FADLs historie

I begyndelsen af 1950'erne rasede en polioepidemi i Danmark. Da respiratoren endnu ikke var opfundet, blev behovet for arbejdskraft på sygehusene meget stort fordi, en masse patienter havde behov for ventilation. De lægestuderende varetog en stor del af dette arbejde, det vil sige manuel ventilation af patienterne døgnet rundt. I forbindelse med arbejdet dannede de lægestuderende en fagforening: Foreningen Af Danske Lægestuderende, og herunder tillige et vikarkorps: FADL's Vagtbureau.

Op igennem tiderne har arbejdet på hospitalerne naturligvis skiftet karakter, men grundprincippet: at lægestuderende opbygger viden og erfaring gennem arbejde med patienter på sygehuse rundt omkring i landet, er stadig det samme.

FADL betragter de lægestuderende som en vigtig brik i sundhedsvæsenet og bygger sit arbejde på den holdning, at vikarhjælp skal være organiseret – der skal være ensartethed og rene linjer omkring uddannelse, kvalifikationer, arbejdsopgaver og løn.

Siden 1964 har de lægestuderende deltaget i et »fastvagt-kursus« (nu SPV-kurset) med henblik på at udvikle færdigheder og kompetencer som sygeplejevikarer.

At arbejde som sygeplejevikar

I dag er sygeplejevikarernes arbejde opdelt i sygeplejevikarvagter (SPV-vagter), ventilatørvagter (VT-vagter), og mere specialiserede vagter (fx kardiologi og dialyse).
SPV-kurset og SPV-vagterne er grundstenen i dit arbejde som sygeplejevikar. Dette arbejde giver dig kompetencer til de andre typer arbejde og videreuddannelse til de nødvendige kompetencer.

Alle sygeplejevikarer skal gennemgå et SPV-kursus for at kunne arbejde i sundhedsvæsenet gennem FADL.

SPV-kurset

Ligesom arbejdet som sygeplejevikar har ændret sig meget gennem tiderne, har kurserne til sygeplejevikarer også gjort det. SPV-kurset er gennem årene blevet grundigt evalueret, og de lægestuderendes kompetencer og evner er drøftet med de hospitaler, der anvender sygeplejevikarer.

Tankegang og redskaber

I arbejdet med patienter vil du blive stillet overfor en bred vifte af krav og problemstillinger – det er ikke 100% muligt at forudse alle tænkelige observationer og plejeopgaver, du vil komme ud for at skulle varetage. Netop derfor er det vigtigt, at du oparbejder et grundlæggende kendskab til patientorienteret tankegang, og at du på dit FADL-kursus får en række redskaber til at imødegå enhver tænkelig situation.

Overordnet set skal du på kurset opnå kompetence til at arbejde som sygeplejevikar, dvs.:

- Kende til de basale færdigheder, som det er nødvendigt at besidde i forbindelse med observation og pleje af somatiske og psykiatriske patienter.
- Udvikle en sygeplejefaglig forståelse for patienters behov.
- Anvende viden til at udføre velbegrundet praktisk og medmenneskelig sygepleje. Arbejde under ledelse af den sygeplejerske, der er tilknyttet sygeplejevikarens patient(er).
- Respektere tavshedspligten angående ethvert privat forhold, du får kendskab til under arbejdet som sygeplejevikar.

De specifikke kompetencer finder du i dit kursushæfte

SPV-kursus materiale

Ligesom kurset sigter SPV kursus materialet mod at give dig som FADL-kursist en bred vifte af redskaber til dit arbejde som sygeplejevikar. Opbygning afspejler den tankegang, vi gerne vil introducere dig til, dvs. først en basal viden om relevante emner, herunder væsentlige sygdomme; dernæst vigtige observationer og sygeplejehandlinger til hvert emne.
Vi har lagt vægt på, at stoffet skal bruges i forbindelse med kurset – men også at du senere i dit arbejde som sygeplejevikar kan bruge bogen som opslagsværk.

Arbejdet som sygeplejevikar

Dit arbejde som sygeplejevikar gavner det danske sundhedsvæsen på to måder:
For det første udgør du en kompetent og fleksibel arbejdskraft, som egner sig godt til at påtage sig vikararbejde. På den måde kan du her og nu hjælpe med at dække vagter i det betrængte sygehussystem.
Også på længere sigt gavner det sundhedsvæsenet, at du som kommende læge har været beskæftiget med vikararbejde gennem FADL. Man kan sige, at du bliver en bedre læge såvel fagligt som på de blødere punkter, der drejer sig om kommunikation, observation af patienter, samarbejde på afdelingen og interaktion mellem mennesker.
FADL tror på sammenhængen »Ansvarsfuld sygeplejevikar i nutiden = kompetent læge i fremtiden«.

Ansvar

Når du kommer ud som sygeplejevikar, arbejder du under den ansvarshavende sygeplejerskes ansvar. Det betyder i praksis, at han eller hun er ansvarlig for, at du ikke udfører arbejde der falder uden for dine kompetencer; samt at det overordnede ansvar for dine handlinger ligger hos ham eller hende.
Dette fritager selvfølgelig ikke dig for et ansvar for altid at varetage dit arbejde med yderste omhu. Du har også selv et ansvar for at kende dine egne kompetencer samt grænser – og for at sige til og fra overfor de opgaver, du bliver stillet overfor.
Hvis du fx skal observere en patient for ændringer i bevidsthedsniveau, er det jo dig alene, der kan videregive de vigtige oplysninger til relevante fagpersoner. Undlader du dette, vil du være ansvarlig for følgerne af eventuelle fejl og mangler i dine observationer og handlinger.

Vagtarbejdet

Som sygeplejevikar kan du overordnet set komme til at arbejde med to forskellige patienttyper: somatiske og psykiatriske. Du kan indenfor disse to typer komme på enten fast-vagt eller gangvagt.

Somatisk afdeling

Somatisk betyder legemligt. På en somatisk afdeling er patienterne således indlagt på grund af fysiske lidelser.

Psykiatrisk afdeling

På psykiatrisk afdeling er patienterne indlagt på grund af psykiske lidelser. Der arbejdes på lukket og åbne afdelinger, både indenfor voksen og ungdomspsykiatrien.

Fast vagt

Som fast vagt passer du kun en enkelt eller to patienter. Det drejer sig om patienter, som af forskellige årsager har behov for ekstra overvågning, opmærksomhed eller pleje.
Det er ikke tillad at gå for patienten med mindre sygeplejersken har tillad det. Det betyder

at du må kontakte sygeplejersken hvis du har brug for at komme på toilettet eller skal have ting til patienten.

Skærpet fast vagt

Skærpet fast vagt er en fast vagt (se ovenstående) dog med ekstra observationskrav.
Der er krav om vedvarende visuel kontakt med patienten. Det er således ikke tilladt at forlade øjnene fra patienten.
Det er kun muligt at varetage plejen til en patient.

Gangvagt

På en gangvagt indgår du som en del af afdelingens plejepersonale. Det kan fx være fordi afdelingen mangler personale pga. sygdom, eller fordi de har særligt mange svært syge patienter.

Afdelingens forventninger

For at du kan udføre dit arbejde med den nødvendige omhu er det nødvendigt, at du kender til de forventninger, afdelingen har til dit arbejde. For at afdelingen og du har den samme opfattelse af dagens arbejde, observationer og patientens tilstand, indleder man altid en vagt med at modtage en rapport.

Den gode rapport

En god rapport er altafgørende for, at din vagt kan forløbe optimalt. Rapportens oplysninger danner baggrund for dine sygeplejeobservationer og sygeplejehandlinger.
Mange misforståelser kan opstå, hvis ikke afdelingen og du har samme forventninger til vagtens forløb og opgavernes udførsel.
For at afdelingen kan stille krav til dit arbejde, er det nødvendigt, at du ved noget om patienten og det arbejde, de forventer, du udfører, mens du er på vagt.
Det er afdelingens opgave at stille personale til rådighed, der kan give dig de nødvendige oplysninger om patienten.
Rapporten må ikke kun gives af den sygeplejevikar, du afløser, da denne ikke nødvendigvis kender alle forhold vedrørende patienten.

Kursus i skriftlig dokumentation får du ved SP kuret som forefindes på din profil.
Du kan ikke logge dig ind før du har fået et login fra kursusafd. mere information vedr. adgang til kursusportalen samt div- elektroniske kurser får du til modul A+ B.

DEN GODE RAPPORT

Mundtlig Rapport: Husk altid at skrive informationer ned.
Vagttype: Gang eller fastvagt og spørg om evt. specielle forholdsregler.
Antal: Hvor mange patienter har du ansvar for.
Kontaktperson: Hvem og hvordan får du fat i vedkommende.
Akutte situationer: Information om brandudstyr, nødudgange, alarm udstyr m.m.
Informationer om PT.:

- Navn
- Alder/Cpr.,
- CAVE
- Andre personlige informationer ex. besøg, arbejdssituation
- Indlæggelsesdiagnose evt. tidligere diagnoser.
- Risikofaktorer (hvad kan opstå af problemer).
- Hvornår skal Pt. EWS scores (Early Warning Score)
- Tidligere værdier (BT/puls, Tp., Sat, RF m.m.).
- Udstyr hos PT. (ilt, Kath, CVK, PVK/drop, rollator m.m.).
- Specielaftaler ex. mobilisering, rygning, forlade afd. m.m.

Sygeplejehandlinger og afdelingskrav:

- Hvilke opgaver skal udføres og hvor ofte?
- Hvor tæt skal patienten observeres?
- Hvornår skal sygeplejersken kontaktes?
- Afdelings rytme ex. spisetider, væskeregistrering status m.m.

HUSK:

- Tag de ting med ind på stuen du har brug for, før vagtstart.
- Pauser skal aftales med kontaktpersonen.
- Forlad ikke afdelingen uden du har fået lov af kontakt personen.
- Der må ikke læses på vagten, spørg altid om lov først.
- Det er ikke tilladt med tændte mobiltelefoner på vagt.

Hvis der er tvivlsspørgsmål spørg ALTID før du går ind til patienten. Husk at den mundtlige rapport altid skal gives af et fastansat personale på afdelingen.

Ovenstående skema bliver gennemgået til modul B

EWS Scoring

Der er i de senere år kommet fokus på, hvordan hospitalspersonale hurtigst muligt opdager, når en patient er ved at udvikle akut kritisk sygdom under indlæggelsen.

Både nationale og internationale erfaringer viser nu, at en fast systematisk observations- og handlingspraksis som "Early Warning Score" kan være medvirkende til at forebygge hjertestop, dødsfald og overflytninger til intensiv behandling for indlagte patienter.

"Early Warning Score" er et såkaldt risikoscoringssystem, hvor patientens vitale værdier såsom blodtryk, puls, temperatur, åndedrætsfrekvens og iltmængde i blodet måles. Hver værdi udløser en "pointscore" og den udregnede samlede score afgør, hvilken handling, der skal iværksættes. Det kan for eksempel være hyppigere observation af patienten, ilttilskud eller tilkald af forstærkning.
Patienter udviser tegn på akut kritisk sygdom i 6-8 og i nogle tilfælde op til 12 timer før udviklingen af organsvigt eller hjertestop. Med "Early Warning Score" er der mulighed for at opspore og identificere disse tegn i så god tid, at det forhåbentlig kan forebygge uventede hjertestop og dødsfald.

Pensum VIP: Early warning Score (EWS) – systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme

http://vip.regionh.dk/VIP/Admin/GUI.nsf/Desktop.html?open&openlink=http://vip.regionh.dk/VIP/Slutbruger/Portal.nsf/Main.html?open&unid=X87330D22C49DFAA8C12579D000464B81&dbpath=/VIP/Redaktoer/RH.nsf/&windowwidth=1100&windowheight=600&windowtitle=S%F8g

At arbejde med mennesker

Alt arbejde med patienter er/skal være baseret på en grundlæggende respekt for patienternes egenværdi, individuelle behov, værdier og valg.

Dette kapitel er en introduktion til nogle af de overordnede forhold, der gør sig gældende, når du skal arbejde som sygeplejevikar.

Foruden en indføring i nogle nøglebegreber i sygeplejen, vil du blive introduceret til patient/ behandler-forholdet, behovsopfattelse i sygeplejen samt omsorgsbegrebet. Slutteligt vil vi give dig en indsigt i observation og dokumentation af plejen.

Når du har læst dette kapitel skal du

- vide, hvad begreberne sundhed og sundhedssyn dækker over, samt kunne relatere disse til dit arbejde som sygeplejevikar
- kende forskelle mellem behandlerens diagnose og patientens sygdomsopfattelse
- have gjort dig tanker om, hvordan man hjælper andre mennesker eller patienter på den mest hensigtsmæssige måde
- vide hvad tavshedspligt indbefatter.

Sundhed/sundhedssyn

Sundhed som begreb er meget modsætningsfyldt. Alle er enige om, at sundhed er noget godt og noget, der er værd at stræbe efter. Samtidig har mange svært ved at forestille sig et fuldstændigt sundt liv for sig selv, fordi man ofte forestiller sig, at et sådant liv vil være fyldt med forbud og begrænsninger i livsudfoldelsen og dermed være kedeligt og hæmme oplevelsen af god livskvalitet.
For at forstå, hvorfor begrebet sundhed er så modsætningsfyldt, må man først se på begrebets oprindelse og derefter på begrebets anvendelse i dag.

WHO

Efter anden verdenskrig stiftede FN i 1946 institutionen WHO (World Health Organization) på foranledning af det økonomiske og sociale råd for at hjælpe alle folkeslag til den højest mulige sundhedstilstand. Man vedtog en sundhedsdefinition, der lød:

»Sundhed er et stadium af fuldstændig fysisk, mentalt og socialt velvære og ikke blot fravær af sygdom og svaghed.«

Sundhedsdefinitionen skulle fungere som et politisk mål for strategier for sundhed og være politisk forpligtende i forhold til initiativer til fremme af sundhed.
Det er vigtigt at være opmærksom på, at WHO med sin definition af velvære medtænker, at velvære også (men ikke kun) er forbundet med fravær af sygdom.
Selvom der tilsyneladende er bred enighed om, at fravær af sygdom er for snæver en måde

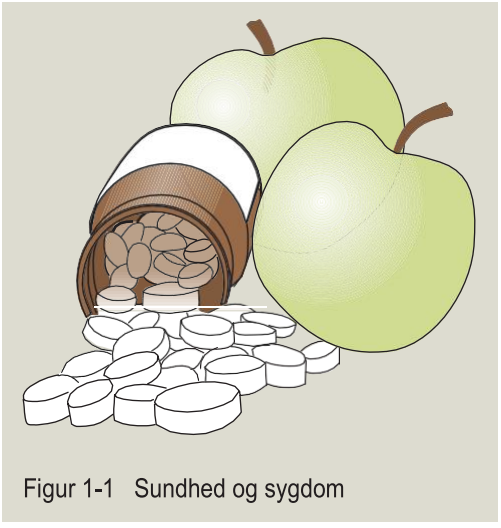
at se sundhed på, og at velvære/livskvalitet også må inddrages, er det oftest fraværsdimensionen i sundhedsbegrebet, der reelt dominerer initiativer til fremme af befolkningens sundhed.
Velværedimensionen forsvinder derimod næsten i konkrete initiativer til sundhedsfremme og forebyggelse. Man er således meget fokuseret på at undersøge, dokumentere og videreformidle sammenhængen mellem livsstil og sygdomsudvikling, og derfor oplyses vi kontinuerligt om risici ved fx rygning, indtagelse af fed mad, for meget alkohol, at bevæge sig for lidt, sove for lidt og stress. Den officielle strategi for fremme af sundhed afspejler hermed overvejende, at sundhed først og fremmest ses som det samme som sygdomsfrihed.

Levekår

Fysisk, mentalt og socialt velvære er som nævnt ikke kun bundet til fravær af sygdom, men hænger også i høj grad sammen med vores levekår.
Levekår påvirker sundheden på to forskellige måder. For det første påvirkes vi direkte ved for eksempel den luft, vi indånder; de giftstoffer, vi indtager med vores fødevarer, ved vores arbejde og ved vores økonomi/købemuligheder, og for det andet påvirkes vi psykisk af de livsomstændigheder, vi har. Hvis vi for eksempel har et belastende arbejde eller er arbejdsløse, ikke har noget socialt netværk, hvis vi selv eller vores nærmeste er syge eller har et misbrug, eller hvis vi af andre grunde er belastede, er der hverken overskud eller incitament tilbage til ændring af livsstil i den ene eller den anden retning. Dertil kommer, at vi alle lever i en social kontekst med nogle sociale eller kulturelle normer for omgang med hinanden, som påvirker vores livsstil, fordi vi – bevidst eller ubevidst – søger efter social accept hos de mennesker, som betyder noget for os i det daglige. Dette er til tider langt vigtigere for os end at følge eksperters råd om, hvad vi burde eller ikke burde gøre. Måske frygter vi også, at de mange råd er med til at tage spontaniteten og livslysten ud af dagligdagen, hvis vi reelt forsøger at følge dem, fordi vi hele tiden – direkte eller indirekte – oplever at møde nogle løftede pegefingre i forhold til, hvad vi må eller ikke må.
Dette kan i sig selv påvirke vores livskvalitet og måske få os til at lade være med at følge de mange råd.

Individuel opfattelse

WHO
Sundhed er både fravær af noget – nemlig sygdom – og tilstedeværelse af noget – nemlig velvære



Figur 1-1 Sundhed og sygdom

Når mange af os oplever noget modsætningsfyldt, når talen falder på sundhed, er det sandsynligvis fordi, den officielle sundhedsforståelse ikke medtænker vores egen individuelle oplevelse af, om vi er sunde eller ej.
Det massive fokus på sammenhængen mellem objektiv målbar adfærd og sygdom skygger simpelthen for den subjektive oplevelse af velvære som en væsentlig faktor for

sundhed.

Sundhed er ikke kun objektiv målbar eller = sygdomsfrihed

Oplevelsen af sundhed for den enkelte er bundet til en lang række rationelle og irrationelle dimensioner koblet til oplevelsen af velvære, fordi mennesker lever i en kulturel, økonomisk og social sammenhæng og påvirkes herfra.

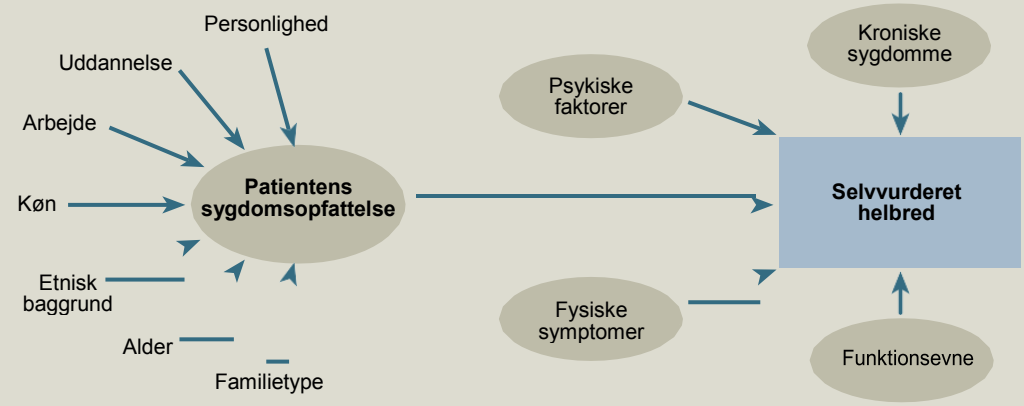
Sygdom/sygdomsopfattelser

Objektivt

Umiddelbart skulle man tro, at sygdom er noget, vi alle kan blive enige om, hvad er, for enten er man vel syg, eller også er man ikke syg, men så enkelt er det ikke.
Læger og andre professionelle behandlere søger at stille sygdomsdiagnoser på baggrund af objektive tegn på sygdom ud fra nogle overordnede internationalt anerkendte sygdomsklassifikationer (fx ICD-10, International Classification of Diseases, 10.udgave). Dette diagnoseapparat er udarbejdet for at kunne adskille og evt. gruppere symptomer i såkaldte symptomkomplekser, så patienten hurtigst muligt kan få stillet den rigtige diagnose og tilbydes den rigtige behandling.
I praksis betyder dette, at behandleren stiller spørgsmål til patientens situation ud fra nogle forhåndsantagelser om mulige sammenhænge mellem de fund, behandleren selv gør ved undersøgelse af patienten, og de blodprøvesvar, røntgensvar eller resultater af andre undersøgelser, der foreligger når diagnosen stilles. Samtidig vil behandleren koble de objektive fund til overvejelser over mulige årsager til sygdommen, dvs. behandleren søger en logisk medicinsk forklaring på patientens sygdom.

Subjektivt

Patienten vil derimod ofte søge at forstå sin situation eller sin sygdom på en anden måde. Han vil registrere ubehag, smerter osv. og rapportere til behandleren, hvordan han har det, hvornår og hvordan sygdommen opstod osv. Samtidig vil han søge at forstå eller forklare årsagen til sygdommen ud fra den viden og livserfaring (kultur, socialt tilhørsforhold, køn, alder osv.), han selv har. Patientens beskrivelse af sygdom vil derfor altid være et udtryk for den subjektive ople-



Figur 1-2 Hvordan påvirker patientens sygdomsopfattelse helbredsopfattelsen?

Husk
Diagnoser er baseret på objektive fund og tager udgangspunkt i behandlerens fokus. Patientens fokus og beskrivelse af sygdommen er overvejende subjektivt funderet.
Vær opmærksom på patientens behov for hjælp og støtte.

velse, han har af sin sygdom, eller af det at være syg, og afspejler samtidig andre ting i livet, der er vigtige for ham.
Udover at der er en markant forskel på patientens oplevelse af sygdom og på professionelle diagnoser, er det vigtigt at være opmærksom på, at diagnoser ikke er sygdomme, men en menneskeskabt måde at beskrive sygdomme på, som kontinuerligt forandres i takt med, at der udvikles ny viden. Dertil kommer, at den enkelte behandler selvfølgelig er nødt til at vælge fokus for det, han/hun observerer eller undersøger hos patienten. Derfor er diagnoser ikke objektive realiteter i streng naturvidenskabelig forstand, der vil altid være mulighed for fejlvurderinger.

For at afdække betydningen af den subjektive oplevelse af sygdom har man undersøgt, om menneskers egen vurdering af deres helbredstilstand havde betydning for senere sygdomsudvikling og død. Det viste sig, at jo dårligere mennesker vurderede deres helbred, jo højere var dødeligheden efterfølgende. Man kunne ikke påvise nogen objektiv sammenhæng og måtte konkludere, at de mennesker, man havde interviewet, vidste »noget« om deres helbred, som ikke kunne indfanges af medicinske diagnoser.
Derfor er det vigtigt, at man som behandler og plejepersonale ikke konkluderer, at den patient, som ikke har »objektive« tegn på sygdom, er pylret, neurotisk, kværulant, hypokonder eller lign. Man skal i stedet for lytte til og vise, at man respekterer de symptomer, patienten beskriver, og ikke afvise eller latterliggøre patientens egen forståelse.

Dine opgaver

Når du lytter til patientens egen forståelse, kan du hjælpe og støtte patienten på patientens egne betingelser mest muligt under en indlæggelse og behandling. På den måde vil patienten ikke føle sig fremmedgjort eller underlegen, men hele tiden være involveret i sit behandlingsforløb, hvor det overhovedet er muligt. Det betyder naturligvis ikke, at du ikke skal optræde professionelt og bruge din merviden til gavn for patienten. Det betyder, at du skal se patienten som specialist på sit eget liv og egne muligheder og stræbe efter, at patienten oplever at blive hørt og at have indflydelse. Dermed får patienten også mulighed for at mindske den angst og bekymring, der hænger så nøje sammen med følelsen af underlegenhed og fremmedgørelse. Samtidig bliver det nemmere, at få patienten til at samarbejde aktivt om behandlingen, fordi det giver en meget højere grad af mening at gøre noget, hvis man selv er med til at bestemme, hvad, hvordan eller hvornår noget skal gøres.
Som en særlig udfordring er det vigtigt, at man som professionel forstår, at den kultur eller den sociale kontekst, patienten er en del af, har stor betydning for den måde, patienten forstår en given sygdom på. Vi lever i et multikulturelt samfund og møder derfor i vores behandlingssystem, mange patienter som har en radikalt anderledes kultur end den danske, der giver dem en helt anden forståelse af årsag til sygdom og af, hvordan eller hvem der behandler sygdom.

Sundhedsfremme og forebyggelse

Ligesom der er forskellige opfattelser af, hvad sundhed og sygdom er, er der også

forskellige opfattelser af, hvad forebyggelse og sundhedsfremme er, og hvordan man som professionel kan virke sundhedsfremmende og forebyggende i sit arbejde med forskellige mennesker eller grupper af mennesker.
Definitioner
I 1986 blev der afholdt en WHO-konference i byen Ottawa, hvor man udformede et nyt internationalt charter om health promotion (på dansk sundhedsfremme). Chartret lå i forlængelse af de idéer, der dannede grundlag for programmet »Sundhed for alle år 2000«. Grundlaget for forståelsen af sundhed var/er forsat både dimensionen sygdomsfrihed og dimensionen velvære. Sundhedsfremme blev defineret som:

»Den proces, som gør mennesker i stand til i højere grad at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand.«

Hvis man holder fast ved de to dimensioner i WHO's sundhedsbegreb, er både foranstaltninger til forebyggelse af sygdom, foranstaltninger til behandling af sygdom og foranstaltninger til opbygning af velvære dele af WHO's definition på sundhedsfremme. Derfor bliver det centralt at fokusere på den betydning, der ligger i, at man i definitionen peger på, at grundlaget for sundhedsfremme er, at mennesker skal gøres i stand til at være herre over og forbedre deres sundhedstilstand. Det kan kun ske ved, at man dels søger at ændre på de levekår, der virker belastende på mennesker og derved hæmmer deres udfoldelsesmuligheder, dels ved at man reelt involverer mennesker i beslutninger om deres egen sundhed og ikke koncentrerer sig om at forsøge at få dem til at gøre det, der bliver sagt af eksperter.
Forebyggelse deles traditionelt ind i tre niveauer, nemlig primær, sekundær og tertiær forebyggelse:

Primær forebyggelse er bl.a. baseret på forbedring af indkomst, bolig, arbejdsmiljø og uddannelsesniveau i en given befolkning og på vaccinationsprogrammer og forureningsbekæmpelse.

Sekundær forebyggelse drejer sig navnlig om at finde sygdomme og symptomer på sygdom i et tidligt stadie. De store screeningsundersøgelser er et eksempel på sekundær forebyggelse. Det kan hjælpe til tidlig opsporing af særligt truede familier eller enkeltindivider.

Tertiær forebyggelse sigter mod behandling af sygdomme for at forhindre komplikationer.

Dine opgaver

Hvis du overfører niveauerne for forebyggelse generelt til det at arbejde forebyggende som fast vagt i specifikke situationer, kan du se, at du i den konkrete situation skal være opmærksom på de risici, din patient er udsat for i kraft af sin sygdom; og at du skal handle, så du enten forhindrer skade i at opstå eller hindrer en allerede opstået skade i at blive forværret.
Du skal hele tiden stræbe efter, at patienten får de bedst mulige vilkår for at blive rask. Du skal fx sørge for, at patientens ernæring er i orden, og at patienten får så meget ro som muligt. Derudover skal du bl.a. forebygge, at patienten får tryksår, og du skal sikre dig, at din patient ikke udsættes for infektioner.
Hvad enten du foretager dig det ene eller det andet for patienten, så husk altid at involvere patienten i det omfang, det overhovedet er muligt og giver mening at gøre det, således at patienten i videst muligt omfang får mulighed for at være herre over og forbedre sin egen sundhedstilstand (styrkelse af egenomsorgen).

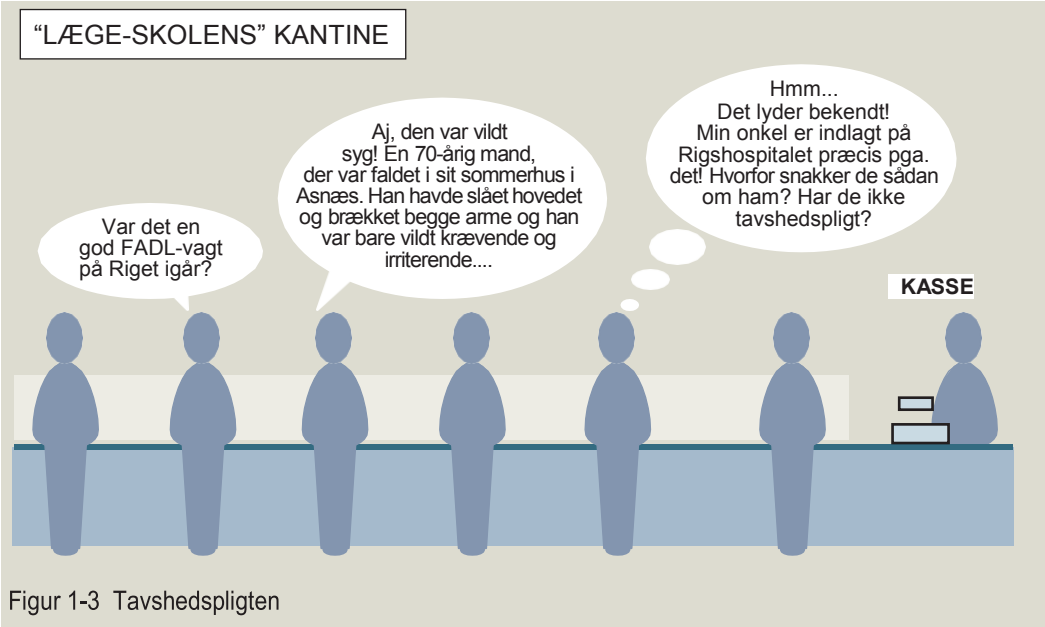
Du skal altså i dit arbejde være klar over de forskellige niveauer, nemlig:
Opmærksomhed på risici fører til handlinger. Handlingerne kan dernæst forhindre skade eller forværring af eksisterende problem.
Du vil senere i denne bog blive præsenteret for, hvordan du integrerer dette i dit arbejde og kobler teori sammen med handling.

Tavshedspligt

Når du arbejder som sundhedspersonale, er du omfattet af tavshedspligten. Tavshedspligt bunder i patientens krav og juridiske ret til sundhedspersonalets fortrolighed. Patienter skal trygt kunne henvende sig til personalet, uden at de uberettiget videregiver fortrolige oplysninger til andre. Patienten har ret til at bestemme over, hvem der skal have adgang til oplysningerne.
Tavshedspligten gælder også, når du ikke længere er ansat det pågældende sted eller skifter erhverv. Tavshedspligten gælder alt, hvad du har erfaret i forbindelse med dit arbejde som sundhedsperson, og ikke kun det, patienten har fortalt dig. Således er oplysninger om patientens økonomiske og familiære forhold omfattet af tavshedspligten, selvom de ikke indgår direkte i plejen.
At du har tavshedspligt betyder, at du ikke må fortælle ting, du har erfaret gennem dit arbejde som sygeplejevikar til personer, der ikke direkte er involveret i pleje eller behandling af patienten i det aktuelle behandlingsforløb. Du må under ingen omstændigheder fortælle noget, der kan føre til genkendelse af patienten. I praksis er dette ikke blot detaljer som navn, CPR-nummer, adresse, pårørende eller lignende, men også ALLE andre forhold vedr. patienten, som kunne føre til, at nogen genkender ham eller hende udfra dine beretninger.
Tavshedspligten gælder også, hvis du følges med en kollega i et offentligt transportmiddel eller sidder på en cafe. Prøv selv at lytte efter i en bus omkring vagtskifte!!!
Tavshedspligten gælder også udveksling af oplysninger mellem forskellige forvaltninger, når en patient er indlagt. Du må således ikke besvare en telefon, hvor der bliver spurgt til en patient, hvis patienten ikke har givet tilladelse til, at fx hans datter må få besked. Du må heller ikke tale med journalister eller politi. Alle, der er indlagt, er beskyttet af Lov om Patienters retsstilling.

LOV:LBKnr1286af02/11/2018 +
VEJ nr 9494 af 04/07/2002 .
Ønsker du yderligere information kan du finde dette på www. retsinfo.dk

Loven omhandler selvfølgelig andre forhold og undtagelser, men i de tilfælde er det kun den ansvarshavende læge eller sygeplejerske, som kan tage stilling. Er du i tvivl om, hvorvidt de oplysninger, du har fået af en patient, burde videregives, skal du altid henvende dig til den ansvarshavende, idet du altid arbejder under dennes faglige ansvar.



Figur 1-3 Tavshedspligten

Aktindsigt

I Danmark har vi aktindsigt. Det vil sige at patienten altid har ret til at se sin journal, dog må du ikke umiddelbart udlevere journalen til patienten. Du skal følge den praksis, som er på det pågældende sted. I »Lov om Patientrettigheder« står, at patienten har ret til information, men måden, det forvaltes på, er forskelligt

Der gælder samme regler for sygeplejerskernes rapportsystem.

I dit arbejde skal du altid være opmærksom på at vise respekt for det enkelte menneskes liv og egenværd uanset race, farve, køn, sprog, religion, politisk observans, nationalitet eller social oprindelse. Det er vigtigt, at du hele tiden holder dig for øje, at alle mennesker er en fysisk, psykisk, social og kulturel helhed, og at det ikke er nok kun at forholde sig til den fysiske del af plejen, som ofte vil være den mest synlige under en indlæggelse.

Opsamling

- Sundhed er fravær af sygdom og tilstedeværelse af velvære
- Oplevelsen af sundhed for den enkelte er bundet til en lang række rationelle og irrationelle dimensioner.
- Du skal lytte til og vise, at du respekterer de symptomer, patienten beskriver.
- I konkrete situationer skal du være opmærksom på de risici, din patient er udsat for i kraft af sin sygdom, og at du skal handle, så du enten forhindrer skade i at opstå eller hindrer en allerede opstået skade i at blive forværret.
- Husk altid at involvere patienten i det omfang, det overhovedet er muligt.
- Når du er opmærksomhed på risici og foretager de nødvendige handlinger, kan du forhindre skade eller forværring af eksisterende problem.
- I dit arbejde er du omfattet af tavshedspligten – det gælder også efter arbejdstid, i bussen og i kantinen!

Husk

Andre mennesker kender ikke sundhedssystemet fra behandler-/plejesiden. Du har selv et ansvar for at fremstå som et godt eksempel og ikke fortælle vidt og bredt om sjove eller spændende oplevelser på en vagt.

Check-spørgsmål

- Hvad skal du bruge din viden om sundhedsdefinitioner til i dit arbejde son sygeplejevikar?
- Hvorfor er det relevant at skelne mellem diagnoser og patientens opfattelse af sygdom?
- Hvilke oplysninger om din patient **skal** du videregive til det faste personale?
- Hvem må du ikke tale med om ting fra din vagt?
- Hvem skal du tale med om en oplevelse på en vagt, hvis du har brug for råd eller støtte?
- Overvej et eksempel på oplysninger, der IKKE er navn, CPR eller adresse, men som kan føre til, at nogen genkender en patient, du fortæller om.

Kommunikation

Når du er sygeplejevikar, vil du møde mange forskellige mennesker og skal huske på, hvad lægekunstens fader, Hippokrates (og hans elever) sagde for over 2000 år siden:
»Der findes ikke sygdomme, men kun syge mennesker«.
Før du forklarer og behandler, skal du se ud over sumpene og ind i husene og i familierne«

Selvom diagnoser er nyttige arbejdsredskaber, er det syge mennesker, vi har med at gøre. Syge mennesker, der oplever og opfatter symptomerne, sygdommene, lægen, sygeplejersken, sygeplejevikaren, hospitalet, undersøgelserne, maden, plejen og hygiejnen forskelligt.
Dette skal du være opmærksom på i din kommunikation med patienten. Som sygeplejevikar afhænger dit arbejde nemlig i høj grad af din evne til at læse og forstå patientens behov, behov, som du erkender, ikke kun ved hjælp af sygeplejerapport og observationer – men i lige så høj grad via din kommunikation med patienten.

Når du har læst dette kapitel, skal du have en grundlæggende viden om

- menneskers forskellighed
- forskellige opfattelser af sygdom og sundhed
- kommunikationsprocessen, herunder:
- indre og ydre kommunikation
- verbal og nonverbal kommunikation
- envejs- og cirkulær kommunikation.

- Du skal kunne
- praktisere aktiv lytning
- udforske dit eget og andres »verdensbillede«
- træne din indføling (empati) bevidst.

Forskelligt udgangspunkt

»Sygdom er hver mands herre«, siger et gammelt ordsprog, og det er rigtigt. Men sygdom rammer ikke alle grupper ens. Jo lavere socialklasse, jo større risiko for en lang række sygdomme, nedsat livskvalitet, nedsat social funktionsevne og tidlig død. Jo større risiko for menneskelig ressourcefattigdom, ringere materielle vilkår, fysik og psykisk belastende arbejdsforhold, mindre motion, federe mad og større tobaksforbrug, færre valgmuligheder, dårligere muligheder og ressourcer til at håndtere livets svære hændelser. De sociale forskelle må betragtes i et livsperspektiv, hvor forskellene skabes, udvikles og fastholdes i et livsforløb. Du vil derfor sjældent møde patienter, der ligner dig selv og tænker lige som dig. Du vil ofte møde patienter, der har en opvækst, en familiebaggrund, et netværk, en uddannelse, et arbejde, en status i samfundet, en kulturbaggrund, der er meget forskellig fra din egen. At være patient er ikke nemt. Mange følelser er mere eller mindre i spil. Patienterne kan være usikre, bange, nervøse – måske skrækslagne. Eller krævende, modvillige, aggressive, hallucinerede, have vrangforestillinger, være påvirkede af alkohol, stoffer eller medicin, være paranoide, maniske eller depressive. Og ingen lever i et vakuum, alle lever vi sammen med andre mennesker: i byen, på landet, i et hus, en lejlighed, er hjemløs, på en arbejdsplads, i en daginstitution/skole, i en familie eller alene, i en særlig kultur eller subkultur. At være sygeplejevikar giver megen erfaring ikke blot om biologien, men også om menneskers forskellige liv, socialt, følelsesmæssigt og kulturelt på godt og ondt, dvs. et grundlag for

en nuanceret bio-psyko-social sygdoms- og sundhedsopfattelse.

Dine opgaver

Som sygeplejevikar skal du være nyttig, dvs. hjælpe, støtte, kommunikere med og deltage i undersøgelse, behandling og pleje af patienten. Og indgå som et nyttigt og troværdigt medlem af teamet af andre fagfolk (læger, sygeplejersker m.fl.) på afdelingen, hvor man som sygeplejevikar også skal lære at forstå og finde sin rolle i teamet.
Selvom du er lægestuderende, er du endnu ikke læge, og du er heller ikke sygeplejerske. Selvom du ved en masse teoretiske ting, er vagtarbejdet et praktisk, klinisk arbejde, hvor forståelse for plejeopgaverne, kommunikationen og kulturmødet er meget vigtig. Og derfor skal du ikke bare kunne bruge din teoretiske viden og dine hænder, men også kunne forstå og kommunikere med patienterne både verbalt og nonverbalt på en måde, der er nyttig for patienterne og for et godt resultat med hensyn til helbredelse, lindring, fremadrettet og meningsfuld aktivitet.
Og du bliver kun nyttig, hvis du hele tiden har Hippokrates' ord i baghovedet og handler herefter.
Som beskrevet tidligere i bogen, kan sygdom opfattes og opleves forskelligt, hvilket udtrykkes godt på engelsk:

Sickness
Sickness er den brede folkelige opfattelse af sygdom og udtrykker, hvad befolkningen almindeligvis forestiller sig ved en række sygdomme (socialt, økonomisk, miljømæssigt, politisk) og kommunikerer således en mening, en betydningssammenhæng i en given kultur.

Illness
Illness er den individuelle patients oplevelse af sygdom, dvs. hvordan personen, familiemedlemmerne og det bredere sociale netværk oplever en sygdom, lever med den og reagerer på dens symptomer. Illness-oplevelser er afhængige af den enkelte og livshistorien, således at hver enkelt har sine unikke sygdomsoplevelser og adfærd, som farves af kulturen.

Disease
Disease er den professionelle behandlers opfattelse af sygdom, dvs. som lægen (eller andre professionelle behandlere) gennem sin teoretiske uddannelse og senere formaliserede praksis er blevet socialiseret til at opleve og tolke sygdom, som oftest udtrykt i biologiske termer i en biologisk model, hvor sygdommen beskrives som ændringer i den biologiske funktion.

Som lægestuderende føler de fleste sig nok mest hjemme i den sidste opfattelse (disease), men det er vigtigt at være bevidst om og kunne arbejde med, at illness oplevelsen for mange patienter er den mest nærliggende, og i den bredere diskussion, også når det handler om økonomi, politik og miljø, er sicknessopfattelsen hyppig.

Case
En 53-årig mand blev indlagt på intensiv afdeling på sygehus X, efter han var fundet bevidstløs på gaden.
Lægeambulancen var tilkaldt af politiet, og primært var der mistanke om overdosis, men det viste sig, at han havde en kranielæsion og også mange andre læsioner.
Efter undersøgelserne på skadestuen og ved neurologisk tilsyn og parakliniske undersøgelser (CTscanning og røntgen) fandt man ud af, at han havde hjerneødem, fraktur af højre overarm og en del overfladiske læsioner.
Der var primært overvejelser om at lægge ham i respirator med hyperventilation. Han klarede hurtigt op, der var dog fortsat brug for intensiv overvågning ved sygeplejevikar (måling af BT m.m.).
Han var iført gammelt og snavset tøj, meget snavset med urin og afføring i bukserne. Der var derfor også brug for sengevask. Han vågnede op og spurgte, hvor han var, og fortalte, at han var kommet i skænderi med en drukkammerat pga. nogle penge, han havde lånt af kammeraten. Han fortalte, at han ikke havde nogen bopæl, men i mange år havde boet hos forskellige venner, på herberger eller på gaden. Som barn havde han været på børnehjem og i flere plejefamilier. Aldrig afsluttet folkeskolen og ingen uddannelse. Haft korte og skiftende job som ufaglært murerarbejdsmand, flyttemand afvekslende med kontanthjælp og søger nu førtidspension pga. senfølger efter mangeårigt alkoholmisbrug. Flere gange fængslet pga. tyveri, røveri og også flere voldsdomme. Aldrig gift, men flere kortvarige parforhold, der ofte var endt voldeligt. tre børn, som han ikke har kontakt med. Ingen kontakt med familie i mange år. Netværk er drukkammerater og andre hjemløse. Han er sløv, indimellem grædende, appellerende og klagende. Ved berøring kan han blive afvisende og aggressiv. Vil helst udskrives straks, forsøger at stå ud af sengen, men kan ikke støtte på benene. Blodtrykket er stigende og pulsen tiltagende langsom, og han virker tiltagende sløv og aggressiv.
Hvad vil du som sygeplejevikar gøre for at observere og hjælpe og kommunikere med ham?

Kommunikationsformer
Kommunikation kommer af latin: communicare, »at gøre fælles«, dvs. en grundlæggende forudsætning for alle sociale relationer, systemer, organisationer, samfund.

Ydre og indre kommunikation
Som ansat sygeplejevikar er du i et aftalt arbejdsforhold/funktion i forhold til patienten og andre medarbejdere, i en funktion med ydre kommunikation mellem to eller flere mennesker. Samtidig med den ydre kommunikation foregår der også en indre kommunikation hos både dig og din(e) samtalepartner(e) (»vi taler med os selv«, overvejer, ofte ubevidst). Og den indre kommunikation afhænger af personens bagage af erfaringer, opfattelser, viden, som præger forståelsen for, hvad den anden udtrykker. Dvs. afhængig af den enkeltes »verdensbillede«, hvor »det sete afhænger af øjnene, der ser« (fx hos den professionelle, der i værste fald har »firkantede«, unuancerede, ofte nedladende rolletildelinger som junkie, drukmås, hjemløs, fejlfarve, direktørfrue, hysterisk, krævende, simulant m.fl.) eller hos patienten forestillinger om den

professionelle (arrogant, overlegen, vantro, pengegrisk, karriererytter, barnerøv m.fl.). »Verdensbilleder«, som ikke kan udryddes, men som man skal være bevidst om og forsøge at neutralisere for ikke at stigmatisere det andet menneske og hæmme og afgrænse kommunikationen.

Verbal og nonverbal kommunikation
I kommunikationsprocessen er både det sagte (verbale) og det usagte (nonverbale) betydningsfuldt

Nonverbal kommunikation
Den nonverbale kommunikation udtrykkes ved:

- ansigtsudtryk
- stemmeføring
- gestikulation
- bevægelser
- kropsholdning
- berøring
- afstand
- mimik.

Den nonverbale kommunikation foregår ofte uden vores viden og opmærksomhed. Vi udsender budskaber, selvom vi ikke ønsker det eller vil det. Men man kan dog træne sig i at være bevidst herom og at få overensstemmelse mellem verbal og nonverbal kommunikation svarende til den opgave og udvikling, der skal klares. Ellers kan selv nok så pæne ord blive misforstået (han er ligeglad, fortravlet, kan ikke lide mig, er bange for mig, grænseoverskridende m.m., dvs. dobbeltbudskaber).

Verbal kommunikation
Verbal kommunikation er således en mindre del af den samlede kommunikation, men en væsentlig del, hvor vi kan beskrive tanker, meninger, abstrakte begreber, ønsker, behov, fortid, nutid og fremtid. Men det handler ikke bare om ord, men også tonefald, hvor der igen kan være risiko for at sende dobbeltbudskaber. Ordvalg, udtale og sætningsopbygning er forskellig og afhængig af social baggrund, skolegang, interesser, arbejde og ikke mindst opvækst med dialekt, jargon, omgangstone.
Dette er især vigtigt at være opmærksom på ved kommunikation med flygtninge og indvandrere, hvor der udover det anderledes sprog kan være risiko for, at man med sin adfærd ubevidst kan støde mod deres kulturnormer og omvendt.
Men det gælder også andre patienttyper, som fx ældre, der har haft et langt liv og mange oplevelser og erfaringer, som har
præget dem. Og selv de patienter, du synes ligner dig, og som du føler dig »på lige fod med«, har oftest et »verdensbillede«, der er forskelligt fra dit eget.

Kommunikationsprocessen
Kommunikation er således meget mangfoldig og for at sikre, at den udvikler sig konstruktivt og positivt, er det vigtigt at være opmærksom på, hvordan man svarer.

Envejskommunikation
Ved envejskommunikation er det kun afsenderen, der har direkte indflydelse på, hvad og hvordan der kommunikeres (fx ordrer, kommandoer, foredrag, radio, TV, aviser, bøger m.m.).

Cirkulærkommunikation
Ved tovejskommunikation, eller bedre cirkulær kommunikation, afhænger modtagerens svar af afsenderens samlede kommunikation og næste udveksling af kommunikation af reaktionerne på de første udvekslinger osv. For at fremme en god kommunikation er det vigtigt

- at give sig tid
- at medinddrage og engagere modparten
- gerne at ændre en passiv modtagende adfærd til en aktiv
- at tænke på hvordan man selv ville have reageret.

Forholdet mellem samtalepartnere
Ovenstående drejer sig både om indholdet i budskabet (det verbale budskab) og forholdet mellem samtalepartnerne (det nonverbale budskab). Svarene skulle gerne udvide og ikke afgrænse og hæmme samtalen. Det er vigtigt, at patienten får mulighed for at fortælle om sine problemer og føle sig forstået.

Symmetrisk og asymmetrisk kommunikation
Kommunikation mellem jævnbyrdige partnere kaldes symmetrisk kommunikation, hvilket sjældent er tilfældet på hospitalet, hvor rollerne ikke er jævnbyrdige som blandt venner. Kommunikationen er oftest asymmetrisk eller komplementær med risiko for, at kommunikationen stivner, og patienten bliver passiv og hjælpeløs. Skift mellem symmetrisk og komplementær kommunikation kan derfor være hensigtsmæssig.

Redskaber til god kommunikation

Aktiv lytning
For at undgå at kommunikationen stivner, er det vigtigt at give sig tid til at lytte og iagttage ved fx aktiv lytning, hvor man forsøger at forstå såvel de faktiske oplysninger som følelserne bagved. Man kan hjælpe modparten ved at spørge, så det bliver nemmere at udtrykke vanskelige følelser; spørge uden vurderinger, råd, løsninger og analyser. Det er vigtigt ikke at afbryde, men kun stille spørgsmål, der giver modparten mulighed for at be- eller afkræfte, uddybe, supplere. Husk, at »tale er sølv, men tavshed er guld«, vær ikke bange for tavshed.

Pauser
Ofte kan en pause, hvor du hjælper med nogle helt praktiske ting, henter lidt at drikke, snakker om maden, vejret, arbejdet, børnene m.m., ryster hovedpude/dyne, måske går en lille tur sammen på gangen, fortæller lidt om dig selv og taler om helt neutrale ting (symmetrisk kommunikation) være godt.

Empati
Empati (græsk: em=ind, pathos=følelse), dvs. indføling er nødvendig, hvis man vil hjælpe andre mennesker, især syge mennesker. Dvs. at man tør mærke svære følelser hos andre og hos sig selv, så det andet menneske får en oplevelse af at blive forstået og en mulighed for at medvirke til at ændre situationen. Empati er ikke medlidenhed eller omklamring, som passiviserer eller nedværdiger det andet menneske.

Fysisk berøring
Fysisk berøring er ofte en del af den professionelle pleje, som er nødvendig, men kan også være en del af kommunikationen (holde i hånden og lign.) og kan være angstdæmpende og beroligende, men det kræver indføling og forståelse for den

cirkulære kommunikation, da det også kan være grænseoverskridende eller afgrænsende.

Case
En 87-årig er kvinde indlagt på medicinsk afdeling efter fald i hjemmet. Efter ægtefællens død for 10 år siden har hun boet alene i en ældre treværelses lejlighed med bad/toilet på 3. sal uden elevator. Hun har slået sig mange steder. Der findes ingen frakturer, men hun er indimellem meget forvirret og spørger hele tiden efter sin afdøde mand, sin datter og sit barnebarn. Undersøgelser viser, at hun er meget dehydreret, har uregelmæssig puls, men ellers ikke alvorligere symptomer. Indimellem er hun klar og fortæller, at hun savner sin mand og sine børn meget.
Manden var selvstændig blikkenslager, og hun hjalp til med regnskab og bogføring. De havde en god virksomhed, klarede sig godt, havde et dejligt sommerhus, som nu er solgt. De havde et godt ægteskab med tre børn, som klarer sig godt, men de bor alle sammen langt væk, så derfor ses de kun til børnebørnenes fødselsdage og jul. Dog ringer datteren til hende hver dag og et af børnebørnene, som er kommet på universitetet og bor i nærheden, besøger hende ofte og hjælper hende med indkøb. Hun er meget glad for og stolt af barnebarnet, som lige har fået fine karakterer til eksamen. Ellers klarer hun sig selv og sætter en ære heri. Hun har ingen kontakt med kommunen, hun klarer sig med sin folkepension og privat pensionsforsikring. Hun vil gerne hjem, så snart som muligt, er grædende og ulykkelig.
Hvad vil du som sygeplejevikar gøre for at observere, hjælpe og kommunikere med hende?

God tid

I dagligdagen er vi oftest i symmetriske kommunikationer, men i det professionelle liv oftest i komplementære kommunikationer, hvor det er vigtigt at give sig tid til at skabe en tryg og tillidsfuld kontakt fra starten i en atmosfære, hvor patienten føler sig respekteret.

Nærvær og distance

Der er brug for nærvær og koncentration og også brug for distance for ikke at blive så tæt involveret, at man selv bliver en del af problemet, mister overblikket og derved ikke bliver i stand til at give den professionelle hjælp. Men trods god vilje kan vi alle fejle, hvor det er vigtigt med overvejelser og eftertanke om: overtrådte jeg nogle grænser, eller blev mine egne grænser overtrådt, blev patienten bange, vred eller blev jeg selv bange, vred, misforstået, eller misforstod jeg patientens verdensbillede? Og vær ikke bange for at tale med andre i teamet herom.
Med hensyn til etniske minoriteter er det vigtigt at have et kendskab til forskellige kulturer og forskellige sygdomsopfattelser og opfattelser af professionelle i sundhedsvæsenet, hvilket du vil blive introduceret til i det efterfølgende kapitel. For alle patienter gælder dog, at du skal sørge for at få et indblik i patientens »verdensbillede«, vise respekt herfor og give dig god tid til at indleve dig i og forstå kommunikationen, både den nonverbale og den verbale og lytte aktivt, respektere patienten, skabe tryghed og tillid ved at forsøge at udvide kommunikationen, frem for at den stivner. Det kræver

træning og åbenhed i det team, man arbejder i, for at overveje barrierer, give sig tid til eftertanke og have fantasi for at komme videre.

Opsamling

- Jo lavere socialklasse, jo større risiko for en lang række sygdomme, nedsat livskvalitet, nedsat social funktionsevne og tidlig død.
- Du vil ofte møde patienter, der har en opvækst, en familiebaggrund, et netværk, en uddannelse, et arbejde, en status i samfundet, en kulturbaggrund, der er meget forskellig fra din egen.
- Som sygeplejevikar skal du ikke bare kunne bruge din teoretiske viden og dine hænder, men også kunne forstå og kommunikere med patienterne både verbalt og nonverbalt på en måde, der er nyttig for patientens tilstand.
- Samtidig med den ydre kommunikation foregår der også en indre kommunikation hos både dig og din(e) samtalepartner(e).
- Verbal kommunikation er kun en mindre del af den samlede kommunikation.
- Svar skal udvide og ikke afgrænse eller hæmme samtalen.
- Skift mellem symmetrisk og komplementær kommunikation kan være hensigtsmæssig.

Check-spørgsmål

- Hvem har ansvaret for, at kommunikationen mellem dig og din patient lykkes?
- Hvilke oplysninger i sygeplejerapporten vil du lægge vægt på, når du skal kommunikere med patienten?
- Nævn seks redskaber til bedre kommunikation – hvordan vil du gøre brug af disse i praksis?
- Hvilke tiltag vil du gøre undervejs på en vagt for at sikre dig, at du forstår patientens behov, samt at jeres kommunikation er vellykket?

Når uheldet er ude – arbejdsskader

Når du er på arbejde som sygeplejevikar, kan du være uheldig at komme ud for en arbejdsskade. Arbejdsskader er enten ulykker (stik, fald, slag) eller sygdomme (smitte, allergi, nedslidning). De arbejdsskader, du som sygeplejevikar skal være særligt opmærksom på, er stik og skære-uheld, stænk eller sprøjt og løfteskader, men også psykiske følger (udbrændthed) er hyppig i arbejdet med mennesker.

Forebyggelse af løfteskader behandles i kapitlet om forflytning, og psykiske forhold behandles løbende i hele bogen.

Når du har læst dette kapitel, skal du vide:

- hvordan man forebygger uheld i forbindelse med stik/skære-uheld, stænk eller sprøjt
- hvad du skal gøre, hvis uheldet alligevel er ude!

Stik- og skæreuheld

I visse tilfælde klassificeres hospitalsinfektioner, som personalet pådrager sig ved et uheld, som arbejdsskader. Sådanne infektioner vil som hovedregel være blodbåren smitte med hepatitis B, hepatitis C eller HIV-virus, hvor inficeret blod eller blodtilblandede væsker kommer ind i blodbanen.
Hvis huden gennembrydes som følge af stik- eller skæreuheld, er der risiko for at pådrage sig en infektion. Sådanne uheld kan være stik med brugte kanyler og skærelæsioner, hvor der er risiko for at komme i kontakt med smittefarligt blod.
Det er vigtigt, at man umiddelbart tager følgende foranstaltninger for at beskytte sig imod eventuel smitte:
Uheldet anmeldes som arbejdsskade efter de lokale regler.

Stænk og sprøjt

Også stænk og sprøjt af blod eller blodtilblandede kropsvæsker i øjnene og direkte kontakt med smittefarligt blod eller kropsvæsker på ikke-intakt hud og slimhinder medfører risiko for infektion.

Det er vigtigt, at man umiddelbart tager følgende foranstaltninger for at beskytte sig imod eventuel smitte:

- skyl øjne og mundslimhinde grundigt med vand
- lokale vejledninger følges herefter, fx henvendelse på hospitalets skadestue eller til vagthavende læge for yderligere stillingtagen til undersøgelse og behandling.

Uheldet anmeldes som arbejdsskade efter de lokale regler.

Procedure ved stik- og skæreuheld

- vask grundigt med vand og sæbe
- desinficer indstiksstedet med jodsprit 2,5%, klorhexidinsprit 0,5% eller ho-
- spitalssprit 70-85%
- desinficer to gange og lad stedet tørre ind imellem
- lokale vejledninger følges herefter, fx henvendelse på hospitalets skadestue eller til vagthavende læge for yderligere stillingtagen til undersøgelse og behandling (blodprøvetagning, vaccination og medicinsk behandling mod HIV og hepatitis).

Forebyggelse af uheld

Naturligvis er det arbejdsgiverens overordnede ansvar at tage forholdsregler til at forebygge arbejdsskader, herunder også hospitalserhvervede infektioner blandt sundhedspersonalet. På dette område – som på alle andre områder i forbindelse med arbejdsmiljø – er det imidlertid væsentligt, at den enkelte medarbejder erkender sit eget ansvar for at følge de retningslinjer og tage de forholdsregler, der er foreskrevne.

Afdelingens ansvar

For at forebygge hospitalserhvervede infektioner blandt sundhedspersonalet som følge af stik- og skæreuheld eller stænk og sprøjt har den enkelte afdeling ansvaret for

- at værnemidler (handsker, plastforklæder, engangskitler, masker, beskyttelsesbriller) og godkendte, brudsikre bokse er til rådighed umiddelbart i nærheden af det sted, hvor risikoprocedurerne foregår
- at boksene er fastgjort, så de kan betjenes med én hånd, og aldrig overfyldes.

Sundhedspersonalets eget ansvar

- at værnemidler som beskrevet ovenfor bruges rigtigt ved alle risikoprocedurer
- at spidse og skarpe genstande placeres i brudsikre bokse umiddelbart efter procedurens afslutning
- at kanylehætten aldrig sættes tilbage på kanylen efter brug.

De fleste godkendte kanylebokse er udstyret med en anordning, så det er nemt at skille kanylen fra selve sprøjten.
Erfaringerne har vist, at medarbejdere, der har pådraget sig en hospitalsinfektion som følge af uheld, og som ikke har overholdt de foreskrevne forholdsregler, har vanskeligt ved at få infektionen anerkendt som en arbejdsskade.
Information om arbejdsskader erhvervet ved psykisk eller fysisk vold vil blive gennemgået til modul B

Opsamling

- Hvis huden gennembrydes som følge af stik- eller skæreuheld, er der risiko for at pådrage sig en infektion.
- Det er vigtigt, at man umiddelbart tager de foreskrevne foranstaltninger for at beskytte sig imod eventuel smitte.
- Husk straks at anmelde arbejdsskader efter gældende regler.
- Selvom arbejdsgiveren har et overordnet ansvar for at forebygge arbejdsskader, skal du huske, at du også selv har et ansvar for at overholde retningslinjer og anvende tilgængelige værnemidler.

Check-spørgsmål

1) Hvilke procedurer skal altid overholdes for at forebygge stikuheld?
2) Hvordan forholder man sig ved et stik- eller skæreuheld?