

SYGGEPLEJEN

DANISH JOURNAL OF NURSING  NR. 8 · 22. JUNI 2015 · 115. ÅRGANG

Vinder af Kirsten Stallknecht Prisen

Psykiatriens kamp mod ventelister er uforsvarlig

Hjælp patienter med
apopleksi og inkontinens

Ønsker til
den nye regering

[#TidTil](#)
[#Kvalitet](#)



God lønn
i Norge!

Nyutdannet sykepleier?

Hele Norge er klar til å ta i mot deg!

Dedicare har oppdrag til sykepleiere over hele Norge! Sommerjobb, freelance, lange perioder – du bestemmer. Vi har avtaler med alle sykehus i Norge og med 100 kommuner over hele landet. Du kan oppleve storby, midnattsol, fjorder og daler – **Vi har alt!**

✓ God lønn

✓ Sommerbonus

✓ Gratis bolig

✓ Gratis reise

Du får din egen kontaktperson hos oss som følger deg opp før, under og etter oppdrag hos Dedicare.

Kontakt oss og vi forteller mer!

Registrer deg på www.dedicare.no eller send en mail på rekruttering@dedicare.no
Ring oss på tel **+47 07480**

Vi bryr oss mer!

DEDICARE

Nurse

Nye veivalg i yrkeslivet

Møt to sykepleiere som begge har valgt å jobbe for bemannings-selskapet Dedicare i Norge, i stedet for en tradisjonell ansettelse. Les mer om deres bakgrunn og tanker omkring dette valget.



THEIS L. SMEDEGAARD DANSK SYGEPLEJERSKE I NORGE



FREJA HOLMBERG KRØNER DANSK SYGEPLEJERSKE I NORGE

A utgjøre en forskjell er det som driver mange sykepleiere. Dette kaller trenger ikke å innebære at vi er tro mot kun en arbeidsplass hele yrkeslivet. Vi sverger i stedet vår troskap til pasientene. En sykepleier som heller vil arbeide som sykepleier for Dedicare i Norge tilbys samme sikkerhet og trygghet som annen ansettelse, men med full fleksibilitet for å bestemme over sin egen arbeidssituasjon. Vi har spurt 2 danske sykepleiere som allerede har jobbet for oss om deres valg.

“Som nyuddannet sykepleierske hadde jeg en umådelig lyst til at komme ud og se lidt af verdenen, samtidig havde jeg et stort ønske om at få noget sygeplejeerfaring og dygtiggøre mig. Hos Dedicare fik jeg muligheden, samtidig med at jeg fik alt den tryghed og støtte jeg havde brug for. Dedicare arrangerede alt det praktiske. Jeg skulle bare koncentrere mig om at være en dygtig sygepleierske”

– **Theis L. Smedegaard,**
dansk sygepleierske i Norge

“Da jeg blev færdig som sygepleierske vidste jeg, at jeg ikke var klar til at starte min karriere på et dansk hospital – jeg var alt for nysgerrig. Derfor kontaktede jeg Dedicare og hørte om muligheden for at rejse med dem til Norge. Det var fleksibelt, og jeg bestemte selv over hele mit skema, og jeg endte med at blive der i et år. Dedicare kan varmt anbefales, og det er ikke sidste gang, jeg har arbejdet som vikar i Norge.”

– **Freja Holmberg Krøner,**
dansk sygepleierske i Norge

KORT

14 Fortidens store redningsaktion trækker spor til nutiden
Hjælperne på De Hvide Busser vidste ikke, hvad de gik ind til i 1945, ligesom nutidens sygeplejersker ikke kendte den personlige risiko, da de bekæmpede ebolaepidemien i Afrika.

KIRSTEN STALLKNECHT PRISEN 2015

18 Hun sagde stop, da fagligheden forsvandt
Sygeplejerske Lisbeth Wium-Andersen følte, at kvaliteten måtte vige for politiske krav i psykiatrien. Hun sendte et kritisk læserbrev til den lokale avis - og vandt pris for at ytre sig.

TEMA OM UDREDNINGSGARANTI I PSYKIATRIEN

22 Fokus på nye patienter presser psykiatrien
For to år siden indførte regeringen udrednings- og behandlingsgaranti i psykiatrien. Garantien møder kritik, og flere mener, den bør evalueres, inden den til september sættes ned fra 60 til 30 dage.

BAGGRUND

32 Ønsker til den nye regering
Mandaterne er fordelt, og det er tid til at sætte handling bag de gode løfter. Se fire ønskesedler til, hvad den nye regering skal prioritere.

34 Patienterne taber, når arbejdsmiljøet halter
Et nyt forskningsreview slår fast, at arbejdsmiljøet har direkte betydning for fejl og dødsfald i sundhedsvæsenet.

36 Åbent brev: Kæmp for anstændige arbejdsvilkår
Et mangeårigt medlem af Dansk Sygeplejeråd beskriver, hvordan arbejdsvilkårene for sygeplejersker er blevet forværret de sidste 40 år. I et åbent brev til formanden efterlyser hun handling for at værne om sygeplejen.

38 Udlandet kæmper også med farlige patientovergange
Danmark er ikke det eneste land, hvor sygeplejersker arbejder for mere sikre patientovergange. Der er inspiration at hente både i USA og Sverige.

44 Fem til ferien
Her er fem forslag til bøger, der emmer af udsyn, menneskekundskab og galde. Det sidste i afmålte, men ikke dårlige doser. De fleste hovedpersoner er kvinder, og det er faktisk tilfældigt.

46 PÅ JOB: De sikrer, at udsatte patienter gennemfører behandling
Aarhus Universitetshospital ansatte sidste år to socialsygeplejersker til at tage sig af socialt udsatte patienter. Ordningen har betydet mindre stigmatisering.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION

51 Massivt overarbejde på landets hospitaler
Arbejdspresset på landets hospitaler er nu så stort, at hver tredje sygeplejerske må tage fritiden i brug for at løse sine opgaver, viser nye tal.



18



32



46

FAGLIG INFORMATION

- 60 Et innovativt bachelorprojekt
- 62 Effektivt redskab til børns egenscoring af smerter
- 64 Sygeplejeforskere støttet med i alt 1 mio. kr.

FAG

68 En ny patientcentreret stikkekultur

I en patientcentreret guideline matches personalets erfaringsniveau med, hvor vanskelig patienten forventes at være at stikke. Det gavner patienter med nålefobi eller skrøbelige årer.

76 Videokonferencer i patientens hjem forebygger genindlæggelser

Det tværsektorielle samarbejde har brug for at blive styrket, så patienterne ikke havner mellem to stole ved udskrivelse fra hospitalet til hjemmet.

TEORI OG PRAKSIS

81 Nedre urinvejssymptomer hos indlagte apopleksipatienter

Personer, som har haft apopleksi, mister ofte evnen til at kontrollere vandladningen. Artiklen beskriver, hvad personalet kan gøre for at teste patientens vandladning, opdage eventuelle problemer og afhjælpe disse gennem træning og faste vandladningsrutiner.

I HVERT NUMMER

- 7 Diagnosen
- 8 Studerende i praksis
- 10 Kulturjournalen
- 12 Dilemma
- 13 Historisk
- 52 5 faglige minutter
- 54 Debat/Mindeord
- 58 Facebook
- 60 Fagtanker
- 63 Fra forsker til fag
- 95 Stillingsannoncer
- 97 Kurser/møder/meddelelser
- 99 Kontakt

Forsidefoto **Christoffer Regild**

Husk sundhedsløfterne efter valget

Sommeren står for døren, og solen er begyndt at komme frem efter et veloverstået folketingsvalg. I Dansk Sygeplejeråd har vi arbejdet for at sætte sygeplejerskernes arbejdsvilkår og arbejdsmiljø på dagsordenen i forbindelse med valgkampen. Derfor er vi naturligvis rigtig glade for, at valgkampen i så høj grad har været præget af en sundhedspolitisk dagsorden. I den forbindelse vil jeg gerne sig tak til alle de sygeplejersker, der dag for dag har været med til at dokumentere sygeplejerskernes travle hverdag på de sociale medier og andre steder i forbindelse med #TidTilKvalitet-kampagnen.

Det er lykkedes at sætte et politisk pres på at få afsat flere ressourcer til sundhedsvæsenet. Der er afgivet løfter om flere midler til at nedbringe overbelægning og til integrationen af det nære sundhedsvæsen med de kommende supersygehuse. Initiativer der skal skabe mere rum til kvalitetstid. Men det er også vigtigt at være realistisk. Sundhedsvæsenet står over for en række udfordringer - eksempelvis vil antallet af ældre og kronisk syge stige i løbet af de kommende år, samtidig med at mange borgere stadig oplever ikke at få en sammenhængende behandling. Vi må derfor erkende, at hvis vi i fremtiden vil have et bæredygtigt sundhedsvæsen, skal der mere til.

Sygeplejersker kan bidrage med konkrete løsninger på nogle af disse udfordringer. Derfor har vi også en række ønsker til den nye regering. Dem kan du læse mere om i dette nummer af *Sygeplejersken*, hvor Dansk Sygeplejeråd giver en ønskeseddel til den nye regering.

Vi vil aktivt søge at få indflydelse på, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal se ud, og vi vil holde den nye regering op på dens løfter - også efter valgkampen.

God sommer!



Grete Christensen, formand



NÆSTE NUMMER UDKOMMER 17. AUGUST
Sygeplejerskens redaktion ønsker alle vores
læsere en god sommer.

Chefredaktør, ansvarlig efter medieansvarsloven
Katrine Nielsen
 knl@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4282

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
 jb@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

Layouter
Sasja Hermansen
 sh@dsr.dk
 Tlf.: 4695 4117

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

Sekretær
 Kurser, møder, meddelelser
Birgit Nielsen
 bn@dsr.dk

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2014:
 74.822 eksp.
 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.

Mænd starter senere på sygeplejestudiet

I Vestaustralien er syv ud af 10 kvinder 20 år eller yngre, når de starter på sygeplejestudiet. Det står i kontrast til mændene, hvor tallet kun er fire ud af 10, viser en ny rapport. I Danmark ses samme tendens.

Tekst **Vinni Yang Søgaard**

De fleste kvindelige sygeplejestuderende i Vestaustralien påbegynder allerede studiet direkte efter en gymnasial uddannelse. Mændene derimod skal lige have nogle ekstra år på bagen, før de prøver kræfter med sygeplejen. Det er nemlig en svær beslutning for mange unge mænd at blive sygeplejerske, forklarer Dr. David Stanley, som er lektor ved afdelingen for sygepleje og sundhedsvidenskab ved Charles Sturt University. Han er projektleder bag forskningsrapporten.

"Mændene får ikke præsenteret sygepleje som et seriøst karrierevalg i skolen, og de forstår ikke, hvad en karriere som sygeplejerske indebærer. Så selv hvis det bliver præsenteret for dem som et karrierevalg, ser de det ikke som en mulighed. Desuden ser de mange negative billeder af mandlige sygeplejersker i medierne, så det bliver en udfordrende beslutning for en ung mand at skulle gå imod det," forklarer han.

Sygepleje er den 2. karriere

Over halvdelen af mændene i den vestaustralske sygepleje var i gang med en anden karriere, før de besluttede sig for, at de skulle være sygeplejerske. Det billede ser meget anderledes ud for kvinderne, hvor det kun var en ud af fem, der havde en anden karriere før.

"Jeg tror, det er et karrierevalg, mænd tager, efter de er blevet skuffede over en anden karriere. Det kan være, fordi den anden karriere ikke opfylder nogle mænds ønske om at være i kontakt med mennesker frem for computere eller ma-

skiner. Og så kan det også være, fordi de indser, at de - ligesom mange kvinder - ønsker at gøre en forskel," fortæller David Stanley.

Danmark viser samme billede

Der findes ingen tal for gennemsnitsalderen på de vestaustralske sygeplejestuderende, men i Danmark var gennemsnitsalderen for kvinder, der startede på sygeplejerskeuddannelsen i 2013, 24,7 år, mens gennemsnitsalderen for mænd var 27,3 år. Det viser tal fra Undervisningsministeriets databank.

Grunden til denne forskel er, at mænd først skal møde sygepleje ude i virkeligheden, før de rigtig kan se, hvad det indebærer, siger Kenn Warming, der er ph.d. i sociologi ved Institut for Menne-skerettigheder og har specialiseret sig inden for kønsopdelte arbejdsmarkeder.

"Mænd opdager ofte igennem deres job i f.eks. i militæret, at de har en interesse for sygepleje, fordi de f.eks. møder en mandlig sygeplejerske eller får en funktion, der indebærer sygepleje," fortæller han.

Og når de mænd så finder ud af, at de har en interesse for sygepleje, skal de også have lidt tid til at overveje, hvilke fordele og ulemper der er ved et karriere-skifte:

"Mange af mændene er meget bevidste om, at de krydser en usynlig barriere for, hvad der er socialt legitimt for dem som mænd, når de bliver sygeplejerske. De bruger derfor lang tid på at overveje for og imod," forklarer Kenn Warming.



Illustration Gitte Skov

Tele-hjem-konferencer forebygger - ligesom følge-hjem-ordningen - genindlæggelser, men sygehusets sygeplejersker kan nå flere opfølgende samtaler om dagen vha. førstnævnte. Problemet er bare, at nogle områder - og i bybegyngelse - mangle netdækning ... Læs mere side 76.

Patienter:

Sådan får vi styr på medicinudgifterne

Danske Patienter og samtlige ledelser i 17 af landets største patientforeninger er gået sammen om syv forslag til politikerne, der viser, hvordan man kan håndtere de stigende udgifter til medicin uden at skære i patienternes adgang til præparater, der har en god effekt. Det sker som modsvar til den igangværende debat om medicinudgifter, som foreningerne mener, er unuanceret og skaber utryghed blandt patienterne i Danmark, da den fokuserer for meget på, hvor meget medicinen koster, fremfor hvad den egentlig gavner. De syv forslag indeholder bl.a. opfordringer til at

- lave bedre prisaftaler med medicinalindustrien,
- lave bedre særskilte og flerårige budgetter for medicinudgifterne
- ændre de incitamentsstrukturer, der eksisterer på hospitaler og i regioner, og
- opgøre udgifterne til medicin over for gevinsterne systematisk.

Hele udspillet kan læses på www.danskepatienter.dk, skriv "Sådan håndterer vi udgifterne til medicin" i søgefeltet øverst til højre.

(CSO)

” Det er en vanvittig ide at tro, at man hvert år kan øge aktiviteten mere, end man øger personalet. Kravet om årlige aktivitetsstigninger medfører jo ganske enkelt, at opgaverne bliver flere, uden at der følger penge med. Det betyder, at de ansatte skal løbe stærkere og stærkere og stærkere.

Johanne Schmidt-Nielsen, politisk ordfører, Enhedslisten, pressemeddelelse, den 7. juni.

At motivere patienten er også en slags omsorg

Katrine Arleth Kjær Sørensen, sygeplejestuderende på modul 10, University College Lillebælt - Odense

Teoriene i sygeplejestudiet gav ikke mening, og det påvirkede lysten til at læse dem. Mødet med et livsstykke af en patient ændrede dog den holdning, og omsorgsteorien blev til at forstå.

Igen gennem sygeplejestudiet har jeg haft det svært med de mere filosofiske teorier, bl.a. Patricia Benner og Judith Wrubels omsorgsteori. Siden jeg første gang stødte på teorien på modul 3, har min motivation for at sætte mig bedre ind i stoffet været begrænset, dels pga. en masse anden littera-

tur, dels fordi jeg ikke kunne finde mening med teorien.

Det ændrede sig, da jeg mødte en særlig kvinde i min klinik i primær sektor på modul 6. Jeg havde en længere samtale med hende i forbindelse med en dataindsamling, som skulle være klar til min eksamen. Jeg bemærkede straks, hvilket livsstykke hun var. Selv om alderen trykkede med alt fra artrose til hypertension, så havde hun gejst og lyst til livet. Hun fortalte ivrigt om de ting i sit liv, som gav hende glæde og livskvalitet, bl.a. socialt samvær i en lokal

forening og udlandsrejser, samt hvordan hun formåede at klare en almindelig hverdag, med alt fra rengøring til indkøb.

Et par dage efter samtalen havde jeg mulighed for at læse lidt op på nogle forskellige ting i et par timer på mit kliniksted. Jeg skimmede bogreolen igennem og så Marit Kirkevolds "Sygeplejeteorier - analyse og evaluering".

"Nåh ja," tænkte jeg. "Der er vist noget med, at du ikke har helt styr på Benner og Wrubel, Katrine." Så jeg snupede bogen og begyndte læsningen.

Og der skete det forunderlige. I sætningen: "Omsorg defineres som en måde at forholde sig til verden på; det indebærer, at personer, begivenheder, projekter (hobbyer, arbejde osv.) og ting betyder noget for/angår et menneske," og videre: "Som Benner og Wrubel bruger ordet omsorg, betyder det altså ikke bare et forhold mellem personer, men et differentieret, værdiladet forhold, som eksisterer mellem en person og det, som for vedkommende er meningsfuldt og betydningsfuldt", faldt 10-øren.

Dér forstod jeg, hvad omsorg også kan være. Dér fandt jeg ud af, at omsorg er drivkraften bag en persons handlinger, hvad enten det er i forhold til andre mennesker eller projekter. Det hele gav pludselig mening.

Jeg begyndte at tænke tilbage på andre patienter fra mine forrige klinikker, de havde alle én ting til fælles: De havde motivation for at komme videre i deres forløb på baggrund af omsorg. Om det så var omsorg for deres børn, hund eller have. Alle ville fremad, fordi de havde betydnings- og meningsfulde forhold i deres liv.

Så til dig, der lærte mig at forstå Benner og Wrubel: Tusind tak!

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.

"Hun fortalte ivrigt om de ting i sit liv, som gav hende glæde og livskvalitet, samt hvordan hun formåede at klare en almindelig hverdag, med alt fra rengøring til indkøb."



Psykiatrien i Region Sjælland er i en rivende udvikling. Kvaliteten stiger og ventetiden er barberet kraftigt ned. Og allerede i august åbner vi dørene til et nyt psykiatrisygehus i Slagelse.

Læs mere om den positive udvikling og det nye psykiatrisygehus på www.regionsjaelland.dk/psykiatrien



KARLSSON ARCHITECTS ©

Som medarbejder i det nye sygehus får du en arbejdsplads, der er et fyrtårn inden for moderne psykiatri. Psykiatrisygehuset bliver banebrydende med brugen af arkitektur, kunst og lys som en del af behandlingen. Sygehuset vil samtidig give optimale forhold for personalet og skabe rum for forskning og innovation.

Film



Foto: Scanbox

Bliver medlidendehedsmaskinen aktiveret for at give lidende plejehjemsbeboere mulighed for at begå selvmord?

Premiere den 9. juli

Afskedsfesten

Israelsk komediedrama

En gruppe plejehjemsbeboere i Jerusalem er kede af at se deres bofæller lide unødigt, inden de skal dø. Så da ægteparret Levana og Yehezkels ven ligger for døden, og hospitalet nægter at afslutte behandlingen, beslutter de sig for at bygge en medlidendehedsmaskine, der kan tage livet af mennesker på en rolig måde. Rygterne om maskinens muligheder spredes med lynets hast, og snart står lidende ældre i kø for at få hjælp til at sige farvel til livet. Nu står parret i et svært dilemma - for hvem skal egentlig bestemme over liv og død?

Vises over hele landet.

Premiere den 6. august

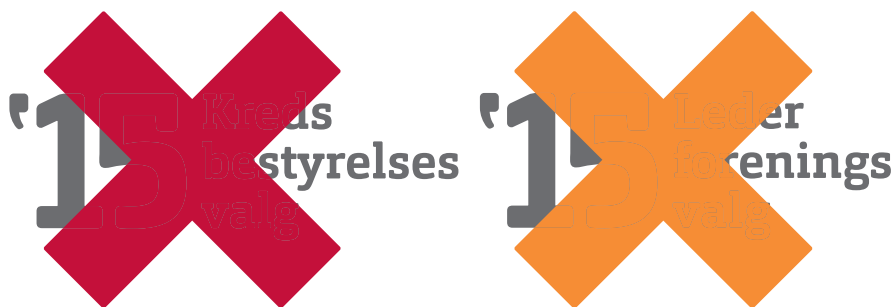
Maries historie

Fransk drama

Maries historie er baseret på den virkelige historie om Marie Heurtin, der bliver født både blind og døv. Hun er et vildt og uregerligt barn, men nonnen Marguerette vinder hendes tillid og lærer hende at udtrykke sig selv igennem taktilt tegnsprog, hvor modtageren lægger sine egne hænder på de kommunikerendes hænder og mærker tegnene.

Vises over hele landet.

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



Udsigt til indsigt og indflydelse

Efteråret byder på valg til de fem kredsbestyrelser i Dansk Sygeplejeråd og til Lederforeningens bestyrelse. Som indvalgt i en af bestyrelserne er man tættest på alle de beslutninger, der vedrører medlemmerne af organisationen.

Indsigt og indflydelse er der masser af, når man som medlem af Dansk Sygeplejeråd også er valgt ind i en af de fem kredsbestyrelser - eller i Lederforeningens bestyrelse.

At søge sundhedspolitisk indflydelse både på kommunernes og på regionsrådenes arbejde fylder rigtig meget i bestyrelsesarbejdet. Men også opfølgning på f.eks. lokale arbejdsmiljøproblemer, omstruktureringer, fyringsrunder, supersygehuse og MED-arbejdet samt uddannelse og faglig udvikling er en del af de emner, man beskæftiger sig med i kredsbestyrelserne.

Lederforeningens bestyrelse arbejder naturligt nok med emner, der har relevans for de ledende sygeplejerskers dagligdag.

En del af kongressen

Medlemmerne af de fem regionale kredsbestyrelser samt bestyrelsen i Lederforeningen udgør størstedelen af Dansk Sygeplejeråds kongres, som er organisationens øverste myndighed. Det er kongres-

sen, som sætter rammerne for Dansk Sygeplejeråds virke i almindelighed, og det er kongressen, som i særdeleshed tager stilling til en anbefaling eller en afvisning af et overenskomstforslag, når der har været overenskomstforhandlinger.

Overvej at stille op

Midt i august åbner to nye hjemmesider <http://kredsvalg.dsr.dk> og <http://lederforeningsvalg.dsr.dk>, som indeholder praktiske oplysninger om arbejdet i bestyrelserne samt om, hvordan man stiller op som kandidat. Det er også tidspunktet, hvor man kan melde sig som kandidat og skrive sit valgoplæg. Opstillingsfristen løber fra den 18. august og frem til den 30. september. Alle opstillede kandidater præsenteres i *Sygeplejersken* nr. 12/2015 til oktober, umiddelbart før valget begynder den 25. oktober.

De kommende numre af *Sygeplejersken* vil løbende berette om valget.

Tilmeld dig faglige nyheder

Få nyheder fra *Sygeplejersken* direkte i din indbakke. Du tilmelder dig ved at gå ind på sygeplejersken.dk og klik på "Abonnér på nyheder fra Sygeplejersken.dk" under nyhedsspalten.



Potentielle MERS-smittede rejser fra Sydkorea

Mellem 20-30 udlændinge skulle have været i "hjemmekarantæne" i Sydkorea efter mistanke om, de er blevet smittet med MERS (Middle East Respiratory Syndrome), skriver Arirang den 16. juni. Alligevel er omkring 10 af udlændingene taget hjem til

deres hjemland som bl.a. er Japan. Der er ikke nogen fra de officielle myndigheder, der har forklaret, hvorfor og hvordan, det kan ske. 19 patienter er nu døde ud af de 154 smittede, siden MERS-udbruddet begyndte juni i Sydkorea.



KOL-patienter kan ringe til rådgivningscenter

Tekst **Vinni Yang Søgaard**

Patienter med lungesygdommen KOL kan nu søge vejledning gennem KOL-kompetencecentret, som udvider fra kun at findes i Næstved Kommune til også at være en service i Ringsted, Slagelse og Vordingborg kommuner.

Patienter med KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom) eller deres pårørende kan ringe til rådgivningstelefonen, KOL-kompetencecentret, hvor sundhedsprofessionelle besvarer spørgsmål om, hvordan man bedst lever med sygdommen.

"Vi har fokus på at forebygge genindlæggelser. Vi rådgiver de sund-

hedsprofessionelle til at styrke det tværsektorielle samarbejde. Her kan centrets rådgivere øge borgernes viden om hvilke muligheder, de har," skriver leder af KOL-kompetencecentret Marianne Neerup i en pressemeddelelse og nævner som eksempel motionstilbud.

Rådgivningstelefonen har nummeret 5651 4860. Der er åbent dagligt mellem klokken 8-15. Hver onsdag stilles telefonen om til en borger, der har levet med KOL i mange år. Man kan også sende en e-mail på adressen kolcentret@regionsjaelland.dk

Hvem kan servere det lækreste måltid?

En månedlig buffet på plejehjemmet, farvede tallerkener til demente og frivillige som spisevenner. Sådant lyder nogle af de gode idéer fra en ny vidensbank, www.bedremaaltider.dk, som skal give inspiration til mad og måltider til ældre. Fødevarestyrelsen, Madkulturen og Socialstyrel-

sen står bag initiativet, hvor kommuner og institutioner opfordres til at bidrage med idéer, som kan inspirere andre.

Læs mere på www.bedremaaltider.dk

(sbk)

400 sygeplejersker døde af ebola

Flere end 11.000 mennesker er døde af ebola, siden Guinea, Liberia og Sierra Leone blev ramt af den værste epidemi nogensinde i 2013. Blandt ofrene var 815 sundhedsmedarbejdere; næsten halvdelen var sygeplejersker. Det tal er katastrofalt højt, påpeger WHO. Liberia blev erklæret ebolafrit i juni, men Guinea og Sierra Leone melder stadig om 10-20 nye tilfælde om ugen. De tre lande står nu over for en massiv og dyr genopbygning af deres sundhedsvæsen. Det skriver Reuters.

Overbelægning øger dødelighed

De seneste to år er der blevet indrapporteret 756 uventede dødsfald på norske sygehuse. Af dem kunne halvdelen sandsynligvis være undgået, hvis der var mindre overbelægning og mere personale. Det mener både læger, sygeplejersker og forskere ifølge det norske medie NRK. Norske sygehuse har i gennemsnit en belægning på 93 pct., mens den er 100 pct. flere steder. En tysk undersøgelse viser, at dødeligheden øges betydeligt ved en belægning på 92,5 pct. eller højere. Og i en ny undersøgelse fra Norsk Sykepleierforbund peger sygeplejerskerne på, at fejl især skyldes for høj belægning, for lav bemanning og mangelfuld kommunikation og samarbejde.

Trukket i løn for at danse

Det koster nu en gruppe asiatiske sygeplejersker fem dages løn at have danset på et hospital i byen Al Majarda i Saudi-Arabien. Sygeplejerskernes dans i et opholdsrum blev fanget af et kamera og efterfølgende delt på de sociale medier. Og det er de lokale sundhedsmedier altså så utilfredse med, at de har besluttet at trække sygeplejerskerne i løn som straf. "Vi tolererer ikke sådanne handlinger på vores sundhedsinstitutioner," siger myndighedernes talsmand Saeed Al Nuquair ifølge www.emirates247.com

Til døden os skiller

Jette Bagh, cand.cur., fagredaktør

En uheldredeligt syg mand kan forlænge sit liv nogle år ved at få en respirator, men den beslutning lægger et stor pres på hans kone, som er træt og udslidt efter flere års pleje.

Birgitte og Henrik har været gift i 18 år, da Henrik begynder ikke at kunne synke sin mad. Birgitte bliver irriteret over hans konstante rømmen og beder ham om at gå til læge. Lægen undersøger Henrik, tager blodprøver og sender ham til en neurolog på hospitalet. En uge senere skal Henrik ind på hospitalet og have svar. Lægen ringer til Henrik og siger, at det vil være en god idé, at han tager Birgitte med. Efter en kort indledning siger lægen, at Henrik har en sygdom, der kaldes ALS, Amyotrofisk Lateral Sklerose. Parrets verden bryder sammen. De er begge først i 60'erne og skulle til at rejse og nyde deres sommerhus noget mere.

Efter to år med sygdommen sidder Henrik i kørestol og kommunikerer via en computer. Han har ofte besøg af hjemmeplejer, og Birgitte synes, huset er blevet en banegård. Hun tager sin del af slæbet, men føler sig meget træt. Børnene kommer ikke på besøg så hyppigt, som de plejer, de finder det vanskeligt at se deres forældre så belastede, og familien synes at smuldre indefra.

Ved kontrol på hospitalet siger lægen, at det er ved at være tid at beslutte, om Henrik skal have en respirator, for vejrtrækningen er blevet markant dårligere siden sidst. Det indebærer bl.a., at der skal være hjælpere i huset 24 timer i døgnet. Birgitte bider sig i læben. Hun har den største lyst til at sige "nej, jeg orker ikke mere. Det kan blive ved i mange år endnu, hvis du får en respirator, og så går jeg." Hun siger ingenting, men mærker, at hun er ved at græde.

Parret tager hjem for at drøfte fremtiden.

- Hvis Birgitte siger nej til respirator, siger hun samtidig, at Henrik ikke skal leve længere, det kan hun ikke, så hvordan kan hun håndtere situationen?
- Kan sundhedsvæsenet hjælpe familien på andre måder, end det allerede sker?

Læs mere om problemstillingen i artiklen "Pårørendes oplevelse af livsforlængende behandling til mennesker med ALS" i *Sygeplejersken* 2015;(4):78-85.

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

Svar 1. Birgitte kan ikke sige nej til tilbuddet. Det er alene Henrik selv, der kan det. Det er Henrik, som bestemmer, hvilken behandling han ønsker, og hvordan han ønsker sig livet afsluttet. Det skal

han aftale med den læge, som er den gennemgående person i hans behandlingsforløb. Det optimale ville være, om Birgitte og børnene kunne være med ved denne samtale, men igen er det Henrik, som bestemmer. At det er bedst for den gode beslutning, at Henrik har sin familie med i overvejelserne om fremtiden, kan klinikerens tale med Henrik om. Beslutning om fremtidig behandling af denne karakter vil uvægerligt påvirke hele familiesituationen, og det er vigtigt, at beslutningen ikke gør flere i familien syge. Bevidsthed herom kunne måske lette snakken om fremtiden og om, hvorledes familien også i fremtiden bliver en ressource for Henrik. Til spørgsmålet om, hvordan sundhedsvæsenet kan hjælpe yderligere, er det de gode spørgsmål til såvel patient som til den samlede familie, der skal afdække ønsker, behov og muligheder.

Af Dorte E.M. Holdgaard, RN, exam.art., SD, MPA, funktionsleder ved Tværfagligt Smertecenter, og formand for Lokalt Klinisk Etisk Komité ved Aalborg Universitetshospital..

Svar 2. En sygeplejerske bør på den ene side respektere Henriks ret til selvbestemmelse og på den anden side vise respekt for og yde omsorg for pårørende - vise respekt for Birgittes tvivl. I situationer, hvor der opstår uoverensstemmelse eller interessekonflikter i forbindelse med at træffe en fælles beslutning, er det sygeplejerskens pligt at prioritere hensynet til Henriks liv, integritet og ønsker.

Det afholder ikke sygeplejersken og øvrige sundhedsprofessionelle for sammen med ægteparret og børnene at finde løsninger på at leve et liv med sygdom, som er tåleligt for alle. Samarbejdsaftaler med Henriks hjælpere skal være klare, så Birgitte ikke er en nødvendig del af hjælperteamet. Birgitte og Henrik skal kunne fortsætte hverdagen og samlivet på trods, og der skal for begge parter skabes et frirum. De sundhedsprofessionelle skal tilbyde sig som samtalepartnere og skabe en åben dialog, så Henrik og Birgitte oplever, at de frit kan tale om at respektere hinandens ønsker og grænser. Det er vigtigt, at børnene bliver inddraget, når ægtefællerne indbyrdes er afklaret. Det kan skabe konflikter, såfremt børnene inddrages i afklaringsprocessen, og de kan komme i en situation, hvor de skal vælge mellem far eller mors ønsker og behov. De sundhedsprofessionelles tilbud som samtalepartner skal være kontinuerligt i den tid, Henrik ønsker at være i respiratorbehandling.

*Randi Bligaard Madsen, udviklingskoordinator, cand.cur., Staben, Medicinsk Afdeling Hospitalsenheden Vest, formand for Sygeplejeetisk råd
www.dsr.dk/ser*



Sygeplejersker fejrer 100-året for kvinders valgret

Dansk Sygeplejeråd deltog aldrig aktivt i kampen om kvinders valgret i 1915 og tog i mange år afstand til kvindesagen. I dag har Dansk Sygeplejeråd en selvstændig ligestillingspolitik og var med til at fejre 100-året for valgretten på grundlovsdag.

Tekst **Signe Lene Christiansen og Gunilla Svensmark**



Foto: Det Kgl. Bibliotek

Daværende formand for Dansk Sygeplejeråd, Henny Tschering, var blandt deltagerne i den deputation fra Danske Kvinders Valgretsoptog, der den 5. juni 1915 takkede Kong Christian X og Rigsdagen for, at kvinderne havde fået valgret og valgbarhed til Rigsdagen.

Dengang

Den 5. juni 1915 fik danske kvinder valgret. Den grundlovsændring, der gav kvinder ret til at stemme og til at stille op til Folketing og Landsting i Rigsdagen på lige fod med mænd, skete dog ikke fra dag til anden. Der lå mange års politisk arbejde nationalt og internationalt bag. Et arbejde som Dansk Sygeplejeråd dog ikke deltog aktivt i. Flere år tidligere havde Dansk Sygeplejeråd diskret støttet op om kvindelig valgret og valgbarhed til kommunalråd, som blev opnået i 1908. Man mente, at man med sygeplejersker i de kommunale råd kunne arbejde for forbedring af sygeplejerskernes vilkår. Dansk Sygeplejeråd erfarede imidlertid, at sygeplejerskernes krav blev modarbejdet af andre kvindelige kommunalpolitikere, og det skabte mistillid til kønspolitikken som en farbar vej blandt sygeplejerskerne. Mistilliden blev yderligere styrket i Folketinget, hvor Dansk Sygeplejeråds krav om statsautorisation frem til 1933 blev indædt modarbejdet af en kvindelig venstrepolitiker.

Gennem det meste af 1900-tallet var kvindesag og feminisme aldrig et udtalt indsatsområde for Dansk Sygeplejeråd. Der har dog været markante sager og diskussioner om sygeplejen som kald, sygeplejerskernes arbejdstid og ret til ægteskab, og i 1960-70'erne var der tilløb til enkelte feministiske markeringer blandt yngre sygeplejersker.

Når det kommer til kvindekamp, er sygeplejerskerne blevet anset som middelklassens pæne piger, der ikke interesserede sig synderligt for kvindesagen, og feministerne har derfor heller ikke betragtet sygeplejersker og deres vilkår som et felt, der var værd at beskæftige sig med.



Foto: Simon Klein Knudsen

Grundlovsdag 2015 blev det store kvindeoptog genopført for at markere 100-året for kvindernes valgret. Denne gang var målet ikke Amalienborg, men Christiansborg Slotsplads, hvor dronning Margrethe og det officielle Danmark tog imod. I optoget gik bl.a. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen (mf.).

Nu

På grundlovsdag og 100-årsdagen for kvinders valgret gik Dansk Sygeplejeråd og over 50 sygeplejersker fra hele landet med i det historiske grundlovsoptog iført både nye og historiske uniformer. Historien om Dansk Sygeplejeråds ligestillingspolitik er dog ikke mere end et år gammel. For selvom Dansk Sygeplejeråd i flere år har kæmpet for ligeløn, så var det først i 2014, at der blev formuleret en selvstændig ligestillingspolitik.

"I forhold til ligestillingspolitik har Dansk Sygeplejeråds hovedfokus altid været at minimere løngabet mellem mænd og kvinder, og gennem årene har Dansk Sygeplejeråd været i konflikt flere gange om den sag," fortæller Charlotte Vinderslev, der er chefkonsulent i Dansk Sygeplejeråds Forhandlingsafdeling og har været sekretær for Dansk Sygeplejeråds Ligestillingspolitiske gruppe, der har stået for udviklingen af organisationens ligestillingspolitik.

"Gennem årene er man gået fra overenskomstforhandling til overenskomstforhandling med krav om ligeløn, men det har vist sig meget vanskeligt at forhandle sig til ligeløn. Dansk Sygeplejeråd har derfor besluttet at arbejde bredere med ligestilling og bl.a. arbejde for at ændre ligelønsloven," fortsætter Charlotte Vinderslev og forklarer, at det især drejer sig om at få præciseret formuleringen "ligeløn for arbejde af samme værdi", for ellers er det stort set umuligt at sammenligne værdien af forskellige jobs på tværs af arbejdsmarkedet og dermed synliggøre konsekvenserne af det kønsopdelte arbejdsmarked.

Som en del af Dansk Sygeplejeråds ligestillingspolitik indgår også ønsket om øremærket barsel til fædre, og ved OK15 blev der forhandlet en uges ekstra øremærket barsel til mænd.

Pæn sum penge til sygeplejeforskning

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond har atter støttet sygeplejeforskningen - otte ansøgere tildelt legater for tilsammen 1 mio. kr.

Tekst **Henrik Boesen** • Foto **Søren Svendsen**



Otte glade modtagere af økonomisk støtte fra Den Sygeplejefaglige Forskningsfond. Fra venstre: Tina Wang Vedelø, Marianne Lisby, Maria Pedersen, Laura Krone Larsen, Ingrid Charlotte Andersen, Rebecca Mackel, Line Zimmer Rasmussen og Marie Veje Knudsen. Yderst til højre Grete Christensen, formand for Den Sygeplejefaglige Forskningsfond.

Otte forskende sygeplejersker har netop modtaget tilsammen 1 mio. kr. i støtte til deres forskellige forskningsprojekter. Støttebeviserne blev overrakt ved en lille ceremoni i Kvæsthuset, hvor fondens formand, formand for Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen, hilste på hver enkelt modtager.

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond uddelte dermed endnu en gang midler i henhold til fondens formål, der er at "yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af syge- og sundhedsplejen i Danmark og internationalt."

Temaet for de projekter, som fonden støttede denne gang, var at "bidrage til formidling og implementering af en ny viden i klinisk praksis samt forskningsprojekter, der understøtter læring i forhold til udvikling af sygeplejen."

63 forskende sygeplejersker havde

denne gang søgt om støtte fra fonden, otte blev imødekommet.

Aktuelt tema

Grete Christensen fremhævede i sin tale til legatmodtagerne, at temaet for årets uddeling er et meget aktuelt tema set i lyset af udviklingen i sundhedsvæsenet:

"Vi ser flere kronisk syge, vi har accelererede patientforløb, overbelægning på sengeafdelingerne, social ulighed og behov for mere individuelle indsatser i patienternes nærmiljø og stor grad af patientinddragelse. Det er en udvikling, som stiller store krav til kvaliteten af sygeplejen, og det er en udvikling, som de forskningsprojekter, der har fået støtte, på hver sin måde retter sig imod."

Styrker rammerne for forskning

Grete Christensen fremhævede generelt, at forskning i sygeplejen er af helt

afgørende betydning for sygeplejefprofessionen, og at Dansk Sygeplejeråd derfor har oprettet en stilling, som bl.a. skal hjælpe forskerne med at søge midler:

"Der bliver hver dag produceret ny viden, flere sygeplejersker vælger en forskningskarriere, og der skabes flotte resultater som følge af indsatsen. I Dansk Sygeplejeråd er vi helt klar over, at hverdagen for en forskende sygeplejerske også har udfordringer, ikke mindst med at få forskningsbevillinger hentet hjem. Derfor har vi i Dansk Sygeplejeråd valgt at slå en stilling op, hvor hovedfokus vil være at arbejde med rammerne for forskning, styrkelse af netværk og formidling af ny viden m.m."

Læs om de otte sygeplejerskers projekter samt om Den Sygeplejefaglige Forskningsfond på side 64 i dette nummer af Sygeplejersken.

#TidTil #Kvalitet

Patienter og pårørende skal have mere tid sammen med sundhedspersonalet. Der skal være kvalitetstid til tryk, nærvær og inddragelse.

Del dine oplevelser

Er du en af de mange sygeplejersker, der mangler tid til patienter og pårørende? Så skriv et par linjer eller optag en kort video, hvor du fortæller om dine oplevelser. Del dine oplevelser med #TidTilKvalitet på Facebook, Twitter og Instagram. Sammen kan vi sætte fokus på problemet.

Se Dansk Sygeplejeråds fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen www.dsr.dk/TidTilKvalitet

Dansk
Sygeplejeråd



Fortidens store redningsaktion trækker spor til nutiden

Ingen, heller ikke de deltagende sygeplejersker, havde begreb om, hvad de gik ind til, da de meldte sig som hjælpere på redningsaktionen De Hvide Busser i vinteren og foråret 1945. Dermed trækker Nationalmuseets nye store udstilling paralleller til situationen for nutidens hjælpearbejdere, f.eks. de danske sygeplejersker, som drog til Vestafrika under ebolaepidemien.

Tekst **Henrik Boesen**

Den storstilede redningsaktion i vinteren og foråret 1945, som i hvidmalede busser udfriede et tusindtal af fanger fra tyske koncentrationslejre, er genstand for Nationalmuseets nye store særudstilling, som åbnede den 19. juni. Men hvor redningsaktionens fokus i afhandlinger og udstillinger tidligere har været på de frigivne fanger samt politikere og embedsmænd bag redningsaktionen, så er lyset denne gang rettet mod de mange mennesker, der meldte sig som hjælpere. Det var sygeplejersker, læger, rutebil- og ambulancechauffører samt medlemmer af det civile beredskab, som på forskellig måde hjalp danskerne gennem besættelsestidens udfordringer.

Deres præcise antal er ukendt, for selv om aktionen var velforberedt af danske og svenske embedsmænd gennem mere end

Udbreder kendskabet

Nationalmuseets udstilling om De Hvide Busser er kommet i stand på opfordring af bestyrelsen i den humanistiske Sportsgoodsfonden, som i sin tid blev stiftet af Christian Helmer Jørgen, selv en af de fanger, som blev undsat med en hvid bus. Målet med udstillingen er at udbrede kendskabet til redningsaktionen til en eftertid, som for en stor dels vedkommende har glemt alt om aktionen - herunder ikke mindst dagens ungdom.

Af samme grund er der udarbejdet et fyldigt undervisningsmateriale rettet mod elever og lærere i gymnasier og højere læreanstalter. Materialet findes på www.natmus.dk > Salg og Ydelser > Undervisning på Nationalmuseet

et halvt år, så blev mange fanger befriet og transporteret hjem nærmest over hals og hoved i krigens sidste hektiske uger. End ikke de ellers så grundige tyske lejrkommandanter havde tid til nøjagtige registreringer. Men ét forhold var fælles for alle, der meldte sig som hjælpere i aktionen: De havde ingen idé om, hvad der forestod, og hvilken personlig risiko de løb. Hvad deres motiv var for at gøre det, står heller ikke klart.

Parallel til samtiden

Dermed synes udstillingens tilrettelægger, overinspektør Mette Boritz, Nationalmuseet, at parallellen til samtiden er til stede:

"Der var masser af mennesker, som dengang satte deres liv på spil ved at smide, hvad de havde i hænderne for at tage af sted. Sådan var det også for nylig



med hensyn til ebolaepidemien i Sierra Leone. De første sygeplejersker og læger vidste ikke, hvad de kom frem til, men de valgte med risiko for eget helbred at ville gøre en forskel for andre mennesker," forklarer hun.

Mette Boritz finder, at sygeplejersker og læger både dengang og i dag måske gjorde det, fordi de føler et kald eller en slags forpligtelse til at tage af sted.

"Men hvad så med rutebilchaufførerne, der malede deres busser hvide nærmest over natten og meldte sig klar til at køre en helt anden rute, end de kendte til," spørger hun retorisk uden at give svaret. Men hun forklarer, at det er her, udstillingens centrale begreb kommer ind: "medborgerskabet".

Svært at definere

Medborgerskab er et svært definerbart udtryk, men professor MSO i statskundskab ved Aarhus Universitet, Ole Mouritsen, har bidraget til at tydeliggøre begrebet i relation til udstillingens tema:

"Medborgerskab betyder reelt set tre forskellige ting, som alligevel hænger sammen, nemlig dét at være en god samfundsborger, at opleve ligebehandling i forhold til borgerrettigheder og endelig at have ret til at opholde sig permanent i et land, altså at blive regnet for at være medlem af et fællesskab; at være statsborger," forklarer han.

Ole Mouritsen uddyber de tre forklaringer i forhold til udstillingen:

"Redningsaktionen minder os om den uegennyttige opofrelse, der drev nogle af de frivillige, som satte livet på spil under redningsaktionen. Dernæst kan man sige, at de internerede betjente, kommunister og jøder ufrivilligt forlod et relativt trygt, gryende velfærdssamfund og havnede i lejre i den diametrale modsætning, nemlig i noget, der lignede et samfund præget af uforudsigelig magtudøvelse, vold og hierarki. Endelig er der spørgsmålet: hvem der skulle med i busserne ud af lejrene, og hvem der skulle efterlades. Her var det i første omgang aftalt, at det var danske og norske fanger samt 400 danske jøder, som skulle reddes, altså medlemmer af hhv. det danske og norske fællesskab, statsborgerne."

Forfærdeligt dilemma

Dette store dilemma, at redderne skulle tage nogle på forhånd udvalgte fanger med sig og efterlade andre i rædslerne, er et forhold, som ikke mindst i eftertiden er blevet voldsomt diskuteret. Sygeplejerskerne, lægerne og chaufførerne skulle ikke begive sig ind i lejrene og udvælge, hvem de ville tage med sig, det havde embedsmændene på forhånd indgået aftale med de tyske myndigheder om.

Alligevel blev chaufførerne inddraget i det forfærdelige dilemma, idet det var blevet besluttet, at de danske og norske fanger skulle

flyttes fra deres respektive lejre rundt om i Tyskland/Polen/Tjekkosllovakiet og samles i lejren Neuengamme ved Hamborg før hjemtransporten. For at få plads til dem dér var det nødvendigt, at måske tusindvis af fanger med anden nationalitet skulle flyttes væk fra Neuengamme og til andre lejre. Hovedparten af disse døende fanger - muselmænd - overlevede ikke transporten væk fra Neuengamme - og det var chaufførerne på de hvide busser, som stod for transporten.

Dilemmaet har historikeren Henrik Skov Kristensen, leder af museet i Frøslevlejren i Sønderjylland, beskrevet og diskuteret i adskillige artikler og bøger. Hans holdning er, at det var i orden, at de danske og norske fanger på forhånd var udvalgt til at blive reddet:

"Tankegangen bag den danske og svenske hjælp til de skandinaviske koncentrationslejr-fanger var, at man først og fremmest undsætter sine egne statsborgere og dem, man føler står nærmest. Statsborgerskabet er principielt en diskriminerende foranstaltning," forklarer han.

"Med De Hvide Busser retur til friheden og livet." Udstilling på Nationalmuseet, København, 19. juni 2015 - 3. januar 2016. www.natmus.dk

Sygeplejehistorisk Museum i Kolding viser i øjeblikket en særudstilling om sygeplejerskerne og De Hvide Busser - se mere på www.dsr.dk/dshm/dehvidebusser



Såvel fotografier som de fotograferede personers identitet kendes ikke. Billederne stammer dels fra materiale tilsendt Nationalmuseet i anledning af udstillingen, dels fra Sygeplejehistorisk Museum i Kolding.

"Forhåbentlig vækker kritikken faglig forsvarlighed og anstændighed, både for patienter og for personale, der kæmper hårdt for, at regnearkpsykiatri ikke bliver formålet," sagde Lisbeth Wium-Andersen bl.a. i sin takketale. Forinden havde Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen beklaget, at kun få sygeplejersker som prismodtageren tør stå frem og sige fra.



Med Kirsten Stallknecht Prisen følger en plakette, et kunstværk og en check på 10.000 kr.



Kirsten Stallknecht Prisen 2015 blev uddelt ved en lille ceremoni i Kvæsthuset i København.



Sygeplejersker har ytringspligt

Sygeplejerske Lisbeth Wium-Andersen fra Herning fik i efteråret sidste år optaget et læserbrev i den lokale avis. Hun tilkendegav på baggrund af sygeplejefaglige og etiske grunde sin utilfredshed med ændrede retningslinjer for udredning af ambulante psykiatriske patienter. Dermed formåede hun for en tid at sætte en politisk dagsorden på området. Som tak for sit mod og sin indsats modtog hun Kirsten Stallknecht Prisen 2015.

Tekst **Henrik Boesen** • Foto **Christoffer Regild**

”Tavshedspligten skal selvfølgelig overholdes. Men i en tid, hvor besparelser og effektiviseringer præger den politiske dagsorden, er det vigtigere end nogensinde før, at sygeplejersker bruger deres ytringsfrihed.” Det pointerede Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen, da Kirsten Stallknecht Prisen 2015 den 8. juni blev tildelt sygeplejerske Lisbeth Wium-Andersen fra Herning.

Og det var netop, hvad Lisbeth Wium-Andersen gjorde i efteråret sidste år: Satte et længere læserbrev i den lokale avis, hvori hun tilkendegav sin frustration og faglige indignation over ændrede retningslinjer for udredning af ambulante psykiatriske patienter.

”Det er usmageligt og fuldstændig vanvittigt, det der foregår,” skrev hun bl.a. i sit lange indlæg, hvis indhold trods den uforsonlige tone nåede til en drøftelse i Regionsrådet – dog uden at det medførte de store ændringer på området. Som en konsekvens forlod hun derefter sin stilling i Regionspsykiatrien.

Mod til at stå frem

Ved prisoverrækkelsen, der foregik i Kvæsthuset i København, fremhævede Grete Christensen Lisbeth Wium-Andersens mod til at stå frem i offentligheden og råbe op i en tid, hvor administration og kontrol kan synes at komme til at fylde mere end hensynet til patienterne:

”Hun har med sit læserbrev været med til at sætte fagligheden i fokus og skabe debat om forholdene på sin arbejdsplads, både i

lokalsamfundet og i Regionsrådet, som nu er opmærksom på de vilkår og den kvalitet, der bliver tilbudt patienterne.”

Og Grete Christensen fortsatte: ”Sygeplejersker har en pligt til at tage hånd om de svage i sundhedsvæsenet. Det er sygeplejerskerne, der er tæt på patienterne og ved, hvordan hverdagen i sundhedsvæsenet fungerer. Derfor er det afgørende, at sygeplejersker som Lisbeth Wium-Andersen bliver hørt i den sundhedspolitiske debat.”

Grete Christensen måtte dog konstatere, at der i dag desværre ikke er så mange sygeplejersker, der som Lisbeth Wium-Andersen tør stå frem og sige fra:

”Jeg håber derfor, at Kirsten Stallknecht Prisen kan være med til at få flere til at stå frem og råbe op, når det er nødvendigt.”

Undrer sig stadig

Lisbeth Wium-Andersen mødte op til den lille ceremoni i Kvæsthuset ledsaget af nærmeste familie og den ene af de to kolleger, der havde indstillet hende til prisen. Og de modtog alle en stor tak for støtte og opbakning i en situation, hvor der var brug for en skulder at græde ud ved, kaffe, snak og beroligende ord samt støtte til, at troen på sikkert job og økonomi ikke er værd at holde fast i for enhver pris.

I en lille tale fremhævede hun sin taknemmelighed over, at hendes indsats blev anerkendt og påskønnet med Kirsten Stallknecht Prisen. Hendes indignation over forholdene, som de blev beskrevet i læserbrevet i efteråret, var fortsat intakt:

”Jeg kan til stadighed undre mig over, at man som organisation og anerkendt sygehusledelse samt politiker i Region Midt kan stå til ansvar for brud på etiske retningslinjer, faglig forsvarlighed og al sund fornuft – at man som ledelse kan stå inde for en så voldsom ansvarsforflygtigelse, er mig ubegribeligt,” sagde hun og sluttede:

”Jeg håber, at det fornyede fokus på netop denne problematik vil føre til handling. Det er og bliver usmageligt og uanstændigt, og jeg kan kun være taknemmelig for, at vores kritik atter vækker genlyd, der forhåbentlig kan vække faglig forsvarlighed og anstændighed, både for patienter og for personale, der kæmper hårdt for, at regnearkpsykiatri ikke bliver formålet.”

Kirsten Stallknecht Prisen

- Kirsten Stallknecht Prisen uddeles til en sygeplejerske, som har brugt sin ytringsfrihed til at markere sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger for bl.a. at forbedre de sundhedsmæssige vilkår for særlige patientgrupper.
 - Prisen uddeles hvert andet år, og den består af et kunstværk og en check på 10.000 kr.
 - Prisen blev uddelt første gang i 2001.
-



"Det kan ikke passe, at vi skal hive kvaliteten så meget ned for at opfylde nogle ydelseskrav," siger Lisbeth Wium-Andersen. Hun kritiserede bl.a., at systemet blev indrettet sådan, at patienten kunne risikere aldrig at møde en læge.

Hun sagde stop, da fagligheden forsvandt

Sygeplejerske Lisbeth Wium-Andersen følte, at kvaliteten måtte vige for at kunne opfylde nye politiske krav i forhold til udrednings- og behandlingsgarantien i psykiatrien. Derfor sendte hun et debatindlæg med kritik af forholdene til det lokale dagblad.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Christoffer Regild**

Lisbeth Wium-Andersen nåede ikke at være længe i den nystartede Klinik for udredning i Regionspsykiatrien i Herning, før hun besluttede at skrive et kritisk debatindlæg til Herning Folkeblad om forholdene for patienterne. Klinikken var sat i verden for, at Region Midtjylland kunne leve op til den nye udredningsgaranti om udrednings- og behandlingsret inden for 60 dage, som var indført fra den 1. september 2014. Den 30. november sendte Lisbeth Wium-Andersen sin opsigelse.

”Jeg følte, jeg skulle gå på kompromis med mine kompetencer, min faglighed, lovgivningen – alt. Jeg er kompetent i forhold til udredning for ADHD og autisme, men jeg følte mig usikker på specialer som personlighedsforstyrrelser, skizofreni, bipolære lidelser og øvrige psykiatriske lidelser,” siger Lisbeth Wium-Andersen.

Før hun startede i Klinik for udredning, havde hun arbejdet et halvt år med psykiatrisk udredning under ”det gamle system”, hvor patienten blev udredt af specialiserede teams bestående af speciallæger, psykologer og sygeplejersker. Fra sin tidligere karriere har hun over 10 års erfaring fra psykiatrien,

I forbindelse med indførelsen af ud-

redningsgarantien var personalet blevet organiseret på en måde, så funktionerne udredning og behandling var skilt ad. Nu var det forskellige personer og faggrupper, som stod for henholdsvis udredning og behandling i specialklinikkerne, f.eks. var det typisk sygeplejersker, som stod for den første udredning. Personalet havde selv foreslået en anden model med mere tværfagligt samarbejde og faste kontaktpersoner til patienterne.

”Jeg var glad for den måde, vi tidligere havde arbejdet tværfagligt på, læger, sygeplejersker og psykologer, og vi lagde stor vægt på opfølgende behandling og psykoedukation.

Prisen er velfortjent

Lisbeth Wium-Andersen følte, at personalets synspunkter blev fejlet af bordet. Hendes debatindlæg blev bragt den 25. november 2014 i Herning Folkeblad, og det havde titlen ”Når fagligheden forsvinder”. Samme dag medvirkede hun i en stor artikel i samme avis, hvor også ledelsen blev spurgt.

”Før omstruktureringen havde vi en utrolig velfungerende udredning og behandling, og vi var meget tæt på at nå målet om udredning inden for 60 dage. Jeg tænkte, at

det kan ikke passe, at vi skal hive kvaliteten så meget ned for at opfylde nogle ydelseskrav,” siger Lisbeth Wium-Andersen, som bl.a. kritiserede, at systemet blev indrettet sådan, at patienten kunne risikere at møde en ny behandler for hver ny pakke i udredningsforløbet, og at patienten kunne risikere aldrig at møde en læge.

Hun bliver bakket op af overlæge Erik Pedersen fra Regionspsykiatrien Vest, som fortæller, at Lisbeth Wium-Andersens debatindlæg satte gang i en debat i psykiatrien i Herning.

Ledelsen indkaldte til et personalemøde, hvor der var lydhørhed over for personalets synspunkter. Det blev bl.a. besluttet at ned-sætte en arbejdsgruppe, som skulle drøfte en bedre måde at arbejde med udredning på.

”Jeg er enig med Lisbeth i, at ingen psykiatriske patienter har godt af at skulle møde to-tre-fire forskellige behandlere pga., at man har skilt udredning og behandling i forskellige enheder. Det er meget velfortjent, at Lisbeth får Kirsten Stallknecht Prisen, for hendes artikel satte gang i mange ting. Vi er kedde af, at hun rejste – ligesom mange andre gode medarbejdere valgte at gøre. Lisbeth var en stor kapacitet,” siger Erik Pedersen.

Lisbeth Wium-Andersen har ikke fortrudt, at hun sagde op i psykiatrien, selv om hun savner specialiet. I dag har hun et job som aktivitetskoordinator på et aktivitetscenter i Herning, hvor hun bl.a. er leder af en stor gruppe frivillige

Læs også tema om udredning af psykiatriske patienter side 22.

Blå bog

43 år.

1995: Uddannet på Sygeplejerskeuddannelsen på Herning Sygeplejerskeskole i 1995.

1995-2006: Ansat i Voksenspsykiatrien i Herning.

2006-2007 Hjemmesygeplejerske i Herning Kommune.

2007-2014: Konsultationssygeplejerske.

2014: Regionspsykiatrien i Herning.

2015: Aktivitetskoordinator på Aktivcenteret Herning.

FOKUS PÅ NYE PATIENTER PRESSER PSYKIATRIEN

Personlighedsforstyrrelser og hoftebrud. For to år siden besluttede regeringen at ligestille psykiatrisk og somatisk sygdom ved at indføre udrednings- og behandlingsgaranti i psykiatrien. I dette tema gør vi status inden næste step i garantien, som til september sættes ned fra 60 til 30 dage. Der er stor forskel på, hvordan regionerne griber opgaven an. Nogle mener, garantien fører til ringere kvalitet, og at ressourcerne bliver taget fra de sygeste patienter. I Region Hovedstaden lyder erfaringen, at større fokus på hurtig visitering fører til færre fejlhenvisninger og unødvendige indlæggelser. Flere mener, at det er tid til at stoppe op og undersøge, hvad der virker og ikke virker.

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



UDREDNINGSGARANTI TAGER RESSOURCER FRA DE SYGESTE

Psykisk sygdom skal ligestilles med somatisk sygdom. Det var udmeldingen fra regeringen i 2013, da den indførte en udrednings- og behandlingsgaranti i psykiatrien på hhv. 60 og 30 dage. Men der fulgte ingen ressourcer med, og både personale og pårørende mener, at fokus på nye patienter har ført til ringere behandling af de patienter, der i forvejen er i systemet. Til september strammes garantien med en måned.

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

Da regeringen for to år siden i juni 2013 annoncerede, at man ville ligestille psykiatrisk og somatisk sygdom og indføre udrednings- og behandlingsgaranti som i somatikken, blev forslaget hilst velkomment af alle. Men to år efter i juni 2015 har selve udmøntningen af ordningen ført til kritik blandt fagfolk.

”Vi risikerer usikre og forhastede diagnoser og mangelfuld og sparsom opfølgning,” skrev en gruppe sygeplejersker fra ambulatoriet og psykiatriske sengeafdelinger i Vejle i et brev til regionspolitikkerne i Region Syddanmark i foråret sidste år, hvor regionen som den første indførte garantien.

Spørger man sygeplejersker i psykiatrien forskellige steder i landet, bekræfter de, at udrednings- og behandlingsretten har medført et pres på systemet.

”Når der ikke er blevet tilført ekstra ressourcer til en opprioritering af udredningen, så betyder det, at ressourcerne bliver taget fra de rigtig syge psykiatriske patienter, som i forvejen er i systemet,” siger fællestillidsrepræsentant for sygeple-

jerskerne i psykiatrien i Region Sjælland, Helle Brink.

I psykiatrien i Herning har den øgede fokus på hurtig udredning og behandling medført omstruktureringer, som har fået sygeplejersker til at rejse.

”Den måde, udrednings- og behandlingsgarantien blev indført i Herning betød, at nogle blev trukket ud til en opgave, som de ikke havde ønsket sig, og den slags vækker ikke ligefrem jubel. Det øvrige personale i behandlingsklinikkerne oplevede, at de mistede personaleressourcer blev fjernet, hvilket fik behandlingstiden for de patienter, der allerede er i systemet, til at stige,” siger funktionsleder i psykiatrien i Herning, sygeplejerske Lisbeth Frølund Davis. Psykiatrien i Herning er nu i gang med at implementere en ny model for at få udrednings- og behandlingsgarantien til at lykkes bedre, men i mellemtiden er der opstået en pukkel af patienter, som er visiteret, men venter på behandling.

Den nye udrednings- og behandlingsret blev officielt indført fra den 1. september 2014 med 30 dages behandlingsret og 60

dages udredningsret. Fra den 1. september 2015 bliver de 60 dage strammet til et krav om, at også udredningen skal ske inden for 30 dage.

Udrednings- og behandlingsgarantien er defineret som garanti for hurtig henvisning til første samtale og behandlingsstart, men derefter kan patienterne risikere at vente i lang tid på behandling efter først at være kommet ind i systemet.

Ressourcer tages fra de sygeste

Psykiatrien har undergået mange store omstruktureringer i de seneste år bl.a. med indførelsen af psykiatripakker og garanti for hurtig udredning og behandling. Regionerne har omstruktureret og oprettet visitationsenheder, som afgør, om patienten skal sendes til videre udredning, og hvilken udredningspakke patienten skal have tilbudt.

I Aalborg mener sygeplejerske Jannie Hvilsted fra psykiatrisk ambulatorium på Aalborg Sygehus, at det er ”molbo-agtigt”, at man opretter en central udredningsenhed, som alligevel ikke udreder færdigt, hvorefter det enkelte ambulatorium skal gøre udredningen færdig.

”Det bliver personale fra de forskellige ambulatorier, som skal udgøre udredningsenheden, og det betyder, at det godt kan give lange ventetider for de patienter, der allerede er visiteret til pakkeforløb. Vi får ikke tilført ekstra ressourcer, og det vil formentlig betyde, at vi på sigt ikke længe-

” Jeg er bange for, at politikerne med den nye udredningsret på 30 dage i psykiatrien kun er interesserede i målopfyldelse og ikke en psykiatri i verdensklasse med en kvalitet i top.

Sygeplejerske Jannie Hvilsted fra Psykiatrisk Ambulatorium på Aalborg Sygehus.

re kan tilbyde individuelle forløb f.eks. for patienter med andet sprog end dansk eller patienter med angst. Så kan vi kun tilbyde gruppeforløb,” siger Jannie Hvilsted, som frygter for kvaliteten i behandlingen.

”Det er jo ikke et brækket ben, hvor vi bare lige kan tage et røntgenbillede for at finde diagnosen, men et menneske, hvor der er rigtig mange differentialdiagnoser i spil. Og ofte er der komorbiditet. Jeg er bange for, at politikerne med den nye udredningsret på 30 dage i psykiatrien kun

er interesserede i målopfyldelse og ikke en psykiatri i verdensklasse med en kvalitet i top,” siger Jannie Hvilsted.

Behov for evaluering før næste step

I pårørendeforeningen Bedre Psykiatri mener formand Birgit Elgaard, at der er behov for en evaluering af udrednings- og behandlingsgarantien, for hun hører mange klager over forholdene.

”Vi hører fra rigtig mange ansatte, at de er bekymrede for den faglige kvalitet, og

de pårørende fortæller os, at de oplever et presset system,” siger formand for Bedre Psykiatri, Birgit Elgaard.

Hun understreger, at udredningsgarantien er et godt initiativ, som Bedre Psykiatri sætter stor pris på, men hun har også nogle forbehold.

”Jeg kan godt være lidt bekymret over, om det, at ventelisterne bliver afhjulpet hurtigere, er en fordel, hvis det til gengæld betyder, at kvaliteten af behandlingen bliver sænket. De pårørende, som ringer til vores rådgivning, fortæller, at de ikke føler, personalet har tilstrækkelig tid til at ▶

Ligestilling af psykiatrisk og somatisk sygdom

Den 1. september 2014 trådte to nye rettigheder i kraft for mennesker, som har behov for psykiatrisk behandling på hospitalsniveau. De fik ret til hurtig udredning og behandling på samme vilkår som patienter med somatisk sygdom. De forskellige regioner har valgt forskellige modeller for implementering af de nye patientrettigheder. I Region Syddanmark er den centrale visitation spredt ud på behandlingscentre, og det er læger, som står for visitering. I Aalborg i Region Nord er det psykologer, der udreder. I Region Hovedstaden er der kun én central visitation for Danmarks største region, og her er det sygeplejersker, der visiterer (se side 28).

Ret til udredning

Patienter, som bliver henvist til psykiatrisk behandling fra egen læge, privatpraktiserende psykiater eller psykolog, har fra den 1. september 2014 ret til at blive udredt inden for to måneder. Fra den 1. september 2015 skal patienter udredes inden for én måned. Tidsfristen regnes fra den dato, hvor psykiatrien modtager henvisningen.

Ret til behandling

Fra den 1. september 2014 er der også indført en differentieret ret til hurtig behandling i psykiatrien. Det betyder, at psykiatriske patienter har ret til behandling inden for enten en eller to måneder, afhængigt af sygdommens alvorlighed. Tidsfristen regnes fra den dato, hvor psykiatrien modtager henvisningen, eller fra den dato, hvor udredningen afsluttes.

Markant stigning i antallet af psykiatriske patienter

Regionerne behandler år for år stadig flere patienter, uden at driftsudgifterne følger tilsvarende med.

Siden 2007 er antallet af patienter i børne- og ungdomspsykiatrien steget med over 50 pct., mens driftsudgifterne kun er steget ca. 15 pct. I voksenpsykiatrien er antallet af patienter steget med 10 pct., mens driftsudgifterne er steget ca. 7 pct. Det betyder, at hver sundhedsperson ser flere patienter, end de gjorde i f.eks. 2007. Det fremgår af Danske Regioners benchmarkingrapport fra 2012.

Kilde:
Danske Regioner, Benchmarking af psykiatrien 2011.

”Dengang man indførte kræftpakkerne og hjertepakkerne, fulgte der ressourcer med ad libitum fra den såkaldte Løkkepose, men der er ikke fulgt ekstra midler til meraktivitet i psykiatrien med det formål at nedbringe ventelisterne.

Formand for Dansk Selskab for Psykiatri, Torsten Bjørn Jacobsen.

- ▶ være imødekomende i forhold til de syge og deres pårørende,” siger Birgit Elgaard, som opfordrer til, at regeringen evaluerer, hvilken betydning det har haft at indføre en udredningsgaranti inden for 60 dage, inden den sættes ned til 30 dage til efteråret.

”Vi anbefaler, at der bliver lavet en grundig før- og eftermåling, hvor vi kigger på hele systemet i en helhed og ikke udelukkende fokuserer på størrelsen af ventelisterne,” siger Birgit Elgaard.

Det værst tænkelige tidspunkt

I Dansk Selskab for Psykiatri mener formand Torsten Bjørn Jacobsen, at en evaluering af udrednings- og behandlingsretten lyder fornuftigt.

”Men jeg er egentlig mere for, at man sætter ressourcer bag de politiske hensigter og beregner, hvad der skal til for at indfri dem. Så kan man nå i mål med ligestilling og ligestilling, og det vil vi jo alle gerne,” siger Torsten Bjørn Jacobsen.

Han peger på, at psykiatrien lider under en stor mangel på speciallæger og specialuddannede sygeplejersker.

”Ved at fokusere på udredningsfasen uden at tilføje flere ressourcer betyder det blot, at ressourcerne bliver spredt, og at de bliver taget fra sengeafdelinger og ambulatorier. Dengang man indførte kræftpakkerne og hjertepakkerne, fulgte der ressourcer med ad libitum fra den såkaldte Løkkepose, men der er ikke fulgt ekstra midler til meraktivitet i psykiatrien med

det formål at nedbringe ventelisterne,” påpeger Torsten Bjørn Jacobsen.

Han synes grundlæggende, at det er en god idé at sidestille somatikken og psykiatrien, men han kalder tidspunktet for at indføre udredningsgarantien for ”det værst tænkelige tidspunkt i historien”, fordi der er stor mangel på psykiatere og speciallæger, og fokus på udredning betyder blot, at nye patienter blive prioriteret over de patienter, som er i systemet.

Derudover er han kritisk overfor at indføre en ensartet garanti uden skelen til, om nogle sygdomme er mere alvorlige end andre.

”Det svarer til at sætte kikkerten for det blinde øje og kortslutte al sund fornuft. Der er forskellige behov for behandling. Nogle ting kan bedre vente end andre. I den model, regeringen har valgt, får alting førsteprioritet,” siger Torsten Bjørn Jacobsen.

Han opfordrer politikerne til at prioritere, hvad de vil have, og frigøre arbejdskraft i stedet for at sprede ressourcerne og give alting førsteprioritet:

”Man kunne f.eks. skære ned på registrering og kontrol, effektivisere it-systemerne og bruge færre ressourcer på ledelsesmæssige udviklingsprojekter.”

Fordeling af satspuljen 2015-2018 i millioner kroner

	2015	2016	2017	2018	I alt
Øget kapacitet (B + P)	200	300	300	300	1.100
Kompetenceudvikling (B)	39	84	54	23	200
Fysiske rammer (A+ B)	100	300	300	-	700
Tværfaglig indsats i B&U (A)	11	11	11	17	50
Psykologordning (R)	-	30	60	60	150
I alt	350	725	725	400	2.200

Satspuljeaftalen

Psykiatrien har over de næste fire år fået 2,2 mia. kr. ekstra fra Satspuljeaftalen 2015-18. Der er dog ikke øremærket midler til nedbringelse af ventelisterne.

A = Fordeles efter ansøgning, B = Bloktilskudsfordelt, P = Permanente midler, R = Reservation til følgende år.

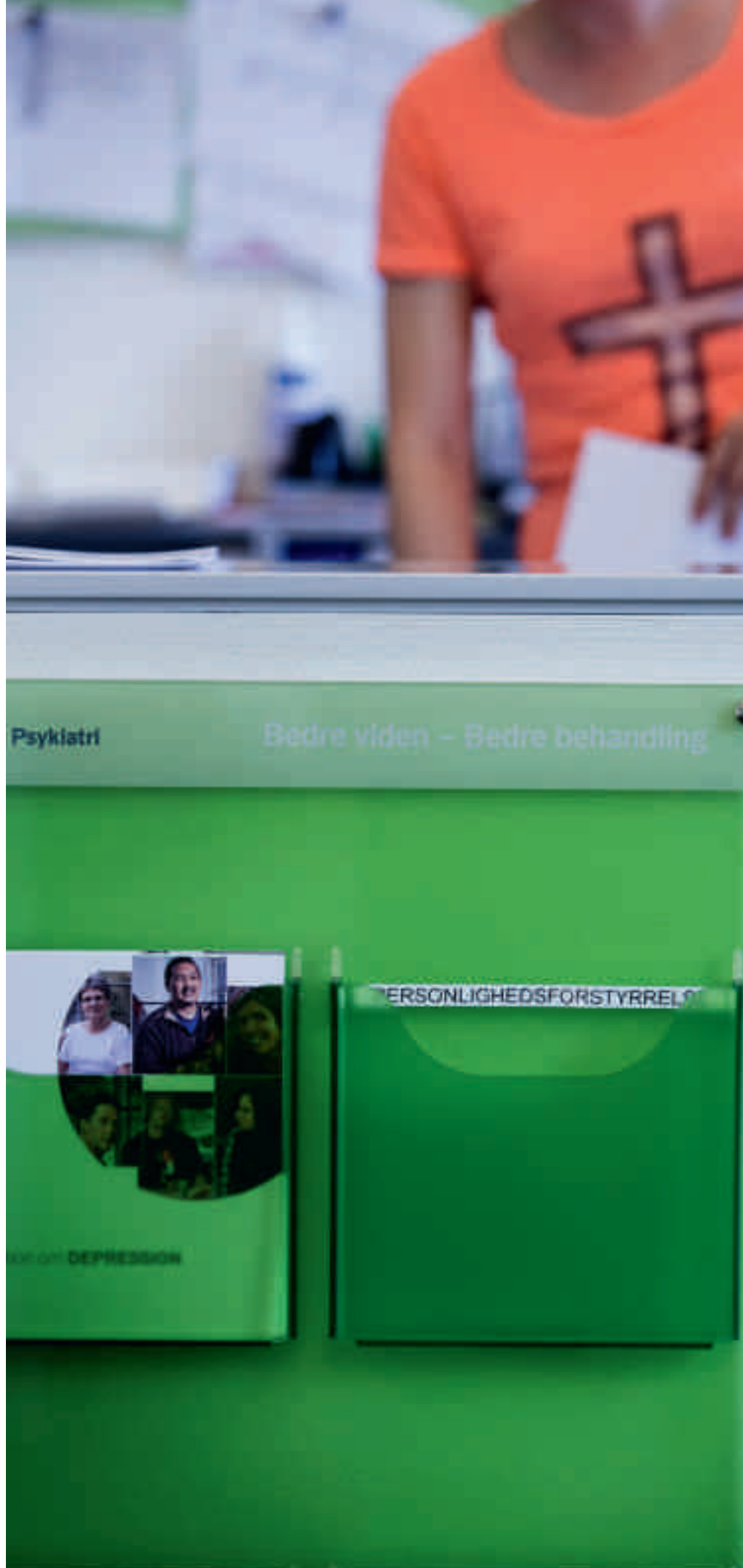
Kilde: Danske Regioner.

” Vi anbefaler, at der bliver lavet en grundig før- og eftermåling, hvor vi kigger på hele systemet i en helhed og ikke udelukkende fokuserer på størrelsen af ventelisterne.

Formand for Bedre Psykiatri, Birgit Elgaard.

Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, mener, det giver god mening at se på, hvad der er sket, efter udrædnings- og behandlingsgarantien trådte i kraft.

”Ydelsesstyring i psykiatrien har betydet, at fokus er kommet på organisering og struktur for bl.a. at nedbringe ventelister, men hvad er det for nogle kvalitetsmål, vi styrer efter? Jeg kunne godt tænke mig, at vi i stedet for at sætte mål for kapacitet og ydre rammer startede med at definere kvalitetsmål, så vi sikrer plads til den faglige omhyggelighed, som får faglige personer til at vokse, og som giver patienterne følelsen af at blive fulgt hele vejen,” siger Grete Christensen.



HER VISITERER SYGEPLEJERSKER MED SUCCES

Trods kritik af regeringens udredningsgaranti andre steder i landet har Region Hovedstaden implementeret garantien med succes. Tanken her er, at patienter skal visiteres til det rigtige sted fra begyndelsen - fra én central visitationsklinik. Sygeplejersker er indgangsporten, og kvaliteten i henvisningerne er steget.

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

Indgangsbuen i en stor herskabelig bygning bag Svanemøllen S-togsstation er samtidig porten til Region Hovedstadens Psykiatri – den vej alle patienter med psykiatriske behov på hospitalsniveau kommer ind i det psykiatriske system. Den Centrale Visitation har været under udvidelse, siden regeringen indførte udrednings- og behandlingsret i psykiatrien i september 2014. I dag er der ansat syv psykiatriske sygeplejersker, to speciallæger i psykiatri, en psykolog og syv sekretærer i Den Centrale Visitation, og her bliver alle henviste patienter scoret ud fra deres symptomer og grad af belastning i livet. Både læger, psykolog

” Hele tanken er jo, at hvis vi visiterer patienterne det rette sted hen, så sparer vi ressourcer. Hvis vi f.eks. kan behandle patienter ambulant i stedet for at indlægge dem, så er det langt mindre ressourcekrævende.

Teamleder i Den Centrale Visitation i Region Hovedstaden, Allan Lohmann.

og sygeplejersker vurderer patienterne, og sygeplejersker arbejder selvstændigt med mulighed for supervision fra læger og psykolog.

Tilsyneladende er det gået godt med at indføre central visitation. De psykiatriske centre udtrykker tilfredshed med, at kvaliteten er gået i vejret med hensyn til, om man rammer målgruppen – dvs. om det er de rigtige patienter, som bliver henvist.

”Vi har endnu ingen data, der underbygger, at færre patienter bliver fejlhenvist, men vi hører fra hospitalspsykiatrien, at de kan se et kvalitetsløft i diagnosticeringen,” siger teamleder i Den Centrale

Nedsat selvværd og emotionelt ustabil personlighed er på dagsordenen under gennemgang af 10 patientcases under en audit. Det er psykiatrisk sygeplejerske Sonja Bechs arbejde, der bliver gået efter i sømmene. Har hun husket at spørge til overfølsomhed og familær disposition? Og var scoren på 5,5 mon den rette?



Denne grå bygning er indgangen til hele Region Hovedstadens psykiatri. Her vurderer et fast hold af læger, sygeplejersker og en psykolog alle patienter ud fra symptomer og belastningsgrad. Hensigten er at ramme målgruppen præcist i forhold til den rette behandling.



OPGANG
9C

**Psykiatriens
Centrale Visitation**

OPGANG
9C

Psykiatriens Vikarcenter

- Visitation, Allan Lohmann, som er psykiatrisk sygeplejerske.

Da regeringen indførte den differentierede behandlings- og udredningsgaranti i september 2014 var psykiatrien i Region Hovedstaden allerede klar med en model, som havde været testet i et år, hvor to sygeplejersker begyndte at visitere borgere, som mødte op i visitationen frem for udelukkende at blive administrativt visiteret direkte ud i behandlingscentrene.

”Jeg havde længe tænkt over, at der ikke er ordentlig kvalitet i udelukkende at visitere administrativt, uden at man samtidig kan se, hvad personen indeholder,” siger Allan Lohmann og nævner de tre formål, som Den Centrale Visitation skal opfylde: Én indgang, lige adgang og optimal kapacitetsudnyttelse.

Sygeplejersker er spydspids

Sygeplejerskernes nye rolle er ifølge Allan Lohmann en stor forbedring.

”Det kan f.eks. være en henvisning af en person med depression, hvor man ikke kan se af henvisningen, om der er andet end en depression. Når sygeplejersken ser personen og scorer symptomer og belastninger, så kan der vise sig noget andet, som gør, at patienten måske skal sendes et helt andet sted hen,” siger Allan Lohmann.

Sygeplejerskerne i Den Centrale Visitation arbejder selvstændigt med visitation og har gennemgået kurset ”Present State Examination”, som ifølge Allan Lohmann er det gyldne diagnostiske redskab, som læger og psykologer bruger.

” Hvis man arbejder i et sengeafsnit og ser, at antallet af senge bliver reduceret, samtidig med at man kan se, at et andet område bliver prioriteret op, så synes man, at det er skidt.

Teamleder i Den Centrale Visitation i Region Hovedstaden, Allan Lohmann.

”Men det er vigtigt at understrege, at det ikke er sygeplejersker, der diagnosticerer. De bruger et diagnostisk værktøj til at foretage afklaring og udredning, og det er ikke det samme som at stille en diagnose,” siger Allan Lohmann.

Audit på beslutningsprocessen

Evalueret af den kliniske beslutningsproces er en del af rutinen i Den Centrale Visitation.

Hver uge er der audit, hvor en sygeplejerske, en psykiatrisk speciallæge og teamlederen gennemgår 10 tilfældige sager og ser på, om sygeplejersken har spurgt ind til alle spørgsmål på visitationsskabelonen, samt hvilken score patienten har fået, og

dermed hvor patienten er blevet sendt hen i systemet.

Ifølge psykiatrisk speciallæge Peter W. Jepsen er Den Centrale Visitation det eneste sted i psykiatrien og endda måske det eneste sted i hele sundhedsvæsenet, hvor man vurderer den kliniske beslutningsproces.

”Alle andre steder måler man på, om man indhenter de rigtige data til brug for den kliniske beslutningsproces – og det gør vi også. Men vi måler også på resultatet, som er det fuldstændig afgørende for patientens behandling, nemlig om vi har scoret patienten rigtigt, og om patienten er blevet tilbudt den rette behandling,” siger Peter W. Jepsen.

Den Centrale Visitation har selv udviklet auditredskabet.

”Vi startede med at vurdere data, som man skal i Den Danske Kvalitetsmodel, men så besluttede vi at gå skridtet videre og også se på lægers og sygeplejerskers arbejde. Og nu hvor Den Danske Kvalitetsmodel bliver afskaffet, så vil det være oplagt at lade den erstattes af en vurdering af den kliniske beslutningsproces på alle niveauer i sundhedsvæsenet,” mener Peter W. Jepsen.

Kritiske røster fra psykiatrien

Ved at indføre central visitation starter udredningsprocessen allerede i Den Centrale Visitation, men alligevel er der behandlingscentre, som starter forfra med at visitere, når patienterne allerede er visiteret dertil. Ikke alle har vænnet sig til den centralistiske tanke.

”Det er en proces. Tanken er jo, at centrene skal spare midler ved, at den centrale visitation rammer rigtigt i forhold til målgruppen,” siger Allan Lohmann.

Han er uenig med kritikere, som mener, at ressourcerne bliver trukket ud af behandling for at holde større fokus på udredning.

”Hele tanken er jo, at hvis vi visiterer patienterne det rette sted hen, så sparer vi ressourcer. Hvis vi f.eks. kan behandle patienter ambulant i stedet for at indlægge dem, så er det langt mindre ressourcekrævende. Men jeg forstår godt kritikken, og jeg tror, det handler om principper, faglig identitet og stolthed omkring faget. Hvis man arbejder i et sengeafsnit og ser, at antallet af senge bliver reduceret, samtidig med at man kan se, at et andet område bliver prioriteret op, så synes man, at det er skidt,” siger Allan Lohmann, som advarer mod, at man bliver alt for firkanteret, når man vil gøre regnestykket op og se på, hvor ressourcerne bliver taget fra og givet til.

”Der er måske nogle i vores region, som tænker, at ressourcerne er taget fra behandlingscentrene

Læs også

Dansk Sygeplejeråd har i 2015 udgivet et politisk udspil om ydelsesstyring i psykiatrien. Læs det på: dsr.dk > Om DSR > Presse og Politik > Sundhedspolitiske udspil



Ønsker til den nye regering

Sjældent har en valgkamp handlet så meget om sundhedspolitik, men nu, hvor mandaterne er fordelt, er det tid til at sætte handling bag de gode løfter. Her har den nye regering fire ønskesedler til, hvad de skal prioritere. Ønskerne går bl.a. på flere sengepladser, mere uddannelse og bedre sammenhæng.

Patienternes ønsker

1. Afskaf overbelægning på medicinske afdelinger

Det er vigtigt at få afskaffet overbelægning på medicinske afdelinger. Vi skal have sat en stopper for nedlæggelse af senge på afdelingerne, og vi skal sørge for en samlet kapacitetsplanlægning mellem sygehusene og kommunerne. På den måde kan de to parter bedre koordinere sengepladserne, så der er plads til patienterne.

2. Patientcentreret kvalitetsmål

Kvalitet skal måles på, hvad der gælder patienten i et samlet forløb, og ikke på, hvordan den enkelte sundhedsorganisation performer. Kvalitet skal f.eks. ikke kun måles på, om en operation lykkes, hvis patienten i virkeligheden har det dårligt bagefter. Kvalitet bør derimod måles ved, at patienter rapporterer via f.eks. spørgeskemaer eller samtaler.

3. Én plan, én patient

Vi så gerne, at hver patient har én behandlingsansvarlig, der sammen med patienter og pårørende laver en plan, som sikrer, at alle behandlinger bliver planlagt på tværs af specialer og sektorer, for ellers bliver de kassebolde mellem forskellige instanser.

Venlig hilsen
Morten Freil, direktør
Danske Patienter

Sygeplejerskernes ønsker

1. Hjælpepakke mod overbelægning

Vi så gerne, at der sker en genetablering af det nødvendige antal medicinske sengepladser med medfølgende personale, så sygehusene får en økonomisk håndsrækning til at sikre mere kvalitetstid.

2. Plan for det nære sundhedsvæsen

Vi vil gerne have, at der udarbejdes en helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen. Planen skal omfatte retningslinjer og krav til kommunernes indsats på sundhedsområdet og have fokus på sammenhæng og videndeling med sygehuse og almen praksis, så der i højere grad tænkes i helhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsenet.

3. Sygeplejersker får specialuddannelse i kronisk sygdom

Vi ønsker, at der etableres en specialuddannelse til sygeplejersker i kronisk sygdom. Uddannelsen skal sikre et ensartet, højt fagligt niveau og understøtte et mærkbart kvalitetsløft i en målrettet indsats over for borgere med kroniske sygdomme.

Venlig hilsen
Grete Christensen, formand
Dansk Sygeplejeråd

Kronikernes ønsker

1. Revidering af den nationale handleplan for diabetikere

Vi ser gerne, at den eksisterende handleplan for diabetes fra 2003 bliver revideret. Den skal afspejle de nye og kommende strukturer og indbefatte de nye forskningsresultater, så vi tidligere kan opspore diabetikere, styrke almen praksis, etablere diabeteshuse og skabe mere sammenhæng i behandlingen.

2. Bedre ledelse og kompetenceløft

Vi mener, at dygtige fagpersoner som sygeplejersker er uundværlige for en god diabetesbehandling. Derfor skal sundhedsvæsenets kompetencer videreudvikles bl.a. med en tidsvarende efteruddannelse af sygeplejersker. Kompetenceløftet sikres gennem bedre ledelse, hvor man har patienten i centrum.

3. Inddrag relevante organisationer

Vi ønsker, at regeringen, kommunerne og regionerne kommer til at arbejde tæt sammen med organisationer som os, da vi både har en særlig viden og har patienten i fokus. Vi har meget at byde på, som det etablerede system med fordel kan drage mere nytte af.

Venlig hilsen
Henrik Nedergaard,
adm. direktør
Diabetesforeningen

Lægernes ønsker

1. Plan for det nære sundhedsvæsen

Vi ønsker, at man får lagt en plan for det nære sundhedsvæsen. Planen skal afklare, hvilke ydelser der skal gives, og på hvilket niveau de skal gives, og hvem der skal udføre dem. Og der skal være fokus på, hvad der er bedst for patienten.

2. Handlingsplaner for store kroniske sygdomme

Inspireret af hvordan man har lavet en handlingsplan for kræft, ønsker vi, at man gør det samme med andre kroniske sygdomme. Handlingsplanen kan laves ved, at forskellige faggrupper sammen laver en national plan. På den måde kan man sikre, at de kroniske patienter får en systematisk og god behandling.

3. Det nødvendige antal speciallæger

Der er mangel på speciallæger i mindre byer og udkantsområder. Derfor vil vi gerne have, at en kommende regering, regionerne og lægerne går sammen om at få lavet en langsigtet plan for at sikre det nødvendige antal læger i fremtiden. Det gælder om at få kortlagt, hvor stort problemet er, og om vi uddanner i de rigtige specialer, i forhold til hvad behovet er.

Venlig hilsen
Andreas Rudkjøbing, formand
Lægeforeningen

Patienterne taber, når arbejdsmiljøet halter

I sidste ende går det ud over patienterne, når sygeplejersker ikke har ordentlige arbejdsforhold. Det dokumenterer et forskningsreview fra konsulentfirmaet Team Arbejdsliv. Her står det klart, at arbejdsmiljøet har direkte betydning for antallet af fejl og dødsfald i sundhedsvæsenet. En viden, politikerne bliver nødt til at gøre noget ved, mener Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Kristine Jul Andersen** • Foto **Søren Svendsen**

Antallet af patienter, der dør i sundhedsvæsenet, stiger i takt med, at sygeplejerskernes arbejdsmiljø bliver forringet. Det står klart i et nyt forskningsreview fra konsulentfirmaet Team Arbejdsliv, der har samlet den nyeste forskning om sammenhængen mellem sygeplejerskers arbejdsmiljø og kvaliteten i den pleje og behandling, de leverer. Og resultatet bekymrer næstformand Dorte Steenberg i Dansk Sygeplejeråd.

”Vi ved, hvor pressede sygeplejerskerne er rundt om i det danske sundhedsvæsen. Hver anden hospitalssygeplejerske føler, at de har så travlt, at det går ud over patient-sikkerheden, og hver tredje sygeplejerske bliver nødt til at arbejde over for at nå deres opgaver. De oplever, at fagligheden er under pres. Og at det går ud over patienterne”, siger Dorte Steenberg.

Når politikerne gang på gang bliver præsenteret for sygeplejerskernes pressede hverdag, forstår hun ikke, hvordan de kan blive ved med at sidde advarslerne om de alvorlige konsekvenser overhørig.

”Det er helt uacceptabelt, at vi igen kan præsentere forskning, der så tydeligt viser, hvad arbejdsmiljøet betyder for kvaliteten af sygeplejerskernes arbejde, og der stadig ikke bliver gjort noget politisk eller ledelsesmæssigt for at gøre noget ved det. Og det til trods for, at der er en klar politisk dagsorden om øget produktivitet og effektivitet. Det er ikke fair over for sygeplejerskerne og slet ikke over for patienter og pårørende, som jo er dem, der for alvor mærker konsekvenserne,

når dårligt arbejdsmiljø resulterer i flere fejl og ikke mindst dødsfald,” siger Dorte Steenberg.

Bemandingen er afgørende

Forskningsreviewet undersøger, hvordan kvaliteten af plejen og behandlingen hænger sammen med en række parametre, herunder bemanding, uddannelsesniveau og ledelse. Eksempelvis er der en klar sammenhæng mellem bemandingen og dødeligheden. Det viser erfaringer og forskning

Fakta om forskningsreview

Titel

Kvalitet af sygeplejen og arbejdsmiljø i sundhedssektoren.

Udarbejdet af

Konsulentfirmaet Team Arbejdsliv. Arbejdsmiljøforsker Karen Albertsen, Arbejdsmiljørådgiver Inger-Marie Wiegman, praktikant Johanne Jessen og studentermedhjælper Christian Nielsen.

Finansieret af

Dansk Sygeplejeråd.

Formål

Review af forskning om sammenhæng mellem arbejdsmiljø og kvalitet af sygeplejen publiceret mellem 2008 og 2014.

Udgivelse

Juni 2015.

fra Australien, hvor man har indført et system til at fastslå, hvilken bemanding der er behov for på hospitalerne. Systemet bliver brugt på alle landets sygehuse, og resultaterne er tydelige: Antallet af dødsfald er faldet signifikant. Det samme er antallet af fejl. Den australske forskergruppe har observeret færre komplikationer i f.eks. centralnervesystemet, liggesår, dyb vентrombose, blodforgiftning, sår, mavekatar og urinvejsinfektioner.

”Jeg mener, at vi kan lære meget af det, man har gjort i Australien. Her har man alene ved at se på bemandingen formået at nedbringe antallet af både fejl og dødsfald,” siger Dorte Steenberg.

Dårligt arbejdsmiljø

Anden forskning viser samtidig, at der på nogle områder og afdelinger kan være så dårligt arbejdsmiljø og arbejdsforhold, at det ikke nødvendigvis vil have en effekt for kvaliteten i plejen og behandlingen af patienterne, hvis man ansætter flere sygeplejersker.

”Der er en stærk evidens for, at dårligt psykisk arbejdsmiljø og lav kvalitet i ledelsen giver flere utilsigtede hændelser. Eksempelvis viser forskning, at for hver gang vurderingen af ledelseskvaliteten falder med 10 pct., stiger risikoen for dødsfald med 24 pct.,” fortæller arbejdsmiljøforsker Karen Albertsen, der bl.a. står bag forskningsreviewet fra Team Arbejdsliv.

”Netop derfor er det så vigtigt, at der bliver sat fokus på arbejdsmiljøet, hvilket jo kan gøres på mange måder. Bedre be-

manding er én ting, men forskningen viser også, hvor afgørende det er at have en ordentlig ledelse,” siger Dorte Steenberg.

Forskningsreviewet fra Team Arbejdsliv fremhæver bl.a. en type ledelse, der har en positiv effekt i forhold til arbejdsmiljøet og dermed patienterne, hvor lederen sætter klare mål for organisationen og skaber rammerne for en professionel praksis. Medarbejderne har indflydelse, medansvar og mulighed for at udvikle sig fagligt, samtidig med at lederen viser sig som en rollemodel, der går forrest.

Uddannelse tæller

Sundhedspersonalets uddannelsesniveau har også meget at sige, når det

gælder patienternes ve og vel. F.eks. viser forskningen, at øger man antallet af sundhedspersonale, som har en bachelorgrad, med 10 pct., falder risikoen for dødsfald inden for 30 dage efter indlæggelsen med 2-7 pct.

”Alt i alt dokumenterer forskningen det, vi allerede i dag hører sygeplejerskerne fortælle. Skal vi mindske risikoen for dødsfald og fejl, der fører til flere genindlæggelser, og som i det store billede tærer på samfundsøkonomien, skal der gøres en indsats nu. Forskningsreviewet viser præcist, hvor det er værd at sætte ind til fordel for såvel borgerne som sygeplejerskerne, understreger Dorte Steenberg.

Og det kan betale sig at gøre en indsats.

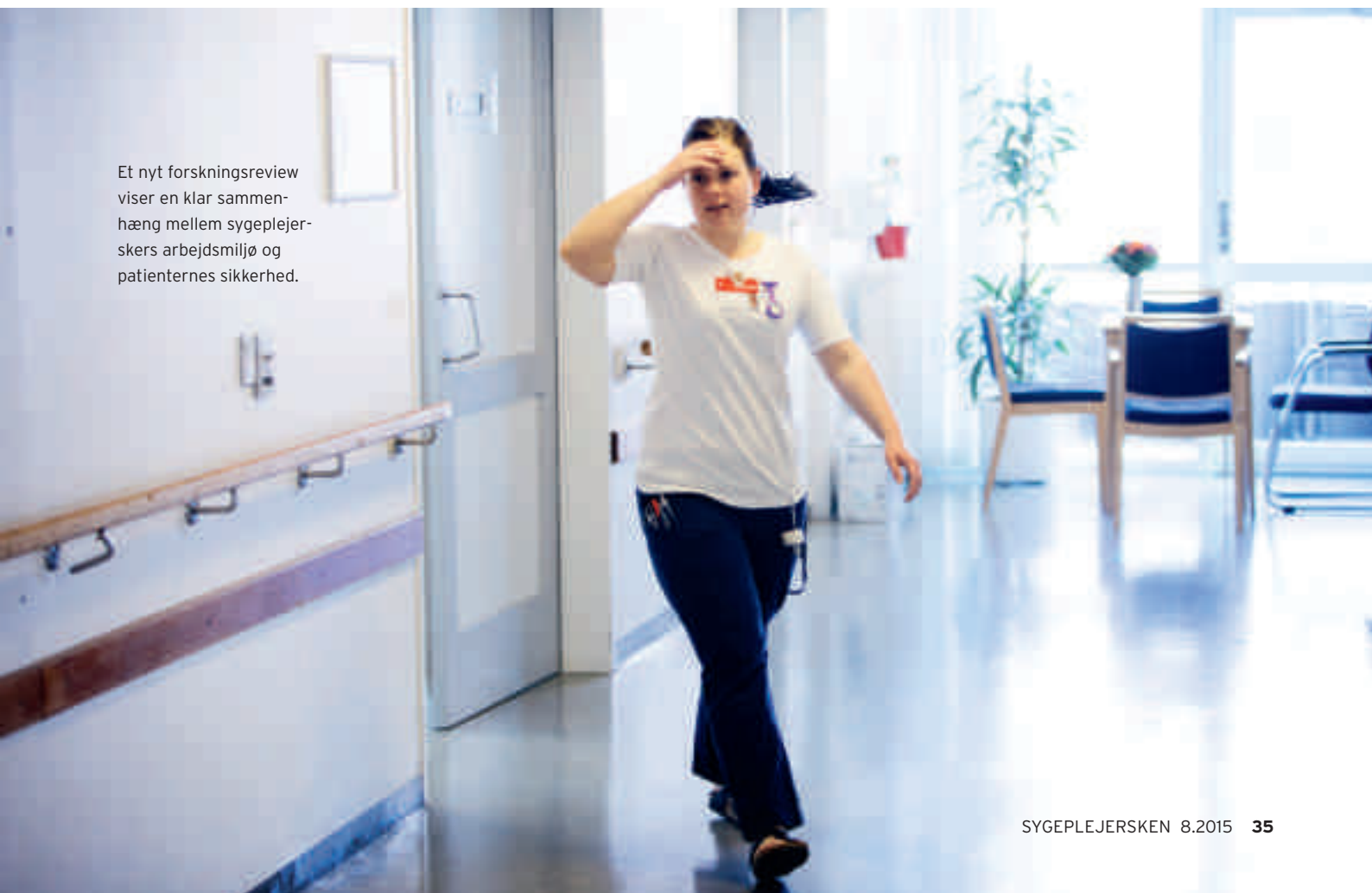
Det viser resultater fra de såkaldte magnet-hospitaler, som er kendt fra USA.

Her arbejder man systematisk med sygeplejefaglig ledelse, faglig udvikling og arbejdsmiljø.

Og resultaterne er ikke til at tage fejl af: Bedre patientsikkerhed, færre dødsfald og færre komplikationer. Eksempelvis er der 14 pct. lavere risiko for at dø inden for 30 dage efter indlæggelse og 12 pct. lavere risiko for at dø som følge af komplikationer for patienter behandlet på magnethospital end for patienter på andre hospitaler.

Konceptet med magnethospitaler findes i dag ikke i Danmark.

Et nyt forskningsreview viser en klar sammenhæng mellem sygeplejerskers arbejdsmiljø og patienternes sikkerhed.



Åbent brev til formanden

Kæmp for anstændige arbejdsvilkår

Et mangeårigt medlem af Dansk Sygeplejeråd beskriver, hvordan arbejdsvilkårene for sygeplejersker er blevet forværret de sidste 40 år. Da hun blev uddannet i 1969, var der tid til oplæring, men i dag er hendes datter – som også er sygeplejerske – flygtet fra faget pga. stress. I dette åbne brev til formanden for Dansk Sygeplejeråd, efterlyser hun handling for at værne om sygeplejen.

Kære Grete Christensen

Jeg skriver til dig på baggrund af mit virke som sygeplejerske i mere end 40 år, fordi jeg er dybt chokeret over sygeplejerskernes og sygeplejens situation i dag.

Jeg siger tak for 40 gode år, men ... sygeplejerskernes arbejdsvilkår er i dag katastrofalt forværrede til stor skade for patientsikkerheden!

Jeg dimitterede som sygeplejerske fra Sygeplejerskolen på Bispebjerg Hospital i 1969. Jeg var stolt over min sygeplejerskenål og mit medlemskab af en anerkendt og respekteret organisation for tusinder af ansvarsbevidste sygeplejersker med Dansk Sygeplejeråd i ryggen som en tryk og solid base.

Jeg har haft et alsidigt arbejdsliv i sundhedssektoren, har gennemført flere specialuddannelser og har senest arbejdet i mammografi-screeningen, indtil en arbejdsskade i mine hænder – efter håndtering af de tunge fotokassetter mv. – satte en stopper for mit arbejdsliv som sygeplejerske.

På Sygeplejerskolen på Bispebjerg fik vi en alsidig teoretisk uddannelse, men først og fremmest fik vi en "mesterlæreuddannelse" med supplerende praktik, der gjorde os kvalificerede til den virkelige verden. Og ude på sygehusene var afdelinger og kolleger gearret til at tage imod de nyuddannede sygeplejersker.

Der har været en rød tråd og solid sammenhængskraft helt fra min elevtid og ud i en bred vifte af forskellige jobs spredt i

sundhedssektoren. Jeg er ikke i tvivl om, at den sammenhængskraft har rod i den indsats, Dansk Sygeplejeråd har ydet gennem mange år. Hertil kommer, at Dansk Sygeplejeråd også har været der for den enkelte. Det oplevede jeg i forbindelse med min arbejdsskade.

Men nu er den røde tråd knækket. Nu er "mesterlæreuddannelsen" afskaffet. Nu oplever de nyuddannede sygeplejersker utilstrækkelighed i sygeplejerskeuddannelsen, utilstrækkelige introduktionsforløb og katastrofal mangel på praktisk kendskab til virket som sygeplejerske i sygehussektoren – og katastrofal mangel på sygeplejerspersonale.

Jeg er bevidst om, at det især er en strøm af besparelser, der spænder ben. Men er prioriteringen af landets ressourcer i orden, eller bruges der milliarder på områder, der ikke burde tilgodeses i det omfang, samtidig med at sundhedssektoren er nødlidende?

Må jeg spørge: Hvor er Dansk Sygeplejeråd? Hvorfor hører og ser man ikke Dansk Sygeplejeråd, hver gang der nedskæres, indføres nyttesløs administrativ dokumentation på bekostning af sygepleje og omsorg, og når der fyres sygeplejerspersonale?

I 2013 dimitterede min datter som sygeplejerske fra Sygeplejerskeskolen i Hillerød med et flot eksamensbevis efter en alsidig bacheloruddannelse, men uddannelsen forekom langt væk fra hverdagen som arbejdende sygeplejerske.

Min datter stod som nyuddannet sygeplejerske alt for hurtigt alene med alt for stort ansvar og alenevagter uden den ældre og erfarne sygeplejerskes støtte på

Dagbog om sygeplejerskers hverdag

For at sætte fokus på sammenhængen mellem krav og ressourcer i sygeplejen har Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden samlet beretninger fra sygeplejersker i udgivelsen "Dagbog fra sygeplejerskers hverdag i sundhedsvæsenet".

Sygeplejerskerne har bl.a. svaret på spørgsmålet: Hvis jeg skulle ændre en ting ved min arbejdsdag, så ...?

Dagbogen blev uddelt på Folkemødet. Målgruppen er politikere, beslutningstagere og arbejdsgivere.

Find dagbogen på www.dsr.dk/dagbog > klik på "Læs flere beretninger fra sygeplejerskers hverdag i sundhedsvæsenet."



grund af personalenedskæringer og besparelser – først på en kirurgisk afdeling og dernæst på en kardiologisk afdeling. Min datter er nu stressmærket flygtet fra sygehussektoren. Jeg er chokeret tilskuer på sidelinjen.

Gennem generationer har sygeplejerskerne opbygget en unik arbejdsmoral. Denne holdning til pligtfølelse og loyalitet over for det, der også er blevet kaldt ”kaldet”, er styrtet i grus på grund af stadig forværrede arbejdsvilkår som følge af besparelser, tidsspilde med dokumentationsarbejde og urimelige såkaldte effektiviseringer. Og sygeplejerskernes eget talerør, Dansk Sygeplejeråd ser stiltiende til.

” Dette nødråb er ikke en lønkamp, men et fortvivlet råb om anstændige arbejdsvilkår, dersom etaten og sammenholdet ikke skal gå i opløsning til uoprettelig skade for patientsikkerheden og sygeplejerskerne.

Dette nødråb er ikke en lønkamp, men et fortvivlet råb om anstændige arbejdsvilkår, dersom etaten og sammenholdet

ikke skal gå i opløsning til uoprettelig skade for patientsikkerheden og sygeplejerskerne. Der er ingen andre end sygeplejerskernes egen organisation til at træde i karakter, til at råbe: stop den rutsjetur, stop den arbejdsflugt fra sygehusene, stop de vedvarende forringelser af sygeplejerskernes arbejdsvilkår og bevar sygeplejen!

Jeg har naturligvis bemærket opfordringer fra Dansk Sygeplejeråd til sygeplejerskerne om at skrive på Facebook mv. om deres arbejdsvilkår, men kære formand for Dansk Sygeplejeråd: Der skal helt andre initiativer i spil, kom nu på banen – det haster.

Sygeplejerske Jane Gabriel, Fårevejle

Kære Jane Gabriel

Jeg deler din bekymring for sygeplejerskernes arbejdsmiljø og patienternes sikkerhed. Jeg er helt enig med dig i, at det ganske enkelt ikke er i orden, at unge nyuddannede sygeplejersker overlades til sig selv i alenevagter, fordi der ikke er råd til andet. Jeg kan love dig, at Dansk Sygeplejeråd bestemt ikke ser stiltiende til.

Vi lægger fakta på bordet over for politikerne, der konkret dokumenterer det, som sygeplejerskerne oplever i hverdagen. I foråret 2015 gennemførte vi en stor spørgeskemaundersøgelse om sygeplejerskernes arbejdsmiljø, som viser, at der fortsat er meget at tage fat på. Det taler sit tydelige

sprog, når Arbejdstilsynet alene i 2014 har givet 45 påbud på hospitalerne i forhold til stor arbejdsmængde og tidspres.

Vi sørger for at fortælle politikere, beslutningstagere og samfundet i øvrigt om konsekvenserne af de økonomiske prioriteringer – for både sygeplejerskerne som medarbejdere og for patienter og borgere – og om behovet for mere tid til kvalitet.

Vi har desuden fokus på, at der bør ske markante forbedringer for sygeplejestuderende og nyuddannede. Dansk Sygeplejeråd arbejder målrettet på at styrke sygeplejerskeuddannelsen – ikke mindst den kliniske del af uddannelsen. Netop i øjeblikket er uddannelsen under revision, og Dansk Sygeplejeråd, Danske Regioner

og KL arbejder sammen om præcis at give bedre muligheder og stille øgede krav til den kliniske uddannelse. For Dansk Sygeplejeråd er det samtidig helt afgørende, at vi får et øget fokus på ordentlige introforløb for den nyuddannede sygeplejerske.

Afslutningsvist glæder det mig, at du har haft 40 gode år som sygeplejerske. Det skinner igennem i dit brev, at du er stolt af dit fag, og du har givet interessen videre til din datter. Sammen skal vi arbejde for at skabe et sundt og meningsfuldt arbejdsliv for de kommende sygeplejerskegenerationer.

*Med venlig hilsen
Grete Christensen*

UDLANDET KÆMPER OGSÅ MED FARLIGE PATIENT- OVERGANGE

Tekst **Christina Sommer**
Illustration **Mikkel Henssel**

Som beskrevet i seneste nummer af Sygeplejersken, oplever hver 5. danske patient, at vigtig information går tabt mellem hospital og kommune. Problemet findes også i andre vestlige lande, hvor sygeplejersker og andet sundhedspersonale arbejder for sikrere patientovergange. Den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente formår at koordinere behandlingen og sikre smidige patientforløb. Og i Sverige arbejder 11 samordnende kontaktsygeplejersker for bedre, sammenhængende forløb for kræftpatienter i Stockholm-Gotland-regionen.

USA HER OPSØGER OG INDDRAGER MAN PATIENTERNE

Den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente har i mange år været kendt for gode behandlingsresultater for især patienter med kroniske sygdomme. Det skyldes bl.a. opsøgende, skræddersyede indsatser, smidige overgange mellem de forskellige sektorer og ikke mindst en velfungerende elektronisk patientjournal.

Gennem de seneste 10 år er mange danske politikere og fagfolk på sundhedsområdet rejst til Californien for at kigge nærmere på den amerikanske sundhedsorganisation Kaiser Permanente, som især er kendt for gode behandlingsresultater for patienter med kroniske sygdomme. Kaiser Permanente er en privat såkaldt non-for-profit-sundhedsorganisation (se boksen "Kaiser Permanente"), som tilbyder sine ca. 10 mio. forsikringskunder/medlemmer sundhedsydelse.

Og organisationen har succes med at give den rette behandling og skabe sammenhængende behandlingsforløb mellem de forskellige sektorer for især patienter med en eller flere kroniske sygdomme – en patientgruppe, som står for ca. 70-80 pct. af de samlede sundhedsudgifter i Danmark.

Det fortæller Anne Frølich, der er forsker og overlæge på Forskningsenheden for Kroniske Sygdomme på Bispebjerg Hospital og Frederiksberg hospitaler. I 2011 stod hun – sammen med en dansk forskergruppe – bag en sammenlignende analyse af det danske sundhedsvæsen og Kaiser Permanente (se boksen "Sundhedsydelse af høj kvalitet").

Ifølge Anne Frølich skyldes Kaiser Permanentes gode resultater bl.a., at man længe har arbejdet struktureret med at skabe sammenhængende patientforløb,

SVERIGE SAMORDNENDE KONTAKTSYGEPLEJERSKER SKAL OPTIMERE PATIENTFORLØB

I Stockholm-Gotland-regionen har man netop indført samordnende kontaktsygeplejersker på kræftområdet. De har ikke patientkontakt, men skal primært samle de nuværende kontaktsygeplejersker i faglige netværk og optimere arbejdsprocesser og funktioner, så patienter og pårørende får endnu bedre og sammenhængende behandlingsforløb.

For fire måneder siden begyndte 11 såkaldte samordnende kontaktsygeplejersker i deres helt nye stillinger i Stockholm-Gotland-regionen i Sverige. De samordnende kontaktsygeplejersker er opdelt i fem teams efter forskellige kræftdiagnoser. De har ikke direkte patientkontakt, men skal primært støtte og opruste regionens ca. 120 kontaktsyge-

plejersker i deres daglige arbejde, bl.a. ved at etablere faglige netværk, hvor kontaktsygeplejerskerne kan udveksle erfaringer og ikke mindst lære hinandens arbejdsopgaver at kende.

Det vil forhåbentlig sikre endnu bedre og mere sammenhængende patientforløb for regionens mange kræftpatienter, håber chef-sygeplejerske i Kontaktsjuksköterskefunktionen Stockholm-Gotland, Bodil Westman.

"Selvom vi har haft kontaktsygeplejersker på kræftområdet siden 2006, må vi sande, at vi stadig har udfordringer, f.eks. i forhold til, om alle patienter får en behandlingsplan, og om de væsentligste informationer om patienten og behandlingen bliver delt ordentligt mellem de forskellige afdelinger og sektorer," siger Bodil Westman og tilføjer:

hvor patienterne i høj grad bliver inddraget. Organisationen har siden 1996 haft forløbsprogrammer for de kroniske sygdomme og satset på tidlig opsporing, patientuddannelse og på rettidig og koordineret indsats på tværs af sektorer.

”Alle medarbejdere samarbejder systematisk om og med patienterne, som bliver inddraget og undervist i at mestre deres sygdom. Og det ser ud til, at de amerikanske patienter er bedre til selvmanagement end de danske,” siger Anne Frølich.

Stærk primærsektor

En anden meget vigtig faktor for organisationens succes med at skabe gode og smidige overgange mellem forskellige afdelinger og sektorer er Kaiser Permanentes elektroniske patientjournal. Organisationen tog i

begyndelsen af 00'erne en beslutning om at investere flere milliarder kroner i én fælles patientjournal, og den har for alvor vist sit værd siden 2011, hvor den var fuldt im-

plementeret. Patientjournalen giver bl.a. Kaiser Permanente et godt indblik i patienternes sygdomsbilleder, behandlingsforløb og -resultater.

Kaiser Permanente

Kaiser Permanente er det største integrerede sundhedsforsikringssystem i USA. Det er en såkaldt privat non-for-profit-sundhedsorganisation, hvilket betyder, at evt. overskud ikke må gå i private lommer, men skal anvendes i organisationen og/eller på andet sundhedsarbejde i det geografiske område, som Kaiser Permanente opererer i.

Organisationen tilbyder de godt 10 millioner forsikringskunder/medlemmer sundhedsydelser i sine omkring 620 tværfaglige større og mindre medicinske centre, der indeholder både almen praksis, ambulatorier, laboratorium, røntgen, scanning og apotek samt 38 hospitaler.

Organisationen havde i 2014 en årsomsætning på omkring 340 mia. kr. Den har ca. 175.000 ansatte, heraf ca. 48.300 sygeplejersker og 17.400 læger (opgjort i 2013). Medlemmerne er tilsluttet via deres private sundhedsforsikringer

Kilde: www.kaiserpermanente.org



Krav til den gode kontaktsygeplejerske

- Præsenter dig tydeligt med navn for patienterne og bær navneskilt
- Sørg for at være til stede, når patienten får sin diagnose.
- Vær sikker på, at du har den rette viden og kompetence til at informere om sygdom og behandling.
- Vær tilgængelig på hverdage mellem kl. 8-16 og henvis til andre, når du ikke er det.
- Sørg for, at hver patient får en skriftlig behandlingsplan inkl. forslag til rehabilitering
- Deltag ved de multidisciplinære møder/konferencer.
- Informér patienten tydeligt om kommende behandlingstiltag.
- Vær opmærksom på at støtte både patient og pårørende løbende og i akutte kriser.
- Sørg for, at patienten bliver inddraget og har indflydelse på sin behandling.
- Prioritér overleveringer til evt. ny kontaktsygeplejerske, så væsentlig information kommer videre.
- Sørg for, at patienten får den behandling, han/hun har ret til i forhold til ventetider m.m.

Kilde: "Rapport - kontaktsjukskøterskefunktionen Stockholm-Gotland. Genomlysning av befintlig verksamhet och förslag till förbättringar Stockholm 131002"
Ønskes yderligere information om de svenske erfaringer, er man velkommen til at kontakte Bodil Westman på bodil.westman@sll.se

”Behandlingsplanen omfatter bl.a. tidsplan og information om udredning, behandling og opfølgning, samt rehabiliteringstiltag under hele forløbet.”

Efteruddannelse ikke nok

Region Stockholm-Gotland er Sveriges største med 2,1 mio. indbyggere samt seks sygehuse. Og den snart 10 år gamle ordning med kontaktsygeplejerskerne har på mange måder forbedret patientforløbene, fortæller Bodil Westman.

For at kunne løfte opgaven bedst muligt, er de omkring 120 kontaktsygeplejersker blevet tilbudt efteruddannelse inden for det kræftspeciale, de sidder med, samt i samtalem metode og psykosocial onkologi. En undersøgelse af kontaktsygeplejerskeordningen i 2013 viste nem-

”Og den sikrer ikke mindst, at læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle har adgang til den rette information på det rette tidspunkt for den enkelte patient. Er en læge f.eks. ved at ordinere ny medicin, som interagerer uhensigtsmæssigt med noget andet medicin, advarer systemet automatisk personalet. Patienterne har også adgang til journalen, og data bruges aktivt til kvalitetsmålinger, til opfølgingsforløb og til forebyggende indsatser i en grad, vi slet ikke ser herhjemme,” siger hun og tilføjer, at den elektroniske patientjournal, Epic, som man er ved at implementere i Region Hovedstaden og Region Sjælland, er inspireret af Kaiser Permanentes system.

Kaiser Permanente er desuden kendetegnet ved at være organiseret på en måde, der efter danske forhold svarer til en ”slank” sygehussektor og en stor primær sektor med mange medicinske centre, hvor patienterne møder de forskellige fagfolk som f.eks. praktiserende læge, psykolog, fysioterapeut,

røntgen og ambulatorier under samme tag. På den måde kan patienterne ved fremmøde hos egen læge få foretaget evt. andre nødvendige undersøgelser med det samme.

”De opererer med en kæmpe primær sektor og ser faktisk enhver indlæggelse som en fejl, en utilsigtet hændelse. De har en meget lav indlæggelsesrate og korte indlæggelsestider, og de mener da heller ikke, at de kan komme meget længere ned. Der er jo nogle ting, man kun kan på et hospital,” siger Anne Frølich.

Mere aggressiv stil

Anne Frølich fremhæver også Kaiser Permanentes resultater i forhold til patientinddragelse og forebyggelse.

”Dukker patienten ikke op til aftalt kontrol, bliver vedkommende ringet op. Personalet kan også se, hvis en patient ikke har indløst sin recept, og også her ryger der en reminder afsted til patienten. Det er måske en mere aggressiv stil, end vi er vant til i

Danmark, men det resulterer i, at flere patienter får den behandling, de har brug for, hvilket igen kan være med til at forebygge forværring af f.eks. KOL-sygdommen. Her i Danmark har vi måske en tendens til at afskrive og afslutte patienten, når han ikke er mødt op for tredje gang i træk,” siger Anne Frølich. Nogle kritikere mener, at Kaiser Permanente med sine aktivt opsøgende og forebyggende indsatser risikerer at overbehandle patienterne, men det er Anne Frølich ikke sikker på.

”Måske er der en overbehandling i USA, men vi ved fra store undersøgelser, at halvdelen af kronikerpopulationerne bliver underbehandlet. I Danmark er vi kommet et godt stykke vej i forhold til behandling af patienter med kroniske sygdomme, men der er alligevel en del danskere med f.eks. KOL, som ikke er velbehandlede. Kunne det forebygges med en mere opsøgende indsats, mener jeg, at det er vejen frem,” siger Anne Frølich.

lig, at mange kræftpatienter efterspurgt psykosocial støtte, især til pårørende under 18 år.

Men undersøgelsen viste altså også, at målet om, at kontaktsygeplejersken følger patienten hele vejen lige fra første mistanke om kræft til evt. palliativ pleje, desværre ikke blev indfriet. Både økono-

miske og organisatoriske forhold medvirkede – og medvirker stadig – til, at nogle patienter slet ikke bliver tilbudt en kontaktsygeplejerske, mens flertallet ofte har flere kontaktsygeplejersker tilknyttet i løbet af sit behandlingsforløb, f.eks. én sygeplejerske fra sengeafdelingen og en anden fra ambulatoriet. Og ofte kommu-

nikerer kontaktsygeplejerskerne på de forskellige afdelinger og i de forskellige sektorer ikke godt nok sammen, fortæller Bodil Westman.

”Så der er nok at tage fat på for de samordnende kontaktsygeplejersker. De skal f.eks. kigge nærmere på opgaver, hvor kontaktsygeplejerskerne for alvor kan gøre sig gældende, og de skal hjælpe kontaktsygeplejerskerne med at blive endnu bedre i deres funktion bl.a. ved at beskrive, hvilke roller de har i forskellige forløb,” fortæller hun.

It driller

Som eksempel nævner hun de multidisciplinære patientkonferencer på hospitalerne, hvor kontaktsygeplejerskerne i samarbejde med patient og pårørende med fordel kan have kortlagt patientens situation, behov og ønsker før konferencen. Men også samarbejdet med hjemmeplejen kan blive bedre.

”Alene i Stockholm har vi 20-25 enheder i hjemmeplejen. En kontaktsygeplejerske kan nemt have patienter i flere

Det sammenhængende sundhedsvæsen

DSR Analyse og MEGAFON gennemførte i perioden den 21.-27. april en opinionsundersøgelse blandt flere end 2.000 danskere om deres oplevelser i forbindelse med egne eller pårørendes hospitalsbesøg.

Blandt de danskere, der inden for det seneste år havde besøgt et hospital i forbindelse med egen undersøgelse eller havde modtaget pleje eller behandling, angav 17 pct., at de oplevede, at relevant information fra hospitalet kun ”i mindre grad” eller ”slet ikke/næsten ikke” blev givet videre til relevante aktører som hjemmeplejen eller praktiserende læge.

Blandt de danskere, der inden for det seneste år, havde været på et hospital med en nær pårørende, som skulle undersøges eller modtage pleje eller behandling, svarede 25 pct., at relevant information fra hospitalsbesøget kun ”i mindre grad” eller ”slet ikke/næsten ikke” blev givet videre til andre relevante aktører.

Læs også temaet ”De risikofyldte patientovergange” i Sygeplejersken nr. 7/2015 s. 20-33.

Sundhedsydelse af høj kvalitet

Flere studier har konkluderet, at Kaiser Permanente leverer sundhedsydelser af høj kvalitet på et rimeligt omkostningsmæssigt niveau. I 2011 udkom den danske forskningsrapport "Hvad kan det danske sundhedsvæsen lære af Kaiser Permanente? En sammenligning mellem den amerikanske forsikringsorganisation Kaiser Permanente og det danske sundhedsvæsen" på Syddansk Universitetsforlag. Anne Frølich var forskningsleder på projektet og medforfatter og redigerende på bogen.

Forskerne overvejede, i hvor høj grad det var muligt at sammenligne USA og Danmark, alene af den grund, at mange af de dårligst stillede amerikanere ikke har en sundhedsforsikring. De blev enige om, at det var muligt, da langt de fleste forsikrede i Kaiser Permanente tilhører den lavere del af middelklassen. De bedre stillede vælger ofte dyrere ordninger, og derfor er de forsikrede hos Kaiser Permanente en forholdsvis homogen gruppe, hvis behov for sundhedsydelser meget ligner den danske befolknings.

Forskningsrapporten konkluderede bl.a.:

1. Kaiser Permanente er som sundhedsorganisation og ledelsesmæssigt særdeles interessant at lære af.
2. De er dygtigere til eller længere fremme med at arbejde sammen på kryds og tværs i deres sundhedsorganisation.
3. De er bedre til at inddrage patienterne i behandlingen og dermed udnytte de egenomsorgsressourcer, som patienterne besidder.
4. De indlægger langt færre patienter og er således formentlig dygtigere til at forebygge dyre indlæggelser.
5. De er pr. medlem/indbygger 50 pct. dyrere end det danske sundhedsvæsen, men det amerikanske sundhedsvæsen under ét er dobbelt så dyrt som det danske pr. indbygger.

Analysen var finansieret af Rockwool-fonden, og man kan finde et uddrag af rapporten på fondens hjemmeside www.rff.dk -> skriv "Kaiser Permanente" i søgefeltet øverst til højre.

end 20 enheder, og her er kunsten at få informationsudvekslingen til at fungere optimalt, så kontaktsygeplejerskerne får mest mulig tid til patienterne," siger hun.

Bodil Westman fortæller, at forskellige it-systemer akkurat som i Danmark også vanskeliggør korrekt og nem udveksling af patientinformationer mellem de forskellige sektorer.

"Vi har eksempler på, at nogle kontaktsygeplejersker arbejder med 10-15 forskellige it-systemer hver dag, og det vil vi også ændre. Vores mål er, at både personale og patienter skal kunne se deres behandlingsplan på f.eks. mobiltelefonen. Så undgår man også, at vigtige breve og indkaldelser på papir går tabt eller bliver glemt," siger Bodil Westman.

Ordningen med de samordnede kontaktsygeplejersker kører foreløbigt i to år.

"Så må vi se, om de har overflødiggjort sig selv. Det kan man jo næsten håbe på," siger Bodil Westman.



Én patient - ét samarbejdende sundhedsvæsen

Under overskriften "Fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen" offentliggjorde Dansk Sygeplejeråd i april sine bud på, hvad der skal til for at sikre et mere bæredygtigt sundhedsvæsen nu og i fremtiden. I forslag 3 "Én patient - ét samarbejdende sundhedsvæsen" pointerer Dansk Sygeplejeråd, hvor vigtigt det er, at sundhedsvæsenets mange aktører bliver bedre til at samarbejde, så de mange ældre, medicinske patienter oplever sammenhængende og trygge forløb under indlæggelse på sygehuset, og når de plejes og behandles i eller tæt på eget hjem. Punktet indeholder bl.a. følgende anbefalinger:

1. Der skal udarbejdes en strategisk og helhedsorienteret plan for det nære sundhedsvæsen, som kan understøtte og sammentænkes med den plan, der ligger for den fremtidige sygehusstruktur. Planen skal bl.a. fokusere på sammenhæng og vidensdeling med sygehuse og almen praksis, så der i højere grad tænkes i helhedsløsninger på tværs af sundhedsvæsenet.
2. I forbindelse med de aktuelle økonomiforhandlinger skal regioner og kommuner have en pulje penge målrettet arbejdet for et tættere samarbejde på tværs af sektorerne.

Læs mere på www.dsr.dk/tidtilkvalitet

Skæggede sygeplejersker og magtens kvinder indtog Folkemødet

Supersygehuse, sundhedshuse, teknologi, uddannelse, ligestilling, besparelser og kvalitet var blandt de mange emner, der blev debatteret på årets Folkemøde på Bornholm, og som Dansk Sygeplejeråd fik sat sit håndfaste aftryk på.

Tekst **Kristine Jul Andersen** • Foto **Simon Klein-Knudsen**

”Det er en fornøjelse at stå her og byde velkommen til Folkemødet, som er en enestående mulighed for at diskutere fremtidens sundhedsvæsen, vores mærkesager og tale om de ting, der rører sig i sygeplejerskers hverdag.”

Sådan lød det fra formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, da hun åbnede Dansk Sygeplejeråds telt på årets Folkemøde på Bornholm. Et telt, der var proppet med sygeplejersker i røde T-shirts med det klare budskab: ”Tid til kvalitet”.

Målt på antallet af events og debatter var sundhed en af topscorerne på årets Folkemøde - kun overgået af temaet ”demokrati og folkestyre”. Dansk Sygepleje-

råd lagde selv telt til en del af disse arrangementer. Teltet var fyldt med repræsentanter for læger, fysioterapeuter og regionspolitikere, Dansk Erhverv og Etisk Råd - og selvfølgelig en masse engagerede sygeplejersker - der diskuterede dilemmaet i de politiske ønsker om at have supersygehuse, gennemføre ”super” besparelser og sikre en super kvalitet.

Her skar næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Anni Pilgaard, igennem debatten om dyr medicin, der ifølge hospitalsledelserne skal betales med nedskæringer på personalesiden. Valget mellem personale eller medicin er absurd og vil ikke føre til bedre kvalitet, påpegede hun.

”Hvorfor ikke sige både og? Hvorfor ikke udnytte vores faglighed? Eksempelvis ved at sætte spørgsmålstejn ved, hvad der er værdi for borgeren. Er det at blive ved og ved med at genoplive en 96-årig? Lad os prioritere fagligheden i stedet for at snakke enten eller,” sagde Anni Pilgaard.

Imens skinnede solen over de mere end 100.000 mennesker, der besøgte Folkemødet i løbet af de fire junidage. Mennesker, der bevægede sig gennem byen fyldt med telte, pyntet med budskaber og ønsket om at blive hørt og få deres sag på dagsordenen.

Mandlige sygeplejersker

Lørdag eftermiddag indtog sygeplejersker og sygeplejestuderende med Dansk Sygeplejeråds formand i spidsen hele Aalborg for at blive hørt. Da rullede en bølge af knap 100 sygeplejersker og sygeplejerskestuderende gennem Folkemødet, iført falske overskæg, tatoeringer og hvide T-shirts med provokerende fordomme om mænd i sygeplejen. På vejen satte de tatoeringer på andre folkemødegæster med budskabet ”Mand kan blive sygeplejerske” og delte ud af postkort med fordomme om mandlige sygeplejersker og fakta om virkeligheden.

Målet var at gøre op med fordommene om mænd i sygeplejen. For der mangler mandlige sygeplejersker, og står det til Dansk Sygeplejeråd, skal der fremover være flere mænd end de 3 pct., der er i dag. Og Folkemødet tog godt imod de skæggede sygeplejersker, der fik mange til at trække på smilebåndet og rulle ær-



”Vi skal have IT-systemer, der virker på tværs af sektorer, og det er afgørende, at personalet bliver uddannet i at håndtere de nye teknologier,” sagde næstformand Dorte Steenberg på Folkemødet.



met op med kommentarer, som "fedt, at I gør det her" og "kan jeg også få sådan en tattoo?"

Lige adgang

Dansk Sygeplejeråds holdninger var efterspurgt i mange stande på Folkemødet. Bl.a. deltog Grete Christensen i debat i Danske Regioners telt om lighed i sundhedsvæsenet.

"I dag er der ikke reel fri og lige adgang til sundhedsvæsenet. For at skabe større lighed i behandlingen og plejen skal vi i højere grad behandle folk individuelt og møde dem dér, hvor de er. Her kan bl.a. socialsygeplejersker gøre en forskel, fordi de kan hjælpe socialt udsatte med at navigere i et stift sundhedssystem og forhindre, at de bliver tabt mellem to stole, når de flyttes fra f.eks. hospital til kommunale tilbud," sagde hun her.

Folkemødet bød desuden på debatter om fremtidens teknologi, som i den grad sætter sit præg på sundhedsvæsenet nu og vil komme til at gøre det i fremtiden. Center for Innovativ Medicinsk Teknologi havde bl.a. inviteret næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, til en debat, hvor hun pointerede, hvor vigtigt det er at inddrage sygeplejerskernes faglige viden i den teknologiske udvikling.

Her fik hun også muligheden for at give sit bud på, hvad der skulle ske, hvis hun var sundhedsminister og havde alverdens penge.

"Vi skal have nationale løsninger, der sikrer, at vi alle sammen har lige muligheder og adgang til sundhedsvæsenet, uan-



Sygeplejersker iført tatoveringer og T-shirts med provokerende ord om mænd i sygeplejen, pyntede andre folkemødegæster med tattos med budskabet: "Mand kan blive sygeplejerske".

set om vi bor i Skagen eller Gedser. Vi skal have IT-systemer, der virker på tværs af sektorer, og det er afgørende, at personalet bliver uddannet i at håndtere de nye teknologier, der kommer," sagde Dorte Steenberg.

Magt til sygeplejersker

Sygeplejersker kom også i fokus, da tidskriftet Dagens Medicin offentliggjorde sin årlige liste over de 100 mest magtfulde mennesker i sundhedssektoren. Her brillerer hele fem sygeplejersker med deres nærvær - med Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, i top som nummer 25, hvilket er to pladser bedre end sidste år.

De øvrige sygeplejersker på listen var direktør Janne Elsborg, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (fra plads 50 til 40), sygeplejedirektør Helen Bernt Andersen, Rigshospitalet (fra plads 61 til 62), og hospitalsdirektør Bente Ourø Rørth, Nordsjællands Hospital (fra plads 80 til 71).

Højdespringeren på hele listen er Vibeke Krøll, sygeplejefaglig direktør på Aarhus Universitetshospital, der er gået fra nummer 71 sidste år til at være nummer 58 i år.

"Når man bliver anerkendt på denne måde, føler jeg, at jeg er med til at gå foran og repræsentere sygeplejefaget. Det viser, at vi har noget at sige som den største faggruppe i sundhedsvæsenet," sagde Vibeke Krøll efter listens offentliggørelse.



Fem til ferien

Kvindeliv på kryds og tværs

Sygeplejerske rimer på roman. Det ved vi fra undersøgelser af Sygeplejerskens læsere. Men hvad skal man læse i ferien, hvis en fødselsdag ikke lige har forsynet boghylden med nye titler og sproglig saft og kraft? Her er fem forslag; bøger, der emmer af udsyn, menneskekundskab og galde. Det sidste i afmålte, men ikke dårlige doser. De fleste hovedpersoner er kvinder, og det er faktisk tilfældigt.

Tekst **Jette Bagh**, cand.cur., fagredaktør, Sygeplejersken • Foto **iStock**



Judith Schalansky

Atlas over afsidesliggende øer

Halvtreds øer, som jeg aldrig har været på og aldrig vil komme til

Forlaget Vandkunsten 2014

144 sider - 349,95 kr.

En meget smuk og mærkelig bog. Smuk pga. kortene og de fine farver, mærkelig, fordi der på de 50 øer er sket virkelig sære ting, som forfatteren har fundet frem til og gengiver her. En tekst på den ene side, et kort på den anden side. En test hos en sejlede globetrotter bekræftede rigtigheden af historien om øen "Amsterdam". Den er god nok, så det er de andre nok også. Der optræder et væld af kaptajner, forskere, slaver, skibbrudne, fyrmestre og nogle få kvinder i historierne.

Bogen skal læses i små etaper, f.eks. som godnatlæsning eller højtlesning i regnvejre. Når man læser, skal man studere kortet og give sig til at finde rundt på øen eller fare vild.

Det indledende essay om atlas beskriver, hvad det er, et atlas kan mht. at give næring til drømme, håb og lange rejser.



Elena Ferrante

Forladte dage

C&K Forlag 2015

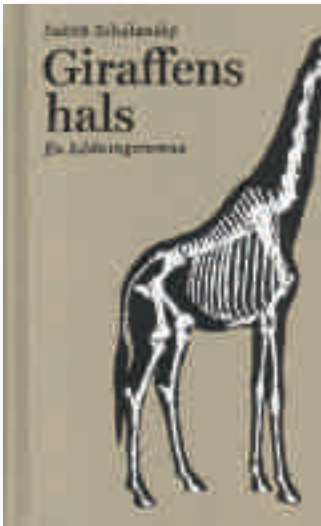
Paperback

206 sider - 129 kr.

Bogen udkom første gang på dansk i 2003 og blev dårligt modtaget af bl.a. den mandlige anmelder i Weekendavisen. "Offer, hulkesøster, stakkel" kaldte han hovedpersonen.

Nu er den her så igen, historien om 38-årige Olga, som fra den ene dag til den anden og ganske uventet bliver forladt af sin mand. Livet med børn og hund går i opløsning, det samme gør Olga, som befinder sig i en ny og ikke selvvalgt situation.

Elena Ferrante er herhjemme kendt for sin Napoli-trilogi, nu kan læserne stifte bekendtskab med hendes første roman og vurdere, om Ferrantes første værk er en historie om et offer eller om en kvinde, der er ved at finde sig selv efter en alvorlig krise.



Judith Schalansky

Giraffens hals
Mountainbike for novicer og nørder

Forlaget Vandkunsten 2012

219 sider - 279,95 sider

En tysk biologilærer, Inge Lohmark, lever og underviser i det tidligere DDR og tilslutter sig tydeligvis darwinismen og tesen om, at det er de stærkeste, der overlever. Det kommer både til udtryk i undervisningen og i hendes relationer til manden og datteren Claudia. Sidstnævnte har valgt at leve på USA's vestkyst, langt væk fra forældrene. Lohmark har kun set Claudia få gange, siden hun flyttede fra Tyskland. Manden er mest interesseret i sine strudse og sin strudsefarm.

Bogen refererer en del biologiundervisning, det skal man kunne klare, men den er med jævne mellemrum tilsat de mest fantastiske sort-hvide tegninger af biologiske fænomener som gopler, køer, fostre m.m. En meget fin bog at eje. Afslutningen åbenbarer og forklarer ganske overraskende, hvad den kølige biologilærer har formået i krydsfeltet mellem moderrolle og darwinisme.



Meg Wolitzer

Hustruen

C&K Forlag 2015

260 sider - 249 kr.

En hustru har gennem et langt ægteskab støttet og hjulpet sin mand på bekostning af egen karriere. Nu overvejer hun, om det var det hele værd. Overvejelserne sker i et fly på vej til Finland, hvor manden skal modtage en stor litterær pris.

Da jeg læste de første sider af bogen, tænkte jeg: "Åh nej, det står jeg ikke igennem." Forkrampede forsøg på at være morsom sugede energien som trækpapier. Jeg fortsatte og blev grebet. En ironisk og skarp iagttagelse af mænd og i særdeleshed én mand, fortællerens egen, og hans ego. Hans kategori kaldes "mænd, der ejer verden". Slutningen er ganske overraskende og forklarer familiens indre dynamik og indbyrdes relationer på en overbevisende facon.

Romanen er ved at blive filmatiseret med Glen Close i hovedrollen.



Ida Jessen

Postkort til Annie

Gyldendal 2013

224 sider - 199,95 kr.

Seks noveller alle med kvinder i hovedrollen. De handler om relationer til ægtefælle, børn eller venner. Ofte beskrevet, så der står mere mellem end på linjerne, hvilket betyder, at man kan gruble over indholdet, længe efter at den sidste linje er læst og bogen lukket.

Det er godt at læse novellerne sammen med nogen, for det giver noget ekstra at tale om, hvad det er, der er på spil i teksterne. Jessens fornemmelse for det usagte, de sære og svære følelser mellem mennesker, de store temaer i livet, er seismografisk. Hun mærker de mindste og fineste rystelser og beskriver dem.

DE SIKRER, AT UDSATTE PATIENTER GENNEMFØRER BEHANDLING

Aarhus Universitetshospital ansatte sidste år to socialsygeplejersker til at tage sig af socialt udsatte patienter. Ordningen har betydet mindre stigmatisering og sikrer, at færre patienter forlader hospitalet, før de er færdigbehandlede, viser evalueringen.

Tekst **Miriam Lykke Schultz** • Foto **Kissen Møller Hansen**

"Sig til ham, at jeg er der om to minutter, og at han ikke må gå, før han har talt med mig," svarer socialsygeplejerske Kerstin Faarvang i mobiltelefonen, mens hun sætter tempoet op.

"Patienter med misbrugsproblemer er hurtige til at forlade hospitalet, så snart abstinenserne melder sig, så en stor del af vores arbejde går med at fastholde dem i behandling, til de er færdigbehandlede," fortæller Kerstin Faarvang, der sammen med kollegaen Ann-Britt Holm Jensen har været inde over ca. 400 socialt udsatte patienter, siden de blev ansat som socialsygeplejersker på Aarhus Universitetshospital i maj sidste år.

"I modsætning til de andre sygeplejersker har vi tiden til at give patienterne den respekt og omsorg, de har brug for, så de ikke bare kaldes besværlige, men får de rigtige tilbud," siger Kerstin Faarvang, der også oplever, at de har en mere direkte tilgang til patienterne, når der spørges ind til deres misbrug.

"I stedet for at spørge patienten, om han drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger, spørger jeg, om han drikker en, to eller tre kasser øl om dagen. Så siger han: "Ej, jeg drikker ikke tre, måske kun halvanden." Det giver mig et mere reelt billede af arbejdet ud fra."

13,6 diagnoser

En intern undersøgelse i Fælles Akut Afdelingen på Aarhus Universitetshospital har vist, at gruppen af patienter, der indlægges under diagnosen alkoholmisbrug og psy-

Din bedste oplevelse med en borger for nylig?

"Da en socialt udsat patient fik amputeret begge ben, lykkedes det gennem et effektivt samarbejde med kommunen at skaffe ham en handicapvenlig bolig i stueetagen. Vi nåede også at flytte alle tingene, så boligen stod klar, da han blev udskrevet. Det viser lidt om, hvad man kan, når man arbejder tværfagligt."

kisk adfærd er blandt de hyppigste gængsere i både skadestuedelen og de medicinske visitationsafsnit. En anden undersøgelse har vist, at stofmisbrugere i Aarhus helst vil undgå at komme på hospitalet for behandling af sygdomme og symptomer.

Formålet med de to socialsygeplejersker har derfor været at medvirke til, at de socialt udsatte får en ligeværdig behandling og bliver mødt med samme høje faglige kompetence, forståelse og indsigt i deres særlige behov, når de kommer i kontakt med sundhedsvæsenet.

"Undersøgelser viser, at socialt udsatte i gennemsnit har 13,6 diagnoser. For at undgå unødvendige genindlæggelser er det vigtigt ikke kun at spørge til det, som patienten er indlagt med, men at spørge åbent, hvordan han har det, og give sig tid til at lytte," forklarer Kerstin Faarvang, inden hun går ind til en patient på en stue.

Han er indlagt med en brækket hånd, som nu er opereret, men han har nu mere

ondt i foden, fordi der sidder et glasskår, fortæller han.

Derudover føler han sig meget ensom, når han er derhjemme. Indimellem kommer der nogle andre grønlændere på besøg, men de har øl med.

"Jeg har lovet lægen ikke at drikke mere alkohol," siger han.

Kerstin Faarvang nikker og foreslår i stedet at sende nogle besøgsvenner ud til ham.

Hun vejleder ham også i, hvor han kan gå hen og få gratis mad, nu hvor han bliver udskrevet, og til sidst skriver hun en lille huskeseddel med alle de informationer, hun har givet ham.

Et overset glasskår

Inden patienten forlader hospitalet, sikrer Kerstin Faarvang sig, at han får medicinen med i hånden. "Hvis han kun får en recept, er der en risiko for, at han i stedet bruger sine penge på øl," siger hun.

Efter samtalen med patienten overleverer Kerstin Faarvang relevante informationer til sin kollega. Hun sikrer sig, at kommunen er klar til at overtage patienten, når han bliver udskrevet, bl.a. ved at vejlede om den rette abstinensbehandling.

"Det er vigtigt, at hjemmesygeplejersken holder øje med, om han får noget at spise. Jeg kan se, at han har tabt sig. Og så synes jeg, det er problematisk, at man ikke har fået gjort noget ved det glasskår, han har i foden, før man udskrives ham, selv om han er indlagt på håndkirurgisk afdeling."



1



2



3

1. Socialsygeplejerske Kerstin Faarvang tager shuttlebussen rundt til de forskellige afdelinger på Aarhus Universitetshospital, hvor de socialt udsatte patienter er indlagt.

2. Mange af patientsamtalerne foregår uden for hospitalets mure, hvor der er mulighed for at tale uforstyrret med patienten om de ting i livet, der kan være svære at åbne op om på en firemandsstue.

3. Med en huskeseddel minder Kerstin Faarvang patienten om alle de ting, der skal ske, når han kommer hjem. Hun får ham også til at læse den højt, så hun er sikker på, at han forstår indholdet.

4. Kerstin Faarvang vejleder sin kollega i den rette abstinensbehandling, som patienten skal have, når han bliver udskrevet.

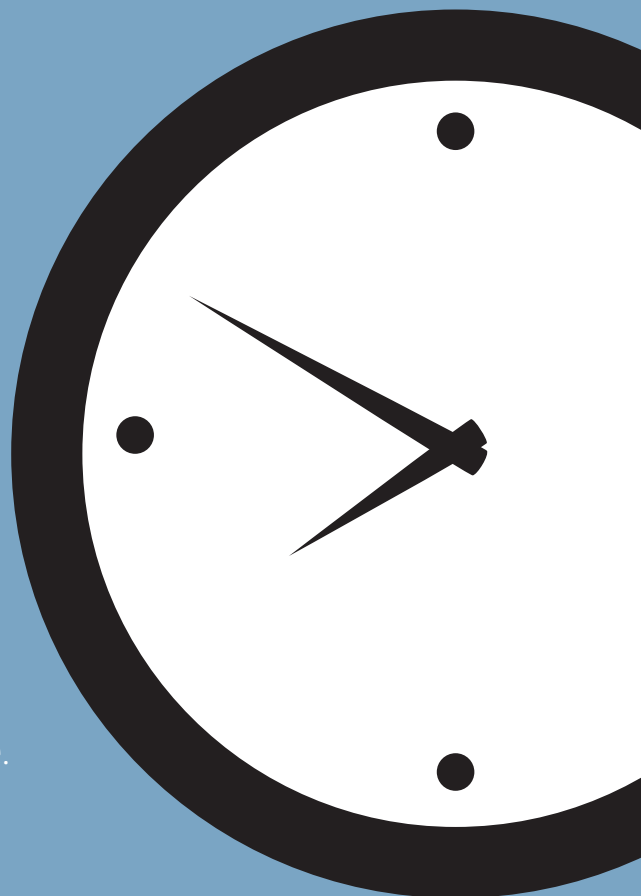
5. "Funny money", som socialsygeplejerskerne kalder de penge, der er sat af til cigaretter, lightere og sudokuhæfter m.m., der er med til at holde lidt længere på patienterne.



4



5



Har du brug for støtte, når du arbejder?

De unikke Skora sportssko gør en lang arbejdsdag til en fornøjelse. Køb dem med rabat i DSR's webshop

WWW.DSR.DK/WEBSHOP

Læserrejser

Oplevelser, der gør dig klogere på dit fag

Tag på læserejse med Sygeplejersken og Albatros Travel

www.dsr.dk/rabatter

Sommerferien starter på Koldingfjord ...

Tag familien med til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter

Strand eller storby?

Få rabat på rejser og hoteller

www.forbrugsforeningen.dk



Ny formand og nyt forretningsudvalg i SLS

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning har på deres årsmøde valgt ny formand og nyt forretningsudvalg. De vil det kommende år arbejde for flere mænd i sygeplejen, for verdens bedste uddannelse og for en styrkelse af SLS-lokalbestyrelserne.

Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) har holdt sit årsmøde, hvor de delegerede valgte, hvem der skulle bestride formandsposten, og hvem der skulle i forretningsudvalget. På forhånd var der ikke lagt op til kampvalg, da Rasmus Dedenroth, som i øjeblikket er formand i SLS-København, var den eneste, som stillede op til formandsposten. Han skal fra midten af juli danne formandskab med den hidtidige næstformand Morten Lendal Petersen, som blev genvalgt.

Til årsmøde valgte de delegerede også, hvilke indsatsområder SLS skal fokusere på i det kommende år, og det mundede ud i tre konkrete indsatsområder. SLS vil fortsat kæmpe for at få flere mænd i sygeplejen, og det skal bl.a. ske ved at tage ud på ungdomsuddannelserne og nedbryde fordommene om mænd i omsorgsfag. Foruden det fortsatte fokus på testosteron i sygeplejen vil SLS også kæmpe for, at sy-

geplejerskeuddannelsen bliver verdens bedste uddannelse.

Endelig besluttede de delegerede, at SLS-lokalbestyrelserne skal opkvalificeres. I det forgangne år havde SLS et mål om at få oprettet lokalbestyrelser på samtlige sygeplejerskeuddannelser, og det mål blev nået i februar. Nu vil man give bestyrelserne bedre redskaber til at hjælpe de studerende.

(mso)

SLS' nyvalgte forretningsudvalg:

- Nyvalgt formand for SLS er Rasmus Vincent Dedenroth (København)
- Genvalgt næstformand for SLS er Morten Lendal Petersen (Odense)
- Genvalgt forretningsudvalgsmedlem er Martin Loch Pedersen (Aarhus)
- Nyvalgt forretningsudvalgsmedlem er Cecilie Østlund (Aarhus)
- Nyvalgt forretningsudvalgsmedlem er Helle Yndgaard Storm (København).



Foto: Nils Lund Pedersen

Rasmus Dedenroth overtager formandsposten efter Sanne Fuglsang Nyquist og bliver den anden mandlige formand i SLS' historie.

DSR I MEDIERNE

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

Oplysninger om sygdom går tabt i overgangen mellem hospital og kommune

Næsten hver femte patient og hver fjerde pårørende har det seneste år oplevet, at relevant information går tabt i samarbejdet mellem hospital, kommune og egen læge. "Ligesom man taler om en behandlingsansvarlig læge, bør man også overveje at indføre en person – det kunne godt være en sygeplejerske – der sammen med patient og pårørende har ansvaret for at skabe sammenhæng i behandlingen," siger Grete Christensen til Jyllands-Posten. Hun understreger samtidig, at den form for hjælp skal systematiseres og tildeles den fornødne tid.

Patienter og sygeplejersker ser overbelægning over hele landet

Overfyldte stuer eller patienter, der ligger på gangene, er jævnlige vilkår på flere af landets hospitaler. I Region Syddanmark prøver de at afbøde problemet ved at flytte patienterne til afdelinger, hvor der er plads. "De patienter, der er i overbelægning et sted, flyttes andre steder hen, så f.eks. medi-

cinske patienter flyttes til kirurgiske sengeafsnit. På den ene side er det godt nok, men på den anden side udfordrer det kvaliteten i sundhedsvæsenet, når de steder, der burde tage sig af patienterne, ikke er i stand til det," siger kredsformand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Syddanmark, John Christiansen, til Berlingske Nyhedsbureau.

Overbelægning på hospitalerne i Region Hovedstaden

På nogle afdelinger ligger belægningsprocenten i perioder på over 115, viser nye tal for belægningen på Region Hovedstadens hospitaler i de første tre måneder af i år. "Overbelægning betyder, at der er flere patienter, end personalet kan håndtere. Det er helt uacceptabelt for patienterne, der også kan risikere at komme til at ligge på gangene eller andre steder, hvor de ikke hører hjemme," siger formand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden Vibeke Westh til Berlingske. Hun understreger også, at overbelægningen skaber en uholdbar situation for personalet, der presses voldsomt.

LÆSERREJSE

Du kan stadig nå det! Slow Boat to China med Sygeplejersken, 10 dage



AFREJSE
16. SEPTEMBER 2015

Kr. 11.998,-

*5-stjernet Yangtze-krydstogt og eksprestog til store oplevelser
– pandabjørne i Chongqing, verdensbyen Shanghai og 2 faglige indslag.*

Prisen inkluderer:

- Dansk rejseleder
- Fly København – Chongqing og Shanghai – København med Finnair via Helsinki
- Udflugter jf. program
- 5 overnatninger på 4-stjernede hoteller i delt dobbeltværelse
- 3 overnatninger i delt dobbeltkahyt på 5-stjernede Victoria Cruises
- Alle måltider (undtagen frokost dag 9 og aftensmad dag 7-8)
- Øl/vand til inkluderede måltider (dog ikke under opholdet på Yangtze-båden)
- Skatter og afgifter

Information og bestilling:

3698 9898, info@albatros-travel.dk, www.albatros-travel.dk/sygeplejersken, Rejsekode LR-SYG

Massivt overarbejde på landets hospitaler

Arbejdspresset på landets hospitaler er nu så stort, at hver tredje sygeplejerske må tage fritiden i brug for at løse sine opgaver. Det viser nye tal fra Megafon. "Effektiviseringerne er gået for vidt," lyder meldingen fra Dansk Sygeplejeråd.

Tekst **Mads Krøll Christensen** og **Kristine Jul Andersen**
Analyse **Louise Kryspin Sørensen**

De hospitalsansatte sygeplejersker bliver hængende på jobbet hos patienterne eller slæber papirarbejdet med hjem i privaten, selv om de har fri. Det viser tal fra en ny undersøgelse, som Megafon har gennemført for Dansk Sygeplejeråd. I undersøgelsen svarer 31 pct. af sygeplejerskerne, at de på deres seneste vagt måtte fortsætte arbejdet efter vagtens ophør.

"Det er naturligvis ikke i orden, at så mange sygeplejersker må arbejde over for at sikre behandlingen og plejen af patienterne. Når hver tredje sygeplejerske ikke kan nå sine opgaver inden for arbejdstiden, er det et klart udtryk for, at der er for få sygeplejersker til for mange komplicerede opgaver. Der er ganske enkelt ikke tid nok til patienterne," siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Undersøgelsen fra Megafon viser desuden, at de sygeplejersker, som har arbejdet i fritiden, har brugt 31,7 minutter i gennemsnit på overarbejdet. Fordeler man overarbejdet på alle, er det i snit 9,6 minutter, svarende til 1,4 millioner timer årligt eller 827 fuldtidsstillinger.

Ekstra syge patienter kræver tid

En af de sygeplejersker, der ofte må tage fritiden til hjælp for at få enderne til at mødes, er Mette Vinther fra Gastromedicinsk Afdeling på Køge Sygehus.

"Vores patienter er meget syge, og har vi eksempelvis en vagt, hvor vi går stuegang med lægen, kan den godt vare fra kl. 9.00 og helt til kl. 14.45. Først derefter kan vi gå i gang med at lave dokumentation, kontakte pårørende og følge op med information til patienterne. Og det bliver så efter arbejde, for det er ikke noget, man kan give videre til aftenvagterne, der møder ind kl. 15.00. De er kun tre, så det har de slet ikke tid til," siger Mette Vinther.

Har man en anden type vagt, der hovedsageligt handler om pleje af patienterne, er det ligeledes svært at nå det hele.

"Mange ting bliver kun gjort halvt. En stor del af patienterne er opereret i tarmen og har stomi. Så skal vi måle, hvor meget der kommer i stomiposen, så vi ved, hvor meget væske de skal have. Men det er ikke altid, man får gjort det, for så bliver man afbrudt, og der kommer noget akut, der er vigtigere. Så tænker man, at man skal huske at skrive det ned senere, men når det aldrig," forklarer Mette Vinther, som jævnligt sidder i bilen på vej hjem med dårlig samvittighed over at komme for sent hjem og dårlig samvittighed over de ting, hun ikke har nået på jobbet.

"Nogle gange ringer jeg lige ind på afdelingen for at få styr på det sidste," siger Mette Vinther.

Ikke en holdbar løsning

Grete Christensen mener ikke, at man kan byde hverken patienter eller medarbejdere de vilkår.

"Husk på, at det er syge mennesker, vi arbejder med. Derfor er det en tung følelse, når man går hjem med fornemmelsen af ikke at have løst alle sine opgaver," siger Grete Christensen. Hun peger også på en anden undersøgelse fra i år, der viser, at hver anden hospitalsansatte sygeplejerske mener, at arbejdsdagen i dag er så travl, at det går ud over patienternes sikkerhed.

"Det er ikke en holdbar løsning, at sygeplejersker skal arbejde i deres fritid for at få behandlingen til at hænge sammen. Det er nødvendigt, at politikerne flytter deres fokus fra effektivitet til kvalitet. Politikere må træffe et valg. Enten skal vi behandle færre patienter, eller også skal sundhedsvæsenet tilføres flere ressour-

cer. Vi kan under alle omstændigheder ikke fortsætte den nuværende kurs," siger Grete Christensen og understreger, at løsningen med flere ressourcer klart er den bedste for både patienter og personale.

Læs mere om Dansk Sygeplejeråds fire forslag til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen på www.dsr.dk/tidtilkvalitet

SYMPOSIUM 2015
3. DECEMBER, TORVEHALLERNE, VEJLE

PATIENTERNES SYGEHUS

- hvordan skaber vi det?

Dorthe Crüger: Når patienterne får lov at bestemme
Martha Donovan Hayward: Fra kræftpatient til patientambassadør
Adrian Edwards: Shared decision making i praksis
Karina D. Steffensen: Det nye center for fælles beslutningstagen på Sygehus Lillebælt - Fra idé til implementering
Helle Max Martin & Lone Duval: Det brugerinddragende hospital - erfaringer fra Aarhus Universitetshospital
Erik Riiskjær: Strukturer der former praksis

Pris: 575 kr. inkl. frokost og kaffe
Tilmelding senest 1. oktober på vejlesymposier.dk

Region Syddanmark

VEJLE SYGEHUS - PATIENTERNES KRÆFTSYGEHUS

Jette Bagh, fagredaktør



Forfatterskab som karrierefremmende tiltag

Jeg har bemærket en tendens: Når årsrapporten skal skrives, er det godt at puste sig op, vise, at man har bedrevet noget, at man er et aktiv for koncernen. Det gælder på virksomheder, det gælder på institutioner. Resultaterne taler for sig selv. Tror man.

Men præstationsfremmende midler flourer også i undervisningsmiljøer. Her kan man illudere vældig produktiv, hvis man sørger for at hægte sig på de rigtige steder.

Flere og flere undervisere er f.eks. medforfattere på bachelorstuderendes artikler, dvs. artikler, som er skrevet på baggrund af et konkret bachelorprojekt. Det er der absolut intet galt med. Det er almindeligt i forskerkredse, at vejleder er medforfatter på videnskabelige artikler.

Men et bachelorprojekt er i modsætning til den generelle antagelse hos en stor gruppe studerende ikke forskning, og kvaliteten spænder fra fremragende til frygtelig.

I nogle af disse artikler er forfatterne endda ublu nok til at foreslå, at den samlede danske sundhedspolitik ændres ene og alene, fordi tre interviewede informanter siger et eller andet, der peger på et hul eller en mangel i den nuværende politik eller strategi.

Det, der undrer mig, er, hvorfor begavede vejledere, nogle med høje uddannelser, stor viden bag pandebrasken og en pæn stak publikationer på listen, ønsker at lægge navn til tekster, de med et halvt øje må kunne se mangler stringens, belæg for påstande og ikke bringer sygeplejen hverken agtelse eller fremskridt. Når man er forfatter, står man inde for teksten, det er der nok ingen, som er i tvivl om. Derfor må man spørge sig selv, hvad man er parat til at stå inde for. Måske er "tak til vejleder Sørine Søndergaard" i bunden af artiklen i virkeligheden mere på sin plads i nogle tilfælde.

Ytringsfriheden er under pres, det ved vi fra mange eksempler i hverdagslivet, men er den også i det små under pres mellem kolleger? Der har altid hersket konsensuslyst blandt sygeplejersker, de hidsige debatter og de vildt divergerende synspunkter findes ikke her, og det er muligvis en kultur, man ikke i tilstrækkelig grad forsøger at gøre op med. Passer kulturen i virkeligheden godt til hjælpergenet? Det er måske ikke foreneligt at være strids- eller diskussionslysten og pleje syge mennesker.

Bunken af selvhjælpsbøger, der skal ruste til optimalt samarbejde i team, udvikling gennem konflikter og kunsten at levere konstruktiv kritik, vokser støt, snart når den loftet. Men effekten, den udebliver. Vi pakker alting ind, som var vi evighedsju-leassistancer i et stormagasin.

Men tag bladet fra munden. Træning i at sige sin mening uden omsvøb er medicin for både sygeplejestuderende og undervisere. Samt alle os andre.

” Det er almindeligt i forskerkredse, at vejleder er medforfatter på videnskabelige artikler. Men et bachelorprojekt er i modsætning til den generelle antagelse hos en stor gruppe studerende ikke forskning, og kvaliteten spænder fra fremragende til frygtelig.

Læs mere om en sygeplejerske, som turde sige frem og fra og derfor fik tildelt Kirsten Stallknecht Prisen i artiklen 18.

Ha' en go' sommer.

"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.



LYDER DET FOR GODT TIL AT VÆRE SANDT?

Hos os belønner vi loyalitet. Efter 6 år som medlem hos os får du del i et eventuelt overskud. Det blev i år til 153 mio. kr. til medlemmerne. Det er sådan, vi arbejder som et medlemsejet forsikringselskab.

Se hvad Danmarks 5. største forsikringselskab kan gøre for dig på bauta.dk/sandt eller ring 33 95 76 81.*

Savner medstuderende i undervisningen

Trine Ohrt Hansen, sygeplejestuderende

Som studerende på sygeplejerskeuddannelsens ordinære hold har mange en forventning om, at der vil være klasseundervisning og faglig debat blandt de medstuderende.

Nogle mener dog, at de ikke behøver at møde op til undervisningen, da der er stort fokus på selvstudie og ansvar for egen læring. Dette påvirker ikke kun undervisningen, men også gruppearbejdet, de faglige debatter og ikke mindst det sociale sammenhold. Klasseundervisning foregår stadig, men at sidde 10 elever hver dag ud af et hold på 26 påvirker det faglige udbytte, og diskussionerne går mellem de samme tre-fire stykker.

Antallet af tilstedeværende blev forbedret sidste sommer, da der blev indført afkrydsning af fremmødte. Desværre holdt det ikke så længe, da de studerende fandt ud af, at der ikke var de store konsekvenser ved dette. Den faglige viden er nødvendig for at kunne hjælpe andre mennesker. Så hvordan får man fremmødet til at stige til gavn for alle og til opretholdelse af det faglige niveau?

Burde der være flere konsekvenser, f.eks. fratagelse af SU?

Trine Ohrt Hansen er sygeplejestuderende på sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse.

Svar

Sygeplejerskeuddannelsen er som udgangspunkt et fuldtidsstudium på 40 timer/uge, uanset om det er en ordinær uddannelse eller en e-learning-uddannelse. Der er en klar forventning om, at man som studerende møder op til undervisningstimerne, deltager i gruppearbejdet og er aktiv i de faglige debatter. Vi ved, at konfrontationstimer er med til at dygtiggøre sygeplejestuderende (såfremt de møder op). Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning (SLS) kæmper for, at vi får flere konfrontationstimer - lige nu har vi i gennemsnit 14 undervisningstimer om ugen. Dog ligger noget af ansvaret også hos underviserne. Studerende prioriterer deres tid, og derfor er det vigtigt, at undervisningen er levende, spændende og relevant. At læse op fra et PowerPoint show, hver gang man

underviser, får ikke studerende til at møde op. Studerende har ret til at prioritere deres tid, også i forhold til mundtlig deltagelse i klassen og i det sociale aspekt, men ansvaret for egen læring bør aldrig blive en undskyldning for ikke at møde op.

Vi opfordrer derfor studerende til at tage begrebet "gensidigt ansvar for læring" til sig, og vi håber, at man ved hjælp af andre tiltag kan hæve fremmødet og stadig respektere den studerendes ret til prioritering med måde. I SLS mener vi bestemt ikke, at man bør fratage studerende SU'en, såfremt de ikke møder op til undervisningen. Andre metoder skal tages i brug, bl.a. evaluering af undervisernes kompetencer, undervisningsstilen og det sociale sammenhold i klassen. Gå i dialog med dine medstuderende, sørg for, at der er et attraktivt miljø i klassen og fortæl underviserne, hvordan jeres klasse gerne vil lære sygeplejen.

*Sanne Fuglsang Nyquist,
formand for Sygeplejestuderendes
Lands sammenslutning.*



Er der nogen borgere, hvor det er svært at fratage en urinprøve?

TENA U-test er et sikkert, hurtigt og letanvendeligt test-indlæg til opsporing af UVI til de tilfælde, hvor det er svært at fratage en urinprøve.

TENA U-test tilbyder en helt ny mulighed for let og behagelig opsporing af urinvejsinfektion hos inkontinente borgere, hvor det er svært at fratage en urinprøve. Test-indlægget lægges i en ren ble ved almindeligt bleskift. Både urinopsamling og analyse foregår mens test-indlægget sidder i bleen.

Køb den i www.tenabutikken.dk til private og til plejen kontakt TENA Kundeservice på 48 16 82 20.



Sammen gør vi en forskel

Reference til klinisk retningslinje mangler

Af **Carsten Michel Pedersen**, klinisk oversygeplejerske

Kommentar til artiklen "Sikker Kirurgi: Varmesikring af operationspatienten" i Sygeplejersken nr. 6/2015.

Tak til forfatterne for at tage et vigtigt emne op om forebyggelse af utilsigtet hypotermi, hvor konsekvenserne ofte ikke er direkte målbare og dermed vanskelige at agere på.

Imidlertid savnes reference til den nationale kliniske retningslinje for nonfarmakologisk forebyggelse af perioperativ utilsigtet hypotermi publiceret april 2014 (1). Heraf fremgår evidens for, at aktiv opvarmning med konvektionsvarme bør anvendes til præopvarmning til forebyggelse af perioperativ hypotermi.

I finder en signifikant højere kernetemperatur efter 30 min. og frem til afslutning af opvågningen. Den kliniske relevans kan diskuteres, idet mean temperaturforskellen for alle måletidspunkter i begge grupper er < 0,5 °C, hvilket af Dansk Standard

er acceptabelt til forebyggelse af perioperativ hypotermi. Der findes flere mulige fejlkilder, end I reelt forholder jer til i forhold til udvikling af hypotermi. BMI, ASA-klassifikation > 1, kombineret regional og generel anæstesi, skyllevæsker samt blodtransfusion påvirker i særlig grad patientens temperaturregulering.

Validering af målemetoden i forhold til oesofagus-termometer synes overflødig, da der i publiceret litteratur findes velgenførte studier. Desuden er anvendelse af oesofagus-termometret forbundet med stor usikkerhed grundet længden af spiserøret, som vanskeliggør korrekt placering. Korrekt placering i nederste tredjedel af spiserøret anbefales udført ved direkte laryngoskopi. Der er ofte risiko for, at termometeret displaceres for højt i spiserø-

ret og påvirkes af trakeal luft eller en anlagt ventrikelsonde.

Patientperspektivet vil være relevant for fremtidige studier, da den oplevelsesmæssige betydning af præopvarmning ikke er tilstrækkelig belyst.

*Carsten Michel Pedersen er ansat på
Anæstesiologisk afdeling Z,
Bispebjerg Hospital.*

(1) Pedersen C.M. Andersen-Stampe K. Richard R. Klinisk retningslinje for nonfarmakologisk forebyggelse af perioperativ hypotermi. 2014, 1. udgave; Available at: <http://kliniskretningslinjer.dk/retningslinjer/godkendte-retningslinjer/respiration-og-cirkulation/kr-hypotermi.aspx>. Accessed 20.05.2015.

MINDEORD

Kirsten Skov, Sundby

Den 5. juni modtog vi den triste besked om, at vores dejlige kollega Kirsten Skov var død. Vi vidste alle, at Kirsten var syg, men at livet skulle ende så pludseligt, kom bag på os alle.

Kirsten Skov har i mange år arbejdet som sygeplejerske på Kirurgisk afdeling på Nykøbing F. Sygehus. Hun elskede at være sygeplejerske og formåede på sin naturlige og ligefremme måde at møde patienter og pårørende på en empatisk, omsorgsfuld og direkte måde. Kirsten havde et positivt og lyst sind, som smittede af på hendes omgivelser.

Med stor ro og overblik var hun eminent til at skabe tryghed for patienterne.

Kirsten havde mange talenter, som er kommet utallige kolleger og patienter til gavn gennem sit lange virke. Hendes hjerte bankede dog særligt for patienter med stomi. Hun brændte for stomiplejen, og mange patienter på Lolland, Falster og Sydsjælland har nydt godt af Kirstens store ekspertise inden for sit felt.

Kirsten efterlader et stort tomrum i vores afdeling, men hun har på mange fronter sat et stort aftryk, som vi med glæde vil huske hende for.

Størst er tabet i dag for Kirstens mand, børn, mor og øvrige familie, og til dem går vores dybtføjte tanker.

Æret være Kirstens minde.

*På vegne af Kirurgisk afdeling på
Nykøbing F. Sygehus,
Ulla Johansen, funktionschef, og
Jane With Aspe, afdelingssygeplejerske.*

Elly Køhler

Tidligere souschef i Danske Sygeplejerskers A-kasse, Elly Køhler, er død 74 år, efter kort tids sygdom. Hun var en pioner, der kæmpede for sygeplejerskernes arbejdsmiljø.

Elly Køhler blev ansat i DSA i 1985 som jobkonsulent. Hun var uddannet som sygeplejerske og socionom. Med dette i rygsækken blev Elly hurtigt souschef i DSA, hvor hun var ansat indtil pensioneringen i 2006.

Før DSA arbejdede Elly Køhler bl.a. tre år i Kenya udsendt af Mellemfolkeligt Samvirke. Men det blev årene i DSA, der blev hendes livsværk. Hun var en pioner, der havde mål og altid var parat til at træde nye stier i arbejdet for de ledige medlemmer.

Elly startede socialrådgivning i DSA i 1987, og jobformidlingen, som Elly var daglig leder af, voksede. Elly havde visio-

ner om at hjælpe de medlemmer, der var kommet i klemme i systemet.

Hun fik sat fokus på mange skævheder i systemerne og deltog ofte i debatten via fagbladet *Sygeplejersken*.

Det lykkedes Elly Køhler at sætte sygeplejerskernes arbejdsvilkår på dagsordenen. I 1990 udkom "Rygskaden i skyggen", en undersøgelse, der har betydet meget for sygeplejerskernes fysiske arbejdsmiljø.

Også internt var der stor respekt omkring Elly. Hun var et stort menneske, der tænkte ud i fremtidens arbejdsmarked. Hun var loyal over for sine medarbejdere og meget respekteret.

Elly var altid med, hvor det skete. Hun var respekteret for sin viden, vedholdenhed og store engagement både i DSA og

blandt mange samarbejdspartnere. Hun var vellidt, og vi vil huske, når hun slog i bordet med store armbevægelser og gav sin mening til kende. Sådan var hun både på jobbet og under mere private sammenkomster.

Elly var en god ven og et stort menneske, som vil blive savnet. Hun døde den 25. maj 2015, en smuk, tidlig morgen med sine børn omkring sig.

Lykke Østerlin Koch, karrierekonsulent i Sundhedsorganisationernes A-kasse.

Jo Ellen Guldager

Vi mistede mandag morgen den 11. maj vores dejlige og gode veninde Jo Ellen Guldager, kaldet Joie, som vi har kendt gennem mere end 30 år.

Joie var en fighter, som valgte at bosætte sig i en anden verdensdel, hvor hun sammen med Klaus fik sønnerne Laurits og Simon.

Joie startede efter sin uddannelse som sygeplejerske på afdeling 40 på Maribo Sygehus. Det var her, vi var så heldige at møde Joie, som charmerede os alle fra første færd med sit smukke kastanjerøde hår, dejlige amerikanske accent og en helt utrolig livsglæde. Det blev starten på et dejligt, varmt og langt venskab og vores pigeklub. Der har været utallige hyggelige stunder, som Joie satte sit personlige præg på med sin dejlige latter og positive tilgang til livet.

Joie var elskelig, optimistisk og altid i godt humør. Hun var om nogen en livsnyder; nød god mad, vin og en god cognac. Hun elskede at forkæle os med sin gastronomi, helst af råvarer fra egen have. Selv til sidst hvor hun var træt, ville hun med til alt og nød det i fulde drag.

Joie holdt meget af sin have, blomsterne og dyrkede alt, der kunne bruges til bordets glæder. Hun elskede naturen og nød at komme til at bo med kort afstand til fjorden. Joie fandt hele tiden nye projekter og fik også sit bistade med hjælp fra sine sønner. Joie dyrkede til det sidste svømning, gymnastik og deltog på landsstævner og til opvisninger.

Både på afdeling 40 og på Intensiv på Nykøbing Falster Sygehus bar Joies arbejde præg af et stort engagement,

empati og stor omsorg for andre mennesker. Joie har med høj faglighed altid været det perfekte bud på den bedste sygeplejerske.

Joie var en fighter gennem hele sit sygdomsforløb. Når det så allermest sort ud, formåede hun at se lyset og finde gejsten til at leve livet. Med sit livsmod og livsglæde kæmpede hun sig op igen - ved at samle på positive oplevelser.

Joie var det sejeste menneske, vi har kendt, og vil altid være en del af os.

Kisser, Jette, Lone, Merete og Lisbeth.



“Din hud er dit skjold – pas godt på den hele livet”

Liselotte Blad Bjørkvad
Børnesygeplejerske, Hvidovre Hospital

Hvad er allergi og særligt hudallergi?

Allergi opstår som en overreaktion fra immunsystemet, hvor kroppen pludselig reagerer på stoffer, som ellers normalt ikke er problematiske. De mest almindelige allergier skyldes bestemte fødevarer, dyrehår og pollen, mens farvestoffer, parfume og konserveringsstoffer er

medvirkende årsager til hudallergi. Jeg møder en del problemer med allergi og overfølsomhed – især hos børn under 5 år. Oftest som børneeksem, som nogle børn vokser fra, mens andre desværre udvikler egentlig allergi.

Kan allergi og følsom hud ramme alle?

Ja, alle kan udvikle allergi. Og generelt kan man sige, at jo yngre man er, jo mere sårbar er man overfor potentielt allergifremkaldende stoffer. Derudover betyder det også noget, hvor mange stoffer man udsættes for og i hvor stor mængde. Har man allerede allergi i familien, er risikoen for at udvikle allergi noget større. Så allergi er både et spørgsmål om arvelighed, men også om miljøpåvirkninger.

Hvordan oplever man typisk hudallergi?

Som rødligt udslæt, der er tørt og kløende. Det kan fx være rundt om munden, i albuebøjninger og knæhuser. En af de største følgenere er

dårlig nattesøvn pga. kløe, men der kan også være en række sociale konsekvenser forbundet med allergi og eksem – især for børn. Det kan jo se voldsomt ud, og da børn reagerer direkte, kan det fx betyde, at kammerater ikke vil holde i hånden.

Hvordan undgår man bedst allergi og følsom hud?

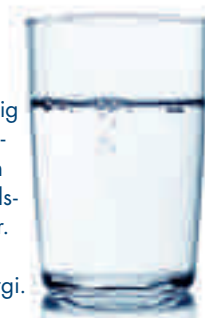
Den bedste løsning er forebyggelse. Her handler det om at være opmærksom på, hvilke allergifremkaldende stoffer man udsætter sin krop for.

“Den bedste løsning er forebyggelse”

Derfor er logikken ved at vælge produkter uden parfume, farvestoffer og tilsætningsstoffer, som fx Neutral, også meget klar: Ved at minimere påvirkningen fra allergifremkaldende stoffer, reducerer man også risikoen for allergi og følsom hud. Først og fremmest er man mere sårbar og modtagelig, jo yngre man er. Men derudover skal man huske, at man kan udvikle allergi hele livet. Så jo tidligere man beskytter sig mod allergifremkaldende stoffer, jo bedre er man også stillet på den lange bane.

KENDER DU ALLERGI-GLASSET?

Forestil dig, at din krop er et glas. Dit glas kan være stort eller lille, og hver gang du udsætter dig selv for et allergifremkaldende stof, ryger der en dråbe i glasset. På et tidspunkt flyder glasset over. Det er der, hvor du har risiko for at udvikle allergi.



Neutral er en serie af produkter til kropspleje og husholdning, der indeholder 0% parfume, 0% farvestoffer og 0% tilsætningsstoffer. Vi har en klar holdning til følsom hud, og vores mission er at skabe en fremtid uden allergi.

Har du også en holdning til følsom hud?
Så følg os på [facebook.com/NeutralDanmark](https://www.facebook.com/NeutralDanmark)





Bachelorstuderende deler frustrationer

Rita Lysgaard

"Er vi de eneste, som har lavet en alt for optimistisk tidsplan? Er vi de eneste, som har været dødsens irriterede på vores BA-makker? Er vi de eneste, som er gået grædefærdige fra vejledning? Er vi de eneste, som har siddet og kigget på vores midlertidige produkt og tænkt: Sikke noget lort - vi dumper?" Sådan spørger de to sygeplejestuderende Emilie og Caroline på bloggen.



Lis Kobbelgaard

Nej nej, og I bliver heller ikke de sidste. Det er en proces. Og I styrkes ved det. Fat mod 👍

Ulrik Klitgaard Nissen

😄😄 Det virker meget bekendt 😄😄

Hanne Seedorff Jønsson

Hanne Seedorff Jønsson. Absolut ikke! Husker det kun alt for godt! Men samtidig husker jeg de mange timer i godt selskab med medstuderende i "modgang og medgang" og ikke mindst den euforiske følelse, da det hele var ovre, og man var sygeplejerske! Hæng i, piger, det er sliddet og frustrationerne værd!

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

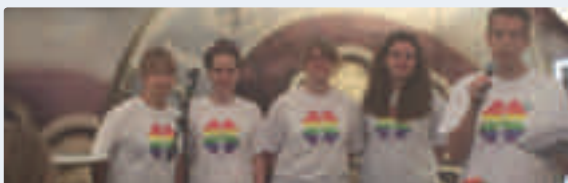


Solveig Olafsdottir

@Solveig02



#Tidtilkvalitet: supersygehus eller pølsefabrik? Brug fagpersoners viden til at skabe supersygehus!



Therese Bech @Therese_B

Ok, pt er i centrum på #fmdk, men ingen har rigtig tid til dem på hospitalerne. #tidtilkvalitet #sundpol #dsr

Danske Regioner @regionerne

Patienten er i centrum ved vores #fmdk. Hvordan skaber vi bedre sundhedsvæsen og mere vedkommende demokrati? #sundpol

Tid Til Kvalitet @TidTilKvalitet

Hver 3. sygeplejerske arbejder i snit 30 min over. Det er 827 fuldtidsstillinger årligt. Nu er det #tidtilkvalitet #sundpol

Åbn flere senge

I både regioner og kommuner er der alt for mange opgaver til alt for få sygeplejersker. Konsekvensen er konstant overbelægning, genindlæggelser og et fuldstændigt uacceptabelt arbejdsmiljø for sygeplejerskerne. Nu er det på tide, at de ansvarlige politikere erkender problemerne og tilfører flere ressourcer til hele sundhedsvæsenet, lød budskabet fra Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, da hun 1. juni var på TV2 NEWS #Tidtilkvalitet

Lotte Børgager Junker

På tide ... Logik når man lukker sygehus og afdelinger og lukker sengepladser på de i forvejen eksisterende afdelinger, fordi alt skal være ambulat ... Luk dog øjnene op!!!

Anne-Mette Nielsen

Oftentimes er det ren brandslukning, der foregår i vagterne!!! Vi løber fra den ene stue til den anden. Får hverken vådt eller tørt. Og får et lille tillæg ekstra for det!!! 😞 Vi kan umuligt nedskære yderligere - det får/har alvorlige konsekvenser for patienterne og sygeplejerskerne, som næsten kan lægge sig i en hospitalsseng ved siden af patienten!!

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



FAG

- FRA SYGEPLEJERSKE TIL SYGEPLEJERSKE

Jeg føler mig som en nålepude

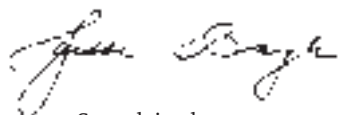
Hvor er det godt, når fagpersoner udforsker områder af stor betydning for patienterne, områder uden lobbyister og patientforeninger, områder, der ikke umiddelbart giver duelighedstegn og hæder. Urininkontinens hos mennesker med apopleksi er sådan et område. I artiklen "Nedre urinvejsymptomer hos indlagte apopleksi-patienter – Udvikling og implementering af en klinisk vejledning" kan man læse om udredning, vurdering, behandling og forebyggelse af urinvejsinkontinens hos denne patientgruppe, men også om, hvor vanskeligt det er at indføre en klinisk retningslinje i sygeplejen.

Artiklen "En ny patientcenteret stikkekultur" tager fat i et andet forsømt område – anlæggelse af perifert venekateter. Når en patient skal have lagt en venflon, råder tilfældighederne ofte. Det har man ændret på i Vendsyssel. Her er nu tre parametre i spil, når patienten skal stikkes. Hvor svær er patienten umiddelbart at stikke? Hvor erfaren er den stikkende? Hvilke fif kan forbedre succesraten? Et af principperne bag succes er NAS: Ned, afsøg og stas op. Erfaringen er, at kontinuerlig undervisning og øvelse på dukker er et glimrende middel, når man vil skåne patienten.

Udsagn som "Ja, jeg føler mig snart som en nålepude," eller "Sidste gang måtte de prøve syv gange, inden der kom én, som kunne i første hug. Det var frygteligt," kan nok motivere til at tænke patientcenteret en gang for alle.

Overgange fra hospital til eget hjem volder problemer mange steder. Patienter kommer hjem uden medicin, de rammer et tomt køleskab, eller deres pårørende aner ikke, hvad der er sket under indlæggelsen eller skal ske fremover. Video-konferencer med deltagelse af patient, hjemmesygeplejerske og projektsygeplejerske kan være en god løsning. Der er bare et enkelt problem: netdækningen, som adskillige steder lader meget tilbage at ønske.

De fleste kender til at spise en stærk chili. Det gør børn måske ikke, men tegninger af chilispisende drenge kan alligevel bruges til at bestemme smertegraden hos børn på en børneafdeling, det viser praksis i Holbæk. Læs Faglig Information "Et effektivt redskab til børns egenscoring af smerter".



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Et innovativt bachelorprojekt

Christine Als Pedersen, sygeplejerske; christine_als@hotmail.dk
Nadia Hauerbach Madsen, sygeplejerske

Patienter med KOL mener selv, at de tager deres inhalationsmedicin korrekt, og det mener sygeplejerskerne også. En lille undersøgelse med ni deltagere viste noget andet og førte til et bachelorprojekt med fokus på udvikling af praksis.

I vores bachelorprojekt januar 2015 fra UCSJ Campus Roskilde samarbejdede vi med en lungemedicinsk afdeling og vores vejleder. Resultatet blev lærerige processer og et nyt produkt til gavn for patienter og afdeling. Dette vil vi gerne formidle, da det er nyt for bachelorstuderende at arbejde med praksisudvikling på denne måde.

KOL er en folkesygdom. Det formodes, at 400.000 danskere har sygdommen, og ca. 120.000 er i dag i medicinsk behandling. Størstedelen af den medicin, der bruges til KOL-patienter, er inhalationsmedicin i form af pulver eller spray. For at få effekt af medicinen er det vigtigt, at patienten tager inhalationsmedicinen korrekt, så den kommer helt ned i lungerne. Hvis det ikke sker, kan det medføre dyspnø, nedsat livskvalitet, hyppige eksacerbationer og indlæggelse (1). På modul 12 udarbejdede vi en lille undersøgelse, der viste, at KOL-patienter troede, at de tog inhalationerne rigtigt, men at over halvdelen af patienterne begik fejl ved indtagelsen af inhalationsmedicinen. Det var afsættet for bachelorprojektet.

Metode

Den overordnede metode, som vi anvendte, var aktionsforskning. Aktionsforskning er en forskningstilgang, der har til formål at skabe forandring i et samspil mellem forskerne og de

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

personer, som forandringen involverer (2). Vi startede med en forventningsafstemning med ledelsen og vores vejleder. Her blev vi enige om forløbet, og hvordan vi kunne indgå i et samarbejde.

Første del af projektet var en afdækning af problemet i afdelingen. Ved hjælp af interview og observation af KOL-patienter og sygeplejersker fik vi påvist problemet. Det viste sig, at syv ud af ni patienter ikke indtog inhalationsmedicinen korrekt, men både patienter og sygeplejersker troede, at den var indtaget korrekt. I anden del af projektet fremlagde vi disse resultater for afdelingen i en workshop og havde en dialog med fokus på løsningsforslag.

Løsning

Det resulterede i et løsningsforslag i form af undervisning i afdelingen og udarbejdelse af pjecer med vejledning i korrekt brug af hver type inhalationspræparat. Pjecerne henvender sig først og fremmest til patienterne. Dog kan pjecerne også gavne sygeplejerskerne, så de husker inhalationsteknikkerne og dermed kan oplære patienterne korrekt.

Herefter afholdt vi workshop 2. Vi fremlagde her vores forslag for afdelingen og udarbejdede en undervisningssession om inhalationsmedicinen og det at medtænkte patientens forudsætninger i forbindelse med at lære at skulle tage inhalationsmedicin. Det blev positivt modtaget, og planen var, at pjecerne skulle implementeres i afdelingen.

At arbejde innovativt

At implementere pjecer lyder for mange ikke som innovation. Innovation handler om nytænkning. Det kan være kendt eller ny viden kombineret på en ny måde eller bragt i anvendelse i en ny kontekst (3). Da sådanne pjecer ikke fandtes på afdelingen i forvejen, opfylder de kravene for innovation. Innovation skaber altid merværdi – pjecerne skaber først og fremmest værdi for KOL-patienten, da de kan hjælpe til en korrekt inhalationsteknik og dermed til en bedre effekt af medicinen, hvilket kan forebygge indlæggelser. Det vil medføre øget livskvalitet for patienten og en økonomisk besparelse for kommuner og regioner.

På nuværende tidspunkt er pjecerne ikke implementeret fuldt ud, da det har vist sig at være en længerevarende proces, end vi først forventede. Den ene af forfatterne, som nu arbejder på afdelingen, er stadig i gang med implementeringen.

Litteratur

1. Vestbo J. Medicinsk behandling af KOL i stabil fase. I: Moll et al. (red.) KOL – sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard Danmark; 2011.
2. Duus, G., 2014. Indledning. I: Duus et al. (red.) Aktionsforskning – en grundbog. Samfundslitteratur. S. 13
3. Jensen et al. Principper for offentlig innovation – fra best practice til next practice. København: Børsens forlag; 2008.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR
optimal hygiejne & patient-integritet



Silentia foldeskærme er svaret på de krav, som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen.

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



Book tid for en gratis fremvisning hos jer af en Silentia foldeskærm.



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

Silentia ApS – Tel: 39 90 85 85 • info@silentia.dk • www.silentia.dk

B. Braun
infusionsæt
med **AirStop**

Se efter
den grønne
ring



Intrafix® SafeSet
når patient-
sikkerhed
er vigtig

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

June 2015

Effektivt redskab til børns egen scoring af smerter

Hvordan er det at spise en chilifrugt? Tegninger af det ubehag, det kan medføre, er blevet til et middel, der hjælper børn med at vise deres smerter. Humor i børnehøjde hjælper således både børn, pårørende og personale med at bestemme graden af smerter.

Gitte Larsen, sygeplejerske, souschef på Børneafdelingen, Holbæk Sygehus; glrs@regionsjaelland.dk
Gitte Bunkenborg, intensivsygeplejerske, MVO, ph.d., forskningsleder for MVU-området Holbæk Sygehus

Under sygdom og indlæggelse kan børn opleve smerte, men mange børn har svært ved at udtrykke smerte og smerteegrad. For sygeplejersker kan det være udfordrende at vurdere et barns smerte, når barnet f.eks. spiller Gameboy eller cykler rundt og samtidig siger, at det har ondt.

På Holbæk Sygehus var praksis i 2013, ligesom andre steder i landet, at det var sygeplejerskerne, der vurderede børns smerter, og det gjorde de til dels via VAS-scoren (1).

Sygeplejerskerne anvendte VAS, men interview med personale, børn og forældre viste, at der var stor variation i sygeplejerskernes praksis og i deres viden om smertescoring. Derudover var afdelingens målopfyldelse af kvalitetsindikatoren for smertescoring lav, så alt i alt fungerede smertescoring ved hjælp af VAS ikke efter hensigten.

Der findes ikke en evidensbaseret dansk, klinisk retningslinje omhandlende smertescoring af børn, men international forskning viser, at børn fra seksårsalderen er i stand til selv at score deres smerter (2) ved hjælp af f.eks. Wong-Baker faces pain rating scale, som er et psykometrisk testet og valideret redskab og i en amerikansk undersøgelse er udpeget af børn som deres favorit blandt en række scoringsredskaber (2).

Interviewene på Holbæk Sygehus pegede på, at der skulle tænkes i nye baner for at imødekomme børns behov for korrekt smertevurdering, og da Gitte Larsen tilfældigt stødte på tegninger af seks udtryksfulde, grimasserende ansigter beregnet til at beskrive chilifrugters styrke, fik hun en idé. Hun oplevede nemlig, at de grimasserende ansigter tiltrak børnenes opmærksomhed og gav anledning til både samtale og smil. Inspireret af Wong-Baker faces pain rating scale blev tanke omsat til handling, og Chili-drengene blev børneafdelingens scoringsredskab.

Chili-drengene er implementeret i børneafdelingen til det lidt større barns egen vurdering af smerter. Ansigterne er børne-

venlige, farverige og taler deres helt eget sprog til alle børn uanset nationalitet. Chili-drengene stopper tit en tåre og fremkalder et smil, og de skaber dialog og tillid. At møde en Chili-dreng med de samme smerter, som man selv har, gør det nemmere for barnet at sætte ord på graden af egne smerter. Vi oplever, at der er en rød tråd fra hospitalsklovnene (3) til Chili-drengene, idet syge børn hjælpes via humor i børnehøjde. Chili-drengene skaber også tryghed hos forældrene, som mærker, at sygeplejersken er i dialog med barnet, som mestrer meget detaljeret at fortælle, hvor ondt det har.

Alle indlagte børn, som har smerter, eller hvor der er mistanke om smerter, lærer Chili-drengene at kende, og afdelingen har opnået over 90 pct. målopfyldelse i intern audit på smertescoring af børn over seks år. Der udarbejdes smertebehandlingsplaner og dokumenteres smertescore før og efter smertestilende medicin. Redskabet følger barnet under hele indlæggelsen, og f.eks. møder børn Chili-drengene før elektiv kirurgi, så de postoperativt opnår optimal smertebehandling. På akut- og intensivafdeling samt hos børnefysioterapeuterne implementeres Chili-drengene, og Akutafdelingen i Slagelse og Køge, Ungdomspsykiatrisk afdeling i Roskilde samt flere praktiserende læger har taget redskabet

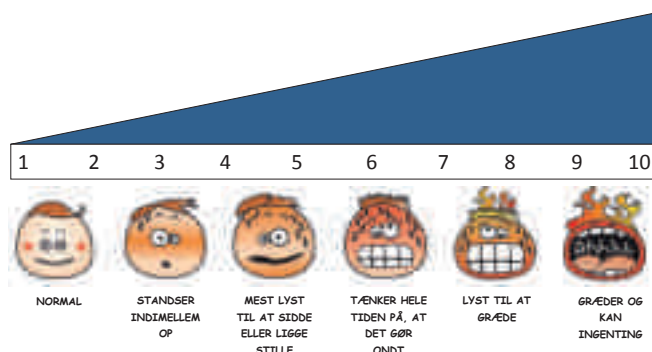
i brug. Der kommer nu børn ind med Falck, som har brugt Chili-drengene, og udbredelsen af redskabet er sket via en slags sneboldefekt. Det giver arbejdsglæde hos personalet, at redskabet er enkelt og virker, også selvom det endnu ikke er evidensbaseret.

På hjemmesiden www.chilidrengene.dk og Facebook ligger historien om mødet med Rita, som har malet "Chili-drengene", samt et indslag fra TV2øst. Siderne blev oprettet i forbindelse med projektet, da børn og forældre blev opfordret til at give tilbagemeldinger på redskabet. Gitte Larsen har personligt fået rettighederne til at anvende ansigterne, og Chili-drengene er nu oversat til otte sprog.

Litteratur

- Cohen LL, Lemanel K, Blount RL et al. 2008. Evidence-based assessment of pediatric pain. *Journal of Pediatric Psychology*. 2008;33(9):939-55 – doi:10.1093/jpepsy/jsm103
- Thomlinson D, von Baeyer CL, Stinson JN, Sung L. 2010. *Pediatrics*; Vol. No.5, 126:e1168-e1198, doi:10.1542/peds.2010-1609.
- Linge L. Joyful and serious intentions in the work of hospital clowns: A meta-analysis based on a 7-year research project conducted in three parts. *Int J Qualitative Stud Health Well-being*;2013 (8): 18907 – <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.18907>

Chili-HOT-skala til brug ved smertescoring.



Professionelle får handlemuligheder gennem indsigt i patienternes daglige livsførelse

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.



Tine Aagaard, ph.d., cand.mag. i psykologi og uddannelsesstudier og sygeplejerske, er 59 år, bosiddende i Nuuk og ansat ved

Ilisimatusarfik, Grønlands Universitet, siden 2008.

Hvad fik dig til at forske?

”Da jeg i 1998 begyndte at læse på RUC, var det ud fra et ønske om at fordybe mig i problemstillinger i sundhedspraksis, som jeg fandt interessante, bl.a. sygeplejefprofessionens vilkår og selvforståelse. Studierne på RUC gav mig nogle konstruktive, teoretiske redskaber til analyse af praksis. Efter færdiggørelsen af mit kandidatspeciale var det derfor oplagt for mig at gå videre og tage en forskeruddannelse.

Sygeplejerskers opgave i sundhedspraksis er tæt knyttet til en forståelse for patienters livssituation. Sygeplejefprofessionens placering i praksis må forstås i relation til patienternes perspektiver. Min forskningsinteresse har derfor bevæget sig fra sygepleje som profession til patienternes perspektiver på sundhedspraksis, og hvilken betydning viden om patientperspektiver kan have for sygeplejefaglige indsatser og for sygeplejerskers opgaver og roller i det tværfaglige samarbejde.”

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

”Titlen på afhandlingen er: ”Hverdagsliv med sygdom – patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland”. Den overordnede problemstilling er, hvilke muligheder og problemer der ligger i forholdet mellem på den ene side kulturhistoriske strukturelle og institutionelle betingelser for at yde professionel støtte til mennesker med kronisk sygdom i deres hverdagsliv og på den anden side patienternes historiske og kulturelle

forudsætninger for at håndtere kronisk sygdom i deres daglige livsførelse. Undersøgelsen er foretaget blandt patienter i sundhedsvæsenet i Grønland. Den afdækker deres håndteringer af livet med sygdom ud fra samfundsmæssig livsform, individuel livshistorie på langs og tværs af de sammenhænge, de fører deres liv i, de betingelser, sundhedsvæsenet stiller til rådighed, samt ud fra deres egne kulturelt formede opfattelser af et godt liv. Udgangspunktet i patienternes perspektiver sætter fokus på

1. at patienter er aktive i forhold til at håndtere deres liv med sygdom
2. at der ligger betydningsfuld viden om professionelle handlemuligheder i indsigt i patienternes konkrete livsførelse og værdier.

Resultaterne af forskningen peger bl.a. på følgende: Den herskende epistemologi (erkendelsesteori) i sundhedsvæsenet og den deraf følgende strukturering af praksis underkender patienternes viden, derfor udelukkes deres perspektiver. I en grønlandsk sammenhæng er dette særligt tydeligt på grund af de store sproglige og kulturforskelle mellem patienterne og mange danske professionelle. Men forskellene i perspektiver går på tværs af etnicitet og nationalitet. Underkendelsen af patienternes perspektiver risikerer at medføre en professionel blindhed for, at patienter lever inden for forskellige kulturelle livsformer, som også ofte adskiller sig fra de professionelles livsformer. Denne kulturblindhed kan medføre, at sundhedsfaglige indsatser ikke får den tilsigtede virkning, og patienterne lades uden støtte til at komme videre med livet som kronisk syg. Forskningen peger desuden konkret på de mange muligheder, der ligger i viden om patienternes ressourcer i hverdagslivet.”

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

”Ved Institut for Sygepleje og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik/Grønlands Universitet.”

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

”Mit ph.d.-studium var det første ved sygeplejestudiet, som blev en universitetsuddannelse i 2008. Der udbydes (endnu) ikke ph.d.-stipendier ved instituttet, derfor søgte jeg løbende midler i fonde og puljer i Grønland. Desuden har sundhedsvæsenet, instituttet og de grønlandske sygeplejerskers organisation bidraget økonomisk til uddannelsen.”

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

”Min afhandling er tilgængelig i Statsbiblioteket og biblioteker i Grønland og kan desuden rekvireres elektronisk hos mig (tiaa@pi.uni.gl). Herudover har jeg publiceret i Ilisimatusarfiks tidsskrift ”Grønlandsk Kultur- og Samfundsforskning 2010-12” samt i den grønlandske sygeplejerskeorganisations fagblad Tikiusaaq” (findes på www.pk.gl).

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

”Indtil videre gennem oplæg i faglige sammenhænge og gennem min undervisning ved sygeplejestudiet.”

Hvad forsker du i aktuelt?

”Jeg er i gang med et forstudium til et længerevarende projekt med arbejdstitlen ”Sammenhængende rehabiliteringsforløb med kronisk syge patienter i et fremtids- og udviklingsperspektiv”. Projektet bygger videre på ph.d.-projektet og designes som et praksisforskningsprojekt med inddragelse af patienter og pårørende samt professionelle fra både sundhedssektoren og den kommunale sektor.”

Fondsuddeling

Sygeplejeforskere støttet med i alt 1 mio. kr.

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond har ved sin seneste uddeling støttet otte forskningsprojekter, der hver for sig bidrager til formidling og implementering af ny viden i klinisk praksis, samt forskningsprojekter, der understøtter læring i forhold til udvikling af sygeplejen.

Tekst **Henrik Boesen** • Foto **Søren Svendsen**

Otte sygeplejeforskere har ved uddelingen fra Den Sygeplejefaglige Forskningsfond modtaget støtte for i alt 1 mio. kr. De otte forskere er:



Maria Pedersen, kardiologisk sygeplejerske, ph.d.-studerende

Projektets titel: "Mekanismer bag social ulighed i deltagelse af rehabilitering efter udskrivelse med akut koronart syndrom". Ph.d.-projekt, Københavns Universitet. Projektet tildeles 150.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

En vigtig komponent i kardiologisk sygepleje er at bistå patienterne i gennemførelse af patientforløb, herunder overgangen til rehabilitering. Det er sygeplejerskens opgave i samarbejde med lægen at motivere patienterne til deltagelse i rehabiliteringsforløbet. Forskning viser, at der er store udfordringer med at få patienter med lav socioøkonomisk position til at deltage i rehabilitering. Der mangler viden om, hvorfor det forholder sig sådan.



Line Zimmer Rasmussen, lektor, ph.d.-studerende

Projektets titel: "At your service – sundheds-

hus som "grænsekrydser" i det nære sundhedsvæsen". Ph.d.-projekt, Syddansk Universitet, Odense. Projektet tildeles 100.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

I ph.d.-projektet synliggøres det sygeplejefaglige fokus gennem opfattelsen af sygeplejersker som tværprofessionelle aktører i det nære sundhedsvæsen, hvis opgaver er i konstant bevægelse i tæt samarbejde med borgere og på tværs af sektorer. Sygeplejefaglig viden og kompetencer inkorporeres for at skabe medejerskab i en konkret servicedesignproces med henblik på udvikling og implementering af koncepter, der sikrer sammenhængende service for borgere – innovative koncepter, der kan bidrage til bl.a. at synliggøre fremtidige sygeplejefag-

lige opgaver og roller i et tværprofessionelt perspektiv.



Marie Veje Knudsen, forsknings-sygeplejerske

Projektets titel: "Tilbage til hverdagslivet efter hjertesygdom. Effekt af telemedicinsk hjerterehabilitering". Delprojekt i forskningsprogrammet "Rehabilitering", Aarhus Universitetshospital og Aarhus Universitet. Projektet tildeles 150.000 kr.

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond

Den Sygeplejefaglige Forskningsfond blev dannet i 2003, efter Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse på møder i 1999 og 2000 besluttede ikke længere at yde tilskud til driften af Dansk Institut for Sundheds- og Sygeplejeforskning (DISS).

Konsekvensen af denne beslutning blev, at DISS' bestyrelse nedlagde instituttet, og at instituttets formue blev indskudt i en nydannet Sygeplejefaglig Forskningsfond. Ved oprettelsen af den nye fond, som videreførte navnet Den Sygeplejefaglige Forskningsfond, udgjorde formuen omkring 10 mio. kr. Formuen holdes ved lige dels gennem investeringer i værdipapirer, dels gennem årlige tilskud fra Dansk Sygeplejeråd. I 2012 indbetalte Dansk Sygeplejeråd f.eks. 645.000 kr. til fonden og i 2013 blev der indbetalt 220.000 kr.

Fondens formål er at "yde økonomisk støtte til forskning udført af sygeplejersker til fremme af syge- og sundhedsplejen i Danmark og internationalt."

Til sikring af, at dette arbejde udføres, er der nedsat en bestyrelse. Den består af fem personer: formanden og en næstformand for Dansk Sygeplejeråd, den administrerende direktør i Dansk Sygeplejeråd samt et medlem af Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse. Desuden yderligere en person, som hverken er medlem af eller ansat i Dansk Sygeplejeråd. Formanden for Dansk Sygeplejeråd er født formand for fonden.

Bestyrelsen afgør, hvilke projekter der skal støttes med hvor meget, og uddelinger fra fonden sker hvert andet år. I 2013 uddelte fonden i alt 1 mio. kr. til otte projekter. Det samme beløb uddeles i år til lige så mange projekter.

Uddeling fra fonden sker på baggrund af indsendte ansøgninger. I forbindelse med dette års uddeling indkom 62 ansøgninger.

Sygeplejefagligt fokus

Den sygeplejefaglige intervention er at fremme patienternes empowerment, dvs. evnen til at varetage livet med en kronisk hjertesygdom. Empowerment vil styrkes med brug af den evidensbaserede samtalemethode "Den Motiverende Samtale", der primært er baseret på patienternes egne argumenter for forandring. Ved brug af samtalemethode vil der sygeplejefagligt arbejdes med patienternes motivation for og forståelse af en hjertevenlig livsstil herunder patofysiologi, blodtryksregulering, rygestop samt medicin-compliance inkl. hjertemedicins virkning og bivirkninger. Det sygeplejefaglige fokus er særligt rettet mod patienternes evt. psykiske reaktion og søvnproblemer i forbindelse med hjertesygdommen, samt hvordan dette påvirker patienternes motivation og evne til at ændre og fastholde livsstilsændringer.



Marianne Lisby, postdoc

Projektets titel: "Værdien af en systematisk og individuel tilgang til udskrivelse af medicinske patienter fra akutafdelinger med planlagt opfølgning efter udskrivelsen". Postdocprojekt, Center for Akutforskning, Aarhus Universitetshospital. Projektet tildeles 100.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

Projektet omhandler en sygeplejefaglig model for udskrivelse af medicinske pa-

tienter, der sendes hjem fra akutafdelinger med henblik på videre opfølgning i primærsektoren (hjemmeplejen, almen praksis) eller ambulante regi, og som har været indlagt mindst én gang i de seneste 12 måneder før indeks-indlæggelsen. Modellen fokuserer på fem dimensioner: information, kommunikation, formidling, opfølgning og samarbejde relateret til udskrivelse. Områder, hvor sygeplejersker qua deres koordinerende funktion kan få afgørende betydning for patienters hjemsendelse og videre forløb efter udskrivelsen, herunder adherence til planlagt behandling og opfølgning. De korte forløb og mange aktører i akutafdelinger fordrer højere grad af sygdomsintervention ved udskrivelser.



Laura Krone Larsen, intensivsygeplejerske

Projektets titel: "Dandelion – dansk deliriumundersøgelse af neurointensive patienter". Ph.d.-projekt, Københavns Universitet. Projektet tildeles 150.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

Undersøgelsens sygeplejefaglige fokus er at mindske lidelse samt forbedre kognitivt og funktionelt outcome hos neurointensive patienter med akut erhvervet hjerneskade gennem systematiske sygeplejefaglige interventioner. Projektet ønsker at forbedre den grundlæggende og komplekse sygepleje til neurointensive patienter ud fra

den nyeste tilgængelige evidens omkring nonfarmakologisk såvel som farmakologisk behandling af delirium. De sygeplejefaglige fokusområder i undersøgelsen er tidlig mobilisering, systematisk smertevurdering med Critical Care Pain Observation Tool (CPOT) og Numerisk Rating Scale (NRS), optimering og monitorering af søvn/hvile, korrekt titrering af ordineret sedation ud fra the Richmond Agitation and Sedation scale (RASS).



Tina Wang Vedelø, udviklingsansvarlig sygeplejerske, ph.d.-studerende

Projektets titel: "Optimering af pakkeforløb for kræft i hjernen – en undersøgelse af patienters oplevelser og behov for information, omsorg og støtte". Ph.d.-projekt, Aarhus Universitet. Projektet tildeles 150.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

Kræftsygdommen malign hjernetumor har en dårlig prognose og er speciel, da den kan medføre påvirkning af hjernens funktioner, f.eks. i form af nedsat syn, hukommelse eller koncentration. Dette har vist sig at have betydning for patienternes evne til at forstå og huske information og få kommunikeret egne behov for omsorg og støtte. Projektets sygeplejefaglige fokus er derfor 1) at skabe viden om patientens livssituation og oplevelser med at få diagnosen, be-

- ▶ handling og pleje og 2) at identificere og beskrive de behov, patienterne har på rejsen gennem pakkeforløbet på tværs af sundhedsprofessionelle og forskellige afdelinger og med specifikt fokus på information, støtte og pleje.



Ingrid Charlotte Andersen, sygeplejerske, ph.d.-studerende

Projektets titel: "Deltagelse i overgange i behandlingsforløb med svær kronisk obstruktiv lungesygdom – set i et brugerperspektiv". Ph.d.-projekt, Syddansk Universitet. Projektet tildeles 100.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

Ph.d.-projektet sætter fokus på brugerinddragelse til patienter, som indgår i behandlingsforløb med svær KOL, og deres nære pårørende. Den forskningsbaserede viden om effekten af hidtidige interventioner til at understøtte på dette område viser et uklart billede. Hertil kommer mangel på forskningsbaseret viden om inddragelse af pårørende til patienter med KOL. Med henblik på udvikling af fremtidige interventioner rejser dette ph.d.-projekt perspektiver på betydningen af den selvrapporterede helbredsrelaterede livskvalitet for KOL-patientens muligheder for deltagelse i pleje og behandling. Med dets undersøgelse af de pårørendes bidrag til pleje og behandling sætter projektet tillige fokus på familien i sygeplejen på KOL-området.



Rebecca Mackel, videnskabelig medarbejder

Projektets titel: "Fra suboptimal til optimal monitorering af vitale parametre – udvikling af en intervention, der skal forbedre sygeplejerskers muligheder for at identificere, fortolke og respondere på vitale parametre på sengeafdelingerne". Ph.d.-projekt, Aarhus Universitet. Projektet tildeles 100.000 kr.

Sygeplejefagligt fokus

Projektets fokus er sygeplejerskers identificering, fortolkning og respons på patienters afvigende vitale parametre i medicinske og kirurgiske sengeafsnit, der har implementeret observations- og handlingsalgoritmer samt MAT. Projektet vil bidrage med ny viden om, hvordan sygeplejerskers kompetencer og organisering af plejen kan optimeres i forbindelse med identificering, fortolkning og respons på vitale parametre. Da størstedelen af Danmarks hospitaler har implementeret observations- og handlingsalgoritmer samt MAT, vil projektets resultater kunne inddrages i den kliniske praksis på mange sengeafsnit. Projektet vil komme med konkrete løsningsforslag i form af intervention, der efterfølgende afprøves.

Medio 2016 åbnes der for søgning af midler, som uddeles i 2017.

Læs reportage fra legatuddelingen side 14 i dette nummer af Sygeplejersken.



SYGEPLEJERSKER SØGES TIL VIKARIATER PÅ SYGEHUSE I NORGE, SVERIGE OG DANMARK

Indenfor alle specialer til vores attraktive vikarlønssatser hele sommeren og året rundt.

Kontakt rekruttering@powercare.dk eller teamleder Annette Højlund

SYGEPLEJERSKER TIL VAGTER I HJEMMEPLEJEN JYLLAND/FYN

Kontakt rekruttering@powercare.dk eller bookingspecialist Heidi Frank Eriksen



MEDIC STAFF BY
POWER CARE®
www.powercare.dk

INTERNATIONAL KARRIERE

Nyuddannede sygeplejersker kan få job i England.

Vi tilbyder også job i New Zealand, Dubai, Abu Dhabi

Kontakt vores internationale team: teamleader Travis Dirks
trd@powergroup-international.com



www.powergroup-international.com

Aarhus - København
Tlf.: (+45) 45 540 540

Vasofix® Safety



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

Lille, smart sikkerhedsanordning
udløses automatisk
og kan ikke omgås



Ergonomisk design for 3-punktsgreb

Super skarp universalt slib
sikrer komfortabel
anlæggelse

PVC-, DEHP- og Latex-fri (PUR).

www.bbraun.dk

Unikt,
pladsbesparende og
nemt at transportere



Sammenklappeligt dropstativ

Det sparer gulvplads på hospitalet og er nemt at transportere og anvende i hjemmeplejen, akut- og palliative teams.

HYTECH MEDICO 

info@hytech.dk, tlf. 61 62 00 85, www.hytech.dk

SID DIG STÆRK

Styrk din ryg med en aktiv siddestilling
- det giver dig livskraft, energi og overskud til en
lang arbejdsdag.

Prøv en stol gratis i 14 dage.

Ring: 46 75 09 70 // Skriv: info@dynamostol.dk



Designet af Nanna Ditzel

SID DIG STÆRK
dynamostol® 

www.dynamostol.dk

En ny patientcentreret stikkekultur

En mere patientcentreret måde at anlægge perifert venekateter (PVK) på er resultatet af et klinisk før og efterstudie med i alt 189 patienter. I en patientcentreret guideline matches personalets erfaringsniveau med, hvor vanskelig patienten forventes at være at stikke. Succesraten er forbedret, hvilket gavner patienter med nålefofi eller skrøbelige årer.

Luise Jessen Lundorf, Læge, BA phil.; hansenluise@hotmail.dk
Anne Marie Hansen og Anna Marie Søborg, anæstesisygeplejersker
Per Henrik Lambert, anæstesiolog, klinikchef
 Alle Sygehus Vendsyssel

Anlæggelse af perifert venekateter (PVK) foretages på de fleste hospitalsindlagte patienter. Et PVK skiftes efter individuel vurdering (1), og ofte er det nødvendigt at anlægge et nyt PVK inden for et par dage. Det at skulle stikkes hyppigt udgør således en betydelig del af en patients hospitalsophold – særligt for de patienter, som er vanskelige at stikke.

De fleste hospitaler har retningslinjer for, hvornår man kan tilkalde anæstesispersonale til anlæggelse af perifert venekateter. På Sygehus Vendsyssel er forskriften, at PVK-anlæggelse først forsøges af plejepersonale, dernæst læge, og derefter kan anæstesispersonale tilkaldes.

Ulempen ved den type retningslinje er, at der ikke tages hensyn til, hvor svær PVK-anlæggelsen forventes at blive. Adipøse patienter, patienter med fobi for nåle, kronisk syge patienter, ældre patienter eller patienter med langvarig steroid- eller antikoagulationsbehandling skal igennem samme procedure, hver gang de skal stikkes. Hvis hver fagperson forsøger sig op til 2-3 gange, summeres antallet af stik hurtigt op. Det er ikke ualmindeligt, at en ældre patient med skrøbelige årer allerede inden for første uges indlæggelse er blå og lilla

” Den nye PVK-guideline inddeler patienter og fagpersoner i fire matchende kategorier efter hhv. sværhedsgrad og erfaringsniveau. Samtidig angives nyttige håndgreb samt retningslinjer for tilkaldelse af mere erfarent personale.

overalt på begge arme. Derudover kan der komme betydelig behandlingsforsinkelse på f.eks. antibiotika, når der skal involveres flere faggrupper.

I vores daglige arbejde som anæstesisygeplejersker og som yngre læge har vi ofte mødt patienter, som var uforstående over for vores arbejdsgang, og vores indtryk er, at det at skulle stikkes mange gange kan fylde utroligt meget for en patient under et hospitalsophold eller for kronisk syge patienters livskvalitet, se boks 1.

Det er patienternes udtalelser og vores tværfaglige erfaringsudveksling, der er vores fælles motivation for at udvikle en ny og mere patientcentreret PVK-guideline. Formålet er at højne succesraten ved første PVK-anlæggelse og dermed reducere antal stik for patienterne samt reducere behovet for at tilkalde anden faggruppe.

Ny PVK-guideline

Den nye PVK-guideline inddeler patienter og fagpersoner i fire matchende kategorier efter hhv. sværhedsgrad og erfaringsniveau. Samtidig angives nyttige håndgreb samt retningslinjer for tilkaldelse af mere erfarent personale, se figur 1.

Hvis man som fagperson er nybegynder, skal man først have haft ca. 10 succesanlæggelser med nemme patienter, før man prøver kræfter med middelsvære patienter, og så fremdeles. De meget svære patienter uden synlige vener eller med tynd og skrøbelig hud overlader man til de meget erfarne med det samme. Generelt bør man kun stikke, hvis man tror på, at man kan ramme, og der gøres maksimalt to forsøg for hver fagperson.

For at højne den enkelte fagpersons succesrate er forarbejdet det vigtigste. Derfor indeholder oplæringen i vores nye guideline ▶

Boks 1. Patientudsagn

”Kan jeg ikke få skrevet ind i journalen, at jeg er svær at stikke?”

”Ja, jeg føler mig snart som en nålepude.”

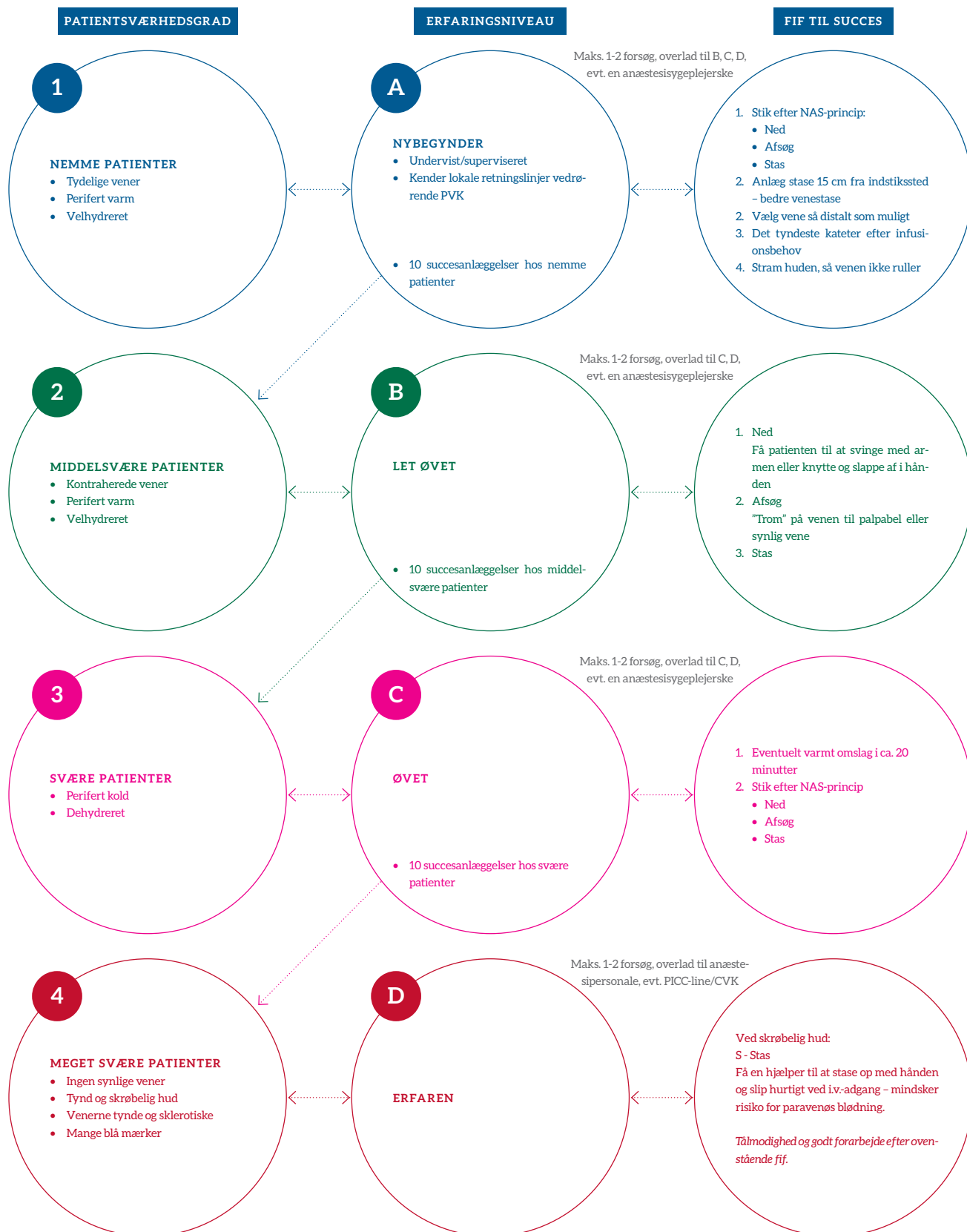
”Sidste gang måtte de prøve syv gange, inden der kom én, som kunne i første hug. Det var frygteligt.”

”Da jeg til sidst stortudende af smerte måtte skribe, at nu var det nok, tilkaldte de anæstesiologen, som på et splitsekund – og uden smerte – lagde plastrøret i en af mine håndrygge.”

”Jeg vil bare sige dig, du får kun lov til at stikke én gang, så må du tilkalde en mere erfaren.”

”Der gik seks timer, før jeg fik min antibiotika. Først skulle jeg vente flere timer på en ung læge, som heller ikke kunne stikke, og først derefter kunne de ringe efter en erfaren.”

Figur 1. Ny patientcentreret PVK-guideline



- ▶ også en undervisning i fif til succes, videregivet af anæstesisygeplejersker med mange års erfaring. Mange fagpersoner anlægger en stram staseslange på en kold og vandretliggende arm fra starten, så arterierne næsten afklemmes, og derved får man ikke det optimale ud af forsøget på at skabe god venefylde. Det mest effektive er at vente med at anlægge staseslangen, som så forstærker den venefylde, som man først fremkalder ved hjælp af omhyggelig opvarmning, bevægelse og tyngde-/centrifugalkraft. For at indskærpe den optimale rækkefølge har vi udviklet NAS-princippet, se boks 2.

Andre vigtige, men mere generelle råd, som blev anvendt i undervisningen, var bl.a. en grundig fiksering af PVK, se foto, samt anvendelse af "forældreposition" hos børn frem for den mere angstprovokerende fiksering, se foto (2).

Metode

Vores hypotese var, at implementeringen af den nye PVK-guideline inklusiv undervisning kunne optimere muligheden for, at PVK-anlæggelse lykkes i første forsøg og dermed minimere antal stik for patienterne og reducere behovet for involvering af anden faggruppe.

” Vores intervention var implementeringen af den nye PVK-guideline i form af 60 minutters undervisning med blandet teori og praksis i grupper på maksimalt seks plejepersoner til to simulationsdukker og to anæstesisygeplejersker.

Boks 2. Brug NAS og få PVK på plads

N = Ned (arm under hjerteniveau)

A = Afsøg (find og fremkald vene ved hjælp af tyngdekraft og evt. opvarmning)

S = Stas op (maksimalt 15 cm fra indstikssted)



Foto Lars Meakin

Eksempel på en måde at stabilisere et PVK ved hjælp af støttepude under skorstenen. Kan f.eks. anvendes ved urolige patienter.



Foto Lars Meakin

Eksempel på fiksering af en støttepude.



Fiksering af barn ved PVK-anlæggelse, som ofte kan fremkalde angst. Foto her og nedenfor er venligst udlånt af børnesygeplejerskerne Camilla Jørhof Singer og Camilla Sloth Nielsen.



”Forældreposition” (1) ved PVK-anlæggelse, der giver tryghed og afleder barnet.

” Vores studie peger dog på, at ordentlig oplæring reducerer behovet for at tilkalde anæstesi, så derfor bør PVK-guidelinen ikke stå alene, men ledsages af grundig undervisning, supervision og vedligeholdelse af færdigheder.

Vi har udført to kliniske kontrollerede før- og efter-studier på Sygehus Vendsyssel i perioden fra marts 2013 til august 2014: et studie på et ortopædkirurgisk sengeafsnit og et studie på et medicinsk sengeafsnit, hvor patienter, der fik anlagt PVK, blev inkluderet. Vi havde på forhånd fastsat en evalueringsperiode på tre måneder før og ca. tre måneder efter interventionen (eller den periode det krævede at komme op på ca. det samme antal patienter i før- og efter-gruppen) med ni måneders mellemrum.

Vi vurderede, at det ikke var nødvendigt at indhente patienternes informerede samtykke. Vi havde ingen eksklusionskriterier og indsamlede ikke data om patienterne andet end sværhedsgrad i forhold til PVK-anlæggelse (efter interventionen).

Vores intervention var implementeringen af den nye PVK-guideline i form af 60 minutters undervisning med blandet teori og praksis i grupper på maksimalt seks plejepersoner til to simulationsdukker og to anæstesisygeplejersker. De samme to erfarne anæstesisygeplejersker underviste alle deltagere i en periode over tre måneder fra oktober til december 2013.

Vores effektmål var plejepersonalets succesrate i første forsøg, antal gange patienterne stikkes, og antal gange der tilkaldes en mere erfarne person (typisk læge eller anæstesispersonale). Effektmålene blev evalueret ved spørgeskemaer, der blev udfyldt af personalet, hver gang de skulle stikke en patient.

Før interventionen vidste de medvirkende ikke, hvad projektet gik ud på, ud over at vi ville måle på antal stik, som patienterne fik og af hvem. Efter interventionen blev skemaerne kun udfyldt af de plejepersoner, som havde modtaget den relevante oplæring og information om den nye PVK-guideline. Efter interventionen skulle plejepersonalet for hver PVK-anlæggelse notere deres erfaringsniveau og patientens sværhedsgrad, så det kunne kontrolleres, at de fulgte den nye guideline. ▶

- Data fra spørgeskemaerne blev gjort op af tre personer uafhængigt af hinanden, og ved uoverensstemmelser blev der lavet omtælling.

Resultater

På den ortopædkirurgiske afdeling var der 42 plejepersoner, som modtog undervisning, og det samme antal medvirkede efter interventionen. På den medicinske afdeling var der 30 plejepersoner, som modtog undervisning, men kun otte af de underviste plejepersoner var tilbage, da evalueringsperioden efter interventionen skulle begynde. Dette skyldtes stor udskiftning i arbejdsgruppen, idet meget personale blev flyttet til en nyåbnet fælles akutafdeling. På grund af dette meget store frafald ekskluderede vi den medicinske afdeling fra videre analyse.

På den ortopædkirurgiske afdeling fik i alt 189 patienter anlagt PVK, heraf 90 patienter før og 99 patienter efter interventionen.

Før PVK-guidelinen forsøgte 57 ud af 90 plejepersoner (63,3 pct.) selv at anlægge PVK. Efter interventionen steg det til 81 ud af 99 plejepersoner (81,8 pct.). Antal plejepersoner med succes i første forsøg steg fra 38 ud af 57 (66,7 pct.) før PVK-guidelinen til 66 ud af 81 (81,2 pct.) efter PVK-guidelinen. En signifikant stigning i succesrate, se tabel 1. For de resterende patienter blev der fra start tilkaldt anden faggruppe – et behov, der faldt signifikant fra 33 ud af 90 an-

” Vores formål er at udbrede en patient-centreret tilgang til PVK-anlæggelse, hvor vi tilpasser vores arbejdsgang til den enkelte patients behov.

læggelser (36,7 pct.) til 18 ud af 99 anlæggelser (18,1 pct.). Samlet faldt behovet signifikant for at tilkalde anden faggruppe fra 44 ud af 90 anlæggelser (48,9 pct.) til 25 ud af 99 (25,3 pct.). Det gennemsnitlige antal stik for patienterne viste et beskedent, insignifikant fald fra 1,40 stik før til 1,22 stik efter interventionen, se tabel 2.

Brugen af læger til PVK-anlæggelse var meget lav (hhv. før og efter 3,3 pct. og 0 pct. af 90 PVK-anlæggelser).

Diskussion

Vores resultater fra perioden inden indførelse af den nye PVK-guideline peger i retning af, at plejepersonalet reelt ikke fulgte de gældende retningslinjer. Dette kan aflæses ved, at man for 33 ud af 90 PVK-anlæggelser (36,7 pct.) tilkaldte anden faggruppe fra start, når det tal burde have ligget i nærheden af nul. Lægerne blev også meget sjældent involveret, hvilket de gældende retningslinjer ellers foreskrev. En forklaring kunne være, at en del af plejepersonalet anså det for urealistisk, at de selv eller en ung læge skulle have held til at anlægge PVK hos vanskelige patienter, og derfor helt fra starten tilkaldte anæstesisygeplejerske for at skåne patienten, dvs. en form for civil ulydighed. Travlhed virker som en mindre betydende årsag, idet afdelingen må formodes at have lige travlt før og efter interventionen.

Når de gældende retningslinjer inden interventionen ikke blev fulgt, kan vi strengt taget heller ikke konkludere, om det havde en effekt at matche erfaringsniveau med patientsværhedsgrad. De ret markante ændringer, der sås i succesrate og i behov for involvering af anden faggruppe, har således formentlig primært været pga. undervisningen.

Grunden til, at gennemsnitligt antal stik for patienterne ikke ændrede sig signifikant, var

Tabel 1. Succesrate og involvering af anden faggruppe ved PVK-anlæggelse på ortopædkirurgisk sengeafsnit

	Før PVK-guideline (n = 90)	Efter PVK-guideline (n = 99)
Antal plejepersoner med succes i første forsøg (succesrate i procent)	38 (66,7 pct.)	66 (81,5 pct.)**
Antal patienter, hvor enten læge eller anæstesi tilkaldes til start	33 (36,7 pct.)	18 (18,1 pct.)***
Antal patienter, hvor enten læge eller anæstesi tilkaldes til start eller senere	44 (48,9 pct.)	25 (25,3 pct.)***

PVK: perifert venekateter
n: samlet antal patienter
Tosidet signifikanstest er udført med z-test for forskellene før og efter interventionen.
*p-værdi < 0,05, ** p-værdi < 0,01, ***p-værdi < 0,001.

Tabel 2. Antal stik før og efter intervention

Fordeling af og gennemsnitligt antal stik pr. patient på ortopædkirurgisk sengeafsnit

	Før PVK-guideline (n = 90)	Efter PVK-guideline (n = 99)
Antal patienter med 1 stik	69 (76,7 pct.)	81 (81,8 pct.)
Antal patienter med 2 stik	12 (13,3 pct.)	15 (15,2 pct.)
Antal patienter med 3 stik	5 (5,6 pct.)	2 (2,0 pct.)
Antal patienter med 4 stik	2 (2,2 pct.)	1 (1,0 pct.)
Antal patienter med 5 stik	2 (2,2 pct.)	0
Gennemsnitligt antal stik pr. patient (SD)	1,40 (\pm 0,87)	1,22 (\pm 0,53)

PVK: perifert venekateter

n: samlet antal patienter

SD: standard deviation

Tosidet signifikanstest er udført for forskellene før og efter interventionen: z-test for andele, t-test for gennemsnitligt antal stik pr. patient. Ingen af resultaterne var signifikante, bedømt ved P-værdi < 0,05.

formentlig, at plejepersonalet inden interventionen i høj grad tilkaldte anæsthesipersonale helt fra starten. Havde de selv forsøgt at stikke først, som gældende retningslinjer foreskrev, ville gennemsnitligt antal stik for patienterne sandsynligvis være faldet signifikant efter interventionen som en afspejling af den forbedrede succesrate.

Havde plejepersonalet fulgt de gældende retningslinjer inden interventionen, ville der formentlig have været et mindre eller intet fald i involvering af anden faggruppe. Man kunne endda forestille sig, at der ligefrem ville skulle bruges ekstra ressourcer fra anæsthesiens side med den nye guideline, når de ved særligt svære patienter skal stille op til PVK-anlæggelse allerede fra starten. Imidlertid kan man hertil indvende, at anæsthesien jo alligevel skulle tilkaldes til de svære patienter, blot på et senere tidspunkt, og så kan man vel lige så godt spare patienten for de ekstra stik og undgå behandlingsforsinkelsen.

Vores studie peger dog på, at ordentlig oplæring reducerer behovet for at tilkalde anæstesi, så derfor bør PVK-guidelinen ikke stå

alene, men ledsages af grundig undervisning, supervision og vedligeholdelse af færdigheder.

Vi målte ikke på behandlingsforsinkelse, men når succesraten i første forsøg stiger, og behovet for at involvere andre faggrupper falder, må man formode, at tiden, før patienten kan få sin væske eller medicin, reduceres.

I Danmark har PVK-pakken (3) sat fokus på patientsikkerheden i forhold til at skærpe indikationen for og forebygge infektion i forbindelse med PVK-anlæggelse. Den nævner dog ikke noget om, hvordan arbejdsgangen bør være i forhold til PVK-anlæggelse. Vores PVK-guideline kunne evt. tænkes som et supplement til PVK-pakken.

Udenlandsk erfaring

I Storbritannien findes retningslinjer (4), der foreskriver, at alt personale, som anlægger PVK, skal oplæres og superviseres, inden man må stikke en patient, og alle skal recertificeres hvert andet år og endda før, hvis man har været ude af træning i flere måneder. Retningslinjerne angiver desuden, at plejepersonen har ret til at tilkalde erfarent personale, hvis det kan forebygge unødige stik for patienten, og indskærper samtidig, at der maksimalt må forsøges to gange, inden en erfaren tilkaldes.

Vores PVK-guideline og vores projekt er først og fremmest udarbejdet med det formål at sætte fokus på og forbedre vores stikkultur i Danmark. Det er ikke meningen, at guidelinen skal betragtes som en rigid størrelse, eller at vi nødvendigvis skal til at certificere og kontrollere kompetencer ligesom i Storbritannien. Vores formål er at udbrede en patientcentreret tilgang til PVK-anlæggelse, hvor vi tilpasser vores arbejdsgang til den enkelte patients behov. Mange PVK-anlæggelser forløber i dag helt problemfrit, men for de patienter, hvor der er særlige omstændigheder (kronisk sygdom med mange hundrede stik gennem et liv, nålefofi, skrøbelige eller utilgængelige årer), er det vores påstand, at vi kan gøre det væsentligt bedre ved at tilpasse vores arbejdsgang, så de ikke udsættes for unødige stik og ubehagelige

- oplevelser. En PVK-anlæggelse bør ikke blot være et rutinemæssigt håndgreb, hvor man som nybegynder kaster sig ud i vanskelige anlæggelser og får erfaring hen ad vejen, men bør betragtes som et forfinet håndværk og et mini-invasivt indgreb, hvor man oplæres og løbende superviseres af de mest erfarne, og hvor alle gør sig størst mulig umage med grundig og korrekt forberedelse forud for hver eneste PVK-anlæggelse.

Den patientcentrerede tankegang, der ligger til grund for vores PVK-guideline, kan med fordel udvides til også at dække arteriepunkturer og blodprøvetagning.

Målet må være, at patienterne kan mærke, at et samlet sundhedsvæsen fra bioanalytikere, radiografer, plejepersonale, læger og til anæstesiuddannet personale gør alt for at spare patienterne for unødige stik, ubehag, nålefoxi og behandlingsforsinkelse.

Konklusion

Undervisning af plejepersonale ved erfarne anæstesisygeplejersker som led i en ny patientcenteret PVK-guideline forbedrede succesraten markant ved anlæggelse af PVK og minimerede behovet for at tilkalde andre faggrupper. Trods det at anæstesen var langt hyppigere involveret i PVK-anlæggelse før guidelinen end efter, slog plejepersonalets forbedrede succesrate igennem som et beskedent, omend insignifikant, fald i gennemsnitligt antal stik for patienterne efter PVK-guidelinen.

Vores studie er formentlig mindre interessant end idéen bag det: at en ny og mere patientcenteret tilgang til PVK-anlæggelse tillige med kompetent oplæring kan betyde en stor forskel for de patienter, for hvem PVK-anlæggelse er en særlig udfordring. PVK-guidelinen eller et lignende tiltag kunne eventuelt implementeres som et supplement til PVK-pakken (3).

Find undervisningsmateriale og PVK-guideline på www.sygehusvendsyssel.rn.dk > Afsnit og Ambulatorier > Klinik Anæstesi

Tak til Kristina Jessen Hansen, cand.scient.pol., for hjælp med data-behandling, Mette Henriksen, fuldmægtig i ledelsessekretariatet på Sygehus Vendsyssel, for hjælp ved produktion af undervisningsmateriale og til Lars Meakin for hjælp med billeder og grafik.

Litteratur

1. Statens Serum Institut. Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for brug af intravaskulære katetre. 2. Udgave. København: Statens Serum Institut, Central Enhed for Infektionshygiejne; 2015.
2. Lindsay LC. Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics* 2008;(122):134-9.
3. Patientsikkert Sygehus, PVK-pakken Version 1.0; april 2010 (tilgængelig fra: <http://www.patientsikkertsygehus.dk/>).
4. East Sussex Hospitals NHS Trust. Clinical guidance notes: Multi-professional practice guidelines for peripheral intravenous cannulation competency. East Sussex: East Sussex Hospitals NHS Trust; 2009.

English abstract

Lundorf LJ, Hansen AM, Søborg AM, Lambert PH. A new patient-centered culture for needle-sticks. *Sygeplejersken* 2015;(8):68-74.

The majority of hospitals have practice guidelines for when nurse anaesthesia personnel may be summoned for the placing of peripheral venous catheters (PVC). At the Sygehus Vendsyssel hospital, PVC placement must first be attempted by nursing staff, then by a doctor, and subsequently nurse anaesthesia personnel may be summoned. This is the case regardless of how difficult PVC placement is expected to be.

We have developed a new and more patient-centered set of PVC practice guidelines to take account of the difficulty of needle placement in a given patient, matched with staff experience. The PVC practice guidelines also include instruction in useful handling technique developed by nurse anaesthetists with many years' experience. A clinically controlled pre- and post-study in a surgical unit comprising a total of 189 patients revealed that training of nursing staff using our new PVC practice guidelines improved the success rate of PVC placement and reduced the need to involve nurse anaesthetists. In spite of nurse anaesthetists being involved far more frequently in PVC placement before the guidelines than after, the improved success rate of the nursing staff was evidenced by a modest, but insignificant, decrease in the average number of needle sticks received by the patients after the introduction of the PVC guidelines.

Keywords: Practice guidelines, peripheral venous catheter, PVC, Venflon, needle phobia.

BD Sikkerhedsprodukter

Minimering af stikskader og utilsigtet blodeksponering

BD Venflon™ Pro Safety, BD Nexiva™, BD Q-Syte™



Helping all people
live healthy lives

Vælg en erfaren partner, så overgangen til sikkerhedsprodukter bliver succesfuld

- BD tilbyder produkttræning
- BD tilbyder træning i generel IV terapi
- Produkter i tråd med de nye Nationale Infektionshygiejniske Retningslinier for brug af IV katetre
- National erfaring i forbindelse med hjælp til konvertering til sikkerhedsprodukter
- Produkter der minimerer stikskader og utilsigtet blodeksponering
- Samme rutiner men med beskyttelse mod stikskader
- Bredt produktsortiment til specifikke procedurer
- Portefølje fra 14G - 24G

Videokonferencer i patienter bygger genindlæggelser

Det tværsektorielle samarbejde har brug for at blive styrket, så patienterne ikke havner mellem to stole ved udskrivelse fra hospitalet til hjemmet. Et projekt har gennem brug af video vist, at tele-hjem-konferencer er én måde at forebygge genindlæggelser på. Det kræver dog, at netdækningen er i orden.

Lene Brangstrup, projektsygeplejerske, Roskilde og Køge Sygehuse, DL
Tommy Rolf Lorenzen, udviklingsygeplejerske, Greve Kommune, MPO, HD (O)

På baggrund af den Nationale handleplan for den ældre medicinske patient besluttede Region Sjællands Regionsråd i 2012 at iværksætte en række initiativer til at forebygge genindlæggelser af den ældre medicinske patient (1).

Et af initiativerne var at etablere en tele-hjem-ordning, og da der var behov for yderligere evidens på dette område, blev det besluttet, at indsatsen skulle designes og testes som et forskningsprojekt. Det videnskabelige projekt løb over 1 1/2 år i perioden 2013-2014, og resultaterne fra projektet ventes offentliggjort i slutningen af 2015.

Moderne udgave af Følge hjem

Tele-hjem-konference er en nytænkt/modernisering af et tidligere koncept "Følge hjem-ordningen". I Følge hjem-ordningen, der blev udviklet på Geriatrik afdeling på Gentofte Hospital, følger en medarbejder fra sygehuset, f.eks. en sygeplejerske eller en fysioterapeut, med hjem sammen med borgeren. Udover at gennemgå det praktiske omkring udskrivelsen som f.eks. medicinering ser de hjemmet efter i forhold til, om alt er i orden. Er der mad i køleskabet, kan patienten komme omkring i hjemmet, er der de nødvendige hjælpemidler i hjemmet? Tele-hjem tænkes at være mere effektivt i en region med store afstande, så projektsygeplejersker fra sygehuset ikke skal køre ud til borgerens hjem. Der kan således gennemføres fire samtaler om dagen pr. medarbejder, hvor man ved Følge hjem-ordningen kunne nå to samtaler på en dag. Desuden blev det vurderet, at de opgaver, der skulle løses i hjemmet, naturligt hørte til det kommunale arbejdsområde.

Projekt forankret på to sygehuse

Tele-hjem-projektet er forankret på Region Sjællands sygehuse i Køge og Roskilde. Projektet foregår på medicinsk, geriatrisk samt akutafdelingen på de respektive sygehuse. Projektsygeplejerskerne er organiserede under samme ledelse og med arbejdssted på begge sygehuse.

Projektet er et randomiseret studie, og 1.387 patienter er med. Patienterne er fundet ved daglige screeninger af alle indlagte patienter over 55 år i henhold til protokollen. Screening og udvælgelse bliver udført via patientjournalerne samt i dialog med afdelingernes sygeplejersker.

Videokonferencerne foregår via Polycom, som er en af udbydere til afholdelse af videokonferencer. Det er en sikret forbindelse og anvendes på samme måde som Skype. Det er lidt forskelligt, hvordan kommunerne har valgt at være digitale: Nogle har bærbare pc'er, andre bruger iPad, det har dog ikke den store betydning teknisk set.

For de patienter, som skal have et tele-hjem-besøg, tager projektsygeplejersken kontakt til hjemmesygeplejen i patientens hjemkommune. Der informeres om patientens data, udskrivende afdeling samt om sygdom, som har ført til indlæggelse. Ved denne kontakt bliver det fastlagt, på hvilket tidspunkt tele-hjem-besøget skal foregå, ud fra hvornår patienten kan forventes hjemme.

Projektsygeplejerskens forberedelse inden afholdelse af videokonferencen er en vigtig faktor, for at konferencen får den faglige kvalitet, som er meget essentiel for at sikre det sammenhængende patientforløb mellem sektorerne. Projektsygeplejersken kontrollerer, om patienten har fået lagt ny medicin på receptserver, hvilket tjekkes via det Fælles Medicinkort (FMK). Derudover læses epikrise samt sygeplejeloggen igennem i forhold til at afklare, om der er ambulante kontroller, og om der evt. er nogle problemstillinger, der med fordel kan tages hånd om i det kommunale sundhedsvæsen.

Erfaringer fra kommunerne

Hjemmesygeplejersken kommer til patientens hjem ca. 1/2 time før selve videokonferencen og gennemgår her en spørgeguide sammen med patienten. Dette danner baggrund for videokonferencen.

Greve Kommune

I Greve Kommune er der 6-8 samtaler pr. måned. Der er fire sygeplejersker, som fortrinsvis varetager tele-hjem-samtalerne. Det er kun få gange lykkedes at afholde samtalerne som videokonference, primært fordi det mobile datanetværk i Greve har været for svagt til at kunne understøtte dette, se boks 1, derfor er samtalerne afholdt over telefonen.

Hjemmesygeplejerskerne er meget begejstrede for ordningen: "Vi møder nogle borgere, som vi ellers ikke ville have mødt, og jeg tror, vi kan undgå nogle genindlæggelser, når vi kommer tidligere på banen."

tens hjem fore-

”Projektsygeplejerskerne på sygehuset er meget behjælpelige og sørger ofte for, at de ting, der måske er gået galt ved udskrivelsen, bliver rettet op. En gang var jeg ude for, at en borger med et nyanlagt kateter ikke havde fået kateterposer med hjem, her sørgede projektsygeplejersken for, at der blev bragt kateterposer ud til borgeren med en taxi, det var meget imponerende,” fortæller hjemmesygeplejerske Suzanne Neerlin.

Hjemmesygeplejerske Lone Pedersen fortæller: ”Engang fik vi en borger hjem, og da jeg gik ud i køkkenet, fandt jeg et rent, men tomt køleskab. Det var sidst på dagen, borgeren var en dårlig psykiatrisk borger, som ikke selv var i stand til at handle og ikke var

” Brug af videokonferencer i dialogen mellem sygehus og kommune sender et signal om, at kommune og sygehus taler sammen. Patienten føler sig inddraget og kan påtage sig en mere aktiv rolle i egen behandling.

tilknyttet hjemmeplejen, så efter tele-hjem-mødet måtte jeg ud og købe ind til borgeren. Hende var vi ikke kommet hos, hvis der ikke havde været et tele-hjem-besøg.”

Boks 1. Det mobile datanetværk

Når man modtager data på sin smartphone eller anden bærbar enhed, kan dette ske over det mobile netværk. Hastigheden kan variere, alt efter hvor man er placeret i forhold til sendemasten. Hastigheden på det mobile netværk kan ses som små symboler på telefonen øverst på telefonens display, her er der E (Edge) dækning:



Der er seks hastigheder for det mobile datanetværk:

- GSM: Også kaldet 2 G, med hastigheder op til 9,6 kbps
- GPRS: Også kaldet 2.5 G, med hastigheder fra 35-171 kbps
- Edge (e): Også kaldet 2.75 G, med hastigheder fra 120-384 kbps
- UMTS Også kaldet 3 G, med hastigheder fra 384 kbps-2Mbps
- HSPA, også kaldet 3.5 G eller turbo 3 G, med hastigheder fra 600 kbps-100 Mbps
- Wimax/LTE, også kaldet 4 G, den p.t. hurtigste hastighed fra 3Mbps-1 Gbps

Edge/2G-dækning findes især i yderområderne, hvor der endnu ikke er 3G eller 4 G. For at gennemføre en videokonference skal hastigheden på netværket være minimum 3 G. I store dele af Region Sjælland er netværket kun 2 G, og der er derfor udfordringer med at gennemføre videokonferencer (4,5).

Solrød Kommune

I Solrød er de glade for tele-hjem-besøgene, selv om de ikke har så mange, de har ca. en samtale pr. måned. I Solrød bruger hjemmesygeplejerskerne en iPad til afviklingen af videokonferencen, det er dog ikke altid, teknikken virker pga. af dårlig internetforbindelse. Kun ca. halvdelen af samtalerne gennemføres som videosamtaler, resten gennemføres som almindelige telefonsamtaler. Hjemmesygeplejerske Dorthe Rasmussen fortæller ”Det giver noget mere, når der er billede på, for når der er video på, bliver borgeren mere medinddraget i samtalen.”

I Solrød mener de, at tele-hjem-besøgene er med til at bidrage til en højere kvalitet ved udskrivelserne.

”De hurtige udskrivelser gør, at tingene nogle gange går lidt for hurtigt. Det sker, at borgeren ikke forstår de beskeder, han modtager på sygehuset. Tele-hjem-samtalen giver gode muligheder for at afklare nogle af de tvivlsspørgsmål, som borgeren har til sin udskrivelse,” fortæller Dorthe Rasmussen.

Det er især omkring medicinen, der ifølge Dorthe Rasmussen er mange udfordringer.

”Vi har flere gange fanget fejl i medicinlister, manglende medicinlister eller recepter, der ikke er sendt til apoteket.”

I forhold til den praktiske organisering kan det dog godt give nogle udfordringer, fortæller Dorthe Rasmussen: ”Tele-hjem-samtalerne ligger ofte sent på dagen, og det kan være en udfordring i forhold til planlægningen. Ofte må vi tage overarbejde for at kunne tage en samtale, og det er ikke altid, at det er lige populært.”

► Køge Kommune

I Køge Kommune har tele-hjem-besøgene fortrinsvis været varetaget af en enkelt sygeplejerske, de fleste af besøgene, 86 i alt, blev afholdt som videokonference, de sidste ni besøg som telefonsamtaler.

Her bruger sygeplejersken en iPad til besøget, og de har ca. 5-6 samtaler om måneden.

I Køge Kommune og i selve Køge by er der huller i netdækningen, og hjemmesygeplejersken har flere gange måttet logge på patientens eget netværk for at få forbindelse.

Hjemmesygeplejerske Lisbet Westerlin Christiansen er meget glad for ordningen: "Fejl bliver opdaget hurtigere," fortæller hun, "og det kan ske, at borgere bliver sendt hjem i dårligere tilstand end meldt til visitationen, og derfor er der ikke de nødvendige hjælpemidler i hjemmet, det har resulteret i to genindlæggelser, og én blev overført til aflastning."

Lisbet Westerlin Christiansen mener, tele-hjem er godt for den tværsektorielle koordination. "Borgerne får mange informationer og papirer med hjem fra sygehuset, og de kan ikke altid overskue dette, og hvad de skal bruge det til," og hun mener, at tele-hjem-besøgene giver et stort udbytte og er noget, der bør prioriteres. Hun tilføjer:

"Jeg har ikke været ude på nogen unødvendige tele-hjem-besøg, der har altid været et behov for en opsamling omkring indlæggelsen."

Videokonferencer kontra telefonsamtaler

Videokonferencer anvendt som et redskab i dialogen mellem kommune, sygehus og patient ses som en nytænkning i brugen af telemedicin. Det kræver øvelse at anvende den tekniske løsning samt brug af en ny samtaleform, hvor taledisciplin og skærmskontakt er et must for ikke at skabe forvirring og fejlfortolkninger. Disse parametre ses som vigtige for at kunne få det optimale udbytte af videokonferencen, så en sikker sektorovergang opnås, og patienten oplever sig hørt og set.

Tryghed, tillid og åbenhed mellem de udførende parter af videokonferencerne er vigtige, når nye teknologiske værktøjer tages i brug. Barrierer ved at skulle anvende den tekniske løsning opleves ofte hos sundhedspersonalet, som skal anvende den. Dette er forsøgt imødekommet på flere måder. Dels har der været prøveopkald til projektsyge-

plejerskerne fra kommunerne, dels guidning via telefon, når teknikken ikke virkede, og hjælp til styring af samtalen under videokonferencen.

Samtaleformen er væsentlig anderledes end en telefonsamtale. Det opleves som en udfordring at holde øjenkontakt med modparten via skærmen (2). Her er det meget vigtigt, at der ikke bliver kigget ned på evt. papirer, at skærmen forlades, at der er uro i rummet etc. Det kan skabe forvirring, hvis den ene part ikke føler sig set, og det nonverbale udtryk ikke bliver opfanget.

Større tryghed opnået

Erfaringerne gennem projektet har givet øvelse og fortrolighed i brug af videokonferencer både på sygehus og i kommunerne og har betydet større tryghed i anvendelsen af videokonferencerne, hvilket giver bedre samtaler dels i forhold til at få fremstillet problemstillinger og få guidet og medinddraget patienten under samtalen, så patienten føler sig tryk under videokonferencen.

Brug af videokonferencer i dialogen mellem sygehus og kommune sender et signal om, at kommune og sygehus taler sammen. Patienten føler sig inddraget og kan påtage sig en mere aktiv rolle i egen behandling. Det opleves fra projektsygeplejerskerne, at det er nemmere for patienten at stille spørgsmål til sygehuset, når der er et kendt ansigt på skærmen.

Videokonference kontra telefonsamtale opleves som en fordel for projektsygeplejersken, da hun kan se de involverede i samtalen. Billedet giver en god mulighed for at vurdere patienten i eget hjem, og den direkte øjenkontakt giver energi i samtalen og mulighed for at vurdere, om patienten har forstået den fremadrettede behandlingsplan og har fået svar på sine spørgsmål. Der er med andre ord overensstemmelse mellem det nonverbale og verbale sprog. Hermed er det nemmere at agere på tvetydighed.

Telefonsamtaler i forbindelse med tele-hjem-projektet har været anvendt i ca. 60 pct. af samtalerne, dvs. at 345 konferencer ud af det samlede antal konferencer på 575 er afholdt som telefonsamtaler. Der kan være flere årsager til det, dels den dårlige mobile internetdækning, dels også usikkerhed omkring anvendelsen af teknikken ude i kommunerne, da nogle kommuner ikke har haft så mange videokonferencer, at det har givet øvelse.

Telefonsamtalerne er afholdt med medhør på. Her kan det dog indimellem være svært for projektsygeplejersken at skelne

” Det mobile telefonnet i Danmark er ikke gearet til telemedicinske løsninger, da der i store dele af landet ikke er tilstrækkeligt hurtigt internet. Skal telemedicinske initiativer rulles ud i større målestok, må der derfor gøres noget ved dette.

mellem, hvem der taler og svarer på spørgsmål, og nuancerne i samtalen kan være svære at opfange, hvilket giver risiko for fejlforklaringer. Det sker ofte i de situationer, hvor pårørende er meget på banen. Således er det oplevet, at det er hustru eller datter, som svarer på spørgsmål for deres pårørende, og her er det svært at vide, om patienten er enig eller bare tier og samtykker.

Patienternes oplevelse af videokonferencerne er meget positiv, når det først er prøvet. For mange patienter er det nyt med at skulle tale til en skærm, og mange har svært ved at forstå, hvordan det foregår. Patienterne oplever en tryghed ved hjemmesygeplejersken og via denne også ved videokonferencen. Det, at projektsygeplejersken fra sygehuset dukker op på skærmen i hjemmet og genkendelse af hendes ansigt, opleves som tillidsvækkende. Mange patienter oplever det som en tryghed, at der er samarbejde mellem sygehusene og kommunerne, og at der tjekkes op på, om udskrivelsen er i orden. De oplever det også trygt, at der tages hånd om de behov for justeringer, der evt. viser sig i løbet af videokonferencen.

Telenettet ikke klar til telemedicin

I Greve Kommune er det ikke rigtig lykkedes at få teknikken til at fungere, der er flere udfordringer: I store dele af kommunen er telenetværket ikke tilstrækkeligt hurtigt, her er det kun muligt at opnå den langsomste af de fire hastigheder (2G/Edge), som er utilstrækkeligt i forhold til at afvikle en videokonference. En anden udfordring er, at hjemmesygeplejerskerne synes, at det er vanskeligt at bruge den software, som videokonferencen skal afholdes i (Polycom).

I Solrød lykkedes det i ca. 50 pct. af tilfældene at afholde tele-hjem-samtalerne som en videokonference.

I Køge lykkedes det i 86 ud af 95 tilfælde at holde tele-hjem som videokonference, der er dog områder i Køge by, hvor netdækningen ikke er tilstrækkelig.

Udfordringen med dårlig netværksdækning er således ikke kun et problem i mange tyndt befolkede områder, men også i byer som Greve, Solrød og Køge. Region Sjællands 17 kommuner har her i 2015 sendt en samlet henvendelse til regeringen og Folketinget, hvor de opfordrer til at stoppe den digitale ulighed og kræver en bedre mobil- og bredbåndsdækning (3).

Konklusion

Tele-hjem er et værdifuldt redskab i den tværsektorielle koordinering, som bidrager til at skabe sammenhængende patientforløb, hvilket giver mening for både patienten, projektsygeplejerskerne på sygehuset og hjemmesygeplejerskerne. Det giver en konstruktiv dialog og vidensdeling mellem sektorerne om patienten og bidrager herved til en højere kvalitet i patientforløbet. ►

Boks 2. Anbefalinger

Det anbefales, at tele-hjem-ordning organiseres på få hænder med fast tilknyttede sygeplejersker, da det kræver erfaring at kunne anvende de tekniske redskaber og en pædagogisk indsats at få en videokonference til at fungere.

Det anbefales, at det i kommunerne er erfarne hjemmesygeplejersker, som varetager opgaven, fordi det kræver helhedstænkning i forhold til patienten og hjemmet samt viden om kommunens tilbud til patienten.

Det anbefales, at der tilknyttes faste tele-hjem-sygeplejersker på sygehuset, da udfordringerne omkring teknik, pædagogik og tværsektorielt samarbejde kræver kundskab og øvelse.

Hvis telemedicinske løsninger skal lykkes, kræver det opbakning fra ledelsen såvel på sygehusene som i kommunerne.

Det anbefales, at politikerne bliver ved med at presse på for at få en bedre mobildækning i yderområderne, så telemedicinske løsninger ikke kun er forbeholdt borgerne i storbyerne.

- Den kvantitative effekt af tele-hjem-projektet kendes ikke endnu, og det vides således ikke, hvordan det bidrager til at reducere uhensigtsmæssige genindlæggelser. Det vil blive klarlagt, når data fra projektet er færdigbearbejdet. På baggrund af de foreløbige positive erfaringer, se boks 2, har kommunerne og regionen valgt, at tele-hjem-ordningen fortsætter foreløbigt i hele 2015.

Det mobile telefonnet i Danmark er ikke gearret til telemedicinske løsninger, da der i store dele af landet ikke er tilstrækkeligt hurtigt internet. Skal telemedicinske initiativer rulles ud i større målestok, må der derfor gøres noget ved dette.

Litteratur

1. www.regionsjaelland.dk > Dagsordener > Dagsordener 2012 > Administrativ styregruppe vedrørende sundhedsaftaler > Mødedato: 09.05.2012 > Pkt. 5: Tværsektorielle indsatser i 2012 – status > Bilag: Notat vedr. følge-hjem og følge-op. Søgedato 24.02.2015
2. Nielsen AS Videosamtaler – en samtaleform; 2012. www.telemediciner.dk Blogs > Videosamtaler – en samtaleform. Søgedato: 12.01.2015
3. 17 kommuner kræver bedre mobil og bredbåndsdækning. www.KL.dk > Fagområder > Teknik og Miljø > Nyheder > 04.02.2015. Søgedato 24.02.2015
4. Hvad betyder GSM, Edge, 3G og Turbo 3 G. Søgedato 24.02.2015. Hvad betyder GSM, Edge, 3G og Turbo 3 G www.hapiimobil.dk > Faq > Netværk og dækning. Søgedato 24.02.2015
5. What are the actual speeds of Gprs, Edge, UMTS, HSPA etc? www.speedguide.net > Main > Faqs > Mobile Networking Faq. Søgedato 24.02.2015

English abstract

Brangstrup L, Lorenzen T. Vide oconferences in the patient's home prevent readmissions. *Sygeplejersken* 2015;(8):76-80.

In Region Zealand, a tele-home project was piloted in a partnership between Roskilde and Køge hospitals and the seven surrounding municipalities. In the pilot tele-home project, a videoconference is held in which the patient and the community nurse in the patient's home are in contact with the tele-home project nurse at the hospital. At the videoconference, the patient's discharge from hospital, plans following discharge, and the patient's home setting are reviewed.

The object is to ensure improved continuity of patient care in transitions between sectors in connection with discharge and return to the home. The aim is to prevent readmissions, develop the partnership and facilitate knowledge-sharing concerning the patient across sectors.

The work using videoconferencing in cross-sectoral patient trajectories has yielded positive and instructive experiences. Cross-sectoral partnering has provided insights into how work is performed within each respective sector, and how this can be conducive to good patient trajectories. The patients report experiencing co-involvement in the "dialogue" and engage actively in their own care.

Keywords: Telemedicine, videoconferencing, cross-sectoral partnering, continuity of care.

TEORI PRAKSIS

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

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

Artiklen er fagfællebedømt.

Nedre urinvejs symptomer hos – Udvikling og implementering

Når en person har haft en apopleksi, betyder det ofte, at evnen til at kontrollere vandladningen ophører eller påvirkes negativt. Artiklen beskriver, hvad personalet kan gøre for at teste patientens vandladning, opdage eventuelle problemer og afhjælpe disse gennem træning og faste vandladningsrutiner.

Sigrid Tibæk, forskningsfysioterapeut, Dr.Med.Sci., Glostrup Hospital; sigrid.tibaek@regionh.dk

Charlotte Gjermansen Illemann, afdelingssygeplejerske

Lone Lundbak Mathiesen, sygeplejerske, udviklings- og kvalitetskoordinator, MPH

Illustration **Jette Svane**

Del I

Betegnelsen ”Nedre urinvejs symptomer” anvendes om symptomer lokaliseret til urinblære og urinrør, i modsætning til ”Øvre urinvejs symptomer”, der anvendes om symptomer lokaliseret til nyrer og urinledere.

Apopleksi og nedre urinvejs symptomer

Hvert år rammes omkring 12.000 danskere af en apopleksi, og 30.000-40.000 lever med følgesymptomer. Urininkontinens (UI) er et blandt flere følgesymptomer såsom pareser, afasi og kognitive deficit.

Forekomsten af UI varierer fra 32-79 pct. (1) ved indlæggelse, 40 pct. efter en uge (2), 19 pct. efter tre måneder og 15 pct. efter et år (2,3).

UI er sjældent det eneste urinvejs symptom, der opstår som følge af en apopleksi. Nykturi (natlig vandladning), urgency (pludselig kraftig vandladningstrang) og et øget antal vandladninger i dagtiden ses hyppigt (4), hvorfor de samlet betegnes som ”de neurogene urinvejs symptomer”, se boks 1 og boks 2. Derudover ses ofte symptomerne urinretention (ufuldstændig blæretømning) og urinvejsinfektion (5).

Boks 1. Neurogene urinvejs symptomer – definitioner

Nykturi er defineret som det at vågne om natten, fordi man skal lade vandet.

Urgency er defineret som pludselig og bydende vandladningstrang.

Urinretention defineres som manglende blæretømning efter en vandladning.

Urininkontinens er defineret som ufrivillig urinlækage, der opleves som et problem.

De to hyppigste typer for urininkontinens er:

Urge inkontinens defineret som urinlækage samtidig med pludselig og bydende (stærk) vandladningstrang.

Stress inkontinens er defineret som urinlækage i forbindelse med fysisk anstrengelse, host og nys.

Blå bog



Sigrid Tibæk er 64 år. Hun blev uddannet fysioterapeut i 1976 og har arbejdet på danske og udenlandske hospitaler. Forsknings-fysioterapeut på Glostrup Hospital siden 2004.

Specialistgodkendt i neurofysioterapi i 2003 med fornyelse i 2010.

Master of Science ”in Physiotherapy” i 2002, Lund Universitet.

Doktor in Medicin Science i 2007, Lund Universitet.

Antaget som postdoc i 2009, Lund Universitet.

Lektorgodkendt i 2014, Københavns Universitet.

Sigrid Tibæks forskning fokuser på fysioterapi til patienter med Nedre Urinvejs symptomer forårsaget af en neurologisk sygdom. Hun har bl.a. undersøgt reliabilitet og validitet af et nedre urinvejs-specifikt spørgeskema blandt apopleksipatienter og har i et klinisk tværsnitsstudie undersøgt prævalensen og gener af nedre urinvejs-symptomer blandt apopleksipatienter. Ligeledes har hun undersøgt sammenhæng mellem nedre urinvejs symptomer og nedsat funktionsevne, trivsel og depression.

Se <http://fysio.dk/Upload/Graphics/PDF/Specialister/Neurofysioterapi> for et fuldstændigt CV og en publikationsliste.

Mail: sigrid.tibaek@regionh.dk



Charlotte Illemann er 51 år og blev uddannet sygeplejerske i 1988. Hun har diplom i ledelse fra 2009 og har siden 1988 været ansat i neurologien. Charlotte Illemann blev ansat som afdelingssygeplejerske i 2001, nu i Apopleksienheden Akut/Rehabilitering, Neurologisk klinik, Rigshospitalet – Glostrup.



Lone Lundbak Mathiesen er 51 år og uddannet sygeplejerske i 1987. Hun er Master of Public Health fra 2010, med fokus på ”Sammenhængende patientforløb for apopleksiramte. Lone Lundbak Mathiesen har siden 1987 været ansat i neurologien og fra 2009 ansat som udviklings- og kvalitetskoordinator i Neurologisk klinik, Rigshospitalet – Glostrup.

indlagte apopleksipatienter af en klinisk vejledning

” Hvert år rammes omkring 12.000 danskere af en apopleksi, og 30.000-40.000 lever med følgesymptomer. Urininkontinens (UI) er et blandt flere følgesymptomer såsom pareser, afasi og kognitive deficit.

Hos en neurologisk rask befolkning forekommer UI hos en ud af tre i alderen over 40 år, og en stor del af dem oplever, at deres præeksisterende UI forværres betydeligt ved en apopleksi.

For kvinder drejer det sig overvejende om UI af typen stress UI. Stress UI skyldes en svag bækkenbundsmuskulatur. Ved en apopleksi svækkes muskulaturen generelt, og den lavere muskeltonus svækker yderligere den allerede svage bækkenbundsmuskulatur. Stress-UI ses ofte ved hoste i forbindelse med aspirationspneumoni hos apopleksipatienter (6).

For mænd med præeksisterende urinvejssymptomer drejer det sig overvejende om vanskeligheder ved at starte en vandladning, urinretention og efterdrup, urinvejssymptomer, der kan relateres til sygdomme i prostata.

Et stort antal apopleksipatienter oplever også, at deres afasi, kognitive deficit og/eller manglende fysiske funktionsevne som selvhjulpethed og reduceret eller manglende gangfunktion resulterer i urinvejssymptomer.

Gener og konsekvenser

Et dansk studie har vist, at 78 pct. af apopleksipatienter, som hver havde mindst et nedre urinvejssymptom, var generet af det i deres dagligdag (4).

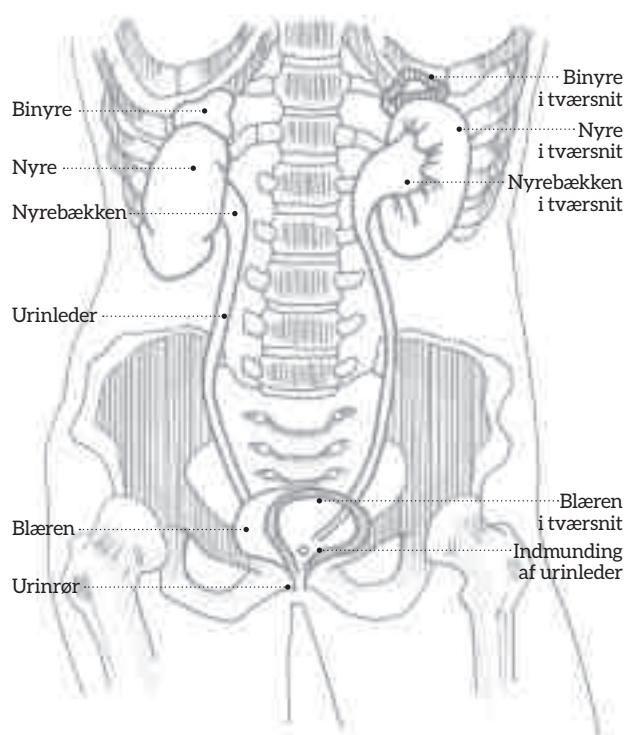
Andre studier har vist, at apopleksipatienter med nedre urinvejssymptomer versus apopleksipatienter uden nedre urinvejssymptomer har dårligere trivsel, det gælder især kvinder. Depression forekommer således 2,4 gange hyppigere hos apopleksipatienter med urinvejssymptomer versus apopleksipatienter uden urinvejssymptomer.

UI efter apopleksi er en stærk prædikator for ringere funktionel remission (7). En af årsagerne hertil kan måske være apopleksipatienternes manglende deltagelse i rehabiliteringen. Et israelsk

studie har vist, at 24 pct. af rehabiliteringstiden afbrydes pga. UI hos apopleksipatienter, og op til 11 timer pr. uge gik tabt i deres rehabiliteringsprogram (8).

Et større antal apopleksipatienter med UI har rapporteret om forringet søvnkvalitet (apopleksi med UI: 23 pct. versus apopleksi uden UI: 9 pct.). En eller flere afbrydelser af nattesøvnen pga. vandladning kan medføre øget træthed for både patienten og dennes partner. Ligeledes registreres en risiko for faldulykker især om natten. Situationer for apopleksipatienten med dårlig balance og bydende behov for hurtige bevægelser resulterer ofte i faldulykker (9).

Boks 2. Øvre og nedre urinveje



- ▶ Nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter kræver store økonomiske ressourcer både i form af direkte og indirekte udgifter. Der foreligger ingen danske studier på disse størrelser, men et europæisk studie har vist, at hver apopleksipatient har UI-relaterede udgifter på omkring 3.000-10.000 kr. pr. år (10). Studier viser, at udgifter hos patienter med urge UI er op til 65 pct. højere end hos patienter med stress UI.

De indirekte udgifter er betydelig højere. Af de indirekte udgifter tilskrives 50-75 pct. pleje (personlig hygiejne, fysisk assistance og hudpleje (11), indkøb af bleer og kateter, vask af tøj og linned). Hertil kommer udgifter til forlænget hospitalsophold og rehabilitering (5) og ikke mindst de stærkt stigende udgifter til medicin og institutionsophold.

Blærefunktion og kontrol

Identifikation af nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter forudsætter kendskab til blærens normale funktioner.

Urinblæren opfylder to funktioner. En reservoirfunktion (depot) for urinen, der kontinuerligt kommer fra nyrerne via urinlederne. Den anden funktion er tømningfunktionen, hvor blæremuskulaturen trækker sig sammen, og urinen tømmes ud via urinrøret, samtidig med at blærens lukkemuskler og bækkenbundsmuskler er afslappede.

Hjernen kontrollerer blærens funktioner i et overordnet meget komplekst system. Dels under fyldning af urin i blæren, dels under tømning af urin og ikke mindst overgangen fra den ene funktion til den anden på tidspunkter, der er socialt og fysisk egnede.

Ved en apopleksi kan der opstå skader i forskellige dele af hjernen, hvorved hjernens kontrolmekanisme over blærens funktioner mindskes eller helt forsvinder. Det medfører, at blæren ofte uden varsel trækker sig kraftigt sammen (detrusor hyperrefleksi) og udtømmer urinen.

Målemetoder

Optimal forebyggelse, pleje og behandling af nedre urinvejssymptomer er vigtigt, men afhænger af typen af symptomer og deres sværhedsgrad. Derfor er det nødvendigt at identificere, hvilke symptomer det drejer sig om.

Blærescanning og urinundersøgelse bør udføres inden for de første 24 timer efter indlæggelsen af en apopleksipatient (6).

” Et canadisk studie blandt fagpersonale i alle rehabiliteringsfaser af apopleksi viste, at der manglede viden på UI-området til trods for områdets store, arbejdskrævende og økonomisk tunge ressourceforbrug.

Derudover udfyldes der væske-vandladnings-skema og et apopleksi-specifikt vandladningsspørgeskema ved behov og inden for de første syv dage efter indlæggelsen.

Blærescanning

Blærescanning er en ultralydsundersøgelse af blæren, hvorved det kan vurderes, om blæren er tom for urin efter en vandladning. Registreres der fortsat en større mængde urin (residualurin), er der tale om urinretention, og forskellige behandlingsmetoder må overvejes.

Mere end 50 ml residualurin er rapporteret som en risikofaktor for urinvejsinfektion hos indlagte apopleksipatienter over 65 år (5). På nuværende tidspunkt foreligger der ikke national eller international konsensus for mængden af residualurin (50 ml, 100 ml, 150 ml), før behandling bør iværksættes (5,6).

Urinundersøgelse

Undersøgelse af urinen foretages med urinstix og har til formål at udelukke forekomst af bakterier og diabetes mellitus. Urinen screenes for nitrit, leukocytter, protein, glukose og hæmoglobin.

Væske-vandladnings-skema

Et væske-vandladnings-skema anvendes for at undersøge, hvor meget patienten drikker, på hvilke tidspunkter samt hvor ofte, og på hvilke tidspunkter patienten lader vandet, og hvor meget urin der udskilles. Skemaet udfyldes over tre dage. Skemaet afdækker balancen mellem væskeindtag og udskillelse.

Spørgeskemaer

Der findes forskellige typer spørgeskemaer til identifikation af urinvejssymptomer. Barthel Index har traditionelt været anvendt

til identifikation af UI hos apopleksipatienter, men skemaet er ikke et UI-specifikt spørgeskema.

Barthel Index

Barthel Index er udviklet til at afdække patientens behov for hjælp. Det består af 10 spørgsmål, herunder et delspørgsmål vedrørende UI.

Imidlertid har et nyt dansk studie vist, at forekomsten af UI målt med Barthel Index blandt 407 apopleksipatienter var 10,5 pct., mens forekomsten af UI målt med Det Danske Prostata (DAN-PSS-1) spørgeskema (se nedenfor) var 49 pct. DAN-PSS-1 spørgeskemaet kunne endvidere afdække, hvilke typer nedre urinvejssymptomer apopleksipatienter havde. Anbefalingen er derfor at anvende et symptom-specifikt spørgeskema som DAN-PSS-1 spørgeskemaet til identifikation af nedre urinvejssymptomer blandt apopleksipatienter (12).

DAN-PSS-1 vandladningsspørgeskema

Det danske vandladningsspørgeskema (DAN-PSS-1) (find skemaet på www.sygeplejersken.dk som link i denne artikel) indeholder 12 spørgsmål, der hver afdækker typen og sværhedsgraden af nedre urinvejssymptomer (A spørgsmål) og, hvis symptomet er til stede, i hvilket omfang det generer patienten i dagligdagen (B-spørgsmål). Spørgeskemaet udfyldes af patienten selv eller med hjælp fra familie, plejepersonale eller andre.

Alle symptomspørgsmål (A-spørgsmål) og gene-spørgsmål (B-

spørgsmål) tildeles en talværdi fra 0-3, hvorefter A-spørgsmålene og B-spørgsmålene summeres hver for sig.

A-spørgsmålene viser det samlede antal symptomers sværhedsgrad på en skala fra 0-36, og B-spørgsmålene viser det samlede antal geners sværhedsgrad på en skala fra 0-36. En totalscore beregnes ved, at scoren for hvert symptom-spørgsmål multipliceres med gene-scoren (A x B). Scoren summeres for alle spørgsmål fra 1-12 (Totalscoren). Totalscoren vil ligge på en skala fra 0-108.

Spørgsmålene 1-4 i spørgeskemaet afdækker blæretømningsproblemer, mens spørgsmål 5-8 afdækker blære-, depot/-opbevaringsproblemer. Spørgsmål 9-12 afdækker blæredysfunktioner, og spørgsmål 8, 11 og 12 omhandler urininkontinens (urge, stress og siven). Talværdier på henholdsvis 2 og 3 ved symptomer (A-spørgsmål) og B (genespørgsmål) bør udløse en handling. Handlingen afhænger af, hvilke symptomer det drejer sig om, patientens køn og øvrige tilstand. Spørgeskemaet er fundet acceptabelt i forhold til pålidelighed (1) og validitet blandt kvinder og mænd med apopleksi, patienter med mild til moderat sværhedsgrad af sygdommen (4) og uden betydelige kognitive dysfunktioner (13).

Urologiske og gynækologiske undersøgelser

I alle sværere tilfælde bør patienten undersøges af en urolog eller gynækolog.

Standardundersøgelser

Blandt de standardiserede undersøgelser af indlagte apopleksipatienter er resultaterne af de kognitive, sproglige og fysiske undersøgelser især af betydning for, hvilke forebyggende samt pleje- og behandlingsmæssige tilbud der skal iværksættes.

Forebyggelse

Forebyggelse af urinvejssymptomer kan bl.a. foregå ved at sikre omgivelserne på og omkring toilettet samt ved den direkte patientrelaterede adfærd.

Gode toiletforhold

- Sikre og frie adgangsforhold til toiletterne
- Stor og tydelig skiltning af, hvor der findes toiletter (for selvhjulpne patienter)
- God belysning, også om natten

Stop op og tænk

1. I hvilke situationer og med hvem tager du inkontinensproblematikken op til drøftelse på din arbejdsplads?
 2. Hvad har I gjort på din arbejdsplads, for at selvhjulpne apopleksipatienter kan komme sikkert på toilettet om natten?
 3. Hvordan planlægger I pleje og behandling af apopleksipatienter med let til moderat urininkontinens?
 4. Hvordan sikrer I jer, at personalet har den nødvendige og nyeste evidensbaserede viden?
 5. Hvilke personalegrupper indgår i behandlingen af apopleksipatienter med urininkontinens?
 6. Hvordan videregiver I på jeres arbejdsplads apopleksipatienternes behov for fortsat behandling af urininkontinens?
-

- Tørre og skridsikre gulve på toilettet
- Tøj, der hurtigt og nemt kan tages af og på.

Patientrelateret adfærd

- Korrekt nedre hygiejne
- Mobilisering til siddende eller stående stilling ved vandladning
- Tilbud om assistance til toiletbesøg
- Registrering og regulering af væskeindtagelse.

Behandling

Behandling af apopleksipatienter med nedre urinvejssymptomer afhænger af typen af nedre urinvejssymptom og patientens øvrige tilstand.

Bækkenbundstræning

Formålet med bækkenbundstræning er at bevidstgøre patienten om bækkenbundsmuskulernes lokalisering og funktion. Patienten skal lære at spænde bækkenbundsmusklerne korrekt, dvs. isoleret uden at spænde mave- og ballemuskler.

Systematisk, intensiv og vedvarende træning øger antallet af aktive muskelfibre, øger muskelstyrken, forbedrer udholdenhed samt koordination, hvorved patienterne igen selv lærer at styre og kontrollere deres vandladninger. Bækkenbundstræning er uden kendte bivirkninger og er en billig behandlingsform.

Et dansk studie har vist, at bækkenbundstræning til kvinder med UI efter apopleksi havde signifikant positiv effekt målt på antallet af vandladninger, urinlækage og funktion af bækkenbundsmuskulaturen (14,15).

Læsertest

1. Hvilke nedre urinvejssymptomer forekommer hyppigst hos apopleksipatienter?
2. Hvorfor er det vigtigt at undersøge for urinretention, og hvordan undersøger man patienten for det?
3. Hvad kan man gøre for at forebygge urininkontinens?
4. Hvor mange timer bør der højst være mellem hver vandladning i dagtimerne?

Læs svar på læsertest side 89.

Effekt af bækkenbundstræning til mænd med nedre urinvejssymptomer er ligeledes undersøgt, og resultaterne foreligger meget snart.

Blæretræning

Blæretræning vil sige, at patienten har fastlagte toilettider (16). Intervallerne mellem toiletbesøg er i begyndelsen korte, f.eks. en times interval stigende til to og sluttelig tre timers interval, tre-fire timers interval i dagtimerne anses for normalt (17).

Blæretræning er indiceret til patienter, som ikke kan mærke toilettrangen, eller hvor det er umuligt for patienten at spænde bækkenbundsmusklerne og derved stoppe urinudtømmelse.

Triple voiding

Triple voiding er en teknik, der anvendes ved mangelfuld blæretømning. Teknikken består i, at patienten efter at have ladet vandet igen forsøger at lade vandet tre på hinanden følgende omgange med korte mellemrum. ”Sådan gør du: Sæt dig godt til rette og giv dig god tid til at lade vandet. Derefter rejser du dig op og går lidt rundt 1-2 minutter mellem hver vandladning”.

Funktionstræning

Funktionstræning har til formål at øge patientens funktionsniveau. For apopleksipatienter med nedre urinvejssymptomer er det meget vigtigt at kunne klare toiletbesøg selvstændigt. Det kræver mobilisering ud af sengen, siddende og stående balance, af- og påklædning og bevægelse ud til toilettet. Funktioner, der ved den standardiserede fysioterapeutiske og ergoterapeutiske undersøgelse afdækkes inden for de første 24 timer efter indlæggelsen, og som danner basis for den efterfølgende genoptræning.

Et dansk studie har vist, at selvhjulpethed, ganghastighed og gangdistance er af signifikant betydning for apopleksipatienter med mild til moderat sværhedsgrad og nedre urinvejssymptomer.

Hjælpemidler

Bleer kan være indiceret i de tilfælde, hvor apopleksipatienten har UI, og ingen behandling har effekt. En ble i rette størrelse og tilpasset den enkelte patients behov kan forbedre patientens velvære og selvtilid. Fornytt udmåling af blestørrelse eller fjernelse af bleer må hyppigt udføres, fordi anvendelse af bleer kan medføre nedsat

tilskyndelse til at komme på toilettet, til at anvende urinkolbe eller toiletstol og hæmme andre træningseffekter.

Kateter

Kateter er indiceret i de tilfælde, hvor patienten ikke selv kan lade vandet (akut urinretention). Så snart symptomet er identificeret ved blærescanning, iværksættes engangskateterisation ved residualurin over 400 ml med regelmæssige intervaller.

For patienter med kronisk urinretention iværksættes en regelmæssig blæretømning med engangs- eller permanent kateter. Engangskateter er det optimale, idet det er forbundet med færre kateter-relaterede infektioner sammenlignet med permanent kateter.

Anvendelse af kateter til apopleksipatienter kan være overdrevet især i den akutte fase. En engelsk audit blandt apopleksipatienter fandt, at 26 pct. havde fået kateter i den første uge, og 26 pct. af dem (6 pct. af alle indlagte apopleksipatienter), fordi de havde UI (18).

Kateter skal kun anvendes, når andre muligheder ikke er anvendelige.

De hyppigste komplikationer ved brug af kateter er: urinlænge, hudgener, kateterrelaterede infektioner og tilbagebølge af urin pga. stop i kateteret (permanent kateter).

Del II Historik

Et canadisk studie blandt fagpersonale i alle rehabiliteringsfaser af apopleksi viste, at der manglede viden på UI-området til trods for områdets store, arbejdskrævende og økonomisk tunge ressourceforbrug. Derudover viste det sig, at UI-området ikke indgik i de rette organisatoriske sammenhænge, hvilket resulterende i, at apopleksipatienter med UI ikke blev tilbudt evidensbaseret undersøgelse og behandling (19).

Et australsk studie har undersøgt anvendelsesgraden af evidensbaserede nationale retningslinjer inklusive behandling af UI hos apopleksipatienter på hospitalsafdelinger med akutte og subakutte apopleksipatienter (18). Undersøgelse viste, at 46 pct. (19 ud af 41 afdelinger) anvendte retningslinjerne. Blandt de afdelinger, der ikke anvendte retningslinjerne, var der 79 pct. (15 afdelinger), der fandt retningslinjerne anvendelige. To tredjedele (61 pct., 25 afdelinger) anvendte fortsat permanent kateter til

” Vi har udarbejdet en evidensbaseret klinisk vejledning for nedre urinvejs-symptomer hos indlagte apopleksipatienter. Vi har forbedret fagpersonalets viden på inkontinensområdet og skal fremadrettet og vedvarende arbejde på, at denne viden bliver omsat til systematisk anvendelse i praksis.

patienter med UI (18). Kun 30 pct. (12 afdelinger) var tilfredse eller meget tilfredse med deres nuværende behandling af UI på de akutte apopleksiafdelinger (18). Forfatterne konkluderede, at en stor del af hospitalsafdelingerne fortsat manglede at implementere evidensbaseret behandling af UI hos apopleksipatienter, især de akutte hospitalsafdelinger.

Lignende danske studier på UI-området er denne artikels forfattere ikke bekendt med, hvorimod Dansk Selskab for Apopleksis opdatering af Referenceprogrammet for hele apopleksiområdet var undervejs og blev afsluttet i 2013.

Nyere danske forskningsresultater har påvist høj prævalens af nedre urinvejs-symptomer og ikke mindst deres gener i dagligdagen (4). Andre studier har vist opsigtsvækkende effekt af forebyggende indsats og fysisk træning inkl. bækkenbundstræning (14,15).

På baggrund af ovenstående stillede vi os selv spørgsmålet: Er indsatsen på inkontinensområdet hos indlagte apopleksipatienter evidensbaseret og optimalt implementeret?

Glostrup Hospital er et universitetshospital tilknyttet Københavns Universitet. Det har landets største neurologiske afdeling med syv sengeafsnit og syv ambulatorier. Årligt udskrives der omkring 1.300 apopleksipatienter fra Apopleksienheden på Neurologisk afdeling, Glostrup Hospital.

Projektets udvikling

I september 2012 blev der nedsat en arbejdsgruppe bestående af fire fagprofessionelle medlemmer fra Apopleksienheden, Neurologisk afdeling og Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Glostrup Hospital. ►

- ▶ Arbejdsgruppens medlemmer var alle tilknyttet apopleksibehandlingen med specialiserede kompetencer inden for inkontinens, kvalitetsudvikling, forskning og/eller ledelse. Arbejdsgruppen udarbejdede indledningsvis et overordnet mål baseret på fem delmål.

Mål

At tilbyde optimal kvalitet i udredning, forebyggelse, pleje og behandling af nedre urinvejssymptomer til indlagte apopleksipatienter. Delmål:

1. At udvikle en evidensbaseret klinisk vejledning for nedre urinvejssymptomer hos indlagte apopleksipatienter.
2. At forbedre fagpersonalets viden på inkontinensområdet.
3. At implementere den kliniske vejledning.
4. At optimere klinisk praksis på inkontinensområdet i de tværfaglige teams.
5. Vedvarende at undersøge og forbedre anvendelsesgraden af den kliniske vejledning inden for inkontinensområdet.

Patienter

Patientgruppen for den kliniske vejledning blev afgrænset til

- patienter, der i forbindelse med en apopleksi har fået nedre urinvejssymptomer, eller
- apopleksipatienter, hvis præeksisterende nedre urinvejssymptomer er stærkt forværret.

Møder

I perioden fra september 2012 til december 2013 blev der afholdt i alt syv møder af en times varighed.

Følgende standardiserede mødeprocedure blev fulgt:

- a. Rettelser og forbedringer til sidst udsendte version af den nye kliniske vejledning.
- b. Litteraturbedømmelse, udvælgelse og dybtgående overvejelser i relation til klinisk praksis.
- c. Konsensus og udarbejdelse af ny version af en klinisk vejledning.

Arbejdsgruppen udførte selv skrive- og sekretæropgaver (primært udført af afdelingsfysioterapeuten). Den anvendte litteratur er præsenteret i denne artikels del I.

Quick-card

Et Quick-card blev udviklet med det formål hurtigt at få overblik over identifikation, handling og ansvarsfordeling.

Quick-card indeholder DAN-PSS-1 spørgeskemaets 12 spørgsmål, de enkelte spørgsmåls tolkning; scoringsværdier, der udløser handling og behandling og fordeling af ansvar mellem sygeplejersker, fysioterapeuter og/eller ergoterapeuter eller læger. Et Quick-card fylder to A-4 sider. Af hygiejniske grunde er det blevet lamineret til praktisk brug i dagligdagen herunder ved stuegang, se Quick-card ved at følge link i artiklen på www.sygeplejersken.dk

Godkendelser

Før implementering af den nye kliniske vejledning skulle den godkendes af kvalitetsudvalgene på Neurologisk afdeling og Fysio- og Ergoterapiafdelingen. Denne godkendelsesproces omfatter alle nye vejledninger, der anvendes på Glostrup Hospital, og som offentliggøres på hospitalets VIP-portal. Den kliniske vejledning blev godkendt i Neurologisk afdeling og Fysio- og Ergoterapiafdelingernes kvalitetsudvalg i december 2013.

Implementering

Den nye kliniske vejledning blev implementeret ved et halvdanden times undervisningsmodul. Modulet var obligatorisk for det tværfaglige personale tilknyttet apopleksibehandlingen. Hvert modul blev udbudt otte gange over en tre måneders periode (januar-marts 2014), så alt personale fik mulighed for at deltage. Det tværfaglige personale talte i alt 120 personer og omfattede sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og fysioterapeuter med funktionsområde i to rehabiliteringsafsnit med i alt 30 senge. Undervisningen blev varetaget af forskningsfysioterapeuten, mens afdelingssygeplejersken altid deltog for at uddybe, afklare og indsamle kliniske og praktiske spørgsmål.

Indhold

Undervisningen vekslede mellem teori og praktik.

Teori

1. Formål med den kliniske vejledning
2. Urinvejssystemets opbygning
3. Blærens anatomi og funktion
4. Neurologisk kontrol af blæren

5. Nedre urinvejssymptomer
6. De hyppigste nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter og deres definition
7. Prævalens af urininkontinens og nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter
8. Gener af urininkontinens og nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter
9. Identifikation af nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter ved indlæggelsen
10. Undersøgelse for urinretention og urinvejsinfektion
11. Introduktion af DAN-PSS-1 spørgeskemaet
12. Administration, sammentælling, tolkning af DAN-PSS-1 spørgeskemaet
13. Forebyggelse i relation til omgivelserne og omkring patienten
14. Behandlingsmuligheder af nedre urinvejssymptomer
15. Bækkenbundstræning til kvinder med inkontinens som følge af apopleksi
16. Bækkenbundstræning til mænd med nedre urinvejssymptomer som følge af apopleksi
17. Funktionstræning
18. Introduktion af Quick-card og dets anvendelse
19. Anbefalet litteratur og information om nationale og internationale patientforeninger og videnskabelige selskaber.

Praktik

1. Udfyldelse og tolkning af et DAN-PSS-1 spørgeskema
2. Bevidstgørelse om bækkenbundsmuskulernes lokalisation og funktion
3. Stresstest
4. Bækkenbundstræning bl.a. i relation til en tænkt situation med behov for hurtigt toiletbesøg.

Supplerende bækkenbundstræning

I alt 22 fysioterapeuter gennemførte i april 2014 et to timers undervisningsmodul indeholdende teori (bækkenbundsmuskulernes anatomi og fysiologi), undersøgelsesmetoder, træningsteknikker, effektparametre og praktisk træning.

Opfølgning

Noglepersoner blev valgt inden for sygeplejen og fysioterapien til at udføre journalaudit for at fastholde og følge op på implemente-

ringen. Sammen med arbejdsgruppen afholdes der efterfølgende møder, hvor anvendelsesgraden vurderes, og fremtidige behov og tiltag beslutes, herunder behovet for gentagelse af undervisningsmoduler. Derudover er to sygeplejersker på afsnittene blevet udpeget til at være nøglepersoner med særligt ansvar for UI-området hos apopleksipatienter.

Del III Resultater

Som opfølgning på implementering af den kliniske vejledning, herunder DAN-PSS-1 spørgeskemaet, er der foretaget journalaudit tre gange. Audit er udført henholdsvis tre, seks og ni måneder efter implementeringsstart på de to rehabiliteringsafsnit. Samtlige audit er udført af to fysioterapeuter, to sygeplejersker, en afdelingssygeplejerske og en udviklings- og kvalitetskoordinator.

Resultaterne er præsenteret i Tabel 1 og 2 samt i Figur 1. Resultaterne af stikprøven i de tre audit viser, at 62 (79 pct.) patienter indlagt på de to rehabiliteringsafsnit er vurderet for urinvejssymptomer ved indlæggelsen, og at der ud af i alt 78 patienter er 55 (70 pct.) patienter med nedre urinvejssymptomer.

Journalaudit viser også, at en større gruppe af apopleksipatienterne indlagt på de to rehabiliteringsafsnit ikke er målgruppe for anvendelse af DAN-PSS-1-spørgeskemaet på undersøgelsestidspunktet. Deres apopleksi er ikke mild eller moderat, men af sværere grad. Ofte skyldes det derfor kognitive og/eller sproglige ►

Svar på læsertest side 86.

1. De hyppigste nedre urinvejssymptomer hos apopleksipatienter er urgency, nykturi, øget antal vandladninger i dagtimerne og urininkontinens.
 2. For at forebygge urinvejsinfektion. Undersøgelsen sker ved hjælp af en blærescanning efter en vandladning.
 3. For at forebygge urininkontinens bør man mobilisere patienten samt tilbyde assistance til toiletbesøg både om dagen og natten. Desuden skal man opfordre patienten til at træne sine bækkenbundsmuskler.
 4. Normalt bør der højst være 3-4 timer mellem hver vandladning i dagtimerne.
-

Tabel 1. Resultater af tre audit på implementering af klinisk vejledning "Nedre urinvejs-symptomer hos indlagte apopleksipatienter: udredning, forebyggelse, pleje og behandling".

Auditspørgsmål	1. audit 3 md. efter implementering Antal journaler n = 29 Antal (pct.)	2. audit 6 mdr. efter implementering Antal journaler n = 24 Antal (pct.)	3. audit 9 mdr. efter implementering Antal journaler n = 25 Antal (pct.)
Er det i forbindelse med den indledende vurdering (24 timer efter indlæggelse) dokumenteret, om patienten har nedre urinvejs-symptomer?	25 (86)	17 (71)	20 (80)
Antal patienter med nedre urinvejs-symptomer.	19 (66)	18 (75)	18 (72)

Tabel 2. Resultater af tre audit på implementering af klinisk vejledning "Nedre urinvejs-symptomer hos indlagte apopleksipatienter", som har nedre urinvejs-symptomer.

Auditspørgsmål	1. audit 3 md. efter implementering Antal patienter m. nedre urinvejs-symptomer n = 19 Antal (pct.)	2. audit 6 mdr. efter implementering Antal patienter m. nedre urinvejs-symptomer n = 18 Antal (pct.)	3. audit 9 mdr. efter implementering Antal patienter m. nedre urinvejs-symptomer n = 18 Antal (pct.)
Hvis patienten har nedre urinvejs-symptomer, foreligger der da en plejeplan?	6 (32)	15 (83)	10 (56)
Antal patienter, hvor anvendelse af DAN PSS1 er relevant	6 (32)	3 (17)	2 (11)
Hvis patienten har nedre urinvejs-symptomer, er der da foretaget screening ved DAN PSS1?	4 (22)	2 (11)	1 (6)
Hvis patienten har nedre urinvejs-symptomer, er det da dokumenteret, at det er drøftet på stuegang?	7 (37)	14 (78)	3 (17)
Hvis det er dokumenteret i patientjournalen, at patienten har nedre urinvejs-symptomer, er der da påbegyndt fysioterapeutisk intervention?	4 (21)	2 (11)	-

- ▶ deficit, at de ikke kan deltage i afdækning af inkontinensproblemet og planlægning af håndtering af dette. Derudover er der patienter, der anvender permanent kateter af medicinske årsager, som først skal afklares, før plejepersonalet kan vurdere, om de har nedre urinvejssymptomer.

Ud af i alt 55 patienter med nedre urinvejssymptomer var det relevant at anvende DAN-PSS-1-spørgeskemaet hos 11 patienter svarende til hver femte patient.

Ved 2. og 3. audit er der udarbejdet flere plejeplaner end ved 1. audit, hvilket kan være udtryk for, at der er større opmærksomhed på patienternes nedre urinvejssymptomer. Af plejeplanerne fremgår handlingstiltag som mobilisering, assistance til toiletbesøg, faste toilettider og blærescanning efterfulgt af eventuel engangskateterisation. Det kan dog ikke påvises, at handlingsalgoritme i

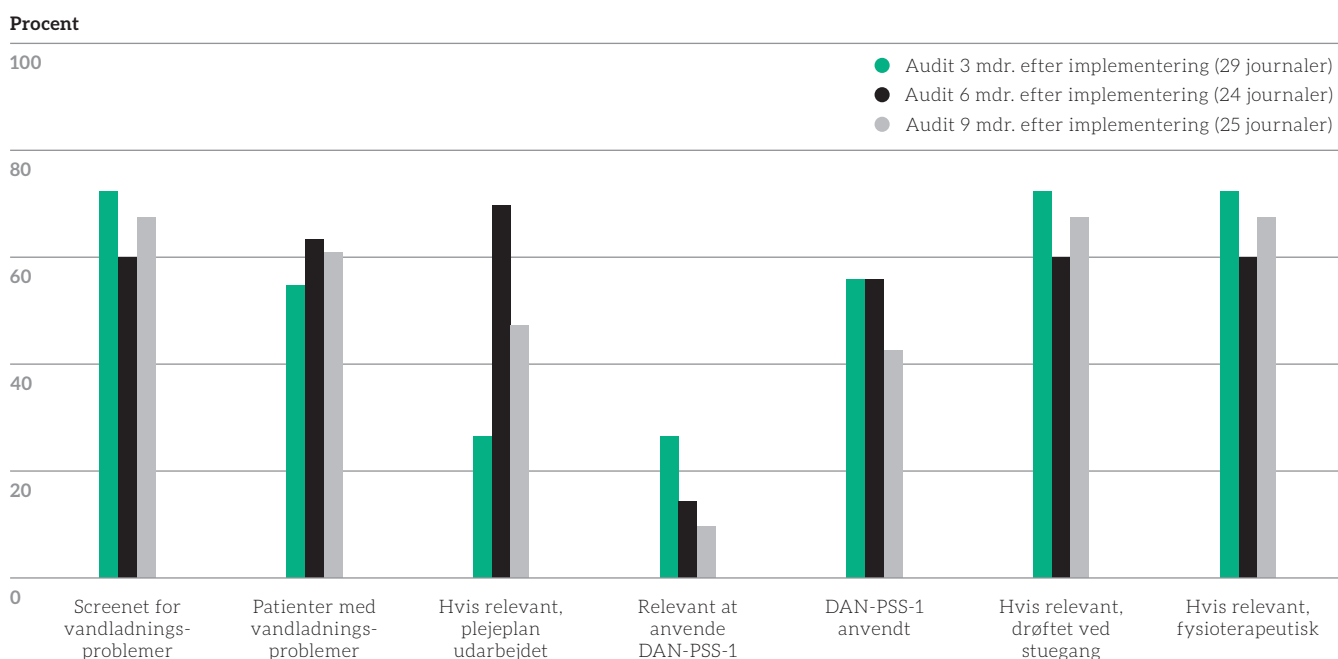
Quick-cardet er anvendt systematisk. Målgruppen for anvendelse af DAN-PSS-1-spørgeskemaet udgør en mindre gruppe af de indlagte apopleksipatienter på de to rehabiliteringsafdelinger, og derfor vil intervention fra fysioterapeuter være henvendt mod en mindre del, omend større end de præsenterede resultater, se Tabel 2, hvilket skyldes manglende dokumentation i journalerne.

Betydning for sygeplejen

På trods af lang og grundig forberedelse af implementering af en ny klinisk vejledning og opfølgning løbende et år efter implementeringen synes det at være vanskeligt at implementere og fastholde fokus på nye måder at arbejde på.

Ud over at inkontinensproblemer er en opgave for sygeplejersker, er det også en opgave for de øvrige faggrupper i en apoplek-

Figur 1. Indsats overfor indlagte apopleksipatienters nedre urinvejssymptomer 2014



► sienhed. Der er behov for tværfaglig indsats i form af udredning, forebyggelse, pleje og behandling. I de to rehabiliteringsafsnit foregår stuegang tværfagligt sammen med patient og pårørende en gang om ugen, ”Den Involverende Stuegang” (20), hvor det er besluttet, at urinvejsproblemer er et emne, der skal drøftes. Ved disse stuegange er det personalets opgave at italesætte problemer, som kan være vanskelige for patienter og pårørende at give udtryk for. Det fremgår af vores resultater, at problemerne ikke drøftes systematisk til stuegang, og dermed lægges der ikke en tværfaglig plan for håndtering af patientens problem. Derfor skal den fortsatte implementering i højere grad henvende sig til hele personalet i apopleksienheden.

Konklusion

Projektets overordnede mål var at tilbyde optimal kvalitet i udredning, forebyggelse, pleje og behandling af nedre urinvejs symptomer til indlagte apopleksipatienter. Det ville vi opnå gennem en række delmål, som delvist er opfyldt. Vi har udarbejdet en evidensbaseret klinisk vejledning for nedre urinvejs symptomer hos indlagte apopleksipatienter. Vi har forbedret fagpersonalets viden på inkontinensområdet og skal fremadrettet og vedvarende arbejde på, at denne viden bliver omsat til systematisk anvendelse i praksis. Hermed også sagt, at implementering af den kliniske vejledning fortsat pågår. Sundhedspersonalet kan gøre meget inden for UI-området hos apopleksipatienter, forudsat at personalet har en grundig forståelse af og betydelig viden om en række nøgleproblemer.

For til stadighed at vurdere, om vores kliniske praksis på inkontinensområdet er optimeret og af høj kvalitet, vil vi fortsat følge implementeringen med journalaudit.

Litteratur

- Nakayama H, Jørgensen HS, Pedersen PM, Raschou HO, Olsen TS. Prevalence and risk factors of incontinence after stroke. *Stroke*. 1997;(28):58-62.
- Wilson D, Lowe D, Hoffman A, Rudd A, Wagg A. Urinary incontinence in stroke: results from the UK National Sentinel Audits of Stroke 1998-2004. *Age and Ageing*. 2008;37(5):542-6.
- Rotar M, Blagus R, Jeroman M, Skrbec M, Trsinar B, Vodusek DB. Stroke patients who regain urinary continence in the first week after acute first-ever stroke have better prognosis than patients with persistent lower urinary tract dysfunction. *Neurourol Urodyn*. 2011;30(7):1315-8.
- Tibaek S, Gard G, Klarskov P, Iversen HK, Dehlendorff C, Jensen R. Prevalence of Lower Urinary Tract Symptoms (LUTS) in stroke patients: A cross-sectional, clinical survey. *Neurourol Urodyn*. 2008;(27):763-71.
- Chen C-M, Hsu H-C, Tsai H-C, Chang C-H, Chen K-H, Hong C-Z. Infections in Acute Older Stroke Inpatients Undergoing Rehabilitation. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012;(91):211-9.
- Getliffe K, Brooks W. Promoting Continence. In: Williams J, Perry L, Watkins C, editors. *Acute Stroke Nursing*: Wiley-Blackwell 2010. p. 123-51.
- Pettersen R, Wyller TB. Prognostic significance of micturition disturbances after acute stroke. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(12):1878-84.
- Elder R, Ring H, Tshuwa M, Dynia A, Ronen R. Quality of care on urinary incontinence in a rehabilitation setting for patients with Stroke. Simultaneous monitoring of process and outcome. *Int J Health Care*. 2001;13(1):57-61.
- Divani AA, Vazquez G, Barrett AM, Asadollahi M, Luft AR. Risk factors associated with injury attributable to falling among elderly population with history of stroke. *Stroke*. 2009;40(10):3286-92.
- Irwin DE, Mungapen L, Milsom I, Kopp Z, Reeves P, Kelleher C. The economic impact of overactive bladder syndrome in six Western countries. *BJU Int*. 2009;103(2):202-9.
- Esser SJ, Getliffe K. A critical review of the inter-relationship between vulnerability and urinary incontinence and related nursing intervention. *Int J Nursing Studies*. 2005;(42):823-35.
- Tibaek S, Dehlendorff C. Is Barthel Index a relevant measure for measuring prevalence of urinary incontinence in stroke patients? *Neurourol Urodyn*. 2012;31(1):44-9.
- Tibaek S, Dehlendorff C. Validity of The Danish Prostate Symptom Score in Stroke Patients. *Acta Neurologica Scandinavica*. 2009;(120):411-17.
- Tibaek S, Gard G, Jensen R. Pelvic floor muscle training is effective in women with urinary incontinence after stroke. *Neurourol Urodyn*. 2005;24(4):348-57.
- Tibaek S, Gard G, Jensen R. Is there a long-lasting effect of pelvic floor muscle training in women with urinary incontinence after ischemic stroke? A 6-month follow-up study. *International Urogynecology Journal*. 2007;(18):281-7.
- Ostaszkiwicz J, Roe B, Johnston L. Effects of timed voiding for the management of urinary incontinence in adults: systematic review. *J Adv Nurs*. 2005;52(4):420-31.
- Lukacz ES, Sampsel C, Gray M, Macdiarmid S, Rosenberg M, Ellsworth P, et al. A healthy bladder: a consensus statement. *Int J Clin Pract*. 2011;65(10):1026-36.

18. Jordan LA, Mackey E, Coughlan K, Wyer M, Allnutt N, Middleton S. Continence management in acute stroke: a survey of current practices in Australia. *J Adv Nurs*. 2011;67(1):94-104.
19. Dumoulin C, Korner-Bitensky N, Tannenbaum C. Urinary incontinence after stroke: identification, assessment, and intervention by rehabilitation professionals in Canada. *Stroke*. 2007;38(10):2745-51.
20. Mathiesen LL, Nielsen MF, Illemann C, Iversen HK. Involverende stuegang i et apopleksiafsnit. *Sygeplejersken*. 2013;(14):76.

English abstract

Tibæk S, Illemann CG, Mathiesen LL. Lower urinary tract symptoms in hospitalised apoplexy patients. *Sygeplejersken* 2015;(8):81-93.

This article describes the development of a set of evidence-based clinical practice guidelines and their implementation in relation to lower urinary tract symptoms in hospitalised apoplexy patients: investigation, prevention, nursing and treatment.

The results demonstrate that the healthcare professionals' knowledge in the field of incontinence was improved. Healthcare professionals can make a considerable difference within the field of incontinence in apoplexy patients provided that the professionals possess a thorough understanding of, and considerable insights into, a number of key problems associated with incontinence.

The article is divided into three sections:

Part I describes the most commonly presenting lower urinary tract symptoms arising as a complication of apoplexy, the discomfort and consequences and investigation, prevention, nursing and treatment during hospitalisation.

Part II describes the development and implementation of a set of evidence-based clinical practice guidelines entitled "Lower urinary tract symptoms in hospitalised apoplexy patients: investigation, prevention, nursing and treatment".

Part III presents the preliminary results and discusses the project's significance for nursing practice.

Keywords: Apoplexy, implementation, clinical practice guidelines, lower urinary tract symptoms.

Med en annonce i SYGGEPLEJERSKEN når du ud til 112.000 læsere



Sygeplejersken udkommer 14 gange årligt i et oplag på 74.822 og har ifølge Gallup 112.000 læsere.

Bladet sendes til alle medlemmer på deres privatadresse, hvilket sikrer den store læseropmærksomhed.

Når de skal orientere sig om nye produkter, spiller deres fagblad en central rolle.

Sygeplejerskerne er en spændende og interessant målgruppe, der har stor indflydelse på indkøb og behandlingsplaner både i hospitalsregi og i den primære sektor. Derudover er sygeplejerskerne købestærke personer, der sætter økologi, sund levevis og kultur højt.

Sygeplejersken har ret til at medtage annoncer for receptpligtig medicin.

Sygeplejersken indeholder bl.a.:

- Aktuelt tema
- "Fag" som er faglig information med beskrivelser af projekter, udviklingsarbejde, ph.d.-forsvar og nyheder om forskning.
- "Teori & praksis" der indeholder artikler som primært er forskningsbaseret.

Stillingsannoncering i Sygeplejersken = Effektiv rekruttering

Den opmærksomhed, du opnår med din annonce i Sygeplejersken, er den mest optimale, der er, når der skal rekrutteres nye medarbejdere. Det er mediet, hvor du rammer den samlede målgruppe, og hele 65% af medlemmerne ser stillingsannoncerne igennem hver gang.

DM

Få flere oplysninger

Kontakt Dansk Mediaforsyning og få en snak om annoncering i Sygeplejersken.

Tlf. 7022 4088 eller via mail
dsrtekst@dmfnet.dk / dsrjob@dmfnet.dk

Se evt. også www.dmfnet.dk

JOB



SE ALLE STILLINGER: WWW.JOB.DSR.DK

Praktiske oplysninger til annoncører

Deadline kl. 9 for indtastning af KURSER/MØDER/MEDDELELSER på www.dsr.dk under Information til annoncører

Nr. 9 - 2015 29. juli 2015	Nr. 10 - 2015 19. august 2015	Nr. 11 - 2015 9. september 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. 9 - 2015 3. august 2015	Nr. 10 - 2015 24. august 2015	Nr. 11 - 2015 14. september 2015
---------------------------------------	---	--

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 9 - 2015 17. august 2015	Nr. 10 - 2015 7. september 2015	Nr. 11 - 2015 28. september 2015
--	---	--

KURSER, MØDER OG MEDDELELSER

Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Nordjylland

Seniorsammenslutningen Efterår 2015

Efterårsprogram 2015:
8. september kl. 9.30-15.30 - Udflugt til Overtaci Museet i Risskov.
6. oktober kl. 14-16 - Foredrag v/Tage Enevoldsen. Vejen til frihed for Nelson Mandela.
10. november kl. 14-16 - Foredrag v/Marie Friis Neurodynamik.
1. december kl. 11-15 - Julefrokost i Papegøjehaven "Gæstesalen". Annonceres særskilt med sidste frist for tilmelding.
Yderligere info kontakt Birgit Hansen, tlf. 6084 6854.

Hovedstaden

Efterårsprogram for seniorer i Kreds Hovedstaden Vest

Efterår 2015: 3. september: Psykiater Preben Brandts foretælling om 35 års arbejde med mennesker, der er hjemløse.
1. oktober: FN's internationale ældredag. Nærmere info senere.
15. oktober: Kirketjener Mogens Lærche "Fra fængsel til kirke".
19. november: Sygeplejerske Malene Berger, professionsbachelor i sygeplejen "Rører du overhovedet ved patienterne så".
3. december: Julemiddag på Holmegårdsparken. Nærmere info senere.

VI SØGER SYGEPLEJERSKER TIL FAGLÆRTE ORDNINGER

Omsorg, faglighed og helhedspleje er nøgleord hos os. Som sygeplejerske i Bruger - Hjælper Formidlingen får du mulighed for at etablere en-til-en kontakt med en borger og følge ham eller hende over tid. Arbejdsopgaverne består bl.a. i sygepleje, respiratorisk overvågning og fysisk og psykisk omsorg. Vi lægger vægt på god intern kommunikation og holder jævnligt personalemøder.

VI TILBYDER

- Et selvstændigt job med ansvar og indflydelse på egne arbejdstider
- Oplæring på Respirationscenter Øst
- Faglig sparring med sygeplejefaglig koordinator
- Mulighed for ansættelse på fuld tid, deltid eller som vikar
- Løn efter anciennitet

VI ØNSKER

- To års erfaring som sygeplejerske
- Respiratorisk bevis fra Respirationscenter Øst
- Gerne pædiatrisk erfaring
- Gode samarbejdsevner og humor
- Interesse for helhedspleje og en-til-en kontakt

Arbejdssted: Storkøbenhavn **Start:** August 2015
Kontakt: Sygeplejefaglig koordinator, Jette Kongste Remmer
jkr@formidlingen.dk eller tlf: 3634 7900
Ansøgning sendes snarest til: hr@formidlingen.dk



København Aarhus bhf@formidlingen.dk
tlf. 3634 7900 tlf. 7026 2709 formidlingen.dk

BRUGER-HJÆLPER FORMIDLINGEN 
NÅR DU HAR BRUG FOR HJÆLP

Bruger - Hjælper Formidlingen er Danmarks største private leverandør af hjælp og pleje til børn og voksne, der har behov for kompenserende støtte på grund af handicap, sygdom eller psykiske og sociale vanskeligheder. I samarbejde med kommuner, regioner og staten tilbyder vi sygepleje, respiratorisk overvågning, praktisk hjælp, mentorstøtte, ledsagelse og støttekontaktdninger.

DSR Meddelelse**Jubilæum Århus Kommune-hospital Hold 62 1 X og Y**

50 års jubilæet fejres lørdag d. 5. september 2015. Tilmelding senest den 16. august. Nærmere om tid og sted ved tilmelding til: Inga Nygaard, tlf.: 6126 6480, e-mail: inganygaard@gmail.com eller Inger Margrethe Kristiansen, tlf.: 8692 9190, e-mail: finn.ingerm@os.dk

DASYS' Dokumentations-konference

DASYS afholder den årlige Dokumentationskonference 15.-16. sep. i Aarhus. Temaet er "Dokumentation for, om og med patienten". Der vil være spændende oplæg, posterkonference og workshops. Find program, yderligere information og bookingsystemet på www.dasys.dk

Indkaldelse til DASYS' repræsentantskabsmøde

Dansk Sygepleje Selskab, DASYS, indkalder de faglige selskaber, som er medlemmer af DASYS, til repræsentantskabsmøde onsdag d. 25.11.2015, på First Grand Hotel i Odense. Selskaberne indbydes til at deltage med 2 personer, eller efter medlemstal, § 7.1. Jf. § 6 er der i år valg til bestyrelsen. Skriftlig indstilling af kandidater sendes til dasys@dasys.dk senest 02.09.2015. Frist for tilmelding 25.09.2015.

DSR Kursus**Landskursus - Postbariatri**

Landskursus omhandlende postbariatri, livskvalitet, motivation, patientinvolvering og kommunikation. Samtidig vil der blive afholdt generalforsamling med valg til bestyrelsen.

Tid og sted:

4. nov. 2015 kl. 08:45 - 19:00
Hotel Comwell,
Karensmindevej 3, Middelfart

Arrangør:

Fagligt Selskab for Plastikkirurgiske Sygeplejersker

Pris:

Kr. 1.250 for FS-medlemmer.
Kr. 1.875 for ikke-medlemmer.

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs

Indkaldelse til ordinær generalforsamling i FSUIS

Dagsorden ifølge vedtægterne: Forslag til vedtægtsændringer, herunder forslag til bestyrelsesmedlemmer og suppleanter, skal være anmeldt til bestyrelsens formand senest 4 uger før ordinær GF.

P.b.v Annette Højer

Tid og sted:

15. sep. 2015 kl. 17:00 - 18:00
Comwell Kolding, Skovbrynet 1,
6000 Kolding

Arrangør:

Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs

Landskursus for diabetes-sygeplejersker

Tema: Psykosociale aspekter, kommunikation og coaching af mennesker med diabetes.

Målgruppe: Medlemmer af FS for Diabetessygeplejersker.

Tid og sted:

6. november 2015 kl. 10:00 - 7. november 2015 kl. 16:00
Trinity Hotel, Gl. Færgevej 30,
Fredericia

Arrangør:

FS for Diabetessygeplejersker

Pris:

Medlemmer: Kr. 3.150, enkeltværelse. Kr. 2.550, dobbeltværelse.
Ikke medl. kr. 4.200/3.550.

Uden overnat. kr. 1.950 / 2.950.

Yderligere info:

Læs mere og tilmeld på det faglige selskabs egen hjemmeside

Generalforsamling i FS for Palliationssygeplejersker

Afholder generalforsamling d. 1.10.15 kl. 16.30. Generalforsamlingen afholdes i forbindelse med landskurset. Dagsorden ses på hjemmesiden. Forslag til man@hosj.dk senest d. 6.9.15.

Tid og sted:

1. oktober 2015 kl. 16:30 - 19:00
Comwell Middelfart

Arrangør:

FS for Palliationssygeplejersker

Tilmelding:

www.dsr.dk/fs

Yderligere info:

www.dsr.dk/fs

DSR Fonde og legater**Legatmeddelelse**

Maria og Johs. Herfurths fond Fondens formål er at yde støtte til uarbejdsdygtige sygeplejersker (erhvervssygdomme). Husk at oplyse, hvilken erhvervssygdom, der gør dig uarbejdsdygtig. Ansøgning skal ske elektronisk senest den 10.7.2015 på www.dsr.dk/legater. Svar på ansøgning gives inden for ca. 3 uger efter ansøgningsfristen.

Børnecancerfonden indkalder ansøgninger til Henrik Hertz' forskningslegat

Legatet uddeles til en forsker eller forskergruppe, der kan dokumentere særlige forskningsresultater eller særligt perspektivrige forskningsprojekter inden for børnecancerområdet. Legatet kan også uddeles til en person, indstillet af seniorforskere eller ledere indenfor dansk børneoncologi, som gør eller har gjort en ekstraordinær indsats for børn med kræft i Danmark.

Læs mere om legatet her:

www.boernecancerfonden.dk
De motiverede ansøgninger til Henrik Hertz' forskningslegat skal sendes til: mail@boernecancerfonden.dk

Det er Børnecancerfondens bestyrelse, der udvælger legatmodtageren. Deadline for ansøgninger er den 01.10.2015.

DSR Kredsmøde**Hovedstaden****Lyt til patienten**

Fagdag 2015 om inddragelse af og samarbejde med borgere og patienter. Workshops, stande, posters og oplæg.

Tid og sted:

10. sep. 2015 kl. 10:30 - 12:00
DGI byen, Tietgensgade 65,
1704 København V

Arrangør:

DSR Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/arrangementer/hovedstaden

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/fagdaghovedstaden



Følg os på Facebook, hvor vi tipper om ledige stillinger og giver råd og info om job og arbejdsliv fb.com/dsakasse

Vi kender dit fag og arbejdsmarked

Hos DSA er du i gode hænder, uanset om du er studerende eller nyuddannet - i job eller ledig. Vi giver dig tryk og er din samarbejdspartner igennem dit arbejdsliv.

Vores karrierekonsulenter har alle en sundhedsfaglig baggrund og erfaring fra dit arbejdsmarked.

Det bruger vi, når vi vejleder, rådgiver og coacher dig til at komme videre med din karriere eller til at finde arbejde. Vi vejleder også om efterløn, sygdom og barsel.

DSA.dk

DANSKE
SUNDHEDSORGANISATIONERS
ARBEJDSLØSHEDSKASSE



SYDFRANKRIG

Cannes/Theoule sur mer. Hus i 3 etager med pragtfuld udsigt over Middelhavet udlejes. Fælles swimmingpool og tennisbane. 3 soveværelser med i alt 6 sengepladser. Mange golfbaner i nærheden.

Tlf. 6089 8842 eller 4581 6968.

Se huset på www.ovebeck.dk

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehôtel 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

FERIE PÅ SYDHAVERSØERNE

HUMMINGEN hyggeligt 90 m² russisk rundtømmerhus, max 8 pers. 300 m til stranden. 3 vær./stue/køkken/sauna/ spa. Området byder på gåture/fiskeri samt besøge Knuthenborg og de gamle købstæder på Lolland/Falster. Fra 2.000 kr./pr. uge + forbrug.

www.feriepålolland.dk
Tlf. 2233 8507 / 2234 0702

Lejlighed 1 - 2 værelser

Aarhus C eller N søges snarest til min datter, der læser psykologi på Århus Universitet.

Tlf. 2267 1442

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.

Smukt Gammelt Skagenshus

Husene er oprindelige og attraktive, ligger 75 m. fra hav, havn, hede i Vesterby. Der er en god stemning og et godt miljø i husene, som er løbende renoveret. Der er 400 m² udeopholdsareal med gode terrasser.

Henvendelse:
www.kaptajnens-hus.dk
Tlf. 2124 3483

Trænger du til ...ferie?



Løkken Feriecenter (Klitly)

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-, hverdags- 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

Bondegårdsidyl Vestfyn

4 ferielejligheder til 4, 5/6 eller 8 pers udlejes i sommerferien.

4-længet stråtækt bondegårdsidyl 3 km fra Assens med havn og strand. Have med gl. træer, havemøbler, grill, legeplads, boldspil, 3 høns og 2 kaniner.

www.kastanjegaarden.dk
Tlf. 6471 5516 / 2015 1786

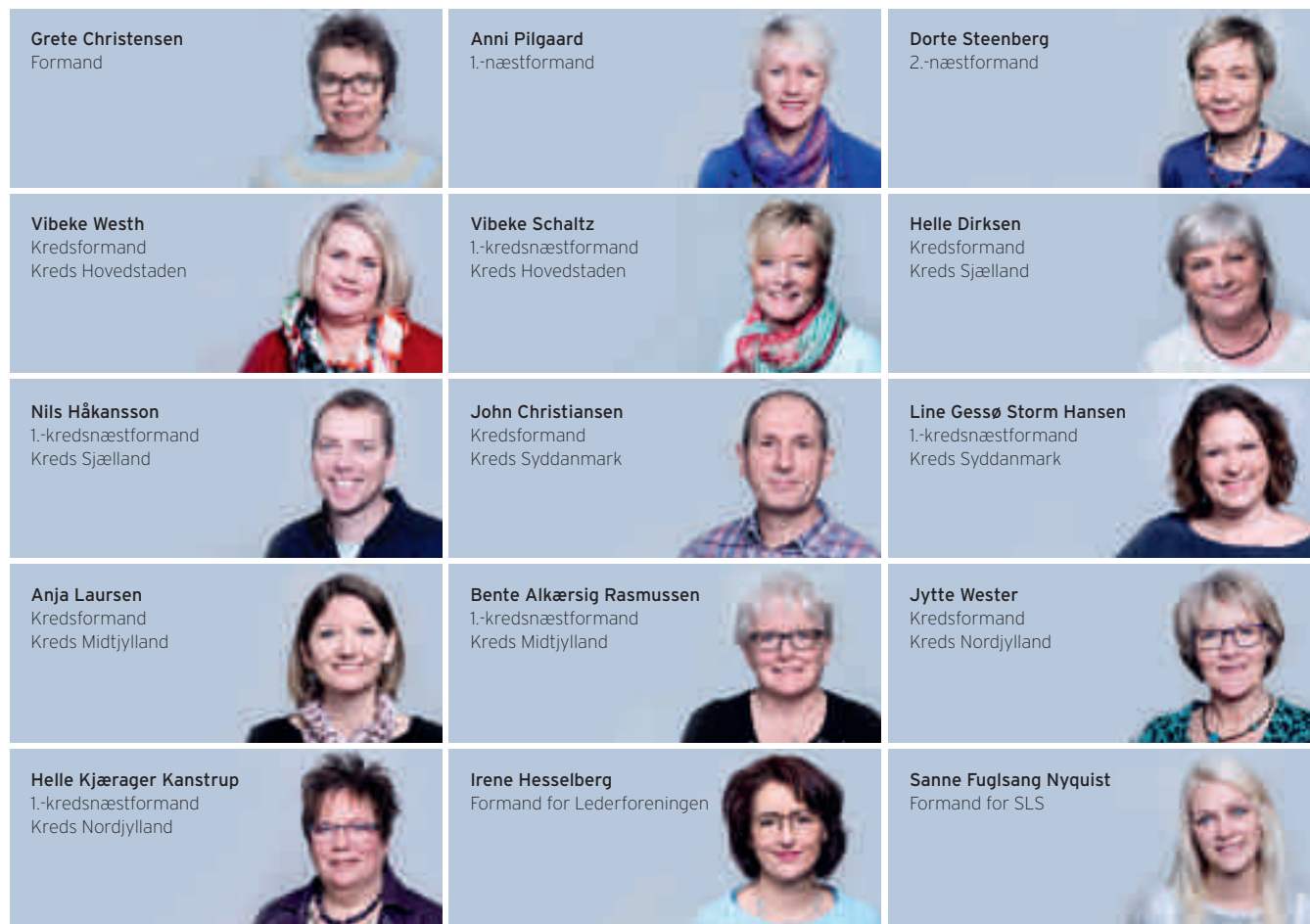
Luxus lejlighed på over 100 m²

Beliggende direkte på stranden mellem Middelhavet og Mar Menor. Stor spise/dagligstue med DVD og fladskærm. To soveværelser, to toiletter med bad, køkken samt terrasse med super havudsigt. Swimmingpool.

Direkte fly til Alicante. Kr. pr. dag fra 295,-.

Rekvirer brochure:
tlf. 4457 0787 eller 2023 7577
www.playaprincipe.dk
booking@playaprincipe.dk

DANSK SYGEPLEJERÅD
HOVEDBESTYRELSE



DANSK SYGEPLEJERÅD
CENTRALT

Administrerende direktør
Anne Granborg

Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 3315 1555
Fax: 3315 2455
www.dsr.dk
dsr@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man - tors 9.00-16.00
Fre 9.00-15.00

**Lederforeningen
Dansk Sygeplejeråd**
Sekretariatschef
Bo Christensen
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 3900
www.dsr.dk/lederforeningen
lederforeningen@dsr.dk

**Sygeplejestuderendes
Landssammenslutning**
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
Telefon: 4695 4234
www.dsr.dk/sls
sls@dsr.dk

Sygeplejeetisk Råd

Formand
Randi Bligaard
Sankt Annæ Plads 30
1250 København K
www.sygeplejeetiskraad.dk

KREDS
HOVEDSTADEN

Kredschef
Anne Tovborg

Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K
Telefon: 7021 1662
Fax: 7021 1663
www.dsr.dk/hovedstaden
hovedstaden@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Man, tirs, tors, fre
9.00-14.00
Ons 13.00-16.00

Lokalkontor
Haslevej 50
3700 Rønne
Telefon: 7021 1662
Fax: 5695 3812

Telefontid
Man, tirs, tors 9.00-12.00

Hjemmesiden indeholder
individuelle kontaktoplysninger
på kredsens medarbejdere
og formandskab.

KREDS
SJÆLLAND

Kredschef
Mads Hyltdgaard

Møllevej 15
4140 Borup
Telefon: 7021 1664
Fax: 7021 1665
www.dsr.dk/sjælland
sjælland@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00-14.00
Tirs, tors 13.00-16.00
Fre 9.00-13.00

Fremmede
Man, tirs, ons 8.30-15.30
Tors 12.00-16.00
Fre 9.00-13.00

KREDS
SYDDANMARK

Kredschef
Jan Villumsen

Vejlevej 121, 2.
7000 Fredericia
Telefon: 7021 1668
www.dsr.dk/syddanmark
syddanmark@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, ons, fre
8.30-13.00
Tors 13.00-16.00

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.
Telefon: 4695 4600
Fax: 7021 1667
www.dsr.dk/midtjylland
midtjylland@dsr.dk

Telefontider
Man, tirs, tors 10.00-15.00
Ons lukket
Fre 10.00 - 13.00

Lokale kontorer
Stationsvej 8a
7500 Holstebro
Åbent efter forudgående
aftale.

Mindegade 10
8000 Aarhus C
Åbent efter forudgående
aftale.

KREDS
NORDJYLLAND

Kredschef
Iben Gravesen

Sofiendalsvej 3
9200 Aalborg SV
Telefon: 4695 4850
Fax: 9634 1426
www.dsr.dk/nordjylland
nordjylland@dsr.dk

Kontorets åbningstider
Man - ons 9.00-15.00
Tors 13.00-16.00
Fre 09.00-12.00





Hele Norge trenger deg!

**Dedicare har oppdrag til sykepleiere,
du bestemmer hvor og når du vil jobbe!**

Du kan velge å jobbe i korte eller lange perioder. Våre kunder er alle sykehus samt mer enn 70 kommuner i Norge.

**En fleksibel tilværelse med gode og trygge betingelser
og uforglemmelige opplevelse!**

Kontakt oss i dag!

Ring oss på **+47 07480** eller send en mail på **rekruttering@dedicare.no**

Du kan og registrere deg på **www.dedicare.no/nurse**

Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse