok.

De rigtige helte

De talrige indlæggelser under sit behandlingsforløb ændrede Brian Holms syn på læger og sygeplejersker. Førhen mente han, at livets helte var dem, man så på forsiden af de kulørte blade, men lang-

somt gik det op for ham, at de største helte af dem alle, var dem, der hjalp ham i kampen mod kræften.

"Sygeplejerskerne var mine psykologer, da jeg var indlagt. Jeg oplevede en enorm støtte og empati, og de var altid nærværende og parate til at dele deres erfaringer. På Bispebjerg Hospital var der en mandlig sygeplejerske, som jeg kom rigtig godt ud af det med, og det var

art, at det ikke altid var en kvinde, der skulle hjælpe mig med min personlige hygiejne. Det var på en eller anden måde mere værdigt, at det var en mand, der hjalp mig," siger Brian Holm.

Sendes hjem med dødsdom og dvd

Men sygdommen gav også Brian Holm et indblik i den måde, det danske system behandler kræftpatienter på, og selvom han ikke har noget at udsætte på det lægelige, mener Brian Holm, at det menneskelige aspekt ignoreres i alt for høj grad.

"Jeg taler ofte med kræftpatienter, der fortæller, at de har fået at vide, at de har fremskreden kræft, og at de så har fået stukket en dvd i hånden, som de kan gå hjem og se for at blive klogere på deres sygdom. Hvis man er arbejdsløs, kan man få jobtræningskurser, og hvis man over-

SLS

Krise- og konflikthåndtering i sygeplejen

Sygeplejestuderendes Landssammenlutning, SLS, holder den 21. november landskursus under temaet "Krise- og konflikthåndtering i sygeplejen" på University College Lillebælt i Odense. SLS har i den anledning indhentet terapeut og sexolog Joan Ørting samt konfliktcoach Lars Mogensen som fore-

dragsholdere. Joan Ørting vil give deltagerne en række værktøjer, de kan bruge til at tackle seksuelle problemstillinger i forbindelse med udførelse af sygepleje, mens Lars Mogensen vil lære SLS-medlemmerne den grundlæggende teori inden for konflikthåndtering ved hjælp af humor og eksempler fra det

virkelige liv. Som supplement til foredragene er der også arrangeret en række forskellige workshops for deltagerne.

Du kan finde nærmere information om de arrangerede workshops samt om landskurset på www.dsr.dk/sls

Sådan blev valgresultatet

værer et røveri, får man tilbudt krisehjælp. Men over for kræftpatienter svigter systemet. De får en dødsdom og bliver sendt hjem. Det undrer mig meget,” lyder det fra Brian Holm, som også mener, der er brug for en kontaktperson, som følger både kræftpatienten og de pårørende gennem hele forløbet.

Er brudt ud af sin skal

I dag har han engageret sig i debatten om kræft og holder hyppigt foredrag om sine egne oplevelser. At fortælle sin historie i ”Den sidste kilometer” har været en barsk omgang, fordi bogen på mange måder går tæt på hovedpersonen, som førhen sjældent gav udtryk for sine følelser.

”En gang imellem har jeg tænkt, at nu går bogen for tæt på, men min kræftsygdom har sat tingene i et andet perspektiv, og jeg synes ikke længere, det er flovt at indrømme, at jeg har grædt. Min forlovede åndede lettet op, da hun havde læst bogen, for nu kunne hun bedre forstå, hvorfor jeg opførte mig, som jeg gjorde, da jeg var syg. Jeg lukkede mig inde og talte ikke om det, der gjorde mig bange og ked af det.”

Brian Holm lægger ikke skjul på, at han hader kræft som pesten, og han har gjort det til en mission at udbrede mest mulig viden om sygdommen.

”Næsten hver tredje dansker rammes af kræft, og det er vigtigt, at man ikke tier sygdommen ihjel. Ved at dele mine oplevelser med andre kæmper jeg min lille, private krig mod kræft. Jeg ville være en slem kujon, hvis jeg ikke talte om min sygdom, for så ville kræften vinde over mig, og det vil jeg ikke lade ske.”

Vidste du at ...

... personer med hårdt fysisk arbejde også skal være fysisk aktive i deres fritid, hvis de vil undgå hjerte-kar-sygdomme? Det viser en undersøgelse fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, der er foretaget på mænd. Undersøgelsen modbeviser den almindelige opfattelse af, at folk med fysisk arbejde ikke behøver være fysisk aktive i deres fritid.

Kilde: www.arbejdsmiljoforskning.dk

Dansk Sygeplejeråds fem kredsformænd blev alle genvalgt uden modkandidater. Til gengæld har alle Dansk Sygeplejeråds kredse haft kampvalg om posterne som kreds næstformand. Valget blev afgjort den 9. november og offentliggjort kort før deadline for produktionen af dette nummer af *Sygeplejersken*. Kreds næstformændene vælges direkte i hele kredsen, og den kandidat, der får flest stemmer, er valgt som 1.-kreds næstformand.

De valgte kreds næstformænd er (1.-kreds næstformanden er nævnt først):

Kreds Nordjylland

Helle Kjærager Kanstrup og Lene Holmberg.

Kreds Midtjylland

Anja Laursen, Gert Petersen, Bente Alkær sig Rasmussen og Birgitte Kru-sell.

Kreds Syddanmark

John Christiansen, Linda Rise, Line Gessøe Hansen og Jytte Kristensen.

Kreds Sjælland

Nils Håkansson, Helle Kehlet og Je-annette Hansen.

Kreds Hovedstaden

Vibeke Schaltz Andersen, Kristina Robbins, Martin Carlsson, Charlotte Engels og Lisbeth Torp Kastrop.
Navnene på de øvrige valgte bestyrel-

sesmedlemmer i Dansk Sygeplejeråds fem kredse samt stemmeprocenter kan ses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk/kredsvalg2009

Lederforeningen

Valghandlingen gav valg til følgende medlemmer af Lederforeningens bestyrelse:

Kreds Nordjylland

Astrid Langelund Jørgensen og Lene Berg.

Kreds Midtjylland

Lone Nørgaard Møller og Helle Hede-dam Christensen.

Kreds Syddanmark

Lene Wichman og Hanne Friis Clau-sen.

Kreds Sjælland

Stig Blom Jul-Rasmussen og Berit Henriksen.

Kreds Hovedstaden

Carin Engøl og Jens Glindvad.

(sp/hbo)

Puder mod brystkræft

Et landsdækkende kvindenetværk står bag et gratis tilbud om hjertepuder til alle brystopererede kvinder. Når puden placeres i armhulen, modvirker den smerter fra operationssåret og senere smerter fra arm og skulder, fordi den letter spændingerne efter operationen. Samtidig kan den bruges under sikkerhedsselen.

”Mit store ønske er at komme i kontakt med tidligere opererede, så de kan blive tilbudt en gratis pude mod bl.a. de spændinger fra operation og efterbehandling, som generer mange i dagligdagen, og som vi ved, at pudene i et vist omfang kan formindske, siger operationssygeplejerske Nancy Friis-Jensen fra Frederiksberg Hospital, der under et besøg i 2006 på sin gamle arbejdsplads i USA opdagede, at brystopererede kvinder fik puderne. Pudene sponsoreres af en lang række firmaer og interesseorganisationer og udleveres af hospitaler over hele landet.

For yderligere information: www.heartpillow.dk

Løncirkus på Frederiksberg Hospital

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST
FOTO: SØREN SVENDSEN

Basissygeplejerske Line Tetens føler sig som ufrivillig statist i et løncirkus. I de otte måneder, hun har været ansat på Frederiksberg Hospital, har hun ikke modtaget én eneste korrekt lønseddel.

I de knap otte måneder, 25-årige Line Tetens har været ansat som sygeplejerske på Frederiksberg Hospital, har hun endnu ikke fået en eneste korrekt lønseddel. En måned får hun 65.000 kr. i løn, en anden måned står der 95.000 kr. på lønsedlen. Flere måneder i træk får hun kun halv løn og må selv bede om acountobeløb, som ofte er flere dage forsinkede.

"Jeg er meget utryk ved konsekvenserne af det her løncirkus. Får jeg eksempelvis et kæmpe skattesmæk? Og hvad sker der med min pension? Det har jeg det ikke særlig godt med," siger Line Tetens.

Ingen løn den første måned

Det hele starter, da Line Tetens bliver ansat som basissygeplejerske på Akut Medicinsk Afdeling på Frederiksberg Hospital den 15. marts i år.

"Oprindeligt skulle jeg starte i stillingen 1. april, men vi bliver enige om, at jeg starter den 15. marts i stedet. Desværre er lønkontoret ikke orienteret om beslutningen, så den 1. april får jeg ingen løn," fortæller Line Tetens.

Efter måneder med fejl beslutter lønkontoret på Frederiksberg Hospital at nedlægge Line Tetens lønnummer og oprette et nyt til hende. Tiltaget sker for at komme problemerne til livs. Resultatet er dog det stik modsatte. Fra lidt kludder i lønnen udvikler situationen sig nu til et lønkaos for Line Tetens.

"Den næste lønseddel, jeg får, lyder på 65.000 kr. inden skat. Men det beløb, jeg får efter skat, er alt for lavt i forhold til, hvad jeg skulle have haft. Årsagen er, at mit gamle lønnummer ender i minus, og det trækkes fra det nye lønnummer," siger Line Tetens.

Uacceptabel situation

Formanden for Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, Vibeke Westh, er både forundret og målløs over forløbet i Line Tetens sag.

"Det her skal hospitalet som arbejdsgiver



"Jeg er meget utryk ved konsekvenserne af det her løncirkus," siger sygeplejerske Line Tetens, som har fået fejlbehæftede lønsedler i al den tid, hun har været ansat på Frederiksberg Hospital. Konstitueret hospitalsdirektør Anna Guttessen erkender fejlene og håber, at sagen snart afsluttes.

ver se at få rettet op på. Og det skal ske nu. Det er en fuldstændig uacceptabel situation, som Line har været igennem," udtaler Vibeke Westh.

Hospitalsdirektør forstår frustration

Konstitueret hospitalsdirektør på Frederiksberg Hospital, Anna Guttessen, kender ikke Line Tetens sag i detaljer, men hospitalsdirektøren erkender blankt, at den slags kaos ikke må ske.

"Jeg vil selvfølgelig nu sørge for, at den slags ikke sker igen. Nu har jeg hørt om

den her sag, og det er ikke godt nok. De fejl må bare ikke ske. Denne sag skal vi lære af, så det ikke sker i fremtiden. Sådan er det. Jeg håber, at sagen snart afsluttes," udtaler Anna Guttessen.

Også Line Tetens håber, at sagen snart kan afsluttes. Men hun nærer ikke de store forventninger:

"De har lovet, at sagen er færdig til den 1. december. Men den besked har jeg hørt mange gange før, så jeg ved ikke, om jeg tror på dem."

Natarbejde giver brystkræft

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST

»»» DET SKREV PRESSEN

Arbejdsskader. En ny rapport fra WHO kæder brystkræft og natarbejde sammen. Det har fået Dansk Sygeplejeråd til at kræve et politisk indgreb mod for mange og for lange vagter.

Siden 1. januar 2008 har 60 kvinder fået konstateret brystkræft som følge af natarbejde. Samtidig viser en ny rapport fra WHO's kræftrådgivningscenter IARC, at der er en sandsynlig sammenhæng mellem natarbejde gennem en årrække og brystkræft hos kvinder. Det skrev gratisavisen MetroXpress i uge 44.

Det fik Dansk Sygeplejeråd til at kræve indgreb mod natarbejdet i sundhedssektoren.

"Først og fremmest vil vores krav gå på en regulering af antal vagter, længden af vagterne og hviletidsbestemmelserne," oplyste næstformand i Dansk

Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til DR Nyheder.

Kravet mødte støtte fra både SF og Kræftens Bekæmpelse i samme medie.

"Det kan ikke være rigtigt, at man skal blive syg af at arbejde i den offentlige sektor. Jeg kan godt forestille mig, at det bliver lovbestemt, hvor mange nattevagter man må have i træk, og hvor lange de må være," sagde SF's arbejdsmarkedsordfører, Eigil Andersen.

Støtte fra Kræftens Bekæmpelse

Seniorforsker ved Kræftens Bekæmpelse, Johnni Hansen, har været med til at lave undersøgelsen fra WHO, og han mener, at undersøgelsen klart dokumenterer sandsynligheden for, at nattevagter og brystkræft hænger sammen. Kræftens Bekæmpelse støtter derfor også Dansk Sygeplejeråds krav, og Johnni Hansen mener, at man f.eks. bør overveje at fordele nattevagterne mere hensigtsmæssigt ved at lade flere om at

dele dem, så antallet af nattevagter bliver reduceret for den enkelte medarbejder.

Brystkræft bliver erhvervssygdom

Når WHO's rapport udkommer i starten af 2010, vil den få stor betydning for, hvordan brystkræft ramte kvinder fremover vil få behandlet deres sager. Erhvervssygdomsudvalget, der er et rådgivende organ under Arbejdsmarkedsstyrelsen, vil til den tid tage stilling til, om sygdommen skal med på den officielle liste over anerkendte erhvervssygdomme. Det vil sandsynligvis betyde, at flere kvinder fremover vil få medhold i deres sager og anerkendelse af, at deres sygdom er en arbejdsskade.

"Det skrev pressen" bygger på, hvad andre medier har skrevet om det aktuelle emne og ikke på redaktionens egen research.



SILENTIA
Silver
Line

Enkelt design

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



Gir godt overblik og slipper lyset ind



Mobil eller vægmonteret



Nemme at rengøre



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

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

Mere sekretærhjælp, tak, og mindre oprydning

Opgavemagneter. Arbejdsopgaverne i sundhedsvæsenet holder flyttedag. De nye opgaver er allerede kommet, de gamle kan være sværere at komme af med.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: ALEX TRAN

Anni Gaihede, sygeplejerske, Lungemedicinsk afsnit ML, Odense Universitetshospital, Svendborg

Hvilke opgaver vil du gerne af med?

"At være med til at give aftensmad. Det er spild af tid, at vi skal hente mad og servere, især i aftenvagten, hvor vi har meget travlt, når vi får nye patienter, og patienter bliver dårlige. Det er også spild af tid, at vi skal rydde op i skyllerummet, sætte bækkener over og gå ned med affaldssække og vasketøj. Før i tiden var der personale, der tog sig af de opgaver.

Så er der sekretærarbejdet, især i aftenvagten, hvor vi indlægger folk, laver labels osv. Vi har sekretærhjælp om dagen, men ikke som før i tiden. I dag skal vi også selv bestille blodprøver og transporter."

Er der opgaver, du kunne tænke dig at overtage?

"Nej, jeg har nok i det, vi allerede har overtaget. F.eks. lægeopgaver som at lægge venflon, katetre og a-punktur."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Charlotte Lyngø Jensen, sygeplejerske, Medicinsk Visitations Afsnit, Sygehus Sønderjylland i Haderslev

Hvilke opgaver vil du gerne af med?

"Vi har meget administration og skal skrive mange ting i hånden, som en sekretær godt kunne tage sig af, hvis vi indtalte på bånd. Hvis vi fik mere sekretærhjælp, kunne de samtidig bestille medicin og varer. Vi har også køkkenarbejde, de dage vores serviceperson ikke er her. Lave kaffe, dække vogn og rydde af. De opgaver kunne vi sagtens aflevere."

Er der opgaver, du kunne tænke dig at overtage?

"Vi lægger allerede venflon og er ved at blive oplært til a-punktur, og jeg kan godt se flere mindre opgaver, vi kan overtage fra lægerne."



FOTO: THOMAS SOMBERGAARD

Gitte Aude Skeldrup, hjemmesygeplejerske, Midtbyens lokalcenter, Århus Kommune

Hvilke opgaver vil du gerne af med?

"Besøg, hvor den eneste opgave er medicindosering. Hvis der samtidig er andre opgaver i hjemmet, f.eks. sårpleje, giver det mening, at vi også doserer medicin, for at der ikke skal komme flere mennesker i hjemmet end nødvendigt. Det samme med insulin. Men hvis der i forvejen kommer en assistent for at hjælpe med den personlige pleje, hænger det jo godt sammen, at hun også giver insulinen."

Er der opgaver, du kunne tænke dig at overtage?

"Vi har allerede fået de nye opgaver, for patienterne kommer hjem fra sygehuset med nye katetre, stomier osv. I den forbindelse har vi også fået en større rolle som konsulenter for hjælperne og som mellemlid til hospitalerne, når vi skal finde ud af, hvordan vi løser opgaven."



FOTO: SØREN SVEINSDEN

Heidi Jespersen, assisterende afdelingssygeplejerske, Ortopædkirurgisk Sengeafsnit T119, Herlev Hospital

Hvilke opgaver vil du gerne af med?

"Administrative opgaver som at bestille blodprøver, printe prøvesvar, holde orden på papirer, osv. Inden for patientplejen er der selvfølgelig også opgaver, andre kan udføre. Her i afdelingen har vi allerede uddelegeret ansvar til assistenterne, så de varetager helhedsplejen til patienter i stabil fase. Det giver mig bedre mulighed for at varetage helhedsplejen til mine patienter, fordi jeg har færre. Men jeg vil ikke undvære opgaver som at give patienterne mad. Det er en del af sygeplejen at sørge for, at patienter får mad, og at de får spist det, de får."

Er der opgaver, du godt kunne tænke dig at overtage?

"Medicinordination i et vist omfang. I en ortopædkirurgisk afdeling er smertebehandlingen jo en kerneydelse."

Læger kommer stadig fra eliten

Fire ud af fem medicinstuderende kommer fra socialgruppe I eller II. Det viser en undersøgelse blandt årgang 2006 og 2007 på Københavns Universitets medicinstudium. Dermed er den sociale fordeling på studiet lige så skæv i 2007 som i 1992 – og skævere end på f.eks. psykologi og humaniora. Hver femte studerende på medicinstudiet er barn af en læge.

Følg undersøgelsen i www.ugeskriftet.dk

dk tilhørte 81 pct. af de studerende socialgruppe I og II, og 17 pct. havde mindst én forælder, som var læge. Undersøgelsens forfattere peger på andre undersøgelser, der viser, at lægens egen sociale baggrund spiller en rolle for, hvordan lægen opfatter patienter fra lavere sociale lag. Læger, der kommer fra lavere socialgruppe, giver bedre pleje til patienter fra lavere sociale lag. De er også bedre til at kom-

munikere med disse patienter end læger, der kommer fra højere sociale lag. Forfatterne ser derfor den skæve sociale rekruttering til medicinstudiet som et problem i forhold til omsorgen for patienter fra de lavere socialklasser.

(bso)

Kilde: Ugeskriftet for Læger.



Lige om lidt

Sygeplejersker skal ikke bøde for jobsikkerhed

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: LEA MEILANDT MATHIESEN

Camilla Lindemann, chefredaktør for kvindebladene IN, Femina og magasinet Psykologi, om ligestilling:

"Det er urimeligt, at vi ikke betaler offentligt ansatte som f.eks. sygeplejersker og politibetjente særlig godt. De gør et stort arbejde og skal ikke længere bøde for, at de har sikkerhed i ansættelsen, for dér er det private arbejdsmarked kommet godt med. Men vil jeg betale mere i skat? Nej! Så mit forslag er at omlægge de midler, der er.

Men selvfølgelig skal der være lige løn for samme arbejde. Det er der stadig ikke, for kvinder har ikke så mange års træning i at sælge sig selv. De siger: "Hvis du synes, 1.200 kr. er godt nok til mig, tager jeg det." Så kvinder må i træning. Hos mænd.

Det er meget sexet at være en god far i dag. Machomanden er ude! Så jeg håber, vi når derhen, hvor ansvaret for børn og hjem er begges. Hvor mændene i stigende grad opdager glæden ved at fylde i børnenes liv. Og hvor mine kontrollerende medsøstre evner at slippe lidt. Børn har godt af maskulinitet. Men total ligestilling får vi aldrig. Kvinder føder børn og har trang til at bygge rede. Mænd føder ikke børn og har svært ved at tage barselsorlov. Det handler ikke bare om arbejdsmarked, men også om biologi."

Hvad ville du gøre, hvis du var ligestillingsminister?

"Jeg ville ønske, vi slet ikke havde brug for en ligestillingsminister. At vi havde erkendt, at der er forskel på kønnene og havde indarbejdet det i samfundsindretningen. Vi skal ikke være robotagtigt lige. At vi er forskellige er i sig selv meget dejligt, så længe det ene køn ikke skal være det andet underdanigt. I fremtiden bør der være – ligeværdigt – plads til mænd og kvinder og deres biologiske forskelle."

Rettelser

Artiklen "Mini-MTV: Et overkommeligt redskab" blev i *Sygeplejersken* 17/2009 beklageligvis bragt i en forkert version. Den korrekte kan ses på www.sygeplejersken.dk

I *Sygeplejersken* nr. 20/2009 bragte vi en omtale af Dansk Sygeplejeråds 110-års fødselsdag. Her kom vi fejlagtigt til at skrive, at Dansk Sygeplejeråds første formand Charlotte Norrie sad på posten i et kvart århundrede. Hun var dog kun formand i ganske kort tid. Allerede på den første generalforsamling i 1899 blev Henny Tscherning valgt som formand, og det var hende, der sad på posten i et kvart århundrede.

Redaktionen

Efterlysning Har du været tæt på bandekrigen?

I dette nummer af *Sygeplejersken* bringer vi et tema om sygeplejerskers håndtering af skudofre. Har du selv oplevelser med patienter indlagt i forbindelse med banderelateret vold, hører vi meget gerne fra dig.

Kontakt journalist Britta Søndergaard via mail bs@dsr.dk eller telefon 4695 4261.

Træning styrker kræfttramte

Et lodtrækningsstudie fra Rigshospitalet viser, at kræftpatienterne får stærkere muskler, bedre kondition, mere energi og mindre træthed, hvis træning er en del af behandlingstilbuddet under kemoterapi.

De patienter, der trænede, havde gennemsnitligt 29,6 pct. større muskelstyrke og 10,7 pct. bedre kondition efter de seks uger, mens der i kontrolgruppen ikke sås nogen forbedring. En af forskerne bag studiet er professor og sygeplejerske Lis Adamsen fra Rigshospitalet og Københavns Universitet. Hun mener, at der er store forbedringer at hente, hvis træningen foregår i trygge rammer i forbindelse med den øvrige behandling.

"Vi er de første, der har vist, at træning mindsker trætheden, og derudover er det meget væsentligt, at der er så store forbedringer i muskelstyrke og kondition. Det er så meget, at det ikke bare er noget, man kan se i statistikkerne. Det er så store fremgange, at folk kan mærke det på deres egen krop," siger Lis Adamsen til Cancer.dk

(bso)

Vidste du at...

... operationsteknikerne bliver undervist i 18 forskellige fag – herunder hygiejne, psykologi, kirurgisk sygdomslære og sundhedsjura?

Læs mere: www.regionh.dk/operationstekniker

Rigeligt med opgaver til alle

AF SØREN PALSBØ, JOURNALIST

Ny arbejdsdeling. Nye opgaver til sygeplejersker betyder ikke, at andre bliver arbejdsløse. Det mener Venstres sundhedsordfører, som har stillet forslag om en sundhedshotline og begrænset ordinationsret til sygeplejersker.

"Vi har virkelig brug for at "få rystet posen" og sørge for, at de rigtige kompetencer findes de rigtige steder i vores sundhedsvæsen."

Ordene kommer fra Venstres sundhedsordfører Birgitte Josefsen. Et nyt sundhedspolitisk udspil fra det store regeringsparti rummer forslag om at placere sygeplejersker i sundhedsvæsenets forreste linje og give sygeplejersker nye opgaver og beføjelser. Forslagene om en sundhedshotline og uddannelse af kliniske ekspertsygeplejersker med begrænset ordinationsret har fået overvejende positiv modtagelse blandt de politiske partier, mens der er kommet kritiske kommentarer fra lægeside.

Om forslagene siger Birgitte Josefsen:

"Hvis sygeplejerskerne i fremtiden skal arbejde mere indgående med den store gruppe af kronisk syge, så er det ikke ensbetydende med, at den praktiserende læge eller sygehuslægerne bliver arbejdsløse. Der er rigeligt med opgaver til alle," siger Venstres sundhedsordfører.

Hun hæfter sig ved, at både læger og sygeplejersker, der har valgt at arbejde i den private del af sundhedsvæsenet, ikke primært begrunder valget med lønnen, men derimod at de i det private får mulighed for at koncentrere sig om deres faglige kerneområde – dét, de så frem til, da de stod med deres uddannelsespapirer i hånden.

"Jeg vil gerne rose Dansk Sygeplejeråd, som for nylig har undersøgt, hvor megen tid sygeplejersker gennemsnitligt bruger på rengøringsopgaver. Det er jo ikke sådan, vi skal bruge sygeplejerskers eller andre faggruppers spidskompetencer," siger Birgitte Josefsen.

Sygeplejerskerne er klar

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, er enig:

"Det er et modigt politisk forslag fra Venstre. Vi må se i øjnene, at vi kommer til at mangle rigtig mange medarbejdere i



ARKIVFOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

Et nyt udspil fra partiet Venstre rummer forslag om at placere sygeplejersker i sundhedsvæsenets forreste linje bl.a. gennem en sundhedshotline og en begrænset ordinationsret til uddannede kliniske ekspertsygeplejersker. Forslaget har fået overvejende positiv modtagelse blandt de politiske partier, men kritiske kommentarer fra lægeside. På fotoet herover – fra et tema om ny arbejdsdeling i Sygeplejersken nr. 20/2009 - ses Gitte Zytphen-Adeler, sygeplejerske på ortopædkirurgisk Klinik Farsø.

sundhedsvæsenet de kommende år. Derfor er det mere vigtigt end nogensinde, at vi udnytter de kompetencer, som hver enkelt faggruppe har, bedst muligt."

Grete Christensen mener, at sygeplejersker er klar til at overtage et udvidet arbejdsfelt. Herunder også at få en begrænset ordinationsret, som kan være med til at skabe en større fleksibilitet i det samlede sundhedstilbud til borgerne. Men også til at afgive en række opgaver, som andre med fordel kan løse:

"Man skal udnytte de kompetencer, som sygeplejersker har, maksimalt."

Grete Christensen har for nylig holdt et møde med lægernes formand, hvor ny arbejdsdeling var på dagsordenen, og har haft et tilsvarende møde med FOA.

"Jeg er kun interesseret i, at alle aktører får drøftet, hvordan vi får den bedst mulige arbejdsdeling," siger hun.

"Jeg ønsker hverken at træde nogen over tæerne eller holde nogen fra fadet, hvis de kan løse opgaverne. Nu handler



FOTO: SØREN SVENDSEN

"Hvis sygeplejerskerne i fremtiden skal arbejde mere indgående med den store gruppe af kronisk syge, så er det jo ikke ensbetydende med, at den praktiserende læge eller sygehuslægerne bliver arbejdsløse," siger Birgitte Josefsen (V).

det om at finde frem til en anderledes organisering af arbejdet, så vi kommer til at mærke manglen på de enkelte faggrupper mindst muligt."

Vred over krig om faggrænser

Socialdemokraternes sundhedsordfører Sophie Hæstorp Andersen:

"Vi ved, at omkring 40 pct. af danskerne har svært ved at navigere rundt på internettet. Derfor kunne det være positivt at få en lettere indgang til sundhedsvæsenet i form af en sundhedshotline. Det er også fint, at den er bemandede med sygeplejersker. Måske skulle man også indtænke sundhedsplejersker ud på de små timer, hvor familier med småbørn kan komme i situationer, hvor de føler sig usikre, og hvor der måske kun er 30 sekunder hos vagtlægen."

Socialdemokraternes sundhedsordfører ser også "forsigtigt positivt" på forslaget om kliniske ekspertsygeplejersker med begrænset ordinationsret.

"Det er vigtigt at få afgrænset de lovgivningsmæssige spørgsmål, ligesom der skal være en kvalitetssikring, så der ikke bliver tale om en uendelig række receptforlængelser," siger hun.

Liselott Blixt, Dansk Folkepartis sund-

hedsordfører, er også positiv over for forslaget om en sundhedshotline. Hun ønsker også, at vagtlægeordningen kommer til at fungere, gerne med hjælp fra sygeplejersker.

"Jeg er også positiv over for forslaget om kliniske ekspertsygeplejersker, men det gør mig vred, at læger og sygeplejersker ikke kan lade være med at udkæmpe en krig om faggrænser.

Det gælder om at finde fælles fodslag. Der er rigeligt med opgaver til alle sundhedsvæsenets faggrupper," siger Liselott Blixt. Hun tilføjer, at hun ønsker sikkerhed for, at kroniske patienter fortsat har adgang til regelmæssig lægelig vurdering af deres medicinbehov.

Bland ikke tingene sammen

De Konservatives sundhedsordfører Vivi Kier er positiv over for forslagene om såvel en sundhedshotline og uddannelse af kliniske ekspertsygeplejersker, men advarer mod, at tingene blandes sammen. Flere ministerier er involveret i arbejdet med forslaget om kliniske ekspertsygeplejersker, som Vivi Kier kalder et af sine konservative hjertebørn.

"En sundhedshotline og en eventuel ny bemanning af lægevagtordningen er begge en del af det præhospitale beredskab, og det er måske i virkeligheden dér, vi skal tænke nye tanker," siger hun.

De Radikales sundhedsordfører Lone Dybkjær siger:

"Vi er tilhængere af, at der bliver nogle nye kvalifikationsmuligheder for sygeplejersker, det skal bare gøres fornuftigt. I det omfang, at man kan skabe aflastning for lægerne på nogle områder, så synes jeg, det er godt."

Lone Dybkjær mener også, at problemerne med vagtlægeordningen trænger sig på. Hun er blevet gjort opmærksom på, at en stor del af henvendelserne til vagtlægerne drejer sig om almindelig ordination af lægemidler.

"Hvis vagtlægerne belastes af de opgaver, som læger skal tage sig af i almindelig konsultationstid, så synes jeg, det er uacceptabelt."

Læs mere på www.dsr.dk/ekspert, www.sygeplejersken.dk (søg f.eks. på 'sundhedshotline') og www.nhsdirect.nhs.uk

Guide til kommunalvalget

Skulle du have lyst til at stemme på en sygeplejerske ved kommunal- og regionsvalget den 17. november, kan du se en oversigt over opstillede sygeplejersker på www.dsr.dk/kv09.



Nyt område med tal på sygeplejersker

Vidste du, at én ud af otte sygeplejersker er ansat i den private sektor? Vidste du, at sygeplejersker fra 2006 til 2008 øgede deres arbejdstid med 41 minutter i gennemsnit? Det svarer til, at der er leveret ekstra arbejdskraft svarende til 900 fuldtidsansatte. Vidste du, at optaget på sygeplejerskolen i 2009 ligger på samme niveau som tidligere år – efter et historisk lavt optag i 2008?

Dette og mange flere tal og analyser fra DSR Analyse kan du nu læse på www.dsr.dk/taloganalyser.

Del på Facebook

Artikler på www.dsr.dk og www.sygeplejersken.dk har nu fået tilføjet knappen "Del på Facebook". Det betyder, at du kan gøre dine Facebook-venner opmærksom på artikler, der optager dig. De fleste artikler på www.dsr.dk kan læses af alle, mens det i *Sygeplejerskens* artikelarkiv kun er de første 350 tegn, der kan læses af alle. Man må logge ind for at se hele artiklen.

Faggrænser. Hvem er de nye operationsteknikere? Og hvorfor er der overhovedet brug for en ny faggruppe på operationsområdet? Sygeplejersken har spurgt Region Hovedstaden, som står bag den nye operationsteknikeruddannelse, hvad der er op og ned.

Teenagere skal ikke erstatte operationssygeplejersker

AF MARIA JØRVAD, JOURNALIST

Allerede i marts 2009 tog Region Hovedstaden en politisk beslutning om at iværksætte en uddannelse til operationstekniker. På det tidspunkt led flere operationsafdelinger i regionen under personalemangel, og patienterne blev henvist til det private. Det forklarer Maja Winther Bengtsson, chefkonsulent i Region Hovedstaden og projektchef for udarbejdelsen af den nye teknikeruddannelse.

Hun vil gerne slå en pæl gennem de spekulationer om uddannelsen, som går på, at operationssygeplejersker nu bliver overflødiggjort og mister deres arbejde.

”Der er stadigvæk brug for hver eneste operationssygeplejerske, vi har i Danmark. Teknikerne skal supplere operationssygeplejerskerne. Dét, vi prøver at gøre med den her uddannelse, er at spare på de enormt vigtige plejekompetencer,

som sygeplejerskerne har, så vi ikke får suget så mange nyuddannede sygeplejersker ind i det her felt fremover. For vi har brug for nyuddannede sygeplejersker andre steder,” siger Maja Winther Bengtsson.

Sygeplejersker kan de svære ting

Maja Winther Bengtsson mener, at der er sket et skred i forhold til, hvad operationssygeplejersker betragter som sygefaglige opgaver, og siger, at det ikke er at række instrumenter til en kirurg.

”Det ligger ikke i sygeplejerskernes grunduddannelse. Det sygefaglige er først og fremmest plejen og omsorgen, og det er kendskabet til patientens krop og psyke,” siger hun.

Og derfor er det ikke meningen, at den nye faggruppe, operationsteknikerne, skal overtage alt det, som operationssygeplejerskerne i dag laver på operationsområdet.

”Det bliver et samarbejde mellem en faguddannet tekniker, der kan alt det praktiske omkring det sterile, og som kan tælle ting, der kommer ud og ind, og så vil der være en sygeplejerske, som kan de svære ting, hvor man skal forstå kroppen og kende anatomi og fysiologi helt i dybden,” siger Maja Winther Bengtsson.

Ingen 16-årige på operationsstuerne

Maja Winther Bengtsson vurderer, at den største forskel for sygeplejerskerne bliver, at de får en ny sparringspartner på afdelingen. Sygeplejerskerne skal ikke frygte, at de kan blive stillet til ansvar for operationsteknikernes arbejde, da det personalemæssige ansvar ligger hos afdelingssygeplejersken og det juridiske

))) DSR SAGDE NEJ TIL UERFARNE UNGE PÅ OPERATIONSSTUERNE

Dansk Sygeplejeråd (DSR) har fra starten gjort indsigelse mod Region Hovedstadens initiativ med den nye uddannelse. Af hensyn til bl.a. patientsikkerheden har DSR krævet, at teknikerne skulle have en forsvarlig formel uddannelse, og at der bliver etableret en videreuddannelse for operationssygeplejersker. Det har regionen givet tilsagn om.

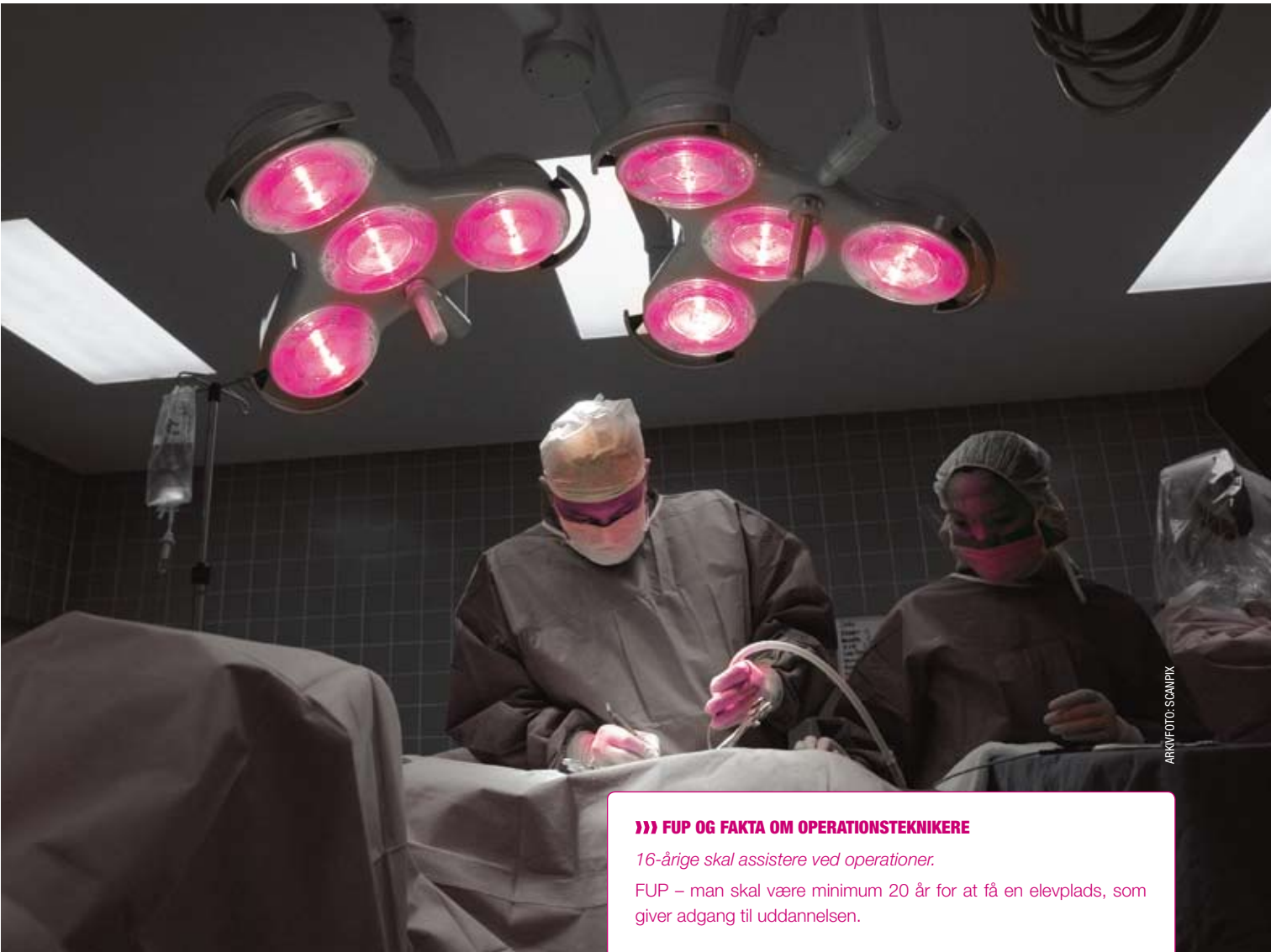
Derfor har DSR sat gang i møder over hele landet i samarbejde med FSSASMO (Fagligt selskab for sygeplejersker ansat ved steriliseringscentraler, ambulatorier, skade- og modtageafdelinger samt operationsgange). Indtil videre er der planlagt syv møder, hvoraf de første allerede er afholdt.

Målet med møderne er bl.a. at få operationssygeplejerskernes input til en formel videreuddannelse for operationssygeplejersker, som DSR vil arbejde for bliver på diplomniveau og på længere sigt bliver landsdækkende. DSR har derfor også sammensat en arbejdsgruppe med erfarne operationssygeplejersker, FSSASMO og oversygeplejersker for operationsafdelinger på tværs af landet.

))) ET GODT RÅD - SPØRG DIN LEDER

Hvis der bliver introduceret nye faggrupper på din afdeling, er det en god idé at, du og dine kollegaer orienterer jer om konsekvenserne. Du kan f.eks. spørge din leder:

- Hvem har ansvaret for den nye gruppe?
- Får sygeplejerskerne nye opgaver i stedet for dem, vi afgiver?
- Hvilke sygeplejeopgaver forventes det, at sygeplejerskerne får mere tid til?
- Bliver der udarbejdet klare retningslinjer for, hvad den nye faggruppe selvstændigt kan udføre?
- Er der afsat ressourcer (personalemæssige og økonomiske) til at introducere den nye faggruppe til området?



ARKIVFOTO: SCANPIX

Der er stadigvæk brug for hver eneste operationssygeplejerske i Danmark. Teknikerne skal udelukkende supplere operationssygeplejerskerne, lyder det fra Region Hovedstaden, som står bag den nye operationsteknikeruddannelse.

ansvar hos lægen. De skal heller ikke frygte, at teenagere kan komme ind på operationsstuen, for alderskravet er 20 år for ansættelse på en afdeling, forklarer hun.

Region Hovedstaden samarbejder nu med Dansk Sygeplejeråd om at få lavet en efteruddannelse for operationssygeplejersker. Maja Winther Bengtsson håber, at sygeplejerskerne vil tage den mulighed for kompetenceudvikling til sig.

mjo@dsr.dk

Læs en længere version af dette artikelkompleks og følg med i udviklingen på www.dsr.dk/operationssygepleje

Her kan du også se, hvor og hvornår der er møde med operationssygeplejerskerne i de enkelte DSR-kredse.

))) FUP OG FAKTA OM OPERATIONSTEKNIKERE

16-årige skal assistere ved operationer.

FUP – man skal være minimum 20 år for at få en elevplads, som giver adgang til uddannelsen.

Efter 30 uger kan man blive ansat som operationstekniker.

FUP – uddannelsen varer i alt 2½ år – og i løbet af uddannelsen får man i alt 30 ugers teori.

Operationsteknikerne skal erstatte sygeplejerskerne.

FUP – operationsteknikerne skal løse opgaver sammen med sygeplejerskerne og kun overtage funktioner, som ikke kræver sygeplejefaglige kompetencer – Region Hovedstaden understreger, at der er brug for alle operationssygeplejersker i regionen, selvom der bliver uddannet teknikere.

Operationsteknikerne skal assistere ved operationer.

FAKTA – operationsteknikere kan assistere kirurgen ved ukomplicerede operationer – og på kirurgens ansvar. Men operationsteknikerne skal ikke assistere ved komplicerede forløb, der kræver dybere indsigt i kroppens funktioner, anatomi og fysiologi.

Operationssygeplejersken har ansvaret, hvis operationsteknikeren laver fejl.

FUP – det juridiske ansvar er placeret hos lægen, som har forbeholdt virksomhed. Personaleansvaret er afdelingssygeplejerskens.

Kilde: Region Hovedstaden.

Sygeplejersker holder hovedet

I skudlinjen. Siden bandekrigen brød ud sidste sommer, er 59 mennesker blevet såret, og seks er blevet dræbt. Mange af skudofrene bliver indlagt på Rigshospitalet, og det giver særlige udfordringer for sygeplejerskerne.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

En ung mand er indlagt på Rigshospitalet efter en skudepisode i København, da der udbryder slagsmål mellem en snes mænd på en repos på 12. sal. På det tidspunkt er der ingen politifolk til stede, og personalet på afdelingen reagerer resolut.

Afdelingen bliver låst af. Politiet og hospitalets vagtværn bliver tilkaldt, og ordensmagten får hurtigt situationen under kontrol. Gruppen på omkring 20 unge mænd bliver sendt væk. Personalet er chokeret, og de bliver tilbudt krisehjælp, men vælger at tale med hinanden i stedet.

Episoden, der fandt sted dette efterår, er yderst sjælden. Ikke desto mindre er det et eksempel på, hvad der kan ske, når patienter, som er ofre for banderelateret vold, indlægges på hospitalet.

”Vi har ikke oplevet den slags situationer før, og episoden er enkeltstående. I den

konkrete situation havde politiet vurderet, at det ikke var nødvendigt med politibevogtning. Personalet reagerede med det

”Generelt er sygeplejersker gode til at håndtere skudofre roligt. Men selvfølgelig gør det noget ved personalet, når en patient bevogtes af politi, der måske har skarpladte pistoler.”

Mette Skovgaard Christensen, psykolog, Krisepsykologisk Enhed, Rigshospitalet.

samme og fik tilkaldt politi og hospitalets vagtværn, og det lykkedes hurtigt at få slagsmålet stoppet,” fortæller chefcenter-sygeplejerske Bente Hansen fra Rigshospitalets Abdominalcenter. Centeret omfatter bl.a. hospitalets intensivafdeling, der har haft flere skudofre indlagt. Siden bandekrigen brød ud i august 2008, er 59 unge

koldt



”Ideelt set er skudofrene patienter som alle andre. Men i nogle tilfælde kan situationen godt give anledning til fantasier hos personalet. Nogle kan f.eks. være bange for, at det kan få konsekvenser for dem personligt, hvis de sætter grænser for en truende patient.”

Mette Skovgaard Christensen, psykolog, Rigshospitalet.

))) mænd blevet såret og seks blevet dræbt. Hovedparten af ofrene har været indlagt på Rigshospitalet.

Sygeplejersker er rolige

Rigshospitalet har altid behandlet kriminelle patienter, men det seneste års bandekrig sætter personalet i en ny situation, fordi der nu kommer medlemmer af organiserede bander ind på hospitalet. Det fortæller psykolog Mette Skovgaard Christensen fra Krisepsykologisk Enhed på Rigshospitalet. Hun oplever, at sygeplejersker er gode til at håndtere skudofre roligt og professionelt, men hos enkelte sygeplejersker kan patienterne og deres pårørende skabe utryghed og angst.

”Da jeg startede som psykolog på hospitalet for 10 år siden, var der mange knivofre. I dag modtager hospitalet skudofre, som i nogle tilfælde tilhører en organiseret bande, og på den måde er forholdene blevet mere rå. Generelt er sygeplejersker gode til at håndtere skudofre roligt. Men selvfølgelig gør det noget ved personalet, når en patient bevogtes af politi, der måske er udstyret med skarpladte pistoler. Når det er sagt, så fylder problemet ikke nær så meget på hospitalet, som det gør i medierne,” siger Mette Skovgaard Christensen, der har ydet psykologhjælp og supervision til flere sygeplejersker, efter at de har haft skudofre indlagt på deres afdeling.

”Ideelt set er skudofrene patienter som alle andre. Men i nogle tilfælde kan

situationen godt give anledning til fantasier hos personalet. Nogle kan f.eks. være bange for, at det kan få konsekvenser for dem personligt, hvis de sætter grænser for en truende patient,” fortæller Mette Skovgaard Christensen. I et tilfælde blev krisepsykologerne f.eks. opsøgt af en enlig mor, der var bange for, hvad der kunne ske med hendes barn, hvis hun selv blev dræbt.

Når sygeplejersker på Rigshospitalet søger hjælp, forsøger psykologerne at støtte dem til at flytte fokus fra den følelsesmæssige utryghed til den faglige indsats. Det sker gennem samtaler og øvelser.

”Det er vigtigt, at bestemte patienter ikke tager den sygeplejefaglige autoritet fra sygeplejersken. Alle ved f.eks., at det er bedst for patienten at komme hurtigt ud af sengen og blive mobiliseret. Men hvis patienten virker truende og ikke ønsker at komme hurtigt ud af sengen, så kan personalet måske være fristet til at føje patienten. Her er det vigtigt, at sygeplejersken holder fast i sin faglighed,” siger Mette Skovgaard Christensen.

Flere rå kriminelle på OUH

Foreløbig er de banderelaterede skudepisoder koncentreret omkring København, men også på Odense Universitetshospital har enkelte bandemedlemmer været indlagt i forbindelse med skudepisoder i Vollsmose.

”Der kommer nogle mere rå kriminelle ind på hospitalet end tidligere. De bliver

bevogtet af politiet, og vi har et godt samarbejde med politifolkene. Når de først er indlagt som patienter, er det ikke mit indtryk, at sygeplejersker er bange. De bliver håndteret som enhver anden patient,” siger afdelingssygeplejerske Laila Bøhrk fra skadestuen på Odense Universitetshospital.

Hun fortæller, at afdelingen forebygger konflikter med bandemedlemmer gennem en voldspolitik, der bl.a. indebærer, at kollegerne er forpligtet til at tale ud med hinanden, hvis der opstår usædvanlige situationer på en vagt. Der er også indført en tværfaglig audit, hvor en episode kan gennemgås. Desuden kan personalet tilbydes supervision og hjælp hos en krisepsykolog.

Splitelse kan forebygges

Psykolog Gary Mushtaq fra Odense Universitetshospital understreger, at opbakning fra ledelsen, fælles retningslinjer og indbyrdes åbenhed mellem kollegerne er altafgørende, når personalet skal takle særlige patienter som f.eks. skudofre:

”Når et skudoffer, som er vant til at bruge magt, bliver indlagt, kan personalet have svært ved at sætte grænser. Mange sygeplejersker har en høj forventning til, hvad de skal kunne rumme, og de forventer at kunne hjælpe alle. Derfor kan det ofte være svært for sygeplejersker at tale om, at det kan være vanskeligt at hjælpe en bestemt patient,” siger Gary Mushtaq.

Han oplever at blive kaldt ud til afdelin-

))) 59 SÅREDE OG SEKS DRÆBTE I BANDEKRIGEN

Siden 1. august 2008 har politiet registreret i alt 339 skudepisoder i hele landet. 109 af dem har været relateret til rocker/bande-konflikten, viser den seneste opgørelse fra Rigspolitiets Nationale Efterforskningscenter, NEC, som følger bandekonflikten nøje. De 109 skudepisoder har frem til den 20. oktober 2009 kostet seks menneskeliv, 59 er blevet såret, og politiet har sigtet 40 personer, som har relation til rocker/bande-miljøet for skudepisoderne.

Hovedparten af skyderierne har fundet sted i København, og de fleste af ofrene i bandekrigen har været indlagt på Rigshospitalet.

Kilde: Rigspoliet.

ger, hvor personalet er uenige om, hvordan bestemte patienter skal takles. Gary Mushtaq understreger, at mange af konflikterne kan forebygges ved god ledelse:

”Ofte ser vi, at disse patienter udløser en splittelse blandt personalet. Nogle synes f.eks., at kollegaen er for large og eftergivende og omvendt. Hvis ikke der er retningslinjer for f.eks. pårørendes besøg, kan der opstå uenighed og stærke følelser blandt personalet. Noget af det vigtigste er derfor, at de ansatte har klare retningslinjer og opbakning fra ledelsen, sådan at problemet forbliver fagligt, frem for at det opleves personligt.”

bso@dsr.dk

))) FIRE REDSKABER

De to psykologer, Mette Skovgaard Christensen fra Krisepsykologisk Enhed på Rigshospitalet og Gary Mushtaq fra Odense Universitetshospital, peger på fire vigtige redskaber til at takle utryghed:

Åbenhed. På f.eks. Odense Universitetshospital er kollegerne forpligtet til at tale ud med hinanden, hvis der opstår uventede episoder på en vagt. Det er også muligt at analysere en episode ved en tværfaglig audit.

Supervision og adgang til krisepsykolog. På Rigshospitalet kan sygeplejersker henvende sig til krisepsykologen uden om deres leder. Gennem øvelser og samtaler støtter krisepsykologen medarbejderen i at flytte fokus fra den følelsesmæssige utryghed til den faglige indsats.

Fælles retningslinjer. Skudofre og andre patienter med særlige problematikker kan udløse splittelse blandt personalet, hvis ikke ledelsen har indført retningslinjer for f.eks. besøg af pårørende.

Legitimt at få en anden patient. På en række af de afdelinger, som *Sygeplejersken* har talt med, er det fast praksis, at en sygeplejerske kan afstå fra at passe en bestemt patient og bytte med en kollega.

”Når et skudoffer, som er vant til at bruge magt, bliver indlagt, kan personalet have svært ved at sætte grænser. Mange sygeplejersker har en høj forventning til, hvad de skal kunne rumme, og de forventer at kunne hjælpe alle.”

Gary Mushtaq, psykolog, Odense Universitetshospital.



Den 35-årige sygeplejerske Helle Albertsen oplever, at patienter, der bliver indlagt, efter bandeopgør, respekterer sygeplejerskerne og er glade for behandlingen.



Klare regler forebygger utryghed

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Rammer. Faste retningslinjer og en god normering er med til at sikre, at sygeplejerskerne på Rigshospitalets intensivafdeling føler sig rustet til at behandle skudofre.

Det foregår udramatisk, når sygeplejerskerne på Rigshospitalets intensivafdeling behandler de hårdt sårede skudofre, der fra tid til anden indlægges på afdelingen efter skyderier i København. Ofte har personalet hørt om skudepisoden i medierne, så de ved, hvad der venter, når de tager på arbejde. Grundlæggende bliver patienter med skudsår efter bandeopgør behandlet som alle andre patienter, og intensivafde-

lingen har ikke oplevet særlige konflikter. Hverken med patienterne eller de pårørende.

Det fortæller den 35-årige intensivsygeplejerske Helle Albertsen. Hun har arbejdet på Rigshospitalets intensivafdeling de seneste fem år og har behandlet flere skudofre.

”Jeg har talt med mine kolleger på afdelingen, og vi oplever ikke, at den type





))) PRAKSIS, NÅR SKUDOFRE ER INDLAGT

Når et skudoffer er indlagt på Rigshospitalet, holder politiet i de fleste tilfælde vagt foran patientens stue. Det er politiet, der vurderer, hvornår bevogtningen skal ophøre.

Patienterne er indlagt under diskretion. Det betyder, at deres navn ikke må opgives til andre.

På intensivafdelingen er reglen for skudofre og alle andre patienter, at der kun må være to pårørende på besøg på stuen ad gangen.

Sygeplejerskerne på intensivafdelingen er aldrig alene og kan i nødstilfælde lave nødkald via en overfaldsalarm i receptionen.

Pårørende, skudofre og personale har adgang til psykologhjælp fra Rigshospitalets Krisepsykologiske Enhed.

kommet voldsomt til skade f.eks. i forbindelse med motorcykelulykker eller højresvingsulykker. Så på den måde er skudofre ikke noget særligt for os,” forklarer Helle Albertsen.

Den største forskel på indlæggelsen af skudofre og andre patienter er, at politiet sidder vagt i nærheden af skudofferets stue:

”Samarbejdet med politiet fungerer godt, og vi er ikke bange for, at en eventuel gerningsmand skal komme ind på afdelingen, for politiet passer på os. Hvis politiet vurderer, at der er en risiko, kan de vælge at få indgangen til afdelingen låst. Skudofre er indlagt under diskretion, så familien eller andre ikke bare kan ringe og få patientens navn oplyst. Vi er meget påpasselige med ikke at opgive navne i telefonen,” siger Helle Albertsen.

Højest to pårørende pr. stue

Helle Albertsen understreger, at klare regler er en vigtig forudsætning for, at personalet føler sig trygt. F.eks. har afdelingen en generel bestemmelse om, at der kun må være to pårørende på besøg på en stue ad gangen:

”Når patienterne kommer ind, kan der i nogle tilfælde være mange pårørende, som skal på besøg. Derfor er det vigtigt, at vi har klare retningslinjer, og reglen om, at der kun må være to pårørende på en stue, bliver respekteret. I indvandrerfamilier er kredsen af pårørende som regel meget stor. Fætre, tanter og onkler kommer på besøg og giver nogle gange udtryk for deres sorg ved at græde på en meget højlydt måde.

Hvis der er for mange pårørende i besøgsstuen, beder vi dem gå ned i cafeteriaet, og det forstår de pårørende godt,” siger Helle Albertsen, som fortæller, at intensivafdelingen altid udpeger en kontaktperson blandt de pårørende, som afdelingen kan ringe til.

Intensivafdelingen modtager tit hårdt sårede patienter, der ligger i respirator. Men opvågningen sker som regel på afdelingen:

”Som blandt alle andre traumepatienter kan opvågningen godt være lidt voldsom, fordi patienten vågner op fra den bevidstløse tilstand og måske stadig tror, at han befinder sig midt i skudepisoden. Det kan betyde, at han prøver at hive slanger væk fra kroppen.”

Efter opvågningen får Helle Albertsen som oftest et godt forhold til patienter med skudsår. De unge mænd er typisk indlagt på afdelingen i et par uger.

”Det er ofte helt unge mænd, og deres sprog kan være hårdt og direkte, men som regel er meningen god nok. Vi oplever, at de respekterer sygeplejerskerne og er glade for behandlingen,” fortæller Helle Albertsen. Hun har både mødt skudofre, der kommer fra akademikerfamilier og socialt belastede miljøer:

”Som i alle andre patientforløb er det, der fylder mest for os, at få ofrene for skud så godt igennem behandlingen som overhovedet muligt.”

bso@dss.dk

patienter er sværere at takle end andre. Det hænger nok sammen med, at vi er godt normeret. På intensivafdelingen er vi i princippet én sygeplejerske pr. patient om dagen, og om natten er der som regel fire sygeplejersker på vagt til seks patienter, så vi er aldrig alene. Desuden er vi udstyret med en overfaldsalarm i receptionen, hvis det skulle gå galt. Samtidig betyder det meget, at vi er vant til at se patienter, der er

Tryghed. Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet modtager bl.a. patienter med skud- og stiksår. For et halvt år siden følte flere af sygeplejerskerne sig utrygge. I dag arbejder klinikken målbevidst på at forebygge vold og trusler.

Skruer op for sikkerheden

AF MILLE DREYER-KRAMSHØJ, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

I februar i år rykkede Arbejdstilsynet ud med et strakspåbud til Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet. Klinikken behandler mange af de patienter, der bliver indlagt med skud- eller stiksår, og påbudet kom, fordi der ikke var udarbejdet retningslinjer for, hvordan afdelingen skulle forebygge vold eller trusler. De manglende retningslinjer skabte utryghed hos nogle af sygeplejerskerne.

”På daværende tidspunkt følte vi ikke, vi havde redskaberne til at håndtere de konflikter, der nogle gange opstår mellem personale, patienter eller pårørende. Der er generelt sket et skred i, hvordan folk

opfatter autoriteter, og det kan være særlig udtalt, når vi har med subkulturer at gøre. De har andre normer og er ikke altid enige i, at det f.eks. ikke er i orden at ryge hash på gangene eller have gæster på alle tidspunkter af døgnet. Det var frustrerende for os og gjorde, at vi nogle gange følte os utrygge,” siger tillidsrepræsentant og sygeplejerske på Ortopædkirurgisk Klinik, Anne Mette Sørensen.

Konfliktkurser og låste døre

Efter Arbejdstilsynets besøg gik Ortopædkirurgisk Klinik i gang med at udarbejde konkrete tiltag, så personalet skulle føle

sig trygge, fortæller oversygeplejerske på afdelingen, Kim Bo Christensen.

”Vi sørgede for, at dørene til afdelingen er låst om natten, og at ruderne i dørene ind til sengeafsnittene blev matterede, så folk ikke kan kigge ind. Vi lavede en aftale med vægterne om, at hvis vi har patienter eller pårørende, der optræder uhensigtsmæssigt, så kommer de forbi en ekstra gang og holder øje med, hvad der sker. Samtidig blev alle sygeplejersker på nattevagt udstyret med en dect-telefon, hvor de hurtigt kan ringe efter hjælp, hvis der er brug for det,” siger Kim Bo Christensen.

Han har kun kendskab til, at telefonen er blevet brugt til nødopkald en enkelt gang.

”Vi havde en højtråbende pårørende, og personalet kunne ikke håndtere vedkommende. De ringede efter vægterne, der bad personen om at forlade afdelingen, og det skete så i nogenlunde fordragelighed,” fortæller han og understreger, at konflikterne indtil nu kun har været verbale.

For at imødegå fremtidige konflikter bliver personalet nu tilbudt et konflikt-håndteringskursus.

”Kursen har virkelig givet mig meget. Jeg har brugt det i min hverdag, når der har været optræk til uro, og jeg kan mærke, det gør en forskel i kommunikationen med patienter og pårørende,” siger Anne Mette Sørensen og nævner også de låste døre som en forbedring af de ansattes sikkerhed.]

))) OPRUSTNING

Det har Rigshospitalet gjort siden februar:

På hele hospitalet har man systematiseret krisehjælpen til personalet, så det nu er tydeligere, hvor og hvem man kan henvende sig til, hvis man får brug for hjælp.

Ligeledes er der indført konflikthåndteringskurser for personalet.

På Ortopædkirurgisk Afdeling har man desuden matteret ruderne til afdelingen, så udefrakommende ikke kan kigge ind, og afdelingens døre aflåses mellem kl. 21.15 og 06.00.

Afdelingen har indført dect-telefoner, så sygeplejersker med et enkelt tryk kan tilkalde hjælp.

Vægterne på hospitalet og Ortopædkirurgisk Afdeling fører logbog, hvis der har været hændelser, der skal gennemgås yderligere senere.

Politi og personale har indledt et tættere samarbejde med bedre kommunikation og strategi.

Kilde: Morten W. Andersen, arbejdsmiljøchef på Rigshospitalet og Kim Bo Christensen, oversygeplejerske på Ortopædkirurgisk Afdeling.



Oversygeplejerske Kim Bo Christensen fra Ortopædkirurgisk Klinik på Rigshospitalet har været med til at øge sikkerheden på afdelingen. Glasruder er blevet matterede, så udefrakommende ikke kan kigge ind, og sygeplejerskerne er blevet udstyret med dectelefoner, så de hurtigt kan tilkalde hjælp.

» ”Det gør en stor forskel, at der nu er låst om natten. Jeg ved, at når døren går op, er det nogle, der har et ærinde her og et adgangskort til at komme ind.”

Bedre samarbejde med politiet

På afdelingen følger der nogle gange betjente med, når en patient bliver indlagt efter en skudepisode.

”Tidligere kunne det give konflikter, fordi politiet var meget synligt, når de sad uden for den stue, de bevogtede. Det gjorde, at vi ikke kunne skjule, der lå en patient af særlig karakter bag døren,” siger Kim Bo Christensen.

For at afhjælpe det har man på afdelingen indført det såkaldte ”actioncard”, der er et internt arbejdsredskab mellem politiet og den ansvarshavende sygeplejerske.

”Når der kommer patienter ind nu, der skal overvåges, så aftaler vi, hvilken stue de ligger på, og hvordan politiet skal placere sig i forhold til den. I stedet for at sidde lige ude foran sidder de nu et andet sted, hvor de stadig kan overvåge døren, men hvor de er meget mere anonyme,” fortæller Kim Bo Christensen.

Sygeplejerskerne og politiet er generelt også blevet bedre til at kommunikere med hinanden, mener Anne Mette Sørensen.

”Det kunne for være ubehageligt, at vi ikke vidste, hvem vi skulle være bange for, når politiet var her med skudsikre veste på. Var det patienten, der blev bevogtet, hans venner eller hans fjender? Nu har vi fået sat mere styr på samarbejdet med politiet, og de informerer os om, hvad vi kan forvente, når vi har en patient med politibemanding,” siger hun.

Det er dog langt fra hverdag, at politiet render rundt på afdelingens gange.

”Det præger ikke vores dagligdag. Jeg synes, det er et større problem med de mange misbrugere og andre utilpassede mennesker, vi har i samfundet. De andre er bare en marginalgruppe,” siger Kim Bo Christensen.

Det giver Anne Mette Sørensen ham ret i:

”Problemet er den manglende respekt for autoriteter generelt. Det er ikke kun noget, vi møder hos rockere og bandemedlemmer. Det møder vi såmænd også blandt pårørende til pæne Frederiksbergborgere.”

md@dsr.dk

Flere skyderier – færre knivstikkerier

112. Antallet af behandlede skud- og knivoverfald er ikke steget de seneste syv år, viser opgørelse fra akutlægebilen i København. Men det kriminelle miljø er blevet mere råt.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Billedet af København som en tiltagende voldelig by, hvor flere og flere voldsmænd bringes ind på hospitalet, stemmer ikke overens med virkeligheden ifølge en ny opgørelse fra akutlægebilen i København. Undersøgelsen, der for nylig blev offentliggjort i Ugeskrift for Læger, viser, at antallet af behandlede skud- og knivoverfald siden år 2000 har ligget nogenlunde stabilt på omkring 100 sager om året. Og endnu ikke offentliggjorte tal fra 2008 og 2009 afspejler samme tendens. ”Når man som borger følger med i medierne, kan man let få det indtryk, at der er sket en dramatisk stigning i antallet af grove voldsepisoder i hovedstaden. Derfor kom det også som noget af en overraskelse for os, at det overhovedet ikke kan læses ud af statistikken. Flere af vores egne kolleger troede først ikke på tallene,” siger afdelingslæge Jacob Steinmetz fra akutlægebilen og Rigshospitalets Traumecenter, der har opgjort tallene.

Både i 2005 og 2007 blev akutlægebilen kaldt ud flere gange, mens den verserende bandekrig udspillede sig. Ofrene er hovedsagelig mænd i begyndelsen af 30-årsalderen, og i gennemsnit dør omkring 6 pct. inden for 30 dage.

Mere brutalt miljø

Ifølge informationschef ved Københavns Politi, Flemming Steen Munch, stemmer undersøgelsens resultater på mange måder med ordensmagtens virkelighedsopfattelse. Men mens det går den rigtige vej med hensyn til knivstikkerier, har bandekonflikten reelt ført til en kraftig stigning i skudepisoderne.

”Men generelt er det fuldstændig rigtigt, at det ikke er blevet farligere at gå rundt på gader og stræder. Over en længere årrække er der ikke sket en stigning i kriminaliteten, sådan som man ellers kan få indtryk af i medierne,” siger Flemming Steen Munch.

Han mener dog, at der er sket en brutalisering i visse miljøer, og at tærsklen for at bruge våben og grov vold er blevet sænket: ”Der er nogle utrolig afstumpede kriminelle i banderne. De vil ikke tale med politiet om, hvem der skyder eller bliver skudt. Bandemiljøet er væsentlig mere råt end det almindelige kriminelle miljø, så jeg kan godt forstå, hvis nogle sygeplejersker kan blive bange, når der indlægges skudofre efter bandeopgør. Da vi havde den store nordiske rockerkrig i 90'erne, foregik kampene trods alt mere efter mål i miljøet. I dag bliver der skudt på gader og stræder, og det er et tilfælde, at der ikke er flere uskyldige mennesker, som er blevet ramt.”

bs@dsr.dk

Undersøgelsen ”Penetrerede traumer behandlet af akutlægebilen i København” kan downloades på www.ugeskriftet.dk Artiklen findes i Ugeskrift for Læger nr. 41, 2009.





Hvad betyder
valgfrihed indenfor
sårbehandling med
negativt tryk
for dig

smith&nephew
RENASYS[®]
Negative Pressure Wound
Therapy

RENASYS er mere end en helhedsløsning for sårbehandling med negativt tryk. Det er også et behandlingsalternativ for patienten, såret og dig som behandler – uden at skulle give afkald på resultatet, egenskaber eller service.

RENASYS – helt enkelt.



Smith & Nephew A/S, Slotsmarken 14, 2970 Hørsholm, Danmark, Tlf: +45 4580 6100, fax: +45 4580 6151, www.smith-nephew.dk, *Varemærke fra Smith & Nephew

Ny DSR-kalender på vej til dig med *Sygeplejersken* d. 27. november

Lommebogen bliver erstattet af en helt ny kalender, som giver dig flere muligheder for at holde styr på både arbejdsvagter og private aftaler. Den har en særlig vagtplan, et kraftigere omslag og funktioner som gør, at du kan sætte dit helt eget præg på den.



Fritidsinteresser? Kristen Pedersen kunne godt tænke sig noget computerundervisning. For øvede. Forebyggende sygeplejerske Trine Næhr lover at tage forslaget med til Ældrerådets formand.

BORGERNE SKAL SELV VURDERE

Systematik og lydørhed. Når Trine Næhr går på forebyggende hjemmebesøg hos Langeland Kommunes borgere over 75 år, bruger hun et redskab til egenvurdering.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: NILS LUND PEDERSEN

Det er anden gang, forebyggende sygeplejerske Trine Næhr besøger Kristen og Bente Pedersen i deres hjem i Illebølle i Langeland Kommune.

Det forebyggende besøg er egentlig til Kristen Pedersen, som er 77 år gammel og forhenværende vognmand. Bente Pedersen har dækket bord med kaffe og hjemmebagt kringle, og Trine Næhr kan uden videre tage tråden op fra sit sidste besøg og de ting, hun talte med ægteparret om ved den lejlighed. Den stejle trappe til soveværelset ovenpå. Kristen Pedersens hofte, der er slidt, men ikke så meget, at han ønsker en operation. Det nedlagte madlavningskursus for mænd, som Kristen Pedersen faktisk savner osv.

”Og så har jeg de faste spørgsmål, jeg

stillede sidste gang og gerne vil stille igen,” siger hun til sidst.

Siden slutningen af 90'erne har Trine Næhr brugt et systematisk redskab til egenvurdering, hvor hun giver den borger, hun besøger, en række svarmuligheder på områderne helbred generelt, bevægelighed, personlig pleje, sædvanlige aktiviteter, smerter eller ubehag, ængstelse eller depression.

Hun sætter krydserne, men borgerne bestemmer hvor, ud fra svarmuligheder som ”ingen problemer med min personlige pleje”, ”nogle problemer med at vaske mig eller klæde mig på” osv.

”De svar, I har givet, passer med, hvad jeg har oplevet hos jer. Men det er vigtigt, at jeg ved, at det her er jeres egne observationer,”

siger hun til Kristen og Bente Pedersen, da krydserne er sat nogenlunde samme sted som ved sidste besøg.

Langeland Kommune har også en spørgeguide for de forebyggende hjemmebesøg. Den ligger ikke fremme under samtalen, og om Trine Næhr starter med boligen, med syn og hørelse, daglige aktiviteter eller et fjerde sted, afhænger helt af den modtagelse, hun får, når hun kommer ind ad døren. Men fald, ernæring, og de syv spørgsmål i egenvurderingen indgår altid i hendes samtaler.

”At borgerne selv bestemmer, hvor krydset skal stå, giver dem indflydelse og kan være med til at åbne for noget af det, ældre mennesker ikke sådan går og taler om,” siger hun om den systematiske egenvurdering.

»» HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN BORGER I DEN SIDSTE UGES TID?

”I går besøgte jeg et ægtepar, der begge har KOL og ikke kan gå uden for en dør. Sidste gang, jeg var hos dem, spurgte jeg til deres interesser, og da de fortalte, at de godt kan lide at læse, spurgte jeg, om de var klar over, at bibliotekarne kører ud til folk med bøger, og at man kan ringe og snakke om sine ønsker. Det var en god oplevelse at se den stak bøger, der lå på bordet, da jeg kom igen i går.”



Næste besøg gælder Genevieve Skovgaard, der holder gæs for hyggens skyld. Hun er vegetar og dyrker selv sin store køkkenhave.



En god og grundig samtale løber lettere med kaffe og kringle.



Trods en brækket arm vurderer Genevieve Skovgaard selv sit helbred som ”vældig godt”.

DERES HELBRED

”Og jeg har været ude for – og ikke bare én gang – at jeg blev forbavset over det svar, der blev valgt. Så er det, jeg følger op med ”hvorfors?” og måske kan få afdækket en depression eller en uforklaret træthed, som lægen bør se på.”

Hvad skal man specielt kunne i dit job?

”Man skal bruge alle sine sanser til at fornemme, hvad stedet udstråler. Være lydhør. Man skal kunne gå ind med respekt for, at man befinder sig i folks hjem. Så en baggrund som hjemmesygeplejerske eller sosu-assistent er absolut en fordel. Viden om aldring og alderens sygdomme skal man så bygge ovenpå.”



Efter en times intens samtale er markvejen ned til stranden et godt sted til få tømt hovedet inden mødet med den næste borger.

Rudekuverter – zzz. Som sygeplejerske skal man kun forholde sig til sin pensionsordning i nogle få, særlige situationer. De er til gengæld vigtige.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Er du typen, der har svært ved at mobilisere den store interesse for din pensionsordning?

Lad være med at få dårlig samvittighed over det. De fleste har det ligesom dig, og du er havnet i den helt rigtige pensionskasse. Som sygeplejerske har du en fast pensionspakke, der automatisk dækker de fleste af de situationer, en sygeplejerske kommer ud for gennem sit liv.

Når du får børn, skal du ikke selv gøre noget for at sikre dem i tilfælde af, at du dør, før de bliver voksne. Børnepension til børn under 21 år er en fast del af pensionsordningen, ligesom der også er penge til dine nærmeste pårørende, hvis du dør, inden du bliver 65 år.

Som nyuddannet sygeplejerske i dit første job skal du heller ikke tage stilling til, hvordan du til sin tid vil have din pension udbetalt.

Det meste bliver udbetalt som livslang månedlig udbetaling, det er aftalt i forbindelse med overenskomstforhandlingerne, og det ligger fast. Resten kan du selv bestemme over, men du skal først tage stilling, lige inden du går på pension.

”Princippet er, at pensionsordningen er tilpasset, at man stifter familie, flytter fra hinanden igen, osv.,” siger Britt Brandum, PKA.

”I forhold til den dækning, man har som pensionist, er der en indbygget fleksibilitet, men man skal først vælge, når

det er relevant. Som ung ved man jo ikke, hvordan ens økonomi og helbred ser ud, når man skal pensioneres. Derfor spørger vi først, umiddelbart inden pengene skal udbetales.”

Det er altså kun få valg, du skal træffe undervejs, men de er til gengæld vigtige, understreger Britt Brandum.

”Vi passer meget på, at vi ikke sender overflødig papir ud til medlemmerne. Og så håber vi til gengæld, at folk gør sig selv den tjeneste, at de læser det, når vi en gang imellem skriver til dem.”

kb@dsr.dk

SOV ROLIGT, DIN PENSION



MEN HER SKAL DU VÆRE VÅGEN

NÅR DU ER NYUDDANNET OG FÅR DIT FØRSTE JOB MED PENSIONSINDBETALING

- Hvem skal have din pension, når du dør? Det bestemmer du selv, men du skal give pensionskassen besked. Hvis du ikke selv udpeger en person, går pensionen til din nærmeste familie. Dit valg er gyldigt, til du ændrer det.
- Hvis du er en af de få, der er i fleksjob, på revalidering eller førtidspension, når din pensionsordning bliver etableret, er det meget vigtigt, at du kontakter pensionskassen.

NÅR DU LEVER I ET PAPIRLØST FORHOLD

- Hvis du vil sikre, at din samlever får din pension udbetalt ved din død, skal du udpege ham eller hende i en begunstigelseserklæring.
- Husk at kalde begunstigelseserklæringen tilbage, hvis I går fra hinanden igen.

HVIS DIN MAND TJENER MEGET MERE, END DU GØR

- Hvis I sammen har valgt, at du skal arbejde mindre for at tage dig af familien, bør I overveje at indgå en ægtepagt, som sikrer dig del i din mands pensionsopsparing, hvis I bliver skilt.
- Mange vælger at oprette en fælles, supplerende opsparing i mandens navn, fordi han har størst skattefordel af de ekstra indbetalinger. For at sikre dig i tilfælde af skilsmisse kan I oprette en ægtepagt eller simpelthen oprette den supplerende opsparing i dit navn, selv om skattefordelen så ikke er lige så stor.

NÅR DU TAGER ORLOV ELLER GÅR NED I TID

- Hvis du vil sikre, at du er godt dækket ind, når du går på pension, kan du vælge selv at indbetale det pensionbidrag, der kommer til at mangle, når du arbejder mindre. Du får skattefradrag for de penge, du indbetaler.



PASSER SIG SELV

HVIS DU BLIVER SYG

- Hvis du går ned i tid eller mister dit arbejde pga. sygdom, skal du kontakte pensionskassen. Der er nemlig mulighed for, at den dækker dine manglende indbetalinger i op til to år.
- Hvis du helt stopper med at arbejde pga. sygdom, har du også mulighed for at få hjælp fra pensionskassen til dine faste udgifter.

NÅR DU NÆRMER DIG PENSIONSALDEREN

Det meste af din pension bliver udbetalt som livrente, dvs. et månedligt beløb, så længe du lever. Resten kan du vælge at få udbetalt som:

- et engangsbetalt beløb eller
- en forhøjelse af den livslange månedlige udbetaling.

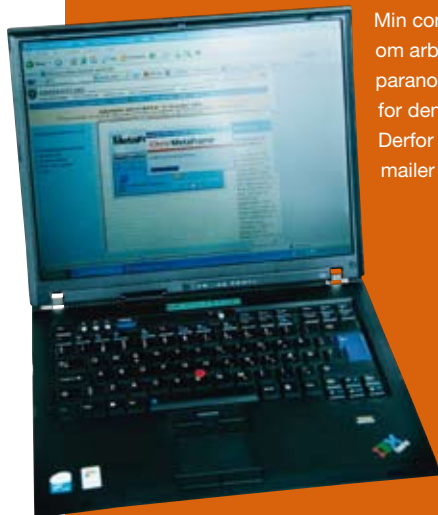
I begge situationer kan du også vælge mellem at:

- få udbetalt det samme hver måned hele livet
- få en forhøjet månedlig udbetaling i de første år efter pensioneringen og lidt mindre resten af livet.

Pensionen er baseret på, at du arbejder, til du bliver 65, men det er muligt at tage den, fra du bliver 60. Tag kontakt til pensionskassen, når du begynder at overveje din pensionering. Der er mange muligheder for fleksibel eller gradvis tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Kilde: PKA. Du kan få flere oplysninger på www.pka.dk eller på tlf. 3945 4281.

TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG



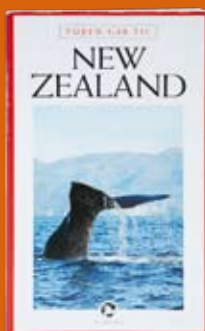
Min computer er en god ramme om arbejdet, men jeg kan blive helt paranoid i forhold til at miste den, for den rummer tre års forskning. Derfor tager jeg ofte backup og mailer vigtige filer til mig selv.



Mine løbesko. De skal igennem Copenhagen Marathon til foråret. Jeg har gennemført fem marathonløb, deraf to i Berlin. For mig handler det ikke om hastighed – jeg er i god form, men har ikke kropsbygning til at blive en hurtig løber. Men det er pragtfuldt at løbe over målstregen efter 42,195 kilometer og vide, at man har sat sig et mål og nået det.



Den seneste krimi. Det er "Nobels Testamente" af Liza Marklund – hun er god, og jeg elsker en god krimi.



Rejsebøger. Jeg har været heldig med de faglige rejsemuligheder, i år har jeg studeret seks uger på University of Auckland i New Zealand som en del af min ph.d., jeg var med ved ICN-kongressen i Durban i Sydafrika, og sidste år var jeg i USA.



Krydderi. Jeg elsker at lave og spise krydret mad og dyrker selv en dejlig stærk chili.



Min brændeovn. Den er lig med ro og afslapning hjemme – ofte i selskab med en god bog.

KÆMPER FOR PATIENTER, DER SKAL LEVE MED ET FORANDRET ANSIGT



AF JENS HOLDGAARD • FOTO: SIMON KNUDSEN

Når Hanne Konradsen kort efter nytår tiltræder sit nye job som sygeplejefaglig forsker ved afdeling E på Gentofte Hospital, er det opfyldelsen af en stor drøm. Ikke alene er hun en varm fortæller for at fundere og udvikle sygeplejen via forskning, hun har også brugt tre år på at kvalificere sig via en ph.d., som afsluttes om få måneder.

Siden hun blev uddannet fra Rigshospitalets Sygeplejeskole i 1992, har hun bl.a. arbejdet som afdelingssygeplejerske og klinisk udviklingssygeplejerske, har videreuddannet sig til lungesygeplejerske, taget en master i voksenpædagogik, er kandidat i sygeplejevidenskab cand.cur. og har nu også en ph.d.

Hendes ph.d.-forskning er gennemført på Gentofte Sygehus og handler om, hvordan det er at leve med et forandret udseende for patienter efter kræftoperationer i hoved, hals og øjne, og i hvilket omfang sygehuspersonale medvirker i resocialiseringsprocessen.

Hanne Konradsen er 44 år og bor i hus i Allerød sammen med sin mand Henrik, sønnen Jakob på 19 og datteren Mie på 17.

Min funktion

”Mit projekt viser, at de psykosociale følger er individuelle og uden sammenhæng med graden af forandring. Små forandringer i udseendet kan give store følgeproblemer for nogle, mens væsentlige forandringer kun medfører små problemer for andre.

Det viser sig også, at det er et tavst område, som intet sted italesættes. Både patienten og behandlerne har fokus på patientens overlevelse og helbredelse. Efterfølgende står patienten alene med sit ændrede udseende. Der er ingen, der tager hånd om de psykosociale problemstillinger. Nogle patienter lærer hurtigt at leve med forandringerne, for andre er det en meget langvarig og svær proces, og min ph.d. dokumenterer et stort behov for en øget indsats for disse patienter.”

Lige nu

”En af de første opgaver i mit nye job bliver formentlig at medvirke til at skabe et program til intervention i forhold til de hoved-, hals- og øjenopererede.”

Om fem år

”Jeg håber, at der er kommet mere fokus på den sygeplejefaglige forskning, og at området er tilført flere midler, så der forskes langt mere. Jeg tror, at jeg fortsat forsker, og håber, at nogle af resultaterne har udmøntet sig i konkrete forbedringer af sygeplejen.”

redaktionen@dsr.dk



ARKIVFOTO: ISTOCK

Automatkaffe kan være en **kaloriebombe**

Hvis kaffemaskinen byder på varm kakao, café au lait og cappuccino, så overvej dit valg nøje. Mælkekaffe og kakao varmer, men det feder også. Tjek kaffekalorierne pr. kop her:

Kaffe med sukker og fløde: 31 kalorier
Cappuccino: 41 kalorier
Café au lait: 33 kalorier
Chokomilk: 81 kalorier

Kilder: House of Coffee og Diabetes Foreningen.



Pas på parfumen

Hos 17.000 danskere udløser dufte og kemiske stoffer så svære kroniske symptomer, at de ikke kan føre et normalt liv, herunder f.eks. deltage i sociale aktiviteter og gå på arbejde. På arbejdspladsen kan hensyn i nogle tilfælde være afgørende for, om kollegaen kan fungere socialt – og i yderste konsekvens beholde sit arbejde. Én af de ting, man kan gøre for at hjælpe sine duftoverfølsomme kolleger, er at undgå parfume og parfumerede cremer f.eks. der, hvor man klæder om.

Kilde: www.mcsvidencenter.dk



ØMME HÆNDER OG HÅNDLED?

Denne øvelsessekvens afspænder og strækker underarme, håndled, hænder og fingre.

- Sæt dig på en stol i en god opret stilling. Sid med løftet hoved og sænkede skuldre.
- Lad overarmene hænge afspændt ned langs siden af kroppen. Hold hænderne ud for navlen med afspændte håndled, så fingerspidserne vender mod gulvet.
- Sving nu hænderne ned og op i et rytmisk tempo. Svirp med løse håndled, som en ko vifter fluer væk med halen. Håndfladerne vender skiftevis ned og op, og fingerspidserne peger skiftevis mod gulvet og ud til siderne. Tempoet er, så du vender hænderne op og ned på et sekund. Bliv ved i et minuts tid eller mere.
- Begynder det at snurre behageligt i arme og hænder, er det oftest et tegn på, at muskelspændingerne er ved at slippe taget.
- Sæt derefter fingerspidserne mod hinanden med en god afstand mellem håndleddene, så der dannes en hvælving mellem håndfladerne. Tommelfingrene er i navlehøjde, og fingerspidskatedralen vender opad. Sænk skuldrene og hold albuerne ud til siden.
- Pres fingrene mod hinanden, så du mærker et stræk i underarme og håndflade.
- Hold det lette pres i 30 sek., mens du presser håndled nedad.
- Ryst til afslutning hænderne let, som når du slår vand af fingrene.

Kilde: Afspændingspædagog Ea Suzanne Akasha.

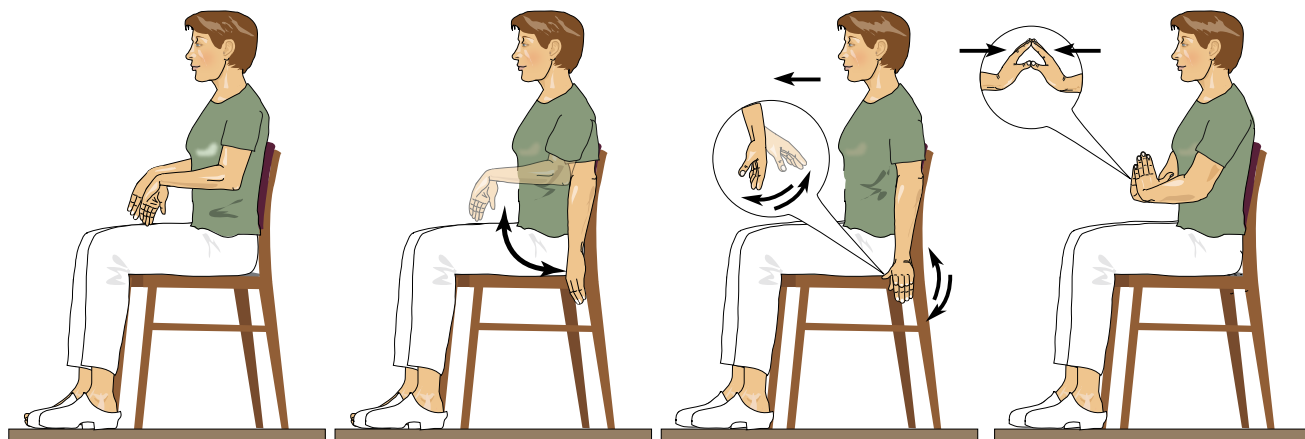


ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

www.sundevu.dk

Overvejer du en sundhedsfaglig diplomuddannelse?

Har du lyst til målrettet kompetenceudvikling i kortere eller længere perioder, så besøg www.sundevu.dk og se vores mange tilbud i det samlede kursuskatalog.

Vi anbefaler bl.a.

Obstetrisk ultralydsskanning uge 1-6 2010 (stadig ledige pladser). På modulet vil du opnå teoretisk baggrundsviden om basal obstetrisk ultralydsskanning. Skanningserfaring ingen forudsætning.

Klinisk udvikling i Neurosygepleje uge 18-23 2010 (ansøgningsfrist 1.1.2010). Modulet vil indeholde temaer fra den akutte, rehabiliterende og palliative fase, med udgangspunkt i et patient/pårørende perspektiv.

Fleksibel Diplomuddannelse i Sundhedsfaglig supervision og vejledning afvikles fra 2010-2012 (ansøgningsfrist 1.12.2009). Uddannelsen strækker sig over 2 år og består både af teori og en træningsdel.

Metropol Sundhedsfaglige Efter- og Videreuddannelser, Haraldsgade 6, 2200 N, +45 72 48 76 00, evu@phoe.dk

Kursuskatalog 1. halvår 2010

Din udvikling er sund for alle



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

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

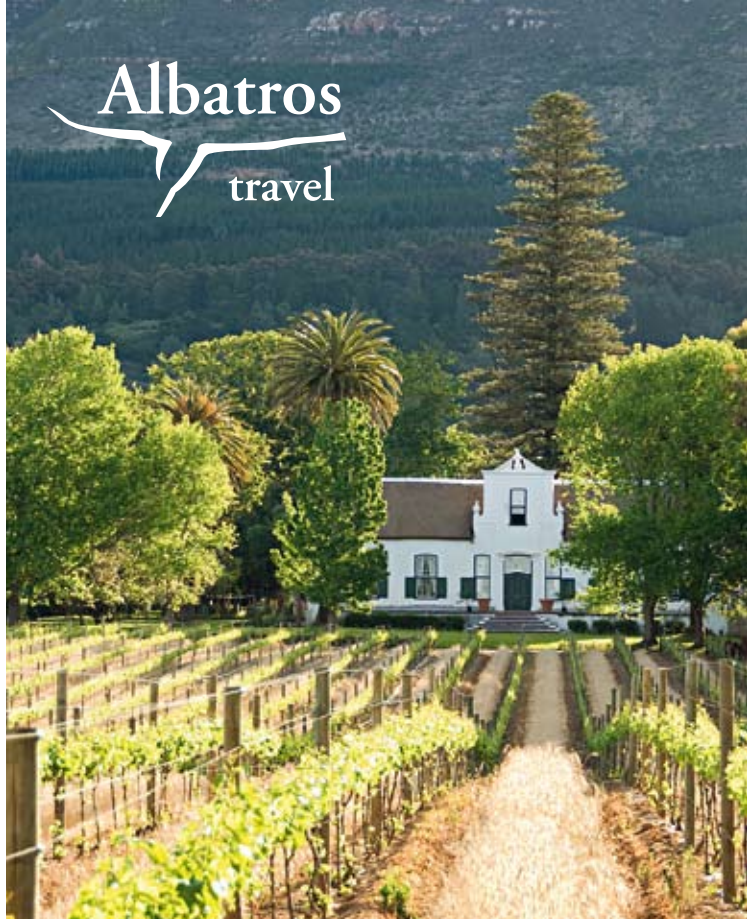
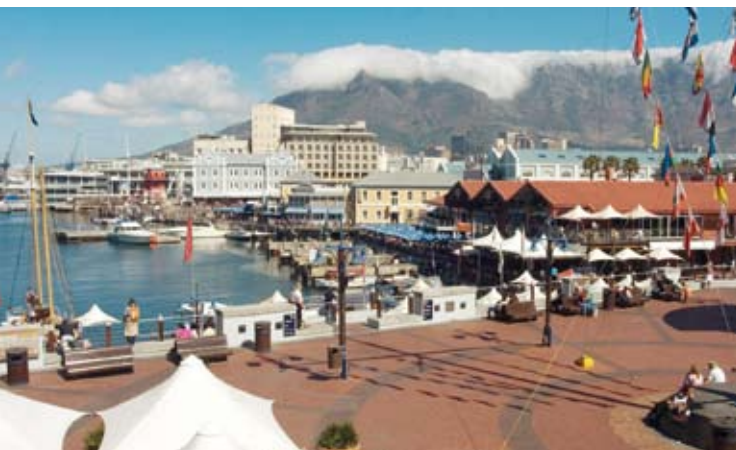
VIND EN CYKEL

sundhedsprof.dk



LÆSERREJSE

Albatros
travel



Cape Town – eksotisk byferie i foråret

Solrige Cape Town ved Afrikas sydspids byder på alle de klassiske ferieelementer: historie og eventyr, shopping, kulinariske oplevelser og sol og varme. Dertil et fagligt besøg på en lokal sundhedsklinik og foredrag om hiv/aids. **Med dansk rejseleder – 9 dage**



Efter den vellykkede læserrejse til ICN kongressen i Sydafrika 2009 har Sygeplejersken i samarbejde med Albatros arrangeret endnu en eksotisk oplevelse i Afrika. Denne gang går turen til Cape Town. Et solrigt og luksuøst alternativ til det lunefulde danske forår.

Vi lander uden jettag, og bor på det dejlige Hotel Park Inn, der ligger ved 'Greenmarket' midt i Cape Town. Hotellet rummer alle tænkelige faciliteter og et pool område med udsigt over byen, der er nem at finde rundt i.

De programlagte udflugter byder på vinsmagning på en af landets smukkeste vingårde, besøg i de gamle byer samt i en såkaldt township – en af de sorte, fattige bydele, hvor folk tager imod os med stor gæstfrihed. En tur i naturreservatet på Kaphalvøen med et fantastisk syn af tusindvis af solende sæler. Og naturligvis Robben Island, hvor Mandela og andre politisk aktive sad indespærret i årevis. Derudover får vi indblik i landets sundhedssystem gennem et besøg på en lokal sundhedsklinik, og hører om landets største sundhedsmæssige problem; aids.

I turen er indlagt god tid til aktiviteter på egen hånd, og mulighederne i og omkring Cape Town er utallige: Lækre strandpromenader, et hav af eksotiske restauranter og mode – og diamantforretninger til yderst moderate priser, eller hvad med en tur til Tafelberg, hvalsafari, wellness eller golf? Albatros er behjælpelig med at arrangere specielle ønsker på stedet.

Dagsprogram

- Dag 1: København - Cape Town
- Dag 2: Cape Town, orienterende byrundtur
- Dag 3: Township, fagligt besøg på klinik, Vinlandet med Vrede en Lust og Franshoek inkl. frokost og vinsmagning
- Dag 4: Cape Town på egen hånd, foredrag om hiv/aids.
- Dag 5: Heldagstur til Kaphalvøen, inkl. frokost
- Dag 6 & 7: Cape Town på egen hånd, afskedsmiddag dag 7.
- Dag 8: Cape Town, hjemrejse
- Dag 9: Hjemkomst

Afrejse & pris

4. marts 2010

Pr. pers. i delt dobbelt værelse, kr. 11.990,-

Tillæg for enkeltværelse, kr. 1.990,-

Prisen inkluderer

Dansk rejseleder • Fly København - Cape Town via London t/r. med BA • Alle skatter og afgifter • Udflugt og entréer jf. dagsprogram • Indkvartering i dobbeltværelse • Morgenmad dagligt • Frokost dag 3 & 5 • Middag dag 7

Tilmelding & information hos Albatros Travel • Tlf.: 3698 9898

Mail: booking@albatros-travel.dk • Oplys venligst bestillingskode LR-SYG

Læs hele programmet på

<http://www.albatros-travel.dk/sygeplejersken/>

ANDRE REJSER:

KINA 2010

DANMARK DEJLIGST 2010

Operationsteknikere og opgavedeling

Den moderne teknologi har mange fordele. Vi kan hurtigt blive orienteret og opdateret på vigtige områder. Men det kan også gå den anden vej – og så ender man med at blive misinformeret. Derfor har dette nummer af Sygeplejersken sat fokus på fup og fakta om operationsteknikerområdet.

Lad mig starte med at slå fast, at forslaget om operationsteknikere ikke er groet i vores have. Tværtimod. Forslaget stammer fra Region Hovedstaden, hvor regionspolitikkerne længe har næret et stærkt ønske om at skabe en ny uddannelse for unge. Når regionspolitikkerne er startet her, skyldes det, at regionens hospitaler har været nødsaget

til at aflyse operationer, bl.a. fordi operationssygeplejersker i en periode har søgt mod privathospitalerne.

I sådan en situation har Dansk Sygeplejeråd et valg. Vi kunne have kæmpet imod og risikeret at

miste muligheden for indflydelse, fordi det ville blive gennemført alligevel. Eller vi kunne vælge at gå aktivt ind i sagen og forsøge at rette op på skævhederne i uddannelsen og samtidig få sat fokus på sygeplejerskernes rolle på operationsområdet.

Valget er enkelt. Vi kæmper for sygeplejerskernes interesser. Derfor valgte vi at gå aktivt ind i sagen. Resultatet er, at vi gennem dialogen har opnået at få sat fokus på sygeplejerskernes rolle i forhold til hele operationsområdet og ikke mindst fokus på behovet for efter- og videreuddannelse af operationssygeplejerskerne. Vores udgangspunkt er, at der er behov for en ny videreuddannelse for operationssygeplejersker, som i højere grad fokuserer på de komplekse sygeplejefaglige opgaver omkring patienten.

Samtidig er det oprindelige forslag ændret, sådan at uddannelsen nu er to et halvt år, og at de studerende minimum skal være 20 år, når de starter.

Vi har holdt fokus på kvalitet og patientsikkerhed, og det skal vi fortsat gøre.

Det her bliver ikke det sidste område, hvor debatten om opgavedeling og nye medarbejdergrupper rykker ind på livet af sygeplejerskerne. Manglen på sygeplejersker, læger og andre sundhedsprofessionelle betyder, at der er et stærkt politisk pres på at fordele opgaverne mere hensigtsmæssigt. Og selvom opgavedelingen rummer udfordringer, rummer den også muligheder.

Derfor vil Dansk Sygeplejeråd fortsat aktivt præge udviklingen. Vi har klare bud på, hvilke opgaver sygeplejersker ikke behøver at løse, og vi har klare bud på, hvor sygeplejersker gør en uvurderlig forskel. Og hvor det er nødvendigt at ruste sygeplejerskerne i fremtiden.


Samlet set har vi en unik mulighed for at bruge den opbrudstid, vi er i nu, til fortsat at styrke sygeplejerskernes faglige identitet. Til gavn for den enkelte sygeplejerske og til gavn for faget.

"Gennem dialogen har vi opnået at få sat fokus på sygeplejerskernes rolle i forhold til hele operationsområdet og ikke mindst fokus på behovet for efter- og videreuddannelse af operationssygeplejerskerne."



Grete Christensen

Grete Christensen, formand



medlems-
fordele

Udnyt dine medlemsfordele igennem DSR

Lån & Spar er det bedste fra to bankverdener: Stor nok til at vores forretning kører bundsolidt, og lille nok til at være tæt på kunderne og opbygge det tillidsforhold, der er så vigtigt, når vi skal samarbejde om noget så personligt som din økonomi og dine drømme.



Så gør som mange af dine kolleger og få konstant glæde af de medlemsfordele, DSR har skaffet dig hos Lån & Spar. Ud over klækkelige rabatter på låneomkostninger og favorable rentesatser, får du enestående medlemstilbud skræddersyet til din hverdag og økonomi.

Se alle dine medlemsfordele, som DSR har forhandlet sig frem til på dsrbank.dk eller ring på **33 78 19 27** og få mere at vide.



lån & spar


din personlige bank



Ingen ubehageligheder

AF TINNA POULSEN, SYGEPLEJERSKE

Kommentar til artiklen "Høflig opfordring endte i angstanfald" i Sygeplejersken nr. 19/2009.

 Jeg vil gerne knytte en kommentar til artiklen. Den konkrete oplevelse, som Susanne Johansen har oplevet, har jeg ingen mening om. Men hun får Sygeplejerskernes Vikarbureau til at fremstå som et forførdeligt sted at være, og hertil vil jeg gerne knytte en kommentar.

Jeg arbejder som freelance i Sygeplejerskernes Vikarbureau og har været der i de sidste ni år.

Jeg har talt med såvel Hanne som Klaus mange gange. Da jeg var gruppeleder på lokalcenter Havkær, talte jeg meget med Klaus, idet jeg dels selv tog vagter, og dels bestilte vagter. Jeg har mødt Klaus flere gange nede på kontoret i Århus gennem årenes løb. Jeg har aldrig nogensinde oplevet ubehageligheder af nogen art. Tværtimod er Klaus en meget humoristisk og glad person, der altid har en munter bemærkning. At han er Hannes søster, mærker man ikke noget til. Jeg får de vagter, jeg gerne vil have, og er meget tilfreds med at arbejde der. Jeg har et godt forhold til alle medarbejdere i bureauet. Det er det bedste vikarbureau, jeg har arbejdet i!

Tinna Poulsen er freelanceansat i Sygeplejerskernes Vikarbureau.

Erhvervspsykolog Bettina Høeg

Cand. psych., sygeplejerske & HD-O

- Coaching og supervisionsforløb: Sæt fokus på faglig sparring og udvikling
 - o Ledelsesbaseret coaching for ledende sygeplejersker
 - o Coachingsamtaler: individuelt og i grupper
 - o Supervisionsgrupper: et refleksions- og læringsrum
- Lederudviklingsforløb for ledende sygeplejersker: Sæt fokus på ledelse
 - o Ledelse af forandrings- og fusionsprocesser
 - o Strategiimplementering, visions- og værdiarbejde
 - o Det personlige lederskab
- Temadage og workshops, f.eks.
 - o Hvordan skabes trivsel og arbejdsglæde i en travl hverdag?
 - o Stress- og udbrændthed
 - o Kommunikation i et systemisk og anerkendende perspektiv
 - o En organisationskultur præget af anerkendelse og nærvær



www.bettinahoeg.dk
Email: bh@bettinahoeg.dk
Mobil: 2988 7121

Dårlig journalistik, dårlig politik, dårlig etik

AF PALLE HOLCK, SPECIALLÆGE

Kommentar til artiklerne om de filippinske sygeplejersker i Sygeplejersken nr. 17 og 18/2009.

Jeg har læst nr. 17 og 18 af *Sygeplejersken* 2009 med artikler om filippinske sygeplejersker. Magen til useriøs og tendentios journalistik har jeg sjældent lagt øjne til. Det er beskæmmende, at et fagblad, som man må forvente udtrykker seriøsitet, vinkler en historie så snævert og ensidigt – og krydrer den med et billedmateriale, som nærmest prostituerer deres kollegaer fra Filippinerne i et følelsepornografisk farveorgie. Hverken har man forholdt sig til, hvor svært det er for dygtige asiatiske sygeplejersker at få adgang til det danske arbejdsmarked, ej heller til de perspektiver, der er i en vision, som kan hjælpe danske sygeplejersker i en hverdag, hvor de er trængte af ”for få hænder”. Man har valgt en vinkel på en historie, som udstiller asiatiske sygeplejersker som ofre og ikke som ressourcer. Man har valgt en øjet at stemple proaktive initiativer som useriøse og uprofessionelle. Man har valgt en ensidig dækning, som får én til at overveje, hvis kartofler der hyppes. Måske ser *Sygeplejersken* asiatiske sygeplejersker som et truende projekt. Måske savner fagbladet gennemslagskraft i formidlingen af seriøs faglighed og forfalder til tabloidpressens manerer.

I skrivende stund sidder der (også) seks thailandske sygeplejersker, som er rejst til Danmark for at lære det danske samfund at kende og for at kunne kvalificere sig sprogligt, kulturelt og fagligt til at opnå prøveansættelse, som i sidste ende kan sikre dem et liv i vort land.

Disse seks sygeplejersker, deres forventninger, oplevelser og erfaringer har fagbladet *Sygeplejersken* valgt ikke at ville høre – endsige italesætte eksistensen af. At der er forventninger om, at de snart er i en fremadrettet ansættelse, er ikke nævnt.

))) SKRIV KORT

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

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen. Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under ”Manuskriptvejledning”.

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

Svar på Testen side 53

1: b. 2: b. 4: a.

3: a. Hvis hurtig opstigning ikke kan undgås, f.eks. ved visse flyrejser, kan højdesyge forebygges med medicin. Kontakt egen læge inden rejsen.

Jeg har forsøgt at få *Sygeplejersken* til at bringe en forklarende artikel, men er blevet bremsat af, at man ikke bringer indlæg over 1.800 anslag. Jeg vil opfordre danske sygeplejersker til at læse om projektet i den fremstilling, som jeg har sendt til *Sygeplejersken*, og som man har lovet at bringe i sin helhed på fagbladets hjemmeside.

Palle Holck er overlæge på Regionshospitalet Silkeborg.

Svar

Kære Palle Holck!

Fagbladet *Sygeplejersken* ville gerne have bragt en artikel om tre filippinske sygeplejersker, som via et vellykket integrationsprojekt havde fundet fast og varigt arbejde i det danske hospitalsvæsen. Som det fremgår af artiklerne, så lykkedes dette ikke for de tre sygeplejersker. Forelagt forløbet betegner flere professionelle rekrutteringsansvarlige i regionerne, at forløbet forekommer amatøragtigt. Intet i de artikler, *Sygeplejersken* har bragt om de tre filippinske sygeplejersker, modsiger denne vurdering. Konsekvenserne for de tre filippinske sygeplejersker er så alvorlige, at vi ikke kunne undlade at fortælle historien.

På www.sygeplejersken.dk under artiklen ”Amatører på strandhugst efter asiatiske sygeplejersker” i *Sygeplejersken* nr. 18/2009 har vi givet Palle Holck mulighed for at uploade et væsentligt længere responsum end ovenstående kommentar.

Redaktionen.

Uddannelse til Ernæringsterapeut

Forny dit liv med kost
Personlig vækst
Faglig forandring

Holdstart august 2010

Se dato for infomøde på
www.cetcenter.dk

Center for Ernæring og Terapi
Hejrevej 39
2400 København NV
Tlf. 38 33 10 99



NYHED

Pirucare

Let og enkel udtrykning
af piller, tabletter og kapsler
fra blisterpakninger



Elektrisk pilleudtrykker
som reducerer belastningen
af fingre og led

For yderligere information:

Tlf.: 70 28 10 62

www.pirucare.com

Pirutech ApS, Krakasvej 17, 3400 Hillerød

Årets Hildegardpris

PRIVATFOTO



Sygeplejestuderende Kinga Ferslev har modtaget årets Hildegardpris på Sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse. Begrundelsen lyder, at Kinga Ferslev under sin praktik i Kalundborg Kommune har vist en særlig evne i forbindelse med pleje og omsorg af terminale borgere og pårørende. Dvs. helhedssygepleje i tråd med Hildegard af Bingens tænkning.

Corneliaprisen



Sygeplejerske Anette Lybech Andersen fra ortopædikirurgisk afdeling på Skejby Sygehus har modtaget Corneliaprisen. Begrundelsen for indstillingen til prisen er bl.a. et dybt engagement i såvel patient som pårørende samt evnen til at opfatte og reagere på den enkelte patients situation.

DSR Kreds Hovedstadens sygeplejerskepris 2009

PRIVATFOTO



Stomisygeplejerske og klinisk oversygeplejerske på Bispebjerg Hospital, Lis Balleby, modtager Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstadens sygeplejerskepris 2009 med den begrundelse, at hun har skabt tryk- hedsfor stomipatienter.

I motivationen for at give Lis Balleby prisen hedder det bl.a.: "De væsentlige gevinster inden for stomisygepleje, som direkte kan tilskrives Lis' arbejde, er bl.a. systematiske oplæringsprogrammer for stomipatienterne på samtlige af landets mave- og tarmkirurgiske afdelinger og etablering af en database for sygepleje til patienter med stomi."

"Man må ikke misbruge teknologien til at spare penge over for de ældre, der er mest trygge ved at få besøg af en fysisk person."

Oval Felbo, chefkonsulent i Ældre Sagen, i Politiken 5. november 2009.

>>> DELTAG I DEBATTEN PÅ

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

>>> HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Ved du, i hvilke situationer du skal være vågen i forhold til din pension?

Læs artiklen "Sov roligt, din pension passer sig selv" side 30-31 i dette nummer af Sygeplejersken.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 20/2009:

Kan du forstå din lønseddel?

Svar	antal	pct.	
Ja	28	27,7	
Nej	70	69,3	
Ved ikke	3	3,0	
I alt	101	100	

>>> IN MEMORIAM

Jens Otto Toustrup



Onsdag den 26. august 2009 fik vi den triste og ufattelige besked om, at Jens Otto Toustrup aldrig mere ville komme på arbejde i Område Vest, Herning Kommune.

Jens Otto kom til Herning Kommune som distriktsleder den 1. marts 2000 og havde de første år ansvar for en udkørende hjælpergruppe ved Aktiv Centret. Efter kommunesammenlægningen blev Jens Otto distriktsleder på afdeling B, Plejehjemmet Lindgården.

Jens Otto startede på Diakonskolen i Dianalund i 1978 og afsluttede sin sygeplejerskeuddannelse på Sankt Lukas Stiftelsen i Hellerup i 1982.

Efter nogle år på Bispebjerg Hospital var Jens Otto nødhjælpsygeplejerske i Etiopien i syv måneder.

I 1987 flyttede Jens Otto til Vejle og arbejdede der på Neurologisk afdeling – afbrudt af diplomuddannelse fra Sygeplejerskolen ved Aarhus Universitet i 1995.

Vi, hans kollegaer, der deltog i den smukke begravelse i Gjelstrup Kirke, forstod, at Jens Otto havde kæmpet med bekymringer og livet gennem længere tid, støttet af sin Charlotte.

En side af Jens Otto, som han ikke lod andre få indblik i.

Salme nr. 678, som vi sang, gav mange af os svar på, hvorfor vi var samlet denne lørdag formiddag, hvor vi sagde et sidste farvel til Jens Otto.

Vi vil savne ham – hans lille vævre krop, der straks sprang op, hvis noget skulle hentes/nogen skulle hjælpes – hans underfundige humor, der kom så overraskende.

Vore tanker går til Charlotte, Anne Sophie, Andreas og Simon.

På vegne af kollegaer i Område Vest, Herning Kommune, distriktsleder Else Reng Rasmussen.

SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

Fagtanker >>	42
Faglig information >>	42
Testen >>	53
Agenda >>	61
Anmeldelser >>	62
5 faglige minutter >>	66

Hjertestop på sygehus og primær sundhedssektor >> 44

Direkte patientfeedback som metode >> 54

Bevar fatningen og gå i gang

Når et menneske pludselig falder om, forventer omgivelserne, at en sygeplejerske kan træde i karakter og gøre det rigtige. Men dels ændrer det rigtige sig, dels kræver det træning at bevare fatningen og dele indsatsen med de omkringstående.

Topartiklen i dette nummer af *Sygeplejersken*, "Hjertestopbehandling på hospital og i primær sundhedssektor", side 44, er et hjælpsomt forsøg på at opsummere, hvad det rigtige er, og hvordan man griber opgaven an. Vigtigst er det at gå i gang med hjertemassage og ventilation i ratioen 30:2 og afvente ankomsten af en defibrillator.

Artiklen henvender sig både til sygeplejersker på hospital og i hjemmepleje, og jeg vil foreslå, at læseren lader den gå videre til andre familiemedlemmer, for danskere er generelt ikke voldsomt gode til hjerte-lunge-redning. I 2004 blev der f.eks. kun ydet basal genoplivning i 29 pct. af de tilfælde, hvor der var vidner til et hjertestop.

Siden 1. oktober 2006 har det været obligatorisk for alle køreskoleelever at have syv timers førstehjælp, men effekten kendes ikke.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Kinesiotape sekundært

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der møder kvinder med lymfødem i benene efter operation for livmoderhalskræft. Hovedbudskabet er, at foreløbige resultater fra en undersøgelse af behandling af lymfødem med kinesiotape viser, at tapningen har god effekt på uro, tyngdefornemmelse og smerter i benene.

AF BIRGITTE MOURITSEN OG BERIT KJÆRGAARD, SYGEPLEJERSKER, GURLI NIELSEN, SOCIAL- OG SUNDHEDSASSISTENT, OG LENE SEIBÆK, SYGEPLEJERSKE OG MASTER I HUMANISTISK SUNDHEDSVIDENSKAB OG PRAKSISUDVIKLING

& Lymfødem er en kronisk lidelse, som skyldes ophobning af lymfevæske i vævet som følge af nedsat lymfetransport (1). Lymfødem viser sig ved vedvarende hævelse af arme eller ben. Primært lymfødem skyldes sandsynligvis en medfødt defekt i lymfesystemet. Sekundært lymfødem ses efter traumer, eksempelvis efter fjernelse af lymfekirtler i det lille bækken i forbindelse med operation for livmoderhalskræft (2). Typiske gener ved lymfødem er uro, smerte, tyngdefornemmelse og/eller hævelse.

Lymfødem kan ubehandlet forværres og blive invaliderende. Det er derfor vigtigt, at der sættes tidligt ind over for tilstanden i forhold til kvindernes fremtidige funktionsniveau. Imidlertid er erfaringen fra gynækologisk obstetrisk afdeling Y5, Århus Universitetshospital, Skejby, at mange af de kvinder, vi møder til ambulant kontrol, er plaget af lette lymfødemgener, og at de accepterer gerne som prisen for at blive raske. Vi har derfor længe været på udkik efter et tilbud til disse kvinder. Da vi i 2006 fik kendskab til kinesiotapens effekt på lymfødem, fandt vi det derfor oplagt at afprøve tapen på de af vores patienter, der er opererede for livmoderhalskræft, og som har lymfødemgener.

Behandlingsformen kinesiotape

Kinesiotape er udviklet af kiropraktor og kinesilog Kenzo Kaze. Kinesiotape er en latexfri bomuldstape med akrylbelægning. Tapens tykkelse svarer til epidermis. Tapen er åndbar, vandfast og indskrænker ikke bevægeligheden. Den kan applikeres på alle muskler og led efter specielle principper, så huden danner bølger/rynker ved bevægelse. Den bagvedliggende idé bag kinesiotape er at styrke kroppens selvhelbredende kræfter 24 timer i døgnet. Dette sker ved, at kinesiotapens løftende og elastiske effekt i den overfladiske hud stimulerer og åbner lymfebaner, så området bliver drænet. Effekten på musklerne øger også effekten i de dybere lymfebaner ved at tillade maksimal kontraktion og hvile af musklerne (3).

Undersøgelse af effekt af kinesiotape

Ud over at tilbyde kvinderne behandling med kinesiotape har vi også ønsket at undersøge effekten på et videnskabeligt grundlag. Undersøgelsen er målrettet kvinder, der er færdigbehandlede for livmoderhalskræft stadie 1B-2A, og som har let lymfødem (grad 1). Undersøgelsen er godkendt af Region Midtjyl-

es effekt på lymfødem



Tapening med kinesiotape har god effekt på, tyngdefornemmelse og smerter i benene ved behandling af lymfødem, viser en undersøgelse.

FOTO: JOHN KRISTENSEN, ÅRHUS UNIVERSITETSHOSPITAL, SKEJBY

lands Videnskabetiske Komité og gennemføres under lægeligt tilsyn.

Deltagerne i projektet er opdelt i henholdsvis en interventions- og en kontrolgruppe.

Kvinderne i interventionsgruppen behandles med kinesiotape i fem uger. I den periode skal kvinderne møde på Århus Universitetshospital, Skejby, en gang ugentlig. Her får kvinderne lagt kinesiotape på og målt benomfang på udvalgte steder (se illustration).

Kvinderne har kinesiotapen på i seks dage og tager den selv af i forbindelse med bad. Kvinderne opfordres til at smøre huden ind i en fed creme for at modvirke irritation af huden, der kan forekomme i enkelte tilfælde. Den sjette dag udfylder kvinderne et spørgeskema, og syvende dag møder de til fornyet tapning. I spørgeskemaerne skal deltagerne VAS-score deres subjektive gener i benene og bækkenet i forhold til uro, tyngde, smerte og hævelse.

Undersøgelsen stadig åben for deltagere

Undersøgelsen har nu været i gang i et år, og de foreløbige resultater har vist, at der er god effekt på uro, smerter og tyngdefornemmelse. Derfor vil vi gerne udbrede undersøgelsen og inviterer kvinder fra hele landet til at deltage. Der vil blive ydet kørselsgodtgørelse. Kontakt den projektansvarlige sygeplejerske for yderligere information.

*Birgitte Rauff Mouritsen er projektansvarlig sygeplejerske;
birgmour@rm.dk*

Berit Vedel Kjærgaard er sygeplejerske, og Gurli Nielsen er social- og sundhedsassistent. Alle tre er ansat på gynækologisk obstetrisk afdeling Y5, Århus Universitetshospital, Skejby.

Lene Seibæk er ph.d.-studerende ved Enheden for Sygeplejeforskning, Klinisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Syddansk Universitet.

Litteratur

1. Best practice for the management of lymphoedema. International consensus. Medical Education Partnership (MEP) 2006:2.
2. Bergmark K, Åvall-Lundqvist E, Dickman PW et al. Patient-rating of distressful symptoms after treatment for early cervical cancer. *Obstet Gynecol Scand* 2002;81:443-450.
3. Kenzo K, Kim RS. Kinesio taping for lymphoedema and Chronic Swelling. Kinesio Taping Association. USA, LLC 2006:70.

Hjertestopbehandling på hospital og i primær sundhedssektor

MÅL MED ARTIKLEN:

- Artiklen skal give sygeplejersker kendskab til de aktuelle retningslinjer for hjertestopbehandling.
- Artiklen beskriver konkrete årsager til og symptomer på hjertestop.
- Artiklen beskriver, hvordan man behandler hjertestop.
- Artiklen beskriver, hvordan man sikrer, at personalet er vidende om principperne for hjertestopbehandling og kan udføre hjertestopbehandling i praksis.

AF HENRIK LIST, ANÆSTESISYGEPLEJERSKE, OG LARS MØLLER PEDERSEN, 1.-RESERVELÆGE • FOTO: SIMON KNUDSEN

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Den beskriver de nyeste retningslinjer for hjertestopbehandling og redegør for de principper, personalet med fordel kan arbejde efter, når der indtræffer hjertestop, hvad enten det er på hospital eller i primær sundhedssektor.

”Da jeg var helt nyuddannet sygeplejerske, oplevede jeg, at en patient fik hjertestop i dagligstuen midt i middagsmaden. Derefter fulgte nogle dramatiske minutter, for hvordan var det nu lige, jeg og det øvrige personale skulle agere? En løb ind og ringede efter lægen, en anden hentede afdelingens defibrillator, og efterhånden som der kom mere personale til, fik vi også tømt dagligstuen for patienter. Men hvordan skulle vi behandle patienten, og hvem bestemte egentlig? Hvad var i øvrigt vigtigst, hjertemassage eller kunstigt åndedræt? Og hvad med atropin og adrenalin, skulle patienten ikke bare have det i en fart frem for at vente, til lægen kom? Desværre skete der det, som næsten måtte ske, vores anstrengelser til trods, patienten døde. Det kunne vel ikke være anderledes, og vi havde trods alt gjort vort bedste.”

Sådan lyder en erfaren sygeplejerskes beretning. Selv om oplevelsen fandt sted for snart 20 år siden, tror vi, at næsten alt sundhedspersonale har oplevet tilsvarende situationer. En patient får pludselig uventet hjertestop medførende stor forvirring for personalet, der måske kun magter at tilkalde hjertestopholdet, og så er det vel også godt nok.

Sagen er imidlertid, at det er det ikke!

Formålet med denne artikel er først og fremmest at hjælpe sygeplejerspersonale, der kun sjældent kommer ud for patienter med uventet hjertestop, til at handle fornuftigt midt i den hektiske situation, der altid følger.

Vi vil derfor i det følgende gennemgå de nyeste retningslinjer fra European Resuscitation Council. Desuden vil vi give nogle praktiske råd om, hvordan man i de enkelte afdelinger sikrer god hjertestopbehandling.

Basal genoplivning

ERC 2005 Guidelines (1) er den gældende anbefaling for behandling af hjertestop i Danmark. Retningslinjerne gælder både uden for og på hospital. Der skelnes mellem børn og voksne ved synlige tegn på pubertet, hvor patienten skal behandles som voksen.

Her følger et resumé af Guidelines for voksne med fokus på den basale, initiale genoplivning udført af sundhedspersoner. Dernæst gennemgås den avancerede genoplivning med tilstedeværelse af kompetent hjertestophold og defibrillator. Guidelines for børn gennemgås ikke. Med henblik på at erhverve teoretisk og praktisk kunnen i avanceret genoplivning anbefales ERC's kursus: Advanced Life Support, der er internationalt anerkendt og har eksisteret i Danmark siden 2004.

Af hensyn til ensretning af behandlingen er det hensigtsmæssigt at betragte Guidelines som lov. Herved opnås, at de involverede i genoplivningen

BLÅ BOG



PRIVATFOTO

Henrik List

Uddannet som sygeplejerske i 1989 fra Sygeplejeskolen i Nykøbing Falster.

Uddannet anæstesisygeplejerske i 2001. Ansat på Anæstesiologisk Afdeling på Gentofte Hospital.

Hjertestopinstruktør på Gentofte Hospital 2001-2007.

ALS-kursus i 2007.

Tillidsrepræsentant for anæstesisygeplejerskerne på Gentofte Hospital siden 2002.



PRIVATFOTO

Lars Møller Pedersen

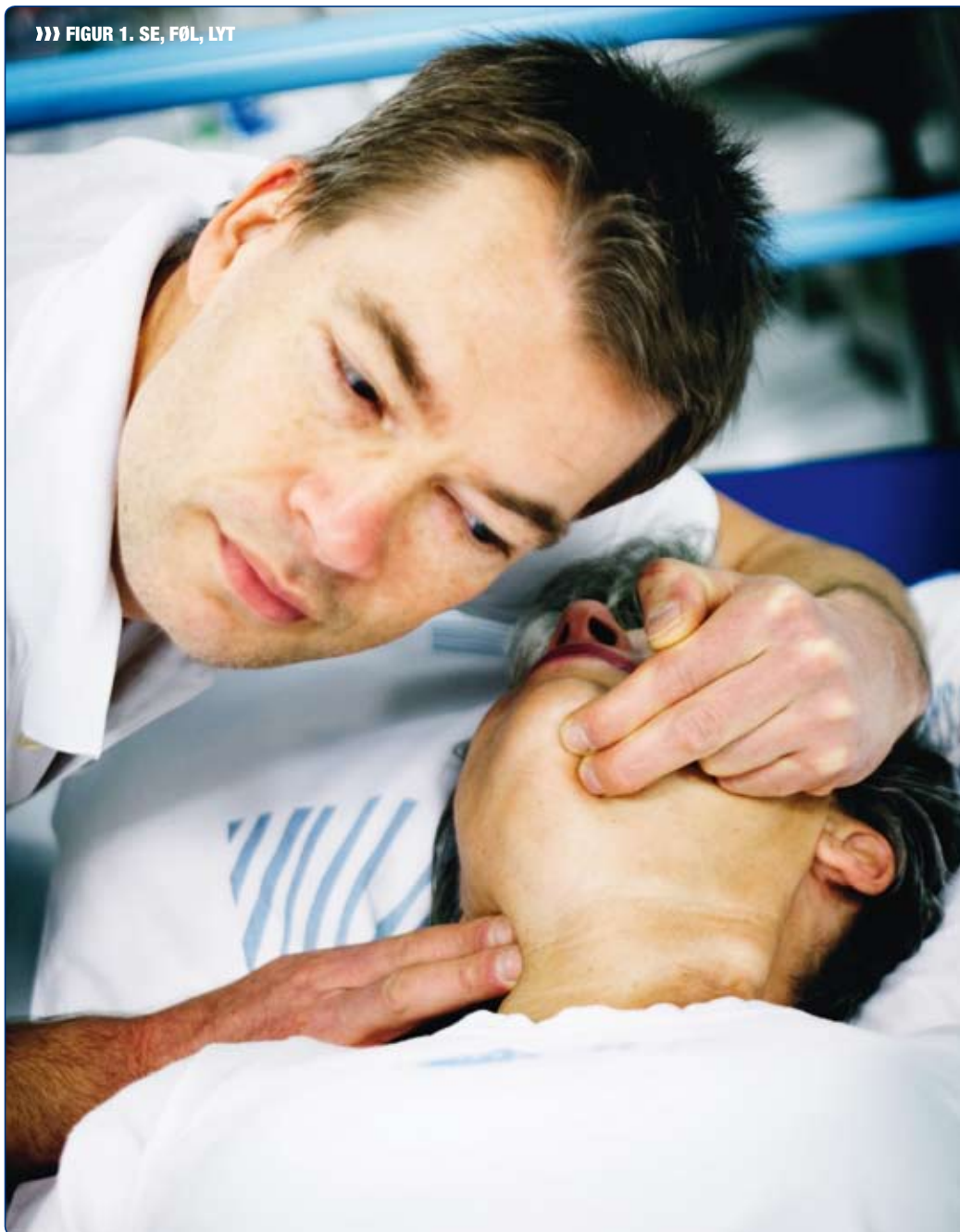
Uddannet som læge i 2001.

Arbejder som 1.-reservelæge på Anæstesiologisk afdeling, Hvidovre Hospital.

Har siden 2006 undervist på ALS-kursus i avanceret hjertestopbehandling.

Bijobber bl.a. som læge på Forsvarets redningshelikopter.

»» FIGUR 1. SE, FØL, LYT



ikke bruger unødigt tid på at nå til enighed om, hvad der skal gøres – og hvornår. I stedet kan personalet koncentrere sig om at arbejde som et team til gavn for patienten.

Erkendelsen af hjertestop

Erkendelsen af hjertestop udgør en hjørnesten i behandlingen af den akutte patient, idet man her skelner mellem den levende patient uden hjertestop og den ”døde” patient med hjertestop. Behandlingen af de to tilstande er grundlæggende forskellig, idet man ved hjertestop handler efter fuldstændigt fastlagte algoritmer.

Måden at erkende hjertestop på bør være kendt af sygeplejersker, læger og ambulanceredde og har til hensigt på 10 sekunder at skabe frie luftveje og undersøge for respiration (se, føl, lyt), puls og eventuelt andre tegn på liv (se figur 1 herover). Med den

ene hånd og eventuelt underarm bøjes hovedet bagover, og kæben løftes, hvorved tunge og gane holdes fri af svælgets bagvæg. Der skabes dermed optimale forhold for frie luftveje. Idet man med den anden hånd føler efter pulsation i arteria carotis, holder man kinden ned mod patientens mund og næse, samtidig med at man kigger på brystkassen. Man bruger nu 10 sekunder til at se efter respirationsbevægelser, lytte efter respirationslyde og føle efter

”Det er vigtigt at understrege, at ser man bort fra de situationer, hvor hjertestop skyldes fremmedlegemer, vil basal genoplivning alene kun undtagelsesvist kunne bringe patienten til live. Målet er først og fremmest at vinde tid og danne bro til den avancerede genoplivning.”

» puls samt eventuelt mærke patientens respiration på sin kind. Er der ingen puls, ingen vejrtrækning og ingen andre oplagte tegn på liv, har patienten hjertestop.

For rutinerede personer er det vanskeligt at føle efter puls i arteria carotis. Er man i tvivl, bør man derfor påbegynde behandlingen med ventilationer og massage, idet basal genoplivning hos patienter med cirkulation er forbundet med lille risiko sam-

menlignet med fravær af behandlingen hos patienter med hjertestop. Gør patienten synlig modstand, eller er der egenrespiration (ikke blot overfladiske gisp), skal massagen stoppes, idet der ikke længere er hjertestop.

Håndgrebet til erkendelse af hjertestop er undertiden ikke blot diagnostisk, men også terapeutisk, f.eks. hos en dybt bevidstløs med luftvejsobstruktion, hvor etablering af frie luftveje kan være livreddende.

»»» BOKS 1. MASKINEL HJERTEMASSAGE

Der eksisterer apparater, der kan udføre hjertemassage automatisk, typisk drevet af trykluft. Endnu er dokumentationen for effekten sparsom, men det forekommer indlysende, at hjertemassagen på denne måde bliver langt mere effektiv og kontinuerlig, hvorfor metoden hurtigt har vundet indpas flere steder og bl.a. anvendes på flere akutbiler samt i Forsvarets redningshelikoptere.

»»» BOKS 2. DE FIRE H'ER OG DE FIRE T'ER

Der findes forskellige årsager til hjertestop. For at forenkle overblikket har man forsøgt at kategorisere de reversible årsager, som de fire H'er og fire T'er.

Det er henholdsvis:

Hypovolæmi	Tamponade (hjertertamponade)
Hypoxi	Trombose (dvs. AMI eller emboli)
Hypotermi	Trykpnemothorax
Hypo-/hyperkalæmi/metabolisk	Toksisk (forgiftninger)

For at kunne afgøre, hvad der er den udløsende årsag til hjertestoppet, er det vigtigt med en god anamnese. Hvad gik forud, hvad fejler patienten? Spørgsmålene forsøges afklaret af teamlederen i de enkelte sløjfer. Til hjælp kan der endvidere tages diverse blodprøver, især en arteriepunktur giver et godt overblik, idet analysen giver svar på ilt-, elektrolyt- og syrebaserforhold. Desuden vil man kunne se blodprocent og blodsukker.

Uden for hospitalet er langt hovedparten af alle hjertestop betinget af trombose (AMI), mens det på hospitalet er et mere broget billede, der tegner sig. Her er ganske mange af hjertestoppene betinget af hypovolæmi eller hypoxi. Det vil derfor ikke være forkert at hævde, at et hjertestop uden for hospitalet ofte er en akut, uvarslet hændelse, mens et hjertestop på hospitalet er en konsekvens af sygdom. Når man i Operation Life taler om at redde 3.000 liv årligt, er en del af indsatsen rettet mod at opspore patienter, der potentielt er i fare for at udvikle hjertestop. Det drejer sig ofte om den sengeliggende patient med påvirket respiration og hjerteaktion. På Gentofte Hospital og Hvidovre Hospital har man på anæstesiologisk afdeling derfor oprettet et Mobilt Akut Team, der kan blive kaldt til at bistå afdelingerne med at optimere behandlingen af patienter i farezonen.

Tidlig alarmering

Ved erkendt hjertestop skal alarmeres, enten i form af 112 uden for hospital eller via den interne alarmringsvej, der vil variere fra hospital til hospital. Typisk er der tale om et telefonnummer (300, 2222 o.l.).

Så snart hjertestoppet er meldt, påbegyndes den basale genoplivning. Er der flere personer til stede, startes den basale genoplivning af en eller flere, samtidig med at der kaldes hjælp af en anden.

Basal hjerte-lunge-redning

Denne består af hjertemassage og indblæsninger i forholdet 30:2. Det er vist, at kvaliteten af den basale genoplivning er betydende for patient-outcome (2). Trykstedet er midt på brystet, trykdybden 4-5 cm. Frekvens 100 pr. minut. Indblæsningerne foretages om muligt med ventilationspose med ilttilskud (f.eks. Rubens ballon) eller med mund til mund-metoden med en frekvens på 10 pr. minut. Er der flere til stede, er det gavnligt for kvaliteten af hjertemassagen, at man skiftes til denne med minimale pauser i genoplivningen. God hjertemassage er fysisk krævende, og man bliver hurtigt træt (se boks 1 herover tv.).

Det er vigtigt at understrege, at ser man bort fra de situationer, hvor hjertestop skyldes fremmedlegemer, vil basal genoplivning alene kun undtagelsesvist kunne bringe patienten til live. Målet er først og fremmest at vinde tid og danne bro til den avancerede genoplivning.

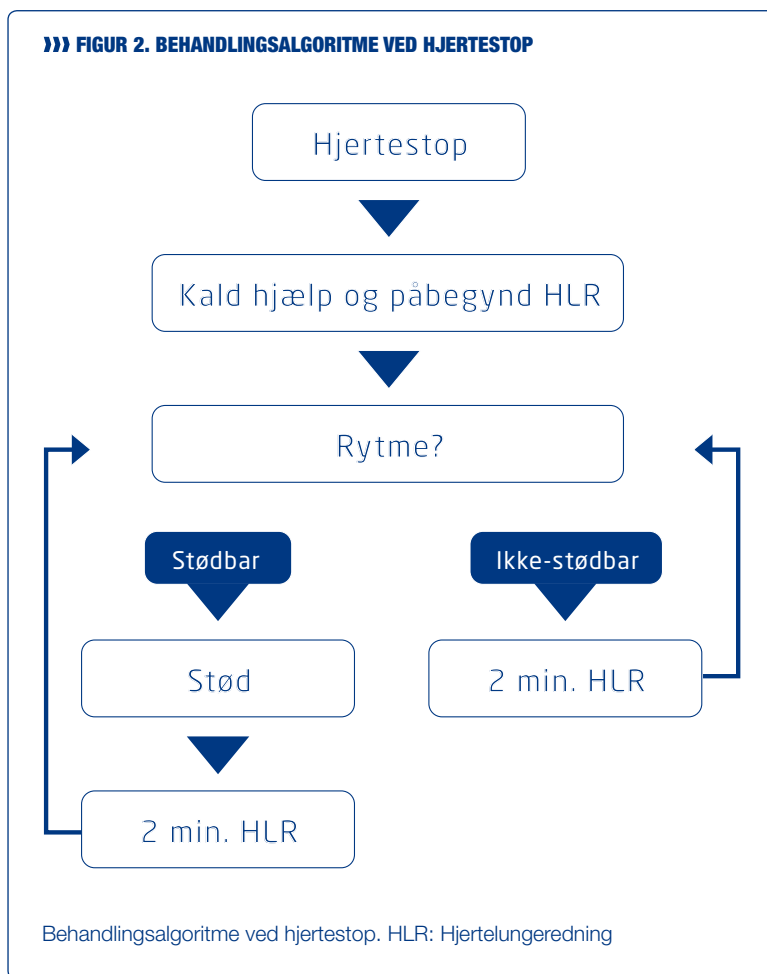
Hvis ikke patienten udviser tegn på liv, fortsættes basal hjerte-lunge-redning, indtil kvalificeret hjælp ankommer og overtager behandlingen.

Avanceret behandling

I de foregående afsnit har vi alene beskrevet den basale genoplivning. Bortset fra konteksten er der

STOP OP OG TÆNK

- Hvordan sikrer du frie luftveje?
- Hvornår har du sidst øvet dig på hjertestop-behandling?
- Foregår der systematisk debriefing efter hjertestopbehandling på din afdeling?
- Hvem tjekker hjertestopudstyret på din arbejdsplads?
- Kan du betjene en defibrillator?

FIGUR 2. BEHANDLINGSALGORITME VED HJERTESTOP

ingen forskel på behandlingen, uanset om den sker i et hjem, på gaden eller på en højt specialiseret intensiv afdeling. Da muligheden for at overleve et hjertestop falder betragteligt, for hvert minut der går, er det indlysende, at det både gælder om at diagnosticere hjertestoppet og give avanceret behandling så hurtigt som muligt.

Avanceret behandling kan være defibrillering, intubation, medicin og blodprøver og er målrettet mod hjertets aktuelle rytme. Derfor er det afgørende, at der bliver aflæst en hjerterytm (ekg) hurtigst muligt, idet rytmen er bestemmende for den videre behandling. På baggrund af ekg'et kan hjertestoppet deles i to kategorier:

- stødbar rytme
- ikke stødbar rytme.

Uanset rytmerne er der klinisk ingen forskel på personen, der har fået hjertestop. Han er ukontaktbar, reagerer ikke på tale eller smertestimuli og har hverken puls eller vejtrækning, idet hjertets pumpefunktion er ophørt.

Inden rytmerne gennemgås, er det vigtigt at understrege, at der i den avancerede hjertestopbehandling indrettes forløb med sløjfer af to minutters varighed. I de enkelte sløjfer gives hjertemassage og ventilationer, i pauserne mellem de enkelte sløjfer vurderes hjerterytm, og den person, der giver hjertemassage, udskiftes. Den videre behandling er

systematiseret, så den foregår efter skema, hvorved man undgår vilkårlighed (se figur 2 herover). Den komplette danske udgave af ERC-algoritmen, som er udarbejdet af Hjerteforeningen og Dansk Råd for Genoplivning, er tidligere bragt i Sygeplejersken (3) og kan downloades på genoplivning.dk som folder.

Stødbar rytme

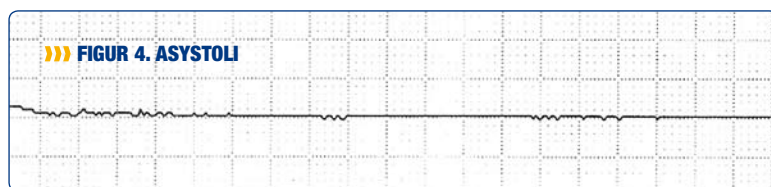
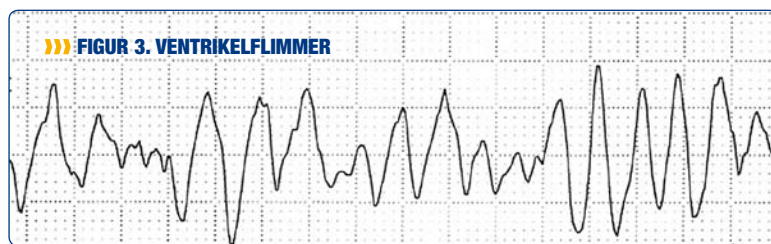
Denne betegnelse dækker over to tilstande: Pulsløs ventrikeltakykardi (VT) og ventrikelflimmer (VF) (se figur 3 side 48). Umiddelbart efter at en af disse tilstande er konstateret, skal patienten stødes med det energiniveau, der anbefales til den pågældende defibrillator. Derefter fortsættes straks med hjerte-

"I de foregående afsnit har vi alene beskrevet den basale genoplivning. Bortset fra konteksten er der ingen forskel på behandlingen, uanset om den sker i et hjem, på gaden eller på en højt specialiseret intensiv afdeling."

massage og ventilationer i to minutter. Hjertemasagen afbrydes kun, såfremt patienten giver lyd fra sig eller reagerer på den igangværende behandling, samt i det korte tidspunkt, der skal bruges til intubation.

Efter de to minutter evalueres effekten af defibril-

-))) leringen vha. et nyt ekg, hvor der kan forekomme en af tre tilstande, som kræver hver sin behandling:
- pulsgivende rytme – > patienten stabiliseres
 - fortsat VT eller VF – > patienten stødes på ny, og hjertemassage og ventilation fortsættes i to minutter med fornyet evaluering.
 - hverken VT eller VF, se afsnittet ikke stødbar rytme side X.



))) BOKS 3. HJERTETS RYTMER VED HJERTESTOP

Hjertet er en elektrisk pumpe. Når en person har hjertestop, skyldes det, at hjertets pumpefunktion er ophørt. I yderste konsekvens viser det sig ved, at elektriciteten er forsvundet fra hjertet. Tager man et ekg på personen på dette tidspunkt, ses en lige, let urolig streg, kort sagt, der er asystoli (se figur 4 herover).

Det er imidlertid de færreste personer, hvis hjertestop debuterer med asystoli. I stedet har der ofte f.eks. pga. AMI været en øget belastning af hjertemuskulaturen. Herved ændres hjertets rytme gradvist eller momentant fra en pulsgivende rytme, f.eks. sinusrytme, til pulsløs ventrikeltakykardi (VT), hvor ventriklerne aktiveres asynkront med atrieerne med en frekvens på ca. 200 pr. minut eller ventrikelflimmer (VF), hvor ventriklerne sitrer ukoordineret.

Selv om der er rigeligt med elektricitet i hjertet, er begge tilstande identiske med at have hjertestop, idet ventriklernes hurtige aktion bevirker, at hjertet reelt ikke formår at pumpe. Den avancerede behandling har primært effekt i denne fase, og metoden er defibrillering, der skal bevirke, at hjertet på ny bringes tilbage til pulsgivende rytme.

Betegnelsen pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) dækker over de tilstande, hvor hjertet stadig har elektrisk aktivitet, men hvor ekg'et ikke viser VT eller VF. Behandlingen er rettet mod den eller de udløsende årsager, jævnfør boks 2. Er hjerteraktionen under 60/min., gives desuden 3 mg atropin som engangsdosis.

Under igangværende hjertemassage og ventilationer, dvs. under sløjferne, bør der intuberes, anlægges intravenøse adgange, påsættes elektroder til aflæsning af trepunkts afledt ekg (såfremt det ikke allerede er gjort) samt tages eventuelle blodprøver. Desuden er det vigtigt at overveje, hvad der har været den udløsende årsag til hjertestoppet, så man kan målrette behandlingen mod den udløsende årsag (se boks 2 side 46). Efter yderligere to minutters ubrudt hjertemassage med ventilationer evalueres på ny. Behandlingen afhænger af, om der ses tilstand a., b., eller c. som beskrevet ovenfor. Såfremt der ses VT eller VF, gives 1 mg adrenalin, umiddelbart før der stødes tredje gang.

Mange vil sikkert undre sig over, at der først skal gives adrenalin på dette tidspunkt. Stoffet er nedprioriteret pga. manglende evidens (4). Det, der derimod virker i tilfælde af VT og VF, er defibrillering samt opretholdelse af cirkulationen ved hjælp af hjerte-lunge-redning, hvorfor personalets fokus og indsats primært skal lægges her.

Mange læsere vil sikkert også undre sig over, at der skal fortsættes med hjertemassage i to minutter umiddelbart efter defibrilleringen, uden at effekten af stødet undersøges. Årsagen er, at selv om hjertet skulle få en pulsgivende rytme på baggrund af defibrilleringen, er dets pumpeevne ofte nedsat, hvorfor hjertemassagen fortsat er en nødvendighed.

Stødes personen med hjertestop inden for første minut efter debuten, er sandsynligheden for overlevelse høj, men som tiden går, svinder sandsynligheden drastisk, selv ved omgående og korrekt behandling (4,5), hvor der evt. også inddrages andre farmaka, f.eks. antiarymikummet amiodaron.

Hvis ikke der er effekt af defibrilleringen og den øvrige behandling, vil hjerterytmen efterhånden ændre sig. I stedet for stødbar rytme ses med tiden ikke stødbar rytme.

Ikke-stødbar rytme

Denne betegnelse dækker egentlig over to tilstande: asystoli, der er en tilstand uden ventrikellaktivitet (se figur 4 herover tv.), og pulsløs elektrisk aktivitet (PEA). Begge tilstande har en dårlig prognose og vil i denne artikel blive behandlet under ét. Det er i øvrigt tilstande, som hjertestopteamet på hospital ofte bliver kaldt til. Årsagen er, at hjertestop på hospitalet ofte er betinget af hypovolæmi eller hypoxi

og dermed bliver en konsekvens af sygdom, mens hjertestop uden for hospitalet ofte er akut og uvarslet (se i øvrigt boks 2).

Når hjertestopteamet ankommer, er fremgangsmåden umiddelbart den samme som ved stødbar rytme. Når rytmen er konstateret på baggrund af et ekg, gives intet stød, men omgående hjertemassage i to minutter og snarest muligt 1 mg adrenalin, og ved puls under 60 desuden 3 mg atropin som engangsdosering uden gentagelse.

Derefter fortsættes med to minutters sløjfer, hvor rytmen evalueres mellem sløjferne, ligesom de udløsende årsager til hjertestoppet overvejes.

Det ideelle forløb

Nedenfor gennemgås et ideelt forløb med en patient, der har fået hjertestop. Vi er helt klar over, at man mange steder ikke har optimale behandlingsmuligheder pga. normeringer og sammensætning af specialer.

Case

En patient findes ukontaktbar af sygeplejersken, der straks går i gang med den basale genoplivning, kalder hjælp og får alarmeret hjertestop.

Mens hun og en anden fra plejegruppen tager sig af henholdsvis hjertemassage og ventilationer, ankommer hjertestopteamet bestående af to portører til at give hjertemassage på skift, en anæstesi-læge og en anæstesisygeplejerske samt en kardiolog. Nok så væsentligt medbringer teamet en defibrillator. Teamlederen beder som det første om at få aflæst hjerterytmen med et såkaldt "quick look": Der holdes en kort pause med massage og ventilationer, påsættes padler (stødhåndtag) eller selvklæbende, håndfri pads på patientens brystkasse og aflæses ekg. Er der ventrikellaktivitet, dvs. VT eller VF, stødes personen derefter omgående, i alle andre situationer afgives intet stød (se boks 2 side 46 og boks 3 side 48).

Herefter genoptager personalet hjerte-lunge-redning i to minutter uden pause.

I denne periode sikrer teamlederen flere ting: Der påsættes ekg-elektroder, så der ved næste rytmetjek kan tages et ekg med tre afledninger, hvorved padlerne kan blive i defibrillatoren, medmindre der skal stødes på ny. Der kan endvidere intuberes samt anlægges iv-adgang, samtidig med at hjertemassagen

LÆSERTEST

Hvilket svar er det rigtige?

- Et hjertestop skal diagnosticeres på højst
 - 10 sekunder
 - 30 sekunder
 - 60 sekunder.
- Forholdet mellem hjertemassage og ventilationer er hos voksne
 - 5:1
 - 15:2
 - 30:2.
- Hjertemassage gives med en frekvens på
 - 60 pr. minut
 - 100 pr. minut
 - 200 pr. minut.
- Når defibrillatoren er klar
 - stødes der uanset rytme
 - stødes der kun på rytmerne ventrikelflimmer eller ventrikeltakykardi
 - stødes der kun på rytmen asystoli.
- Efter defibrillering
 - fortsættes omgående med ubrudt hjertemassage i to minutter
 - tjekkes rytmen omgående, og der stødes eventuelt på ny.
- Adrenalin er et meget potent hormon. Ved hjertestop med stødbar rytme skal det gives:
 - så hurtigt som muligt
 - inden første stød og derefter så tit som muligt
 - umiddelbart inden tredje stød og derefter i hver anden sløjfe.

Se svarene på side 51.

fortsættes kontinuerligt. Efter de to minutter holdes en kort pause, hvor teamlederen tjekker ekg'et.

Vi har ovenfor beskrevet en enkelt sløjfe.

Optimal behandling kræver både stram styring af teamlederen, og at det øvrige personale kender tankegangen med det fremadskridende forløb med to

» minutter sløjfer. Teamlederen skal melde klart ud, samtidig med at hun lytter til personalets tilbagemeldinger. Det er vores oplevelse, at systematikken og den stramme styring giver et vældigt overblik samt fornemmelsen af at have god tid. Resultatet er, at man som personale ikke på samme måde oplever hjertestopbehandling som kaotisk og vilkårlig. Derfor har teamlederen med et godt overblik også mulighed for sammen med det øvrige personale at

”Ideelt set bør alt sundhedspersonale med jævne mellemrum gennemgå de nyeste guidelines samt træne teamsamarbejde. På den måde kan vi sikre optimal behandling og undgå unødigt forvirring, dårlige prioriteringer samt dårlig samvittighed hos et personale, der blot forsøger at gøre det så godt, som de nu kan.”

overveje, hvad der kan være den udløsende årsag til hjertestopet (se boks 2).

Når behandlingen er ophørt, bør det være kulturen kort at evaluere eller debriefe forløbet. ”Hvad gik godt, hvad gik skidt, og hvad vil vi gøre anderledes næste gang” er spørgsmål, som er værd at stille. Selv om det måske kan føles malplaceret for nogen, er det en situation, hvor der er meget nødvendig læring at hente for alle, uden at det går

» BOKS 4. DEFIBRILLATORER

Der findes to former for defibrillatorer:

- Manuelle, som er de velkendte fra hospitalerne. De manuelle defibrillatorer er oftest avancerede og udelukkende egnede for særligt oplært personale.
- Automatisk eksterne (AED), hvor der er automatisk rytme- og stødkontrol. AED'er er ideelle til lægfolk og personale, der kun sjældent er involveret i hjertestopbehandling.

Afhængigt af defibrillatoren kan der afgives forskellige energiniveauer. For nogle typer skal der stødes med 150-200J, mens der for andre stødes med 360J. De klassiske, manuelle defibrillatorer er med håndholdte padler, dette er både besværligt og udgør en sikkerhedsrisiko. Mange nye manuelle defibrillatorer er derfor med håndfri, selvkøbende pads, præcis som det kendes fra AED.

ud over patientens værdighed. Det vil også være i disse situationer, at der er mulighed for at råde bod på eventuelle misforståelser, ligesom man har mulighed for at støtte personale, der har haft det svært med forløbet.

Hjertestop i den primære sundhedstjeneste

Når en sygeplejerske i den primære sundhedstjeneste medvirker ved hjertestopbehandling, er det oftest alene den basale genoplivning, hun kan gå i gang med, indtil der ankommer en ambulance med en defibrillator. Har hun imidlertid mulighed for at anvende en automatisk defibrillator, der selv afgør, om der skal stødes eller ej, skal hun gøre det (se boks 4 herunder). Efter at der eventuelt er stødt, genoptages hjertemassagen og ventilationerne i to minutters sløjfer, som beskrevet ovenfor.

Retningslinjer og uddannelse ønskes

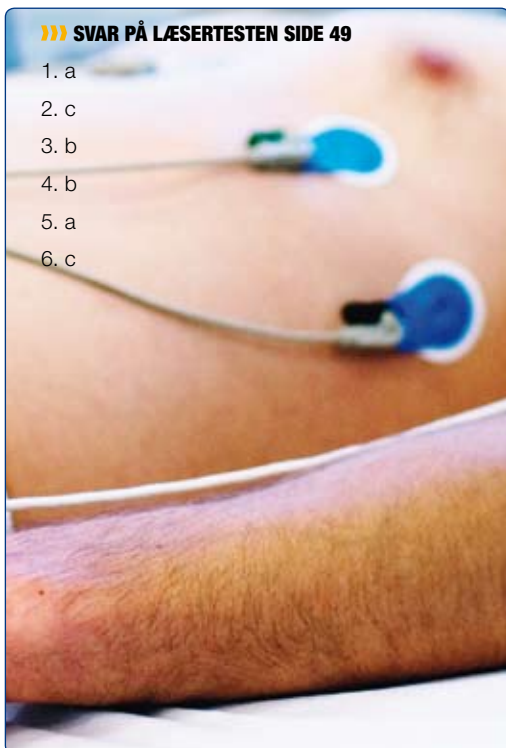
Prognosen ved hjertestop er først og fremmest afhængig af den tid, det tager, før der er en defibrillator til rådighed. Denne kan reduceres ved at udbrede automatiske defibrillatorer. I den forbindelse er det værd at bemærke, at sundhedsborgmesteren i København, Mogens Lønborg, i foråret 2008 foreslog, at alle virksomheder med mere end 10 ansatte skal have en defibrillator. Alt er imidlertid ikke gjort med det, der skal også sikres løbende undervisning i hjertestopbehandling både praktisk og teoretisk.

Tidligere fik personalet på hospitalerne som regel udelukkende denne undervisning ved nyansættelser og som oftest i auditorier. Dette er heldigvis ved at ændre sig bl.a. pga. akkrediteringerne. Et eksempel er f.eks. det tidligere Københavns Amt, hvor man har forsøgt sig med en detaljeret plan for alt personale med patientkontakt. Undervisningen skulle gives på forskellige niveauer afhængigt af personalets ansættelsessted. Personalet på sengeafdelingerne skulle f.eks. have to timers undervisning hvert andet år, hvor de arbejdede i team, samtidig med at de selvstændigt skulle gennemgå et pc-program. Omvendt skulle personalet i hjertestopteamet have en hel dags undervisning. Det var en god og ambitiøs, men også dyr løsning.

Vi mener, at undervisningen ikke alene skal være forbeholdt hospitalsansat personale. Ideelt set bør alt sundhedspersonale med jævne mellemrum gen-

SVAR PÅ LÆSERTESTEN SIDE 49

1. a
2. c
3. b
4. b
5. a
6. c



nemgå de nyeste guidelines samt træne teamsamarbejde. På den måde kan vi sikre optimal behandling og undgå unødigt forvirring, dårlige prioriteringer samt dårlig samvittighed hos et personale, der blot forsøger at gøre det så godt, som de nu kan.

Derfor bør der foreligge obligatoriske planer for undervisning i de enkelte afdelinger, som alt personale skal gennemføre. Det kunne f.eks. være praktiske øvelser en gang i kvartalet suppleret med teoretisk undervisning af anæsthesipersonale en gang årligt.

Vi vil desuden opfordre politikerne til at komme på banen. Aktuelt er der f.eks. ingen regler hverken for hjemmesygeplejersker, praktiserende læger, eller tandlæger. I stedet er undervisningens karakter og varighed op til den enkelte arbejdsplads og virksomhed.

Henrik List er anæstesisygeplejerske på Gentofte Hospital, Anæstesiologisk Afdeling; henriklist@get2net.dk

Lars Møller Pedersen er 1.-reservelæge på Anæstesiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital.

Litteratur

1. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005.
2. Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. *JAMA* 1995 Dec 27;274(24):1922-5.
3. Løfgren Bo m.fl. Hjertestop, principper for genoplivning. *Sygeplejersken* nr. 20/08.
4. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. *Ann Emerg Med* 1993;22:1652-8.
5. Waalewijn RA, de VR, Tissen JG, Koster RW. Survival models for out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation from the perspectives of the bystander, the first responder, and the paramedic. *Resuscitation* 2001;51:113-22.

ENGLISH ABSTRACT

List H, Møller Pedersen L. Cardiac arrest treatment, in-hospital and in the primary health sector. *Sygeplejersken* 2009;(21):44-51.

Cardiac arrest can be associated with uncertainty, anxiety and confusion, but this need not be the case. The initial priorities should be instigating the cardiac arrest alarm and cardiopulmonary resuscitation (CPR, cardiac massage and ventilation) until (where indicated) the patient can be defibrillated.

The article examines the European Resuscitation Council Guidelines; with the emphasis on practice, rather than the natural sciences. It describes an ideal course, including a discussion of "debriefing". In conclusion, both politicians and health care personnel are challenged to ensure that health care personnel have adequate knowledge of, and training in, cardiac arrest management, including access to, and use of, automatic defibrillators.

Keywords: Cardiac arrest management, ERC, defibrillation, cardiopulmonary resuscitation, CPR.



Et hjertestop behøver ikke at være et punktum

Det er muligt at starte et hjerte igen. Det kræver blot en hurtig indsats fra et menneske – og en hjertestarter. Derfor har TrygFonden placeret flere end 350 af disse livreddere i klubber, foreninger og på åbne pladser i det ganske land. I 2010 placerer vi 100 mere. De skaber lokal tryghed.

Du kan se, hvor de hænger, og hvad du skal gøre på hjertestarter.dk

Læs mere om vores indsatser for at øge sundheden i Danmark på trygfonden.dk

I 2009 donerer vi 400 millioner kr. til tryghedsskabende indsatser inden for sikkerhed, sundhed og trivsel.

>>> TESTEN



Temaet er rejser og sygdomme, test dig selv eller din kollega. Vi elsker at rejse, men under rejsen findes risici, og under fjerne himmelstrøg findes sygdomme, som vi ikke kender herhjemme. Har du viden om, hvordan du kan beskytte dig?

1 Til nogle lande er det en god idé at lade sig vaccinere inden afrejsen. Hvornår skal man kontakte sin læge eller et vaccinationssted?

- Ca. to uger inden afrejse.
- Mindst seks uger inden afrejse.

2 Langvarig stillesiddende under fly- eller busrejser kan medføre dannelse af blodpropper. Hvilke grupper er mere udsatte end andre?

- Personer over 40 år, personer, der indtager lunge- medicin, overvægtige, personer, der for nylig er blevet opereret i skulderen, personer med tendens til højdesyge.
- Personer over 40 år, personer, der indtager hormonpræparater med østrogen, gravide, personer, der for nylig er blevet opereret i benene, personer med tendens til hævede ben.

Kilde: Sundhedsstyrelsen; www.ssi.dk > sygdomme > ved rejser.

Se svarene på TESTEN side 39.

3 De fleste dødsfald i forbindelse med rejse skyldes ulykker, men også højdesyge kan have fatale konsekvenser. Hvordan forebygger man bl.a. højdesyge?

- Ved ikke at tage direkte til højder over 3.000 meter og holde nogle dages pause ved 2.500-3.000 meter før yderligere opstigning.
- Ved ikke at tage direkte til højder over 3.000 meter og holde nogle timers pause ved 2.500-3.000 meter før yderligere opstigning.

4 Hundegalskab (rabies) er et virus, der kan medføre en dødelig hjernebetændelse. Rabies smitter ved bid fra en smittet hund, kat, abe eller flagermus. Hvad skal man gøre, hvis man under en rejse bliver udsat for bid fra en af disse arter?

- Lade såret bløde, vaske det grundigt og ellers tage det roligt, da man sikkert er vaccineret mod rabies.
- Lade såret bløde, vaske det grundigt og straks søge lægehjælp. Uanset om man allerede er vaccineret.

KOMMUNAL- OG REGIONSRÅDSVALG 2009

Stem på flere gode arbejdsdage

Tjek derfor om din kandidat vil arbejde for

- Ligeløn til sygeplejersker
- Bedre arbejdsmiljø
- Flere og bedre efter- og videreuddannelsesmuligheder
- Rekruttering og uddannelse af flere sygeplejersker
- Bedre sundhedstilbud til medicinske patienter
- Mere sundhedsfremme og forebyggelse

KOMMUNALVALG 2009 - www.dsr.dk/kvog
 REGIONSRÅDSVALG 2009 - www.dsr.dk/rvog



Direkte patientfeedback som

AF MARIANNE NYBRO GRUM, CAND.CUR., KAREN SKJØDT HANSEN OG MARIE FUGLSANG, CAND.SCIENT.SOC., CHARLOTTE FIIL SESTOFT OG HANNE DANIELSEN, SYGEPLEJERSKER • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at metoden "Direkte patientfeedback" kan give et nuanceret indblik i patienters oplevelser i mødet med sundhedsvæsenet. Metoden er afprøvet med tidligere indlagte patienter, der har haft en blodprop i hjertet.

De sundhedsprofessionelle har viden om hjertesygdom og symptomer og er eksperter i pleje- og behandlingsmetoder, men kun patienterne ved, hvordan det er at gennemgå et forløb med akut opstået hjertesygdom. Konkret viden om patienternes oplevelser er derfor nødvendig for reelt at kunne planlægge og udføre sygeplejen med udgangspunkt i den enkelte patients ønsker og behov.

For at lade patienterne selv komme til orde – i stedet for udelukkende at forlade os på de sundhedsprofessionelles tolkninger af patienternes behov – har vi i Kardiologisk modtageafsnit, Hjertecentret, Rigshospitalet, valgt at invitere tidligere indlagte patienter til et temamøde, hvor "direkte patientfeedback" bruges som metode. I denne artikel præsenteres metoden, afsnittets første erfaringer med metoden, og hvilken betydning metoden forventes at have for den fremtidige sygepleje i afsnittet.

Patientdeltagelse en nødvendighed

Traditionelt har sundhedsprofessionelle ikke haft brug for at spørge til patienternes oplevelser og opfattelse, fordi vi har kunnet intervenere udelukkende på baggrund af viden om diagnoser og fysiske symptomer på et objektivt videnskabeligt grundlag

(1). Historisk har dette påvirket de sundhedsprofessionelles tilgang. Og som debatoplægget om det 21. århundredes patientkultur skriver: "Sundhedspersonalet har haft monopol på at definere patientens behov og svaret på dem – det traditionelle svar har været, at patienternes behov skal være styrende, underforstået som det sundhedsfaglige personale forstår dem" (2).

Sundhedsvæsenet står derfor over for en udfordring, hvor patienter og patientforeninger ønsker nye måder at samarbejde på (3,4). Dette understøttes i den internationale litteratur med et øget fokus på patientdeltagelse i pleje og behandling både sundhedspolitisk og fagligt (5,6).

Temamøde med direkte patientfeedback

Et temamøde med direkte patientfeedback er et bud på en metode, der kan bidrage til at tage udfordringen op og imødekomme nogle af disse ønsker og krav om patientdeltagelse i samarbejdet. Konkret er det sparsomt med forskningsbaseret viden om patienternes behov og oplevelser i den akutte fase af indlæggelsesforløbet for patienter med blodprop i hjertet, bl.a. fordi flere forskere fravælger undersøgelser med den begrundelse, at patienterne er sårbare i den akutte fase (7). Direkte patientfeedback kan her give en viden om patienternes oplevelser i den akutte fase og videre forløb, som kan danne baggrund for handlinger, der i højere grad understøtter patientens perspektiv.

Vi har været inspireret af en metode om styrede dialoger, som det tidligere Århus Amtssygehus har anvendt inden for kvalitetsudvikling (8). En variant af metoden har også været anvendt på Glostrup Hospital under navnet "Dialogmøder" (9). Vi har videreudviklet metoden i samarbejde med Enheden for Brugerundersøgelser i Region Hovedstaden (se boks 1 hosstående). Formålet med at afholde temamøde med direkte patientfeedback er at

- indhente viden om patienternes oplevelser og behov under den korte, akutte indlæggelse
- udfordre nuværende praksis og arbejde med tilgangen og bevidstheden om at inddrage patienternes perspektiv som forudsætning for et godt samarbejde
- afprøve arbejdsmetoder, der kan understøtte dette perspektiv.

Forberedelse og deltagere

Temamødet fandt sted i et lokale uden for hospitalet, så mødet foregik på neutral grund for alle parter. I mødet deltog hele afsnittets tværfaglige personale-

))) BOKS 1. ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER

Enheden gennemfører spørgeskema- og interviewundersøgelser i sundhedsvæsenet. Enheden har stor erfaring med brug af forskellige metoder til at afdække den patient- og brugeroplevede kvalitet og er bl.a. ansvarlig for Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Enheden kan yde bistand til alle faser af et undersøgelsesforløb – herunder fastlæggelse af problemstilling, vejledning i metode, dataindsamling, bearbejdning af data, afrapportering og formidling. Læs mere på www.patientoplevelser.dk

))) BOKS 2. INVITATION TIL TEMAMØDET

Denne invitation udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser blev sendt til i alt ni patienter:

"Vi vil hermed gerne invitere dig til at deltage i et temamøde, hvor du sammen med tre til fem andre patienter fortæller personalet om dine oplevelser og erfaringer under dit indlæggelsesforløb. Kun du kender dit forløb i sin helhed, og vi har derfor brug for din viden og din hjælp, hvis vi skal blive bedre. Under mødet vil du blive bedt om at fortælle om dine oplevelser i afsnittet. Du vil få støtte af to interviewere fra Enheden for Brugerundersøgelser, der vil stille dig nogle uddybende spørgsmål. Personalets rolle er at lytte til dine oplevelser og erfaringer. Personalegruppen vil være på ca. 25 personer. I løbet af mødet vil personalet blive spurgt om, hvad de finder tankevækkende, overraskende og lærerigt."

metode



”Hver patient fik mulighed for at præsentere sig selv og sit forløb i sengeafsnittet guidet af interviewerens.”

gruppe (28 i alt), tre patienter samt en pårørende til en af patienterne. Patienterne har alle været indlagt akut til behandling for blodprop i hjertet (Stemi = ST-elevations myokardieinfarkt) og har fået foretaget ballonudvidelse med evt. stentanlæggelse (primær PCI). Deres indlæggelsesforløb har været tre dage i afsnittet, hvorefter patienterne er overflyttet til deres lokalsygehus.

I udvælgelsen af patienterne søgte vi så stor variation som muligt inspireret af Margareta Maunback (10). Kriterierne var endvidere, at patienterne skulle tale og forstå dansk, have forskellig alder og være forskellige med hensyn til, hvor langt de var i efterforløbet efter indlæggelsen. En invitation udarbejdet af Enheden for Brugerundersøgelser blev sendt til i alt ni patienter (se uddrag i boks 2 side 54). Afdelingssygeplejersken ringede efterfølgende til patienterne og spurgte, om de var interesserede i at deltage. Én kvinde (59 år) og to mænd (59 og 67 år) ønskede at deltage. De resterende patienter meldte fra, fordi de enten ikke magtede transport og deltagelse, eller fordi de var forhindrede på grund af

andre private aftaler, kontrolbesøg på lokalsygehus eller deres arbejde.

Mødets afvikling

I tråd med Tranborgs beskrivelse af afvikling af selve mødet blev patientpanelet benævnt som ”Box 1” og personalegruppen som ”Box 2” (8) (se boks 3 side 57). Det vil sige, at patienter og personale ikke kunne tale direkte til hinanden, men at al kommunikation gik via en trænet interviewer fra Enheden for Brugerundersøgelser. Indledningsvis blev metode, tidsplan og spilleregler skitseret for både patienter, pårørende og personale. Patienterne blev endvidere informeret om brugen af diktafon, og hvad interviewoptagelsen skulle bruges til i det videre forløb. Patienterne fik også at vide, at de altid kunne undlade at besvare spørgsmål, de ikke ønskede at svare på. Ingen af patienterne gjorde dog brug af dette under mødet.

Derefter var det patientpanelet Box 1, der havde ordet. Hver patient fik mulighed for at præsentere sig selv og sit forløb i sengeafsnittet guidet af inter-

”Ved afviklingen af mødet med direkte patient-feedback har det været væsentligt, at hele personalegruppen var til stede.”

» vieweren. Under hele interviewet blev der stillet åbne spørgsmål, støttet af en semistruktureret spørgeguide. Spørgeguiden tog overordnet udgangspunkt i den akutte fase, indlæggelsestiden på afsnittet og overflytning til lokalsygehus.

Inkluderet var endvidere spørgsmål fra en tidligere brainstorm med personalegruppen, som f.eks. gik på nysgerrighed i forhold til:

”Hvad fylder mest, når I tænker på de tre første dage?” ”Var der noget, I havde behov for under indlæggelsen, der ikke blev opfyldt/tilgodeset?”

”Gid I havde fortalt mig om ...”

Nøgleord undervejs i processen var detaljering og konkretisering.

Efter en kort pause blev der ”lukket” for Box 1 og ”åbnet” for Box 2, og interviewer spurgte nu personalegruppen, hvad der havde berørt dem mest af det, de havde hørt patienterne fortælle, og om der var noget, de var blevet nysgerrige på og gerne ville høre mere om. Personalet fortalte om deres refleksioner og gav interviewer input til den næste fase, hvor patienterne igen blev interviewet med fokus på de områder, som personalet havde bragt i spil.

En lille arbejdsgruppe skrev patienternes udsagn ned på Post-it-sedler undervejs. Disse sedler blev senere tematiseret og sat op på flipovere, et tema på hver flipover. Patienterne blev efterfølgende bedt om hver at sætte seks grønne og fire røde prikker på Post-it-sedlerne som deres prioritering af de mange udsagn – en grøn prik for væsentlig, en rød for mindre væsentlig. Dette blev gjort, fordi vi ønskede patienternes vurdering og netop ikke vores tolkning og udlægning af, hvad der betyder mest. Temamødet blev afsluttet med patienternes tilbagemelding om at deltage i et sådant arrangement.

Efter temamødet blev patienternes udsagn renskrevet. Ved usikkerhed på, hvad patienterne reelt sagde, har båndet fra hele interviewet været til rådighed.

Fordele frem for andre metoder

Samlet set adskiller videreudviklingen af metoden sig ved, at

- det er afsnittet selv, der har initieret mødet, det vil sige, det ikke er en top-down beslutning om kvalitetsudvikling
- hele afsnittets personalegruppe deltager i både selve temamødet, den forudgående brainstorm om spørgsmål til patienterne og den efterfølgende kvalitetsudvikling
- interviewene under mødet er gennemført af Enheden for Brugerundersøgelser, der dels har erfaring i interviewteknik og dels er en uafhængig part, som ikke har mødt patienterne under indlæggelsen
- patienternes udsagn bliver opsamlet undervejs, dels med brug af diktafon, dels på Post-it-sedler, som efterfølgende tematiseres på flipovere
- patienterne prioriterer selv, hvad der er vigtigst af de mange udsagn
- der bliver udarbejdet en plan for kvalitetsudvikling, der sker efter en fast skabelon, der rummer ledelsesmæssige, pædagogiske og metodiske overvejelser for gennemførelse af udviklingsaktiviteter.

Anbefalinger vedr. processen for gennemførelse af temamødet kan ses i boks 4 side 57.

Hvad sagde patienterne

Her gengives resultater afledt af den direkte patient-feedback, men vi arbejder fortsat videre med at gennemføre kvalitetsudviklingsaktiviteter på baggrund af temamødet.

Flere af patienterne havde forberedt sig hjemmefra med nedskrevne noter og havde tydeligvis noget på hjerte. De havde en kritisk konstruktiv tilgang og var meget aktive under hele forløbet. Den professionelle styring af interviewet gjorde, at der ikke var anledning til situationer, hvor den enkelte patient kunne føle sig udstillet.

Det mest overraskende for personalegruppen var, at kritikken af de fysiske rammer fyldte så meget, samt de pårørendes behov i forbindelse med den akutte indlæggelse. Det var imidlertid ikke kritikken af de fysiske rammer, der fik flest grønne prikker af

patienterne. Det var derimod ønsket om at få peget ud og visuelt tegnet, hvor blodproppen havde siddet, og at få udleveret relevante pjecer.

”At blive klædt på til at leve med sin sygdom er vigtigt under indlæggelsen,” sagde én af patienterne.

”Vigtigst under indlæggelsen er kommunikation og viden og at inddrage de pårørende.” ... ”En værdikæde: større indsigt – større forståelse – større accept,” som det blev formuleret.

Tankevækkende for personalet er udsagnene:

”Jo mere aktiv, du selv er, jo mere hjælp/information får du – du skal selv være opsøgende.”

”Jeg så ikke sygeplejerskerne ret meget. De kom, når de havde brug for mig,” og

”Man sidder meget ene på stuen.”

Flere i personalegruppen sad tilbage med opfattelsen af at have været til rådighed for patienterne og have tilbudt støtte og viden, men patienternes oplevelse var en anden. Modsat var der også udsagn som:

”Der var altid én.”

”Rart, at sygeplejerske X og andre sygeplejersker kom mange gange, behøvede dårligt nok at spørge.”

Patienterne slog fast, at kommunikation og opmærksomhed fra personalet er vigtigt og angav konkrete måder som f.eks.: ”Hvis hr. Y pludselig hænger lidt med hovedet ... så skal sygeplejersken fange den.” I den akutte fase var de højest prioriterede udsagn:

”Der stod en hel velkomstkommité – alle vidste, hvad de skulle, det giver tryghed,” og

”I det hektiske er der ting, jeg ikke kan huske. Man ser manden med leen,” men også

”At ligge stille to timer bagefter (PCI) er næsten det værste.”

Den pårørende havde et ønske om at få en kort samtale med en sygeplejerske, når man som pårørende kommer ind på stuen i forbindelse med den akutte behandling. Et andet højt prioriteret ønske var en planlagt samtale med en sygeplejerske og en læge (gerne overlægen) før udskrivelse, hvor pårørende også havde mulighed for at være med. Disse samtaler er på nuværende tidspunkt ikke formalise-

ret til én opsamlende samtale, men foregår løbende under hele indlæggelsesforløbet.

Selve overflytningen til lokalsygehus på 3.-dagen blev karakteriseret af nogle som ”en kastebold”. Der var frustrationer over divergerende informationer mellem sygehusene og halve eller slet ingen beske-

der. Patienternes tilbagemelding om at deltage i selve

))) BOKS 3. MØDEAFVIKLING

Afvikling af temamødet med direkte patientfeedback forløber på denne måde:

- Introduktion (5-10 min.).
- Patienterne har ordet (45 min.); Box 1.
- Pause (10 min.); ”Post-it” sedler tematiseres.
- Personalet har ordet (15 min.); Box 2.
- Patienterne har ordet igen (30 min.); Box 1.
- Patienterne prioriterer (10 min.).
- Patienternes oplevelse af deltagelse i dagen (5 min.).

))) BOKS 4. ANBEFALINGER VEDR. PROCESSEN

Anbefalinger vedr. processen for gennemførelse af temamødet:

Det har betydning, at det fysiske rum giver mulighed for at placere personalegruppen ved små borde, så patientpanelet ikke bliver udstillet, men indgår som en del af et samlet hele.

Maks. 5 patienter til et tidsinterval på i alt 2½ time for temamødet.

Den arbejdsgruppe, der noterer på Post-it-sedler, skal højst være 2-3 personer, således at gentagelse af Post-it minimeres, da der er mulighed for at gå tilbage til båndet ved usikkerhed.

Interview gennemføres af en neutral instans, som ikke har været involveret i patienternes pleje og behandling.

En person med fagspecifik viden kan med fordel deltage i panelet for at få uddybet patienternes svar, når der åbnes for Box 1 anden gang, og patienterne skal svare på personalets spørgsmål.

Vigtigt med overvejelser over praktiske forhold, der gør det muligt for ældre at deltage (sted og fysiske rammer).

Overvejelser over, om pårørende deltager sammen med de tidligere indlagte patienter, eller de skal have et temamøde med feedback for sig.

”Metoden giver de professionelle indsigt i patienternes oplevelser, behov, synspunkter og erfaringer, og disse kan i det affødte udviklingsarbejde suppleres og underbygges yderligere med forskningslitteratur og resultater på området.”

» temamødet med direkte patientfeedback var positiv. Én af patienterne havde indledningsvis tænkt: ”I ved det jo allerede, I er jo eksperterne, hvad kan jeg bidrage med,” men sagde også, at ”der er jo faktisk en historie bag ved hver af os.” Flere gav udtryk for, at ”det er rart, man har et system, der hører på patienterne,” og de ville gerne have en tilbagemelding på, ”om det nu bliver til noget” efter temamødet.

Diskussion af metoden

Metodens kvalitative tilgang giver indblik og nuancer og går i dybden med, hvad der fylder for den enkelte patient. Metoden giver en indsigt, som f.eks. en spørgeskemaundersøgelse med på forhånd definerede spørgsmål ikke giver.

Vi har ønsket at gå i dybden med få patienters udsagn for at nå en større konkretisering, detaljering og indsigt i patienternes oplevelser og behov, og patientpanelet i dette temamøde er patienter, vi genkender fra den patientgruppe, vi modtager i afsnittet. Vi kunne dog med fordel have haft en yngre patient på 35-40 år med for at tegne et bredere billede.

Metoden egner sig til patienter, som er i stand til at møde op fysisk og har mod på at fortælle, mens andre hører på. Hvis en bredere patientgruppe skal nås, må andre metoder overvejes, f.eks. interview i hjemmet.

I afviklingen af mødet har det betydning, at interviewer har fagspecifik viden, når der åbnes for Box 1, og patienterne skal uddybe nogle af personalets spørgsmål. Rent praktisk er det i faser, hvor patienterne prioriterer udsagnene, også nødvendigt at give god tid. Det kan være vanskeligt for patienterne at overskue de mange Post-it-sedler på de forskellige flipovere, hvilket er forudsætningen for, at de grønne og røde prikker sættes velovervejset.

Ved mødet havde én af patienterne sin hustru med. Vi valgte at inkludere hende i temamødet, fordi det kunne være spændende også at få den pårørendes perspektiv med i mødet. I dette tilfælde var det en fin balance, men valget bør træffes under planlægningen af mødet.

Ved afviklingen af mødet med direkte patientfeedback har det været væsentligt, at hele personalegruppen var til stede. Alle har hørt patienterne, hvilket giver et fælles afsæt for den videre kvalitetsudvikling, der bliver langt mere nærværende, fordi det handler om afsnittets egne patienter.

Metoden kan anbefales på tværs af diagnoser og patientforløb med en hyppighed, der må vurderes ud fra det enkelte afsnits status for aktuel viden om deres patienters oplevelser og behov.

Betydning for sygeplejen

Viden om patienternes oplevelser og behov er afgørende væsentlig for et godt samarbejde mellem patient og professionelle, hvis patientdeltagelse skal blive til virkelighed. Et temamøde med direkte patientfeedback kan her udgøre en egnet metode. Metoden giver de professionelle indsigt i patienternes oplevelser, behov, synspunkter og erfaringer, og disse kan i det affødte udviklingsarbejde suppleres og underbygges yderligere med forskningslitteratur og resultater på området. Enten direkte om patientgruppen eller om patienter med sammenlignelige behov.

En plan for den videre kvalitetsudvikling i afsnittet er aktuelt under udarbejdelse. Denne følger Hjertecentrets skabelon for gennemførelse og implementering af kliniske udviklingsprojekter. Fokus vil blive lagt på 1) sygeplejerskernes tilgang, 2) viden om patienternes oplevelser og behov underbygget af en systematisk litteratursøgning som udgangspunkt for sygeplejerske-patient-samarbejde i afsnittet.

Desuden er der på nuværende tidspunkt udarbejdet en lamineret oversigt, hvor de forskellige hjertekar er angivet og kan bruges, hvis patienten ønsker blodproppen indtegnnet. Endvidere arbejder en af afsnittets sygeplejersker under Hjertecentrets etårige træningsforløb (11) med at udvikle en ramme for formaliserede opsamlende samtaler med patienter og pårørende.

Marianne Nybro Grum er ansat som klinisk sygeplejespecialist på Hjertecenteret.

afsnit 2144, Rigshospitalet;
 marianne.grum@rh.regionh.dk

Karen Skjødt Hansen er specialkonsulent, og Marie Fuglsang er enhedschef, begge ansat i Enheden for Brugerundersøgelser, Københavns Kommune. Charlotte Fiil Sestoft er afdelingssygeplejerske, og Hanne Danielsen er sygeplejerske, begge ansat på Hjertecenteret, afsnit 2144, Rigshospitalet.

Litteratur

1. Wackerhausen S. Humanisme, professionsidentitet og uddannelse i sundhedsområdet. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.
2. Mandag Morgen Strategisk Forum. Når patienten vågner. Et debatoplæg om det 21. århundredes patientkultur. Huset Mandag Morgen; 1999.
3. Amtrådsforeningen et al. Patientens møde med sundhedsvæsenet, de mellem menneskelige relationer. Anbefalinger for kommunikation, medinddragelse og kontinuitet. Amtrådsforeningen; 2003.
4. Danske Patienter. Inddragelse af patienterne – hvorfor og hvordan? Danske Patienter; dec. 2008.
5. Grum M. Sygeplejerske-patient samarbejde. En litteraturbaseret oversigt. Klinisk Sygepleje 2008;3.
6. Færch J. Patientdeltagelse i sygeplejefaglig kontekst. En litteraturbaseret afdækning af hvordan patientdeltagelse kan forstås og udmøntes i en sygeplejefaglig kontekst samt hvilke implikationer patientdeltagelse kan have for klinisk sygeplejepsaksis? Institut for Folkesundhed, afdelingen for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 2008.
7. Andersen IC. Patienters oplevelse af deres recovery efter et myokardieinfarkt. En kvalitativ metasynthese. Institut for Folkesundhed, afdelingen for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet; 2008.
8. Tranborg I. Dialogforum for patienter og personale. En metode til kvalitetsudvikling. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen 2003;4.
9. Juhl E. Rundrejse i det danske sygehusvæsen; juni 2007.
10. Maunsbach M, Lunde IM. Udvælgelse i kvalitativ forskning. I: Lunde IM, Ramhøj P, editors. Humanistisk forskning inden for sundhedsvidenskab. København: Akademisk Forlag; 1996. p.142-53.
11. Tewes, M, Pedersen, PU. Udvikling og implementering af en profession i praksis. Tidsskrift for Sygeplejeforskning, 2006, vol. 22 nr. 1, s. 24-30.



))) ENGLISH ABSTRACT

Nybro Grum M, Skjødt Hansen K, Fuglsang M, Fiil Sestoft C, Danielsen H. Direct patient feedback as methodology. *Sygeplejersken* 2009;(21):54-9.

A theme-based meeting involving direct patient feedback is a method of quality assurance, whereby health care professionals are able to reflect on and develop their own practice by listening to patients. The method involves inviting former patients to a meeting chaired by a neutral party, and where the entire health care team are present. The patients explain their experiences, their needs, viewpoints and experiences, associated with their acute admission and treatment with primary PCI. The health care group are subsequently given the opportunity to ask questions for elaboration via the neutral party, so that patients and the health care team do not have direct dialogue with each other. The method can provide knowledge, significant in cooperation with health care professionals if the intention is to plan nursing care based taking the patient's perspective as its starting point.

Key words: Direct patient feedback, patient experiences, quality assurance, primary PCI.







GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18
Recombinant, adsorbed

Gardasil®

vaccinen mod livmoderhalskræft
der beskytter mod 4 HPV typer.*

Kan forebygge:

-  **Kræft i livmoderhalsen**
-  Svære celleforandringer på livmoderhalsen (CIN 2/3)**, i vagina (VaIN 2/3)*** og på ydre kønsdele (VIN 2/3)****
-  Kondylomer

forårsaget af HPV typerne 6, 11, 16, 18.¹

Nye data i gruppen af 15 –26 årige kvinder, viser effekt af Gardasil® også efter seksuel debut ²

The cervical* cancer vaccine against 4 types of HPV for wide protection and early benefits

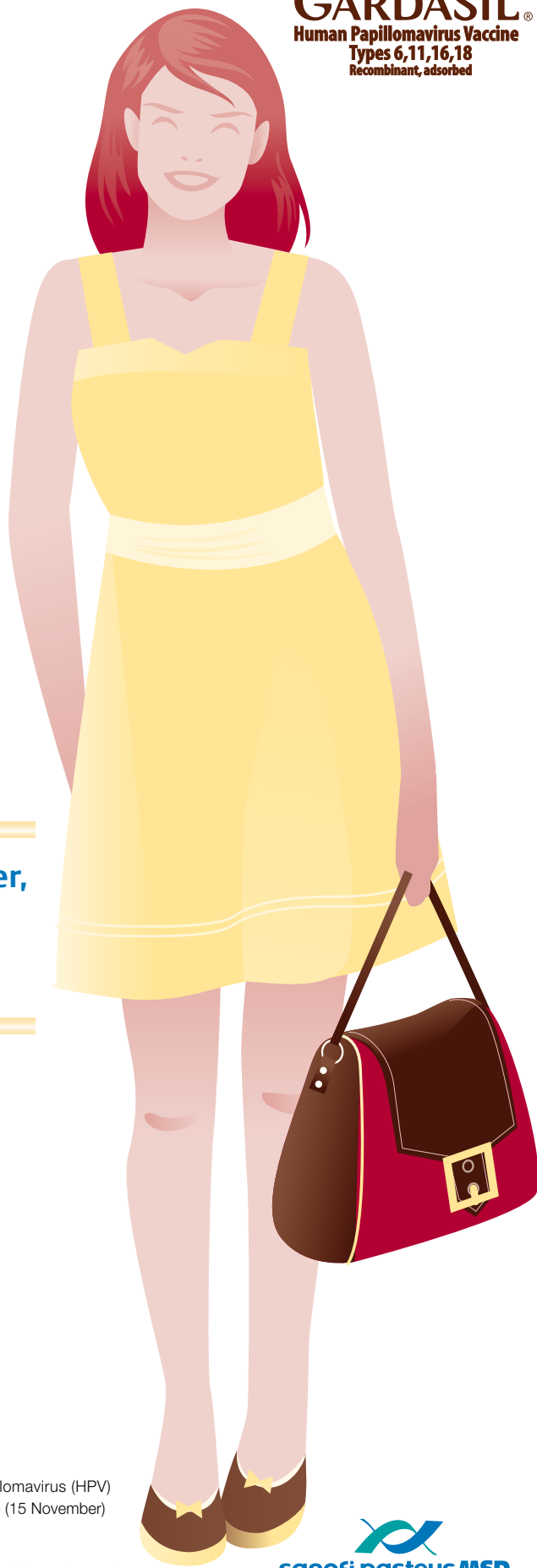
- * der er relateret til HPV 16 og 18
- ** CIN 2/3 : Cervikal intraepithelial neoplasi
- *** VaIN 2/3 : Vaginal Intraepithelial neoplasi
- **** VIN 2/3 : Vulval intraepithelial neoplasi

Ref:

- 1: Produktresumé
- 2: The FUTURE II Study Group. Prophylactic efficacy of a quadrivalent human papillomavirus (HPV) vaccine in women with virological evidence of HPV infection. *JID* 2007;196:1438-46 (15 November)

Sanofi Pasteur MSD ApS · Parallelvej 12, 2.sal · 2800 Kgs. Lyngby


sanofi pasteur MSD
vaccines for life





Forkortet Produktresumé.

Gardasil® Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrensedede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er HPV 6 (20 mikrogram), HPV 11 (40 mikrogram), HPV 16 (40 mikrogram) og HPV 18 (20 mikrogram). **Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal), cancer i livmoderhalsen og udvendige kønsorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til HPV typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil's immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år. **Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Synkope kan forekomme ved alle vaccinationer, især hos teenagere og unge voksne. Derfor bør den vaccinerede overvåges nøje i cirka 15 minutter efter indgivelse af Gardasil. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere. **Graviditet og amning:** Data er ikke tilstrækkelige til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre. **Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. **Pakning og pris (ESP) 04. 11. 2009:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.149,85. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. September 2009. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

Demens på familiens eget sprog

I forvejen kan det være en vanskelig opgave at forklare borgere med begyndende demens og deres familie om sygdommen, og hvis familien tillige har svært ved det danske sprog, er opgaven endnu mere vanskelig. Der er heldigvis hjælp at hente til informationen. En mulighed findes i form af en opdateret dvd om demens rettet mod flygtninge og indvandrere og deres familier. Filmen varer 22 min. og er oversat til 10 forskellige sprog. Den kan vises i borgerens hjem på sygeplejerskens medbragte bærbare pc eller på familiens/plejehjemets dvd-afspiller.

Informationen kan også tage udgangspunkt i en pjeces om demens rettet til etniske ældre og deres familie. Her er forklaret 10 vigtige tegn på demens, og pjecen er oversat til seks forskellige sprog. På Servicestyrelsens hjemmeside findes endvidere en informationsfolder om demens oversat til arabisk, tyrkisk og urdu.

Dvd'en kan rekvireres ved henvendelse til Kirsten Sejerø-Szatkowski, som har lavet filmen med støtte fra Servicestyrelsens pulje til demens; top.holm@post.tele.dk eller telefon: 7578 2174.

10 tegn på demens kan hentes gratis på Statsbibliotekets hjemmeside: www.info.dk > (vælg sprog) > sundhed > psykisk sygdom > Tegn på demens

Informationsfolderen om demens findes på www.servicestyrelsen.dk/wm145585

De 10 kernespørgsmål kan læses på

www.kunnskapscenteret.no > Nyheter >

Nytt spørreskjema vil forenkle lokale brugerundersøkelser

(er)

Kilde: Videnscenter på Ældreområdet, DemensNyheder nr. 32, oktober 2009.

Standard for basal genoplivning

Der findes ensartede, evidensbaserede retningslinjer for hjertestopbehandling af voksne, de er udarbejdet af European Resuscitation Council (ERC) og publiceret i 2005. Men en undersøgelse udført af læge Christian Overgaard Steensen m.fl. viser, at det undervisningsmateriale, der bliver anvendt til undervisning i hjertestopbehandling i Danmark, i nogle tilfælde afviger markant fra ERC's. I undersøgelsen sammenlignes materiale fra 12 foreninger/organisationer med materialet fra ERC. Konklusionen er, at de danske materials brug af figurer og illustrationer er unøjagtige eller direkte behæftet med fejl.

Det kan give problemer med kvaliteten af den hjertestopbehandling, der ydes af lægfolk. Da den største gevinst med hensyn til overlevelse forventes at blive opnået gennem uddannelse af den brede befolkning, er det væsentligt, at det billedmateriale og den tekst, der benyttes, er korrekt. Analysen viste bl.a., at teksten til at skabe frie luftveje er forkert beskrevet i 10 materialer.

Opfordringen lyder derfor: tjek, om det materiale, I anvender til undervisning i basal genoplivning, følger retningslinjerne fra ERC. Læs hele undersøgelsen "Mangelfuld implementering af retningslinjer for basal genoplivning i Danmark" af Christian Overgaard Steensen, Niels Henrik Krarup og Bo Løfgren i Ugeskrift for Læger 2008;170(35):2685.

(lb)

Redaktionen modtager en del bøger hvert år. Vi sender ikke alle til anmeldelse, men vælger dem, som har et fagligt eller et personligt budskab til sygeplejersker generelt eller til grupper af sygeplejersker, f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker eller ledende sygeplejersker. Vi har et fast korps af anmeldere, som har en særlig viden om det emne, de anmelder.

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh

Svært at få armene ned

Det er svært at få armene ned efter at have læst denne lærebog i psykiatrisk sygepleje. Den leverer på fornem vis opdaterede, evidensbaserede bidrag til forståelse af alle facetter inden for feltet.

22 bidragydere fra Danmark, det øvrige Skandinavien og Storbritannien har været leveringsdygtige med beskrivelser af hver deres specifikke vidensområde.

Bogen henvender sig primært til sygeplejestuderende, og de bliver i første del af bogen introduceret til grundlaget for den psykiatriske praksis. Centrale emner som magt, etik, læring, viden og samarbejde diskuteres. Emner, der alle udgør en del af den faglige virkelighed, de studerende møder og skal fungere i.

I bogens anden del er der fokus på patientens perspektiv. Med udgangspunkt i respekten for den enkeltes autonomi og potentiale for at komme sig (recovery) gives en række bud på forskningsbaserede interventioner. Bl.a. beskrives Tidal-modellen, en recovery-model, udviklet af praksissygeplejersker i England i 1990'erne. Modellen opfordrer praktikere til at spørge: Hvordan skræddersyr vi sygeplejen, så den passer til personens specifikke behov, historie og individuelle livserfaring, så personen kan påbegynde eller fortsætte recovery-rejsen?

Det traditionelle fokus i psykiatrisk behandling er at afhjælpe symptomer, dysfunktioner og mangler. Dette fokus er imidlertid ikke befordrende for skabelse af en praksis, der fremkalder tro på nye

muligheder og forandring. Den kliniske vurdering er baseret på et samarbejde mellem patient og sygeplejerske, som i fællesskab udforsker problemet.

I den sidste del præsenteres læseren for interventioner til særlige situationer, bl.a. deeskalering af opkørte situationer, psykisk førstehjælp, psyko-uddannelse og psykosociale interventioner i familier og netværk.

Bogen er en fyldestgørende samling af den nyeste, forskningsbaserede viden inden for psykiatrisk sygepleje i ind- og udland. I modsætning til mange lærebøger, hvor sygeplejen beskrives i forhold til diagnostiske grupper, indeholder denne ikke sygdomslære i traditionel forstand. Her henvises til anden faglitteratur. Fokus lægges på at anviser veje til et frugtbart samarbejde mellem patient og sygeplejerske, så patienten kan genvinde kontrollen over sit liv på sine egne præmisser.

Bogen er hele vejen igennem skrevet i en respektfuld tone, i særdeleshed over for patienter, men også over for det etablerede behandlingssystem med de vilkår og muligheder, det nu rummer. Den er således ikke på nogen måde sekterisk og ej heller nedladende i sin vurdering af den eksisterende praksis. Tilgangen er præget af åbenhed og respekt, hvilket falder fint i tråd med tilgangen i den sygepleje, der beskrives. Læseren inspireres til at tænke nyt og anderledes, hvilket er essentielt i en foranderlig og presset hverdag, hvor faggrænser udviskes, og sygeplejerskens selvforståelse udfordres.

Bogen er et must på litteraturlisten i sygeplejeuddannelsen, og erfarne sygeplejersker vil have stor glæde af at læse den.

Af Sonja Bech, afdelingssygeplejerske,
Distriktspsykiatrien i Virum.



Niels Buus (red.)
Psykiatrisk sygepleje

Nyt Nordisk Forlag
Arnold Busck 2009
385 sider – 499 kr.

ISBN 978-87-17-03975-9

”Bogen er hele vejen igennem skrevet i en respektfuld tone, i særdeleshed over for patienter, men også over for det etablerede behandlingssystem med de vilkår og muligheder, det nu rummer.”

Spring over de lommepsykologiske passager

Omkring side 20 var det ved at ende galt. Der var rod i rækkefølgen af sider, og så var der historien om Sofie, som otte måneder gammel ikke ville støtte på sine ben. Forfatteren havde en samtale med Sofies mor, om der mon var noget, som gik Sofie på? Sammen fandt de frem til, at Sofies morfar så Sofies mor i Sofie, og at Sofie ville være sig selv. Det blev sagt højt til Sofie, og samme eftermiddag ville hun støtte på benene.

En af mine gamle lærere fik øjenbrynene helt om i nakken, når han stod med en tekst, som i dokumentationen bevægede sig på eller ud over kanten.

”Dette er afdelingen for tant og fjas,” udrød han så. Var det ikke for min tvangstanke om, at bøger skal læses til ende, havde jeg på dette sted klasket bogen i og sendt den til skrot. Nogle sider længere fremme begyndte det dog at gå bedre. Meget bedre endda.

De fleste sundhedsplejersker er bekendte med metoderne i Marte Meo, som er udviklet af hollandske Maria Aarts. Urolige børn, børn med spise- og soveproblemer får bedret problemerne, når der bliver arbejdet med forældre-barn-samspillet. Denne bog beskriver ikke Marte Meo-metoden, men i lighed med metoderne herfra beskrives, hvordan

forældre med sproget kan skabe en god kontakt til deres barn, hvordan de skaber nærhed og bringer sig i kontakt med sig selv og barnet. Hvordan de gør sig tydelige for barnet og tager ansvar og lederskab. Forfatteren har kaldt bogen for: ”Født klog”. Det har hun, fordi der er prestige i klogskab, den, som er klog, bliver behandlet med respekt. Små børn skal behandles med respekt.

Bogen har forældrene som målgruppe. Jeg har allerede nu nogle forældre i tankerne, som jeg vil anbefale bogen. Dog vil jeg bede dem springe let hen over de lommepsykologiske passager.

Af *Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske i Furesø Kommune.*



Lena Dyhrberg
Født klog – ny viden, der vil ændre dit syn på børn
Forlaget Siesta 2009
144 sider – 199 kr.
ISBN 978-8-79-182297-1

”Var det ikke for min tvangstanke om, at bøger skal læses til ende, havde jeg på dette sted klasket bogen i og sendt den til skrot. Nogle sider længere fremme begyndte det dog at gå bedre. Meget bedre endda.”

Snæver, individorienteret og medicinsk inspireret

Formålet med denne bog er: ”alene at bringe evidensbaseret viden om sundhedsfremme og forebyggelse. Den evidensbaserede viden tager overvejende afsæt i den klassiske, biomedicinske tankegang, og bogen behandler derfor ikke humanistiske tilgange og sociale processer i dybden.” Anmelderen vil tilføje, at den viden, der er inden for de humanistiske eller socialvidenskabelige felter, dårligt er nævnt.

Bogen understøtter på denne vis regeringens folkesundhedsprogram ”Sund hele livet”, ja, den er bygget op om programmet. Det er en snæver, individorienteret, medicinsk inspireret definition af sundhedsfremme og forebyggelse, der er den gennemgående: ”at sundhedsfremmende levevis kan føre til at bevare et godt helbred, og at forebyggende aktiviteter i bedste fald kan forhindre sygdom i at opstå”, hedder det.

Meget prisværdigt har den etiske dimension fået en fremtrædende plads. Rolighed indleder bogen med et kapitel om etik i sundhedsfremme og forebyggelse. Det indebærer den tidligere sundhedsministers refleksioner over Lukasevangeliets og Løgstrups etiske fordring i en skøn, dog opdateret, socialliberalistisk blanding. Guldagers oversigtskapitel om politiske tiltag tenderer også at inddrage en sundhedsfremme vinkel, men blander terminologien med risikoretorik, hvilket er et typisk dansk, epidemiologisk inspireret fænomen, der også gør

sig gældende i Sundhedsstyrelsens definitioner fra 2005, som bogen holder sig til. Jørgensen har skrevet ni ud af de 18 kapitler. De handler om de af regeringen valgte sygdomme, der skal sundhedsfremmes og forebygges. Der fremføres nogle ganske let forståelige, men måske forenklede ”evidensbaserede” påstande såsom: ”Da fedme skyldes manglende fysisk aktivitet og for meget kost, er spørgsmålet, om det er livsstil eller fedmen i sig selv, som er en risikofaktor.” Der kan man se, hvor enkelt livet kan anskues, der bliver i øvrigt ikke reflekteret mere over denne, noget endimensionale, konklusion.

Ud over de store sygdomme er KRAM-faktorerne også tildelt kapitler. Mest helstøbt er Tværmoses og Kronborgs om rygning. Forfatterne indleder med at fremhæve den sociale ulighed i sundhed i forhold til rygning, derefter beskrives rygningens historie, så kommer den bundne epidemiologiske opgave for til slut at blive afløst af handlingsrettethed.

For studerende kan bogen have en værdi som udbygning af regeringens folkesundhedsprogram. Det vil dog stille større krav til underviserne om at guide de studerende til kritisk læsning, så bogen læses kontekstuel som en del af den danske og internationale folkesundhedsdiskurs.

Af *Marianne Mahler, sygeplejerske, MPH og sygeplejefaglig konsulent i Indre By, Østerbro, København.*




Lisbeth Villemoes Sørensen (red.)
Sundhedsfremme og forebyggelse
Gads Forlag 2009
312 sider – 329 kr.
ISBN 978-87-12-04433-8

Husk den sindslidendes familie



Susanne Broeng (red.)
Fokus på relationer
 – Psykiatri i praksis
 Hans Reitzels Forlag
 239 sider – 298 kr.
 ISBN 978-87-412-5215-5

 Relationer mellem mennesker er det kit, der binder samfundet sammen. Med viden om relationen skal sygeplejersker gennem tilstedeværelse (gen)lære den psykisk syge denne fundamentale livsyttring. Det forudsætter, at viden og praksis er velovervejede, teoretisk baseret og superviseret, da relationel praksis som behandling er en professionel opgave.

Susanne Broeng er redaktør. Hun vil gerne vise os nye vinkler på emnet.

Bogen har otte bidragydere, herunder to tidligere psykisk syge. Disse to fortællinger har fokus på de specielle relationer, der var afgørende for, at de syge kunne komme videre til et liv uden de mange genindlæggelser. Det er forfriskende indlæg.

To af bogens kapitler er helliget det teoretiske grundlag for forståelsen af det relationelle. Den teoretiske gennemgang kræver en del forhåndsviden, da f.eks. de primitive forsvarsmekanismer er svære at forstå, hvis man ikke i sin praksis gennem supervision får vist, hvad der helt konkret foregår mellem behandleren og patienten.

Det teoretiske grundlag er godt bearbejdet med mange kildehenvisninger.

En vigtig overordnet pointe i bogen er det paradigmeskifte, der for tiden udspiller sig i den psykiatriske behandling. Efter kommunalreformen skal kommunerne etablere et socialpsykiatrisk tilbud, der kan matche de udfordringer, psykisk syge giver. Det skaber således mulighed for en ny tilgang til behandlingen, hvor et skifte fra den institutionelle psykiatri til behandling i nærmiljøet er på vej. I

det lys gennemgår bogen eksempler, hvor mødet, kommunikationen og ikke mindst relationen mellem den psykisk syge og behandleren er nærværende. Denne del belyses meget grundigt. I analyserne fra praksis indgår teoretisk viden fra f.eks. Lars Thorgård. Bogen er fyldt med fremragende patient(klient)forløb, der hjælper på forståelsen.


Bogen har et afsnit om inddragelse af familien. Det er velkendt fra børne- og ungdomspsykiatrien, men er en disciplin, der kunne have meget bedre plads i institutionspsykiatrien. Bogen forklarer arbejdet med familien og dens relationer og angiver hermed en væsentlig måde at forstå den psykisk syge på. Det er godt, dette område fremhæves. Der er ikke mange, der beskæftiger sig målrettet med familiens relationer, når det handler om psykisk syge, der er blevet voksne.

Gennem hele bogen vil forfatterne have læseren til at forholde sig til, at man i det relationelle arbejde skal se den psykisk syge som subjekt i stedet for objekt. Eller sagt på en anden måde: mødet mellem behandler og den syge skal kendes på ligeværdighed. Det er sagt og skrevet mange gange før, men er åbenbart stadig nødvendigt at pointere.

Bogen vil desværre mere, end der er plads til, men man er bestemt ikke snydt. Der er tale om en introduktion. Kursen er sat med nye vinkler på stoffet, og bogens litteraturliste viser, hvordan man kommer videre med de mange emner.

Af Jørgen Bendsen, psykiatrisk sygeplejerske (MI).

En opvækst med sorg og skam

 "Amor Fati" betyder elsk din skæbne. Ordene har lydt i mit bagehoved ved læsning af denne både lidelsesfulde og kraftfulde bog.

Palle Hansen har skrevet en selvbiografi om et anderledes liv. Han fortæller i bogen om sit snart 60-årige liv, hvor han som seksårig fik konstateret muskelsvind. Ikke kun sygdommen muskelsvind har gjort hans opvækst anderledes end andre børns:

Han er født som tvilling til en ikke sygdomsramt bror. Hans far, som er familiens både økonomiske og sociale ressource, dør pludselig af hjertestop, da brødrene er syv år gamle. Deres mor pines af depression og forsøger i desperation både at flygte fra sit ansvar og at tage sit eget liv. Palles mange hospitalsindlæggelser som barn tilbage i en tid, hvor forældre ikke var medindlagte, lod ham uden kontakt til mor i mange måneder.


Bogen fortæller om en opvækst med sorg og skam ved en sygdom, der hindrede ham i at leve som sine jævnaldrende. Sygdommen stiller konstant krav til

Palle om at planlægge næste step for at kunne komme til og fra skole og venner. Ungdomsårene blev en kamp med mobning, stigmatisering og ydmygelser. Ensomhed følger med sygdommen, det samme gør dødsangst. I takt med at sygdomsfæller dør, uden at han eller de andre børn modtager sorghjælp, vokser dødsangsten. For det varer mange år, før nogen fortæller Palle, at det er muligt at leve længe med muskelsvind. Tilfældigt møder Palle som ung en 50-årig mand med muskelsvind. Lettelsen over at møde en overlever, et voksent menneske med muskelsvind, udløser ro og en forhåbning om, at der er en fremtid forude.

Fortællingen er detaljeret. En livshistorie, fortalt stramt kronologisk fra fødslen frem til fortællertidspunktet. Undervejs præsenteres overordentlig mange klassekammerater og familiemedlemmer. Svært at få greb om og samtidig med til at give indsigt i en anderledes virkelighed og en exceptionel mestringsvej.

Palle kæmper og livet gror, han bliver student,

Hjerneblødningens Nirvana

 Det er en grotesk fortælling. Som 37-årig bliver den amerikanske hjerneforsker, Jill Bolte Taylor, ramt af en hjerneblødning.

Detaljeret beskriver hun, hvordan hun i løbet af fire timer langsomt mærker denne hjerneblødning brede sig mere og mere og fratage hende evnen til at gå, tale, læse, forstå og skrive. Som hjerneforsker er det jo vildt spændende og en unik situation at få muligheden for at opleve dette helt personligt og på første hånd. Hun svinger mellem faglig fascination og frygt for eget liv. Uhyrlig læsning.

Langsomt bliver der slukket for den venstre hjernehalvdel. Den svømmer i blod, som hun skriver, og bliver sat på offline. Højre hjernehalvdel er nu alene fungerende, og dermed oplever Jill en indsigt i sig selv og sin omverden udelukkende gennem den sensitive højre hjernehalvdel. En anden Jill er pludselig opstået. Den fornuftige, kontrollerede, alvidende og rationelle Jill døde den 10. januar 1996, og en anden Jill blev født.

Hun oplever sig pludselig flydende, sensitiv og værende her og nu i en svævende, rolig, fredelig og smuk tilstand. Bekymringer om fremtiden og sorger fra fortiden er væk, og tilbage er Nuet. En tilstand, hvor hun bare har lyst til at sove og være. Hun beskriver det som sit Nirvana.

I takt med at hun uger og måneder efter begynder at genvinde kontakt til venstre hjernehalvdel, oplever hun det skisma, at hun bedre kan lide den højre hjernehalvdels personlighed.

Denne indsigt i en langt mere følsom Jill bringer hun med sig ind i den helbredelsesproces, hvor højre og venstre hjernehalvdel skal lære at kommunikere med hinanden igen.

flytter på kollegium, læser filosofikum og psykologi. Fortællingen flytter sig i de sidste afsnit fra skygge mod solglimt og hen til en tilværelse, hvor solen får magt.

Bogen er skrevet med ønske om at bryde tabuisering omkring handicappede menneskers følelsesliv, så vi bliver i stand til at nuancere vores møde med og indsatsen over for handicappede mennesker.

Da Palle bliver færdig med sit psykologistudium, venter han to år, før han får sit første job. Fordomme og manglende blik for hans ressourcer skaber barriere for en ansættelse. Hans første stilling bliver på det samme ungdomshjem, hvor han boede, da han flyttede hjemmefra. Herefter følger tyve års ansættelse som klinisk psykolog ved skolevæsenet. I dag er Palle ansat i Jysk Børneforplejning og støtter her sent udviklede unge med kognitive handicap.

Palle får det bedste ud af sine betingelser.

*Af Jorit Tellervo, projektleder,
PAVI – Palliativt Videncenter.*

Hendes mål er, at selv menigmand skal kunne forstå hendes fortælling, og det lykkes fuldt ud. Hun undgår stort set brugen af fagudtryk, men bruger maleriske forklaringer og billedsprog, så man ikke er i tvivl om, hvordan det må have set ud eller været.

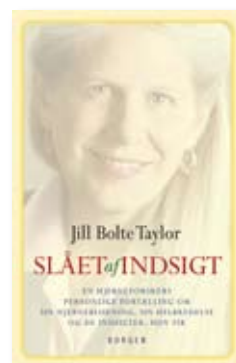
Denne inside-beskrivelse vil uden tvivl kunne give pårørende, læger, terapeuter og plejepersonale en større indsigt i og forståelse for, hvorledes vi bør møde og støtte mennesker efter en hjerneblødning, og hvor afgørende vores hjælp, tålmodighed, gentagelse, støtte og næstekærlighed er, for at patienten kan komme sig. Jill kommer med en del praktiske råd og vejledninger, som vi kan overføre direkte til vores praksis.

Den er samtidig en opfordring til patienter og pårørende: Det nytter at blive ved med at træne. Vi skal tro på det. Vi skal opmuntre. Fejre de små sejre. Blive ved. Det nytter.

Jill giver mange fine beskrivelser af selv elementære begreber og funktioner, som hun må starte helt forfra på at lære. Hvad er forsiden på brikkerne til et puslespil? Græs er blødere end fliser. Hvad betyder blød? Det har været altafgørende for Jill at få lov til at sove seks timer for at kunne træne i 20 minutter og sove seks timer igen bagefter, fortæller hun.

Jill kæmper hårdt og genvinder fuld førtilighed efter otte år, men ville aldrig have klaret det alene.

*Af Ulla Helsted, vicedirektør, sygeplejerske,
Holmegårdsparken, Charlottenlund.*



Jill Bolte Taylor
Slået af indsigt
En hjerneforskers personlige fortælling om sin hjerneblødning, sin helbredelse, og de indsigter, hun fik
Borgens Forlag 2009
200 sider – 249 kr.
ISBN 978-87-21-03438-2



Palle Hansen
Et værdigt liv
Erindringer
Gyldendal 2009
264 sider – 279 kr.
ISBN 978-87-02074307

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

Rie Thorlund Winther er 34 år. Hun blev uddannet sygeplejerske i 2000 fra Sygeplejeskolen i Aalborg. Hun har arbejdet på medicinsk afdeling og på AMA og er netop nu i gang med en diplomuddannelse i sundhedsfaglig vejledning og supervision.

Et slag for det langsomme

Alting går hurtigt. Der kommer flere og flere patienter og færre og færre personalemedlemmer. Flere krav om øget kvalitet og færre penge. Teknologi og viden er i højsædet, men en kollega på kursus betyder færre hænder til sygeplejen i afdelingen. Der er ikke tid til at stoppe op, se sig omkring og mærke efter, hvordan det står til med sygeplejen og med sygeplejerskerne.

Men jeg har fået nok. Jeg har lyst til at bevæge mig i slowmotion. Jeg har lyst til at se mennesket bag patienten, ikke blot observere for fejl og mangler. Jeg har lyst til at samtale med patienter og pårørende, ikke blot informere. Jeg har lyst til at fordybe mig i sygeplejen og i min faglige rolle som sygeplejerske. Jeg har lyst til at øve mig i at være langsom og til stede og ikke altid tænke på alt det, jeg skal om lidt. Men jeg har trange kår med mine lyster. For vi har ikke tid til det langsomme.

Men jeg har heldigvis fundet en udvej. Jeg har opdaget glæden ved sundhedsfaglig supervision og vejledning. Da jeg første gang satte mig i rundkredsen, troede jeg næsten, jeg var til AA-møde. En efter en fortalte vi om, hvor svært det kan være at være sygeplejerske, mens supervisoren gelinde guidede os gennem forskellige perspektiver. Som ugerne gik, blev sammenholdet og tilliden i gruppen større, og i dag er vi nærmest en (for)løsningsmaskine. Ind med problemet i den ene ende og ud i den anden med nye forståelses- og handlemuligheder. Mellemregningen er forskellig fra historie til historie, men maskineriet kører på højtryk med refleksioner, nye perspektiver og anerkendelse. Alle burde gøre det, men jeg er klar over, at det kan være vanskeligt at komme til – at der findes andre tidsrøvere og prioriteter.

”Da jeg første gang satte mig i rundkredsen, troede jeg næsten, jeg var til AA-møde.”

Når lederne skal prioritere, hvilke udviklingstiltag der giver mest nytte til flest mulige, ses det ofte ud fra et driftsperspektiv, og det sker dagligt med den følge, at supervision til sygeplejerskerne nedprioriteres. Da supervision er en bevidst og nødvendigvis langsom proces uden garanterede og målbare resultater, kan man tænke, at andre, mere specialerelaterede kurser kan give et hurtigere og mere synligt resultat. Mere faglig viden, der nemt kan spredes i afdelingerne. Så hvordan får jeg held med at argumentere over for de drifts- og udviklingsorienterede ledere?

Kravet om faglig udvikling blev udvidet i den nye bekendtgørelse i 2001. Tidligere skulle en sygeplejerske være opdateret inden for den nyeste viden, nu skal hun opnå kritisk og analytisk kompetence med henblik på at kunne vurdere, begrunde og udvikle eget professionelle virke. Der er markant større vægt på udviklingsperspektivet fra at være en forpligtelse til faglig fornyelse til at kunne forholde sig kritisk til og udvikle eget virke. Og heraf følger vel netop den identitet, man har som fagperson, og behovet for supervision træder derfor for mig at se tydeligt frem i denne bekendtgørelse.

Lad os bruge den forandring som argument for, at supervision er nødvendig. Find gerne selv på flere argumenter! Der findes allerede på flere sygehuse tilbud om supervision eller sygeplejefaglig vejledning, og jeg vil opfordre alle til at bede om mere.

Lad os dyrke langsomheden og markere os ved at være den gruppe af sundhedspersonale, der ikke har for travlt til at se mennesket, tale sammen og være til stede i det, vi gør.

redaktionen@dsr.dk

Rie Winther

SYGEPLEJERSKEN

JOB

Region Hovedstaden

>>> 69

Region Sjælland

>>> 70

Region Syddanmark

>>> 71

Region Midtjylland

>>> 71

ÅRHUS KOMMUNE

**Nyt psykiatritilbud
– personale søges >>> 72**

GILDHØJ PRIVATHOSPITAL SØGER SYGEPLEJERSKE >>> 70