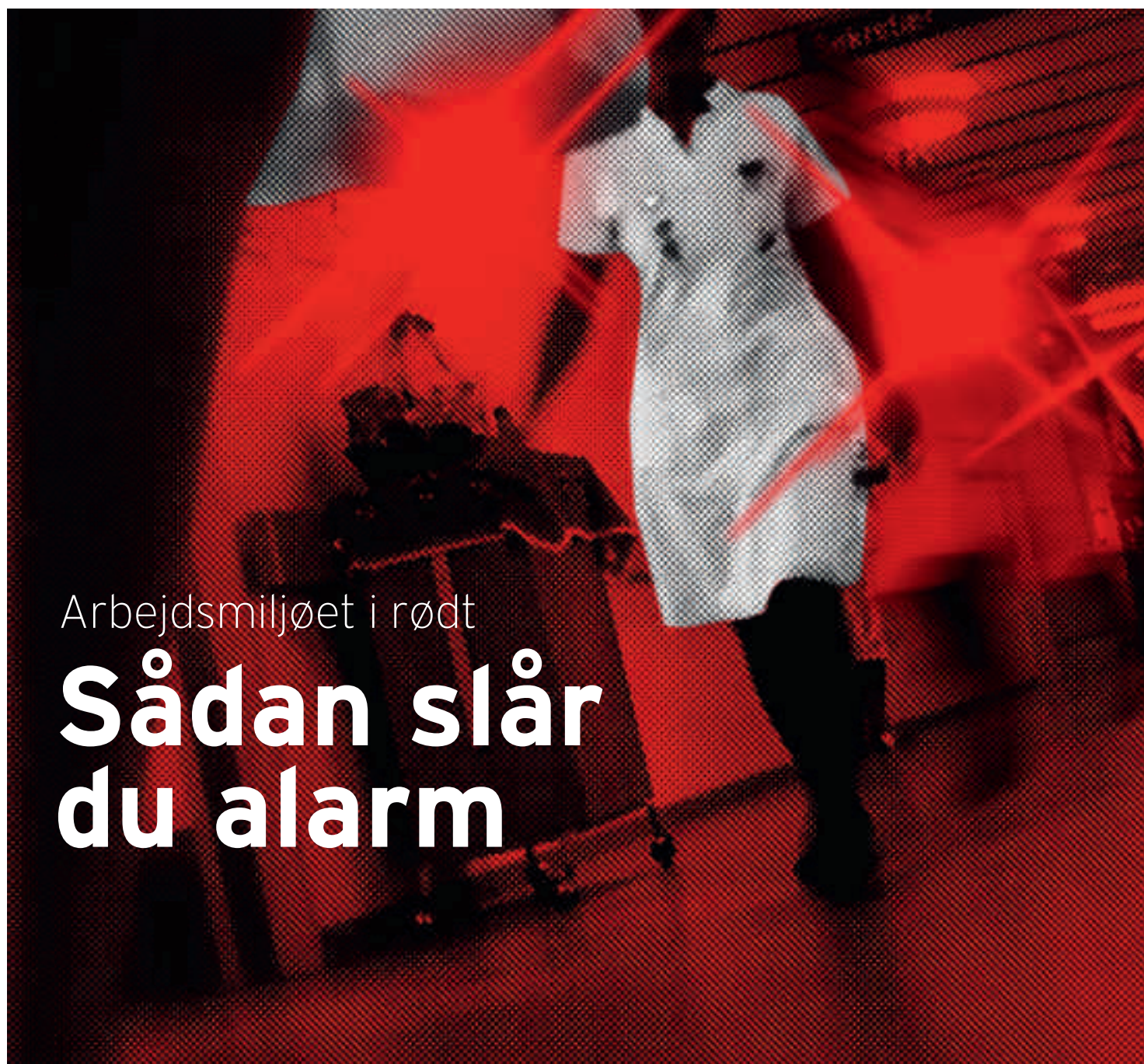


Patientens tro er
en del af plejen

9 ud af 10
måler blodtryk forkert

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 11 • 28. SEPTEMBER 2015 • 115. ÅRGANG



Arbejds miljøet i rødt

Sådan slår du alarm

Forskere frifinder regioner
for den skæve sundhed

Videnskab & Sygepleje
Palliation på 40 måder

INVITATION

til efteruddannelse for rygestoprådgivere

DANSKERNE UDSKIFTER RØG MED DAMP - KNÆK KODEN TIL ET VARIGT RYGESTOP

Andelen af dagligrygere er stagneret, mens antallet af danskere, der ryger e-cigaretter, er stigende ifølge Sundhedsstyrelsens tal fra 2014*. Flere kvitter røgen til fordel for damp, men er det en farbar genvej til rygestop eller endnu en trussel mod helbredet? Få adskilt myter fra fakta om e-cigaretter og bliv samtidig klædt på til kampen med den sidste hardcore gruppe af rygere med den succesfulde løsningsorienterede samtale.

AARHUS: 28. OKTOBER 2015

Radisson Blu Scandinavia, Margrethepladsen 1, 8000 Aarhus

KØBENHAVN: 2. NOVEMBER 2015

Radisson Blu Royal Hotel, Hammerichsgade 1, 1611 København

PROGRAM

- 8.30 Registrering og morgenmad
- 9.15 Velkomst og introduktion til dagen
- 9.20 Sidste nyt fra Johnson & Johnson
- 9.30 **E-cigaretter - middel til rygestop eller rekruttering af rygere?**
v/overlæge Martin Døssing, Frederikssund Hospital eller professor Torben Sigsgaard, Institut for Folkesundhed
- 10.40 Pause
- 11.00 **Sådan når du borgere med anden etnisk baggrund**
v/projektleder Kira Gilling Hansen, Job og Sundhedsbutikken, Greve Kommune samt Khadija Al Mohammadi fra Greve Nord Projektet og Kalbiye yüksel fra Hundige Apotek
- 11.45 Frokost
- 12.45 **Den løsningsorienterede samtale - når den motiverende samtale ikke slår til!**
v/konsulent Henrik Vesterhauge-Petersen, Solutions
- 14.15 Kaffe, kage og networking
- 14.45 **Mand dig op!**
v/næstformand i Forum for Mænds Sundhed, Regitze Siggaard og Lindy Aldahl fra TV-udsendelsen "Rigtige Mænd"
- 15.30 Spørgsmål og afslutning

TILMELD dig nu eller få yderligere information om foredragsholdere og program ved at scanne koden eller sende en mail til Maria på mmelsken@its.jnj.com. Mødet er gratis, men tilmeldingen er bindende.



*Undersøgelsen af danskernes rygevaner er foretaget af TNS Gallup for Sundhedsstyrelsen, Danmarks Lungeforening, Hjerteforeningen og Kræftens Bekæmpelse.

NYE TITLER FRA NYT NORDISK FORLAG ARNOLD BUSCK

HUSK ALTID 20% RABAT TIL DSR- OG SLS-MEDLEMMER VIA DSR.DK

Læs mere på dsr.dk/Medlemskab & [Selvbetjening](http://dsr.dk/Selvbetjening)/Medlemsfordele



MENNESKER MED ALKOHOLPROBLEMER – baggrund, belastning og behandling

Nina Brúnés, Bjarne Elholm og Nanna Kappel (red.)

Bogen giver et indblik i, hvordan mødet med patienten kan forbedres, samt hvilke områder og rutiner der med fordel kan ændres, så patienten og dennes familie får den mest optimale pleje og behandling.

250 sider, kr. 299,95



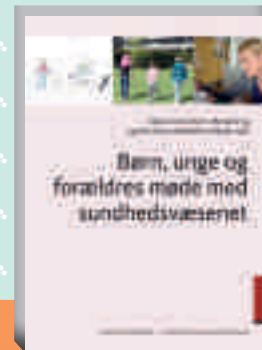
NY
UDGAVE

PERSPEKTIVER PÅ ORGANISERING OG LEDELSE AF SYGEPLEJE

Annette Rosenkilde Jensen, Inger Marie Jalliet og Marianne Eilsø Munksgaard (red.)

Helt ny udgave, som præsenterer forskellige nedslag på overordnede og specifikke udfordringer indenfor organiserings- og ledelsesteori i sundhedsvæsenet.

176 sider, kr. 249,95



BØRN, UNGE OG FORÆLDRES MØDE MED SUNDHEDSVÆSENET

Claus Sixtus Jensen, Marianne Eg & Sine Maria Herholdt-Lomholdt (red.)

For første gang samles en række artikler om, hvordan børn, unge og forældre oplever at være i berøring med sundhedsvæsenet – fortalt med deres egen stemme.

248 sider, kr. 299,95



MOTION SOM MEDICIN – Træn mere effektivt, få det bedre, lev længere

Anders Hansen & Carl Johan Sundberg

Baseret på den nyeste forskning beskrives, hvordan motion påvirker både kroppen, hjernen og generne, og hvordan ganske lidt fysisk aktivitet har en forebyggende effekt på en lang række sygdomme.

158 sider, kr. 199,95



DØDEN I ET PROFESSIONELT PERSPEKTIV – De svære valg

Jacob Birkler

Birkler belyser her en række af de mange svære valg, der er forbundet med den udsigtsløse eller meningsløse behandling og døden - set ud fra både fagperson, patient og pårørendes perspektiv.

160 sider, kr. 199,95



MEDICINSKE FAGUDTRYK – Inkl. elektronisk udgave

Klaus Levin & Jan Rytter Nørgaard
Kortfattede beskrivelser af og forklaringer på kliniske begreber og sygdomme. I tillæg fås adgang til en elektronisk udgave.

850 sider, kr. 299,95

App via iTunes App Store: kr. 199,95

KLIK IND PÅ
WWW.NYTNORDISKFORLAG.DK
OG SE FLERE TITLER ELLER
DOWNLOAD VORES KATALOGER
I PDF-FORMAT

NU
OGSÅ SOM
APP

KORT

10 Sygeplejersker som madrastestere

I forbindelse med et madrassudbud har sygeplejersker i Region Hovedstaden - på patienternes vegne - testet kvaliteten af madrasser hjemme i privaten. Det har været en blandet fornøjelse, og udbuddet skal nu gå om.

TEMA OM PSYKISK ARBEJDSMILJØ**16 Hvad gør du, når arbejdsmiljøet blinker rødt?**

Kontakt til Arbejdstilsynet, dokumentation af overarbejde eller et debatindlæg i avisen. Sygeplejersker kan tage mange midler i brug, når arbejdsmiljøproblemerne hober sig op.

20 Et strakspåbud satte tidspres øverst på dagsordenen

På akutafdelingen på Regionshospitalet i Randers havde sygeplejerskerne råbt vagt i gevær i flere år pga. for stor arbejdsmængde og tidspres. Først da Arbejdstilsynet gik ind i sagen, blev der for alvor gjort noget for at løse problemerne.

22 Et læserbrev gav taletid om arbejdspress

Med læserbrevet "Undskyld til alle!" fik sygeplejerske Heidi Hass Madsen taletid om sygehusenes pressede arbejdsmiljø i flere medier. Hun var træt af at undskylde alle de fejl, der sker pga. tidspres.

26 Kend din vej i kaos

Få overblik over hvor du som sygeplejerske søge hjælp, når din arbejdsdag er for presset, og det psykiske arbejdsmiljø halter.

BAGGRUND

30 Forskere frikender regionerne:**Det er danskernes sundhed der er skæv**

En ny rapport fra Sundhedsministeriet viser store forskelle på behandlingstilbud, ventetider og overbelægning i regionerne. Men det er ikke kun regionernes skyld, lyder det nu fra landets førende sundhedsøkonomer.

36 Der er ikke tid til at måle korrekt blodtryk

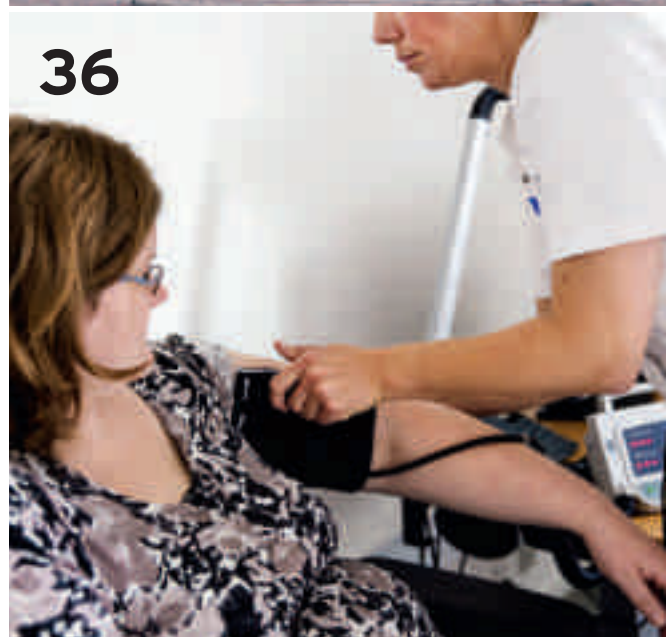
For patienten kan det få alvorlige konsekvenser, hvis blodtrykket bliver målt forkert. En ny undersøgelse viser, at kun 7 pct. af sygeplejerskerne altid følger retningslinjerne fra Dansk Hypertensionsselskab. Hovedårsagen er mangel på tid.

42 Sygeplejersker skal træde ind i det åndelige rum

Selvom en patient har en stor pårørendeopbakning, er det altid sygeplejerskens opgave at stille spørgsmål til åndelige behov, mener tre fagfolk indenfor åndelig omsorg.

NYT FRA DSR - DIN ORGANISATION**52 Hverdagen ind i politikken**

Der er ikke langt fra medlemmernes dagligdag til emnerne på kredsbestyrelsens dagsorden ved det ordinære møde i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Nordjylland. Læs reportage fra mødet.



FAGLIG INFORMATION

- 58 Engangsbækkener skal videreudvikles
- 61 Åndelig omsorg er vigtig for den palliative muslimske patient
- 62 Medicinhåndtering på nye hænder fordrer teamforståelse

FAG

- 64 Nyuddannede sygeplejerskers svære møde med arbejdslivet
Fem sygeplejersker var gode til at studere sygepleje, men havde svært ved at arbejde som sygeplejersker.

TEORI & PRAKSIS

- 69 Tværfaglighed i fokus på hospice
Et udviklingsprojekt på et hospice beskriver arbejdet med at definere tværfaglighed og flerfaglighed og sikre det tværfaglige samarbejde gennem nye procedurer og fora.

VIDENSKAB & SYGEPLEJE

- 81 Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT)
Etablering af kommunale tilbud med særlige palliative tilbud har forskellige årsager, de benævnes forskelligt og de er præget af en overvægt af korttidsuddannede sundhedsprofessionelle.

I HVERT NUMMER

- 7 Diagnosen
- 8 Studerende i praksis
- 10 Kulturjournalen
- 12 Dilemma
- 13 Historisk
- 44 5 faglige minutter
- 46 Boganmeldelser
- 54 Debat/Navne/Mindeord
- 56 Facebook
- 58 Fagtanker
- 60 Fra forsker til fag
- 93 Stillingsannoncer
- 97 Kurser/møder/meddelelser
- 99 Kontakt

Forsideillustration Mathias Nygaard Justesen

Ulighed i sundhed er mere end geografi

I dette nummer af *Sygeplejersken* kan du læse om regeringens såkaldte "røntgenbillede" af sundhedsvæsenet. Diagnosen er ifølge regeringen klar: geografiske forskelle i ventetid på kræftbehandling, operation og udredning er nogle af sundhedsvæsenets største udfordringer. Men hvis diagnosen ikke er rigtig, bliver behandlingen det heller ikke.

Et velfungerende sundhedsvæsen kan ikke reduceres til, om ventetiden på en hofteoperation er forskellig i regioner. Det drejer sig om den enkeltes forudsætninger og muligheder. Det handler om meget mere end geografi, når borgere nord for København i gennemsnit lever fem år længere end borgere på Lolland. Derfor er det heller ikke nok at tale om ventelister og behandlingsgarantier. Vi skal se på, hvordan vi får større lighed i sundhed, både før, under og efter sygdommens indtræden.

Det er afgørende, at vi forebygger og målretter indsatsen i behandlingen og plejen. Særligt når vi ved, at en fortsat stigende del af befolkningen lider af kroniske sygdomme. Derfor skal vi stille krav til, at politikerne opprioriterer det nære sundhedsvæsen. Vi har brug for en mere klar opgavefordeling mellem sektorerne og en styrkelse af sundhedspersonalets kompetencer. Dansk Sygeplejeråd foreslår, at man, ligesom i andre lande, indfører specialistuddannede sygeplejersker, som kompetent kan løse opgaver på tværs af sundhedsvæsenet og sikre borgerne et sammenhængende forløb.

Ulighed i sundhed begynder langt før den første indlæggelse, og det er her, der skal sættes ind, hvis regeringen for alvor vil uligheden i sundhed til livs.



Grete Christensen

Grete Christensen, formand

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

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

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

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

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

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

Journalist
Mille Dreyer-Kramshøj
 mdk@dsr.dk
 Telefon: 4695 4125

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

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

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

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

Telefon: 4695 4186

Distribueret oplag
 1. januar - 30. juni 2014:
 74.822 eksp.
 Medlem af Danske Medier

Tryk
ColorPrint

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

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

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

Stillingsannoncer
 dsrjob@dmfnet.dk

**Ændring af
 medlemsoplysninger**
 Kontakt Medlemsregisteret
 Telefon: 3315 1555
 medlemsregisteret@dsr.dk

Forretningsannoncer
 dsrtekst@dmfnet.dk

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

Udgiver
 Dansk Sygeplejeråd
 Sankt Annæ Plads 30
 1250 København K
 Telefon: 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.

Flere højtuddannede giver mere innovation i det offentlige

Ny analyse fra Center for Offentlig Innovation dokumenterer, at længerevarende uddannelser som f.eks. sygeplejerskers giver bedre og mere innovation i det offentlige.

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**

Iltsutter, tryksårspuder, barnevognsdropstativ og bækken med millimeterindikator. Det er nogle af de opfindelser, sygeplejersker har stået bag de senere år. Faggruppen er idérig, når borgerne skal hjælpes, og måske er det netop den kombination af uddannelsesniveau og ansættelsesforhold, som kan være med til at løfte den offentlige sektor fremover. I hvert fald får borgerne bedre service og mere innovation, når medarbejderne er højtuddannede. Det er konklusionen på en ny analyse fra Center for Offentlig Innovation, COI, der viser, at flere ansatte med lange uddannelser øger sandsynligheden for, at der bliver fundet på nye og bedre måder at servicere borgerne på, uanset om ydelserne er sygepleje eller andre kerneydelser. I analysen er højtuddannede definerede som alle med en mellemlang uddannelse eller derover. Derfor er bl.a. sygeplejersker også medtaget, og netop professionsbachelorernes evner til at innovere giver god mening at se på, mener adjunkt Jonas Sprogøe fra University College Sjælland.

”Når jeg kigger på vores egne dimittender, er mange drevet af et stort fagligt engagement og et ønske om at forbedre praksis til gavn for borgerne - uanset om borgerne er handicappede, børn eller patienter,” siger Jonas Sprogøe, som leder forskningsprogrammet Visio, der bl.a. arbejder med udbredelse af innovation.

”Dét at man kan oversætte abstrakt viden til praktiske anvisninger hænger formentlig sammen med evnen til at innovere. At få en forholdsvis kompleks proces som innovation til at lykkes, kræver systematisering og evnen til at

læse indenad og overskue forholdsvis komplekse mængder information,” siger han til coi.dk.

COI's analyse viser ikke, hvordan evnen til at innovere og uddannelsesniveau hænger sammen, og om det f.eks. er de højtuddannede, der skaber innovation, eller om det er de innovative arbejdspladser, der ansætter mange højtuddannede. Chefkonsulent i COI, Ole Bech Lykkebo, håber på, at forskerne med tiden vil blive klogere på de spørgsmål.

Sygeplejersken har tidligere skrevet om idérige sygeplejersker. Læs f.eks. serien "Innovative sygeplejersker" i blad 7-9/2014 eller Sygeplejerskens Opfinderpris i blad 10/2011 og 21/2011.



Foto: Idetklinikken, Aalborg Universitetshospital

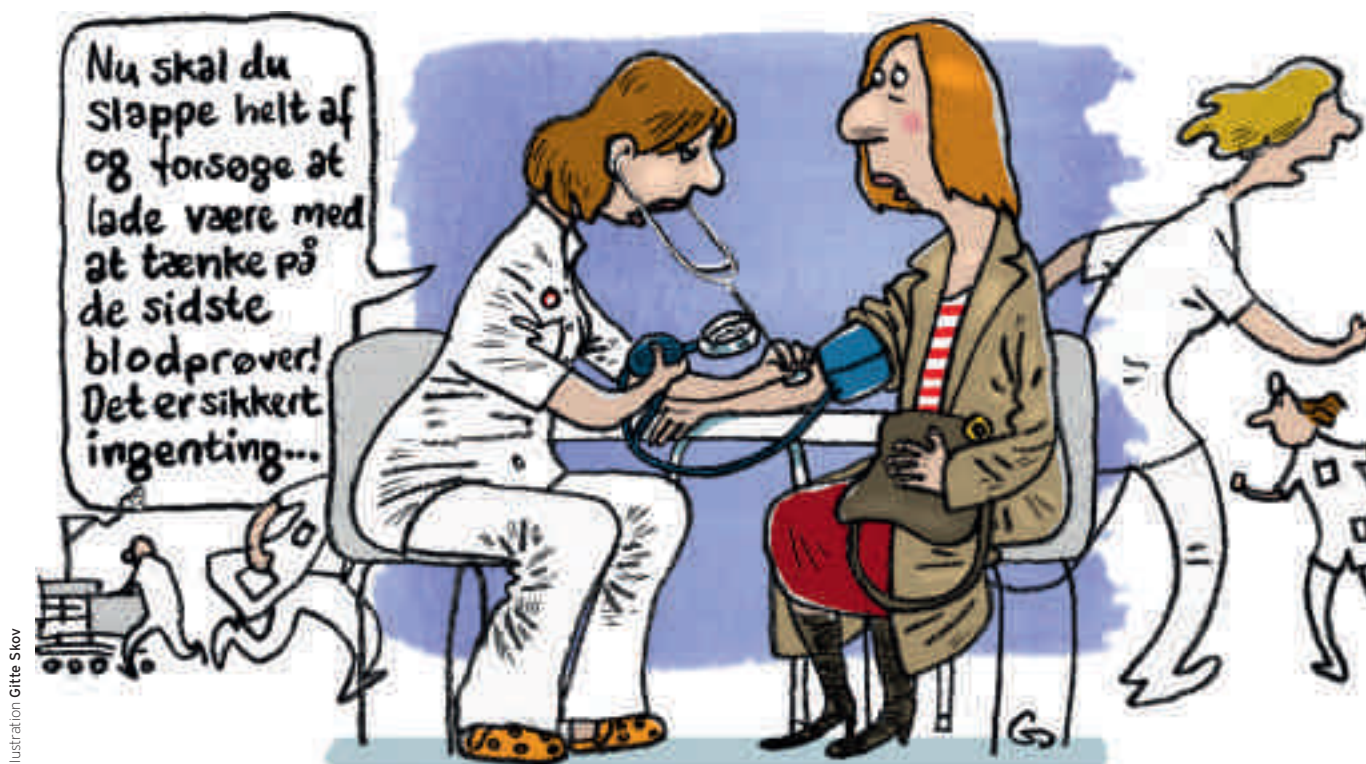


Illustration Gitte Skov

Det kan påvirke resultatet af blodtryksmålingen, at patienten sidder over for personalet, og at patienten ikke har fået hvilet op til målingen, samt hvis de fysiske rammer er mangelfulde. Læs også artiklerne på side 36.

Anklagemyndighed beklager udtalelse

Tekst **Katrine Nielsen**

Anklagemyndigheden har nu beklaget den kontroversielle udtalelse fra chefanklager Jeanette W. Andersen om, at sygeplejersker "ikke usædvanligt" kan finde på at tage livet af deres patienter.

Striden mellem Dansk Sygeplejeråd og den sydsjællandske anklager Jeanette W. Andersen, der indtil for nylig var anklager i sagen om en drabssigtet sygeplejerske på Nykøbing Falster Sygehus, får nu en mindelig udgang. Det sker, efter at anklagemyndigheden har efterkommet Dansk Sygeplejeråds krav om en beklagelse.

Stridens kerne var en udtalelse fra Jeanette W. Andersen til TV2 den 11. august. Adspurgt om sin vurdering af Nykøbing-sagen, svarede anklageren:

"Det viser sig jo faktisk, at undersøgelser rundt omkring i verden har godtgjort, at det er ikke usædvanligt, at sy-

geplejersker kan finde på at tage livet af patienter."

Bemærkningen var ifølge Dansk Sygeplejeråd så krænkende for de danske sygeplejersker, at organisationen siden krævede, at anklageren skulle trække udtalelsen tilbage eller imødesee en injuriersag. Og nu har anklagemyndigheden så beklaget udtalelsen. Det skete i en erklæring, som blev offentliggjort af parterne den 16. september:

"Anklagemyndigheden medgiver, at udtalelsen kunne have været formuleret anderledes, og har forståelse for, at sygeplejerskerne har opfattet den som krænkende.

Faktum er, at der ikke de sidste 25 år har været sager i Danmark, hvor en sygeplejerske er sigtet for manddrab, og at den tidligere omtalte undersøgelse udelukkende omfatter drab begået af sundhedspersonale i udlandet.

Det har med udtalelsen bestemt ikke været anklagemyndighedens intention at krænke sygeplejerskerne eller hænge sygeplejefprofessionen ud.

Anklagemyndigheden beklager derfor udtalelsen."

Med beklagelsen betragter Dansk Sygeplejeråd sagen som afsluttet og glæder sig over udfaldet.

"Vi er tilfredse med, at anklagemyndigheden nu tydeligt beklager den udtalelse, som landets sygeplejersker naturligvis har oplevet som krænkende og oprørende. Dansk Sygeplejeråd anerkender beklagelsen, og jeg glæder mig over, at vi så hurtigt har fået gendrevet en udtalelse, som var på vej til at så en helt unødvendig utryghed hos vores patienter. Nu fortsætter vi den dagligdag, hvor sygeplejersker som faggruppe nyder en stor tillid i hele befolkningen," siger Grete Christensen.

Opkald fra en leder der udviste respekt og anerkendelse

Oanh Nguyen, sygeplejestuderende på modul 13, University College Nordjylland, Hjørring

Den sygeplejestuderende afviser i første omgang opkaldet, da hun misforstår, hvem der ringer. Men hun får heldigvis kontakt, for det viser sig at være fra en leder, som er både omsorgsfuld og anerkendende.

Taknemmelighed er et fattigt ord, når man som grøn i faget får mulighed for at opleve godt lederskab på et plejehjem. At det fra starten skyldtes en misforståelse, som inddrager Jysk Sengetøjslager, gør ikke historien dårligere.

Under uddannelsen til sygeplejerske havde jeg mulighed for at berige mit studie med et relevant job. Det kom i stand pga. en fagperson med ledelseskompetencer på et niveau ud over det sædvanlige. Som tilflytter til byen gjorde jeg en indsats for at få et sommerjob, vel vidende at tiden ikke var den rette, datoen var sidst i juni og chancerne minimale. Efter flere uopfordrede ansøgninger blev jeg tilbudt forskellige job.

På vej til min introdag på modul 8 bliver jeg ringet op, men jeg afviser hurtigt opkaldet, da jeg ikke har bestilt noget fra Jysk Sengetøjslager. Senere får

vi dog kontakt. Tilfældet vil, at lederen fra det job, jeg har søgt, er navnebror til ejeren af det kendte brand. Opkaldet viser sig at åbne op for talrige muligheder for at opnå relevant erfaring fra praksis.

Allerede fra første arbejdsdag bliver jeg en del af teamet, og lederen viser anerkendelse og respekt trods mine begrænsede kompetencer og min usikkerhed. Jeg oplever på en naturlig måde følelsen af at blive imødekommet og taget seriøst. Hans særlige evne til at være nærværende, aktivt lyttende, deltagende i dialogen og ikke mindst bekræftende i sit ordvalg gør, at jeg hurtigt går fra at føle mig som ængstelig og ny i job til at have et tillidsfuldt forhold, hvor magtdistance er en by i Rusland.

Lederen var en stor inspirationskilde i mit studieforløb, hvor det var svært at finde sin egen rolle og identitet i faget.

Hans tilgang til personalet var beundringsværdig, hver og en blev lyttet til fra sygeplejerske til social- og sundhedsassistent og personale i det tværfaglige samarbejde.

Tid var noget, han tog sig, aldrig en undskyldning med at der kun var 24 timer i døgnet. Han gav mig indblik i, at faget ikke blot udøves af en sygeplejerske på en afdeling, men at det kan bestå af mange funktioner og elementer, så længe fokus er det relationelle.

Hans tilgang til borgerne var at være i øjenhøjde; en ældre dame lever stadig højt på, at han en dag hjalp hende med at få støttestrømperne af. De små glæder skaber de store.

Det er et privilegium som studerende at møde en så omsorgsfuld, anerkendende og chancegivende leder. Det giver os sygeplejestuderende mulighed for at udvikle os både fagligt og personligt.



LYDER DET FOR GODT TIL AT VÆRE SANDT?

Mit Bauta er et digitalt selvbetjeningsunivers, som du kan bruge, når børnene er lagt, en søndag eftermiddag, eller hvornår det ellers passer dig. Her kan du altid tjekke dine forsikringer og se, hvad de omfatter.

På Mit Bauta kan du også anmelde skader eller bestille op- eller nedjusteringer af dine forsikringer, hvis dit liv ændrer sig. Du kan selvfølgelig stadig kontakte os, som du plejer.

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

Teater



Foto: Line Arngaard

"Med diabetes har man aldrig fri". Bådteatret opfører i oktober "Er jeg patienten?" - en teaterforestilling om at leve med sygdommen.

4.-10. oktober

Er jeg patienten?

Følg den unge pige Ida, da hun får konstateret diabetes og tvinges til at konfrontere sygdommen, tilværelsen og angsten. Vi involveres i Idas forsøg på at finde et ståsted i det kaos, lægernes besked efterlader hende i. "Er jeg patienten?" tager fat i alle de følelser, man kastes rundt i, når livet vendes på hovedet, og der ingen vej er tilbage.

Bådteatret, Nyhavn 16Z, Kbh. K

7. oktober - 9. november

Lost Memories

Rystet og uden hukommelse ankommer Hr. H til en psykiatrisk akutmodtagelse. Stedets rum og lyde fremkalder glimt af erindringer, og personalet transformeres til personer fra hans fortid. Forestillingen genskaber følelsen af indre kaos hos et menneske, der har mistet sin elskede pga. selvmord.

Teatre i Aarhus, Ballerup, Roskilde og Helsingør

2. oktober - 19. november

Spoonface Steinberg

Spoonface Steinberg er ikke som alle andre. Hun er et særligt barn med autisme spektrum-forstyrrelser. Tidligt konfronteres hun med livets store spørgsmål. Nøgternt og klarsynet gestalter hun sin egen version af meningen med livet. Historien om Spoonface er en livsfilosofisk, optimistisk forestilling - fyldt med håb.

Teatre i 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.



Foto: Hvidovre Hospital

Sygeplejersker som madrastestere

I forbindelse med et madrassudbud har sygeplejersker i Region Hovedstaden - på patienternes vegne - testet kvaliteten af otte forskellige madrasser hjemme i privaten. Det har været en blandet fornøjelse, og udbuddet skal nu gå om.

Tekst **Trine Kit Jensen**

"Det her er helt klart noget, andre regioner også bør gøre. Når man selv sover på madrasserne, får man en helt anden oplevelse af, hvad det er, vi tilbyder vores patienter."

Sådan lyder anbefalingen fra Annette Norden, tværgående sårsygeplejerske på Amager og Hvidovre Hospital. Hun har været på natarbejde - bogstaveligt talt -

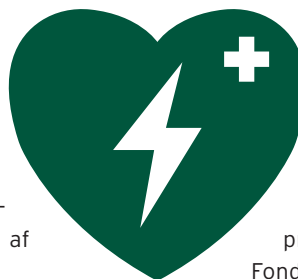
Alle DSB-tog får hjertestartere

DSB installerer nu hjertestartere i alle tog og på 64 togstationer. Det skal give ekstra tryghed for personale og passagerer og gøre det muligt hurtigt at yde genoplivning, hvis en borger får hjertestop på togrejsen. Samtidig skal 750 medarbejdere uddannes i førstehjælp og brug af hjertestarterne.

"Der færdes flere hundrede tusinde passagerer og DSB-ansatte på

vore stationer og i vores tog hver eneste dag. Jeg håber, at de, når de træder ind i togene, vil føle ekstra tryghed ved, at der nu er en hjertestarter inden for rækkevidde," siger sikkerhedschef i DSB, Carsten Dam Sønderbo-Jacobsen, i en pressemeddelelse fra Trygfonden, der samarbejder med DSB om projektet.

(mdk)



i forbindelse med et madrasedebat i Region Hovedstaden, og det samme har en flok sygeplejerskekolleger og en fysioterapeut. Målet med udbuddet var at finde den bedste trykfordelende madras inden for en given prisramme, og for at teste kvaliteten afprøvede gruppen hjemme hos sig selv otte forskellige madrasser. Ved et tidligere udbud har patienter testet madrasserne, men den løsning var ikke optimal.

"Patienter fejler noget forskelligt, der kan spille ind ved deres oplevelse af madrasserne, og de kunne kun nå en enkelt madras, før de blev udskrevet. For at få en nogenlunde ensartet vurdering blev vi derfor enige om, at vi var nødt til selv at prøve dem af," fortæller Annette Norden.

Den beslutning førte i flere tilfælde til meget dårlig søvn for sygeplejerskerne. På nogle madrasser var det f.eks. svært at komme af med kropsvarmen, og en nat vågnede Annette Norden, fordi hun var gledet ud i fodenden af sengen. Den værste nat havde hun på en madras, hvor hun hele tiden måtte vende og dreje sig.

"Først lå jeg på siden, men fik smerter i hoften. Da jeg vendte mig om på ryggen, fik jeg ondt lige over halebenet, hvor man typisk får liggesår, og om morgenen vågnede jeg op med nervesmerter i en sovende arm," beretter hun.

Før testen af madrasserne blev de præ-senteret af firmaerne bag. Der blev udleveret skriftligt materiale, og der var lejlighed til at besigtige madrasserne og mærke på dem. Netop den madras, der endte med at få bundkarakter, imponerede i første omgang alle, og det har styrket Annette Norden i troen på, at testen på egen krop gør en forskel.

I vurderingen af madrasserne er de ikke blot blev målt på, hvordan det er at sove på dem. Udover patientens tarv er der også set på arbejdsmiljømæssige parametre som f.eks., hvor lette de er at håndtere i forbindelse med sengeredning og vask. Ikke alle dumpede ud fra de samlede kvalitetskriterier - og et par stykker havde Annette Norden meget gerne set på regionens hospitaler. Men de faldt til gengæld på priskriterierne i udbudsreglerne.

"Så enten var kvaliteten ikke god nok, eller også var prisen for høj," siger hun.

I løbet af efteråret skal udbuddet derfor gå om, og her håber Annette Norden, at det vil lykkes at finde en madras, hvor kvalitet og pris går op i en højere enhed. I den nye udbudsrunde bliver kravspecifikationerne strammet op, og også her kommer testgruppen på banen. For at give et bedre grundlag for sammenligning af madrasserne er det nu aftalt, at alle skal sove på madrasserne i samme rækkefølge med ens sengelinned og på samme type sengebund.

Grønland skal have sygeplejeetisk råd

Sygeplejerskerne i Grønland skal ligesom danske sygeplejersker have et særligt sygeplejeetisk råd, der skal fokusere på de etiske udfordringer, sygeplejerskerne møder i deres arbejdsliv. Det blev besluttet, efter at den grønlandske sygeplejerskeorganisation Peqqissaasut Kattuffiat, PK, i starten af september holdt et todages seminar for deltagere fra sygeplejeetiske råd i Norden.

I PK har man længe ønsket et etisk råd, der bl.a. skal tage udgangspunkt i de værdier, sygeplejen er baseret på.

"Det er vigtigt, at vi i Grønland reflekterer over, hvordan vi bruger disse værdier og omsætter dem til god sygeplejepraksis. Det er også væsentligt at diskutere, om der er særlige værdier, som er væsentlige i sygeplejen i Grønland, og ikke mindst hvordan de omsættes til at sikre høj kvalitet i sygeplejen," skriver PK i en pressemeddelelse ifølge det grønlandske medie KNR.

(mdk)

Sygeplejersker skal bestige Mount Cavell

Britiske sygeplejersker og sygeplejestuderende hylder i sensommeren 100-året for Edith Cavells henrettelse den 12. oktober 1915. Edith Cavell var sygeplejerske under 1. Verdenskrig, hvor hun smuglede sine patienter ud af det besatte Belgien for at beskytte dem mod tyske soldater. Hun nåede at redde op mod 200 patienter, før hun blev skudt af tyskerne. Sygeplejerskerne vil med hyldesten bl.a. bestige bjerget Mount Edith Cavell i Canada, rafte, mountainbike og sejle i kajak for at indsamle penge til at hjælpe sygeplejersker i nød. Udfordringerne kan følges på www.cavellnursestrust.org

10.000 europæiske sygeplejersker bytter land

Hvert år flytter 10.000 sygeplejersker i Europa til et andet land for at arbejde, viser en kortlægning, det svenske fagblad *Vårdfokus* har lavet. På førstepladsen over fraflyttede er rumænske sygeplejersker, hvor op mod 25 pct. er flyttet pga. for dårlige lønninger. "Det er positivt for sygeplejerskerne, så længe de prøver at arbejde udenlands, fordi de er nysgerrige. Men eksemplet med "hjerneflugt" fra Rumænien er forfærdeligt," siger Ann Johansson, næstformand i *Vårdförbundet*.

Børnedødeligheden er halveret

På 25 år er den globale børnedødelighed faldet med over 50 pct. I 1990 var dødeligheden blandt børn under fem år 12,7 mio. pr. år. Det tal er faldet til 5,9 mio. i år, viser seneste opgørelse fra WHO. Dvs. at 16.000 børn under fem år hver dag dør i verden, og det tal er stadig for højt, mener UNICEF. "Et alt for stort antal børn dør stadig af årsager, der kan forebygges, før de fylder fem år - og faktisk inden for deres første levemåned - det bør tilskynde os til at intensivere vores indsats for at gøre, hvad vi ved bør gøres," siger UNICEF's vicedirektør Geeta Rao Gupta i en pressemeddelelse.

En ubetænksom fødselsdagsgave

Liam har røget hash, siden han var 14. På det tidspunkt blev hans forældre skilt, han flyttede, skiftede skole og begyndte at rende sammen med nogle rødder. De blev småkriminelle, stjal i butikker og nappede en enkelt taske fra en gammel dames indkøbsvogn. Liam blev taget, men forsøgte med skiftende held at passe sin skole i nogle år. Hashmisbruget blev dog øget, og Liam stjal fra sin mor, som er førtidspensionist, for at få penge til at købe ind for.

En misbrugskonsulent fra kommunen talte jævnlige med Liam, og det lykkedes ham at motivere Liam til at gå i behandling. Han er stoffri i tre år indtil sin 22-års fødselsdag, hvor hans mor har inviteret gæster for at fejre dagen. Hun har endnu en overraskelse i ærmet. Hun har været på Staden og har købt en klump hash som en særlig fødselsdagsgave til Liam. Han ser ikke begejstret ud, noterer moderen, som opfordrer ham til at ryge. Liam siger først nej, men overgiver sig så. Han møder for første gang i lang tid ikke på job dagen efter.

Misbrugskonsulenten kan med det samme se, at Liam er faldet i. "Det var min mor," undskylder Liam.

*Hvad vil du sige til Liams mor, hvis du møder hende?
Hvilke muligheder har misbrugskonsulenten for at få Liam på ret køl igen?*

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

Svar 1. Fagligt er misbrugskonsulenten eksperten. Det er således ham, der skal vurdere, hvad der fagligt er korrekt at gøre. Etisk er det væsentligt at være opmærksom på, at Liam generelt er i stand til at træffe et autonomt valg. Dette er bl.a. defineret ved, at Liam er i stand til at vurdere konsekvenserne af sine handlinger. Men menneskelige valg er ikke kun logisk funderede. Fundamentale fænomener som kærlighed og tillid er afgørende, og når den person, som Liam er grundlæggende afhængig af, ikke har samme holdning til, hvad det gode liv er betinget af, bliver det i praksis meget svært for Liam at følge det logiske. Eller man kan sige, at Liam i praksis bliver presset, hvilket etisk betyder, at valget ikke er autonomt. Måske konsulenten vil tage dette dilemma med i samtalen med Liam. Det kunne se ud til at være et grundvilkår for mange af Liams fremtidige valg.

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

Svar 2. Jeg vil give udtryk for, hvor bekymret jeg er for Liam, at han er faldet i. Det må som mor være sørgeligt at opleve, at det nu er hendes opgave at støtte Liam i at fastholde det gode liv, han har levet de sidste tre år. Hun ved, at han har vilje, viden og evne til at kunne modstå de fristelser, han ikke kan

undgå at møde, når han én gang har været misbruger. På den måde vil mange bekymringer også forsvinde for hende. Hun skal fortælle dette til Liam og misbrugskonsulenten, så de ved, at der er støtte at hente hos hende. Såfremt hun har behov for at tale med nogen om, hvordan hun skal agere fremover i relationen til Liam, kan hun kontakte mig eller en af mine kolleger. Misbrugskonsulenten vil gribe ind, når han erfarer, at Liam er faldet i. Han ved, at det er en menneskelig reaktion at lade sig friste som ungt menneske, når ens nærmeste legitimerer handlingen, og det vil han også kunne fortælle Liam og arbejdspladsen. Det vigtige for misbrugskonsulenten er at fortælle Liam, at han skal holde fast i det gode liv, han har, og hjælpe Liam med at få redskaber til at håndtere lignende fristelser fremover.

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



Lyden af pulsslag er erstattet af digitale tal

Elektroniske blodtryksapparater har afløst kviksølvmanometret i klinikken, men de gammeldags apparater er stadig de bedst validerede. Det kræver dog træning at kunne aflytte dem korrekt.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen** • Foto **Niils Lund Pedersen**



De fleste blodtrykscentre har stadig kviksølvmanometre til forskning og særlige situationer, hvor de elektroniske apparater er upålidelige.



Det elektroniske blodtryksapparat kan måle blodtryk uden tilstedeværelse af sundhedspersonale, så "whitecoat-effekten" på patienten minimeres.

Dengang

Der er kviksølv i de blodtryksapparater, som blev anvendt tidligere. I dem bliver en ballon i manchetten pustet op ved hjælp af en manuel pumpe. Mens luften langsomt bliver lukket ud, lytter man med et stetoskop i patientens albuebøjning og registrerer, hvornår pulsen starter og slutter.

Kviksølvmanometre var almindelige indtil for ca. 20 år siden, men i dag er der forbud mod at producere dem pga. sundhedsfaren ved kviksølv. Der er ikke forbud mod at have manometre, og nogle læger og sygeplejersker sværger stadig til dem.

"Specielt i forhold til patienter med meget hurtig og uregelmæssig puls bruger vi dem stadig," fortæller sygeplejerske Anette Sjørølev fra den Kardiovaskulære og Metaboliske Forebyggelsesklinikk på Odense Universitets-hospital, i daglig tale "Blodtryksklinikken".

I blodtrykscentre er det nødvendigt at have manometre, da det meste forskning stadig er baseret på dem.

"Når man f.eks. bliver i tvivl, om et elektronisk apparat måler rigtigt, kan man tjekke, om kviksølvmanometret måler det samme," siger Anette Sjørølev.

Hun bruger også et gammeldags apparat til svært overvægtige patienter.

"Vi har et apparat med meget store manchetter til at kunne måle blodtrykket på låret. Så store manchetter har jeg ikke kunnet finde til de elektroniske apparater," siger Anette Sjørølev.

Manometret stiller krav til undersøgerens lytteevner og erfaring i at lytte i et stetoskop.

"Blodtrykket afhænger af det øre, der hører. Vi øver os ved at koble flere stetoskoper til apparatet og tjekke, om vi hører det samme."

Og så er der en anden ulempe ved de gammeldags apparater.

"Der er en sikkerhedsrisiko forbundet ved at omgås apparater med kviksølv, så man skal være forsigtig," siger Anette Sjørølev.

Nu

Selvom elektronisk udstyr har erstattet kviksølvmanometret i daglig brug på hospitaler, så måler man stadig blodtryk i en enhed, som svarer til millimeter kviksølv (mmHg). Der er ikke længere nogen lyd af pulsslag, der skal aflyttes, i stedet lyser to tal i displayet.

"Det er helt klart nemmere at bruge, og det er en af årsagerne til, at vi bruger elektroniske apparater i det daglige," siger Anette Sjørølev.

"Elektronisk udstyr gør det også muligt for patienten at kunne sidde alene under blodtryksmåling. Vi kan indstille apparatet til at måle seks gange ved at trykke på en knap, og så kan vi gå ud af rummet. Dermed forsvinder lidt af den "whitecoat-effekt", der kan give forhøjet blodtryk, altså at man får forhøjet blodtryk, når der sidder en sundhedsperson over for én," forklarer Anette Sjørølev.

De elektroniske blodtryksapparater gør det også nemt for patienter at måle deres eget blodtryk hjemme.

Med de elektroniske blodtryksapparater er noget af den håndværksmæssige færdighed ved blodtryksmåling dog gået tabt. Netop for at få en fornemmelse af, hvad man skal lytte efter, træner de sygeplejestuderende stadig med gammeldags blodtryksapparater på skolen, selv om de sjældent vil møde de apparater ude i klinikken.

Læs også artiklerne om blodtryksmåling på side 36.

Borgerne skal kunne dø i eget hjem

For mange borgere dør på sygehuset, selvom de ønsker at dø i eget hjem. Derfor modtager fire kommuner nu 13 mio. kr. til projekter, der skal styrke den palliative indsats.

”For den døende kan det have stor betydning, at den sidste tid bliver tilbragt hjemme i velkendte omgivelser sammen med familien. Det giver tryghed og kan føles mere værdigt for den enkelte og for de familiemedlemmer, som må tage afsked med en mor, far, bror eller søster. Det er derfor positivt, at en række kommuner nu kan styrke den palliative indsats, så flere uhelbredeligt syge kan tage afsked med livet, der hvor de føler sig mest trygge,” siger sundhedsminister Sophie Løhde (V) i en pressemeddelelse.

I Svendborg Kommune modtager man godt 2 mio. kr., der skal gå til projektet ”Min sidste tid”, hvor de ansatte skal blive bedre til at finde og støtte borgere, som ønsker at dø i eget hjem.

”Det giver tryghed. Det skaber enorm tryghed at være i egne rammer og være der, hvor man har boet i mange år,” siger sygeplejerske Elisabeth Søndergaard til TV2/Fyn.

Udover Svendborg deltager også Varde, Aarhus og Roskilde kommuner. Målet er, at de fire kommuners erfaringer skal bidrage til generelle anbefalinger til, hvordan alle landets kommuner kan styrke den palliative indsats.

(mdk)

ET SKIFT I KOSTEN TIL PATIENTER
MED TYPE 2-DIABETES

SEMINAR FOR SUNDHEDSFAGLIGE

Tirsdag den 26. januar 2016

SØHUSET KONFERENCECENTER, SCION DTU, HØRSBOLM

VED PROFESSOR, DR. MED. ARNE ASTRUP, KLINISK
DIÆTIST ALICE A. HARTVIG OG MFT MAJBRIIT L. ENGEL

Bliv opdateret, inspireret samt få viden og redskaber til at forandre egen praksis og få succes med dine diabetespatienter.

DERFOR skal du droppe de officielle diabetesanbefalinger

SÅDAN kan kostplanerne laves og biokemien forklares

BRUG maden som medicin.
Live madlavning med Majbritt L. Engel

TRÆN blodsukkeret i balance

Læs programmet og tilmeld dig på www.prospecta.dk under fanebladet aktiviteter ”Et skift i kosten til patienter med Type 2-diabetes”. Alternativt send en mail til ti@prospecta.dk, hvor efter du vil blive kontaktet.

Tilmeldingsfrist den 3. december 2015

PRIS Før 20. november 3.150 kr.,
Efter 20. november 3.500 kr.
Priserne er eksklusive moms

frk 

”Jeg havde jo ikke troet, at jeg ved siden af mit arbejde også skulle have et fast job som pårørende på plejehjemmet. Det kan næsten ikke hænge sammen. Jeg troede, at vi betalte skat, så vi kunne opretholde en god velfærd på vores plejehjem. Hvis det, jeg har oplevet, er velfærd, ved jeg ikke, hvad velfærd er.

Henrik Fletch Hansen, pårørende til plejehjemsbeboer. I Jyllands-Posten den 30. august.

Bliv klar til nye opgaver i fremtidens sundhedsvæsen med kompetencegivende

Sundhedsfaglige diplomuddannelse med moduler i såruddannelse

På UC Syddanmark kan du specialisere dig i

- Såruddannelse
- Klimakteriet
- Sundhedsindsatser på arbejdspladsen - AMIR
- Palliativ indsats
- Kvalitet i sundhedsvæsenet
- Akut sygepleje - FAM
- Master i psykiatri

Tjek ucsyd.dk/sunddiplom eller kontakt Pia Assenholm på 7266 5260 / ptoa@ucsyd.dk

UNIVERSITY COLLEGE
SYDDANMARK
UCSYD.DK

MASTER I SOCIALPSYKOLOGI OG LÆRING

ANDRE MASTERUDDANNELSER:

- | Læreprocesser
- | Pædagogisk Ledelse
- | Organisatorisk Coaching og Læring
- | Ledelses- og Organisationspsykologi
- | Terapeutisk Procesfacilitering
- | Master i IT

Masteruddannelsen i Socialpsykologi og læring er skræddersyet til dig, der arbejder inden for sundheds- og socialområdet som fx sygeplejerske, socialrådgiver eller pædagog.

ANSØGNINGS-
FRIST
1. NOV. 2015

STUDIESTART
FEB. 2016

Du opnår indsigt i socialpsykologiske, organisatoriske og individuelle processer, der fremmer motivation, trivsel og læring - både hos dig som medarbejder og hos de borgere, du arbejder med.

Seminarerne finder sted i Aalborg.

SOL.EVU.AAU.DK

EFTER- OG VIDEREUDDANNELSE · 9940 9420 (KL. 12-15)
EVU@AAU.DK · WWW.EVU.AAU.DK



AALBORG UNIVERSITET

Sahva
Et liv i bevægelse

GRATIS
ganganalyse
RING
FOR TIDSBESTILLING
TLF. 7011 0711

**FÅ DET OPTIMALE
UD AF DIN BENPROTESE**

- Fysioterapeut med speciale i rehabilitering
- Erfaren bandagist
- Fokus på dine individuelle behov og forudsætninger
- Det er ikke et krav, at du er kunde hos Sahva



Gør en forskel
VIA University College

Brug for at styrke din faglighed?

Løft dit kompetenceniveau inden for fx

- Ældre borgere
- Formidling og forandring
- Klinisk vejledning
- Sårpleje

Se vores tilbud til dig på
via.dk/videreuddannelse-sundhed

Hvad gør du, når arbejdsmiljøet blinker rødt?

Arbejdstilsynet modtog i starten af 2015 en anonym besked om, at det psykiske arbejdsmiljø på akutafdelingen i Randers var steget alle over hovedet. Et andet sted i landet skrev en tidligere akutsygeplejerske et debatindlæg i Politiken under titlen "Undskyld til alle!" Sygeplejersker kan tage mange midler i brug, når psykiske arbejdsmiljøproblemer skal på dagsordenen.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen og Christina Sommer**
Foto **Scanpix** • Collage **Mathias Nygaard Justesen**



Indlæg dit arbejdsmiljø akut

Hvis man uden held har forsøgt at få ledelsen til at løse arbejdsmiljøproblemer, så er det værd at overveje at kontakte Arbejdstilsynet, anbefaler arbejdsmiljøkonsulenter i Dansk Sygeplejeråds kredse.

Tekst **Susanne Bloch Kjeldsen**
Foto **Lizette Kabré**
Collage **Mathias Nygaard Justesen**

Problemer med for stor arbejds- mængde og tidspres har tit stået på i halve og hele år, mens medarbejdere, tillidsrepræsentanter, arbejdsmiljørepræsentanter og ledelse forgæves har forsøgt at finde løsninger. Det fremgår af de 41 påbud til arbejdspladser om for stor arbejds mængde og tidspres, som *Sygeplejersken* har gennemgået.

” Nogle ringer ind og lyder desperate. De siger f.eks., at de har aller mest lyst til at lægge sig ned på gulvet og skriges, og de spørger, om de egentlig har lov at sige fra og gå hjem, når de ikke mener, deres arbejde er fagligt forsvarligt.

Arbejdsmiljøkonsulent i Kreds Sjælland, Rasmus Olsen.

De langtrukne forløb mærkes også i Dansk Sygeplejeråds kredse, der bliver kontaktet af sygeplejersker, som efter spørger flere handlemuligheder, fordi de mener, de uden held har forsøgt at råbe ledelsen op.

”Nogle ringer ind og lyder desperate.

De siger f.eks., at de har aller mest lyst til at lægge sig ned på gulvet og skriges, og de spørger, om de egentlig har lov at sige fra og gå hjem, når

de ikke mener, deres arbejde er fagligt forsvarligt,” fortæller faglig konsulent i Kreds Sjælland, Rasmus Olsen, som dog fraråder, at man siger fra ved at forlade arbejdet.

”Man har pligt til at udføre det arbejde, man er sat til. Men hvis man mener, at man ikke kan stå inde for den faglige forsvarlighed, så råder vi til, at man tager det op til diskussion med ledelsen. Et af de redskaber, man kan bruge, er Dansk Sygeplejeråds pjeces ”Faglig forsvarlighed,” siger Rasmus Olsen.

Kredsenes konsulenter hjælper også, når drøftelserne med ledelsen ikke slår til.

”I nogle tilfælde har jeg kontaktet Arbejdstilsynet og gjort dem opmærksomme på et problem. I andre tilfælde har jeg opfordret tillids- eller arbejdsmiljørepræsentanter til at lave en anonym henvendelse i forhold til at bede Arbejdstilsynet komme på besøg,” siger Rasmus Olsen.

Besøg fra Arbejdstilsynet kan f.eks. betyde, at sagen bliver taget op i pressen, og at politikernes øjne bliver åbnet for problemerne. Det er faglig konsulent i Kreds Syd- danmark, Knud Kristensen, enig i:

”Det har bestemt en effekt, når Arbejdstilsynet rykker ud, og jeg vejleder gerne sygeplejersker i, hvordan man kan gøre, hvis de vil kontakte tilsynet.”

Arbejder i fritiden

Arbejdsmiljøkonsulent i Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden, Karin Bloch Nielsen, ser en tendens til, at sygeplejersker langt hen ad vejen forsøger at strække sig og få enderne til at nå sammen frem for f.eks. at ringe til Arbejdstilsynet.

”Sygeplejersker bliver efter arbejdstid for at gøre deres arbejde færdigt. De arbejder gratis,” siger Karin Bloch Nielsen.

Det problem har tidligere været dokumenteret i en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, der viser, at hver tredje hospitalssygeplejerske var nødt til at løse arbejdsopgaver som f.eks. dokumentation eller opgaveoverdragelse i fritiden, fordi arbejdstiden ikke rakte til dem.

Dansk Sygeplejeråds kredse står klar til at hjælpe sygeplejersker og tillidsvalgte med at løse problemer omkring det psykiske arbejdsmiljø.

”Ingen skal arbejde gratis, men nogen gange kan det være svært at ændre en pres-

Arbejdstilsynet gentager kampagne på hospitaler i 2016

Igen i 2016 kommer Arbejdstilsynet på besøg på hospitaler over hele landet i en ny særlig indsats inden for det psykiske arbejdsmiljø. Hospitalerne er udvalgt pga. viden om, at det står særligt slemt til her, hvad angår for stor arbejdsmængde og tidspres, høje følelsesmæssige krav og vold og trusler. De hospitaler, der får besøg, bliver først varslet i 2016, og de bliver bl.a. udvalgt på baggrund af statistik over klager, erhvervsbetingede sygdomme, arbejdsulykker og voldsulykker.

set kultur til en bedre. Hvis nogen f.eks. accepterer at arbejde gratis, så er det svært for andre at lade være, og derfor handler det også om, at sygeplejersker må stå sammen for at ændre kulturen,” siger Karin Bloch Nielsen.

Der mangler viden om påbud

Arbejdstilsynet gav i alt 105 påbud for dårligt psykisk arbejdsmiljø, da de rykkede ud på hospitalerne i 2014 i den særlige indsats over for det psykiske arbejdsmiljø, heriblandt 41 påbud over for ”For stor arbejdsmængde og tidspres”. Indsatsen bliver gentaget i 2016.

”Jeg har tidligere givet Arbejdstilsynet tip om, hvilke arbejdspladser der er oplagte at besøge, når de gennemfører kampagner. Det er en mulighed, alle kan benytte sig af,” fortæller Karin Bloch Nielsen.

I Dansk Sygeplejeråd vil kredsens arbejdsmiljøkonsulenter gerne have kendskab til alle de påbud, der bliver givet for dårligt fysisk og psykisk arbejdsmiljø.

”Vi vil rigtig gerne høre om alle de påbud, der bliver givet, så vi kan støtte aktivt op om de tillidsvalgte, samt har en reel indsigt, når vi er i dialog med arbejdsgiverne, så vi ved, hvad vi taler om,” siger arbejdsmiljøkonsulent i Kreds Midtjylland, Rikke Borgbjerg.

Rikke Borgbjerg kan godt se en pointe i at kontakte Arbejdstilsynet, hvis man har forsøgt alle muligheder internt i systemet, og problemer med det psykiske arbejdsmiljø stadig ikke bliver løst.

”Arbejdstilsynet rykker dog kun ud, hvis de vurderer, at det er alvorligt nok, og det er ikke sikkert, at de rykker ud straks. Der kan godt gå noget tid. Men en anmeldelse

er ikke spildt, for Arbejdstilsynet bruger anmeldelserne, når de vurderer, hvilke arbejdspladser der skal have besøg. Arbejdstilsynet bruger også statistik over anmeldelser af erhvervsrelaterede og ulykker. Derfor er det også en god idé at anmelde psykisk arbejdsbetinget stress til Arbejdstilsynet, selvom sygdommen ikke bliver anerkendt som en arbejdsskade. Men anmeldelsen vil optræde i statistikken og betyde, at tilsynet får øje på et problematisk arbejdsmiljø,” fortæller Rikke Borgbjerg.

God effekt af kampagner

Professor og arbejdsmiljøforsker på Aalborg Universitet, Peter Hasle, mener, at det har en god signalværdi, når Arbejdstilsynet gennemfører kampagner som den særlige indsats i forhold til det psykiske arbejdsmiljø i 2014.

”Det sender det signal til alle andre afdelinger, at her er nogle problemer, som skal tages mere alvorligt,” siger Peter Hasle.

”Arbejdstilsynet kan sætte noget i gang, fordi de har en myndighedsrolle og har ret til at gribe ind over for et uforsvarligt arbejdsmiljø. Når man vil forbedre arbejdsmiljøet, skal man ofte bruge en anledning, f.eks. at Arbejdstilsynet kommer på besøg, men anledningen kan også være en kollega, som bliver sygemeldt, eller det kan

være en trivselsundersøgelse, der afslører problemer,” siger Peter Hasle.

Trives bedst med god kvalitet

Psykiske arbejdsmiljøproblemer kræver, at man kommer til bunds i, hvor problemet egentlig stammer fra. Arbejdstilsynets særlige indsats i forhold til det psykiske arbejdsmiljø på hospitaler var især koncentreret om akutmodtagelser og medicinske afdelinger ud fra viden om, at problemerne er størst her. Netop disse afdelinger har været ramt af omstruktureringer i forbindelse med dannelsen af fælles akutmodtagelser, FAM.

Ifølge Peter Hasle handler sygeplejerskers arbejdsmiljøproblemer ofte om, at der er nogle arbejdsgeange, som ikke fungerer:

”Sygeplejersker trives bedst, når de kan lave et godt arbejde og levere god kvalitet. Derfor er det vigtigt at tale konkret med sygeplejersker om deres arbejdsgeange og om, hvordan man kan fjerne de faktorer, der stresser dem. Arbejdsmiljøet skal tænkes ind i måden, vi organiserer arbejdet på, og ikke f.eks. udelukkende handle om, at vi skal være søde ved hinanden.”

Læs tema om Arbejdstilsynets påbud i Sygeplejersken 10/2015 og find interaktivt kort over påbuddene på www.sygeplejersken.dk

5 gode grunde til at sige fra over for et presset arbejdsmiljø

- 1. Undgå at blive syg af stress.** Dansk Sygeplejeråds lokale kredse oplever en stigning i antallet af sygeplejersker, som henvender sig for at få hjælp pga. stress.
- 2. Tag hensyn til patienternes sikkerhed.** Det forringer patienternes sikkerhed, når du arbejder under pres. Forskning viser, at hvis hospitaler vil forbedre patientsikkerheden, så skal der tages højde for menneskelige faktorer som stress og travlhed, fordi de forringer sikkerheden.
- 3. Tag også hensyn til din egen sikkerhed.** I patientklagesager er det en skærpende omstændighed, hvis man har begået en medicineringsfejl under travlhed ud fra den betragtning, at man burde vide, at travlhed forringer sikkerheden, og så burde man have sikret sig, at en anden havde kontrolleret medicinen. Med andre ord sætter sundhedsvæsenet hensynet til patienternes sikkerhed øverst - du skal derfor også tænke på at sikre dig selv mod at begå utilsigtede hændelser.
- 4. Travlhed betyder mindre sikkerhed på lang sigt.** Når arbejdsmiljøet er presset, bliver indrapportering af utilsigtede hændelser, UTH, nedprioriteret. Det beretter sygeplejersker i rapporter fra de arbejdspladser, som får påbud af Arbejdstilsynet pga. for stor arbejdsmængde og tidspres. Det betyder, at sundhedsvæsenet ikke kan lære af sine fejl, som det ellers var meningen med UTH-systemet.
- 5. Det psykiske arbejdsmiljø bliver ikke taget alvorligt nok.** Eksempler fra Arbejdstilsynets påbudsrapporter viser, at sygehusledelsen i nogle tilfælde først gør noget ved problemerne, når der kommer presseomtale om forholdene, måske på baggrund af Arbejdstilsynets påbud. Hvis ledelsen ikke lytter, kan det være en god idé at få Arbejdstilsynet på besøg. (Se mere om dine muligheder på side 26).

Et strakspåbud satte tidspres øverst på dagsordenen

På akutafdelingen på Regionshospitalet i Randers havde sygeplejerskerne råbt vagt i gevær i flere år pga. for stor arbejdsmængde og tidspres. Først da Arbejdstilsynet gik ind i sagen, blev der for alvor gjort noget for at løse problemerne.

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

Overarbejde, ondt i maven, hjertebanken og manglende pauser har været hverdag for personalet på akutafdelingen på Regionshospitalet Randers helt tilbage fra 2012, hvor skadestuen og medicinsk afdeling blev fusioneret til en moderne Fælles Akut Modtagelse, FAM.

En del sygeplejersker valgte at rejse fra afdelingen, og det personale, som blev tilbage, kom til at opleve, at problemerne stod i kø. Oplæring af mange nye kolleger, nye opgaver og vækst i antallet af patienter.

Arbejdstilsynet kom på besøg og gav et påbud for dårligt psykisk arbejdsmiljø. Der blev udarbejdet handlingsplaner, og tilsynet kom på genbesøg året efter og konstaterede, at der blev arbejdet forebyggende bl.a. med faglig vejledning til de nyansatte. Personale og ledelse gav udtryk for, at forebyggelsen så ud til at hjælpe. Påbuddet blev derfor fjernet.

”Men ikke længe efter blev det rigtig slemt,” fortæller arbejdsmiljørepræsentant for sygeplejerskerne på akutafdelingen, Lotte Hybertz Lauritzen, som kunne se, at sygeplejerskernes sygefravær steg, og at mange valgte at rejse i slutningen af 2014.

Baggrunden var, at akutafdelingen i efteråret 2014 flyttede til en ny bygning og samtidig fik 20 pct. flere patienter uden at få ekstra ressourcer. Overbelægning kombineret med mangel på senge-stuer, toiletter og køkkenfaciliteter, betød, at medarbejderne følte sig pressede af, at prioriteringer fyldte hele dagen. Man skulle f.eks. vælge, om en patient med vand i lungerne eller en patient med blødende mavesår skulle flyttes ud på

gangen. Læger og sygeplejerskerne gav til Arbejdstilsynet udtryk for, at de hver især arbejdede for tre personer, og at arbejdet foregik i rask trav eller løb, som der rapporteres om i Arbejdstilsynets rapport. På en af de værste dage var overbelægningen på 180 pct., og en ”orange patient” blev først tilset af en læge efter seks timer.

Anonym anmeldelse til Arbejdstilsynet

Som arbejdsmiljørepræsentant brugte Lotte Hybertz Lauritzen alle tilgængelige kanaler til at råbe ledelsen op.

”Jeg sad selv repræsenteret i sygehusets hoved-MED-udvalg og bragte problemet op her sammen med mine AMiR- og TR-kolleger, og arbejdsmiljøet var på dagsordenen på alle møder. Vi fik også støtte af Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland,” siger Lotte Hybertz Lauritzen.

Hun oplevede, at sygehusledelsen lyttede og tilsyneladende tog problemerne alvorligt, men de blev bare ikke løst, og kollegerne i afdelingen var frustrerede.

I foråret 2015 modtog Arbejdstilsynet en anonym anmeldelse af arbejdspladsen for dårligt psykisk arbejdsmiljø. Tilsynet rykkede ud i starten af marts og gav et påbud om, at problemerne skulle løses straks, et såkaldt ”strakspåbud” pga. det alvorligt forringede psykiske arbejdsmiljø. Inden for en uge skulle afdelingen dokumentere, hvad de havde gjort for at forebygge.

I rapporten står f.eks., at medarbejderne beretter om, at de er grådlabile. De er bange for, at patienterne skal dø af fejlvurdering og faglige skøn, der ikke er korrekte, fordi de er foretaget for hurtigt. De er ban-

ge for ikke at slå til og overse og lave fejl. De har trykken for hovedet, fordi ”det hele fylder”. De har hjertebanken, før de møder på arbejde, og mens de er på arbejde.

Efter Arbejdstilsynets besøg i marts 2015 faldt den kraftige vækst i antallet af patienter igen. Måske hang bølgen af ekstra henviste patienter sammen med regionens beslutning om, at praktiserende læger fra juni 2014 skulle visitere patienter til hospitalet, men hverken medarbejdere eller ledelse ved med sikkerhed, hvad det skyldtes.

Daglig flowkonference

Akutafdelingen fik bevilget ekstra ressourcer både på læge- og sygeplejerskesiden. En daglig flowkonference blev etableret på sygehuset, hvor man forsøger at undgå, at patienterne hober sig op på medicinsk afdeling, men i stedet kan fordeles til andre afdelinger.


”I hvert fald betød det, at arbejdsmiljøet blev bedre, og de forebyggende tiltag kom til at virke efter hensigten,” siger Lotte Hybertz Lauritzen.

Hvad betød det for jer, at Arbejdstilsynet kom ud?

”Det har helt sikkert betydet, at der er blevet sat fokus på problemet,” siger hun.

Hvorfor er det nødvendigt at få Arbejdstilsynet ud, hvorfor er det ikke nok at dokumentere problemerne til sygehusets ledelse?

”Ja, det kan vi heller ikke forstå, for vi synes jo, at vi havde gjort opmærksom på det. Men Arbejdstilsynet kan trække i nogle tråde, de kan tage direkte kontakt til regionsrådet og til hospitalsledelsen. De er en myndighed, som har nogle muligheder,



"Jeg har helt klart set Arbejdstilsynet som en hjælp til at få bragt vores problemer højere op i systemet, så det ikke kun var akutafdelingens problem, men hele hospitalets og i høj grad også regionens problem," siger arbejdsmiljørepræsentant på Akutafdelingen, Lotte Hybertz Lauritzen.

som vi andre ikke har. Ikke mindst i form af, at de kan rådgive," siger Lotte Hybertz Lauritzen.

Presseomtale og stort fokus

Også oversygeplejerske på akutafdelingen, Bodil Clemmensen, ser en fordel i, at en myndighed udefra kommer ind og kigger sygehuset i kortene.

"Indtaget af patienter, der bare steg og steg, var en af de væsentligste årsager til, at vi var endt, hvor vi var. Det kan man ikke gøre noget ved som leder i afdelingen, for vi kan ikke bare gå ud til folk og sige, at de ikke må blive indlagt hos os, fordi vi har for mange patienter," siger Bodil Clemmensen, som ikke er i tvivl om, at den skærpede opmærksomhed på, hvordan man kan sikre et bedre patientflow, vil blive ved med at være i sygehusets fokus.

"De fælles akutmodtagelser er et nyt koncept, og sygehuse er gamle institutioner, så den nye måde at tænke akutte patienter på har vendt organisationen på hovedet. Det har Arbejdstilsynets straks-påbud været med til at sætte fokus på hos presse, samarbejdspartnere og andre sygehuse," siger Bodil Clemmensen.

I dag knap et halvt år efter, at Arbejdstilsynet gav akutafdelingen et strakspåbud, er arbejdsmiljøet allerede mærkbart bedre, efter hvad Lotte Hybertz Lauritzen hører og selv erfarer.

"Vi har altid færre patienter om sommeren, så arbejdsmiljøforbedringerne står først sin prøve, når det bliver efterår og vinter. Vi afventer lige og ser, om effekten holder som tiltænkt," siger Lotte Hybertz Lauritzen.

Et læserbrev gav taletid om arbejdspress

Med læserbrevet "Undskyld til alle!" i Politiken fik sygeplejerske Heidi Hass Madsen taletid om sygehusenes pressede arbejdsmiljø i flere medier. Hun var træt af at undskylde alle de fejl, der sker hele tiden pga. tidspres.

Tekst **Christina Sommer** • Foto **Nils Lund Pedersen**

Sidst i august fik sygeplejerske Heidi Hass Madsen offentliggjort et læserbrev i dagbladet Politiken med overskriften "Undskyld til alle!"

Læserbrevet, der førte til interviews i bl.a. BT, TV2 og P4, var et sammenskriv af nogle tanker, hun havde gjort sig gennem nogle måneder, efter hun i foråret havde sagt sit job op gennem fem år på en af landets store fælles akutmodtagelser. Arbejdspresset var simpelthen for stort.

” Vi kunne godt se, at det hele væltede, men når man står midt i det, har man tendens til at gå i forsvarsposition og sige, at man gør det så godt, som man kan, også selvom man laver små fejl hele tiden. Men det er jo ikke bare små fejl, det er fejl, der kan betyde rigtig meget for patienterne.

”Jeg havde ikke overblikket længere, og jeg syntes ikke, det var sjovt at gå på arbejde. Vi havde overarbejde stort set hver dag, og der skete konstant små fejl. Ikke fordi jeg og mine kolleger var dårlige rent fagligt, men simpelthen fordi vi var for få til at passe de mange ofte meget syge og svage patienter,” siger Heidi Hass Madsen, der heller ikke kunne slippe patienterne, når hun endelig havde fri.

”Jeg havde konstant dårlig samvittighed over for patienterne og mine kolleger, men også familien, som jeg heller ikke kunne være der ordentligt for,” siger hun.

Træt af at undskylde

I læserbrevet undskylder Heidi Hass Madsen over for både patienter, pårørende

og kolleger for det, hun kalder sin "utilstrækkelighed" som sygeplejerske. For "undskyld" var det ord, der blev ved med at dukke op, når hun tænkte tilbage på sit gamle job.

”Jeg har ikke tal på, hvor mange gange jeg måtte sige undskyld hver dag. Undskyld til patienten, der lå og havde smerter på fjerde time og stadig ventede på smertestillende medicin. Undskyld til den pårørende, som ventede på svar, og undskyld til

man gør det så godt, som man kan, også selvom man laver små fejl hele tiden. Men det er jo ikke bare små fejl, det er fejl, der kan betyde rigtig meget for patienterne. Men det skubber man lidt fra sig, også ledelsen, for det er bare sådan, det er, når vi ikke har tid og personale til at udføre vores arbejde ordentligt,” siger Heidi Hass Madsen.

Som eksempel giver hun dokumentation i forbindelse med det at give en pille, som krævede tre gange dokumentation: 1) når den blev hældt op, 2) når den blev givet, 3) når den var indtaget.

”Sikkerhedsmæssigt er det måske det, der skal til for at sikre både sig selv og patienten, men bare det, at vi nåede at give medicinen, var top dollar. Og ofte blev alle tre ting dokumenteret ved dosering i medicinrummet. Det skaber jo en kæmpe risikofaktor, for hvad hvis patienten ikke fik pillen eller kastede den op?” siger hun.

AMiR langt væk

Heidi Hass Madsen sagde sit job op kort tid efter, hun var vendt tilbage fra barsel med tvillinger samt endnu en familieforøgelse i form af, at hendes mands to børn fra et tidligere forhold på seks og otte år også var flyttet ind hos familien.

”Under barslen fik jeg pludselig tid til en hobby, at holde avis og blive aktiv i lokalpolitik, men overskuddet forsvandt med det samme, jeg var tilbage. Forholdene var ikke blevet værre, men bestemt heller ikke bedre,” siger Heidi Hass Madsen

F.eks. var normeringerne altid sat efter, hvordan patientflowet så ud på en dag, hvor flertallet af patienterne var "grønne", og det skete sjældent.

Undskyld til alle!

Jeg ved godt, at jeg som sygeplejerske står med et kæmpeansvar, som jeg ikke kan leve op til.

ARBEJDELIV

HEIDI HASS MADSEN, SYD-DANMARK

DET KAN jeg sige, at det er svært, og jeg har lidt svært ved at gøre det godt nok, som sygeplejerske har jeg rigtig meget. Mange patienter hører og ser det, og det kan være rigtig svært for dem. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

Det er svært, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig godt, og det er det, som jeg gerne vil have. Men så er der også nogle, som har det rigtig svært, og det er det, som jeg gerne vil have.

”De forsøgte at rykke rundt på noget personale, og vi blev også opnormeret i en periode, men de skulle hele tiden finde besparelser og måtte f.eks. ikke bruge vikarer.

”De erfarne sygeplejersker søgte hurtigt videre, mens de unge og ret uerfarne sygeplejersker blev syge. Mange gik også ned med stress, så vi manglede konstant 1-2 sygeplejersker i hver vagt,” siger Heidi Hass Madsen.

I de første år var der kun én arbejdsmiljørepræsentant til at varetage alle med-

arbejdernes behov i de fire områder, som den nye fælles akutmodtagelse bestod af. På trods af hendes store faglige kunnen og mange års erfaring blev hun ikke brugt aktivt af hverken Heidi Hass Madsen eller hendes nærmeste kollegaer.

”Afstanden til hende var for stor, både mentalt og fysisk,” siger Heidi Hass Madsen. ▶

Hr. og fru Danmark skal vide, hvordan det er

Kommunikationsmedarbejder i Kreds Syddanmark, Stig Vognæs, anbefalede sygeplejerske Heidi Hass Madsen at sende sit læserbrev ”Undskyld til alle!” til dagbladet Politiken. Kredsens medarbejdere har jævnligt kontakt med sygeplejersker, der har lyst til at sige fra over for en presset hverdag.

”Jeg oplever, at flere og flere sygeplejersker har det som Heidi Hass Madsen. De er foruroligede og frustrerede og har måske forsøgt at ændre problemerne indefra, men uden held. Det er sygeplejerskerne meget magtpåliggende at fortælle hr. og fru Danmark, at de ikke er stolte af tilstandene, men nu skal ”I høre, hvorfor det er, som det er,” fortæller Stig Vognæs.

Han pointerer, at sygeplejersker generelt er gode til at sætte ord på deres frustrationer og bekymringer. Men indlæggene er som regel for lange, hvorfor han hjælper med at redigere dem og målrette dem lokale eller nationale aviser eller sociale medier som Facebook.

”Sygeplejerskerne ved i store træk godt, hvor grænsen går i forhold til deres tavshedspligt. Jeg hjælper dem primært med at prioritere, hvad der er allervigtigst at få fortalt. Der er ikke plads til det hele,” siger Stig Vognæs.

”Undskyld til alle” gav til både Stig Vognæs og Heidi Hass Madsens overraskelse tal tid i både aviser og landsdækkende tv og radio.

”Nogle når bare længere ud end andre, men dette læserbrev var meget velskrevet, personligt og fyldt med følelser, nærmest lidt desperat. Det virkede,” siger han.

I Dansk Sygeplejeråds fire andre kredse kan medarbejdere også hjælpe sygeplejersker med at tilrette og skarpvinkle debatindlæg og læserbreve om bl.a. sygeplejerskernes pressede arbejdsvilkår.

- Afdelingens udfordringer og personalets stressede hverdag blev dog løbende diskuteret med tillidsrepræsentanter, i det lokale medarbejderudvalg og også centralt. Og den nærmeste ledelse var på ingen måde afvisende.

”De forsøgte at rykke rundt på noget personale, og vi blev også opnormeret i en periode, men de skulle hele tiden finde besparelser og måtte f.eks. ikke bruge vikarer.”

Efter et par år sprang Heidi Hass Madsen selv ud som akutmodtagelsens anden arbejdsmiljørepræsentant. Hun opprioriterede bl.a. arbejdet med skadesanmeldelser i forhold til psykisk vold og trusler, og hun lagde stor vægt på at komme rundt til kollegerne for bl.a. at høre, hvordan de havde det, og også hvor godt de kendte til afdelingens forskellige procedurer, f.eks. i forbindelse med hjertestop. Hun opfordrede dem desuden til at indberette alle de utilsigtede hændelser.

”Men der skete så mange utilsigtede hændelser hver dag, hvornår skulle sygeplejerskerne have tid til at indberette dem alle?”

Del dine frustrationer

Rygtet om den pressede afdeling nåede også Arbejdstilsynet, som kom forbi flere gange. Men ifølge Heidi Hass Madsen uden den store effekt.

”Arbejdstilsynets besøg er ofte anmeldt, så den dag, de kommer, er der altid nok personale, og de, der evt. skal interviewes, er ofte udpeget af ledelsen. Derudover har vi måske generelt en tendens til at beskytte

os selv og kollegerne. Vi er bange for retssager og for at blive fyret, hvis vi udtaler os kritisk om noget. Vi passer på hinanden, og det skal vi også, men det er vigtigt, at kritisable forhold kommer frem, så der kan handles på dem, før der kommer lig på bordet,” siger hun.

I dag er Heidi Hass Madsen tilknyttet et privat vikarbureau, hvor hun primært tager vagter hos en handicappet pige.

”Nu har jeg tid til det sygeplejefaglige, det pædagogiske og det terapeutiske. Min tid går ikke med at leve op til en lang række procedurer og retningslinjer. Jeg kan rent faktisk udføre mit fag og nå at evaluere på, om det, jeg gør, er godt nok,” siger Heidi Hass Madsen.

Hun kan kun opfordre andre sygeplejersker til at dele deres frustrationer og konkrete eksempler fra deres pressede hverdag i læserbreve.

”For jeg ved, at de findes i hobetale derude. I dagene efter læserbrevet fik jeg masser af positive tilbagemeldinger fra sygeplejersker i lignende situationer. Men jeg ved, at det kan være svært at se det hele fra sidelinjen og beskrive det med ord, når man står midt i kaos.

Ved at fortælle om sine oplevelser i medierne håber Heidi Hass Madsen også at nå den ”almindelige” dansker.

”Når fagligheden er så presset, som den er, betyder det altså, at patienterne dør. Så jeg håber også, at min taletid i medierne kan være medvirkende til, at flere almindelige danskere og forhåbentlig også politikerne får øjnene op for, at det danske sundhedsvæsen skal prioriteres,” siger hun.

” Vi er bange for retssager og for at blive fyret, hvis vi udtaler os kritisk om noget. Vi passer på hinanden, og det skal vi også, men det er vigtigt, at kritisable forhold kommer frem, så der kan handles på dem, før der kommer lig på bordet.

→
Heidi Hass Madsen opfordrer andre sygeplejersker til at dele eksempler fra deres pressede hverdag i læserbreve, som hun selv gjorde.



Kend din vej i kaos

Hvor kan du som sygeplejerske søge hjælp, når din arbejdsdag er for presset, og det psykiske arbejdsmiljø halter?

Foto **Søren Svendsen**
Collage **Mathias Nygaard Justesen**

Utsigtede hændelser: Registrér alle, og husk at notere, hvorfor de fandt sted, f. eks. pga. travlhed.

Dokumentér overarbejde: Det er vigtigt, at du og dine kolleger registrerer evt. mer- og overarbejde, så der er konkret dokumentation for arbejdspresset.

Dine kolleger: Måske er en af dine kolleger uddannet til såkaldt trivselsmedarbejder eller stressvejleder og kan bistå med råd og vejledning.

Anmeld arbejdsskader: Antallet af arbejdsskader afspejler med stor sandsynlighed også, hvordan det fysiske og psykiske arbejdsmiljø har det.

Medierne: Gennem læserbreve og indlæg på sociale medier som Facebook samt i lokale og landsdækkende aviser kan du med fordel beskrive din pressede hverdag, så informationen kommer bredt ud til befolkningen alias patienter og pårørende og ikke mindst beslutningstagere.

HR-afdelingen: Her findes ofte arbejdsmiljøkonsulenter, som kan bistå ledelse og tillidsvalgte med at rette op på det dårlige arbejdsmiljø. De vil også kende til medarbejdertilbud, f.eks. psykologhjælp.

Arbejdstilsynet: Hos Arbejdstilsynet kan du telefonisk få vejledning og svar på spørgsmål om arbejdsmiljø samt anonymt klage over arbejdsmiljøet på din arbejdsplads.

TR/FTR: Det er godt at vende arbejdsmiljøproblemer med din tillidsrepræsentant eller fællestillidsrepræsentant, som begge vil kunne formidle kritik og bekymringer videre til bl.a. nærmeste leder og i MED-systemet.

AMIR: Den lokale arbejdsmiljørepræsentant er - uanset faggruppe - oplagt at gå til, da han/hun skal viderebringe information om dårligt psykisk arbejdsmiljø til arbejdsmiljøgruppen, hvor også ledere er repræsenteret, samt videre i det formelle medindflydelses- og medbestemmelsessystem, MED-systemet.

Din nærmeste leder: Jo før din leder bliver bekendt med, at arbejdsmiljøet er presset, jo bedre. Lederen ved det nok godt, men benyt - evt. i samarbejde med din arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentant - personalemøder og lign. til at diskutere omfang og mulige løsninger.

Afdelingen

Din lokale kreds: Dansk Sygeplejeråds fem lokale kredse understøtter primært de tillidsvalgte i arbejdet for bedre arbejdsforhold. De kan konkret gå i dialog med ledelsen om problemernes omfang og fastholde ledelsen på handling, ligesom du som medlem kan få rådgivning hos kredsens.

Uden for hospitalet

Søg mere viden om arbejdsmiljø her

- www.dsr.dk/arbejdsmiljø Dansk Sygeplejeråds materiale om arbejdsmiljø
- www.arbejdsmiljoviden.dk Videncenter for Arbejdsmiljø
- www.at.dk Arbejdstilsynet
- www.arbejdsmiljoweb.dk BrancheArbejdsmiljøRådene
- www.bar-sosu.dk BrancheArbejdsmiljøRådet Social og Sundhed
- www.etsundtarbejdsliv.dk BrancheArbejdsmiljøRådet Social og Sundhedsportal om psykisk arbejdsmiljø



SPIRIVA

2.0





Spiolto® RespiMat® (tiotropium og olodaterol) Forkortet produktresumé

Indikation: Symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de to aktive stoffer, atropin eller dets derivater (f.eks. ipratropium eller oxitropium) eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos 1,7% af patienterne og medførte seponering af behandlingen hos 0,1%. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, søvnløshed, hovedpine, atrieflimren, palpitationer, takykardi, hypertension, hoste, obstipation. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed*, herunder glaukom, bronkospasme, angioødem, anafylaktisk reaktion, urinretention, er anført i produktresuméet. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke bruges ved astma. Bør ikke bruges til behandling af akutte episoder af bronkospasme. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Forsigtighed bør udvises ved snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Undgå at få medicinen i øjnene. Mundtørhed kan på langt sigt medføre caries. *Nedsat nyrefunktion:* Ved moderat til svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør benefit/risiko ratio overvejes. *Kardiovaskulære virkninger:* Brug af langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister kan have en klinisk betydende kardiovaskulær virkning hos visse patienter, og skal måske seponeres. Forsigtighed bør udvises ved iskæmisk hjertesygdom, svær kardiell inkomensation, hjertearytmier, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, hypertension og aneurisme, patienter med krampestilstande eller tyreotoksikose, kendt eller mistænkt forlængelse af QT-intervallet. Forsigtighed bør udvises grundet begrænset erfaring ved myokardieinfarkt i anamnesen inden for det sidste år, ustabil eller livstruende hjertearytmi, patienter indlagt på grund af hjertesvigt inden for det sidste år, eller patienter med diagnosen paroxysmatisk takykardi. *Hypokalæmi:* Beta₂-adrenerge agonister kan medføre betydende hypokalæmi. Ved svær KOL kan hypokalæmi potentielt forårsage hypoksi og anden sideløbende behandling, hvilket kan øge følsomheden for hjertearytmier. *Hyperglykæmi:* Høje doser kan medføre forhøjet plasmaglukose. *Anæstesi:* Ved brug af halogenerede kulbrinter skal udvises forsigtighed. *Andet:* Bør ikke bruges sammen med andre langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister. Spiolto RespiMat bør kun anvendes én gang daglig. **Interaktioner*:** Samtidig brug af andre antikolinerge midler kan ikke anbefales pga. manglende data. Samtidig brug af andre sympatomimetika kan potentielt forårsage bivirkninger. Samtidig brug af xanthinderivater, steroider eller diuretika kan potentielt forårsage hypokalæmi. Betablokkere kan svække eller modvirke virkningen af olodaterol. MAO-hæmmere, tricykliske antidepressiva og QTc-forlængende lægemidler kan potentielt forstærke virkningen af Spiolto RespiMat på det kardiovaskulære system. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering*:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser:** Spiolto RespiMat inhalationsvæske 2,5 mikrogram/2,5 mikrogram: 1 RespiMat inhalator og 1 patron med 30 doser (60 pust). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 22.06.2015. Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 3915 8888, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com.

Spiriva® RespiMat® (tiotropium) Forkortet produktresumé

Indikation: Symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af Kronisk Obstruktiv Lungesygdom (KOL). **Supplerende vedligeholdelsesbehandling af voksne astmapatienter, som aktuelt får behandling med kortikosteroider til inhalation (≥ 800 µg budesonid/dag eller tilsvarende) og langtidsvirkende beta₂-agonister, og som har haft en eller flere svære eksacerbationer i løbet af det sidste år.** **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for tiotropium, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** *Almindelige (1-10%):* Mundtørhed er set hos hhv. 2,9% (vedr. KOL) og 1,2% (vedr. astma) - oftest mild og forbigående. *Ikke almindelige (0,1-1%):* Svimmelhed, hovedpine, hoste, pharyngitis, dysfoni, oropharyngeal candidiasis. Vedr. KOL: Obstipation, udslæt, pruritus, urinretention, dysuri. Vedr. astma: Søvnløshed, palpitationer, bronkospasme. *Sjældne (mindre end 0,1%)* bivirkninger samt bivirkninger med *ukendt hyppighed*, herunder atrieflimren, takykardi, glaukom, anafylaktisk reaktion, angioødem og tarmobstruktion inkl. paralytisk ileus (vedr. KOL). Bronkospasme, vedr. astma: Urinretention, er anført i produktresuméet. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke bruges til behandling af akutte episoder af bronkospasme. Forsigtighed bør udvises ved snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. *Nedsat nyrefunktion:* Ved moderat til svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance ≤ 50 ml/min) bør benefit/risiko ratio overvejes. *Kardiovaskulære virkninger:* Forsigtighed bør udvises ved nyligt myokardieinfarkt (for < 6 måneder siden); enhver ustabil eller livstruende hjertearytmi, eller hjertearytmi der krævede intervention eller en ændret medicinsk behandling, inden for det sidste år; indlæggelse på grund af hjertesvigt (NYHA klasse III eller IV) inden for det sidste år. *Andet:* Undgå at få medicinen i øjnene. Mundtørhed kan på langt sigt medføre caries. Frarådes ved cystisk fibrose. Tiotropium må ikke anvendes hyppigere end én gang daglig. **Interaktioner*:** Der er ikke set interaktioner ved anvendelse sammen med andre lægemidler til KOL og astma inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider, antihistaminer, mykolytika, leukotrien-receptorantagonister, cromoner og anti-IgE-behandling. Samtidig brug af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser:** Spiriva RespiMat inhalationsvæske 2,5 mikrogram: 1 RespiMat inhalator og 1 patron med 30 doser (60 pust). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé af 17.02.2015. Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com.

SPIOLTO

SPIOLTO®
RESPIMAT®
TIOTROPIUM & OLODATEROL 

Forskere frikender regionerne:

Det er danskernes sundhed der er skæv

En ny statusrapport fra Sundhedsministeriet viser store forskelle på behandlingstilbud, ventetider og overbelægning i regionerne. Men det er ikke udelukkende regionernes skyld, lyder det nu fra landets førende sundhedsøkonomer. Borgernes ulige sundhed giver skævhederne.

Tekst **Marianne Bom**

I Syddanmark skulle man sidste år vente ca. tre uger på at få en ny hofte, mens ventetiden i Nordjylland var mere end 11 uger. Tallene stammer fra den ny "Status på sundhedsområdet", som Sundheds- og Ældreministeriet udgav i anden uge af september.

Statusrapporten blev bebudet i regeringsgrundlaget i juni af Danmarks nye Venstre-regering, der gik til valg på, at regionerne nu fik "én chance mere for at bevise, at de er i stand til at løfte kvaliteten i vores sundhedsvæsen", herunder at sikre mere geografisk lighed. Venstre gav i sit valgoplæg "Prioritér Sundheden" regionerne én valgperiode - altså maksimalt fire år - til at løfte sundhedsvæsenet til "et nyt niveau i verdensklasse" ellers "må andre påtage sig opgaven", som det hed.

Den nye rapport viser, at der på nogle områder er store geografiske forskelle, mens der på andre næsten ikke er nogen. Det gælder f.eks., når man ser på, hvor mange kræftpakkeforløb der - samlet set - gennemføres inden for de anbefalede tider. Det gør ca. 80 pct. i samtlige regioner.

Tallene afspejler forskelle i befolkningen

Forskellene kommer ikke bag på sundhedsøkonomerne Jes Søgaard og Jakob Kjellberg, som *Sygeplejersken* har bedt om forklaringer på, at der selv i et lille land som Danmark kan være store forskelle på sundhedstilbuddene.

"Tallene ser ikke identiske ud i de forskellige regioner, og det er fair nok at få dem lagt frem. Men det interessante er, hvorfor

det ser forskelligt ud, og hvad man kan gøre ved det," siger Jakob Kjellberg, professor ved KORA, Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning..

En væsentlig forklaring er ifølge ham, at befolkningerne er forskellige i regionerne, og det påvirker mulighederne for behandling.

"Særligt Region Sjælland og Region Nordjylland har en forskellig profil i forhold til de andre. Her er der f.eks. flere med overvægt, mens der er flere med psykiatriske lidelser i Region Hovedstaden. Den sociale ulighed i sundhed slår igennem i tallene, og det ville være mærkeligt, hvis alt var ens, når nu regionerne er forskellige," siger Jakob Kjellberg, der også peger på forskellig økonomisk vækst og

Politiske holdninger til geografisk ulighed

Der er bred enighed blandt Folketingets sundhedspolitiske ordførere om, at det er et problem med store geografiske forskelle på sundhedsydelserne. Her er de ni ordføreres reaktioner på den ny rapport.

forskellige muligheder for at tiltrække kvalificeret personale.

Skyd ikke på regionerne

Regeringen har valgt at give sundhedssystemet et tjek set gennem regionale briller. Regeringen har valgt at give sundhedssystemet et tjek set gennem regionale briller. Og ældre- og sundhedsminister Sophie Løhde satte også netop spot på regionerne, da rapporten blev præsenteret:

”Jeg kan godt forstå, hvis der er borgere rundt om i landet, som hverken kan forstå eller vil acceptere, at de skal vente i længere tid på en operation eller på at blive udredt, bare fordi de tilfældigvis bor på den ’forkerte’ side af regionsgrænsen. Det vil jeg heller ikke acceptere, for det skal ikke være postnummeret, der afgør, hvilke behandlingstilbud patienterne får.” Med afsæt i rapportens konklusioner, vil ministeren nu øge den geografiske lighed i behandlingstilbudene.

Men rapporten kan ikke bruges som skyts mod regionerne ifølge de to forskere. De påpeger, at Sundhedsministeriet havde

fundet mindst lige så store forskelle, hvis den havde sammenlignet kommunerne.

”Forskellene mellem Albertslund og Gentofte er meget større end mellem

nogle af regionerne pga. de sociale forskelle. Så den nye rapport skal ses i en politisk kontekst og de dagsordener, der har været, for og imod regioner. Det her

Eksempler på geografisk ulighed

- Kræftpakker: Region Nordjylland har den laveste andel af lungekræftforløb gennemført inden for standardforløbstiden (64 pct.), mens Region Syddanmark har den højeste (87 pct.).
- Hjertepakker: 80 pct. af stabile hjertekramper behandles inden for standardforløbstiden i Region Nordjylland, mens Region Sjællands andel er på 38 pct.
- Ventetid på genoptræning: Betydelig forskel i medianventetiden mellem kommunerne inden for den enkelte region. Ventetiden varierer fra 11 til 32 dage i Region Nordjylland.
- Akutte genindlæggelser: Slagelse Kommune har højest genindlæggelsesfrekvens på godt 10 pct. - fire gange højere end Lyngby-Taarbæk og Gentofte Kommune.
- Første psykiatriske sygehuskontakt: Region Sjælland har landets laveste ventetid med 22 dage, mens Region Nordjylland har landets højeste med 49.

Kilde: ”Status på sundhedsområdet”. Sundheds- og Ældreministeriet, september 2015.

Her kunne man også læse, at i Region Sjælland fik to tredjedele en diagnose fra hospitalet inden for fristen på 30 dage. Det samme gjorde kun godt halvdelen i Nordjylland. Til gengæld gik det i Nordjylland relativt godt med at gennemføre pakkeforløbet for patienter med ustabile hjertekramper. 86 pct. fik pakken til tiden mod blot 58 pct. i Region Hovedstaden.

Men forskellene kommer, når man zoomer ind på udvalgte kræfttyper. F.eks. overholdt Region Sjælland kun standardforløbstiden i 65 pct. af tilfældene af kirurgisk behandling af kræft i tyk- og endetarmen. I Region Midtjylland skete det i 91 pct. af tilfældene.



Alternativet
**Carolina
Magdalene Maier:**

”Der er langt større udfordringer i sundhedsvæsenet, som rapporten stort set ikke forholder sig til. Den ser kun på forskelle i forhold til f.eks. ventetid til behandling og udredning, ikke i forhold til behandlingsresultater. En stor udfordring er den sociale ulighed, som er steget i de seneste 20 år. En anden kæmpe udfordring er de stigende medicinpriser. Medicinpriserne er en tikkende bombe under vores sundhedssystem, og får vi dem ikke stabiliseret, kan det være ganske nytteløst at tale om regionale forskelle på sundhed. For så vil fremtidens sundhedsvæsen se markant anderledes ud.”



Venstre
Jane Heitmann:

”Det er helt urimeligt, at ikke alle får deres ret, og det kan være postnummeret, som afgør kvaliteten af borgernes behandlingstilbud eller ventetiden på behandling. Lad mig komme med to eksempler: I Region Nordjylland udredes 52 pct. af patienterne til tiden, mens det sker for 66 pct. i Region Sjælland. I Region Nordjylland gennemføres kun seks ud af 10 pakkeforløb på lungekræftområdet til tiden, hvor det i Region Syddanmark sker i ni ud af 10 tilfælde. Det er en bunden opgave de kommende år at få reduceret den uforklarlige geografiske ulighed - og regeringen og regionerne er enige om dette væsentlige fokuspunkt.”



Socialistisk Folkeparti
Jonas Dahl:

”I SF er vi meget optaget af ulighed i sundhed, det være sig såvel i forhold til geografi som indkomst. Derfor er vi også optagede af at bekæmpe den ulighed, som gør, at bestemte grupper dør før andre. Det kan ikke passe, at postnummeret afgør, om man lever 10 år længere end mennesker med andre postnumre. Derfor er der også brug for sundhedspolitiske initiativer, der bekæmper uligheden i sundhedsvæsenet.”

► er en måde at udstille det regionale system på,” mener Jakob Kjellberg.

”Jeg synes ikke, at vi har store forskelle på udbudssiden (sygehusene, red.). Forskellene på efterspørgselsiden (borgerne, red.) er formodentlig mindst lige så store. Man skal passe på at fortolke de her data for hårdt. De er fine at have som udgangspunkt for nogle videre analyser og opmærksomhedspunkter. Men hver gang man graver i tallene, så bliver sandheden mere kompliceret skruet sammen,” siger Jakob Kjellberg og uddyber:

”Ikke engang statistikken, som viser overbelægning på medicinske og geriatriske afdelinger i flere regioner, er så klar, som man skulle tro. Det handler ikke altid om patienter på gangene. Det kan også være udtryk for, at en patient er flyttet til en anden afdeling og får behandling af udmærket kvalitet, men alligevel tæller patienten som overbelægning det første sted.”

Jes Søgaard, adjungeret professor ved Aarhus Universitet og afdelingschef for Dokumentation og Kvalitet i Kræftens Bekæmpelse, har også mange forbehold

over for tallenes pålidelighed. Nogle af dem påpeger Sundhedsministeriet i øvrigt selv.

Ligesom Jakob Kjellberg anerkender Jes Søgaard, at der er geografiske forskelle, og ”for den enkelte patient er det jo katastro-

peger Jes Søgaard, at der er sværest adgang til sundhedsydelser i de egne, hvor der er en ophobning af sundhedsproblemer. Det gælder den vestlige del af Region Nordjylland og den vestlige og sydlige del af Region Sjælland.

” Det har ikke noget at gøre med, at det regionale system ikke fungerer. Det er nogle objektive vilkår, der er forskellige, fordi vi har en stigende geografisk ulighed i socioøkonomisk forstand.

Jes Søgaard, adjungeret professor ved Aarhus Universitet.

falt at opleve at måtte vente, når man har fået en alvorlig diagnose,” siger han.

De to sundhedsøkonomer kan bare ikke præcis se, hvilke og hvor slemme forskellene er i rapporten. Men listen af mulige overordnede forklaringer er de to enige om:

- Geografisk lang afstand til sundhedstilbud giver større risiko for tilbud af dårligere kvalitet.
- Social ulighed medfører ulighed i sundhed. Derfor er det særligt uheldigt, på-

- Mangel på ressourcer i form af læger og speciallæger i yderområderne og nogle gange mangel på prioritering af økonomiske ressourcer.
- For lidt fokus på, at knap så gode behandlingstilbud kan lære af de rigtig gode.
- Samarbejdet mellem kommuner, praktiserende læger og sygehuse er ikke alle steder nået lige langt, selv om en stadig større del af opgaverne varetages i den ”trekant”.



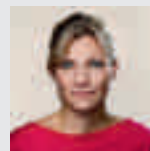
Socialdemokraterne
**Flemming Møller
Mortensen:**

”Alle borgere - uanset hvor - skal have adgang til sundhedsydelser i det offentlige sundhedsvæsen af samme høje kvalitet. Det er et ufravigeligt mål for mig som socialdemokrat. Det er et faktum, at selv om vi er et lille land, ser vi store forskelle i sundhed fra egn til egn. Det er et andet faktum, at jo længere væk fra København og Aarhus desto færre speciallæger er der til at dække befolkningens behov, og det er en ulighed, som slår igennem i forhold til behandlingen. Det er en udfordring at få udlignet den ulighed for regionerne, og det er også en stor opgave for mig som politiker.”



Liberal Alliance
May-Britt Katstrup:

”Det er vigtigt, at alle patienter har adgang til behandlinger af høj kvalitet, uanset hvor de bor i landet. Derfor arbejder vi også på at styrke og udvide valgfriheden, så patienterne i endnu højere grad kan søge derhen, hvor de oplever den bedste behandling - også selvom den finder sted på et privat hospital eller i udlandet. Derudover er de regionale forskelle i sundhedsydelserne endnu et argument for helt at afskaffe regionerne, så vi kan sikre en mere ensartet behandling.”



Radikale Venstre
Lotte Rod:

”Det er et problem, når man som borger oplever, at man ikke kan få den hjælp, man har brug for, fordi man tilfældigvis bor på den ene side af en regionsgrænse. Men samtidig er det vigtigt, at vi har regioner med et politisk led, som er tæt på de mennesker, som det handler om. Vi må undersøge, hvad grunden er til de her forskelle, og finde mønstre i det. Nogle forskelle kan jo skyldes, at man har prioriteret, fordi det hele ikke kan lade sig gøre. Men grundlæggende tyder det på, at vi har et problem i at lære af hinandens gode eksempler.”

"Nogle steder halter det med de praktiserende læger. Enten i samarbejdet med dem, eller også er der for få af dem. Andre steder er kommunens hjemmepleje måske ikke helt tilpasset den hast, hvormed patienterne udskrives fra hospitalerne," siger Jes Søgaard. Men generelt er der sket et stort kvalitetsløft i dette samarbejde i de seneste år:

"Husk på, at kommunerne først fik det større ansvar på sundhedsområdet i 2007, så der vil efterhånden komme me-

re ensartethed. Jeg plejer at bruge den sammenligning, at det tager 20 år at udvikle et nyt lægemiddel. Hvorfor skulle man så lige pludselig kunne opfinde nye, kommunale nærhedssundhedstilbud på kort tid?" siger Jes Søgaard.

Hvor vil I selv helst bo?

Selv om eksperterne har mange forbehold over for Sundhedsministeriets geografiske sammenligning, er det ikke lige fedt for sundheden, hvilken region man

bor i. Ingen af de to vil dog udpege den region, de selv har mindst lyst til at bosætte sig i.

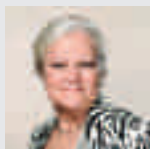
"Det er klart, at hvis du vælger at bosætte dig et sted, hvor det er svært at få praktiserende læger ud, og det måske er svært at fastholde dygtige sygehuslæger, så er det da noget, man kunne tænke over. Men det har ikke noget at gøre med, at det regionale system ikke fungerer. Det er nogle objektive vilkår, der er forskellige, fordi vi har en stigende geografisk ulighed i socioøkonomisk forstand," siger Jes Søgaard, mens Jakob Kjellberg konstaterer, at han er tilfreds med at bo i hovedstaden:

"Der hvor jeg bor, er der inden for en radius af 10 km fire sygehuse, tre af dem højt specialiserede akutsygehuse. Det er bedre end at bo 100 km fra et akutsygehus, det er det da. Ovenikøbet har sygehuse her i hovedstaden relativt let ved at rekruttere personale. Men betyder det så, at der er dårlig behandling de andre steder, hvor der ikke er 1,5 millioner mennesker, der gerne vil bo? Nej, det gør det ikke nødvendigvis. Ikke hvis de overholder de landsdækkende standarder."

Opskrift på mere geografisk lighed

- Sundhedskampanjer, der er målrettet de socialt dårligst stillede. De gængse budskaber om "Det er usundt for dig. Vi synes, du skal lade være" virker klart bedst på de socialt bedre stillede og er i virkeligheden med til at øge uligheden.
- Forbud mod rygning i det offentlige rum samt højere fedt- og sukkerafgifter.
- De mindre dygtige sundhedsudbydere skal have større motivation og mulighed for at lære af de dygtigste.
- Større incitamenter for lægerne til at arbejde længere væk fra universitetsbyerne.
- Tilbud om behandling i andre regioner og på privathospitaler, når kapaciteten mangler. På længere sigt: Sørg for at uddanne læger med de specialer, der - bl.a. dokumenteret af organisationen Yngre Læger - bliver behov for.

Kilde: Jes Søgaard og Jakob Kjellberg.



Dansk Folkeparti
Liselott Blixt:

"Forskellene på, hvordan man bruger f. eks. udrednings- og behandlingsgarantier er en af grundene til, at vi gerne vil af med regionerne. Når det så er sagt, så kan tal være taknemmelige og misvisende. Der kan f.eks. være folk, der siger, "Jeg er godt tilfreds med mit lokale sygehus, jeg vil gerne vente, til de har tid til at behandle mig". Vi bliver nødt til at finde ud af, hvad forklaringerne er. Jeg tror, at forskellene bliver mindre, hvis vi får et landsdækkende sygehusvæsen. Vi ser jo, at man kan få en bestemt medicin i en region mod psoriasis, men ikke i en anden. Hvorfor kan man ikke køre det mere ensartet?"



Det Konservative Folkeparti
Mette Abildgaard:

"Vi har besluttet at have en struktur i Danmark, hvor vi har regioner, og så længe man har regionerne, vil der være forskel. Nogle prioriterer f.eks. højt at have sansefødestuer, mens andre har sat massivt ind i forhold til patienter med KOL. Men dér hvor der er nationale retningslinjer, f.eks. kræftpakker, kan regionerne ikke bare gøre, hvad de har lyst til. Dér er det et kæmpestort problem, at det ser ud til, at der er stor forskel mellem de forskellige landsdele. Det kan ikke være rigtigt, at man som kræftpatient skal føle sig mere udsat, fordi man bor i den ene region frem for den anden."



Enhedslisten
Stine Brix:

"Det er helt åbenlyst, at man skal have lige muligheder for at være sund og få god behandling. Der er stor forskel på, hvad regionerne har af muligheder, og det afspejler sig i den geografiske ulighed. F.eks. er der spørgsmålet om specialer og speciallæger. Centraliseringen af specialer er gået for vidt på nogle områder, og det betyder noget for muligheden for at rekruttere specialuddannede sygeplejersker og læger ude i de områder, som ligger længere væk fra de steder med mest avancerede specialer. Men vi skal selvfølgelig ikke tilbage til dengang, da alle sygehuse lavede præcis det samme."



Pensionade på plejehjemmet

Tekst **Mille Dreyer-Kramshøj**
Foto **Michael Drost**

For 17. år i træk afholdt Tangshave Bo- og Aktivitetscenter den årlige Pensionade i slutningen af august. Her mødes ældre fra forskellige daghjem i Sønderborg Kommune og dyster i hold på bl.a. støvlekast, minigolf, boccia og ringridning. På billedet ses Erik Jensen i fuld koncentration på ringridningsbanen. "Det er en god måde at holde sig i gang på og få dyrket lidt motion, og flere af holdene træner gennem vinteren. De får trænet krop og motorik med bl.a. balance- og kasteøvelser, men også hjernen ved deltagelse i quiz. Det giver et godt grin og socialt samvær," fortæller centerleder og sygeplejerske Lisbeth Andersen, som selv er med for 15. gang.



DER ER IKKE TID TIL AT MÅLE KORREKT BLODTRYK

Patienten sidder ved bordet i konsultationen med manchet på armen sammen med en sygeplejerske og fortæller, at han fik kaffe og en ostemad til morgenmad, imens han får målt sit blodtryk. Det er hyggeligt. Det er hurtigt. Det er normalt. Det er en klassisk konsultationsblodtrykmåling, men det er ikke hensigtsmæssigt.

Dansk Hypertensionsselskab anbefaler, at patienten skal hvile i mindst fem minutter inden målingen, at patienten får målt blodtrykket i et rum alene, og at patienten får målt det flere gange. Det er nødvendigt for at sikre, at sygeplejersker og læger kan tage beslutning om medicinering og behandling på et ordentligt grundlag.

Det mener også overlæge på Blodtrykscentret på Aarhus Universitetshospital, Kent Lodberg Christensen, som fortæller:

”Der måles alt for mange dårlige og ukorrekte blodtryk, som medfører forkerte kliniske beslutninger.”

Faldtraumer og dårlig tilværelse

Hvis en patient fejlbehandles for sit blodtryk, kan eftervirkningerne være voldsomme. En patient, der bliver behandlet for forhøjet blodtryk med den forkerte medicin, dosis eller slet ikke har brug for be-

For patienten kan det få alvorlige konsekvenser, hvis blodtrykket bliver målt forkert. En ny undersøgelse viser, at kun 7 pct. af sygeplejerskerne altid følger retningslinjerne fra Dansk Hypertensionsselskab. De, som ikke følger dem, angiver mangel på tid som hovedårsag.

Tekst **Vinni Yang Søgaard**
Foto **Nils Lund Pedersen**

handling, risikerer bivirkninger, der påvirker patientens hverdag drastisk:

”Der kan ske faldtraumer. Det kan også være, at patienten får en dårlig tilværelse med meget svær svimmelhed og dårligt kan stå ud af sengen,” fortæller Kent Lodberg Christensen.

Og det er ikke alt. Det kan også have økonomiske konsekvenser for patienten:

”Det koster mange penge at købe blodtryksmedicin, så det kan ramme nogle af de patienter hårdt, der ikke har så mange penge at gøre godt med, som f.eks. pensionister.”

Derfor understreger han, at det er meget vigtigt at være grundig, når man måler blodtryk.

Sygeplejerske startede det hele

Vinteren 2014 skrev sygeplejerske Anette Sjørsløv Christensen en faglig artikel til

Sygeplejersken nr. 11 med titlen ”Mål Blodtrykket Korrekt”. På sin arbejdsplads ser hun nemlig mange patienter, der aldrig har fået målt blodtryk efter Dansk Hypertensionsselskabs retningslinjer.

”I den Kardiovaskulære og Metaboliske Forebyggelsesklinik på Odense Universitetshospital møder man ofte patienter, der ved forundersøgelsen oplyser, at de aldrig tidligere har hvilet 5-10 minutter, inden blodtryksmålingen finder sted, hvilket er en af de afgørende forberedelser før korrekt blodtryksmåling.”

Tidsmangel er en vigtig faktor

Som opfølgning på Anette Sjørsløv Christensens faglige artikel om, hvilke konsekvenser det kan have for patienterne, satte *Sygeplejersken* en undersøgelse i gang, foretaget af Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling og Megafon.

468 sygeplejersker, der alle har konsultationsblodtryksmåling som en del af deres daglige arbejdsopgaver, har besvaret spørgsmålene i den nye undersøgelse. Ud af de 468 sygeplejersker følger kun 7 pct. af sygeplejerskerne alle retningslinjerne fra Dansk Hypertensionsselskab. Resten har enten ikke tid eller

kender ikke til retningslinjerne. Halvdelen af dem, der ikke følger alle retningslinjer, angiver tidsmangel som en af årsagerne til, at de ikke altid får målt blodtrykket efter Dansk Hypertensionsselskabs anbefalinger. En af sygeplejerskerne skriver i besvarelsen:

"Konsultationen varer ofte 15 minutter. I mit arbejde måles blodtryk kun, når patienten skrives op til operation. Det kan simpelthen ikke nås indenfor den afsatte tid, og vi har desværre ikke et rum, vi kan benytte, så lægen kan gå videre med næste patient."

Forkerte kliniske beslutninger

Det kan dog påvirke resultatet af målingen, at patienten sidder over for personalet.

Hvis patienten blot skal screenes for hypertension, skulle det ifølge Dansk Hypertensionsselskab være acceptabel praksis at udføre en klassisk konsultati-

Det anbefaler Dansk Hypertensionsselskab

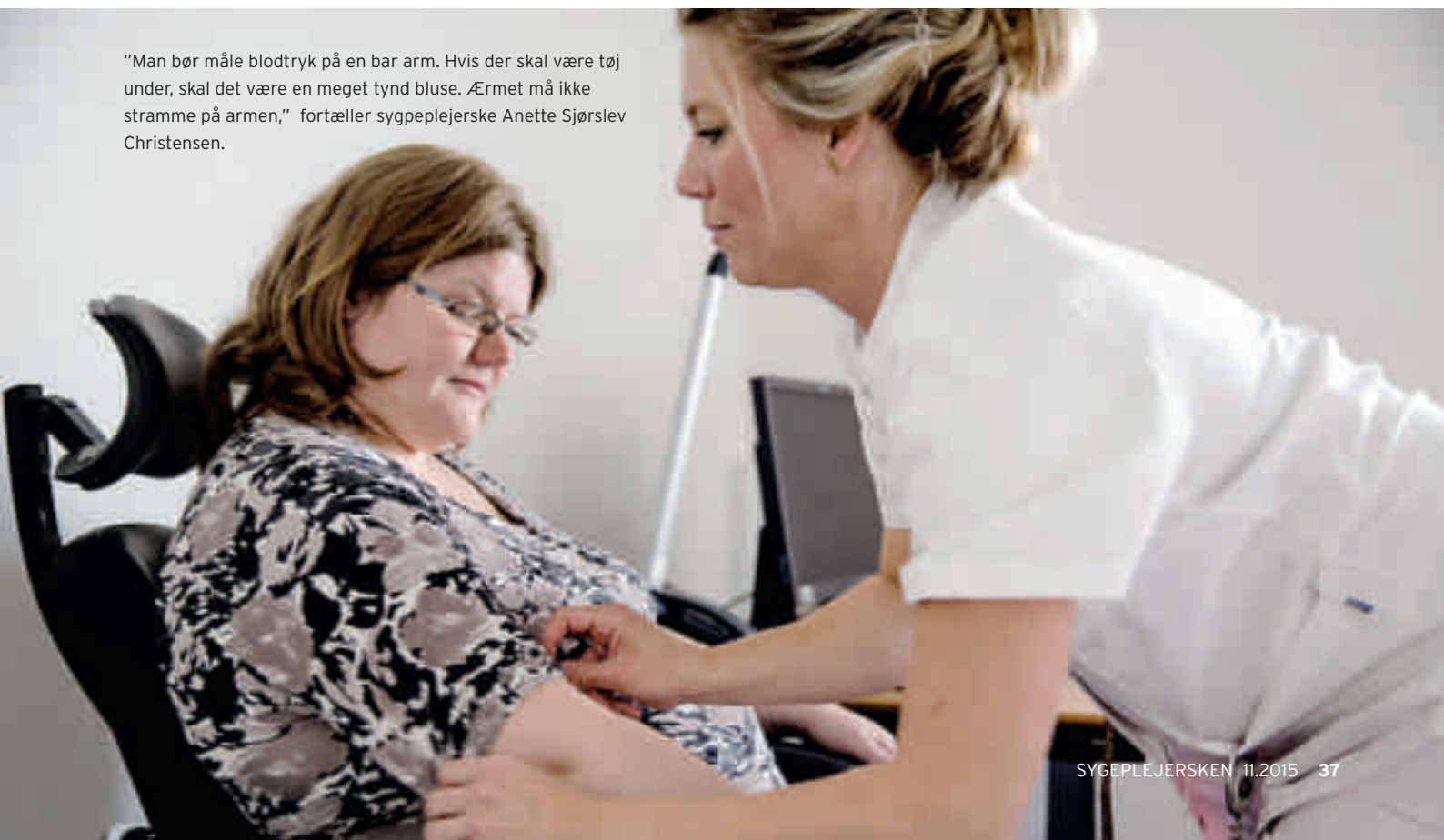
- Klassisk konsultationsblodtryksmåling, hvor personale sidder over for patienten under målingen, anvendes kun til screening for hypertension.
- For at afsløre armforskelle måles ét blodtryk på en arm, to på den anden arm og herefter en gang på den første arm. Armen med den højeste værdi anvendes til fremtidig blodtryksmåling. Automatiske apparater, der måler begge arme samtidig, kan med fordel bruges til det.
- Patienten må ikke have røget 30 minutter inden målingen.
- Patienten skal hvile mindst fem minutter inden målingen.
- Patienten må ikke tale under målingen.
- Patienten skal sidde alene i et roligt rum med stuetemperatur i en stol med ryglæn uden korslagte ben og med en afslappet skulder med manchetten i hjertehøjde.
- Manchetten anbringes tætsiddende på overarmen uden at stramme. Den skal placeres med underkanten et par cm over albuebøjningen.

Kilde: Dansk Hypertensionsselskab, www.dahs.dk

onsmåling, hvor en sundhedsperson sidder over for patienten og manuelt eller automatisk måler blodtrykket. Men selv

ved screening kan Kent Lodberg Christensen se visse problemer ved den fremgangsmåde: ▶

"Man bør måle blodtryk på en bar arm. Hvis der skal være tøj under, skal det være en meget tynd bluse. Ærmet må ikke stramme på armen," fortæller sygeplejerske Anette Sjørøsløv Christensen.



► "De lidt yngre har en tendens til at få målt for lavt blodtryk hos lægen, da de kan have normalt blodtryk dér og forhøjede værdier hjemme. Så overser man, at 10-15 pct. af unge faktisk har det, man kalder maskeret hypertension," siger han og fortæller, at det også kan være et problem, hvis en patient har for lavt blodtryk og får forhøjet blodtryk hos lægen. Blodtrykket vil derfor, måske på grund af nervøsitet, komme til at se forhøjet ud. Disse fejltagelser er mere almindelige, end man skulle tro.

"Når blodtrykket ikke måles korrekt, giver det forkerte kliniske beslutninger på ca. en ud af tre patienter," fortæller han og henviser til interne studier, han har været med til at lave på Aarhus Universitetshospital, og et stort antal internationale opgørelser.

Kun 11 pct. måler begge arme

I undersøgelsen fra Dansk Sygeplejeråd noterede sygeplejerskerne, hvilke af anbefalingerne fra Dansk Hypertensionsselskab de udførte ved blodtryksmåling. En af anbefalingerne er, at for at afsløre armforskel skal der måles ét blodtryk på en arm, derefter to på den anden arm og til sidst én gang på den første arm. Armen

med den højeste værdi anvendes til fremtidig blodtryksmåling. Kun 11 pct. gør altid eller oftest dette ifølge besvarelsene.

"Vi har ikke tid til at måle blodtrykket flere gange," skriver en sygeplejerske i sin besvarelse og forklarer, at hun arbejder på en kræftafdeling, hvor patienten kan være påvirket af dårlige nyheder, når de får målt blodtryk.

Kendskab til retningslinjer skal øges

Efter tidsmangel er ukendskab den hyppigste årsag til, at sygeplejersker ikke følger retningslinjerne for korrekt blodtryksmåling. Det har 40 pct. af sygeplejerskerne svaret i undersøgelsen, hvor de kunne angive flere årsager.

32 pct. af sygeplejerskerne har desuden ikke de fysiske rammer til at måle blodtrykket korrekt. Der mangler både det rigtige udstyr og lokaler, giver de udtryk for i besvarelsene.

Med få anbefalinger kan klinisk blodtryksmåling blive mere korrekt ifølge Kent Lodberg Christensen. Ledelsen skal beslutte at prioritere det. Både med det rigtige udstyr, et lokale til blodtryksmålingen og bedre systematisering af blodtryksmålingen:

"For det første kan man bede patienten

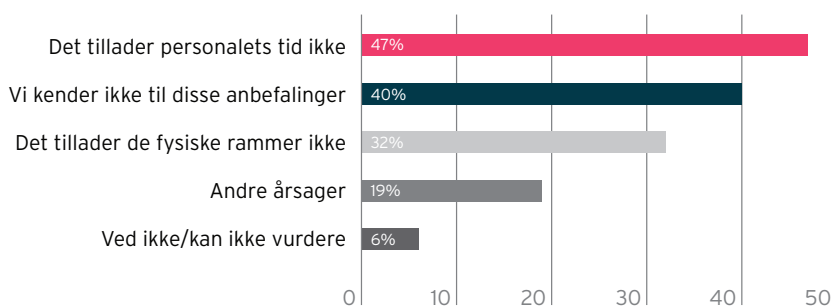
om at møde et kvarter tidligere, så der er tid til at udføre gode blodtryksmålinger. Det er ikke personalet, som kommer til at bruge ekstra tid, men patienten," fortæller han og forklarer:

"Man bør fjerne blodtryksapparaterne fra konsultationsrummene, sådan at blodtrykket måles i et separat rum, hvor patienten kan sidde alene uden at se resultatet af målingerne undervejs."



"Mange af vores patienter fortæller, at de aldrig har fået målt blodtryk med automatisk udstyr, hvor de sidder alene i et rum. Ofte er der ikke det rigtige udstyr eller lokaler," fortæller Anette Sjørslev Christensen.

Årsager til, at blodtryksmålingen ikke altid foretages efter Dansk Hypertensionsselskabs anbefalinger?



N = 446 sygeplejersker, som arbejder med konsultationsblodtryksmåling i deres daglige arbejde, og som ikke altid følger alle fire anbefalinger fra Dansk Hypertensionsselskab. Deltagerne kunne vælge mere end et svar. Derfor summerer søjlerne ikke 100 pct. Kilde: DSR Analyse og MEGAFON juni 2015.



"En af konsekvenserne ved, at der ikke måles korrekt blodtryk, kan være, at patienten bliver overmediceret. Så kan patienten få unødvendige bivirkninger som hoste og svimmelhed," fortæller Anette Sjørsløv Christensen.



I 2014 skrev sygeplejerske Anette Sjørsløv Christensen en faglig artikel til *Sygeplejersken* med titlen "Mål Blodtrykket Korrekt". På sin arbejdsplads ser hun nemlig mange patienter, der aldrig har fået målt blodtryk efter Dansk Hypertensions­selskabs retningslinjer.

Blodtryksmåling er mere kompliceret end som så. På University College Sjælland i Næstved prioriterer man at gøre de sygeplejestuderende fortrolige med håndværket, så de har mod på at forsøge sig med blodtryksmåling ude i den virkelige verden.



FORNEMMELSE FOR BLODTRYK

Tekst **Vinni Yang Søgaard**
Foto **Christoffer Regild**

Sandra Alfastsen på 20 år ligger på en seng ved vinduet i det store øvelokale. Klar til at få taget blodtryk af sine medstuderende på University College Sjælland i Næstved.

“Vi skal først og fremmest finde en manchete, der passer til Sandras arm, og vi har nogle forskellige muligheder her i kassen,” siger underviser Britt Højgaard Steen til studerende Louise Linck og peger på centimetermålet på manchetten.

“Du kan så lige prøve at måle Sandras arm først. For det er vigtigt for korrekte målinger at bruge den rigtige manchete.”

På sygehusene er elektroniske måleinstrumenter efterhånden blevet normen, men de findes ikke på University College Sjælland i Næstved.

“Det er, fordi vi synes, det er vigtigt, at man kan måle et manuelt blodtryk, da det



↑ På University College Sjælland i Næstved bliver de studerende undervist med blodtryksmåleudstyr til manuel måling. Det skyldes bl.a. økonomi, men også for at give de studerende en føling med den håndværksmæssige del af blodtryksmåling samt en viden om, hvordan en puls skal ligge.

ikke er alle steder, man har et elektronisk blodtryksmåleapparat,” fortæller Britt Højgaard Steen og uddyber:

“Det er vigtigt, at eleverne får en fornemmelse af, hvad de egentlig skal lytte efter. Der er noget viden i at kunne måle en puls og finde ud af, hvordan den skal ligge. Desuden kan målinger med elektroniske apparater vise unøjagtigheder, hvis patienten har rytmeforstyrrelser.”



← Det er vigtigt, at Sandra Alfastsen lærer at lytte efter, når hun måler blodtryk. Også selvom det bare er på studiekammeraten Kimmie Heine.



↑ De studerende nyder den praktiske del af undervisningen. Også selvom det virker lidt opstillet med fotografere, journalister, og man skal spille rollen som patient.



↑ Når man er færdig med blodtryksmålingen, skal man huske at spritte af, så det er rent til den næste, der skal bruge det.

→ Det er nødvendigt for en korrekt blodtryksmåling at finde den rigtige manchete, der passer til armstørrelsen. Derfor måler de studerende med et målebånd, før de sætter manchetten på.

← Der går noget tid før Louise Linck kan se, hvad medstuderende Kimmie Heines blodtryk er. De venter spændt.



Sygeplejersker skal træde ind i det åndelige rum

Selvom en patient har en stor pårørendeopbakning, er det altid sygeplejerskens opgave at stille spørgsmål til åndelige behov, mener tre fagfolk indenfor åndelig omsorg. Drop automatikken og indtag det religiøse rum, lyder rådene.

Tekst **Signe Lene Christiansen** • Foto **IStock**

Familien tror, at personalet klarer den åndelige omsorg, og personalet tror, at familien klarer det. Sådan ser scenariet med åndelig omsorg nogle gange ud på en hospitalsafdeling eller et hospice. Men selvom en patient er omgivet af pårørende, er omsorg for den døendes åndelige sider en del af sygeplejerskers arbejde, ifølge Vibeke Østergaard Steinfeldt, der er cand. cur. og underviser i åndelig omsorg på University College Sjælland.

“Åndelig omsorg handler om, hvordan man kan hjælpe et menneske til at udfolde livet på trods af, at livet i nogle patienters tilfælde snart er slut. Det kræver nysgerrig dialog med udgangspunkt i patienten selv. Også selvom der er en stor familie til

at hjælpe,” forklarer Vibeke Østergaard Steinfeldt, der både har skrevet bøger og ph.d. om emnet.

“Selvom familien er der, betyder det jo ikke, at de kan varetage opgaven med åndelig omsorg, eller at patienten ønsker, at det er de pårørende, der varetager den opgave,” siger underviseren og fremhæver, at åndelig omsorg ikke nødvendigvis kun handler om at udføre religiøse ritualer såsom altergang eller recitering af koranvers, men også kan handle om at skabe et hjemligt og kærligt rum for patienten.

Religion er en privatsag

Formand for Dansk Kristelig Sygeplejeforening Grete Schärfe genkender billedet af, at åndelig omsorg i nogle tilfælde bliver placeret hos de pårørende. Hun har selv både undervist i emnet og arbejdet på hospice i mange år.

“Der er forskel på at respektere, hvis patienten foretrækker, at pårørende tager sig af åndelig omsorg og til bare automatisk at overlade det til de pårørende. Uanset hvad skal sygeplejersken altid være opmærksom på, at eventuelle åndelige behov bliver varetaget,” siger Grete Schärfe og fremhæver, at det for mange sygeplejersker kan være en vanskelig opgave, fordi religion bliver betragtet som en privatsag.

“Vi kan svigte patienten, hvis vi ikke tør gå i dialog om åndelige spørgsmål eller går ud fra, at andre tager sig af det. Man risike-

rer simpelthen, at opgaven bliver forsømt, og at patienten bliver efterladt ensom, forvirret og uden ro i sjælen,” fortsætter hun.

Hun opfordrer sygeplejersker til at forhøre sig hos de pårørende, dele erfaringer personale imellem og ikke mindst selv tage stilling til åndelighed og religion. For hvis man selv er afklaret, kan det være lettere at gå ind i samtalen, mener formanden for Dansk Kristelig Sygeplejeforening.

Identificere og understøtte

Også hospitalsimam og koordinator af Etnisk Ressourceteam, Naveed Baig, der i mere end 10 år har bistået københavnske hospitaler med åndelig omsorg, mener, at sygeplejersker skal gøre sig klart, hvad åndelig omsorg er, så de bedre kan være opmærksomme på patientens behov. Han arbejder med et generelt og et specifikt plan, når det kommer til åndelig omsorg. Og især på det generelle plan har sygeplejersker en rolle at spille.

“Det er sygeplejersken, der skal identificere og understøtte behovene, og dermed sikre, at religionen bliver imødekommet, mens de specifikke behov såsom at bede f.eks. kan varetages af en imam, en præst eller familien,” siger han og fortæller, at han både har set eksempler på sygeplejersker, der har overladt den åndelige omsorg til de pårørende, og på dem, der selv er gået i dialog om religion med patienten og direkte har hjulpet patienter.

“De tilstedeværende pårørende, uanset om de er muslimer eller ej, har en naturlig rolle både i den generelle og specifikke åndelige pleje. Det vigtige er, at personale og pårørende definerer rollefordelingen,” siger Naveed Baig.

Gå ind i det hellige rum

Cand. cur. Vibeke Østergaard Steinfeldt er enig i, at nogle åndelige praksisser bliver bedst varetaget af familien, fordi det som regel vil være trygt for patienten. Det betyder dog ikke, at man kan gå ud fra, at familien gør det. Faktisk skal sygeplejersker helt droppe automatik-tankegangen indenfor religion og åndelighed, siger hun.

Derfor opfordrer underviseren også alle sine studerende til at vove sig ind det religiøse og åndelige rum. Også selvom det kan føles grænseoverskridende.

Kilde: “Hospice – et levende hus: analyse af levend liv og omsorg på hospice som bidrag til forståelse af åndelig omsorg: Ph.d.-afhandling”, Vibeke Østergaard Steinfeldt, 2013.

Den samme opfordring lyder fra hospitalsimam Naveed Baig, der dog understreger, at det også kan være vigtigt og en del af åndelig omsorg at give fred og frirum til de pårørende til at yde omsorgen:

“Hvis sygeplejersker kan det, så kommer de langt.”

Fra januar 2016 udbyder Det Teologiske Fakultet ved Københavns Universitet en såkaldt fleksibel master i islamisk teologi, hvor deltagere på Åbent Universitet selv kan sammensætte forskellige undervisningsmoduler, som skal slutes af med et afgangprojekt.

Dansk Sygeplejeråd ser positivt på masteruddannelsen.

Læs også faglig information “Åndelig omsorg er vigtig for den palliative muslimske patient” på side 61.

Sådan bliver du bedre til åndelig omsorg

- Gør op med dig selv, hvad åndelig omsorg er for dig og dine patienter/pårørende.
- Vær positivt nysgerrig.
- Vær aktivt lyttende - også når der ikke bliver sagt noget.
- Vær opmærksom på rollefordelingen mellem pårørende og personale og definér rollerne tydeligt.
- Benyt god og ligeværdig kommunikation.
- Tal om det, der er anderledes ved patientsituationen både med de pårørende og personalet imellem.
- Træd i karakter og tag hellere et skridt ind end et skridt tilbage i det hellige rum.
- Find ud af, hvilke tilbud der findes inden for åndelig omsorg på jeres afdeling, og hvem der kan kontaktes ved forskellige lejligheder.
- Optimér din viden om religion, åndelighed og eksistentielle emner - især inden for de større religioner i Danmark.
- Husk, at pårørende også har brug for åndelig støtte og omsorg.

Kilde: Naveed Baig, hospitalsimam og koordinator for Etnisk Ressourceteam i Region Hovedstaden.



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



Sådan holder man patienterne væk

Min kære faster Else indbød mig til frokost sidste søndag. Jeg holder meget af at besøge min faster, men som regel er der en bagtanke med sådanne invitationer. Hun har enten hørt om eller oplevet forhold i vores sundhedsvæsen, som hun gerne vil diskutere. Og selv om jeg bare er underviser i sygeplejerskeuddannelsen, har jeg tit siddet tilbage med følelsen af at være gjort ansvarlig for det samlede væsens meritter.

Jeg prøvede at fritte faster om eventuelle temaer, så jeg kunne forberede mig. Men faster Else bedyrede, at det alene var, fordi hun og kæresten syntes, det var så længe siden, de havde set mig, "og for øvrigt har vi rester, som trænger til at blive spist."

Da jeg ringede på døren, kom faster susende ud. Hun havde opdaget, at rugbrødet var muggent, så hun ville skynde sig i Brugsen efter noget friskt. "Jeg er tilbage om et øjeblik," lovede faster. Men et øjeblik er relativt, for faster kom først retur, efter at kæresten havde nået at beskrive samtlige de steder, han havde tjent, og detaljerede oplevelser fra militærtiden og ferieture gennem 25 år med sin tidligere, nu afdøde kone. De havde rejst meget.

En forpustet faster Else kom ind ad døren uden rugbrød, men med bulgursalat og økologiske gulerødder. Hun undskyldte meget og forklarede, at først havde hun mødt Inga fra læseklubben, som lige havde været til en ambulans undersøgelse af tyktarmen. Undersøgelsen var i sig selv yderst ubehagelig, men hun havde ovenikøbet oplevet, at personalet hverken præsenterede sig eller havde sagt en lyd til hende; det havde været ydmygende, kunne faster berette.

Sygdom er som bekendt godt samtalestof, så endnu en af faster Elses bekendte var stødt til og kunne fortælle, hvor sårende det var, at en sygeplejerske havde kaldt hende fed, selv om hun da godt vidste, at hun var lidt buttet. Efterhånden blev flere og flere tiltrukket af det populære samtaleemne, og snart var gangarealet ved brødsektionen i Brugsen umuligt at passere. Alle havde historier, hvor fællesnævneren var sundhedspersonalets generelle arrogance, nedladende tone og mangel på pli.

Mens faster Else fortalte, forberedte jeg mit udglattende forvar for pressede, stressede, nedskæringstruede og kontrolramte sundhedsprofessionelle samt lovmæssig om øget fokus på høflighed i sygeplejerskeuddannelsen. Men faster Else kiggede

opgivende på mig. "Det er dog det mest tåbelige, jeg længe har hørt," fnyste faster, "skulle du ikke hellere arbejde for at gøre de nye sygeplejersker langt mere uvenlige og uhøflige. Så vil flere gøre hvad som helst for ikke at ende som patient."

Indrømmet, den vinkel havde jeg ikke overvejet. Efter at have sundet mig lidt fik jeg spurgt faster, hvordan hun havde forestillet sig, det skulle ske? "Det er såmænd meget enkelt," svarede hun, "alle har et personligt ansvar for at holde sig i form og leve sundt og dermed forebygge ubehagelige indlæggelser og oplevelser på hospitalet."

” Sygdom er som bekendt godt samtalestof, så endnu en af faster Elses bekendte var stødt til og kunne fortælle, hvor sårende det var, at en sygeplejerske havde kaldt hende fed, selv om hun da godt vidste, at hun var lidt buttet.

Medens fasters kærester og jeg kiggede lidt skeptisk på bulgursalaten og gulerødderne, googledede faster Else kommunens politik for ældresundhed. Kærestens høreelse er særdeles dårlig, så jeg ved ikke, om han nåede at opfatte, hvad der skete. Men i løbet af nul komma fem havde faster sammensat deres nye ugeplan med vanlig næse for nye trends og sund fornuft: Senior-zumba, paleo-kostkursus, GYMFIT Hula Hoops og fitness i det fri. Weekender blev friholdt til forefaldende husarbejde og naturligvis kirkegang. Men uden bil.

"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.



Valg i DSR lige om lidt har vi din mail?

Brug din ret og stemme til at sætte det hold, som skal arbejde for dig, dine kolleger og vores fag i Dansk Sygeplejeråd de næste 2 år, når valgene til kredsbestyrelserne og bestyrelsen i Lederforeningen løber af stablen den 25. oktober til og med 5. november.

Det bliver lettere for dig at stemme, hvis vi har din rigtige mailadresse. Vi sender dig nemlig en mail med et personligt link til afstemningen. Så gå ind og tjek dine oplysninger inden den 7. oktober på www.dsr.dk under 'Min Side'.

Har vi ikke din email, sender vi dig et brev med posten, så du kan stemme via internettet.



Dansk
Sygeplejeråd



Fire praksisformer, og hvad de går ud på

Denne bog giver en introduktion til socialkonstruktionismen, der fokuserer på relationsprocesser mellem individer, hvor tilgangen er at konstruere spørgsmål, der kan skabe fælles læring om tanker, idéer, og handlinger. Socialkonstruktivismen præsenteres her gennem fire praksisformer. Vi får belyst, hvordan praksisformerne blev udviklet, hvad de går ud på, og hvilken betydning praksisformerne har for en organisations udvikling.

Den systemiske tænkning ser verden som en menneskeskabt konstruktion, hvor begivenheder både er årsag og virkning på samme tid. Her er sprogets kendetegn, at det er med til at styrke relationer.

Den anerkendende udforskning har den grundtanke, at vore forventninger til verden og vore medmennesker er med til at bestemme, hvordan fremtiden formes. Der er ikke fokus på problemer, men på ressourcer og på at sætte sig ind i andres idéer, perspektiver og handlinger gennem en anerkendende lytning.



Gro Emmertsen Lund
Socialkonstruktionisme i organisationer, kort fortalt
Dansk Psykologisk forlag 2015
116 sider - 229 kr.

Coordinated Management of Meaning (CMM) er en af de teorier, der tillægger sproget en evne til at skabe følelser, relationer, handling og forståelse, dvs. at sproget skaber virkeligheden. Gennem kommunikationen viser vi, hvilke normer vi står for, og hvilket verdensbillede vi stræber efter.

Den narrative tilgang ser mennesket som et historiefortællende væsen, som gennem opmærksomhed og interesse selv udvælger de begivenheder og indtryk, der skal indgå i fortællingen ud fra de tusindvis af påvirkninger, mennesket udsættes for. Det er muligt at nedbryde en negativ fortælling og genopbygge den med en positiv tilgang.

Forfatteren viser, hvordan de fire praksisformer kan påvirke udviklingen i en organisation. Bogen er letlæselig, men ikke overfladisk, og den er relevant for alle, der interesserer sig for organisationsudvikling.

Af Jens Bydam, sygeplejerske, cand.phil.

Det forunderlige syn

Bogen giver en grundig introduktion til øjenfaget, oftalmologien, fra synet som normal sansefunktion til patologiske tilstande og lidelser samt sociale perspektiver.

Den er målrettet til den studerende og til sygeplejersken, optikeren, lægen m.fl. Den er meget anvendelig også i andre specialer og i primærsektoren, som opslags- og håndbog i en travl hverdag, hvor betydningen af ord som glaukom, retinopati og macula degeneration er mindre kendt, men kan være hyppige diagnoser af stor vigtighed for patienter.

Bogen indledes med en gennemgang af anatomi, fysiologi og optik, videre til sygdomslære, symptomorienteret og akut oftalmologi. Et stort antal illustrationer og fotografier formidler emnerne på bedste pædagogiske vis, og med bogens flow-sheets og tabeller er man godt rustet til at vurdere både ikke-akutte og akutte, synstruende tilstande. Vigtigheden af forebyggelse, samarbejdet med tværfaglige specialer og pleje beskrives. Til sidst behand-



Henrik Lund-Andersen, Jørgen Vil-lumsen, Pernille Harding Møller-kær, Torben Lykke Sørensen
Lærebog i Øjensygdomme
Forlaget Liva 2015
400 sider - 349 kr.

les synets betydning i samfundsrelaterede forhold, bl.a. i definitionen af et synshandicap, berettigelse til synshjælpemidler og kravene til kørekort.

Sproget er letforståeligt, og der er nøgleord i margen, der gør det let at orientere sig i teksten. Bogen er velegnet som lærebog, idet der til hvert kapitel er udarbejdet spørgsmål og multiple choice-opgaver, som kan tilgås via QR-koder eller links. Den kliniske ordliste er yderst anvendelig for enhver. Bogen findes også som E-bog.

Eviggyldige behandlingsvejledninger og diagnostisk teknologi er de største udfordringer for en lærebog. På sigt vil den seneste forskning altid skulle søges i tidsskrifter. Størstedelen af denne bog rummer en omfattende viden, som vil være essentiel langt ud i fremtiden.

Af Annette Rasmussen, sygeplejerske, cand.scien.san., ph.d.-studerende, Rigshospitalet – Glostrup, HovedOrtoCentret – Øjenklinikken.

KORT NYT OM BØGER

Lotte Heise

Selvfølgelig skal hun bo hos mig

Om at flytte sammen med sin handicappede mor

Gyldendal 2015

208 sider - 249,95 kr.

Lotte Heise er en kendt person, og det er hendes fordel, når hun vil have sundhedsvæsenets medarbejdere i tale. Hun beskriver i bogen, hvordan hun får kamp til strengen, da hendes mor, som er handicappet efter en blodprop i hjernen, flytter i bofællesskab med Lotte Heise og hendes tvillingedreng. Bofællesskabet betyder, at Lotte Heise både arbejder ude, hjemme og hele tiden. Tre et halvt år går på den måde, men nu er moderen, Inge Heise, flyttet ind i en beskyttet bolig i København, mens Lotte Heise er blevet i Aarhus.

Det store arbejde med at passe en syg ægtefælle og konsekvenserne af det er tidligere beskrevet i *Sygeplejersken*, og konsekvenserne synes ikke at være anderledes, når det er en plejkrævende mor, der bor i hjemmet.

Lotte Heise opfordrer mennesker til at opføre sig normalt i handicappedes selskab, at slappe af frem for at være kunstige og bange. Folk må tage sig sammen, mener hun. Hun beskriver også den opmærksomme og humoristiske hjemmehjælper versus den underfrankerede.

På sædvanlig bramfri facon fortæller Heise, hvordan det er at bo med en mor, som skal have hjælp til toiletbesøg, bad, bleskift og organisering af livet generelt. Det er underholdende og temmelig alvorligt på samme tid.

Trine Hapiach Christensen

Det usagte

Trine Hapiach Christensen 2015

54 sider - 108 kr. inkl. forsendelse.

Bogen fås ved henvendelse til trinehapiach.christensen@hotmail.com

I 2007 fik Trine Hapiach Christensen som 10-årig stillet diagnosen lymfekræft og knoglekræft i stadie 4. I dag er hun erklæret rask og går i gymnasiet. Den mellem-liggende periode og kampen for at holde skruen i vandet beskriver hun i denne lille

bog, og det er barske beretninger, der ikke ligner de bøger, der ofte udkommer, efter at et menneske er kommet igennem alvorlig sygdom. Pubertet, misbrug og udskjelser af forskellig art påvirker forløbet og fører til selvskadende adfærd, et selvmordsforsøg og til slut en nødvendig flytning fra et betændt miljø, der ikke gavner det psykiske velbefindende.

For sygeplejersker er bogen en høflig og indirekte opfordring til at være nysgerrig på unge patienters fysiske, psykiske og sociale velbefindende og om nødvendigt søge et spadestik dybere i kontakten, hvis forløbet og patienten indikerer det. Måske med en opfordring til at skrive, hvilket har hjulpet denne forfatter med at blive på sporet i svære tider.

En sætning som "morfinpillerne lå i vores "medicinskab" i stuen, hvor vi opbevarede alt mit gamle kræftgrej", fortæller lidt om tilgangen. Forfatteren ønsker at hjælpe unge, som ikke selv kan sætte ord på deres følelser og tanker, at hjælpe på-rørende til at forstå, hvad der foregår i hovedet på deres unge og skabe opmærksomhed på emnet: tiden efter kræften.

John P. Kotter

Acceleration

Strategisk smidighed i en foranderlig verden

Gyldendal Business 2015

204 sider - 300 kr.

Bogen beskriver, hvordan silotænkning kan erstattes af strategisk smidighed ved at etablere et dobbelt styresystem, hvor et klassisk hierarki sørger for stabilitet og fremdrift, mens et tværgående agilt netværk står for at udvikle og drive frem i et hurtigere tempo.

Store, gumpetunge organisationer og virksomheder har dermed mulighed for at operere med to typer styresystemer, som i praksis betyder, at man ikke bliver dræbt af nye, flade netværksstrukturerede virksomheder/organisationer. Acceleration er målet, og det parallelle styresystem giver mulighed for at ændre strategi og udvikle virksomheden/organisationen frem for at undergrave den. Fart og smidighed er midlet tilsat netværk og frivillige.



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

Indenfor alle specialer til vores
attraktive vikarlønsatser 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:
teamleder Travis Dirks
trd@powergroup-international.com



www.powergroup-international.com

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

“Vi udvikler det nære sundhedsvæsen”

Tekst Camilla Bech Madsen • Foto Simon Klein-Knudsen

I Grenaa er det gamle sygehus bygget om til et splinternyt sundhedshus. Her kan borgere få sundhedstilbud, pleje og behandling af bl.a. sundhedskonsulenter, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, jordemødre og en praktiserende læge. Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, besøgte sundhedshuset.

Lyse gange, dragende malerier, møbler i glade farver og glimt af den grønne natur. Det er rammerne om det splinternye sundhedshus i Grenaa, som summer af energi og livsglæde – både hos personale og borgere. Det oplevede sygeplejerskerne formand, Grete Christensen, da hun besøgte Grenaa Sundhedshus efter invitation fra fællestillidsrepræsentant Vibeke Binnerup.

“Kernen i vores nye sundhedshus er, at vi udvikler det nære sundhedsvæsen ved at tilbyde både regionale og kommunale behandlings- og plejetilbud samt sundhedstilbud til borgerne. Her kan borgerne komme ind i ét hus og få flere forskellige pleje- og behandlingstilbud og hjælp til at fremme deres sundhed. Det er praktisk for

borgerne og stærkt berigende for personalet, fordi flere faggrupper arbejder sammen,” siger sundhedskoordinator Dorthe Bligaard, der tog Grete Christensen med på en rundvisning i sundhedshuset.

Grenaa Sundhedshus’ kommunale tilbud ligger fysisk tæt på hinanden og består af en sygeplejeklinik, en sundhedsskole og en sundhedsplejeklinik. Her kommer både borgere med barnevogne, gravide maver, stok og kasket. Nogle af dem benytter sig af sundhedsplejeklinikken.

“I sundhedsplejeklinikken får vi besøg af nybagte forældre, men vi tager også stadig på hjemmebesøg, når barnet er tre uger, otte uger og seks måneder. Klinikken er en god base, der giver os bedre mulighed for at samarbejde med eksempelvis jordemødrene, der kan henvise socialt udsatte mødre til klinikken,” forklarer sundhedsplejerske Trine Sandholst, der sammen med ammekonsulent Kirsten Lundkvist arbejder i sundhedsplejeklinik.

“Det, der kendetegner sundhedshuset, er netop tværfagligheden. Helt konkret vil det give nye samarbejdsmuligheder i forhold til forløbsprogrammer, således at sy-

gepleje, sundhedsfremme og forebyggelse kan integreres til gavn for borgeren. Har en borger f.eks. diabetes på stadie 4 eller 5, så er der ofte både brug for sygeplejerskers kompetencer til sårpleje og sundhedskonsulenters støtte til at håndtere hverdagen med en kronisk sygdom,” forklarer Dorthe Bligaard.

iPhone og QR-kode styrker sårpleje

Netop sårpleje får sygeplejerskerne formand at se, da hun kigger ind i sygeplejeklinikken, hvor Ib Pedersen er kommet for at få plejet såret på sin diabetiske fod. Selvom det ikke er sygeplejerske Ann Bryder Bonde, der altid plejer Ib Pedersens sår, har hun det fulde overblik over sårets udvikling. I dag foregår sårpleje nemlig både via internettet, en iPhone og en QR-kode.

“Når vi foretager sårpleje, bruger vi www.pleje.net, der giver os mulighed for at følge hele borgerens sårudvikling. Flere aktører, eksempelvis fodterapeuten og Marselisborg Hospital, har adgang til www.pleje.net, hvor alle kan skrive data ind. På den måde er det et samlet redskab, hvor alle aktører vender tilbage og arbejder i. Det



På sundhedsplejeklinikken foregår sårpleje både via internettet, en iPhone og en QR-kode. Det giver sygeplejersken det fulde overblik over sårets udvikling.



Mange borgere er glade for at komme på sygeplejeklinikken frem for at få besøg i hjemmet. En af dem er Ib Pedersen, som har diabetes og er kommet for at få plejet såret på sin fod.

øger min viden om borgeren, da jeg kan se hele sårudviklingen og tage højde for det i plejen,” fortæller Ann Bryder Bonde.

Efter at have renset Ib Pedersens sår sætter hun en lille seddel med en QR-kode ved siden af såret og tager et billede med sin iPhone.

”Jeg bruger en app på min mobil til at lægge billederne ind på www.pleje.net. QR-koden kan både afstandsbedømme og notere, at det er Ib Pedersens fod,” forklarer Ann Bryder Bonde, der kort efter har afsluttet sårplejen.

Hun fortæller, at mange borgere er glade for at komme på sygeplejeklinikken frem for et hjemmebesøg.

”Det kan være et tovtrækkeri at få borgere indvilliget i at tage ind på Sundhedsklinikken i stedet for at få et hjemmebesøg. Men når først de har været i klinikken, oplever jeg, at de er meget positive. Her kan de nemlig selv bestemme, hvornår de vil komme, og det giver dem frihed.”

Brug for kompetenceløft

Sygeplejerskerne spiller en stadig større rolle i det nære sundhedsvæsen. Og det

kalder på kompetenceløft, mener sygeplejerskernes formand.

”Der er ingen tvivl om, at sygeplejersker har en vigtig rolle i forbindelse med opgaveløsningen i det nære sundhedsvæsen med etableringen af sundhedshuse. Det er en positiv udvikling både for personalet og ikke mindst for patienterne, som bl.a. kan spare tid hos den praktiserende læge. Men udviklingen stiller også nye krav til personalets kvalifikationer, som kalder på et konkret kompetenceløft,” siger Grete Christensen og peger på behovet for en specialluddannelse for sygeplejersker i kronisk sygdom.

Fælles fundament

Grenaa Sundhedshus er nyt. Derfor arbejder man med at sikre et fælles fundament blandt personalet i huset til gavn for patienterne.

”Vores vision er, at vi er her for at fremme folkesundheden. I sundhedsskolen ønsker vi, at alt fra det politiske arbejde til arkitektur og konkrete sundhedsydelser skal spille sammen. For at styrke samarbejdet i sundhedshuset har vi lavet en til-

lægsaftale til sundhedsaftalen, hvor konkrete udviklingsopgaver er skrevet ned. Vi har oprettet et husråd og er nu i gang med at etablere et brugerråd,” siger Dorthe Bliigaard, der har den koordinerende opgave for sundhedsskolen.

Det arbejde glæder Grete Christensen, der fremhæver vigtigheden i at tænke i pleje- og behandlingssammenhænge til gavn for patienterne.

”Det her er helt nødvendigt. Det er vigtigt, at alle aktører er med til at lede huset. En konkret beskrivelse af samspillet mellem kommuner og regioner er afgørende for, at patienter oplever et samlet sundhedsvæsen. Patienterne er jo i bund og grund ligeglade med, om en ydelse er kommunal eller regional – de skal opleve et samlet sundhedsvæsen,” siger Grete Christensen, der også benytter lejligheden til at spå om fremtiden:

”Jeg tror, at fremtiden i det nære sundhedsvæsen bliver, at de praktiserende læger gerne vil være en del af et sundhedshus. Og det er vigtigt, at almen praksis integreres, og at de henviser patienter videre til sundhedshusenes øvrige funktioner.”



Via en app på mobilen kan sygeplejersken lægge billederne af patientens sår ind på www.pleje.net, hvor også fodterapeuten og Marselisborg Hospital har adgang.



Her i sygeplejeklinikken gør velfærdsteknologien det lettere at samarbejde på tværs til gavn for patienterne. Det fik formand Grete Christensen indblik i, da hun besøgte sundhedshuset.

Skal din økonomi have et servicetjek?

Se, hvad Lån og Spar kan gøre for dig til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter

Skal du giftes eller holde en anden stor fest?

Book sygeplejerskernes hus Vilvorde med rabat – få et godt tilbud

www.dsr.dk/rabatter

Bliv klogere for færre penge

Køb dine bøger til medlemspris

www.dsr.dk/rabatter

Oplevelser, der gør dig klogere på dit fag

Tag på læserrejse med Sygeplejersken og Albatros Travel

KINA

De Tre Kløfters Dæmning

Fengdu

Shennong

Chongqing

www.dsr.dk/rabatter



Uddrag af Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensens kalender.

28. september

- FTF forretningsudvalgsmøde, FTF, København

29. september

- FTF's arbejdsmiljødag 2015: Fokus på Psykisk Arbejdsmiljø, Middelfart

30. september

- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København

1. oktober

- Hovedbestyrelsesmøde, Kvæsthuset, København
- Bestyrelsesmøde i Pensionskassen for Sygeplejersker og Lægese-kretærer, PKA, København

2. oktober

- Tale på Slotspladsen, Christiansborg, København

5. oktober

- Interne møder, Kvæsthuset, København

7. oktober

- Optagelse til programmet "Hvem er du?" hos TV2 Øst

7.-8. oktober

- FTR seminar, Hillerød

8. oktober

- Interne møder, Kvæsthuset, København

” Vi anbefaler helt klart, at kommunerne ansætter flere sygeplejersker på plejecentrene. Mange af beboerne på plejecentre er i dag demente. Det kræver mere efteruddannelse af personalet. Samtidig ved vi, at sygeplejersker på plejecentrene kan være med til at forebygge de uværdige forløb med mange genindlæggelser, som vi jævnligt hører om i medierne.

Kredsnæstformand, Kreds Hovedstaden, Signe Hagel Andersen i Tidende.dk den 25. august.

DSR I MEDIERNE

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

Sygeplejersker slår alarm

En ny stor arbejdsmiljøundersøgelse blandt mere end 2.200 sygeplejersker får Dansk Sygeplejeråd til at slå alarm: Over halvdelen af alle adspurgte sygeplejersker oplever, at de i dag ikke kan udføre deres job på en fagligt forsvarlig måde pga. arbejdspressen og dårligt psykisk arbejdsmiljø. Det er en markant stigning i forhold til for tre år siden, da en tilsvarende undersøgelse blev gennemført, hvor det var hver tredje, der havde den oplevelse. Resultaterne vækker bekymring hos Dansk Sygeplejeråd, fordi det sker på trods af, at Arbejdstilsynet ved en særlig indsats i 2014 uddelte 101 påbud til landets sygehusafdelinger om at bringe det psykiske arbejdsmiljø i orden. ”Nu kan vi se, at der på trods af den indsats er sket en tydelig forværring, og det er rigtig trist for både patienter og medarbejdere. Nu må arbejdsgiverne agere. Vi kan ikke blive ved med at stramme effektiviseringskruen og slide personalet ned,” siger formanden for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, til Jyllands-Posten.

Ældre sendes tidligere hjem fra sygehuset

Den gennemsnitlige indlæggelsestid for patienter på sygehusene bliver ved med

at falde, viser ny Momentum-analyse. Det mest markante fald er for ældre patienter, og det stiller store krav til kommunerne, der modtager patienter med mere komplekse problemer end tidligere. Derfor har kommunerne brug for et løft på området, og det kræver flere penge. ”Det er svært at forestille sig, at man både kan give mere uddannelse og flere kompetencer til et felt, samtidig med flere varme hænder, uden at afsætte flere penge,” siger Grete Christensen, formand for Dansk Sygeplejeråd, til KL's nyhedsbrev, Momentum.

Der skal gøres noget ved overbelægning

Overbelægning er hverdag rundt om på de danske sygehuse. Det viser en ny, stor undersøgelse fra Sundhedsministeriet. Og sundhedsminister Sophie Løhde (V) er klar til at gennemføre en målrettet indsats samt afse penge på finansloven til at løse problemet. I sygeplejerskernes fagforening er man glad for, at ministeren melder klart ud og samtidig bebuder en række indgreb og krav, der skal rette op på forholdene. Formand for Dansk Sygeplejeråd, Grete Christensen, understreger dog, at der skal handling bag ordene. ”Det har vi hørt før. Nu vil vi også gerne se, at der faktisk bliver gjort noget,” siger hun til avisen.dk

Hverdagen ind i politikken

Der er kort vej fra medlemmernes dagligdag til emnerne på kredsbestyrelsens dagsorden ved det ordinære møde i Dansk Sygeplejeråd, Kreds Nordjylland. Endnu en varslet nedskærings- og effektiviseringsrunde får ublide ord med vejen, da tidsskriftet Sygeplejersken er på besøg i kredsen. Det er her på kredsbestyrelsens møder, man ud fra medlemmernes hverdag vedtager den politik, der skal føres over for omverdenen.

Tekst **Henrik Boesen** • Foto **Lars Horn**

Udsagnene kommer hurtigt, præcist, kontant og lige fra hjertet fra de sygeplejersker, som dagligt er helt tæt på patienterne i kommunen, i psykiatrien, på sygehuse eller på plejecentrene. Og udsagnene er ikke til at tage fejl af – det kan simpelthen bare ikke blive værre ude på arbejdspladserne. "Det her kommer til at gøre ondt" – "Vi er helt inde ved knoglen" – "Vi sparer os fattige" – "Det er så rystende, det her", lyder det på et daglangt ordinært møde for kredsbestyrelsen i Nordjylland, som er den mindste af de fem kredsbestyrelser. Her er med an-

dre ord kun sygeplejersker til stede, og der er frit slag mht. meningstilkendegivelserne.

Frit løb for frustrationerne

Mødet er ikke mange minutter gammelt, før frustrationerne får frit løb. Det holdes dagen før, de regionale budgetforhandlinger går i gang. Indholdet af regeringens økonomiaftale med Danske Regioner er kendt, og konsekvensen med aktivitetsstigning på 2 pct. og lokale besparelser på 100-150 mio. kr. giver anledning til frustration over de konsekvenser, det vil få for sygeple-

jerskerne og patienterne. Golde ministerielle begreber som aktivitetsstigning og besparelser bliver oversat til barske realiteter og konsekvenser for de mennesker, som har uddannet sig til at pleje og hjælpe mennesker, som har behov – og for de patienter, som er syge og dermed afhængige af et sundhedsvæsen, hvor kvalitet og sikkerhed forventes at være til stede. Hvis den politiske kurs ikke ændres, ser fremtiden desværre kun endnu mørkere ud for ansatte og patienter, er konklusionen på udsagnene.

Timeplanen skrider

Der er tradition for i den nordjyske kredsbestyrelse, at den første time af bestyrelsesmødet går med at reflektere over aktuelle lokale begivenheder. I dag holder timeplanen ikke.

Dagens 12 fremmødte kredsbestyrelsesmedlemmer har alle en hverdag med patienter og borgere helt inde på livet, så der er ingen tvivl om, at deres forskellige udmeldinger så rigeligt repræsenterer de oplevelser, en fortravlet medarbejderskare oplever dag efter dag.

Via talerliste byder mødedeltagerne ind én for én med deres kommentarer. Her skal ikke formuleres nogen udspekuleret aktionsplan – der er plads til en åben dialog om sygeplejerskernes hverdag, og der er tillid til, at det sagte er korrekt.

Behovet for at få luft stimuleres af de deltagendes udmeldinger:



Diskussionslysten er stor på kredsbestyrelsesmødet. Der holdes dagen før regeringens økonomiaftale med regionerne skal udmøntes i konkrete, lokale aftaler.



Indholdet af økonomiaftalen mellem regeringen og Danske Regioner giver anledning til frustrationer for mange af kredsbestyrelsens medlemmer, og de kommer til udtryk på kredsbestyrelsens møde.

En siger, at de konstante nedskæringer fører til kampe mellem de forskellige medarbejdergrupper. Men hun glæder sig over, at hun har hørt læger give højlydt udtryk for, at det er vigtigt for dem, at sygeplejerskerne har ordentlige arbejdsforhold.

”Rød eller blå regering – det gør ingen forskel.”

”Der er ingen DRG på det, vi udfører, hvordan kan vi få italesat værdisættelse af sygeplejen?”

Blot for at referere noget af debatten på mødet.

Frustration og afmagt

Vreden og frustrationen får rigtig mange ord med på vejen, mens den anden klokke time nærmer sig sin afslutning. Dermed er dagsordenen allerede skredet med en time.

Læserbreve og Facebook må i anvendelse – måske en demonstration i en eller anden form kan komme på tale?

”Politikere i regioner og Folketing har slet ikke erfaring med det rigtige arbejdsliv. De går jo bare efter at opnå det lavest mulige acceptable serviceniveau,” lyder det fra et bestyrelsesmedlem.

Man fornemmer klart, at der i kredsbestyrelsen er en meget tæt forbindelse til det politiske arbejde i forhold til de enkelte medlemmers dagligdag. I modsætning til regions- og folketingspolitikere så har alle kredsbestyrelsens medlemmer helt konkret viden om, hvordan hverdagen forløber for medlemmerne, for de er der selv. Og det præger alt arbejdet i bestyrelsen.

Sikring af medlemmerne

På dagens dagsorden er et punkt, der handler om, hvordan en ny lønmodel i regionen er blevet modtaget hos medlemmerne, og hvordan den er blevet implementeret. Under behandling af punktet kommer snakken ind om detaljer i OK15 – om lokal løndannelse og om AMiR-sy-



Selv om emnet for debatten på kredsbestyrelsesmødet er alvorligt, er der tid til hyggesnak i pausen. Kreds næstformand Helle Kjærager Kanstrup (tv.) vender verdenssituationen med kredsbestyrelsesmedlemmerne Elin Aggerholm Jensen og Carin Anette Juul

stemet, om hvordan der kan arbejdes med det her i Nordjylland.

Et andet emne er, at regionen er særlig hårdt ramt af lægepraksisser, der er lukket eller er på vej til det i kraft af, at lægerne ikke kan sælge deres praksis på vanlig vis. Det har betydet, at forskellige tiltag i en blanding af offentlige og private løsninger har fundet vej til landsdelen.

”Hvorfor er det ikke sygeplejersker, som driver klinikkerne?” kommenterer én og bakkes straks op af en anden, som henviser til, at sygeplejersker både i Grønland og Canada i generationer har drevet klinikker med læger i baghånden? Jo, bestyrelsesmedlemmerne har i den grad øje for sygeplejerskernes vilkår og muligheder.

Kredsbestyrelsesmødet varer fra kl. 9 til kl. 18, et par timer længere end normalt, fordi der er flere store punkter på dagsordenen: Efterårets generalforsamling, tilbagemeldinger på Arbejdstilsynets seneste påbud, kredsens eget budget 2016 og årene frem samt en drøftelse efter gruppearbejde om kredsens ”Udviklingsplan 2015-2017”.

Kredsbestyrelsen når også at stifte bekendtskab med dagsordenen til næste hovedbestyrelsesmøde i Dansk Sygeplejeråd. Medlemmerne kommenterer den og giver kredsbestyrelsens to hovedbestyrelsesmedlemmer anbefalinger med på vejen til næste dags møde i København. Her mødes de bl.a. med repræsentanterne for de fire øvrige kredsbestyrelser til drøftelser af fælles anliggender for alle landets sygeplejersker.

Tilbage til en forståelse af vores fag

Maria Romme Løjmand og Mai-Britt Hägi-Pedersen, intensivsygeplejersker

Den politiske dagsorden og dokumentationskrav fylder medie billedet lige nu. Sygeplejerskens kerneopgave er glemt i dette, men det har vi ikke. Vores fag er fyldt med humanismens tanker, etikken og ansvarligheden, men medie billedet forblinder af travlhed, nedskæringer og omsorgssvigt.

Vi uddannes til at imødekomme dokumentationskravet samt yde pleje og omsorg ud fra patientens behov. Dette sker altid ud fra vores erfaring og i samarbejde med læger og kollegaer. Vi baserer vores pleje og omsorg på faglighed og værdighed. Vi er moralsk ansvarlige i solidaritet med den svage patient. Faget spænder vidt fra et praktisk fag til et fag, som rummer det relationelle mellem patient og sygeplejerske.

Som sygeplejersker arbejder vi i et spændingsfelt mellem sundhedsforebyggelse og sundhedsfremme, behandling og lindring. Vi modtager patienter og borgere i alle aldre og yder sygepleje med respekt for den enkelte, understøtter og fremmer egenomsorg og autonomi, giver lettelse, lindring og trøst, hvor sundhed og livskvalitet er idealet.

Vi vil gerne tilbage til en forståelse af vores fag, hvor det tydeliggøres, at sygeplejen baseres på det sygeplejefaglige

skøn, hvor både patientoplevelsen, den faglige kompetence og ansvarlighed skaber billedet af sygeplejersken i sit virke. Vi møder patienten i en forståelse båret af næstekærlighed. Vi ønsker, at befolkningen får tilliden tilbage til vores fag. Vi kæmper hver dag for vores faglighed på trods af nedskæringer og sparerunder. Ingen sygeplejersker har intentioner om at slække på fagligheden, men for enhver pris vil vi arbejde for patientens behov for pleje og behandling.

Vi så gerne, at Dansk Sygeplejeråd var bedre til at fremstille vores fags kerneopgave og langt mere progressive til at fortælle den gode historie om sygeplejen, hvad den kan, og hvad den står for.

Damen med lampen levede ikke forgæves.

Maria Romme Løjmand er ansat på Intensiv Afsnit, Nykøbing F. Sygehus, og Mai-Britt Hägi-Pedersen er ph.d.-studerende, ansat på Børneafdelingen, Næstved Sygehus.

Svar

Tak til Maria Romme Løjmand og Mai-Britt Hägi-Pedersen for at sætte fokus på sygeplejerskers kerneopgaver.

Jeg oplever heldigvis, at der fortsat er meget stor tillid både til os sygeplejersker og til vores fag, og det er vigtigt, at vi fastholder den stærke tillid. I Dansk Sygeplejeråd er det i høj grad faget, der er grundlaget for vores indsatser.

Når vi f.eks. har sat fokus på konsekvenserne af overbelægning på de medicinske afdelinger, så handler det i høj grad om at forbedre vilkårene for, at sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle kan udføre deres kerneopgaver til gavn for patienterne.

Vores kampagne op til folketingsvalget med budskabet Tid til Kvalitet handlede ligeledes om, at vi skal have skabt bedre tid til kerneopgaven, så rammer og vilkår ikke er så pressede, som mange sygeplejersker oplever, at de er i dag.

Jeg er meget enig i, at vi også skal fortælle de gode historier om sygeplejen, hvad den kan, og hvad den står for. Det synes jeg også vi gør, bl.a. her i *Sygeplejersken*, og det lykkes heldigvis meget ofte også at have den dagsorden med, når vi mødes med beslutningstagere i sundhedsvæsenet.

Med venlig hilsen,
Grete Christensen, formand.

MINDEORD

Bente Højlund Stryhm

Vores kollega Bente Højlund Stryhm er død efter længere tids sygdom.

Vi lærte dig at kende gennem mange år som sygeplejerske i Børneafdelingen. De sidste otte år var du en del af vores lille sygeplejerskegruppe i Børneambulatoriet. Du var fagligt dygtig og brændte for dit fag, brændte for at give det bedste til børn og forældre, og konsekvenserne af besparelser gjorde dig frustreret. Det lå ikke til dig at brænde inde med det.

Du var befriende åben og ærlig, men også fyldt med energi, omsorg og humor.

Omsorgen viste du både i det faglige og for os som kolleger. Du tog ofte initiativ og fik idéer, når der var nogen, der skulle fejres. Du spurgte til os andre og vores familier, og vi var aldrig i tvivl om, at du elskede din egen familie højt.

Du var meget social og deltog gerne i kollegiale sammenkomster. Du var meget aktiv og i rigtig god form. Du levede et sundt liv og havde et stort netværk, men, som du sagde til sidst, så er livet ikke retfærdigt. Da vidste du godt, hvilken vej det gik, men du kæmpede en brav kamp indtil da.

Din åbenhed og ærlighed mærkede vi til det sidste, hvor vi besøgte dig på Anker Fjord Hospice. Vi fik sagt farvel, og nu er du her ikke mere. Det er ikke til at fatte, og vi savner dig forfærdeligt.

Vores dybeste medfølelse går til Peder, Frederik og Cecilie.

På vegne af sygeplejerskerne i Børneambulatoriet, Børneafdelingen, Regionshospitalet Herning.

Liv&Død-prisen til palliativ sygeplejerske

Rita Nielsen, sygeplejerske og master i etik og religionsfilosofi, har modtaget Liv&Død-prisen for sin mangeårige indsats for uhelbredeligt syge. Hun står som en frontfigur i udviklingen og etableringen af palliation i Danmark, lyder det bl.a. i begrundelsen.

Igennem knap 20 år har Rita Nielsen arbejdet med palliation blandt alvorligt syge og døende som sygeplejerske og klinisk sygeplejespecialist på Sankt Lukas Stiftelsens Hospice og på Diakonissestiftelsens Hospice. Derudover underviser hun, holder foredrag og har skrevet bøger om afslutningen på livet.

Rita Nielsen mener, at selvom vi er nået langt med palliativ behandling i Danmark, så er der stadig mere at gøre. Udfordringen, synes hun, findes især på sygehuse, hvor personalet har meget travlt. Her kan det være svært at tilbyde palliativ behandling og have tid til den værdige relation og til at lytte.

"Vi skal hjælpe dem til en fredfyldt død, men vi skal først og fremmest hjælpe dem til at leve, indtil de dør. Døende mennesker er levende mennesker, og de skal have



Rita Nielsen

Arkivfoto: Søren Svendsen

mulighed for at have livskvalitet og mening i det korte liv, der er tilbage. Det er vigtigt, at plejepersonalet møder dem med en ydmyg, positiv og undrende tilgang. Og dét er en anderledes tilgang end den, hvor man lader den døende ligge i fred, fordi man ikke kan gøre noget alligevel. Det er jo ikke værdigt," siger hun.

Liv&Død-prisen er på 10.000 kr. og et diplom. Prisen hylder personer eller orga-

nisationer, der har gjort en særlig indsats for at nedbryde tabuet omkring døden ved at sætte fokus på den og skabe debat og eftertanke om emnet i det offentlige rum.

(ctr)

Læs artiklen "Hospicemetoder vinder indpas på plejecentret" om Rita Nielsen i Sygeplejersken 3/2015.

Lederforeningens formand valgt til nyt FTF Lederråd

Formand for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd, Irene Hesselberg, er netop blevet valgt til forretningsudvalget i det nyoprettede lederråd i FTF.

Lederrådet i FTF er blevet nedsat for at kunne give lederne i FTF's mange medlemsorganisationer, sektioner og foreninger en samlet platform og byde ind med en ledervinkel i samfundsdebatten.

"Forretningsudvalget har som sin absolut første opgave at få lederne

mere synlige på FTF's kongres i november og i samarbejdet mellem FTF og LO," siger Irene Hesselberg om det kommende arbejde i den nye organisation.

Formand for FTF's nye lederråd blev Claus Hjortdal, formand for Skolelederforeningen.

(hbo)

Sundhedsplejerske er ny minister

Sirid Stenberg hedder den nye sundhedsminister på Færøerne efter Lagtingsvalget den 1. september. Sirid Stenberg er uddannet som sygeplejerske i 1994 og blev i 2001 sundhedsplejerske fra Danmarks Sygeplejerskehøjskole. I en årrække i 1990'erne arbejdede hun på Hvidovre Hospital.

Sirid Stenberg er valgt for partiet Tjodveldi/Det Republikanske Parti. Hun har siddet i byrådet i Vag Kommune siden 2009 og været indvalgt i Lagtinget siden 2011.

(hbo)



Ben Stiller har gjort det godt for sygeplejen

Mandlige sygeplejersker i film og tv-serier bliver ofte portrætteret i komediefilm, hvor de bliver gjort til grin. Det kan påvirke, hvor mange mænd der søger ind på sygeplejestudiet, viser forskning.

Martin Reipuert Brahtz

Jeg blev i hvert fald meget inspireret af Gaylord Focker - men det var måske ikke meningen?

Mogens Jørgensen

Interessant artikel. Jeg må være atypisk så. Besluttede mig til at blive sygeplejerske, da jeg var 15 og kom i erhvervspraktik som sådan; så en blodig finger på skadestuen og besvime, men holdt ved valget. Har bestemt aldrig følt mig "afseksualiseret". Underligt ord ... OG har aldrig fortrudt mit valg af fag.

Jens Rasmussen

Traf mit valg, inden mandlige sygeplejersker overhovedet optrådte på film eller i tv ... Har aldrig været i tvivl om, at det var det helt rigtige valg ...

Fra www.facebook.com/fagbladetsygeplejersken

Kom nu, sundhedsminister Sophie Løhde!

En ny undersøgelse viser, at overbelægning er udbredt på landets sygehuse - og især på de medicinske afdelinger. Det får sundhedsministeren til at uddele kritik til regionerne og love forbedringer. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, gik i starten af september på TV2News for at kræve hurtig handling af ministeren.

Susie Paulsen

Overbelægning er et problem, men det er ikke kun det. Det er også et problem, at man gentagne gange modtager patienter fra andre afdelinger, og hvor det hele roder. Der er ikke lagt ordentlige planer, medicinen er ikke ordineret korrekt. Patienten og de pårørende er ikke ordentligt informeret, patienten har ikke fået børstet tænder, ja jeg kunne blive ved. Alt sammen fordi der simpelthen er for travlt.

Louise Østergaard Christensen

Overbelægning og "omplacering/fyringer" - synes ikke helt, de ord passer sammen. Ministrene skulle kigge lidt på egen lønseddelt, pensioner osv., kræve skat fra de firmaer, der skattefrit tjener på danskere, aka, McD osv. Så kunne det danske sundhedsvæsen optimeres en del, og vi kunne hjælpe de mennesker, der er i nød. 😞

Ann Hvidbjerg Bæk

Og der har lige været fyringsrunde i Midtjylland, hænger ikke sammen med overbelægning, eller er det mig, der ikke kan regne den ud 😊

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

Venligboerne er skabt af en sygeplejerske

"Vis alle, du møder, uanset hvem de er, venlighed og høflighed, og du bliver gladere og får en masse igen." Sådan siger idékvinden bag Venligboerne, sygeplejerske Merete Bonde Pilgaard, som også har startet og udbredt et lokalt flygtningehjælpenetværk til hele landet.

Charlotte Krüger

Det er så fantastisk, det netværk hun har sat i gang. Det gør mig også glad og stolt at se, hvor mange sygeplejersker der støtter op om det.

Jane Rita Christiansen

Jeg håber, at Venligboerne udvider deres omsorg til enlige unge/ældre/hjemløse og veteraner, det vil være en omsorg, der også har mening.

Fra www.facebook.com/sygeplejersker

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

To vinkler på palliation

Palliation i to varianter: ”Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud” og ”Fokus på tværfaglighed i hospice”. En videnskabelig artikel og en artikel i kategorien ”Teori & Praksis”.


Den første beskriver en undersøgelse, der viser store forskelle på benævnelse, kerneområde og sammensætning af sundhedsprofessionelle på kommunale institutioner.

Den anden beskriver, hvordan tværfaglighed er et kært barn med mange navne. Behovet for en fælles opfattelse af tværfaglighed førte til et projekt, som igen førte til ændrede organisatoriske greb og diskussioner af den monofaglighed, de enkelte faggrupper har med i rygsækken, når de f.eks. rykker fra hospital til hospice. Der var sårede følelser undervejs, sygeplejerskerne følte sig uretmæssigt kritiseret, der var konkurrence om præstens arbejdsområde, psykologen ville gerne have lov at lukke døren og tale med patienten i enrum, men at lufte disse frustrationer førte afklaring og respekt med sig. Artiklen er ærlig og inspirerende for alle, som arbejder tværfagligt.

Hvis nyuddannede sygeplejersker ønsker sig langt væk fra praksis efter et par måneder i uniform, er der noget galt. Men sådan er det for nogle, og deres fremtid synes at være videreuddannelse. Altså en legitim flugt bort fra en hverdag, hvor ansvaret tynger, og det er så som så med støtte og oplæring. Enhver ledelse må overveje, om personalet i netop deres område er venlige og hjælpsomme nok, når den nyuddannede træder ind ad døren, og tænke på, at de unge i dag er anderledes end for 30 år siden. Dygtige, men skrøbelige og mere tyndhudede end tidligere. Årsagerne er mange, men dem gemmer jeg til en anden gang.

I ”Dilemma” vil en mor gerne fejre sin søns fødselsdag med manér. Han får derfor en gave, der kan sammenlignes med at blive slået hjem i Ludo.

I ”Studerende i praksis” optræder en kendt forhandler af dyner i en god og morsom historie om ledelse.



Sygeplejerske,
cand.cur., fagredaktør.



Engangsbækkener skal videreudvikles

Inga Klausen, cand.scient.med., Herlev og Gentofte Hospital
Dorte Buhl, hygiejnesygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital
Anne-Mette Helene Jørgensen, afdelingssygeplejerske, Herlev og Gentofte Hospital
Kurt Pedersen, seniorkonsulent, Herlev og Gentofte Hospital; kurt.pedersen@regionh.dk

Brug af engangsbækken og kolbe til immobile patienter er blevet undersøgt via simulation og spørgeskema. Resultaterne viser, at bækkenerne skal videreudvikles for at undgå skvulp og spild og dermed øget risiko for smittespredning, mens kolberne fungerer uden problemer.

Indtil for nylig har udbuddet af bækkener og urinkolber til immobile patienter været begrænset til de klassiske flergangsbækkener og kolber i hårde materialer som stål og plast med desinfektion i en bækkenvasker.

En palet af nye engangsprodukter til opsamling af urin og fæces fra immobile patienter er i løbet af de sidste fem år kommet på det danske marked. Disse omfatter engangsbækkener og kolber af pap eller af plastfilm, som pustes op inden brug (1,2,3,4).

Akutmodtagelsen, Opvågningsafsnittet, Gastroenheden og Medicinsk afdeling på Herlev og Gentofte Hospital samt Lungehjerter medicinsk på Hvidovre Hospital har i over et halvt år afprøvet de nye produkter i et projekt støttet af Markedsmodningsfonden. Projektet: ”Engangsartikler til immobile patienter” var initieret af Herlev og Hvidovre Hospitaler. Projektgrup-

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

pen har det sidste halvandet år evalueret på kliniske projektafdelingers tilbage-meldinger, regnet på miljø-, drifts- og anlægsudgifter og vurderet hygiejneforholdene ved de nye alternativer (5).

Patient- og personaleoplevelse

Ved at bruge spørgeskemaer undersøgte projektet nye som traditionelle arbejdsgange (5). Som supplement til spørgeskemaundersøgelsen af nye arbejdsgange blev simulation anvendt som metode for brugerundersøgelse (6). Simulationsafprøvningerne blev gennemført ved Dansk Institut for Medicinsk Simulation på Herlev Hospital. Brugerundersøgelser havde til formål at afprøve og afklare, hvordan de nye engangsartikler opleves af patienter og plejepersonale.

Mere trykafastende

Både patienter og personale har beskrevet engangsbækkener, som at de er mere bløde og har en bedre siddekomfort (5,6). Desuden viser det sig, at anvendelse af engangsprodukter betyder kortere arbejdsgange for plejepersonalet, da bortskaffelsesprocessen er enklere og rengøring og tømning af bækkenvaskeren bortfalder (5). Både patienter og personale har været trygge ved anvendelsen af engangsurinkolber.

Dog har alle udtrykt behov for tilpasning af udformningen af hospitalsbækkener, da brugen af disse uanset typen er forbundet med tilbageløb, skvulp, spild og dermed øget risiko for smittespredning samt merudgift for skift og vask af patienttøj og linned (5).

Bedre udformning ønskes

Projektet "Engangsartikler til immobile patienter" konkluderer, at det er ganske forsvarligt at tage engangsartikler i brug i fremtiden. Engangsløsninger er hygiejniske, sparer på energi- og vandforbrug og gør det muligt at holde bedre orden i skyllerummet. Projektet forudsiger, at patienttype, aktivitetsniveau på afdelin-

gen, affaldshåndtering og skyllerumsarkitektur i fremtiden vil være afgørende faktorer ved valg af produkttype til opsamling af urin og fæces fra immobile patienter.

Efter at have analyseret brugernes behov vurderer projektet, at de urinkolber, der i dag er på markedet, egner sig godt til brug i klinikken, men anvendelsen af bækkener i seng indebærer, at personalet skal ruste sig med tålmodighed. Projektet har afdækket, at hospitalsbækkener, såvel de traditionelle som de nye, ikke har en udformning, der kan sikre, at opsamling af urin og fæces fra de immobile patienter foregår uden problemer.

Hvis bækkengivning i seng skal lykkes hver gang, må og skal der stilles konkrete krav til producenteres videreudvikling af produkterne.

Litteratur

1. Kærsgaard VB. Engangsudstyr skal give hospital millionbesparelse. Jyllands-Posten, MedWatch 23.07.14.: http://medwatch.dk/secure/Medico___Rehab/article6887387.ece
2. Ingemann C. Millionstøtte til Snoghøj-firma. Fredericia Dagblad, 03.10.2013, s.3.
3. Andersen M. Da stålbeckenet kom på pension. Rådet for Teknologi og Innovation, 27. 03.2014: <http://ufm.dk/publikationer/2014/filer-2014/rri-avisindstik-27-03-2014.pdf>
4. Nørgaard B. Engangsprodukter som alternativ til stålbecken og plasturinkolbe. Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen; 2014;(6):25.
5. Materialet kan rekvireres hos seniorkonsulent Kurt Pedersen, Herlev Hospital; kurt.pedersen@regionh.dk
6. Materialet kan rekvireres hos journalist Ida Marie Steensborg; idasteensborg@gmail.com

SID DIG STÆRK

**FORSKELLEN
SKAL
OPLEVES**



designet af Nanna Ditzel

En dynamostol Incharge er designet, til at benytte kroppens naturlige balance. **Prøv en stol gratis i 14 dage** og oplev forskellen.

SID DIG STÆRK
dynamostol® d

www.dynamostol.com
info@dynamostol.dk
tlf.: 4675 0970

Patienter med hjertesvigt skal involveres i egen rehabilitering

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.

Jette Bagh, fagredaktør



Palle Larsen, RN, cand.cur. og ph.d., er 57 år, bor i Sorø, er gift og har fire børn. Palle Larsen er ansat som videnskabelig medarbejder og postdoc i Center for Kliniske Retningslinjer ved Aalborg Universitet.

Hvad fik dig til at forske?

"Jeg har gennem mit tidligere job som underviser på sygeplejeuddannelsen gennem en længere årrække undervist de studerende i området forskning og udvikling. Undervisningen var i en periode kombineret med, at jeg arbejdede som projektleder på udviklingsprojekter i det praktiske felt. I forbindelse med etableringen af professionshøjskolerne blev jeg ansat som fuldtids projektleder i en forsknings- og udviklingsafdeling. Arbejdet var spændende og udfordrende, og interessen for at udvikle mine kompetencer inden for feltet steg. Det var derfor en logisk følge heraf, at jeg gik i gang med ph.d.-studiet."

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

"Afhandlingens titel er: "Home-based rehabilitation of patients with heart failure: evidence, self-care and health status". Afhandlingen er en sammenskrivning, der bygger på seks videnskabelige artikler. Afhandlingens mål var at udvikle og teste en protokol for rehabiliteringen af patienter med hjertesvigt, efter at de var udskrevet fra ambulatoriet og havde afsluttet rehabiliterings fase II. Protokollen bygger på principperne i evidence based health care og tester effekten af systematisk at involvere patienterne i rehabiliteringen, når de befinder sig i eget hjem, ved at stimulere deres evne til egenomsorg."

Hvor tog du din forskeruddannelse henne?

"Den er erhvervet ved Aalborg Universitet."

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

"Jeg har været i den heldige situation, at jeg har fået den betalt via min arbejdsplads for så vidt angår min løn. Udgifterne i forbindelse med interventionen blev afholdt af de involverede afdelinger."

Hvor kan man læse om dine forskningsresultater?

"Afhandlingen er at finde på www.vbn.dk, og de artikler, der er publiceret for nuværende, er at finde i internationale tidsskrifter" (1-3).

Hvordan har din forskning betydning for praksis?

"Forskningen viser betydningen af sammenhængen mellem evidensbaseret viden og anvendelsen af kliniske retningslinjer i daglig praksis. Eksistensen af et godt samarbejde mellem sygeplejespecialisten i rehabiliterings fase II på hospitalet og sygeplejerskerne i primær sektor er af afgørende betydning for at sikre kontinuitet i det samlede rehabiliteringsforløb."

Hvad forsker du i aktuelt?

"Et særdeles væsentligt område for sygeplejen er i øjeblikket i fokus. Vi er ved at kortlægge betydningen af systematisk mundpleje i forbindelse med forskellige kroniske sygdomme, når der ses på forekomst af infektion, genindlæggelser etc. Dette arbejde funderes i et scoping review, dvs. et review, der ud fra en systematisk metode giver et overblik over, hvad der findes af viden inden for et givent område, som vi samtidig udvikler metodiske kompetencer i at arbejde med."

Litteratur

1. Larsen P, Thomsen T, Pedersen PU. Effect of Clinical Nurses Specialists intervention on rehabilitation outcomes in patients with heart failure. *Clinical Nursing Studies*. 2015;3(2):31-9.

2. Larsen P, Pedersen PU, Tsiamali A. The effectiveness of reducing dietary Sodium intake versus normal dietary sodium intake in patients with Heart Failure in reducing readmission rate: A Systematic Review Protocol. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*; 2014;12(2).
3. Larsen P, Pedersen PU. Stimulation to self-care in patients with heart failure: A quasi-experimental study. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2013;4(3):143-54.

**Dansk Forening
for Klinisk Sexologi
- Kvalitet i sexologisk
uddannelse**



Få sexologisk viden og samtaleværktøjer til din patientkontakt indenfor gyn-obs, urologi, smertebehandling, genoptræning m.fl.

Tag en efteruddannelse i klinisk sexologi med:

- Højt fagligt niveau
- Behandlingsrelevans
- Tværfagligt studiemiljø (med læger, sygeplejersker, jordemødre m.fl.)
- Træning af kliniske færdigheder

1 års basisuddannelse med mulighed for 2 års overbygning

Nye hold begynder november 2015.

Sexologuddannelsen.dk

Åndelig omsorg er vigtig for den palliative muslimske patient

Den muslimske palliative patient har altid en pårørende ved sin side under indlæggelse. Det skræmmer sygeplejersker, som tænker, at den pårørende også varetager den åndelige omsorg. Sygeplejersker danner derfor ofte en relation med den pårørende og glemmer patienten. Artiklen er baseret på et bachelorprojekt.

Rym Aysh, sygeplejerske, Herlev Hospital; rimaych@hotmail.com
Fardousa Hassan, sygeplejerske, stud.med.

Fundene i et bachelorprojekt viser, hvordan de palliative muslimske patienter oplever, at deres åndelige behov bliver dækket, hvad det har af betydning for deres livskvalitet under indlæggelse, og hvordan livskvaliteten forringes, når sygeplejersken ikke yder tilstrækkelig åndelig omsorg. Åndelig omsorg er forsømt, og det gælder både for muslimske patienter og for andre patientgrupper. Men hvad skyldes forsømmelsen, og hvilke udfordringer ses i mødet med den palliative muslimske patient?

Formålet med artiklen er at skabe større fokus på åndelig omsorg til de muslimske patienter, at få mere viden om og større forståelse for emnet og at formidle viden om og mod til at indgå i eksistentielle og religiøse samtaler.

Metode

Den metodiske tilgang er kvalitativ og tager afsæt i humanvidenskaben, herunder fænomenologi og hermeneutik. Projektet tager udgangspunkt i et semistruktureret interview med en onkologisk sygeplejerske og en palliativ muslimsk patient.

Resultater

Åndelig omsorg vægtes utroligt højt hos den muslimske palliative patient, da religion ses som en ressource til at besvare eksistentielle og religiøse spørgsmål. Patienterne har en forventning om, at sygeplejersken vil interessere sig for og støtte op om troen. Når det ikke sker, føler patienten sig overset.

Katie Eriksson skriver: "Ikke at blive set er også en måde at blive tilintetgjort på" (2). Det fører til unødvendige lidelser. Når sygeplejersken ikke tilgodeser patientens eksistentielle og religiøse behov, oplever patienten forringet livskvalitet. Lidelsen kan lindres ved, at sygeplejersken møder

patienten uden fordomme, udviser respekt og skaber en relation for derefter at være nærværende.

Sygeplejersken på sin side oplever udfordringer ved manglende kommunikation, en altid tilstedeværende pårørende og mangel på viden om kultur og tro.

Det er sygeplejerskens opgave at etablere en relation til patienten. Via direkte kommunikation med patienten skal sygeplejersken forsøge at identificere patientens behov. Forsømmelse af åndelig omsorg skyldes, at de fleste sygeplejersker ser religion som en privatsag, og mødet med patientens religion kan medføre, at sygeplejersken konfronteres med sin egen sårbarhed og dødelighed. Mere viden om åndelig omsorg, kultur og et ønske om at skabe en god relation vil ruste sygeplejersken til mødet med den palliative muslimske patient og mindske udfordringerne. Etnisk Ressourceteam kan hjælpe patient og personale gennem udfordringerne (3).

Relationen til patienten flyttes

Sygeplejersken synes ikke, det er nødvendigt, at hun varetager alle patientens behov, da der altid er en mellemmand/pårørende til stede hos den muslimske palliative patient, som hun vurderer varetager patientens eksistentielle og åndelige behov. Sygeplejerskens fokus er at oprette kontakt til de pårørende for på den måde at kommunikere med patienten. Sygeplejersken er med til at støtte op om de pårørendes rolle under indlæggelsen ved at anerkende de pårørende og benytte sig af dem. Sygeplejersken flytter relationen, som burde findes mellem hende og patienten, til de pårørende, da sygeplejersken tror, at det er en del af kulturen, at det skal foregå på den måde. Sygeplejersken tror, at det er en

selvfølge, at man ikke yder åndelig omsorg til den muslimske patient, fordi de pårørende selv styrer det. Denne tankegang er blevet en måde at tænke pleje til den muslimske patient på. Lidelse i denne situation opstår netop, fordi sygeplejersken ikke er opmærksom på den åndelige dimension. Ved at forsømme åndelig omsorg kan sygeplejersken påføre patienten plejelidelse.

Viden og kompetencer er en forudsætning for, at sygeplejersken kan varetage åndelig omsorg. Besidder sygeplejersken ikke tilstrækkelige kompetencer inden for eksistentielle og religiøse handlinger, er hun ifølge Etisk Råd forpligtet til at henvise patienterne til en imam eller præst, der kan varetage denne opgave.

Projektet tyder på, at åndelig omsorg kan være vanskelig for sygeplejersken.

Årsagen til, at sygeplejersken ikke skal negligere menneskets åndelige dimension, uddybes hos hospitalsimamen Naveed Baig, som mener, at mennesket besidder en åndelig dimension. For ham er mennesket ikke blot en fysisk krop, men også et væsen, der besidder spirituelle, psykologiske og fysiske dimensioner. At negligere en af disse dimensioner vil påvirke andre dimensioner.

Litteratur

1. Aysh R, Hassan F. Åndelig omsorg for den palliative muslimske patient. Bachelorprojekt 2015, UC Sjælland. www.ucviden.dk/student-portal/
2. Eriksson K. Det lidende menneske. København: Munksgaard Danmark; 2010.
3. ERT. <http://ressourceteam.dk/> Besøgt d. 06.07.2015

Læs også artiklen "Sygeplejersker skal træde ind i det åndelige rum" side 42 i dette nummer af Sygeplejersken.

Medicinhåndtering på nye hænder fordrer teamforståelse

Medicinhåndtering varetages i stigende grad af apotekspersonale. Derfor må farmakonomer og farmaceuter integreres sammen med sygeplejersker i en teamforståelse, hvor de er en del af hele patientforløbet.

Signe L. Andersen, antropolog, Ortopædkirurgisk afdeling; signe.lindgaard.andersen@regionh.dk

Morten B. Andersen, farmaceut, Region Hovedstadens Apotek,

Dorte Evaristi, klinisk sygeplejespecialist, Ortopædkirurgisk afdeling,

Rikke L. Simonsen, ledende farmaceut, Region Hovedstadens Apotek, alle ansat på Amager og Hvidovre Hospital

National og international litteratur har påvist de positive effekter af tværfaglig medicinhåndtering med integrering af apotekspersonale i klinikken (1). Senest blev det i *Sygeplejersken* konkluderet, at opgaveglidning fra sygeplejersker til farmakonomer og farmaceuter højner patientsikkerheden, kvaliteten i patientforløbene og øger de faglige kompetencer (2,3). Derudover aflaster det sygeplejerskerne og frigiver tid til omsorgs- og plejereleterede opgaver.

På Ortopædkirurgisk afdeling på Amager-Hvidovre Hospital indgår apotekspersonale også i tværfaglige ydelser, hvor medicin dispenseres og administreres, medicin pakkes/udleveres ved udskrivelsen, medicinamneser optages, der ydes bistand til medicinafstemning ved indlæggelsen og udskrivelsen samt medicingennemgang. Afsluttede og igangværende undersøgelser tegner samme positive billede af det tværfaglige samarbejde omkring medicineringsprocessen. Ud fra en kvalitativ dataindsamling træder nuancer dog frem. For hvad betyder det for sygeplejen og sygeplejerskerne, når en anden faggruppe overtager dele af sygeplejerskernes opgaver? Hvordan undgår man i fremtidens sundhedsvæsen, at sygeplejersker bliver afkoblet på dele af patientforløbet, som tidligere var forbeholdt deres profession?

Arbejdsgange bliver ændret

I forhold til medicin gør sygeplejersker sig løbende observationer i forhold til virkninger og bivirkninger. Når Apotekspersonalet varetager dele af medicineringsopgaven, kan opgaveglidningen bevirke, at arbejds-gange, hvori indgår kontinuerlig observation relateret til medicineringsdelen, bliver ændret. I et fokusgruppinterview med fire sygeplejersker i forbindelse med evalueringen af One-Stop Dispensing i Ortopædkirurgisk afdeling problematiseres denne konsekvens. En sygeplejerske siger:

”Jeg er rigtig glad for, at de (apotekspersonalet, red.) gør det, men jeg føler virkelig nogle gange, jeg mangler at se mine patienter på det område der. Det tager noget af mit pres i hverdagen, men nogle gange så er jeg rigtig ked af, at det ikke er mig, der har givet medicin, for jeg aner ikke, hvad patienterne får ...

Et tema i interviewet er således, hvordan sygeplejerskerne føler, de bliver afkoblet fra dele af medicineringsprocessen og mister føling med medicinens effekt hos patienterne.

Nødvendig dialog

Apotekspersonalet frigiver tid til omsorgs- og plejereleterede opgaver, samtidig med at kvaliteten i medicinhåndteringen øges, men det har konsekvenser for kontinuiteten i sygeplejen.

Det er derfor vigtigt at tænke apotekspersonalet bredere ind i patientforløbet, personalegruppen og behandlingsteamet, hvor der tænkes ud over den enkelte patient og det enkelte præparat.

For at sikre kvalitet og patientsikkerhed er det nødvendigt, at der er dialog om observerede fund og patientudsagn mellem apoteks- og plejepersonale. Det gælder særligt i forhold til medicinvirkning og eventuelle bivirkninger, som apotekspersonalet ønsker plejepersonalets hjælp til at observere, og derfor må gøre dem opmærksomme på. Omvendt har sygeplejersken brug for apotekspersonalets observationer og refleksioner i forhold til den enkelte patients medicinerings, så behandling og pleje i det tværfaglige team kan kvalificeres og målrettes patientens behov.

Det er afgørende, at sygeplejersker og apotekspersonale deltager i tværfaglige teammøder, patientkonferencer og rapport-situationer, hvor patientens behand-

lings- og plejeforløb drøftes, og der lægges planer. Det tværfaglige samarbejde og personlige kendskab til hinanden er medvirkende til at øge den patientoplevede kvalitet og tryk i forløbet.

Sporadisk arbejds-gang

Afdelingens sygeplejersker varetager fortsat medicindispensering og administration i aften- og nattetimer og i weekender. For de sygeplejersker, som arbejder i skiftende vagter, betyder det, at medicinhåndtering bliver en opgave, der foregår mere sporadisk. Det kan være en udfordring i forhold til at opbevare de nødvendige kompetencer. Det gælder både generel viden om medicinvirkning, bivirkning og indikation, men også den praktiske håndtering i forhold til korrekt dispensering og administration. Her kan apotekspersonalet bidrage med opdateret viden og undervisning.

Både farmakonomer og farmaceuter vil fremadrettet spille en vigtig rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Vi ønsker derfor at sætte fokus på vigtigheden af at integrere begge parter i en teamforståelse, hvor de er en del af patientforløbet. Øget dialog og samarbejde i det tværfaglige team vil kunne afhjælpe det vidensgap og den fragmentering, der kan opstå, når en ny faggruppe varetager opgaver, der hidtil er udført af sygeplejersken.

Litteratur

1. Andersen MB, Olsen SS, Kirketerp-Møller K, McNulty H. Nyt medicinerings-system inddrager patienterne. *Sygeplejersken* 2014;(13):86-8.
2. Foghmar MJ, Kvam SUL, Simonsen K. Opgaveflytning fra sygeplejerske til farmaceut og fysioterapeut. *Sygeplejersken* 2015;(5):78-80.
3. Helnæs AK, Ekman A. Farmakonomer frigiver ressourcer til sygepleje. *Sygeplejersken* 2015;(5):72-6.

DET FØRENDE ALTERNATIV FOR

optimal hygiejne & patient-integritet



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

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

EasyClean™
Let at rengøre

EasyReturn™
Let at folde sammen og trække ud

EasyClick™
Mobil eller fast monteret



THE FUTURE IN PRIVACY & HYGIENE SOLUTIONS

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



Hvem står bag UlykkesLinjen?

Initiativet er skabt i samarbejde mellem:

- Havarikommissionen for Vejtrafikulykker (HVU)
- Rigspolitiet
- Rådet for Sikker Trafik
- Forsikring & Pension
- UlykkesPatientForeningen (tidl. PTU)

Offerfonden støtter UlykkesLinjen

UlykkesLinjen
Fjeldhammervej 8 · 2610 Rødovre · T 3673 2000 · ulykkeslinjen.dk

Henvi dine ulykkespatienter til os, så kan de få gratis råd og vejledning

Mange patienter med skader efter en ulykke, oplever livet former sig markant anderledes end før. Det er både fysisk og mentalt belastende at møde alle de udfordringer, en hverdag som tilskadekommen indebærer. Både ulykkespatienten selv og de pårørende bliver ofte hvirvlet ind i en ukendt og uoverskuelig verden af sagsbehandling, paragraffer, regler og rettigheder.

Giv et trygt nummer videre, i en turbulent tid

UlykkesLinjen er et gratis støttetilbud til ulykkespatienter og deres familie. Her kan de få uvildig telefonisk vejledning af kompetente og erfarne socialrådgivere samt et bagland af specialister i ulykkespatienter, bl.a. ergoterapeuter, psykologer, jurister, fysioterapeuter og læger, der

er tilknyttet UlykkesPatientForeningen (tidl. PTU). De kan svare på spørgsmål om muligheder og rettigheder inden for bla.:

- Genoptræning
- Hjælpemidler
- Handicapbil
- Sygedagpenge
- Forsikringsager
- Advokatbistand

Hvad kan du gøre herfra?

Du er velkommen til at henvise din patient, ægtefællen og andre pårørende til UlykkesLinjens nummer. Læs mere om støttetilbuddet på ulykkeslinjen.dk, hvor der også er mulighed for at bestille informationsmateriale til både personale og patienter.

ULYKKESLINJEN
3673 2000

Nyuddannede sygeplejerskers svære møde med arbejdslivet

Fem nyuddannede sygeplejerskers oplevelser af overgangen fra studie til job blev undersøgt gennem interview, spørgeskemaer og dokumentanalyser. Resultaterne viser, at sygeplejerskerne var gode til at studere sygepleje, men havde svært ved at lære at være sygeplejersker. Videreuddannelse ser ud til at være en realistisk udvej. Artiklen er baseret på et kandidatspeciale.

Malene Aagesen, sygeplejerske, cand.mag. i læring og forandringsprocesser; maleneaagesen@gmail.com

Karin Højbjerg, sygeplejerske, ph.d., lektor ved Aalborg Universitet København, Institut for Læring og Filosofi

At det kan opleves som et kulturchok at overgå fra rollen som studerende til rollen som professionel udøver af et fag, er ikke et nyt fænomen. ”Et er søkort at forstå, et andet skib at føre,” lyder det i Ludvig Holbergs stykke ”Den Politiske Kandestøber”, og problematikken er i dag ofte koblet til forskellen mellem teori og praksis.

Det har været fremført, at det er urimeligt at forvente flyvefærdige sygeplejersker efter blot tre et halvt års uddannelse, når f.eks. læger først anses som fuldt uddannede speciallæger efter 14-16 år (1). På et overordnet niveau anerkendes det da også, at overgangen fra uddannelse til job kan forekomme problematisk. F.eks. tilbydes der på flere sygehuse lokale refleksionsrum i tiden som nyuddannet sygeplejerske, og Dansk Sygeplejeråd har i Kreds Hovedstaden oprettet en mentorordning, der skal lette presset på de nyuddannede. Mentorordningen beskrives jf. www.dsr.dk som et tilbud, hvor en erfaren sygeplejerske hjælper en nyuddannet med 0-2 års erfaring til faglig og social trivsel og afklaring som ny i sygeplejefaget.

Som noget forholdsvis nyt kædes forventningspresset eller det såkaldte praksishok sammen med, at flere nyuddannede sygeplejersker tilsyneladende forlader jobbet. Hver femte sygeplejerske uddannet i 2000 havde inden 10 år forladt faget. Det er sket dobbelt så hurtigt som for de sygeplejersker, der blev uddannet i 1990 (2). Dette må betragtes som problematisk for såvel den enkelte som for en eventuel fremtidig sygeplejerskemangel i et moderne sundhedsvæsen (2,3,4).

Den faglige autoritet er under pres

På trods af udstedelsen af autorisationsbeviser til nyuddannede sygeplejersker er det ikke en naturlov, at de tildeles ubetinget autoritet og faglighed. Tidligere tiders faglige pon-

” Hovedproblemet for de nyuddannede sygeplejersker består i en oplevelse af, at de ikke kan det, der forventes af dem, og at ansvaret derfor er tungt at bære.

der i form af nærmest pastoral myndighedsudøvelse i sundhedsvæsenet har i dag fået nye udtryksformer (5). Særligt ressourcestærke patienter og deres pårørende optræder som eksperter på egen sygdom. Patientforeninger og stat hjælper via garantier og standarder godt til med at stille krav til behandling og pleje. Dokumentation af selvsamme skal således sikre, at en mulig klage kan behandles og afgøres i henhold til fastlagte normer organiseret i fintmaskede klagesystemer, som brugere, dvs. patienter, opfordres til at gøre brug af ved utilfredshed. Det betyder, at de professionelle skal kæmpe hårdere for at hævde den faglige autoritet, og at fagligheden konstant er sat til forhandling.

De sidste 30 års gennemgribende effektiviserings- og moderniseringsprocesser, som sundhedsvæsenet har gennemgået, ser ikke ud til at stilne af. Den aktuelle diskussion om, hvordan den dyre sygehusmedicin skal finansieres, kan let legitimere yderligere nedskæringer på de nuværende normeringer.

Ifølge helt nye tal fra Dansk Sygeplejeråd bliver de opgaver, der i 2001 blev løst af 100 sygeplejersker, i dag løst af 72 sygeplejersker (6). De konstante forandringer, som organiseringen af sundhedsvæsenets ydelser undergår, betyder, at de ansatte pålægges nye former for ansvar i det daglige arbejde, hvor det bliver nødvendigt for den enkelte sygeplejerske at kunne begrunde, forklare og stå til ansvar for egne prioriteringer.

Patienterne på sygehusene bliver så at sige mere syge, for ved mindste bedring udskrives de, og primær sektor tager over. Det efterlader hospitalerne med højtspecialiserede afdelinger, der efterspørger specialister med ekspertviden, som i sagens natur ikke er nyuddannede sygeplejerskers spidskompetencer (7,8).

Vi kan ikke det, vi skal kunne

Hovedproblemet for de nyuddannede sygeplejersker består i en oplevelse af, at de ikke kan det, der forventes af dem, og at ansvaret derfor er tungt at bære. De oplever at have lært en masse om sygepleje, patienter og sygdomme, men hvad det egentlig vil sige at være sygeplejerske, har tilsyneladende været vanskeligt at få greb om gennem uddannelsen.

”Jeg følte mig ikke klædt på. Jeg følte ikke, jeg havde de kompetencer, der skulle til for at kunne pleje de her syge patienter. Det ansvar. Ja, det var det der med ikke at vide, jamen hvad skal jeg gøre med ham her, han er i delir og alt muligt! Jeg aner ikke, hvad jeg skal gøre med ham!” fortæller Anja, der ligesom undersøgelsens fire andre deltagere blev uddannet sygeplejerske i 2014 (9).

Om den svære overgang fortæller Sofie:

”Jeg synes, det har været svært at have ansvar på den måde. At lige pludselig så står man dér. Og så fra den ene dag til den anden har du ansvar. Det er mig, der hælder det medicin op, og der er ikke nogen, der dækker min ryg mere. Og nu er det altså mig, der kan komme til at gøre noget, der kan være forfærdeligt for et andet menneske.”

For de nyuddannede har det været vanskeligt at finde sig til rette i rollen som sygeplejerske, og flere af dem har oplevet at blive overladt til sig selv i forsøget på at navigere i det nye arbejdsliv. Flere giver udtryk for at have fået en mangelfuld introduktion til arbejdspladsen. Om denne fortæller Emilie f.eks.:

”Det var helt vildt forfærdeligt. De var super søde, men der var ikke noget introduktion.”

Hun uddyber:

”Jeg brugte rigtig meget energi på at finde ud af, hvad min rolle egentlig var. Jeg syntes, det var rigtig svært at finde ud af, hvad jeg egentlig skulle. Hvad det ville sige at være sygeplejerske her. Jeg var helt frustreret. Og hver dag gik jeg derfra og tænkte: Er det virkelig det her?”

At være placeret i denne usikre position påvirker dem følelsesmæssigt og personligt.

”Jeg var SÅ bange! Altså, jeg var virkelig bange for, at der skulle ske en fejl. Og jeg skulle virkelig tage mig sammen og sige til mig selv: du kan godt dine ting, og du spørger, hvis du ikke kan. Hele tiden sige til mig selv: det skal nok blive okay. Men jeg havde

svært ved at se, at det nogensinde skulle få en ende, at jeg skulle være så bange for at gå på arbejde,” fortæller Sofie, der oplevede at gå på arbejde med angst og uro i maven i mere end et halvt år, på trods af at hun kendte afdelingen fra sit sidste lange klinikophold.

Manglende mulighed for at sige fra

I en tid, hvor der er opstået en (for)brugerkultur og en ledelsesstrategi, hvor den enkelte medarbejder afkræves mere ansvar (5), kan denne kultur være med til at forstærke oplevelsen af ikke at føle sig klar til ansvaret og risikoen for at begå fejl. Sygeplejerskerne er gennem uddannelsen socialiseret til at tage ansvar for egen læring. Indirekte begrænses den enkeltes mulighed derfor for at sige fra over for arbejdsopgaver, han eller hun ikke mener at kunne varetage. Samtidig ser vi en tendens til, at ledelsen på de pågældende nyuddannedes arbejdspladser ikke viser forståelse for den usikre situation, de oplever at befinde sig i, hvorfor det bliver den enkeltes egen opgave at navigere igennem situationen.

”Noget tyder på, at normeringerne er så snævre, at det er afgørende for lederen, at alle ressourcer er toptunede. Arbejdsopgaver skal løses på tid og kvalitet, og som nyuddannet opleves det ikke legitimt at sige fra over for arbejdsopgaver.

Louise fortæller f.eks., hvordan hendes leder ikke viste forståelse for, at hun følte sig presset på såvel tid som kompetencer og havde behov for hjælp til at prioritere sine arbejdsopgaver:

”Så blev hun nærmest sur på mig og sagde: hvad kan jeg overhovedet regne med, hvad kan du overhovedet overskue? Så blev hun sådan sur på mig, fordi jeg ikke havde overblik over alle de ting.”

- Sofie fortæller, hvordan hun to uger før en weekendvagt og flere gange i ugen op til denne henvendte sig til sin leder, fordi hun var utryk ved at skulle være alene i vagt med en alvorligt syg patient. Umiddelbart var der opbakning fra kollegerne, men hun følte sig ikke imødekommet af lederen. De aftalte dog, at hun kunne være kontaktperson for patienten i ugen op til og på denne måde til-lære sig de nødvendige kompetencer. Men

”... problemet var, at vi havde vanvittigt travlt i den uge. Alle var syge, så da vi nåede fredag, så havde jeg allerede været på arbejde i 50 timer. Og jeg havde weekendvagten. Og patienten er ret dårlig de første par dage, hun er hos os. Og jeg siger igen: ”Det her, det har jeg ikke kompetencer til. Jeg kan ikke varetage det her alene.” Det var sådan rent proceduremæssigt, der var nogle ting. Og så fik jeg at vide: jamen jeg var jo sygeplejerske, så der var jo også bare ... Så sagde jeg til ham, ”at det syntes jeg ikke var fair.”” fortæller Sofie om sin leders håndtering af situationen.

” Sygeplejerskerne har tilsyneladende lært at studere sygepleje, men har til gengæld haft svært ved at lære at være sygeplejersker.

Noget tyder på, at normeringerne er så snævre, at det er afgørende for lederen, at alle ressourcer er toptunede. Arbejdsopgaver skal løses på tid og kvalitet, og som nyuddannet opleves det ikke legitimt at sige fra over for arbejdsopgaver. Anja konfronterede i frustration over dette sin leder:

”Kan det virkelig passe, at I forventer det samme af mig, som er nyuddannet, som af én, der har været her i 10 år?” ”Ja”, si-ger hun så. ”Det gør vi. Vi forventer det samme af dig. Du skal kunne det – du skal kunne passe den samme slags patienter, og du skal kunne passe det samme antal ...”

De nyuddannede sygeplejersker erfarer kropsligt, hvordan det forventes, at man kan indgå som fuldgyldigt medlem af pleje-gruppen fra starten. Anja fortæller i den forbindelse, hvordan

arbejdspresset og den manglende mulighed for at sige fra fik fysiske og psykiske konsekvenser:

”Jeg var inde ved dem (lederne, red.) flere gange og sige, at jeg havde ondt i min mave, når jeg gik på arbejde.” Så sagde hun: ”Nå, det var da ikke så godt. Måske vi skal prøve, at du lige får en erfaren sygeplejerske at gå med et par uger.” Der skete bare ikke noget. Jeg fik ikke nogen sygeplejerske at gå med. Det fortsatte bare. Så var det, jeg blev sygemeldt.”

Selvbebrejdelse, skam og ensomhed

Gennem sygeplejerskeuddannelsen har de nyuddannede lært at tage ansvar for egen læring. I arbejdslivet må de tilsyneladende også selv bære ansvaret for at navigere i de strukturelle vilkår, når de ikke kan leve op til forventningerne til en autoriseret sygeplejerske. Med den svære start opstår selvbebrejdelser pga. de manglende kompetencer, hvilket bl.a. fører til skam, frustration og nedtrykthed. Sisse siger f.eks.:

”Jeg følte mig dum! Og jeg følte mig som en kæmpe belastning. Og den følelse havde jeg faktisk hele vejen igennem på den afde-ling, at jeg var en belastning!”

Anja fortæller: *”I størstedelen af tiden bebrejdede jeg mig selv sådan; du er ikke god nok, eller du har ikke lært nok, da du gik på studiet. Det må være derfor. Eller: jeg skal bare ikke være sygeplejerske. Sådan vendte det indad.”*

Videreuddannelse er den sikre udvej

Lidt polemisk kunne man da spørge: Jamen, måske er disse sygeplejersker heller ikke de rette til at varetage hvervet som sygeplejerske? Det paradoksale er imidlertid, at undersøgelsens deltagere har haft et uddannelsesforløb, hvor de overordnet har oplevet at få ros og anerkendelse for deres faglighed gennem gode eksamenspræstationer såvel klinisk som teoretisk. Sofie fortæller:

”Generelt i mine klinikperioder er jeg nok blevet rost for at være videbegærlig. Altså have lyst til at opsøge den viden, der lå i spe-cialet.”

”Det er fedt at få muligheden for at læse op på nogle ting, inden man står med patienterne. Og så efterfølgende danne sig en masse erfaring og så gå hjem og læse,” fortæller Sisse om refleksion og fordybelse, der giver anerkendelse i uddannelsen, men som tilsyneladende svært lader sig omskrive til konkret værdi i det travle arbejdsliv.

Med det højeste karaktergennemsnit på eksamensbeviset på 11,3 fortæller Anja om kontrasten mellem studie- og arbejdsliv:

”Jeg ville bare ønske, den der bachelorperiode kunne trække ud, ik’?” og griner lidt. *”Fordi vi havde det så skide hyggeligt. Det var to af mine tætteste veninder, jeg skrev bachelor med. Og vi havde bare det fedeste forløb dér. Vi var alle tre sådan lidt ... Vi kunne slet ikke overskue den der verden, der ventede på den anden side, vel? Sådan meget stor kontrast til det der liv, man har levet. Det dér studieliv. Og det dér bachelorliv, hvor vi bare sådan, du ved ... Sad på den der skole og købte takeaway. Hyggede og grinte.”*

Målt på eksamenskarakterer har disse sygeplejersker klaret sig rigtig godt på uddannelsen, idet deres gennemsnit ligger mellem 8,2 og 11,3, og de har således tilsyneladende fået anerkendelse for deres studiefaglige kompetencer. Med disse erfaringer eller dispositioner for at gøre sig gældende på en anerkendt måde som studerende, forekommer det naturlige, alternative valg til det vilkårlige arbejdsliv som sygeplejerske ikke uventet at være at vælge videreuddannelse. Udbuddet af uddannelser og uddannelsespladser er generelt steget i Danmark inden for de videregående uddannelser. Skiftende regeringer har sats på viden som vare på det globale marked samtidig med, at uddannelse også har været satsningsområde i bestræbelserne på at optimere velfærdsstatens goder. Inden for sygeplejen ser vi, at en stadigt større andel af en årgang vælger at videreudanne sig efter endt sygeplejerskeuddannelse. Men de videreuddannede sygeplejersker uddanner sig imidlertid ud af faget, som det så ud i 2010 (10). Når flere sygeplejersker samtidig forlader jobbet, er der noget, der tyder på, at det kunne have

en sammenhæng, dvs. at flere vælger videreuddannelsen som en regulær udvej, omend der er behov for nye data for at kunne sige dette med sikkerhed.

Opsummering og perspektiver

Når de nyuddannede oplever en svær start på arbejdslivet, har det ikke kun betydning for den enkeltes trivsel og velbefindende. Korte ansættelsesforhold, mistriivsel, sygemeldinger og flugt fra faget er dyrt og ineffektivt og belaster samfundshusholdningen. Sygeplejerskerne har tilsyneladende lært at studere sygepleje, men har til gengæld haft svært ved at lære at være sygeplejersker. De tillærte studenterkompetencer har givet dem dispositioner for at vælge videreuddannelsen som alternativ ud af den frustration og afmagt, de har oplevet. Det spinkle datagrundlag til trods forekommer det paradoksalt, at det tilsyneladende er mønsterstuderende, branchen ikke magter at fastholde. Snart udkommer en ny studieordning for sygeplejerskeuddannelsen. Det ser ud til, at der ligger en udfordring i at tænke progression i klinikkens didaktik, så sygeplejestuderende gradvist lærer at tage ansvar og være komfortable med de uforudsigelige elementer ved praksis. Men der ligger også en udfordring i at få de bevilgende myndighederne til at forstå, at hverken god uddannelse eller effektiv håndtering af nyuddannede sygeplejersker kan gøres uden adækvate ressourcer i den daglige praksis.

Litteratur

1. Larsen K. En passende mængde uvidenhed. *Gjallerhorn* 2009;10:42-53.
2. Sygeplejersker flygter fra faget. Dansk Sygeplejeråd. www.dsr.dk Hentet d. 2. juni 2015.
3. Thryssøe L. At blive og at være sygeplejerske: En undersøgelse af oplevelsen ved at være næsten færdiguddannet og nyuddannet sygeplejerske og interaktionens betydning for deltagelse i praksisfællesskabet. Ph.d.-afhandling, Syddansk Universitet; 2010.
4. Jørgensen UN. Svær start kan koste sygeplejersker. *Sygeplejersken* 2004(25):12-3.

- ▶ 5. Højbjerg K, Larsen NS, Larsen K. Grænser for professionel autoritet i mødet mellem sundhedsprofessionelle og patienter/klienter. Praktiske grunde. Nordisk Tidsskrift for samfundsvidenskab (1-2); 2015:43-60. Kan lokaliseres på <http://praktiskegrunde.dk/pg1-2-2015.html>
- 6. Dansk Sygeplejeråd. Sundhedsvæsenets udfordringer. 23. april 2015. http://www.dsr.dk/Artikler/Sider/Firepunkts_introduktion.aspx. Hentet den 18. maj 2015.
- 7. Implement consulting group. Komplex fremtid og reflekse sundhedsprofessionelle – Om videreudvikling og forbedring af sundhedsuddannelserne. Afrapportering af Sundhedskartelletts uddannelsesprojekt; 2014.
- 8. Hjort K. Modernisering af den offentlige sektor. Årg. 2. 5. bind. Frederiksberg: Roskilde Universitetsforlag; 2008.
- 9. Aagesen M. Her hvor jeg er nu, kunne jeg godt have brugt mere sådan; hvad er en sygeplejerske egentlig. En undersøgelse af nyuddannede sygeplejerskers komplekse møde med arbejdslivet. Kandidatspeciale. København: Aalborg Universitet; 2015.
- 10. Dansk sygeplejeråd Analyse: Sørensen LK. Sygeplejerskers uddannelsesbehov og betydningen for beskæftigelsen. Dansk Sygeplejeråd. Analyse; 2010.

English abstract

Aagesen M, Højbjerg K. Newly qualified nurses facing the tough demands of working life. *Sygeplejersken* 2015;(11):64-8.

This article is based on findings from a master's thesis submitted under the MA programme in Learning and Innovative Change at Aalborg University, Copenhagen. Newly qualified nurse experiences of the transition from studying to working practice were studied by means of five interviews, questionnaires and document analyses. All of the nurses participated in the Danish Nurses' Organization's preceptorship scheme, which is designed to ease this transition. The study reveals the paradox that newly qualified nurses are obliged to assume responsibility for conditions beyond their capability. The lack of support from fellow professionals in the work setting and the experience of not being capable of meeting expectations result in anxiety attacks, sickness absences and job despondency. The initial period is characterised by many and frequent job changes and continuing education appears to be the safe exit out of a difficult start. The nurses had a good, successful track record in education and training behind them. They appeared to have learnt to excel as students, but not to excel as practitioners. The article contributes to the discourse on how to take account of the difficult transition in the forthcoming reform of Danish nurse education.

Keywords: Newly qualified nurses, transition, reality shock, nurse education.

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.

Tværfaglighed i fokus på hospice

Et udviklingsprojekt på et hospice viste, at det er nødvendigt at have en fælles tværfaglig retning, men også at kunne revurdere faglige rutiner og få øje på forskelle i faggruppernes kompetencer og sprog. Artiklen beskriver arbejdet med at definere tværfaglighed og flerfaglighed på et hospice og sikre det tværfaglige samarbejde gennem nye procedurer og fora. Artiklen har været gennem fagfællebedømmelse.

Eva Just, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d., selvstændig; eva@justeva.dk
Dorit Simonsen, MPM, hospiceleder, Hospice Djursland
Helle Dalby Kristensen, souschef, Hospice Djursland

En kvinde med en hjernetumor ankommer til hospice. Før ankomsten har en sygeplejerske sammen med serviceassistenten gjort stuen klar med seng og blomster, og den bygningsansvarlige har hængt et par billeder op på væggene. Sygeplejersken taler kort med fysioterapeuten om, at de måske får brug for noget til lejrning, og aftaler med lægen, at de tager indlæggelsessamtalen sammen, fordi de gennem det notat, hospiceledelsen har skrevet på kvinden, ved, at hendes kognitive funktion er påvirket, og de er ikke klar over, om der er pårørende med ved ankomsten. Patienten ankommer sammen med en søn, og sekretæren byder dem sammen med sygeplejersken velkommen til hospice.

Syv forskellige faggrupper er involveret i denne indlæggelsessituation, og det er bare én af utallige situationer i et hospice, hvor 10 forskellige faggrupper arbejder tæt sammen for at skabe den bedste afslutning på livet eller et symptomlindrende ophold. Fagpersonerne arbejder ofte alene, men i tæt samspil med de andre faggrupper og fagpersoner, og det kræver både koordination, fælles værdier og evne til at improvisere sammen.

Gennem halvandet år har Hospice Djursland (HD) arbejdet med et tværfagligt udviklingsprojekt med det formål at styrke den tværfaglige indsats, se boks 1. Projektets baggrund var en intern evaluering, der viste, at nogle faggrupper oplevede, at det tværfaglige samspil ikke fungerede optimalt. Dette blev diskuteret på et personalemøde, og fordi det tværfaglige samarbejde er et væsentligt fundament i den palliative indsats, blev vi enige om at arbejde videre med det som fokus. For at støtte os i den proces inviterede vi cand.scient.soc. Eva Just med som proceskonsulent.

Boks 1. Formål med projektet

- At styrke den tværfaglige indsats over for patienterne, dvs. at skabe større opmærksomhed på at inddrage relevante faggrupper i alle patientforløb.
- At styrke den gensidige forståelse for såvel individuelle fagpersoners som faggrupperes særlige ressourcer og forskellighed.
- At udvikle eksisterende møde- og samarbejdsrelationer samt evt. afprøve nye former.
- At udvikle metoder til at arbejde mere bevidst med tværfaglig læring, f.eks. at styrke tværfaglig kommunikation gennem kritisk refleksion og gensidig feedback.

Blå bog



Eva Just blev uddannet sygeplejerske i 1971 og cand.scient.soc. i 1996. Afsluttede ph.d.-projekt i organisatorisk læring i 2005. Eva Just har klinisk erfaring fra ansættelser i psykiatrien i 13 år. Har siden 1987 arbejdet med efteruddannelse og konsulentarbejde i det tidligere Aarhus Amt, ved Aarhus Universitetshospital og i egen virksomhed. Har været ansat som ekstern lektor i medicinsk pædagogik ved Aalborg Universitet og har undervist i sundhedsfaglig supervision og tværfaglighed ved professionshøjskolen VIA. Har gennemført flere evalueringsopgaver for Aalborg Universitet. Arbejder nu med supervisionsopgaver, bl.a. coachingprojekt for yngre læger samt uddannelse og supervision af hospitalsklovne.



Helle Dalby Kristensen blev sygeplejerske fra Aarhus Amtssygehus i 1984. Hun tog diplomeksamen i ledelse i 2000 og en toårig narrativ lederuddannelse ved DISPUK i 2014. Har bred klinisk erfaring fra både sekundær og primær sundhedstjeneste, har været klinisk vejleder i fem år og har 15 års ledelseserfaring. Har siden 1998, efter mødet med uhelbredeligt syge og deres pårørende i eget hjem, brændt for at udvikle og kvalificere det palliative felt. Er souschef på og har været med til at starte Hospice Djursland i 2007.



Dorit Simonsen blev uddannet sygeplejerske fra Sygeplejerskolen i Aalborg i 1980. Hun har i mange år arbejdet med alvorligt syge mennesker med kræft og med behov for den specialiserede palliative omsorg og behandling. Hun tog en diplomeksamen i ledelse i 1992, en mastergrad i offentlig ledelse fra Syddansk Universitet i 2007, en treårig gestaltterapeutisk uddannelse i 2009 og en systemisk coachuddannelse i 2011. Har stor undervisnings- og ledelseserfaring. Er hospiceleder på Hospice Djursland og har været med i idéudviklingen bag og etableringen af institutionen. Er meget optaget af innovation, kvalitetsudvikling og bæredygtig ledelse.

Denne artikels formål er at beskrive og teoretisk perspektivere nogle temaer, som har haft særligt fokus i udviklingsprojektet. Men artiklen beskriver også projektets udviklingsproces, der evt. kan inspirere andre, som ønsker at sætte en tværfaglig udvikling i gang.

Metode

Artiklen er skrevet på grundlag af en evaluering af projektførelsen. Det primære formål med evalueringen var at skabe læring og fremadrettet opmærksomhed på tværfaglighed på HD. Evalueringen har haft afsæt i en responsiv evalueringsmodel (1), som i sin form er beskrivende og har det udgangspunkt, at målene formuleres undervejs i et projektførelse. Denne blev koblet med en narrativ tilgang til evaluering (2), hvor antagelsen er, at den sociale virkelighed er kompleks, mangetydig og rummer mange fortolkninger og dermed forskellige fortællinger om praksis. Datamaterialet består af observationer af møder og hverdagsituationer, fokusgruppeinterview, fortællinger fra den ugentlige fredagsrefleksion, opsamling af refleksioner fra midtvejsseminar, personalemøde, styregruppemøde samt tværfaglige udviklingssamtaler. Konklusioner og fremadrettede mål blev formuleret på en afsluttende evalueringsskema for alle medarbejdere.

Definition på tværfaglighed

”Vi arbejder meget tværfagligt.” Det siger mange fagpersoner ofte, når de arbejder tæt sammen med forskellige faggrupper. Men tværfaglighed er et begreb, som fortolkes meget forskelligt, og det fremgår af forskellige begrebsmæssige analyser, at der er mange grader af tværfaglighed (3). I denne artikel skelner vi mellem ”flerfaglighed” og ”tværfaglighed”, som er de danske begreber for det, der i den internationale litteratur betegnes som ”multiprofessionel” og ”interprofessionel” (4).

Flerfaglighed

Flerfaglighed handler om koordinering, dvs. at forskellige faggrupper, som har deres primære tilknytning i et monofagligt praksisfællesskab (f.eks. plejepersonale eller fysioterapeuter) og geografisk er adskilt fra de andre grupper, koordinerer og samarbejder med andre faggrupper om patienterne.

Tværfaglighed

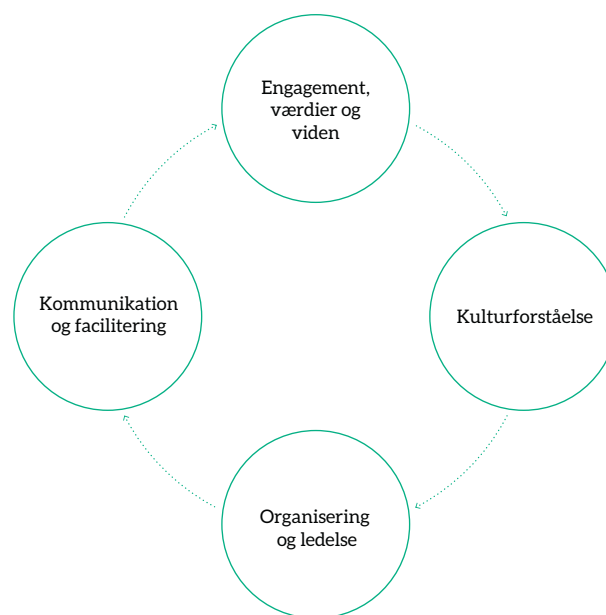
Tværfaglighed er en mere forpligtende samarbejdsform, hvor faggrupperne er knyttet sammen i et tværfagligt praksisfællesskab med fælles

mål, fælles arbejdsrutiner samt ofte også fælles geografi. På HD blev det i projektførelsen tydeligt, at man overvejende arbejder sammen i et tværfagligt praksisfællesskab, men også at de oprindelige flerfaglige traditioner for faggruppernes roller i en traditionel sygehusstruktur fortsat spiller ind på samarbejdet mellem faggrupperne.

Tværfaglig intelligens

Udviklingsprojektet havde sit teoretiske udgangspunkt i en model for udvikling af ”tværfaglig intelligens”, som er en form for organisatorisk læreproces, der sættes fokus på det konkrete samspil mellem faggrupperne i en række situationer. Tværfaglig intelligens rummer fire dimensioner, som hver især har betydning for at udvikle en intelligent tværfaglighed, dvs. at styrke kapaciteten til at udnytte den eksisterende erfaring og viden til at løse opgaverne i et tværfagligt perspektiv, se figur 1. ►

Figur 1. Tværfaglig intelligens



Modellen er en arbejdsmodel, som indikerer områder, der indgår i organisatoriske processer til at fremme tværfaglig intelligens.

” På Hospice Djursland blev det i projektforløbet tydeligt, at man overvejende arbejder sammen i et tværfagligt praksisfællesskab, men også at de oprindelige flerfaglige traditioner for faggruppernes roller i en traditionel sygehusstruktur fortsat spiller ind på samarbejdet mellem faggrupperne.

► *Engagement, værdier og viden*

Engagement, værdier og viden handler om at sætte fokus på at udvikle et fælles tværfagligt grundlag, f.eks. fælles værdier og mål, fælles viden, som kan være kliniske retningslinjer, der er omsat til scoringsredskaber samt fælles arbejdsrutiner. Men det handler også om et følelsesmæssigt engagement i hinanden, dvs. at have lyst og vilje til at skabe resultater sammen på trods af forskellige faglige perspektiver (3,6).

Kulturforståelse

Kulturforståelse er at se faggrupperne som kulturelt forskellige med hver sin indbyggede faglige logik og hver sit sprog. Mødet mellem forskellige faggrupper kræver derfor både viden, toleranc og nysgerrighed (3).

Organisering og ledelse

Organisering og ledelse af tværfaglighed handler om at skabe gode rammer, så faggrupperne mødes, udveksler synspunkter og når frem til et fælles handlingsgrundlag. Det kan være forskellige former for møder og konferencer, men også den daglige organisering, fælles geografi/rum, håndtering af konflikter m.m. (3).

Kommunikation og facilitering

Kommunikation og facilitering af tværfaglige processer er det, der binder tingene sammen, f.eks. at facilitere tværfaglige konferencer så alle faggrupper får plads. Det kan handle om at undersøge situationer, hvor der er uenighed mellem faggrupperne, forskellige sproglige udtryk (3).

Fokus i projektet har været at styrke dimensionerne kulturforståelse og organisering/ledelse af tværfaglige processer, herunder også kommunikation og facilitering af tværfaglige processer. Der har ikke været direkte fokus på temaet engagement, værdier og viden, som HD gennem årene har arbejdet meget med for at udvikle et fælles fagligt grundlag. Der er bl.a. formuleret fælles værdier, fælles scoringsredskaber samt udviklet en arbejdsmodel for vurdering af patientens tilstand – de seks S'er (5).

Kulturforståelse er gensidig forståelse

Kulturforståelse handler om at se de forskellige faggrupper som kulturelt forskellige, fordi de har forskellige uddannelser, forskellige arbejdsopgaver og gennem tiden også har udviklet forskelligt sprog og faglige præferencer. Kulturforståelse handler derfor om at skabe en gensidig forståelse for disse forskelligheder gennem kulturmødet, dvs. der hvor faggrupperne mødes i en konkret handling eller til et møde og skal kunne håndtere den forstyrrelse, det kan være, at en anden faggruppe har andre perspektiver, end man selv har (6,3).

HD kan ses som et tværfagligt praksisfællesskab, der siden starten har udviklet mange faglige og tværfaglige rutiner gennem handlinger og meningsforhandling i hverdagen. I et praksisfællesskabs måde at fungere på kan man analytisk skelne imellem fælles virksomhed, fælles repertoire og gensidigt engagement (7).

Fælles virksomhed handler om at have et fælles billede af den opgave, der skal løses, og det ansvar, fællesskabet har.

Fælles repertoire er de rutiner, begreber, handlestrategier og sprog, som fællesskabet har udviklet.

Gensidigt engagement handler om den måde, fællesskabets sociale relationer har dannet et mønster på.

I et praksisfællesskab sker der løbende justeringer af alle dimensioner, nogle gange som bevidste beslutninger om at ændre noget, der ikke fungerer, andre gange udvikles der over tid nye handle-mønstre, uden at der har været en kollektiv stillingtagen.

HD har fra starten haft fokus på tværfaglighed. Det indgår også som den grundlæggende idé i arkitekturen, hvor der er tilstræbt et åbent, fælles kontorlandskab uden faste pladser. Over tid har der dog alligevel dannet sig et mønster i forhold til, hvilke lokaler, rum og pladser der benyttes af forskellige faggrupper. Fordelingen af opgaver mellem faggrupperne viste sig også at afspejle dele af den

traditionelle flerfaglige arbejdsdeling på et sygehus, f.eks. mht. dokumentation og ansvar for koordinering, delvist begrundet i at nogle faggrupper kun bestod af én person.

At ændre mønstre i et praksisfællesskab kræver en bevidsthed om, hvad der mangler, ønskes eller er opgivet, og det kræver en målrettet forstyrrelse og refleksion. Wackerhausen (8) taler om, at nogle problemer i et praksisfællesskab kan løses via den sædvanlige 1.-ordens refleksion, dvs. at man løser problemerne ud fra de begreber og metoder, man kender (sædvaner). Andre problemer kræver, at man udfordrer sædvanen og har en 2.-ordens refleksion, dvs. man undersøger mere grundlæggende antagelser omkring et problem, f.eks. en faggruppes selvforståelse, eller om en given faglig handling passer til den aktuelle virkelighed. I udviklingsprojektet har der været fokus på at styrke den sædvanueudfordrende refleksion.

Samspillet i hverdagen

Når patienten er modtaget og har fået sig indrettet på stuen sammen med eventuelle pårørende, starter den egentlige hospiceindsats, som alle faggrupper i de fleste tilfælde deltager i. Der har i hospice udviklet sig en lang række faglige rutiner og mønstre i forhold til, hvilke opgaver der skal løses af den enkelte fagperson og af faggrupperne. Sygeplejerskerne, som er inddelt i team, har langt de fleste opgaver. Samspillet mellem faggrupperne fungerer i hverdagen oftest roligt og problemløsende, f.eks. når en patient og eventuelle pårørende har behov for samtaler med psykolog, musikerterapeut eller præsten for at dæmpe angst eller håndtere eksistentielle og åndelige spørgsmål. Eller når der er konkrete fysiske symptomer, som kræver en særlig indsats fra flere faggrupper:

En sygeplejerske opdager et trykspor på en patients fod og beder fysioterapeuten kigge på det. Fysioterapeuten undersøger foden og finder nogle andre støttestrømper samt en anden stol, som kan elevere fodskamlen, uden at ryggen lægges ned. Det er svært at få strømpen på, og fysioterapeuten taler med lægen for at høre, hvad hun mener. Lægen synes, de skal afvente effekten af vanddrivende medicin og elevation. Fysioterapeuten informerer sygeplejersken, som laver et notat i EPI.

Samspillet mellem faggrupperne fungerer her godt, bl.a. fordi de relevante fagpersoner er til stede og straks reagerer på de behov,

de ser. En fleksibel organisering, hvor der er plads til, at forskellige faggrupper kan inddrages her og nu, ser ud til at være en af forudsætningerne for, at dette samspil kan lade sig gøre.

Samspillet bliver nogle gange alligevel udfordret, fordi faggrupperne kan have forskellige opfattelser af, hvad patienten har behov

” Der er ingen tvivl om, at faggrupperne kan noget forskelligt, og at denne forskellighed generelt værdsættes, samtidig med at de individuelle fagpersoner har forskellige kompetencer eller fortolker tingene forskelligt.

for. På et tidspunkt fremkom der det synspunkt fra en fagperson, at ”sygeplejerskerne lukker døren til patienterne”. I denne fagpersoners perspektiv er det sygeplejerskerne, som styrer/koordinerer, hvilke andre faggrupper der får adgang til patienterne, og det medfører, at sygeplejerskerne i nogle situationer opleves at fungere som en slags ledvogtere for de andre faggrupper, som bliver inviteret ind af sygeplejerskerne som en form for konsulenter. Det hører med til det tværfaglige billede og vilkår på dette hospice, at sygeplejersker udgør 2/3 af alle ansatte, mens psykolog, præst, musikerterapeut og fysioterapeut er deltidsansatte. Lægen er ansat i Det Palliative Team på Regionshospitalet Randers og er dermed konsulent på hospice. Tværfagligheden har således den særlige udfordring og præmis, at de fleste ansatte er sygeplejersker, og de andre fagpersoner med direkte patientkontakt er deltidsansatte og kun færdes i huset to-tre dage om ugen, fysioterapeuten dog dagligt.

Hændelser og begivenheder

Hvornår fungerer tværfagligheden flydende og velintegreret i de daglige rutiner, og hvornår bliver den udfordret af en eller anden grund? Der er ifølge Helle Plough Hansen (9) i hverdagen en masse hændelser, som vi ikke tillægger særlig betydning, fordi de forløber, som forventet. Hverdagen i HD er fyldt med hændelser i form af daglige rutiner, som indebærer løbende dialoger mellem fagpersoner/faggrupper og løsning af problemer. ▶

- Nogle hændelser bliver til begivenheder, dvs. italesættes en eller flere gange, og det kan ifølge Plough Hansen handle om, at særlige faglige interesser er blevet udfordret, eller at situationen er uforståelig. Problemstillingen ”den lukkede dør” blev en begivenhed og kan ses som en magtkamp mellem sygeplejersker og andre faggrupper, og italesættelsen af dette skabte mange følelser, idet flere sygeplejersker oplevede det som en uventet og hård kritik:

”Vi troede, vi havde et godt tværfagligt samarbejde, så fik vi at vide, det ikke var tværfaglighed. Vores erfaringer med tværfaglighed kommer jo fra, hvor vi kommer fra. Vi sygeplejersker er vant til at arbejde bag lukkede døre, jeg tror, vi har brug for noget mere ”åbendørsarbejde” for at kunne se, hvornår vi har brug for hinanden.” Sygeplejerske.

Læsertest

På den ugentlige tværfaglige konference på hospice drøftes en ny patient, en 60-årig kvinde, som overflyttes fra et hospital og modtages af en læge og en sygeplejerske. Sygeplejersken præsenterer kvinden, hendes sygdomsforløb og aktuelle problemstillinger. Hun fortæller også, at kvinden er indelukket, taler med få ord, og at hun opfattes som vredladen, og at man har svært ved at få lov til at hjælpe hende. Fysioterapeuten har kort mødt patienten. Hun fik lov til at give kvinden konkret hjælp til lejring uden problemer. Musikterapeuten har et andet indtryk af kvinden, hun opfatter hendes vrede og indelukthed som angst. Psykologen undrer sig over, at hun ikke er blevet bedt om at tale med kvinden. ”Det ønsker hun ikke, hun orker ikke så mange kontakter,” siger sygeplejersken.

1. Hvordan kan det være, at forskellige faggrupper oplever patienten forskelligt?
2. Hvordan kan mødelederen facilitere diskussionen af denne uenighed i opfattelsen af patienten?
3. Kan patienten selv vælge, hvilke faggrupper hun ønsker hjælp fra?
4. Hvordan kan den daglige organisering forebygges, at forskellige oplevelser udvikler sig til konflikter?
5. Hvordan kan forskellige mødefora bidrage til at undersøge lignende hændelser?

Læs svarene side 80.

Hvorvidt historien om ”den lukkede dør” handler om få eller mange situationer, vides ikke, men problemstillingen illustrerer, at der let kan opstå særlige fortællinger eller myter om en bestemt faggruppe, og netop denne fortælling gjorde ondt på sygeplejerskegruppen, som følte, de blev kritiseret som gruppe. De konkrete ”lukkede døre”, som psykologen, præsten og musikterapeuten gjorde brug af, når de skulle skabe et fortroligt rum sammen med patienten eller den pårørende, var nogle gange også udfordrende for sygeplejerskerne, som gerne ville have indsigt i og eventuelt lære noget af samtalerne.

Disse begivenheder kan have rødder i de traditioner, der findes i et sygehus, hvor sygeplejerskerne ofte har den rolle at koordinere indsatsen mellem forskellige faggrupper, og hvor de andre faggrupper er vant til at have en rolle som konsulent, der kommer, når man bliver rekvireret. Selvom mulighederne er anderledes på et hospice, hvor faggrupperne arbejder tæt sammen, kan de traditionelle roller eller myter om rollerne let blive fremtrædende, hvis forventningerne ikke harmonerer.

Når hændelser i hverdagen bliver til tværfaglige begivenheder, kræver det en 2.-ordensrefleksion, dvs. at man undersøger grundlæggende antagelser og ser mødet mellem forskellige faggrupper som en form for ”kulturmøde”, der kræver åbenhed over for hinandens perspektiver, samtidig med at man erkender egne perspektiver (6). Når en gruppes billede af det tværfaglige samspil forstyrres, kan det vække stærke følelser, og i dette tilfælde krævede det mange diskussioner. Men det skabte også en åbenhed overfor nye måder at samarbejde på og mod til at turde være lidt mere undrende eller kritiske overfor hinanden.

Grænseflader mellem faggrupperne

Sygeplejerskegruppen løser i praksis mange opgaver, som lapper ind over de andre faggruppers opgaver, f.eks. samtaler af eksistentiel/åndelig eller psykologisk karakter, eller opgaver, som ligger tæt på fysioterapeutens, lægens og økonomaens særlige ekspertise. Hvornår er det noget, alle kan varetage, og hvornår kræver det særlig ekspertise?

Giver man opgaver videre, eller klarer man det selv? F.eks. den åndelige omsorg, hvor præsten siger om respekten for hendes faglighed:

”Nogle gange står jeg på den lille flise her i huset, hvor der står åndelig omsorg, og der står 30 sygeplejersker på den samme flise, det er sådan et billede af den frustration, jeg kan have.”

Der er ingen tvivl om, at faggrupperne kan noget forskelligt, og at denne forskellighed generelt værdsættes, samtidig med at de individuelle fagpersoner har forskellige kompetencer eller fortolker tingene forskelligt.

Samtidig er der et stort spektrum af kompetencer inden for en faggruppe, og den store gruppe af sygeplejersker har ikke altid de samme holdninger og reaktionsmønstre. I nogle situationer bliver der alligevel skabt en generalisering ud fra én sygeplejerskes reaktion i en situation, hvilket sygeplejerskerne ikke bryder sig om, men også udfordrer de andre faggrupper:

”Sygeplejersker er forskellige. Nogen vil have, at fysioterapeuten kommer med en vurdering, men næste dag kommer der en anden, som siger, at det skal jeg nok selv kigge på og eventuelt kalde, hvis der bliver et problem.” Fysioterapeut.

Der blev i løbet af projektet en større opmærksomhed på, at når der opstår tvivl om faggruppernes roller og forventninger, er det nødvendigt at afklare det snarest muligt, fordi en enkelt situation mellem to fagpersoner kan medvirke til at skabe myter om samarbejdet i hele praksisfællesskabet. Og der er fortsat behov for at drøfte grænseflader mellem faggrupperne, f.eks. i supervision, ved det ugentlige refleksionsmøde eller når der opstår konflikter; at de involverede mødes og afklarer roller og forventninger, så det ikke bliver en vandrehistorie, der bidrager til at skabe myter.

Nogle problemstillinger handler desuden slet ikke om faggrupperne og tværfaglighed, men er mere personlige relationer, der skaber problemer og konflikter. At kunne adskille, hvad der er faglige forskelle og personlige forskelle, er tydeligvis et tema, der fortsat skal arbejdes med.

Organisering og ledelse af tværfaglighed

Tværfaglighed opstår ikke af sig selv, det kræver både en bevidst organisering og ledelsesmæssig opmærksomhed. Udviklingsprojektet har påvirket forskellige organisatoriske og ledelsesmæssige

valg, dels i forhold til at skabe rum for tværfaglige diskussioner i hele personalestaben, dels i forhold til at påvirke nogle af de organisatoriske rutiner f.eks. visitation og indlæggelse samt forskellige tværfaglige mødefora, f.eks. fredagsrefleksion, supervision og tværfaglige konferencer.

At skabe tid/rum for læring

At skabe organisatoriske ændringer og læring kræver, at der skabes tid og rum til at drøfte tingene (10). I projektløbet har det været et bevidst ledelsesmæssigt valg at udvikle de eksisterende rutiner og møder, dvs. at der er ikke opfundet nye, særlige tværfaglige møder. Projektet har strakt sig over halvandet år og har bestået af små interventioner tæt knyttet til den eksisterende struktur og praksis, dvs. at der ikke har været mange ekstra temadage og møder. Til gengæld har tværfaglighed været tematiseret i de eksisterende mødefora. Processen har gennemløbet flere faser:

Startfasen

I startfasen var en mindre gruppe involveret via deltagelse i et startseminar, og efterfølgende blev der etableret en følgegruppe med deltagelse af hospicelederen, souschefen, psykologen, udviklingspsygeplejersken, en sygeplejerske og en ekstern konsulent. Følgegruppen udarbejdede projektbeskrivelse og besluttede, hvilke områder der først skulle fokuseres på. Mange medarbejdere var i starten lidt undrende overfor, hvad projektet egentlig gik ud på, og flere sygeplejersker havde den oplevelse, at det handlede om kritik af dem som faggruppe. Styregruppen besluttede derfor at gøre processen så gennemsigtig som muligt, og alle dokumenter og referater, der blev udarbejdet, blev lagt på et fælles drev, så alle kunne læse med.

Midtvejsseminar

Midtvejsseminar blev afholdt efter et halvt år og markerede et skift i processen. Her deltog ca. 30 medarbejdere i diskussioner af projektets fokusområder, og flere ændringer trådte i kraft efterfølgende. Dernæst blev der fokus på at undersøge og styrke relationerne mellem faggrupperne, dels via observationer i hverdagen og den tværfaglige konference, dels via tværfaglige udviklingssamtaler (TUS), hvor medarbejdere blev mikset ▶

- ▶ i tværfaglige grupper. Der var oplæg på et udvidet personalemøde, som handlede om tværfaglighed, kommunikation, konflikt og feedback.

Afslutningen

Afslutningen var opsamling på alle projektets temaer i en rapport (11) baseret på alle de dokumenter, der forelå, samt et fokusgruppinterview, og rapporten dannede grundlag for et evalueringscafé-møde, som havde til formål, at alle involverede bidrog til de beslutninger, der skulle træffes, og de punkter, der skulle arbejdes videre med i fremtiden.

Tværfaglighed i visitation og modtagelse

Der var fra starten et ledelsesmæssigt ønske om at styrke tværfagligheden i forbindelse med modtagelse af patienter ved at tydeliggøre, hvilke opgaver der fra starten skal løses af forskellige faggrupper. Derfor blev visitationsgrundlaget udformet skriftligt, så alle kunne orientere sig på forhånd. Der blev i EPJ (elek-

” Det er velkendt, at læger har en mere kortfattet og præcis måde at præsentere en patient på end sygeplejersker, som ofte fortæller situationsbundne historier, og psykologer har også ofte træning i at fremlægge en sag kortfattet og præcist.

tronisk patientjournal) oprettet såkaldte ”Visitationsstempler”, som er beskrivelser af de hyppigste symptomer, udfordringer og behov, som den henviste patient ifølge skriftlige oplysninger har, og dermed grundlaget for en tidlig tværfaglig indsats. Modtagelsen af den nye patient kan dermed planlægges, så relevante faggrupper kan deltage i selve modtagelsen eller tage kontakt til patienten en af de første dage. Sygeplejersker og læger er altid involveret i modtagelsen. Et eksisterende rammenotat for modtagelse af patienter, som beskriver alle handlinger, blev justeret via høring i medarbejdergruppen. Det er tydeligt i den nye rammebeskrivelse, at alle faggrupper skal spille en rolle i modtagelsen af en ny patient.

Der har i medarbejdergruppen været positiv respons på, at visitationsprocessen er blevet skriftlig. Bl.a. blev sekretærens rolle mere synlig. Opmærksomheden er også blevet skærpet på, om det er relevant, at andre faggrupper end sygeplejerske og læge deltager i modtagelse af patienten. Det kan f.eks. være inddragelse af psykolog eller musikerapeut fra den første dag, hvis der er beskrevet meget angst, eller at fysioterapeuten kan planlægge praktiske hjælpemidler til patienten, f.eks. lejring eller kørestol.

”Det har været rigtig fint de gange, hvor jeg har været med på sidelinjen fra dag et. Det kan være, jeg er praktisk behjælpelig f.eks. med at finde og indstille en kørestol. Jeg kan lure mig ind på, om der er noget, jeg skal være opmærksom på, og jeg kan i samarbejde med sygeplejersken lægge min første plan, f.eks. i forhold til forflytning.” Fysioterapeut.

Denne ændring i de daglige rutiner har ikke været vanskelig at gennemføre, dels fordi den udbyggede skriftlige visitation har givet alle en bedre indsigt i nye patienters behov fra den første dag, og fordi det har tydeliggjort, at alle faggruppers ekspertise i princippet skal være til rådighed for alle patienter. Udfordringen vil formentlig fremover handle om at have tilstrækkelig adgang til de faggrupperessourcer, som et nyt patientforløb kalder på, fordi flere faggrupper arbejder på deltid.

De tværfaglige konferencer

”Drømmen er at skabe et inspirerende, berigende og livgivende miljø for vores konferencer præget af: Faglighed, rummelighed og opmærksomhed.” Internt notat.

Disse flotte intentioner for den tværfaglige konference var der allerede arbejdet med et stykke tid, fordi man oplevede, at konferencerne ofte var for ustrukturerede, og at man ikke altid nåede frem til præcise konklusioner. Konferencerne havde derfor følgende form, se boks 2.

Denne mødeproces blev gennemført med stram tidsstyring, og der var kun 15-20 minutter til hver patientsag. Der var generelt tilfredshed med en mere stram mødeform, men også kritiske røster. Sygeplejerskerne følte det som et tungt ansvar at skulle levere et meget præcist oplæg, ofte under tidspres, og flere gav udtryk

Boks 2. Tværfaglige konferencer

Konferenceproces

- Planlægning tre dage før konferencen af, hvilke patienter der skal drøftes, og hvem der skal lave indledende oplæg.
- To mødeledere, som styrer tid og faciliterer processen.
- Indledende kort oplæg ved en sygeplejerske med afsæt af seks S'er.
- Kort runde med supplerende observationer fra andre faggrupper/fagpersoner.
- Refleksiv pause på et minut.
- Runde med refleksioner fra alle deltagere.

for, at ”det var ligesom at være til eksamen”. Det var udfordrende for mødelederne at holde tiden og fokus. Der var flere faggrupper, som oplevede, at sproget havde ændret sig, og at der ikke var plads til fortællinger.

”Vi har for lidt tid til at fremlægge, og vi savner at have tid til at fortælle historier og diskutere patienterne.” Sygeplejerske.

Set i et større perspektiv kan den ændrede mødeform ses som en kulturel udfordring for nogle af faggrupperne, som pr. tradition har haft en mere fortællende måde at nå frem til afklaring af et forløb på. Den nye form knytter sig måske især til lægers og psykologers måde at holde møder på. Forskning i sprogkultur har vist, at der i talesprogs-kulturen er en tæt sammenhæng mellem viden og kunnen, og at hver faggruppe udvikler sit eget sprog knyttet til den faglige logik, faget rummer (12). Måske er der her sket en favorisering af nogle faggruppers sproglige traditioner frem for andres. Det er f.eks. velkendt, at læger har en mere kortfattet og præcis måde at præsentere en patient på end sygeplejersker, som ofte fortæller situationsbundne historier (13), og psykologer har også ofte træning i at fremlægge en sag kortfattet og præcist.

Formen på konferencerne blev justeret, således at de blev opdelt i to mindre konferencer med færre deltagere og mere tid til hver sag. Det skabte samtidig plads til refleksion, dialog og flere fortællinger. De centrale punkter blev noteret på tavlen og dannede udgangspunkt for en fælles konklusion. Sygeplejerskegruppen

har efterhånden vænnet sig til at udarbejde korte, præcise oplæg, og der arbejdes fortsat videre med at planlægge grundigt og have en stram/fleksibel mødeledelse.

Tværfaglig supervision

Der har i HD altid været tradition for, at især sygeplejerskerne får supervision, og dette blev indtil projektets start varetaget af husets egen psykolog. Der blev i det tværfaglige projekt skabt den fornøyle, at der indgik en anden faggruppe i hvert af de fire sygeplejersketeam, som også fik en ekstern supervisor, og der blev tilbud om tværfaglig supervision til henholdsvis stabs- og servicemedarbejdere med husets psykolog som supervisor. Evaluering af det nye supervisionskoncept viste, at det var interessant og lærerigt at høre andre faggruppers perspektiver, men at to faggrupper ikke skaber den store tværfaglige indsigt. For deltagerne er det især vigtigt, at supervisionsgruppen er et trygt forum, og at der bliver arbejdet i dybden med problemstillinger. Der er stor enighed om, at supervision er vigtigt i et arbejdsfelt, der rummer så mange følelsesmæssige udfordringer.

”Jeg tænker egentlig ikke i faggrupper, når vi sidder sammen, så er det mennesker, som fortæller, hvad de bliver påvirket af i hverdagen.” Frivillig koordinator.

Fredagsrefleksion

Hver fredag mødes de fagpersoner, som har tid, til en halv times fredagsrefleksion, som er et møde, hvor forskellige emner, tvivl og spørgsmål fra ugen kan tages op. Det er et møde, der ledes af HD's to ledere og nogle gange psykologen. Fredagsrefleksion havde i projektperioden især fokus på tværfaglighed i et narrativt perspektiv, dvs. at der blev udvalgt fortællinger, som blev undersøgt nærmere og blev bevidnet i gruppen. Dvs. at man reflekterede over, hvad de øvrige i gruppen især blev optaget af i fortællingen, og den resonans, det skabte i forhold til egne erfaringer (14,15). Her dukkede en del positive fortællinger op, som handlede om at få øje på, hvordan en anden faggruppes indsats virker:

”Patientens primære problem var angst, han var nærmest siddende, da han kom sammen med sine sønner. Han sagde nej til at møde musikterapeuten, men ændrede mening, og inden min vagt var gået, havde han både snakket med musikterapeuten ▶

- og præsten. Da jeg kom på arbejde et par dage senere og så ham sidde stille og roligt og deltage i morgensang, tænkte jeg, hold da op en forvandling, ham har vi fået hjulpet godt.” Sygeplejerske.

Fredagsrefleksionerne kom også til at handle om den tidligere evaluering, som viste, at der var problemer med samarbejdet mellem sygeplejersker og andre faggrupper (den lukkede dør). Sygeplejerskerne havde det svært med kritikken og følte, den var uretfærdig. De kunne ikke genkende det fra hverdagen. Men det åbnede for at drøfte, at samarbejdet mellem forskellige faggrupper og fagpersoner nogle gange er udfordrende og skal håndteres.

Noget fungerer godt og er bare så ligetil, noget er svært. F.eks. havde jeg lige en rigtig god samarbejdsoplevelse med fysioterapeuten om et spabad.” Sygeplejerske.

Tværfaglige udviklingssamtaler

Ledelsen valgte at afprøve en ny model for udviklingssamtaler, dvs. at gå fra individuelle samtaler til tværfaglige gruppesamtaler. De tværfaglige udviklingssamtaler blev gennemført som seks hele dage med tværfaglige grupper a syv deltagere.

Formen var narrativ (14,15), dvs. de to ledere interviewede hver person, og gruppen bevidnede det, de havde hørt. Der var generelt meget positive evalueringer af denne form for udviklingssamtale. Det gav større indsigt i andre faggruppers hverdag, sprog og faglighed og blev oplevet som et trygt forum at være i. Der dukkede mange interessante emner op, såvel faglige som organisatoriske, f.eks. overlappning mellem vagter, at hjælpe hinanden med at blive færdige til tiden, palliativ sedering, delir og smerter. Flere havde på forhånd været meget skeptiske, og enkelte havde haft ondt i maven inden dagen, men det ændrede sig undervejs, fordi der var meget intens kontakt, interesse og gode spørgsmål.

Ledelsen var selv meget tilfreds med, at dette eksperiment lykkedes. Tværfaglige Udviklingssamtaler, se boks 3, understøtter dermed formålet om at styrke den gensidige forståelse og respekt for hinanden:

”De har fået mere øje på hinanden. Der er ingen tvivl om, at Tværfaglige Udviklingssamtaler har givet medarbejderne en rigtig god mulighed for at se og høre noget, de ellers ikke ville have set og hørt fra deres kolleger.” Hospiceleder.

Boks 3. Tværfaglige udviklingssamtaler

Formål

- At den enkelte får øje på sig selv som en vigtig del af helheden og bliver klogere på sin egen rolle og funktion i relation til det daglige arbejde og samarbejde.
- At værdier og normer bringes frem og i spil.
- At medarbejdere, som ikke arbejder tæt sammen i dagligdagen, får lov at høre, hvad der er vigtigt for andre.
- At medarbejderne ser hinanden og måske får øje på/opdager noget nyt, noget de ikke vidste om den anden.
- At relationerne mellem medarbejderne styrkes og dermed styrker samarbejdet på alle måder på HD.
- At styrke synergien, dvs. samarbejdet om helheden, således at helheden bliver mere/større end summen af enkeltdele.

Når ledelsen skærer igennem

I et hospice med mange medarbejdere foregår meget af arbejdet i delvist selvledende team, dvs. at medarbejderne selv tilrettelægger og prioriterer deres opgaver, herunder skaber tid til andre typer opgaver, f.eks. grupper for efterladte, udarbejdelse af skriftligt materiale og forberedelse af mødeoplæg. Det medfører, at personalestaben er meget selvstændig. Engang imellem opstår der tvivl om prioritering af tid til opgaver, eller hvilke faggrupper der har kompetence til at definere tingene og træffe beslutninger. Ledelsen på HD spiller en aktiv rolle i den proces og ser det som deres ledelsesopgave at være lyttende, vejledende og træffe beslutninger for medarbejderne i tvivlsspørgsmål, hvilket i sagens natur medfører, at den nogle gange træffer beslutninger, som alle medarbejdere ikke er enige i. Den proces giver altid udfordringer og kan betyde, at nogen ikke føler sig hørt, se boks 4.

Konklusion og eftertanker

Ved projektets afslutning var der fortsat mange udviklingstemaer i spil, men også en større bevidsthed om samspelet mellem faggrupperne og nødvendigheden af at reflektere over de situationer, der udfordrer tværfagligheden. Især betydningen af at turde give konstruktiv feedback, når forventningerne støder sammen.

Boks 4. Stop op og tænk

Spørgsmål til refleksion over egen praksis

1. Hvordan ser tværfagligheden ud i din praksis? Består den især af flerfaglig koordinering mellem forskellige faggrupper, eller er den tværfaglig, dvs. et forpligtende samarbejde mellem flere faggrupper med fælles mål og arbejdsrutiner?
2. Hvilke forskellige faggrupper kræver kulturforståelse i din praksis, og har du eksempler på, at en tværfaglig hændelse er blevet til en begivenhed?
3. Hvilke former for refleksion kræver kulturmødet mellem forskellige faggrupper, når der er forskellige perspektiver og handle-mønstre?
4. Hvilke refleksive fora kan understøtte kulturforståelsen i din praksis?
5. Hvordan kan modtagelse af en ny patient styrkes, så tværfagligheden udnyttes bedst muligt?
6. Hvordan kan artiklen inspirere til udvikling af de tværfaglige konferencer i din praksis?
7. Hvordan kan tværfaglige udviklingssamtaler evt. realiseres på din arbejdsplads? Hvilke faggrupper kan deltage, og hvilken form er mulig?

Formålet med projektet var at styrke den tværfaglige indsats over for patienterne og den gensidige forståelse mellem faggrupperne. Det har været en lang proces, som har givet mulighed for at undersøge tværfaglige problemstillinger nærmere og skabt mere forståelse for hinanden, se boks 5.

Mange relationer mellem faggrupperne er skabt i en mere monofaglig sygehuskultur og kan let bevæge sig ind i hverdagen i et tværfagligt hospice. Det første skridt er at få øje på det, det næste er at turde undre sig og udfordre hinandens forestillinger om, hvordan tingene bør gøres. En sygeplejerske brugte på et møde følgende billedmetafor om processen: ”Vi er i gang med at sy et nyt tæppe.”

Implikationer for praksis

Vi har gennem det fokuserede samarbejde omkring tværfaglighed opnået en øget opmærksomhed på egen faglighed og på kollegaernes faglighed samt på det ansvar, vi hver især har overfor egen praksis i relation til helheden. Gennem de fokuserede fora og de

Boks 5. anbefalinger for praksis

1. At afdelingen stopper op og giver tværfagligheden et eftersyn. Det er en god idé, at der udvælges lidt litteratur forud for et personale-møde, hvor punktet: ”Hvad forstår vi her i afdelingen ved tværfaglighed?” er det eneste på dagsordenen.
2. At man får en dialog om, hvor den enkelte faggruppe oplever at blive udfordret i samspillet med de øvrige faggrupper.
3. At man sikrer sig den nødvendige ledelsesmæssige opbakning for at skabe tid og rum for den organisatoriske læring i arbejdet med tværfaglighed.
4. At der i afdelingen er åbenhed for at arbejde med feedback, også når forventninger støder sammen.
5. At der i organisationen er gennemsigtighed og tydelighed i forhold til de ændringer, som ønskes gennemført, så alle kan se en mening med dem.
6. At man vælger ”det første mindste skridt” med omhu og starter en udvikling der, hvor man oplever, at der i forvejen er noget, som fungerer.
7. At man husker, at al kulturændring tager tid og kræver, at den enkelte faggruppe giver slip på fasttømrede forståelser af tingene mod at få et spændende og udviklende tværfagligt samarbejde til glæde og gavn for patienter og pårørende.

redskaber, vi gennem processen har udviklet, er det blevet tydeligere, hvem der gør hvad, og hvordan vi melder tilbage til hinanden, så den indsats, vi tilbyder patienten og de pårørende, opleves som sammenhængende. Vi er blevet tydeligere for hinanden og medinddrager meget hurtigt hinanden i indsatsen til patienten og de pårørende. Den tydelighed har gjort det nemmere at kommunikere om opgaven. Ingen faggrupper føler sig truet på deres faglighed, men deler gerne deres viden. Vi har ikke systematisk undersøgt denne ændrede tværfaglige indsats hos patienterne og de pårørende. Vi ved fra spontane mundtlige og skriftlige tilbagemeldinger, at de føler sig hørt, set og mødt af alle de faggrupper, de har været i kontakt med under deres ofte meget korte ophold på hospice. At de oplever en professionalisme, en lindring og en trykthed, som har gjort en forskel for dem i den sidste tid. ▶

► Litteratur

1. Krogstrup HK. Evalueringsmodeller. Aarhus: Systime; 2003.
2. Fredslund H. Evaluering i et narrativt perspektiv. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2013.
3. Just E og Nordentoft HM. Tværfaglig praksis. København: Hans Reitzels Forlag; 2012.
4. Lauvås K & Lauvås P. Tværfaglig samarbejde, perspektiv og strategi. Aarhus: Klim; 2001.
5. Venborg A. En særlig tilgang ved forestående død. *Sygeplejersken* 2013;(2):69-84.
6. Plum E. Kulturel intelligens. København: Børsens Forlag; 2007.
7. Wenger E. Praksisfællesskaber. København: Hans Reitzels forlag; 2004.
8. Wackerhausen S. Erfaringsrum, handlingsbåren kundskab og refleksion. Skriftserien Refleksion i praksis. Institut for filosofi og Idéhistorie, Aarhus Universitet; 2008.
9. Hansen HP. I grænsefladen mellem liv og død. København: Gyldendal; 1995.
10. Elkjær B. Når læring går på arbejde. Et pragmatisk blik på læring i arbejdslivet. Frederiksberg: Forlaget samfundslitteratur; 2005.
11. Tværfaglighed i Hospice Djursland. Intern evalueringsrapport 2014. Fås ved henvendelse til Dorit Simonsen; Dorit.Simonsen@hospicedjursland.dk
12. Saugstad T. Om viden og kunnen – pædagogisk set. In Andersen m.fl. (red.). *Klassisk og moderne pædagogisk teori*. København: Hans Reitzels Forlag; 2007.
13. Just E. Viden og læring i sundhedsfaglige praksisfællesskaber Aalborg: Aalborg Universitet; 2006.
14. White M. Kort over narrative samtaler. København: Hans Reitzels Forlag; 2008.
15. Brune J. At fortælle historier. København: Akademisk Forlag; 2004.

Svar på læsertest side 74.

1. Hver faggruppe har sit særlige grundlag i forhold til viden/erfaringer/arbejdsmetoder og kan derfor have et særligt fokus eller en særlig relation til patienten.
 2. Mødelederen skal sikre, at mødets rammer skaber muligheder for at høre alle faggruppers stemmer, og at der skabes et fælles samlet billede af patientens behov og den fremadrettede, tværfaglige indsats.
 3. Patienten på et hospice får altid et tværfagligt pleje- og behandlingstilbud, og indsatsen vil ske i dialog med patienten, herunder vurdering af hvilke faggrupper der skal inddrages.
 4. Det er vigtigt, at alle faggrupper dagligt mødes til fælles møder og evt. deler fælles rum, samt at forskellige opfattelser afklares hurtigst muligt.
 5. Supervision og andre refleksive møder, som skaber mulighed for at undersøge uoverensstemmelser mere grundigt, end hverdagen giver mulighed for, og dermed bidrage til, at begivenheder ikke vokser til konflikter.
-

English abstract

Just E, Simonsen D, Kristensen HD. Interdisciplinarity in hospice care. *Sygeplejersken* 2015;(11):69-80.

The article is based on an interdisciplinary development project at a hospice. Activities aimed to strengthen interdisciplinarity over the working day through meetings and other organisational changes with special focus on cultural understanding, organisation/management and communication/facilitation of interdisciplinary processes. The project demonstrated the necessity of pursuing a common interdisciplinary direction, but also the value of re-evaluating professional routines and spotting differences in the professional groups' competencies and terminology. A focus on positive stories and critical reflection as a means of challenging customary practices is necessary in the interests of sustained, and culturally and organisationally embedded interdisciplinarity.

Keywords: Interdisciplinarity, hospice, interdisciplinary intelligence, narratives, critical reflection, organisational learning.

VIDENSKAB SYGEPLEJE

Raunkiær M, Jessen MK, Tellervo J.

Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT)

- en undersøgelse af, hvad der karakteriserer institutionerne og deres palliative indsats.

Artiklen har været igennem peer-review.

Fagbladet Sygeplejerskens videnskabeligt bedømte artikler

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør

Bedømmelsespanelet kan ses på www.sygeplejersken.dk

Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT)

- en undersøgelse af, hvad der karakteriserer institutionerne og deres palliative indsats.

Der er mange årsager til at etablere kommunale tilbud med særlige palliative tilbud (KISPT), viser en undersøgelse. Den viser desuden, at benævnelserne af tilbuddene er forskellige fra kommune til kommune, og at personalet består af en overvægt af kortuddannede sundhedsprofessionelle. Dette kan give udfordringer mht. at gennemføre en tværfaglig palliativ indsats. Artiklen har været igennem peer-review.

Mette Raunkjær, forsker, sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d., Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; raunkjaer@sdu.dk

Marie Krogh Jessen, studentermedhjælper, stud.scient.soc., Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Jorit Tellervo, projektleder, sygeplejerske, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Baggrund

Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger for palliativ indsats har betydet udvidelse af målgruppen og tidspunkt for indsatsen (1). Målgruppen er i dag patienter med livstruende sygdom og palliative behov samt deres pårørende. Indsatsen kan iværksættes tidligt i sygdomsforløbet, undervejs eller til sidst over for uafvendeligt døende mennesker. Sundhedsstyrelsens og andre anbefalinger/vejledninger tildeler kommuner og almen praksis et stort ansvar i forhold til at løfte og udvikle den basale palliative indsats organisatorisk og fagligt samt sikre nødvendige kompetencer hos personalet (1-4). At dette er væsentligt, understøttes i studier (5-6), som viser, at en del mennesker med livstruende sygdomme ønsker at være hjemme så længe som muligt og eventuelt dø hjemme, men også at ønsket for dødssted er dynamisk og kan ændre sig. Imidlertid peger andre studier (7-13) på udfordringer i den kommunale palliative indsats. Der mangler f.eks. effektiv udveksling af information mellem forskellige faggrupper og organisatoriske enheder, kontinuitet og kvalitet i den palliative indsats, og forskellige faggrupper giver udtryk for at mangle palliative kompetencer.

Videncenter for Rehabilitering og Palliation har fulgt udviklingen inden for den basale palliative indsats i danske kommuner siden 2010 (14). Videncenterets kortlægningsrapport fra 2012 af den palliative indsats i kommunerne viste, at flere kommuner havde etableret KISPT for borgere med livstruende sygdomme (14). Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT) er af Videncenteret defineret som: "En kommunal institution med særligt fokus på palliativ indsats, som giver borgere med livstruende sygdom et tilbud om indlæggelse og lindrende behandling og omsorg. En livstruende sygdom kan f.eks. være kræft, hjerte-kar-sygdomme, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) og demenssygdomme. KISPT kan være en selvstændig enhed, en del af et plejecenter eller en aflastningsenhed. Tilbuddet henvender sig primært til kommunens egne borgere" (15).

Resultaterne fra kortlægningsrapporten i 2012 (14) indgik i Videncenterets "Palliativguiden" og omhandler tidspunkt for etablering af tilbuddet, antal sengepladser, visitation, fagprofil, indsats

Resumé

Raunkjær M, Jessen MK, Tellervo J. Kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT) – en undersøgelse af, hvad der karakteriserer institutionerne og deres palliative indsats. *Sygeplejersken* 2015;(11):81-92.

Baggrund: Sundhedsstyrelsens anbefalinger for palliativ indsats har betydet en udvidelse af både målgruppen og tidspunkt for indsatsen. Samtidig har danske kommuner gennem de seneste år etableret kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT), hvilket kan være en måde at imødekomme de sundhedspolitiske anbefalinger på. Formålet med artiklen er at beskrive og diskutere resultaterne af en undersøgelse af KISPT, herunder deres karakteristika og den palliative indsats.

Design: Undersøgelsen har et mixed-method-design (en spørgeskemaundersøgelse og interviewundersøgelse). Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 34 kommuner har 40 KISPT, hvoraf 10 indgår i interviewundersøgelsen. Analysen af spørgeskemaundersøgelsen er en deskriptiv udarbejdelse af frekvensangivelser og grafiske fremstillinger. Interviewene er analyseret som kvalitativ meningskondensering.

Resultater: KISPT har overvejende ældre med livstruende sygdomme indlagt, og over halvdelen har 1-10 sengepladser. Motiverne bag etableringen af KISPT er sammensat af økonomiske, politiske, geografiske, udviklingsmæssige og faglige argumenter. Palliation på KISPT er præget af helhedstænkning med fokus på hverdagsliv, aktiviteter og rehabilitering samt symptomlindring. Faggrupperne er overvejende kortuddannede pleje- og omsorgspersonale, sygeplejersker samt ergo- og fysioterapeuter. Kun ni institutioner har tilknyttet læger. Ca. en tredjedel af institutionerne udbyder undervisning.

Konklusion: KISPT er et lokalt tilbud til mennesker med livstruende sygdomme, hvor de kan møde professionelle, der evt. har palliation som deres hovedopgave. KISPTs særlige fokus på hverdagsliv og rehabilitering kan hænge sammen med sammensætningen af faggrupper, men også med at KISPT ofte er en del af et plejecenter og/eller en rehabiliteringsenhed. Det kan indebære, at den palliative indsats på KISPT er præget af en integrering af palliation og rehabilitering såvel begrebsligt som i praksis.

Nøgleord: Palliation, kommunal palliativ indsats, rehabilitering, organisering, institutionstyper, kompetencer.

for pårørende og efterladte samt undervisningstilbud. Palliativguiden er en oversigt på PAVIs hjemmeside, som giver overblik over de palliative tilbud i Danmark. Ved at søge på oplysninger på siden fremkommer information om hospicer, palliative teams og afdelinger, hospitalsafdelinger og kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT) i de fem regioner (16).

Kortlægningen gav ikke indblik i begrundelser for etablering af KISPT, målgrupper, og hvad den palliative indsats bestod af. For at følge udviklingen af KISPT gennemførte Videncenteret i 2013-2014 en kortlægning af og interviewundersøgelse med personale på KISPT med det formål at beskrive, hvad der karakteriserer institutionerne og deres palliative indsats. Formålet med artiklen er at beskrive og diskutere resultaterne af undersøgelsen.

Design, udvælgelse og etik

Undersøgelsens formål lægger op til både kvantitative og kvalitative undersøgelsesmetoder (mixed method-design), og det konkrete design består af en kvantitativ spørgeskemaundersøgelse og en opfølgende kvalitativ interviewundersøgelse med personale på udvalgte KISPT.

Den kvantitative kortlægning er gennemført som en spørgeskemaundersøgelse i efteråret 2013. Danmarks 98 kommuner er kontaktet skriftligt og/eller telefonisk. Henvendelserne var rettet til kommunernes sundhedschefer, ældrechefer, visitatorer, sygeplejersker og andre medarbejdere med viden om kommunens tilbud til borgere med livstruende sygdomme. Disse blev anmodet om at forholde sig til, hvorvidt kommunen havde institutioner, der stemte overens med definitionen af KISPT. De kommuner, der havde KISPT, fik tilsendt et elektronisk spørgeskema med uddybende spørgsmål om institutionens tilbud. Spørgeskemaet indeholdt 38 spørgsmål (åbne, halvåbne og lukkede spørgsmål) med følgende temaer: Fakta og beskrivelse af enheden, kapacitet og henvisningsmuligheder, visitation, personalesammensætning, tilknytning af frivillige, døgnbemanding, tilsyn og rådgivning, tilbud til pårørende og efterladte, tilbud om undervisning og fremtidige ændringer. For at kunne sikre

sammenlignelighed og følge udviklingen over tid er temaerne de samme som i Videncenterets tidligere kortlægninger (14,17).

Den kvalitative interviewundersøgelse er gennemført fra efterår 2013 til og med forår 2014 i kommuner, der angav at have KISPT. Kriterier for udvælgelsen af kommunerne var geografisk spredning og forskellige etableringsår. I alt indgår 10 KISPT fra Jylland, Fyn og Sjælland. Etablering af KISPT er sket inden for de seneste 14 år, og etableringsåret for de udvalgte institutioner er 1999-2001, hvorfra en institution indgår, 2007-2012 hvorfra fem institutioner indgår og 2013, hvorfra fire institutioner indgår. Der er udvalgt fire KISPT fra 2013, fordi den kvantitative kortlægning viser en tilvækst på 17 (43 pct.) dette år. Derfor er det interessant at undersøge, hvorvidt der kan være tale om særlige begrundelser for dette. Informanterne er ni ledere med sygeplejefaglig baggrund og én sygeplejerske med særligt ansvar for palliation. Der er gennemført seks individuelle ansigt-til-ansigt interview og fire telefoninterview a 25 minutter til to timers varighed. Informanterne er sikret anonymitet, samtykke om deltagelse og information om retten til at afbryde samarbejdet (18). Interviewguiden er semistruktureret med følgende temaer: Motivationen for oprettelse af KISPT, hvem er tilbuddene rettet mod, og hvad er indholdet, tilgangen til palliation, kompetencer, erfaringerne med KISPT, og hvorved adskiller tilbuddene sig fra kommunens øvrige palliative tilbud.

Analyse

Analysen af den kvantitative spørgeskemaundersøgelse er en deskriptiv udarbejdelse af frekvensangivelser og grafiske fremstillinger. Interviewundersøgelsen er analyseret på baggrund af kvalitativ meningskondensering (19). Metoden omfatter fem trin, hvor lange udsagn sammenfattes til kortere udsagn, så hovedbetydingen af det sagte forkortes. Første trin er en gennemlæsning for at opnå en helhedsforståelse. I trin 2 bestemmes "naturlige meningsenheder", som de udtrykkes af interviewpersonerne. I trin 3 formuleres de temaer, som dominerer "de naturlige meningsenheder", så enkelt som muligt (19). ▶

- Tabel 1 er eksempler på trin 2 og 3. Trin 4 består i at stille spørgsmål til meningsenhederne ud fra undersøgelsens formål, og trin 5 er, at de væsentlige temaer i interviewet knyttes sammen til en helhed (19), dvs. sådan som temaerne præsenteres i deres helhed i artiklens resultatdel og sammen med de kvantitative resultater. Der er fundet seks hovedtemaer:
1. Antal KISPT og benævnelser
 2. Motiver bag etablering af KISPT
 3. Visitation og målgrupper på KISPT
 4. Kapacitet og tilbud på KISPT
 5. Palliation på KISPT
 6. Faglighed og kompetencer på KISPT.

Tabel 1. Eksempel på analyse

Eksempel på analyse af temaerne "Motivation bag etablering af KISPT", og "Hvad er palliation på KISPT?"

Naturlig enhed (udsagn)	Centralt tema
<p>Udsagn 1: "Det var en kommunalpolitisk beslutning at have et tilbud i nærmiljøet."</p> <p>Udsagn 2: "Vi manglede tilbud til mennesker, som ikke ønskede aflastningsplads og ikke kunne komme til hospice, vi har store køreafstande."</p> <p>Udsagn 3: "Vi (ledere fra hjemmeplejen/sygeplejen, red.) ville have kvalitet i ydelserne og fremlagde idéen for politikerne. Vi ville have et tidligere palliativt tilbud."</p>	<p>Kommunalpolitiske, geografiske, faglige interesser</p>
<p>Udsagn 1: "Vi kan tilbyde en almindelig hverdag, hvor folk kommer hjem og ikke kun er her for at dø. Vi kan tilbyde gymnastik, socialt samvær, arrangementer i haven, gåture til vandet."</p> <p>Udsagn 2: "Vi kan skabe ro omkring borgeren, så han kan være med i hverdagsrehabilitering. Samtidig forsøger vi at opfylde de behov, der gør, at borgeren ikke kan være hjemme."</p>	<p>Hverdagsliv, aktiviteter, hverdagsrehabilitering</p>

Tabellen viser to eksempler på trin 2-3 i kvalitativ meningskondensering (19).

Undersøgelsens kvalitative del er udført som en uddybning af den kvantitative kortlægning, men indeholdt derudover andre eksplorative spørgsmål om palliation på KISPT. For analysen betyder det, at alle temaer på nær to indeholder resultater fra både den kvantitative og kvalitative del af undersøgelsen. Tema 2 og 5 er udelukkende baseret på den kvalitative del af undersøgelsen, idet de omhandler kvalitative aspekter som motiver bag KISPT og indhold/karakteristik af den faglige indsats på KISPT. Resultaterne er struktureret således, at de kvantitative resultater præsenteres først inden for hvert tema. Derefter understøttes og/eller uddybes disse kvantitative resultater med resultater fra den kvalitative del af undersøgelsen.

Resultater

1. Antal KISPT og benævnelser

I alt besvarede 92 kommuner den første henvendelse i den kvantitative del af undersøgelsen, hvilket er en svarprocent på 94. Som det fremgår af figur 1, viser den kvantitative del, at KISPT har eksisteret siden 1995, men i perioden 1995-2008 er der kun etableret syv KISPT. Ultimo 2013 er der 40 KISPT i Danmark, hvoraf 33 (83 pct.) er etableret gennem de seneste seks år og med størst tilvækst på 17 (43 pct.) i 2012-2013. Langt de fleste institutioner er en del af en anden kommunal institutionstype, f.eks. et plejecenter, en aflastningsenhed, en rehabiliteringsenhed. Kun enkelte institutioner har palliation som hovedopgave. Det kan også aflæses i den måde, KISPT navngiver sig på. Nedenstående er en alfabetisk ordnet kategorisering foretaget på baggrund af KISPTs måde at benævne sig på (parenteserne er eksempler på benævnelser).

- Afklaring ("afklaringscenter")
- Aflastning ("aflastningsenhed", "aflastningscenter")
- Akutte og/eller korte ophold ("akutpladser", "kortidspladser", "midlertidige døgnpladser")
- Palliation ("palliativ aflastningsenhed", "hospice", "stillestue")
- Rehabilitering og genoptræning ("rehabiliteringscenter", "rehabiliteringsenheder")
- Sundhed, pleje og omsorg ("plejecenter", "omsorgscenter", "sundhed og omsorg").

De fleste KISPT anvender benævnelser, som tilhører kategorierne "Akutte og/eller korte ophold" og/eller "Sundhed, pleje og omsorg". Interviewundersøgelsen giver ikke entydigt indblik i sammenhænge mellem anvendelse af faglige begreber, faglig indsats og, hvilke patientgrupper den enkelte KISPT orienterer sig mod. Alligevel er der noget, som indikerer, at KISPT rettet mod akutte/kortidspladser stræber mod at kunne modtage borgere indenfor 24 timer. Institutioner med fokus på rehabilitering må oftere foretage skift i indlæggelsesstatus fra "genoptræning" til "palliativ indsats" (udddybes senere).

2. Motiver bag etablering af KISPT

Interviewundersøgelsen viser, at motiverne for etableringen af KISPT uanset årstal er sammensat af økonomiske, politiske, geografiske, udviklingsmæssige og faglige argumenter.

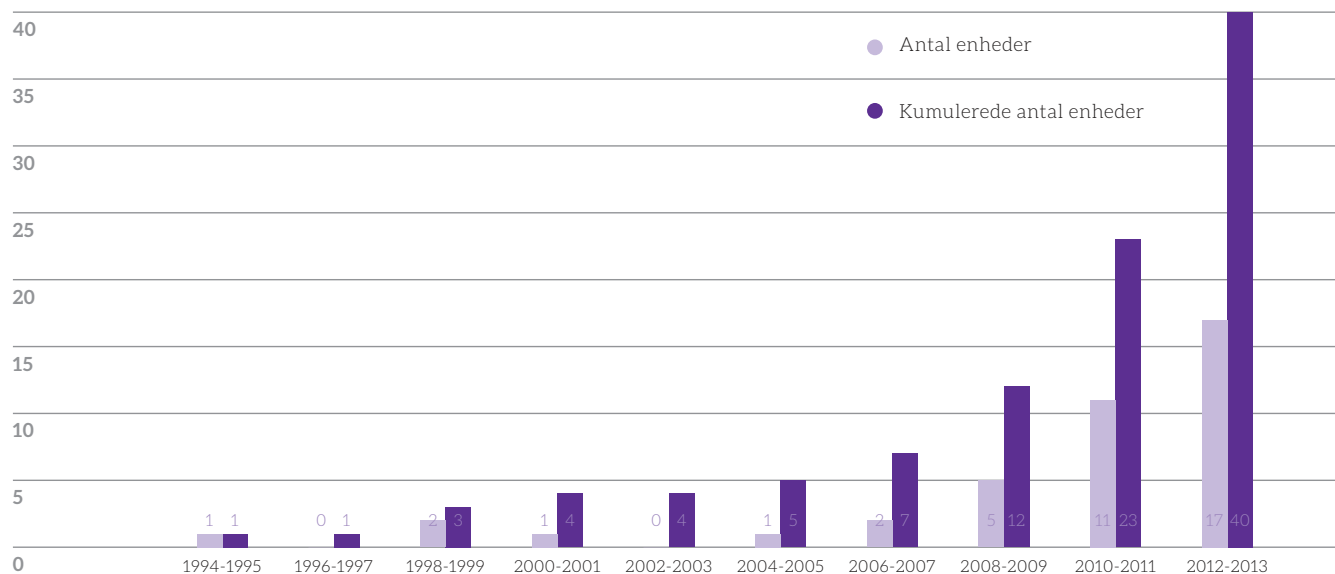
Økonomisk og politisk drejer motiverne sig f.eks. om kommunalpolitisk planlægning af sundhedsfaglige tilbud til borgere med livstruende sygdomme. F.eks. at kommuner ønsker at "give et andet tilbud end hospice", at "det er økonomisk besparende", eller at kommunen er i gang med at "harmonisere" sundhedsfaglige ydelser i forhold til store geografiske afstande inden for kommunegrænsen. En interviewperson siger:

"Vi er en geografisk stor kommune med et hospice i syd. Der var ønske om, at kommunen kunne tilbyde indlæggelse til borgere med livstruende sygdomme i nærområdet."

Andre forklaringer tager afsæt i hospitalernes behandlingsmæssige udvikling og indlæggelsespraksis. F.eks. fortæller en leder af KISPT, som har "akutpladser", at

Figur 1. Antal KISPT fordelt på etableringsår (n=40)

Udviklingen i antallet af kommunale institutioner med særlige palliative tilbud (KISPT) (n=40).



Figuren viser tilvæksten og samlet antal af KISPT fra 1995-2013.

- *”... der er et gab fra indlæggelse på hospital til hjemsendelse. Tilbuddet kan være med til at undgå unødige genindlæggelser.”*

De faglige argumenter handler om, hvordan indlæggelse på KISPT er med til at ”sikre kvaliteten i kommunens ydelser”, og er et tilbud for lokalområdets borgere, som ønsker ”at bo hjemme, men har brug for et break for så at komme hjem og evt. vende tilbage for at tilbringe den sidste tid her,” ”et tilbud med personale 24/7, for det kan hjemmesygeplejen ikke,” ”et tilbud til borgerne, der er dårligere, end hjemmesygeplejen kan magte,” eller hvor ”der ikke er pårørende hjemme.”

Andre faglige argumenter er, at KISPT er for borgere, som har fået afslag på hospiceophold, f.eks. fordi der ikke er plads eller pga. sygdommens art og/eller deres mentale tilstand.

3. Visitation og målgrupper på KISPT

Af den kvantitative kortlægning, se tabel 2, fremgår det, at det fortrinsvis er læger og hjemmeplejepersonale, der kan henvise til KISPT. Kun 10 institutioner (25 pct.) angiver, at den syge selv og/

eller pårørende kan henvende sig. I forhold til målgrupper viser kortlægningen, at ud over at være et tilbud til livstruede syge så har 22 (55 pct.) KISPT rutinemæssige tilbud om omsorg til alle pårørende, og 11 (28 pct.) rutinemæssige tilbud til alle efterladte.

Den kvalitative del af undersøgelsen indikerer, at KISPT fortrinsvis er for borgere med livstruende sygdomme og hyppigst ”ældre”. Enkelte institutioner har særligt fokus på den tidlige palliative fase, mens flest har fokus på den sene palliative fase eller den fase, hvor personen er uafvendeligt døende. Samtidig peger interviewundersøgelsen på, at de tidligste KISPT hovedsagelig modtager kræftpatienter, mens KISPT etableret inden for de seneste år i højere grad også modtager patienter med f.eks. hjertesygdomme, KOL samt lever- og nyresvigt.

Den måde, hvorpå KISPT benævner sig, kan have betydning for de patientgrupper, som bliver modtaget. F.eks. fortæller informanter fra KISPT rettet mod ”Rehabilitering og genoptræning” samt ”Akutte og/eller korte ophold”, at de ofte modtager patienter til ”rehabilitering eller vurdering, og begge dele kan være udfordrende.” Patienter i genoptræning viser sig ofte at være mere syge

Tabel 2. Personer, som kan henvise til KISPT

Hvem kan henvise patienter til institutionen?	Respondenter (n=40)	Procent
Hospitalslæge	23	58 pct.
Privatpraktiserende speciallæge	16	40 pct.
Andre fagpersoner på hospital	11	28 pct.
Fagpersoner ved andre palliative specialinstitutioner	15	38 pct.
Egen læge	28	70 pct.
Hjemmeplejepersonale	22	55 pct.
Personale ved plejehjem/-centre	8	20 pct.
Patienter selv	10	25 pct.
Pårørende	10	25 pct.
Andre	23	58 pct.

Note: Der er rundet op til hele procenttal. Institutionerne har haft mulighed for at angive flere svar. Tabellen viser, hvem der kan henvise til KISPT.

”og bliver derfor ændret til palliative,” eller det er en udfordring at vurdere patienterne, fordi de ofte er dårlige og mangler medicinsk vurdering fra hospitalernes side.

4. Kapacitet og tilbud på KISPT

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at 24 (60 pct.) KISPT har 1-10 sengepladser, 11 (28 pct.) har 11-20 pladser, og 5 (13 pct.) har flere end 20 sengepladser. I alt 39 (98 pct.) KISPT tilbyder ene-stue, 38 (95 pct.) har overnatningsmuligheder til pårørende. Kun seks institutioner (15 pct.) tilbyder udekørende funktion, mens 34 (85 pct.) udelukkende tilbyder indlæggelse.

Den kvalitative del viser, at indlæggelsestiderne kan variere fra en uge op til tre måneder og begrundelsen for, at de fleste KISPT udelukkende tilbyder indlæggelse, kan være faggruppesammensætningen. F.eks. er der ofte ansat flere social- og sundhedsassistenter end sygeplejersker, hvilket en leder problematiserer:

”Jeg har ikke døgndækning med sygeplejersker. Vi har kun én sygeplejerske ansat på 37 timer.”

Det indebærer, at institutionen ikke tilbyder udekørende funktion, da det kræver ”sygeplejefaglige kompetencer bare at rumme indlagte borgere med mange symptomer.”

5. Palliation på KISPT

Når informanterne fra interviewundersøgelsen fortæller om, hvad der karakteriserer palliation på en KISPT, fremkommer tre områder, som de mener medvirker til at lindre og forbedre livskvaliteten for den syge og pårørende: ”Helhedstænkning”, ”hverdagsliv, aktiviteter, hverdagsrehabilitering og rehabilitering” samt ”symptomlindring”. Det er især de to første kategorier, der fremhæves som noget særligt ved KISPT.

Helhedstænkning

Helhedstænkning handler om synet på familien og den måde, de professionelle møder familien på: F.eks. at ”se det hele menneske”, være ”nærværende”, ”skabe god stemning”, ”skærme og bakke familien op” samt ”skabe ro.” Helhedstænkningen indbefatter også, at de professionelle er ”fleksible” og skal ”stå til rådighed på borgerens og pårørendes præmisser” – en siger det således:

”Vi strækker os langt og ønsker at have en kultur, hvor alt kan lade sig gøre. Man finder ud af hvordan.”

Andre fortæller om at kunne tilbyde ”et fællesskab”, herunder at pårørende skal have mulighed for at overnatte og spise med. Derudover dækker helhedstænkningen de fysiske rammer, f.eks. værelser med udgang til natur/gårdhaver og uden ”bleer og visne blomster.”

”Vi prioriterer, at de får værelser med udsigt til naturen og kan køres ud i luften,” fortæller en informant.

Hverdagsliv, aktiviteter mv.

Næsten alle i interviewundersøgelsen fremhæver KISPTs mulighed for ved indlæggelser at etablere ”en almindelig hverdag” omkring de syge og deres familier som noget særligt. Begrundelserne er bl.a., at de befinder sig i et miljø, hvor andre medborgere fortrinsvis er indlagt for en kort periode: ”De (medpatienterne, red.) kommer hjem og er her ikke for at dø.” Informanterne fremhæver også, hvordan KISPT kan tilbyde følgende faglige indsatser med flydende grænseflader: ”Aktiviteter”, ”hverdagsrehabilitering” og ”rehabilitering”.

Fælles for anvendelsen af disse begreber er en forståelse af, at ”deltagelse” i hverdagen er væsentlig. Endvidere fremhæves, at den faglige indsats er præget af en forståelse af, hvordan ”rehabiliterings- og palliationssporet krydser hinanden”. På nogle KISPT anvendes begrebet ”aktivitet” frem for ”rehabilitering”. Begrundelsen er, at anvendelse af begrebet ”rehabilitering” har betydning for ressourceforbrug og personalesammensætning, således at tilbud om rehabilitering implicerer ansættelse af fysio- og/eller ergoterapeut. Enkelte KISPT anvender imidlertid begrebet ”rehabilitering”. Begrebet forbindes overvejende med en egentlig træningsindsats, f.eks. ”vedligeholdelsestræning”, og den faglige indsats varetages af institutionernes ansatte/tilknyttede fysioterapeuter. Skal den syge imidlertid overgå til ”palliativ fysioterapi ... f.eks. lymfedrænage,” indebærer det visitering til en ”palliativ fysioterapeut.”

Når informanterne fortæller om og anvender begreberne ”aktiviteter” og ”hverdagsrehabilitering”, er det om aktiviteter, som er spontane vs. planlagte eller fælles vs. individuelle. Konkret drejer ▶

- det sig om socialt samvær i fælles opholdsrum, planlagte aktiviteter som sommerfest, høstfest, julefrokost m.m., individuelle aktiviteter som gåture til vandet, manicure m.m. Nogle informanter fremhæver, hvordan det er vigtigt, at

”... aktiviteterne matcher lokalområdets borgere. Har borgeren været vant til et morgenbad i Øresund, så er det vigtigt, at vi kan tage borgeren med ned til vandet i kørestol, så hun kan dyppe fødderne.”

Symptomlindring

Når informanterne fortæller om symptomlindring, tales der forskelligt om det, afhængigt af hvorvidt KISPTs benævnelser indikerer akutte/korte indlæggelser (f.eks. ”akutpladser”, ”kortidspladser”) eller indlæggelser med længere perspektiv (f.eks. ”plejecenter”, ”omsorgscenter”, ”hospice”). Nogle KISPT med akutte pladser har eller skal til at have døgndækning af sygeplejersker og kan derfor tilbyde mere teknisk avanceret pleje og behandling. En interviewperson fortæller:

”Vi får døgnbemanding af sygeplejersker. Det betyder, at vi kan varetage i.v.-behandling, lægge venflon, drop og trække blodprøver. Vi undgår, at borgeren bliver indlagt på hospital og kan blive i nærmiljøet. Men samarbejdet med den praktiserende læge bliver vigtigt.”

Informanter fra de øvrige KISPT fremhæver ”smertelindring” og ”tryghedskasse”, når de fortæller om symptomlindring, og betoner mulighed for at ”trække på egen læge”, men også på ”ekspertise” som ”palliative teams” og ”hospice” – dvs. de Specialiserede Palliative Enheder (SPE).

6. Faglighed og kompetencer på KISPT

Den kvantitative del af undersøgelsen viser, at 13 (33 pct.) KISPT udbyder undervisning til fagpersoner/professionelle om palliativ indsats, mens i alt ni institutioner oplyser, at de bidrager til andre organisationers undervisning af fagpersoner. Der er fortrinsvis ansat kortuddannet pleje- og omsorgspersonale samt ergo- og fysioterapeuter på KISPT, se tabel 3. Kun ni institutioner har tilknyttet læger, hvoraf to er deltidsansatte og syv fungerer som konsulenter. I alt angiver 28 (70

pct.) KISPT, at de har døgnbemanding med sygeplejersker og 12 (30 pct.), at de har adgang til palliativt kvalificeret lægebi-stand hele døgnet.

Når informanterne i den kvalitative del af undersøgelsen fortæller om institutionernes faglighed og kompetencer, er det i to hovedbetydninger:

1. Sammensætning af faggrupper
2. At tilegne sig viden gennem undervisning eller rådgivning/vejledning.

Der udtrykkes ønske om, at faggruppen skal have døgndækning med palliativt kvalificerede professionelle, f.eks. sygeplejersker og/eller fysio- og ergoterapeuter. Nogle informanter giver pga. udfordrende samarbejde med forskellige praktise-

Tabel 3. Sammensætningen af faggrupper på KISPT (n=40)

Faggruppe	Respondenter (n=40)	Procent
Sygeplejerske	40	100 pct.
Læge	9	23 pct.
Fysioterapeut	32	80 pct.
Psykolog	5	13 pct.
Præst	10	25 pct.
Socialrådgiver	6	15 pct.
Diætist	11	28 pct.
Social- og sundhedsassistent	38	95 pct.
Social- og sundhedshjælper	26	65 pct.
Ergoterapeut	35	88 pct.
Musikterapeut	4	10 pct.
Sekretær	16	40 pct.
Andre uddannelser	7	18 pct.

Tabellen viser de faggrupper, som er ansat på KISPT.

rende læger udtryk for ønske om mere kontinuerligt samarbejde med læger eller ansættelse af læger. Det kan både dreje sig om praktiserende læger og/eller læger fra SPE (Specialiserede Palliative Enheder).

Det er især SPE, som informanterne ønsker at trække på i forbindelse med tilegnelse af kompetencer via undervisning, som f.eks. at opkvalificere enkelte fagpersoner (især sygeplejersker) til en nøglepersonsfunktion i palliation eller afholdelse af temadage for flere faggrupper og hele personalegrupper. Indholdsmæssigt er fokus at øge viden indenfor palliation og tilgrænsende faglige områder, f.eks. rehabilitering. En siger:

”Vi vil gerne have nogle temadage om, hvad er rehabilitering, og hvad er rehabilitering til palliative borgere. Måske drejer det sig om at have bevidsthed om, at man har gang i rehabilitering. Vi mangler at tænke rehabilitering og palliation sammen.”

Når informanterne taler om rådgivning/vejledning, er det især fra SPE i konkrete patientsituationer og generelt. I konkrete patientsituationer drejer det sig om, at fagpersoner fra SPE enten varetager den faglige indsats eller fungerer som rådgivere (f.eks. vedrørende smertelindring). Mere generelt drejer det sig om rådgivning i brugen af ”Tryghedskassen”, ”etiske problemstillinger” m.m.

Diskussion

I det følgende diskuteres metoden og tre temaer fra resultatdelen:

1. KISPT som en afspejling af samfundsmæssige udviklingstendenser
2. Palliation på KISPT
3. Faggrupper på KISPT

Metode

Der var en lang række udfordringer forbundet med at finde frem til KISPT. En udfordring er kommunernes forskellige organisering. Det vanskeliggjorde processen med at finde relevante kontaktpersoner, der kunne henvise til de respondenter, som skulle inkluderes i spørgeskemaundersøgelsen. Med henblik på at kunne følge udviklingen over år er spørgeskemaet i store træk det samme som i tidligere kortlægninger. Imidlertid repræsenterer KISPT en bred

vifte af tilbud, som kun delvist indfanges i skemaets nuværende form. Det kunne være interessant at udforske KISPTs tilbud endnu mere nuanceret både med kvantitative og kvalitative metoder. Kvantitativt kunne det dreje sig om at udvikle/udvide spørgeskemaet og kvalitativt om at foretage interviewundersøgelse med flere institutioner og aktørgrupper (f.eks. borgere, pårørende, efterladte, medarbejdere og samarbejdspartnere) evt. suppleret med observationsstudier med fokus på, hvordan palliation praktiseres på denne institutionstype.

1. Afspejling af samfundsmæssige udviklingstendenser

Etablering af KISPT kan opfattes som en afspejling af nationale sundhedspolitiske anbefalinger for den palliative indsats (1). I anbefalingerne tildeles kommuner og almen praksis en væsentlig opgave i forhold til at løfte og udvikle den basale palliative indsats organisatorisk og fagligt samt sikre, at relevante kompetencer er til stede. F.eks. udtrykkes der forventninger om, at hver kommune (og region) inden udgangen af 2013 bør udarbejde planer for organiseringen af den kommunale (og regionale) palliative indsats, og at de lokale ledelser skal sikre relevante palliative kompetencer i kommunerne.

En stigning i etablering af KISPT gennem de seneste år med øget tværfaglighed kan opfattes som en af kommunernes veje til at løfte disse forventninger, samtidig med at KISPT kan medvirke til at begrænse de kommunale sygehusudgifter. Betegnelser som ”akutpladser”, ”korttidspladser”, ”aflastningspladser” m.v. indikerer, hvordan KISPT både har mulighed for at modtage akut syge borgere og borgere med behov for palliativ indsats under indlæggelse. Geografisk giver KISPT mulighed for, at store kommuner kan tilbyde et lokalt forankret tilbud til syge med behov for en tværfaglig palliativ indsats hele døgnet alle ugens dage, som hjemmesygeplejen ikke kan magte, og/eller til patienter, hvor der ikke er pårørende i hjemmet. Samtidig lægger nogle informanter vægt på, at KISPT også er et tilbud til de syge, som hospicer ikke har plads til eller ikke kan/vil rumme pga. sygdommen og deres mentale tilstand, f.eks. fordi den syge er udadretterende, støjende eller socialt utilpasset. Det er muligt, at denne gruppe af livstruet syge ikke ville have modtaget et særligt palliativt tilbud, hvis KISPT ikke eksisterede, hvorfor denne institu-

- tionstype kan medvirke til at udligne ulighed i palliation, som er et af Sundhedsstyrelsens fokusområder i anbefalingerne for den palliative indsats fra 2011 (1).

2. Palliation på KISPT

Palliation, hverdagsliv og rehabilitering er parallelle spor, som træder frem i denne undersøgelse, når informanterne karakteriserer den palliative indsats på KISPT. Denne forståelse kan muligvis hænge sammen med det høje antal ergo- og fysioterapeuter samt kortuddannede pleje- og omsorgsmedarbejdere, se tabel 3, som er ansat på denne institutionstype. Ergoterapeuter har netop fokus på ADL-træning (Almindelig Daglig Livsførelse)/rehabilitering, fysioterapeuter på træning/rehabilitering, og de kortuddannede faggrupper har ud over pleje og omsorgsopgaver også til opgave at understøtte disse rehabiliteringstiltag/planer. Derudover er det muligt, at det, at KISPT ofte fysisk er en del af et plejecenter eller rehabiliterings- og aflastningsenheder, yderligere bidrager til, at den faglige indsats præges af disse institutionstypers primære opgaver, som er at give plejehjemsbeboere et meningsfuldt hverdagsliv og/eller at tilbyde rehabiliteringsophold for lokalområdet borgere.

På den sundhedspolitiske arena ses desuden tiltag, som søger at integrere palliation og rehabilitering. Eksempler på denne tendens er Sundhedsstyrelsens "Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft" fra 2012 (20), og den politiske beslutning om, at det tidligere Rehabiliteringscenter Dallund og Palliativt Videncenter skulle lægges sammen til Videncenter for Rehabilitering og Palliation (21). Det er ikke uproblematisk at sammentænke disse to områder begrebsligt og i praksis. Begrebsligt er der både forskelle og ligheder mellem palliation og rehabilitering. Det kommer bl.a. til udtryk i WHO's definitioner, som ofte anvendes som afsæt for begge typer af indsatser.

Rehabilitering defineres således af WHO: "Rehabilitering af mennesker med nedsat funktionsevne er en række indsatser, som har til formål at sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og sociale funktionsevne. Rehabilitering giver mennesker med nedsat funktionsevne de redskaber, der er nødvendige for at opnå uafhængighed og selvbestemmelse" (20).

Palliation defineres således: "Den palliative indsats har til formål at fremme livskvaliteten hos patienter og familier, som står over for de problemer, der er forbundet med livstruende sygdom, ved at forebygge og lindre lidelse gennem tidlig diagnosticering og umiddelbar vurdering og behandling af smerter og andre problemer af både fysisk, psykisk, psykosocial og åndelig art" (1).

Citaterne viser bl.a., at begge begreber indeholder fysiske, psykiske og sociale dimensioner i indsatserne. Forskellene drejer sig om, at rehabilitering har fokus på funktionsevne, redskaber, uafhængighed og selvbestemmelse, hvorimod palliation har fokus på livskvalitet, livstruende sygdom, lidelse, problemer og behandling. På trods af lighederne indikerer forskellene, at der er tale om to forskellige logikker, som muligvis på KISPT praktiseres parallelt og/eller overlappende.

I en artikel, hvori forskelle og ligheder mellem rehabilitering og palliation diskuteres begrebsligt og i praksis, fremhæver forfatterne, at når disse to praksisser og begreber nærmer sig hinanden, påvirkes praksis (22). F.eks. kan palliation påvirkes af rehabiliteringstænkningen, så palliation bliver mere målrettet, og ved at fokusere på forebyggelse, vedligeholdelse og forbedring af funktionsevne sættes palliation ind i en tidlig struktur, som trækker fokus væk fra væren i den konkrete situation, dvs. at være til stede som menneske eksistentielt og relationelt. Forfatterne fremhæver videre, at når der samtidig er tale om at fastsætte mål, forstærkes bevægelsen væk fra den konkrete situation yderligere, idet parterne orienterer sig mod fremtiden og med en flerhed af muligheder. KISPT kan være et eksempel på en institutionstype, hvor rehabilitering og palliation praktiseres sideløbende, og palliativ indsats er her derfor noget ganske særligt.

3. Faggrupper på KISPT

Sundhedsstyrelsen (1) inddeler den palliative indsats i en basal og en specialiseret indsats, hvor det basale niveau (hospitalet, almen praksis og kommunale institutioner) ikke har palliation som hovedopgave i modsætning til det specialiserede niveau, som har palliation som hovedopgave (hospice, palliative team og afdelinger (SPE)). Denne undersøgelse viser, at enkelte KISPT angiver at have palliation som hovedopgave. Samtidig giver flere informanter fra den kvalitative del af undersøgelsen udtryk for, at de er et

lokalt tilbud til borgere med behov for palliation i stedet for et hospiceophold, hvilket i princippet indebærer, at KISPT skal kunne løfte de samme palliative opgaver som SPE. I den sammenhæng bliver faggruppesammensætningen på KISPT betydningsfuld for, hvorvidt dette er muligt. Som det fremgår af tabel 3, har 23 pct. af KISPT læger fast tilknyttet, 65 pct. har social- og sundhedshjælper ansat, og 95 pct. KISPT har social- og sundhedsassistenter ansat. Til sammenligning med faggruppesammensætningen på SPE viser en undersøgelse (23), at alle 51 SPE i 2013 har fast tilknyttede læger, ingen har social- og sundhedshjælper ansat, og 9 (18 pct.) har ansat social- og sundhedsassistenter. Samtidig viser undersøgelse, at SPE overordnet har større flerfaglighed og flere faggrupper ansat med en lang og mellemlang videregående uddannelse end KISPT. En konsekvens af disse forskelle kan være, at SPE på nuværende tidspunkt formodentlig har et højere vidensniveau og bredere grundlag for det tværfaglige palliative samarbejde.

Konklusion

Undersøgelsen viser, at der eksisterer 40 KISPT, hvoraf 17 er etableret i 2012 og 2013, formodentlig bl.a. på grund af et øget sundhedspolitisk krav til kommunerne om at udvikle den basale palliative indsats.

Hovedparten af KISPT kan tilbyde indlæggelse til mennesker med livstruende sygdomme, og de fleste har fokus på den sene palliative fase og den fase, hvor patienten er uafvendeligt døende. Det er fortrinsvis sundhedsprofessionelle, som visiterer mennesker med livstruende sygdomme til KISPT.

Argumenterne for etablering af denne type institutioner er både politiske, økonomiske, geografiske og faglige. Palliation på KISPT blev karakteriseret af "helhedstænkning", "hverdagsliv, aktiviteter, hverdagsrehabilitering og rehabilitering" samt "symptomlindring", hvor det især er de to førstnævnte, der fremhæves som det særlige for KISPT.

Faggruppernes sammensætning er præget af social- og sundhedsassistenter/hjælper, sygeplejersker og ergoterapeuter. Kun ni KISPT har tilknyttet læger, 28 (70 pct.) har døgnbemanding med sygeplejersker, og 12 (30 pct.) har adgang til palliativt kvalificeret lægebistand hele døgnet.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for den palliative indsats. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
2. IKAS. 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel for det kommunale område, standardpakke for sygepleje [internet]. [Adgang 2015 juni 15.]; <http://www.ikas.dk/Sundhedsfaglig/Kommuner/Akkrediteringsstandarder-2.-version.aspx>
3. Kommunernes Landsforening. Mere forskning i de kommunale sundhedsopgaver. København: Kommunernes Landsforening; 2014.
4. Dansk Selskab for Almen Medicin. Palliation. Klinisk vejledning for almen praksis. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2014.
5. Neergaard MA, Bonde Jensen A, Søndergaard J et al. Preference for place-of-death among terminally ill cancer patients in Denmark. *Scand J Caring Sci.* 2011;25:627-36.
6. Gattrell AC, Harman JC, Francis BJ et al. Place of death. Analysis of cancer death in part of North West England. *J Public Health Med.* 2003;25:53-8.
7. Neergaard MA, Olesen F, Bonde Jensen A et al. Shared care in basic level palliative home care. Organizational and interpersonal challenges. *J Palliat Med.* 2010;13:1071-7.
8. Raunkjær M. Samarbejde om den palliative indsats i det samlede sundhedsvæsen: et kortlægningsprojekt om samarbejdet mellem Hillerød Hospital, Palliativ Enhed, Hillerød Hospital, Arresødal Hospice, Almen Praksis i Halsnæs Kommune og Hjemmeplejen i Halsnæs Kommune. København: Palliativt Videncenter; 2012.
9. Brogaard T. Home is where the heart is: coordinating care and meeting needs in palliative home care [Ph.d. thesis] Aarhus: Aarhus University. Faculty of Health Sciences. Research Unit and Department for General Practice; 2011.
10. Raunkjær M, Henriksen SV, Glenstrup ML, Bierlich L, Hansen OB. Gode erfaringer med en tværsektoriel samarbejdsmodel for palliativ behandling. *Ugeskr Læger.* 2015;177:V05140304.
11. Raunkjær M, Timm H. Development of Palliative Care in Nursing Homes: evaluation of a Danish project. *Int J Palliat Nurs.* 2010;16:613-20.
12. Neergaard MA. Palliative home care for cancer patients in Denmark: with a particular focus on the primary care sector, GPs and community nurses. [Ph.d. thesis. Aarhus]. Aarhus University. Faculty of Health Sciences. Research Unit and Department for General Practice; 2009.
13. Goldschmidt D, Grønvold M, Johnsen TA et al. Cooperating with a palliative home-care team: expectations and evaluations of GPs and district nurses. *Palliat Med.* 2005;19:241-50.

- 14. Karstoft KI, Fisker Nielsen A, Timm H. Palliativ indsats i den kommunale pleje: kortlægning af den palliative indsats i hjemmeplejen, hjemmesygeplejen og på plejehjem i Danmark 2010-2011. København: Palliativt Videncenter; 2012.
15. Palliativt Videncenter. Årsrapport 2012. København: Palliativt Videncenter; 2013.
16. Videncenter for Rehabilitering og Palliation. Palliativguiden. 2015 [Adgang 2015 juni 15.] (<http://www.pavi.dk/Palliativguiden.aspx>)
17. Timm H, Vittrup R, Tellervo J. Kortlægninger af den specialiserede palliative indsats i Danmark: 2009-2012. København: Palliativt Videncenter; 2012.
18. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. 2008 [Adgang 2015 juni 15]; <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/>
19. Kvale S, Brinkmann S. Interview. Introduktion til et håndværk. København: Hans Reitzel; 2009. p. 227-30.
20. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogram for rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft: del af samlet forløbsprogram for kræft. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
21. Videncenter for Rehabilitering og palliation. Årsrapport 2014. København: Videncenter for Rehabilitering og palliation; 2015.
22. Thuesen J, Timm H. Palliation og rehabilitering; begrebslige og praktiske forskelle og ligheder. Omsorg: Nordisk Tidsskrift for paliativ medicin 2014;3:30-5.
23. Tellervo J, Krogh Jessen M. Kortlægning af den specialiserede palliative indsats i Danmark: opfølgning 2013. København: Videncenter for Rehabilitering og Palliation; 2014.

English abstract

Raunkjær M, Jessen MK, Tellervo J. Municipal institutions with special palliative care programmes ('KISPT') – a study of the characteristics of the institutions and their palliative care interventions. *Sygeplejersken* 2015;(11):81-92.

Background: Recent guidelines from the Danish Health and Medicines Authority have led to a broader understanding of the target group and a change in understanding of when and at what point in progressive disease palliative care should be provided. Research has shown that the number of municipal institutions providing special palliative care programmes ('KISPT') has increased significantly in recent years. This may be seen as a response to the national guidelines on palliative care and to the challenges posed by daily practice within community palliative care services. The aim of this article is to describe the results of a study of KISPT, including programme characteristics and delivery of palliative care.

Method: The research follows a mixed-method design combining quantitative questionnaires, mainly answered by directors of municipal health departments, directors of nursing homes and palliative care nurses, with qualitative interviews of representatives from ten of the institutions involved in the questionnaire component of the research.

Results: The study found that 40 institutions in 34 municipalities in Denmark provide special palliative care programmes. In 2012-2013 alone, the number of such institutions increased by 43 per cent. The rationale for establishment of the programmes consists of a mixture of political, economic, geographical and professional factors. Most of the institutions have between one to ten beds and mostly house elderly people with life-threatening diseases. The palliative care programmes operate with a holistic perspective focusing on everyday life, activities and rehabilitation, as well as symptom management and end of life care. The professionals working in palliative care consist largely of social and health care workers, nursing assistants, nurses, occupational therapists and physiotherapists. Only nine institutions have a physician attached and only one third of the institutions in the survey offer training in palliative care.

Conclusion: KISPTs are local palliative care programmes for people with life-threatening diseases, where they may encounter professionals with palliation as their principal task. The particular focus on everyday life and rehabilitation may be linked to the multiprofessional care delivery, but also to the fact that, in several instances, KISPT is provided as an integral component of care at a nursing home and/or rehabilitation institution. This may entail that KISPT palliative care involves, conceptually and in practice, the integration of palliation and rehabilitation.

Keywords: Palliative care, rehabilitation, community health services, organisation, institutions, skill sets.

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. 12 - 2015	Nr. 13 - 2015	Nr. 14 - 2015
30. september 2015	28. oktober 2015	18. november 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. 12 - 2015	Nr. 13 - 2015	Nr. 14 - 2015
5. oktober 2015	2. november 2015	23. november 2015

Sidste frist for indlevering af materiale er kl. 10 hos Dansk Mediaforsyning ApS

Udgivelsesdatoer

Nr. 12 - 2015	Nr. 13 - 2015	Nr. 14 - 2015
19. oktober 2015	16. november 2015	7. december 2015

Cambridge[®]
Weight Plan[™]

Independent Cambridge Consultant

ERNÆRINGS OG SUNDHEDSKONSULENT

Cambridge Danmark A/S søger nye samarbejdspartner / forhandlere i hele Danmark Supplere din indtægt og arbejd hjemmefra.

Nu har du mulighed for at få et samarbejde med Cambridge vægtplan, hvor du som konsulent kommer til at vejlede om vægttab ved hjælp af vores 5 – Trins Planen.

Cambridge Vægtplan er et Videnskabeligt dokumenteret måltidserstatningsprodukt senest med stor videnskabelig studie på Frederiksberg Hospital, samt et af de mest førende brands indenfor pulverkurer på Market i dag, som udelukkende forhandles via vores konsulenter.

Brænder du for at hjælpe andre

Kan du sige ja til nedestående:

- Lyst til at hjælpe andre
- Vil du lære at vejlede og motivere andre til hvordan de får et varigt vægttab der holder ud fra Cambridge 5 Trin Plan
- Går du op i sundhed og ernæring
- Lyst til at starte selvstændig virksomhed
- Mulighed for at tjene lidt ekstra penge ved siden af
- Præsentable og udadvendt
- Forretningsorienteret
- Kreativ og initiativrig

Så kontakt vores salgschef Ann Schäffer på ann@cambridgedanmark.dk eller ring på 3255 0037, for en uforpligtende snak om Cambridge Vægtplan kunne være noget for dig.

R Ø D O V R E K O M M U N E

Afdelingssygeplejerske

leder af plejeafdelinger og koordinator for leverance til ældreboliger

Ældrecentret Broparken i Rødovre kommune søger fra 1. november en ny afdelingssygeplejerske da vores nuværende afdelingssygeplejerske ønsker at overgå til anden stilling indenfor hospitalet.

Afdelingen har 47 boliger fordelt i fire afsnit. Vi har også leverandørydelser til 20 ældreboliger, som ligger ind til afdelingerne. Afdelingen ligger i et nyere renoveret hus, med gode boliger og hjælpemidler svarende til behovet. Rammerne er tidssvarende og lever op til gældende arbejdsmiljøregler.

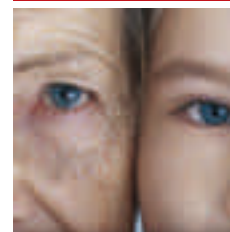
Vi forventer en leder, der er uddannet sygeplejerske med en relevant videreuddannelse. Du er positivt overfor tværfagligt samarbejde, kan lede/spærre/vejlede/inspirere og ikke mindst samle organisationen på det lokale plan. Som afdelingssygeplejerske er du en ansvarlig leder, er initiativrig og har humor. Det er også vigtigt, du kan skabe rammer og muligheder for at kompetenceudvikle medarbejderne indenfor deres respektive fagområder.

Til gengæld får du en udviklingsorienteret arbejdsplads med dygtige erfarne sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter plus sosuhjælpere. Der vil være faglige/personlige udfordringer, et arbejdsfelt hvor vi sammen arbejder fremadrettet med sundhedsfremme og forebyggende tiltag. Ældrecentret har elektronisk omsorgssystem og en flad ledelsesstruktur.

Vi har et inspirerende arbejdsmiljø, hvor fællesskab, arbejdsglæde, humor og samarbejde er vigtige værdier. Vores tilgang er anerkendende med fokus på forskellighed og mangfoldighed.

Mere information

Se mere på www.rk.dk under Job her kan du også søge stillingen elektronisk inden den **19. oktober 2015**. Ellers er du velkommen til at kontakte souschef Birgitte Lage eller forstander Christian Sams på tlf. 36 37 80 00.



rk.dk

Vi ser mangfoldighed som en ressource og opfordrer derfor alle uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund til at søge job hos os. Vi tilbyder vores medarbejdere en trivselsordning med kaffe og the, samt en sundhedsordning med fysioterapi, helbredstjek og massage.



DSR, Kreds Midtjylland søger en organisationskonsulent til vores politiske team

Vi iværksætter aktiviteter og indsatser, som har til formål at give sygeplejersker oplevelser i fællesskaber og gøre sygeplejersker fagligt kompetente, fagligt bevidste og fagligt stolte.

Vi søger en ny kollega, som sammen med os kan oversætte forhold i sygeplejerskers arbejdsliv til politiske dagsordener.

Vi forventer, at du kan sætte sygeplejefaget i spil sammen med medlemmerne til gavn for en stærk profession.

Dine opgaver bliver at:

- varetage projektledelse og sikre implementering af politisk besluttede indsatser hos medlemmer, på arbejdspladser og internt i organisationen
- designe og planlægge medlemsaktiviteter
- samarbejde, udvikle, planlægge og gennemføre fagpolitiske aktiviteter for og med vore tillidsrepræsentanter
- yde ledelsessupport til kredschefen

Du

- er formentlig sygeplejerske, eller har indgående kendskab til og erfaring fra sundhedsvæsenet
- har forståelse for og kan integrere politiske processer i dit daglige arbejde
- har stor erfaring med pædagogiske værktøjer og er en dygtig proces- og projektleder
- medtænker hele tiden initiativer, der understøtter sygeplejefagprofessionens udvikling
- er handlekraftig og har dine meningers mod
- er ideudvikler, gerne i samarbejde med andre og er i stand til at implementere ideerne
- tager ansvar for opgaverne og for fællesskabet
- har en analytisk tilgang, en god formidlingsevne og har relevant videreuddannelse

Vi

- forsøger at udfordre vanetænkningen og kan byde på forandringsvilje og lydhørhed
- tilbyder dig en arbejdsplads, hvor der er fart på og højt til loftet
- har et kollegialt fællesskab, som vi værner om
- samarbejder i forskellige fagpolitiske og tværfaglige netværk
- har en omfattende mødevirksomhed for at understøtte kredsens politiske strategier og det faglige miljø
- gør endvidere udvalgt brug af digitale medier og IT i hverdagen

Den daglige arbejdsplads er Medlemshuset i Silkeborg og ansættelsesnormen er fuld tid.

Du vil følge et introduktions- og oplæringsprogram, som også indeholder introduktion til DSR på landsplan. Se i øvrigt www.dsr.dk hvor du også kan finde vores visions- og holdningspapirer.

Du kan rekvirere funktionsbeskrivelse, organisationsplan og få nærmere oplysninger hos kredsformand Anja Laursen på telefon 2965 5802, kredschef Ann Dahy på telefon 2360 0229. Endvidere er du velkommen til at kontakte faglig konsulent og tillidsrepræsentant Susanne Vestergaard på 2342 5325.

Ansøgningsfristen er den 7. oktober 2015. Vi forventer at afholde samtaler den 22. oktober 2015

Ansøgningen skal sendes elektronisk til: ingepedersen@dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



Erfaren praksissygeplejerske, 30 timer, søges til enkeltmandspraksis under forandring

Det forventes, at du har erfaring fra tidligere job i almen praksis. Klinikken er en enkeltmandspraksis. Du vil få stor mulighed for at sætte dit præg på en arbejdsplads præget af variation, udfordringer og fornyelse. På lang sigt ventes yderligere en læge og mere personale tilknyttet.

Dine opgaver vil udgøre alle praksisrelevante opgaver, fx laboratoriefunktioner, blodprøver og graviditetstests, samt selvstændige konsultationer ved hypertension og diabetes. Planen er tiltagende ansvar for egne patientforløb - naturligvis med supervision. Du vil stå for telefonbetjening og sekretærfunktioner, og der vil også være mere rutineprægede funktioner. Vi kommer til at samarbejde tæt.

Du er venlig og imødekommende samt tydelig i din kommunikation. Din arbejdsform er struktureret og målrettet. Du skal kunne omstille dig fra dag til dag efter klinikens behov og forstår at prioritere og afgrænse, når flere opgaver præsenteres på en gang.

I min praksis lægger jeg vægt på en venlig atmosfære, høj faglighed og god tilgængelighed for patienter og samarbejds partnere.

Stillingen er ledig fra 1/10. Tiltrædelse senest 1/12 2015. Timetal indledningsvis: 30 t/uge.

Ansøgningsfrist: 9/10 - men send gerne ansøgning før.

De ansøgere, der vil blive indkaldt til samtale, vil blive kontaktet. Samtaler ventes holdt i uge 43. Øvrige ansøgere vil ikke få særskilt besked.

Ansøgning påført kontaktoplysninger med telefonnummer sendes til: asger.dalmose@dadinet.dk

De bedste hilsener, Læge Asger Dalmose, Haslevej 17, 8230 Åbyhøj, www.86157677.dk



Sådan læser du din lønseddel ...

www.dsr.dk

Dansk Sygeplejeråd



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 tryghed 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



Ansvarshavende

sygeplejerske til afdeling for rehabilitering og akutpleje

Vi søger en faglig stærk ansvarshavende sygeplejerske til dagvagt 37 timer om ugen, vagt hver 3. weekend, fra 1. november 2015 eller senere. Du får et spændende og afvekslende job, hvor rehabilitering og sygepleje er omdrejningspunktet.

Ældrecentret Broparkens afdeling for Rehabilitering og Akutpleje er primært målrettet borgere som er lægeligt færdigbehandlede fra Region Hovedstadens Hospitaler, hvor der fortsat er behov for en midlertidig sygeplejefaglig indsats og rehabilitering gennem hele døgnet. Enheden modtager også borgere fra eget hjem i en forebyggende indsats for indlæggelse. Vi har 36 døgnpladser, som er fordelt på to afdelinger.

Vi er uddannelsessted for sygeplejestuderende og social- og sundhedsassistentelever, hvilket vi prioriterer højt, da vi anser uddannelse for en kerneopgave.

Vi søger en sygeplejerske med minimum to års erfaring, meget gerne med hospitale erfaring inden for den medicinsk/geriatriske/palliative sygepleje. Du må gerne have en klinisk vejleder

uddannelse, men dette er ikke et must.

Som ansvarshavende sygeplejerske får du ansvaret for at fordele ressourcer og for at håndtere akutte sygeplejefaglige opgaver, der opstår i vagten.

Du skal indgå i de komplekse forløb herunder terminal pleje, supervisere plejepersonalet, modtage nye beboere og deltage i tilrettelæggelsen af plejen, således at der opnås og bevares en høj faglig standard.

Vi er en afdeling med en god balance mellem erfarne og nyuddannede, der brænder for arbejdet med rehabilitering af vores borgere.

Hvis du vil vide mere

Se hele annoncen på www.rk.dk under Job, hvor du også kan søge stillingen inden den **22. oktober**.



Vi ser mangfoldighed som en ressource og opfordrer derfor alle uanset køn, alder, race, religion eller etnisk baggrund til at søge job hos os. Vi tilbyder vores medarbejdere en trivselsordning med kaffe og the, samt en sundhedsordning med fysioterapi, helbredstjek og massage.

Net annoncer

Gå ind på <http://job.dsr.dk/>

Indtast Quick-nummeret, så kommer du direkte ind til netannoncen, hvor du kan læse meget mere om stillingen.

Netannoncer kan indtastes hele døgnet.

Quicknr.
17657992

Hovedstaden
Københavns Kommune
To sygeplejerske søges til udsatte børn og unge
Ansøgningsfrist: 5. oktober 2015



Quicknr.
17519580

Hovedstaden
Københavns Kommune
Sygeplejerske til Center for Misbrugsbehandling, Valmuen
Ansøgningsfrist: 16. oktober 2015



Quicknr.
17597722

Hovedstaden
Københavns Kommune
Grubeleder til Hjemmeplejen Bispebjerg/Nørrebro
Ansøgningsfrist: 29. september 2015



Quicknr.
17395090

Sjælland
Roskilde Kommune
Centerleder søges til plejecenter Oasen
Ansøgningsfrist: 1. oktober 2015



Quicknr.
17250343

Sjælland
Køge Kommune
Stærk leder til Social- og Sundhedsafdelingen i Køge Kommune
Ansøgningsfrist: 7. oktober 2015



Quicknr.
17663333

Danmark
Memira Øjenklinikker
Førsteklasses sygeplejerske søges til privatklinik
Ansøgningsfrist: 14. oktober 2015



Seniorsammenslutningens arrangementer

Medlemmer, der er fyldt 55 år, er velkomne til Seniorsammenslutningens arrangementer

Hovedstaden**Seniorsygeplejersker****Kreds Hovedstaden Vest**

Møde for seniorsygeplejersker. Kirketjener Mogens Lærche fortæller om "Fra fængsel til kirke".

Tid og sted:

15. okt. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Kreds Hovedstaden
Frederiksborggade 15, 4.
1360 København K

Arrangør:

Seniorkontaktudvalget
Kreds Hovedstaden Vest

Tilmelding:

Senest 12. oktober til
Lisbeth Vendelbo, på
tlf.: 36756 483 eller
Karen Kjettrup tlf.: 4717 7930

Pris:

Kr. 20

Sjælland**Seniorsygeplejerskerne i Vestsjælland**

Vi besøger julemærkehjemmet i Skælskør. Lederen fortæller om hjemmets arbejde og viser rundt på stedet.

Tid og sted:

20. okt. 2015 kl. 13:00 - 15:30
Julemærkehjemmet,
Møllebakken 5, 4230 Skælskør

Arrangør:

Seniorsygeplejerskerne i
Vestsjælland

Tilmelding:

Senest 13. oktober til Birgit på
tlf.: 5951 5462 / 2238 0249
eller Inge på tlf.: 5943 5303 /
2092 0015

Pris:

Gratis for medlemmer - evt.
ledsager kr. 25

Yderligere info:

Julemærkehjemmet serverer
kaffe og brød

**Seniorsygeplejerskerne
Kreds Sjælland/Roskilde**

Der inviteres til foredrag, med
Ruth Brik Christensen, som vil
fortælle om KFUM's Soldater-
mission i Afghanistan.

Tid og sted:

5. okt. 2015 kl. 13:00 - 15:30
Margrethegårdens Selskabslo-
kaler, Dronning Sofiesvej 68,
Roskilde

Arrangør:

Kontaktudvalget i Roskilde

Tilmelding:

Senest 29. september til
Karin Karlsson, tlf.: 4026 5553
eller til Lene Tronholm,
tlf.: 2091 0902, e-mail:
karink48@hotmail.com eller
e-mail: lenetronholm@live.dk

Pris:

Kr. 35 for medlemmer, kr. 50
for gæster

Syddanmark**Seniorsammenslutningen
SYD**

Kom til foredrag med overlæge
Morten Øster, der fortæller om
sit frivillige arbejde på et hospi-
tal i Tanzania, hvor han ope-
rerer alt hvad han kan, i de pe-
rioder han er her. Han kalder
hospitalet "Mit hospital".

Tid og sted:

7. okt. 2015 kl. 13:30 - 16:00
Stubbæk Forsamlingshus,
Dybkærvej 2, Stubbæk,
6200 Aabenraa

Arrangør:

Seniorsammenslutningen SYD

Tilmelding:

Senest den 2. oktober til Eva,
tlf.: 4198 2923, e-mail:
chreva20@gmail.com eller
til Kirsten, tlf.: 2042 4827,
e-mail: kirstenvigen@dlgmail.dk

Pris:

Kr. 50 for kaffe og kage

Yderligere info:

www.dsr.dk

**Seniorsammenslutningen
Esbjerg**

Sundhedsplejerske Hanne Od-
bjerg vil fortælle os om et op-
hold i Barhatpur i det vestlige
Nepal. Om arbejdet på hospita-
let, Chitwan Medical College og
2 dages "outreach" i de ufrem-
kommelige bjergegne.

Tid og sted:

20. okt. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Vor Frelser Kirkes sognelokaler,
Kirkegade 24, Esbjerg

Arrangør:

Seniorsammenslutningen
Esbjerg

Tilmelding:

Senest 16. oktober til Elna
Schousboe, tlf.: 7511 6686 /
2334 0526, e-mail
elna@schousboe@bbsyd.dk eller
Nina Jacobsen, tlf.: 7513 2246 /
3032 4337

Pris:

Kr. 20 for kaffe

Yderligere info:

www.dsr.dk

Midtjylland**Seniorsammenslutningen
Kreds Midtjylland, Århus
afd.**

Foredrag om Grevinde Danner
v/ historiker Marianne Philip-
sen.

Tid og sted:

6. okt. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Klostercaféen, Klostergade 37,
8000 Århus C

Arrangør:

Seniorsammenslutningen,
Kontaktudvalget i Århus

Tilmelding:

Med navn, adresse, fødselsdato
og år, senest den 2. oktober
2015 på telefon 2398 1009 el-
ler 8619 1708

Nordjylland**Seniorsammenslutningen i
Kreds Nordjylland**

Foredrag, "Vejen til frihed for
Nelson Mandela" v/Tage Ene-
voldsen.

Tid og sted:

6. okt. 2015 kl. 14:00 - 16:00
Kredskontoret, Sofiendalsvej 3,
Aalborg SV

Arrangør:

Kontaktudvalget / Seniorsam-
menslutningen

Tilmelding:

Senest 2. oktober 2015 til Birgit
Hansen, tlf.: 6084 6854 eller
AnnaLise Bonde, tlf.: 2283
4628 - gerne sms tilmelding

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/nordjylland

DSR Meddelelse**Varsling af Generalforsam-
ling i FS Addiktiv Sygepleje**

Der afholdes som vanligt, ge-
neralforsamling i forbindelse
med Landskursus. Generalfor-
samlingen afholdes tirsdag den
10. november 2015, kl. 9.00 på
Comwell Korsør, Ørnumvej 6,
4220 Korsør. Forslag til dagsor-
den bedes indsendt til bestyrel-
sesformand Nina Brünés på
e-mail: Nina.brynes@regionh.dk
senest 4 uger før generalfor-
samlingen.

Se i øvrigt www.dsr.dk/fs/fs4
for yderligere information.

Generalforsamling FS-KIS

Fagligt selskab for konsultati-
ons- og infirmerisygeplejersker,
afholder generalforsamling i
forbindelse med Landskurset
den 23. oktober 2015 kl. 19.30
på Hotel Fåborg Fjord. Dagsor-
den ifølge vedtægterne. Ind-
komne forslag og opstilling til
bestyrelsen skal skriftligt være
bestyrelsen i hænde senest
den 1. oktober 2015. Yderligere
informationer kan ses på hjem-
mesiden.

Generalforsamling 2015 i Kreds Midtjylland

Kreds Midtjyllands generalforsamling bliver afholdt, tirsdag den 27. oktober 2015 kl. 18.00 - 21.30, i Silkeborg Sportscenter, Aarhusvej 45, Silkeborg. Dagsorden iflg. Dansk Sygeplejeråds love §18, stk. 3. Dagsorden, beretning m.v.

DSR Kredsmøder

Hovedstaden

Barselscafé

Mulighed for en formiddag med familievejleder Lola Jensen og en kredskonsulent. Hør og spørg om at finde sammenhæng i familie - og joblivet og om rettigheder før, under og efter barsel.

Tid og sted:

9. nov. 2015 kl. 10:30 - 13:30
Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade 15, 4.

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/arrangementer

Informationsmøde om mentorordningen

Bliv eller få en mentor. Mentorordningen er for dig som ønsker at booste din faglige og karrieremæssige udvikling. Kom og hør mere.

Tid og sted:

19. okt. 2015 kl. 16:30 - 17:30
DSR Kreds Hovedstaden,
Frederiksborggade, 15, 4.
1360 København K.

Arrangør:

Kreds Hovedstaden

Tilmelding:

www.dsr.dk/hovedstaden/mentor

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/hovedstaden/mentor

Sjælland

Fyraftensmøde for private ansatte sygeplejersker

Starter med oplæg i plenum, omkring "manden som patient", efterfulgt af forskellige workshop.

Se hele programmet på hjemmesiden.

Tid og sted:

5. nov. 2015 kl. 16:30 - 21:00
Kreds Sjælland, Møllevej 15,
4140 Borup

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest den 29. oktober 2015

Pris:

Gratis

Yderligere info:

Tilmelding www.dsr.dk/sjaelland

Videnscafé - Peter Mygind

Kom og hør om arbejdsglæde og det gode liv! Og få redskaber til et bedre arbejdsliv. Fokus er empati, ansvarlighed og positivitet.

Tid og sted:

16. nov. 2015 kl. 17:00 - 19:00
Kreds Sjælland, Møllevej 15,
4140 Borup

Arrangør:

Kreds Sjælland

Tilmelding:

Senest den 9. november 2015

Pris:

Gratis

Yderligere info:

www.dsr.dk/sjaelland

Priser for ferieannoncer

Alle annoncer skal indtastes via DSRs hjemmeside - login rekvireres hos Dansk Mediaforsyning, dsrrubrik@dmfnet.dk

Annoncerne må maksimalt indeholde 40 ord.

Priserne for medlemmer er kr. 650,- ekskl. moms, ikke medlemmer kr. 995,- ekskl. moms.

Faktura fremsendes når bladet er udkommet.

ITALIEN HOS HANNE

På charmerende familiehotel med hyggelige værelser og ferielejligheder i Rimini ved Adriaterhavets skønne sandstrand fra kr. 200/pers.

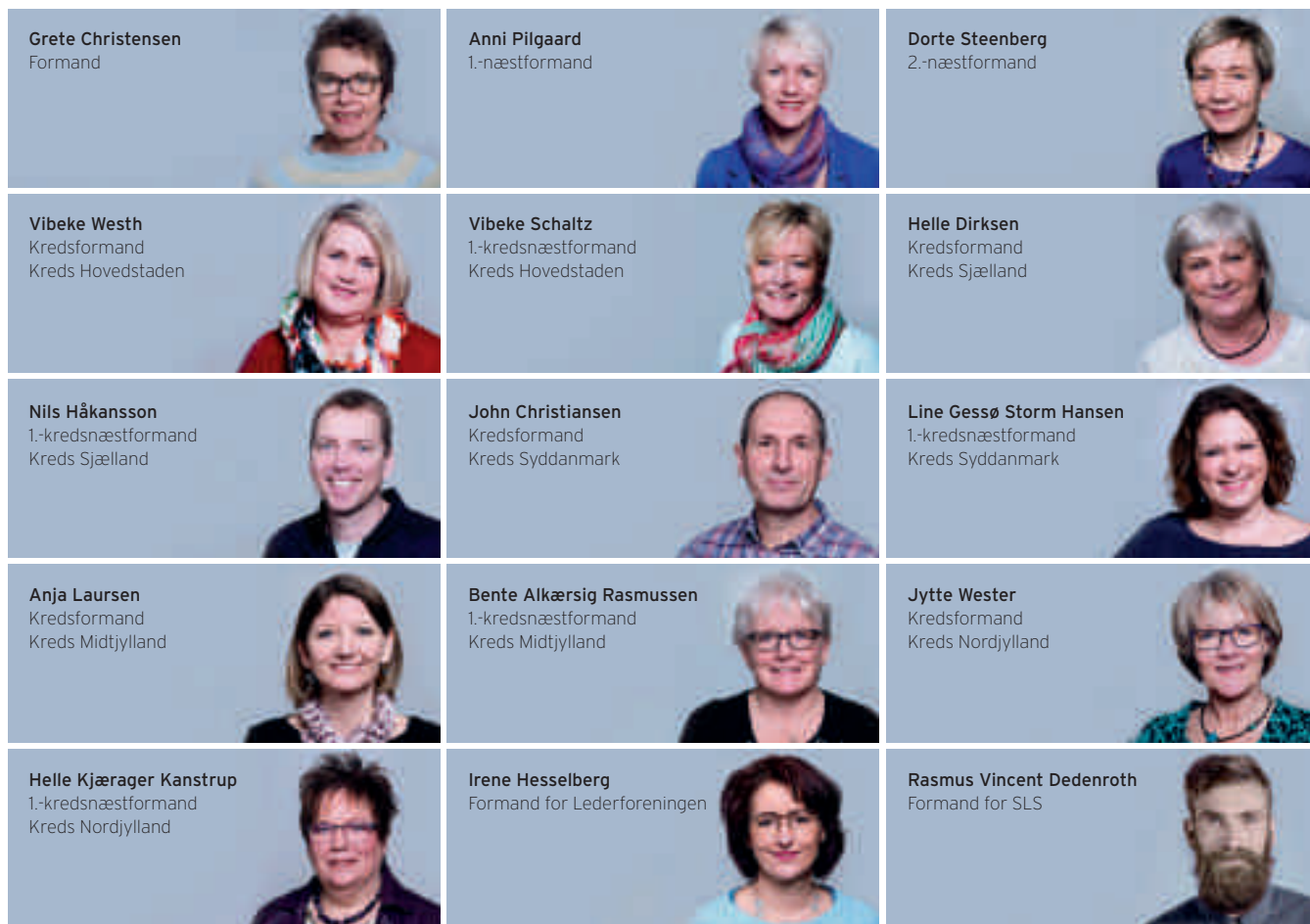
Eller nær TOSCANA, 2 natur-skønne landhuse med pejsestue, køkken, 2-3 værelser, 2 wc og lille have. Udlejes hele året Fra kr. 3.200/uge.

Hanne Astrup Pietroni
Tlf. +39 335 8239863
www.hotel-dalia.it
hanne@hotel-dalia.it

Avoriaz - Skilejlighed

Veludstyret 6-personers skilejlighed med balkon på Place Centrale udlejes. Lejligheden er renoveret i 2014 og består af stor stue med 2-personers sovesofa, separat soveværelse, entre med 2 køjesenge. Ski direkte til og fra hoveddør. Kontakt Kim Hyrzkov, 2020 0244 www.avoriaz401.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 Hylgaard

Møllevej 15
4140 Borup
Telefon: 7021 1664
Fax: 7021 1665
www.dsr.dk/sjaelland
sjælland@dsr.dk

Åbnings- og telefontider
Telefontid
Man, ons 9.00-14.00
Tirs, tors 13.00-16.00
Fre 9.00-13.00

Fremmøde
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.

Kystvejen 17, 1. Sal
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





ER DU SYKEPLEIER OG HAR LYST TIL Å JOBBE I NORGE?

1

Mye eller lite?

Du kan velge å jobbe i korte eller lange perioder.

2

Når og med hva?

Styr din egen arbeidstid og prøv ulike arbeidsoppgaver.

3

Hvor i Norge?

I nord, syd, øst eller vest – eller litt her og litt der.

Ta kontakt i dag! www.dedicare.no/nurse
+47 07480 – rekruttering@dedicare.no

Dedicare tilbyr sykepleiere og spesial-sykepleiere fleksibilitet, trygghet og uforglemmelige opplevelser.

Våre kunder er alle sykehusene i Norge og mer enn 70 kommuner. Du kan for eksempel jobbe i Nord-Norge om sommeren og i Oslo om vinteren. Valget er ditt!

I Norge kan du kombinere en interessant jobb og god lønn med fantastisk natur – som høye fjell, fjorder, nordlys og skumuligheter.

Dedicare betaler både reisen og boligen din!

Vi bryr oss mer!

DEDICARE
Nurse