

Stress
Styr det indre og ydre pres

Hospicemetoder vinder
indpas på plejehjem

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 3 • 2. MARTS 2015 • 115. ÅRGANG



Ny forskning

Sådan nedsættes tvang

Ydelsesstyring presser
sygeplejerskers faglighed

Skemaer hjælper
mennesker med kræft

Jeanette Ottesen
Verdensmester i svømning

Mælk. Naturlig styrke.

Alle har brug for den naturlige styrke, og den pakke af næringsstoffer, som daglig mælk giver. Også en verdensmester som Jeanette Ottesen.

Tror du at dine patienter ved ...

... at kroppen har brug for protein, som mælken er en god kilde til? Protein bidrager til at opbygge og vedligeholde muskelmassen.

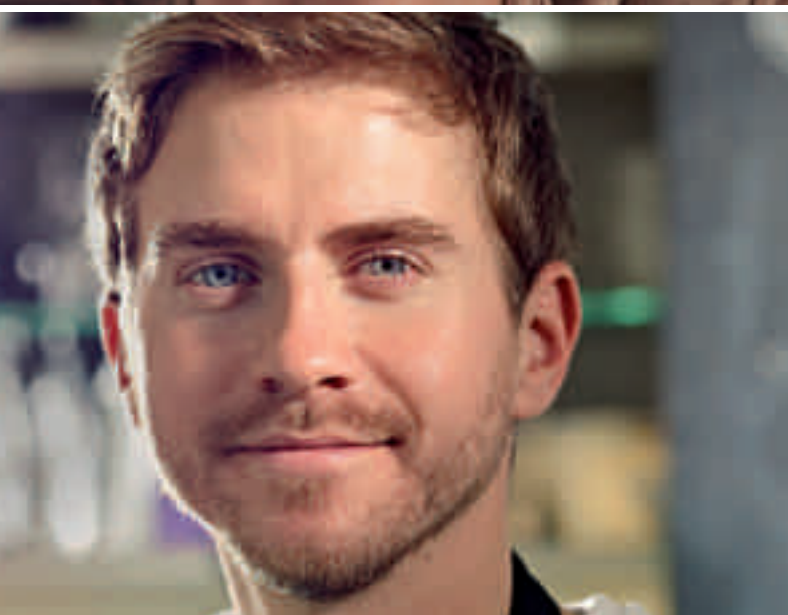
... at protein, sammen med calcium, er med til at styrke og vedligeholde vores knogler?

... at mælk og mejeriprodukter også indeholder mange andre mineraler og vitaminer, fx fosfor, kalium, jod, riboflavin og vitamin B12, som er vigtige – både for de voksende og for de voksne.

... at Fødevarestyrelsen anbefaler de magre mejeriprodukter som en del af de 10 kostråd? ¼ - ½ liter mælkeprodukt er passende i forhold til danske madvaner, som en del af en varieret kost og en sund livsstil.

Læs mere om mælkens gavnlige næringsstoffer på milkaforceofnature.dk





Intuitivt design

- Intuitiv at bruge¹
- Åben og den er klar
- Til både KOL og astma

 **DuoResp[®]**
Spiromax[®]
budesonide/formoterol



Forkortet produktresumé for DuoResp[®] Spiromax[®]. Budesonid og formoterolfumaratdihydrat. Inhalationspulver.

Indikation: DuoResp Spiromax er indiceret til voksne fra og med 18 år. Astma: DuoResp Spiromax er indiceret til behandling af astma, hvor det er hensigtsmæssigt at anvende en kombination (inhaleret kortikosteroid og langtidsvirkende β_2 -agonist): hos patienter, der ikke er tilstrækkeligt velkontrolleret, med inhalerede kortikosteroider og inhalerede kortidsvirkende β_2 -agonister til anvendelse, ved behov. Eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede på både inhalerede kortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -agonister. **Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL):** Symptomatisk behandling af patienter med svær KOL (FEV1 < 50 % af forventet normalværdi) og tidligere gentagne eksacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af behandling med langtidsvirkende bronkodilator til anfallsbrug. **Dosering:** Voksne (fra 18 år): 1-2 inhalationer 2 gange dagligt, højst 4 inhalationer 2 gange dagligt. **Vedligeholdelses- og behovsbehandling:** Som regelmæssig behandling og efter behov ved symptomer. Dette bør overvejes til patienter med utilstrækkelig astmakontrol og med hyppig brug for en inhalator ved anfald eller tidligere astmaeksacerbationer, der krævede medicinsk intervention. Patienter skal informeres om altid at have DuoResp Spiromax tilgængelig til brug ved anfald. **Dosering:** Voksne (fra 18 år): Vedligeholdelsesbehandling: 2 inhalationer dagligt; i nogle tilfælde, 2 inhalationer 2 gange dagligt. Behovsbehandling: 1 ekstra inhalation ved symptomer, max. 6 inhalationer pr. gang og højst 12 inhalationer dagligt i et begrænset tidsrum. **KOL:** Voksne (fra 18 år): 2 inhalationer 2 gange dagligt. **320/9 mikrog.: Astma:** Må kun anvendes som vedligeholdelsesbehandling. **Dosering:** Voksne (fra 18 år): 1 inhalation 2 gange dagligt, højst 2 inhalationer 2 gange dagligt. Øget forbrug af en særskilt hurtigtvirkende bronkodilator indikerer forværring af sygdom. **KOL:** **Dosering:** Voksne (fra 18 år): 1 inhalation 2 gange dagligt. **Anvendelse til børn*:** Anbefales ikke til brug hos børn og unge under 18 år. **Anvendelse til specielle patientgrupper*:** En øget eksponering forventes ved levercirrhose. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Gradvis reduktion af dosis ved behandlingsophør. Pludselig og tilfældig forværring af astma og KOL er potentielt livstruende. Patienterne skal informeres om altid at have deres anfallsmedicin på sig. Evaluering under nedtrapping er nødvendig. Behandling bør ikke initieres under en eksacerbation eller ved forværring af astma. Alvorlige astma-relaterede reaktioner kan forekomme. Systemiske påvirkninger kan opstå, især ved høje doser ordineret i længere perioder, f.eks. Cushings syndrom, og væksthæmning hos børn. Højden skal følges hos børn. Påvirkninger af knogletæthed bør overvejes, hos patienter, som får høje doser over længere perioder og har risiko for osteoporose. Ved risiko for svækket binyrebarkfunktion, skal forsigtighed udvises ved skift til behandling med budesonid/formoterolfumarat med fast dosis. Langtidsbehandling med høje doser af inhalerede kortikosteroider, kan resultere i binyrebarksuppression. Supplerende systemisk steroidbehandling bør derfor overvejes i perioder med stress. Skift fra oral behandling til behandling med en fastdosiskombination af budesonid/formoterolfumarat kan forårsage allergiske symptomer eller gigtssymptomer. Patienter bør skylle munden med vand efter inhalation for at mindske risikoen for Candida-infektion. Administreres med forsigtighed til patienter med tyreotoksikose, fæokromocytom, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk subvalvulær aortastenose, svær hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser, og patienter med forlænget QTc-interval. Dosis bør revurderes hos patienter med tuberkulose eller svampe- og virusinfektioner i luftvejene. Kontrol af blodglucose hos diabetespatienter bør overvejes. Høje doser af β_2 -agonister kan forårsage alvorlig hypokaliæmi. Behandling med β_2 -agonister kan medføre stigning af insulin, fedtsyrer, glycerol og ketonstoffer i blodet. Forsigtighed ved ustabil astma, akut svær astma og når sandsynlighed for hypokaliæmi er øget. Serum-kalium bør monitoreres. Indeholder lactose. **Interaktioner*:** Samtidig brug af CYP3A4-inhibitorer bør undgås. Betablokkere kan svække eller hæmme effekten af formoterol, og DuoResp Spiromax bør ikke gives samtidigt, medmindre det er tvungent nødvendigt. Samtidig behandling med quinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer (terfenadin), MAO-hæmmere og trykkløsende antidepressiva kan forlænge QTc-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin og alkohol kan svække hjertets tolerance over for β_2 -adrenerge sympatomimetika. Samtidig behandling med MAO-hæmmere, inkl. midler med tilsvarende egenskaber, f.eks. furazolidon og procabazin, kan udløse hypertensive reaktioner. Øget risiko for arytmier hos patienter, som samtidigt bliver bedøvet med halogenerede kulbrinter. Samtidig brug af andre beta-adrenerge lægemidler og antikoagulerende midler kan have potentielt additivt bronkodilaterende effekt. Hypokaliæmi kan øge tilbøjeligheden til arytmier hos patienter, som behandles med digitalisglykosider. **Graviditet og amning*:** Bør kun anvendes, når fordelene opvejer de potentielle risici. **Bivirkninger*:** Almindelige: Candida-infektioner i orofarynx, hovedpine, tremor, palpitationer, let irritation i halsen, hoste, hashede, ikke almindelige: Aggression, psykomotorisk hyperaktivitet, angst, søvnforstyrrelser. Svimmelhed. Takykardi. Kvalme, blå mærker, muskelkrampe. **Sjældne:** Umiddelbare og forsinkede overfølsomhedsreaktioner. **Overdosering*:** Typiske virkninger for β_2 -agonister: tremor, hovedpine, palpitationer. **Indehaver af markedstilladelsen:** Teva Pharma B.V., Computerweg 10, 3542 DR Utrecht, Holland. **Udlevering:** B. **Priser og pakninger:** For dagsaktuelle priser henvises til www.medicinpriser.dk. VNR.: 048196: DuoResp[®] Spiromax[®], 160/4,5 mikrog./dosis, inhalationspulver, 120 doser. VNR.: 186615: DuoResp[®] Spiromax[®], inhalationspulver, 160/4,5 mikrog./dosis, 3x120 doser; VNR.: 373239: DuoResp[®] Spiromax[®], 320/9 mikrog./dosis, inhalationspulver, 60 doser; VNR.: 470202: DuoResp[®] Spiromax[®], 320/9 mikrog./dosis, inhalationspulver, 3x60 doser.

De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos TEVA Danmark A/S, 2800 Kgs. Lyngby (tlf. 4498 5511/www.tevapharm.dk) eller findes på <http://www.ema.europa.eu/ema/>

KORT

14 Palliation kræver sygeplejersker

Hver tredje kommune i dag har oprettet særlige palliative tilbud. Men som et paradoks får ældre på plejehjem ofte det dårligste tilbud, fordi sygeplejersker på plejehjem er en mangelvare.

TEMA OM TVANGSFIKSERING

18 Det omstridte bælte

Danmark har det højeste antal bæltefikseringer i Skandinavien pr. indbygger. Dette tema sætter fokus på tvangsfikseringen med den nyeste forskning på området. Hvad bruges bæltet til, hvilken skade kan det gøre, og hvordan reducerer vi brugen?

24 Frustration forlænger tvangsfiksering

Hvorfor varer en del tvangsfikseringer mere end tre dage, mens andre blot tager fem timer? Frustration hos patienten og manglende kommunikation mellem patient og personale er blandt årsagerne, viser et nyt forskningsprojekt.

TEMA OM YDELSESSTYRING I PSYKIATRIEN

30 Nej tak til ydelsesræs i psykiatrien

Skal psykiatri handle om mennesker og deres problemer, eller skal den også være et spørgsmål om at levere flest ydelser for pengene? Dette tema beskriver konsekvenserne af, at sygeplejerskerne kun udløser penge til arbejdspladsen, når de mødes ansigt til ansigt med patienterne.

36 44 ydelser pr. måned

Hvis sygeplejerskerne på Ambulant Psykose Enhed i Risskov leverer for få direkte patientkontakter, bliver budgettet beskåret, og kan give dårlig stemning i afdelingen.

BAGGRUND

38 PÅ JOB: Nu begynder medicinlisterne at se ud, som de skal

Siden efteråret har hjemmesygeplejen i Hedensted Kommune fået borgernes medicinoversigter fra det Fælles Medicinkort FMK, der samler alle ordinationer fra sygehuset og egen læge.

40 Plejehjemmet skal være et godt sted at dø

Personalet på to plejehjem i Gladsaxe Kommune manglede redskaber til at tale med beboere og pårørende om den sidste tid. Nu har de sat den palliative pleje i system.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

55 Fejl på lønseddel kostede sygeplejerske 183.000 kr.

Takket være en opmærksom tillidsrepræsentant har en sygeplejerske fået udbetalt 183.000 kr. for manglende tillæg på sin lønseddel.

OK15

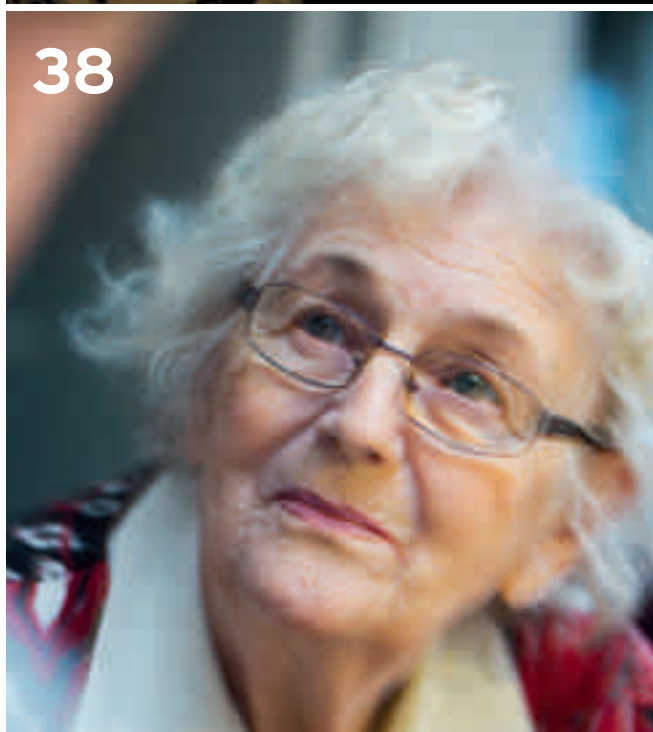
57 Tæt på nye overenskomster

Overenskomstforhandlingerne for det statslige område samt i landets regioner og kommuner er tæt på målstregen. I marts måned bliver resultaterne sendt til urafstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd.

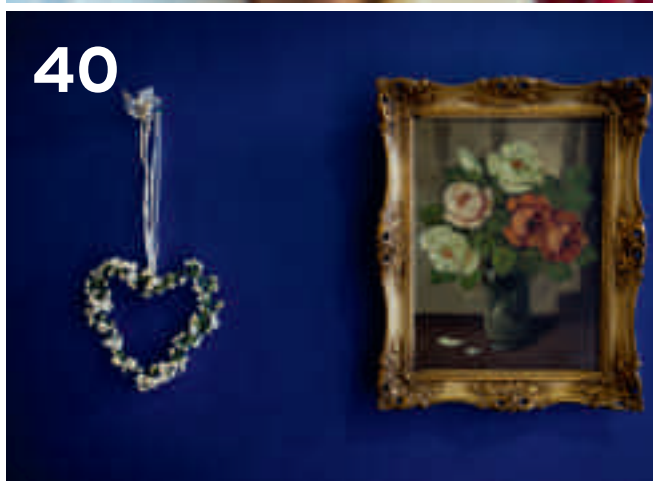
18



38



40



FAGLIG INFORMATION

- 66 En ICD-skole for hjertepatienter
- 69 Kirsten Stallknecht Prisen 2015
- 70 Telemedicinsk monitorering af sygdomsaktivitet
- 71 Resuméer af international forskning

FAGLIGE ARTIKLER

- 72 **Støtte til livet med kræft - udvikling af et forberedelses-skema til patienter og pårørende**
Redskabet er til identifikation af behov for rehabilitering og palliation hos mennesker med kræft.
- 78 **Redskaber til vurdering af behov hos mennesker med kræft**
Forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet stiller krav om implementering af systematiske behovsvurderinger i kræftforløbet.
- 82 **Gensyn med Vancouverreglerne**
Artiklen beskriver Vancouversystemets anbefalinger og hjælper skribenter, som gerne vil publicere i Sygeplejersken.
- 86 **Når mor, far og spædbarn har brug for hjælp**
Familierne har behov for støtte og hjælp til samspillet med deres spædbarn med udgangspunkt i de sammenhænge, barnet fungerer i, sammenhænge, der også rummer nøglen til forandring.
- 90 **Håndtering af stress hos sygeplejersker**
Sygeplejersken bør forholde sig til omverdenen, som den er, uden at ville overstyre den, og have fokus på nærvær og afgrænsning af arbejdsopgaver i samarbejde med sin ledelse.

I HVERT NUMMER

- 8 Studerende i praksis
- 10 Kulturjournalen
- 13 Dilemma
- 12 Historisk
- 28 Parentes
- 46 5 faglige minutter
- 48 Boganmeldelser
- 60 Debat/Mindeord
- 64 Facebook
- 66 Fagtanker
- 68 Fra forsker til fag
- 93 Stillingsannoncer
- 96 Kurser/møder/meddelelser
- 99 Kontakt

Forsideillustration Mikkel Henssel

NÆSTE NUMMER UDKOMMER 23. MARTS 2015

Læs bl.a.:

- Tema om det svære comeback
- På job: Færre stikskader med ny venflon
- Fag: Oplevelse af livsforlængende behandling for ALS

Psykisk syge og akkord-arbejde er uforeneligt

"De svageste patienter tabes på gulvet". Det var budskabet fra de psykiatriske sygeplejersker, da de i en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd beskrev den nye styringsmodel i psykiatrien.

Kritikken er rettet mod den såkaldte ydelsesstyring, som i dag findes i psykiatrien i alle landets regioner. Styring efter "ydelse" indbefatter, at den enkelte afdeling eller sundheds-person skal nå et bestemt antal ydelser indenfor en afgrænset periode. Personalet er så at sige sat på akkord. Ydelser defineres typisk som direkte patientkontakt, mens f.eks. pårørendesamtaler, opringning til skole eller sagsbehandler ikke regnes som ydelser. Vigtige dele af indsatsen "gøres usynligt" og bliver ikke honoreret.

Læs tema om ydelsesstyring i psykiatrien i dette nummer af *Sygeplejersken* side 30.

Dansk Sygeplejeråds undersøgelse viser, at 58 pct. af sygeplejersker ansat i psykiatrien oplever, at ydelsesstyringen har forringet mulighederne for at yde fagligt forsvarlig sygepleje. I efteråret rettede vi derfor en massiv kritik af ydelsesstyringen til politikerne. Det faglige selskab for psykiatriske sygeplejersker og jeg havde foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg, hvor vi præsenterede undersøgelsens resultater. Her gjorde vi politikerne opmærksomme på de fagligt negative konsekvenser af den kvantitative tankegang, der præger ydelsesstyringen, og opfordrede til mere tillid til fagligheden blandt de sygeplejersker, der hver dag er i kontakt med menneskene på den anden side af regnearkene.

På baggrund af Dansk Sygeplejeråds kritik er sundhedsministeren nu kaldt i samråd. Nu skal vi holde sundhedsministeren fast på hans ansvar for kvaliteten i psykiatrien; det handler om nogle af de mest sårbare patienter, og det handler om faglig forsvarlighed!



Grete Christensen, formand



Konst. chefredaktør, ansv. efter medieansvarsloven
Anne Granborg
 ang@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4004

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

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

Journalist
Vinni Yang Søgaard
 vvs@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4180

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

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

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

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

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

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

Journalist
Mikkel Søren Bødker Olesen
 mso@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4119

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2014:
 74.822 ekspl.
 Medlem af Dansk Fagpresse

Tryk
ColorPrint

Årsabonnement
 (pr. januar 2015)
 875,00 kr. + moms

Annoncer
Dansk Mediaforsyning
 Elkjærvej 19, st. - 8230 Åbyhøj
 Tlf. 7022 4088
 Fax 7022 4077
 info@dmfnet.dk

Løssalg
 65,00 kr. + moms
 Kontakt Dansk Mediaforsyning på dsravn@dmfnet.dk

Stillingsannoncer
 dsrjob@dmfnet.dk

Forretningsannoncer
 dsrtekst@dmfnet.dk

Ændring af medlemsoplysninger
 Kontakt Medlemsregisteret
 Tlf. 3315 1555
 medlemsregisteret@dsr.dk

Manuskriptvejledning, udgivelsesplan m.m.
 www.sygeplejersken.dk

Udgiver
 Dansk Sygeplejeråd
 Sankt Annæ Plads 30
 1250 København K
 Tlf. 3315 1555
 redaktionen@dsr.dk
 www.sygeplejersken.dk
 ISSN 0106-8350

Hvis Sygeplejersken udebliver, kan du sende en mail til: udeblevetblad@dsr.dk Oplys medlemsnummer.

Ophavsret
 Enhver anvendelse af hele eller dele af artikler og/eller fotos og illustrationer fra tidsskriftet Sygeplejersken, såvel papirudgaven som den elektroniske udgave, er kun tilladt med skriftligt samtykke fra redaktionen eller forfatteren/fotografen/illustratoren jf. lov om ophavsret.

Ansvar
 Dansk Sygeplejeråd har intet ansvar for indholdet/kvaliteten af produkter og/eller ydelser, som bringes i tidsskriftet Sygeplejersken på kommercielle vilkår i form af enten trykte annoncer eller indstik.

Redaktionen forbeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet. Redaktionen påtager sig intet ansvar for materialer, der indsendes uopfordret.

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

Chefredaktøren er ansvarlig for bladets indhold.

Bæltefiksering Individuelle vurderinger dur ikke

Et scoringssystem kan i fremtiden blive løsningen på, at en patient ligger bæltefikseret i lang tid på én afdeling, men kort tid på en anden, fordi vurderingerne af patienten er lavet ud fra individuelle kriterier. Det konkluderer sygeplejerske og forskningsleder på baggrund af sit forskningsprojekt.

Tekst **Vinni Yang Søgaard**

Nogle læger vurderer en forlængelse af bæltefiksering primært ud fra, om patienterne er til fare for sig selv eller andre, altså risikoadfærd. Andre læger lægger fokus på, hvorvidt de kan kommunikere godt med patienten og lave en aftale med dem om, at de skal forholde sig i ro. Det viser et nyt forskningsprojekt, som sygeplejerske Frederik Alkier Gildberg står bag.

”Lægerne taler ikke samme sprog i de journaler, vi har gennemgået i forbindelse med vores forskning. Vi kan se det på ordbruget. I nogle af journalerne lægges der vægt på, om der er risiko for vold, mens andre læger vil lægge vægt på kommunikation med patienten. Det er forskelligt fra læge til læge, hvilke begreber der indgår i vurderingen, og det bliver dermed meget individuelt,” siger han.

Og denne individuelle vurdering anser Frederik Alkier Gildberg ikke som holdbar.

”Det er et problem, hvis vi ikke vurderer ud fra ens kriterier, og hvis vores kriterier er diffuse. Det vil i princippet kunne betyde, at en patient kan ligge lang tid på én afdeling og kort på en anden, fordi patienten vurderes alt for forskelligt. Derudover tyder det på, at vi ikke er enige om, hvad der reelt skal vurderes, og det skal vi da være enige om.”

Scoringssystem på vej

Frederik Alkier Gildberg ser dog en løsning på, at man i øjeblikket ikke binder vurderingerne op på noget, man konsekvent har mulighed for at vurdere:

”Vi mangler et konsistent klinisk vurderingsparameter.”

Derfor er Frederik Alkier Gildberg vejleder på et ph.d.-projekt, hvor ph.d.-studerende

og sygeplejerske Lea Deichmann Nielsen skal forsøge at lave et observations- og scoringssystem til plejepersonalet, sådan at vurderingerne kan blive mere ensrettede.

”Det vigtige for sygeplejersker ligger i at opnå en forståelse af kompleksiteten omkring den forlængede fiksering, og derfor laver vi et instrument, som de kan bruge,” fortæller Frederik Alkier Gildberg og uddyber:

”Da det bl.a. er sygeplejersker, der kan løse patienterne, så er instrumentet vigtigt for dem, fordi det giver dem samme vurderingsgrundlag, plus at instrumentet bygger på forskning og ikke erfaring. Jeg tror, at vi kan nedbringe tid i bælte, ved at sygeplejersker bruger et skema til vurdering.”

Læs også tema om tvangsfiksering på side 18.

Ph.d. om scoringssystem til tvangsfiksering

- Titel: Development of the MR-CRAS (Mechanical Restraint - Confounding, Risk, Alliance, Score) and validation of its measurement properties among forensic psychiatric staff and experts.
- Lea Deichmann Niensens ph.d. skal handle om at udvikle et brugbart vurderingsinstrument, der indeholder konsistente scoringskriterier.
- Der er bevilliget 2,6 mio. kr. til projektet, som er tilknyttet Syddansk Universitet, UC-syd og Psykiatrisk Afdeling Middelfart, og det varer ca. tre år.



En af årsagerne til langvarige bæltfikseringer kan skyldes patientens frustration over - at blive fikseret...
Læs tema side 18.

Klodset speciallæge meldt for at snage i ansattes medicinoplysninger

En privatpraktiserende speciallæge fra Esbjerg er blevet meldt til politiet for uretmæssigt at have slået medicinoplysninger op på Sundhed.dk på to sygeplejersker, som var ansat i lægens praksis.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**

En privatpraktiserende speciallæge fra Esbjerg er i slutningen af 2014 blevet meldt til politiet for at have kigget i sine ansatte sygeplejerskers sundhedsjournaler.

Ingen af sygeplejerskerne var patienter hos lægen. Den ene var tidligere ansat og var blevet afskediget et par måneder før, den anden stod midt i en afskedigelses-sag, da de opdagede, at lægen havde været inde og se medicinoplysninger i deres journaler. Alle borgere kan se, hvem der har foretaget opslag i "Min Log".

De to sygeplejersker henvendte sig til Dansk Sygeplejeråds Kreds Syddanmark for at få hjælp. Kredsen besluttede at klage på medlemmernes vegne til Sundhedsstyrelsen. National Sundheds-it bad politiet om at rejse tiltale mod lægen.

Ifølge kredsformand John Christiansen er der tale om en ganske usædvanlig og enestående sag.

"Hvis en arbejdsgiver søger oplysninger på Sundhed.dk, som skal bruges mod en ansat i en eventuel afskedigelse, så er det naturligvis meget forkasteligt. Det er et alvorligt brud på tilliden i forhold til den udvidede adgang, man som sundhedsfaglig person har til borgernes sundhedsoplysninger. Personligt har jeg aldrig før hørt om en sag som denne, og jeg håber aldrig, jeg kommer til at høre om en igen. Generelt er samarbejdet ellers præget af en stor grad af tillid," siger John Christiansen.

National Sundheds-it har håndteret sager om uberettiget opslag på Sund-

hed.dk siden 2004, hvor medicinprofilen blev oprettet. Ifølge afdelingschef i National Sundheds-it, Birgitte Drewes, har der været en svag stigning i antallet af sager, dog kun en håndfuld om året.

"Der er kommet en større opmærksomhed på, hvem der tilgår data, og helt generelt vil vi gerne opfordre til, at folk går ind og kigger på "Min Log", siger Birgitte Drewes.

Sagerne om uberettiget opslag på Sundheds.dk ender typisk med en bøde til den pågældende. En enkelt sag er gået videre til domstolene.

Læs mere om dine muligheder for at se oplysninger og beskytte oplysninger på Sundhed.dk

Udadreagerende adfærd hos demente kan forebygges

Fysiske og verbale aggressioner kan forebygges i op til 40 pct. af tilfældene for mennesker med demens, viser et projekt gennemført på ni plejecentre i Hillerød, Syddjurs og Sønderborg Kommuner. Et af midlerne er beboerkonfe-

rencer, hvor lederen og eksperter blandt personalet etablerer et helhedsorienteret syn på beboeren, som kan modvirke uhensigtsmæssige handlinger fra personalet. Et andet middel er kompetenceudvikling af personalet.

Læs mere på www.socialstyrelsen.dk, søg på "Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd"

(sbk)

Respekt for et døende menneske

Theresa Joensen, sygeplejestuderende på Professionshøjskolen Metropol, nu uddannet sygeplejerske

Personalet kæmper for at genoplive en patient med hjertestop. Da det ikke lykkes, husker en sygeplejerske alle på, at patienten er et døende menneske, og tager hans hånd.

Som studerende på en hjerteintensiv afdeling er det hurtigt den instrumentelle sygepleje, der kommer til at fylde meget i den læring, der foregår. Måske fordi flertallet af patienterne er sederede og/eller intuberede og rigtigt syge, hvilket fordrer, at man er dygtig til den instrumentelle del.

Mine medstuderende og jeg havde ofte snakket om, hvordan vi ville reagere, når vi engang kom til at stå overfor en patient med hjertestop. Vi havde haft snakken med vores vejledere, som anbefalede os, at vi så med, hvis vi følte, vi kunne, så vi kunne se, hvordan det foregik, når en patient får hjertestop.

Et par uger inde i vores klinikforløb skete det så. En patient fik hjertestop.

Hjerte-lunge-redning blev sat i gang med det samme. Portør og læger blev tilkaldt. Akutkassen med al medicinen blev fundet frem. Alt på samme tid.

Jeg stod og så på og tog mig selv i at tænke, at det hele foregik meget stille og roligt. Der var ingen, som råbte og skreg, ingen, som løb frem og tilbage. Alle arbejdede roligt og effektivt.

Jeg stod lidt på afstand og fulgte med. Prøvede at huske alt, hvad jeg så og hørte.

Der blev kæmpet hårdt og længe for patientens liv, men desværre stod han ikke til at redde.

Da overlægen meddelte, at der ikke var mere at gøre for patienten, gik alle de omkringstående næsten pr. instinkt et skridt tilbage. Jeg gjorde det også selv.

Overlægen og to andre læger begyndte med det samme at diskutere, om de kunne have handlet anderledes i forhold til at redde patientens liv.

Pludselig kom en sygeplejerske masende imellem og stillede sig hos patienten og tog hans hånd. Hun gav en kort, dog bestemt, ordre om, at alle skulle være stille og vente med deres



Arkivfoto Jan Djerner, Scanpix

Og så stod hun der helt stille hos patienten og holdt ham i hånden.

diskussioner til senere. Og så stod hun der helt stille hos patienten og holdt ham i hånden. Jeg ved ikke, hvor længe hun stod der, jeg kan bare huske, at jeg kæmpede med at holde tårerne tilbage.

Vi var alle så optaget af at redde patientens liv. Men da det ikke lykkedes, glemte vi, at patienten var et menneske.

Ingen burde dø alene, og det var netop, hvad sygeplejersken forhindrede.

Det var første gang, jeg så et dødt menneske, og selv om jeg ikke kunne holde tårerne tilbage, blev hele situationen en rigtig god påmindelse til mig, der som studerende ofte bruger rigtig megen energi på at lære alt det instrumentelle og derfor kan komme til at glemme mennesket bag sygdommen. Vores patienter er mennesker.

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

Kom til foredrag og hør om dine muligheder i Grønland!

Nu har du igen muligheden for at møde repræsentanter fra det grønlandske sundhedsvæsen. Chefsygeplejerske Ella Skifte og HR Peqqik vil være vært for en række aftensarrangementer i tre danske byer i marts. Udover at høre om dine muligheder i Grønland kan du høre om det grønlandske sundhedsvæsen, dets visioner og de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Arrangementerne kommer til at foregå i:

AARHUS: Mandag 09.03, kl. 19-21 – sted: Det Grønlandske Hus i Århus

ODENSE: Tirsdag 10.03, kl. 19-21 – sted: Nordatlantisk Promenade i Odense

KØBENHAVN: Onsdag 11.03, kl. 19-21 – sted: Det grønlandske Hus i København

Arrangementerne er gratis men kræver tilmelding. Tilmeld dig og få flere oplysninger om program på www.gjob.dk ved at trykke på banneret "Danmarks turné" eller skriv til panh@peqqik.gl

Grønland er verdens største ø med en helt unik natur. Der er 56.000 indbyggere hvoraf de 16.000 bor i Nuuk og resten er fordelt i 18 byer og 60 bygder. Den moderne hovedstad Nuuk og kysternes utæmmede natur giver helt unikke personlige og faglige oplevelser. Det gør et ophold på Grønland til en oplevelse for livet.

► **gjob.dk**

**GRØNLAND – GIVER DIG
EN OPLEVELSE FOR LIVET**

Find dit næste job i Grønland på www.gjob.dk
Her kan du også læse mere om andres erfaringer med at arbejde i Grønland.



Det Grønlandske Sundhedsvæsen

Film



Foto: Filmcompagniet - SF-Film

Jeg er stadig Alice og Julianne Moore har netop vundet en Oscar i kategorien Bedste kvindelige hovedrolle.

Premiere den 5. marts

Jeg er stadig Alice

DRAMA

Alice Howland er lingvistikprofessor, lykkeligt gift og har tre voksne børn med sin mand. Under en forelæsning begynder hun at glemme ord, og hun finder efterfølgende ud af, at hun viser tidlige tegn på Alzheimers. Nu bliver både Alices familie og ikke mindst hendes selvforståelse sat på en prøve, for hun vil nødtigt glemme, at hun er Alice.

Teater

Den 27. marts - den 9. april

We'll meet again

TEATERKONCERT

På et feltlazaret under anden verdenskrig hvirvles en kvindelig sygeplejerske ind i krigen. Et sted, hvor militærstatus og nationalitet er underordnet kampen for overlevelse, og hvor musikken har helende kræfter. Med sange på både dansk, tysk, og engelsk af bl.a. Vera Lynn, Marlene Dietrich, Lulu Ziegler og Liva Weel. Koncerten er på turné i hele landet.

Læs mere på www.wellmeetagain.dk

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

Kombinationsstillinger blev aldrig en succes

Ansættelse på både en uddannelsesinstitution og et klinisk uddannelsessted skulle styrke koblingen mellem teori og praksis, men har aldrig fungeret i praksis, viser undersøgelse.

Tekst **Henrik Boesen**

Kombinationsstillinger, hvor den ansatte er tilknyttet både en uddannelsesinstitution og et klinisk uddannelsessted, var tænkt som et bidrag til at styrke koblingen mellem teori og praksis. Indehaveren af stillingen skulle bringe aktuelle eksempler på praksis ind i undervisningen. Og forankringen i de to verdener skulle give stillingsindehaveren en unik forståelse af, hvad der foregår på hhv. uddannelsesinstitutionen og i klinikken. Men det forventede helheds-syn til gavn for sygeplejerskeuddannelsen har været svært at få øje på. Sådan lyder en del af konklusionen på den undersøgelse, som Danmarks Evalueringsinstitut, EVA, har udarbejdet for Fagligt Selskab for Undervisende Sygeplejersker, FSUS.

De første stillinger blev oprettet i 2005. I alt 17 stillinger har været oprettet i perioden, og på undersøgelsestidspunktet i efteråret 2014 var der ni kombinationsstillinger på sygeplejerskeuddannelserne landet over.

Undersøgelsen giver ikke noget entydigt svar på, hvorfor kombinationsstillingerne ikke har vundet større udbredelse. Men forskellige formål og funktioner fra arbejdssted til arbejdssted, forskellige forventninger fra sted til sted i forhold til stillingens indhold og ikke mindst forskellige logikker og kulturer på ansættelsesstederne har bidraget til, at kombinationsstillingerne har været svære at få til at fungere.

Ændringer nødvendige

I udlandet, især i USA, fungerer kombinationsstillingerne anderledes positivt, og erfaringer derfra er fortsat med til at opretholde en forventning om, at stillingstypen fortsat har en fremtid i Danmark. Undersøgelsen fremhæver en række forskellige aktørers forhold, som skal ændres, for at kombinationsstillingerne har en fremtid i Danmark: F.eks. større og bedre samarbejde mellem ledelserne, klare og mere veldefinerede opgaver, oprydning i funkti-

onsbeskrivelser, forventningsafstemning mellem ansat og ansættelsessted og behovet for mere formaliseret samarbejde mellem uddannelsessted og klinik.

"Et af de områder, vi vil have meget fokus på i forhold til den nye stillingsstruktur for undervisere, er krav om udvikling og forskning gennemført på tværs af kliniske forskningsenheder/-afdelinger og professionshøjskolerne," siger næstformand i FSUS, lektor Birgith Sletting i en kommentar til undersøgelsen.

Hun fremhæver, at FSUS fremover vil indgå i tæt dialog med medlemmerne, Dansk Sygeplejeråd og Ledernetværket for sygeplejerskeuddannelserne for konstruktivt at bidrage til arbejdet med ændringer af sygeplejerskeuddannelsen lige nu.

Barrierer må ryddes væk

Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, er glad for undersøgelsen:

"Jeg har bl.a. hæftet mig ved, at både regioner og kommuner stadig har store forventninger til kombinationsstillinger. Men denne undersøgelse viser, at hvis kombinationsstillingerne skal lykkes, er der en række barrierer, der må ryddes af vejen, bl.a. øget arbejdstid og manglende samarbejde mellem arbejdsstederne."

Dorte Steenberg adresserer ansvar for at få stillingsfunktionen til at fungere:

"Det er jo arbejdsgiverne og ikke den enkelte stillingsindehaver, der har magten til at få gjort op med sådanne barrierer. Derfor må vi forvente en fastere kurs i disse spørgsmål fra både kommuner, regioner og professionshøjskolerne. Ellers risikerer vi, at der blot har været tale om et fejlslået eksperiment."

Undersøgelsen fra EVA samt diskussionsoplæg fra FSUS kan læses på www.dsr.dk > Faglige selskaber > Undervisende sygeplejersker > Links

Første milepæl i kortlægning af danskernes arvemasse

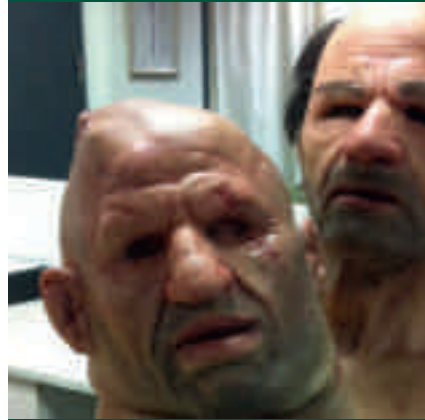
Det nationale projekt Genome Denmark har offentliggjort de første resultater af kortlægningen af Danskernes Arvemasse i det internationale tidsskrift Nature Communications. Ifølge pressemeddelelsen fra Genome Denmark vil kortlægningen muliggøre en detaljeret analyse af danskernes individuelle genetiske forskelligheder og dermed kunne individualisere behandling.

Læs mere på www.Innovationsfonden.dk > nyheder > "Første del af "Det Danske Referencegenom" publiceres"

Psykisk syge skal puffes til større sundhed

Hulahopringe foran køleskabet, crosstrainere foran fjernsynet og tegnede fodspor hen til trappen. Sådan lyder nogle af de nye tiltag, der skal give brugerne i socialpsykiatrien et sundere liv. Det er 20 socialpsykiatriske tilbud og fire regionale bosteder i Midtjylland, som har udviklet tilbuddene inden for metoden "nudging", der betyder at give et lille puf som motivation. Metoderne blev i slutningen af januar præsenteret som led i projekt "Sundere liv i Socialpsykiatrien", der er gennemført i et samarbejde med CFK-Folkesundhed og Kvalitetsudvikling og Voksensocial i Region Midtjylland samt Herning, Holstebro, Randers og Syddjurs Kommuner.

(sbk)



Brug af masker vækker harme

Trods gode erfaringer har underviserne på sygeplejestudiet på Robert Gordon University valgt at stoppe brugen af silikonemasker i psykiatriundervisningen. De såkaldte protesemasker er lavet i Hollywood og meget livagtige. Underviserne bar dem i rollespil, hvor de studerende skulle lære at tackle udfordrende situationer med psykiatriske patienter. Maskerne er dog blevet stærkt kritiseret, bl.a. af interesseorganisationen See Me, som frygter, at de kan være med til at stigmatisere psykiatriske patienter endnu mere. Se mere om maskerne og undervisningen på www.bbc.com -> skriv "prosthetic masks" i søgefeltet.

Dårligt norsk truer patienterne

Sprogkundskaberne blandt udenlandske sygeplejersker, der arbejder i Norge, er for ringe. Det viser en ny undersøgelse, som den norske public service-station NKR har gennemført i samarbejde med Norsk Sykepleierforbund (NSF). Undersøgelsen viser bl.a., at 90 pct. af de i alt 4.104 respondenter i undersøgelsen mener, at der er sprogproblemer. Næsten halvdelen oplever det i forhold til kolleger dagligt, ugentligt eller månedligt, og 15 pct. er helt eller delvist enige i, at "sprogproblemer på min arbejdsplads har medført fare for patienternes liv og sundhed". Læs mere om undersøgelsen på www.sykepleien.no



DMF kan nu tilbyde dig med anatomisk og fysiologisk baggrund uddannelsen til Mensendiecklærer. Undervisningen foregår 1 weekend hver mdr. i 15 mdr. med opstart i januar 2016 og eksamen i maj 2017.

For mere information og oplysning om informationsmøde kontakt formand for DMF Hanne Flensburg på tlf. 2423 0245 eller info@mensendieck.dk



Bliv Akupunktør

på en af Danmarks mest omfattende akupunkturuddannelser

2 ½ års uddannelse med højt fagligt niveau.

Weekendundervisning.

v. Nigel Ching

akupunktør, lærebogsforfatter, urtemediciner og international foredragsholder

og Vibeke Bergfors

akupunktør, sygeplejerske og skoleleder

Nordisk Akupunkturuddannelse

Skolen for akupunktur og kinesisk medicin Bagsværd. København

www.noakud.dk
Tlf. 20 24 14 37

Fra dårekister og jernlænker til læder og stof

Tvangsfiksering har altid været en del af behandlingen af patienter med psykiske lidelser. Helt frem til 1930'erne var det endda snarere reglen end undtagelsen at fiksere patienterne for at fremme en rolig adfærd.

Tekst **Christina Sommer**



Foto: Museum Ovarfati, Aarhus Universitetshospital, Risskov

I begyndelsen af 1800-tallet begyndte man at fiksere patienterne ved hjælp af bæltter, hånd- og fodremme samt handsker af læder i stedet for jernlænker. Et humant, om end lille, fremskridt.

Dengang

Frem til midt i 1800-tallet var sindslidende i høj grad overladt til sig selv og evt. pårørende. De såkaldt "bindegale", der kunne være til fare for andre, blev dog spærret inde i tugthuse, hvor de mest støjende og voldsomme patienter blev lagt i dårekister, bl.a. på Sankt Hans Hospital, som fik sine første dårekister i slutningen af 1600-tallet. Det var små rum på ca. 2,5 m² med plads til en smal briks, som dog var så kort, at man ikke kunne ligge udstrakt. Siden middelalderen havde man sat mennesker, der blev voldsomme af deres sindslidelser, i jernlænker, men omkring år 1800 begyndte man at bruge fastspænding til bl.a. senge og stole mere systematisk som behandling, og jernlænkerne blev afløst af bæltter og hånd- og fodremme i læder samt spændetrøjer. Af andre fikserende behandlingsmetoder i 1800-tallet kan bl.a. nævnes vandsengsbehandling, hvor urolige patienter blev anbragt i badekar med låg på i 8-10 timer, i visse tilfælde endda natten over. Behandlingen kunne strække sig over flere uger, og patienterne både spiste og sov i badet.



Modelfoto: Afdeling for Retspsykiatri, Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland

Oppegående tvangsfiksering kan være med til at nedsætte tiden, patienterne skal være alene på aflåst værelse. Den bruges bl.a., når farlige patienter skal være sammen med medpatienter, til terapi og på gårdture.

Nu

Som temaet "Det omstridte bælte" på side xx i dette nummer beskriver, er tvangsfiksering af patienter i psykiatrien stadig et omdiskuteret emne. Selvom der er sket store forandringer og forbedringer af den psykiatriske behandling op gennem 1900-tallet, især fra 1950'erne, hvor psykofarmaka for alvor kom på banen, tyer mange behandlingssteder stadig til tvangsfiksering. Danmark har skandinavisk rekord i antal bæltfikseringer pr. indbygger, og også i dag foregår det ofte med fikseringsbæltter og fod- og ankelremme i læder, selvom udgaver i stof vinder frem. På afdeling for Retspsykiatri, Sikringsafdelingen, Nykøbing Sjælland, har man haft succes med oppegående tvangsfiksering af de allerfarligste fanger. Den oppegående tvangsfiksering afbøder kraften af evt. slag og udfald fra patienten og giver også patienten mulighed for at bevæge sig og være fysisk aktiv, så risikoen for udvikling af følgesygdomme efter langvarig bæltfiksering forebygges.

Kilder: "Fra dårekiste til patientdemokrati" af Dan Ersted Møller, Museum Ovarfati, Aarhus Universitetshospital, Risskov, www.ovartaci.dk, www.middelfart-museum.dk og Sundhedsstyrelsens rapport "Oppegående tvangsfiksering - evaluering" fra maj 2014.

Den nye fuglekikkert

En gammel dame glæder sig til en tredages tur til Harzen, men ender med ikke at kunne deltage i turen, fordi hun ikke har råd. Hendes glæde over at se på fugle begrænses til foderbrættet uden for plejecentrets vindue, og den nye kikkert kommer måske ikke i brug.

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

Asta Andersen har været bogholder det meste af sit arbejdsliv, men nu bor hun i en lille lejlighed på et plejecenter og har ikke rigtig styr på sin økonomi længere. Trods sine 82 år har hun glædet sig til den planlagte tredages tur til Harzen i plejecentrets egen bus, "for jeg kan da stadigvæk spadserere," siger hun. Den nye fuglekikkert, som hun har købt via en forening, ligger i sit etui og venter på at blive brugt.

Men da tilmeldingsfristen nærmer sig, fortæller Birgitte, afdelingssygeplejersken, Asta, at hun ikke har råd til at tage med til Harzen. Det kan Asta slet ikke forstå. Men hun kan på den anden side godt huske, at hendes ældste søn Frank altid kommer på besøg omkring den første.

Det er ikke gået så godt for Frank. Han har haft et alkoholmisbrug og blev skilt for nogle år siden. Han har kun sparsom kontakt med sine to børn, og hans netværk er begrænset.

Asta har indset, at hun ikke kan hjælpe ham længere, hun er trist over det, men har ikke energien til at træde til og udrede Franks problemer med SKAT, billån og husleje. Frank har fundet sin egen måde at løse problemerne på.

Afdelingssygeplejersken Birgitte synes, det er en svær situation. Stjæler Frank sin mors penge? Giver Asta ham et beløb hver måned af egen fri vilje, eller hvordan hænger forholdet og økonomien mellem mor og søn sammen?

Birgitte synes under alle omstændigheder, det er synd, hvis Asta ikke kommer med til Harzen og kan studere sine elskede fugle.

Hvilke muligheder har Birgitte for at få styr på tingene? Skal hun overhovedet blande sig?

Hvordan kan Birgitte sørge for, at Asta deltager i turen?

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

Svar 1. I Astas beskrivelse af nyorienteringen i forhold til sønnen Frank ligger muligvis en appel om hjælp. Afdelingssygeplejersken kan nænsomt spørge Asta, om hun i forhold til den nye kurs har gjort sig tanker om sønnens liv og skæbne og den konsekvens, sønnens reaktion kan få for hendes eget liv. Hvis hun virker velovervejet, vil der kunne argumenteres etisk for at hjælpe Asta med at fastholde sit valg. Og måske behøver hjælpen ikke at betyde, at sønnen aldrig mere kan hjælpes økonomisk. Det kan virke uetisk med en relation, der beror på et økonomisk mellemværende, men det har længe været præmissen for samværet, ser det ud til, så måske der kan findes en løsning, som ikke nødvendigvis betyder, at sønnen aldrig mere kan hjælpes? Det kan med tiden blive svært for Asta, hvis sønnen vælger at bryde forbindelsen.

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

Svar 2. Hvad mon er det allervigtigste for Asta? At hun selv kommer på tur, eller at hun kan hjælpe sin søn? Hvad er der på spil for hende?

Astas selvbestemmelsesret kan være udsat, hvis hun føler sig sårbar i det svære valg om, hvorvidt hendes søns eller hendes egne behov er vigtigst. Valget vil kunne påvirke Astas selvbillede og identitet som den, der altid har haft styr på økonomien.

Birgitte må have en snak med Asta om den økonomiske situation, både aktuelt og på sigt. Birgitte må lytte godt til Astas argumenter og respektere hendes ønsker. Hvis Asta giver Frank penge, er det hendes valg, og hun må selv undvære at komme på tur. Hvis Asta ikke vil give Frank penge, men føler sig presset, kan Birgitte med jura i hånden informere, støtte og hjælpe Asta med at søge en økonomisk værge. Dermed beskyttes hun for fremadrettet at skulle tage konfrontationen med Frank.

Hvis Asta har svært ved at vælge, kan Birgitte hjælpe ved at sætte scenarierne op for hende, så de bliver nemmere at adskille, men hun kan ikke træffe valget for hende.

Af Annette Hegelund, sygeplejerske, SD, projektmedarbejder, KOL Kompetencecenter i Region Sjælland. Næstformand i Sygeplejeetisk Råd, www.dsr.dk/ > ser



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

Palliation kræver sygeplejersker

En kortlægning viser, at hver tredje kommune i dag har oprettet særlige palliative tilbud. Men som et paradoks får ældre på plejehjem ofte det dårligste tilbud, fordi sygeplejersker på plejehjem er en mangelvare.

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

Hospicetankegangen er vundet ind på de kommunale institutioner, og udviklingen er gået stærkt over de seneste år. En kortlægning foretaget af Videncenter for Rehabilitering og Palliation, PAVI, viser, at 34 kommuner har en eller flere institutioner med særlige palliative tilbud. I alt er der tale om 40 plejecentre, aflastningsenheder eller midlertidige døgnpladser.

Undersøgelsen er foretaget som en spørgeskemaundersøgelse til de 98 kommuner, hvoraf 94 har svaret.

Kendetegnende er, at alle steder med særlige palliative tilbud har sygeplejersker ansat, på 28 steder er der sygeplejefaglig døgndækning. Ifølge sygeplejerske og projektleder i PAVI, Jorit Tellervo, som har medvirket til undersøgelsen, er

sygeplejersker en nødvendighed, men desværre også en mangelvare på institutionerne.

”Det, vi kan se af kortlægningen, er, at der er ansat kortuddannet pleje- og omsorgspersonale. Det giver en del problemstillinger, for hvis patienterne har behov for lindring, der kræver en sygeplejerske, er der på flere institutioner ikke døgnbehandling af sygeplejersker,” siger Jorit Tellervo.

Hun mener, det er et paradoks, at ældre, som er for syge til at være hjemme, bliver indlagt på en kommunal institution, hvor fagligheden er ringere end den, de måske kunne modtage, hvis de var i deres eget hjem.

”I nogle kommuner får man altså en større grad af tværfaglig indsats, hvis man

bor i eget hjem og har mulighed for at trække på hjemmeplejen, end hvis man bor på et plejehjem,” siger Jorit Tellervo.

Tør ikke udstikke ordinationer

Som en konsekvens af de manglende faglige kompetencer på mange plejehjem, hører PAVI fra de specialiserede palliative teams eksempler på, at de ikke kan samarbejde om patientbehandlingen, fordi plejehjemmet mangler fagpersoner med tilstrækkelig uddannelse til at håndtere kompleks eller alvorlig lidelse.

”Det er jo et kæmpeproblem, at der ikke er tilstrækkeligt kompetent personale, hvis patienten har behov for en palliativ indsats. Og at samarbejde med de specialiserede palliative enheder ikke kan lade sig gøre, fordi der ikke er en sygeplejerske til rådighed,” siger Jorit Tellervo.

Sygeplejerske og master i etik og religionsfilosofi, Rita Nielsen, underviser i palliation på efteruddannelsen af sygeplejersker og på mange hospitalsafdelinger og plejecentre. Hun mener også, der er brug for at få en højere grad af faglighed ind på plejehjem i forhold til den palliative indsats.

”Palliation er komplekst. Alene den eksistentielle dimension er krævende, men derudover skal den person, som kommer på stuen, kunne det hele. På plejecentre fungerer sygeplejersker ofte som rådgivere, uden at de decideret er med i plejen, og det er ikke godt nok. Der skal være nogle blandt det faste personale, som ved mere end de andre, og som kan støtte,” siger Rita Nielsen.

Læs mere på www.pavi.dk - søg på ”Kortlægning af den palliative indsats i kommunerne”.

Læs også artiklen ”Plejehjemmet skal også være et godt sted at dø” på side 41.



Plejehjemmet Rosenlund i Gladsaxe har sat den palliative pleje i system, læs mere på side 41.



Mindfulness Baseret Kognitiv Terapi

Tyrkiet 2015

**Mindfulness-træner
eller har du bare lyst til, for din egen skyld,
at lære metoden**

Det er **12. år** psykologerne Lene Iversen, Peter Hørslev Rasmussen og psykiater Bodil Andersen udbyder kurserne for psykologer, læger og sundhedspersonale.

Forår 7/5 – 14/5 2015
Efterår 1/10 – 8/10 2015

For yderligere oplysninger se
www.kognitivcenterfyn.dk

inpraxis

SYSTEMISK OG NARRATIV TEORI OG PRAKSIS

inpraxis tilbyder:

Konsulentuddannelser

Tværfaglige praksisuddannelser

Supervisor- og coachuddannelser

Supervisionsgrupper og andre grupper

Læs mere om os på www.inpraxis.dk

Cand. psych. Annette Mortensen

Cand. psych. Ane Wermer

Cand. pæd. psych. Dorte Nissen

Ma. i retorik, sygeplejerske Dorte Lund-Jacobsen

Cand. psych. Thilde Westmark

Systemisk

Narrativt

Konkret

inpraxis

NYHED

Protac SenSit® Straight NY sansestimulerende stol

- med ergonomisk siddekomfort til mennesker
m. fysisk og/eller psykisk funktionsnedsættelse



NY Protac SenSit® Straight

Protac SenSit®

- Ergonomisk design
- Selvhjulpethed
- Sansestimulering
- Ro og tryghed



Protac SenSit® Straight

NY model i vores Protac SenSit® serie

- Opbygget af en stabil skumkerne som støtter nakke, hoved og krop
- Formbart indhold af kugler i sæde og ryg skaber en bekvem sidde- og hvilestilling
- Vendbar siddepude med sansestimulerende kugler eller trykaflastende skum
- Tyngde og tryk fra kuglerne i nakke- og sidevinger afgrænser og samler kroppen
- Straight er let at sætte sig i og rejse sig fra på grund af sædets højde og vinkel

Nyhedsrabat 20% indtil 31.05.2015



PROTAC®
INTEGRATING SENSES

20 års erfaring med sanseintegration

For korte indberetninger tilslører fejl

Det er ikke antallet af indberettede fejl, men kvaliteten af dem, der skal højnes, for at sundhedspersonalet kan lære af dem, viser ny undersøgelse af indberetningssystemet.

Tekst **Miriam Lykke Schultz**

”Pt. Fork. Med.”

Så kortfattet kan det beskrives, at en patient har fået forkert medicin. Men lige netop indberetninger som denne gør det svært for sagsbehandlerne at identificere årsagen til, hvorfor fejlen et sket.

”Sygeplejersken har ganske rigtigt gjort, hvad hun skal, for at leve op til rapporteringspligten, men har spildt både sin egen og sagsbehandlerens tid, fordi det er umuligt at uddrage læring af en så kort beskrivelse,” siger Martin E. Bommersholdt, oversygeplejerske hos Patientombuddet.

Hvis patientsikkerheden skal forbedres, kræver det ikke flere, men mere velbeskrevne hændelser med oplysninger om patienten og rapportøren, viser en spørgeskemaundersøgelse blandt systemets sagsbehandlere. Undersøgelsen viser også, at der i gennemsnit kun bliver indberettet 40 ord pr. hændelse, men at det er

nødvendigt med flere oplysninger for at kunne drage den nødvendige læring ud fra hændelsen.

”Det er ikke meningen, vi skal have så mange indberetninger som muligt. Det er meningen, at dem, vi får, skal vi kunne lære af,” slår Martin E. Bommersholdt fast.

(Dette afsnit er på 161 ord og dermed fire gange så langt som en gennemsnitlig indberetning).

Bunker af fejl sparer tid

For at sikre kvaliteten af indberetningerne har Patientombuddet derfor udviklet et mere intelligent rapporteringsskema, som ud fra de oplysninger, der bliver givet, spørger mere præcist ind til det, rapportøren mangler at uddybe.

Et tilbagevendende argument fra sygeplejerskerne er, at de ikke har tid til at indberette. Men ifølge Martin E. Bommersholdt burde tidsfaktoren ikke være et stort problem.

”Det nuværende antal indberetninger svarer i gennemsnit kun til ca. en indberetning pr. sundhedsperson om året. Men tiden, man investerer i at indberette, skal selvfølgelig vejes op mod læringsudbyttet,” mener han.

Derfor undersøger Patientombuddet muligheden for adgang til at lave samlede eller bunkerapporteringer for udvalgte typer af sammenlignelige hændelser, f. eks. af fald på plejehjem.

”Bunkerapportering skal forstås som muligheden for at indrapportere samme type af hændelse en gang samlet, f.eks. pr. måned eller kvartal. Denne metode ville potentielt kunne spare ressourcer lokalt hos rapportør samt sagsbehandler, uden at der går læring tabt. Tid, der med fordel kan bruges til opfølgning og læringsaktiviteter,” siger han.

Ifølge Anja Vintov, specialist i hverdagsmod og forfatter til e-bogen ”Kuren mod

Top 5 over flest indberettede hændelser

1. Medicinering
2. Patientuheld, herunder fald
3. Behandling og pleje
4. Overlevering af information
5. Prøver og undersøgelser

frygt”, bliver tid ofte brugt som en ubevidst undskyldning for ikke at sige tingene helt, fordi det føles meget blottende at skulle uddybe sine fejl.

”Sygeplejerskernes meget korte indberetninger kan lige så vel være en ubevidst måde at camouflere deres fejl, fordi de kan have svært ved at sige tingene, som de er,” siger hun.

Tema om utilsigtede hændelser og kommunikation blev bragt i Sygeplejersken nr. 2/2015.

Nyeste tal fra Patientombuddet

Der er i alt rapporteret 484 utilsigtede hændelser med dødelig udgang på hospitaler sidste år som følge af utilsigtede hændelser, og 3.859 patienter fik alvorlige men.

Ifølge Dansk Selskab for Patientsikkerhed fra 2007 kunne der spares 3.000 liv på sygehuse på to år. Man regner med, at fire ud af 10 utilsigtede hændelser er forebyggelige.

Der er i 2014 afsluttet 167.098 utilsigtede hændelser, heraf er 49.374 hændelser fra hospitaler, 104.548 fra kommuner, 1.103 fra private sygehuse og 12.073 fra anden regional (primært praktiserende læger og regionale botilbud).

Det svarer i gennemsnit til ca. en indberetning pr. sundhedsperson pr. år.

Disse fejl bliver sjældent indberettet - selv om de sker

- IT, telefoni og infrastruktur
- Kirurgisk behandling
- Hændelser vedr. forveksling af medicinske gasser og luft
- Hændelser, der opstår over tid, f.eks. infektioner
- Hændelser omkring såkaldte ”non technical skills”.

Oplever du **trusler** eller **vold** på jobbet?

Vold og trusler om vold skal forebygges og håndteres i fællesskab.

Se hvordan på **forebygvold.dk**





Det omstridte bælte

Danmark har det højeste antal bæltfikseringer i Skandinavien per indbygger, og patientforeninger har længe kritiseret omfanget af tvang i psykiatrien. I 2014 satte sundhedsminister Nick Hækkerup og regionerne sig for at halvere anvendelsen af tvang frem mod 2020 med særligt fokus på bæltfiksering. Sygeplejersken sætter i dette tema fokus på tvangsfikseringen med den nyeste forskning på området. Hvad bruges bæltet til, hvilken skade kan det gøre, og hvordan reducerer vi brugen?

Tekst **Vinni Yang Søgaard**
Illustration **Mikkel Henssel**

Ny forskning

Fem faktorer til nedbring

I Danmark bruger vi bæltefikseringer dobbelt så ofte som i Norge. En af grundene er, at nordmændene har et bedre arbejdsmiljø.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Illustration **Mikkel Henssel**

Selvom ambitionerne har været store for regeringer og regioner, er antallet af bæltefikserede patienter stadig ikke faldende. I 2013 blev der i Danmark foretaget 6.165 bæltefikseringer, mens der i 2010 var 5.035. Landsdækkende tal for 2014 foreligger endnu ikke.

Patienter kan få alvorlige følgevirkninger af fikseringerne som sår, blodpropper og brækkede knogler, men de kan også få varige psykiske men.

”Nogle patienter kan få livstidstraumer, der kan minde om PTSD,” siger ph.d.-studerende og oversygeplejerske Jesper Bak, som har fundet fem faktorer til at forebygge tvangsfiksering.

Han fortæller, at personalet, der fikserer patienten, kan få lige så alvorlige eftervirkninger:

”Det at tvangsfiksere et andet menneske eller blive slået påvirker selvfølgelig personalet. Så personalet kan også blive traumatiseret af de voldsomme oplevelser.”

Og formålet med den nye forskningsartikel og de fem nye bud på, hvordan man nedbringer tvang, er netop at beskytte både personale og patienter.

”Vi skal ind tidligt i forløbet og forebygge tvangsfiksering, så vi aldrig når dertil, hvor situationen eskaleres,” siger Jesper Bak.

Tre tidligere faktorer

Ved et tidligere forskningsprojekt påpegede Jesper Bak i 2013 tre faktorer, der kan nedbringe brugen af bælte. Forskerne havde her undersøgt brugen af bælte i Danmark og Norge ved at se på forskellige forhold, som kunne påvirke brugen af tvang. Forholdene havde

Om forskningsprojektet

Titel: Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway

Medvirkende: Jesper Bak, Vibeke Zoffmann, Dorte Maria Sestoft, Roger Almvik, Volkert Dirk Siersma og Mette Brandt-Christensen.

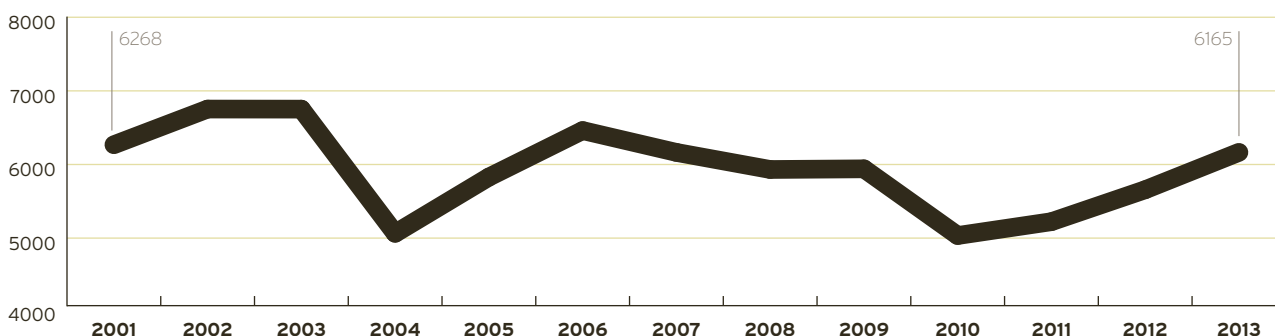
Udgivet: Januar 2015 i Nordic Journal of Psychiatry

de fundet frem til ved at gennemgå internationale forskningsresultater på området.

”Vi fik afdelingssygeplejersker i Norge og Danmark til at besvare over 100 spørgsmål, der dækkede over de forhold, som vi

Antal tvangsfikseringer med bælte

Antallet af årlige tvangsfikseringer med bælte har ligget rimelig stabilt siden 2001, selvom der har været høje ambitioner om at nedbringe antallet.



Udarbejdet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse den 6. maj 2014.

Kilde: Statens Serum Institut, Sundhedsdokumentation, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning.

else af bæltefiksering

mente kunne påvirke tvangsfiksering, og så sammenlignede vi svarene med, hvor mange fikseringer afdelingerne havde haft,” fortæller Jesper Bak.

Ud fra de data kunne forskerne se, at der særligt var tre faktorer, som havde betydning for et lavt antal bæltefikseringer:

1. Obligatorisk evaluering: Efter hver bæltefiksering skal episoden evalueres af et tværfagligt team.
2. Patientinvolvering: Patienten bliver inkluderet i beslutningerne om sin egen pleje og behandling f.eks. ved at deltage i møder med læger.
3. God plads på afdelingen: Der skal være god plads på afdelingen for at forebygge tvangsfiksering. Hermed menes både kvadratmeterareal og dét, at patienten skal have mulighed for at være alene.
1. Mindre anvendelse af vikarer.
2. Grunduddannelsesniveau: Jo højere uddannet plejepersonale, jo færre tvangsfikseringer.
3. Godt psykisk og fysisk arbejdsmiljø, f.eks. god ledelse, influerer positivt på antallet af tvangsfikseringer.
4. Højere personale-patient-ratio.
5. Identifikation af, hvad der trigger patientens kriser eller aggressioner, og hvilke unikke beroligelsesteknikker de anvender. Der besluttes desuden specifikke interventioner tidligt i indlæggelsesforløbet.

Kilde: Comparing the effect of non-medical mechanical restraint preventive factors between psychiatric units in Denmark and Norway.

Bælteforskningens næste skridt

Jesper Bak mener ikke, at hans forskningsprojekt giver nogle endegyldige svar. Han forklarer, at det, der ligger bag tvangsfikseringer, er meget kompliceret, og at hans nyeste forskningsartikel kan bruges til at vise, hvilken retning fremtidig forskning om bæltefiksering kunne gå.

”Vi kan ikke gå ud og sige: ”Hvis man ændrer på de her forhold, så nedsætter man andelen af tvangsfikseringer.” Men vores forskning kunne lede frem til, at man undersøgte de her i alt otte faktorer lidt bedre i nogle stærkere typer studier.”

Der er nemlig ikke kun én ting, der kan nedbringe tvangsfiksering. Mange faktorer spiller ind, mener Jesper Bak:

”Der er også flere end de mange forhold, vi har

” Det at tvangsfiksere et andet menneske eller blive slået påvirker selvfølgelig personalet. Så personalet kan også blive traumatiseret af de voldsomme oplevelser.

Ph.d.-studerende og oversygeplejerske Jesper Bak.

fundet ved at gennemgå international forskning, der påvirker tvangsfiksering. Så det er en klog strategi at gøre mange ting, hvis man gerne vil nedbringe bæltefikseringer,” siger Jesper Bak.

De nye faktorer

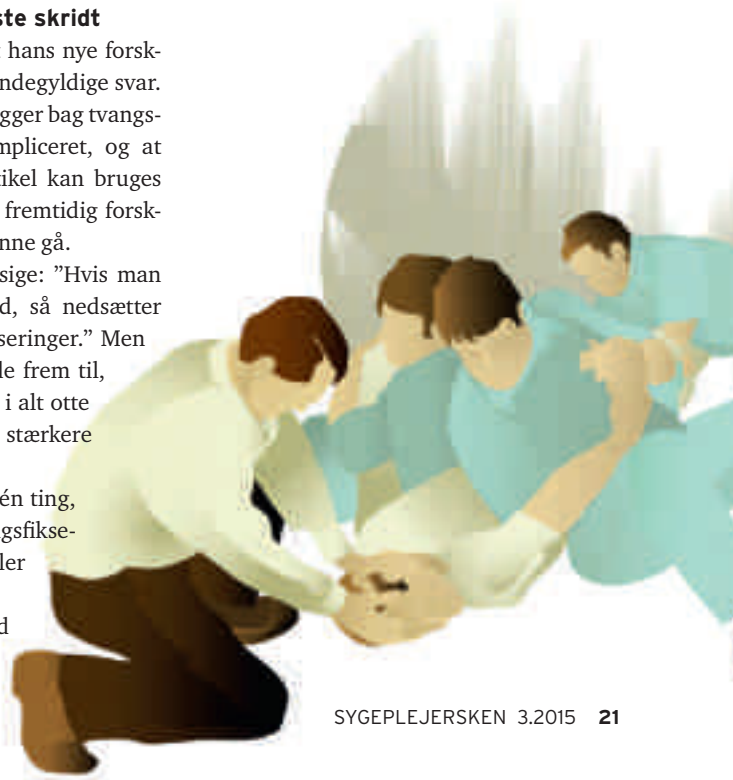
Nu har Jesper Bak og hans forskningshold set på den samme undersøgelse i et andet lys.

”Det er fuldstændig samme data, vi har undersøgt, men nu ser vi så på landsforskellene mellem Danmark og Norge,” fortæller han.

Og netop denne forskel i de to nordiske lande er interessant, da Norge kun tvangsfikserer halvt så ofte som Danmark, konkluderer forskningsrapporten:

”Nordmændene har f.eks. mere personale pr. patient, og der er også bedre arbejdsmiljø på de psykiatriske afdelinger, end vi har i Danmark,” fortæller Jesper Bak.

De fem faktorer til at forebygge tvangsfiksering, som forskerne i dag har fundet frem til, er:



John blev bæltefikseret på godt og ondt

Det kan være nødvendigt og trygt at blive tvangsfikseret, men det kan også være det værst tænkelige overgreb, mener en tidligere patient, der siden 1992 har været tvangsfikseret flere gange.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Foto **Søren Svendsen**

“Jeg har fået 12 forskellige diagnoser. Nogle er jeg enig i, og nogle er jeg uenig i, men nu er jeg diagnosticeret som mani-depressiv og er førtidspensionist,” fortæller 53-årige John, der sidder roligt for enden af bordet i sit køkken.

John har i mange år været inde og ude af det danske sundhedssystem, og

hans psykiske problemer har kostet ham mere end hans arbejdsdygtighed. Sidste gang han var indlagt, sluttede hans ægteskab.

“Min ekskone var sygeplejerske, og det endte med, at hun blev min private plejer, da jeg var syg. Det hele blev fordrejet, og jeg kunne ikke på samme måde være en

mand overfor hende,” forklarer John, der stadig er meget gode venner med sin ekskone Maria.

“Jeg har svært ved at huske, hvad der er sket efter al den elektrochok, så det er nok bedre, at vi ringer til Maria for at få detaljerne. Så kan det være, jeg kommer i tanke om mere,” forklarer John og ringer op.

Trygt at være spændt fast

Maria tager telefonen. Hun kan huske det hele. Datoer, årstal. Alt det, som John blander sammen.

“Første gang John var indlagt, var han rigtig bange for at se folk i øjnene. Han bad os alle sammen om at kigge væk,” siger Maria og forklarer, hvordan situationen eskalerede og endte med Johns første tvangsfiksering:

“Der var en kvindelig ansat, der bare ikke ville lade være med at kigge ham i øjnene, og selvom han blev ved med at sige, at hun skulle kigge væk, blev hun ved. Det endte med, at han tog kvælertag på hende, og personalet blev nødt til at vriste ham væk.”

I løbet af et øjeblik var John fastlåst i sin første tvangsfiksering. En oplevelse, der rent faktisk hjalp på hans ellers ubrydelige angst.

“Dengang var jeg bange for alt. Lyskontakter, monitoren, virkelig alt,” fortæller John og tager en tår af sin neskafe:

“En af gangene var jeg simpelthen bange for, at mit hoved ville eksplodere. Jeg havde set noget i en film med en mands hoved, der eksploderer ligesom en tomat, og det satte sig bare fast.”

Under den seks måneder lange indlæggelse blev John hver dag tvangsfikseret, når han bad om det.

“Der var en tryghed i at blive spændt fast. Der var ligesom nogen, som holdt øje med mig og passede på mig. Det kan bedst forklares ligesom i baseball: Når man har løbet, skal man nå sin base, og så er man hjemme. Man er sikker. Fikseringen var min base.”

Fem mand overmandede ham

Sidste gang John blev indlagt, var han tvangsfikseret i over tre måneder i træk. Han var spændt fast til en seng, der var beregnet til lavere patienter end ham, så hans fødder stak ud over kanten for enden af sengen, hvor de eneste pauser, han fik fra fikseringen, var toiletpauser.

“Jeg var der ikke, da de fikserede ham, men personalet fortalte mig om det bagefter. De mente, han var på vej ind i en psykose, og så overmandede fem mennesker ham og gav ham en sprøjte stesolid,” fortæller Maria og forklarer, at sundhedspersonalet var bange for John, da han er stor og tidligere har taget kvælertag på en ansat.

Hendes stemme kommer ud af telefonen, der ligger på bordet:

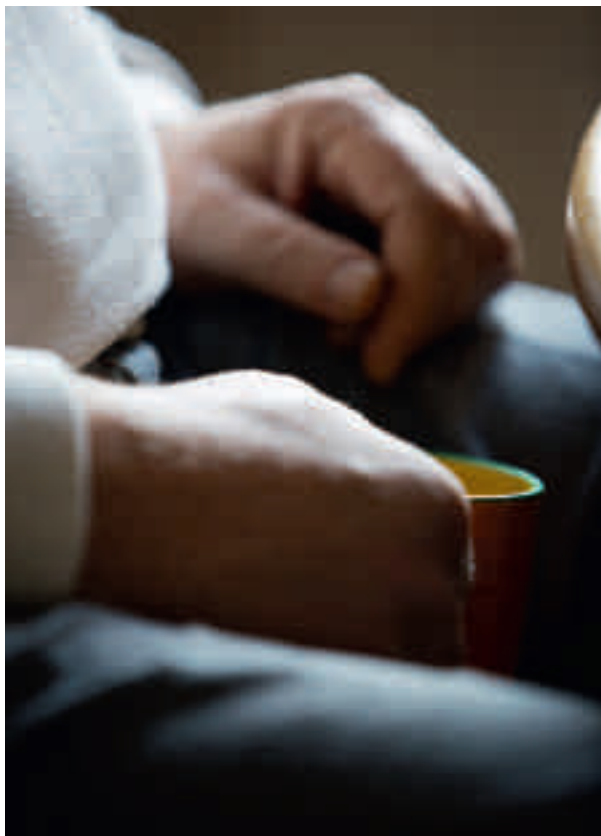
“Den filt, der normalt er på bæltet på håndled, mave og ankler for at beskytte patienten imod at få sår, var der ikke. Så han fik store sår, og han har stadig ar på sine ankler,” fortæller Maria, der forsøger at beskrive alle de men, som John fik med sig fra den sidste indlæggelse:

“John fik også en blodprop i lysken, som kan komme af at være tvangsfikseret for længe, og hans ene ben var dobbelt så stort som det andet.”

John læner sig frem over telefonen på bordet. Han vil gerne lægge røret på.

“Det der med følelser. Jeg begynder bare at tude,” siger John, der bedre kan huske følelsen end episoden:

“Da jeg blev spændt fast der, var det noget af det værste, jeg har oplevet. Der sad fem mennesker ovenpå mig og pressede mig mod gulvet. Det var så skræmmende. Jeg kan stadig mærke, hvordan jeg spændte i hele kroppen.”



Der sad fem mennesker ovenpå mig og pressede mig mod gulvet. Det var så skræmmende.

” Der var en tryghed i at blive spændt fast. Der var ligesom nogen, som holdt øje med mig og passede på mig.

John og Marias rigtige navne og visse detaljer er tilbageholdt for at beskytte Johns anonymitet. Redaktionen er bekendt med deres identitet.



Frustration forlænger tvangsfiksering

Hvorfor varer en del tvangsfikseringer mere end tre dage, mens andre blot tager fem timer? Frustration hos patienten og manglende kommunikation mellem patient og personale er blandt årsagerne, viser et nyt forskningsprojekt.

Tekst **Vinni Yang Søgaard** • Illustration **Mikkel Henssel**

Over tre døgn. Så lang tid varede én ud af 10 tvangsfikseringer i 2013. Her kan dog være inkluderet toiletbesøg og pauser i op til en time dagligt afhængigt af lægens bedømmelse. Antallet af de langvarige fikseringer over tre døgn er steget med næsten

30 pct. på blot to år. Det er sket i takt med, at antallet af tvangsfikseringer i hele landet er steget med 18 pct. i samme periode.

Et nyligt publiceret forskningsprojekt, der har undersøgt, hvad der ligger bag de længerevarende bæltefikseringer i retspsykiatrien, kortlægger de overordnede faktorer, som afgør, hvor længe en patient er tvangsfikseret. Og der er flere faktorer bag de længerevarende fikseringer, fortæller ph.d. og sygeplejerske Frederik Alkier Gildberg, som er forskningsleder på projektet.

Bagvedliggende årsager

Forud for at patienten bliver tvangsfikseret, kan der allerede være nogle bagvedliggende årsager til, at fikseringen bliver forlænget, som kaldes konkurrerende faktorer. Det kan f.eks. være, hvis patienten er misbruger eller psykotisk.

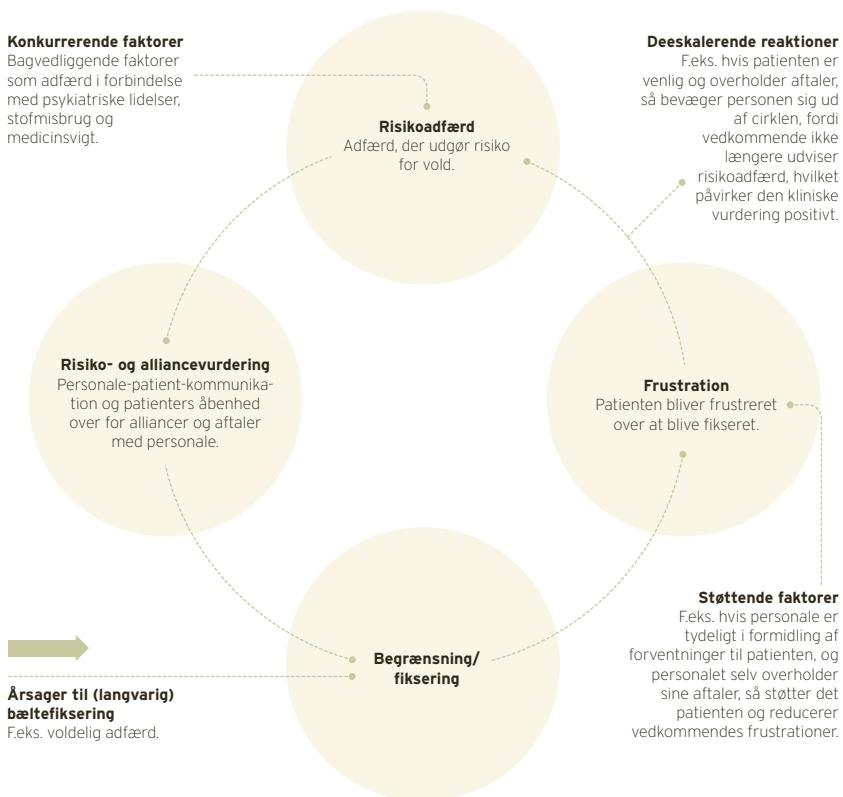
”En stor gruppe af de patienter, som bliver tvangsfikseret i lange perioder i retspsykiatrien, er diagnosticeret med skizofreni og er holdt op med at tage deres medicin. Så bliver de psykotiske og paranoide og til fare for sig selv eller andre og bliver derfor tvangsfikseret,” giver Frederik Alkier Gildberg som eksempel.

Da man ikke kan tvangsmedicinere patienter med vanlig medicin, skal personalet forsøge at motivere patienten til at tage medicin igen.

”Og hvis lægen så på et tidspunkt får motiveret patienten til at tage medicin igen, kan det være, at patienten kun begynder

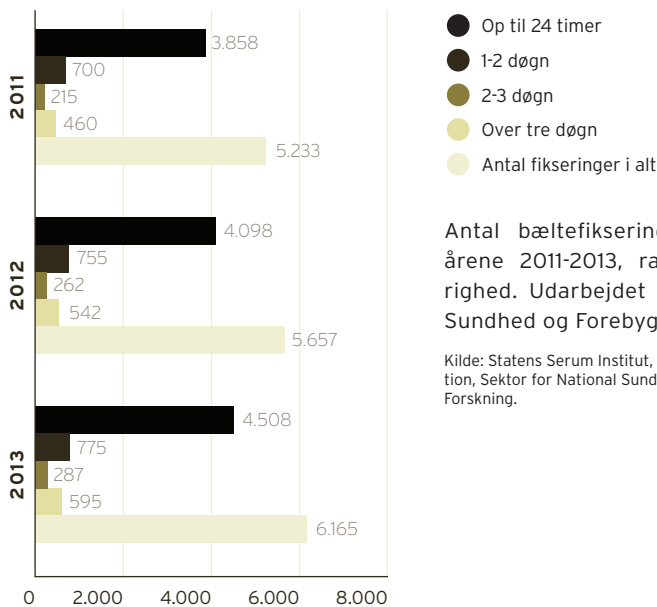
Den langvarige tvangsfiksering

Det typiske forløb ved en bæltefiksering ifølge ph.d. og sygeplejerske Frederik Alkier Gildberg.



Gildberg et al. 2014. As Time Goes by: Reasons and characteristics of prolonged episodes of mechanical restraint in forensic psychiatry. Journal of Forensic Nursing. In press.

Varighed af fiksering i Danmark



Antal bæltefikseringer påbegyndt i årene 2011-2013, rangeret efter varighed. Udarbejdet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i maj 2014.

Kilde: Statens Serum Institut, Sundhedsdokumentation, Sektor for National Sundhedsdokumentation og Forskning.

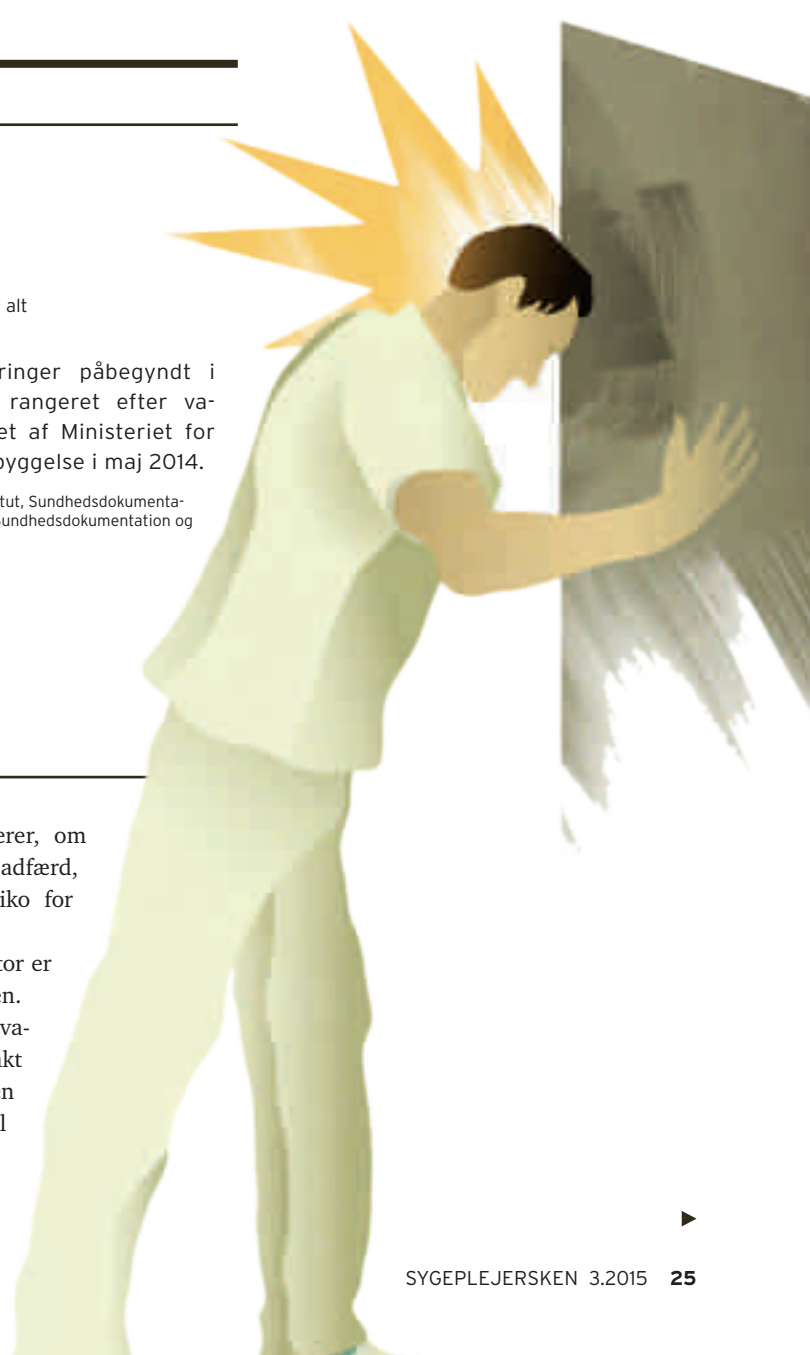
at tage noget af medicinen, men ikke det hele, og så kan der hurtigt gå en uge,” fortæller Frederik Alkier Gildberg.

Den forlængende spiral

Når sundhedspersonalet skal vurdere, om patienten skal ud af fikseringen, eller om den skal forlænges, er der forskellige faktorer, der tages i betragtning. De faktorer påvirker fikseringen i en form for spiral, hvor patienten enten kan blive i fikseringen eller komme ud af den. En af de faktorer, der forlænger fikseringen, er risikoadfærd,

hvor lægen vurderer, om patienten har en adfærd, der udgør en risiko for vold. Se figuren.

”Den anden faktor er alliancevurderingen. Det handler om kvaliteten af kontakt mellem patienten og lægen, der skal vurdere, om patienten skal forblive fikseret: Vil



- patienten overhovedet snakke med lægen? Hvis det er svært at indgå aftaler med en patient om, at han skal forholde sig i ro, eller hvis patienten mangler en erkendelse af, at vedkommende har brug for hjælp, kan fikseringen blive forlænget,” fortæller Frederik Alkier Gildberg.

”Det medfører frustration at blive fikseret, og det giver sig udtryk i risikoadfærd som f.eks. råben og vrede. Risikoen for vold og aggression samt alliancen mellem patient og personale vurderes, og denne vurdering påvirkes negativt af patientens vrede og råb,” forklarer Frederik Alkier Gildberg om en bæltefiksering, som kan blive længerevarende.

Om forskningsprojektet

Titel: As Time Goes by: Reasons and characteristics of prolonged episodes of mechanical restraint in forensic psychiatry (2012-2014: Delprojekt af projektet Reduktion af tvang i retspsykiatrien).

Sådan: 3.871 lægejournalnotater fordelt på 23 patientcases blev før, under og kort efter fiksering underkastet tematisk analyse. De 23 patienter blev udvalgt ved, at de skulle ligge over medianen af tid i tvangsfiksering i et år. De lå i gennemsnit fikseret 799,5 timer over de tre år.

Periode: 2010-2012

Publiceret: December 2014

Hvornår må man tvangsfiksere ifølge loven?

§ 14 Som midler til tvangsfiksering må alene anvendes bælte, hånd- og fodremme samt handsker.

Stk. 2. Tvangsfiksering må kun anvendes, i det omfang det er nødvendigt for at afværge, at en patient:

1. udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred,
2. forfølger eller på anden lignende måde groft forulemper medpatienter eller
3. øver hærværk af ikke ubetydeligt omfang.

§ 15 Beslutning om tvangsfiksering træffes af en læge, efter at denne har tilset patienten. *Stk. 2.* Beslutning om, at der foruden bælte skal anvendes hånd- eller fodremme, skal dog træffes af overlægen.

Stk. 3. Ville det i et tilfælde som nævnt i § 14, stk. 2, nr. 1, af hensyn til patientens egen eller andres sikkerhed være uforsvarligt at afvente lægens tilsyn, kan sygeplejepersonalet på egen hånd beslutte at fiksere den pågældende med bælte. Lægen skal da straks tilkaldes og træffe afgørelse vedrørende anvendelsen af tvangsfiksering med bælte.

§ 16 En patient, der er tvangsfikseret med bælte, skal have fast vagt.

Kilde: Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien på www.retsinformation.dk



Forskning om tvangsfiksering

Sygeplejersken har udvalgt fire forskningsartikler om tvangsfiksering til yderligere læsning med hjælp fra ph.d.-studerende og oversygeplejerske Jesper Bak og fagredaktør Jette Bagh.

Seks kernestrategier giver færre tvangsfikseringer

Artiklen omhandler et planlægningsværktøj med seks kernestrategier til bl.a. at nedsætte brugen af tvangsfikseringer:

1. Ledelse med henblik på organisationsændringer
2. Anvendelse af data til informationsbaseret praksis
3. Personaleudvikling
4. Anvendelse af forebyggelsesværktøjer
5. Brugerens rolle i psykiatriske afsnit/afdelinger
6. Debriefingteknikker.

Sprog: Engelsk

Årstal: Revideret i 2011

Projektleder: Gillece J

Titel: Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use

Forkortet link til artiklen: www.bitly.com/kernestrategier

Erfaringer med de seks kernestrategier i andre lande

Artiklen gennemgår brugen af de seks kernestrategier i Australien, Finland og USA.

Sprog: Engelsk

Årstal: 2014

Forfattere: LeBel J, Duxbury J, Putkonen A, Sprague T et al.

Titel: Multinational Experiences in Reducing and Preventing the Use of Restraint and Seclusion

Forkortet link til artiklen: www.bitly.com/MultinationalExperiences

Viden om patientens oplevelser gavner

Projektet handler om, hvordan psykiatriske patienter oplever tvangsfiksering og tvangsmedicinering. Her undersøges, hvordan det psykiatriske plejepersonale kan bruge patienternes viden til at forebygge anvendelsen af tvang.

Sprog: Dansk

Årstal: 2006

Forfattere: Friis K, Andersen M

Titel: Multisite Study of an Evidence-Based Practice to Reduce Seclusion and Restraint in Psychiatric Inpatient Facilities

Forkortet link til artiklen: www.bitly.com/personaletsviden

En dybere forståelse kan forebygge

Artiklen uddyber tidligere udførte analyser ved at sammenligne resultater i syv primære studier. Hensigten var at opnå en dybere forståelse af handlinger og forebyggelse af tvang i psykiatrien for at kunne diskutere praksis med henblik på fremtidig forebyggelse af tvang.

Sprog: Dansk

Årstal: 2008

Forfattere: Thyrsting K, Hall E

Titel: Forebyggelse af tvang i psykiatrien: En sekundær analyse af et praksisforskningsprojekt

Læs artiklen: www.bitly.com/forebyggelsevang

Når sygdom forandrer kroppen permanent

Tekst **Christina Sommer**
Foto **Ulrik Tofte**

Hanne Stampe Jacobsen på 71 fik polio i 1944. Hun var et år og blev lam i hele kroppen med undtagelse af de indre organer. Som syvårig fik hun væksthæmmende kramper indopereret i sit venstre ben for at rette kroppen ud og få den til at udvikle sig mere lige. På trods af at hun bruger kørestol pga. senfølgerne fra polio, sætter hun en ære i at klare sig selv og lever et aktivt liv med bl.a. kørestolsdans og foreningsarbejde. Billedet stammer fra en vandrestilling med portrætter af flere ældre mennesker, hvis kroppe er præget af misdannelser eller fysiske skavanker pga. polio i barndommen. Udstillingen kommer i løbet af året bl.a. til Sundhedshus Vejle samt en række hospitaler landet over. Bag udstillingen står foreningen PTU, der arbejder for øget livskvalitet for de flere end 100.000 danskere, der har alvorlige skader efter en ulykke eller sygdom.





NEJ TAK TIL YDELSESRÆS I PSYKIATRIEN

Skal psykiatri handle om mennesker og deres problemer, eller skal den også være et spørgsmål om at levere flest ydelser for pengene? Dette tema beskriver konsekvenserne af, at sygeplejerskerne kun udløser penge til arbejdspladsen, når de mødes ansigt til ansigt med patienterne.

Tekst **Annette Hagerup** • Foto **Ellen Gossner**



INGEN PATIENTKONTAKT INGEN YDELSE

Psykiatriske sygeplejersker, som arbejder steder, der benytter sig af ydelsesstyring, hvor kun direkte patientkontakt udløser en ydelse, føler sig klemte mellem økonomi og faglighed. Det viser en ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Annette Hagerup** • Foto **Søren Holm**

Det er en fredag morgen i januar. Sygeplejerske Birgit Søndergaard Nielsen gør klar til at modtage dagens patienter i det voksenpsykiatriske ambulatorium på Psykiatrisk Hospital i Brønderslev. Der er i alt seks face-to-face-konsultationer på dagens program.

Dagens første patient er programsat til kl. 8. Det er en yngre mand med debuterende skizofreni. Der er afsat ca. tre kvarter til hver patient. Hertil kommer et kvarter, der bruges på administrative opgaver såsom bookning af nye tider, dokumentation, journal etc.

Næste patient er en kvinde i starten af 20'erne med diagnosen depression.

Nu har klokken passeret 10, men venteværelset er stadig tomt.

Birgit Søndergaard Nielsen må denne fredag kigge langt efter den yngre kvinde, som lider af depression og ADHD. Kvinden dukker ikke op og svarer heller ikke sin mobiltelefon. Patienten kommer i kategorien: Udeblevet.

Samtidig må Birgit Søndergaard Nielsen vinke farvel til en ydelse på sit personlige driftsregnskab.

”Hvis en patient udebliver, får jeg ingen ydelse. Min tid er afsat, og jeg kan ikke kalde

en anden patient ind med kort varsel. Vores patienter lider af angst, depression, psykoser m.m. Det er ikke altid, de magter at møde op. Deres hverdag er ofte kaotisk, og det sker også, at de bare glemmer en aftale.”

Birgit Søndergaard Nielsen har arbejdet i den nordjyske psykiatri siden 1981. Fra 1992 til 2013 havde hun en udgående funktion som distriktssygeplejerske, men fungerer i dag udelukkende som ambulatoriesygeplejerske. Arbejdet i psykiatrien har været under forandring de seneste år. De nordjyske politikere har besluttet, at personalet i den ambulante psykiatri skal yde et vist antal face-to-face-kontakter, før det kan aflæses i den enkelte afdelings driftsbudget. Jo flere patientkontakter, jo flere penge, lyder devisen.

Birgit Søndergaard Nielsen og hendes kolleger er ikke de eneste, der arbejder under ydelsespres. En analyse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at tre ud af fem (61 pct.) af sygeplejerskerne i den ambulante psykiatri er ansat på arbejdspladser, der benytter sig af ydelsesstyring. To ud af tre (65 pct.) oplyser, at de bliver målt på det antal ydelser, de når indenfor en given periode.

På Psykiatrisk Ambulatorium i Brønderslev skal medarbejderne også leve op til et bestemt ydelseskrav i form af direkte patientkontakter.

”Det lægger et stort pres på mine kolleger. De føler indimellem, at de hver især bærer ansvaret for hele den nordjyske psykiatris økonomi på deres skuldre,” fortæller Birgit Søndergaard Nielsen.

Presset bliver ikke mindre i det kommende år, hvor den ambulante psykiatri i Nordjylland skal øge produktionen med 2-3 pct.

Store afstande

Det psykiatriske ambulatorium dækker Brønderslev og Jammerbugt Kommuner. Afstandene er store: 150 km fra østkyst til vestkyst. Det er også en af grundene til, at hjemmebesøgene stort set er sparet væk. Det blev for dyrt at lade en sygeplejerske bruge tid på at køre ud til de enkelte patienter.

”I dag må vi nøjes med at se patienterne her på et kontor, som ligner ethvert andet offentligt kontor. Vi skal hver gang bruge tid på at få patienterne til at falde til ro, få overtojet af og sætte sig ned. Man kan ofte bedre vurdere patienterne, når de er i deres hjemmemiljø.”

Birgit Søndergaard Niensens tre næste programsatte patienter dukker heldigvis op. En kvinde med personlighedsforstyrrelse og tvangstanker, en ældre kvinde med svær depression og en kvinde i Leponex-behandling pga. skizofreni. Behandlingen skal følges tæt med månedlige blodprøver, og det betyder samtidig, at patienten skal komme til kontrol i ambulatoriet hver tredje måned.

” Spørgsmålet er, hvordan den enkelte sygeplejerske kan navigere, når hun ved, at hun måske bliver kaldt til samtale med sin leder, hvis hun ikke opfylder sit ydelsesmål. Hvad skal hun prioritere: sit eget ydelsesregnskab eller patientens ve og vel?

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne i Regionspsykiatrien
Horsens, Silkeborg, Vest og Viborg-Skive, Jan Otkjær.

Hvad er ydelsesstyring?

Ydelsesstyring betyder, at den enkelte afdeling/afsnit/enhed eller sundhedsperson skal nå et bestemt antal ydelser indenfor en afgrænset periode, f.eks. en måned.

Ydelsesstyring benyttes i varierende omfang og i forskellige udformninger i alle fem regioner.

Der er i alle fem regioner eksempler på, at ydelserne bliver opgjort helt ned på personniveau, og at der på personniveau opstilles et måltal.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Ved arbejdsdagens slutning har Birgit Søndergaard Nielsen indkasseret i alt fem ydelser. Hertil kommer alt det "gratis" papirarbejde, som ikke tæller med i regnskabet: Såsom en epikrise om en udskrevet patient, og en længere telefonsamtale med en kommunal visitator angående en patient, som har behov for bostøtte.

Birgit Søndergaard Nielsen er tillidsrepræsentant og sat til ca. fire ydelser pr. dag. Hendes kolleger er sat til fire-fem ydelser pr. dag. Ambulatoriets sygeplejersker er hver især kontaktpersoner for 60-80 patienter, som de løbende skal følge. De mange patienter trækker behandlingen i langdrag, fordi sundhedspersonalet ikke kan nå at se dem så ofte, som det er nødvendigt.

"Arbejdsdagen bliver hurtigt fyldt af de krævede face-to-face-kontakter. Det er utroligt stressende, at alle de administrative opgaver, som er nødvendige for at give patienten en optimal behandling, slet ikke tæller med.

Alt det arbejde, der er omkring patienten, dvs. kontakt til familien, egen læge, sagsbehandler, hjemmepleje m.m. – det giver ingen ydelse. Det giver heller ikke noget på min ydelseskonto, hvis jeg får fat i den udeblevne patient og får aftalt en ny tid," fortæller Birgit Søndergaard Nielsen.

Hun håber at få fat i sin patient og især på, at patienten vil dukke op til næste aftale.

"Patienter, der ikke dukker op, risikerer at blive afsluttet. Udebliver de f.eks. to gange, modtager de et brev om, at de selv skal henvende sig til ambulatoriet indenfor 14 dage. Gør de ikke det, lukkes deres sag. Det er meget frustrerende, når det sker. Som sygeplejerske er det meget svært at afslutte en patient, når man ved, at det dre-

jer sig om et alvorligt sygt menneske med behov for hjælp og behandling."

Kvantitet eller kvalitet

Fænomenet ydelsesstyring har i løbet af de seneste måneder været genstand for massiv kritik.

I november 2014 bad Dansk Sygeplejeråd således om foretræde for Folketingets Sundhedsudvalg for at udtrykke sine betænkeligheder over brugen af ydelsesstyring i psykiatrien.

"Ydelsesstyringen i psykiatrien er meget kritisabel, fordi systemet flytter fokus fra kvalitet til kvantitet. Der er simpelthen for meget fokus på, hvor mange patienter der behandles, i stedet for om behandlingen virker," udtalte formand i Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, ved den lejlighed.

Bolden begyndte for alvor at rulle, da P1

tant for sygeplejerskerne i Regionspsykiatrien Horsens, Silkeborg, Vest og Viborg-Skive, Jan Otkjær, at det store fokus på økonomistyring vil sætte sygeplejerskerne i et etisk dilemma.

Han frygter også, at sygeplejerskernes faglighed i sidste ende bliver sat på spil:

"Spørgsmålet er, hvordan den enkelte sygeplejerske kan navigere, når hun ved, at hun måske bliver kaldt til samtale med sin leder, hvis hun ikke opfylder sit ydelsesmål. Hvad skal hun prioritere: sit eget ydelsesregnskab eller patientens ve og vel? Hun kunne måske fristes til at indkalde patienterne til ekstra face-to-face-kontroller, alene fordi dette vil udløse en ydelse. Måske bliver patienten indkaldt for at få resultatet af en blodprøve eller lignende, selvom det i virkeligheden kunne klares pr. telefon eller mail."

” Den merkantile tilgang til arbejdet harmonerer hverken med den enkelte patients behov eller med den sygeplejefaglige standard, vores psykiatriske sygeplejersker ønsker at give deres patienter.

Fællestillidsrepræsentant for psykiatriske sygeplejersker i Region Nordjylland, Carin Juul.

Orientering i en række udsendelser i samme måned satte fokus på netop ydelsesstyring.

Den foreløbige kulmination kom, da SF's Özlem Cekic kaldte sundhedsminister Nick Hækkerup i samråd om ydelsesregistrering i de psykiatriske ambulatorier.

Samrådet skal formentlig holdes i marts.

Frygt for etisk dilemma

Ude i virkeligheden på de psykiatriske arbejdspladser frygter fællestillidsrepræsen-

Målet med arbejdet bliver i stedet at tænke kreativt og tilegne sig så mange ydelser som muligt, selvom dette måske ikke er det bedste for patienten, siger Jan Otkjær.

Hans bekymring bekræftes af en ny analyse blandt psykiatriske sygeplejersker fra Dansk Sygeplejeråd. 47 pct. af de godt 1.000 deltagende sygeplejersker har således fravalgt fagligt relevante pleje- og behandlingsmuligheder, der ikke talte med i ydelsesregistreringen. ▶

Eksempler på ydelser fra Region Midt

Ydelser deles op i face-to-face-kontakter og ydelser uden besøg. Face-to-face-kontakter er alle møder, der indebærer visuel kontakt mellem patient og sygeplejerske og kan eksempelvis være et ambulant besøg, et hjemmebesøg, en videokonsultation eller et netværksmøde.

Ydelser uden besøg er telefonsamtaler, e-mail, netværksmøder uden patientens deltagelse eller kontakt til anden myndighed. Det er kun face-to-face-kontakter, der udløser penge til den enkelte afdelings budget.

Ydelsesstyring består udover registrering af enkelte "pointgivende" ydelser også af begrebet "unikke CPR-numre". Det indebærer, at den ambulante sygeplejerske hele tiden skal nå at se et vist antal nye patienter. Risikoen er, at man må udskrive patienterne før tiden for at give plads til nye.

Kilde: "Når fagligheden nedprioriteres" af Jan Otkjær og Anja Laursen, Psykiatrisk Sygepleje, juni 2014.

► ”Kernen i den psykiatriske sygepleje er at møde patienten dér, hvor patienten er, og tage udgangspunkt i den enkeltes behov. Det er måske ikke et bestemt antal face-to-face-møder, patienten har brug for. Patienten har måske brug for, at der bliver taget kontakt til kommunen, til egen læge eller til bestemte familiemedlemmer. Den slags kontakter udløser bare ingen ydelser, og dermed risikerer de at blive fravalgt, selvom de fagligt set vil være det korrekte valg,” siger Jan Otkjær.

Ifølge Carin Juul, der er fællestillidsrepræsentant for 365 psykiatriske hospitalssygeplejersker i Region Nordjylland, kan de mest ressourcetsvage og mest syge patienter risikere at blive tabt på gulvet, hvis de psykiatriske sygeplejersker udelukkende holder sig til at udføre de opgaver, der tæller på ydelseskontoen.

Hun siger: ”Den merkantile tilgang til arbejdet harmonerer hverken med den enkelte patients behov eller med den sygeplejefaglige standard, vores psykiatriske sygeplejersker ønsker at give deres patienter. Der er en overordnet målsætning om at mindske uligheden i sundhed for de psykiatriske patienter, men den målsætning er svær at opfylde, hvis der ikke er ”råd” til også at yde den individuelle bistand, der får patientens hverdag til at hænge sammen og f.eks. sikre, at patienten tager sin medicin, møder til kontrol, får set sin egen læge, tandlæge, bankrådgiver m.m. Det er netop det gode, langvarige relationsarbejde, der fastholder patienterne i behandlingen. I yderste konsekvens kan sygeplejersken føle sig presset til at prioritere de mest velfun-

gerende patienter, der møder til aftalt tid i ambulatoriet.”

Ydelsesstyring giver bedre patientflow

Hos Danske Regioner ser man ydelsesstyring som et effektivt redskab til at få flest mulige patienter igennem systemet.

”De somatiske afdelinger har i årevis været underlagt specifikke produktivitetskrav, og man må kunne stille de samme krav til produktionen indenfor psykiatrien,” siger næstformand i Danske Regioners sundhedsudvalg, Anne Ehrenreich (V). Hun fortæller, at ventetiderne til psykiatrisk behandling over hele landet er faldet ekstraordinært det seneste års tid pga. et øget patientflow.

”Set fra et patientsynspunkt er den udvikling kun en fordel. Ingen patienter bliver raske af at stå på en venteliste,” siger Anne Ehrenreich og tilføjer:

”Det er rigtigt, at det kun er ydelser, hvor patienten er til stede, der tælles som behandlingsaktivitet. Men ydelser, der ikke tælles som behandlingsaktivitet, registreres i alle regioner og indgår i de aktivitetskrav, der opstilles i psykiatribudgetterne.

Samtidig betyder det øgede fokus på kvantitet ikke, at der må slækkes på kvaliteten. Det er til enhver tid et ledelsesmæssigt ansvar, at kvaliteten af den behandling, vi tilbyder psykisk syge, er i orden. Lederne på de enkelte psykiatriske afdelinger må tilrettelægge arbejdet, så de nødvendige opgaver bliver løst. Og hvis de ikke mener, det er muligt indenfor de givne rammer, må de melde det tilbage til det politiske system.”

Relevante mål ønskes

Formand for Dansk Sygeplejeråd pointerer, at organisationen ikke er modstander af alle former for måling og styring i psykiatrien.

”Sygeplejersker vil gerne måles på den kvalitet, de leverer, og vil gerne følge forløbspakker, der kan være med til at sikre, at alle patienter får de rette behandlingstiltag. Dét, som sygeplejerskerne og andre faggrupper i psykiatrien gør oprør mod, er de negative konsekvenser - ved f.eks. at fravælge telefonsamtalen med patienter, fordi disse ikke honoreres - som i sidste ende går udover patienterne.”

Dansk Sygeplejeråd vil gerne bidrage til at finde alternativer til den nuværende form for ydelsesstyring og er allerede kommet med nogle forslag.

”Først og fremmest er det vigtigt, at det ikke kommer til at handle om at finjustere på de nuværende ydelsesmål,” siger Grete Christensen og uddyber:

”En vej at gå er - i samarbejde med patienter og personale - at formulere nogle fagligt relevante kvalitetsmål og så give den enkelte medarbejder en langt større frihed til i samarbejde med ledere, kollegaer, patienten og de pårørende at tilrettelægge den bedste pleje og behandling for den enkelte patient. Nogle eksempler på kvalitetsmål kan f.eks. være medicinnetrapning, gennemførelse af uddannelsesforløb og mindre tvang. Jeg er sikker på, at der også er andre relevante kvalitetsmål - og de vel selvfølgelig varierer afhængigt af den enkelte afdeling, typen af patienter osv. Derfor er det også helt afgørende, at man går i dialog med fagpersonerne om at finde de relevante mål.”



” Det lægger et stort pres på mine kolleger. De føler indimellem, at de hver især bærer ansvaret for hele den nordjyske psykiatris økonomi på deres skuldre.

Sygeplejerske Birgit Søndergaard Nielsen.

44 YDELSER PR. MÅNED

Hvis sygeplejerskerne på Ambulant Psykose Enhed i Risskov leverer for få direkte patient-kontakter, bliver budgettet beskåret. Det lægger et stort pres på kollegerne og kan give dårlig stemning i afdelingen.

Tekst **Annette Hagerup** • Foto **Søren Holm**

Sygeplejerske Pia Annat er fuldtidsansat i Ambulant Psykose Enhed, Aarhus Universitetshospital i Risskov. Hun er p.t. sat til at levere 44 ydelser pr. måned.

Pia Annat og hendes kolleger modtager hver måned en opgørelse fra deres leder, som kontrollerer, hvorvidt de har leveret det antal ydelser, de er blevet pålagt at levere. Opgørelsen bliver tilsendt dem pr. mail.

Medarbejderne forventes at redegøre for, hvorfor de evt. ikke har opfyldt deres måltal.

”Jeg er ikke utilfreds med det antal ydelser, jeg skal levere, men jeg er utilfreds med, at rigtig meget af mit arbejde ikke anerkendes som en ydelse,” siger Pia Annat og tilføjer:

”Hvis der leveres færre direkte patient-kontakter, bliver budgettet beskåret, og omvendt tilføres enheden flere midler, jo flere direkte patientkontakter der præsteres. Det lægger et stort pres på mig og mine kolleger og giver også en dårlig stemning i afdelingen, hvis nogle sygeplejersker gentagne gange ikke leverer deres andel af ydelserne.”

Allt supplerende arbejde udover den direkte face-to-face-kontakt tæller ikke længere med i ”regnskabet”, fortæller Pia Annat. Hun føler, at indsatsen overfor patienterne er blevet ringere i takt med, at ydelsesstyringen er blevet udbredt i den ambulante psykiatri. F.eks. nedprioriteres den tværfaglige indsats som konsekvens heraf. Forsamtaler med patienterne afholdes nu enten af læge eller sygeplejerske/ergoterapeut, fordi en forsamtale kun udløser én ydelse.

Pia Annat forholder sig ligeledes kritisk til, at kontakt til patienterne, samarbejdspartnere og pårørende – direkte, såvel som pr. sms, mail eller telefon – ikke tæller med som ydelser.

”Jeg er ikke utilfreds med det antal ydelser, jeg skal levere, men jeg er utilfreds med, at rigtig meget af mit arbejde ikke anerkendes som en ydelse.

Sygeplejerske Pia Annat.

”Kontakten til og samarbejdet med patienternes netværk er af kolossal betydning for et godt behandlingsforløb,” fortæller hun og uddyber:


”Telefon-, mail- og sms-kontakt er desuden yderst værdifulde supplementer til den direkte kontakt mellem patient og behandler og kan i visse perioder være et brugbart alternativ til face-to-face-kontakt. Især hos den unge målgruppe, som enten arbejder, er i beskæftigelse eller under uddannelse, og som derfor kan have svært ved at møde op til ambulante samtaler i dagtimerne. At have ”nem” adgang til den primære behandler kan understøtte behandlingen, kompensere for kognitive vanskeligheder og bidrage til, at patienterne lever et så almindeligt liv som muligt.”

Ydelsesstyring i den ambulante psykiatri

Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling har i november gennemført en undersøgelse blandt 1.095 psykiatriske sygeplejersker uden personaleansvar.

Analysen viser bl.a., at:

- 61 pct. af sygeplejerskerne er ansat på arbejdspladser, der benytter sig af ydelsesstyring.
- 65 pct. af sygeplejerskerne oplyser, at de bliver målt på det antal ydelser, de når indenfor en given periode.
- 75 pct. af sygeplejerskerne ansat på arbejdspladser, der benytter sig af ydelsesstyring, oplyser, at arbejdspladsen offentliggør antallet af leverede ydelser. Enten på gruppeniveau (47 pct.), individniveau (4 pct.) eller begge dele (24 pct.)
- 72 pct. af de sygeplejersker, der bliver målt på antal ydelser, vurderer, at ydelsesstyringen giver dem dårligere muligheder for at levere fagligt forsvarlig sygepleje.
- 47 pct. har fravalgt fagligt relevante pleje- og behandlingsmuligheder, der ikke talte med i ydelsesregistreringen.
- 38 pct. har forsøgt at fravælge meget tidskrævende patienter.
- 63 pct. har fravalgt at bruge tid på samtale eller samvær med kolleger og andre fagpersoner, der ikke talte med i ydelsesregistreringen.
- 54 pct. har fravalgt at bruge tid på samtale eller samvær med patienter/borgere/pårørende, der ikke talte med i ydelsesregistreringen.



” Kontakten til og samarbejdet med patienternes netværk er af kolossal betydning for et godt behandlingsforløb.

Sygeplejerske Pia Annat.

NU BEGYNDER MEDICINLISTERNE AT SE UD, SOM DE SKAL

Siden efteråret har hjemmesygeplejen i Hedensted Kommune fået borgernes medicinoversigter fra det Fælles Medicinkort FMK, der samler alle ordinationer fra sygehuset og egen læge.

Tekst **Kirsten Bjørnsson** • Foto **Kissen Møller Hansen**

Hedensted Kommunes hjemmesygepleje tog det fælles medicinkort FMK i brug for snart seks måneder siden, og det har i perioden været slidsomt og indimellem ganske frustrerende. Men nu begynder systemet at fungere, som det er tænkt, konstaterer Bodil Haugstrup. Hun er hjemmesygeplejerske og visitator af sygeplejen i kommunens Distrikt Vest. Samtidig er hun superbruger af kommunens omsorgssystem og har været med til at udvikle FMK som repræsentant for kommunerne.

Denne morgen dukker der endnu et problem op af den type, som det sidste halve år har været fyldt med.

"Bodil, prøv at se her," siger kollegaen Charlotte Thomsen, som sidder ved computeren med en borgers medicinoversigt. En ordination er markeret med rødt, og så længe den er det, kan hjemmesygeplejerskerne ikke handle på den.

Hjemmesygeplejen har fået besked fra et ambulatorium om, at borgeren skal have genoptaget en behandling, der blev seponeret for nogle år siden. Men der mangler en ordination. En ny skal oprettes i FMK, og hvem skal sørge for det? Nu bliver

Charlotte Thomsen nødt til at oprette den uden om FMK og efterfølgende skrive til lægen for at få den bekræftet.

"Vi kan ikke selv rette i systemet, det skal lægerne gøre," forklarer Bodil Haugstrup.

"Som slutbrugere er vi afhængige af de data, andre har lagt ind, og vi bruger stadig meget tid på at koordinere mellem læger og sygehuse."

Ingen tidsbesparelse

Hun tilføjer, at de har et godt samarbejde med alle lægehuse i distriktet.

"Men de har også skullet lære systemet at kende. Der har da været startvanskeligheder, men efterhånden er de fleste kommet godt efter det."

Hvor godt, får hun demonstreret, da hun lukker systemet op for at vise, hvordan det ser ud, når en rød markering afslører et problem med en ordination.

Af samtlige medicinændringer fra de seneste to dage er der ikke en eneste rød. Derimod er der en hel del gule, og det er fint nok. Det betyder typisk, at en recept er blevet fornyet, og den kan sygeplejer-

skem gemme med et enkelt klik; så er borgers medicinoversigt i orden.

"Det er rigtig godt, det her!" siger Bodil Haugstrup, mens hun løber ned over skærmen fra den ene gule ordination til den anden.

"Det er gået rigtig meget fremad. Lægerne gør det, vi gerne vil have dem til, og de gør det hurtigt."

Der er stadig ting, der skal rettes i selve systemet, og Bodil Haugstrup går løbende og samler eksempler på problemer, som hun vil bede it-leverandøren kigge på.

"Vi kan heller ikke bestille medicin og receptfornyelser direkte i FMK, som det egentlig er tænkt. Det skyldes et problem i lægernes it-system," siger hun.

Så indtil videre har FMK ikke sparet tid, tværtimod, og Bodil Haugstrup tvivler på, at det vil, selv når det er indarbejdet.

"Men FMK vil give større patientsikkerhed. Det er f.eks. virkelig godt, at vi får de rigtige ordinationer med det samme. Tidligere fik vi vores medicinlister fra receptserveren, og så blev der ved med at stå Furix én gang daglig, selv om lægen måske havde sat dosis op til to."



1



2



3



4

1. Bodil Haugstrup er visitator af sygeplejen i kommunens Distrikt Vest og samtidig superbruger af FMK og omsorgssystemet.

2. Mange fejlkilder bliver fjernet, når sygehuse og egen læge ordinerer i samme system, og hjemmesygeplejerskerne kan trække deres medicinlister direkte fra det.

3. Rita Lundsgaard Hansen skal have restdoseret et præparat, der manglede, sidst hjemmesygeplejersken var på besøg.

4. Hjemmesygeplejersker og hjælpere har gruppekantor hver for sig, men mødes indimellem over frokosten.

Din bedste oplevelse på jobbet for nylig?

”Det var faktisk at se alle de gule ordinationsændringer i dag. De er tegn på, at der er ved at være ryddet op, og at det fungerer. Det bliver man glad af. Og det sparer vi også tid på.”

Plejehjemmet skal være et godt sted at dø

Personalet på to plejehjem i Gladsaxe Kommune manglede redskaber til at tale med beboere og pårørende om den sidste tid. Nu har de sat den palliative pleje i system.

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

Tidligere kunne der godt opstå en diskussion i plejegruppen, hvor den ene part mente, det var på tide at give den smertestillende medicin, der var ordineret, mens den anden part holdt på, at tiden lige skulle ses an til i morgen. Det betød, at en døendes smerter i nogle tilfælde ikke blev lindret. Det kunne også ske, at en døende blev udsat for smertefuld tvangsfodring af de pårørende, fordi de klagede over, at deres gamle far eller ægtefælle sygnede hen uden at få mad og drikke.

”Det skete, at medarbejdere følte sig sat til vægs af pårørende, som stillede undrende spørgsmål om, hvorfor deres gamle far eller ægtefællen ikke fik noget at spise og drikke. Typisk fordi vi ikke havde været grundige nok med at få talt med de pårørende om, at døden var nært forestående,” siger sygeplejerske Tine Jørgensen, som er daglig afdelingsleder på seniorcenter Bakkegården i Gladsaxe Kommune.

På de to plejehjem Bakkegården og Rosenlund, som har fælles ledelse i Gladsaxe Kommune, oplevede afdelingslederne, at personalet gav udtryk for usikkerhed omkring den palliative pleje, såsom hvordan man taler med de pårørende om, at en

beboer viser tegn på at være døende, og hvordan man imødekommer den døendes behov for spirituel eller følelsesmæssig støtte.

Det gav anledning til, at centerledelsen på Bakkegården søgte om, at Bakkegården og Rosenlund kunne komme med i Socialministeriets projekt, der handler om at styrke den palliative pleje på plejehjem, hvor plejehjem i fem kommuner deltager. Målet med det projekt er at udarbejde en guide, som alle plejehjem kan bruge.

Uddannelse i palliation

Siden maj 2014 har de to plejehjem arbejdet på at forbedre den palliative indsats til beboere og pårørende. Som led i projektet har en stor del af plejepersonalet været på uddannelse i palliativ pleje, og der er uddannet nøglepersoner til at implementere arbejdet. De er netop ved at lægge sidste hånd på en lang række procedurer, en palliations-tjekliste og beskrivelser af forskellige faggruppers kompetencer og opgaver.

Mange beboere på Bakkegården og Rosenlund dør, uden at det har været aktuelt med palliativt forløb, de sover f.eks.

Palliativ indsats ifølge WHO

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer palliativ indsats således:

Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.

ind. Men for en del af beboerne gælder det, at der er et terminalt forløb, hvor de langsomt bliver dårligere. Ifølge Tine Jørgensen og Maria Midjord, som er daglig leder på det skærmede demensafsnit Rosenlund, er det vigtigt at få talt om det forløb i god tid.

”Det kan være lidt voldsomt at tale om døden allerede ved indflytningssamtalen, og mange pårørende er i krise, når de har måttet erkende, at de ikke længere kan tage vare på deres ægtefælle eller deres gamle forælder. Der er dog også nogle, som gerne vil tale om det; det er meget forskelligt. Men vi tager initiativ til en samtale, så snart vi ser de første tegn på, at en beboer begynder at blive dårlig,” siger Maria Midjord.

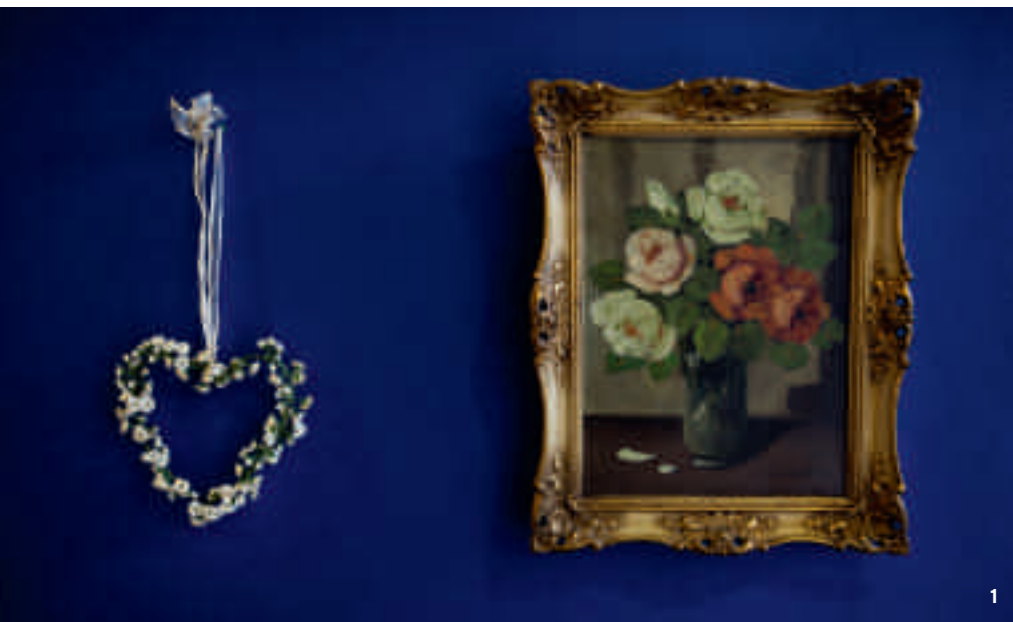
Indholdet i samtalen med de pårørende fremgår af en faglig vejledning. I dialogen er udgangspunktet de pårørendes erfaringer med dødsfald og information om personalets tilgang til terminal pleje. Samta-

” Tidligere gik vi nok lidt mere rundt om den varme grød og havde lidt svært ved at få taget hul på de svære ting i forhold til de pårørende og beboerne. Men vi oplever, at når vi har haft de svære snakke, så er det meget lettere at tale sammen, når døden er tæt på.

Daglig afdelingsleder på seniorcenter Bakkegården i Gladsaxe Kommune, Tine Jørgensen.

1. Personlige ejendele indgår også i den samtale, personalet har med beboere og pårørende om, hvordan den sidste tid kan blive så god som muligt.

2. Sosu-assistent Vinni Hansen giver saftevand på en ske, fordi beboeren har synkeproblemer og dermed er i risiko for at få lungebetændelse.



1



2

len skal munde ud i en aftale om at kontakte lægen og om, hvad man gør i tilfælde af forværring. Det aftalte skal dokumenteres.

Religion og musik på tjeklisten

Der er også nogle punkter på palliations-tjeklisten, som skal drøftes med de pårørende. F.eks. skal det afklares, om der er særlige ønsker i forhold til trosretning, om den pårørende ønsker en gæsteseng, så man kan overnatte, om den pårørende vil være til stede i den sidste tid, og hvad man ønsker at deltage i. Personalet kan bede de pårørende om at købe bestemt musik eller særlige cremer og dufte. Samtalen kommer også omkring ønsker til, hvilket tøj den afdøde skal ikklædes, og stillingtagen til obduktion.

”Tidligere gik vi nok lidt mere rundt om den varme grød og havde lidt svært ved at få taget hul på de svære ting i forhold til de pårørende og beboerne. Men vi oplever, at når vi har haft de svære snakke, så er det meget lettere at tale sammen, når døden er tæt på,” siger Tine Jørgensen.

Ledelse og personale på Bakkegården og Rosenlund har også lavet en liste over almene tegn på, at en beboer er døende, og en instruks om tidlig planlægning af det terminale forløb med lægen.

”Når medarbejderne er gode til at observere og se symptomer, så tager lægerne også deres faglige argumenter alvorligt og kommer f.eks. ud og er med i rundbords-samtalen med de pårørende og er med til at forventningsafstemme,” siger Tine Jørgensen.

Sygeplejerskernes opgave er især at stå for at aftale palliativ medicinering med ▶

- lægen og skrive medicin og ordination ind på medicinskemaet. Det er også sygeplejersken, som tager stilling til, hvornår det er aktuelt at give p.n.-medicin, som f.eks. slimreducerende og vanddrivende medicin.

”Der er altid en sygeplejerske inde over handleplanerne i et palliativt forløb. Det er sygeplejerskens opgave at sikre, at vi er på forkant, hvis beboerens situation ændrer sig kritisk,” fortæller Tine Jørgensen.

Personalet er blevet ærekære

Efter personalet har været på uddannelse i palliativ pleje, kan Tine Jørgensen og Maria Midjord tydeligt mærke en større bevidsthed om fagligheden i plejen.

”Jeg har f.eks. ofte hørt assistenterne sige, at det ikke er i orden, hvis lægen ikke vil ordinere smertestillende eller beroligende medicin og heller ikke synes, det er nødvendigt at komme ud og kigge til beboeren. Personalet er blevet mere ærekære, for de ser det som deres fornemmeste opgave at sikre, at beboerne kan dø på en værdig og god måde,” siger Maria Midjord.

Holdningen på plejehjemmene i Gladsaxe er, at ingen beboer skal dø alene.

”Assistenten er blevet meget opmærksomme på at bestille vagter, som kan sidde og holde i hånden, så beboeren ikke er alene i den sidste tid,” siger Tine Jørgensen.

Hun oplever, at personalet også tager udfordringerne op og taler med beboerne

Guide til palliativ pleje i plejeboliger

Socialstyrelsen har udarbejdet en guide, der giver inspiration til palliativ pleje i plejeboliger. Ledere og medarbejdere fra seks plejecentre i Gladsaxe, Herning, Kolding og Aarhus har medvirket til guiden, som også er inspireret af et projektsamarbejde mellem Palliativt Videncenter og Nyborg Kommune. Læs mere på Socialstyrelsen.dk, søg på ”guide til palliativ pleje”.

om de tanker, de gør sig, når mørket falder på, og angsten kan melde sig.

”Nogle beboere får den tanke, at de helst ikke vil i seng, for tænk hvis de ikke vågner igen. Her synes jeg, personalet er blevet gode til at gribe de bolde og tage en snak med den angste beboer, hvor man måske tidligere ville have været usikker på, hvordan man skulle tackle situationen,” siger Tine Jørgensen.

Demente er en særlig udfordring

Gennemsnitligt på landsplan lider to tredjedele af beboere i plejeboliger af en demenssygdom, og det gælder også for beboerne på Bakkegården og Rosenlund. Palliation til denne gruppe er en særlig udfordring.

”Det handler om at tolke mere på adfærd og i det hele taget bruge sit kliniske blik. Er beboeren holdt op med at spise? Har beboeren tissetrang, men kan ikke tisse? Bliver beboeren aggressiv? Smerter kan komme til udtryk på mange forskellige måder, som den demente ikke kan give udtryk for, og nogle gange er det noget af et Sherlock

Tegn på, at døden er nær

Bakkegården og Rosenlund har udarbejdet en liste med almene og specifikke tegn på, at en borger er døende. Her er nogle eksempler fra listen:

Eksempler på almene tegn:

- Svækket
- Træt
- Sengeliggende
- Smerteforpinet
- Påvirket bevidsthed
- Aftagende interesse for mad, drikke og livet generelt

Eksempler på specifikke tegn:

- **Kredsløb** - f.eks. ødemer, åndenød, blålige fingre og tæer, svag og uregelmæssig puls
- **Respiration og luftveje** - f.eks. åndenød, besvær med at hoste op, sekretraslen, apnø-perioder
- **Mave-tarm-kanal** - f.eks. tør mund, synkebesvær, fejl-synkning, udspilet abdomen, gulsot
- **Urinveje** - f.eks. aftagende diurese, koncentreret urin, blæresmerter, tegn på nyresvigt, inkontinens
- **Huden** - f.eks. konstant eller anfaldsvis svedig, blålig farvning først i negle, så i læber, næsen spids
- **Centralnervesystemet** - sitren, trækninger, kramper, tiltagende lammelser, talebesvær, synsforstyrrelser

Alle almene og specifikke tegn skal dokumenteres i journalen i alle vagter over tid.

1. Daglig leder på det skærmede demensafsnit Rosenlund, Maria Midjord, taler med en frisk beboer, tidligere elektriker Orla Johansen, som lever et meget aktivt liv på Rosenlund.

2. På landsplan lider to tredjedele af beboerne i plejeboliger af en demenssygdom. Palliation er en særlig udfordring, fordi personalet skal kunne tolke på adfærd og bruge deres kliniske blik.

Holmes-arbejde at finde ud af, hvad det handler om,” fortæller Tine Jørgensen.

I forhold til demente går personalet frem efter udelukkelsesmetoden, når de skal finde frem til, om en ændret adfærd hos en dement beboer skyldes smerter, og om smerterne er tegn på, at beboeren er i en terminal fase. Her bliver demenskoordinatoren brugt som sparringspartner.

”Vi kan forsøge, om vi kan tale med den demente om døden, og om beboeren har særlige ønsker. Men ellers taler vi med de pårørende og prøver os frem ved f.eks. at sætte et stykke musik på,” siger Tine Jørgensen.

Omsorg for medarbejderen

Det palliative forløb slutter ikke, når beboeren er død. De pårørende bliver tilbudt en samtale efter dødsfaldet for at runde forløbet af. Og til sidst kommer turen til personalet. En sygeplejerske står for at evaluere forløbet og sørge for, at den medarbejder, som har været omkring den døende i den sidste tid, er afklaret.

”Vi taler om, hvad der gik godt, og hvad der kan gøres bedre til næste palliationsforløb,” siger Tine Jørgensen.

” Personalet er blevet mere ærekære, for de ser det som deres fornemste opgave at sikre, at beboerne kan dø på en værdig og god måde.

Daglig leder på det skærmede demensafsnit Rosenlund, Maria Midjord.



Hospicemetoder vinder indpas på plejecentret

Palliation var i mange år forbeholdt kræftpatienter på hospice, men filosofien om smertelindring og eksistentielle samtaler har bredt sig til andre patientgrupper og nu også til mange plejehjem over hele landet.

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

Interessen for at arbejde med palliation på plejecentre er stor. Det oplever sygeplejerske og master i etik og religionsfilosofi Rita Nielsen, som indtil for nylig var klinisk sygeplejespecialist på Diakonissestiftelsens Hospice. Hun er også forfatter til flere bøger om døden, sorg, den åndelige dimension og palliation. I dag underviser hun i palliation på efteruddannelse for sygeplejersker på hospitalsafdelinger og plejecentre i kommuner.

Et af de råd, hun giver til ledere af plejecentre, som vil udvikle den palliative pleje, er at kigge på de kompetencemodeller, der er udviklet af Dansk Multidisciplinær Cancer Gruppe for Palliativ Indsats, DMCG-PAL.

”Det er ikke alle sygeplejersker, som ved, at de kompetencemodeller findes og kan bruges til at videreudvikle sig. Man kan holde dem op for sig som et spejl eller en kompasretning og se på, hvad man mangler, og herefter tilrettelægge undervisningen,” siger Rita Nielsen.

Når hun underviser, oplever hun især, at personalet er interesseret i viden om, hvordan man taler med beboerne om døden – også de demente beboere.

”Jeg møder meget modstand, når jeg siger: ”I skal sætte jer ned og snakke med dem om døden. I skal være obs på de antydninger, de kommer med. De er godt selv klar over, at de skal dø, og I er nødt til at tage den samtale med dem. Man er generelt meget bevidst om at tage sig af de demente, men det handler ofte om, at de skal leve og have et godt liv. Men man skal huske også at tænke på den del med

døden, og hvordan man gør med det,” siger Rita Nielsen.

En barriere i forhold til at arbejde med palliation kan være, at personalet mener, de ikke har ressourcer til det.

”De mener ikke, at de har timer nok, og det kan være rigtigt, men det handler også om holdning. Dybest set er mange mennesker bange for døden og tør ikke gå ind i det. Det handler mindre om antallet af minutter og mere om at være nærværende og bruge tiden rigtigt, de minutter du er der,” siger hun.

Bange for det åndelige

Rita Nielsen har nogle helt enkle råd som f.eks., at man skal sætte sig ned i stedet for at stå op, når man taler med beboeren. Et andet råd handler om, at man som medarbejdere kan bruge hinanden til at øve sig.

”De bedste råd er ofte de mest banale, men også de sværeste, for vi har jo så travlt. Nogle sygeplejersker og assistenter er bange for ikke at gøre det godt nok i forhold til at tale med døende om det åndelige og det eksistentielle. ”Hvad gør jeg, når jeg ikke selv tror?” spørger de. Her er svaret, at vi skal hjælpe hinanden og øve. Det kunne være ved at gå sammen med en, som er lidt ældre, ligesom i den gamle mesterlære. F.eks. kan en sosu gå sammen med en sygeplejerske, og en ung sygeplejerske kan gå sammen med en lidt ældre. Så kan man bede kollegaen lægge mærke til, hvordan man taler med de pårørende og bagefter snakke om, om der er noget, man kan gøre bedre. Det er ofte ikke så meget,

der skal til,” siger Rita Nielsen, som også mener, at man skal prøve at konfrontere sig selv med det faktum, at man også en dag selv skal dø og arbejde med sine egne værdier og holdninger.

”Mange gamle mennesker har en religiøs holdning til livet og døden, og det er nemmere at tale med andre om, hvad de tror på, hvis man også selv har en holdning, der er forankret i et eller andet,” siger Rita Nielsen.


En ting, der skal være i orden, for at man kan arbejde ordentligt med palliation, er, at ledelsen går forrest.

”Ledelsen skal afsætte tid og arbejde bevidst på, at plejehjemmet skal være et godt sted at dø. Det er noget, man skal tage op på personalemøder og tale om, hvordan man gør det konkret. Hvis ikke ledelsen går forrest, så drukner alle medarbejdernes gode hensigter i hverdagens krav,” siger Rita Nielsen.

Hun tror ikke, der er nogen risiko for, at beboere eller pårørende føler, det er for voldsomt at tage stilling til døden:

”Alle, som flytter ind på et plejehjem, ender med at dø, så jeg tror ikke, at det ødelægger noget at tale om det. Man har modstand mod at tale om døden, men erfaringen viser, at når man har talt om det, der er svært, så er det en lettelse. Så er det på plads.”

Læs om kompetenceprogrammer til forskellige faggrupper inden for palliation på www.dmcgpal.dk og læs mere om palliation på www.pavi.dk og i Rita Niensens bog ”Livets afslutning – behandling, pleje og omsorg – en vejledning til personalet i ældreplejen”.

A portrait of Rita Nielsen, a woman with short brown hair, smiling. She is wearing a dark, patterned top and a necklace with a large pendant. The background is a blurred indoor setting.

” Alle, som flytter ind på et plejehjem, ender med at dø, så jeg tror ikke, at det ødelægger noget at tale om det.

Sygeplejerske og master i etik og religionsfilosofi Rita Nielsen.

Kirsten Dalby Rasmussen er 59 år og uddannet sygeplejerske på Holbæk Sygeplejeskole i 1980, SD i Uddannelse og Undervisning i 1992, cand.pæd. i 2001. Siden 1992 ansat som underviser i sygeplejerskeuddannelsen, Professionshøjskolen Metropol.



En foretagsom læsekreds

Min foretagsomme faster Else har gennem de sidste 40 år deltaget i en læsekreds. De startede med at være 12 kvinder, der en gang om måneden mødtes og diskuterede en bog, de alle havde læst. Møderne blev styret med nødvendig, fast hånd af en bibliotekar, som sikrede et alsidigt litteraturvalg, at de holdt sig nogenlunde til emnet samt rimelig taletid til alle.

Efterhånden har de måttet tage afsked med halvdelen af medlemmerne og senest med den for længst pensionerede bibliotekar. Som det sidste havde hun gennemtruffet, at de skulle give sig i kast med Yahya Hassans digte. Men efter hendes bisættelse og under det efterfølgende kaffebord blev de enige om, at med hans udenlandsk klingende navn og alt det forfærdelige, der skete rundt om i verden, så turde de simpelthen ikke have den bog liggende på natbordet.

Da en af faster Elses spidskompetencer er organisering og som den yngste på bare 88 år, fik hun hurtigt udnævnt sig selv til ny mødeleder. Bibliotekaren havde afskyet krimier, men nu var vejen banet for at afprøve genren.

De mange timer, faster Else har brugt på Ældre Sagens computercafé, viste sig at bære frugt, og snart var en titel googlet. Faster har for nylig været indlagt, og som alle ved, kan intet andet samtaleemne udkonkurrere en god sygdom og hospitalsindlæggelse. Derfor skulle krimien have sit udspring i relation til sundhedsvæsenet, og titlen *"Dødelig medicin og organiseret kriminalitet"* af lægen Peter Götzsche lød som et godt bud.

Bogen levede dog langt fra op til forventningerne; nok fordi faster Else havde misset underteksten *"Hvordan medicinalindustrien har korruperet sundhedsvæsenet"*. Snarrådigt satte faster telefonkæden i gang og foreslog, at de ved mødet medbragte, hvad de måtte have liggende af medicin. Efter sin indlæggelse, hvor der heldigvis ikke blev fundet noget abnormt, var hun alligevel kommet hjem med fem forskellige, nye præparater. Når de blev lagt sammen med de andre, hun fandt i skabet, var faster sikker på, hun blev topscorer.

Her havde faster Else gjort regning uden vært. Medens hun snildt kunne have sit hjemmeapotek i håndtasken, kom flere af de andre med halv- og helfyldte bæreposer. Pilleglas, pakninger, tuber, cremer mv. buggede. Men da medlemmet, som også havde været i berøring med psykiatrien, pakkede ud, måtte der

en plade i spisebordet. Og så blev der ellers snakket sygdom og byttet lidt piller, tror jeg. Men det benægtede faster godt nok.

Mod mødets slutning skulle der opsummeres, og de kunne konkludere, at den indiskutable årsag til deres høje alder alene var medicinalindustriens fortjeneste. At en lå inde med NOVO-aktier, og resten havde familie eller bekendte ansat i medicinalindustrien, var yderligere et bevis. At det overhovedet var lovligt for forfatter-lægen at misbruge sin yringsfrihed på sådan en omgang videnskabeligt fusk, var dem en gåde. Og det havde de pligt til at meddele den uredelige læge.

” Men da medlemmet, som også havde været i berøring med psykiatrien, pakkede ud, måtte der en plade i spisebordet. Og så blev der ellers snakket sygdom og byttet lidt piller, tror jeg. Men det benægtede faster godt nok.

Faster forfattede et harmdirrende brev til Götzsche med læsekredsens konklusioner og afventer stadig forfatterens dementi og bogens tilbagetrækning på baggrund af deres knusende belæg og evidens for sammenhængen mellem kraftig medicinering og høj levealder.

Nu kender jeg min faster ret godt og ved, at hun har høj kompliance i forhold til at indløse recepter, men en ringe i forhold til faktisk at indtage det ordinerede. Om det samme kunne gøre sig gældende for alle i læsekredsen, bjerget af medicin taget i betragtning, prøvede jeg forsigtigt at antyde overfor faster Else, men den hypotese blev mødt med larmende tavshed og meget stram overlæbe.

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

Efter- og videre-uddannelse 2015

På Syddansk Universitet har vi en god håndfuld kandidat- og masteruddannelser, som er målrettet sygeplejersker:

- Kandidatuddannelse i klinisk sygepleje
- Master i hospitalsmanagement
- Master i offentlig kvalitet og ledelse
- Master i offentlig ledelse
- Master i rehabilitering
- Master of Public Management
- Sundhedsfaglig kandidatuddannelse

Kom til Efteruddannelsesmesse
tirsdag d. 17. marts kl. 15-19.

Se programmet og tilmeld dig på
→ sdu.dk/efteruddannelse



En håndfuld kompetencer

Kontakt os på tlf. 65 50 10 54
eller skriv til → efteruddannelse@sdu.dk



FORSKNINGSBASERET EFTERUDDANNELSE



SYDDANSKUNIVERSITET.DK

Få styr på referencerne

Bogen introducerer fagfeltet sundhedsinformatik og diskuterer teknologibegrebet, hvilket er illustreret af en case med en pacemaker som omdrejningspunkt. Det supplerer andre lærebøger, der udkommer i disse år. Det er også godt at se, at bogens tre dele og 17 kapitler supplerer og udfylder huller, som andre af feltets lærebøger ikke dækker. Det drejer sig bl.a. om jura, klinisk kemi, røntgensystemer, vandre- og børnejournaler og apotekssystemer. Idéen med Skyen som samlende enhed giver et godt overblik over de fleste af sundhedsvæsenets forskellige delsystemer og er en godt tænkt illustration af systemernes sammenhæng.

De enkelte kapitler har meget godt at tilbyde den studerende. Kapitlerne er generelt velskrevne med gode illustrationer, og alle sluttet af med relevante studiespørgsmål. Bogen har et godt stikordsregister.

Derfor er det ærgerligt at konstatere, at flere kapitler kun har referencer internt i brødteksten. Uvist af hvilken grund er de ikke ført ud i en referenceliste, hvilket bl.a. gælder redaktørernes indledende kapitel, hvor der er ca. 23 interne referencer, men kun én indgår i referencelisten. Det sender et helt forkert signal til studerende og klinikere. Det ødelægger bogens værdi som pensumlitteratur uagtet dens øvrige kvaliteter.



Susie Wagner Bondorf og Jytte Mørch Strømstad (red.)

Sundhedsinformatik - en grundbog
Munksgaard 2014
293 sider - 275 kr.

Bogens forfattere har stort set alle forbindelse til Masteruddannelsen i Sundhedsinformatik ved Aalborg Universitet. Enten har de selv uddannelsen, er undervisere ved den eller har på anden vis forbindelse til den. Dette burde borge for kvaliteten, men desværre gør de manglende referencer, at bogen ikke kan anbefales som grundbog i en professionsuddannelse på grund af dens lemfældige forholdene sig til brugen af referencer. De kapitler, der har styr på referencerne, kan man dog roligt henvise til.

Når der er styr på referencerne, anbefales 2. udgave gerne som pensum. Hvis forlaget også tilføjede kapitler om systemer i almen- og speciallægepraksis samt hos tandlæger, ville det give et endnu bedre overblik over digitaliseringen af den danske sundhedssektor.

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

Imponerende niveau, præcision og faglighed

Munksgaards Forlag har netop udgivet et velredigeret værk om sygepleje i tre overskuelige bind, alle grundbøger. Hver bog har sine redaktører, og kapitlerne har hver sine forfattere, naturligvis fordi hver forfatter har skrevet om sit favorittema eller speciale, og ingen kan være opdateret på samtlige felter. Udgivelsen er et godt bud på en relevant, dækkende professionsrettet grundbog i sygepleje. Bøgerne gaber ikke over mere, end de kan rumme, og de rummer fint den grundlæggende sygeplejes facetter. Som supplement til bøgerne opnås der adgang til e-bøger med relevante link, video, quiz og andet materiale, man kan sågar få læst fagtermer op, så også udtaalen kommer på plads.



Kirsten Frederiksen og Birte Glinsvad (red.)

Fag
320 sider - 375 kr.



Dorthe Boe Danbjørg og Nina Tvistholm (red.)

Patient
404 sider - 475 kr.



Susanne Jastrup og Dorte Helving Rasmussen (red.)

Klinik
576 sider - 675 kr.
Grundbøger i Sygepleje,
Munksgaard 2014

Bliv klogere på takker, intervaller samt principper ved EKG-optagelse

Bogen er et ambitiøst opslagsværk på 15 kapitler, der kommer rundt i alle elektrokardiologiens kringkroge. Den er opdateret og har gennemgået en omfattende revision svarende til den rivende udvikling, der er i specialet i disse år. Den henvender sig til alle, som ønsker at ajourføre og udvide deres viden om EKG-analyse, undersøgelsesmetoder, behandlingsprocedurer og farmakoterapi. Bogen indeholder et imponerende billedmateriale og mange fakta og detaljer. Alt dette er pakket ind i pædagogisk gavepapir med finurligheder, som Bjarne Sigurd også tidligere har været værdsat og respekteret for. Bjarne Sigurd er kendt for sit kliniske arbejde og udvikling af kardiologien samt talrige kurser i tolkning af EKG og diagnosticering af hjertesygdom.

Læseren bliver indledningsvis introduceret til, hvad et EKG egentlig er, og bliver klogere på takker, intervaller samt principper ved EKG-optagelse. I den velskrevne fremstilling af det normale EKG og systematisk EKG-analyse kan læseren genkende indholdet fra den "blå folder", der tit stikker op af kittellommen, og få et redskab, der danner grundlag for resten af bogen.

Bogens to nye medforfattere Steen Pehrson og Peter Steen Hansen er begge kendt for deres arbejde indenfor invasiv behandling af hjerterytmeforstyrrelser, forskning og undervisning. De repræsenterer den nye elektrofysiologi, der har fået en gennemgående



Bjarne Sigurd, Steen Pehrson,
Peter Steen Hansen

Klinisk elektrokardiologi

FADL's Forlag 2014

518 sider - 699,95 kr.

plads i denne 3. udgave. De jonglerer og boltrer sig med de invasive elektrofysiologiske signaler, ablationsbehandlinger og måder at kortlægge arytmier på. Med brugen af foto og fine illustrationer bliver det hele tilgængeligt.

Bogen kan bruges på alle niveauer. Eksperten, der vil have den liggende ved sengebordet, læse i den som en roman og få sin kompetence udvidet fra tid til anden. Novicen vil have fornøjelse af, at bogen er tilgængelig på afdelingen, og kunne bruge den som lærebog og opslagsværk i mødet med en hjertesyg patient.

En af de væsentlige årsager til bogens pædagogiske slagkraft er, at de fleste EKG-eksempler er holdt i størrelsesformatet 1:1. Det bidrager til mønstergenkendelse, som er en væsentlig del af EKG-tolkningen.

I kapitlerne støder man på de grå bokse. I disse vil selv nørder kunne finde næring til udvidelse af horisonten. Bogen er fyldt med talrige tabeller, alt hvad der kan listes, bliver listet, hvilket er med til at skabe overblik. Med sine 1,518 kg bliver det ikke en bog, man tager med i tasken, men som en veninde sagde: "Bogen er så lækker, at den sagtens kan stå i stuen."

*Af Berit Lærche Larsen, anæstesisygeplejerske,
Abdominalcentret 2044, Rigshospitalet.*

I bogen "Fag" fandt jeg yderst relevante kapitler som f.eks. sygeplejens historie og sygeplejens samfundsmæssige mandat. I det sidste indgår både lovstof, samfundsperspektiver og uddannelsesmæssige vink til de studerende. Jeg fremhæver samfundsperspektivet, fordi jeg ofte undres over de studerendes mangel på viden om det danske samfunds indretning, på trods af at flertallet har afsluttet en gymnasial uddannelse.

Bogen "Patient" er disponeret i tre dele med fokus på tre aktører: patient, sygeplejerske og pårørende. Hver del indledes med korte, eksemplariske narrativer, som fokuserer på henholdsvis patient, sygeplejerske og pårørendes perspektiver som oplæg til kapitlernes

bearbejdelser. Det er absolut en hensigtsmæssig finesse. Opdelingen reflekterer begreberne patientologi, curologi og pårørendes rettigheder samt familiære problemstillinger.

Bogen "Klinik" præsenterer læseren for typiske sygeplejefokusområder, som f.eks. respiration, cirkulation og dokumentation samt for sygeplejefænomener og komplekse situationer som feber, smerte, seksualitet, kronisk lidelse, bevidsthedspåvirkning og døden. Også denne bog medtager samfundsvidenskabeligt stof; et fint kapitel om f.eks. love, aktindsigt, informeret samtykke m.v. Ved første øjekast ligner det et sammenfald med "Fag", men forfatterne giver hver deres perspektiv og deres bud på relevans, så jeg ser det mere som et supplement.

Værket vidner om en høj grad af bearbejdning i anvendelsen af de mange skribenter, og det hele er fagfællebedømt. Der er en bevidst god balance mellem fagsprog og god læsbarhed, som gør en grundbog attraktiv. Der er god overskuelighed, mange fine pointer i pædagogiske bokse samt præciserende forklaringer, studiespørgsmål og rigelig dokumentation løbende. Jeg er imponeret over niveau, præcision og faglighed i et stramt, veldisponeret værk.

*Af Ole Bjørke, master i sundhedspædagogik,
lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen Metropol.*

Polioepidemien på et svensk provinssygehus

Karin Wahlberg, som er svensk læge, har skrevet en meget læseværdig roman om livet på og omkring et svensk provinssygehus under polioepidemien i 1953. Her møder vi en vrimmel af personer og følger dem det første halve år af epidemien.

Bogen har stor sygeplejehistorisk værdi og bygger på grundig research. Vi følger nogle sygeplejelever på skolen og på afdelingen og ser i detaljer sygeplejen på den tid. De svenske læger havde lært af den danske epidemi i 1952, der førte til de nye overtryksrespiratorer, så ud over den grundlæggende sygepleje var det også teknisk krævende at passe poliopatienter.

Bogen viser Sverige anno 1953 på vej ind i velfærdssamfundet, men fortsat med fattigdom og store klasseskel. Helt parallelt med de danske forhold på den tid, men her krydret med de spe-



Karin Wahlberg
Endnu er der håb
Modtryk 2014
468 sider - 299 kr.

cielle svenske påfund som f.eks. den forhadte spiritusrationering. Inden for denne kontekst udgør sygehuset sin egen parallelverden med tilsvarende skel og stive hierarkier. Vi øjner dog et gryende opbrud, repræsenteret af enkelte mønsterbrydere, som uddanner sig over deres stand og køn.

Desværre halter den danske oversættelse lidt, og læseren må leve med, at sygehjælperne bliver til assistenter og fysioterapeuterne sygegymnaster. Det skal dog ikke afholde nogen fra at læse bogen.

Af Gunilla Svensmark, sygeplejerske MPA, MI, specialkonsulent, Dansk Sygeplejeråd.

KORT NYT OM BØGER

Lene Jørgensen

Efterveerne - Den traumatiske fødsel

Turbine 2015

360 sider - 299,95 kr.

Bogens første del indeholder beretning på beretning om traumatiske fødselsforløb begyndende med forfatterens. Resultatet var for hendes vedkommende et liv med posttraumatisk stress-syndrom, en diagnose, der ofte nævnes i bogen. Del to består af interview med professionelle, bl.a. psykologer, læger, jordemødre og to anonyme sundhedsplejersker om deres syn på og oplevelse af traumatiske fødsler. Tredje del indeholder ca. 10 sider om forskningsresultater. Her kan man bl.a. læse, at "for mange kvinder opleves en traumatisk fødsel som voldtægt og fysisk overgreb". Der er ingen kildeangivelse til dette postulat.

Del fire beskriver den fødendes ønsker, og her er forfatteren fremme ved hovedbudskabet: Når man er i fødsel, ønsker man kontakt og nærvær.

Bogen kunne med fordel have været redigeret ned til mindre end det halve og holdt fast i dette budskab, der også er et budskab til de politikere, som prioriterer. Forfatteren har formentlig oplevet det som terapi at skrive, men går over gevind med henvisninger til egen fødsel og ikke-forskningsbaserede slutninger.

Poul Videbech

Kort & godt om depression

Dansk Psykologisk Forlag 2014

180 sider - 199 kr.

Bogen henvender sig til den person, som har en depression. Den beskriver i 16 kapitler fakta om depression, dvs. forløb, konsekvenser, behandling, forebyggelse m.m. Nogle mennesker kan finde på at sige over frokosten i kantinen: "Jeg er vildt deprimeret," med en koket undertone, men bogen er målrettet dem, der er syge eller har et familiemedlem, som lider af depression. En håndsækning med budskabet: Der kan gøres noget. Depression er ikke noget, man taler med alle om, og nogle vil foretrække at kalde tilstanden stress, selv om det er værre end som så, skriver forfatteren, der også gør rede for sammenhængen mellem belastning, stress og depression på en forståelig og oplysende måde.

En depression kan være et budskab, man skal forsøge at forstå, når symptomerne er kommet under kontrol, hedder det. Bogen er let at læse og absolut nyttig for de berørte.

Per Hove Thomsen

Kort & godt om ADHD

Dansk Psykologisk Forlag 2015

124 sider - 199 kr.

En bog til personen med ADHD og til dem, som er tæt på, det kan f.eks. være lærere eller familiemedlemmer. I syv kapitler kommer forfatteren, som er professor i børne- og ungdomspsykiatri, godt rundt om ADHD. Diagnose, symptomer, behandling og forebyggelse, og ikke mindst nogle ord om gode ting ved ADHD.

Ofte stillede spørgsmål fra forældre bliver besvaret, f.eks. "hjælper fiskeolie og diæt?" Og bogen efterlader læseren (den pårørende eller den med ADHD) med håb for fremtiden og gode råd i bagagen, der kan lette hverdagen for familien eller den enkelte.

(jb)

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR

optimal hygiejne & patient-integritet



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

hsttd

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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



Diplomkursus i GCP for projektsygeplejersker

- kliniske lægemiddelforsøg i Danmark

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

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

Kurset indeholder derudover oplæg om metodik, protokol og rapport, lægemiddeludvikling og økonomi, forsøgsmedicin, videnskabetiske overvejelser og investigators ansvar.

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

Tid: 22. – 25. april 2015

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

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



Uddannelse
- værdi gennem
læring



Sygeplejerskerne på akutbilen i Skive har to døgnvagter om måneden. Vagten starter og slutter kl. 8.00. Resten af tiden er de ansat på anæstesiaafdelingen på Regionshospitalet i Viborg.



Med hjerne, hjerte og vilje

Tekst **Mads Krøll Christensen** · Foto **Simon Klein-Knudsen**

I Skive er der altid en anæstesisygeplejerske med, når akutbilen rykker ud til akut syge eller tilskadekomne. Dansk Sygeplejeråds formand oplevede sygeplejerskernes arbejde på nærmeste hold, da hun kørte med i akutbilen.

”Her er det faktisk Modtagelsen, der kommer ud til borgeren,” fortæller anæstesisygeplejerske på akutbilen, Anni Helene Kanstrup, som har inviteret Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, i klinik.

”Jo flere vi kan afslutte på stedet, jo færre skal ind forbi sygehuset. Når patienter afsluttes på stedet, sker det altid i tæt samråd med lægebilen,” fortsætter Anni Helene Kanstrup.

”Med hjerne, hjerte og vilje” står der på kaffekopperne hos Hospitalsenheden Midt. Et statement, der passer ret præcist på de 15 anæstesisygeplejersker, der er tilknyttet akutbilen i Skive. De er alle

til daglig ansat på anæstesiaafdelingen på Regionshospitalet i Viborg. Her vedligeholder de deres kompetencer i eksempelvis luftvejshåndtering og traumemodtagelse.

Landmand klemt af ko

Pludselig lyder en høj hyletone. Det er alarmer. Anni Helene Kanstrup, Grete Christensen og paramedicinen Thomas, der også er chauffør på bilen, iler ned ad gangen til garagen, hvor akutbilen holder klar. Øjeblikket efter svinger bilen ud fra Skive Sundhedshus og kører nordpå med fuld udrykning.

Undervejs i bilen får sygeplejerskerne løbende meldinger ind på, hvilken situation de skal ud til.

”Situationen derude kan være livstruende. Derfor er det godt, at vi allerede i bilen kan indstille os på, hvilken situation der møder os,” siger Anni Helene Kanstrup.

Det viser sig at være en arbejdsulykke.

En landmand er kommet i klemme mellem en ko og en væg i stalden. Ulykken er sket i den nordligste del af Salling omkring 20 minutters kørsel med udrykning fra Sundhedshuset i Skive. Udover akutbilen er der også tilkaldt en almindelig ambulance og en lægebil.

Ambulancen er først fremme, og Anni Helene Kanstrup kører med patienten i ambulancen, indtil de møder lægebilen. Herfra kører lægen med til akutafdelingen i Viborg.

”Når en sallingbo siger, at han har ondt. Så kan du regne med, at han har ondt,” siger Anni Helene Kanstrup.

Landmanden bliver stabiliseret og efterfølgende kørt med ambulance til Regionshospitalet i Viborg.

Variierende hverdag

Bortset fra en særtafte på Bornholm er det kun Region Midtjylland, der har akutbiler med anæstesisygeplejersker. Ord-



Når akutbilen holder ved Sundhedshuset i Skive, er den konstant tilsluttet elnettet. Der skal nemlig være en bestemt minimumstemperatur i bilen pga. den medbragte medicin. Som noget forholdsvis nyt er der også eboladragter i bilen.



Akutbilen er spækket med udstyr og flere tasker. Anæstesisygeplejerskernes taske er rød og indeholder primært bedøvende og smertedækkende medicin. Hver eneste gang bilen har været kaldt ud, gennemgår sygeplejersken tasken og fylder den op.

ningen i Skive har kørt siden foråret 2009.

Oprindeligt var anæstesisygeplejerskerne udelukkende med på kørsler mellem kl. 8 og 16 på hverdage, men siden foråret 2013 har akutbilen været bemannet med en anæstesisygeplejerske og en paramediciner alle ugens dage hele døgnet rundt.

"Der kan være meget stor forskel på vores vagter. Nogle vagter er der slet ikke nogen ture, mens man på andre vagter kan køre hele tiden," fortæller anæstesisygeplejerske Jytte Pedersen og fortsætter:

"På en vagt er vi hele tiden på. I 24 timer ved du ikke, hvad du skal det næste minut. Du ved aldrig, hvad du bliver kaldt ud til. Er det et trafikuheld? Tilskadekomne børn? Eller et selvmord?"

"På min seneste vagt kørte jeg ni ture," supplerer Anni Helene Kanstrup.

Skal hele tiden kæmpe

Mette Skjødt er afdelingssygeplejerske på anæstesiaafdelingen på Regionshospitalet

i Viborg, som akutbilen rent organisatorisk hører under. Hun fortæller, at ordningen er genstand for meget fagpolitisk opmærksomhed.

"Vi skal hele tiden kæmpe. Vi skal virkelig vise vores værdi. Og at vi kan bruges og vil bruges," fortæller hun.

"Når alt kommer til alt, så har vi i Region Midt et rigtigt godt akutberedskab. Vi sygeplejersker er ikke læger. Vi har ikke deres kompetencer. Vi er utrolig glade for samarbejdet med både lægerne og paramedicinerne." Det giver samlet mange kompetencer ude præhospitalt," understreger Anni Helene Kanstrup.

Grete Christensen peger på vigtigheden af, at sygeplejerskerne dokumenterer deres indsats.

"Der er ingen tvivl om, at anæstesisygeplejersker i akutbiler gør en forskel. Desværre har vi specielt i de senere år set et mønster, hvor politikerne enten har valgt at foretrække lægebiler eller paramedici-

ner. Og det er skidt, fordi vi ved, at anæstesisygeplejersker netop besidder kompetencerne til at kunne indgå i et tæt samarbejde med paramedicinerne om langt de fleste af patienterne. Hvis sundhedsvæsenet skal udvikle sig positivt, er det helt nødvendigt, at den præhospital indsats hænger tæt sammen med det øvrige sygehusvæsen," siger hun.

Anni Helene Kanstrup er enig:

"Det er en glimrende ordning, vi har her i Midt. Det synes jeg også, borgere i landets øvrige regioner skulle have gavn af."

Brug sundhedsplejerskernes kompetencer

Sundhedsplejersker har nogle unikke kompetencer og muligheder for at opspore børn, unge og forældre med behov for støtte. Det skal kommunerne udnytte, mener Dansk Sygeplejeråd, der har et nyt udspil om sundhedsplejersker på trapperne.

Tekst **Andreas Rasmussen**

I starten af marts udgiver Dansk Sygeplejeråd en ny pjece, der skal sætte fokus på de mange arbejdsopgaver, som sundhedsplejerskerne kan løse.

Det sker i forbindelse med, at fødselstallene de seneste år har været faldende. I 2014 steg det dog en anelse.

”Vi ser desværre en tendens til, at nogle kommuner bruger fødselstallet som anledning til at spare på sundhedsplejerskeområdet, men det er den helt forkerte vej at gå. I stedet skal vi udnytte sundhedsplejerskernes kompetencer til at styrke børn

og unges sundhed,” siger Grete Christensen, formand i Dansk Sygeplejeråd.

I pjecen gives en række eksempler på de områder, som sundhedsplejerskerne arbejder med. Det er alt fra sorggrupper for børn og unge, der har mistet forældre eller søskende, over overvægtsbehandling og rygestop til opfølgende hjemmebesøg hos nyudskrevne småbørn, hvor forældrene skal støttes i at følge den rette behandling.

”Sundhedsplejerskerne har en unik position til at lave en tidlig opsporing, så vi kan iværksætte en relevant indsats og

støtte til de børn og forældre, der har brug for det. Sundhedsplejerskerne kan løfte forældrenes kompetencer, så de kan understøtte, at deres børn bliver robuste,” siger Grete Christensen.

Den seneste tid har ny undersøgelse vist, at mange unge har kæmper med ringe psykisk trivsel, ligesom at børn med kroniske og langvarige sygdomme savner støtte i skolen. Dansk Sygeplejeråd mener, at sundhedsplejerskerne med fordel kan være med til at løse de problemstillinger.

” Vi er nødt til at forholde os til, at mange lever utrolig mange år med alvorlig sygdom i dag. Det har vi ikke været gode nok til at tage højde for i sundhedssystemet, og der mangler en ensartet tilgang til, hvordan man skal vejlede alvorligt syge til at leve et liv og have en hverdag med sygdom, man tidligere døde af.

Lektor i antropologi, Ayo Wahlberg, i Kristeligt Dagblad den 18. februar 2015.

DSR I MEDIERNE

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

Debat: Mænd kan også blive sygeplejersker

Mindre end 4 pct. af danske sygeplejersker er mænd. ”Vi vil gerne vise sygeplejens mangfoldighed, de mange muligheder og den store professionalisme, der kendetegner sygeplejen. Vi håber, man(d) vil være med,” skriver næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, og formand i SLS, Sanne Fuglsang, i et indlæg i Politiken.

Sygeplejerske får erstatning for fyring under graviditet

Efter en tur i Ligebehandlingsnævnet skal Roskilde Kommune betale en sygeplejerske 170.000 kr. i erstatning efter at have fyret hende, fordi hun blev syg under sin graviditet. ”Vi ser jævn-

ligt sager, hvor sygeplejersker opsiges, selvom de er gravide, og det er i strid med Ligebehandlingsloven,” siger Helle Dirksen formand for Dansk Sygeplejeråd, Kreds Sjælland, til Dagbladet Roskilde.

Narkosesygeplejersker vil tilbage i akutbil

Der er mangel på narkoselæger i Sønderjylland, og derfor rykker akutlægebilen ofte ud uden en læge. ”Narkosesygeplejersker kan mange af de samme ting som lægen, og det er da oplagt, at de tager over, når der mangler narkoselæger,” siger Morten Hartvig Petersen, kredsformand i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Syddanmark, til JyskeVestkysten.

Fejl på lønseddel kostede sygeplejerske 183.000 kr.

Takket være en opmærksom tillidsrepræsentant har en sygeplejerske fået udbetalt 183.000 kr. for manglende tillæg på sin lønseddel.

Tekst **Camilla Bech Madsen**

I forbindelse med efterårets løntjek-kampagne kiggede sygeplejerske og fællestillidsrepræsentant i Psykiatrien – Region Nordjylland, Carin Juul, sine kollegers lønsedler efter i sømmene. Her fandt hun ud af, at en sygeplejerske, der arbejder i Psykiatrien – Region Nordjylland, gennem fem år ikke havde fået udbetalt et tillæg, som hun ellers var berettiget til.

”Jeg startede simpelthen fra en ende af og kiggede alle sygeplejerskernes løndata igennem i henhold til vores forhåndsaftaler. Det er først, da jeg gennemgår de helt centrale løndata på sygeplejersken, at jeg kan se, at der er noget, der ikke stemmer,” siger Carin Juul og forklarer, at sygeplejersken ikke havde fået udbetalt det funktionstillæg, som hun havde ret til.

Carin Juul kontakter derfor Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland og går derefter i gang med at gennemgå lønsedler og løndata for de seneste fem år sammen med den ansvarlige lønkonsulent i Region Nordjylland.

”Vi har haft et godt samarbejde, og det hele faldt på plads i december sidste år, så sygeplejersken kan få de penge, hun har krav på,” siger Carin Juul, der er fællestillidsrepræsentant for knap 400 sygeplejersker.

Det betyder, at sygeplejersken nu har fået udbetalt 183.000 kr. brutto for de manglende tillæg.

Chokeret sygeplejerske

Da sygeplejersken bliver ringet op med nyheden, er hun nødt til at sætte sig ned.

”Jeg blev chokeret, og jeg troede faktisk ikke helt på det til at begynde med. Jeg blev lige nødt til at sætte mig ned,” fortæller hun.

”Jeg er glad for, at fejlen blev opdaget. Det viser, hvor vigtigt det er, at man er opmærksom på sin lønseddel,” tilføjer hun.

Husk at tjekke din lønseddel

Sagen står ikke alene. Inden for det seneste år har hver tredje sygeplejerske oplevet fejl på lønsedlen. Det viser en undersøgelse, som MEGAFON har lavet sammen med DSR i efteråret 2014.

”Engang imellem sker der utilsigtede fejl, f.eks. når regionerne skifter lønko-der. Sagen viser, at man ikke kun skal huske at tjekke tillæg og overarbejdsbetaling, men også sin faste løn,” forklarer Carin Juul.

Hos Dansk Sygeplejeråd Kreds Nordjylland opfordrer 1.-kreds næstformand Helle Kanstrup også sygeplejerskerne til at tjekke deres lønsedler.

”Sygeplejersker skal have den løn, de har krav på. Men vi ser desværre eksempler på fejl i sygeplejerskers lønsedler, derfor er det så vigtigt, at man husker at kontrollere sin lønseddel f.eks. i forhold til, hvordan arbejdstidsaftalen spiller ind,” siger Helle Kanstrup og understreger, at finder man noget på sin lønseddel, som man ikke forstår, skal man gå til sin tillidsrepræsentant.

”Tillidsrepræsentanterne kan klæde sygeplejerskerne på til at forstå, hvordan deres løn er sat sammen, så man f.eks. ved, hvilke tillæg man har krav på,” siger hun og henviser til tre velbesøgte arrangementer i kredsen i efteråret, hvor sygeplejersker netop fik undervisning i at tjekke deres lønseddel.

Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.



2. marts

- Møde om borgernes sundhedsvæsen, Danske Regioner, København

4. marts

- Healthcare Roundtable, Den amerikanske ambassade

5. marts

- Forhandlingsudvalgs møde i Sundhedskartellet, Kvæsthuset, København
- Styregruppemøde vedr. 2020-processen, LO, København

9. marts

- Repræsentantskabsmøde i Lån og Spar Bank

11. marts

- Bestyrelsesmøde i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Danske Regioner, København
- Bestyrelsesmøde i Forbrugsfor-eningen, København

12-13. marts

- Kommunalpolitisk topmøde, Aalborg Kongres & Kultur Center

16. marts

- SSN styremøde, Kvæsthuset, København

17. marts

- Møde i FTF Arbejdslivsudvalg, FTF, København

19. marts

- Forhandlingsmøde i Forhandlingsfællesskabet, København

20. marts

- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægesekretærer, PKA, København

OPLEV SYGGEPLEJE UNDER FJERNE HIMMELSTRØG

Tag med på
læserrejse

WWW.DSR.DK/RABATTER



På udkig efter en ny bil?

Attraktivt billån til medlemspris.
www.dsr.dk/rabatter

lån & spar

din personlige bank

Skibriller eller solbriller til ferien?

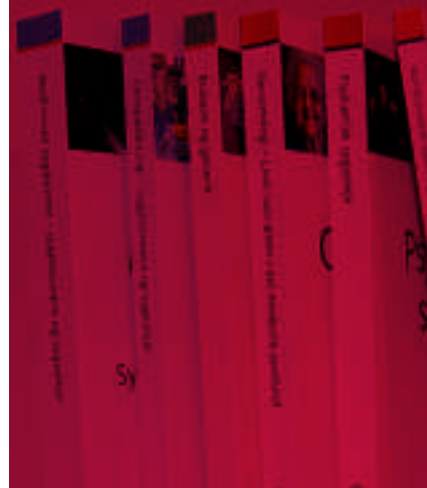
Bonus i mere end 4.500 forretninger
www.dsr.dk/rabatter



Forbrugsforeningen

Bliv klogere for færre penge

Køb dine bøger til medlemspris
www.dsr.dk/rabatter



Tæt på nye overenskomster

Overenskomstforhandlingerne for det statslige område samt i landets regioner og kommuner er tæt på målstregen. I marts måned bliver resultaterne sendt til urafstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Et ja vil betyde, at der den 1. april træder nye overenskomster i kraft, mens et nej kan ende ud i konflikt.

Tekst **Mads Krøll Christensen** • Foto **Rasmus Preston**



“Vi har fået det optimale ud af nogle meget snævre rammer, f.eks. er det lykkedes os at sikre reallønnen over hele linjen,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet.

I december måned sidste år blev der udvekslet overenskomstkrav med arbejdsgiverne, og umiddelbart efter nytår startede forhandlingerne om nye overenskomster for sygeplejersker ansat i staten, i regionerne og i kommunerne. Nu godt to måneder inde i 2015 er forhandlingerne inde i deres afsluttende fase. På det regionale område ligger der allerede et samlet overenskomstresultat, mens de store områder er forhandlet på plads for både kommuner og stat.

“Resultaterne giver ikke grund til at løbe rundt med armene i vejret, men jeg synes heller ikke, at vi skal vende tommelfingeren nedad. Vi har fået det optimale ud af nogle meget snævre rammer, f.eks. er det lykkedes os at sikre reallønnen over hele linjen,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd og for Sundhedskartellet.

Netop fordi den økonomiske ramme for overenskomstfornyelserne har været snæ-

ver, er der mange lighedstegn mellem forhandlingsresultaterne på de tre områder.

“Fællesnævnerne er, at vi tror på, at vi har sikret reallønnen, styrket det psykiske arbejdsmiljø og givet fædrene mulighed for en uges øremærket barsel,” siger Grete Christensen og tilføjer, at alle aftalerne er treårige og løber frem til og med den 31. marts 2018.

Aftale med regionerne først på plads

Det første overenskomstområde, der faldt på plads med en samlet aftale for sygeplejerskerne, var det regionale. Både på det regionale og det kommunale område er forhandlingerne opdelt i et generelt område og i et specielt område. Det samme gælder for forhandlingerne i staten.

Forhandlingerne på det generelle område i regionerne blev varetaget i regi af Forhandlingsfællesskabet, der repræsenterer 136.000 ansatte i de fem regioner, heraf ca. 40.000 sygeplejersker.

Hovedpunkterne i resultatet på det generelle område er:

- Generelle lønstigninger på 5,44 pct. i perioden. Lønstigningerne dækker også forventede udmøntninger fra reguleringsordningen.
- En ekstra uges øremærket barsel til fædre.
- Styrket indsats for det psykiske arbejdsmiljø.
- Nye rammer for medindflydelse og mere samarbejde. Antallet af tillidsvalgte fastholdes.

Grete Christensen er forhandlingsleder for Forhandlingsfællesskabet på det regionale område. ▶

► "De seneste overenskomster har tydeligt været mærket af finanskrisen. Det har bl.a. haft den konsekvens, at vi ikke har fået sikret vores realløn ved forhandlingerne i 2011 og 2013. Det er lykkedes denne gang. Ligesom vi har fået forhandlet en styrket indsats for det psykiske arbejdsmiljø og større tryghed med i aftalen. Der er ingen tvivl om, at resultatet denne gang er bedre end de foregående," siger Grete Christensen, der også var forhandlingsleder for Sundhedskartellet i de specielle forhandlinger med regionerne. Her var der især fokus på de specialuddannede og de akademiske sygeplejersker.

Udover de generelle lønstigninger er der aftalt en række forbedringer på det specielle område.

"De specialuddannede sygeplejersker, eksempelvis anæstesisygeplejerskerne, har fået løftet deres erfaringsstillæg. Det er ikke et beløb, nogen bliver rige af, og havde det stået til mig, skulle det have været højere. Men det er værd at bide mærke i, at regionerne nu er med på, at det er en gruppe, som skal tilgodeses. Det skal vi bygge videre på," siger Grete Christensen og tilføjer, at sygeplejersker i basisstillingerne med aftalen sikres en forbedring af deres pensionssats.

Et andet kardinalpunkt for Sundhedskartellet i de specielle forhandlinger med Danske Regioner var pensionssatserne for de sygeplejefaglige ledere. Årsagen er, at der i dag eksisterer to forskellige pensionssatser for lederne. For den gruppe af sygeplejefaglige ledere, som er på laveste pensionssats, er pensionssatsen blevet hævet med aftalen.

"Vi vil gerne have, at alle sygeplejefaglige ledere får samme pensionsprocent, uanset hvilket løntrin de er på. Derfor vil vi gradvist løfte den lave pensionsprocent op mod den højere. Det er højeste fællesnævner, vi går efter. Med forliget har vi taget et stort skridt i den retning," siger Grete Christensen.

I aftalen ligger også en stribe forbedringer målrettet de sygeplejefaglige kandidater i regionerne, altså de akademisk uddannede sygeplejersker.

Styrket arbejdsmiljø

Forhandlingsfællesskabet har også indgået forlig med KL på det generelle område i kommunerne.

Forliget dækker 573.000 ansatte i landets kommuner, heraf ca. 14.000 sygeplejersker. Hovedpunkterne i aftalen mellem Forhandlingsfællesskabet og KL ligner til forveksling hovedpunkterne i aftalen med Danske Regioner.

Hovedpunkterne er:

- Generelle lønstigninger på 5,42 pct. i perioden. Lønstigningerne dækker også forventede udmøntninger fra reguleringsordningen.
- Øremærket barsel til fædre på en uge.
- Styrket indsats for det psykiske arbejdsmiljø.
- Nye rammer for medindflydelsen. Antallet af tillidsvalgte fastholdes.

"Sygeplejersker oplever et stigende arbejdspress og -tempo, hvor ressourcerne ofte ikke står mål med opgaverne. Det gælder også i kommunerne, der i de senere år er blevet pålagt betydeligt flere

sundhedsopgaver. Derfor er det positivt, at vi med aftalen styrker indsatsen for et bedre psykisk arbejdsmiljø," siger Grete Christensen og fortsætter:

"I forhandlingerne med KL på det generelle område har vi også afsat midler til forhandlingerne om de specielle krav," fortæller Grete Christensen.

Netop forhandlingerne om de specielle krav mellem Sundhedskartellet og KL var ikke afsluttet ved redaktionens slutning. Forhandlingerne drejer sig især om vilkårene for kandidatuddannede sygeplejersker i kommunerne, lønstigninger og pensionsforbedringer til særlige grupper og ikke mindst arbejdstidsreglerne.

Lønfremgang i staten

På det statslige område indgik Finansministeriet og CFU aftale på det generelle område i begyndelsen af februar. Aftalen sikrer de lidt flere end 1.000 statsansatte sygeplejersker en samlet lønfremgang på 4,5 pct. i den treårige periode, overenskomsten dækker. Lønfremgangen dækker også forventede udmøntninger fra reguleringsordningen. I aftalen ligger også et rum for udviklingen af bl.a. den lokale løndannelse på 2,1 pct. i perioden.

I aftalen er der ydermere såkaldte partsprojekter om forbedringer af det psykiske arbejdsmiljø og om det lokale samarbejde på arbejdspladserne. I praksis betyder det, at repræsentanter fra arbejdsgiverne og arbejdstagerne i fællesskab i den treårige overenskomstperiode vil samarbejde om at understøtte mulighederne for et godt arbejdsmiljø og et styrket samarbejde lokalt.

De specielle krav er endnu ikke forhandlet på plads på det statslige område. Forhandlingerne forventes færdige i begyndelsen af marts måned.

Stærkt utilfreds med privatlønsværn

Det er ikke kun reallønsfremgang, styrket indsats for det psykiske arbejdsmiljø og øremærket barsel til fædre, de tre overenskomster har til fælles. Også det allerede omdiskuterede privatlønsværn gælder for alle tre aftaler.

”Den store udfordring er det nye privatlønsværn, der betyder, at offentligt ansatte får en højere modregning end tidligere, hvis lønudviklingen i den offentlige sektor løber foran den private,” siger Grete Christensen.

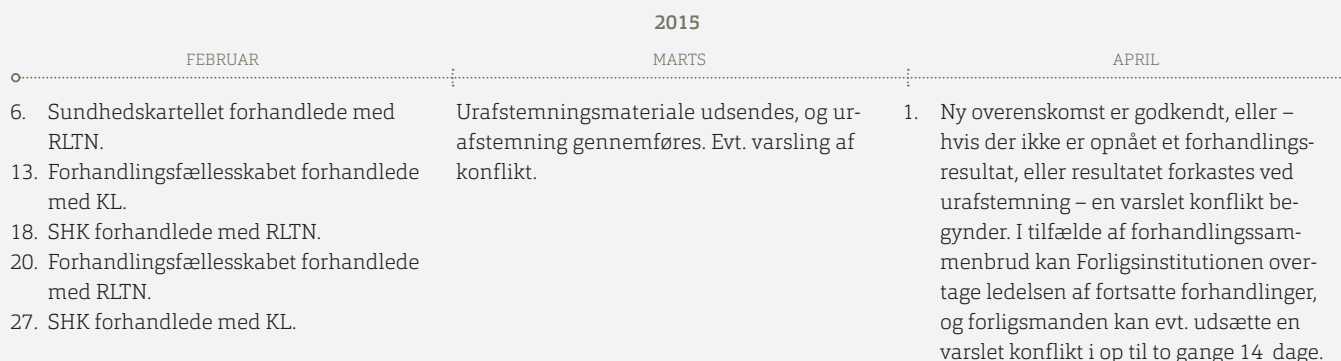
Reguleringsordningen, der skaber en parallel lønudvikling mellem den private og den offentlige sektor, har hidtil betydet, at forskellen mellem offentlige

og private lønninger en gang om året reguleres med 80 pct. Det vil sige, at hvis de offentlige lønninger halter efter det private, stiger de med 80 pct. af forskellen og falder tilsvarende, hvis lønnen på det private arbejdsmarked bremser op. Det nye privatlønsværn betyder imidlertid, at lønnen fremover reguleres nedad med hele beløbet, hvis den offentlige lønudvikling overhaler den private.

”Privatlønsværnnet er ikke indført med min gode vilje. I virkeligheden burde mekanismen jo kaldes for ligelønsbremsen, fordi automatikken reelt rammer faggrupper med mange kvinder negativt. Det har i forhandlingsforløbet stået klart for os, at når det kommer til privatlønsværnnet, så har regioner og kommunerne været bundet på hænder og fødder af Finansministeriet,” siger Grete Christensen.

Forhandlingsresultaterne på det kommunale og regionale område kommer til urafstemning blandt de stemmeberettigede medlemmer af Dansk Sygeplejeråd i perioden 12. til 26. marts. Et ja til aftalerne vil betyde, at de nye overenskomster træder i kraft pr. 1. april 2015. Mens et nej kan betyde konflikt. Resultatet offentliggøres den 26. marts på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside www.dsr.dk

Der har været yderligere forhandlinger efter redaktionens slutning. Læs seneste nyt om OK15 på www.dsr.dk/OK15



Hvem har ansvaret?

Kommentar til artiklen "Hvad sker der med Det Fælles Medicinkort?" i Sygeplejersken nr. 14/2014.

Anna Kristina Bouvin, ambulantsygeplejerske

Til Birgitte Drewes, Sektor for National Sundheds-it, Statens Serum Institut.

Jeg og mine kolleger, der er ansat i Opsøgende Psykose Team i Lokalspsykiatrien i Esbjerg, har læst artiklen "Hvad sker der med Det Fælles Medicinkort" i Sygeplejersken nr. 14/2014.

Vi kunne ønske os, at Det Fælles Medicinkort (FMK) fungerer som beskrevet. Desværre oplever vi i vores hverdag mange ubehagelige fejl/problemer som f.eks.:

- medicin, der forsvinder fra listen
- ordinationer, der bliver dubleret
- systemnedbrud
- problemer med medicinafstemning i forbindelse med udskrivelser

Det skaber utryghed for såvel patienter som os som fagpersoner. Desuden er det tidskrævende, da vi gør alt, hvad vi kan for at sikre os, at der ikke opstår fejl.

Hvem står med ansvaret, hvis patienten får forkert medicin på grund af fejl i FMK.

Hvordan kan vi beskytte både patienterne og os selv som fagpersoner?

På vegne af sygeplejerskerne i Opsøgende Psykose Team i Lokalspsykiatrien i Esbjerg.

Svar

Spørgsmålene fra det Opsøgende Psykose Team er meget relevante. Teamet har også kontaktet NSI direkte, og vi har haft dialog for at få afklaret indholdet. Vi har dog ikke fået vist konkrete eksempler på uhensigtsmæssigheder endnu. NSI følger op på konkrete sager, så snart disse er NSI i hænde.

Dialogen har vist, at oplevelserne formentlig skyldes, at der stadig er sundhedspersoner, der anvender det Fælles Medicinkort uhensigtsmæssigt. Det er en vigtig problemstilling, og der er derfor i regi af den Nationale Bestyrelse for Sundheds-it blevet aftalt en række initiativer for at sikre korrekt anvendelse.

Initiativerne spænder fra en generel fokus på korrekt anvendelse over uddannel-

se og vejledninger til konkret opfølgning/monitorering af anvendelsen. Et særligt initiativ er igangsat for at sikre korrekt ajourføring i forbindelse med udskrivelse.

Mængden af udfordringer burde derfor være for nedadgående, hvilket dog ikke ændrer på, at det er frustrerende, så længe de findes.

Det Fælles Medicinkort er et kommunikationsredskab, der sikrer, at sundhedspersoner har et fælles grundlag for at tale om patientens medicinering. Introduktionen af medicinkortet ændrer ikke på de grundlæggende ansvar for sundhedspersoner - man skal stadig udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Udfordringerne ved implementeringen og korrekt ibrugtagning af Det Fælles Medicinkort ændrer dog ikke på, at medicinkortet er med til at sikre en større patient-sikkerhed i Danmark.

Birgitte Drewes er afdelingschef i Sektor for National Sundheds-it, Statens Serum Institut.

Husk sårbarheden

Lina S. D. Lernevall, sygeplejerske

I samfundets forsøg på at effektivisere sundhedsvæsenet og spare der, hvor der spares kan, vil jeg opfordre til, at vi husker patienternes sårbarhed og er ydmyge overfor den.

På uddannelsen til kandidat i sygepleje ved Aarhus Universitet fik vi på 2. semester en hjemmeopgave: "Hvordan er det at være afhængig af hjælp fra et andet menneske?"

Vi skulle udføre en handling på en person, en handling, som denne person normalt udfører selv. Derefter skulle vi interviewe personen om, hvordan det var at få hjælp af et andet menneske.

Alle fra holdet fandt en nær pårørende og børstede tænder, hjalp med at spise, at blive påklædt eller lavede et sengebade.

Jeg lavede et fuldt sengebade, og om oplevelsen af at være afhængig af hjælp fra andre svarede min mandlige "patient":

"Ydmygende! Nedværdigende! Det føles jo svagt på mange måder. Du kan jo ikke gøre det selv. Det er jo inde på et intimsfæreområde, som er langt over det, man er vant til. Man skulle nok vænne sig til det over lang tid. Det er da rart, at der er nogen, der gider at gøre det. Jeg forstår godt, hvorfor det er så omdiskuteret. Fordi det er meget grænseoverskridende. Så ikke den oplevelse, som du står for, men hele det at man ikke kan klare sig selv, og det at man skal bero på andre. Det tager meget af min selvrespekt. Det syntes jeg var nedværdigende på en måde."

Citatet viser den sårbarhed, et menneske kan opleve som følge af pludseligt at være blevet afhængig af andres hjælp. Ydmygende, nedværdigende, svagt, grænseoverskridende, at få taget selvrespekten

er meget stærke ord at bruge fra én, som pludselig "fik" behovet, om det at modtage hjælp. I sundhedsvæsenet er der så mange patienter, som dagligt har brug for hjælp til forskellige ting, og mon ikke mange af dem føler sig sårbare.

At se mennesket, som er patient, at se sårbarheden og omsorgsfuldt at tage vare på den er en vigtig del af sygeplejergeneringen. Jeg synes, vi skal være opmærksomme på, at den øgede produktivitet i sundhedsvæsenet ikke resulterer i, at vi som sygeplejersker er så bebyrdede af gøremåls-travlheden, at det går ud over mennesket, som er patient. Det er jo dem, vi er her for.

Lina S. D. Lernevall læser til cand.cur. ved Aarhus Universitet.

Langt større tyngde, end projektet kan bære

Kommentar til artiklen "Dagbøger reducerer posttraumatisk stress-syndrom efter indlæggelse i et intensivt afsnit" i Sygeplejersken nr. 2/2015.

Helle Svenningsen, adjunkt, ph.d.

Det er positivt, at mindre, kvalitative projekter finder vej til spalterne i *Sygeplejersken*, men det er særdeles farligt, når et lille, ikkevidenskabeligt projekt får lov at fremstå med langt større tyngde, end det kan bære:

Under overskriften "Dagbøger reducerer posttraumatisk stress-syndrom efter indlæggelse i et intensivt afsnit" skriver fire engagerede sygeplejersker fra Vejle om deres projekt. Det er der på ingen måde noget galt i. Om end der allerede i selve teksten fremkommer adskillige gisninger uden faglige referencer, ligesom der på ingen måde er belæg for, at anvendelsen af dagbøger (og efterfølgende samtale) kan reducere udviklingen af PTSD:

- PTSD er en diagnose. Der beskrives inden diagnosticering, eller for den sags skyld screening for symptomerne, hos de fem interviewede. Der kan således ikke siges noget om, hvorvidt der er mere eller mindre til stede.
- Der er ikke interviewet patienter uden dagbog og samtale (en kontrolgruppe). Det er således ikke muligt at sige, om andre patienter faktisk har det endnu bedre end dem, der blev interviewet.
- Det er ikke relevant at tale om "reduktion" i en kvalitativ undersøgelse, hvilket vidner om manglende metodestringens.

Det kvalitative interview kan give ny, interessant og relevant information.

Men overskriften lover langt mere, end resultaterne kan bære, og kan i værste fald føre til en konklusion om, at "alt må være godt", når bare patienterne sendes hjem med en sygeplejerskrevet dagbog. Hvor højt skal intensivsygeplejerskerne prioritere at føre denne dagbog? Hvilke andre sygeplejetiltag skal udsættes af hensyn til dagbogen? PTSD er en invaliderende sygdom, så det må være vigtigere at forebygge end f.eks. tryksår, eller hvad?

Det er ikke nok, at forfatterne anvender ordet "belæg", når de ikke har hjemmel til det. En mere passende overskrift og en faglig vejledning i forhold til, hvad resultaterne kan bære, havde været skønt at se i vores fagblad.

Helle Svenningsen er ansat på Sygeplejerskeuddannelsen Campus Aarhus N.

Svar

Når man udformer en artikel, skal denne have en overskrift. Formålet er ifølge bogen "Skriv en artikel" af Reinecker og Strey Jørgensen at fange læserens opmærksomhed, rumme det centrale budskab og bringe læseren på sporet af fokus. Dette synes her at være opnået til fulde. Det er med glæde, vi har modtaget Helle Svenningsens kommentarer til artiklen vedr. dagbøger til intensive patienter. Med en overskrift, som Svenningsen mener lover mere, end den kan holde. Måske ...

At PTSD er en diagnose, er vi enige i. Artiklen har ikke haft til hensigt at gøre sig klog på diagnosens anvendelse. Vi har inddraget litteratur fra PubMed og Cinahl for at have belæg for vores udsagn. Det er ikke hensigten at graduere PTSD, men at tydeliggøre inkluderede patienters gener og vise dagbogens berettigelse i bearbejdningen af disse.

Svenningsen sætter fokus på projektets metodiske tilgang og stringens. Og som hun giver udtryk for, er dette et kvalitativt design, og derfor er ingen kontrolgruppe medtaget. Kontrolgrupper tilhører et kvantitativt design, hvorfor stringensen derved ville være kompromitteret. Artiklen har til hensigt at give et indblik i de oplevelser, som de inkluderede patienter har. At ordvalget er faldet på "at reducere", er beklageligt, idet det er opfattet som værende af kvantitativ farvning i Svenningsens optik.

Slutteligt ønsker vi at fremhæve dette projekt som et fagligt og ikke et videnskabeligt bidrag til drøftelse af dagbogens anvendelse. Så når Helle Svenningsen spørger ind til, hvilke sygeplejefaglige tiltag der skal vige pladsen for dagbogen, stoler vi på, at intensive sygeplejersker er kompetente og fagligt funderede og udøver et fagligt skøn, således at der bliver prioriteret til patientens bedste.

Med venlig hilsen
Lone Hansen, Vinnie Siggaard, Ellen Thomsen og Tove Bjerregaard.

Esther Holmkær

Så er Esther Holmkær stedt til hvile på Thrige kirkegård ved siden af sin mand, der døde alt for tidligt i 1981. De sidste år tilbragte fru Holmkær på plejehjem og sagde tit: "Hvor jeg dog længes efter Thrige kirkegård - nok er nok." Fru Holmkær blev 98 år.

Meget af vores snak handlede om gamle dage - fru Holmkær har altid været god til at fortælle historier fra sit liv, så jeg kendte til hendes lykkelige og trygge barndom i familiens store lejlighed ved Koldinghus og tumlepladsen på Fjorden i familiens båd. Senere livet som sygeplejeelev på Rigshospitalet under krigen og derefter med sin

mand rundt i landet, mens Holmkær opbyggede sin karriere. Således som den første gifte sygeplejerske i Ebeltoft, mens tvillingepigerne var små i bl.a. Aalborg, Sønderborg og Skanderborg. I Esbjerg arbejdede fru Holmkær på skadestuen. Da Holmkær blev dommer i Silkeborg i 1967, fik fru Holmkær ansættelse på Sygeplejeskolen og havde mange gode år her. Fru Holmkær færdedes aldrig i byen, uden at en gammel elev kom hen og udvekslede glade minder - det satte hun stor pris på.

De sidste år var det en glæde at kunne være den, der kunne fortælle hende hendes egne gode historier tilbage; det kneb

med hukommelsen, men vi kunne stadig mere os over og glædes ved f.eks. vore mange ture, sommermorgner og vintre i sne, til praktiske prøver i Horsens, Brædstrup og Skanderborg.

Det betød meget for fru Holmkær at bevare tilknytningen til Dansk Sygeplejeråd, og hun er formodentlig én af de sygeplejersker med ældst anciennitet i Sygeplejerådet.

Fru Holmkærs afskedsreplik var altid: "På glad gensyn," og jeg vil gerne hermed, på fru Holmkærs vegne, sende en glad hilsen til alle gamle elever og kollegaer.

Karen Buhl

Susanne Edelberg Schou

Susanne er ikke længere blandt os. Meldingen er ikke til at bære, og vi står tilbage med et stort tomrum inden.

Susanne har været en vigtig del af vores liv, lige siden vi i efteråret 1982 startede på hold B-82, sygeplejerskeuddannelsen i Næstved. Her udviklede et varigt venskab sig og gensidig pasning af hinandens børn. Efter endt uddannelse arbejdede Susanne nogen tid i København, herefter var hun ansat på skadestuen, Næstved Sygehus, for til sidst at få sin drømmestilling på Gynækologisk afdeling.

Susanne elskede sit fag og sine aftenvagter, som fungerede optimalt i kombination med familielivet med de tre børn, Nikolai, Katrine og Line. Den første katastrofe i form af en aneuris-

me ramte ubarmhertigt Susanne og den lille familie i 1999. Vores fag mistede dermed en dygtig og solid sygeplejerske og en fantastisk repræsentant for sygeplejen!

Alligevel beklagede Susanne sig aldrig. Hun bar sine plager i stilhed, og hun elskede livet, sine børn, familien og sine venner. Hun var utrolig livsglad og fandt glæden, også i de helt små og nære ting og blev dermed en rollemodel og en øjenåbner for os andre. Hvad er det, der virkelig betyder noget i tilværelsen?

Susanne fulgte med stolthed sine tre børn, og hun havde den store glæde, at datteren Katrine blev sygeplejerske, og til det sidste fik Susanne læst fagbladet *Sygeplejersken* op af Katrine.

Susanne flyttede på Solgaven i efteråret grundet tiltagende dårligt syn samt et stigende behov for personlig pleje og hjælp. Susannes kræftsygdom havde spredt sig, og vi modtog den fortvivlende melding, at palliativ pleje stod tilbage. Den 8. februar 2015 sov Susanne stille ind med hele den nære familie omkring sig. Et alt for kort liv, og et liv fyldt med ufattelig megen modgang. Vi står tilbage med en sorg og et tab, og vores tanker går til Susannes børn og familien.

*Æret være Susannes minde.
Kirsten Kure og Bettan Bagger,
elevkammerater og venner.*

Helga Teilmann

En af pionérene inden for dansk sundhedspleje, Helga Teilmann, døde den 19. januar i år efter et langt og indholdsrigt liv. Helga blev født i 1923 og voksede op i et lægehjem i Sønderjylland som den yngste af en søskendeflok på seks.

Helga Teilmann fik sin sygeplejerskeuddannelse på Gentofte Sygehus, blev senere uddannet som sundhedsplejerske og underviste en tid på Glostrup Sygeplejerskole. Efter en periode som hjemmesygeplejerske og sundhedsplejerske blev Helga amtssundhedsplejerske i Nordjyllands Amt.

Danmarks Sygeplejerskehøjskole fik i 1970 en afdeling i København, hvor Helga i 1973 blev leder af sundhedsplejerskeuddannelsen.

Helga Teilmann blev en frontfigur i dansk sundhedspleje. Allerede som sygeplejelærer på Glostrup fik Helga indført, at sygeplejeeleverne, som de eneste i Danmark, fik et praktikforløb i sundhedsple-

jen. Hun var initiativtager til mange ændringer og udviklingsforsøg indenfor hjemmesygeplejen og sundhedsplejen. Et af de større projekter var Skanderborgundersøgelsen, som var et forsøg på at sammenlægge hjemmesygeplejen og sundhedsplejen.

Helga var en god formidler og holdt forelæsninger i ind- og udland. Hun deltog i udarbejdelse af flere betænkninger inden for faget, ligesom hun havde indlæg i diverse faglige tidsskrifter.

Helga Teilmann var meget afholdt af studerende og personale. Det var et privilegium for os undervisere at have Helga som leder. Med sit sympatiske og rolige væsen formåede hun at få os til at føle, at vi magtede opgaverne, og hun gav os mod til at tage imod nye udfordringer. Kom vi med nye idéer, blev de vel modtaget og gennemdrøftet. Helga var en fantastisk leder og brændte for faget. Hendes entusiasme kunne ikke undgå at smitte.

Helga havde høje forventninger til os, og det fik os altid til at yde vort allerbedste. Hun viste også interesse for vores private liv og kendte vores børn, ligesom de kendte hende.

Helga gik på pension som 60-årig og havde en god og aktiv pensionisttilværelse. Hun var belæst og var velorienteret inden for fag- og skønlitteratur og en dreven bruger af moderne teknologi. Hun havde nær kontakt med familie og venner, ligesom vort venskab fortsatte til stor glæde for alle parter.

Det er med glæde, vi tænker tilbage på de mange år, vi har kendt Helga, og savnet vil være stort.

*På vegne af tidligere undervisere ved
sundhedsplejerskeuddannelsen,
Danmarks Sygeplejerskehøjskole,
Bente Hylidal og Chirstin Plate.*

Lone Alice Jørgensen

Julenat mistede vi en meget kær kollega. Efter et halvt års kamp mod kræft måtte Lone til sidst give op. Vi savner hendes varme smil og hendes engagement, som viste sig både i forholdet til patienter og til kollegaer: Hun lyttede med interesse og nærvær.

Lone var ikke bange for nye udfordringer. Både privat og fagligt kastede hun sig energisk over nye opgaver og valgte nogle gange utraditionelle veje. For Lone var der "mere mellem himmel og jord", end det traditionelle sundhedsvæsen beskæftiger sig med. Men hun mistede på intet tidspunkt

jordforbindelsen. Fagligt kastede hun sig bl.a. ud i en astma-care-uddannelse og undervisning på astmaskole. Lones engagement i Lungemedicinsk Ambulatorium bar præg af stor faglig ekspertise, som kollegaer, nye som gamle, kunne læne sig op ad. Hun var en god sparringspartner.

Lone gav aldrig op. Lige til det sidste holdt hun fast i de positive muligheder og kunne med sin optimisme gøre alle vores bekymringer til skamme. Hendes vilje var stærk, og hendes omsorg for mennesker i hendes nærhed var ægte.

Det er et stort tab at skulle undvære Lone, ikke mindst for hendes mand, Leif, og deres døtre Charlotte og Susanne og børnebørn, som var kernen i hendes liv, men også for os andre, der fik lov at arbejde sammen med Lone og i nogle år delte et arbejdsliv med hende.

*Personalet,
Lungemedicinsk Afdeling J,
Odense Universitetshospital.*



Kan man virkelig lære sygepleje i Afrika?

Jeg vil virkelig gerne af sted!

Næsten hver tiende sygeplejestuderende rejser på studieophold i udlandet, men uddannelsesminister Sofie Carsten Nielsen (R) vil have flere af sted, fordi hun mener, det styrker fagligheden. Hvad tænker du?

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

SYGE
PLEJER
SKEN ^{DK}

Sygeplejersken
@_Sygeplejersken



Tre ud af fire patienter foretrækker musik i ambulancen, viser et forskningsprojekt fra Aalborg Universitet. bit.ly/1MbZo2q | [#dkspl](https://twitter.com/dkspl)

Tommy K. Jørgensen @tkjoergensen

@_Sygeplejersken @Blixt22 AC/DC's "Highway to Hell" er vel ikke at finde på playlisten? #KammertonenTak

Liselott Blixt @Blixt22

@tkjoergensen @_Sygeplejersken Ville da være skønt med AC-DC, så glemmer man måske smerten 😊 måske jeg tjekker det i pausen i ambulancen

Fra www.twitter.com/_Sygeplejersken

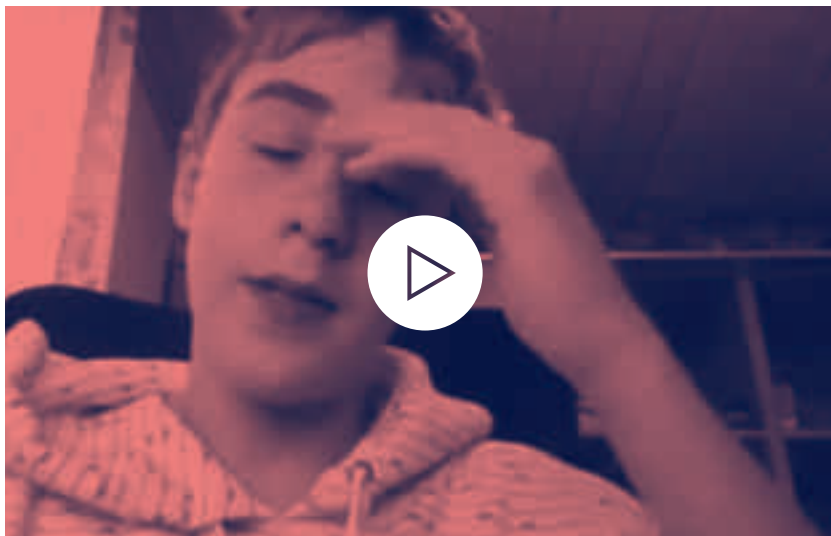
"Jeg skylder dem mit liv"

I ER HELTE. I HAR REDDET MIT LIV. Sidste år faldt 14-årige Kasper Andersen to-tre etager ned, mens han var i skole. Heldigvis stod læger og sygeplejersker på Holbæk Sygehus klar til at hjælpe ham. Det vil han gerne sige tak for. Derfor har han nu lavet en video, hvor han takker personalet.

Sidder her og bliver helt rørt. Tak unge mand, du minder mig lige om, hvorfor jeg valgte mit fag.

Ved du hvad, Kasper - jeg synes, DU er sej! Det er bestemt ikke alle unge mennesker i din alder, der tænker så langt og ovenikøbet har modet til at handle på det.

Fra www.facebook.com/sygeplejersken



Følg Sygeplejersken på www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken, Twitter @_Sygeplejersken og Dansk Sygeplejeråd på www.facebook.com/sygeplejersker

Redaktion Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

I sektionen "Fag" bringer vi 50-60 faglige artikler om året. Artiklerne beskriver praksis, forskning, teorier og udviklingsarbejder. Artiklerne er hovedsageligt skrevet af sygeplejersker, men også af andre sundhedsprofessionelle.

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



FACG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Der er forskel på behov og problemer

Tilblivelsen af et forberedelsesskema til behovsvurdering hos mennesker med kræft og et kritisk blik, ikke blot på det officielle valg af skemaer, men også på regionernes egne skemaer. To artikler om samme emne, men med hver sin udsigt.

Når patienten har kræft, skal der ske en kortlægning af patienter og pårørendes behov og problemer, så læs med og find ud af, hvad du mener om skemaerne og deres forskellige tilgang til patienten og hans familie.

Når et lille barn og en familie viser tegn på problemer med trivsel, fordi barnet f.eks. sjældent sover, ikke vil spise eller aldrig virker glad, kan et trivselsteam være vejen frem. Det er afprøvet på en neonatalafdeling og beskrevet i artiklen "Når mor, far og spædbarn har brug for hjælp". Teamet har betydet større overskud til familier, der tidligere følte tunge og vanskelige, og tid til stilfærdigt samvær med familien for at finde nøglen til en mere ubekymret fremtid.

Bliver man alligevel stresset, er der hjælp at hente i artiklen "Håndtering af stress hos sygeplejersker". Her er budskabet, at det ikke skal være et individuelt ansvar at håndtere pres og forventninger. Ledelsen skal prioritere arbejdsopgaverne og hjælpe sygeplejersker med at lade være med at overstyre på områder, hvor de ikke kan ændre tingene. Det lyder nok lettere, end det er, men må være en øvelse værd.

Vil man skrive en artikel til *Sygeplejersken*, er Vancouver-reglerne til repetition, og det er nødvendigt i ny og næ.

For hvem tæller som forfatter, hvor meget skal man have skrevet, korrekturlæst eller undersøgt for at smykke sig med den titel? Læs selv.

Endelig er der i "Fra forsker til fag" portræt af en pioner indenfor sygeplejen. En kvinde med rigtig mange artikler og bøger på samvittigheden og en fortsat trang til at lære. Nu dog et avanceret kortspil.

Anne-Lise Salling Larsen er 80 år og fortæller om den spæde start på forskning i sygepleje i Danmark og om de udfordringer, det gav at betrede nye veje.

Anne-Lise Salling Larsen
Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



En ICD-skole for hjertepatienter

Pia Bang Dall-Hansen; Pia.Bang.Dall-Hansen@rsyd.dk
Elin Fredsted Petersen og Irene Hallas, sygeplejersker, Hjertemedicinsk Afdeling, Vejle Sygehus - Sygehus Lillebælt

Etablering og evaluering af en ICD-skole viste, at patienterne har behov for rehabilitering gennem dialog med sygeplejersker og andre patienter. Skolen skal afholdes tre-seks måneder efter ICD-implantationen, fordi det er i starten, patienterne er bekymrede og bange.

Idéen til ICD-skolen opstod i vores daglige arbejde med ICD-patienter og deres pårørende på Hjertemedicinsk Afdeling på Vejle Sygehus. Vores oplevelse var, at mange af disse patienter gav udtryk for usikkerhed og havde mange spørgsmål. Kan pårørende f.eks. risikere at få stød, hvis de giver patienten et knus, mens han får stød? Hvad hvis man sidder med sit barnebarn på skødet og får stød?

Da ICD-patienter i dag kommer på hjemmemonitorering i forbindelse med indlæggelsen ved ICD-implantationen og derfor ikke møder til In-Clinic kontroller mere end en gang årligt/en gang hvert andet år (afhængigt af hvilken region man tilhører), betyder det, at de kan gå med uafklarede spørgsmål, angst og usikkerhed i længere tid.

Gruppebaseret patientuddannelse

Vi var tre sygeplejersker, som stod bag ICD-skolen på Vejle Sygehus – en rehabiliteringssygeplejerske, en hjertesvigtssygeplejerske og en pacemakersygeplejerske. Vi har forskellige kompetencer, hvilket

Sådan vurderes artiklerne til FAG

Teori & Praksis har været gennem fagfællebedømmelse

Videnskab & Sygepleje har været gennem dobbelt blind bedømmelse i Sygeplejerskens videnskabelige panel

Faglige artikler er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning

Redaktionen forbeholder sig ret til lagring og elektronisk udgivelse af alle artikler.

Artiklerne i "Fag" er indekseret i databaserne CINAHL, SweMed+ og bibliotek.dk

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

gav vidensdeling og kompetenceudvikling internt og gjorde det muligt at komme omkring alle spørgsmål fra patienter og pårørende.

ICD-skolen forløb over fire mødegange af 1½ times varighed med et overordnet emne ved hver mødegang, men undervisningen var i øvrigt meget baseret på dialog og patientinddragelse. Emnerne var bl.a. hjertestopundervisning, hvad er en ICD, motion og mere bløde emner som, ”hvordan er det at være ICD-bærer/pårørende?” samt ”mit møde med sundhedsvæsnet”. ICD-patienterne blev opfordret til at tage en pårørende med.

Vi gjorde brug af dialogværktøj til gruppebaseret patientuddannelse udviklet af Steno, som giver mulighed for patientcenteret refleksion og dialog (1). Vi havde endvidere hjertestopundervisning, hvor patienter og pårørende var aktive med hjertestopdukke og hjertestarter (AED), visualiseringsøvelse, der arbejder med ro og kropsbevidsthed, tipskupon, der udfordrer patienter og pårørendes viden, og oplæg til debat om at begå sig i sundhedsvæsnet.

Der var ca. 12 ICD-patienter pr. mødegang, og ca. 1/3 havde en pårørende med. Vi afviklede i alt fire hold.

ICD-skolen startede op på projektbasis i marts 2014, hvor vi med et tilrettet valideret spørgeskema (2) målte på patienternes mestringsevne før og efter ICD-skolen. Spørgeskemaet blev besvaret ved første mødegang og to uger efter sidste mødegang. Sidstnævnte spørgeskema blev sendt til patienterne 14 dage efter sidste mødegang.

Vi udleverede også et kvalitativt spørgeskema til både patienterne og deres pårørende 14 dage efter ICD-skolen, hvor de bl.a. evaluerede indholdet og udbyttet af ICD-skolen.

ICD-skolen skal rykkes frem

Ud fra vores kvantitative spørgeskema har vi bl.a. kunnet udlede, at ICD-skolen vil være mest relevant tre-seks måneder efter ICD-implantationen, da det ofte er i starten, bekymringerne og angsten er mest fremtrædende.

Vores datamateriale viste sig desværre at være for lille til, at vi kunne udlede konklusioner på forskelle mellem mænd og kvinder, alder og civilstand i forhold til mestring. Det viste sig, at en stor del af projektets patienter mestrede livet med ICD allerede før ICD-skolen. Projektets patienter havde haft deres ICD i 2-10 år og mestrede livet med ICD uforandret før og efter ICD-skolen.

Vores brug af pædagogiske værktøjer viste sig at imødekomme patienter og pårørendes behov i meget høj grad. Mødegangene bar præg af høj deltageraktivitet og megen dialog deltagerne imellem.

I vores kvalitative spørgeskema til patienter og pårørende skulle

deltagerne bl.a. evaluere på, om der var andre emner, de gerne ville have drøftet, og om der var emner, som var overflødige.

To ud af 41 patienter mente, at et par af emnerne havde været irrelevante. Ingen af de øvrige havde forslag til ændringer af indholdet i ICD-skolen.

Generelt var der meget stor tilfredshed hos både patienter og pårørende. Mange udtrykte et stort behov for at være sammen med andre i samme situation. Nøgleord, vi har kunnet trække ud af besvarelserne, har været: tryghed, samvær, øget viden og mulighed for at kunne udveksle erfaringer.

Behov for rehabilitering

Vi håber at kunne gøre ICD-skolen til et permanent tilbud på Vejle Sygehus. Tilbagemeldingerne fra ICD-patienter og pårørende taler for sig selv, da der er bred enighed om, at behovet for rehabilitering er til stede hos denne patientgruppe og deres pårørende. Dog giver en stor del af patienter og pårørende udtryk for, at ICD-skolen burde tilbydes mellem tre og 12 måneder efter ICD-anlæggelsen. Som nævnt er hjemmemonitorering af ICD'en et issue for patienterne i dag, og de har derfor ikke samme mulighed for personlig kontakt med sundhedspersonale som tidligere. Derfor bør rehabilitering for patienter med ICD og deres pårørende have en plads i fremtiden.

Litteratur

1. <https://steno.dk/> > sundhedsprofessionelle > værktøjer > dialog værktøjer til gruppebaseret patientuddannelse
2. BIPQ (Brief Illness Perception Questionnaire) > www.uib.no/ipq/pdf/B-IPQ-danish.pdf.

De første forskere i dansk sygepleje måtte kæmpe for det gode samarbejde

I Danmark findes ca. 150 sygeplejersker med en ph.d. eller doktorgrad. Sygeplejersken har opsøgt nogle af dem for at finde ud af, hvorfor de valgte forskervejen, og hvordan det er gået siden, de fik deres forskertitel.



Anne-Lise Salling Larsen er 80 år, gift og har to voksne døtre, hvoraf den ene er sygeplejerske. Hun er pensioneret sygeplejerske, dr.med. fra 1990 og senest ansat som professor i sygeplejevidenskab ved Odense Universitet fra 1993-1998.

Hvad fik dig til at forske?

”Min interesse for forskning kom under en ansættelse som sygeplejefaglig medarbejder ved Tidsskrift for Sygeplejersker (*Sygeplejersken*) fra 1974-1978. Heri bragte man fra 1976 en månedlig rubrik om forskning forfattet af sygeplejersker, som på det tidspunkt havde været i USA på studierejser og her havde oplevet sygeplejeforskning som en del af universiteternes curriculum for kandidatstudie i sygeplejevidenskab.

Fra 1978 og nogle år fremover afholdt Den Almindelige Danske Lægeforening weekendkurser i forskning, kurser, der også var åbne for sygeplejersker.

Jeg deltog i flere af disse weekendkurser. Senere i 1979-1980 tog jeg anden del – en videreuddannelse ved Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet, hvor forskning var programsat.

En meget spændende underviser, Niels Chr. Rasmussen, cand.scient.soc., gjorde sit til, at jeg blev solgt til forskningen. Jeg udarbejdede eksamensopgave med baggrund i et forskningsprojekt, hvis titel ”Patienten som Samarbejdspartner” har fulgt mig i mange af mine senere forskningsarbejder.

Herefter søgte jeg Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd om økonomisk støtte til at gå videre med studiet af samarbejdet med patienten.

Rent socialt har forskningen nok gjort, at vennekredsen ikke blev særlig omfangsrig. Men der blev da plads til sport og deltagelse i det lokalpolitiske liv i Lyngby-Tårnbæk Kommune.”

Hvad er forskningsemnet i din doktorafhandling?

”Afhandlingens titel er ”Stimulation af patienters aktivitet og udvikling”, og det er dækkende for indholdet (1).”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Ved det Medicinske Fakultet i Odense. Jeg var den første sygeplejerske, der erhvervede en doktorgrad i medicin ved et dansk universitet.”

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

”Forskningsrådet gav mig i årene fremover sammen med Dansk Sygeplejeråd og Lundbeckfonden økonomisk støtte, som jeg supplerede med deltidsarbejde i Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning og undervisning på forskningskurser og lignende.

Jeg har ikke en kandidatgrad, men supplerede løbende min viden om forskning gennem kurser i statistik, sundhedsøkonomi, epidemiologi og deltagelse i udenlandske seminarer og konferencer og fik ved universitetet dispensation fra bestået kandidatgrad.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Ud over min doktorafhandling har jeg publiceret flere bøger samt indlæg i antologier om emner relateret til forskning og specielt til mit forskningsemne ”Patienten som Samarbejdspartner” (2). Hans Vejleskov, pensioneret professor fra Danmarks Pædagogiske Universitet i Emdrup, har været min samarbejdspartner ved flere af publikationerne (3).

Mine ansættelser i DISS, på Hvidovre Hospital og senest ved Odense Universitet har inspireret mig til mange både videnskabelige (28) og mere lærebogsagtige artikler, omkring 100 (4).

Jeg er blevet biograferet i Dansk Kvindebiografisk Leksikon, i Kraks Blå Bog og i Gylvendals store Leksikon, Encyklopædien.”

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”I 2011 havde jeg en længere sygeperiode med indlæggelse på Herlev Sygehus. Her havde jeg den store oplevelse, at man anvendte mine teorier og anbefalinger i praksis.

I mindre udstrækning kan jeg nu 30 år efter den første udgave af ”Patienten som Samarbejdspartner” opleve, at tanker og ideologier herfra har sat sig fast i sygeplejen.

Sammen med Margarethe Lorensen, nu afdød professor ved Oslo Universitet, var vi de første sygeplejersker, der fik økonomisk støtte fra Det Lægevidenskabelige Forskningsråd i deres program fra 1980 om støtte til sygeplejeforskningen.

Begyndelsen for vores forskning i dansk sygepleje var lovende. Danmarks Sygeplejerskehøjskole tilbød os kontorer og samarbejde.

Men vi flyttede ind i kontorer uden nogen faciliteter overhovedet. Intet skriveunderlag, ingen blyant og papirer m.v. Jeg kendte højskolens lokaler og hentede som den naturligste konsekvens, hvad jeg havde brug for i det daglige arbejde i skolens depot.

Resultatet var dybt frustrerende. En mandag morgen kunne vi ikke komme ind i vores kontorer. Låsen var i løbet af weekenden og helt uden vores vidende skiftet ud, så vores nøgler ikke mere gav adgang til depot etc.

Det sagde alt om det samarbejde, som de første forskere i dansk sygepleje måtte kæmpe for. Både i forhold til Danmarks Sygeplejerskehøjskole og i forhold til nogle af vores kollegaer.

Måske var det også derfor, at vi arbejdede meget isoleret i starten.

Samarbejde forskere imellem både inden for samme fag og tværfagligt betyder utroligt meget, så heldigvis er dette historisk, og sygeplejeforskningen har fundet sin plads inden for egne rækker og sammen med andre faggrupper.”

Ytringsfrihed er ikke frihed fra ytringer



Efterskrift: Tanker fra en sofa

”Mine tanker går ofte til årene som forsker, der var meget udfordrende, spændende og tilfredsstillende. Jeg savner forskningsmiljøet og har derfor også samlet en del materiale, som jeg håber kan publiceres som ”Udviklingen i forskning i Dansk Sygepleje.”

Efter pensioneringen fra Odense Universitet har jeg deltaget i en del bedømmelses-, evaluerings- og rådgivende udvalg.

Jeg holdt fast i mit lokalpolitiske arbejde og var gennem seks år medlem af Ældrerådet i Lyngby-Tårnbæk Kommune, samtidig med at jeg hyggede mig i et udvalg i Ældre Sagen om sundhedsmæssige forhold.

Mit fitnesscenter bliver jævnligt besøgt, når jeg ikke lige falder og brækker håndled og ankler. Jeg kan godt mærke mine 80 år.

Efter pensioneringen begyndte jeg at spille bridge. Det var meget underholdende og udfordrende. Og jeg har endnu ikke lært at melde korrekt, trods mit tidligere liv i analysens og statistikkens verden.

Min forskning var kvalitativ og kvantitativ med brug af begge metoders anvisninger og forcer. Det hænder, at jeg sammenligner bridgespillet med denne kombination af det kvalitative og det kvantitative.”

Litteratur

1. Stimulation af patienters aktivitet og udvikling: Doktorafhandling ved Odense Universitet, Det Lægevidenskabelige Fakultet, september 1990.
2. Salling A-L. Patienten som samarbejdspartner. København: Dansk Sygeplejeråd; 1985.
3. Larsen A-L S, Vejleskov H. Videnskab og forskning. En lærebog til professionsuddannelser. København: Gad, 2006.
4. Larsen A-L S. Hverdagslivet for patienter med kroniske sygdomme kap. 6. In Elisabeth Hall og Birthe Pedersen (red). Forskning i Klinisk Sygepleje I, teori og praksis. København: Akademisk Forlag; 2002.

Det er nu, man skal nominere en eller to fagfæller til Kirsten Stallknecht Prisen 2015. Nogle er helst fri for ytringer, selv om ytringsfriheden er en grundlovssikret ret, det viser de seneste begivenheder. Overvej derfor, om I kender en eller evt. to sygeplejersker, **som gennem brug af ytringsfriheden har gjort en indsats for at fremme en sygeplejefaglig sag.**

Det er altså ikke nok, at en sygeplejerske er engageret og fagligt ajour i sit daglige arbejde eller er en rigtig dygtig tillidskvinde eller -mand.

Kriterier

Det er ottende gang, prisen skal finde en ejer, og kriterierne for at blive indstillet til prisen er, at sygeplejersken inden for de to sidste år har

- brugt ytringsfriheden til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger for at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper
- benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet *Sygeplejersken*.

Prisen er på 10.000 kr. og en gave.

Indstilling

Alle sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen. Indstillingen er skriftlig og skal indeholde navn, adresse, medlemsnummer og mobilnummer på den, som indstilles, og en detaljeret begrundelse for, hvorfor sygeplejersken er en værdig modtager af Kirsten Stallknecht Prisen.

Indstillingen må højst fylde en A4-side og skal være skrevet på computer. Der kan vedlægges et begrænset antal bilag til indstillingen.

Send ind

Indstillingen sendes til
Redaktionen, Sygeplejersken
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K

Mærk kuverten ”Kirsten Stallknecht Prisen” i nederste venstre hjørne. Indstillingen kan også sendes som vedhæftet fil til redaktionen@dsr.dk

Vi skal have indstillingen senest mandag den 27. april 2015 kl. 12.00.

Husk navn, medlemsnummer, adresse, e-mail og mobilnummer på den eller dem, som indstiller.

Prisen bliver uddelt af tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd Kirsten Stallknecht den 8. juni 2015 kl. 13.00. Har du spørgsmål, kan du ringe til Jette Bagh, 4695 4187 eller maile til jb@dsr.dk

Bedømmelseskomité

Bedømmelseskomitéen består af:

- Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd
- Steen Bech, advokat
- Jette Hvidtfeldt, journalist
- Jette Bagh, fagredaktør, *Sygeplejersken*

Telemedicinsk monitorering af sygdomsaktivitet hos leddegigtpatienter

Artiklen beskriver, hvordan TeRa-Studiet tester, om systematisk kontrol af sygdomsaktivitet ved leddegigt kan afvikles lige så sikkert og effektivt via telemedicinsk intervention som ved den vanlige ambulante kontrol.

Annette de Thurah, klinisk sygeplejerspecialist, klinisk lektor, MPH, ph.d.; annetthur@rm.dk
Iben Schou-Hansen, oversygeplejerske, MPG, Reumatologisk Afdeling U, Aarhus Universitetshospital

Det telemedicinske projekt, TeRA er et randomiseret, kontrolleret studie, som udgår fra Reumatologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital, i samarbejde med Reumatologisk Afdeling i Silkeborg.

Studiet tester, om systematisk kontrol af sygdomsaktivitet ved leddegigt kan afvikles lige så sikkert og effektivt via en telemedicinsk intervention som ved den vanlige ambulante kontrol. Der er aktuelt inkluderet 220 af 300 patienter, og selve inklusionen ventes at være afsluttet i foråret 2015.

På grund af sygdommens fluktuerende forløb anbefales det i dag at overvåge sygdomsaktiviteten ved leddegigt tæt og kontinuerligt hver 3.-6. måned gennem hele sygdomsforløbet med henblik på eventuel behandlingsjustering. Varig ledødelæggelse opstår nemlig, når der er aktivitet i sygdommen, fordi immunsystemet danner antistoffer mod kroppens led.

Forekomsten af leddegigt vil stige i de kommende år på grund af den generelle demografiske udvikling, og derfor vokser interessen for at udvikle nye effektive metoder til sygdomsmonitorering. Det kan være opgaveflytning fra læge til sygeplejerske og tiltag, hvor patienterne ikke indkaldes til rutinemæssige kontroller, men har fri adgang til kontrol efter behov, såkaldt Direct Access (DA). DA-strategien er testet gennem en årrække på reumatologisk afdeling, Bristol, England (1), og fundet effektiv. Ca. 10 pct. af patienterne i DA-gruppen anmodede dog

ikke om en konsultation i løbet af et år, hvilket har ført til overvejelser om at supplere DA-strategien med en løbende, spørgeskemabaseret overvågning, som ideelt set kan administreres telemedicinsk.

De traditionelle målemetoder til monitorering af sygdomsaktivitet ved leddegigt består af kombinationsredskaber (f.eks. disease activity score 28 (DAS28)). Disse redskaber er pålidelige, men også ressourcetunge og komplicerede at anvende i en telemedicinsk strategi. I de senere år har fokus derfor været på udvikling af nye redskaber, som inddrager patienternes perspektiv i vurderingen af sygdomsaktivitet, bl.a. det såkaldte Flare-instrument (FI)(2). FI er udviklet på baggrund af fokusgruppeinterview med mere end 100 leddegigtpatienter og en konsensuskonference blandt 14 reumatologer; det tilstræber at kombinere såvel patienternes som lægernes perspektiv på sygdomsaktivitet i ét redskab.

Forud for TeRA projektet er FI blevet oversat og valideret i Reumatologisk Afdeling, Aarhus, og det har vist sig, at FI med mere end 80 pct. sandsynlighed kan fastslå, at en patient ikke har et udbrud i sygdomsaktivitet(3). I TeRA-studiet anvendes FI derfor som beslutningsstøtteværktøj.

TeRA-studiet har tre behandlingsarme. Én, hvor telefonkonsultationen foretages af en læge, én, hvor patienterne ringes op af en sygeplejerske, og en kontrolarm, hvor patienterne møder

til almindelig ambulante kontrol. Patienterne i telefongruppen ringes op hver 3.-4. måned og modtager, ca. 14 dage før de bliver ringet op, et spørgeskema, hvori bl.a. FI indgår.

Patienterne kan vælge, om de vil besvare med papir og blyant eller webbaseret via hjemmesiden www.RA-telemedicin.dk Uanset svarmetode indlæses besvarelsen i patientjournalen ved hjælp af systemet "Ambuflex", der siden 2000 har været et tilgængeligt redskab til administration af patientrelaterede outcomedata (PRO data) i Region Midts elektroniske patientjournal. Alle inkluderede patienter har adgang til akutte tider ved behov.

De foreløbige erfaringer med projektet tegner lovende, og vi ser frem til at kunne opgøre de endelige resultater til foråret 2016.

Litteratur

1. Hewlett S, Kirwan J, Pollock J, Mitchell K, Hehir M, Blair PS et al. Patient initiated outpatient follow up in rheumatoid arthritis: six year randomised controlled trial. *BMJ* 2005 Jan 22;330(7484):171.
2. Berthelot JM, De Bandt M, Morel J, Benatig F, Constantin A, Gaudin P et al. A tool to identify recent or present rheumatoid arthritis flare from both patient and physician perspectives: The "FLARE" instrument. *Ann Rheum Dis* 2012 Jul;71(7):1110-16.
3. de Thurah A, Maribo T, Stengaard-Pedersen K. Patient self-assessment of flare in rheumatoid arthritis: criterion and concurrent validity of the Flare instrument. *Clin Rheumatol* 2014 Dec 18.

Sygeplejepraksis ved forebyggelse af tryksår: et observationsstudie af tyske hospitaler

Hoviattalab K, Hashemizadeh H, d’Cruz G, Halfens RJG, Dassen T. Nursing practice in the prevention of pressure ulcers: an observational study of German Hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2014; doi: 10.1111/jocn.12723.

Formål: At undersøge, hvilke og hvor mange forebyggende handlinger sygeplejersker iværksætter overfor patienter, der har eller er i høj risiko for at udvikle et tryksår.

Metode: De sygeplejersker, der passede patienter med eller i høj risiko for at udvikle tryksår, blev observeret af en forsker i alle vagter. Undersøgelsen er udført på medicinske og kirurgiske afdelinger på to tyske regionshospitaler. Observationerne blev foretaget ved hjælp af en tjekliste over de handlinger, der blev anbefalet i en klinisk retningslinje om forebyggelse af tryksår. Det var muligt for forskeren at udelukke ikke relevante handlinger som f.eks. handlingen ”patienten er undervist i at vende sig selv”.

Resultater: I alt 32 patienter blev observeret.

De hyppigst udførte handlinger var vask af patientens hud, minimering af fugt og beskyttelse af huden ved stillingsændringer, som fandt sted i over 90 pct. af tilfældene.

De sjældnest udførte handlinger var uddannelse af patient og pårørende samt ernæringsvurdering.

Kun hos en tredjedel af patienterne blev der anvendt vendeskema, og aflastning af hæle blev kun udført hos halvdelen af patienterne.

Kommentarer: I disse år implementeres mange evidensbaserede kliniske retningslinjer. Dette studie peger på en implementeringsproces, der ikke er optimal. Da forhold på tyske og danske hospitaler er sammenlignelige, er studiet relevant for såvel udviklingssygeplejersker som sygeplejersker i klinisk praksis.

Mette Trads, MKS, udviklingssygeplejerske, ph.d.-studerende, Orttopædkirurgisk afdeling, Regionshospitalet Randers

Vellykket aldring – stereotyper på succesfuld aldring.

Rozanova J. Discourse of successful aging in the Globe and Mail: Insights from Critical Gerontology. *Journal of Aging Studies*; 2010(24):213-22.

Baggrund: Et kritisk perspektiv i gerontologi peger på, at de roller, som gamle mennesker opmuntres til at indtage i samfundet, er socialt konstruerede af såvel kulturelle værdier og normer som af politiske og økonomiske grunde. Opmærksomhed på den grånende befolkningsudvikling og på, hvad der kan holde gamle mennesker friske, uafhængige og produktive, har haft indflydelse på de teknikker, der understreger aktivitet. Det har aktualiseret den gerontologiske position: succesfuld aldring eller på dansk: vellykket aldring.

Metode: Systematisk søgning i *Globe and Mail* i tre årgange, hvilket gav 146 artikler, som forskeren analyserede og fortolkede ved hjælp af tematisk analyse, der fokuserede på temaerne i en social kontekst for at udforske stereotyper på succesfuld aldring.

Fund: Der viste sig tre kategorier (I) succesfuld aldring som et individuelt valg, (II) individuelt ansvar for mislykket/problemfyldt aldring, (III) hvordan kan man ældes succesfuldt og vedbliver med at være succesfuld.

Diskussion og konklusion: Succesfuld aldring som individuelt valg var særdeles velrepræsenteret. Stereotyperne, som de fremstilles i mediet, kan medvirke til at stigmatisere grupper, der mangler privilegier i en markedsøkonomisk kontekst, hvor strukturel ulighed sætter grænser for gamle menneskers valg.

Kommentar: Forskeren afslutter studiet med at opfordre journalister til kritisk at reflektere, hvordan gamle mennesker fremstilles, så de ikke medvirker til kulturel legitimering af eksisterende sociale uligheder både mellem køn, generationer, alder, helbred og adgang til materielle ressourcer.

Marianne Mahler, sygeplejefaglig konsulent, dr.ph.; mm.ahlefeldt@gmail.com

Gamle menneskers deltagelse i teammøder

Lindberg E, Hørberg U, Persson E, Ekeberg M. It made me feel human – a phenomenological study of older patients’ experiences of participating in a team meeting. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*;2013(8):20714.

Baggrund: Teammøder om planlægning af patient omsorg – behandling og rehabilitering har været et forum for de tværprofessionelle team på geriatriske afdelinger. Ønsket er at styrke patientens deltagelse og perspektiver. Det er beskrevet som udfordrende for både patienter og sundhedsprofessionelle.

Metode: Reflekterende livsverdens forsknings design. Deltagerne var 12 kvinder og tre mænd, der blev interviewet efter at have deltaget i et teammøde. Efter at forskerne havde læst materialet flere gange, blev teksterne opdelt i meningsbærende enheder, der siden blev sammenholdt med hinanden på tværs af interviewene.

Fund: De meningsmønstre, der trådte frem, var (1) sårbarhed begrænser livet: Patienterne beskriver længsel efter uafhængigt liv og eksponering under indlæggelse, (2) livet er i andres hænder: Patienterne fortalte om at overgive sig, hvilket både kunne betyde at føle frihed til at give slip, men også at blive passiveret, (3) livet som entitet: Den medicinske tilgang til patienten fik mest plads på teammødet, patientens synspunkter mindre. Patienterne var ikke forberedt på, hvad teammødet var, og hvad blev forventet af dem, (4) rum for liv: Det blev vigtigt for patienterne, at sundhedsprofessionelle viste interesse for dem og inviterede dem til at fortælle.

Konklusion: For at patienterne skal kunne deltage på teammødet med sundhedsprofessionelle, der anser sig som eksperterne, skal de kunne forberede sig, møde interesse for deres synspunkter og have tillid til, at hvad de siger har betydning.

Marianne Mahler, sygeplejefaglig konsulent, dr.ph.; mm.ahlefeldt@gmail.com

Støtte til livet med kræft

Udvikling af et forberedelsesk

Artiklen beskriver udviklingen af et redskab til identifikation af behov for rehabilitering og palliation hos mennesker med kræft. Redskabet er patientens mulighed for systematisk forberedelse til en samtale, der involverer patientens hverdagsliv og kobler eventuelle udfordringer med den sundhedsprofessionelles viden om sygdom, behandling og støttetilbud.

Lise Bjerrum Thisted, sygeplejerske, diplomuddannelse i sundhedsfremme og forebyggelse, master i klinisk sygepleje, kræftrehabiliteringssygeplejerske ved Rigshospitalet; lise.bjerrum.thisted@regionh.dk
Helle Høstrup, sygeplejerske, cand.cur., antropolog, samordningskonsulent ved Rigshospitalet

I forbindelse med udvikling af et nyt forberedelseskema til patienter med kræft sagde en sygeplejerske:

”Jeg fandt ud af, at jeg ved en del om, hvad kræftbehandling og bivirkninger kan gøre ved den enkelte patient, men jeg vidste ingenting om de forandringer og udfordringer, som patienterne og deres familier oplever i hverdagen under og efter kræftbehandling. De oplysninger og oplevelser kom frem ved, at patienterne havde forberedt sig på en samtale ved brug af skemaet.”

Sundhedsstyrelsen udgav som led i Kræftplan III et nationalt forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft (1). Alle, som lever med og efter en kræftsygdom, skal gennem struktureret indsats opnå bedst mulig funktionsevne og støtte. Hospitaler, kommuner og almen praksis skal yde rehabiliterende og palliative indsatser på tværs af faggrupper, specialer og lovgivning. Forløbsprogrammet tager afsæt i et helhedsperspektiv på patienters og pårørendes udfordringer i forbindelse med kræft gennem WHO's definitioner af rehabilitering og palliation samt ICF rehabiliteringsmodellen. I forløbsprogrammet introduceres:

- At indsatsen for rehabilitering og palliation beskrives samlet og primært med udgangspunkt i patientens og pårørendes perspektiv.
- Systematisk vurdering af patienternes behov som udgangspunkt for den faglige indsats.

Den systematiske behovsvurdering skal finde sted ved diagnose-tidspunktet undervejs i behandlingsforløbet, ved overgang til og undervejs i kontrolforløbet samt efter skøn, f.eks. ved skift eller ophør af behandling. Den indledende behovsvurdering kan følges op af en uddybende udredning. I samarbejde med patienten og pårørende lægges en plan for den rehabiliterende eller pallierende indsats.

Alder, køn, diagnose, sygdomsstadium, behandling, komorbiditet, personlige ressourcer, sociale forhold og kompetencer har indflydelse på behov for rehabiliterende eller palliative indsatser, og patienter-

” Behov for rehabilitering og palliation kan ikke alene reduceres til mangeltilstande eller nedsat funktion, men drejer sig også om menneskers ønsker og motivation for forandring og udvikling.

nes livskvalitet og hverdagsliv hænger sammen med, i hvilken grad disse behov bliver tilgodeset (2-4). Udfordringen er systematisk behovsidentifikation uden et valideret dansk redskab (5). Inddragelse af patientens hverdagsliv, værdier og levevilkår er en ny praksis for personale og patienter. Det kræver en individuel, helhedsorienteret tilgang og forståelse af begreberne rehabilitering og palliation.

En tværsektoriel og tværfaglig arbejdsgruppe har i Region Hovedstaden udarbejdet en regional implementeringsplan for forløbsprogrammet og udviklet et redskab til den systematiske vurdering af behov. Artiklen beskriver, hvorledes dette redskab blev udviklet og valideret.

Identifikation af behov

Behov for rehabilitering og palliation kan ikke alene reduceres til mangeltilstande eller nedsat funktion, men drejer sig også om menneskers ønsker og motivation for forandring og udvikling. Udfordringen ved identifikation af behov består i, hvordan disse hensigter omsættes til praksis (6). Patientens og de pårørendes perspektiver skal sættes i spil med de sundhedsprofessionelles viden og erfaringer, og faglige perspektiver skal integreres i en samlet tilgang gennem indsigt i:

- Selvvurderede udfordringer, som den enkelte patient lever med eller er i risiko for at få
- Problemer og funktionsnedsættelse, der forhindrer patienten i at udføre nødvendige og ønskede aktiviteter
- Hvilke faglige kompetencer og ressourcer den rehabiliterende og palliative indsats kræver.

At skabe evidens for ny praksis

En presset hverdag i sundhedsvæsenet kan udfordre nye tiltag på tid, fysiske rammer og kompetencer, og et redskab medvirker ikke i sig selv til at øge kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats. Samtidig stilles krav om evidensbaserede indsatser og metoder. Hvad gør man, når evidensen ikke findes?

Vores bud er at gå i gang og inddrage alle aktører og koble deres ekspertviden. Med afsæt i litteratur, kliniske praksiserfaringer fra det palliative felt og rehabiliteringssamtaler i kommuner og på hospitaler blev der udarbejdet et udkast til et samtaleredskab.

Formålet var at udvikle et redskab, som kunne indgå i den eksisterende praksis på tværs af sektorer, samt at guide patienten til at iden-

ema til patienter og pårørende

” En presset hverdag i sundhedsvæsenet kan udfordre nye tiltag på tid, fysiske rammer og kompetencer, og et redskab medvirker ikke i sig selv til at øge kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats. Hvad gør man, når evidensen ikke findes?

tificere sine behov for støtte til livet med kræft og forberede sig på en fokuseret samtale med personalet. Redskabet skulle være patientens og kunne anvendes og udfyldes flere gange undervejs i et behandlings- og opfølgingsforløb. Det var ikke meningen at screene eller vurdere graden af funktionstab eller symptomomfang, men klargøre ønsker og samtale om udfordringer i hverdagen og behov for hjælp og støtte. Diagnosen kræft skaber en kaotisk tilstand og gør det svært at tænke klart, når hverdagen og fremtiden ændres markant (7). Redskabet skal hjælpe patienter med at tænke i en uvant situation, være nemt at anvende, ikke have for mange ord eller virke uoverskueligt. Redskabet har derfor et visuelt termometer, som kan indikere graden af oplevet belastning, inspireret af Distress Thermometer (DT) (8). DT er udviklet og valideret til kræftpatienter og anvendes i visse lande som screeningsredskab. DT indeholder også afkrydsningsrubrikker for hyppige symptomer og bivirkninger, og iht. ICF-modellen blev disse fysiske og psykiske symptomer/bivirkninger skrevet sammen og betegnet som udfordringer frem for problemer. Det danske validerede redskab Guidet Egen Beslutning er en personcentreret støttemetode med arbejdsark, som patienten udfylder forud for samtale med sundhedsprofessionelle (9). Herfra valgte vi bl.a. åbne ufuldendte sætninger om værdier, erfaringer og behov.

Elementer fra ovenstående indgik i første udgave af redskabet, som er rettet til alle kræftpatienter uanset kræftsygdom og behandlingsform. Det er uden betydning, om patienten er i kurativt eller lindrende behandlingsforløb eller er kræftoverlever med senfølger.

Pilottest

I udviklingsprocessen er der udført tre pilottest. I den første, i foråret 2013, indgik patienter (n = 17) og sundhedsfagligt personale (n = 34) fra hospital, kommuner og praksis, som læste og

gennemså skemaet. I et selvudviklet spørgeskema besvarede de spørgsmål om skemaets indhold, sprog, layout og opbygning. Efter første pilottest var skemaet parat til at blive afprøvet i praksis, efter at formatet blev ændret fra A5-folder til ét A4-ark for at opfylde krav til elektronisk udsendelse.

I anden pilottest sommeren 2013 blev skemaet afprøvet imellem patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle på hospital, i kommuner og i lægepraksis. Afprøvningen blev fulgt op af en række fokusgruppeinterview med patienter og sundhedsprofessionelle fra de tre sektorer. Man fandt skemaets formål uklart, og det kan hænge sammen med, at begreberne rehabilitering og palliation ikke er velkendte for patienter, pårørende eller personale. Det blev klart, at skemaet måtte adskille sig visuelt fra andre skemaer, idet både patienter og sundhedsprofessionelle har tradition for, at personalet ejer, dokumenterer og anvender patientens skemaer.

”Min borger sagde: ”Jeg hader spørgeskemaer” – uden at se/møde/læse det. Han japper det så hurtigt igennem i stedet for at se, om der faktisk er områder, der skal have opmærksomhed.” (Fysioterapeut).

Patienterne vurderede indledningen som imødekomende og med gode intentioner.

”Her følte jeg mig virkelig mødt,” udtalte en af patienterne. En patient gav udtryk for ikke at kunne bruge skemaet, ”og så kom der alligevel en kæmpegod samtale ud af det. Jeg synes, det er godt med både et skema og samtalen.”

Samlet viste de to pilottest, at det gav mening for patienter, deres pårørende og personalet, men formålet skulle skærpes i vejledningen. Forud for tredje pilottest blev skemaet igen revideret på baggrund af indkomne hørings svar fra primært ledelser, patientforeninger og faglige selskaber. Skemaet betegnes herefter som samtaleredskab for at tilkendegive, at der er tale om en dialog.

Tredje pilottest afprøvede samtaleredskabet i praksis i onkologisk ambulatorium, kirurgisk afdeling, hos patienter med senfølger i trykammerbehandling, hos patienter tilknyttet palliativ enhed og hos patienter i hjemmet med kontakt til hjemmesygepleje. I forbindelse med testen udførte vi observationer og interview med

- ▶ udvalgte patienter og personale. Brugerpåneler på to hospitalers kræftafdelinger gennemlæste og diskuterede samtaleredskabet i møder med interviewer.

Brugerevaluering

Samlet viste testene, at redskabet var med til at sætte ramme for samtalen, og at patienterne var forberedte:

"Jeg ved, hvor jeg har problemer. Hvis jeg ikke havde haft et skema, tror jeg ikke, jeg ville have snakket om det. På den måde var det fint. Samtalen faldt anderledes ud end andre samtaler."
(Patient).

Sygeplejersker oplevede, at patienten satte dagsorden for samtalen. En samtale kom f.eks. til udelukkende at handle om seksualitet, et tema som sjældent indgår i samtaler med sundhedsprofessionelle.

Brugerpånelerne havde vanskeligt ved at starte med skemaets åbne spørgsmål og valgte at starte med afkrydsningerne:

"Ved at starte omvendt ledes man ind i tankegangen, så man måske lidt lettere kan svare på de dybere spørgsmål."

Andre patienter oplevede det åbne spørgsmål om, hvad kræftsygdommen ikke skal forhindre, som en god indgang. Nogle sprang belastningstermometeret over og vendte tilbage til det sidst i samtalen. Også sygeplejersker brugte termometeret i samtalen: "Passer dit kryds på termometeret stadig til din oplevelse, efter vi nu har talt om dine udfordringer?"

Spørgsmålet fik nogle til at flytte sit kryds. Samtaleredskabet blev ændret, så det kan udfyldes i vilkårlig rækkefølge. Patienterne var glade for de mange afkrydsningsmuligheder. De fandt det positivt at være nødt til at forholde sig til det hele, men savnede mulighed for afkrydsning for f.eks. kropslugt. De stillede også spørgsmålstejn ved rubrikken "depression":

"Slet rubrikken vedr. depression, hvad får det af konsekvenser hvis jeg siger ja? Ordinerer I så lykkepiller? De andre rubrikker som tanker om døden, frygt/angst, nervøsitet/bekymring og tristhed/sorg er rigeligt dækkende, hvis det kniber med ens humør. Depression er jo en diagnose."
(Medlem af brugerpanel).

” Kombination af metoder som spørgeskema, fokusgruppeinterview, brugerpanelmøder, observationer og individuelle interview har givet forskellig indsigt, som har været med til at forme indhold i og layout af forberedelsesskemaet.

Flere patienter savnede spørgsmål om, hvad der bekymrer dem mest, og at afkrydsningerne skal vise, hvilke udfordringer patienterne ønsker at tale med personalet om. Patienterne udtrykte ikke forventninger om, at alt kan løses af personalet, men hører gerne deres vurdering og forslag til løsninger. Observationerne viste, at hverken personale eller patienter havde besvær med at anvende redskabet som grundlag for samtale.

Alle understregede frivilligheden i at anvende redskabet og foreslog, at det fremgår, hvem der varetager samtalen, så der ikke er forventning om f.eks. en lægesamtale. Redskabet er et signal om, at de sundhedsprofessionelle tager patientens hverdagsliv og udfordringer alvorligt, og patienterne oplevede det som en stor hjælp til at forberede og fokusere samtalen, at redskabet var udfyldt på forhånd. Redskabets navn var stadig ikke passende:

"Alene ordet samtaleredskab – der ligger sådan noget bureaukrati i det. Det henvender sig ikke til patienterne."

Det blev derfor efter anbefalinger fra patienterne omdøbt til "Støtte til livet med kræft – forberedelsesskema" og var færdigtestet og tilpasset i maj 2014, se skema på www.sygeplejersken.dk > søg efter denne artikel i arkivet.

Ny indsigt gennem kombination af metoder

De tre pilottest har på hver sin måde medvirket til udviklingen af redskabet og bidraget med forskellige nuancer og perspektiver. Flere hospitalsafdelinger og kommuner har allerede taget redskabet i anvendelse forud for den endelige godkendelse af den samlede implementeringsplan i Region Hovedstaden i november 2014.

Kombination af metoder som spørgeskema, fokusgruppeinterview, brugerpanelmøder, observationer og individuelle inter-

view har givet forskellig indsigt, som har været med til at forme indhold i og layout af forberedelsesskemaet. De tværfaglige og tværsektorielle drøftelser blandt fagfolk har bidraget til processen med at tilpasse skemaet til klinisk praksis. Konsensus er første skridt på vejen til at opnå en evidensbaseret praksis.

Forberedelsesskemaet har lighed med et redskab fra et australsk studie, som finder, at patienter kan have mange problemer, der ikke bliver opdaget eller erkendt. Her hjælper redskabet dem til at kommunikere om deres behov (10).

Patienter, personale og ledelse skal inddrages

I Region Hovedstaden peger de regionale kræftpakkegrupper på tidspunkter for behovsidentificerende samtaler. Behovsvurdering vil typisk ske på hospitalet og i kommunen, hvor behovsvurdering er obligatorisk. Men den praktiserende læge har også mulighed for at gennemføre en samtale med patienten om behov med afsæt i forberedelsesskemaet, når lægen har kontakt med patienten med udfordringer eller problemstillinger, der relaterer sig til rehabilitering eller palliation i forbindelse med kræft. Mange patienter vil

formentlig modtage forberedelsesskemaet i forbindelse med patologisvar ved afslutning af den kirurgiske behandling.

Andre patienter bliver henvist til efterbehandling i onkologisk afdeling og får forberedelsesskemaet udleveret, som sygeplejersken anvender ved den indledende sygeplejevurdering eller under en af de første kemo- og/eller strålebehandlinger. Patienter, der henvises til kommunal rehabilitering eller palliativ indsats, modtager skemaet til forberedelse til den indledende og visiterende samtale med de sundhedsprofessionelle. Når situationen ændrer sig, f.eks. ved afslutning af behandling eller behandlingsskift, kan forberedelsesskemaet igen anvendes. Hvis patienten får palliativ indsats, anvendes skemaet EORTC-PAL iht. de nationale anbefalinger vedrørende palliation. Erfaringerne fra dette udviklingsprojekt har vist, at inddragelse af patienter sammen med personale og ledelse, se boks 1, har betydning for relevans og sikring af forståelse og hensigt ved nye tiltag.

Læs også artiklen "Redskaber til vurdering af behov hos mennesker med kræft" side 78 i dette nummer af Sygeplejersken

Boks 1. Arbejdsgruppen

Arbejdsgruppen, som udviklede forberedelsesskemaet:

- Karna Vinther, kræftkoordinator og sygeplejerske, Halsnæs Kommune
- Camilla Balle, fysioterapeut, Lyngby-Tårnbæk/Rudersdal/Gentofte Kommune
- Lena Ankensen, udviklingssygeplejerske, onkologisk klinik, Rigshospitalet
- Elo Andersen, overlæge, onkologisk afdeling, Herlev Hospital
- Helle Høstrup, udviklingskonsulent, koncern Region Hovedstaden
- Marianne Nord, patientrepræsentant, formand for Senfølgeforeningen
- Lise Bjerrum Thisted, kræftrehabiliteringssygeplejerske, Rigshospitalet
- Michala Jessen, specialkonsulent, koncern Region Hovedstaden

Arbejdsgruppen var en del af en større arbejdsgruppe, som havde treleddet formandskab ved Helen Bernt Andersen, sygeplejedirektør, Rigshospitalet, Thomas Gørlén, praktiserende læge, Lægerne, Søborg Torv, og Jette Vibe-Petersen, centerleder, Center for Kræft og Sundhed ved Københavns Kommune.

► **Litteratur**

1. Sundhedsstyrelsen 2011, 12/21-last update, Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft [Homepage of Sundhedsstyrelsen], [Online]. Available: www.sst.dk > Folkesygdomme > Kræft > Nationale Planer > Kræftplan III, besøgt 6. februar 2015.
2. Holm LV, Hansen, DG, Johansen C, Vedsted P, Larsen PV, Kragstrup J & Sondergaard J. Participation in cancer rehabilitation and unmet needs: a population-based cohort study, Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer 2012; vol. 20(11):2913-24.
3. Hansen DG, Larsen PV, Holm LV, Rottmann N, Bergholdt SH & Sondergaard J. 2013. Association between unmet needs and quality of life of cancer patients: a population-based study, Acta Oncologica; 2013; vol. 52,(2):391-99.
4. Veloso, AG, Sperling C, Holm LV, Nicolaisen A, Rottmann N, Thayssen S, Christensen RD, Lehmann Knudsen J & Hansen, DG. Unmet needs in cancer rehabilitation during the early cancer trajectory – a nationwide patient survey, Acta Oncologica (Stockholm, Sweden (2013)); vol. 52(2):372-81.
5. Sundhedsstyrelsen 2013, 2013/1/23-last update, Notat vedrørende vurdering af muligheden for at pege på et fælles redskab til den overordnede behovsvurdering i forbindelse med rehabilitering og palliation af kræftpatienter. [Homepage of Sundhedsstyrelsen], [Online]. Available: www.sst.dk > Folkesygdomme > Kræft > Nationale planer > Kræftplan III, besøgt 6. februar 2015.
6. La Cour K, Thisted LB et al. Identifikation af rehabiliteringsbehov, i Udfordringer til rehabilitering i Danmark, ed. BR. Hjortbak et al. 2011;57-73, ISBN-978-87-994537-6-4 (netversion), Rehabiliteringsforum Danmark, [Homepage of Rehabiliteringsforum], [Online]. Available: www.rehabiliteringsforum.dk > Publikationer, besøgt 6. februar 2015.
7. Thisted LB: Mennesker med kræft. i Rehabiliterende sygepleje. Fra begreb til klinisk praksis, ed. Angel S og Aadal L, 2014:165-74. København: Munksgaard; 2014.
8. Bidstrup P, Mertz BG, Dalton S, Deltour I, Kroman N, Kehlet H, Rottmann N, Gärtner R, Mitchell A, Johansen, C. Accuracy of the Danish version of the "distress thermometer", Psycho-Oncology, 2012, vol 21(4):436-43.
9. Zoffmann V, Kirkevold M & Harder I. En personcentreret kommunikations- og refleksionsmodel: fælles beslutningstagning i plejen af patienter med kroniske sygdomme, Klinisk sygepleje 2009; vol.23(3):41-60.
10. Ristevski E et al. Cancer patient and clinician acceptability and feasibility of a supportive care screening and referral process. Health Expectations 2013;13 Jan 31. Doi:10.1111/hex.12045. [Epub ahead of print].

English abstract

Thisted LB, Høstrup H. Support in living with cancer - development of preparedness form for patients and relatives. Sygeplejersken 2015;(3):72-6.

Conclusion: Involvement of patients and multidisciplinary personnel across disciplines is a precondition in the development of new practice. The article describes the development of a tool for identifying needs for rehabilitation and palliation in cancer patients.

Method: The tool underwent three pilot tests, with methods including focus-group interview, questionnaire, observational studies and user panels.

Results: The tool enables patients to prepare systematically for conversations relating to their need for rehabilitation and palliation as its starting point are the challenges patients experience in their daily lives. The patients experiences are combined with the knowledge healthcare-professionals have of disease, its treatment and available support services. The tool will be implemented in the spring of 2015, but is already in use in several hospitals and municipalities .

Nursing implications: Nurses provide the tool to the patient during cancer treatment and followup. The tool challenges nurses' understanding of rehabilitation and palliation and requires excellent communication skills. The patient should be considered an expert in his everyday life and understand the purpose of the tool as preparation for conversation with nurses.

Key words: Cancer, rehabilitation, palliative care, nursing, patient involvement.

VIDEREUDDANNELSE

Kandidatuddannelser med pædagogisk perspektiv

Overvejer du en kandidatuddannelse?

Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU)

udbyder kandidatuddannelser for både

universitets- og professionsbachelorere.

Læs om uddannelserne på edu.au.dk/kandidat



AARHUS
UNIVERSITET

INSTITUT FOR UDDANNELSE OG PÆDAGOGIK (DPU)

Ansøgningsfrist **1. april**

Læs mere på kandidat.au.dk

Frit valg!

Velkomstilbud fra sundhedsprof.dk

spar op til
869 kr.

Få 2 bøger

Betal kun porto og eksp. 39 kr.



Bestil på sundhedsprof.dk - Klik på "Bliv medlem"

Redskaber til vurdering af mennesker med kræft

Forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet stiller krav om implementering af systematiske behovsvurderinger i kræftforløbet. Men hvordan skal denne vurdering foregå, hvilke redskaber kan anvendes, og hvilke modsætninger er der på området? Artiklen prøver at besvare disse spørgsmål og pege på fremtidige løsninger.

Lisbeth Sølvér, klinisk sygeplejespecialist, ph.d., Abdominalcenter K, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital; lisbeth.soelver@regionh.dk
Thora Grothe Thomsen, klinisk sygeplejespecialist, postdoc, kirurgisk afdeling Roskilde og Køge Sygehus
Vibeke Østergaard Stenfeldt, cand.cur., ph.d., ansat på UCSJ

Artiklen beskriver to typer spørgeskemaer, som anvendes til at vurdere behov for rehabilitering og palliation hos mennesker med kræft. Systematisk behovsvurdering anbefales i det forløbsprogram for rehabilitering og palliation, som fulgte Kræftplan III. I praksis er det imidlertid ikke entydigt, hvordan disse vurderinger skal foregå og på hvilket grundlag. Forfatterne reflekterer over udviklingen på området og anbefaler, at man drøfter, hvilke værdier der skal ligge til grund for behovsvurdering.

Mennesker med kræft og deres pårørende kan hjælpes bedre af sundhedsvæsnen i efterforløbet, end de bliver aktuelt. Den professionelle indsats kan være tilfældig og er set fra et patientperspektiv sjældent dækkende (1,2). For at forbedre efterforløbet skal alle kræftpatienter derfor have vurderet deres behov for rehabilitering og palliation, som det fremgår af Sundhedsstyrelsens Forløbsprogram for rehabilitering og palliation på kræftområdet (3). Forløbsprogrammet forudsætter, at patientens behov bliver afdækket systematisk og løbende gentaget, men der er ikke nogen entydig måde at gennemføre behovsvurderinger på. Sundhedsstyrelsen tager udgangspunkt i WHO's

” Mennesker med kræft og deres pårørende kan hjælpes bedre af sundhedsvæsnen i efterforløbet, end de bliver aktuelt. Den professionelle indsats kan være tilfældig og er, set fra et patientperspektiv, sjældent dækkende.

definition af henholdsvis rehabilitering og palliativ indsats, boks 1 og boks 2. Begge definitioner har en helhedsorienteret tilgang, men adskiller sig ved deres fokus på henholdsvis at styrke menneskets funktionsevne og på at lindre sygdomsrelaterede problemer.

Forskel mellem problem og behov

I den sundhedsfaglige debat bliver der ikke sondret mellem problem og behov, men der er en væsentlig forskel. Til identifikation af problemer besvarer patienten typisk et standardiseret spørgeskema med foruddefinerede problemområder og svarkategorier. Vurdering af behov forudsætter, at der også foretages en afklarende samtale om patientens og familiens ønsker for hjælp og lindring af det identificerede problem (4). Den afklarende samtale mellem patient, pårørende og professionel giver mulighed for at afdække og inddrage patientens forudsætninger, såsom sociale ressourcer, evne til egenomsorg og motivation. Behovsvurdering er derfor en kompleks opgave, som kræver højere grad af samarbejde med og inddragelse af patient og pårørende, end det er tilfældet, når det gælder om at identificere problemer.

Barrierer hos patient og personale

Ved vurdering af behov kan der være barrierer, som knytter sig til både patienten og den professionelle. Patienterne kan have vanskeligt ved at formulere, hvad de har brug for, hvis de ikke har viden om, hvilke muligheder der er for at kunne afhjælpe problemet. Patienterne kan også være tilbageholdende med at udtrykke deres ønske om hjælp, fordi det nemt bliver konfronterende og indebærer et tab af uafhængighed og hermed større afhængighed (4). Barrierer, som knytter sig

Boks 1. Rehabilitering

Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række af indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse.

Boks 2. Palliativ indsats

At fremme livskvalitet hos patienter og familier, som står overfor de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art.

behov hos

til de professionelle, handler bl.a. om deres viden og indsigt i sundhedsvæsnets tilbud, holdning til information af patient og pårørende samt kompetencer til at kunne udføre en vanskelig samtale (5). Det er derfor nødvendigt, at man lokalt afklarer og drøfter reelle handlemuligheder og samarbejdspartnere samt sikrer sig, at disse er kendte og tilgængelige for det sundhedsfaglige personale.

To spørgeskemaer

Nedenfor beskrives først to internationale spørgeskemaer, der er udviklet til at måle kræftpatienters helbredsrelaterede livskvalitet. Desuden beskrives spørgeskemaer, der er udarbejdet i nogle danske regioner, hvilket gør området yderligere komplekst.

EORTC QLQ-C30

- Et spørgeskema udviklet af European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC) til kræftforskning (6). Skemaet består af 30 spørgsmål, der omfatter 14 fysiske og psykosociale problemområder, se boks 3. Patienten vurderer problemets styrke på en skala fra 1 til 4; 1 slet ikke, 2 lidt, 3 en del eller 4 meget og den samlede livskvalitet på en skala fra 1-7. QLQ-C30 er det mest anvendte spørgeskema på kræftområdet både internationalt og nationalt.

Boks 3. EORTC QLQ- C30's problemområder

EORTC QLQ- C30 omfatter 14 problemområder:
Fysisk funktion, kognitiv funktion, rollefunktion, socialfunktion, emotionel funktion, smerte, træthed, kvalme/opkastning, appetitløshed, åndenød, forstoppelse, diarré, søvnbesvær, økonomi.

Boks 4. EORTC QLQ- C15-PAL's problemområder

EORTC QLQ- C15-PAL omfatter ni problemområder:
Fysisk funktion, emotionel funktion, smerte, træthed, kvalme/opkastning, appetitløshed, åndenød, forstoppelse og søvnbesvær.

» Fremtiden indebærer integration af rehabilitering og palliation i kræftforløbet. Det nødvendiggør overvejelser om valg af spørgeredskab til systematisk behovsvurdering, en tydeliggørelse af indhold og formål samt af, hvilke kompetencer der er brug for i det professionelle arbejde.

EORTC QLQ-C15-PAL

- Spørgeskemaet er en forkortet udgave af QLQ-C30 udviklet til brug hos svækkede kræftpatienter med kort restlevetid, som modtager specialiseret palliativ indsats (7). Skemaet har 15 spørgsmål og dækker de ni hyppigst forekommende fysiske og emotionelle problemområder, se boks 4. Skemaet er suppleret med tre åbne spørgsmål, der giver patienten mulighed for at tilføje andre problemer. Alligevel omfatter skemaet kun et begrænset udsnit af mulige problemområder i de måneder til år, før patienten reelt er døende.

Regionale spørgeskemaer og samtaleguider

Så vidt vi ved, har foreløbig to regioner udarbejdet egne spørgeskemaer til systematisk behovsvurdering på hospitaler, i kommuner og hos praktiserende læger. Skemaerne skal bruges som en samtaleguide og afdækker mange flere problemområder end EORTC-skemaerne, og de inddrager desuden patient og pårørendes ressourcer.

- Region Sjælland bruger skemaet "Støtte i hverdagen med kræft", som findes på www.sundhed.dk. Skemaet omhandler: fysiske områder, KRAM-faktorerne, familieliv og netværk, arbejde, uddannelse, transport og bolig, psykiske samt eksistentielle og åndelige områder.
- Tilsvarende har Region Hovedstaden udarbejdet skemaet "Støtte til livet med kræft", som indholdsmæssigt er lige så bredt. Spørgsmålene besvares med kategorierne ja/nej. I Region Hovedstaden er forløbsprogrammet først for nylig blevet politisk godkendt, og implementering planlægges i foråret 2015. ▶

► Et spørgeskema med begrænsninger

Det giver grund til bekymring, at spørgeskemaet QLQ-C15-PAL bliver anbefalet til behovsvurdering i tidlig palliativ indsats i en national klinisk retningslinje (8). Vi ved, at udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer er på vej ind på det kommunale sundhedsområde som et led i en aftale mellem Kommunernes Landsforening og Sundhedskartellet (9). Det rejser spørgsmålet, om retningslinjen er mere politisk motiveret end fagligt begrundet, se boks 5. Vi forholder os til, at Sundhedsstyrelsen tidligere har anbefalet spørgeskemaet QLQ-C30 frem for QLQ-C15-PAL, fordi det er for snævert og derfor ikke egnet til behovsvurdering i den tidlige palliative fase af sygdomsforløbet (10). Forskning i det palliative felt understøtter anbefalingen om at anvende et redskab, der kan identificere patientens problemer i et bredere omfang end det korte QLQ-C15-PAL (2). At anvende et skema, som er udviklet til kræftpatienter i den terminale fase, kan fastholde fokus på de fysiske symptomer og en sen palliativ indsats. Af den grund vil der sandsynligvis ikke ske en integrering af en proaktiv og helhedsorienteret indsats, hvorved det ønskede kvalitetsløft udebliver.

Ukritisk anvendelse kan ophøjes til praksis

Man kan have den holdning, at det er bedre at bruge QLQ-C15-PAL end ingenting. Vi mener dog, der er for meget på spil til at bruge skemaet på den måde. Fordi der er tale om et skema, der er anbefalet på baggrund af en klinisk retningslinje, kan anvendelsen af det ukritisk blive ophøjet til evidensbaseret praksis. En konsekvens vil være, at patienten ikke nødvendigvis får afdækket aktuelle behov.

Man kan også forestille sig, at skemaet ureflekeret kan blive brugt som en tjekliste, hvor en afkrydsning er vigtigere end samtalen om indholdet. Det er derfor nødvendigt at stoppe op, tænke

Boks 5. Refleksioner til brug i praksis

- Hvilke politiske interesser kan påvirke udformningen af de nationale kliniske retningslinjer?
- Hvilket formål tjener den offentlige høring om en retningslinje?
- Hvilken konsekvens kan spørgeskemaet QLQ-C15-PAL potentielt få som kvalitetsindikator i f.eks. Den Danske Kvalitetsmodel?

efter og spørge: Hvor kan og vil en ureflekeret anvendelse af behovsvurderingsskemaer utilsigtet føre os hen i bestræbelsen på at forbedre efterforløbet for kræftpatienter?

Faglige drøftelser er nødvendige

Fremtiden indebærer integration af rehabilitering og palliation i kræftforløbet. Det nødvendiggør overvejelser om valg af spørgeskema til systematisk behovsvurdering, en tydeliggørelse af indhold og formål samt af, hvilke kompetencer der er brug for i det professionelle arbejde. Der er brug for at drøfte styrker og udfordringer ved såvel QLQ-C15-PAL spørgeskemaet som ved regionernes skemaer ud fra både sundhedsfremmende og problemorienterede perspektiver. Vi mener, at QLQ-C15-PAL skemaet er for snævert til brug i rehabilitering og i den tidlige palliative fase. Regionernes skemaer er derimod for brede til at kunne bruges i den sene palliative og terminale fase. Der er brug for at udvikle et dynamisk samtaleredskab, der både kan afdække patientens og familiens problemer og behov samt indkredse de ressourcer, der er til rådighed på det pågældende tidspunkt i forløbet.

Læs også artiklen "Støtte til livet med kræft – udvikling af et forbedringskema til patienter og pårørende" side xx i dette nummer af Sygeplejersken.

Litteratur

1. Johnsen AT, Petersen MA, Pedersen L, Houman LJ, Groenvold M. Do advanced cancer patients in Denmark receive the help they need? A nationally representative survey of the need related to 12 frequent symptoms/problems. *Psycho-Oncology* 2013;22(8):1724-30.
2. Soelver L, Rydahl-Hansen S, Oestergaard B, Wagner L. Identifying factors significant to continuity in basic palliative hospital care – from the perspective of patients with advanced cancer. *Psycho-Oncology* 2014;32:167-88.
3. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft – del af samlet forløbsprogram for kræft. Danmark: Sundhedsstyrelsen; 2012.
4. Bradshaw J. A taxonomy of social need. *Problems and progress in medical care*. 1972;69-81.
5. Dalgaard K, Bergenholtz H, Nielsen M, Timm H. Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome. *Palliat Support Care* 2014 doi:10.1017/S1478951513001338.

6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJF, A et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLO-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85(5):365-76.
7. Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JL, Blazeby JM, Bottomley A et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer* 2006 Jan;42(1):55-64.
8. Center for kliniske retningslinjer. Tidlig identifikation ved hjælp af selvvurderingsskema af palliative problemer og symptomer hos borgere > 65 år i det kommunale sundhedsvæsen, der lever med livstruende sygdom (kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), kræft og /eller kronisk hjertesvigt). Available at: www.kliniskeretningslinjer.dk. Besøgt d. 23. september, 2014.
9. Boesen H. Kliniske retningslinjer – nu også i kommunerne. *Sygeplejersken* 2013;(8):40.
10. Sundhedsstyrelsen. Notat: Vedr. valg af redskab til den overordnede behovsvurdering ved rehabilitering og palliation i forbindelse med kræftsygdomme. 2012 24-04;j.nr.4-1612-1/10/BBM.

English abstract

Sølver L, Thomsen TG, Stenfeldt VØ. Tools for assessing the needs of people with cancer. *Sygeplejersken* 2015;(3):78-81.

Danish regions and municipalities are implementing a programme of systematic needs-assessment, as recommended in the Progress Programme for rehabilitation and palliation according to Danish National Cancer Plan III. In practice, however, it is not clear what form these assessments will take, and on what they will be based. The article draws attention to the distinction between problem and need, and describes two types of questionnaires, currently recommended for assessing the need for rehabilitation and palliation in people with cancer, and other life-threatening illnesses. Given the fact that the focus is on evidence-based practice, the authors reflect over developments in the area and recommend that there be collective discussion of the strengths and shortcomings of the two questionnaires. There must also be discussion of what resources and competencies healthcare professionals require in order to strengthen their cooperation with patients and their relatives in respect of needs-assessment, intervention and follow-up.

Key words: Needs-assessment, National Cancer Plan III, rehabilitation, palliation.

Norge

Oslo Stavanger Bergen
100 kommuner Sykehus

SOMMERVIKAR I NORGE!

Vacant har puslet ferdig:
sommerbonus
bra lønn
gratis reise
gratis bolig
mye arbeid

Siste brikke mangler:
DEG

Les mer på www.vacant.no

Vacant
MER ENN DU FORVENTER

+ 47 2305555 / www.vacant.no / cv@vacant.no / [facebook.com/whatanithis](https://www.facebook.com/whatanithis)

Før du søger arbejde i udlandet, opfordrer vi dig til at søge oplysninger på dsr.dk/jobudlandet

Gensyn med Vancouver

Hvem skal være førsteforfatter på en artikel; den, som har skrevet bachelorprojektet eller vejlederen, som har hjulpet med skriveprocessen? Hvordan anføres elektroniske links? Kan man undgå døde links? Artiklen beskriver Vancouver systemets anbefalinger og hjælper dermed skribenter, som gerne vil publicere i Sygeplejersken.

Anders Larsen, bibliotekar, IT-kordinator, Universitetshospitalernes Center for Sundhedsfaglig Forskning; al@ucsf.dk
Ingrid Egerod, sygeplejerske, ph.d., professor, Københavns Universitet, Institut for klinisk medicin og Rigshospitalet, Traume-centret

Tilbage i 2006 (1) bragte *Sygeplejersken* en artikel om anvendelsen af de såkaldte Vancouverregler i forbindelse med udformning af referencer til elektronisk materiale. Denne artikel tager tråden op fra førnævnte og giver et opdateret billede af de retningslinjer og værktøjer, som er nyttige at kende, når det kommer til publicering.

Vancouverreglerne (The Vancouver system) går officielt under titlen Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals eller i kort form The ICMJE Recommendations. Bag dette regelsæt står organisationen International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), som tilbage i 1978 blev dannet med det formål at sikre etik og "best practice" gennem retningslinjer og anbefalinger i forbindelse med publicering i biomedicinske tidsskrifter. ICMJE's første møde foregik i Vancouver, British Columbia, Canada.

Regelsættet revideres løbende med seneste udgave dateret december 2013 (2). Når der i daglig tale refereres til Vancouverreglerne, kan dette gælde både regelsættet som helhed såvel som de dele, der specifikt omhandler udformning af litteraturreferencer.

Kun 14 tidsskrifter er officielt medlem af ICMJE, men et større antal sundhedsvidenskabelige tidsskrifter følger ICMJE's regler (ca. 1.800) (3). Reglerne er selvfølgelig til for disse tidsskrifter, men ICMJE bifalder, at forfattere, som skriver til andre tidsskrifter, kan anvende dem sideløbende med tidsskrifternes egne retningslinjer.

Forfatterrækkefølgen

Et vigtigt punkt i ICMJE's regler er en skarp skelnen mellem, hvem der anses for forfattere, og hvem der er øvrige bidragydere (non-author contributors). Førstnævnte skal opfylde følgende fire kriterier for at få deres plads i artiklens byline (forfatterrækkefølge), og sidstnævnte skal have anerkendelse (acknowledgement) i artiklens tekst (4):

1. Bidrage substantielt til værkets idé eller design eller bidrage til indsamling, analyse eller fortolkning af data til værket
2. Skrive værket eller revidere dets intellektuelle indhold kritisk
3. Godkende manuskriptet i dets endelige form
4. Vedkende sig ansvaret for alle aspekter af værket, herunder at nøjagtighed og integritet er efterstræbt for enhver del af værket.

” Der eksisterer ikke faste regler for betydningen af forfattere i forhold til rækkefølgen i en artikel, men der er nogle uskrevne konventioner, som følges i mange forskningsmiljøer.

Der eksisterer ikke faste regler for betydningen af forfattere i forhold til rækkefølgen i en artikel, men der er nogle uskrevne konventioner, som følges i mange forskningsmiljøer. Generelt former praksis sig således, at de tre vigtigste positioner i forfatterrækkefølgen er:

- **Førsteforfatteren** – den hovedansvarlige, som regel også "corresponding author". Førsteforfatteren skriver normalt "first draft" (første kladde) af artiklen eller er den forfatter, som har bidraget mest.
- **Andenforfatteren** – kan være ligestillet med førsteforfatteren eller have assisteret forfatteren i væsentlig grad. Hvis der kun er to forfattere, står de ofte som sideordnede, f.eks. "Hansen & Jensen".
- **Sidsteforfatteren** – mentor/supervisor/senior, ofte en vejleder, forskningsleder eller professor. Dette er en uskreven regel, der gælder i nogle lande og miljøer, men ikke i andre. Det kan være mere attraktivt at være andenforfatter, fordi navnet som regel kommer med, mens sidsteforfatteren gemmes under "et al.", hvis der er mange forfattere.

Tungest vejer førstepladsen og sidstepladsen, med overvægt til førstepladsen (5). Mellem andenpladsen og sidstepladsen kommer andre bidragydere som f.eks. statistikere. Det er ofte praksis, at intervenører og dataindsamlere får en plads i den bagerste ende af forfatterrækkefølgen, men dette understøttes hverken af ICMJE eller den lignende organisation Committee on Publication Ethics (COPE). I store undersøgelser kan forfatterrækkefølgen afhænge af, hvem der har rekrutteret flest patienter til projektet. I sjældne tilfælde rangeres forfattere alfabetisk.

Nogle tidsskrifter stiller i deres manuskriptvejledning krav til, at det udspecificeres, hvad de enkelte forfattere har bidraget med. I nogle tilfælde publiceres disse oplysninger som en del af

reglerne

artiklen, dette gælder f.eks. tidsskriftet British Medical Journal (BMJ), mens disse oplysninger i andre tilfælde mest er til for at sikre redaktionen vished (5). Noget loft for antallet af forfattere findes ikke i Vancouverreglerne, men der skrives som regel ”et al.” efter sjette forfatter.

En ting er altså tildelingen af forfatterpladser, et andet den efterfølgende registrering i litteraturlister og noget tredje citeringspraksis. Ved registrering i PubMed medtages samtlige forfattere, og det er derfor som udgangspunkt muligt at citere alle, som har bidraget. I et manuskripts litteraturliste er det vigtigt, at alle forfattere er nævnt. Forkortelse af forfatterrækken med ”et al.” vil være uheldig, da ikke mindst den vigtige sidsteplads dermed udelades.

Man kan undre sig over den megen ballade over forfatterrækkefølgen, men den tillægges i nogle miljøer stor betydning. Især inden for sundhedsvidenskab gælder den uskrevne regel, at kun første- og sidsteforfatterskaber er tunge nok til at tælle med, når forskere vurderes til større fondsansøgninger og universitære fremmelser. Derfor er det god skik at aftale forfatterrækkefølge tidligt i processen, inden artiklen skrives.

Udformning af litteraturreferencer

Selv om kun et begrænset antal af den samlede mængde sundhedsvidenskabelige tidsskrifter følger Vancouverreglerne, er de blevet en klassisk standard, og en god del af de referenceformater, som benyttes af sundhedsvidenskabelige tidsskrifter, er afledt af Vancouverstandard. I princippet findes der to hovedretninger inden for angivelse af litteraturreferencer: Vancouver og Harvard. Førstnævnte hører hjemme inden for biomedicin og sundhedsvidenskab, mens sidstnævnte især benyttes inden for humaniora, samfundsvidenskab og humanistisk sundhedsforskning. Vancouver-systemet er kendetegnet ved, at henvisningerne i den løbende tekst nummereres fortløbende, og at selve referencelisten tilsva-

rende er nummereret. Ved brug af Harvardsystemet benyttes forfatter – årstal (f.eks. Jensen 2000) i den løbende tekst, og referencelisten er alfabetisk ordnet. Vancouver-systemet er det mest økonomiske, når der er begrænsning på antal anslag i en artikel eller ansøgning.

Anvisninger for udformning af litteraturreferencer, inkl. eksempler, er ikke som tidligere en integreret del af ICMJE-reglerne. Der henvises i stedet til National Library of Medicine’s (NLM) Citing Medicine, 2nd edition (6). Denne udgivelse giver detaljerede anvisninger for udformning af referencer for næsten alle tænkelige typer materiale, trykte såvel som elektroniske. Det er disse anvisninger, som i det følgende vil tjene som udgangspunkt for eksemplerne.

En vigtig del af en reference til materiale på internettet er dyblinket, altså adressen (URL), som fører direkte til en fil (f.eks. doc, pdf) eller specifik webside. Dyblinks kan i nogle tilfælde være lange og fylde så meget, at det hæmmer overblikket og læsbarheden. Skal referencen præsenteres på tryk, er det naturligvis vigtigt at få det hele med (se 1 herunder), mens en forkortelse kan overvejes, når det kommer til e-præsentation. Det funktionelle link kan ligge skjult i betegnelsen ”link” (se 2 herunder). En tredje mulighed er at angive vejen til den aktuelle webside/fil ved hjælp af rækken af klik-punkter, som fører til målet. Dette kaldes også for ”brødkrummestien” (se 3 herunder).

1. ICMJE. Defining the role of authors and contributors [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors; 2014 [citeret 14. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>
2. ICMJE. Defining the role of authors and contributors [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors; 2014 [citeret 14. okt. 2014]. [Link](#)
3. ICMJE. Defining the role of authors and contributors [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors; 2014 [citeret 14. okt. 2014]. [Home > Recommendations > Browse > Roles & Responsibilities > Defining the Role of Authors and Contributors](#)

” Man kan undre sig over den megen ballade over forfatterrækkefølgen, men den tillægges i nogle miljøer stor betydning.

- Det er desuden relevant at gøre sig klart, om linket vil fungere på alle computere, eller om linket kun kan virke inden for et netværk, som er dækket ind af specifikke licensaftaler. Det er f.eks. muligt at dyblinke til en pdf-fil af en tidsskriftsartikel fra Scandinavian Journal of Caring Sciences inden for Region Hovedstadens domæne, mens aktivering af linket udenfor nævnte domæne vil resultere i en fejlmeddelelse.

En anden praktisk faktor er linkets holdbarhed. Som de fleste ved, er internettet yderst dynamisk, og levetiden for et funktionelt link kan være kort. Hvis det har høj prioritet at undgå døde links, er det værd at overveje at linke til dokumentets Digital Object Identifier (DOI) (7). DOI'en er en kode, som entydigt identificerer et e-dokument og linker videre til den fulde tekst. Siden 2000 er mange artikler i litteraturlisten PubMed blevet forsynet med en DOI (typisk placeret på første side). Den aktuelle DOI (f.eks. 10.1111/scs.12072) sættes efter DOI-serverens adresse (<http://dx.doi.org/>), hvorved man får et færdigt dyblink: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12072>

Eksempler på e-referencer

Tidsskriftsartikel

Manuel Montes J, Maurino J, Diez T, Saiz-Ruiz J. Factors associated with the effectiveness of a telephone-based nursing strategy for enhancing medication adherence in schizophrenia. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* [Internet] 2011 [citeret 16. okt. 2014];7:117-9. Tilgængelig via: <http://dx.doi.org/10.2174/1745017901107010117>

Rapport

Sundhedsstyrelsen. Egenbehandling ved kroniske sygdomme: anbefalinger, der understøtter udbredelse. Kbh.: Sundhedsstyrelsen; 2012 [opdateret 12. dec. 2012; citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2012/12dec/Egenbehl-KroniskSygdom.pdf>

Klinisk retningslinje

Stassen IT, Larsen MT, Nielsen HT, Andersen Y. Vurdering af risiko for obstipation hos voksne indlagte patienter. Aalborg: Center for Kliniske Retningslinjer; 2012 [opdateret 5. jun. 2012; citeret 16.

” I princippet findes der to hovedretninger inden for angivelse af litteraturreferencer: Vancouver og Harvard.

okt. 2014]. Tilgængelig via: http://www.kliniskeretningslinjer.dk/media/344602/obstipation_hos_voksne_indlagte_patienter.pdf

Bekendtgørelse

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 (Sundhedsloven) [Internet]. Kbh.: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2010 [opdateret 15. jul. 2010; citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=130455>

Da internettet som tidligere nævnt er foranderligt, er det på sin plads at angive dato for dokumentets seneste opdatering og for, hvornår man har tilgået materialet. Det er dog ikke altid muligt at afgøre, hvornår en webside eller tekstfil er ændret indholdsmæssigt. I det tilfælde udelades denne information blot, og man nøjes med at angive dato for citering (besøgt).

Referencehåndteringsværktøjer

Det er nyttigt at kunne udfærdige litteraturreferencer manuelt, men også vigtigt at kende til brugen af et referencehåndteringsprogram. En sådan bibliografisk database benyttes til at opbygge samlinger af litteraturreferencer og til at generere litteraturlister i manuskripter, skrevet i f.eks. Word. Et af de mest udbredte er Reference Manager (RefMan) med mere end 30 år på markedet. Producenten Thomson Reuters har dog gennem de seneste år valgt at satse på sit andet produkt, EndNote, som modsat RefMan har ”cloud-egenskaber” og findes til Mac. RefWorks fra ProQuest og Mendeley fra Elsevier er andre bud på professionelle værktøjer af cloud-typen, som findes til flere platforme. Sidstnævnte er endvidere sammenkædet med et socialt netværk for forskere. Der findes desuden udmærket gratis software inden for dette område. Her er Zotero fra George Mason University, US, værd at nævne. Zotero findes i såvel ”stand-alone-version”, som plugin til browseren Firefox.

Litteratur

1. Egerod I, Larsen A. Sådan henvises til elektronisk materiale. *Sygeplejersken* 2003;103(36):24-5.
2. ICMJE. Recommendations for the conduct, reporting, editing, and publication of scholarly work in medical journals. International Committee of Medical Journal Editors; 2013 [opdateret 13. dec. 2013; citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
3. ICMJE. Journals following the ICMJE recommendations [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors; 2014 [citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://icmje.org/journals-following-the-icmje-recommendations/>
4. ICMJE. Defining the role of authors and contributors [Internet]. International Committee of Medical Journal Editors; 2014 [citeret 14. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://www.icmje.org/recommendations/browse/roles-and-responsibilities/defining-the-role-of-authors-and-contributors.html>
5. Albert T, Wager E. How to handle authorship disputes: a guide for new researchers. Committee on Publication Ethics; 2003 [citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://publicationethics.org/files/2003pdf12.pdf>
6. Patrias K. Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers [Internet]. 2nd ed. Wendling DL, technical editor. Bethesda (MD): National Library of Medicine (US); 2007 – [opdateret 15. sept. 2011; citeret 16. okt. 2014]. Tilgængelig via: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>
7. Wikipedia contributors. Digital object identifier. Wikipedia, The Free Encyclopedia; 2004 – [opdateret 8. sept. 2014; citeret 16. okt. 2014]. Available from: http://en.wikipedia.org/w/index.php?title=Digital_object_identifier&oldid=624610502

English abstract

Larsen A. Revisiting the Vancouver rules. *Sygeplejersken* 2015;(3):82-5.

This article provides a short introduction to the Vancouver protocol (uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals) and presents two aspects of importance in respect of scientific papers, namely authorship and computerized references. The order of authorship is important in healthcare research as it demonstrates a ranking of contributions to the text. Literature references follow a standard for "in-text-citations" and references. The Vancouver protocol provides examples of how different types of literature should be cited. Finally, the article also presents a selection of software programs, including both conventional and newer "open source" products, for use when referencing literature..

Key words: Vancouver protocol, publication, ethics, authorship, references.

Når mor, far og spædbarn har brug for hjælp

Når et spædbarn ikke trives, kan det blive nødvendigt at indlægge barnet og familien. Det stiller krav til sygeplejersker og læger at møde disse familier. Familierne har behov for støtte og hjælp til samspillet med deres spædbarn med udgangspunkt i de sammenhænge, barnet fungerer i, sammenhænge, der også rummer nøglen til forandring.

Dorte Harbo, sygeplejerske, Neonatalafdelingen, Nordsjællands Hospital; dorte.harbo.andersen@regionh.dk

I artiklen skelnes mellem spædbørn, som bliver indlagt før eller efter en måned fra fødselstidspunkt. Fokus i denne artikel er børn ældre end en måned og op til et år.

På døren ind til Neonatalafdelingen hænger et billede af en lille præmatur baby, som ligger i en kuvøse omgivet af slanger og apparatur, der understøtter vejrtrækningen. Over billedet står der ”Vi små behøver ro til at gro”.

På akutstuen er to sygeplejersker ved at modtage både mor og barn fra et veloverstået kejsersnit foretaget på grund af mors svangerskabsforgiftning otte uger før termin. Der er aktivitet på stuen. Sygeplejerskerne har travlt med at installere den lille i kuvøsen og få mor stabiliseret og smertedækket, så hun hurtigst muligt kan få sin baby over på maven. De fleste af sygeplejerskerne har været ansat en lang årrække på Neonatalafdelingen og er således eksperter i at yde sygepleje til de tidligt fødte, syge nyfødte og deres mødre.

Men syge nyfødte og nyopererede mødre er ikke de eneste patienter, som i stigende grad fylder afdelingen. Længere nede ad gangen ligger de stuer, hvor der ikke kræves intensiv observation, og her går to mødre rundt med deres babyer. Den ene mor konstant vuggende en tremåneders baby i armene i et forsøg på at få hende til at holde op med at græde. Den anden mor med et seks måneder gammelt barn er på vej i køkkenet for at tilberede et måltid mad til hende og barnet. Sygeplejersken sidder med ved bordet for at observere og guide.

Her får ekspertrollen en anden karakter, idet mor og barn i lige så høj grad opfattes som medskabere af de handlingsalternativer,

” Vi oplever en stigende gruppe af vidensøgende, usikre, nedkørte, urolige familier, som har travlt, som vil have hurtige behandlinger og har ringe eller ingen erfaring med søskende eller pasning af små børn; forældre, som skal have hjælp til at tolke og regulere samspillet med spædbarnet.

som kan bidrage til forandring og trivsel i netop deres familie. Sygeplejersken og lægen er ikke dem, der alene skal komme med løsninger, fortolkninger og handlingsforslag, derimod skal forandringspotentialerne findes i de fortællinger og sammenhænge, barnet er omgivet af med fokus på barnets sundhedstilstand.

På Neonatalafdelingen ser vi disse år et stigende antal raske nyfødte børn op til et år blive indlagt med symptomer som skrigetur, spisevægring, ondt i maven, gylpen, forstyrret sove-vågenmønster, børn, som har tabt sig, børn, som er forstoppede, børn, som er sløve eller af andre årsager ikke trives. Ofte med forældre, som er på sammenbruddets rand. Vi oplever en stigende gruppe af vidensøgende, usikre, nedkørte, urolige familier, som har travlt, som vil have hurtige behandlinger og har ringe eller ingen erfaring med søskende eller pasning af små børn; forældre, som skal have hjælp til at tolke og regulere samspillet med spædbarnet. Det, at barnet ikke trives, taber sig, ikke vil spise, græder eller er for passivt, er truende for barnets udvikling.

Flere genindlæggelser

Når der her foretages en skelnen mellem børn yngre eller ældre end en måned, skyldes det, at syge spædbørn under en måned, som genindlægges på Neonatalafdelingen, behandles og plejes efter gældende standarder og således ikke stiller anderledes eller udfordrende krav til sygeplejersker og læger. Her vejledes i amning, tages blodprøver for at se, om barnet har infektion eller gulsot, gives sondeernæring og startes forfra. Årsagen til det stigende antal genindlæggelser indenfor en måned er bl.a. en følge af, at førstegangsfødende bliver udskrevet tidligt fra barselsgangen, ofte før en vellykket amme- eller flaskeetablering.

Trivselsteam

Afdelingen har haft fokus på ”trivselsbørn” de sidste år. Konsekvensen har bl.a. været afdelingsundervisning mhp. at ruste den enkelte sygeplejerske bedre til at yde sygepleje til familier med et barn, som ikke trives. Desuden er der etableret faglig sparring med udgangspunkt i de enkelte familier, og den tværfaglige indsats er styrket. Trivselsteamet består af socialrådgiver, psykolog, pædagog, læge og sygeplejersker med særlig interesse for disse familier.

” Der er ikke altid nemt for forældrene, at spædbarnet bliver indlagt på en børneafdeling, fordi forældrene har en forestilling og en forventning om, at deres barn bliver udredt med røntgen, blodprøver og andre undersøgelser.

På landsplan er der sket en stigning på 23 pct. mht. genindlæggelser af nyfødte indenfor 28 dage efter fødslen alene i 2012. I samme periode er den gennemsnitlige indlæggelsestid på barselsgangen faldet med 16 pct. Af tallene fremgår, at genindlagte spædbørn i Region Hovedstaden med fejlnæring og die-amme-problemer i perioden 2007 til 2013 er steget fra 141 indlæggelser til 256 indlæggelser (4).

Trivselsproblemer

Når spædbarnet er ældre end en måned gammelt, er problemerne ofte af en anden karakter. Mor og barn er sammen havnet i en uhenigtsmæssig udvikling og har brug for hjælp til at komme videre.

Allerede ved modtagelsen af familien skal tænkes i anderledes måder at kommunikere og samarbejde på.

På Neonatalafdelingen foretog vi i 2012 en undersøgelse af, hvor mange børn der på årsbasis blev indlagt med trivselsproblematikker fra en måned gammel op til et år. Ca. 60 børn blev indlagt under diagnoser som spiseforstyrrelser, amme-problemer, kolik, irriterbart barn, andre spisevanskeligheder samt uspecifikke symptomer karakteristiske for børn.

Dvs. at ca. fem raske spædbørn hver måned bliver indlagt på afdelingen for syge nyfødte på Nordsjællands Hospital med symptomer på, at de ikke trives. (Kilde: Arbejdsgruppen bag udarbejdelse af patientforløb på Neonatalafdelingen, Nordsjællands Hospital).

Før det kommer så vidt, at barnet bliver indlagt, har der ofte været en lang, svær periode i familien, hvor forældre har forsøgt alt eller sammen med sundhedsplejersken har prøvet at rette op på problemerne. Familien er således til sidst havnet i en uholdbar situation, hvor de ringer 1813 en fredag aften eller bliver henvist fra egen læge for at få udredt barnet.

Ved indlæggelsen foretager vi en forventningssamtale med forældrene. Her fortæller vi, hvad indlæggelsen går ud på, og gør rede for tidsfaktoren. Forældrene skal indvillige i mindst tre dages indlæggelse, for at vi kan lære familien at kende.

Det er ikke altid nemt for forældrene, at spædbarnet bliver indlagt på en børneafdeling, fordi forældrene har en forestilling og en forventning om, at deres barn bliver udredt med røntgen, blodprøver og andre undersøgelser. Det gøres, hvis der er den mindste mistanke om sygdom. Til en start foretages udelukkende observationer på stuen, medmindre andet er indiceret.

Derudover havner familien ofte på en stue med for tidligt fødte eller børn med andre behandlingskrævende sygdomme, og familien kan opleve, at der ikke handles intensivt nok i deres egen situation. Eller de er ligefrem flove, i og med at deres barn ikke er alvorligt sygt. Samarbejdet med børnelægen udgør derfor en vigtig tværfaglig indsats dels for at udelukke, at barnet er sygt, dels så forældrene føler sig hørt og forstået i deres angst for, at barnet fejler noget. Samarbejde med pædagog, psykolog og socialrådgiver er ligeledes vigtigt for at tænke barnets problemer ind i en større sammenhæng. Under forløbet danner vi os et indtryk af, om familiens problematik hører under den kategori af sundhedsproblemer, som vi alene skal løse på en børneafdeling. I de tilfælde, hvor barnet på sigt stadig vil befinde sig i et bekymrende udviklingsmiljø ved udskrivelsen, består vores indsats i at få kommuner og sundhedsplejersker i spil for fremadrettet at tilbyde familien den hjælp, de behøver.

Barnet har aldrig været glad

I anamnesen spørges ind til familiens egen beskrivelse af, hvordan problemerne tager sig ud, hvad familien har forsøgt for at lindre symptomerne, og forældrene bliver spurgt om, hvad det er, de ønsker mest hjælp til. Under samtalen hæfter sygeplejersken sig ved, hvordan barnet generelt beskrives af forældrene.

”Han har altid spist dårligt og skreget, han skriger meget mere end storebror, og han sover højest en halv time ad gangen. Han er aldrig rigtig glad. Storebror synes heller ikke, det er sjovt, der er jo heller ikke overskud til ham mere. Jeg vil gerne have, at I undersøger hans mave. Jeg tror, at det gør ondt på ham, når han spiser.” Fortalt om Emil, tre måneder.

- Ofte har familien et billede af deres barn som en, ”der bare altid har skreget,” eller ”han sover aldrig.” Små fortællinger, som lagt sammen kommer til at give den samlede beskrivelse af barnet som enten ”et uroligt barn” eller et barn, som aldrig rigtig har været glad.

Vi forsøger at adskille barnet fra disse fortolkninger og sammen gå på jagt efter alle de andre positive oplevelser, som samværet med barnet indeholder. Der lægges vægt på, at det er problemet, der er problemet, og ikke barn eller mor eller storebror. Der lyttes til forældrenes drømme, forestillinger og forventninger til familielivet, mors angst for ikke at slå til og forsømme storebror m.m. Der gøres forsøg på at udfolde mors bekymring for, om barnet spiser nok, som eventuelt stammer fra en bekymring, egen læge eller sundhedsplejerske også har haft. Når børn indlægges med vægttab, tager vi det fulde ansvar for barnets vækstkurve under opholdet, for at mor/barn får en chance for at stille og roligt at starte forfra, hvor barnets afvisning respekteres.

Samspelet med barnet fungerer ikke

Når et spædbarn ikke trives, er det ofte måltiderne, som er den udløsende faktor, og der hvor det bliver synligt for forældrene, at der er noget galt. Når et barn spiser trevent, sover meget lidt, græder og synligt taber sig, påvirker det hele barnets trivsel. Forældrenes fokus på problemer bliver forståeligt nok i mange tilfælde altoverskyggende. Forældrene oplever frygt og hjælpeløshed over ikke at kunne tilfredsstille deres barn. Måltiderne kommer til at dominere, mor kommer til at presse barnet til brystet eller flasken, og barnet forsøger at trække sig fra de problematiske seancer. Således starter den uhensigtsmæssige cirkel mellem mor og barn ofte.

Spædbarnet har brug for at blive mødt med varme, respons, beskyttelse og gensidigt samspil gennem spejling i mor/fars ansigtsmimik og regulering af søvn og mad. Spædbarnet internaliserer allerede tidligt oplevelser, som er forbundet med f.eks. måltidet.

” Spædbarnet har brug for at blive mødt med varme, respons, beskyttelse og gensidigt samspil gennem spejling i mor/fars ansigtsmimik og regulering af søvn og mad.

I den interaktion, som foregår i hverdagslivet mellem barn og forældre, hvor episoder gentages, har det betydning for barnet, hvordan disse behov bliver tilfredsstillet. Den måde, hvorpå de nære omsorgspersoner responderer på spædbarnets adfærd, får grundlæggende betydning for dets selvoplevelse (1).

I nyere udviklingspsykologi opfattes eller forklares et raskfødt spædbarns dårlige trivsel ikke med afsæt i et individualistisk perspektiv (dvs. barnets problematik alene), men som samspils- og relationsbetingede problemer (3).

Et eksempel

William på tre måneder bliver indlagt med spiseproblemer. Forældrenes oplevelse er, at William må fejle noget, idet de oplever, at han skriger meget. Han vil heller ikke ligge i sin vugge. Amningen blev aldrig etableret, og William vil nu ikke tage flasken. Williams mor fremtræder trist og opgivende. Samværet mellem mor og barn foregår på den måde, at mor går konstant vuggende rundt med William i sine arme, Williams ansigt vender bort fra mors ansigt, og han har ingen mulighed for øjenkontakt. Mor forsøger at liste flasken i ham, uden at han vågner, da hendes opfattelse er, at det efterhånden er den eneste måde, hun kan få William til at spise på. Familien ønsker barnet udredt.

I mødet med William og hans familie ringer alarmklokkerne hos plejepersonalet, idet problematikken ikke kun handler om at få William til at spise. Mors mentale tilstand præger relationen mellem mor og barn, hvilket vil være sundhedstruende for barnet på længere sigt.

En anderledes sygepleje

Ofte er forældrenes udfordringer manglende evne til at forstå og registrere barnets behov. Mødre, som selv har det skidt, kan komme til at tillægge spædbarnet urealistiske motiver for dets kalden på hjælp, f.eks. ved gråd. Plejen består i at forsøge at genskabe et mentaliserende samspil mellem mor, far og barn (5). At styrke forældrenes egne ressourcer ved at give dem mulighed for at udvikle deres refleksioner ved at lytte, være nysgerrige og sætte ord på barnets ytringer. Barnets symptomer som gråd, spisevægring og uro opfattes som en invitation til sammen med forældrene at gå på opdagelse i, hvad det er, spædbarnet forsøger at fortælle (2).

» Omdrejningspunktet under samtalen på stuen er i langt højere grad de reflek-sive spørgsmål end svarene.

Det har en stor betydning, at sygeplejersker er opmærksomme på måden, vi positionerer os på i kommunikationen med forældrene. Ofte fylder skyld og utilstrækkelighed voldsomt hos mødrene, og det kan opleves stærkt provokerende for familien, hvis vi i vores ekspertrolle for hurtigt rider af sted med diagnoser eller fortolkninger af, hvad vi ser som årsagen til problemerne.

Således er der behov for en anderledes sygepleje med udgangspunkt i nysgerrighed og tålmodighed. Vi skal vente på, at svarene dukker op i kraft af processen sammen med barnet og mor eller far. Her er brug for langvarig tilstedeværelse på stuen, observationer af mor og barns gøren og væren i forskellige situationer og mest af alt for at lade tvivlen og usikkerheden råde.

Det kan opleves som en af de største udfordringer for sygeplejersker på en akutafdeling, hvor personlig succes og faglighed måles i hurtig effekt og handlingsrelaterede løsningsforslag. Det kræver mod og erfaring at tolerere ikke at have svarene, når man i øvrigt er vant til at handle ud fra barnets diagnose.

Omdrejningspunktet under samtalen på stuen er i langt højere grad de reflek-sive spørgsmål end svarene. Her går sygeplejersker på jagt efter den lille sprække, forældre på et eller andet tidspunkt selv åbner i kommunikationen, på udkig efter de åbninger og potentialer, der kan være med til at ændre tilsyneladende fastlåste mønstre. F.eks.:

”Jeg kan ikke holde ud, at han ikke spiser. Lige meget, hvor meget jeg forsøger at vække ham og presse ham til at spise, skriger han bare.”

Her hjælper vi med at genfinde barnets egen rytme, ikke presse barnet på nogen måde, og have tålmodighed mht., at barnet spiser trevent i en periode.

Hvis vi sammen med mor bliver ved med at fokusere på blodprøver, røntgen af maven eller anden udredning med fokus på barnet alene, kan vi nemt skabe en illusion om, at det er muligt at springe refleksionerne over (2). Men det er her, potentialerne for forandring og helbredelse ligger.

Litteratur

1. Sørensen JB. Dig, mig og os. Aarhus: Forlaget Dafolo; 2013.
2. Hertz S. Børne- og ungdomspsykiatri. København: Akademisk forlag; 2008.
3. Stern D. Spædbarnets interpersonelle verden. København: Hans Reitzels forlag; 2000.
4. Statens Serum Institut. Fødsels- og Landspatientregisteret. 14. maj 2014. Monitorering af barselsperioden.
5. Østergaard JH. Mentalisering i mødet med udsatte børn. København: Hans Reitzel; 2012.

English abstract

Harbo D. When mother, father and baby need help. Sygeplejersken 2015; (3):86-9.

Increasing numbers of newborns who for various reasons fail to thrive, are admitted to the neonatal unit at Hillerød Hospital. This makes complex and challenging demands of the nurses and doctors who care for these patients. The families need help in interacting with their newborn in a way that supports their development, taking as starting point the context in which the child functions, a context, which also hold the key to change. The article focuses on a form of nursing care consisting of relationship-building work and communication with the family.

Key words: mentalization, relationship work, newborn, well-being.

Håndtering af stress hos sygeplejersker

Artiklen beskriver, hvordan moderne sygeplejersker føler sig fanget i et uendeligt pres både fra omgivelserne og indefra, som for mange medfører oplevelsen af stress. Anbefalingen er, at sygeplejersken forholder sig til omverdenen, som den er, uden at ville overstyre den, og at hun har fokus på nærvær og afgrænsning af arbejdsopgaver i samarbejde med sin ledelse.

Lisbeth Hede Jørgensen, sygeplejerske, cand.pæd.psych., specialist i sundhedspsykologi, afdelingspsykolog, Onkologisk afdeling, Aalborg Sygehus; lisbethhede@gmail.com

*Giv mig sindsro til at acceptere de ting
jeg ikke kan ændre,
mod til at ændre de ting
jeg kan ændre
og visdom til at se forskellen.*

Reinhold Niebuhr, 1932

Med denne indledning vil jeg argumentere for, hvordan sygeplejersker i forbindelse med stresshåndtering kan arbejde med forholdet mellem handlen og ikke handlen, og hvorfor stresshåndtering i sundhedsvæsenet bør flyttes fra den individuelle sfære til en ledelsesstyret fællesskabsfære.

I den offentlige sektor er der over de sidste mange år sket store ændringer bl.a. med et øget fokus på effektivisering af de offentlige ydelser. Denne effektivisering og de konstante forandringer, som kravet om effektivisering afføder, påvirker de professionelle, som skal levere sundhedsydelse.

De professionelle kan mærke både et ydre og et indre pres i deres professionelle virke. Det ydre pres mærkes i form af dokumentation, konstante organisatoriske forandringer og et øget krav fra brugerne, mens det indre pres hos mange professionelle kommer til udtryk som præstationsangst, der kan ses som en følge af et behov for at skabe betydning og succes i arbejdslivet. I den vestlige verden taler vi ifølge Giddens om et senmoderne individ, der konstant spejler sig i sine omgivelser for at skabe sig selv (1). Denne identitetsskabende proces er knyttet sammen med omgivelser, der er i konstant forandring og kendetegnet ved en så høj grad af kompleksitet, at det bliver umuligt at forlade sig på traditionelle måder at udøve praksis på.

Forandringsfrekvensen giver mange en oplevelse af stress i arbejdslivet. Og måske i særdeleshed i den offentlige sektor, hvor man i mange år har haft en sikkerhed og en klar tilknytning mellem organisation og profession i den forstand, at f.eks. uddannelsen til sygeplejerske for en stor dels vedkommende foregik i de samme rammer, som de efterfølgende skulle virke i. Af den grund var der en vis gennemskuelig og oplevelse af at genkende arbejdsopgaven. Denne samhørighed er ikke helt til stede på samme måde mere, bl.a. fordi der har været en større akademisering i sygeplejerskeuddannelsen, og fordi

sygeplejeopgaverne som følge af ovenstående kompleksitet har ændret sig i afdelingerne. Sygeplejersken går ikke på arbejde til en fastlagt og velafgrænset arbejdsfunktion, men kastes hele tiden ind i at skulle forholde sig til konstant forandrede arbejdsfunktioner.

Pres både indefra og udefra

Sygeplejersker er en faggruppe, som primært er ansat i det offentlige. Til temadage om stresshåndtering og i supervisorsgrupper for sygeplejersker beskriver de i stigende grad sig selv som stressede. Sygeplejerskerne siger, at de ikke kan nå kontakten til deres patienter, fordi de skal lave så meget administrativt arbejde, selv om de kan se, at patienterne har brug for dem. Sygeplejerskerne siger også, at de oplever for mange utilsigtede hændelser og aldrig føler sig færdige, når de går fra arbejde. De moderne sygeplejersker er, som jeg ser det, fanget i et uendeligt pres både fra omgivelserne og indefra, som for mange medfører oplevelsen af stress.

Netterstrøm bruger Lazarus og Folkmans definition af stress: ”Stress defineres som et særligt forhold mellem personen og omgivelserne, som opfattes belastende af personen eller overskrider hans eller hendes ressourcer og truer hans eller hendes velbefindende” (2).

Hos de stressramte sygeplejersker kan iagttages en ubalance mellem sundhedsvæsenet og sygeplejersken. Ubalancen kan komme inde fra hende selv i form af et ønske om at yde en professionel sygepleje, som hun ikke synes, hun har mulighed for, men ubalancen kommer også fra ydre forhold, hvor sygeplejersken oplever flere og flere patienter, som skal have en sundhedsydelse på kortere tid. Det indre og ydre pres hænger sammen og påvirker hinanden i en negativ spiral af pres.

” I den vestlige verden har man igen flere år vendt sig imod østens filosofi og livsanskuelser for at finde måder at skabe ro på for det moderne menneske. Denne tendens er trængt ind på arbejdspladsen.

Til en temadag om sygeplejerskers stresshåndtering i sundhedsvæsenet spurgte en sygeplejerske: ”Hvordan skal vi lære at lukke af for de patienter, vi ikke kan nå? Og hvordan skal vi kunne håndtere at være mindful, når telefonen ringer konstant?”

Jeg ser dette som udtryk for yderligere en stressfaktor, eftersom det kan tolkes som om, sygeplejersken mener, hun også skal kunne mestre sin stress gennem mindfulness.

I den vestlige verden har man igennem flere år vendt sig imod østens filosofi og livsanskuelser for at finde måder at skabe ro på for det moderne menneske. Denne tendens er trængt ind på arbejdspladsen. Mindfulness og yoga er østlige livsanskuelser, men de anvendes også løst fra deres filosofi som metoder til individuel stresshåndtering. Det vil sige, at tilgangen til de østlige livsanskuelser bærer præg af en vestlig anvendelsesmåde, hvor det bliver individet, der skal have et redskab til at mestre stress i hverdagen. Som Pedersen skriver, bliver den østlige filosofi brugt i en vestlig popkultur, hvor man bare scanner på overfladen (3). Og, kunne man måske tilføje, lærer sig en teknik til overlevelse i det vestlige samfund. I det øjeblik, hvor ovennævnte sygeplejerske giver udtryk for ikke at kunne leve op til kravet om at være mindful, kan det tolkes således, at mindfulness-teknikkerne bliver brugt til at understøtte effektivisering. Ikke at være mindful kan således blive endnu et tegn på, at man er en dårlig sygeplejerske.

Lev uden anstrengelse

Jeg er imidlertid ikke ude på at tage afstand fra østlig filosofi, selv om den ligger langt fra den vestlige og i dag ofte præsenteres som en metode. Den østlige filosofi kan tværtimod være inspirerende, ikke kun i forhold til at lære et redskab til stresshåndtering, men måske mere som en tilgang til at være med sig selv i en verden af konstant indre og ydre pres. Begrebet ”wu-wei” er et taoistisk begreb, der beskriver en tilgang til livet ”uden anstrengelse” eller ”ikke handlen”. Vi skal lære at arbejde med vores eget indre væsen og de naturlige love, som virker omkring os. På den måde kan vi lære at leve uden anstrengelse – eller som Peter Plys gør (4), ved at forholde sig til omverdenen, som den er, uden at ville overstyre den. Dermed bliver Plys den mest afslappede bjørn i verden.

Begrebet ”wu-wei” er naturligvis knyttet sammen med en forståelse af harmoni mellem alt levende, hvilket umiddelbart kan være

” Sygeplejen er et gammelt, handleorienteret fag, hvor man gennem handlen gør noget godt for patienten.

svært at implementere i relationen mellem sundhedsvæsen og sygeplejerske. Alligevel kan tilgangen vise vej til visdom eller måske ligefrem til stresshåndtering for moderne sygeplejersker. ”Wu-wei” kan også knyttes til den vestlige sindsro-sætning, jeg indledte med.

De konstante forandringer, som finder sted i sundhedsvæsenet, kan ikke bare stoppes, men måden at være i det på kan ændres blot ved at tage accept og ikke handlen til sig som en handling. Helt konkret kan en sygeplejerske acceptere en umiddelbar ikke handlen som at være i kontakt med en patient uden at skulle andet end kontakten. Derved bliver denne enkelte ikke handlen til aktiv handling. På samme tid bør sygeplejersken tillade sig at slippe af med behovet for at kunne gennemskue systemet på samme måde, som de kunne i gamle dage, og således lade behovet for kontrol være en af de ting, hun accepterer med sindsro, fordi hun ikke kan ændre det.

Risiko for ubalance

Sygeplejen er et gammelt, handleorienteret fag, hvor man gennem handlen gør noget godt for patienten. Sygeplejehandling kan både være at gå stuegang, give medicin og at være i en tæt og givende professionel kontakt, også selvom telefonen ringer, eller der er andre forstyrrelse, som trækker sygeplejerskens opmærksomhed væk fra patienten.

Det vil skabe en grundlæggende ubalance at være sygeplejerske i et sundhedsvæsen, hvor der ikke er tid til at gøre noget godt for patienten gennem handlen. Både den aktive handlen og ikke handlen. Det bør derfor ikke betragtes som tegn på sårbarhed, når en sygeplejerske sygemeldes med stress i en afdeling, hvor der ikke er så megen plads til patientkontakt. Hun reagerer på den ubalance, der er kommet mellem hendes professionalitet og sundhedssystemet.

At arbejde med stresshåndtering i sundhedsvæsenet kunne derfor bestå i at sætte fokus på balance mellem aktiv handlen og ikke handlen i forhold til patienterne og andre opgaver. At det at give plads til ikke handlen i form af øget nærvær som en handling, ►

- ▶ der kan være hjælpsom både for patienten og for sygeplejersken, bliver betydningsfuldt. Samtidig med at sygeplejersken skal lære, at hun netop vil reagere med stress på misforhold i det moderne sundhedsvæsen, indtil hun finder en balance, hun kan være i. Måske skal hun have hjælp til at lære at slippe og være i sundhedsvæsenet, som det er, og skifte mellem aktiv handlen og ikke handlen.

Lad det ligge

En sygeplejerske opsøgte en psykolog, da hun følte sig stresset i arbejdet som sygeplejerske. Hun følte ikke, at hun kunne nå at gøre sit arbejde færdigt, inden hun gik hjem. I psykologsamtalen fik hun det råd at træne sig i at lade det ligge, som hun ikke kunne nå. Hun fik også at vide, at hun skulle arbejde med nærvær i kontakten til patienter og de andre, hun havde kontakt med i løbet af dagen.

Selv om den enkelte sygeplejerske kan få hjælp til at lære at give

” Selvom den enkelte sygeplejerske kan få hjælp til at lære at give slip på det ydre pres og sætte fokus på nærvær, er spørgsmålet, om det er rimeligt, at det altid er den enkelte sygeplejerske, som skal finde balance i et kompliceret arbejdsliv.

slip på det ydre pres og sætte fokus på nærvær, er spørgsmålet, om det er rimeligt, at det altid er den enkelte sygeplejerske, som skal finde balance i et kompliceret arbejdsliv. Det mener jeg ikke, det er, og jeg mener heller ikke, det er effektivt ud fra en ledelsesmæssig betragtning, da alt for mange sygeplejersker vil sygemelde sig, når det ikke lykkes at finde balance. Der bør i stedet tages et ledelsesmæssigt ansvar, hvor der i afdelingerne kan tales om, hvordan der skabes professionel balance hos de ansatte.

Anerkend kvalifikationer

En dygtig sygeplejerske, som havde været på en sengeafdeling i flere år, oplevede, at flere af hendes faglige kvaliteter, såsom at være omsorgsfuld og nærværende for patienterne, i stigende grad blev underkendt. Hun var ikke så hurtig i sin kontakt og følte sig efterhånden som en dårlig sygeplejerske.

Lederne i det moderne sundhedsvæsenet bør kunne se og anerkende sygeplejerskens kvalifikationer samtidig med, at de hjælper deres personale med at få professionelt overblik i forhold til aktiv handlen og ikke handlen. I det moderne, hyperkomplekse sundhedsvæsen ligger der et stort pres på de professionelle, men preset kan lettes, ved at der sættes fokus på nærvær og afgrænsning af arbejdsopgaver. Dette bør gøres i fællesskab med andre kollegaer. Sygeplejersken skal med hjælp fra sin leder lære at sige: ”Jeg er sygeplejerske i et moderne sundhedsvæsen med uendelige krav, her arbejder jeg professionelt ud fra de muligheder, jeg har, med fuldt nærvær.”

Litteratur

1. Giddens A. Modernitet og selvidentitet. København: Hans Reitzels Forlag; 1996.
2. Netterstrøm B. Stress på arbejdspladsen. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
3. Pedersen NA. Taoismen som en livsfilosofi i en globaliseringstid. Aalborg: Aalborg Universitet; 2010.
4. Hoff B. Peter Plys og hans Tao. København: Rhodos; 1983.

English abstract

Jørgensen LH. Stress-management by nurses. Sygeplejersken 2015;(3):90-2.

This article deals with stress-management by nurses in the modern health service. The article focuses on the intrinsic and extrinsic pressures often affecting nurses. The article also focuses on nurses' professional actions, including the fact that patient contact should be considered a part of these actions. The article calls for leadership, such that nurses in the modern health service find a balance between external demands from the health service, and the internal demands nurses place on themselves.

Key words: Stress, pressure, balance, patient contact.

JOB

SE ALLE STILLINGER: WWW.DSR.DK/JOB



Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 4 - 2015 4. marts 2015	Nr. 5 - 2015 27. marts 2015	Nr. 6 - 2015 21. april 2015
--------------------------------------	---------------------------------------	---------------------------------------

Vejledning ved indtastning af kurser/møder/meddelelser, kontakt redaktionen, Birgit Nielsen, på tlf. 4695 4186.

Rådgivning og vejledning vedr. opsætning af annoncer
Dansk Mediaforsyning ApS • Elkjærvej 19 st. • 8230 Åbyhøj
Tlf. 7022 4088 • e-mail: dsrjob@dmfnet.dk
Internet: www.dmfnet.dk
Her kan du også rekvirere medieinformation.

Indleveringsfrister for STILLINGSANNONCER til de kommende numre

Nr. 4 - 2015 9. marts 2015	Nr. 5 - 2015 1. april 2015	Nr. 6 - 2015 24. april 2015
--------------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------------

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 4 - 2015 23. marts 2015	Nr. 5 - 2015 20. april 2015	Nr. 6 - 2015 11. maj 2015
---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------



www.sygehuslillebaelt.dk

Ambitiøs oversygeplejerske til Gynækologisk Obstetrisk Afdeling, Kolding Sygehus

Vil du være med til at stå i spidsen for en afdeling, hvor missionen er kvalitet i absolut topklasse? Sætter du patienten først, og kan du lede både drift og strategisk udvikling?

Vi søger en oversygeplejerske, der har lyst til at indgå i en ny, dynamisk ledergruppe: ledende overlæge, chefjordemoder og dig. Du skal kunne lede på tværs af og ud af afdelingen og være med til at skabe og sikre udvikling og arbejdsmiljø, mens sygehuset bliver færdigombygget til Patienternes Akutsygehus.

Ansøgningsfristen er 7. april 2015.

Læs mere på job.regionsyddanmark.dk, jobnr. 192928.

Sygehus Lillebælt



Ansvarshavende natsygeplejerske til rehabiliteringscentret Tranehaven i Gentofte kommune

Vi søger en ansvarshavende natsygeplejerske, 28 timer pr. uge, 7 nætter hver 2. uge, med start torsdag i lige uge.

Natsygeplejersken er ansvarshavende for Tranehavens 83 patienter, i tæt samarbejde med en FOA medarbejder på hver af de 4 sengeafsnit.

Tranehaven har egne læger i dagtimerne, og om aftenen og natten kan vagtlæge tilkaldes.

På Tranehaven indlægges ca. 1000 patienter pr. år. Ca. 2/3 kommer fra region hovedstadens hospitaler, mens de øvrige indlægges direkte fra eget hjem til genoptræning og rehabilitering.

Vi lægger stor vægt på den individuelle sundheds-/sygepleje med en høj faglig standard.

Vi fokuserer på en respektfuld, anerkendende og trivselsfremmende tilgang til patienter, pårørende og kollegaer.

VI FORVENTER, AT DU

- har en bred, klinisk erfaring indenfor kirurgiske og medicinske specialer.
- er ansvarsfuld, kan arbejde selvstændigt, bevare overblikket og prioritere i travle og akutte situationer.
- er fleksibel, åben, imødekommende, rolig med stort overblik.
- kan vejlede, opmuntre, motivere og korrigere kollegaer til ret kurs i forhold til besluttet kvalitet, samt fastholde nye tiltag.
- er mødestabil og behersker dansk i både skrift og tale.

YDERLIGERE OPLYSNINGER.

Er du velkommen til at kontakte afdelingssygeplejerske Lars Weinholdt-Ludvigsen på tlf. 3998 8881 eller afdelingssygeplejerske Mette Kjær på tlf. 3998 8883.

I Gentofte Kommune er der en generel politik om, at der indenfor Social- og Sundhedsområdet skal indhentes straffeattest.

Løn og ansættelsesforhold i henhold til gældende overenskomst.

Der er for stillingen som ansvarshavende natsygeplejerske forhandlet et tillæg på 35.000 kr. årligt reduceret i forhold til timetal.

ANSØGNING

Ansøgningsfrist den 23.03 2015 kl. 12.00 og ansættelsessamtaler afholdes den 26.03 2015.

Ansøgninger modtages pr. mail, vedhæftet relevante bilag til lcwl@gentofte.dk

Gentofte Kommune vil være Danmarks mest attraktive kommunale arbejdsplads. Kunne du tænke dig et meningsfuldt job, på en arbejdsplads med et højt serviceniveau, hvor fagligheden er i top og hvor der samtidig er plads til et arbejdsliv og familieliv i balance? Så er Gentofte Kommune svaret. I Gentofte Kommune tror vi på, at dygtige og tilfødse medarbejdere og ledere er den bedste garanti for, at borgerne får den bedst mulige service.



GENTOFTE KOMMUNE

- en attraktiv arbejdsplads

Læs mere på www.gentofte.dk



ØKONOMISK TRYGHED Gennem hele arbejdslivet

DSA er med dig. Også hvis du pludselig står uden job. Vi sørger for, at du får dagpenge, mens du er arbejdsløs, og tilmelder du dig efterlønsordningen, kan du gå på efterløn. Det giver mulighed for en fleksibel tilbagetrækning.

Som medlem af DSA har du flere muligheder og større valgfrihed. Ud over økonomisk hjælp får du professionel vejledning af sundhedsfagligt uddannede jobkonsulenter, så du hurtigt finder nye udfordringer i arbejdslivet. Bliver du syg, kan du få hjælp af DSAs socialrådgivere, der kender dine rettigheder og muligheder.

DSA er Danmarks billigste a-kasse. Læs mere om den service, vi tilbyder på dsa.dk. Du kan også være aktiv i debatten på [facebook.com/dehvidesko](https://www.facebook.com/dehvidesko)

DSA - for sundhedsprofessionelle

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE





GENOPLAG – SKOLELEDER

Health ved Aarhus Universitet søger ny leder til Skolen for Klinikassistenter, Tandplejere og Kliniske Tandteknikere (SKT).

SKT uddanner professionsbachelorere i tandpleje, klinikassistenter og kliniske tandteknikere. Derudover har skolen en række videreuddannelser for fagpersonale i tandklinikker. Skolen har ca. 300 studerende og 70 ansatte.

Skolelederen skal tage vare på den daglige ledelse og udvikling af SKT med løbende inddragelse af de studerende og medarbejderne i de uddannelsesmæssige opgaver. Skolelederen refererer til dekanen og indgår i Healths fakultetsledelse.

Vi søger en skoleleder, der

- har relevant uddannelse og erfaring fra uddannelsesområdet og ledelse
- er parat til at indgå som sparringspartner i SKT's ledergruppe
- er ansvarsbevidst og tillidsvækkende med lyst til at fremstå som rollemodel i forandrings- og udviklingsprocesser
- er en dygtig kommunikator, som leder gennem anerkendelse, delegering og tillid

Læs det fulde opslag på www.au.dk/om/stillingen

Eller kontakt dekan, Allan Flyvbjerg,
tlf: 5177 9548.

Ansøgningsfrist: 15. marts 2015.

Tiltrædelse 1. august 2015.



Aarhus Universitet tilbyder et inspirerende uddannelses- og forskningsmiljø for 44.500 studerende og 11.500 medarbejdere, der sikrer resultater af høj international standard. Den budgetterede omsætning i 2015 udgør 6,2 mia. kr. Universitetets strategi og udviklingskontrakt kan ses på www.au.dk.

Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr. **Hovedstaden**
11109588 Steno Diabetes Center
Øjensygeplejerske
Ansøgningsfrist: 6. marts 2015

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune
11280875 **Sygeplejersker til barselsvikariater i Hjemmesygeplejen Bispebjerg**
Ansøgningsfrist: 16. marts 2015

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune
11280933 **Aftensygeplejerske til hjemmesygeplejen på Bispebjerg**
Ansøgningsfrist: 16. marts 2015

Quicknr. **Hovedstaden**
Københavns Kommune
11420499 **Sygeplejerske til Alkoholenheden**
Ansøgningsfrist: 8. marts 2015

Quicknr. **Syddanmark**
11355657 Læge Charlotte Reibke, Bogense
Sygeplejerske søges til solo-praksis
Ansøgningsfrist: 14. marts 2015

Quicknr. **Midtjylland**
11104704 Aarhus Kommune - Område Vest
Leder til hjemmeplejen ved Område Vest
Ansøgningsfrist: 5. marts 2015

Quicknr. **Midtjylland**
Favrskov Kommune
11415375 **Gruppeleder til Tinghøj**
Ansøgningsfrist: 8. marts 2015

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden**Møde for seniorsygeplejersker i Kreds Hovedstaden Vest**

Mark Schiller fortæller om "Rumænen bag facaden".

Tid og sted:

12. marts 2015 kl. 14:00 - 16:00
DSR Kreds Hovedstaden, Frederiksborggade 15, 4. sal, 1360 København V

Arrangør:

Seniorsammenslutningen DSR Kreds Hovedstaden Vest

Tilmelding:

Senest den 10. marts til Lisbeth Vendelbo, tlf.: 3675 6483 eller Karen Kjettrup tlf.: 4717 7930

Pris:

Kr. 20

Sjælland**Kontaktudvalget Vestsjælland**

Besøg på Filadelfias museum. Der er 90 minutters rundvisning i "Epilepsiens historie", herefter kaffe og lagkage.

Gæster er velkomne.

Tid og sted:

14. april 2015 kl. 13:15 - 16:00
Filadelfia Museum, Kolonivej 2, 4293 Dianalund

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland

Tilmelding:

Til Grethe på tlf.: 2048 2350 eller Karen på tlf.: 2073 5006 senest den 1. april

Pris:

Kr. 20 for medlemmer og kr. 50 for gæster

Seniorsammenslutningen Kreds Sjælland/Roskilde

Inviterer til studiebesøg på UCSJ University College Sjælland, hvor Trine Lassen fortæller om sygeplejestudiet.

Tid og sted:

28. april 2015 kl. 13:00 - 14:30
Trekroner Forskerpark 4, 4000 Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

Senest den 21. april på tlf.: 7021 1664. Evt. via e-mail: sjælland@dsr.dk

Bus 201A kører til Trekroner.

Pris:

Gratis

Syddanmark**Seniorsammenslutningen Esbjerg afdelingen**

Mødet er for alle sygeplejersker i Syddanmark. "Kaffe og kager mellem krudt og kugler". Ruth Brik Christensen fortæller om sine oplevelser blandt udsendte danske soldater i flere lande, hvor hun har serviceret disse.

Tid og sted:

17. marts 2015 kl. 14:00 - 16:30
Vor Frelser Kirkes sognekloster, Kirkegade 24, 6700 Esbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen Esbjerg

Tilmelding:

Bemærk, at deltagerantal er max. 50 personer. Tilmelding senest 16. marts kl. 12.00 til Elna Schousboe, tlf.: 7511 6686/2334 0526, e-mail: elnaschousboe@bbsyd.dk eller til Nina Jacobsen tlf.: 7513 2246/3032 4337

Pris:

Kr. 20 for kaffe

Yderligere info:

www.dsr.dk

Seniorsammenslutningen i SYD

Kom og hør sognepræst Oliver Karst fra Felsted, hvor han muntert vil fortælle om Storm P. og hans liv og humor. Derefter er der kaffebord med "Brødtåt".

Tid og sted:

26. marts 2015 kl. 13:30 - 16:00
Stubbæk Forsamlingshus, Dybkærvej 2, Stubbæk, 6200 Aabenraa

Arrangør:

Seniorsammenslutningen i SYD

Tilmelding:

Senest den 20. marts til Eva Frederiksen, tlf.: 7444 2923/ mobil tlf.: 4198 2923 eller på e-mail: chreva20@gmail.com

Pris:

Kr. 50 for kaffe med brød

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Kreds Midtjylland Valg til Landsforeningen for Seniorer**

Der afholdes valg til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejerskerne i Dansk Sygeplejeråd i 2015. Kandidater, der ønsker at stille op som repræsentant for Kreds Midtjylland eller som suppleant, kan henvende sig til: Hanne Kristensen, Fasanlunden 9, 8382 Hinnerup på mail-adressen: hakri@hotmail.dk eller tlf. 8698 5598 senest den 30. april 2015.

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i Kreds Nordjylland**

Valget til Landsbestyrelsen for Seniorsygeplejersker i Kreds Nordjylland, foregår i forbindelse med sommerudflugten tirsdag den 12. maj 2015. Interesserede kandidater eller suppleanter bedes henvende sig til kontaktudvalgets formand Birgit Hansen senest 1. maj 2015 på tlf.: 6084 6854.

DSR Meddelelse**Uddannelsesrådet under DASYS afholder konference den 21. maj**

Konferencen afholdes i København. Temaet for dagen er "Patienters og borgeres behov for kompleks sygepleje - hvordan uddanner vi til det?"

På www.dasys.dk kan du finde mere information og programmet for dagen. Her kan du ligeledes finde det elektroniske bookingsystem.

Yderligere oplysninger: www.dasys.dk/uddannelsesraad/kommende-konferencer

Ph.d.-afhandling: "Patientuddannelse i hverdagsliv"

Cand.cur. Lisbeth Hybholt forsvare sin ph.d.-afhandling. Sted og tid: Institut for Uddannelse og Pædagogik (DPU), Tuborgvej 164, 2400 København NV, lokale A200.

Torsdag den 19. marts 2015, kl. 13:00 til 16:00.

For yderligere oplysninger om afhandlingens indhold: Lihy@phmetropol.dk

Temaeftermiddag om Levercirroseklinikken - Fra projekt til succes

I 2009 etablerede gastromedicinsk sengeafsnit K3, Bispebjerg Hospital et projekt for patienter med dekomenseret levercirrose på alkoholisk baggrund. I dag har projektet udviklet sig til en permanent ambulatoriefunktion, og vi vil gerne fortælle om vores erfaringer, og drøfte om der bør etableres Levercirroseklinikker i hele Danmark.

Tid: onsdag den 6. maj 2015 fra kl. 11-15. Sted: Bispebjerg Hospital's Uddannelsescenter.

Tilmelding: Senest 1. april til afdelingssygeplejerske Lotte Grønning på lotte.groenning.01@regionh.dk Arrangementet er gratis. Der vil være forplejning undervejs.

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Temadag for sundhedsplejersker**

Social ulighed og sundhedsplejerskers opgaver og roller i den forbindelse. Det er tema for en spændende dag med oplæg og workshops.

Tid og sted:

20. april 2015 kl. 10:45 - 12:15
Bethesda, Rømersgade 17,
1360 København K

Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Screeninger i klinisk praksis

Hvornår hjælper screeninger til at gøre min sygepleje bedre? Og hvornår gør de ikke? Videnscafé med faglig diskussion om værdien af screeninger i sygeplejen.

Tid og sted:

16. marts 2015 kl. 16:30 - 19:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Akutfunktioner i kommunerne

Videnscafé om sygeplejerskernes rolle, og organiseringen af akutfunktioner i kommunerne.

Tid og sted:

13. april 2015 kl. 16:30 - 19:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Orientering om Koncept Fagidentitet

Har I brug for at styrke jeres fagidentitet? Så skal I måske deltage i den kommende runde af kredsens "Koncept Fagidentitet".

Tid og sted:

15. april 2015 kl. 13:00 - 15:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4. sal

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/fagidentitet

Sygeplejersker med varige begrænsninger i arbejdsevnen

Du er velkommen til at deltage i mødet for at se, om det er noget for dig.

Tid og sted:

26. marts 2015 kl. 13:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.sal,
1360 København K

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/NedsatArbejdsevne

Sjælland**Videnscafé Men er der lige adgang til sundhed?**

Nina Brünés fortæller om, hvordan hun arbejder for lige adgang til sundhed, og giver hendes bud på, hvordan vi kan blive bedre til at tackle de udfordringer der er i mødet med patienter med tunge sociale problemer.

Tid og sted:

14. april 2015 kl. 16:30 - 18:30
Borup Erhvervshus,
Møllevej 15, 4140 Borup

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest den 8. april 2015

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjaelland

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord. Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

Sommerhus, Læsø

Ældre, enkelt, hyggeligt sommerhus til maksimum 4 personer udlejes. Huset ligger ugenert på en 20.000 m² dejlig naturgrund, nær badestrand. Pris 2.450 kr./uge i højsæson og ellers 1.950 kr./uge inkl. forbrug.

Ring for brochure, tlf. 2982 2400.

Spanien, Alicante

Lejlighed med stue og 2 soveværelser med altan. 100 meter fra børnevenlig badestrand og skønne promenader. God til 4 personer mulighed for ekstra opredning. Rimelige priser. Tjek hjemmeside med video: www.marmenor.dk

Marianne Kieffer
Tlf. 3967 8027 (efter kl. 18)

Familieweekend - Vestfyn

Weekendophold max. 24 pers. 4 ferielejligheder, den ene med spiseplads til alle. Borde, stole, service, ovn, opvaskemaskine osv. Ved Assens på Vestfyn. Idyllisk 4-længet stråttækt bondegård. Have med legeplads og boldspil. Høns og kaniner. Shelter. www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516 / 2015 1786

Tilbring ferien i Fyrpasserens Villa i Skagen

Smukt renoveret hus med 2 separate lejligheder. Kan også lejes samlet. Centralt beliggende tæt på Det hvide Fyr. 300 m til stranden. Se billeder, priser m.m. på vores hjemmeside

www.fyrpasserens-villa.dk
Tlf. 6178 1041, 4042 7853

Italiensk byhus i bjergby 50 km syd for Rom

I det historiske centrum i det autentiske Italien ligger Cori 20 km fra Middelhavet. Her udlejes et byhus til 6 personer med prægtig udsigt.

Peter Friis
Tlf. 2844 2247
friitho@hotmail.com
www.cori-hus.dk

Marielyst Falster Danmarks bedste badestrand

Dejligt naturområde samt skov i nærheden. 100 m fra stranden. Et 90m² sommerhus med 6 sengepladser i 3 rum. Stor stue med sovesofa, 2 TV, DVD, video, cd. Lyst og venligt. 2 terrasser, stor græsplæne, udhus, carport, rygerum. 8 cykler, grill, legetøj, vaske-maskine. Leje 3.000/3.500 om ugen samt forbrug. Tlf. 5470 6584 - 4041 3584 E-mail: orebyvej261@gmail.com

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehotel med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Trænger du til ...ferie?



Fritidshus ved Skærby Strand

DSR har i alt 41 fritidsboliger, beliggende 5 steder ved de danske kyster.

Du kan vælge mellem Gl. Skagen (4 huse og 2 lejligheder), Skærby Strand ved Nykøbing Sj (9 huse) og Dueodde på Bornholm (6 huse) alle med plads til max. 6 personer samt Løkken (11 lejligheder) og Strandfogedgården i Klegod på Holmsland Klit (9 lejligheder) med plads til max. 2, 4 eller 6 personer.

Du kan leje både weekend-, hvedags- og ugeperioder.

Ring til PKA's Boliganvisning på telefon 39 45 42 87.

Du kan se ledige lejeperioder og flere oplysninger på www.dsr-fritidsboliger.dk

Smukke Gl. Skagenshuse

Husene er oprindelige og attraktive, ligger 75 m. fra hav, havn, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt oprindeligt miljø i huse, som er løbende renoveret. Der er 400m² udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse:
www.kaptajnens-hus.dk
tlf. 2124 3483
blog: <https://kaptajnen-shus.wordpress.com/>

Juelsminde / As Vig

Sommerhus v/ Juelsminde. 70 m. fra børnevenlig sandstrand, 6 sovepladser, brændeovn, opvaskemaskine m.m.

Pris fra 1.650,00 dkr. / uge + forbrug.

Telf. 4056 1767

Monaco/Roquebrune/Menton

Storslået udsigt over stranden, Middelhavet og Monaco. 2 værelser lejlighed på den klassiske franske riviera med 4 sovepladser. Stier langs vandet til Monaco og omkring Cap Martin. Lokaltog til Italien. Spændende middelalderby med gode restauranter. Yderligere oplysninger på www.rivieraen.dk

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse



Grete Christensen
Formand



Anni Pilgaard
1.-næstformand



Dorte Steenberg
2.-næstformand



Irene Hesselberg
Formand for
Lederforeningen



**Sanne Fuglsang
Nyquist**
Formand for LLS

Kredsformænd



Vibeke Westh
Kreds Hovedstaden



Helle Dirksen
Kreds Sjælland



John Christiansen
Kreds Syddanmark



Anja Laursen
Kreds Midtjylland



Jytte Wester
Kreds Nordjylland

1.-kreds næstformænd



Vibeke Schaltz
Kreds Hoved-
staden



Nils Håkansson
Kreds Sjælland



**Line Gessø
Storm Hansen**
Kreds Syddanmark



**Bente Alkærsig
Rasmussen**
Kreds Midtjylland



**Helle Kjærager
Kanstrup**
Kreds Nordjylland

Dansk Sygeplejeråd centralt

Administrerende direktør

Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 33 15 15 55 • Telefax 33 15 24 55
E-mail: dsr@dsr.dk • www.dsr.dk

Ekspeditionstid (også tlf.):

Mandag-torsdag kl. 9 - 16
Fredag kl. 9 - 15.

Lederforeningen Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Tlf. 46 95 39 00
E-mail: lederforeningen@dsr.dk
www.dsr.dk/lederforeningen

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning

Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
Tlf. 4695 4234
E-mail: sls@dsr.dk • www.dsr.dk/sls

Sygeplejeetisk Råd

Formand: Randi Blligaard
Udviklingskoordinator, cand.cur.
Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

Kreds Hovedstaden

Kredschef

Anne Tovborg

Hovedtelefonnummer: 7021 1662
Hovedfaxnummer: 7021 1663
Hjemmeside:
www.dsr.dk/hovedstaden
E-mail: hovedstaden@dsr.dk

Hjemmesiden indeholder individuelle
kontaktoplysninger på kredsens
medarbejdere og formandskab

Kontor

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Åbnings- og telefontider:

Man, tirs, tors, fre: 09.00 - 14.00
Ons: 13.00 - 16.00

Lokalkontor

Haslevej 50
3700 Rønne
Tlf: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid

Man, tirs og tors: 09.00 - 12.00

Kreds Sjælland

Kredschef

Mads Hyltdgaard

Hovedtelefonnummer: 7021 1664
Hovedfaxnummer: 7021 1665
Hjemmeside: www.dsr.dk/sjaelland
E-mail: sjaelland@dsr.dk

Kontor

Møllevej 15
4140 Borup

Kontorets åbnings- og telefontider

Telefonåbent

Mandag	09.00 - 14.00
Tirsdag	13.00 - 16.00
Onsdag	09.00 - 14.00
Torsdag	13.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Fremmøde

Mandag	08.30 - 15.30
Tirsdag	08.30 - 15.30
Onsdag	08.30 - 15.30
Torsdag	12.00 - 16.00
Fredag	09.00 - 13.00

Kreds Syddanmark

Kredschef

Jan Villumsen

Hovedtelefonnummer: 7021 1668
Hjemmeside: www.dsr.dk/syddanmark
E-mail: syddanmark@dsr.dk

Kontor

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia

Telefontider

Kl. 08.30 - 13.00 - mandag, tirsdag,
onsdag og fredag
Kl. 13.00 - 16.00 - torsdag

Kreds Midtjylland

Kredschef

Ann Dahy

Fælles postadresse

DSR, Kreds Midtjylland
Marienlystvej 14
8600 Silkeborg
Du er altid velkommen i åbningstiden,
men ring og aftal tid.

Hovedtelefonnummer: 4695 4600
Hovedfaxnummer: 7021 1667
Hjemmeside: www.dsr.dk/midtjylland
E-mail: midtjylland@dsr.dk

Lokale kontorer

Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående aftale.

Minddegade 10
8000 Aarhus C

Åbent efter forudgående aftale.

Telefontider

Mandag - tirsdag kl. 10.00 - 15.00
Onsdag lukket
Torsdag kl. 10.00 - 15.00
Fredag kl. 10.00 - 13.00

Kreds Nordjylland

Kredschef

Iben Gravesen

Telefon: 4695 4850
Telefax: 9634 1426
Hjemmeside: www.dsr.dk/nordjylland
E-mail: nordjylland@dsr.dk

Kontor

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV

Kontorets åbningstider

Man - ons kl. 09.00 - 15.00
Torsdag kl. 13.00 - 16.00
Fredag kl. 09.00 - 12.00



Sykepleiere, spesialsykepleiere og sykepleierstudenter søkes til Norge!

Vil du bestemme din egen arbeidstid?

I Dedicare bestemmer du når, hvor og hvordan du jobber. Vi har avtaler i hele Norge, gode lønnsbetingelser, vi betaler bolig og reise. Ny og bedre sommerbonus samt vervepremie! Vi veileder deg i søknad om norsk autorisasjon, du får din egen personlige bemanningskonsulent i Dedicare!

Du bestemmer!

Kontakt oss!

Send oss en mail på rekruttering@dedicare.no eller ring oss på **+47 07480**

Kontaktperson Anne Marit Valstad, mobil **+47 9243 5130**

Du kan og registrere deg via vår hjemmeside www.dedicare.no/nurse

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse