

Forskere skal undersøge tillidsrepræsentanter • 6

EPJ - hård fødsel for ønskebarn • 8

Forældre til for tidligt fødte børn vil have klar besked • 36

LEAN-metode trimmer sygehuse • 40

SYGEPLEJERSKEN 10



Fokus på patientsikkerhed

Find fejlen

Grethe, 78 år. Tør hud og pensioneret laborant.



NYHED



Er du ved at gå ud af dit gode skind?

Fordi huden føles tør, den klør, den prikker, den strammer



Chefredaktør
 Ansvarlig efter
 medieansvarloven
 Sigurd Nissen-Petersen (DJ)
 snp@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4193



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



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



Sygeplejefaglig medarbejder
 Jette Bagh
 jb@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4187



Sygeplejefaglig medarbejder
 Evy Ravn
 er@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4256



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



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



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



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



Webjournalist
 Lars Flindt Pedersen (DJ)
 lfp@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4192



Telefax til redaktionen:
 3315 1841

elektronisk patientjournal

8 Nu er alt samlet ét sted

Den elektroniske patientjournal har mange fordele for brugeren, men der er også ofte irriterende ventetid bag skærmen.

10 Hård fødsel for ønskebarn

Den elektroniske patientjournal har været længe undervejs, og amterne har hidtil haft frit spil til at udvikle egne systemer. Men nu griber sundhedsministeren ind for at sikre en fælles strategi.

fag

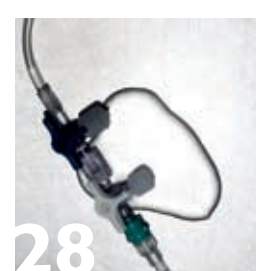
patientsikkerhed

24 Sundhedsvæsenets havarikommission finder årsagen

En kerneårsagsanalyse er velegnet til at skrælle lag på lag af den utilsigtede hændelse for at begrunde, hvordan og hvorfor hændelsen kunne ske.

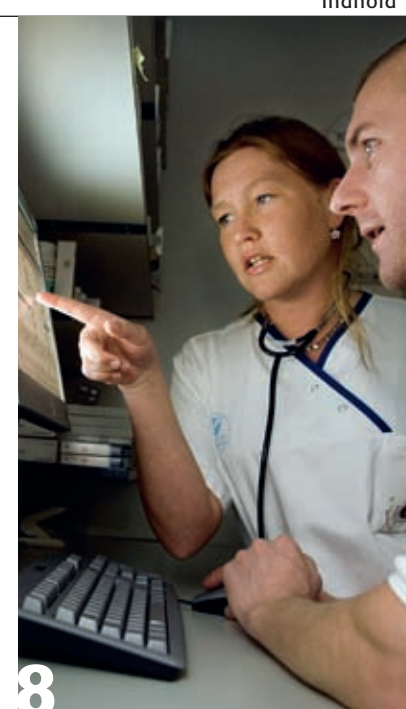
28 Mange fejl i medicinlister

Undersøgelse fra hjemmeplejen i Rødskro Kommune viser, at nogle patienter ikke får den medicin, der er ordineret, mens andre risikerer at få mere medicin, end der er behov for.



32 Må vi se dig spritte hænder

Hygiejneeksperterne på sygehuse i H:S møder jævnligt medarbejderne midt i det daglige arbejde i såkaldte hygiejneaudit.



8



36

neonatal

36 For tidligt fødte børns forældre ønsker klar besked

Ved at forberede forældre til for tidligt fødte børn bedre vil man kunne formindske forældrenes angst for at komme hjem med det lille barn.

ledelse

40 LEAN-metoden trimmer sygehuse

LEAN-metoden er et godt tilbud til ledere, som har brug for redskaber for at kunne leve op til presset om højere service, effektivisering, medarbejdertrivsel og kompetenceudvikling.

i hvert nummer

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 4 Aktuelt | 35 Dilemma |
| 12 Dansk Sygeplejeråd mener | 42 Anmeldelser |
| 14 Synspunkt | 43 Fem faglige minutter |
| 16 Debat | 44 Stillingsannoncer |
| 17 Synspunkt | 60 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 18 In memoriam | |
| 20 Faglig information | |

Sidesfoto: Thomas Willads



Følg afstemningen på nettet

Amtsbestyrelsesvalg. Fem dage efter, at valget til Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser gik i gang, havde 5 pct. af de stemmeberettigede afgivet deres stemme. Tallene, der blev opgjort den 9. maj, svinger dog mellem 9 pct. (Bornholm) og 4 pct. (Hovedstaden, København og Nordjylland). Afstemningsprocenterne opgøres fem gange undervejs mod den 29. maj kl. 9, hvor afstemningen slutter, og kan løbende følges på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, www.dsr.dk

Alle 15 amtskredsformænd er genvalgt uden modkandidater. I fem amtskredse gennemføres der ikke valghandling, fordi det opstillede antal kandidater svarer til antallet af bestyrelsespladser eller er mindre end dette antal. Det drejer sig om Roskilde, Vestsjælland, Storstrøm, Sønderjylland og Ribe. (sp)

Vidste du at ...

... danske husholdninger sparer på vandet? I 1994 brugte hver dansker 158 liter vand om dagen til husholdningsformål. I 2004 var danskerne blevet så meget bedre til at spare på vandet, at det daglige forbrug af drikkevand var faldet til 127 liter pr. dansker.

Kilde: Nyt fra Danmarks Statistik.

Ny næstformand i Dansk Sygeplejeråd

Vagtskifte. Aase Langvad, 2.-næstformand for Dansk Sygeplejeråd siden 1996, har meddelt hovedbestyrelsen, at hun ikke genopstiller ved efterårets ordinære kongres, hvor begge næstformænd er på valg. Opstillingsfristen for kandidater til næstformandsposterne er den 15. august 2006.

"Jeg har valgt at melde tidligt ud, så det kan komme med i betragtning, når der vælges ny kongres. Jeg føler mig ikke udbændt, men vil gerne give yngre kræfter mulighed for at påvirke sygeplejens fremtid," siger Aase Langvad, som endnu ikke har besluttet, hvilke opgaver hun vil kaste sig over, når hun forlader næstformandsposten.

Aase Langvad har orlov fra en tjenestemandstilling i Viborg Amt. Hun valgtes som amtskredsformand i Viborg i 1984 og blev 2.-næstformand for Dansk Sygeplejeråd i 1996.

(sp)

Konference:

Chef for egen sygdom

Perspektiver og metoder for øget egenomsorg på sundhedsområdet.

**13. juni 2006 i Ingeniørforeningens Mødecenter.
Kalvebod Brygge 31 - 33, 1780 København V**

Vi sætter bl.a fokus på hvorfor man netop nu arbejder med udvikling af patientuddannelse! Om det kan det medvirke til at binde sektorerne på sundhedsområdet bedre sammen i relation til den enkelte borger – samt hvilke erfaringer man har gjort sig indtil nu.

En god platform til arbejdet med at sikre et hensigtsmæssigt patientforløb som led i en visionær sundhedsplanlægning.

Tilmeldingsfrist 2. juni 2006. Deltagergebyr 1.950 kr. ekskl. moms.
Program samt tilmelding: www.Kompetenceforum.dk eller 3691 5041.

Kompetenceforum



Udviklingspark Øresund
Korskildelund 6
2670 Greve
Telefon 3691 5040



Hvorfor er de blå piller hvide i dag?

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist

Patientsikkerhed. Der sker mange fejl og utilsigtede hændelser i den primære sektor, flest handler om medicinering, og når patienter skifter mellem to sektorer. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Dansk Sygeplejeråd mener, at den primære sektor skal omfattes af Patientsikkerhedsloven.

"Hvorfor er de blå piller hvide i dag?" spurgte den ældre kvinde. I dette tilfælde var borgeren i hjemmeplejen sidste bremseklods, inden fejlen indtrådte, og der blev givet en forkert medicindosis i hjemmeplejen. Eksemplet stammer fra Værløse Kommune, hvor praktiserende læger, plejehjem og hjemmepleje har gjort forsøg med at rapportere fejl og utilsigtede hændelser.

På Dansk Selskab for Patientsikkerheds konference for nylig i København blev projektet fra Værløse præsenteret sammen med andre projekter, der viser, at der sker fejl i den primære sektor. En undersøgelse foretaget af Institut for Sundhedsvæsen, DSI, viser f.eks., at der er fejl i hver tredje sygeplejersjournal. Gennemgangen fokuserede på nogle udvalgte områder, og her hand-

lede fejlene først og fremmest om fejl i medicineringsprocedurer, dernæst om faldulykker. I kategorien "andet" optrådte bl.a. fejlen "borgeren blevet glemt".

Dansk Selskab for Patientsikkerhed anbefaler, at den primære sektor bliver omfattet af den lov om patientsikkerhed, som gælder for sygehusvæsenet. En holdning som bl.a. Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen støtter.

Loven om Patientsikkerhed er den lov, der betyder, at sundhedsvæsenet skal indberette fejl og utilsigtede hændelser med det formål at kunne lære af fejlene og forhindre, at noget lignende sker igen.

Ensartethed

På Dansk Selskab for Patientsikkerheds konference sagde formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, at tre forhold skal indarbejdes i en lov, som omfatter primær sektor:

"Vi har brug for et rapporteringssystem, der ligner det, der gælder for sygehusområdet. Derudover har vi brug for at få opbygget en læringskultur og for at få etableret lokale patientsikkerhedsorganisationer.



FOTO: THOMAS WILLADS

De fleste fejl og mangler i den primære sektor opstår i forbindelse med medicinering.

Et ledeord for patientsikkerhed i fremtiden bliver ensartet.

Palle Hansborg-Sørensen (S), borgmester i Kerteminde Kommune og medlem af Kommunernes Landsforenings Social- og sundhedsudvalg, erklærede på konferencen sin støtte til anbefalingerne af en forbedring af patientsikkerheden i primær sektor.

Erfaringen viser, at de fleste fejl og utilsigtede hændelser i primær sektor opstår i forbindelse med medicinering, og når

patienter bliver indlagt og udskrevet. Derfor anbefaler Dansk Selskab for Patientsikkerhed at koncentrere rapporteringen af utilsigtede hændelser til disse områder, men sundhedspersoner kan rapportere hændelser efter eget skøn. Alle sundhedsuddannede faggrupper skal have pligt til at rapportere.

Læs i dette nummer af *Sygeplejersken* tre faglige artikler om patientsikkerhed på side 24-34. Lederen på side 12 handler også om utilsigtede hændelser.

Plejehjems personale med smykker og ure

Smittorisiko. Da embedslægerne sidst var på det årlige plejehjemstilsyn, så de personale med armbåndsure, fingerringe og andre smykker på næsten halvdelen af plejehjemmene.

Hygiejnen var det særlige fokus i 2005. Tilsynet fandt engangshandsker og mulighed for at vaske eller spritte hænder i næsten alle plejeboliger, og engangshåndklæder i to tredjedele af boligerne. Men i 45 pct. af institutionerne var der personale

med smykker eller ure på hænder og underarme.

"Det er virkelig problematisk, for man kan ikke udføre ordentlig håndhygiejne med håndsmykker," siger amtshygienesygeplejerske *Hanne Holmgren*, Fyns Amt.

Som en af de få hygiejnesygeplejersker, der arbejder med primærsektoren, kan hun genkende problemerne. Men hun oplever også, at der er stor interesse for at få styr på hygiejnen. Og det er mere påkrævet end

nogensinde, fordi resistente bakterier er et stigende problem, også uden for sygehuse.

"Vi har tidligere sagt, at støv ikke var et hygiejnisk problem, kun et æstetisk. Men nye undersøgelser fra Storbritannien viser, at stafylokokker kan overleve i støv. Der er brug for en sammenhængende indsats, både på sygehuse og i kommunerne," siger *Hanne Holmgren*.

(kb)

"Jeg synes måske godt, man kunne have optrådt en smule mere ansvarligt og stoppet de mange eksperimenter i amterne noget før."

Søren Lauesen, professor ved IT-Universitetet, til Politiken i en artikel om EPI.

Forskningsprojekt

Tillidsrepræsentanter i en foranderlig verden

Af Lotte Havemann, journalist

Undersøgelse. *Hvordan møder tillidsrepræsentanten de nye udfordringer, som bl.a. strukturreformen skaber? Dansk Sygeplejeråd har sat et forskningsprojekt om tillidsrepræsentanten i værk.*

Det bliver mere og mere krævende at være tillidsrepræsentant for sygeplejersker. Tillidsrepræsentanterne melder om nye krav i takt med forandringer på arbejdspladsen og i samfundet i øvrigt. Og den forestående strukturreform vil skovle yderligere kul på forandringerne.

Dansk Sygeplejeråd har derfor søsat et forskningsprojekt, "Tillidsrepræsentanten i et forandret sundhedsfelt"

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen*, siger om baggrunden for projektet:

"Vi har på de sidste mange kongresser disku-

teret, hvordan tillidsrepræsentanterne kan og skal agere i udviklingen i sundhedsvæsenet og samfundet i øvrigt. Stiller vi de samme forventninger til dem i takt med de forandringer?"

Hun fortsætter:

"Samtidig har vi løbende fået tilbagemeldinger fra tillidsrepræsentanterne om, at deres opgaver bliver vanskeligere og mere komplekse, fordi der stilles nye krav til dem. Både fra deres kolleger, fra lederne og fra os som organisation. Derfor er vi nødt til at finde ud af, hvordan vi kan tackle det, og det skal projektet hjælpe os med."

Forskningsprojektet består af fire dele:

- En anonym, postomdelt spørgeskemaundersøgelse til Dansk Sygeplejeråds ca. 1.300 tillidsrepræsentanter om arbejdsvilkår, aktivitet og holdninger til interessevaretagelsen, medlemmerne og organisationen.

- 16 kvalitative livshistoriske interview, som skal analysere tillidsrepræsentanternes identitet, kvalifikationer og fremtidsvisioner.
- 16 "walk and talk"-interviewsamtaler, hvor 16 tillidsrepræsentanter iført mikrofon følges gennem 1-2 arbejdsdage. Samtalerne skal vise tillidsrepræsentanternes interaktion med omgivelser og samarbejdsparter.
- 30-40 tillidsrepræsentanter inviteres til at mødes tre gange (i alt fem dage) i såkaldte "forskningsværksteder," hvor også forskerne bag undersøgelsen og repræsentanter fra Dansk Sygeplejeråd deltager.

Projektperioden strækker sig fra den 1. marts 2006 til 31. december 2007. Budgettet er på 1,25 mio. kr. Projektet ledes af *Betina Dybbroe*, lektor på RUC (Roskilde Universitetscenter), og *Morten Lassen*, lektor på Aalborg Universitet.



Storhed og kald

Naturen er en bonus oven i de faglige og personlige udfordringer

Nogen finder nye venner. Nogen finder det vanedannende. Nogen finder det umådeligt smukt, og nogen finder selve meningen med livet. En del bliver boende. Andre kommer igen og igen. Ingen slipper det nogensinde helt. Grønland er karriere og faglige udfordringer.

Grønland er dejlige mennesker og enestående naturoplevelser. I Grønland kan du finde lykken!

Og har du familien med, kan du glæde dig over et velfungerende skolevæsen, et rigt kulturliv, luft så frisk at det er svært at fatte og nogle omgivelser, som du ikke finder magen til noget andet sted.

Vil du se og opleve skønheden? Vil du prøve kræfter med det største, der er?
Se mere om dine karrieremuligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl



Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dronning Ingrid's Hospital og på de lægeklinikker, kysthospitalet og sygeplejestationer, som Kystledelsen driver i Nuuk og i det øvrige Grønland. Se mere www.nextjobgreenland.gl

Er du sygepleje- studerende & har du brug for et studierelevant job?

Vi mangler vikarer til dækning af vagter i hovedstaden, Københavns Amt, på plejehjem samt i hjemmeplejen.

AktivGruppe tilbyder:

- Kompetenceudvikling med mulighed for at prøve alle terapiområder
- Teambuildning ved ansættelse
- Gangvagter samt fastevagter på somatiske samt psykiatriske afdeling
- Løn efter overenskomst med DSR.

Uanset hvilket niveau du er på, kan du blive ansat.

Ring på 70228446 og book en tid til indskrivning, eller send en mail til ag@aktivgruppe.dk.

Du kan læse mere om os på www.aktivgruppe.dk

AG/AktivGruppe

Strandgade 70, 1.
1404 København K
Telefon 70 22 84 46



Sygeplejerske Lotte Jespersen er EPJ-superbruger på Hjertemedicinsk afdeling B4 på Skejby Sygehus. Ofte må hun hjælpe mindre EPJ-kyndige kolleger med at betjene systemet.

Nu er alt samlet ét sted

►► **FOR DYR OG FORSINKET.** De færreste ønsker sig tilbage til tiden før den elektroniske patientjournal (EPJ). Men derfra og så til at tale om lutter begejstring blandt brugerne er langt. Forsinkelser og fordyrelser er et fælles-træk for amternes arbejde med EPJ.

Overblik. Det er slut med at lede efter bortkomne medicinskemaer og bruge tid på at tyde kollegers kruseduller og overstregninger. Den elektroniske patientjournal (EPJ) har dog også ulemper. Der er ofte irriterende ventetid bag skærmen, og det er svært at få spredt informationer om opdateringer.

”Nu er det slut med at lede efter journaler og andre papirer om patienterne. Alt er samlet ét sted, og uanset hvor du er på hospitalet, er det lynhurtigt at få et samlet overblik over den enkelte patient.”

Det siger *Lotte Jespersen*, der er sygeple-

jerske på Hjertemedicinsk afsnit B4 på Skejby Sygehus, hvor den elektroniske patientjournal har været i brug siden efteråret 2004.

”Det giver større sikkerhed og kvalitet i behandlingen, at vi ikke længere behøver

at skulle tyde kollegers overstregninger og kruseduller, samtidig med at den elektroniske patientjournal altid er opdateret i forhold til medicinering. På den måde ved vi altid, hvilken medicin andre har givet patienterne i løbet af dagen,” fortæller Lotte Jespersen.

Hun oplever, at den elektroniske patientjournal er overskuelig og nem at bruge. Især de funktioner, som bliver anvendt ofte.

Lotte Jespersen er én af fire superbrugere i afsnittet. Alle sygeplejersker, læger og sekretærer har fået et fire timers kursus i EPJ, mens superbrugerne har fået ekstra undervisning og hele tiden holdes ajour med opdateringer og nyheder om EPJ.

”Jeg oplever ofte at skulle hjælpe kolleger med noget, som de lige så hurtigt kunne slå op i manualen. Men det er lettere at spørge mig eller en af de øvrige superbrugere. Nogle kolleger har aldrig fået sat sig ordentligt ind i systemet eller føler ikke ejerskab til projektet. Det gør det svært at få dem til at holde sig opdateret,” forklarer Lotte Jespersen, der har erfaret, at det kan være svært at få kommunikeret ud til alle i afsnittet, når der er sket opdateringer med den elektroniske patientjournal.

Irriterende ventetid

Et andet problem, som Lotte Jespersen og hendes kolleger oplever, er den tilbagevendende irritation blandt sygeplejersker, sekretærer og læger, når de sidder bag skærmen og venter på, at systemet henter informationer frem.

Denne irritation kender sygeplejerske Sami Hadad kun alt for godt. Han er ansat som EPJ-koordinator for hele afdeling B på Skejby Sygehus, hvor der er omkring 400 ansatte. Han får mange tilbagemeldinger om for meget spildtid bag skærmen.

”Den reelle ventetid er måske ikke ret lang, men mange oplever det som et stort irritationselement at skulle sidde og vente, mens patienterne må undvære dem,” siger Sami Hadad.

Læger og sygeplejersker vil bruge deres tid sammen med patienterne. Og selvom der er mange fordele ved den elektroniske patientjournal, oplever mange, at den ”stjæler” tid fra patienterne.

”Mange læger føler, at de får mindre tid med patienterne, fordi de eksempelvis ef-

ter stuegang nu skal bruge tid på at skrive journaler og ordinere medicin. Det kunne de tidligere gøre ”undervejs” i stuegangen,” forklarer Sami Hadad.

Alle har for travlt

Kulturen på et sygehus, hvor alle altid har travlt, gør det i det hele taget vanskeligt at implementere den elektroniske patientjournal.

På alle sygehusafdelinger i Århus Amt er der tilknyttet en EPJ-koordinator. Deres opgave er at gennemføre introkurser til nye medarbejdere, holde det øvrige personale og især superbrugerne opdateret med ny viden samt at indsamle erfaringer, der kan omsættes til forbedringer af systemet.

”Det kan være svært at få kommunikeret opdateringer og nyheder om EPJ ud til brugerne, fordi alle altid har travlt. Det er sjældent nok at indkalde til et møde eller at sende en e-mail,” forklarer Sami Hadad, der må kæmpe hårdt for at fange medarbejdernes opmærksomhed.

”Hvis jeg kan få fem minutter i en kaffe-pause, er jeg glad, fordi jeg så kan komme igennem med mit budskab til en større gruppe. Jeg oplever ikke modvilje mod at lære om EPJ, men på et sygehus har alle travlt.”

Ud over de fire timers introduktionskursus bliver medarbejderne tilbudt op-

friskningskurser og hjælp efter behov. Superbrugerne får ikke ekstra betaling eller tillæg for deres bijob, men får tjenestefri i forbindelse med kursus- og opdateringsdage.

Ingen ændrede arbejds gange

Sami Hadad er ikke i tvivl om, at selvom der er skepsis og beklagelse over den elektroniske patientjournal blandt medarbejderne, så vil de færreste tilbage til det gamle system med papirjournaler og manuel bestilling.

”Det er naturligt med implementeringsproblemer, når man indfører så store ændringer i dagligdagen. Det vil naturligt tage tid og give problemer undervejs, men de fleste kan godt se fornuften i at indføre EPJ.”

På sigt regner han med, at EPJ også vil føre til ændrede arbejds gange for både læger, sygeplejersker og sekretærer, når de slipper for nogle af de traditionelle rutineopgaver, som bliver overflødige.

”Men så langt er vi ikke nået endnu. Indtil videre arbejder de forskellige faggrupper, som de altid har gjort. På sigt kommer vi forhåbentlig til at opleve, at den elektroniske patientjournal kan spare tid, som så kan bruges på noget fornuftigt.”

redaktionen@dsr.dk



Sygeplejerske Sami Hadad afholder som EPJ-koordinator for afdeling B på Skejby Sygehus både intro- og genopfriskningskurser i brugen af systemet. Han oplever ingen modvilje mod at lære om EPJ, men ofte kniber det med tiden.

Hård fødsel for ønskebarn

Indgreb. Den elektroniske patientjournal har været længe undervejs og kostet væsentligt mere, end mange havde forudset. Amterne har hidtil haft frit spil til at udvikle deres egne systemer, men nu griber sundhedsministeren ind og sikrer en fælles strategi.

De fleste sygehuse er begyndt at bruge den elektroniske patientjournal i dagligdagen. Nogle steder er man langt fremme – andre steder er man først lige begyndt eller skal til det.

Ofte har sygeplejersker, læger og sekretærer dog måttet vente meget længe for at komme i gang, og en del amtspolitikere har skullet skaffe langt flere penge til udvikling af systemerne, end de oprindeligt havde regnet med.

Mens forsinkelser og fordyrelser har været et fællestræk, er der ikke mange ligheder, når det gælder navnene på de leverandører, som amterne har valgt til udvikling af den elektroniske patientjournal.

Amterne har frit kunnet vælge leverandører, og det har de gjort. Sjældent har det været den samme. Det har ført til en tiltagende kritik – både inden for og uden for sundhedsvæsenet.

Samlet set har det været alt for dyrt, at hvert amt selv har kunnet vælge sin it-leverandør og efterfølgende fået udviklet forskellige løsninger. Det har givet alt for store udviklingsomkostninger, og de forskellige systemer er ikke altid udviklet til at kunne "tale" sammen.

Det kan skabe problemer, ikke mindst når amterne skal fusionere til regioner.

Et andet kritikpunkt har været, at brugerne af den elektroniske patientjournal ikke har været tilstrækkeligt inddraget i udviklingen af systemerne. Det har betydet, at systemerne ikke har været tilstrækkeligt brugervenlige, når de skulle tages brug.

Kritikken er af amterne blevet besvaret med, at de bevidst har villet undgå en situation, hvor få it-leverandører har kunnet skabe sig monopol på udvikling af den elektroniske patientjournal.

I forhold til de meget store udviklingsomkostninger har argumentet været, at

det er meget komplicerede it-systemer, som skal udvikles.

Desuden bliver den elektroniske patientjournal i princippet aldrig færdigudviklet. Systemerne skal hele tiden opdateres, forfines og videreudvikles.

Fælles strategi på vej

Kritikken af amternes individuelle strategi for den elektroniske patientjournal har nu ført til, at sundhedsministeren griber ind og sikrer en fælles, fremtidig strategi.

Målet er, at den elektroniske patientjournal fremover bliver udbredt i samme tempo over hele landet, og at de forskellige amtslige/regionale systemer kan "tale sammen."

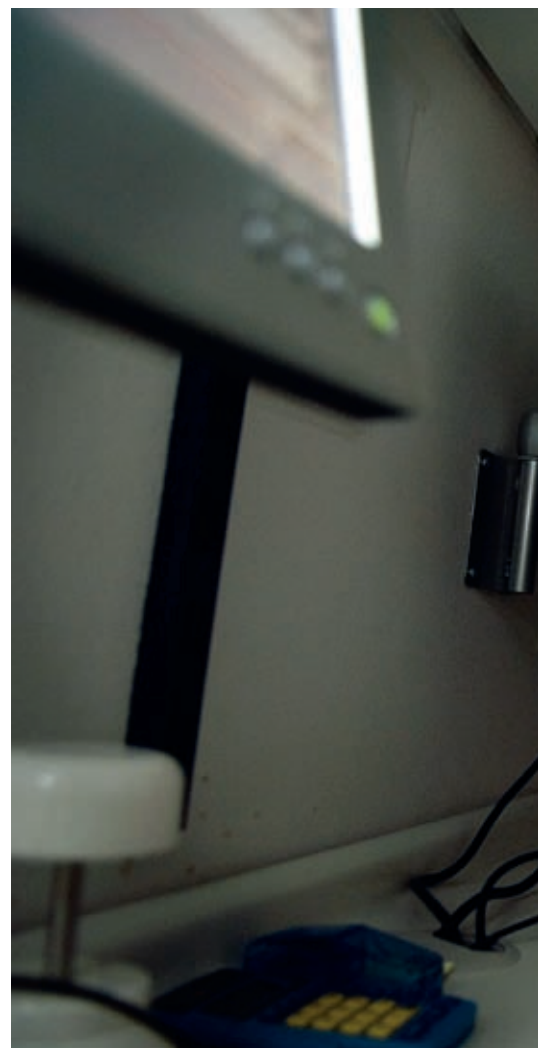
Da Amtsrådsforeningen holdt generalforsamling i marts, var beskeden klar fra sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V):

"Vi skal udnytte den nye regionsdannelse til at give vores fælles it-strategi for sundhedsvæsenet et serviceeftersyn. Det gælder ikke mindst spørgsmålet om, hvordan vi får indført de elektroniske patientjournaler i det danske sundhedsvæsen," sagde sundhedsministeren.

Han henviste til, at ni ud af 10 sygehuslæger i en ny undersøgelse har sagt, at der er et stort behov for en national central styring af den elektroniske patientjournal.

"Hvis vi ikke om få år skal stå tilbage med følelsen af, at vi forsømte chancen for at lave en elektronisk patientjournal, der bandt hele sundhedsvæsenet og alle dets aktører effektivt sammen, bør vi derfor nu standse op for en kort stund og justere kursen. Det betyder helt konkret, at vi må tage et ansvar for etablering af en national infrastruktur og en fælles integrationsplatform," sagde Lars Løkke Rasmussen.

I slutningen af april var sundhedsministeren klar med et konkret forslag, hvor han foreslår at skrotte de eksisterende 15



lokale systemer. I stedet ønsker han udviklingen af ét landsdækkende system.

"Timing er helt rigtig. Det er måske sidste chance for at foretage et strategiskifte. Mange steder skal man jo til at vælge det system, der skal fortsætte," siger Lars Løkke Rasmussen, der har bedt

►► **PAPIRETS AFLØSER.** Indførelsen af elektroniske patientjournaler på landets sygehuse vurderes at komme til at koste 12 mia. kr. En rapport fra 2005 fra EPJ-Observatoriet anslø, at der tidligst vil være fuldstændig EPJ-dækning på landets sygehuse efter 2013 og måske først i 2020. Det afvises af indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V). På Amdrårdsforeningens generalforsamling i marts bebudede ministeren, at han er på vej med en national strategi for den tekniske platform til de elektroniske patientjournaler.

Den elektroniske patientjournal erstatter de papirjournaler, som læger, sygeplejersker, jordemødre, fysioterapeuter, ergoterapeuter og andre fagpersoner skriver deres optegnelser om patienten i. EPJ samler alle oplysninger om patienten elektronisk, så de er umiddelbart tilgængelige for de fagpersoner, som skal bruge dem.

Få mere baggrund og uddybning om den elektroniske patientjournal på hjemmesiden: www.epj-observatoriet.dk
Her kan du også læse om status i de enkelte amter.

Kilder: EPJ-Observatoriet og Computerworld.



amterne undersøge prisen på de foreløbige investeringer.

Fle re ressourcer til læring

Dansk Sygeplejeråd (DSR) har tidligere argumenteret for en national strategi for den elektroniske patientjournal.

Både for at sikre et ensartet system, der implementeres i samme tempo over hele landet. Men også for at opnå den bedste udnyttelse af ressourcerne.

”Nu skal der ikke bruges flere penge på at eksperimentere med systemer, der ikke overholder fælles standarder. Indsatsen

Sygeplejersker, læger og sekretærer på sygehuse har ventet længe på indførelsen af den elektroniske patientjournal. Og i mange tilfælde har de fået systemer med ringe brugervenlighed.

bør koordineres centralt, så vi fremover får den bedste udnyttelse af ressourcerne,” siger konsulent *Gunilla Svensmark*, DSR.

Det er også vigtigt, at amter/regioner tager implementeringen af den elektroniske patientjournal alvorligt og begynder at investere penge i denne del af processen, påpeger hun.

”Amterne har hidtil brugt meget store beløb på udviklingen af de tekniske løsninger. Implementeringen har de fleste steder været overladt til de enkelte sygehuse, hvor det har knebet med at afsætte ressourcer til at oplære personalet i brugen af EPJ,” forklarer *Gunilla Svensmark*.

På et seminar om sundhedsinformatik, som blev afholdt for nylig, fortalte en canadisk professor, at der skal bruges mindst det samme beløb på implementeringen af EPJ, som der er brugt på den tekniske udvikling – måske endda det dobbelte beløb.

”Ingen ved, om det er rigtigt, men det er en kendsgerning, at vi i Danmark hidtil har brugt alt, alt for få ressourcer på at oplære og uddanne sygeplejersker, læger og sekretærer i brugen af den elektroniske patientjournal og brugen af den i dagligdagen,” pointerer *Gunilla Svensmark*.

redaktionen@dsr.dk

Større patientsikkerhed – også i kommunerne

Utilsigtede hændelser. Gennem et par år har landets sygehuse været omfattet af Patientsikkerhedsloven. Det har været en øjenåbner. Loven har banet vejen for en ny kultur på sygehuse, hvor skyld, skam og sanktioner er blevet lagt på hylden til fordel for et stærkt fokus på læring. Det giver patienterne større sikkerhed.

Nu er turen kommet til kommunerne. For der sker også fejl og utilsigtede hændelser i det kommunale sundhedsvæsen, bl.a. i forbindelse med medicinprocedurer. Tilsynene fra embedslægerne peger på, at der på plejehjemmene sker fejl i op mod 40 pct. af alle medicingivninger. Det skal vi systematisk lære af, så fejlene og de utilsigtede hændelser kan reduceres.

”De strukturelle og organisatoriske forhold har meget stor betydning for, om en patient risikerer at blive udsat for fejl og utilsigtede hændelser. Derfor er det nødvendigt, at kommunerne sætter fokus på sygeplejerskenormeringen.”

Dansk Selskab for Patientsikkerhed har – sammen med Dansk Sygeplejeråd – netop sendt nogle meget konkrete anbefalinger på gaden, som vil forbedre patientsikkerheden i kommunerne.

Anbefalingerne går bl.a. ud på, at der skal etableres et rapporterings-system for primærsektoren, så sundhedspersoner, der bliver involveret i en fejl eller utilsigtet hændelse, får pligt til at rapportere. Alle kommuner bør også etablere en patientsikkerhedsorganisation, så der er lokale nøglepersoner med særligt ansvar for patientsikkerheden.

Sundhedsministeriet skal i gang med at evaluere Patientsikkerhedsloven. For mig at se er der kun ét muligt udfald af den evaluering: Kommunerne skal omfattes. Og det skal ske med virkning fra den 1. januar 2007, når kommunalreformen træder i kraft, så Sundhedsministeriet og Folketinget er ved at have travlt.

Men det er ikke nok. Det er nødvendigt at anlægge et endnu bredere syn på patientsikkerheden. For de strukturelle og organisatoriske forhold har meget stor betydning for, om en patient risikerer at blive udsat for fejl og utilsigtede hændelser.



Derfor er det nødvendigt, at kommunerne sætter fokus på sygeplejerskenormeringen. Vi ved fra den internationale forskning, at patienternes dødelighed øges, og at antallet af komplikationer, fejl og utilsigtede hændelser stiger, hvis der er for få sygeplejersker.

Den viden bør kommunerne suge til sig. Desværre er det gået i den helt forkerte retning de senere år, hvor kommunerne systematisk har skåret ned på antallet af sygeplejersker. Hvis patienterne skal have større sikkerhed, skal den udvikling vendes.

Connie Kruckow, formand



Skriv kort

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

Et indlæg kan optages som et Synspunkt, hvis det udtrykker en personlig uddybet holdning til forhold, der har betydning for sygeplejersker. Synspunktet skal være på 2.600-3.000 tegn uden mellemrum og skal ledsages af et vel-lignende pasfoto, evt. elektronisk.

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



Synergi

DSR's nyhedsbrev

Synergi er, når gode ideer samles og gør helheden endnu bedre. Og Synergi er både målsætningen og navnet på Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev.

Nyhedsbrevet er gratis, og sendes direkte til din e-mail hver anden onsdag. Tilmeld dig Synergi på www.dsr.dk, eller send en e-mail til synergi@dsr.dk, og bliv opdateret med seneste nyt.

Konference

The Centre for Innovation in Nursing Education
5th International Research and Development Conference

Interpersonal Relationships in Nursing



Skejby Sygehus, Aarhus, Denmark

23rd - 25th August 2006

www.aaa.dk/ufs

Keynote speakers

Professor **Phil Barker**
Professor **Gerry Farrel**
Professor **Frances Hughes**
Professor **Marrit Kirkevold**
Professor **Hugh McKenna**
Professor **Sioban Nelson**
Dr. **Steven Ersser**

Masterclass:

**Writing the history of nursing:
working against the grain**

Professor **Sioban Nelson**
21st-22nd August 2006

Registration:

www.aaa.dk/ufs



*Ring efter vor
nye brochure!*

Ny Silentia Silver Line

Silentia-foldeskærmen er et moderne, pladsbesparende afskærmnings-system som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingssenge for at give diskretion ved besøg og i behandlings-situationer. Foldeskærmen er helt uundværlig i situationer med tunge patienter, hvor der benyttes loftlift, idet skærmen kører på gulvet, og ingen gardinstænger er i vejen for installation af loftliften. Den anvendes i stor udstrækning på intensiv- og opvågningsafdelinger.



Løsn bremsen, fold ud, og lås i den ønskede stilling – og skærmen er i funktion.



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk



AALBORG UNIVERSITET
Efter- og Videreuddannelse

Læs Filosofi, når det passer dig

Undervisningsformen er fleksibel, og du studerer på deltid. Der er seminar 6 gange på et studieår.

Resten af tiden studerer du hjemmefra via din pc.

Anmeldingsfrist 1. juni 2006

Verdensfilosofi - det kulturelle møde

behandler forskelle og ligheder mellem de grundlæggende forskellige kulturer og livsanskuelser. Der fokuseres på, hvordan de vigtigste ikke-europæiske filosofiske traditioner møder og reagerer på den vestlige modernitet. Seminarer i Aalborg.

Verdensfilosofi - i relation til kulturmødet

giver en introduktion til islamisk, indisk, kinesisk, buddhistisk og oprindelige folks filosofi. Sammenligninger mellem menneskesyn eller natur/samfundssyn i forskellige traditioner for at afklare problemer og muligheder i kulturmødet.

Seminarer i København.

www.evu.aau.dk • 9635 9420

Humaniora, samfunds-, ingeniør-, sundhed og naturvidenskab



Mogens Jørgensen

Jeg skal på rekreation, og jeg vil ikke bytte for en million

Åndehuller. Efter en ordentlig omgang gennem vores sygehussystem trænger nogle patienter til rekreation. Men det er ikke længere en **naturlig** forlængelse af et sygehusophold. Sygeplejersker kan hjælpe patienterne med at finde rekreationsstederne, men de må selv betale.

"... og vi skriver i journalen for Hr. Jens Hansen: Udskrives torsdag efter fjernelse af suturer – punktum – videre kontrol hos egen læge – punktum – indstilles til to ugers rekreation – punktum – afsluttes – punktum," hvorefter lægen hæver blikket fra journalen og ser på Hr. Hansen:

"Det vil De have godt af, Hr. Hansen," og Hr. Hansen nikker og siger tak fra sin stående position ved fodenden af sengen.

"Vil De sørge for, papirerne bliver sendt i dag?" lyder det til sygeplejersken, idet lægen rækker ud efter den næste journal.

En ret almindelig situation på vores sygehuse helt op i 70'erne. Siden blev begrebet rekreation taget ud af sproget, sparet væk, det var velsagtens for dyrt, og gradvist blev det ret normalt at udskrive vores patienter, når de kunne stå uden personstøtte og selv fremsige de første fire cifre i deres personnummer.

Tiderne har ændret sig, men min påstand er, at det har patienterne ikke. De trænger stadigvæk til rekreation i mange tilfælde. En del finder ud af det selv. Andre gør ikke. Rekreation er her forstået som et behov for at komme et sted hen og komme til kræfter, fysisk og psykisk, efter f.eks. en veloverstået operation, langvarig indlæggelse med medicinsk lidelse eller andet.

Ofte lå rekreatiohjemmene i naturskønne omgivelser. Der var plejepersonale, god mad og andre mennesker at tale med. Vi ved alle, at vi spiser mere, når det sker i selskab med andre, og god mad er ofte, hvad vores patienter trænger til efter indlæggelse og eventuel kirurgi.

De trænger også til at have fri i en periode efter overstået sygdom, at være fritaget for den daglige dont og befinde sig i omgivelser, der opfordrer til at gøre, hvad der føles behageligt, måske dyrke motion. Være, hvor der hersker fred og ro, så både krop og sind kan falde tilbage i vant gænge efter en ordentlig omgang gennem vores sygehussystem.

I stedet udskriver vi dem bare. Begrebet rekreation forekommer vel mange lidt støvet, men de findes altså endnu, disse åndehuller rundt omkring i landet. Blot er de private, og man skal selv betale. "Danmark" giver 200 kr. i tilskud pr. døgn efter lægeordination. Stederne hedder ofte noget forskelligt: Kurophold, helsecentre af forskellig slags, og vi har endnu et enkelt refugium tilbage.

En del patientforeninger giver tilskud eller ejer selv steder til brug for deres medlemmer. Rundt omkring på disse rekreatiohsteder findes stadig danske patienter, der selv har fundet vej.

De er meget forskellige, men fælles for dem alle er, at de stadig trænger til ro og hvile for at blive ordentligt raske. Forskellen er, at de selv skal finde stedet og selv betale. Mon ikke vi sygeplejersker kunne hjælpe vore patienter om ikke andet så med at finde de steder, der er tilbage, og give dem det som et tilbud?

Endelig er disse åndehuller fortrinlige til brug for os selv, sygeplejerskerne. I en travl hverdag med effektmål og krav om hurtigt patientflow kan der opstå stress og måske begyndende udbrændthed. Det er min erfaring, at en kortere periode i ens liv, hvor man er ude af cirkulation fra de daglige krav, er guld værd. Jeg kommer hjem udhvilet og med styrket mod på tilværelsen.

Mogens Jørgensen er sygeplejerske og invalidepensionist.
mogensjorgensen@mail.dk



Valg til lokale bestyrelser 2006

Stem – og bestem!

Fra den 5. maj til den 29. maj bliver der afholdt valg i 10 forskellige amtskredse i Dansk Sygeplejeråd. Det er din mulighed for at få direkte indflydelse på fremtiden i vores organisation.

Stem til valget og vær med til at styrke Dansk Sygeplejeråd. Stem på de kandidater, du mener, er de bedste til at udvikle Dansk Sygeplejeråds holdninger og handlinger – lokalt, i Dansk Sygeplejeråds kongres og i det øvrige samfund.

Læs mere om valget på www.dsr.dk

Brug din indflydelse

– stem til de lokale valg i Dansk Sygeplejeråd





"Konsekvensen er, at patienter i et behandlingsforløb ustandseligt må redegøre for deres sygeforløb til nye behandlere. Men også, og endnu mere skræmmende, at patienterne i en tid, da bl.a. frit sygehusvalg betyder, at de må krydse amtsgrænser, ikke kan være sikre på, at de rette data er til stede. Den tværgående kommunikation sygehusene imellem, som burde være en selvfølge i behandlingen af patienterne, er alt for mangelfuld"

Leder, Morgenavisen Jyllands-Posten.

Markedsgjorte brugere

Af Jytte Molbech, psykiatrisk sygeplejerske

Jeg sidder med "Nyt fra Odense Kommune," oplysninger fra kommunen til borgerne, trykt i den ugentligt omdelte gratis avis til alle husstande, "Ugeavisen Odense," den 24. april 2006.

Lederen af OKÆ Hjemmepleje, Hans Ellekrog, oplyser om, at hjemmeplejegrupperne i Odense Kommune bliver reduceret fra juni måned.

Senere i stykket står: "Lederen kan så informere aftenholdet om, hvad der er sket om dagen. Hvis der er noget hos en kunde, som man specielt skal lægge mærke til eller sørge for, er det meget nemmere at få informationen videre, siger Hans Ellekrog." Citat slut.

Det, der som sygeplejerske falder mig i øjnene, er ordet "kunde." Gennem årene er borgere, der har brug for hjælp fra det offentlige, lige så stille og roligt blevet markedsgjorte. Så markedsgjorte, at der ligefrem bruges ordet kunde nu. Jeg synes, mennesker, der har behov for hjælp, skal betragtes på en anden måde, også

selvom der på en række områder er indført brugerbetaling, og der kan vælges hjælp fra private leverandører.

Betegnelsen kunde kan selvfølgelig også tænkes positivt som en, man skal behandle godt, "kunden har altid ret," som en, der har forbrugerrettigheder, og der kan klages over det købte produkt, hvis det ikke lever op til forventningerne, men alligevel ...

Ordet kunde vækker mishag hos mig, fordi industridrift gennem årene har sneget sig ind i plejen, og folk er altså ikke biler på et samleband i en Fordfabrik.

Efter min bedste overbevisning bør det heller ikke være markedsbetingede økonomiske ideer, som er de bærende principper i pleje og behandling af mennesker. Kommuner skal ikke sidestille sig selv med en forretning, selvom de skal levere service, og der køres med store budgetter.

*Jytte Molbech arbejder på
Psykiatrisk Skadestue P1
i Odense.*

GODE BILISTER TÆNKER PÅ ANDET END DERES BILER



GF FORSIKRING

GF Hospital og Sundhed · Tlf. 86 17 43 44 · www.gf-hospitalogsundhed.dk

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Ved du, hvor du finder arbejdspladsens regler for hygiejne i forbindelse med patienter eller borgere, der har særligt smittesomme sygdomme?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 8/2006

Er det en god ide, når regeringen foreslår at sætte efterlønsalderen op fra 60 til 63 år?

Svar	antal	pct.
Ja	103	36,1
Nej	163	57,2
Ved ikke	19	6,7
Total	285	100



AALBORG UNIVERSITET

Efter- og Videreuddannelse

Er du klædt på til morgendagens udfordringer?

- Master i teknisk-videnskabelig miljøvurdering
- Master i Vindenergi
- Master i Arbejdsmarked og Personaleforhold
- Master in Public Administration (feb. 2007)
- Master i Læreprocesser (feb. 2007)
- Master i Geo Informatik, MTM
- Master i Ikt og Læring
- Master in ICT and Learning
- Master i it, softwarekonstruktion
- Master i it, interaktionsdesign og multimedier
- Master i it, organisation
- Master in Problem Based Learning in Engineering and Science (feb. 2007)
- Master i industriel it
- Master i Sundhedsinformatik
- Master i Teknologiledelse, MMT.

- HD uddannelsen
- Diplomuddannelsen i Softwarekonstruktion
- Diplomuddannelsen i Humanøkologi.

- UniEngelsk
- UniTysk
- Sprogvidenskab
- Verdensfilosofi (hold i Aalborg og i Kbh.)
- BA tilvalgsfag i Almen psykologi (feb. 2007)
- KA tilvalgsfag i Anvendt psykologi (feb. 2007)
- Musikhistorie, musikanalyse og musikteori
- Organisatorisk Læring (feb. 2007)
- Samfundsfag, sidefag
- Sidefagsforløb i samfundsfag (f. handelsskolelærere)
- Videnskabsteori.

- Tompladsordningen (dagundervisning).

www.evu.aau.dk
9635 9420

Humaniora, samfunds-, ingeniør-, natur- og sundhedsvidenskab



Lene Sigaard

Tid til selvransagelse

Magtforhold. Sygeplejersker er ikke rustede til at håndtere seksual chikane, og der er forskel på, om det er patienter eller sundhedspersonale, der chikanerer.

Sygeplejersken har grebet seksualitetens skræmmende og fascinerende virkelighed, som den findes rundt omkring på de danske arbejdspladser i sundhedsvæsenet. Vi bliver således jævnligt informeret om, at sygeplejersker udsættes for sexchikane, og sidst om, at en sønderjysk sygeplejerske trodsede sin chef og med Dansk Sygeplejeråd (DSR) i ryggen fik anmeldt en sag om børnepornografi. Jeg mener, at tiden nu er inde til at træde et skridt tilbage og se på, hvad der ligger gemt i disse historier. Lad mig starte med den sidste. En sygeplejerske bliver informeret om, at datteren til en patient, som kommer i misbrugscenteret, har medvirket til børneporno. I sine bestræbelser på at efterleve sin skærpede underretningspligt mister sygeplejersken på samme tid sit job og udnævnes til helt af læsernes redaktør på *Sygeplejersken*. Jeg undrer mig over følgende: Hvorfor har man på et misbrugscenter ikke retningslinjer for, hvordan man håndterer sager med kriminelt og seksuelt indhold? Hvorfor står sygeplejersken helt alene med problemet? Hvorfor går chefen i gang med at lege detektiv? Hvor er de sociale myndigheder i denne sag? Hvad kan man forvente af DSR i sådan en sag? Hvorfor roser læsernes redaktør sygeplejersken?

Som sagen er fremlagt i bladet, kan man få det indtryk, at situationer med seksuelt indhold gør folk afmægtige, de glemmer deres faglighed og handler med hovedet under armen, hvilket hverken hjælper de implicerede børn eller voksne. Om det skyldes følelsesmæssige påvirkninger eller mangel på viden om seksuelle problematikker, er uklart, men det er relevant at få frem. Sådan en situation burde ikke kunne opstå i det danske sundhedsvæsen, hvor fagligt kompetente personer formodes at arbejde. Det er oplagt at få sagen gennemanalyseret, så alle kan lære af, hvad der gik galt på de forskellige niveauer i processen. Det må være tid til selvransagelse.

Hver ottende sygeplejerske giver udtryk for, at de har været udsat for sexchikane. Videnscenter for arbejdsmiljø definerer på deres hjemmeside sexchikane således:

"Sexchikane er en speciel form for chikane på arbejdet. Sex bliver her brugt som middel til at undertrykke eller opnå magt over en anden person."

Magt og undertrykkelse er filosofiske begreber, som har været genstand for stor interesse i sygeplejeteoriene. Men i disse teorier antages det, at det er sygeplejersken, der gennem sin faglige position har magt over patienten. I eksemplerne om sexchikane er der mere tale om afmagt hos de involverede sygeplejersker. Mon der er forskel på, hvor sygeplejerskens grænse går, afhængigt af om det er en kollega, der forgriber sig, eller om det er en patient/pårørende, der har hænderne for langt fremme?

I begge tilfælde er der tale om en grænseoverskridende handling, men forskellen er, at patienten/pårørende ikke har en magt, som er relateret til sygeplejerskens ansættelsesforhold, hvilket er tilfældet, hvis det er en chef eller en kollega, der udøver chikane. Grænseoverskridende seksuelle udtalelser og handlinger lader sig vanskeligt forebygge, fordi de rækker langt ud over, hvad der kan formuleres i en personalepolitik. Dertil er det meget individuelt, hvor den enkeltes grænse går. Eksemplerne viser, at sygeplejersker skal være fagligt klædt på for at kunne balancere mellem omsorgen for sig selv og omsorgen for patienten i de situationer, hvor seksualitet sætter dagsordenen. Nutidens sygeplejersker er ikke selvforglemmende og ofrer sig ikke for kaldet, de vil naturligvis behandles med respekt både af kollegaer og patienter.

*Lene Sigaard er klinisk udviklingsygeplejerske på Amtssygehuset i Glostrup.
lensig01@glostruphosp.kbhamt.dk*

Artiklerne om sexchikane har været bragt i Sygeplejersken nr. 21, 22 og 26/05.

Lotte Hejlesen

Vor kollega gennem de sidste år, *Lotte Hejlesen*, er ikke mere iblandt os.

Lotte startede i vor afdeling i marts 2003 efter en del år i gynækologien. Hun måtte pga. sin sygdom afbryde intensivuddannelsen, som hun havde glædet sig så meget til at gennemføre.

Det kendetegnede Lotte, at hun altid var glad og positiv med tanke på andres behov før egne.

Lotte var en dygtig og meget omsorgsfuld sygeplejerske og en god og pligttopfyldende samarbejdspartner.

Selv da Lottes egen sygdom var meget fremskreden, havde hun overskud til at skrive til os om vigtigheden af at huske den basale sygepleje i et højteknologisk miljø.

Lotte døde efter knap to års sygdom den 17. april 2006.

Vi vil alle mindes Lottes lyse sind og stærke personlighed.

Kollegerne på ITA 303, Amtssygehuset i Gentofte.

Tove Munch Hansen

Sygehus Vendsyssel har mistet sin chefsygeplejerske, *Tove Munch Hansen*, Hjørring, 59 år.

Den 20. april sov Tove Munch stille ind efter lang tids sygdom. Hun var et menneske med flere kompetencer end de fleste, både fagligt og menneskeligt.

Med Tove Munchs bortgang mister Sygehus Vendsyssel en engageret, indlevende, humoristisk, yderst fagligt kompetent og meget afholdt person.

Tove Munch har altid holdt sin faglige viden opdateret. Hun blev uddannet til sygeplejerske ved Sygeplejerskolen ved Aalborg Kommunalhospital i 1971 suppleret med 1. og 2. dels videreuddannelse ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole. Tove Munch havde en lang karriere ved Aalborg Sygehus, startende i 1972 som sygeplejeassistent og afsluttende som viceforstander, souschef, i perioden 1982-1993.

I 1994 tiltrådte Tove Munch som chefsygeplejerske ved Hjørring/Brønderslev Sygehus, en stilling, som hun fastholdt ved sammenlægningen til Sygehus Vendsyssel. I samme periode tog hun en Master of Public Management-uddannelse ved Syddansk Universitet.

Tove Munch har sat sit præg på rigtig mange områder i sygehusverdenen. Særligt har hun bidraget til, at Sygehus Vendsyssel i 2001 modtog Netværksprisen for at udvise et særligt socialt ansvar, og hun har været frontløber i forhold til arbejdet med at kvalitetssikre og udvikle det nordjyske sygehusvæsen. Hendes faglige og personlige engagement var stærkt til det sidste.

Vi er mange, der vil savne Tove og begræde hendes alt for tidlige død.

Sygehus Vendsyssel.

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen.

Dansk Sygeplejeråds samfinansierede ph.d.-stipendier



Dansk Sygeplejeråd udbyder i 2007 fire samfinansierede ph.d.-stipendier.

Dansk Sygeplejeråd betaler halvdelen af lønnen svarende til halvdelen af statens sats for ph.d.-stipendier, og arbejdsgiveren/eksterne fonde den anden halvdel. Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR.

Formålet er, at sygeplejersker opnår anerkendt forskningskompetence med henblik på at frembringe ny sygeplejefaglig viden fortrinsvis inden for klinisk sygepleje, samt opnår forståelse for faktorer, der fremmer sundhed og forebygger sundhedssvigt.

Ansøgningsskemaet, udførlig vejledning hertil samt oplysninger om, hvem der kan søge, findes på DSR's hjemmeside: www.dsr.dk under Job & Uddannelse -> Uddannelse -> Forskning.

Ansøgningen indsendes senest den 18. september 2006 til:

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

Dansk Sygeplejeråds post doc.-midler



Dansk Sygeplejeråd uddeler i 2007 post doc.-midler til sygeplejersker, der har opnået formel forskningskompetence. Der er afsat midler til støtte af post doc.-projekter svarende til 600.000 kr. for perioden 1. januar 2004 til 31. december 2008. For den resterende del af perioden tilbagestår 300.000 kr.

Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR. Midlerne skal støtte et forskningsprojekt, der udvikler sygeplejen, og kan alene søges til drift af projektet.

Ansøgningsskema samt udførlig vejledning hertil findes på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside: www.dsr.dk under Job&Uddannelse -> Uddannelse -> Forskning.

Ansøgningen indsendes senest den 18. september 2006 til:

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur. jb@dsr.dk
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc. er@dsr.dk

I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

Generel manuskriptvejledning
Manuskriptvejledning til faglige artikler
Forfatterskabserklæring
Manuskriptvejledning til sektionen "Klinisk sygepleje"
Retningslinjer for omtale af akademiske afhandlinger
Manuskriptvejledning til sektionen "Videnskab & sygepleje"

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555



Ny studieordning styrker klinisk sygepleje

Af Jette Bagh, sygeplejefaglig medarbejder

Faglig udvikling. Stud.cur.erne på afdelingen for sygeplejevidenskab i Århus får pr. den 1. september 2006 en ny studieordning, der erstatter den tre år gamle ordning. Den ny ordning betyder, at afdelingen lever op til internationale krav om modulopbygning, fleksibilitet og kompetencemål.

”Kan vi tage et billede af jer, hvor I står med et skelet?” foreslår fotografen.

Professor, lektorer, adjunkter og en studerende på afdelingen for sygeplejevidenskab i Århus ser på hinanden, og tavsheden sænker sig. De skal fortælle om afdelingens ny studieordning, og fotografens spørgsmål afslører, at han ikke kender stedets profil eller opgave. Så billedet bliver taget uden skeletter, og studieordningen uddybet og begrundet i god ro og orden.

Populært sagt skal man ikke kunne følge med på 3. semester, hvis man ikke har været aktiv det første studieår. Det er konsekvensen af, at de syv obligatoriske moduler fra september 2006 skal tages i en bestemt rækkefølge. Progressionen skal være tydelig og logisk. Studieordningen er ledsaget af en generel kompetenceprofil, indholdet i hvert modul er beskrevet i detaljer, og det samme er de kompetencer, den studerende forventes at opnå efter hvert modul. Beskrivelsen af moduler og kompetencer medfører, at de studerende kan vælge at tage kurser på andre studier eller i udlandet, så de kan designe den uddannelse, der passer til deres karrieremæssige behov. Samtidig er synligheden i uddannelsen en invitation til studerende fra andre lande, som nu kan vælge at tage til Århus og følge et modul.

Udvikling af klinisk sygepleje

Et stigende antal cand.cur.er får arbejde i klinikken og skriver speciale om klinisk sygepleje, og på afdelingen for sygeplejevidenskab oplever man, at det smitter af på klinikken. Sygeplejerskerne efterspørger undervisning i emner, der ikke tidligere har været interesse for, fordi de specialeskrivende studerende bærer nye tanker og ideer ind i afdelingerne. Den ny studieordning tager tråden op og er blevet mere klar på den kliniske del af uddannelsen, så i sidste ende

vil den ny studieordning, om alt går vel, komme patienterne til gode.

”Der er krav til alle sygeplejersker om at kunne gå direkte i kødet på kliniske problemstillinger og vise, at sygeplejen har den ønskede effekt. Den nye studieordning skal bane vej for en velfunderet faglig udvikling på institutionerne, den skal virke gennem kandidaterne,” siger lektor *Merete Bjerrum*.

Smider ikke barnet ud med badevandet

Det er Universitetsloven og Bologna-deklARATIONEN, der er den ydre årsag til, at studieordningen nu bliver revideret, og ”presset kom belejligt,” mener adjunkt *Kirsten Lomborg*.

Professor *Marit Kirkevold* supplerer:

”Vi skal følge med tiden, kandidatuddannelsen skal afspejle den internationale udvikling i sygeplejevidenskaben, og det betyder, at vi skal højne kravene til metodisk skoling. Men den gamle studieordning bliver ikke kasseret eller glemt, for vi bygger videre på det, vi har. Vi skal passe på ikke at smide barnet ud med badevandet.”

Stud.cur. *Jens Peter Hansen* er enig:

”Med den udvikling, der sker i samfundet og inden for sygeplejen, er det en god

ide at justere studieordningen med mellemrum. Der har været usikkerhed om, hvilke stillinger uddannelsen kvalificerer til, og de studerende har også efterspurgt en mere systematisk og bredere metodeundervisning,” siger han.

Begge dele bliver tilgodeset i den nye studieordning. Dels gennem den generelle kompetenceprofil, dels via det obligatoriske modul i forskningsmetoder og et valgmødel i metoder til forskning i sygepleje.

For de studerende betyder studieordningen, at uddannelsen bliver et toårigt fulltidsstudium, der indebærer prøver efter hvert modul. Det vil give større fællesskab i de første moduler, fordi de studerende formentlig vil vælge at tage de to første semestre i en sammenhæng, mener de ansatte på afdelingen for sygeplejevidenskab. Der optages årligt 50 studerende på afdelingen for sygeplejevidenskab. I 2006 har 28 af dem en professionsbacheloruddannelse i sygepleje, resten er sygeplejersker med en suppleringsuddannelse i sygepleje.

Læs studieordningen på www.folkesundhed.au.dk/sygeplejevid i maj 2006.

En del af holdet, der skal føre den nye studieordning ud i livet. Bageste række fra venstre: Jens Peter Hansen, stud.cur., Merete Bjerrum, lektor, Marit Kirkevold, professor, Preben U. Pedersen, lektor. Forreste række fra venstre: Vibeke Zoffmann, adjunkt, Kirsten Lomborg, adjunkt, Susanne Malchau, lektor.



Rejsende i eget liv

Af Agnete Lyngbye Kramme, projektleder

Forebyggelse. "Travellers" er et nyt evidensbaseret projekt for unge, som ønsker at komme væk fra spiseforstyrrelser. Sygeplejersker har mulighed for at henvise unge til projektet.

Antallet af unge med psykiske problemer er ifølge WHO stigende i den udviklede del af verden. Dette afspejles bl. a. i forekomsten af spiseforstyrrelser, som inden for de sidste 30-40 år har været øget i Danmark. Sundhedsstyrelsen anslår i en befolkningsundersøgelse, at 25,7 pct. af alle unge kvinder under 20 år har en adfærd med risiko for at udvikle en spiseforstyrrelse, og at der blandt disse unge ses dårligt helbred, et lidt større medicinbrug og en højere grad af stress sammenlignet med jævnaldrende. Sygeplejersker i bl.a. børne- og ungdomspsykiatrien, på de medicinske afdelinger og i skadestuen samt sundhedsplejersker på skolerne vil sandsynligvis møde disse unge og har nu mulighed for at henvise dem direkte til Center for Selvmordsforskningens nye interventionsprojekt "Travellers."

Travellers er et newzealandsk forsknings- og evidensbaseret projekt, som nu udbydes gratis til alle landets unge mellem 13-25 år, som enten viser tegn på eller er behandlet for spiseforstyrrelser. Indledningsvis udbydes Travellers som et pilotprojekt på Fyn, men inden 2008 vil projektet være udbredt til hele landet.

Unge med tegn på spiseforstyrrelser er udvalgt til projektet, fordi netop disse unge er særligt sårbare, da de befinder sig i en gråzone mellem at have det dårligt og endnu ikke være mulige at diagnosticere. Unge, der henvender sig, vil blive interviewet med henblik på optagelse, så alle i projektet er inden for målgruppen.

Ideen bag projektet er at få de unge til at forestille sig, at de er rejsende i deres eget liv, hvor de uundgåeligt vil møde forhin-

dringer og forandringer. Via forskellige aktiviteter i Travellers støttes de unge i at finde, tilegne sig og udvikle nye konstruktive copingstrategier, som kan hjælpe dem med at komme gennem livets vanskeligheder. Der er tale om vidt forskellige aktiviteter som f.eks. spil, film, tegneaktiviteter, ordlege, tankeaktiviteter samt udarbejdelse af bl.a. livskort og dagbog. Yderligere uddybning af programmet kan ses og bestilles eller downloades på www.selvmordsforskning.dk under Faktaserien nr. 15: "Travellers – en interventionsmetode væk fra spiseforstyrrelser."

Travellers er ikke et terapeutisk behandlingsforløb, og der fokuseres ikke på spiseforstyrrelsen. Projektet forløber i grupper a ca. otte unge og foregår i nærheden af de unges bopæl én gang om ugen i 1-1½ time i otte uger.

Sygeplejersker er velkomne til at henvise relevante unge direkte til projektet (tlf. nr. 6311 2185 eller 6311 2192).

Center for Selvmordsforskning håber med Travellers at kunne bidrage positivt til forebyggelse af de unges mentale sundhedsproblemer og deraf mulige selvmordsadfærd.

Yderligere information om projektet kan fås på www.selvmordsforskning.dk under projekter eller ved at rette henvendelse til projektlejere for Travellers på Center for Selvmordsforskning, cand.pæd.psych. Agnete Lyngbye Kramme, tlf. 6311 2192, eller socialrådgiver Susanne Mouazzene, tlf. 6311 2185.

*Agnete Lyngbye Kramme er ansat på Center for Selvmordsforskning.
alkr@selvmordsforskning.dk*

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

DLS er en teoretisk funderet lederuddannelse for sundhedssektoren, der på 2 år giver dig et solidt fundament for udvikling af godt lederskab. DLS har eksisteret i mere end 10 år, og vores erfaringer med over 1000 studerende viser, at uddannelsen giver konkrete resultater.

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2006 starter vi hold i: Århus, Næstved, Hillerød og Gentofte.

I januar 2007 starter vi hold i: Aalborg, Odense og Herlev.

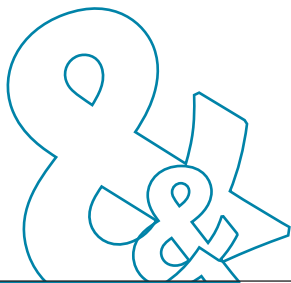
Der er tilmeldingsfrist den 1. juni og den 1. december 2006.

Få mere information på www.ceus.dk eller ring på tlf. 54 888 224 og få en brochure, hvor du kan læse meget mere om DLS (Diplomuddannelsen i økonomi, ledelse og organisation for sundhedssektoren).

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter



Sygeplejen har stor betydning for nyopererede

Patienttilfredshed. Patienterne er ikke kede af korte indlæggelser efter en operation, bare de er godt forberedte, og der er kontinuitet i forløbet.

Af Kirsten Rud, sygeplejerske

En landsdækkende undersøgelse af, hvad der kendetegner korte og lange indlæggelsesforløb for knæ- og hoftalloplastikker (indsættelse af kunstigt led), har vist, at sygeplejen har en central rolle i patientforløbet. Det, der kendetegner korte forløb med indlæggelsesvarighed på 5-6 dage – sammenlignet med afdelinger med længere indlæggelsesvarighed på 8-10 dage – var i hovedtræk organisatoriske og faglige tiltag og patienter, der enten var mere tilfredse eller lige så tilfredse med deres indlæggelsesforløb som patienter med længere indlæggelser.

Formålet med undersøgelsen var at evaluere organisatoriske og faglige områder, som må antages at have betydning for den postoperative indlæggelsesvarighed for primær total hoftalloplastik (THA) og total knæalloplastik (TKA) udført på ortopedkirurgiske afdelinger i offentligt eller privat regi. Samtidig blev patienternes tilfredshed med indlæggelsesforløbet i forhold til indlæggelsesvarighed evalueret.

Som metode blev både journalaudit, kvalitative interview med den faglige ledelse og fokusgruppeinterview med minimum fem medarbejdere fra afdelingen anvendt. For at indfange patienttilfredsheden blev der udført en spørgeskemaundersøgelse, hvori der deltog tre afdelinger med de korteste postoperative indlæggelsestider og tre afdelinger med de længste postoperative indlæggelsestider i 2003 for primær THA og TKA.

Organisatoriske kendetegn for de afdelinger med den korteste indlæggelsesvarighed:

- at afdelingerne havde samlet alloplastikpatienterne i enheder uden akut patientindtag

- at nøglepersoner med fokus på udvikling og implementering af accelererede forløb var fast forankret i afdelingen
- at plejepersonalet havde lavt sygefravær, at der var ringe udskiftning og uændret normering i forhold til afdelinger med lange indlæggelser
- at plejepersonalet tidligt var involveret i patientforløbet med grundig information
- at patienterne blev informeret om kort indlæggelsestid
- at der var en høj grad af kontinuitet med læger, sygeplejersker og fysioterapeuter
- at afdelingen havde kriterier for udskrivelse
- at patienterne generelt blev udskrevet til eget hjem, og at behovet for hjemmehjælp var lavt.

TKA og THA blev for størstepartens vedkommende udskrevet på femte dag.

Faglige kendetegn for de afdelinger, der havde den korteste indlæggelsesvarighed:

- man anvendte epiduralblokade i 1-2 dage (til patienter med TKA)
- man havde et lavt forbrug af opioider og anvendte specielt de korttidsvirkende
- man anvendte visuel analog skala (VAS) til bedømmelse af patienternes smerter
- man anvendte nonsteroidale antiinflammatoriske midler (NSAID)
- det skriftlige informationsmateriale var sammenhængende og opdateret, tværfaglige forløbsbeskrivelser og/eller tjeklister blev anvendt i det daglige.

På operationsdagen blev patienterne mobiliseret af plejepersonale.

Den første postoperative dag blev patienterne mobiliseret med minimum gangstativ.

Den femte postoperative dag var størstedelen af patienterne mobiliseret på stokke. Patienttilfredsheden for både THA og TKA var signifikant større med hensyn til kontakten til læger på afdelingen, men der fandtes ikke andre signifikante forskelle. Sammenfattende viser undersøgelsen, at det essentielle fokusområde for hurtig udskrivelse er sufficient smertebehandling, hurtig mobilisering og minimering af sygerollen. Patienterne i korte forløb er ikke yngre eller mere raske som forklaring på den kortere indlæggelsesvarighed, og de er ikke mindre tilfredse med dette forløb, tværtimod.

*Kirsten Rud er projektleder på Enhed for Perioperativ Sygepleje på Rigshospitalet.
krud@rh.dk*

Den 31. maj afholder Enhed for Perioperativ Sygepleje en konference på Rigshospitalet, hvor resultaterne fra det landsdækkende arbejde bliver præsenteret.

Supplerende litteratur

1. Husted H, Holm G, Rud K, Bach-Dal C, Hansen HC, Andersen CL, Kehlet H. Indlæggelsesvarighed ved primær total hoft- og knæalloplastik i Danmark 2001-2003. Ugeskr Læger 2006;3:276-79.
2. Husted H, Hansen HC, Holm G, Bachdal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Indlæggelsesvarighed ved primær total hoft- og knæalloplastik i Danmark (I): Volumen, morbiditet, mortalitet og resourceforbrug. Ugeskr Læger 2006, in press.
3. Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Kort versus lang hospitalisering efter hoft- og knæalloplastik. (II): Organisatoriske og faglige forskelle. Ugeskr Læger 2006, in press.

Uddannelse & Karriere - som massør, kosmetolog, zoneterapeut, fodplejer?



Kosmetolog



Zoneterapeut



Massør



Fodplejer

- Fjernundervisning & seminar
- Momsfritagelse
- RAB-registrering

- Konkurrenceevne
- Selvstændig erhvervsdrivende
- Udvidelse af egen klinik



Uddannelsescenter Nord · Søndergade 33 · 9320 Hjørrup
ucn@ucnord.dk · www.ucnord.dk · Studievejledningen: Tlf. +45 25 68 60 01



Ta' på ferie med Bauta



Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring

BAUTAs Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring dækker hele husstanden - året rundt. Forsikringen dækker alle ferie- og studierejser i hele verden - uden for Danmark i indtil 30 dage. Har du udeboende børn under 21 år, som bor alene, er de også omfattet af forsikringen.

Prisen for ferierejseforsikringen er kun 388 kr.

Inden rejsen påbegyndes dækker Afbestillingsforsikringen bl.a.:

- **Refusion af rejsens pris** - hvis ferierejsen må aflyses på grund af f.eks. alvorlig akut sygdom.
- **Bilferie** - ved bilferie/individuel arrangeret rejse dækkes forudbetalte, ikke refunderbare transport- og opholdsudgifter i relation til rejsen.
- **Erstatningsbil ved bilferie** - hvis din bil er kaskoforsikret og skades kort før ferien begynder.

Under selve rejsen dækker Ferierejseforsikring Verden bl.a.:

- **Erstatning for ødelagte feriedage** - med indtil 25.000 kr. pr. person.
- **Sygdom og hjemtransport** - uden for Europa, erstattes med indtil 2.5 mio. kr. pr. person.
- **Redning og eftersøgning** - erstattes med indtil 100.000 kr. pr. person.
- **Ved terroraktioner eller naturkatastrofer** - dækkes udgifter i forbindelse med evakuering og krisehjælp.

Du kan få mere at vide om BAUTAs Ferierejseforsikring Verden på www.bauta.dk - her kan du tillige bestille forsikringen samt læse forsikringsvilkårene.

For at kunne bestille Ferierejseforsikring Verden i BAUTA, skal du have din Familieforsikring/Familiens Basisforsikring hos os.

Jeg vil gerne kontaktes for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer

Jeg vil gerne kontaktes af min lokale forsikringskonsulent for gennemgang af mine forsikringer

Stilling: _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

Tlf.: _____

E-mail: _____

SYG609



Sendes ufrankeret
Modtageren
betaler porto



BAUTA FORSIKRING A/S

Farvergade 17
+++ 0625 +++
1045 København K

►► EFFEKTIVE PRINCIPPER FOR PATIENTSIKKERHED.

De mest effektive principper for sikkerhed er:

- ledelsesmæssigt engagement og fokus på patientsikkerhed
- forenkling af arbejdsprocesser og reduktion i antallet af trin i processen
- standardisering af udstyr og dokumenter som f.eks. én type infusionspumper og én type patientjournal
- brug af tjeklister og anden kognitiv støtte
- styrkelse af kommunikations- og dokumentationsprocesser som f.eks. "skriv ned og læs højt" ved mundtlig ordination af lægemidler
- udelukkelse af mulighed for forvekslinger som følge af enslydende præparater og produkter
- reduktion af distraherende faktorer ved f.eks. at indføre afbrydelsesfri zone i medicinrummet.

Sundhedsvæsenets havarikommission finder årsagen

Utilsigtede hændelser. En kerneårsagsanalyse er velegnet til at skrælle lag på lag af den utilsigtede hændelse for at begrunde, hvordan og hvorfor hændelsen kunne ske. Formålet er at forhindre noget lignende, at ske igen.

En patient vågner op under en operation uden at kunne give sig til kende. Efterfølgende lider patienten af mareridt og må følges ambulant.

Huskeanæstesi er et eksempel på en alvorlig utilsigtet hændelse, hvor det vil være oplagt at gennemføre en kerneårsagsanalyse. Metoden er velegnet til at opnå dybere indsigt i et hændelsesforløb for at lære af det skete og dermed undgå, at en lignende hændelse kan finde sted igen (1).

I analysen af tilfældet af huskeanæstesi var der, som i alle utilsigtede hændelser, flere forklaringer og faktorer, der bidrog til identifikation af den egentlige årsag til, at hændelsen kunne ske.

Den egentlige årsag var, at droppet gik fra hinden, så anæstesimidlet ikke løb ind i patienten. 3-vejs-hane og dropslange var konstrueret,

så det var muligt kun at skrue den delvist fast, og da der blev givet antibiotika, kom der øget tryk i droppet, hvilket fik slangen til at løsne sig. Ydermere varede det lidt, før defekten blev opdaget. Det skyldtes, at der var mørklagt på operationsstuen på grund af laparoskopisk kirurgi. Laparoskopisøjler, anæstesiapparat og dropstativ var placeret helt tæt på patienten for at give plads til det kirurgiske indgreb.

Derudover var patienten tildækket med et varmetæppe. Endnu flere faktorer gjorde sig gældende, men er udeladt her af hensyn til patients og personales anonymitet og fortrolighed.

Bedre sikkerhed

Sammenfattende var de faktorer, der førte til hændelsen, en kombination af problemer med udstyret ►

▶ samt begrænsede muligheder for at observere patienten. Det førte til, at man i den pågældende afdeling indførte:

- en mere sikker måde at samle et drop på
- en anden måde at stille udstyret op, så der bliver mere plads omkring patienten og derved mulighed for at lejre patientens arm, så den er synlig og ikke tildækket
- forbedring af lysforholdene.

Ofte er det enkle løsninger, der skal til for at opnå øget patientsikkerhed. Nogle vil nok tænke, at hvis det er tilfældet, må der også være simple måder, hvorpå man helt kan undgå fejl. Her er det, at man skal holde fast i, at hændelser netop sker utilsigtet. Det var ikke meningen, det skulle gå sådan, men en kombination af særlige omstændigheder, utilstrækkelige sikkerhedssystemer og menneskelige faktorer på det pågældende tidspunkt kan udløse, at en patient bliver skadet.

I det lys er der fem farlige ord, som professionelle i sundhedssektoren skal gå uden om, nemlig: ”Det sker ikke hos os!” Det er ord, der indebærer skyklapper for øjnene og begrænser evnen til at få øje på risici, der kan foregribes, før der sker en hændelse.

Hændelsen lag for lag

Med Lov om Patientsikkerhed, der trådte i kraft den 1. januar 2004, blev grundlaget lagt for et nationalt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. Mange sygeplejersker har i den anledning rapporteret en eller flere hændelser; typisk medicineringsfejl, men også hændelser af anden karakter.

Et rapporteringssystem kan imidlertid ikke stå alene, men må understøttes af forskellige metoder til at lære af hændelserne. Her er det, at kerneårsagsanalysen kommer ind i billedet.

En kerneårsagsanalyse kan beskrives som en systematisk skrællen lag på lag af et hændelsesforløb for på den måde at nå ind til den inderste kerne, dvs. de egentlige årsager til, at det kunne gå galt (1). Hensigten er at opnå læring for dermed at forhindre, at en lignende hændelse kan ske igen. Sagt ganske kort så besvarer analysen de tre grundlæggende spørgsmål:

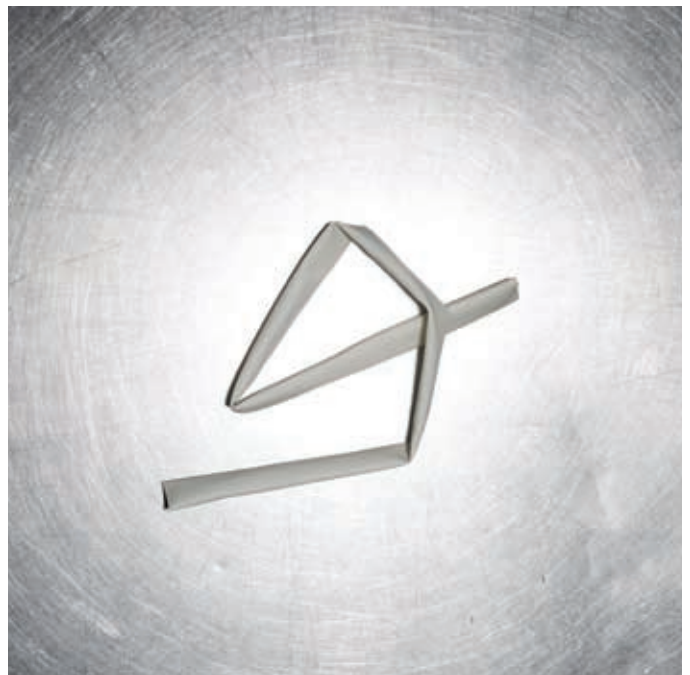
- Hvad skete der? Her bliver det faktuelle hændelsesforløb beskrevet i et flowdiagram eller i ord. I kronologisk rækkefølge bliver begivenhederne, der førte frem til den utilsigtede hændelse, klarlagt.
- Hvorfor kunne det ske? Med afsæt i det faktuelle forløb bliver mulige problemer med kommunikation, arbejdsmiljø, udstyr, procedurer, oplæring m.v. afdækket. Det sker ved at undre sig og spørge hvorfor, hvorfor, hvorfor og svare fordi ..., indtil det ikke længere giver mening. På den måde opbygger man en logisk kæde af forklaringer, der slutter med den egentlige begrundelse: Kerneårsagen til, at hændelsen kunne ske.
- Hvordan undgå, at det sker igen? Med afsæt i kerneårsagerne, typisk en til tre årsager i den enkelte analyse, bliver der udarbejdet en handlingsplan, der forventeligt vil kunne bidrage til at forhindre en lignende hændelse.

Lær af det skete

Analysen gennemføres af et tværfagligt team, som afdelingens ledelse eller hospitalets direktion sammensætter. En repræsentant herfra er samtidig leder af teamets arbejde. Den pågældende er også ansvarlig for at gennemføre de ændringer, som teamet

foreslår. Når analysen er gennemført, bliver teamet opløst. Den gennemgående person i kerneårsagsanalyser er hospitalets risikomanager, der har erfaring med metoden og viden om patientsikkerhed.

En analyse gennemføres som regel i løbet af to møder af to timers varighed. Risikomanageren udarbejder på baggrund af analysen en rapport, der først godkendes af teamet, hvorefter den bliver sendt til hospitalets øverste ledelse til godkendelse. Herefter bliver der taget stilling til, hvordan man sikrer læring først og fremmest lokalt, hvor hændelsen skete, men også på tværs af hospitalet og evt. på tværs af et amt. Endelig skal resultatet af ana-



lysen sendes til det nationale rapporteringssystem for utilsigtede hændelser.

Sygeplejersker, der har deltaget i kerneårsagsanalyser, har ud fra mine erfaringer som risikomanager været tilfredse med, at sådanne analyser kan gennemføres sagligt, fagligt og ved en åben dialog i teamet. Der er trods alt tale om en følsom situation, hvor

””Det sker ikke hos os!” Det er ord, der indebærer skyklapper for øjnene og begrænser evnen til at få øje på risici, der kan foregribes, før der sker en hændelse.”

en patient utilsigtet blev skadet. Udtrykket det andet offer (3) henviser til, at der ud over patienten, der er det første offer, kan være professionelle, der er dybt påvirkede af det skete.

Personalet skal debriefes

Her er det værd at bemærke, at der naturligvis skal ske en opfølgning, umiddelbart efter at en utilsigtet hændelse er sket. Patientens fortsatte behandling skal sikres, og det er korrekt at beklage det skete over for patienten. For de professionelle vedkommende bør der ske en debriefing, men det skal foregå uafhængigt af kerneårsagsanalysen. Kerneårsagsanalysen har alene fokus på

problemer med arbejdstilrettelæggelse og sikkerhedsforanstaltninger og ikke de eventuelle følelsesmæssige reaktioner hos de involverede. Dog har jeg deltaget i analyser, hvor medlemmer af teamet er blevet vrede eller kede af det. Her er det min erfaring, at det kollegiale sammenhold træder til og måske endog bliver

”I arbejdet med at opnå øget patientsikkerhed er kerneårsagsanalysen at sammenligne med andre sektors havarikommissioner.”

styrket, fordi teamets medlemmer har en fælles interesse i at skabe større sikkerhed for patienterne.

Af og til får jeg stillet spørgsmålene: ”Kan vi være sikre på, at ændringer som følge af kerneårsagsanalyser ikke blot giver nye huller i sikkerhedssystemerne?” ”Hvordan ved du, at det hjælper?” Til det vil jeg svare, at to væsentlige forhold gør sig gældende. For det første skal man være bekendt med de mest effektive principper for sikkerhed. For det andet kan kerneårsagsanalysen ikke stå alene, den er et supplement til de øvrige initiativer, der ligger i arbejdet med patientsikkerhed (se faktaboksen ”Effektive principper for patientsikkerhed” på side 24).

Målet er en sikkerhedskultur

Kerneårsagsanalysen er et element blandt øvrige tiltag, der omhandler patientsikkerhed. Her tænker jeg bl.a. på dagligdagens systemer, der sikrer, at den rette patient bliver opereret det rette sted, og at den rette patient får den rette medicin på rette måde. Jeg tænker på kontrolforanstaltninger, der sikrer korrekte blodprøve- og biopsivar. Og ikke at forglemme de tekniske systemer, der sikrer it, telefonsystemer, elektricitet, vand, varme og forsyninger af ilt og medicinske gasser, også i nødsituationer.

Kerneårsagsanalysen er et valg blandt andre metoder. Metoden er reaktiv og tages udelukkende i anvendelse, når den alvorlige utilsigtede hændelse er sket. Metoden er velegnet pga. sin systematik og den tænke måde, der ligger bag. Den er velegnet, fordi den er med til at skabe en sikkerhedskultur dels hos de personer, der deltager i analyserne, dels hos de ledere, der er ansvarlige for at gennemføre handlingsplaner og formidle resultater.

Kerneårsagsanalyser er et skridt på vejen mod en sikkerhedskultur, der tillige inkluderer proaktive analyser, hvor man identificerer risici, før de udløser en utilsigtet hændelse.

I arbejdet med at opnå øget patientsikkerhed er kerneårsagsanalysen at sammenligne med andre sektors havarikommissioner. Her er der tale om Sundhedsvæsenets havarikommission, hvor man ved en dybtgående analyse undersøger, hvorfor det gik galt.

Dog er der en væsentlig forskel, idet kerneårsagsanalysen ikke pålægger ansvar hos enkeltpersoner. Et spørgsmål, der aldrig bliver stillet i analysen, er: Hvem har skylden? Udgangspunktet er, at de involverede handlede med omhu og samvittighedsfuldhed. Når ulykken alligevel kunne ske, må det henføres til utilstrækkelige systemer i organisationen. At hændelsen skete for netop den patient, var forfærdeligt. At netop nogle bestemte professionelle var involveret, var slemt. Men fordi der var huller i sikkerhedssystemet, kunne det være sket for en anden patient og for andre professionelle.

En sådan tilgang er understøttet af § 6 i Lov om Patientsikkerhed (3):

”En sundhedsperson, som rapporterer en utilsigtet hændelse, kan ikke som følge af sin rapportering underkastes disciplinære undersøgelser og foranstaltninger af ansættelsesmyndigheden, tilsynsmæssige reaktioner af Sundhedsstyrelsen eller strafferetlige sanktioner af domstolene.”

Paragraffen betyder, at sundhedspersoner er beskyttet mod sanktioner som følge af selve rapporteringen og den sagsbehandling og analyse, der finder sted. Det skal dog nævnes, at den samme hændelse kan give anledning til påtale, såfremt patienten vælger at klage til Patientklagenævnet og her får medhold i sin klage.

For god ordens skyld må det også nævnes, at skulle det forekomme, at en patient bliver skadet på grund af forsømmelse eller misbrug af alkohol eller medicin hos en ansat, så har kerneårsagsanalysen intet ærinde. Her skal de bemyndigede systemer træde til.

Elisabeth Brøgger Jensen er risikomanager i H:S

Enhed for patientsikkerhed.

elisabeth.broegger.jensen@hh.hosp.dk

Litteratur

1. Jensen EB. Kerneårsagsanalyser. Kompendium for risikomanagere og andre med ansvar for analyse af utilsigtede hændelser. Dansk Selskab for Patientsikkerhed august 2004.
2. Hermann et al. Rekommandationer for rapportering af utilsigtede hændelser på sygehuse. Forskningscenter Risø september 2002.
3. Lov om Patientsikkerhed i sundhedsvæsenet af 10. juni 2003. Kan downloades fra Dansk Patient-Sikkerheds-Database, www.dpsd.dk

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Jensen EB. The Danish National Health Service Accident Investigation Board finds the cause. *Sygeplejersken* 2006;(10):24-7.

The root cause analysis method is applied when analysing serious accidental incidents. This analysis answers the following questions: What happened?, Why could it happen? How do we prevent it from happening again? The individual analysis is carried out by an interdisciplinary team with participants either directly or indirectly involved in the actual incident. The management of the unit or of the hospital must always be represented on the team, as the analysis will bring about proposals for change in order to optimize the safety systems within the unit and/or the hospital. Decision-making competence is therefore required. Data collection, preparation and report writing is the responsibility of a risk manager, who is trained in the methodology and is conscious of patient safety. Nurses who have taken part in root cause analyses are satisfied that the method provides an opportunity to carry out a factual review of an incident, in which a patient has suffered accidental injury as the result of examination, treatment or care. The root cause analysis supplements learning from a specific incident, but is also part of the creation of a culture, in which patient safety becomes part of the day-to-day routine.

►► **89 PATIENTER MEDVIRKEDE I UNDERSØGELSEN I RØDEKRO.** Undersøgelsen omfatter medicinlister hos patienter bosat i Rødekro Kommune, som i uge 6, 2005 var registreret til at modtage hjemmesygepleje til administration af deres lægemiddelordnede medicin. Det gjaldt for 106 patienter, hvoraf 17 udgik ifølge eksklusionskriterierne. Eksklusionskriterierne er patienter, som i perioden 14.-28. februar 2005: – er indlagt eller bortrejst i hele perioden – flytter ind på plejehjem i perioden – dør i perioden – helt eller delvist får dosispakket medicin – overgår til dosispakket medicin i perioden – ikke forstår dansk – er så psykisk svækkede, at de ikke kan give samtykke, og hvor der ikke er pårørende, som på patientens vegne kan give samtykke. Alle 89 inkluderede patienter gav samtykke til undersøgelsen, og samtlige praktiserende læger afleverede medicinliste, så sammenligningen kunne foretages for alle 89 patienter. Undersøgelsen er et led i kvalitetssikring af medicin-håndteringen i hjemmesygeplejen i Rødekro Kommune og er gennemført som led i afgangsprøve i den sundhedsfaglige diplomuddannelse i klinisk kvalitetsudvikling. Læs mere om materiale og metode på www.sygeplejersken.dk under denne artikel "Mange fejl i medicinlister."

Fejlmedicinering. Nogle patienter får ikke den medicin, der er ordineret, mens andre risikerer at få mere medicin, end de har behov for. Flest fejl sker for hjertemedicin. Det er nogle af resultaterne af en sammenligning af medicinlisterne mellem hjemmeplejen i Rødekro Kommune og de praktiserende læger.

Mange fejl i

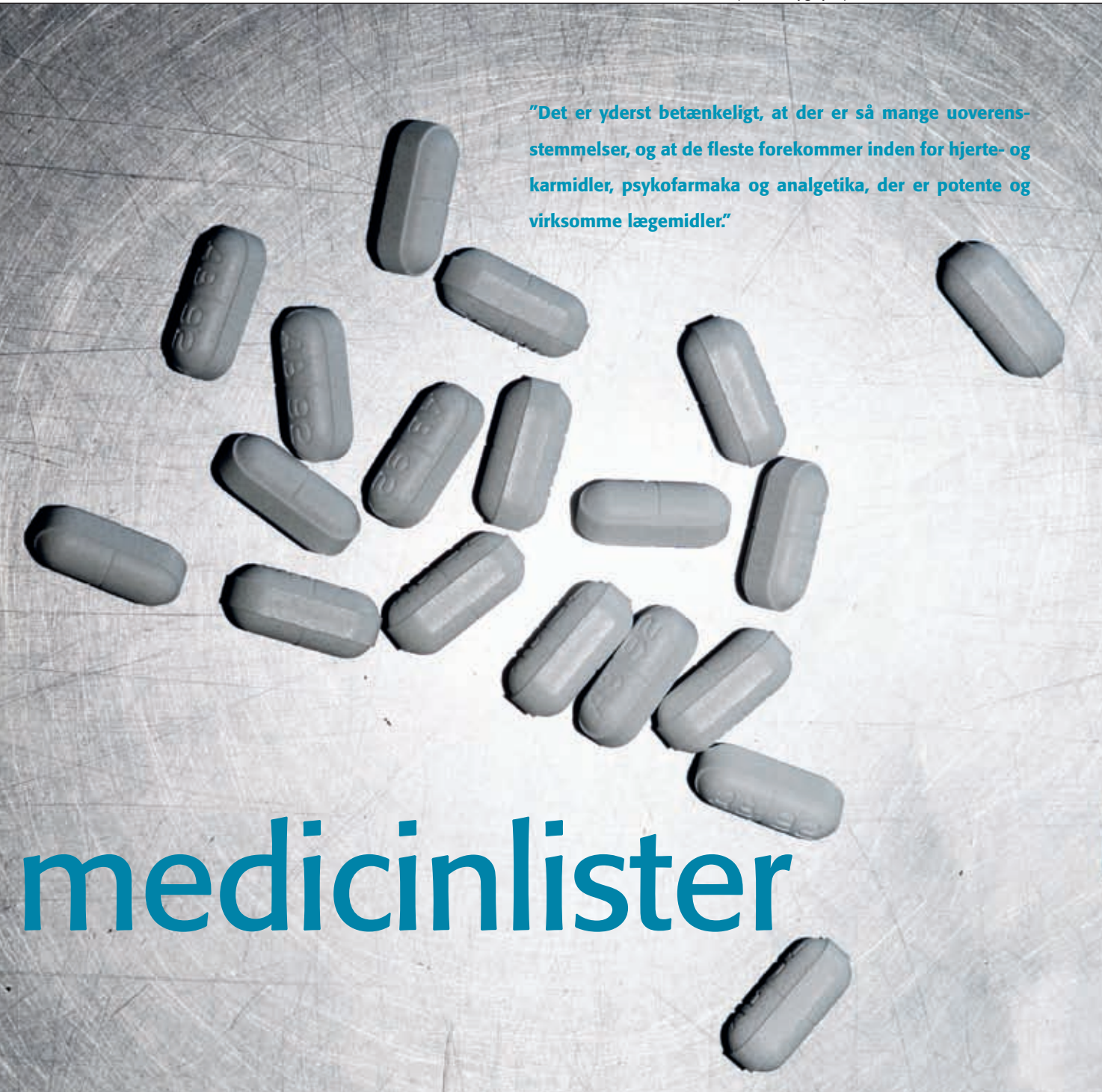
Under halvdelen af medicinlisterne stemte overens, da hjemmesygeplejens og praktiserende lægers medicinlister blev sammenlignet i Rødekro Kommune i 2005. Af undersøgelsen fremgik det desuden, at de fleste uoverensstemmelser var opstået i forbindelse med ændringer i ordinationer foretaget af egen læge, samt at hovedparten af uoverensstemmelser vedrørte hjerte- og kar-midler og diuretika.

Undersøgelsen omfattede 89 patienter, som fik i alt 591 forskellige lægemidler. Ud af medicinlisterne for de 89 patienter var der fejl i 51 lister med i alt 138 uoverensstemmelser.

Over halvdelen af uoverensstemmelserne var opstået i forbindelse med, at praktiserende læge havde ordineret eller seponeret et lægemiddel eller ændret døgndosis for en bestående ordination. Omkring en tredjedel af uoverensstemmelserne var opstået i forbindelse med, at patienterne havde været indlagt på sygehuset.

Forkert medicin

Den efterfølgende analyse bestod i at kontakte de praktiserende læger vedrørende samtlige 138 uoverensstemmelser på de 51 me-



“Det er yderst betænkeligt, at der er så mange uoverensstemmelser, og at de fleste forekommer inden for hjerte- og karmidler, psykofarmaka og analgetika, der er potente og virksomme lægemidler.”

medicinlister

dicinlister. Analysen afdækkede, at hjemmesygeplejen havde registreret de korrekte ordinationer på 38 af listerne, mens registreringerne på 12 lister var forkerte i forhold til den faktiske lægeordination. For én medicinliste var det ikke muligt at afklare, om hjemmeplejen har registreret korrekt, fordi der var uoverensstemmelse mellem sygeplejerapportens medicinliste fra sygehuset og epikrisen fra sygehuset.

Undersøgelsens resultater er ikke overraskende, da det svarer til sygeplejegruppens opfattelse af forholdene, og det understøttes af en norsk undersøgelse (1).

På trods af det store antal uoverensstemmelser var tallet i Røddekro Kommune lavere end i den norske undersøgelse, som viste 229 uoverensstemmelser på 90 medicinlister. Metoden i den danske undersøgelse følger metoden i den norske undersøgelse. Men i den norske undersøgelse var der en væsentlig frafaldsgruppe, hvad der ikke var i den danske.

I hjemmesygeplejen i Røddekro er der for to år siden udarbejdet en medicinbehandlingsinstruks. Sygeplejerskerne har derfor haft opmærksomheden rettet mod kvalitetsproblemer i håndteringen af medicin. Bl.a. genbestilte sygeplejerskerne medicin ved ►

►► TABEL 1. 138 UOVERENSSTEMMELSER PÅ 51 MEDICINLISTER

Graden af overensstemmelse på det enkelte lægemiddel

Koder	Antal overensstemmelser	Antal uoverensstemmelser	Antal sammenligninger
Overensstemmelse på lægemiddel og døgndosis	526		
Overensstemmelse på lægemiddel, men lægens døgndosis er højere end hjemmesygeplejens		16	
Overensstemmelse på lægemiddel, men lægens døgndosis er lavere end hjemmesygeplejens		16	
Lægen har registreret et lægemiddel, som ikke fremgår af hjemmesygeplejens medicinliste		43	
Hjemmesygeplejen har registreret et lægemiddel, som ikke fremgår af lægens medicinliste		63	
I alt	526	138	664

Kilde: Egne data 2005.

- at faxe hele medicinlisten til lægen. Lægen havde derfor mulighed for at få et overblik over hjemmesygeplejens aktuelle medicinliste til patienten.

I 63 tilfælde (se tabel 1) fik patienterne ifølge undersøgelsen medicin, som ikke figurerede på den praktiserende læges medicinliste. Konsekvensen heraf var, at lægen ved nye ordinationer ikke havde et samlet overblik over, hvad patienten fik i forvejen.

Den norske undersøgelse afdækkede på samme måde som den danske, at der var forskel på antallet af uoverensstemmelser inden for de forskellige lægemiddelgrupper (se tabel 2 side 31).

I 73 tilfælde er uoverensstemmelsen ifølge hjemmesygeplejens elektroniske patientjournal opstået i forbindelse med, at den praktiserende læge har seponeret, ordineret eller ændret en dosis. Det tyder på fejl enten i hjemmesygeplejens eller i den praktiserende læges registrering.

Flest fejl ved hjertemedicin

Det er yderst betænkeligt, at der er så mange uoverensstemmelser, og at de fleste forekommer inden for hjerte- og kar-midler, psykofarmaka og analgetika, der er potente og virk-

”Det er tankevækkende, at patienterne ifølge undersøgelsen i gennemsnit får over seks lægemidler.”

somme lægemidler (se tabel 2). Patientsikkerheden påvirkes af den manglende overensstemmelse. En mulig forklaring på det store antal uoverensstemmelser på lige netop disse lægemiddelgrupper kan være, at der hyppigt sker ændringer i behandlingen.

42 uoverensstemmelser ud af de 138 var opstået i forbindelse med indlæggelse. Sundhedsstyrelsens evaluering af ind-

førelse af fælles medicinskema på sygehusene pr. den 1. juni 2003 viser netop, at udskrivelse er det tidspunkt i indlæggelsesforløbet, hvor der er størst risiko for fejl ved overførsel af informationer om medicineringen (3).

Stort medicinforbrug

Det er tankevækkende, at patienterne ifølge undersøgelsen i gennemsnit får over seks lægemidler. Den norske undersøgelse, som blev gennemført fire år tidligere, viste, at patienterne i gennemsnit fik 5-6 lægemidler. *Ishay Barats* undersøgelse afdækkede, at de patienter, som modtog hjælp til medicinadministration, i gennemsnit fik 5,5 lægemiddel. Derudover viser en dansk undersøgelse af *Ishay Bara* fra 2001 blandt 75-årige, at to tredjedele fik tre eller flere lægemidler, og at de patienter, som modtog hjælp til medicinadministration, i gennemsnit fik 5,5 lægemidler (2). Alle tre undersøgelser viser et stort lægemid-

delforbrug, som kan hænge sammen med øgede medicinske behandlingsmuligheder.

I sygehusområdet er der indført fælles medicinark med henblik på at forbedre patientsikkerheden inden for sygehusområdet. I primær sektor har den praktiserende læge sit ordinationssystem og hjemmesygeplejen et andet medicinadministrationssystem. Desuden foregår der et samarbejde om patientens medicinering med privatpraktiserende speciallæger, gerontopsykiatere, palliative team og sygehuslæger, som har hver deres ordinationssystem. Taget i betragtning at der er mange aktører i forhold til den enkelte patients medicinering, og der er tale om flerstrengede systemer, er det forståeligt, at der opstår uoverensstemmelser. En løsning kunne være at iværksætte en målrettet indsats i et samarbejde mellem hjemmesygepleje, praktiserende læger og sygehuse.

Unødvendige bivirkninger

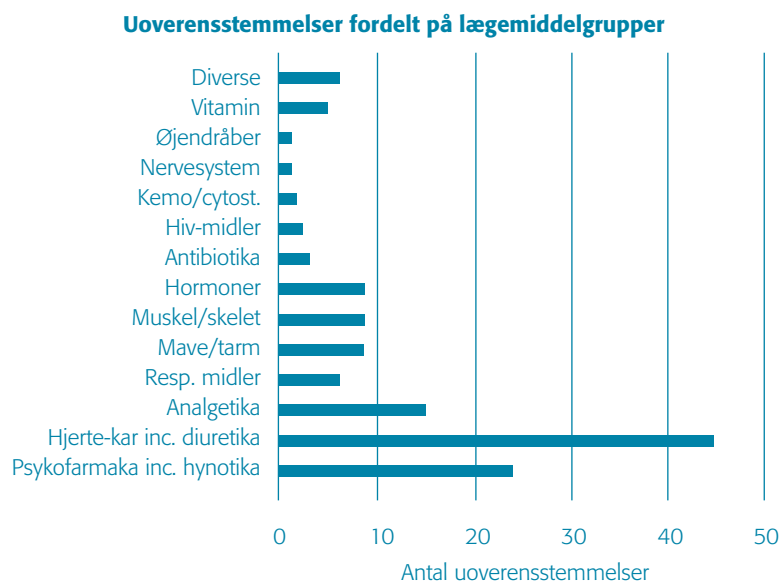
Den manglende overensstemmelse mellem lægernes medicinlister og hjemmesygeplejens medicinlister har konsekvenser på flere fronter. I en vis udstrækning får patienterne ikke den medicin, der er ordineret, og muligvis får de mere medicin, end de har behov for.

Det betyder, at patienterne risikerer unødige bivirkninger og flere sygehusindlæggelser. Det høje medicinforbrug medfører desuden store medicinudgifter for den enkelte patient. Samlet set betyder resultaterne af undersøgelsen, at patienterne kan opleve en negativ indflydelse på deres livskvalitet, og at de risikerer en negativ påvirkning af helbredet.

Samfundsmæssigt betyder et unødigt højt medicinforbrug øgede medicinudgifter i sundhedsvæsenet (4). Samtidig medfører et stort medicinforbrug et øget unødvendigt antal indlæggelser, som ud over at belaste sygehusudgifterne også påvirker sygehusområdet i form af længere ventelister.

En meget stor del af hjemmesygeplejerskernes tid anvendes

► TABEL 2. FLEST FEJL HANDLER OM HJERTEMEDICIN



til medicin håndtering, men tidsforbruget stiger, når der er uoverensstemmelser og uklarheder. Det opleves irrationelt og ineffektivt at rette op på fejl og uoverensstemmelser.

Medicin håndtering beslaglægger mellem 25 og 40 pct. af sygeplejersressourcerne i hjemmesygeplejen (5). 8-15 pct. af alle indlæggelser på sygehuse i Danmark er lægemiddelrelaterede,

“Det optimale ville være et fælles elektronisk medicinark mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen, hvilket formentlig vil blive løsningen i fremtiden.”

og blandt ældre patienter skyldes 31 pct. af indlæggelserne direkte lægemiddelbehandlingen (6). Det er derfor yderst relevant at kvalitetssikre medicin håndteringen i hjemmesygeplejen. En korrekt medicinliste er den første forudsætning for, at hjemmesygeplejersken kan udføre en korrekt medicindosering til patienten.

Uoverensstemmelser er i modstrid med et krav og et ønske om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, og det er fagligt utilfredsstillende at være vidende om, at der er usikkerhed forbundet med det arbejde, man udfører.

Elektronisk medicinark er løsningen

Det optimale ville være et fælles elektronisk medicinark mellem praktiserende læger og hjemmesygeplejen, hvilket formentlig vil blive løsningen i fremtiden f.eks. i form af den elektroniske medicinprofil. Indtil da mener jeg, at en større overensstemmelse mellem hjemmesygeplejens medicinliste og den praktiserende læges medicinliste skal opnås ved, at hjemmesygeplejen i samarbejde med de praktiserende læger finder frem til en samarbejdsform, herunder en kommunikationsform, der er hensigtsmæssig for begge parter. F.eks. kunne der være tale

om en systematisk gennemgang af medicinlisten, elektronisk medicinbestilling og elektronisk korrespondance.

*Aase Koch er ansat i Rødekro Kommune.
soak@roedekro.dk*

Litteratur

1. Rognstad S, Straand J. Vet fastlegen hvilke mediciner hjemmesygeplejen gir patientene? Tidsskrift Nor Lægeforen 2004;124:810-2.
2. Sundhedsstyrelsen. Medicinhåndtering og anvendelse af fælles ordinationsark på landets medicinske afdelinger: 2004.
3. Bara I. Drug Therapy in the elderly: What doctors believe and patients actually do. Br J Clin Pharmacol 2001;51:615-22.
4. Dagens Medicin. Ældre får unødvendig medicin for 200 mio. www.dagensmedicin.dk/art.asp?ID=2295 Printet den 11. marts 2005.
5. Devoteam. Fischer & Lorenz. Kortlægning af praksis for medicin håndteringen i den kommunale hjemmepleje. Version 1.1 den 24. september 2003. http://e.gov.dk/uploads/media/Medicinering_bilag2_kommunal_hjemmesygepleje.pdf Printet april 2006.
6. Lægemiddelstyrelsen. Brug medicinen bedre – Perspektiver i klinisk farmaci. Versionsdato: 29. juni 2004. http://www.laegemiddelstyrelsen.dk/publikationer/netpub/rapporter/brug_medicin_bedre/index.htm. Printet april 2006

► ENGLISH ABSTRACT. Koch Aa. Medication lists are full of errors. Sygeplejersken 2006;(10):28-31.

Medication lists for 89 patients cared for by the district nurse were compared with GP's lists within the same municipality. Discrepancies were uncovered and analyses were performed to ascertain, how they had occurred, and which factors might have an influence on their number.

Results. Discrepancies in either drug or daily dose were found in 57% of patient cases. These discrepancies mainly occurred in connection with the GP's prescriptions or when the patient was being admitted to hospital. The majority of discrepancies were found within cardio-vascular medication. Each patient was given an average of more than six drugs. Despite discrepancies in 51 medication lists, the registration made by the district nurse was wrong in only 12 of the cases when compared to the physician's actual prescription.

Interpretation. Discrepancies could result in the patient not being given the prescribed medication or alternatively being given more drugs than they need. This affects not only the patient, but also has socio-economic effects and is unsatisfactory from a nursing point of view. Quality development of the area is required.

Keywords: district nurse, medication list, discrepancies, quality development.

Direkte. Hygiejneeksperterne på sygehusene i Hovedstadens Sygehusfællesskab møder jævnligt medarbejderne midt i det daglige arbejde. Det sker ved hygiejneaudit, en pædagogisk metode, hvor test og undervisning er kombineret.



Må vi se dig spritte

Det er personligt, i øjenhøjde, og det virker. Hygiejneaudit er en pædagogisk metode, hvor hygiejnesygeplejersker og kliniske mikrobiologer fra sygehusene i Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S) kommer ind på afdelingerne og snakker med tilfældigt udvalgte medarbejdere. Formålet er at undersøge, om de ansatte kender hospitalets infektionskontrolprogram, og om de bruger det i praksis (se faktaboksen "Test din viden om hygiejne" på side 33).

Omkring en ud af tre hospitalserhvervede infektioner kan nemlig undgås, hvis medarbejderne overholder en række enkle regler om hygiejne.

En hygiejneaudit er test og undervisning kombineret. Samtalerne er afslappede, men målrettede, og de foregår lige dér, hvor problemerne opstår. Det er f.eks. ved håndvasken, i skyllerummet eller ved madvognen. Ved en typisk hygiejneaudit går audi-

tørerne rundt og taler med forskellige medarbejdere. Et spørgsmål ved de personlige samtaler kan være: "Hej, må vi se dig spritte hænder?" Så viser medarbejderen, hvordan hun eller han

"Vi spiller på samme hold, og vi skal vinde kampen over hospitalsinfektionerne, sådan kan holdningen hos auditører beskrives kort og populært, og den holdning har vist sig at have effekt."

spritter hænderne, f.eks. om de vifter dem tørre i luften, hvilket er forkert, eller om de korrekt gnider hænderne tørre mod hinanden.

Den personlige samtale kan også udspille sig ved computeren,

Af Bettina Lundgren, overlæge, Lene Junker, hygiejnesygeplejerske, og Hanne Duvå, pressechef • Foto: Thomas Willads



►► TEST DIN VIDEN OM HYGIEJNE.

Eksempel på spørgsmål fra hygiejneaudit. Her er fem spørgsmål, som hygiejneeksperterne stiller tilfældigt udvalgte medarbejdere under en audit. De er formuleret, så de kan bruges som tjekliste til f.eks. et personalemøde:

1. Hvad er bedst til at fjerne bakterier og virus fra hænderne, håndsprit eller vand og sæbe?
 2. Hvad skal der ske med en patient, der indlægges/overflyttes fra et hospital i f.eks. Frankrig?
 3. Hvor mange af jeres patienter får sårintektioner efter en operation, og er det noget, man overvåger i afdelingen?
 4. Hvordan opbevares sterile varer?
 5. Hvor længe må et perifert venekateter/centralt venekateter (CVK) ligge, før det skal skiftes?
- Svarene findes på side 34.

hænder?

hvor vigtige retningslinjer om hygiejne sommetider er svære at finde for medarbejderne. Så kan spørgsmålet lyde: "Kan du vise os, hvordan du finder hospitalets regler for isolation ved særligt smitsomme sygdomme på intranettet?"

Der auditeres bl.a. på de hygiejniske retningslinjer og vejledninger, der er beskrevet på de enkelte hospitalers intranet om infektionshygiejne. F.eks. vejledninger om isolation ved forskellige sygdomme, eller hvordan korrekt håndhygiejne udføres.

Under en audit får de ansatte hjælp til at finde ud af, om de har styr på reglerne. Samtidig svarer eksperterne fra hygiejneorganisationen på spørgsmål, der er specifikke for afdelingen. Hvis en afdeling har en uhensigtsmæssig arkitektur, kan et spørgsmål fra en medarbejder f.eks. lyde: "Kan I vise os, hvordan vi bedst sikrer hygiejnen her i jeres skyllerum?"

Håndhygiejne er et af de højest prioriterede områder inden for

infektionshygiejnen i H:S. En forbedring på netop det område har kolossal betydning for, om hospitalerne har succes med at reducere smittespredning og infektioner.

Audit på hygiejneområdet startede i 2001, da H:S skulle akkrediteres for første gang af Joint Commission International. Et krav var, at hospitalerne skulle indføre en metode til at sikre en systematisk overvågning af området.

Rollemodeller forbedrer hygiejnen

Ud over de personlige samtaler med medarbejderne er gruppesamtalen ofte et nyttigt værktøj som en del af en audit. Den åbner for en ærlig dialog om problemer, og den kan bruges til at få formidlet viden fra erfarne til mindre erfarne ansatte i afdelingen.

Gruppesamtalen kan foregå ved kaffebordet i personalerum- ►

► met. Her er en gruppe medarbejdere samlet på tværs af faggrænserne. Så sætter auditørerne sig og får en kop kaffe med personalet, det kan f.eks. være hygiejnesygeplejersken og speciallægen i mikrobiologi. Dialogen kommer bedst i gang, hvis man kan få erfarne medarbejdere til at fortælle om problemer og stille spørgsmål. De fungerer som rollemodeller og giver de mindre erfarne mod til at åbne op og spørge om det, de ikke ved.

Efter en audit skriver auditørerne en rapport til afdelingsledelsen på baggrund af de personlige samtaler, gruppesamtalen og observationer i afdelingen. Rapporten beskriver de problemer, afdelingen bør eller skal forbedre til næste besøg fra hygiejneorganisationen. På den måde bliver lederne med jævne mellemrum inspireret til at sætte fokus på hygiejnen i deres afdeling. Rapporterne bliver også brugt til indsamling af data. Det tilstræbes, at H:S hospitalerne holder audit på alle afdelinger mindst en gang om året. På den måde når kendskabet til reglerne ud i alle kroge af hospitalet. Ved hvert besøg tjekker auditørerne, om der er rettet op på eventuelle problemer fra sidste gang.

Positiv holdning til hygiejnesygeplejersken

Vi spiller på samme hold, og vi skal vinde kampen over hospitalsinfektionerne, sådan kan holdningen hos auditørerne beskrives

►► SVAR PÅ SPØRGSMÅL SIDE 33.

1. Håndsprit.
2. Patienten isoleres og podes for at undersøge, om han skulle være koloniseret med resistente bakterier, herunder stafylokokker (MRSA).
3. Nogle afdelinger skal overvåge antallet af postoperative infektioner, personalet skal vide, om deres afdeling deltager i overvågning, og have data præsenteret.
4. I lukkede skabe eller rum, 30 cm over gulvet.
5. Perifert venekateter skal skiftes efter tre døgn, CVK må ligge, så længe det fungerer, og der ikke er infektionstegn.

kort og populært, og den holdning har vist sig at have effekt. Hygiejneeksperterne er blevet medspillere, ikke modspillere for medarbejderne.

Erfaringen i H:S er, at det direkte møde med medarbejderne skaber forståelse og entusiasme for at forebygge smittespredning og hospitalsinfektioner. Tillidsforholdet gør, at medarbejderne i dag selv ringer til hygiejneorganisationerne, når der er problemer og spørgsmål.

Den klassiske model for oplysning om hygiejne er auditorieundervisning, hvor fremmødet ofte er tilfældigt, og emnet kan virke fjernt og teoretisk for tilhørerne. Desuden er det med denne metode usikkert, hvor mange informationer der bliver videreformidlet til hele afdelingen.

Målet for H:S-hospitalerne er, at alle medarbejdere skal kende og i praksis bruge retningslinjerne i infektionskontrolprogrammet. Her har hygiejneaudit vist sig at være et effektivt værktøj.

*Bettina Lundgren er overlæge på klinisk mikrobiologisk afdeling 445 på Hvidovre Hospital. bettina.lundgren@hh.hosp.dk
Lene Junker er hygiejnesygeplejerske på Infektionshygiejnisk Enhed, afsnit 9101 på Rigshospitalet. lenejunker@rh.dk
Hanne Duvå er pressechef på Hvidovre Universitets Hospital.*

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond



DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond udbyder midler til sygeplejeforskning i 2007

DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond har til formål at yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af syge- og sundhedsplejen i Danmark og internationalt.

Fondsmidlerne kan søges af sygeplejersker, som er medlemmer af DSR. DSRs Sygeplejefaglige Forskningsfond vil i 2007 støtte forskningsprojekter, der primært retter sig mod sundhedsfremme og forebyggelse.

Ansøgningsskemaet findes på DSR's hjemmeside: www.dsr.dk under Job & Uddannelse -> Uddannelse -> Forskning.

Ansøgningen indsendes **senest den 23. oktober 2006** til:

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Lundgren B, Junker L, Duvå H. Show us how you disinfect your hands! *Sygeplejersken* 2006;(10):32-4.

Experience from the H:S group of hospitals tells us that as a tool, hygiene audits are efficient in ensuring that all employees are aware of and in practice follow the guidelines of the infection control program. Around one in three infections acquired in hospital could be prevented, if employees were to meet a number of simple rules of hygiene. Hygiene audits are an educational method combining tests and teaching. Audits are carried out by hygiene experts visiting smaller groups of employees in clinical units. The audits take place as relaxed, directive interviews at locations, where the problems occur: at the sink, in the utility room or at a hospital bed. The hospitals within H:S carry out hygiene audits of all their units at least once a year. This ensures that all necessary knowledge reaches all employees and results in continuous improvements. During each visit, the auditors check that any previously occurring issues have been dealt with.

H:S is a public group of six hospitals in Copenhagen, the capital of Denmark.

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på www.sygeplejeetiskraad.dk Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

35

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 23. maj kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

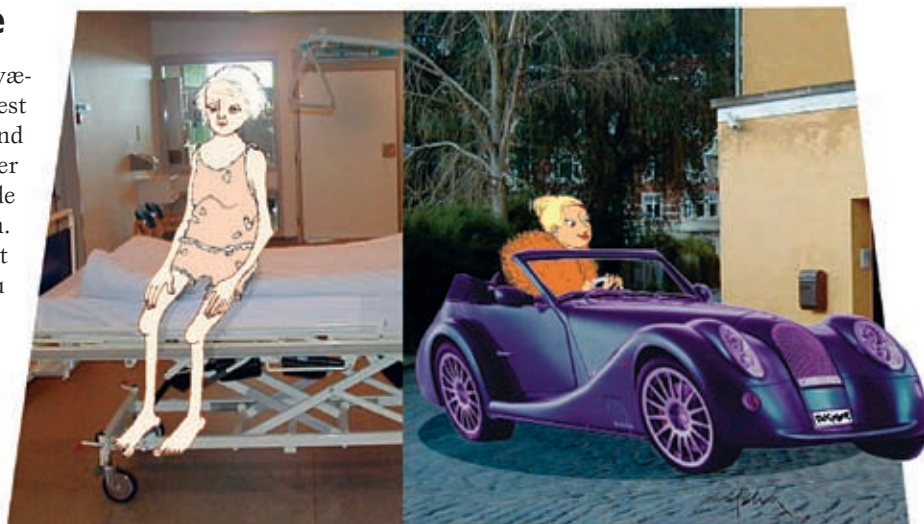
Mor behøver ingen ferie

Nina M. Andersen står der på døren til værelse 112. På Fru Andersens dåbsattest står der 1921. Fru Andersen er flyttet ind på plejehjemmet for et halvt år siden efter et langvarigt sygdomsforløb, som startede med, at hun faldt og brækkede hoften. Det kostede tre uger på hospitalet og et ophold på et rekreationshjem, som Fru Andersen selv betalte. Men hun kunne ikke klare sig hjemme trods megen hjælp. Fru Andersen glemte at spise, og hun faldt et par gange og blev indlagt på medicinsk afdeling. Nu er hendes store hus solgt, og hendes datter *Regitze* administrerer penge, opkrævninger og almindeligt forbrug.

Personalet ved, at Fru Andersen fik mange penge for huset, som hun havde beboet i 27 år. Derfor undrer det lederen af plejehjemmet, at Fru Andersen kun har gammelt hullet undertøj, og at hun ikke betaler penge ind til den årlige ferietur, som i år går til Gilleleje.

En samtale med datteren kaster ikke meget lys over sagen. Datteren er ikke videre imødekommende, og lederen får mistanke om, at Fru Andersens penge har fundet vej til datteren – helt uden om Fru Andersen.

Hvad skal lederen af plejehjemmet gøre, når hun har mistanke om, at Fru Andersen bliver snydt af sin datter?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 9

Ömer fra Tyrkiet har ledsaget sin kone *Nesrin* på hospitalet, hvor de på gynækologisk afdeling bliver mødt af sygeplejersken *Gerda*. *Ömer* vil ikke hilse, da *Gerda* med fremstrakt hånd byder ham velkommen på afdelingen.

Find et alternativ

Det er sygeplejerskens opgave at vise respekt og omsorg for de pårørende. Derfor må det, der diskuteres i kaffestuen, være spørgsmålet om, hvordan denne respekt for *Nesrins* mand kan vises. *Ömer* er (formentlig) muslim, og ifølge Koranen må han ikke have fysisk kontakt med en kvinde uden for familien. Dette må sygeplejersken respektere, og hun må finde en alternativ måde, hvorpå hun kan hilse på *Ömer*.

Elsebeth Vesterheden,
afdelingssygeplejerske,
medlem af det Sygeplejeetiske Råd.

Respektér hans bøn

Gerda skulle stille og roligt have ventet med at præsentere sig, indtil *Nesrin* var kommet anstændigt og værdigt under dynen. *Gerda* burde have respekteret ægtefællens bøn, fuldstændig som hvis en dansk pårørende havde knælet med foldede hænder og bedt, dvs. ladet ham være. Desuden skulle hun med lav stemme have præsenteret sig for *Nesrin* fra modsatte side af sengen.

Den efterfølgende faglige drøftelse mandede heldigvis ud i et godt og informativt indlæg fra en yngre kollega, som tilbød at arrangere en halv temadag om anden etnisk opfattelse af sygdom og død.

Anne-Grete Westergaard,
sygeplejerske, Lyngby.

Arbejd videre

I de sygeplejeetiske retningslinjer står der sort på hvidt: at man skal behandle alle ens

og med respekt. At plejepersonalets personlige høflighed fornærmes, skal ikke overskygge *Gerdas* professionalisme. Hun skal arbejde videre, som om intet var hændt.

Andreas Lund Andersen,
1.-semester-sygeplejestuderende
på CVSU-Fyn, Odense.

Det er forbudt

Det er religiøst betinget, at *Ömer* ikke rækker *Gerda* hånden. Mange muslimske mænd og kvinder giver ikke hånden til hilsen, fordi det er haram (forbudt) at give hånden til det modsatte køn i islam. *Gerda* kunne i denne situation ikke have handlet anderledes, men næste gang kunne hun bare nikke med hovedet.

Nilufer Colak, sygeplejerske,
KAS Glostrup, N28.

Se alle indkomne besvarelser på
www.sygeplejersken.dk

For tidligt fødte børns for

Forældrevejledning. Forældrene til for tidligt fødte børn ønsker mere information, før de udskrives. Ved at forberede forældrene bedre vil man kunne mindske forældrenes angst for at komme hjem med det lille barn, opnå større forældrefærdigheder og mindske antallet af genindlæggelser.



ARKIVFOTO: CHRISTOFFER ASKAMAN/SCANPIX

Neonatalsygeplejersker kan blive bedre til at forberede familier på udskrivelsen og dermed lette overgangen fra sygehuset til eget hjem.

Sygeplejersker på neonatalafdelingerne mener nok at vide, hvilken information forældre til for tidligt fødte børn har brug for, inden deres barn bliver udskrevet. Et studie viser dog, at forældrene har andre, men velbegrundede ønsker til den optimale udskrivelse. Studiet har resulteret i en række anbefalinger til den moderne neonatalsygepleje.

I Danmark er 6 pct. af alle børn født før 37. GA (Gestationel

alder, hvilket svarer til graviditetsuger). Det svarer til ca. 4.000 børn om året.

Hvert år fødes ca. 100 børn mellem 23. og 25. GA i Danmark. For børn født i 24. GA er der 50 pct. chance for overlevelse. For børn, der er født i 25. GA, er der 75 pct. chance for overlevelse (1).

Inden for de sidste 12 år er antallet af for tidligt fødte børn

ældre ønsker klar besked

steget med 40 pct. i Danmark. Der er flere årsager til denne stigning, men den mest oplagte er den forbedrede fertilitetsbehandling, som giver flere flerfoldsfødsler, hvilket ofte resulterer i små børn, som fødes for tidligt. Desuden har kvinder i dag en højere alder, når de får børn (2,3,4).

Det er ikke omkostningsfrit at blive født for tidligt. Det er dokumenteret, at børn født før 28. GA har 10 pct. risiko for handicap og 20 pct. risiko for reduceret intelligens (1). For tidligt fødte børn har ofte problemer med at komme i trivsel, har et dårligt søvnmønster, senere udvikling og en speciel adfærd (5,6). Det medfører, at børnene har særlige behov både under indlæggelsen, og når de er kommet hjem, i form af pleje/behandling, efterforløb og kontrol.

Der er foretaget mange undersøgelser vedrørende graviditet, tilknytning til barnet, relationerne mellem mor/barn og faktorer, som berører det at blive forældre og være på en neonatalafdeling, men overgangen fra neonatalafdelingen til hjemmet er ikke særlig godt beskrevet. Allerede i 1990 satte *Kenner og Lott* (7) fokus på, hvor vigtigt det er at planlægge udskrivelsen fra neonatalafdelingen. Denne planlægning har dog primært været baseret på personalets syn på, hvad der var vigtigt for forældrene, frem for på hvad forældrene syntes var vigtigt.

Litteraturen viser, at forældrene gerne vil have mere information, før de udskrives (8,9,10). Ved at forberede forældrene godt vil man kunne mindske forældrenes angst for at komme hjem med det lille barn, opnå større forældreferdigheder og mindske antallet af genindlæggelser (11).

Derfor har dette område været interessant at undersøge med det formål at finde ud af, hvilke behov for vejledning forældrene har, når deres for tidligt fødte barn udskrives fra en neonatalafdeling. Målet var at kvalificere vejledningen til forældre til for tidligt fødte børn, så de kan mestre den første tid hjemme.

Sandheden frem for alt

I forbindelse med forskningsprojektet på neonatalafdelingen i Viborg viste interviews med otte forældrepar, som havde været indlagt med deres barn på neonatalafdelingen i Viborg, at forældrene generelt var tilfredse med informationsniveauet. Alligevel var der flere, der syntes, at informationerne kunne være givet på en anden måde.

Forældrene udtrykte stor tilfredshed med udskrivningspjecen, som de havde fået udleveret på afdelingen. Denne pjeces ville forældrene have gennemgået sammen med en sygeplejerske, da de gerne ville have kombineret den skriftlige information med det mundtlige.

To mødre beskrev, at de var skuffede over den vejledning, de havde fået, fordi de følte, at den blev givet i forbifarten, når sygeplejersken alligevel var på stuen. Mødrene gav udtryk for, at de ville have, at sygeplejersken skulle være nærværende og til stede, når hun f.eks. gennemgik udskrivningspjecen med

dem. De ville have sygeplejersken for sig selv, og der skulle være sat tid af til gennemgangen, i stedet for at informationerne blev givet løbende samtidig med, at sygeplejersken gjorde noget med barnet.

Forældrene fortalte, at de havde spurgt sygeplejerskerne og de andre mødre på afdelingen om, hvad der skulle til, før man kom hjem. På den måde fik forældrene skabt et billede af, hvad der skulle til for at blive udskrevet med deres barn. Da forældrene havde disse retningslinjer for udskrivelsestidspunktet fra andre forældre, oplevede de, at de slet ikke var klar og blev meget forvirrede, når personalet talte om udskrivelse, før de forventede det. Derfor ville de gerne have besked i god tid om, hvordan og hvornår udskrivelsen skulle finde sted.

Familierne i studiet har haft forskellige længder af indlæggelser, og nogle har været indlagt på mere end en neonatalafdeling i forløbet. Det var generelt for alle, at de så frem til at skulle hjem. Der var dog flere forældre, der beskrev selve udskrivelsen med skuffelse, da de havde forventet, at man drøftede barnets forløb, snakkede om, hvordan opholdet havde været, og hvad man kunne forvente fremover i forhold til barnet. Denne opsamling syntes forældrene ikke, at de fik fra lægen og sygeplejerskerne på afdelingen.

Desuden var der flere, som sagde, at det var vigtigt for dem, at deres kontaktsygeplejerske var på arbejde den dag, de skulle udskrives.

Forældrene fortalte, at de havde et stort behov for at få mere at vide om de senfølger, man evt. kunne forvente. Statistisk vil mange for tidligt fødte børn få udviklingsproblemer senere i livet (2,5,6). Det er noget, forældrene har hørt fra andre forældre til for tidligt fødte børn eller læst sig til, og det har deres store interesse. De problemer, som kan opstå med barnet, efter det er blevet udskrevet fra neonatalafdelingen, er ikke nogle, personalet på afdelingen taler meget om. Et forældrepar fortalte, at de oplevede, at personalet ikke ville svare på, hvordan deres barn ville udvikle sig. De følte sig affærdiget. Flere forældre sagde, at de gerne ville vide, hvad de kunne forvente, så de kunne være opmærksomme på barnet. Forældrene ville frem for alt høre sandheden.

I dette projekt var der flere forældre, som havde problemer med at finde ud af, hvordan de skulle regne barnets alder ud. En mor gav udtryk for, at det var vanskeligt at finde ud af, hvordan barnet skulle stimuleres og tolkes. Hun oplevede, at barnet var uroligt, og det viste sig, at det ville have mere kontakt og ikke bare ville ligge stille, som det havde gjort i starten.

Forældrenes udtalelser viste, at der var nogle kompetencer eller færdigheder, de gerne ville have lært eller været klar over, inden de kom hjem. Problemerne opstod, når barnet opførte sig anderledes, end forældrene havde kompetence til at klare. Forældrene ville gerne have vidst mere om ganske almindelig spædbarnspleje, hvilket er normalt for de fleste, som bliver for-

►► **FORSKNINGSPROJEKT PÅ NEONATALAFDELINGEN I VIBORG.** Til forskningsprojektet på neonatalafdelingen i Viborg er anvendt det kvalitative forskningsinterview (12).

Dataindsamlingen fandt sted i 2004 ved at foretage interview med otte forældrepar, som havde været indlagt med deres barn på neonatalafdelingen i Viborg. Interviewene fandt sted i forældrenes eget hjem ca. seks uger efter udskrivelsen. Interviewene blev optaget på bånd og herefter transskriberet og analyseret.

Kriterierne for at deltage i projektet var, at forældrene skulle have været indlagt på neonatalafdelingen på Viborg Sygehus. Børnene skulle være født før 35. GA. Forældrene skulle være mindst 18 år og tale og forstå dansk eller engelsk.

Til analysen af datamaterialet har været anvendt *Kvales* model med seks analysetrin. (12). Ud fra denne model blev de otte interview kategoriseret og fundene samlet til fire hovedtemaer:

1. Forskellen mellem information og vejledning.
2. At lære af hinanden og følelsen af at være klar til at komme hjem.
3. Forskellen på at have et barn, der er født for tidligt og født til tiden.
4. Forældrekompetencer.

Projektbeskrivelsen blev godkendt af følgende etiske komiteer: DUHREC (Australsk etisk komité for Deakin Universitet, hvorfra mastergraden er taget), Viborg Sygeplejerskoles lokale etiske komité, Den videnskabetiske komité for Viborg og Nordjyllands Amter, afdelingsledelsen på børneafdelingen og sygehusledelsen på Viborg Sygehus.

Forældrene fik udleveret et invitationsbrev, hvor projektet var beskrevet. Desuden fik de mundtlig information om projektet. Forældrene skulle underskrive "Informeret samtykkeerklæring," hvis de ønskede at deltage i projektet. Det viste sig at være meget let at få informanter til projektet.

Før projektet kunne gå i gang, blev der foretaget en litteratursøgning på emnet. Litteratursøgningen er foretaget på databaserne CINAHL og PubMed. Der er blevet anvendt følgende søgeord: Premature infant and discharging, for tidligt fødte børn og udskrivelse og præmature børn. Et andet kriterium var, at artiklerne skulle være fra 1994-2004 på dansk, norsk, svensk eller engelsk. Søgningen gav 325 relevante artikler, hvoraf 42 var relevante for dette studie.

- ældre for første gang. En mor oplevede, at det var nemt nok, lige da de kom hjem, fordi barnet opførte sig, ligesom da de var på afdelingen, men da barnet begyndte at opføre sig mere modent, gav det problemer.

Anbefalinger til neonatalsygeplejersker

Dette projekt har vist, at det er vigtigt, at den skriftlige information kombineres med mundtlig information, da det, som flere forskere påpeger, er med til at forbedre kommunikationen generelt og øger informationernes gennemslagskraft (13,14,15).

Desuden forventer forældrene at få konkret viden – f.eks. oplysninger om vitaminer, mad osv., men også færdigheder/kompetencer i, hvordan man varetager plejen af det for tidligt fødte barn.

Man kan sammenligne de to former for viden med *Petersens* beskrivelser af vidensformerne: Den teoretisk-videnskabelige viden og den praktisk inkorporerede viden (16).

Den teoretisk-videnskabelige viden er en teori om praksis, som tager afsæt i den empiriske virkelighed. I projektet kom det til udtryk som den konkrete information fra f.eks. udskrivningspjecen.

Den praktisk inkorporerede viden er en viden, der implicit er til stede i handlinger, som sygeplejersken udfører, men den er ikke tavs eller skjult. Denne form for praktisk viden kunne opnås ved f.eks. at se, hvordan sygeplejersken gør ved badning og pusling.

Af interviewene fremgår det, at forældrene brugte hinanden til gensidig støtte under indlæggelsen. De snakkede indbyrdes om deres børn og sammenlignede børnenes forløb. Forældrene kunne tydeligt beskrive, hvad der skal til, før man kan blive udskrevet fra afdelingen. Forældrene kaldte det "retningslinjer for udskrivelsestidspunktet."

Hvis forældrene har et andet tidsperspektiv for udskrivelsen end personalet, kan det skabe kaos for dem. Nogle forældre oplevede, at det gik for stærkt, og valgte at blive på afdelingen et par dage ekstra for at føle sig klar til at komme hjem med barnet.

Derfor er det vigtigt, at personalet inddrager forældrene i overvejelserne om udskrivelsen, så forældrene føler sig parate

Ifølge afdelingens tjekliste skal familien tilbydes en lægesamtale før udskrivelsen, men dette praktiseres ikke altid. Forældrene giver udtryk for, at de har en klar forventning om at få denne samtale og har også konkrete ønsker for, hvad samtalen skal indeholde. De ønsker, at selve indlæggelsen/behandlingen af barnet skal gennemgås, og at der bliver talt om, hvad de kan forvente sig af fremtiden.

Projektet viser, at forældrene havde brug for flere informationer om senfølger. Der findes materiale om emnet i afdelingen, som mødre læste, mens de malkede mælk ud til deres børn. De fleste mødre beskrev læsningen af beretninger fra forældre, som har født for tidligt, som "ikke opmuntrende læsning." På den måde fik forældrene viden om senfølger, som de oplevede, at personalet ikke snakkede om.

Desuden var det vigtigt for forældrene at have kendskab til forskellen mellem et barn, som er født for tidligt, og et barn, som er født til tiden. Forældrene syntes at mangle kendskab til, hvordan et normalt spædbarn reagerer, men følte sig godt rustet til at komme hjem med et barn, der var født for tidligt. De problemer, som forældrene oplevede med deres børn, da de kom hjem, gjorde, at flere ringede til afdelingen, og de fleste gav udtryk for, at det har de brug for i de første døgn efter udskrivelsen.

Der er flere ting, som gør, at det kan være vanskeligt for forældre at komme hjem med et for tidligt født barn. Ofte er for tidligt fødte børn mere krævende, har trivselsproblemer og dårligt søvnmønster. *Vandenberg* (17) mener, at mange for tidligt fødte børn bliver udskrevet fra neonatalafdelingerne, før de er klar og har opnået deres forventede trivsel. Derfor er der en række ting, der må tages hensyn til, når man forbereder familien til selv at skulle tage vare på deres for tidligt fødte barn. En ting, som forældrene oplever som vigtig, er, at de forstår deres barns alder og dermed forventede udvikling. Derfor skal foræl-

drene informeres om, hvad der forstås med korrigeret alder, og hvad det konkret betyder i forhold til deres barn.

Inddrag forældrene

At forældrene generelt følte sig rustede til at tage sig af deres for tidligt fødte barn, er godt, da det viser, at forældrene opnåede færdigheder under indlæggelsen til at kunne håndtere deres barn. Og at de havde problemer, når barnet blev ældre og opførte sig mere modent, er ikke forskelligt fra de følelser, som forældre til børn født til tiden har. Men forældrene til for tidligt fødte børn har været igennem meget under indlæggelsen og kan have svært ved at skelne mellem, hvad der er normalt, og hvad der er unormalt. Dette kan også være en af grundene til, at forældrene havde brug for at kontakte afdelingen de første dage efter udskrivelsen.

Neonatalsygeplejersker kan blive bedre til at forberede disse familier på udskrivelsen og dermed lette overgangen fra sygehuset til eget hjem. Dette studie viser, at forældrene gerne vil inddrages så meget som muligt. Faktisk kan man tale om, at udskrivelsen starter den dag, barnet bliver indlagt på afdelingen, da man allerede der begynder at inddrage forældrene i plejen af barnet og forsøger at skabe mulighed for forældre-barn-relationer under de vanskelige forhold, der kan være på en neonatalafdeling.

At man ikke giver familierne den samtale før udskrivelsen, som afdelingens tjeklister foreskriver, vises tydeligt i undersøgelsen. Det er forældrene utilfredse med, og derfor må dette være et område, hvor man kan forbedre forældrenes oplevelse af udskrivelsen markant.

Neonatalsygeplejersker må tage det alvorligt, at forældre fortæller, at vi ikke taler om senfølgerne i forhold til det for tidligt fødte barn. Det kan selvfølgelig være svært for personalet at udtale sig om børnenes fremtid, men der er statistikker, som kan give et praj om, at når barnet er født så og så meget for tidligt, er der så og så stor risiko for senfølger. Det vil altid være en balancegang, hvor meget man skal informere om senfølger i forhold til at formidle viden, som forældrene har gavn af. Hvordan vi imødekommer forældrenes ønske om mere viden omkring senfølger på bedste måde, må være et oplagt diskussionsemne på enhver dansk neonatalafdeling.

Marianne Eg er ansat på neonatalafdelingen B17,

Viborg Sygehus, Marianne.eg@get2net.dk

Artiklen er baseret på masterafhandlingen "What guidance is needed by parents discharged with a prematurely born infant from a Neonatal Care Unit?" som kan fås ved henvendelse til Sygeplejerskolen i Viborg, tlf. 8927 3800.

Litteratur

- Greisen G. Lægelige perspektiver på de etiske spørgsmål i gråzonen mellem abort og fødsel. Livsbladet 2004;3:9.
- Vogel I. Forskning i for tidlig fødsel, Livsbladet 2004;3:12-5.
- Browne JV. New perspectives on Premature Infants and their Parents. ZERO TO THREE 2003; Nov: 4-12.
- Mancini A, While A. Discharge planning from a neonatal unit: An exploratory study of parents' views. JOGN Nurs 2001;7(2):59-62.
- Jepsen J. For tidligt fødte børn. Usynlige senfølger. København: Hans Reitzels Forlag; 2004.
- Ringsted MZ, Sylvest A. At blive forældre til et for tidligt født barn. Meget små børn – beretning om for tidligt fødte børn. København: Munksgaard; 2000.
- Kenner C, Lott JW. Parent Transition After Discharge from the NICU. Neonatal Netw 1990;9(2):31-7.
- Brødsgaard A. Sundhedskoordination omkring for tidligt fødte børn – Koordination og sammenhæng for familier med for tidligt fødte børn – Et forskningsprojekt der skal forbedre den sundhedsmæssige indsats. Hvidovre: Hvidovre Hospital 2001.
- Mai D. Det første år. En evaluering af for tidligt fødte børns første leveår efter udskrivelsen fra Neonatalklinikken via THO, Rigshospitalet 2001.
- Ruwald M. Udskrivelse af for tidligt fødte og syge nyfødte børn. Faktorer af betydning ved overgangen fra sygehus til eget hjem 1999. Upubliceret artikel.
- Turrill S. Interpreting family-centred care within neonatal nursing. Paediatr Nurs 1999; 11(4):p.22-4.
- Kvale S. Interviews. An Introduction to Qualitative Research Interviewing. London: Sage Publications; 1996.
- Bjørn E. På talefod med teksten, Sygeplejersken 1998;38:24-36.
- Ley P. Communicating with patients. Improving communication, satisfaction and compliance. London: Croom Helm; 1988.
- Selmer, ÅW. Pasientinformasjon-undervisning. En utfordring for sygepleierne. Vard Nord Utveckl Forsk 1997;18(1):11-7.
- Petersen KA. Offentliggørelse af et forskningsprojekt og publicering. Sygeplejeforskning 1992:98-108.
- Vandenberg, K. What to Tell Parents about the Developmental Needs of Their Baby at Discharge. Neonatal netw 1999;18(1):57-9.

En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatteren.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Eg M. Parents of prematurely born children want the truth. Sygeplejersken 2006;(10):36-9.

In Denmark, the number of prematurely born children has increased by 40 percent within the last 12 years. Admission to a neonatal unit can often be difficult for both baby and parents. To add to the difficulty, the parents, once they leave hospital, are left to their own devices with the responsibility for the baby.

According to literature, parents want more information prior to their baby being discharged, but in many situations the guidelines for parents are still based on old routines rather than on fact.

This article describes a qualitative study based on interviews with eight sets of parents in order to establish, what guidelines they require, when their baby is discharged.

The study shows that parents want to be issued with a discharge plan and need a nurse to personally go through the discharge information with them. At the time of discharge, they want to go through what happened during the course of hospitalisation, the treatment and the future. It appears that among themselves, parents build up certain self-appointed guidelines for the time of discharge of their children.

The parents generally feel well equipped to go home, but need more information about baby care in general. The parents want to be given the option of being in touch with the neonatal unit in the first few days following discharge.

Keywords: Discharge, prematurely born children, guidelines for parents.

Undgå spild. Ledere har brug for nye redskaber for at kunne leve op til presset om højere service, effektivisering, medarbejdertrivsel og kompetenceudvikling. Her er LEAN-metoden et godt bud.

LEAN-metoden trimmer sygehuse

Den japanske arbejdsmetode LEAN har på det seneste fået stor opmærksomhed specielt på sygehuse. I en tid med store investeringer i elektroniske patientjournaler, patientsikkerhed, akkreditering og sammenlægninger i forbindelse med regionsdannelse giver det god mening.

LEAN betyder trimmet eller slank på engelsk, og metoden har fået navnet, fordi målet med LEAN er at øge produktiviteten ved at nedbringe mængden af spild. Metoden handler om at forbedre de enkelte processer i patientforløbene og den bagvedliggende organisation med det mål at frigøre ressourcer fra overflødige

►► **UNDGÅ SPILDTID.** LEAN betyder trimmet eller slank på engelsk. Metoden blev udviklet på Toyotas bilfabrikker i Japan for at undgå spild som unødvendig ventetid eller lagerophobning. Med LEAN stræber man efter effektive, strømlinede processer med størst muligt flow og minimalt spild. Eksempler på typiske aktiviteter, der kan indebære spild:

1. Overflødige arbejdsgange, f.eks. ved dobbeltregistreringer og overleveringer mellem personale ("læse op på sagen").
2. Ventetid, f.eks. ved prøvesvar, hjemmeplejemodtagelse mv. Kan forsinke beslutning om næste skridt i behandlingen eller udskrivelsen.
3. Overproduktion, f.eks. overbehandling eller overoplysning i form af ekstra undersøgelser og prøver.
4. Fejl, der gør det nødvendigt at gentage aktiviteter.
5. Transport, f.eks. forsinkelser i levering eller unødvendige flytninger.
6. Bevægelse, f.eks. forårsaget af den fysiske indretning og placering af funktioner, der betyder, at personalet i løbet af en arbejdsdag skal bevæge sig meget rundt.
7. Depot, f.eks. unødigt stor lagerkapacitet til medicin og utensilier.

aktiviteter. Formålet er at opnå højere kvalitet i behandling af den enkelte patient og samtidig indvinde flere ressourcer til kommende patienter. LEAN-projekter indeholder nogle ledelsesmæssige udfordringer, som sygeplejersker ofte vil være tæt involveret i.

Sygehuse er komplekse organisationer med væsentlige forpligtelser ud over patientbehandlingen, f.eks. uddannelse og forskning. Ved siden af de daglige opgaver er sygeplejersker involveret i udviklingen af fremtidens kliniske sygepleje. Derfor kan det være kompliceret at gennemføre større LEAN-projekter f.eks. på tværs af afdelinger. Det bør foregå koordineret og forankret på ledelsesniveauerne for at skabe en sammenhængende og blivende indsats.

Ved at vælge LEAN som metode får man mulighed for løbende forbedringer frem for enkeltstående effektiviseringstiltag. Det kan skabe en systematik og en ramme, der involverer medarbejdere på alle niveauer og på tværs af faggrupper. Derfor handler LEAN i høj grad om kultur og ledelse.

Lederen har afgørende indflydelse på LEAN-projekters succes og bør især have fokus på tre punkter:

- Ledelse af klinisk praksis: fokus på patienterne
- Procesledelse og styring: fokus på processerne
- Coaching og delegering: fokus på medarbejderne.

Punkterne retter sig mod det pres, ledere oplever for at realisere målsætningerne: højere serviceniveau, effektivisering og sikring af medarbejdernes trivsel og kompetenceudvikling.

Patienternes behov i fokus

Udgangspunktet for LEAN er, at afdelingen eller sygehuset har en klar viden om de patienter, man betjener, og deres behov. Hvis man ikke har en klar forståelse af, hvad der er vigtigt for



ARKIVFOTO: MORTEN NILSSON OG PETER ERIKSEN

patienterne, eller hvilke aktiviteter der reelt tilfører værdi, risikerer man at optimere i blinde. Arbejdet med LEAN kan samtidig være en anledning til at forankre patientperspektivet i organisationens strategi og mål. Det er gennem den enkelte medarbejders forståelse heraf, at sygehuset som et hele kan levere de bedste patientforløb.

Sygehuse har flere kategorier af patienter og med forskellige behov. Derfor er det nødvendigt både at standardisere arbejdstilrettelæggelsen af hensyn til effektivitet og kvalitet og at differentiere tilbuddene for at anvende ressourcerne dér, hvor de giver mest værdi. Både standardiseringen og differentieringen tager udgangspunkt i kendskabet til den enkelte målgruppes behov. Hvor har patienterne ensartede behov for pleje, behandling, undersøgelse og sygehusets generelle faciliteter, og hvor kan behovene variere. Arbejdet med standardisering kan bestå i at identificere patientkategorier, udarbejde tværfaglige forløbsbeskrivelser for patienternes vej gennem sygehuset og optimere de enkelte processer. Målet er at standardisere mest muligt i forløbene, og på de punkter, hvor det ikke lader sig gøre, angives differentieringsmulighederne, der f.eks. kan dreje sig om emnerne i informationen eller ernæringsterapien.

En ofte hørt indvending mod standardiseringsprincippet er, at sygeplejen skal tilrettelægges individuelt. Svaret er, at der hos den enkelte udøvende sygeplejerske ligger de faglige principper til grund for tilrettelæggelsen af sygeplejen og ikke tilfældigheder, og det er netop disse principper, der skal løftes op på et fælles niveau blandt personalet.

Her og nu-målinger

Lederen skal være opmærksom på løbende at måle, følge op på og forbedre effektiviteten i organisationens strøm af opgaver. Det indebærer en systematisk og produktionsorienteret tilgang til processer, hvor udgangspunktet er, at hvis processen er effektiv og kvalitetsorienteret, vil resultatet også være det.

LEAN fokuserer på, at lederen griber ind i tide og får overblik over processerne bl.a. gennem "her og nu-målinger." Det kan skabe grundlag for vidensbaserede diskussioner og beslutninger, hvis målingerne og ikke mindst processerne gøres synlige for alle involverede. I alle afdelinger udfører personalet til tider handlinger, der viser sig ikke at være af nytte, f.eks. som led i dokumentationen ved overflytningen af en patient mellem afdelinger. Modsat vil få relevante ord i journalen kunne spare tid i modtageafdelingen. Det vil dog først vise sig, når man fokuserer på processerne i patientens forløb i en bredere sammenhæng end sædvanligt.

Brug medarbejderne kreativt

LEAN-ledelse og -kultur er baseret på en omfattende medarbejderinvolvering. Det er medarbejderne, der til daglig udfører processerne og dermed også har de bedste forudsætninger for at skabe løbende forbedringer. Hvor implementeringsfasen i projekter normalt er langvarig, er styrken med LEAN, at medarbejderne får et medansvar for at identificere og implementere forbedringer. Det giver et stærkt ejerskab til løsningerne og høj motivation for at få det til at virke i praksis. Det kan man f.eks. gøre ved at opstille klare mål for forbedringsindsatsen sammen med medarbejderne og efterfølgende støtte og coache arbejdet med at realisere dem.

Det handler grundlæggende om at opbygge en medarbejderkultur, hvor det er en naturlig del af ens arbejde at stræbe efter at forbedre processerne. Det betyder, at medarbejdernes stærke faglige kultur skal bruges kreativt og suppleres med en procesorienteret forbedringskultur. Forudsætningerne kan være forskellige afhængigt af, hvor meget afdelingen har været vant til at planlægge forløb på tværs af fag og afdeling.

Den store udfordring, der ligger indlejret i de tre fokuspunkter hhv. patienterne, processerne og medarbejderne, er at skabe meningsfuldhed i klinikken og gøre det vedkommende. Det kan gøres ved at tage udgangspunkt i faglighedens kerne og turde sætte spørgsmålstegn ved, om den er omsat i den rette praksis.

Steen Dalsgård Jespersen er manager og projektleder i Deloitte Business Consultings sundhedsgruppe. Han har tidligere været ansat i Sundhedsstyrelsen til udvikling af Den Danske Kvalitetsmodel og har i H:S bl.a. arbejdet med organisatoriske ændringsprocesser. Deloitte har gennemført flere LEAN- og procesoptimeringsprojekter på sygehuse og ældreområdet samt i andre offentlige sektorer.

►► **LÆS MERE OM LEAN.** På Amtsrådsforeningens hjemmeside kan man læse om erfaringer med LEAN på danske sygehuse: <http://www.arf.dk/Mandat/Artikler/Sundhed/2005/SygehuseTaaTopform.htm>

Derudover kan følgende litteratur anbefales:

- John Bicheno: Den nye LEAN værktøjskasse
- James Womack og Dan Jones: LEAN Thinking
- James Womack og Dan Jones: LEAN Solutions
- John Seddon: Freedom from command and control – The Toyota system for service organizations.

Læs også artiklen "Japansk arbejdsmetode afkorter patientens ventetid" i *Sygeplejersken* nr. 24/2005.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Jespersen SD. The LEAN-method trims Denmark's hospitals. *Sygeplejersken* 2006;(10):40-1.

LEAN hospital management is all about improving individual patient treatment processes and the underlying organisation, with the aim of freeing up resources from superfluous activities. The purpose is both to achieve better quality treatment of individual patients and to procure extra resources for future patients.

Managers in an organisation which utilises the LEAN method should focus in particular on three points:

- Management of clinical practice: focus on the patients
- Process management and control: focus on the processes
- Coaching and delegation: focus on the staff.

LEAN management relies on extensive staff involvement. It is the staff who perform the processes and thus best qualified to bring about improvements on an ongoing basis. LEAN concerns culture and management to a high degree.

Keywords: Management, management method.



Bogen er en fortælling om sygeplejersken og hendes verden set med billedkunstnerens øjne.

Baseret på billedmateriale i form af malerier, tegninger og grafik fra hele det 20. århundrede giver forfatteren en spændende beskrivelse af sygeplejersken og hendes arbejde.

Billedudvalget spænder fra store kunstneres arbejder til de anonyme streger og farver – og fra dyb alvor til bred humor.

Bogen er på 159 sider og koster kr. 100,- for medlemmer og kr. 137,- for ikke medlemmer.



KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K



Medlemsnummer _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

_____ stk. »Sygeplejersken i kunsten«

DSR Publikation 175, 1999, 159 sider.

Salgspris kr. 100 for medlemmer, kr. 137 for ikke medlemmer.

Priserne er inkl. moms.

En meget vigtig lærebog

Redaktion Tove Birkebæk
Thomsen, Jesper Hertz
Medicinske sygdomme
Sygdomslære og sygepleje
Lærebog for
sygeplejestuderende
Dansk Sygeplejeråd
København: Nyt Nordisk
Forlag Arnold Busck 2005
12. udgave
520 sider, ill. 599 kr.
ISBN 10-87-17118-6

”Medicinske sygdomme – sygdomslære og sygepleje” er en revideret udgave af ”Medicinske sygdomme” fra 1998. Bogen indeholder som noget nyt og meget brugbart også sygeplejen til de hyppigst forekommende patientgrupper inden for hovedgrupperne af medicinske sygdomme.

Nutidens patienter er blevet mere og mere komplekse, og hver enkelt patient lider ofte af flere konkurrerende lidelser, f.eks. hjerteinsufficiens, KOL og diabetes. Livsstilsfaktorer og det faktum, at vi bliver ældre og ældre, er nogle af årsagerne til ovenstående.

Sundhedsvæsenet står over for store udfordringer i forhold til at behandle og støtte det stigende antal patienter med kroniske sygdomme. Det stiller større krav til nyuddannede sygeplejersker at skulle passe disse patienter. Sygeplejestuderende og nyuddannede sygeplejersker lærer at udøve sygepleje i praksis ved at passe patienterne. En vigtig forudsætning for at kunne yde den optimale pleje er en grundlæggende viden om bl.a. medicinske sygdomme. Denne bog er derfor en meget vigtig lærebog for sygeplejestuderende.

Bogen giver en god indføring i de medicinske sygdomme samt sygdomme, som er relateret til livsstilsfaktorer som alkohol, tobak og vægtforstyrrelser. Sygdomme, som skyldes livsstilsfaktorer, kan forebygges effektivt, og det er derfor væsentligt, at denne del er med i bogen.

Begrebet medicinske sygdomme præciseres nærmere i det indledende kapitel. Bogen har indledningsvis meget vedkommende kapitler om mestring af kronisk sygdom og sygepleje til den akutte medicinske patient. Patienten bliver igennem



hele bogen betragtet som en aktiv samarbejdspartner, og der er derfor meget fokus på patientuddannelse. Kapitlet om mestring af kronisk sygdom giver en god viden om begreberne sundhed og sygdom, som er vigtig i forhold til at kunne støtte og behandle patienten med en kronisk sygdom.

Hovedgrupperne inden for de medicinske sygdomme beskrives, og hvert kapitel indeholder indledningsvis de enkelte organsystemers normale funktion. Der er en god sammenhæng mellem sygdomslæren i de enkelte kapitler og den efterfølgende sygeplejedel. Det er en styrke, at sygeplejen er evidensbaseret. Sygeplejen har ellers typisk været videreformidlet mundtligt fra sygeplejerske til sygeplejerske, hvilket har gjort den usystematisk og ofte afhængig af den enkelte sygeplejerskes erfaring og skøn.

Den beskrevne sygepleje til de forskellige sygdomme vil være et godt udgangspunkt for læring for sygeplejestuderende, men også for diskussion og refleksion.

Bogen er skrevet af læger og sygeplejersker, som tydeligvis er specialister på de enkelte områder og gode til at formidle deres viden.

Bogen har mange fine illustrationer, som medvirker til forståelse af teksten, og der anvendes en del cases til at beskrive praksis.

Lærebogen er et godt teoretisk fundament for sygeplejestuderende, nye og erfarne sygeplejersker, der har behov for at ajourføre deres viden.

Af Annette Holdgaard,
afdelingssygeplejerske,
Kardiologisk afdeling,
Amtssygehuset i Glostrup.

Spændingsroman med huller

Jens Krogh Christoffersen,
Bente Schaff-Smith

Kirurgi Sygdomslære og sygepleje

2. reviderede udgave
Lærebog for
sygeplejestuderende
Dansk Sygeplejeråd
København: Nyt Nordisk
Forlag Arnold Busck 2005
458 sider, 569 kr.
ISBN 87-17-07120-8

Jeg lader mig rive med fra første side, som var det en bedre spændingsroman. Side efter side fortæres, og jeg har ingen trang til at lægge bogen fra mig. Så godt indleder *Dorthe Hjort Jakobsen* og *Henrik Kehlet* "Almen del" af Kirurgi, Sygdomslære og sygepleje.

Bogen er hele vejen igennem velskrevet og velformuleret. Niveaulet, ordvalget og de mange illustrationer er helt rigtige. Men bogen mangler et stort element speciale som ortopædkirurgi, og afsnittene med udredning og behandling er langt mere omfattende beskrevet end selve sygeplejen, som sagtens kunne fylde mere.

Den almene del er god, der er tænkt på alt det, der måtte være relevant, og jeg vil overveje at bruge denne del til nye sygeplejersker i afdelingen. Selv fik jeg et par ting genopfrisket og ny viden ved at læse afsnittet om smertebehandling.

Jeg undrer mig dog over, hvorfor første del er så kort i forhold til anden del af bogen benævnt "Speciel del." Der er flere af områderne, som sagtens kunne bære en mere detaljeret gennemgang, f.eks. indlæggelsessamtalen, hvor patientens historie bør danne baggrund for plejeforløbet, og hvor man til sidst skal planlægge rehabiliteringen ud fra de ressourcer, som er afdækket ved indlæggelsen.

Afsnittet om ernæring er meget småt, når man tænker på, hvor stort et problem det er på de danske sygehuse. *Lise Munk Plum* har stor erfaring med patienter, som har nedsat appetit, og jeg savner, at hun øser ud af sine erfaringer. Alle ved, at det er godt med mange små måltider, men hvad gør man, hvis patienten ikke føler sult, har svært ved at synke maden og er træt af de søde mellemmåltider, som hospitalet bugner af?

I "Speciel del" hvor de enkelte specialer er beskrevet, tager udredning og operation plads på bekostning af sygeplejen, og det er generelt for bogen. Der er lagt megen vægt på sygdomslæren, hvilket er en mangel.

Den mammakirurgiske sygepleje er flot beskrevet med den psykiske del, som følger med, når man mister en del af kroppen. Det havde været oplagt at udvide den del til generel sygepleje til patienter, som får foretaget en amputation. En kirurgisk sygeplejerske møder på et eller andet tidspunkt en patient, som er amputeret, og det er relevant at vide noget om, hvilke tanker disse mennesker gør sig.

Mange af de beskrevne specialer er samlet på få sygehusafdelinger. Thoraxkirurgi, som er det speciale, jeg beskæftiger mig med, findes på fem centre i Danmark. Det er i forvejen velbeskrevet i anden litteratur, ligesom de andre små specialer der er medtaget i bogen.

De fleste sygeplejersker kommer ikke til at passe patienter med ret mange af de sygdomme, som er beskrevet, og det får mig til at efterlyse det ortopædkirurgiske speciale.

Er det ikke noget, de fleste af os har brug for viden om?

Bogen henvender sig primært til sygeplejestuderende og medicinstuderende

som introduktion til det kirurgiske speciale. Sidstnævnte har nok mest at hente, men prisen på 569 kr. kan få den studerende til at overveje, om den samme viden kan findes et andet sted.

Jeg vil ikke anbefale en ny sygeplejerske eller studerende at købe denne bog for at læse om thoraxkirurgi, men som opslagsværk i en kirurgisk afdeling kan den være udmærket.

Ærgerligt at så stor og dyr en bog har fået den struktur, den har. Den kunne med fordel have været mindre, måske billigere, mere sygeplejeorienteret og med en anden vægtning af specialer. Så ville den have haft større sigte på den målgruppe, den er tiltænkt.

*Af Rie Jackson, afdelingssygeplejerske,
Klassisk thoraxkirurgisk afdeling,
Rigshospitalet.*



Faglige udfordringer?

I efteråret 2006 udbyder Videncenter for sundhed og sundhedsfremme, CVU København & Nordsjælland følgende moduler på **sundhedsfaglig diplomuddannelse**:

Det obligatoriske sundhedsfaglige modul

12 uger, mandage kl. 15.00-18.00

Formidlings- og undervisningspraksis

12 uger, tirsdage kl. 15.00-18.00

It i sundhedsvæsenet

12 uger, onsdage kl. 15.00-18.00

Pris: 8.000 kr. pr. modul.

Klinisk vejlederuddannelse for undervisere på mellemlange videregående uddannelser.

Fuldtidsstudium fra 23.10 til 1.12 2006

Pris: 10.500 kr.

VIDENCENTER
FOR SUNDHED OG
SUNDHEDSFREMME

CVU København
& Nordsjælland

www.cvukbh.dk

telefon 4829 4725

En meget lidt blodig affære

Må bøsser gi' blod? De må i hvert fald ikke aflevere noget i blodbanken.

For at sikre sig, at ingen bøsser alligevel sniger sig til at liste en enkelt pose blod ind blandt sunde heteroseksuelles rene og ærbare blod, bliver den fremmødte donor præsenteret for en lokumpapirlang liste med denne og andre foreteelser, der udelukker dem fra det gode selskab.

"Jeg gider snart ikke gå derned mere," klagede min mand for nylig.

"Jeg bliver udspurgt om rejser, piercing og seksuelle vaner, og sidste gang blev jeg sendt hjem på grund af forkølelse. Jeg har godt nok ikke været i kanen med en mand, men det har min kone, og dig spørger de ikke til."

Han får tommelen nedad tre ud af fire gange, han møder op. Så er det pga. tandlægebesøg eller udlandsture, så er det pga. medicin eller diarré. Han er "clean" i få uger om året, og reglerne ændrer sig konstant, så han idømmes karantæne.

Karantæne betyder udelukkelse. Bliv udenfor, gå hjem og opfør dig ordentligt.

Den gode opførsel indebærer, at du ikke rejser i Mellemøsten, Asien, Afrika eller Sydamerika – selv en ferierejse med *Moster Agathe* til Ankara i Tyrkiet og en bådtur på Nilen udløser karantæne i seks måneder.

Et helt år i donorskyggen får du ved "risikobetonet adfærd," som handler om din seksuelle praksis.

Leger du med alternative huller, har du donormæssige problemer, for du skal skrive under på, at du ikke har været i seng med en prostitueret m/k eller en biseksuel mand. Og der er perma-

nent rødt kort, hvis det var mand til mand. Alt dette bliver du præsenteret for, når du tropper op ved skranken i blodbanken. Værsgo, læs og skriv under, og får du røde ører og lister af, så tjek lige det lumre udtryk i øjnene på de andre i venteværelset.

Der er fagligt gode forklaringer på mange af reglerne, men praksis er dybt frustrerende med skiftende regler og formålsløse konsultationer, og hvis donorforeningen undrer sig over, at der er korte køer til tapning, så bør de krydstjekke med statistisk materiale og se, hvor få der faktisk har mulighed for at aflevere en sjat celler i banken.

"Ring bare i forvejen og spørg," sagde vampyren, sidste gang min mand blev afvist ved skranken. Det er bare så svært at vide, hvad man præcist skal spørge om.

Må man godt give blod, hvis man ryger 60 cigaretter om dagen, eller hvad med fodvorter, som jo faktisk skyldes en virus, der smitter? Hvis psykisk syge ikke må tappes, gælder det så også dem med stressrelaterede

lidelser? Fortsæt selv rækken, der går sport i det.

Et lille lyspunkt er dog, at du godt må være beruset, hvis det ikke er synligt. Bær din brandert med anstand, og giv modtageren en gratis fest. Og skulle du i øvrigt være søgende på datingmarkedet og finder det svært at spørge til tidligere partnere, så prøv ved udgangen fra blodbanken. Hvis der er friske stikmærker, så behøver du slet ikke spørge, for han har lige skrevet under på ro og renlighed, og hvem tør lyve over for en vampyr?

Hvis du tror, jeg overdriver, så tjek www.bloddonor.dk

redaktionen@dssr.dk

"Hvis donorforeningen undrer sig over, at der er korte køer til tapning, så bør de krydstjekke med statistisk materiale og se, hvor få der faktisk har mulighed for at aflevere en sjat celler i banken."

5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiksværk Kommune.