

SÆRLIG STØTTE TIL SVINGDØRSPATIENTER • PRISVINDER: HUN BRYDER MED SEKSUELLE TABUER

SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 11 » 29. MAJ 2009 » 109. ÅRGANG



AFDELINGSSYGEPLEJERSKE

IKKE SUPERMENNESKE, MEN NÆSTEN

FARVEL TIL CONNIE
Parløbet med
medlemmerne har
været drivkraften

KORT NYT
Stop for eksterne vikarer

**Første kandidat til
formandsposten**

**KINESIOLOGI
3 lette øvelser**

SELVEVALUERING AF KVALITET PÅ PLEJEHJEM • SYGEPLEJE TIL BØRN MED NÅLEFOBI

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

16 Det er min pligt at råbe op

Sundhedsplejerske i Holstebro Kommune, Lone Kjær Hein, fik ideen til sexcaféer for unge, og hun insisterer på, at de unges problemer bliver taget op i medierne. Hun er årets modtager af Sygeplejerskens Kirsten Stallknecht Pris, som gives til en sygeplejerske, der har brugt sin ytringsfrihed.

28 På job – Særlig støtte til svingdørspatienter

Sygeplejersker, der både arbejder på psykiatrisk afdeling og i distriktspsykiatrien, bringer viden rundt i systemet og giver større tryk til patienterne.

32 Parløbet med medlemmerne har været drivkraften

Sygeplejerskens afskedsinterview med den afgangende formand for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow, har løb som tema. Parløb, forhindringsløb, maratonløb, stafetløbet og den videre løbebane.

Månedens gode råd

LÆS SÅDAN SIDE 35



Fremtidens afdelingssygeplejersker bliver målt på de menneskelige kvalifikationer – tal og økonomi er noget, man kan lære. Det mener i hvert fald én af de topledere, som rekrutterer nye afdelingssygeplejersker, og tendensen bekræftes af andre oversygeplejersker. I et sygehusvæsen i evig forandring skal afdelingssygeplejersken være i dialog med personalet for at undgå, at de bliver stressede og syge eller utilfredse og rejser. Hun skal være en supergod personaleleder, hun skal sætte driften på skinner og gå forrest med faglige initiativer. Supermenneske? Næsten.

HUN SKAL VÆRE EN SUPERGOD PERSONALELEDER

LÆS SIDE 18



Få kroppen på andre tanker

Et par enkle øvelser fra kinesiologi kan give dig energi, og de kan være et godt alternativ til kaffe og andre stimulanser.

LÆS SIDE 30



>>> FAG



"Bare Helle er på arbejde i dag"

Alle kan blive enige om, at beboere på plejehjem skal opleve kvalitet i pleje og omsorg, men hvis kvaliteten ikke er formuleret og nedskrevet, er det ene personalemedlems opfattelse af kvalitet lige så god som en andens. For hr. Hansen på 88 år kan det betyde, at han altid får hjælp til at børste tænder, når Helle er på arbejde, men aldrig hvis det er Erna, der har weekendvagten. I artiklen "Selvevaluering af kvalitet på plejehjem" side 44 kan man læse, hvad kvalitet er på plejehjemmet Engskrænten i Rødovre, og hvordan man arbejder med at bevidstgøre plejepersonalet inden for 10 udvalgte indikatorer på plejekvalitet.

LÆS SIDE 44



"Når universiteter fusionerer, og forskerne skal flytte deres skrivebord, når flyselskaberne opkøber hinanden, og piloterne skifter firma, når håndværkerne bliver afskediget i kritiske perioder, er der rationelle, emotionelle og magtrelaterede kampe hos alle i de involverede grupper."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 59

www.sygeplejersken.dk

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



"Vi udtaler os prompte om, at alle borgere skal behandles lige, men gør vi egentlig det? Er der lighed i Danmark, hjælper vi alle ligeligt, eller er det den faglige udvikling, vi prioriterer, fordi det kræves af os for at være klædt på til de talrige udfordringer, der findes i dag?"

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 62

FAG

50 Sociale kompetencer er nødvendige på plejehjem

Ældre beboere på plejehjem skal lære at afkode medarbejdernes aktuelle stressniveau, hvis de skal undgå ventetid på pleje.

54 Sygepleje til børn med nålefofi

Smerter ved nålestik er, hvad børn frygter allermost, når de er indlagt på hospital. Sygeplejersker har en vigtig opgave i forhold til at afhjælpe denne frygt samt lindre barnets smerte.



I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 37 Dansk Sygeplejeråd mener
- 38 Debat
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 53 Testen
- 57 Agenda
- 59 Anmeldelser
- 62 5 faglige minutter
- 63 Stillingsannoncer
- 70 Kurser/Møder/Meddelelser

Elle, belle, bolle

Er det sværere at være ung og stå over for den seksuelle debut i dag end for 10, 20 eller 30 år siden?

Det tror jeg egentlig ikke, og mulighederne for at orientere sig i dag er i hvert fald langt bedre.

Men alligevel er der meget, der tyder på, at der stadig ikke bliver talt nok om sex med og blandt de unge.

I denne udgave af *Sygeplejersken* har vi været med sundhedsplejerske Lone Kjær Hein til sexcafé med unge i det vestjyske. Lone Kjær Hein har netop fået *Sygeplejerskens* Kirsten Stallknecht Pris for at sætte gang i debatten om unges seksualitet. Emnet er stadig vigtigt, for antallet af uprovokerede aborter blandt helt unge er stadig højt, og det samme gælder udbredelsen af kønssygdomme som f.eks. klamydia.

Der er med andre ord nok at tage fat på, og opgaven er ikke helt enkel, for det er nemt at blive udfordret som fagperson i mødet med de unge, som vores reportage også viser.

I min tid var det "Elle Belle Bolle Bogen", "Kvinde kend din krop" og ungdomsbøger af Claus Hansen, der var referencerammen – i hvert fald for nogle af os. Hvis man var heldig, kunne man (ikke jeg selv, men gennem de mere modige) endda komme til at kigge med i Ugens Rapport. Internettet har gjort informationer (især billedmateriale og film) om sex langt mere tilgængelige, og min påstand er, at der ikke er særlig meget overladt til fantasien set i lyset af det ekstreme udbud, som internettet i dag byder på.

Har det så betydning for unges sexvaner?

Svært at sige. Fænomenet med, at unge falbyder seksuelle tjenester over internettet, har været beskrevet i medierne. Det er en tendens, men den langt større mængde af information gør det efter alt at dømme bare endnu vigtigere, at der er mennesker som Lone Kjær Hein, der kan guide de unge gennem sexdebutens højfyldte farvand.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Region Hovedstaden



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST

Vikarstop. Kreds Hovedstaden har som den første indgået en aftale om interne vikarkorps på regionens hospitaler. Spænding til det sidste, om det lykkes for regionen at skaffe personale nok til sommer, når der lukkes for eksterne vikarer.

Sygeplejersker og radiografer, der ønsker at arbejde som vikarer på Region Hovedstadens hospitaler, kan fra 1. juli udelukkende gøre det via hospitalernes interne vikarbureauer og ifølge vilkår aftalt mellem Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden og regionen.

Region Hovedstaden har besluttet et stop for brug af eksterne vikarer lige op til ferieperioden, og på hospitalerne afventer man spændt, om behovet for personale kan dækkes hen over sommeren.

"Vi er meget spændte på, hvordan sygeplejerskerne tager imod de nye vilkår, og om afdelingerne faktisk kan få de vikarer, som de har brug for," siger Diana Saksulv, suppleant for fællestillidsrepræsentanten på Rigshospitalet.

Ifølge Diana Saksulv spiller mange forhold en rolle for, om sygeplejersker påtager sig vikararbejde. F.eks. om de synes, lønnen er god nok, eller om de kan få ønsker om bestemte arbejdstider og -steder opfyldt.

Sikrer løn under sygdom

Den nye aftale om ansættelse ved interne vikarkorps i Region Hovedstaden trådte i kraft 1. maj samtidig med en næsten enslydende aftale i psykiatrien.

Aftalerne omfatter vilkår for fastansættelse som månedslønnet vikar, ansættelse som timelønnet tilkalddevikar og vilkår for vikararbejde udført af allerede fastansatte ved hospitalet, som påtager sig flere timer – altid på

REDAKTIONEN >>>

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



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



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



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



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



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



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



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



lukker for eksterne vikarer



ARKIVFOTO: SCANPIX

en anden afdeling end deres egen. Ekstra arbejde på egen afdeling reguleres som hidtil af overenskomsten og af FEA-aftaler (FEA = frivilligt ekstra arbejde).

Ifølge formanden for Kreds Hovedstaden, Vibeke Westh, kan aftalen ikke alene løse alle problemer med rekruttering og fastholdelse. Men aftalen sikrer vikarerne attraktive vilkår og øget tryghed – f.eks. i form af løn under sygdom.

"Lønnen er på niveau med, hvad private vikarbureauer betaler i gennemsnit og består af flere elementer," siger hun.

"Vi anbefaler vikarerne at sikre sig funktions- og kvalifikationstillæg for ansættelsen. I modsat fald kan det betyde, at en

vikar i et internt korps under visse omstændigheder får en lavere timeløn end i et privat bureau.

Lønnen beregnes individuelt. F.eks. stiger de timelønnede vikarers tillæg, hvis de står til rådighed for flere hospitaler.

Sommerferien måske reddet

På Rigshospitalet kommer muligvis en regional vikartjeneste for anæstesi- og intensivsygeplejersker. Men derudover rekrutteres vikarerne til de enkelte områdehospitaler og deres tilknyttede nærhospitaler af interne korps. Det er en anden model end i Region Midtjylland, hvor et centralt internt vikarbureau betjener alle sygehuse.

Den nye aftale i Region Hovedstaden kan ikke alene løse alle problemer med rekruttering og fastholdelse af sygeplejersker.

Her er der heller ikke stop for eksterne vikarer.

Lederen af det interne vikarbureau på Rigshospitalet, Kåthe Lemming, siger, at det er for tidligt at vurdere, hvordan sommerferien kan dækkes ind med vikarer.

"Vi har rasende travlt for at få det op at stå, og vi tror på det," siger hun.

Region Midtjylland er tæt på at have et aftalekompleks på plads med det sigte at mindske personalemangelen. Ud over en vikaraftale er det en aftale om frivilligt ekstra arbejde, en aftale, der sikrer deltidsansatte ret til at gå op i tid, og en aftale om arbejdstidsprojekter, som fremmer strømlinede patientforløb.

"Hovedoverskriften for de fire aftaler er, hvordan vi finder de fornødne sygeplejersketimer og afhjælper personalemangelen," siger formanden for Kreds Midtjylland, Else Kayser.

Det samme formål er bygget ind i de incitamenter, man giver sygeplejersker til at arbejde mere i Kreds Hovedstaden, og flere hænder i arbejde er også et overordnet ønske i kommende forhandlinger om vikarkorps i Region Syddanmark, hvor der p.t. både er 500 ubesatte sygeplejerskestillinger og ledige sygeplejersker, fortæller kredsformand Anni Pilgaard.

Region Syddanmark, Region Sjælland og Region Nordjylland har ikke indgået aftaler om interne vikarkorps for hospitalerne.

Aftalerne om de interne vikarkorps i Region Hovedstaden samt vejledninger fra kredsen kan læses her:

www.regionh.dk gå ind i nyhedsarkivet og skriv "vikarkorps" i søgefeltet.

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



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



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



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



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



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



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



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 3

Forkortet Produktresumé.

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

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

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

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

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

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

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

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

Pakning og pris (ESP) 17. 04. 2009: 1 dosispakning indeholder 2 ml opløsning i en forfyldt tube, der kan presses, med adfærdig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 442,00. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallevej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2008. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/RotaTeq/H-669-PI-da.pdf>



sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Vil have anerkendelse og faglig udvikling

AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST

Overophedet. *Dårlig ledelse og dalende kvalitet. En ny rapport tegner et dystert billede af det offentlige sundhedsvæsen. Sygeplejersker søger over i den private sektor, fordi de oplever større anerkendelse, mulighed for efteruddannelse og mere fleksibel vagtplanlægning.*

Hvis det offentlige sundhedsvæsen skal fastholde og rekruttere erfarne sygeplejersker i fremtiden, så er personaleledelse og fleksibel vagtplanlægning vejen frem. Det mener Christina Holm-Petersen, som er en af forskerne bag en ny rapport fra Anvendt Kommunalforskning, AKF, og Dansk Sundhedsinstitut, DSI.

Rapporten peger på, at fravær af ledelse og dårlig ledelse er et problem, og at sygeplejerskerne vurderer deres arbejdsvilkår meget negativt. De er trætte af nedskæringer, højt arbejdspress og stor vagtbyrde.

"Der er alt for megen vægt på budgetter og drift, mens udvikling af medarbejdere er et nødlidende område. Der er brug for ledelsesmæssigt fokus på, at der sker mange organisationsforandringer, og det kræver tid og overskud at føre medarbejderne gennem forandringerne," siger Christina Holm-Petersen, som sammenligner hastigheden af forandringer i sundhedsvæsenet med, at man forsøger at lægge togskinne foran det kørende tog.

Rapporten bygger både på kvantitative data og på interview med 20 sygeplejersker, hvoraf flertallet har valgt at bijobbe eller arbejde i den private sektor. Dermed har de også foretaget et fravalg af den offentlige sektor.

"Det kan godt betyde, at billedet af den offentlige sektor bliver ekstra dystert," siger Christina Holm-Petersen. Men hun mener ikke, det ændrer på, at der er nogle problemer, som de ansvarlige sygehusledelser og politikere højere oppe i systemet er nødt til at tage ansvaret for, hvis de vil rekruttere og fastholde de erfarne sygeplejersker fremover.

"Hele sundhedsvæsenet er en overop-

hedet organisation, og hvis ikke der er ledere, der formår at hegne nogle rum ind, hvor medarbejderne kan udføre deres arbejde inden for nogle rammer, så risikerer man, at nogen og noget brænder sammen," siger hun.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, kan godt genkende det billede af arbejdsmiljø og ledelse, som rapporten tegner, men hun mener, at det er blevet for sort og hvidt.

"De har interviewet nogle, der har valgt at skifte til den private sektor og derfor udtaler sig med et tilbageskuende blik og efterrationaliserer. Kritikken er ikke generel for hele det offentlige sundhedsvæsen. Der er udelukkende interviewet personer, der har et tilbageskuende blik, det kan betyde, at de også efterrationaliserer," siger Dorte Steenberg.

Hun mener, at det offentlige sundhedsvæsen skal kunne sikre en konkurrencedygtig løn, muligheder for efter- og videreuddannelse og et arbejdsmiljø, der er i orden.

"Som organisation har vi taget fat på noget af det med overenskomsten 2008, hvor vi har sat ligeløn på dagsordenen, vi har bl.a. kigget på arbejdsmiljøet i forbindelse med bedre aftaler for natarbejde. Derudover har vi været i dialog med arbejdsgivere og ministerier i forbindelse med rekruttering og fastholdelse. Vi deltager bl.a. aktivt i Hvid Zone-kampagnen," siger Dorte Steenberg.

Hvis der er brug for bedre personaleledelse i sundhedsvæsenet, som Christina Holm-Petersen foreslår, så mener Dorte Steenberg, at det først og fremmest handler om at give lederne nogle rammer og vilkår til at lede.

"Hvis ikke der er et kursusbudget, kan man jo ikke udvikle medarbejderne," siger hun.

Læs hele undersøgelsen fra AKF og DSI på www.dsi.dk

Læs også tema om ledelse på side 18.

"Jeg ville ikke kunne være fuldtidsansat på AMA og have min familie og være noget for dem. Så var jeg gået ned med stress."

Sygeplejerske i den private sektor.

Tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknecht overrakte prisen til Lone Kjær Hein. Den består af 10.000 kr. og et kunstværk fra keramikeren Christa Julin.



]]] HVEM BLEV INDSTILLET?

Fællestillidsrepræsentant Lonnie Rasmussen, Herlev
 Sygeplejerske Ulla Gantzel Frederiksen, København
 Anæstesisygeplejerske Birgitte Østerkjærhus, Hinnerup
 Sygeplejerske Rachel Adelberg, Odense
 Fagforeningsformand for PPK, Karin Holler, Nuuk
 Sygeplejerske Marianne Christensen, Højbjerg
 Sygeplejerske Pia Kirstine Bolette Laursen, Frederikshavn
 Sundhedsplejerske Anne Marie Lundhus, Kolding
 Sygeplejerske Anne Karen Agger, Sabro
 Hjemmesygeplejerske Kirsten Høgh, Skanderborg
 Cand.cur., ph.d. Stinne Glasdam, København
 Sygeplejerske Louise Ipsen Kure, København
 Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, Holstebro.

Hun bryder med seksuelle tabuer

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Prismodtager. Hun tager fat i følsomme emner omkring unges seksualitet og insisterer på at tale deres sag i mediernes. Sygeplejerskens Kirsten Stallknecht Pris går til sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, som har markeret sig i den offentlige debat.

Der var engang, hvor læreren i anatomi sprang den del over, der handlede om kønsorganerne. Den tid ligger langt fra nutidens seksualundervisning. Og selv om de unge er mere seksuelt frigjorte end deres bedsteforældre, så viser undersøgel-

ser, at de stadig har et stort behov for oplysning og debat. Alene i Holstebro, i det gamle Ringkøbing Amt, viste undersøgelser i 2007, at unge mellem 16 og 25 år havde den højeste frekvens i landet af klamydia og provokerede aborter.

Lone Kjær Hein, der er sundhedsplejerske i Holstebro Kommune, modtog Sygeplejerskens Kirsten Stallknecht Pris tirsdag den 19. maj for på eget initiativ at have taget fat på den væsentlige, men også omtålelige dialog med de unge og sætte fokus på problemerne gennem mediernes.

"Du får den, fordi du har magtet at bruge din ytringsfrihed til at vække mediernes med en faglig og troværdig, men ikke sensationel argumentation. Du får mediernes til at beskæftige sig med unges seksuelle sundhed, deres søgen om viden om intimitet og ikke mindst brugen af prævention og specielt kondomer til bekæmpelse af såvel seksy sygdomme som uønskede graviditeter," lød ordene i den tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknechts tale til Lone Kjær Hein.

Læs interview side 16-17.

"Et flertal hos os har besluttet at afsætte 50 millioner kroner til vores egne hospitaler. Hvis vi betaler for meget på de private klinikker, så skal vi finde tilsvarende besparelser på de mest syge. Det vil vi ikke."

Rådsformand for Region Midtjylland Bent Hansen (S) i Radioavisen.



FOTO: LEA MELANDT MATHIESEN

Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST

Filminstruktør og manuskriptforfatter Charlotte Sachs Bostrup: "Vi HAR ikke ligestilling. Jeg orker ikke høre politikerne sige: "Så galt står det vist ikke til." Hvis jeg var ligestillingsminister, ville jeg se problemerne i øjnene: uretfærdighed medfører undertrykkelse.

Det trækker lange, ulighedsskabende spor i familien, hvis kvinden går hjemme i et år til halvandet. Mænd skal tage deres halvdel af barslen. Så vil rigtig meget falde på plads, for så kan arbejdsgivere ikke længere foretrække mænd frem for kvinder. Vi er fælles om at lave de børn. Vi skal også være fælles om at have dem.

Job i det offentlige er mere livssikre, derfor er det rimeligt, at lønningerne i det private er højere. Offentligt ansatte bliver nu ikke lønnet godt nok, og det er urimeligt. Men et generelt højt løft er urealistisk. Derfor tror jeg på øget konkurrence i det offentlige. Så dem, der vil, kan gøre karriere og tjene mere end dem, der foretrækker det trygge og ukonkurrerende arbejdsliv."

Læs "Lige om lidt" på www.dsr.dk



FOTO: SØREN SØRENSEN

Fra venstre: Anne Sophie Aagaard, Lene Seibæk, Sussie Østerby, Mette Kjerholt, Frederik Alkier Gildberg, Marianne Jørgensen, Lene Esmann (repræsenterede Anne Holm Nyland) og Inger Nielsen.

1,1 mio. kr. uddelt til sygeplejeforskning

Otte sygeplejersker har tilsammen modtaget 1,1 mio. kr. fra Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefaglige Forskningsfond til at forske i sundhedsfremme og forebyggelse til patienter med kronisk sygdom. Et tema, Dansk Sygeplejeråd har særligt fokus på, da der i dag er 1,7 millioner danskere med en kronisk lidelse. Læs mere om projekterne på www.dsr.dk

(kfe)

Vi retter

I forrige nummer af *Sygeplejersken*, nr. 10/2009, bragte vi artiklen "Hospital har succes med at bruge folk i samfundstjeneste." I byline stod fejlagtigt "Kurt Balle Jensen, journalist". Forfatteren til artiklen er: Henrik Stanek, journalist.

Vi beklager fejlen.

Redaktionen

Vidste du at ...

... andelen af beskæftigede sygeplejersker i den private sektor er vokset fra 8,3 pct. i 1990 til 13,2 pct. i 2006? Det svarer til, at 7.310 sygeplejersker ud af i alt 55.340 erhvervsaktive er ansat i den private sektor.

Kilde: DSI-rapporten "Sygeplejerskernes veje på arbejdsmarkedet".



Palliative patienter bliver forstoppede af opioider

Relistor (Methylnaltrexonbromid)

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

RELISTOR[®]
methylnaltrexonbromid
subkutan injektion

Se produktresuméet på side 14

Wyeth[®]

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



Direktør Peder J. Madsen fra Hotel Kolding Fjord havde fundet på en original afskedsgave: en gigantisk lagkage, som de mange gæster efterfølgende fik smagsprøver fra.

Formand på sin egen måde

Med- og modspillere, samarbejdspartnere, tidligere og nuværende politisk valgte i Dansk Sygeplejeråd og mange af de medlemmer, Connie Kruckow har været formand for de sidste ni år, kom forbi Kvæsthuset i København den 13. maj.

Dansk Sygeplejeråd markerede denne dag Connie Kruckows fratræden som formand med udgangen af denne måned. Der er ikke tradition for taler ved disse lejligheder, men flere brød traditionen.

Den første var Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand Grete Christensen, der møntede ordene i den kendte Frank Sinatra-sang "My Way" på den afgangende formand, som har sat sig i spidsen for sy-

geplejerskernes sag på sin helt egen måde: "Du gik til valg i 2000 og holdt dig ikke tilbage, da du skulle fortælle om dine styrker: politisk overblik og handlekraft, strategisk og analytisk tænkning, forhandling, formidling samt åbenhed over for nye idéer. Du har brugt det hele og lidt til, du har brugt dig selv i udstrakt grad," sagde Grete Christensen bl.a.

Også formanden for Danske Fysioterapeuter, Johnny Kuhr, og formanden for Ergoterapeutforeningen, Gunner Gamborg, tog ordet og sagde Connie Kruckow tak for samarbejdet og de fælles kampe i Sundhedskartellet.

(sp)



FOTO: SØREN SVENDSEN

Grete Christensen talte fra den gamle Wiibroekasse, som den afgangende formand Connie Kruckow har benyttet som talerstol adskillige gange i de seneste ni år.

»»» KØREPLAN FOR FORMANDSVALG

Kandidater, der stiller op til valget af formand for Dansk Sygeplejeråd, skal anmelde deres kandidatur senest den 22. juni kl. 15 vedlagt en liste med 25 stillere blandt Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer. Anmeldelsen sendes til Dansk Sygeplejeråds sekretariat, Skt. Annæ Plads 30, 1008 København K. Kandidaterne skal findes blandt medlemmerne af Dansk Sygeplejeråds kongres.

Køreplanen for formandsvalget blev godkendt af hovedbestyrelsen ved dennes seneste møde. Der skal vælges ny formand for Dansk Sygeplejeråd senest fire måneder efter Connie Kruckows fratræden, hvilket vil sige inden udgangen af september.

Formanden vælges ved afstemning blandt Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer, og valghandlingen påbegyndes den 31. august. Sidste frist for elektronisk stemmeafgivelse bliver den 13. september, og brevstemmer skal være modtaget senest den 14. september kl. 9. Resultatet af valget offentliggøres samme dag efter kl. 14. Læs mere om formandsvalget på www.dsr.dk/formandsvalg2009



Et knus og gode ønsker fra formanden for Ergoterapeutforeningen, Gunner Gamborg.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 11

Forkortet Produktresumé. Relistor® (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) x 0,0075. **Nyrepatienter:** For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nyresvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, før der foreligger yderligere dokumentation. **Ældre patienter:** Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge stiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er øm, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeindtagelse. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk, gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svær eller persisterende diarré under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandling med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nyresvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikelsygdom eller fækultet er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2C9, CYP2A6, CYP2C3, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metabolismen af CYP2D6-metabolisubstrat. I et klinisk lægemiddel-interaktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metabolismen af dextromethorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C₂₀ for og efter firdosisadministration af cimetidin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandling med Relistor skal fortsættes/seponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelig: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelig: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelig: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). Overdosering: Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP ekskl. recepturgebyr: Vnr. 77215 Relistor 1 stk. DKK 324,95. Vnr. 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50. Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres hos **Wyeth Danmark**, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 44888805. www.wyeth.dk M080717RELIS.DK

Raske patienter optager landets sygehussenge

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Spild. På landets hospitaler lå 9.000 raske mennesker i hospitalssengene i 2008, fordi kommunerne ikke er gearede til at tage de tidligere patienter hjem i samme tempo, som de bliver færdigbehandlet fra hospitalerne.

Færdigbehandlede patienter, der ligger og venter i hospitalssenge på at komme hjem, er blevet et mere udbredt fænomen i 2008. Omkring 9.000 hospitalspatienter oplevede at være raske, men ikke at kunne komme hjem. Dårligste kommune til at modtage tidligere hospitalspatienter var Gentofte. Det afslører nye beregninger fra Dansk Sygeplejeråd. Det ser værst ud på medicinske afdelinger i Region Hovedstaden, som i 2008 brugte flere end 55.000 sengedage på færdigbehandlede patienter. I Region Midtjylland er antallet af sengedage brugt på færdigbehandlede vokset med 227 pct. fra 2007-2008.

På en top 15 over de kommuner, der er dårligst til at hjemtage patienter, ligger Gentofte Kommune i top med fire gange så stort merforbrug af sengedage til færdigbehandlede som landsgennemsnittet. De unødvendige indlæggelser af raske patienter kostede i 2008 Danske Regioner 165 mio. kr.

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Grete

Christensen, udtaler, at det er en urimelig udvikling.

”Der er blevet talt længe nok om de katastrofale forhold på de medicinske afdelinger. Nu må der handles. Det er fuldstændig urimeligt og nedværdigende, at de svageste i samfundet skal opleve det her, og det er et urimeligt pres at lægge på et i forvejen meget presset personale,” siger Grete Christensen til Ekstra Bladet den 16. maj 2009.

Det er sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (K) enig i, og han lover, at det skal komme til at koste kommunerne dyrt at lade raske mennesker ligge på hospitalerne.

”Kommunerne kommer til at betale mere for hver dag, de har en rask patient liggende på hospitalerne. Kommunerne er nødt til at tage deres ansvar alvorligt,” siger han til Ekstra Bladet.

Formanden for Kommunernes Landsforening, Erik Fabrin (V), forklarer til Ekstra Bladet, at kommunerne har svært ved at følge med i forhold til at bygge plejehjem og etablere den fornødne hjælp.

”I Gentofte Kommune er det værst. Her har man ikke kunnet finde penge til at sikre tilstrækkeligt med plejehjem og omsorg til patienter, der bliver udskrevet. Vi drøfter hele tiden med sygehusene, hvad vi kan gøre, og hvordan vi løser problemerne,” siger han til Ekstra Bladet.

Første kandidat har meldt sig til formandsposten

Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand gennem de sidste 11 år, Grete Christensen, har som den første meldt sig som kandidat til valget af formand for Dansk Sygeplejeråd efter Connie Kruckow.

”Dansk sygeplejeråd står ikke i den nemmeste situation i øjeblikket. Jeg har stor indsigt i organisationen, og det er en fordel for at kunne håndtere udfordringerne med at favne medlemmerne, fortsætte kampen for ligeløn, tydeliggøre vores betydning som profession og være en stærk sundhedspolitisk aktør,” siger Grete Christensen.

Hun ser selv sine styrker i form af viden om det politiske spil, et bredt netværk fra mange arbejdsområder og kontakter til organisationer og politikere herhjemme og ude i verden.

”Derudover banker mit hjerte hårdt for sygeplejen, og det tror jeg er meget vigtigt,” siger hun.

Grete Christensen er uddannet sygeplejerske fra Holbæk Sygeplejerskole i 1981. Hun bor i Holbæk, er gift og har to voksne børn. Hun er 51 år.

Opstillingsfristen er den 22. juni kl. 15. Valgbehandlingen finder sted i perioden 31. august til 13. september, og valgresultatet offentliggøres den 14. september. Hvis der kun er én kandidat ved opstillingsfristens udløb, tiltræder den ny formand den 23. juni 2009. Læs mere om proceduren på www.dsr.dk/formandsvalg2009

(sp og sbk)



Et stort antal sundhedsfaglige aktører og politisk ansvarlige deltog i Dansk Sygeplejeråds konference på Christiansborg.

Medicinske patienter skal opprioriteres nu

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: POUL RASMUSSEN

Forbedringspotentiale. Der er behov for bedre sundhedstilbud til de medicinske patienter. Dansk Sygeplejeråd fremlagde sine forslag til opprioritering af de medicinske patienter ved en konference på Christiansborg.

Repræsentanter for Folketinget, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Danske Patienter, andre patientorganisationer samt et stort antal sygeplejersker havde taget imod Dansk Sygeplejeråds invitation til at drøfte det medicinske område. Konferencen blev afholdt i Fællessalen på Christiansborg den 18. maj.

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, konstaterede på den baggrund:

”Det er glædeligt, at både Danske Regioner og KL mener, at tiden er til handling, og at de vil prioritere det medicinske område i



1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen opfordrer politikerne til at afsætte markant flere ressourcer til de medicinske patienter i regionerne. Derudover skal der afsættes markant flere ressourcer til sundhedsvæsenet i kommunerne, og endelig skal regioner og kommuner styrke den faglige udvikling og de sundhedsprofessionelles muligheder for efter- og videreuddannelse.

de kommende økonomiforhandlinger med regeringen. Samtidig er det positivt, at der er bred enighed om, at der skal investeres langt mere i uddannelse og kompetenceudvikling af sygeplejersker på sygehusenes medicinske afdelinger og hjemmesygeplejerskerne i kommunerne samt i forskning inden for det medicinske område. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd følge økonomiforhandlingerne tæt i den kommende tid.”

Ikke overraskende var utålmodigheden med at få opprioriteret det medicinske område størst blandt repræsentanterne fra oppositionen.

”Det vil være uretfærdigt at påstå, at der intet er sket på det medicinske område, og at regionerne og kommunerne intet har gjort. Sandheden er snarere, at behovet for ændringer er kæmpestort, og at der fortsat er et betydeligt forbedringspotentiale,” sagde Grete Christensen. Hun tilføjede, at Dansk Sygeplejeråds aktuelle analyser af forholdene for medicinske patienter viser, at antallet af sengedage, som bruges på færdigbehandlede patienter, der ikke kan udskrives til videre pleje i hjemkommunen, er steget med 38 pct. fra 2007 til 2008.

Også direktør Morten Freil fra Danske Patienter pegede på behovet for en opprioritering af de medicinske patienter. Der er i dag ikke tilstrækkelig koordination mellem de forskellige aktører på området på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Manglende ressourcer, koordination og sundhedsfaglige tilbud medfører overflødige indlæggelser, for langvarige indlæggelser, genindlæggelser, overbelægning og utryghed, sagde han. Som årsager hertil peger Danske Patienter på en alt for ensidig politisk fokusering i de senere år på ventetider, produktion og patienter dækket af private sundhedsforsikringer.

Læs Dansk Sygeplejeråds seneste analyser på www.dsr.dk/medicinske

Region Sjælland styrker observationen

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Tjek. Siden 1. april har alle nyindlagte patienter i Region Sjællands Sygehus Syd fået målt vitale værdier en gang i hver vagt.

Region Sjælland har mange indbyggere, som er rygere, har diabetes, overvægt og alkoholproblemer, og dødeligheden er højere end i Danmark som helhed.

”Så alt hvad vi kan gøre for at fange en forværing i patienternes tilstand i tide, det skal vi gøre,” siger vicedirektør Aase Bjerring

om baggrunden for, at regionens Sygehus Syd fra 1. april har målt puls, blodtryk, temperatur, iltmætning og respiration hos alle nyindlagte patienter.

Den styrkede observation er foreløbig indført på Næstved, Slagelse, Nykøbing Falster og de mindre sygehuse i Sygehus Syd, men bliver formentlig også snart standard på sygehuse i regionens nordlige del.

”Det er jo grundlæggende observationer, som man tidligere gjorde rutinemæssigt,

men som er gledet ud til fordel for individuelle patientensyn, og dermed har vi ikke fået det overblik, der gør, at man på et tidligt tidspunkt opfanger, at noget er under optræk,” forklarer Aase Bjerring.

”Når en patient er opereret for to dage siden, er en lille temperaturstigning ikke unormal. Men hvis man samtidig får hurtigere puls, blodtrykket falder, eller andre vitale værdier ændrer sig, er det netop noget, vi skal være bekymrede for,” siger hun.

Sexcafé. Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein har brugt sin ytringsfrihed og insisteret på, at de unges problemer blev taget op i medierne. 19. maj modtog hun Sygeplejerskens Kirsten Stallknecht Pris 2009.



På sexcaféen lokker Lone Kjær Hein og kollegaen Joan Skytte med sex-quiz, kondomer og pjecer, der skal give de unge en mere fornuftig tilgang til sex.

DET ER MIN PLIGT AT

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: BENT TILSTED

”Hvordan gør jeg min kæreste fucking liderlig?” spørger en ung fyr af anden etnisk herkomst end dansk og ser på Lone Kjær Hein med et alvorligt spørgende blik, mens han fingererer ved en folder om sex og beskyttelse.

Det er torsdag aften, og *Sygeplejersken* er taget på reportage på Hanbjerghus Ungdomskostskole 20 kilometer uden for Holstebro for at følge prismotagerens arbejde. Her holder Lone Kjær Hein og kollegaen Joan Skytte sexcafé, der er en del af Sundhedsstyrelsens ”Husk Kondom”-kampagne. De er begge ansat i Holstebro Kommune, og målet er at give de unge mere viden om sex, kønssygdomme og beskyttelse.

Lone Kjær Hein ser roligt tilbage på den unge fyr i den sort-røde hættetrøje og lader sig ikke afskrække af det direkte og frække spørgsmål.

”Du skal vise hende, at du holder af hende, så gør du hende tryk, og det kan piger godt lide.”

Svaret er fyldestgørende, for han bliver tavs og spørger, om han må tage nogle kondomer.

Og det må han gerne. Bagefter går den unge fyr hen til kaffebordet og snupper en nybagt bolle.

Idé til sexcafé

Idéen til både kampagne og sexcafé udsprang af Lone Kjær Heins indignation over, at Holstebro Kommune ikke havde af-



Lone Kjær Hein (tv.) og kollegaen Joan Skytte tager ud til de 16-25-årige, som mangler tilbud om ordentlig seksualundervisning.

sat midler til den gruppe af unge 16-25-årige, som ifølge statistikker har den højeste frekvens af klamydia og provokerede aborter. Det betyder, at unge, der er i gang med en ungdomsuddannelse, er overladt til selv at søge viden.

Samtidig er seksualundervisning et timeløst fag i folkeskolen, og derfor ikke en fast del af undervisningen. Det betyder, at man-

ge unge ikke får den nødvendige seksualundervisning på et tidspunkt, hvor de har mest brug for det.

”Det var bare ikke godt nok, så jeg besluttede mig for at overbevise ledelsen om at iværksætte en kampagne i Holstebro, der kunne give de unge nogle bedre handlekompetencer,” siger Lone Kjær Hein, som måtte søge om penge og ressourcer til arbejdet,



”Det er ofte drengene, der bliver hængende efter caféen og er mest spørgelystne. De har stor interesse i at vide, hvordan de rent teknisk bliver gode elskere,” siger Lone Kjær Hein.

Spørgeskemaet, som de unge har fået udleveret i forvejen, gennemgås. Den, der har flest rigtige, vinder en plakat.

RÅBE OP

fordi denne gruppe normalt ligger uden for hendes indsatsområde i sundhedsplejen.

På ungdomskostskolen, der er omgivet af lysegrønne marker, har godt 30 unge drenge og piger mellem 14 til 18 år samlet sig i en stor sal. Aflange høje vinduer kaster gult sollys ind, og stolerækkerne dekorerer gulvet med lange skygger. Jyske og københavnske dialekter blander sig med hinanden i samtaler på kryds og tværs af stolerækkerne. Fem-seks drenge, der har grupperet sig på bagerste række, er klædt i hættetrøjer, sølvkæder om halsen og posede cowboybukser. De sidder uroligt og tjatter til hinanden.

En gruppe af piger har placeret sig på et par rækker længere fremme og sender flakkende, usikre blikke ud i salen.

Lone Kjær Hein og Joan Skytte fanger hurtigt de unges opmærksomhed med ordene:

”Vi er ikke bange for at sige frække ord, og derfor er vi kommet for at tale med jer om sex, og hvordan det er at være på jeres alder og mærke de lyster, som kroppen mærker.”

Nu er sexcaféen i gang, og en film om den seksuelle debut kan begynde.

I mediernes søgelys

Lone Kjær Hein fortæller, at mediernes hurtigt blev en kanal, hun brugte til at få sine budskaber igennem til forældre og politikere.

”De unge råber ikke op og siger, at de har brug for noget mere seksualundervisning. Derfor er det vores ansvar som sundhedsplejersker at stå frem i medierne med vores faglige viden og gøre opmærksom på de problemer, der er,” siger Lone Kjær Hein med et stålsat blik.

”Mange af de unge debuter seksuelt i 16-års-alderen, og derfor er det en vigtig gruppe at nå. De vil rigtig gerne have mere viden, og mange steder er seksualundervisning noget, der kun foregår i et par timer i faget biologi,” siger hun.

Men vejen ind til mediernes søgelys har nogle gange været op ad bakke. Hun har ofte oplevet, at journalisterne kun vil skrive en historie, når der er tale om en sensation.

”Men så må jeg tænke kreativt og forsøge at arbejde i nye indgange, så de kan få inter-

esse for det, jeg laver. Men jeg er samtidig også meget utålmodig og kan ikke vente på, at journalisterne selv finder ud af, at her er en god historie, så derfor må jeg komme til dem,” siger Lone Kjær Hein, som synes, det er skønt, når det lykkes at komme i medierne med sit budskab.

”Det kan nemlig være med til at skabe debat, så også hr. og fru Jensen læser om det,” siger hun og påpeger, at hun også sender nyhedshistorierne til politikerne for at vise dem, at debatten kører i medierne. Hun håber nu, at prisen kan medvirke til at sætte mere fokus på de unges sundhed.

”Seksuel sundhed er vigtigt, fordi det foregår, fra man er teenager, til man bliver gammel,” siger Lone Kjær Hein.

sma@dsr.dk

>>> FEM GODE RÅD FRA LONE KJÆR HEIN, NÅR DU VIL HAVE DIN HISTORIE I PRESSEN.

- Overvej, hvad du vil opnå med at kontakte pressen, og hvad det er, du gerne vil ytre dig om.
- Det er en god idé at bruge tal og statistikker i din argumentation over for journalisten, når du skal sælge din historie.
- Vær vedholdende, og tag ikke en afvisning fra et medie som, at det ikke kan lade sig gøre. Overvej i stedet, om der er en anden journalist, som er lettere at samarbejde med.
- Brug din faglighed og den viden, du har qua dit fag og indsatsområde, eller som dit netværk er i besiddelse af.
- Tro på, at du ved mere end den, der interviewer dig, og brug et sprog, alle kan forstå.





AFDELINGSSYGEPLEJERSKE IKKE SUPERMENNESKE, MEN NÆSTEN



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

I frontlinjen. Kravene til en almindelig dansk sygehusafdeling vælter ind fra alle sider. Behandlingsgarantier, specialesammenlægninger, kvalitetsmodeller og tværgående patientforløb. Oveni personalemangel og voksende forventninger fra patienter og pårørende.

Midt i det hele står afdelingssygeplejersken med et ansvar for, at alle krav bliver opfyldt, både de hårde og de bløde. Og hun skal kunne noget helt andet i dag end hendes egen afdelingssygeplejerske for 10 år siden. Hun skal være en supergod personaleleder, hun skal sætte driften på skinner og gå forrest med faglige initiativer. Supermenneske? Næsten.

IKKE SUPERMENNESKE...

Personaleledelse er ved at blive den vigtigste del af afdelingssygeplejerskens arbejde – efter en lang årrække, hvor det var ansvaret for drift og økonomi, der bare voksede og voksede.

”I dag er personaleledelsen primært den, vi ansætter afdelingssygeplejersker på,” siger oversygeplejerske Dorrit Thorsen, Hjerte-

det ambulante område, og derfor har hun netop delt sin ambulante blok op, så der fremover skal være tre afdelingssygeplejersker i stedet for én.

”Der er mere og mere fokus på ventetider, og vi får hjertepakke og kræftpakke. Det stiller store driftsmæssige krav at sikre, at patienterne kommer ind til deres under-

På Herlev Hospital har oversygeplejerske Lulu Wilenius netop delt en stor ortopedkirurgisk sengeafdeling op i tre team med hver sin afdelingssygeplejerske. For at styrke personaleledelsen, men sandelig også for at styrke fagligheden.

”Vi ved, at personalet efterspørger nærhed, og det er nødvendigt at have en afdelingssygeplejerske tæt på, for at medarbejderudvikling kan blive en del af hverdagen. Og så tror vi på, at specialisering i subspecialer giver øget ekspertise hos personalet,” siger hun.

På samme måde afviser oversygeplejerske Dorrit Thorsen, Hvidovre Hospital, at afdelingssygeplejersken kan skille drift og personaleledelse. Man kan ikke lægge den rigtige tjenestetidsplan eller nedbringe overtrækket på lønkontoen uden at vide præcis, hvad patienterne har brug for, og hvad det kræver af personalet.

”Og vores medarbejdere brænder ud, hvis de ikke får faglig anerkendelse og ikke ved, hvad vej de skal gå.”

kbj@dsr.dk

”Afdelingssygeplejerskernes menneskelige kvalifikationer er helt afgørende. Uden ordentlige mennesker til at stå i spidsen kan vi ikke drive afdelingerne.”

Oversygeplejerske Dorrit Thorsen, Hvidovre Hospital.

lunge-medicinsk afdeling, Hvidovre Hospital.

”Vi ser stadig på, at de kan specialet. Men deres menneskelige kvalifikationer er helt afgørende. Uden ordentlige mennesker til at stå i spidsen kan vi ikke drive afdelingerne. Og hvad de mangler andre steder, kan vi altid bygge på. Tal og økonomi er noget, man kan lære.”

Når personaleledelsen er blevet væsentlig, har det noget at gøre med de stadige forandringer i dagens sygehusvæsen, mener oversygeplejerske Mette Videbech, Hjertemedicinsk afdeling, Vejle Sygehus.

”Hver gang man synes, man har fået en god organisation, skal man noget andet. Sådan er det i en politisk styret organisation, men det stiller enorme krav til omstillingsparathed, og medarbejderne er ikke alle omstillingsparate,” siger hun og tilføjer:

”Det kan vi heller ikke kræve af medarbejderne. Det kan vi forvente af vores ledere, men medarbejderne bliver utrygge, når gulvet gynger, og det, vi gjorde i går, ikke længere duer.

Hvis ikke vi har ledere, der spørger til dem og snakker med dem, bliver de stressede og syge eller utilfredse og rejser.

Det er det, afdelingssygeplejerskerne laver hos mig. Dialog. Man skal også huske, at når der er et kæmpe patientflow, bliver der ikke tid til refleksion, medmindre nogen hjælper. Det er også afdelingssygeplejerskens opgave.”

Afdelingssygeplejerskens ansvar for drift og økonomi er bare vokset og vokset, og den udvikling er ikke slut, siger Dorrit Thorsen. Lige nu vokser kravene især på

søgelse og behandlinger til tiden,” siger hun.

”Og selv om 17 medarbejdere ikke er meget i forhold til en sengeafdeling med 20-30 medarbejdere, så kan det være for mange, fordi de alle sammen har forskellige funktioner, lungedaghospital, hjerteambulatorium – det er en pose blandede bolsjer.”

Lørdag aften kl. 23

Hvor bliver den faglige ledelse så af, klem mellem drift og personaleansvar? Mange steder har afdelingssygeplejersken fået en

”Medarbejderne bliver utrygge, når det, vi gjorde i går, ikke længere duer. Hvis ikke vi har ledere, der spørger til dem og snakker med dem, bliver de stressede og syge eller utilfredse og rejser.”

Oversygeplejerske Mette Videbech, Vejle Sygehus.

klinisk sparringspartner med ansvar for den kliniske sygepleje i afdelingen. Men ikke hos Lis Nøddeskou i Medicinsk afdeling, Køge Sygehus.

”Jeg tror, det har en omkostning, hvis vi slipper kravet til afdelingssygeplejerskens faglighed,” siger Lis Nøddeskou.

”Du skal vide, hvad god sygepleje er, for at vide, hvad patienterne i din afdeling har brug for, og hvad du skal motivere folk til. Du skal vide, hvad dit personale står i lørdag aften kl. 23. Ellers kan du heller ikke støtte dem på en ordentlig måde, når de står over for utilfredse pårørende eller patienter, der føler sig dårligt behandlet.”

”Du skal vide, hvad god sygepleje er, for at vide, hvad patienterne i din afdeling har brug for, og hvad du skal motivere folk til.”

Oversygeplejerske Lis Nøddekou, Køge Sygehus.



Vidste du at ...

... afdelingssygeplejersker er rigtig gode til at håndtere stress? Læs om Mette Videbechs undersøgelse i *Sygeplejersken* nr. 21/2007 på www.sygeplejersken.dk

BENTE NISTED OLSEN, 46 ÅR

Ortopædkirurgisk sengeafsnit T119,
Herlev Hospital
Senge: 20-24

PERSONALE:

40 fuldtidsstillinger

UGENTLIG ARBEJDSSTID, SKØNNET:

45 timer

PRIVAT:

Gift, tre børn på 19, 14 og 11

HUN SKAL

))) LEDELSESOPGAVER



■ Drift	50 pct.
■ Personaledelse	40 pct.
■ Faglig ledelse	10 pct.

))) DET BEDSTE OG DET VÆRSTE

Det bedste ved at være afdelingssygeplejerske: "Frihed under ansvar. Det er sjovt at være med, hvor tingene sker, og jeg har fået et netværk på hele sygehuset."

Det sværeste: "Når man ikke er enig i beslutninger, f.eks. om normering. Og personalemangelen. Vi river os i håret, for vi får ingen ansøgninger fra sygeplejersker, selv om vi har en god normering og en god stemning. Og vi synes efterhånden, vi har prøvet alt."



VÆRE DER FOR PERSONALET

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Ortopædkirurgisk sengeafsnit T119 på Herlev Hospital har tre afdelingssygeplejersker. Indtil for to måneder siden stod afdelings- sygeplejerske Bente Nisted Olsen alene med ansvaret for de 45 senge, men det var ikke holdbart.

”Jeg kunne slet ikke overholde alle de personalemæssige forpligtelser, samtaler, opfølgning osv. Og fokus på personalepleje er altså nødvendigt, hvis personalet skal holde til mosten i en tung afdeling,” siger hun.

I dag er der udskilt en sår-infektions- amputations-enhed på 16 senge og en lille elektiv enhed på ni senge. De resterende 20 er til patienter med hoftefraktur, og det er den del, Bente Olsen nu er afdelings- sygeplejerske for.

Hun har en assisterende afdelings- sygeplejerske, der både går ind i de administra- tive opgaver som vagtplan og løn og de faglige som tilrettelæggelse af intern un- dervisning m.m.

Men det er stadig en meget stor driftsop- gave, der ligger til Bente Olsen, og arbejds- ugen når som regel op omkring 45 timer. Hun møder gerne et kvarter før dagvagten for selv at tage imod sygemeldinger, og hun bliver mindst, til aftenvagten er mødt, så hun kan være med i begge vagtskifter.

Den dag, *Sygeplejersken* er på besøg, er hun inde over et par sygemeldinger, omfor- deling af det fremmødte personale, restfe- rieplanlægning, tjek på de patienter, der skal til operation, information til persona- let om nye (frie) besøgstider, ansættelses- samtale, planlægning af en intern un- dervisningsrække, en kort snak med den far- makonom, der styrer afdelingens medicin- håndtering, en snak med lægesekretærerne om et problem med ambulatoriets telefon- tider, flere telefonopringninger om patien- ter, en forespørgsel fra lønkontoret og fremskaffelse af gamle personaleoplysning- er til en patientklagesag.

Men der er alligevel kommet så meget luft i hendes program, at hun kan nå at for- høre sig om en episode, der skal følges op – en medarbejder, der har haft en ubehage- lig oplevelse i forbindelse med et døds- fald.

Ansættelsessamtalen

Kl. 9.30 kommer den 27-årige social- og sundhedsassistent Louise til samtale. Bente

Olsen gør meget ud af at fortælle om både det faglige og sociale i afdelingen, også om dønningerne fra den fusion, der skete for et år siden, for virkningerne bliver der stadig talt meget om i personalegruppen:

”Du skal vide, at vi overtog alle hoftepa- tienterne, da Gentofte Hospital lukkede for akut ortopædkirurgi for et år siden, og det er en noget ældre patientkategori, end vi har haft før,” fortæller hun.

”De vælter helt, når de først er faldet. Og deres pårørende er veluddannede og rigtig meget på.”

Louise har ortopædkirurgisk erfaring, og det er rigtig godt, for afdelingen mang- ler sygeplejersker, og assistenterne står med et stort ansvar. Men Bente Olsen kan fortælle, at både sygeplejersker og assisten- ter kan tilkalde sygehusets mobile akut- team fra anæsthesien, hvis patienterne har dårlige værdier:

”De kan være her inden for 15 minutter, og det giver en stor trykthed.”

Selv om Bente Olsen slet ikke kan gå ud i plejen, som hendes egen afdelings- sygeplejerske kunne for 10 år siden, er det ofte faglige hensyn, der styrer hendes initiativer inden for drift og arbejdstilrettelæggelse.

Og faktisk opstod idéen om at dele afde- lingen, da hun og hendes overlægekollega i afsnitsledelsen sad og diskuterede regi- streringen af afdelingens hoftepatienter i NIP-projektet.

”Vi havde en dårlig overlevelse, og en dag kom vi til at tænke højt – om vi kunne sætte mere fokus på collum femuris-grup- pen ved at skille de andre patientgrupper ud,” fortæller Bente Olsen.

Den idé greb afdelingsledelsen, og siden den ny struktur blev indført, er det gået én vej med resultaterne.

”De bliver stadig bedre, så vi kan se, at der er sket noget,” konstaterer Bente Ol- sen.

kbj@dsr.dk

GÅR UD I PLEJEN SOM IGANGSÆTTER

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Et par gange om ugen går afdelingssygeplejerske Lone Dahl med ud en times tid til halvanden og deltager i plejen af patienterne i det hjertemedicinske afsnit på Køge Sygehus.

”Ikke for at fylde en plads ud, men for at se, hvordan medarbejderne fungerer og måske følge op på noget fra en MUS-samtale,” forklarer hun.

”Jeg er også nødt til at være derude, hvis jeg f.eks. skal vurdere, om vi kan udskrive patienter på et andet tidspunkt end det, vi plejer. Eller for at opfange ting, der er brug for at gøre noget ved.

F.eks. at nogle patienter er meget utrygge, når de skal DC-konverteres (planlagt behandling for atrieflimmer, red.). Bagefter kan jeg bede andre starte på en plejeplan for, hvad patienterne skal informeres om og i hvilken rækkefølge. Men jeg skal være der for at opfange behovet. Jeg går først og fremmest ind i det faglige som igangsætter.”

Uddelegering er Lone Dahls forklaring på, hvordan det kan lade sig gøre at nå ud i klinikken og stadig kun have en egentlig arbejdstid på 37 timer plus den tid, hun bruger hver dag derhjemme på at åbne computeren og tjekke mail.

Hun har ikke en klinisk udviklingsygeplejerske i afdelingen, det faglige udviklingsansvar har hun selv. Men den assisterende afdelingssygeplejerske lægger vagtplan, og sekretærerne tager sig af regninger til afdelingen, så Lone Dahl kan nøjes med at godkende hver anden uge. Desuden har en lang række af afdelingens sygeplejersker ansvarsområder inden for klinikken – ernæring, doakumentation m.m.

”Det er erfarne sygeplejersker, der arbejder her, og de fleste vil gerne have udfordringer og indflydelse på deres arbejde,” siger Lone Dahl.

Sommeren reddet

Sygeplejersken besøger afdelingen en mandag, hvor hun gerne bruger en times tid på lønregistrering. Dagen begynder i vagtskiftet kl. 7.15, og tilsyneladende går fordelingen af patienter og opgaver samt medarbejdere, der skal til undervisning i det nye blodprøvebestillingssystem, af sig selv, mens

Lone Dahl følger lige præcis så meget med, som hun er nødt til for at vide, at der er styr på alt.

En langtidssyg medarbejder ringer, en tidligere studerende, der er ved at være færdig, kommer for at høre om ledige stillinger – desværre, ingen før efteråret – sygeplejerskerne tillidsrepræsentant ringer for at få status på et internt stillingsopslag, en sygeplejerske, der har arbejdet 12 timer om ugen, ringer midt i morgenkaffen og vil gerne arbejde mere – helst dag/nat.

Lone Dahl konstaterer med noget, der ligner forbavselse, at den sidste henvendelse lige reddede hendes sommer, og kan vende tilbage til personalestuen med den gode nyhed. Som et af de få afsnit i Medicinsk afdeling har M5 alle stillinger besatte. Men nattevagterne skal der tit pusles med for at få det hele til at gå op.

Siden 2004 har Lone Dahl også været afdelingssygeplejerske for Kardiologisk Ambulatorium. Det giver faglig mening, men de to afsnit ligger langt fra hinanden, så mindst én gang om dagen går Lone Dahl en tur derned. Denne dag er der et vikariat i ambulatoriet, der skal besættes internt, og i programmet indgår en ansættelsessamtale.

En formiddag går typisk med alle de ting, der skal tages stilling til her og nu. Hvis der ikke dukker andet op om eftermiddagen, kan Lone Dahl så tage fat på bunken af mere langsigtede opgaver – planlægning af et internt undervisningsprogram eller revision af afdelingens kompetencebeskrivelser, som også er grundlag for tildeling af løntillæg.

Trods sit faglige engagement ser Lone Dahl først og fremmest sig selv som leder:

”Det hænger jo sammen. Det giver bedre trivsel, hvis man sætter gang i ting og giver sygeplejerskerne muligheder. Og når jeg går med i plejen, finder jeg jo også ud af, hvem jeg kan bruge til hvad.”

kbj@dssr.dk



LONE DAHL, 34 ÅR

Kardiologisk afsnit M5, Køge Sygehus, og
Kardiologisk ambulatorium

SENGE:

22 + 6.000 ambulante besøg om året

PERSONALE:

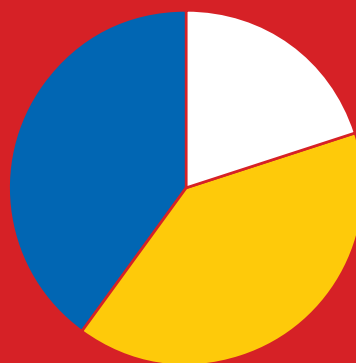
34 sygeplejersker, 1 sosu-assistent, 1 syge-
hjælper

UGENTLIG ARBEJDSSTID, SKØNNET:

38 timer

PRIVAT:

Samlevende, ét barn på otte år

))) LEDELSESOPGAVER

■ Drift	20 pct.
■ Personaledelse	40 pct.
■ Faglig ledelse	40 pct.

))) DET BEDSTE OG DET VÆRSTE

Det bedste ved at være afdelingssygeplejer-
ske: "At kunne præge udviklingen og moti-
vere andre, så de er glade for at gå på arbej-
de."

Det sværeste: "At skulle ringe rundt for at
få dækket vagterne, når folk er syge. Det ville
være lidt nemmere, hvis personalebudgettet
ikke var nødt til at være helt i bund."

HUN GIVER DRIFTEN ET SYGE

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Jane Røddik Thøgersen er noget så usædvanligt som en afdelingssygeplejerske på deltid. Hun er ansat 34 timer om ugen, og de er fordelt med 40 pct. til ledelse og 60 pct. til rehabilitering af KOL-patienter.

13,6 timer om ugen har hun altså til ledelsesdelen, og det holder ingen steder, for som helt ny afdelingssygeplejerske har hun rigtig mange ting at sætte sig ind i og endnu flere, som hun gerne vil have kigget på og sat i gang.

Hun har to små børn hjemme, så hun går hver dag kl. halv fire. Til gengæld tager hun en gang imellem tilbage til Hvidovre Hospital om aftenen og bruger et par timer ved computeren.

Jane Røddik har ansvaret for lungedelen af Hjerte-lunge-medicinsk afdelings ambulante blok. I praksis syv medarbejdere, men fordelt på fem forskellige funktioner med hver deres krav og vilkår: ambulatorie, daghospital, udgående KOL-sygeplejersker, ekspertsygepleje til KOL-patienter i andre afdelinger og KOL-rehabilitering. Rygestopafvænnning og forskning har hun også et vist ansvar for.

Indtil 1. marts i år var der én afdelingssygeplejerske til hele det ambulante område, både for hjerte og lunger.

”Men det var alt for bredt, og det var en helt umulig opgave for afdelingssygeplejersken, som oven i købet sidder på 2. sal,” fortæller Jane Røddik.

”Vi så hende nærmest ikke, og var der noget, gik vi til den administrerende overlæge, som sidder hernede, og som er lungelæge, hvor afdelingssygeplejersken er fra hjerteområdet.”

Hurtig reaktion på rygter

Den dag, *Sygeplejersken* er på besøg, bruger Jane Røddik to timer på holdundervisning af KOL-patienter, og bagefter skal de registreres. Ellers går det meste af dagen med ledelsesopgaver.

Et rygte om besparelser dukker op ved det ugentlige morgenbord kl. otte. En opringning til oversygeplejersken, og bagefter går Jane Røddik en runde. Der er noget om snakken, men der er ingen grund til bekymring.

9.15 har hun møde med de to udgående sygeplejersker om et projekt, de skal samarbejde med Københavns Kommune om.

De gennemgår forskellige udkast til registreringskemaer, Jane Røddik stiller spørgsmål og samler op på, hvad der i øvrigt mangler.

Et problem med sekretærdækningen må hun vende tilbage til flere gange i løbet af dagen. I forbindelse med ambulatorie og daghospital er der indrettet et bookingrum, hvor patienterne selv kan booke nye tider, men døren er låst, og der er ingen sekretær. Det skal bare fungere, så hun ender med at aftale et møde med den ledende lægesekretær.

Og hvem kender mon reglerne for ilt til patienter i eget hjem?

Skal Hvidovre betale, når en patient egentlig hører til et andet hospital?

Personaleadministrationen er begrænset, men så er der driftsøkonomien. Ikke kun udgifter som f.eks. ilt-regninger, der er også en indtægtsside. Aktiviteten bestemmer afdelingens indtægter, og en af de ting, Jane Røddik foreløbig har set på, er, om de udgående sygeplejersker får registreret alt, hvad de gør, også telefonsamtaler og enkelte undersøgelser. Det er den slags detaljer, en afdelingssygeplejerske slet ikke når ned i, hvis hun har for stort et område, bemærker Jane Røddik. ”Og samtidig er det jo en god idé, at de dokumenterer en lungefunktionsundersøgelse, når de rent faktisk laver den.”

Hun synes i det hele taget, det er svært at sætte etiketter som drift eller faglig ledelse på mange af de ting, hun tager op. Når hun er i gang med at indføre sygeplejekonsultationer, er det ikke kun for at spare lægetid. Det er lige så meget for at give patienterne tid til en ordentlig samtale.

Der er også et dobbelt formål med det ordinationsskema, hvor sygeplejerskerne i daghospitalet skal krydse af, hvilke undersøgelser lægen ordinerer, så sekretærerne kan klare selve bookingen.

Lægen skal ikke vente på, at sygeplejersken bruger tid på at booke undersøgelserne.

”Men det er også for at undgå de fejl, der kan ske, hvis en sygeplejerske er syg, og en uvant læge selv må booke sammen med sekretærerne,” siger Jane Røddik.

kbj@dsr.dk



PLEJEEFTERSYN



JANE RØDDIK THØGERSEN, 35 ÅR

Lungemedicinsk ambulatorium,
Hvidovre Hospital

ÅRLIGE PATIENTKONTAKTER:

9.000

PERSONALE:

7 sygeplejersker

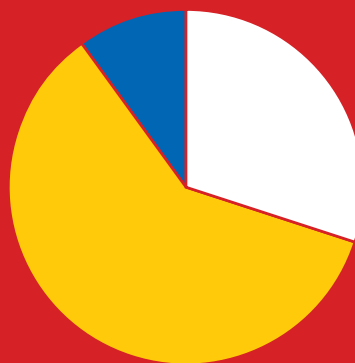
UGENTLIG ARBEJDSSTID, SKØNNET:

38 timer

PRIVAT:

Gift, tvillinger på to år

>>> LEDELSESOPGAVER



■ Drift	30 pct.
■ Personaleledelse	60 pct.
■ Faglig ledelse	10 pct.

>>> DET BEDSTE OG DET VÆRSTE

Det bedste ved at være afdelingssygeplejerske: "At jeg kan kombinere så forskellige ting. Jeg er 60 pct. rehabiliteringssygeplejerske og 40 pct. afdelingssygeplejerske."

Det sværeste: "Når jeg føler, jeg ikke slår til, både i forhold til patienterne og personalet."

SÆRLIG STØTTE TIL SVINGDØRS

Grænseoverskridende. Sygeplejersker, der både arbejder på psykiatrisk afdeling og i distriktspsykiatrien, bringer viden rundt i systemet. For psykiatriske patienter betyder det tryghed at have den samme kontaktperson under indlæggelse og efter udskrivelse.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

I flere tilfælde er det lykkedes at bryde mønstret med gentagne tvangsindlæggelser af psykiatriske patienter på Psykiatrihospitalet Dianalund. Sygeplejerske Ulla Falkner er ansat i en kombineret stilling, hvor hun er to dage på sygehuset og tre dage i distriktet og fungerer som kontaktperson for potentielle svingdørspatienter. Det har medført større kontinuitet og sammenhæng i behandlingen på tværs af sektorer.

”Jeg spotter hurtigt patienterne, f.eks. på morgenmøder, hvor vi gennemgår de nyindlagte. Når jeg er blevet opmærksom på én, som kan få behov for distriktspsykiatri, går jeg aktivt ind og danner en relation. Det kan være patienter, som har svært ved at forholde sig til fremmede, f.eks. paranoide eller skizofrene,” siger Ulla Falkner.

Når hun besøger borgere i distriktspsykiatrien, er det hendes opgave bl.a. at observere deres psykiske tilstand og holde øje med, om de tager deres medicin. Derudover støtter hun med samtaler.

”Vi har f.eks. haft to tilfælde af skizofrene patienter, som har været indlagt på røde papirer flere gange pga. deres farlighed for dem selv eller for andre. De har ikke været motiverede for at modtage hjælp fra distriktspsykiatrien, og så har de gået rundt ude i samfundet og udgjort en fare, indtil de er blevet tvangsindlagt som følge af medicinsvigt. Ved at jeg har mødt dem i afdelingen, har de ladet mig komme i deres hjem og give dem depotmedicin. Vi formoder, at det er grunden til, at vi siden har forhindret genindlæggelser,” siger Ulla Falkner, der har fungeret i stillingen i to år.

I dag skal hun besøge en yngre mand, som bor på et privat bosted. Mange patienter bliver udsluset til privatejede bosteder, hvor Ulla Falkner også bidrager med supervision om f.eks. forslag til miljøterapi, skærmning eller medicinregulering.

Bostedets kontaktperson er med til samtalen, der foregår i beboerens egen lejlighed omkring spisebordet. Samtalen drejer sig om, hvordan han klarer hverdagen med et beskyttet job, og hvordan han forestiller sig fremtiden, hvor han en dag skal tage stilling til at flytte ud og bo for sig selv. Ulla Falkner har kendskab til den yngre mand fra hans indlæggelse, og hun kender hans forhistorie.

Hvad er det særlige, man skal kunne for at arbejde i en kombineret stilling?

”For at oprette sådan en stilling kræver det, at der er tilstrækkeligt mange patienter med behov for at møde den samme sygeplejerske under og efter udskrivelse. Arbejdsgiveren kan få den idé, at det er en fleksibel måde at anvende ressourcer på ved at lade medarbejdere arbejde både på sygehus og i distriktet, men stillingen giver kun mening rent fagligt, hvis man kan skabe kontinuitet og sammenhæng i behandlingen for patienterne,” siger Ulla Falkner.

sbk@dsr.dk



For mange psykiatriske patienter betyder det tryghed, at det er sygeplejersken fra sygehuset, der kommer på besøg, når de er flyttet på bosted eller hjem.



Jobbet indebærer mange møder på sygehuset og i kommunerne. Man arbejder meget på egen hånd og tager mange beslutninger selv i forhold til, hvad der skal sættes i værk hos den enkelte patient.

PATIENTER



En yngre mand har tidligere været indlagt, og Ulla Falkner kender derfor hans forhistorie. Hun medbringer vigtig viden i systemet, som den psykiatriske borger ellers selv skal genskabe over for nye behandlere. På den måde sikres kontinuiteten i behandlingen.



Ulla Falkner er også klinisk vejleder for de studerende. De bliver præsenteret for et bredt udsnit af den psykiatriske behandling både under indlæggelse og ved ambulans behandling.



Det er to år siden, Ulla Falkner begyndte i det kombinerede job på sygehuset og i distriktet. Der er nu tre sygeplejersker ansat i kombinerede stillinger.



Ulla Falkner har sit faste kontor på sygehuset og møder derfor hver morgen på sygehuset, hvor hun tjekker dagens aftaler i distriktet, inden hun kører ud.

De indlagte patienter bliver gennemgået på en tværfaglig morgenkonference. Her kan Ulla Falkner bl.a. spotte, hvilke patienter der måske senere får brug for opfølgende besøg efter udskrivelse.

»» HVAD HAR VÆRET DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I SIDSTE UGE?

"Jeg synes, det er positivt at komme hos de to skizofrene patienter, der ikke tidligere har villet modtage besøg, men hvor det er lykkedes at få foden indenfor. Nu har jeg fået introduceret dem for en kollega, og de har accepteret, at hun også kan komme og give dem depotmedicin, når jeg f.eks. er på ferie."

>>> KINESIOLOGI ER SELVHELBREDELSE

Kinesiologi er en helsemetode, der blev opfundet i 1960'ernes USA for at forebygge og bevare sundhed gennem selvhelbredelse ved hjælp af enkle øvelser.

Metoden har baggrund i kiropraktik og akupunktur. Den arbejder ud fra en forståelse af sammenhæng mellem bestemte muskler og meridiansystemet – og ud fra et helhedssyn, der ikke adskiller krop, tanke og følelse.

FÅ KROPPEN PÅ ANDRE

AF KIRSTEN OLESEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Energiboost. Kroppen reagerer med stress, når du føler dig overvældet eller frustreret på arbejdet. Og den bliver belastet af lange vagter og forskudt døgnrytme efter nattevagt. Et par enkle øvelser fra kinesiologien kan give dig energi, og de kan være et godt alternativ til kaffe og andre stimulanser. Det gælder blot om at få kroppen på andre tanker.

FÅ BEDRE INDLÆRINGSEVNE OG KONCENTRATION

Denne øvelse kan på længere sigt øge indlæringssevnen og give bedre koordinering og fokusering, fordi den hjælper hjernen med at integrere højre og venstre hjernehalvdel:

- Stå op.
- Sæt langsomt højre albue mod venstre knæ (løft knæet) og derefter venstre albue mod højre knæ.
- Skift hastighed.



RO PÅ

En arbejdsdag kan give oplevelser, der er svære at lægge bag sig. Måske tænker du: "Har jeg nu husket det hele?" og så kan der være behov for at stoppe op og berolige tankerne. Denne øvelse kan hjælpe til at ændre følelsesmæssige reaktioner, fordi den giver blodtilførsel til frontallappen.

- Læg et par fingre blidt på pandepunkterne, "eminetia frontalis". Det er de to let fremtrædende buler mellem øjenbrynene og hårgrænsen.
- Lad fingerspidserne hvile blidt på punkterne, mens du genkalder dig problemer eller stressfyldte begivenheder med så mange detaljer og sanseindtryk som muligt – farver, dufte, lyde – men uden at analysere oplevelsen.
- Gentag øvelsen et par gange, indtil du kan mærke, at vejrtrækningen bliver rolig, og tankerne holder op med at køre rundt.

Kilde: Cand.pæd., sygeplejerske og kinesiolog Anne Hiitola-Pedersen fra kinesiologforeningen Touch for Health, som er en gren af kinesiologi, der har fokus på familiens sundhed.

TANKER

SÅDAN FÅR DU ENERGI PÅ NATTEVAGTEN

Denne øvelse er en ren energibooster for kroppen og bliver også kaldt "Tænd for computeren":

- Placér din tommelfinger i den ene hulning ved brystbenet lige under kravebenet og pegefingern i den anden.
- Læg den anden hånd fladt over navlen og lad den blive der under hele øvelsen.
- Massér punkterne under kravebenet i ½ minut.
- Flyt pege- og tommelfinger og placér dem henholdsvis over og under læberne og massér let fra side til side i samme bevægelse, som når du børster tænder.
- Flyt fingrene til halebenet og massér let.
- Skift hånd og gentag.



Høj puls. Et af Fagbladet Sygeplejerskens allerførste interview med Connie Kruckow som nyvalgt formand for ni år siden foregik i fuldt løb i Frederiksberg Have, for Connie dyrkede motionsløb i stor stil. Dette afskedsinterview har også løb som tema. Parløbet med medlemmerne, forhindreingsløb og maratonløb i jobbet, stafetløbet som formand og den videre løbebane for den afgående formand.

PARLØBET MED MEDLEMMERNE HAR VÆRET DRIVKRAFTEN

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN

Dansk Sygeplejeråds formand gennem de seneste ni år, Connie Kruckow, går af med udgangen af denne måned. Hun kalder sit valg for "en meget ensom beslutning". Kun ganske få nære venner og hendes to børn vidste besked, før hun orienterede hovedbestyrelsen. Heller ingen af samarbejdskollegerne i Dansk Sygeplejeråd. Det ville have været umuligt at holde hemmeligt, og så var der straks gået valgkamp i den, var hendes ræsonnement.

Løber du af pladsen i utide?

"Det synes jeg ikke, jeg gør. Jeg var på valg sidste år i marts måned, og jeg hverken kunne eller ville gå på det tidspunkt. Vi var midt i en overenskomstforhandling, så det var slet ikke en realistisk mulighed. Nu synes jeg derimod, tidspunktet passer fint. Det er klart, at det, at jeg er 55 år, har betydning i forhold til at se et andet arbejdsliv foran mig, men jeg har i den grad taget bestik af organisationens liv og levned med det valgte tidspunkt at gå som formand. Vi har et lokalt bestyrelsesvalg i efteråret, som et valg af formand ikke kolliderer med. Vi har næstformandsvalg i forbindelse med kongressen

i maj næste år. Hvis jeg valgte at gå på det tidspunkt, skulle man vælge tre formænd på én gang. Det ville ikke være klogt. Og så har det sidst, men ikke mindst været vigtigt at sikre, at en ny formand sidder sikkert i sadlen, når forberedelserne til de næste overenskomstforhandlinger går i gang."

Er det et helt eller halvt maratonløb at være formand for Dansk Sygeplejeråd?

"Man skal være udholdende, og nogle gange er det længere end et maratonløb! Jeg har løbet i en løbeklub. Vi havde en del medlemmer, der løb 100 kilometer, og det virker jo absurd. Men sådan har det virket nogle gange, specielt under forhandlingerne sidste år. Jeg har prøvet at løbe maraton. Det var for ingenting at regne i sammenligning. Det tager jo trods alt kun en halv formiddag.

I andre situationer kan jobbet have karakter af et forhindreingsløb, og så skal man også være i stand til at sætte en spurt ind. Helt overvejende er det de lange seje løb, der præger arbejdet som formand. Grundformen skal være i orden, og hepperne skal være der. Opbakningen skal være der, og det har den været!"

Hvordan har du oplevet parløbet med medlemmerne?

"Det mest energigivende i dette job har været alle møderne med medlemmerne. Medlemsmøder i kredsene, møder på græsplaner, ude på arbejdspladserne, under konflikten og gennem alle ni år. Det har drevet mig i alle årene, og jeg kunne ikke være formand, hvis jeg ikke havde kontakten med

))) BLÅ BOG

Connie Kruckow er uddannet sygeplejerske fra Frederiksborg Amts Sygeplejerskole i Hillerød i 1976. Hun har arbejdet i perioden 1976-1987 som sygeplejerske, 1.-assistent og afdelingssygeplejerske på medicinsk, ortopædkirurgisk, gynækologisk/obstetrisk afd. og amb. Og i sygeplejeadministrationen på Hillerød Sygehus. Ansat som faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråds Frederiksborg Amtskreds 1987-1993, amtskredsformand samme sted fra 1993 indtil valget som Dansk Sygeplejeråds formand i 2000.

"Mit blod er fyldt med Dansk Sygeplejeråd efter 22 år i organisationen, og jeg tror nok, at den serumkoncentration skal lidt ned i niveau, før jeg kan tænke, hvilken vej der vil være mest interessant at følge."



"Der er mange, der siger: Jamen Connie, du må da have et eller andet i ærmet, men det har jeg altså ikke."

» medlemmerne og jordforbindelsen. Medlemmerne oplever, at jeg er sygeplejerske og kender udfordringerne i faget. De oplever, at jeg ikke kommer fra en anden planet."

Er der forhindringsløb, som er mere spændende end andre?

"Overenskomstforhandlingerne var et af de helt store forhindringsløb. Vi kom i mål, fordi sygeplejerskerne og vores kolleger i Sundhedskartellet gjorde en kraftanstrengelse. Men internt i organisationen synes jeg, at vi har brugt rigtig meget tid – og efter min smag også for meget tid – på den interne struktur i organisationen. Al respekt for, at vi skal have en struktur, der understøtter det, vi skal, men det er ikke dér, vi oplever medlemmernes store engagement.

En organisation som vores skal passe meget på ikke at bruge for meget tid på det interne. Vi skal skaffe resultater til medlemmerne. Det er det, vi er sat i verden til."

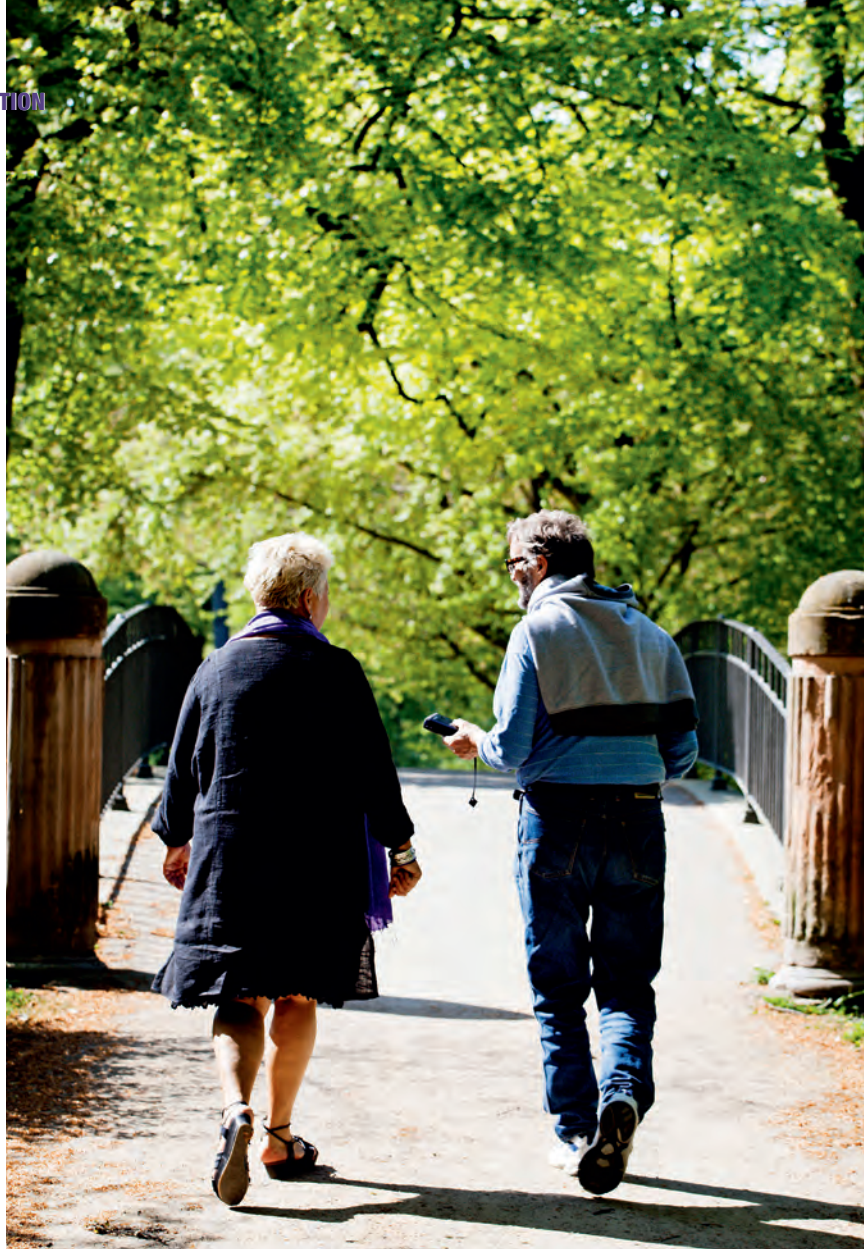
Har du nogen sinde løbet dig staver i livet?

"Jeg tror, at jeg grundlæggende er skruet sådan sammen, at jeg gerne vil være sikker på, at bjørnen er skudt, før jeg sælger skindet. Jeg kan vældig godt lide underskrifter på papir, før jeg tror på, at resultater er hjemme. Men når jeg mener, at noget skal gøres for at nå til konkrete resultater, så gør jeg det. Det giver skrammer. Jeg har stukket snuden frem, og jeg har også fået nogle over næsen. Sådan er verden. Men man skal vælge sine kampe med omhu."

Hvordan sikrer vi os, at der er sygeplejersker i det lange løb?

"Jeg er enormt stolt af mit fag, fordi jeg synes, at vi som sygeplejersker kan bidrage med så meget, og man bruger så mange aspekter af sig selv som sygeplejerske. Lidt pralekultur ville være godt."

"Jeg har talt med en del medlemmer, tilidsrepræsentanter og i hovedbestyrelsen om, at de ting, der er gode i vores fag, skal vi være bedre til at prale med. Det er et fantastisk fag. Lønnen er ikke fyrstelig, og arbejdsvilkårene er ikke ubetinget noget, vi kan prale med. Vi skal finde en balance, så vi får formidlet begge dele. Jeg ville til enhver tid vælge at blive sygeplejerske igen, hvis jeg skulle begynde forfra. Jeg er enormt stolt af



mit fag, fordi jeg synes, at vi som sygeplejersker kan bidrage med så meget, og man bruger så mange aspekter af sig selv som sygeplejerske. Lidt pralekultur ville være godt.

Det er lykkedes at få ministerierne, regionerne og kommunerne til at tale positivt om medarbejderne i sundhedsvæsenet. Det har vi ikke været vant til. Det betyder også no-

menter er hinandens forudsætninger. Så kan en ny formand vælge sit eget videre løb med stafetten."

Hvordan bliver din egen videre løbebane?

"Jeg sammenligner det lidt med, at jeg hvert år i december står i målområdet i et løb, der hedder Julestjerneløbet i Grib Skov, som arrangeres af min gamle løbeklub. Løbet hedder sådan, fordi Stjernen er et åbent område i skoven, hvorfra en række veje stråler ud i forskellige retninger. Jeg forestiller mig, at jeg nu skal bruge nogen tid på den store åbne plads og kigge ud ad vejene fra Stjernen og finde ud af, hvilken vej jeg skal tage. Jeg ved det endnu ikke.

Mit blod er fyldt med Dansk Sygeplejeråd efter 22 år i organisationen, og jeg tror nok, at den serumkoncentration skal lidt ned i niveau, før jeg kan tænke, hvilken vej der vil være mest interessant at følge. Der er mange, der siger: Jamen Connie, du må da have et eller andet i ærmet, men det har jeg altså ikke."

sp@dsr.dk

get, at man møder anerkendelse og respekt for det, vi laver."

Hvordan er den stafet, som du giver videre til din efterfølger?

"Den bærer præg af den vision for Dansk Sygeplejeråd, som jeg selv har været med til at udarbejde. Den indeholder kravet om ligeløn, at vi er en profession, som har en klar profil og er ambitiøs, og at vi er markante i den sundhedspolitiske debat. De tre ele-



ARKIVFOTO: ISTOCK



Vidste du at ...

... chilifrugten er slankemakker nr. 1? Den lille stærke frugt hjælper med at holde kiloene fra kroppen, fordi den nedsætter appetitten, sætter gang i forbrændingen og dermed øger stofskiftet. Men den får også fedtfattig mad til at smage af mere, fordi den fremhæver de øvrige ingredienser ved at gøre dem stærkere.

Kilde: Det Biomedicinske Fakultet.

SIKKER MEDICINERING

Det handler om medicinering i hver tredje utilsigtede hændelse på danske sygehuse, det viser årsrapporten fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase. Knap 2 pct. af de utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinering er så alvorlige, at patienter har risiko for at komme slemt til skade. En ny strategi fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed sætter fokus på en række områder, der skal sikre, at fejlraten nedsættes. Strategien er endnu ikke endeligt vedtaget, men her er et kig på nogle af de gode råd og anbefalinger, der kan ændre fremtidens fejl.

TIPS

RYD OP I MEDICINRUMMET

Ofte kan mangel på systematik og orden være kilde til stress og træthed, der fører til forsinkelser, dårlig kommunikation eller fejl, når du doserer medicin.

VIL IKKE FORSTYRRES

Afbrydelser og larm kan være kilde til fejl dosering. Derfor er det en god idé at sætte et skilt op uden for døren, når du hælder medicin op. På den måde bliver du ikke forstyrret.

(sma)

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Eksperten siger ...

... gå i fodformede sko. For smalle sko låser dine mellemfodsknogler, og hvis skoene yderligere er tilspidsede, hæmmer og låser de foden, så du får op til 30 pct. mindre bevægelse i foden. Dårlige sko kan medvirke til rygproblemer og andre skeletlidelser.

Kilde: Ledende fodterapeut på Gentofte Hospital, Bent Nielsen.



SUKKERNARKOMAN?

Ifølge diætist på kostklinikken Immanuel i Hellerup, Charlotte Hartvig, er der tre markører, der afgør, om du er afhængig:

1. Kan du rationere dit slik og f.eks. nøjes med at spise fem stykker slik fra posen op lade resten være? Sukkernarkomaner har ofte svært ved at lade lækkerierne være, når de ved, at der er mere ude i køkkenskabet.
2. Spiser du mere slik nu end for et par måneder siden? Sukkernarkomaners sukkerforbrug har det med at eskalere, som tiden går.
3. Bliver du irriteret, når du ikke har spist sukker en halv dag? Sukkernarkomaner føler et fysisk ubehag i form af hovedpine, irritation og hysteri, når de ikke får de vanedannende sukkerstoffer.

Prøv metadonslik

Diætist Charlotte Hartvig foreslår "metadonslik". Det er sukkerfrit slik, som sukkernarkomanen får som del af en afvænningsstrategi. Sukkerfrit slik giver en smagsoplevelse, der minder om smagen af sukker. Med tiden byttes metadonslikket ud med frugt eller et stykke knækbrød. Charlotte Hartvig påpeger, at metadonslikket indeholder sukkeralkohol, der ved overspising kan give luft i maven eller mavesmerter.

(sma)



Den allersidste leder

Kære sygeplejersker og sygeplejestuderende!

Jeg har sat mig til tasterne for at skrive min sidste leder som formand for Dansk Sygeplejeråd. Som I sikkert ved, stopper jeg som formand den 31. maj.

Jeg har haft ni forrygende år som formand. Det har været et stort privilegium at stå i spidsen for landets 75.000 sygeplejersker og sygeplejestuderende, og det har været både hårdt, givende og sjovt at kæmpe de mange kampe sammen med jer.

Hvis jeg skal gøre lidt status og kigge tilbage på de resultater, jeg har været med til at skabe, er det ligelønskampen, der står stærkest på nethinden: Med konflikten i 2008 kom vi – sammen med kollegerne i Sundhedskartellet – i hus med et resultat, der sprængte rammen og var med til at bane vej for Lønkommissionen. Det lykkedes ude-

lukkende, fordi sygeplejerskerne stod sammen.

Selv om alle 75.000 ikke altid er enige, var der ingen slinger i valsen under konflikten. Alle de steder, hvor jeg var ude og mødes med medlemmerne – på græsplæner og blokvogne og i amfiteatre og auditorier – fik jeg en fantastisk energi og opbakning fra jer. Det var derfor, vi kom i mål.

"Alle de steder, hvor jeg var ude og mødes med medlemmerne – på græsplæner og blokvogne og i amfiteatre og auditorier – fik jeg en fantastisk energi og opbakning fra jer. Det var derfor, vi kom i mål."

I min tid som formand har vi også flyttet grænser i professionen, bl.a. med en ny grunduddannelse, en ny specialuddannelse til kræftsygeplejersker og en ny sundhedsplejerskeuddannelse. Og så er kliniske ekspertsygeplejersker sat godt og grundigt på den politiske dagsorden.

Jeg har også lagt mange kræfter i at opnå resultater på den sundhedspolitiske bane. F.eks. har Dansk Sygeplejeråd banet vejen for sundhedscentre og en national forebyggelsesplan. Vi har været vagthund for de svageste patienter, f.eks. de medicinske patienter og andre udsatte grupper. Og vi har kæmpet for et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Det kan vi godt være bekendt, for nu at sige det mildt.

Når jeg lige summer op, er det samspillet med jer, der har været både det bedste og vigtigste i min formandstid – hvad enten det har været på mine mange arbejdspladsbesøg, på medlemsmøder, på nettet eller noget helt fjerde. I har givet med- og modspil. I har taget kritisk stilling og ikke ladet jer nøjes med den laveste fællesnævner. Og I har givet utallige udfordringer. Én ting er sikker: Det kommer jeg til at savne.

Hvad skal jeg så nu? Faktisk er min kalender tom et godt stykke ud i fremtiden, og det ser jeg virkelig frem til. Jeg har lyst til at prøve noget nyt, men har endnu ikke lagt nogle faste planer for mit arbejdsliv. Men jeg er sikker på, at der nok skal dukke noget op!



Connie Kruckow, formand

Patienterne tages som gidsler

Af Mette Uldall, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform" i Sygeplejersken nr. 7/2009.

At man med udgangspunkt i patienternes tarv kæmper for at afskaffe hijaben som tillægsuniform til hospitalsuniformen, forstår jeg simpelthen ikke! Der er jo ikke tale om et tørklæde, som forhindrer patienterne i at høre, se eller aflæse sygeplejerskernes faglige budskaber i kommunikationen. Der er altså ingen praktiske eller sikkerhedsmæssige argumenter i forhold til patienterne for at afskaffe hijaben i sundhedsvæsenet.

For mig at se er det Rachel Adelberg Johansen og hendes kollegaer, der forplumrer tørklædedebatten ved at tage patienterne som gidsler i en holdningssag om danske muslimske kvinders brug af tørklæde. Findes der nogle velunderbyggede studier, der viser, at patienternes tarv ikke kommer i første række i mødet med sygeplejersker, der bærer religiøse symboler som f.eks. det kristne kors eller hijab?

Af interviewundersøgelsen "IntegrationsStatus" fra 2007 fremgår det, at muslimske kvinder bærer tørklæde af egen fri vilje. I Kristeligt Dagblad den 19. april 2008 kommenterer Kate Østergaard, ph.d. i religionshistorie på Københavns Universitet, undersøgelsen, og hun fremhæver, at tørklædet kan tillægges mange forskellige betydninger og bæres af vidt forskellige årsager fra kvinde til kvinde. Det er således svært at sige noget generelt om tørklædet, og jeg mener derfor ikke, at kvinder, der bærer hijab, misbruger hospitalsuniformen til religiøs og politisk promovning.

Vores patienter udgør ikke en homogen gruppe, og det samme er tilfældet for gruppen af sygeplejersker. Hvorfor ikke se det som en styrke? Hvorfor ikke lade gruppen af sygeplejersker afspejle sammensætningen af den danske befolkning – kan vi ikke netop på den måde imødekomme flest mulige patienter?

Som sygeplejersker uddannes vi til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed til patienter med vidt forskellig religiøs, kulturel, psykologisk, social og politisk baggrund, hvorfor ikke også lade det gælde i forhold til vores kollegaer? Har vi "råd" til at afvise sygeplejersker med henvisning til deres personlige og individuelle valg? Jeg synes, det er noget naivt at sige, at hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform, men kvinderne skal blive. For mig er det et udtryk for uvidenhed!

Debatten er jo hverken irrelevant eller uinteressant, men lad os se den i et større perspektiv og få den underbygget af saglige og faglige undersøgelser og argumenter. Hermed en opfordring til gruppen i Odense.

Mette Uldall er bosiddende i Qatar.

"Det anbefales at undersøge flere muligheder for opgaveglidning, der kan medføre optimerede patientforløb og nedsætte ventetiden i patienternes samlede forløb samt frigøre lægefaglige resurser."

Cand.scient.san. Gitte Boier Pedersen og overlæge Jens Ole Storm, Regionshospitalet Horsens, i Ugeskrift for Læger, 18. maj 2009.

Bliv Lægeeksamineret Fodplejer

- En uddannelse med mange muligheder

- Opnå øgede kompetencer i en verden, hvor der er fokus på sundhed og velvære
- 1-årig uddannelse på deltid (med merit)
- Ingen særlige optagelseskrav
- Uddannelse på et højt fagligt niveau indenfor anatomi, fysiologi og sygdomslære
- Den ideelle efteruddannelse for Sygeplejersker og Social & Sundhedsassistenter

For yderligere information om uddannelse samt introduktionstilbud, henvendelse til:
Lægeeksamineret Fodplejer · Alice Kallesø

Viborg
Helsepraktik
Skole

Tlf. 40 14 54 54 · www.viborghelsepraktik.dk

Temaeftermiddag for ledere

Bliv klogere på ledende sygeplejerskers strategiske udfordringer

V/ Professor Peter Kragh Jespersen

Ledelse er et centralt omdrejningspunkt. Der er stort fokus på de personlige lederegenskaber, men begrænset fokus på ledernes rammer og vilkår. Moderne offentlig ledelse sker i en modsætningsfyldt virkelighed.

Professor Peter Kragh Jespersen, Aalborg Universitet, giver bud på de strategiske og ledelsesmæssige udfordringer, lederne står overfor, bl.a. kompleksiteten i ledelsesfunktionen, modsætningsfyldte styringsteknologier, paradokser og ledelse af professioner.

Tid og sted

Tid: 17. juni kl. 14.30-17.30

Sted: MarselisborgCentret, P.P. Ørums Gade 11, bygning 8, Århus C.

Pris: 200 kr. Der er en let servering.

Læs mere og tilmeld dig: www.dsr.dk under "kurser og uddannelse"



Hospitalerne er til for patienternes skyld

Af Rachel Adelberg Johansen, sygeplejerske

Kommentar til de tre debatindlæg om hijaben i Sygeplejersken nr. 9/2009.

Det er forstemmende, at sygeplejelærer Henrik Nielsen synker så dybt i debatniveauet, at han tager sprogets værste gloser i brug i mangel på argumenter. Jeg tager på det skarpeste afstand fra hans udokumenterede beskyldninger samt forsøg på at hæfte underlødige stigmatiseringsetiketter på undertegnede. Gudskelov har vi vores grundlovssikrede ytringsfrihed til at kunne kritisere det, vi finder nødvendigt.

Må jeg minde forsvarerne af den islamiske kønsuniform (hijaben) om, at kvindetilsøringen ikke er et race- men et Koran-påbud, som alene er rettet mod kvindesyn for ikke at vække mandens lyster. Det er religiøs intolerance og sexismen vendt mod kvinder. Hijaben er selve symbolet på dette forkvælede og for mørkede kvindesyn, som mange modige muslimske kvinder selv har taget et kritisk opgør med.

Millioner af kvinder verden over holdes i et jerngreb og tvinges til at tilsløre sig med disse stigmata, islamiske hovedtørklæder, som tabuiserer og mistænkeliggør kvinders hals og hovedhår. Selvsamme kvindediskriminerende symbol indkøbes og stilles nu til rådighed af danske hospitaler. Det er denne kedelige praksis og afvikling af dansk skik og brug, som mange berettiget kritiserer.

Et dansk hospital er en verdslig – ikke en religiøs eller politisk – institution, hvorfor repræsentanterne som logisk følge deraf skal fremtræde neutrale og professionelle. Der skal helt indlysende være plads til alle kvalificerede medarbejdere, men uniformsetiketten skal ikke indeholde synlige religionspolitiske symboler, politiske badges eller anden reklame. Værdigrundlaget for vore samfundsinstitutioner er verdsligt, og det skal vi fastholde og værne om. Derfor skal vi ikke ændre uniformsetikette hen imod islamiske normer og skikke, for så er der reelt tale om islamisering i praksis. Hospitalerne er til for patienternes skyld og skal ikke bøje af for islamiske særkrav om hijab-tilslørede medarbejdere i arbejdstiden. Det er almindelig sund fornuft, at patienterne har krav på at møde sygehusansatte i neutral sygehusuniform.

For at rydde evt. misforståelser af vejen så vil jeg understrege, at vi er tolv personaler (hvilket svarer til ca. 1/3 af personalet) fra ét sengeafsnit på Odense Universitetshospital, som har kritiseret, at det er tilladt for personale i arbejdstiden at gå rundt med påtrængende skiltning på sygehusuniformen. Så skulle den ged vist være barberet.

*Rachel Adelberg Johansen er ansat på
Plastikkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital.*

►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Har du overvejet at søge job i den private sektor?

Læs artiklen "Sygeplejersker vil have anerkendelse og faglig udvikling" side 8.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 9/2009:

Er 1. maj en dag, der betyder noget særligt for dig?

Svar	antal	pct.
Ja	37	23,9
Nej	112	72,3
Ved ikke	6	3,9
I alt	155	100,1

►►► SKRIV KORT

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

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum.

Længere indlæg forkortes af redaktionen.

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

Debatindlæg sendes til:

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



TID TIL FORDYBELSE

Sæt kompetenceudvikling på dagsordenen


Uanset din profession, baggrund og erfaring har VIA University College sandsynligvis et kompetencegivende efter- og videreuddannelsesstilbud, der matcher dig og din organisation.

Efter- og videreuddannelsesdivisionen varetager videreuddannelse og anden kompetenceudvikling, rådgivning og udviklingsarbejde for offentlige og private virksomheder overalt i region Midtjylland.

Se efterårets diplomuddannelser, akademiuddannelser, kurser og ansøgningsfrister på:

www.viauc.dk/efteruddannelse

Jette Jensen

 Min verden gik i stå den morgen, jeg fik besked om, at min mor, Jette Jensen, pludselig var faldet om på sit arbejde. Efter 11 dage i håb og fortvivelse døde min mor den 8. januar 2009 uden at være kommet til bevidsthed.

Jette blev uddannet sygeplejerske i Odense i 1973, og det meste af sit arbejdsliv tilbragte hun på Middelfart Sygehus og til sidst på Gerontopsykiatrisk afdeling P3 i Middelfart som fast natvagt, hvor hun oplevede stor arbejdsglæde.


Hjemme talte min mor ikke meget om sit arbejde, men da jeg selv blev uddannet sygeplejerske, åbnede hun op for en verden af sygeplejefaglig viden. Vi fik mange gode diskussioner om oplevelser, problemstillinger og udfordringer og talte også meget om sygepleje og sundhedssektoren i fremtiden.

Jette var et meget roligt menneske, der altid havde tid til at lytte og var god til at møde mennesker på deres egne præmisser. Man skulle dog ikke tage fejl af det stille ydre, for når hun fik den bestemte tone på, var det en god idé at høre efter.

Jette vil altid være savnet.

*På familiens vegne,
sygeplejerske, stud.scient.san. Anne Nicolaisen.*

Heidi Hendriksen

 Den 28. januar mistede vi vores kollega, afdelingssygeplejerske Heidi Hendriksen, født Hampen, 41 år, pga. en cancersygdom.

Heidi respekterede vi og holdt af, vi savner hende, hendes skæve humor og ironi, hendes evne til at "spidde" en situation og genfortælle den, så det rørende, tossede eller komiske kom til sin ret – men aldrig ondt.

Hun evnede at være lyttende og helt objektiv i sin løsningsøgning, hvor hun altid var meget opmærksom på, at alle skulle forstå/være med, forsøgte altid at møde folk, hvor de var. Ikke fordømmende, altid lyttende og støttende, aldrig nedgørende. Vi syntes, hun var ideel på posten som afdelingssygeplejerske – som ikke var helt Heidis eget valg/ønske. Hendes hjerte lå ikke ved ledelse, men ved den pædagogiske del af faget, som hun også videreuddannede sig inden for.

Heidis høje etiske moral og store faglige kompetence prægede hendes og afdelingens pleje af og kontakt til patienterne, som blev behandlet korrekt og værdigt, og Heidi markerede altid, hvis hun syntes, tonen i personalestuen blev for uempatisk.

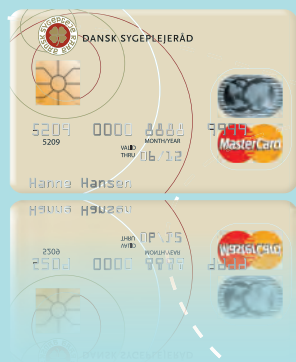
Da Heidi blev syg, viste hun, at hun var et helt specielt menneske med uanede ressourcer. Hun udviste en for os andre helt ufattelig ro, accept (uden opgivelse), overskud, ingen bitterhed/vrede, og dette prægede hende hele hendes sidste år.

Hun var åben omkring sin situation, og vi, der fulgte hende tæt, oplevede, at det ikke kun var os, der "hjalp", men også hende som ved sin væremåde hjalp os. Derved blev tiden, der kunne have været kun negativ, til en stor og god oplevelse for både hende og os – trods alt. Det var en gave at få lov til at være tæt på et menneske med den indstilling til liv og død.

*Personalet på afd. D26, Glostrup Hospital,
Py Lystrup.*

Vidste du det?

Fra begyndelsen af maj kan du også købe dagligvarer i Føtex, BILKA og Netto med dit MasterCard – gebyrfrit selvfølgelig!*



Søg online på www.dsrbank.dk og opret gratis dit MasterCard med kreditret på 30.000 kr.

Hvis du har spørgsmål eller ønsker ansøgningen tilsendt på papir, så ring på 3378 1927

*Hvis du handler dagligvarer på nettet, kan nogle butikker opkræve et gebyr.

Dansk Sygeplejeråd har sørget for ekstra gode vilkår og masser af fordele til deres medlemmer gennem et unikt samarbejde med Lån & Spar Bank.

DSR Bank

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >> 42
Faglig information >> 42
Testen >> 53
Agenda >> 57
Anmeldelser >> 59
5 faglige minutter >> 62

Selvevaluering af kvalitet på plejehjem >> 44

Sociale kompetencer er nødvendige på plejehjem >> 50

Sygepleje til børn med nålefobi >> 54

>>> FAGTANKER

Kvalitet på plejehjem og hos plejehjemsbeboere

Den faglige sektion indeholder denne gang to artikler om/fra plejehjem.

Topartiklen "Selvevaluering af kvalitet på plejehjem" på side 44 beskriver, hvordan selvevaluering kan højne kvaliteten af plejen på plejehjem gennem spørgsmål som: Har det betydet noget for din måde at udføre omsorg og pleje på, at du måtte forholde dig til dit kendskab til beboernes baggrund/tidligere tilværelse? Kontaktpersoner og grupeledere vurderer metoden positivt og synes at have fået en øget forståelse for, hvad der forstås ved kvalitet på plejehjem. Det svarer de i hvert fald selv. Selvevaluering er derfor en af vejene til bedre pleje på plejehjem, mener forfatteren. Man kan så spørge, hvordan pårørende og beboere ser på begrebet. Er de enige i, at kvaliteten stiger, når instrumentet OK-Quality benyttes?

I artiklen "Sociale kompetencer er nødvendige på plejehjem" på side 50 er budskabet enkelt: De gamle skal være i stand til at vurdere personalets travlhed og bede om hjælp ud fra vurderingen, ellers går det dem mindre godt. De gamle, der anerkender personalet og personalets travlhed, får hurtigere hjælp. Det har forfatteren, som er antropolog, observeret efter at have fulgt 16 gamle fra hjem til plejehjem.



Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Patientsikkerhed i praksis

AF KAREN DALSGAARD HANSEN, MKS, OG BRITTA HØRDAM, CAND.CUR., PH.D.

Artiklen henvender sig til alle, der arbejder med patientsikkerhed. Hovedbudskabet er, at der er brug for et obligatorisk uddannelsesprogram om patientsikkerhed for sundhedsvæsenets personale. Artiklen præsenterer rammen for et sådant.

Patientsikkerhed og indberetning af utilsigtede hændelser er blevet en del af sundhedsvæsenet. Ansvar er forankret i klinisk praksis, og det er derfor vigtigt, at man både ledelsesmæssigt og på medarbejderniveau arbejder konstruktivt og systematisk med området.

På denne baggrund har vi (forfatterne) arbejdet med udvikling af et undervisningsprogram i patientsikkerhed. Gennem en systematisk anvendelse af programmet kan plejepersonalet blive rustet til at honorere de krav, der stilles fra patienter, pårørende og sundhedsvæsenet.

Professionelle frygter utilsigtede hændelser

Patientsikkerhed er reguleret af Sundhedslovens kapitel 61 om patientsikkerhed, og det er obligatorisk for sundhedspersoner at rapportere de utilsigtede hændelser, der sker i sygehusvæsenet, videre til Sundhedsstyrelsen. Sundhedspersoner omfatter autoriserede personer samt personer, der handler på autoriseredes ansvar.

I 2008 blev der indberettet 21.279 utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase (1), og ca. en tredjedel af alle læger og et tilsvarende antal sygeplejersker overvejer af og til jobskifte af frygt for at blive involveret i utilsigtede hændelser (2). Et mål for undervisningsprogrammet er derfor også, at de fremtidige sundhedsprofessionelle udvikler bevidsthed om deres egen rolle i forhold til at varetage patientsikkerheden på et optimalt niveau. Herunder at blive gode til at stille krav til de givne rammer og vilkår for udøvelsen af faget.

Ud over de alvorlige menneskelige konsekvenser utilsigtede hændelser kan have, er der også en økonomisk omkostning for samfundet ved at nedbringe både angsten for utilsigtede hændelser og det konkrete antal. Det være sig i form af f.eks. ekstra indlæggelsesdage for patienten, evt. erstatning til patienter, udgifter til sygdomsfravær og/eller psykologbistand til involveret personale.

Risikofaktorer i fokus

I det gennemførte undervisningsprogram i patientsikkerhed er opmærksomheden rettet mod forebyggelse og anerkendte risikofaktorer:

- Travlhed
- Stress
- Lange arbejdstider
- Mange akutte opgaver
- Utilstrækkelig uddannelse
 - Fysiske forhold i arbejdsmiljøet.

Derudover er undervisningen forankret i autentiske eksempler vedrørende utilsigtede hændelser, der anvendes som cases, samt regelværk og lovstof. Målgruppen har i første omgang været 30 syge-

plejestuderende og social- og sundhedsassistentelever i den psykiatriske praktikperiode. Undervisningen er sket i grupper a 6-8 personer over fire lektioner.

Alle har efterfølgende afleveret en skriftlig evaluering, og disse evalueringer viser, at deltagerne vurderer, at undervisningen har givet ny viden og indsigt i patientsikkerhedsperspektivet samt større bevidsthed om deres egen rolle som fremtidige sundhedsfaglige medarbejdere i sundhedsvæsenet.

Undervisningsprogrammet har endvidere givet anledning til gode faglige diskussioner, ligesom kursisterne er enige om, at uddannelsesforløbet bør indgå tidligere i uddannelsen med opfølgning senere i uddannelsen og i klinisk praksis.

Obligatorisk undervisning ønskeligt

I et fremtidsperspektiv kunne vi ønske os fælles undervisning i patientsikkerhed som et obligatorisk struktureret tilbud til såvel

studerende som sundhedsfagligt personale. Patientsikkerhed står højt på dagsordenen i dagens sundhedsvæsen, og personalet skal være rustet til at honorere de faglige krav, der stilles til dem. Primært af hensyn til patienternes sikkerhed, men også af hensyn til personalets arbejdsglæde. Artiklens forfatter kan kontaktes for yderligere oplysninger.

Karen Dalsgaard Hansen er ansat som klinisk sygeplejelærer på Psykiatrisk Afdeling, Middelfart.

Britta Hørdam er ansat som projektleder i University College Sjælland, Forskning og Udvikling; bho@ucsj.dk

Litteratur

1. Dansk Patientsikkerheds Database; www.dpsd.dk
2. Fakta om utilsigtede hændelser; www.patientsikkerhed.dk

Familieterapeutisk Center

20 ÅRS JUBILÆUM

WORKSHOP VED SALVADOR MINUCHIN

15.-16. JUNI 2009

TILMELDING: FOLKEUNIVERSITETET INFO@FUAAALBORG.DK

JUBILÆUMSFØRELESNING VED PATRICIA & SALVADOR MINUCHIN

17. JUNI 2009, 13.00-16.00

AALBORG UNIVERSITETET, AUDITORIET 1.104, KROGHSTRÆDE 3, 9220 AALBORG Ø • FRI ADGANG!

3-ÅRIG VIDEREUDDANNELSE

4. uddannelsesår: avanceret supervision

SYSTEMISK STRUKTUREL FAMILIETERAPI

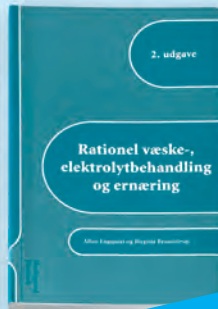
Måltrettet ressourceteknisk forandring: empowerment af forældre, barnet/den unge selv og familienetværket.

Tværfagligt hold starter 14-15. september 2009 i Aalborg

Familieterapeutisk Center Aalborg:

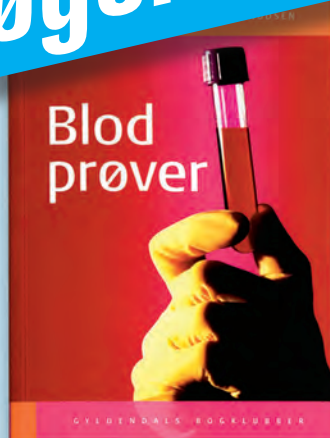
98164975/40855153

www.ftc.dk • mail: vill@ftc.dk



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

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



VIND EN CYKEL

sundhedsprof.dk

Selvevaluering af kvalitet på plejehjem

AF KATE DYBDAL GJERSTRUP, CAND.CUR. • FOTO: SIMON KNUDSEN

Artiklen henvender sig til alle med interesse for kvalitetsudvikling i primærsektoren. Hovedbudskabet er, at personalets selvevaluering ved hjælp af instrumentet OK-Quality er en egnet metode til at forbedre omsorg og pleje på plejehjem. Artiklen er skrevet på baggrund af forfatterens to undersøgelser af måleinstrumentet OK-Quality.

”Jeg er blevet meget mere opmærksom på kost og væske, og også på beboernes toiletvaner. Jeg lægger også mærke til, om beboerne tilbydes at komme ud i luften, og om deres hygiejne og påklædning er i orden.”

Sådan udtaler en social- og sundhedshjælper på et plejehjem, efter hun har deltaget i et projekt, der havde til formål at gøre plejepersonalet bevidste om, hvad god kvalitet i plejen af plejhjemsbeboere er.

Projektet er lavet på baggrund af min interesse for kvalitetsudvikling (1) og mine erfaringer med, at plejepersonale udvikler deres faglige kompetencer positivt, når de ved selvevaluering svarer på spørgsmål om praksis (2,3).

I denne artikel beskrives to projekter, jeg har udført i perioden november 2006 – februar 2008 på to forskellige plejecentre, hvor der er målt på resultaterne. Disse viser, at selvevaluering ved hjælp af instrumentet OK-Quality er en egnet metode til at fastholde eller implementere kvalitetsforbedringer af den daglige omsorg og pleje, der ydes til beboere på plejehjem (3).

Kvalitet kan forstås på mange måder

Det øverste politiske niveau udmelder rammer for, hvordan kommunerne skal sikre, at plejekvalitet, der tilbydes beboere på plejehjem, er af en faglig standard, man kan være tilfreds med. Der er derfor indført lovpligtige tilsyn og etablering af bruger- og pårønderråd ved alle plejehjem. Kommunerne har også pligt til at udforme minimumsstandarder for væsentlige områder af omsorg og pleje.

Nævnte initiativer er alle gode, fordi de trods store forskelle i de valgte metoder giver indsigt i, hvordan hverdagen er, eller forventes at være, på plejehjem. Alligevel diskuteres kvaliteten af omsorg og pleje til

beboere på plejehjem i medierne med jævne mellemrum, og de senere år er der bl.a. vist videoklip fra plejehjem eller bosteder for psykisk handicappede, hvor en hverdag med helt uacceptabel omsorg og pleje er blevet synliggjort. Dette tyder på, at der i de politiske initiativer ikke er taget tilstrækkelig højde for, at kvaliteten af ydelsen afhænger af den forståelse af kvalitet i ydelsen, som den, der leverer ydelsen, er i besiddelse af.

Måleinstrumentet OK-Quality

Usikkerheden om kvalitetsbegrebet har ført til udvikling af instrumentet OK-Quality, der kan bruges til både at vurdere plejekvalitet og til selvevaluering af praksis. Instrumentet er udviklet på baggrund af mine egne erfaringer med kvalitetsvurdering og selvevaluering, og senere i udviklingsforløbet er beskrivelsen af plejekvalitet, som den fremstår i OK-Quality, sammenlignet med en model udviklet af Rantz et al., som definerer begrebet plejekvalitet til beboere på plejehjem i USA (5).

OK-Quality bygger på 10 indikatorer på plejekvalitet, som kan kvantificeres (se boks 1 herunder). De valgte indikatorer udgør dele af helheden plejekvalitet til beboere på plejehjem.

Indikatorerne og spørgsmålene til de enkelte indikatorer har afsæt i faglige specialisters beskrivelser af, hvad der kan betegnes som den bedste praksis, samt i de anvisninger og regelsæt, der regulerer området (1). For at sikre, at OK-Quality måler plejekvalitet til beboere på plejehjem nøjagtigt, skal instrumentet testes for validitet og reliabilitet (6). Dette er indtil videre sket én gang (se boks 2 side 45). Arbejdet med yderligere at teste indikatorerne i OK-Quality for validitet vil foregå ved hjælp af forskellige metoder i takt med, at instrumentet bliver anvendt fremover.

Projekternes metode og deltagere

Projekterne er gennemført som casestudier. I et casestudie vælger man at undersøge udvalgte fænomener, som de foregår i praksis.

For at undersøge, om det påvirker plejepraksis at selvevaluere sig, har jeg opholdt mig på hvert af de to plejecentre tre gange a en måned i projektperioden på et år. Under opholdene har jeg vurderet plejekvaliteten i praksis ved hjælp af OK-Quality. Dette er sket ved at gennemføre interviews med beboere og personale, samt observation af praksis (1).

Mellem mine ophold i plejecentrene har plejepersonalet udført selvevaluering af omsorg og pleje på de 10 indikatorområder, som OK-Quality består af.

►►► BOKS 1. DE 10 INDIKATORER PÅ PLEJEKVALITET I OK-QUALITY

1. Personalets kendskab til beboerens baggrund, livsstil og interesser.
2. Personalets kendskab til beboerens fysiske tilstand.
3. Personalets kendskab til beboerens psykiske tilstand.
4. Personalets kendskab til beboerens sociale liv.
5. Personalets samarbejde med beboerens pårørende.
6. Beboerens integritet.
7. Beboerens mulighed for at få indflydelse på generelle beslutninger.
8. Hvordan opleves det fysiske miljø, beboeren bor i?
 - 8.1. Er beboeren tildelt de rette personlige hjælpemidler, og virker de, som de skal?
9. Hvem er personalet?
10. Hvordan dokumenteres kvaliteten af omsorg og pleje?



Selvevalueringen har fundet sted to gange i projektperioden. Fig. 1 side 46 viser de samlede aktiviteter i projektperioden for begge projekter.

Projekt 1 er gennemført på et plejecenter, hvor 19 beboere, deres kontaktpersoner og gruppeleder udgør interventionsgruppen. Desuden indgår 10 tilfældigt udvalgte beboere blandt øvrige 32 beboere på plejecentret, deres kontaktpersoner og deres gruppeledere som kontrolgruppe. I kontrolgruppen er der ikke sket selvevaluering.

Projekt 2 er gennemført på et plejecenter med 36 beboere, hvor samtlige beboere, deres kontaktpersoner og gruppeledere indgår som interventionsgruppe. Her er ingen kontrolgruppe.

Selvevalueringen

Selvevaluering foregår ved, at kontaktpersoner og gruppeledere i interventionsgrupperne i de to projekter forholder sig til egen praksis ved hjælp af selvevalueringsdelen i OK-Quality. En del af selvevalueringen består af simple spørgsmål om praksis, som medarbejderen besvarer. Andre dele omfatter interviews med beboeren, eller observation af beboerens fysiske og psykiske tilstand.

Eksempler på spørgsmål, der er besvaret ved selv-

))) BOKS 2. TEST AF DE 10 INDIKATORER FOR VALIDITET OG RELIABILITET

Validitet

Testning af indikatorerne i OK-Quality for indholdsvaliditet er sket i 2006 via en spørgeskemaundersøgelse blandt beboere, pårørende og personale. Undersøgelsen omfattede spørgsmål, der skulle belyse, om de tre grupper hver for sig opfattede indikatorerne i OK-Quality af betydning for plejekvalitet til beboerne. Spørgsmålene blev besvaret af 60-65 personer fra hver af de tre grupper, og svarene viste, at indikatorerne i meget høj grad eller i høj grad har noget med plejekvalitet til beboere på plejehjem/-centre at gøre.

På få områder var der divergerende opfattelser af, om temaet havde noget med plejekvalitet at gøre. Eksempelvis betydningen af, om beboerne deltager i ansættelsen af nyt personale, om beboerne bruger spisestykke bundet om nakken ved måltider, om personalet har høj anciennitet i ansættelsen, om andelen af afløserpersonale i weekender og på søgnehellidage udgør maks. 50 pct.

I forbindelse med afprøvningen af instrumentet på de to plejehjem, som denne artikel omhandler, er plejepersonalet blevet spurgt om indikatorernes betydning for kvalitet. Det har vist sig, at de samme områder scorer henholdsvis højt eller lavt, når der spørges til indikatorernes betydning for kvalitet.

Reliabilitet

For at undersøge, om instrumentet måler nøjagtigt, er der gennemført en test for reliabilitet (nøjagtighed). Testen er gennemført ved, at to observatører, uafhængigt af hinanden, har scoret instrumentet i 45 tilfælde. Testen viste høj grad af overensstemmelse mellem de to observatørers uafhængige scoring.

►►► FIGUR 1. DATAINDSAMLINGSMETODER I DE TO PROJEKTER

	Interventionsgruppe (projekt 1 og 2)	Kontrolgruppe (kun projekt 1)
Kvalitetsvurdering 1 = Baseline (før undersøgelse)	Ved projektstart	Ved projektstart
Selvevaluering 1	Efter 3 måneder	
Kvalitetsvurdering 2	Efter ½ år	Efter ½ år
Selvevaluering 2	Efter 9 måneder	
Kvalitetsvurdering 3	Efter 1 år	Efter 1 år
Afsluttende interview med deltagende personale	Efter 1 år	

►►► BOKS 3. POSITIVE ÆNDRINGER AF PLEJEKVALITETEN

Indikator 1: Viden om beboerens baggrund.

Indikator 2: Viden om beboerens ernæringstilstand og toiletvaner. Tilbud til beboeren om frisk luft. Opmærksomhed på tandhygiejne, fodpleje, mundpleje, neglepleje og hårpleje. Vedligehold af beboerens fysiske formåen.

Indikator 3: Beboerens psykiske tilstand. Viden om beboerens behandling med psykofarmaka.

Indikator 4: Dokumentation af beboerens sociale liv.

Indikator 5: Dokumentation af, at samtaler med pårørende finder sted. Samarbejdet med de pårørende.

Indikator 6: Beboerens integritet.

Indikator 7: (Udgået).

Indikator 8: Renhold af bolig og rengøring af seng, sengebord, kørestol og rollator. Kontrol af syn, hørelse og tænder, samt vedligehold af høreapparater, briller og tænder.

Indikator 9: Kendskab til værdigrundlaget på plejecentret.

Indikator 10: Dokumentation af den daglige plejekvalitet, f.eks. opdatering af døgnrytmeplaner og opdatering og evaluering af beskrevne problemer, mål og handleplaner i det elektroniske dokumentationssystem. Dokumentation af samarbejdet med eksterne samarbejdspartnere som tandlæger, øjenlæger, hørklinikk, hospital og egen læge, etc. Dokumentation i kalendere eller dagbøger hos beboeren, som bruges for at lette kommunikation med pårørende.

» evalueringen, er: ”Ved du, hvad beboeren, du er kontaktperson/gruppeleder for, har beskæftiget sig med tidligere i sit liv, når det gælder erhverv og fritidsinteresser? Ved du, hvor beboeren har boet tidligere i sit liv?”

Når selvevaluering bruges som observationer af beboerens tilstand, er spørgsmålene eksempelvis: ”Når du ser på den beboer, du er kontaktperson/gruppeleder for, oplever du da, at beboeren er iført helt og rent tøj, der passer i størrelsen? At beboeren har velplejede negle? At beboerens mundhygiejne er god, eksempelvis om tænderne er blevet børstet?”

Den del af selvevalueringen, der består af kontaktpersonens/gruppelederens interview med beboeren, kan være at spørge beboeren (hvis denne er i stand til at svare på spørgsmål): ”Oplever du selv at kunne bestemme, hvornår du vil stå op, og hvornår du vil i seng? Oplever du selv at kunne bestemme, hvornår du vil spise, og hvor du vil spise?”

De afsluttende interviews

For at belyse personalets opfattelse af projektets værdi for dem personligt og få et indtryk af projektets betydning for kvaliteten af omsorg og pleje er der gennemført strukturerede interviews med plejepersonalet ved afslutningen af projekterne. Der er stillet spørgsmålet til hver enkelt indikator efter følgende skabelon: ”Har det betydet noget for din praksis, at du måtte forholde dig til indikatorerne i OK-Quality? Har det betydet noget for din måde at udføre omsorg og pleje på, at du måtte forholde dig til dit kendskab til beboerens baggrund/tidligere tilværelse? Har det betydet noget for din praksis, at du måtte forholde dig til, om beboeren får en ernæringsrigtig kost?” osv.

Andre typer af spørgsmål stillet ved de afsluttende interviews har belyst, hvordan den enkelte medarbejder har oplevet projektet i praksis, og om projektet har medført lyst til at arbejde med OK-Quality efter projektets afslutning, og i givet fald hvordan.

Opgørelse af data

For at undersøge, om plejekvaliteten har udviklet sig positivt i projektperioden, er de data, der er fremkommet ved projektsygeplejerskens tre vurderinger, gjort op i forhold til en pointskala, der er udarbejdet specielt med det formål at kunne score instrumentet OK-Quality. Resultaterne af scoringen er herefter behandlet statistisk og vægтет i forhold til det antal beboere, der indgår ved hver måling. Data fremkommet på baggrund af de afsluttende interviews indgår som direkte gengivelse af medarbejdernes svar på spørgsmålene. Svarene blev efterfølgende læst op for medarbejderen.

Positive ændringer i plejekvaliteten

Projekterne viser, at der på de fleste indikatorområder er sket positive ændringer af plejekvaliteten. Eksempler er, at beboerne får tilbudt mere individuel og differentieret kost, hvor effekten følges gennem regelmæssig kontrol af beboernes kropsvægt. Gruppeledere og kontaktpersoner har også fået mere målrettet fokus på virkning og bivirkning ved den medicin, beboerne får, og forholder sig til, om medicinen har den tilsigtede virkning. Der er også mange eksempler på, at kontaktpersonerne i højere grad tager initiativ til, at beboerne får tjekket hørelse, syn og tænder, ligesom kontakten og samarbejdet

med de nære pårørende er forbedret. Kontaktpersonerne tilbyder nu altid de pårørende forventnings-samtaler og opfølgende samtaler.

Indikator 7 er den eneste indikator, hvor der ikke ses forbedringer. Indikatoren omhandler beboernes muligheder for at få indflydelse på demokratisk vis i plejecentrene, og i projekt 1 har det vist sig, at indikatoren ikke var relevant at arbejde med, fordi plejecentret er organiseret som et leve-bo-miljø. Dette betyder, at beboerne allerede har en høj grad af medindflydelse, men spørgsmålene i OK-Quality passer ikke til denne organiseringsform. I projekt 2 har man endnu ikke udviklet beboerdemokratiet, da plejecentret er taget i brug ca. ½ år før projektets start.

De indikatorområder, hvor der er sket forbedringer, fremgår af boks 3 side 46.

I projekt 1 ses ændringerne på de fleste områder at være markant forbedrede i interventionsgruppen i forhold til i kontrolgruppen. Det er et betydningsfuldt fund, når der skal argumenteres for, at selvevaluering med OK-Quality kan føre til bedre plejekvalitet. Udefrakommende faktorer, der kan have påvirket plejekvaliteten (f.eks. krav fra tilsynsmyndighe-

derne), er ens for de to gruppers vedkommende i projekt 1. Det får den betydning, at ændringerne i form af forbedringer ikke udelukkende kan skyldes disse påvirkninger, men at ændringerne skyldes selvevaluering med OK-Quality. Figur 2 herunder viser et eksempel på resultater fra projekt 1, hvor indikatoren vedrører beboerens ernæringstilstand. Af scoren fremgår det, at interventionsgruppen når den maksimale score efter 12 måneder. Det betyder, at der her er overensstemmelse mellem gruppeleders og kontaktpersonernes viden om beboerens ernæringstilstand, f.eks. om beboeren får en ernæringsrigtig kost, om beboeren vejes regelmæssigt, så man ved, om beboeren taber sig eller tager på i vægt. Der sker ikke tilsvarende positive ændringer i scoren for kontrolgruppens vedkommende, hvilket må have sammenhæng med de gennemførte selvevalueringer i interventionsgruppen.

Dette betyder, at det personale, der har ansvar for den enkelte beboer, også har tilegnet sig den fornødne viden til at udføre de nødvendige handlinger.

Som nævnt er der også sket ændringer med plejekvaliteten på ernæringsområdet i projekt 2. Dette er

»»» FIGUR 2. GRAD AF OVERENSSTEMMELSE, PROJEKT 1

Grad af overensstemmelse mellem gruppeleders og kontaktpersons viden inden for beboerens ernæringstilstand i projekt 1.

Score	Baseline kontrol. Pct.	Baseline intervention. Pct.	6 mdr. kontrol. Pct.	6 mdr. intervention. Pct.	12 mdr. kontrol. Pct.	12 mdr. intervention. Pct.
0 point	30	26	10	0	20	0
1 point	60	53	50	47	60	0
2 point	10	21	40	42	20	100
*				11		

* Der er to tomme boliger i interventionsgruppen ved vurdering efter 6 mdr.

Idealet er, at der er høj grad af overensstemmelse mellem gruppeleders og kontaktpersons viden om beboerens ernæringstilstand.

Lav score = 0 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er under 5 svar.

Mellem score = 1 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er 5 eller 6.

Høj score = 2 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er 7 (samtlige).

» vist via et eksempel i figur 3 side 49, der ligeledes angår spørgsmål om beboerens ernæringstilstand. Ved vurderingen efter seks måneder fremgår det, at personalet scorer 1 eller 2 point (hvor 2 point er maksimum), og efter 12 måneder er antallet af vurderinger, hvor der scores 2, øget med 25 pct.

Positiv vurdering fra personalet

Ved det afsluttende interview er personalet spurgt, om selvevaluering har betydet, at praksis vedrørende den fysiske pleje, herunder kendskab til beboerens ernæring, har ændret sig gennem projektperioden. Eksempler på svar her er: ”Ja, i forhold til ernæring og væske er det vigtigt, at man kigger på, hvad det er, man gør – og hvorfor. F.eks. hvad får beboeren, og er det rigtigt set ud fra et ernæringsmæssigt synspunkt? Jeg kan godt lide at lære noget – jeg synes, jeg er blevet mere grundig.” En anden siger: ”Nej, jeg tror ikke rigtigt, men alligevel ... Jeg har jo undersøgt, hvad min beboer indtager af mad og drikke gennem døgnet, og har fokus på, hvad alle beboerne får at spise, også om aftenen, hvor jeg er ansvarshavende assistent.”

I forhold til, om det deltagende personale har lyst til at anvende OK-Quality efter afslutning af projekterne, er alle deltagere i de to interventionsgrupper positive over for dette (n = 25). Eksempler på svar er: ”Ja, det har betydning, at der bliver hanket op i én. Det er betydningsfuldt i forhold til beboerne, fordi det er beboerne, det drejer sig om. Det kommer så let til at handle om, hvor synd det er for mig som personale.” En anden siger: ”Ja, det ville være godt at selvevaluere mig én gang hvert halve år. Jeg tror, vi selv kunne løse opgaven med at udvikle plejekvaliteten ved, at vi diskuterer de forskellige områder efter en selvevaluering i gruppen.”

Lille ressourceforbrug

Til selvevalueringen er der i gennemsnit forbrugt to timer pr. beboer, man er kontaktperson eller gruppeleder for pr. gang. Hvis man selvevaluerer hvert halve år, betyder det, at kontaktperson eller gruppeleder hver anvender fire timer pr. beboer pr. år. Det er derfor ikke brug af ressourcer, der kan udgøre en barriere for, at selvevaluering med OK-Quality kan implementeres som en del af løbende kvalitetsudvikling og sikring. Alternativt vil man kunne fordele ressourceforbruget ved f.eks. at ar-



bejde med én eller flere indikatorer ad gangen og ikke, som i de to beskrevne projekter, med alle 10 indikatorer samtidig. Man kan planlægge selvevalueringen, så ressourceforbruget fordeles ligeligt over året.

OK-Quality i fremtiden

Som nævnt finder jeg det væsentligt, at den, der leverer pleje og omsorg til beboeren, begriber, hvad der opfattes som god kvalitet i ydelserne. Selvevalueringen har her vist sig at virke. Den giver plejepersonalet mulighed for at reflektere over den konkrete omsorg og pleje, der ydes, og projekterne viser, at plejekvaliteten udvikler sig positivt på langt de fleste indikatorområder i begge projekter. Ændringerne er tillige sket i større udstrækning i interventionsgruppen end i kontrolgruppen i projekt 1.

Derudover har alt deltagende personale vurderet, at de har udviklet plejekvaliteten på et eller flere områder ved hjælp af OK-Quality, og alle ønsker at arbejde med OK-Quality i fremtiden. Det tolker jeg, som at OK-Quality er et værktøj, man kan forholde sig til i praksis, uanset faglig baggrund. Arbejdet med OK-Quality medfører derved, at plejepersonale bedre kan forholde sig til, hvad der kan forstås ved god plejekvalitet.

Hvilket leder til en spændende perspektivering,

idet det er helt nødvendigt at udvikle operationelle metoder og værktøjer, der kan anvendes i arbejdet med kvalitetsbegrebet på plejehjemsområdet. Det er vigtigt at huske her, at instrumenter og metoder skal have afsæt i evidensbaseret viden om, hvad der kan betegnes som kvalitet i omsorg og pleje.

En vigtig konsekvens af at anvende operationelle værktøjer og metoder udarbejdet med basis i evidens og formelle rammer er altså, at det bliver lettere for plejepersonalet at forholde sig til begrebet kvalitet i omsorg og pleje til beboere på plejehjem. Og derved bliver personalet bedre i stand til at leve op til de krav og forventninger til kvaliteten, som interessenterne har.

Resultaterne fra de to projekter viser, at kontaktpersoners og gruppeleders målrettede selvevaluering af omsorg og pleje ved hjælp af OK-Quality kan føre til kvalitetsforbedringer på danske plejehjem. I et fremtidsperspektiv vil metoden kunne udvikles til andre områder, eksempelvis i hjemmeplejen.

*Kate Dybdal Gjerstrup
var ansat som projektleder i projektperioden.
Er nu ansat som leder af
plejehjemmet Engskrænten, Rødovre;
kgjerstrup@yahoo.dk*

Litteratur

1. Gjerstrup DK. Er kvaliteten i orden? Sygeplejersken 2005;(9):40-3.
2. Gjerstrup DK, et al. Standarder på plejehjemmet. Sygeplejersken 1995;(3):17-9.
3. Gjerstrup DK. Standarder, selvevaluering og observation i demensplejen. Sygeplejersken 1997(17):18-22.
4. Egne, endnu ikke publicerede, rapporter om selvevalueringens betydning for plejekvaliteten i praksis, når man anvender instrumentet OK-Quality.
5. Rantz M, Zwycgart-Stauffacher M, Popejoy L et al. Nursing Home Care Quality: A multidimensional Theoretical Model Integrating the views of Consumers and Providers. Journal of Nursing Care Quality 1999;14 (1):16-37.
6. Gjerstrup DK. Hvordan kan instrumentet OK-Quality undersøges for validitet og reliabilitet. Specialeafhandling. Cand.cur.-studiet, Aarhus Universitet, februar 2003.

»»» FIGUR 3. GRAD AF OVERENSSTEMMELSE, PROJEKT 2

Grad af overensstemmelse mellem gruppeleders og kontaktpersons viden inden for beboerens ernæringstilstand i projekt 2 (uden kontrolgruppe).

Score	0 mdr. Pct.	6 mdr. Pct.	12 mdr. Pct.
0 point	33	0	0
1 point	50	58	33
2 point	14	42	67
*	3	0	0

* Der er en tom bolig ved baselineundersøgelsen

Lav score = 0 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er under 5 svar.

Mellem score = 1 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er 5 eller 6.

Høj score = 2 betyder, at mængden af overensstemmende svar fra gruppeleder og kontaktperson er 7 (samtlige).

»»» ENGLISH ABSTRACT

Gjerstrup KD. Self-evaluation of quality in nursing homes. Sygeplejersken 2009;(11):44-9.

The article presents two evaluation projects of OK-Quality, a tool developed to assess the quality of nursing care and to facilitate staff self-evaluation of their work. OK-Quality was developed and evaluated by the author between November 2006 and February 2008 in two different nursing homes.

OK-Quality is based on 10 quantifiable indicators of care quality. The indicators, and the questions regarding the individual indicators, stem from specialists' descriptions of what may be considered "best practice" in the context of nursing homes, as well as from relevant instructions and the code of practice.

OK-Quality is used in the projects to measure concordance between knowledge of individual residents possessed by group leaders and contact persons within the ten indicators; similarly, interviews take place with staff in respect of each individual indicator. This article evaluates the staff's experience of the project and their willingness to work with OK-Quality in the future.

The results show that self-evaluation using the OK-Quality tool is a suitable method for maintaining or implementing quality improvements in terms of daily nursing care offered to nursing home residents. Positive changes were also seen in most indicator areas in the intervention group compared with the control group, and the staff have a positive view of the instrument – which can be used irrespective of professional background.

Key words: OK-Quality, nursing home, quality, self-evaluation.

Sociale kompetencer er nødven

AF JENS ERIK KOFOD, MAG.SCIENT., PH.D., I ANTROPOLOGI • SIMON KNUDSEN

Artiklen henvider sig til sygeplejersker i hjemmeplejen og på plejehjem. Den er baseret på en ph.d.-afhandling og beskriver, hvordan overgangen fra hjem til plejehjem forløber for 16 udvalgte beboere. Hovedbudskabet er, at de ældre skal afkode medarbejdernes aktuelle stressniveau, hvis de skal undgå ventetid på pleje.

Hans og Anna var et ældre ægtepar, som havde fejret guldbryllup. Han var 88 og hun 86. Størsteparten af deres liv havde de boet i det centrale København, og de boede stadig i den gade, hvor de i sin tid mødtes. I maj 2005 blev de visiteret til plejehjem, og Hans beskrev deres ydmyge forventninger: ”Så længe, de behandler os ordentligt, så forventer vi ingenting.” Som helt nye beboere blev de meget begejstrede for plejehjemmet og fortalte for åben dør, og således at personalet kunne overheøre det, at ”det nok er byens bedste plejehjem, vi bor på.”

De var også meget lettede efter indflytningen. Anna var specielt lettet. Efter Hans’ tidligere hjerteanfald var det en stor lettelse, at der nu var personale uden for døren alle døgnets timer, som umiddelbart kunne hjælpe.

Da de havde været beboere i seks måneder, var de imidlertid knap så begejstrede. De havde nu oplevet lange ventetider på deres opkald, og f.eks. måtte Anna flere gange vente meget længe på hjælp til morgentoilette. Dette skyldtes dels travlhed, dels at Hans og Anna ikke udviste tilstrækkelig forståelse for personalets arbejdspress.

Beboerne må anerkende personalets travlhed

Størsteparten af de 16 gamle, jeg har fulgt i overgangen fra eget hjem til plejehjem, viste forståelse for

personalets arbejdspress (se boks 1 side 51). Det vil sige, at de nøje valgte at holde øje med, hvor travlt personalet havde. De ringede kun, når de kunne fornemme, at personalet ikke havde for travlt. Dette forhold har Kydd ligeledes beskrevet fra en geriatrisk afdeling i Skotland. Denne afdeling skulle lukkes ned, og Kydd beskriver, hvordan patienterne aflæste personalets stressniveau og afpassede deres kald derefter (1).

Denne opmærksomme anerkendelse af personalets arbejdsforhold var typisk indledningen til etableringen af gensidige relationer mellem beboere og personale. Personalet gav pleje, indlevelse og omsorg, mens humor og anerkendelse af arbejde og samarbejdsvilje, f.eks. ved morgentoilette, blev givet fra beboerne. Ulla, som var social- og sundhedsassistent, fortalte f.eks., hvordan det altid er en fornøjelse at besøge Lydia, fordi:

”Hun får mig til at le ... og hun har næsten altid noget nyt at fortælle ...”

I Ullas beskrivelse af Claus på samme afdeling er forholdet modsat. Her skal hun ”... passe på ikke at række ham en lillefinger ... han prøver altid at tage hele hånden.”

Anerkendelse giver hurtig hjælp

Ved at indgå i disse relationer sikrede beboerne sig, at de blev placeret i gruppen af beboere, som hurtigt fik hjælp. Beboerne oplevede ventetid som ydmygende, noget der udstillede deres afhængighed af personale. At indgå relationer med personale var blandt andet et forsøg på at undgå denne ventetid. Personalet fik på deres side hensyntagen til deres

”Personalet gav pleje, indlevelse og omsorg, mens humor og anerkendelse af arbejde og samarbejdsvilje, f.eks. ved morgentoilette, blev givet fra beboerne.”



dige på plejehjem

arbejdspres, ros for deres indsats og beboere, der gennemførte så meget af deres personlige pleje, som de orkede.

Der var dog også noget paradoksalt i denne relation. På den ene side var der en reel gensidig interesse for hinandens personer og historier. På den anden side havde etableringen af relationen et strategisk formål. Beboerne fik personalets opmærksomhed, og personalet fik beboere, som tog hensyn til deres arbejdspres.

Men relationen var også ustabil. Dels på grund af personalegennemstrømning og dels på grund af en næsten konstant mangel på personale. Beboerne opbyggede typisk relationen med deres kontaktperson, og hvis denne var fraværende, kom de ofte til at vente. En anden beboer, Else, fortæller således, hvordan hendes kontaktperson skulle tilbage på skolen, og Else var næsten fortvivlet, fordi ” ... en ny skal til at lære mig at kende ... og det tog rigtig lang tid sidst.”

Tillige var det personalet, der havde magten til at afslutte relationen, hvis de ønskede det. De kunne omfordele beboerne mellem sig med henvisning til arbejdspres. Beboerne på deres side havde kun meget lidt indflydelse på, hvilken kontaktperson de blev tildelt.

At præsentere sig

Relationerne var karakteriseret af en række yderligere forventninger. En af de væsentlige var, at personalet også hjalp beboerne med at præsentere sig, som de ønskede det, og at personalet i den sammenhæng hindrede, at deres skavanker og mistede kom-

”På den anden side havde etableringen af relationen et strategisk formål. Beboerne fik personalets opmærksomhed, og personalet fik beboere, som tog hensyn til deres arbejdspres.”

petencer blev udstillet, særligt i spisestuen. De ønskede f.eks. ikke, som det skete for Lis, at størrelsen på hendes bleer blev diskuteret som en del af frokosten.

Et andet eksempel antyder, at beboerne helst ville have intime detaljer diskuteret i deres lejligheder med deres kontaktperson: Mens en gruppe beboere og to personalemedlemmer spiste i en mindre afdeling, begyndte Anna at rejse sig fra bordet. Et personalemedlem spurgte hende, om hun skulle på toiletet. Anna svarede ikke og begyndte at gå ned ad gangen. Længere nede ad gangen kunne jeg høre, at Anna blev spurgt igen. Denne gang bekræftede hun med lav stemme, at hun skulle på toiletet.

Personalet forventede endvidere, at beboerne var socialt indstillede. De skulle deltage i måltiderne i afdelingen, og her var det vigtigt, at de mentalt friske beboere deltog, da de kunne hjælpe personalet med at etablere en samtale i løbet af måltidet. Når personalet forventede, at beboerne deltog i genoptræningsaktiviteter, ligger der også i denne forventning, at beboerne holdt deres funktionsniveau ved lige, så de kunne blive ved med at varetage en del af plejen selv. Hvis beboeren gjorde dette, blev det set som et positivt resultat af plejen og taget som udtryk



))) BOKS 1. OM AFHANDLINGEN

Afhandlingen ”Becoming a Nursing Home Resident” omhandler 16 gamle menneskers overgang fra eget hjem til plejehjem og deres første halve år på plejehjem. På plejehjemmet håbede de på, at de ville få tilstrækkelig genoptræning til f.eks. at kunne rejse sig fra kørestolen, og at de mødte nogle, som lignede dem selv, som med tiden kunne blive deres gode bekendte.

Overgangen analyseres med et fænomenologisk og intersubjektivt perspektiv, og i analysen identificeres tre former for agency (handlemuligheder). Da de har boet et halvt år på plejehjemmet, er den form for agency, de lades tilbage med, evnen til at skabe sociale relationer. Deres mobilitet var yderligere forringet, og deres håb om, at de ville kunne forlade kørestolen, var bristet, ligesom håbet om at møde bekendte for langt de fleste ligeledes var bristet. Evnen til at etablere og vedligeholde relationer med personalet var den eneste tilbageværende måde, hvorpå de kunne bevare indflydelse på deres egen dagligdag.

Bech (2) har identificeret potentialet for genoptræning af plejehjemsbeboere og fundet ud af, at ved en mindre, forøget indsats med genoptræning, energitilskud og lignende kunne beboernes mobilitet forbedres markant.

Afhandlingen ligger på EGV-Fondens hjemmeside.

Se www.egv.dk > Aktiviteter > Afsluttet forskning > At flytte på plejehjem

”Personalet krævede simpelthen, at Hans vurderede personalets stressniveau, og at han accepterede dette som afgørende for, hvornår han bad om hjælp.”

►► for, at beboeren flyttede sig i den rigtige retning. I modsat fald var det ”... irriterende, hvis de ikke gør noget på eget initiativ. Det giver os så meget arbejde ...”

Fleere undersøgelser indikerer, at plejehjemmet som arbejdsplads rummer meget begrænsede muligheder for anerkendelse af personalets arbejde. Der er dels mulighed for anerkendelse i den skriftlige dokumentation af plejen, dels i beboernes anerkendelse af denne. Størsteparten af personalet i min undersøgelse foretrak, som det er tilfældet i andre undersøgelser, beboernes umiddelbare anerkendelse.

I løbet af det første halve år på plejehjemmet havde Hans flere gange oplevet, at Annas morgentoilette var blevet skubbet. Ofte havde de oplevet, at hun først fik hjælp klokken 10 mod sædvanligvis klokken halv ni. Som protest havde Hans selv flere gange

forsøgt at få hende ud af sengen. Hans oplevede, at personalet henholdt sig til, at der var travlt, at de var for få osv. Hans, på sin side, følte sig til besvær. Personalet krævede simpelthen, at Hans vurderede personalets stressniveau, og at han accepterede dette som afgørende for, hvornår han bad om hjælp.

Ved det sidste interview fortalte Hans, at de nu havde erkendt at: ”Vi bliver nødt til at tage hensyn til personalet, ellers holder de op.” Efter et halvt år havde han med andre ord også erkendt, at han oplevede større imødekommethed, hvis han lyttede til personalets stressniveau.

Det kræver således en stor social indsigt at være plejehjemsbeboer, fordi man skal kunne leve sig ind i personalets arbejdsforhold og kun bede om hjælp ud fra denne vurdering. Hans og Anna var lang tid om at nå denne erkendelse. De øvrige 14 beboere, jeg fulgte i overgangen til plejehjem, erkendte dette i løbet af den første måned som beboere.

Det krævede med andre ord stor social indsigt at blive plejehjemsbeboer. Det er op til læseren at overveje, om de samme kompetencer også forventes af patienter på hospital.

Jens Erik Kofod er ansat som forsker på SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; jko@sfi.dk

►►► ENGLISH ABSTRACT

Kofod JE. People skills essential in nursing homes. *Sygeplejersken* 2009; (11):50-2.

The article is based on a PhD project, which describes an 18-month ethnographic fieldwork project on the elderly, both in their own homes and in four Danish nursing homes. In the fieldwork I followed Hans and Anna, and 14 other senior citizens during the transition from life in their own home to living in a nursing home – including their first six months living in a nursing home.

The 16 senior citizens were well-functioning mentally and consequently differed from the majority of residents in Danish nursing homes – approximately 60 percent of whom have been diagnosed with dementia.

Hans and Anna found the move to a nursing home a great relief, because they were moving to an environment where staff were available to provide assistance around the clock. However, after six months the relief had been replaced with disappointment, since they had come to realise that their individual needs were not being adequately met. This was largely because Hans and Anna had failed to pay sufficient regard to the staff's need for acknowledgment of their work, and the time constraints under which they work.

The other residents in the study considered these factors and built up a relationship with the staff which ensured that they experienced the least possible time waiting for assistance. In this way, the residents were able to influence their experience of life in a care institution; however, being a nursing home resident required significant social insight. It is up to the reader to decide whether the same insights are also expected of patients in a hospital.

For an English version of the study see www.egv.dk > Aktiviteter > / Afsluttet forskning / At flytte på plejehjem

Key words: Nursing home, nursing home residents, nursing home personnel.

Litteratur

1. Kydd A. Caring for Formal Carers. Paper presented at the International Federation on Ageing: 8th Global Conference Copenhagen may 30th – June 2th 2006.
2. Beck AM et al. (2008). Plejetyngden af ældre danskere på plejehjem. *Ugeskrift for læger* 2008; 170/9: 25. February. Pp: 750-52.

Supplerende litteratur

Lipsky M. Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the Individual in Public Services. In (ed.) Handel, M.J.: The sociology of organizations classic, contemporary, and critical readings. Thousand Oaks, California Sage Publications; 2003.

Mortensen GL. Sociale relationer mellem beboere. In (ed.) Møller K, Knudstrup M. Trivsel i plejeboligen. Pp. 35-50. Odense: Odense Universitets Forlag; 2008.

Gubrium JF. Living and Dying at Murray Manor. St. New York: Martin's Press NY; 1975.

>>> TESTEN



Temaet er hjertearytmier Test dig selv eller en kollega

Mange mennesker har indimellem hjertekvababbeelse, men nogle former er værre end andre afhængigt af, hvor i hjertet problemet opstår.

- 1** *Supraventrikulære arytmier udgår fra atrieerne eller AV-knuden, og sinusarytmi hører under denne kategori. Skal børn med sinusarytmi i medicinsk behandling?*
 - a. Ja, og det haster.
 - b. De fleste børn og yngre raske mennesker har sinusarytmi, og tilstanden er som regel ufarlig.
- 2** *Ved atrieflimren varierer pulsen fra langsom, normal frekvens til hurtig. Skal voksne med atrieflimren altid i medicinsk behandling?*
 - a. Ja, altid.
 - b. Det afhænger af symptomer og varighed.
- 3** *Hvad er behandlingsindsatsen især rettet mod ved supraventrikulære arytmier?*
 - a. Forebygge hjertestop.
 - b. Kontrol af rytme og puls og forebyggelse af vtromboemboli.
- 4** *Ventrikulære arytmier opstår i ventriklernerne, og 2.-grads AV-blok hører under denne gruppe. Skal man altid i behandling, når man har AV-blok?*
 - a. Ja, og det haster.
 - b. Ved lejlighed er det en god idé at besøge sin læge.
- 5** *Ved pacemakerbehandling implanteres en lille elektrisk impulsgenerator under huden, og de fleste stimulerer kun hjertet, når der er brug for det. Hvor mange pacemakerbrugere er der i Danmark?*
 - a. 12.000.
 - b. 120.000.

(er)

Se svarene på TESTEN side 57.



Virker hurtigt og effektivt

Med ACTICOAT kan du se en forbedring allerede indenfor to uger

Et bakterie belastet sår kræver et hurtigt og præcist behandlingsforløb for at blive helbredt uden unødvendige komplikationer. Jo tidligere infektionen er stoppet og den helbredende proces kan begynde, jo bedre for patienten, for dig selv og for økonomien.

ACTICOAT-bandagen fremskynder sårhelingen ved at begrænse

Det er ikke alle sølv bandager, der er guld værd

 **smith&nephew**
ACTICOAT[®]
SILCRYST

mængden af bakterier og vedligeholde et fugtigt sår miljø. Den giver en lavere skiftningsfrekvens og er antibakterielt aktiv i både såret og bandagen i 3-7 dage.

ACTICOAT gøre en forskel på blot to uger og er simpelthen dit bedste våben i kampen mod bakterier og høje omkostninger.

Sygepleje til børn med

AF TERESA HOANG, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker, der arbejder med børn. Hovedbudskabet er, at smerter ved nålestik er det, som børn frygter allermost, når de er hospitalsindlagte, og sygeplejersker har en vigtig opgave i forhold til at afhjælpe denne frygt samt lindre barnets smerte. Artiklen er skrevet på baggrund af forfatterens litteratursøgning og studiebesøg på forskellige danske børneafdelinger.

Børn er nysgerrige, inspirerende og til tider svære at forstå, fordi vi som voksne tænker og oplever tingene anderledes. Ikke mindst er legen som et vigtigt element ikke længere en fast del af den voksnes hverdag, og det kan derfor være svært at møde barnet, så det føler sig forstået, set og hørt også når situationen indebærer procedurerelaterede smerter for barnet.

Endvidere kan gamle myter omkring børns manglende smerteoplevelse hindre en optimal sygepleje til det smertetruede barn. Forestillinger om, at børn ikke føler smerte af betydning, og at de vænner sig til smerten, jo flere gange de udsættes for den, eksisterer desværre stadig. Men smerter ved nålestik er reelt det, som børn frygter allermost, når de er hospitalsindlagte (1), og internationale undersøgelser har dokumenteret, at børn, herunder præmature børn, som udsættes for diverse behandlingsprocedurer, oplever smerter, og at underbehandling af disse smerter kan medføre kroniske smerter eller traumatisere barnet (2). Vi ved også, at kronisk syge børn aldrig vænner sig til smerte, men derimod opbygger en frygt og er mere sensible over for disse indgreb (3).

Smerte er tillige mere end en fysisk fornemmelse. Barnet husker ikke alene de ord, forældre eller andre brugte i den smertefulde situation, de kan også genopleve deres reaktion, holdning, opførsel og sprogbrug (4).

Børns smerter en faglig udfordring

Børn efterspørger en nærværende sygeplejerske, som har tid til at forberede barnet på behandlingsproceduren (4), og på trods af øget opmærksomhed fra internationale studier og organisationer, der beskæftiger sig med børns smerter, f.eks. International Association for the Study of Pain og Scandinavian Association for the Study of Pain, og sygeplejerskers vilje til at arbejde med problematikken, er forebyggelse og lindring af børns smerter fortsat en stor

»»» BOKS 1. MED HC AND PÅ SYGEHUS

HC And er et computerprogram, som barnet og dets forældre kan se hjemme inden indlæggelsen og efterfølgende udskrivelse. Programmet er udviklet til børn i alderen 4-7 år, og informationen er udviklet som små animerede tegnefilm i en HC And's hospitalsverden.

Programmet indeholder information i børnehøjde om en række undersøgelser og andre ting af betydning for barnets indlæggelse.

HC And storyboards er udviklet af en projektgruppe og forskellige afdelinger på Odense Universitetshospital.

Se programmet på <http://hcand.ouh.dk/index.htm>

situationer kan barnet have opbygget en frygt for at skulle stikkes, og hvis det er første gang, barnet udsættes for et nålestik, kan den enkelte situation være afgørende for, hvilke følelser og tanker barnet efterfølgende associerer med sundhedsvæsenet.

Ud over at barnets smerter ved nålestik er forebygget bedst muligt via lokalbedøvende midler, er sygeplejerskens adfærd vigtig. Sygeplejersken kan både mildne den konkrete smerte og forebygge en fremtidig frygt hos barnet ved hjælp af kommunikation og forskellige sygeplejehandlinger. Et tæt samarbejde med barnets forældre er også vigtigt. Målet er at etablere tryghed hos barnet og hjælpe barnet til, at smerteepisoden ikke bliver traumatisk.

Inden proceduren

Når barnet skal udsættes for nålestik, skal sygeplejersken på forhånd have overvejet, hvilket formål selve proceduren har, og hvordan formidlingen af dette skal ske til barnet. Den verbale og nonverbale kommunikation skal være rolig og tydelig, sådan at barnet forstår, hvad og hvorfor proceduren skal ske. Det er væsentligt, at de fysiske omgivelser er rolige, uforstyrrede og børneegnede, og kommunikation til barnet skal være afpasset barnets interessefelter og udviklingstrin. Som oftest har barnet behov for verbal forklaring, konkrete eksempler og illustrationer for at forstå proceduren.

Her kan inddragelse af dukker, bamser, andre fysiske figurer eller computeranimerede situationer være med til at understøtte barnets forståelse (5). Der eksisterer i dag også forskellige edb-programmer, som barnet og dets forældre kan forberede sig gennem inden proceduren (se boks 1 herover).

”Forebyggelse og lindring af børns smerter er fortsat en stor udfordring indenfor sygeplejen.”

udfordring inden for sygeplejen. Denne artikel handler om, hvordan sygeplejersken kan samarbejde med barnet under smerte-relaterede procedurer, der indeholder nålestik. F.eks. ved blodprøvetagning, injektioner eller anlæggelse af perifert venekateter.

Barnet skal føle sig trygt

Det barn, der står over for et nålestik, kan dels være præget af tidligere negative oplevelser eller have urealistiske forestillinger om situationen. I begge

nålefobi

Sygeplejersken kan inddrage barnet aktivt i afhjælpningen af frygten og smerten. Hvis barnet er blevet stukket tidligere, kan hun inden proceduren spørge til tidligere smerteoplevelser, og om der er noget specielt, barnet plejer at tænke på, der kan hjælpe på smerterne og derved hjælpe barnet til at være opmærksom på, at det kan gøre noget godt for sig selv.

Barnet kan få medbestemmelse f.eks. i form af at få lov til at beslutte, om det skal sidde eller ligge, farve på evt. bandage, vælge arm eller sted på kroppen eller sige til, når han/hun er parat til, at proceduren kan gå i gang. Barnet kan også inddrages aktivt ved f.eks. at få lov til at holde en sprøjte eller andre remedier, ligesom der kan tages udgangspunkt i, hvorledes proceduren plejer at blive udført, hvilket barnet kan fortælle sygeplejersken.

Men sygeplejersken skal også vurdere, hvor stor indflydelse barnet skal have, da for mange valg kan stresser barnet.

Barnet bliver gennem en aktiv involvering anerkendt, oplever kontrol og inviteret til at anvende sine egne afledningsstrategier, hvilket kan flytte fokus fra smerten. En dreng på 10 år, som jeg mødte under et studiebesøg, fortalte f.eks., at han ved nålestik altid tænker på, at han sover. Så mærker han ikke smerten.

Under proceduren

Under proceduren kan sygeplejersken aflede barnet, og igen skal dette ske med udgangspunkt i barnets alder, udviklingstrin og de ting, som optager barnet. Afledning bruges til at flytte barnets fokus fra proceduren, så denne opleves uproblematisk og hurtigt overstået.

Brugen af humor, leg og evt. fantasirejser kan være afgørende for graden af succesoplevelse, og her oplevede jeg under et andet studiebesøg, at sygeplejerskerne ofte sang for eller sammen med børnene. F.eks. blev der hos en lille pige sunget ”vaskesangen” under proceduren, hvilket beroligede og afledte pigen fra smerten.

Efter proceduren

Afhængigt af barnets behov kan proceduren evt. gennemgås, efter proceduren er afsluttet, så barnet får en bedre helhedsforståelse. Sygeplejersken kan tale med barnet om, hvad de hver især synes gik godt i løbet af proceduren, og hvad barnet selv gjorde, og herudfra kan sygeplejersken uddrage de positive ting og foreslå barnet, at disse bliver brugt ved fremtidige behandlingsprocedurer.

Barnet kan også have behov for at bearbejde den

”Men sygeplejersken skal også vurdere, hvor stor indflydelse barnet skal have, da for mange valg kan stresser barnet.”





”Sygeplejersken skal dokumentere, hvilke behov barnet har i forhold til proceduren, og beskrive årsager til, at barnet er samarbejdsvilligt og tryk eller det modsatte.”

» følelsesmæssige oplevelse og reaktion, som opstår under undersøgelsen, og sygeplejersken må her gøre sig umage med at forstå barnet og møde det der, hvor det er. Det er vigtigt, at sygeplejersken på baggrund af sine faglige kompetencer og empatiske egenskaber har forståelse for barnet og kan rumme dets følelser og reaktioner (6).

Sygeplejersken skal efterfølgende dokumentere, hvilke behov barnet har i forhold til proceduren, og beskrive årsager til, at barnet er samarbejdsvilligt og tryk eller det modsatte, således at der er systematik og kontinuitet for det enkelte barn ved fremtidige procedurer. Det er endvidere væsentligt, at man i afdelingen har faste procedurer og en fælles holdning til afhjælpning af barnets frygt og smerter, så barnet og dets forældre ikke mødes af vidt forskellige tilgange. Bedst er det, hvis det er det samme personale, der møder barnet.

Ensartethed en nødvendighed

Sygeplejersker kan ikke trylle barnets utryghed eller smerte bort, men vi kan sammen med barnets forældre være med til at forebygge og reducere disse ting. Når børn føler sig set, hørt og mødt på det udviklingstrin, de er, og man i afdelingen arbejder ud fra de samme retningslinjer og holdninger, hvor den nødvendige tid i forhold til procedurerelaterede smerter prioriteres højt, er barnet i gode hænder.

*Teresa Hoang er ansat på
Hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet;
teresahoang8@hotmail.com*

Litteratur

1. Uman LS, Chambers CT, Mcgrath PJ et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. The Cochrane Collaboration;2008;1-4.
2. Rørbæk M. Børn værner sig ikke til smerten. Sygeplejersken 1994;1:10-3.
3. Tveiten S. Barnesygepleie. 2.ed. Norway: AD Notam Gyldendal 1993;108-15.
4. Garland L, Kenny G. Family Nursing and the management of pain in children. Paediatric Nursing 2008,18(6);18-20.

5. Jerlang Espen. Udviklingspsykologiske teorier. Jean Piagets teori om erkendelse. 3. udgave. København, Nordisk Forlag A/S, 2002.
6. Jerlang E. Barnets udvikling – en helhed. 1. ed. Munksgaard, København;1991:70-1,121-2.

»» ENGLISH ABSTRACT

Hoang T. Nursing care of children with needle phobia. Sygeplejersken 2009;(11):54-6.

Children experience fear and pain in association with needlestick procedures. Consequently, nurses play an important role easing children's fear- and relieving pain associated with needlestick procedures. Close cooperation with the child's parents, communication adapted to the child's developmental level, and targeted nursing intervention are important elements in the cooperation between nurses and children.

Preparing the child for the procedure requires use of verbal explanations, concrete examples and illustrations. Here, dolls, cuddly toys or computer-animated scenarios are possible solutions. The child can be actively involved and achieve co-determination, which helps the child experience a feeling of control over the situation.

During the procedure the nurse can distract the child using humour, play, and fantasies. Distraction is used to switch focus from the procedure so that it is experienced unproblematically and rapidly overcome. Following the procedure the child may need to process the emotional experience and reactions resulting from the intervention, and the nurse must be able to accommodate the child's feelings. On a ward level, nursing staff have to work within guidelines and shared attitudes, and the time necessary in respect of needlestick procedure-related pain in children must be highly prioritised.

Key words: Children, needlestick procedures, needle phobia, nursing.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 58

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

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

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



TARGIN®
OXYCODON/NALOXON

Ud med tilfældig seksualundervisning

Seksuualundervisning skal være et obligatorisk fag i folkeskolen, ikke som nu et timeløst fag. Og der må undervises i seksuelle rettigheder, så unge lærer at respektere hinandens grænser og mærke, hvor deres egne går. Sådan lyder en af anbefalingerne i rapporten "Unge trivsel år 2008. En undersøgelse med fokus på seksuelle overgreb og vold i barndom og tidlig ungdom".

Sundhedsplejerske Lone Kjær Hein, som modtager dette års Kirsten Stallknecht Pris, har valgt at gå aktivt ind i seksualundervisning af unge. Hun beskæftiger sig ikke kun med den tekniske side af sagen, kondomer, aborter og klamydia, men også med intimitet og parathed til et liv med sex. Og det er da en god idé, al den stund at der både blandt drenge og piger er 6 pct., som ikke kan huske, hvordan det var første gang, de havde sex.

Ikke-moraliserende dialog med de unge er vejen frem, og årets prismodtager er et eksempel til efterfølgelse, hvad enten det er sundhedsplejersken eller den stakkels klasselærer, som skal tage sig af undervisningen. Erfaringen er, at spørgelysten er stor, hvis undervisningen er afslappet og inviterer til åbenhed.

"Unge trivsel år 2008" kan downloades på www.si-folkesundhed.dk

(jb)

Edvard Munchs sygeplejersker på Ordrupgård

Edvard Munch var 17 år, da han bestemte sig for at blive maler, og han blev en formidabel kunstner. Men livet var ikke altid nemt for ham. Han led af sarte nerver, og når det var værst, søgte han ofte ro og helbredelse i København. I 1908 blev det til et længere ophold, da han lod sig indlægge syv måneder på neurologen Dr. Daniel Jacobsons klinik. Her forvandlede Munch sit værelse til et atelier og malede adskillige malerier, heriblandt flere hovedværker, og han eksperimenterede med fotografi og grafik. Nerveklinikens sygeplejersker blev et yndet portrættemne, og disse malerier og fotografier er et vigtigt omdrejningspunkt, når Ordrupgaard fra den 4. september og tre måneder frem viser særudstillingen "Munch og Danmark".

Man kan booke en omvisning på e-mail:

ordrupgaard@ordrupgaard.dk eller på tlf. 3964 1183.

Måske en idé til efterårets personalekomsammen?

(er)

Kilde: www.ordrupgaard.dk

Svar på Testen side 53

- 1: b. Sinusarytmi optræder, når frekvensvariationen er synkron med åndedrættet.
- 2: b. En del mennesker har vekslende atrieflagen og -flimmer uden prognostisk eller terapeutisk betydning. Ved førstegangsanfald eller påvirket tilstand skal man altid udredes.
- 3: b.
- 4: a. Tilstanden kan være livstruende og kan kræve både atropin og/eller pacemakerbehandling.
- 5: a. Der kommer ca. 2.000 nye til pr. år.

Kilde: Almen Praksis. Symptomer, diagnose & behandling. 2007. Forlagsgruppen ApS. www.almenpraksis.dk

Prisværdigt enkelt, bør indføres i alle regioner

Det har været en lang proces at få udviklet materialet "Simpel funktionsmåling", mange har været involveret, tilsnittet har været tværfagligt, men ikke desto mindre er det prisværdigt enkelt. Ud over de nødvendige skemaer og indsigt i at bruge dem kræves der et målebånd, en stol og et stopur.

Arbejdet med at udvikle "Simpel funktionsmåling" er et vellykket forsøg på at skære ind til benet for at undgå prosatekst, at vælge anerkendte og så vidt muligt evidensbaserede redskaber, at gøre materialet anvendeligt ved at præsentere det på en dvd og lægge det på nettet.

Hensigten med "Simpel funktionsmåling" er at skabe et fælles sprog eller at tydeliggøre patientens funktionsniveau inden for tre områder:

- Patientens vurdering af egen helbredssituation (Global helbreds-vurdering og EuroQol EQ-5d)
- En tværfaglig vurdering af patientens funktionsniveau (Barthel Index-20)
- En funktionstest, som dels omhandler en fysisk test, dels en kognitiv test.

Den fysiske funktionstest består af en balancetest (tandem balancetest), en rejse sig op fra stol-test (Time - Up&Go) og endelig en udholdenhedstest (Patienten rejser sig og sætter sig gentagne gange).

Den kognitive test består af en standardiseret vurdering af det aktuelle kognitive niveau (OMC-test).

"Simpel funktionsmåling" ser ud til at bygge på et

grundigt arbejde, fremgangsmåden er som nævnt både tværfaglig og enkel, og resultaterne bør nemt kunne kommunikerer internt og mellem primær og sekundær sektor og danne afsæt for relevante handlinger, hvor patientens situation er i fokus. Hvis man vil. Hvis man vil acceptere, at andre har brugt både tid og ressourcer på at udvikle nogle redskaber, som faktisk kan bruges uden nødvendigvis at skulle ændres lidt for at passe til "os" og "vores" sted. Intet er imidlertid statisk, men alene ny viden, ikke egne holdninger, skal være grundlaget for revision eller ændring af måle- og testredskaberne i "Simpel funktionsmåling". Det kunne være interessant, om der kunne etableres et samarbejde mellem f.eks. det "Danske Indikator Projekt" eller andre overordnede kvalitetssystemer, så resultaterne fra "Simpel funktionsmåling" indgik i registreringerne. Barthel Index-20 eller 100 indgår allerede hos nogle sygdomsgrupper. Forfatterne er selv lidt inde på det. Måtte det lykkes. Det kunne også være interessant, om ikke kun region Syddanmark, men alle regioner anvendte "Simpel funktionsmåling", og at alle, som får resultaterne i hænde, har en ide om, hvordan disse måle- og testresultater kan anvendes og tolkes, både i forhold til det enkelte menneskes bedste og i forhold til den bedste udnyttelse af samfundets ressourcer.

Af Doris Christensen, sygeplejerske, konsulent.



OUH
Odense Universitetshospital
Ulykkes Analyse Gruppen
November 2007
Simpel funktionsmåling
Dvd og pjeces
Bestilles hos
uag@ouh.regionsyddanmark.dk
eller 65 41 22 93
Gratis for "steder" med
EAN-nummer, for private er der
kopierings- og portogebyr –
125 kr. pr. 5 kopier
Simpel funktionsmåling
(www.ouh.dk/simpelfunktion)

Vi er alle praktikere, så lad være med at fremhæve ordet hele tiden

Med titlen "gruppen på arbejde" indikeres, at bogens fokus er gruppen på arbejdspladsen. Vi er alle en del af en gruppe, uanset om vi er på arbejdspladsen, i fritidslivet eller er sammen med venner og familie. Vi er alle forbundet i en større enhed og knyttet til andres liv.

Med dette udgangspunkt befinder sig inden for det systemteoretiske grundlag og det psykodynamiske perspektiv.

Gruppen er omdrejningspunktet i arbejdslivets konstante forandringer. Gennem cases beskrives forandringer, konflikter, ledelse og magtkampe. Vinklen er et leder- og konsulentperspektiv.

Bogen indeholder lange cases med forskellige udfordringer, og der er afsnit, hvor de centrale begreber beskrives. Der er et metodeafsnit, hvor læseren guides ind i generiske metoder, der kan anvendes i forskellige situationer, når man arbejder med grupper.

Det systemteoretiske grundlag er baggrunden for bogen, og det fremhæves, at organisationens be-

standdel er relationerne mellem medlemmerne af organisationen. Grupperne holdes og bindes sammen af relationer mellem menneskerne. Det er centralt, at det er medlemmerne selv, som former organisationen.

Bogens formål er ikke at præsentere en bred vifte af teorier inden for feltet, hvor styrkerne og de blinde pletter ved teorierne fremhæves. Vil man have de grundige referencer og de gedigne teoretiske analyser, må man læse en anden bog. Formålet er heller ikke at give læseren potentielle løsninger på de problemstillinger, casene rejser.

Forfatterne skriver mange steder, at det er en praksisbog, og at den er møntet på mennesker, der arbejder med forandringer i praksis.

Men hvorfor fremhæves praksis så meget? Er der noget, som ikke er praksis? Er vi ikke alle praktikere, når det kommer til forandringer i arbejdslivet, uanset om man er leder eller medarbejder? Når universiteter fusionerer, og forskerne skal flytte deres skri-



Birgitte Bonnerup og
Annemette Hasselager
Gruppen på arbejde
– organisationspsykologi
i praksis
Hans Reitzels Forlag 2008
318 sider – 349 kr.
ISBN 978-87-412-5152-3

vebord, når flyselskaberne opkøber hinanden, og piloterne skifter firma, når håndværkerne bliver afskediget i kritiske perioder, er der rationelle, emotionelle og magtrelaterede kampe hos alle i de involverede grupper. Kan der nævnes grupper, som ikke er omfattet af praksis? Bogen giver indtryk af, at forfatterne indsnævrer begrebet praksis til noget bestemt uden at definere det.

Bogen er skrevet i et letlæseligt sprog. Det er prisværdigt, at forfatterne forsøger at ramme et sprog, der giver indre billeder under læsningen. Casene er

skrevet i et sprog, der ikke indgyder respekt for de fiktive personer og de ellers relevante problemstillinger. De indeholder mange ord, som på ingen måde er vigtige eller interessante, og personernes navne nævnes hele tiden. Den stil betyder, at jeg mister respekt for casene.

Af *Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstaden.*

Mogens og Maren får et barn at elske

”Lille kloge bi”-serien er en slags håndbøger for børn i alderen 5-8 år. Forfatterne og tegnerne er forskellige, men har det tilfælles, at de kan levere et budskab i en magisk indpakning, som gør det til fornøjelig læsning.

”Magnus tisser i sengen” handler, som titlen lover, om Magnus, som tisser i sengen om natten. Det er han ked af og flov over, indtil han efter et besøg hos lægen får nogle praktiske natshorts, som holder tisset inde og sengen tør. Hans næste bekymring er, hvordan han nu uset får iført sig disse natshorts, da han skal overnatte hos seje Mikkel fra klassen. Alle bekymringer bliver fejlet til side, da han ser, at Mikkel med største selvfølgelighed ifører sig et par præcis magen til. Lykken er at være to. På billedsiden udspiller der sig sin egen lille underhistorie ind imellem illustrationerne til teksten. Et lille brandmandskorps har deres egen sørgmuntre udlægning af dramaet, som udspiller sig på makroplanet. Disse små intermezzoer er med til at gøre historien underholdende og langtidsholdbar. Bagest i bogen er en forældreside om enuresis med fakta og gode råd. Bogen er sponsoreret af natshortsfirmaet.

”Slottet med de mange værelser” er historien om de andre måder, børn kan komme til deres forældre på end tissemand ind i tissekone. Frøen Freddy møder parret Mogens og Maren, som sidder på en bænk og tuder, fordi de ikke har et barn at elske. Frøen Freddy tager dem med på en rejse til slottet med de mange værelser. Her møder de doktor Tern, som forklarer, hvordan man laver en baby, og parret

Lotte og Lone på vej til doktor Strib for at få gavesæd. Hos doktor Blomst møder de Bjarne og Britta, som gerne vil adoptere et barn. Mogens og Maren ender hos doktor Prik, som i et lille glas smelter Marens æg og Mogens’ sæd sammen til et lille babyfrø og putter det op i Maren’s mave. Mogens og Maren får et barn at elske.

”Hvad sagde du?” handler om Karla, som har talebesvær. Hendes mund kommer til at sige t og d i ord, hvor de skulle have sagt k og g. Karla er derfor ikke glad for at sige noget højt foran de andre børn i klassen. To gange om ugen besøger hun Ellen, som er tale-høre-lærer. Det bedste hos Ellen er hende papegøje Snakke Skryd, som nogen gange sidder på Karlas hoved, når hun øver. Snakke Skryd bliver hendes lille hjælper, da hun en dag skal fremføre et vers, som alle har fået som lektie at sige højt for de andre i klassen. Med Snakke Skryd siddende på sit hoved fremsiger Karla fejlfrøit sit vers.

Alle bøgerne har bagest to sider med fakta og gode råd til forældre, pædagoger og lærere, om det emne bogen omhandler.

Før jeg satte mig til tasterne, lod jeg et par store børn læse med. De læste koncentreret hvert et ord og gav især ”Magnus tisser i sengen” og ”Slottet med de mange værelser” ros for at kunne tegne og fortælle en historie, der fænger.

Af *Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske, ansat i Furesø Kommune.*



Ulrik T. Skaftø

Magnus tisser i sengen

Turbine Forlaget 2008 – 32 sider – 248 kr.
ISBN 978-87-922-0887-3



Helene Goldberg

**Slottet med de mange værelser
– hvordan er du blevet til?**

Turbine Forlaget 2008 – 36 sider – 228 kr.
ISBN 978-87-92208-95-8



Stefan Boonen

Hvad sagde du?

Turbine Forlaget 2008 – 28 sider – 248 kr.
ISBN 978-87-92389-00-8

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



Bettina Fyen-Andersen har gået på Københavns Universitet og Roskilde Universitetscenter, inden hun blev sygeplejerske i 2001. Herefter har hun arbejdet på reumatologisk afdeling, i psykiatrien og på et områdecenter. Er nu leder af akut- og midlertidige pladser på områdecenter Kildegården, Gladsaxe.

I Danmark er alle lige

Telefonen ringer ...

Jeg sænker blikket og tænker ved mig selv, hvor dejligt at jeg skiftede melodi på min ringetone, antistress-melodien er ikke dårlig. Jeg præsenterer mig selv, samtidig med at jeg skæver til uret på min computer, klokken er 15.30, jeg var egentlig ved at slukke computeren og lukke kontoret for i dag. En insisterende stemme bryder min rytme med en præsentation, som minder om en forespørgsel på en dyr middagsret, bestemt, formel, korrekt, men også underspillet venlig.

Jeg når at tænke "åh nej, er jeg nu i stand til at takle situationen!" Kvinden i røret er stærkt frustreret over sin mors ophold på områdecenteret, hvor jeg arbejder, og hvor jeg er daglig leder for to afdelinger.

"Jeg vil kraftigt anbefale dig at få orden på min mors medicin og hendes vasketøj." Hun fortæller en lang historie om, hvordan hun den ene gang efter den anden er kommet på besøg og har fundet diverse uregelmæssigheder, og tilføjer, at nu må der simpelthen komme orden i sagerne, for ellers ...

Jeg føler mig truet, hvad vil der ske, hvis jeg ikke formår at rette op på alle de mangler, som hun påpeger. B.T., Ekstra Bladet eller lokalavisen, store overskrifter: "De ressourcsevage får ingen hjælp."

Jeg ser det for mig, måske en sag for nyhederne på tv, og så ved man godt, hvordan det kan komme til at lyde: Alle plejehjem svigter de ældre, de ældre mangler omsorg, der er ikke tid til dem og så videre og så videre.

Men pludselig slår det mig, har hun en pointe, har hun ret i de ting, hun kritiserer? Bare lidt? Har vi for travlt, glemmer vi de nære ting, omsorgen, hyggesnakken hen over kaffen eller den korrekte medicin givet med omhu og uden tidspres. En avis, der bliver læst op for den ældre, når synet svigter?

Vi udtaler os prompte om, at alle borgere skal behandles lige, men gør vi egentlig det? Er der lighed i Danmark, hjælper vi alle ligeligt, eller er det den faglige udvikling, vi prioriterer, fordi det kræves af os for at være klædt på til de talrige udfordringer, der findes i dag? Kurser, foredrag, efteruddannelse m.m. Fylder det så meget i vores daglige arbejde, at det kan være svært at overskue ret meget andet? Er det de endeløse snakke om løn, arbejdsgange, handleplaner og kompetenceudvikling, der fylder, og som – og her kommer en påstand – de ældre er bedøvende ligeglade med, ikke fordi de er ligeglade med os som personalemedlemmer, men fordi det hele går så umådelig stærkt, og de ældre ikke magter at følge med. Kommunernes kvalitetssikring, dokumentation, skemalægning og registrering, som betyder minutter, ja timer, foran computeren.

Tilbage til den pårørende, jeg sidder faktisk og tænker, at hun bruger utrolig meget energi på små ting, men samtidig har hun jo ret. Vi har ikke gjort det godt nok, men vi har trods alt gjort vores bedste ud fra de betingelser, vi arbejder under. Vi har prioriteret, løbet stærkt, uddelegeret og reflekteret.

Denne meget insisterende pårørende, som taler sin mors sag, som ønsker hende det bedste og bliver frustreret, når hun ser hende sidde på et 15 kvadratmeter stort værelse dag ud og dag ind, hendes mor tager vi os specielt meget af, for ellers får vi problemer med vores samvittighed og med etikken.

Men hvordan går det så med dem, som ikke har nogle pårørende med ressourcer til at klage, eller med dem, som slet ikke har familie, hvad med dem? Står de svagt? Kan sygeplejersken formå at hjælpe alle dem, hun møder på sin vej? Hvem siger, at alle er lige i Danmark?

Jeg synes, jeg hørte det på tv.

redaktionen@dsr.dk

Bettina Fyen-Andersen