Min tid som hjemmesygeplejerske

Af Mette Marie Thomsen

Midt i maj 1975 blev der opslået en ledig stilling som hjemmesygeplejerske. Jeg sendte en skriftlig ansøgning, og fik derefter besked på, at jeg kunne tiltræde 1. august. Der var ingen ansættelsessamtale. Der blev købt en ny sygeplejetaske til mig - den har fulgt mig til min fratrædelse 1. september 2013.
Den første uge fulgtes jeg med sygeplejerske Ingeborg Habekost. Jeg fik en rigtig god og lærerig introduktion til arbejdet som hjemmesygeplejerske af hende.
Vi havde telefontid hjemmefra kl. 7 til kl. 8. Derefter kørte vi i egen bil til de planlagte besøg. Vi havde telefontid igen fra kl. 14 til kl. 15. Sidst på eftermiddagen kørte vi igen ud til de patienter, der havde behov for besøg 2 gange om dagen.
Hvis vi havde terminale patienter, der havde behov for ekstra tilsyn, kørte vi igen ud om aftenen og evt. om natten. Ved dødsfald blev vi tilkaldt på alle tider af døgnet.
Opgaverne fik vi ordineret af egen læge eller ved henvendelse fra sygehuset.
Vi fik også henvendelse fra patienten selv, familie eller naboer, hvis de mente, at der var en, der havde behov for tilsyn af en hjemmesygeplejerske. Det kunne være på grund af af sår, forstoppelse, dårlig almentilstand eller psykisk ustabilitet.
Alle havde vores telefonnummer og det medførte, at vi blev ringet op, på alle tider af døgnet. At borgerne har kunnet henvende sig direkte til hjemmesygeplejersken, har jeg oplevet i alle årene. Folk har helt til jeg holdt med at arbejde ringet til mig privat, når der lige var noget de ville have afklaret, men de senere år, kun i meget begrænset omfang.
Vi aflagde altid et besøg i henhold til loven om hjemmesygepleje, hvor der står at alle har ret til hjemmesygeplejerske - og alle kan rette henvendelse. Vi vurderede, hvad vi kunne gøre, og konfererede derefter med lægen, hvis vi skønnede det nødvendigt.



Mette Maries sygeplejetaske. *(Foto i privat eje)*

Dengang var det ikke nødvendigt, at alt skulle ordineres. Vi havde lov til selv at handle ud fra faglige, etiske og økonomiske vurderinger, samt efter borgerens ønske om, hvad de havde behov for.
Vi vurderede selv, hvor ofte vi skulle aflægge besøg, og hvornår vi kunne afslutte. Vi bestemte selv i stor udstrækning, hvordan sygeplejen skulle udføres.
Jeg arbejdede 10 dage, og havde derefter fri i 4 dage. Ved ferie afløste vi hinanden, så reelt havde vi ikke ferie.
Bramminge kommune var opdelt i 3 distrikter: Darum, Bramming og Gørding / Vejrup. Der var 2 sygeplejersker i hvert distrikt.
Når opgaverne skulle overdrages til den anden sygeplejerske foregik rapporteringen hjemme ved køkkenbordet.
Det var utrolig vigtigt, at have et godt samarbejde med kollegaen. At have samme holdning til, hvad der var god sygepleje, så man kunne følge den samme linje ude hos patienterne.
Det første år kørte jeg i Bramming sammen med Ingeborg Habekost. I forbindelse med nye ansættelser, flyttede jeg distrikt og begyndte at køre i Gørding / Vejrup.
Den første tid herefter, arbejdede jeg sammen med Sofie Ibsen. Hun var en "gæv" sygeplejerske sidst i tresserne. Hun havde ikke kørekort, så hendes mand Hans, kørte hende. Undertiden sad Hans i køkkenet og snakkede og drak kaffe, medens Sofie udførte sit arbejde. Hvis en patient var sengeliggende, og det var for tungt med forflytningen, blev Hans tilkaldt til assistance. Da Sofie valgte at blive pensioneret, blev sygeplejerske Kirsten Jensen ansat. Vi havde et helt unikt samarbejde i alle årene, indtil Kirsten gik på pension i 2012.

Sparsomt med hjælpemidler

I de første år, fandtes der ikke så mange hjælpemidler. Vi havde et bækken med i bilen, og i særlige tilfælde, kunne patienten låne en bækkenstol. Kun sjældent lånte patienterne en plejeseng. Gamle og terminale patienter, lå for det meste i deres egne, lave senge. Vi måtte ofte kravle rundt i dobbeltsengen, for at udføre personlig pleje. Forflytningerne foregik ved løft, der var ingen lift.
Efterhånden blev hjælpemiddeldepotet udvidet, og der blev altid stillet nødvendige hjælpemidler til rådighed. Der er sket en stor udvikling indenfor dette område, både med udviklingen af hjælpemidler og forskellige forflytningsteknikker.
I 1975 havde vi et lille depot med sygeplejeartikler. Vi havde engangssprøjter og kanyler, vat og sprit. Gazebind og gazeswabs og få andre ting, som vi havde med i sygeplejetasken. Tasken havde vi med ved hvert besøg, der lå ingen materialer hos de enkelte patienter.
Vi havde flere patienter med skinnebenssår. Dengang var behandlingen, skift med kloramin på små tilpassede lærredsklude, der blev lagt i såret. Det var smertefuldt og tidskrævende.
Da det første af de nye produkter kom på markedet, var det en stor lettelse, både for patient og sygeplejerske. Sårplejen var næsten smertefri, og det tog kun kort tid, at udføre det.
Sortimentet af sårplejeprodukter er i årenes løb blevet udvidet markant. Der findes rigtig mange gode men også dyre produkter. I dag har vi et depot med mange forskellige, udvalgte produkter. Der bliver pakket en sårplejekasse med relevante produkter til den enkelte patient, hvorefter den bliver opbevaret i hjemmet.

Nye tider

I 1977 blev Ingeborg Habekost ansat som ledende hjemmesygeplejerske. Vi fik herefter en base på kommunekontoret. Vi havde fort-

sat telefontid i hjemmet om morgenen, men skulle afslutte dagen på kontoret fra kl.14 til kl. 15.
Der blev også ansat en aftensygeplejerske. Så vi nu sluttede dagen kl. 15.
Ved dødsfald om natten, kørte vi fortsat ud. Først i forbindelse med den integrerede hjemmeplejeordning i 1990, blev der ansat personale til at køre om natten.
I 1975 havde vi kun fastnettelefon. Hvis lægen eller en anden, havde brug for at få fat på os, ringede de til nogle på ruten, som de vidste vi skulle besøge. Hvis vi endnu ikke havde været der, fik patienten besked på, at de skulle få os til at ringe tilbage.
Efter nogle år, fik vi en "bibber". Nu kunne der gives direkte besked om, at vi skulle ringe tilbage til kontoret. Da vi fik den første mobiltelefon var det et stort fremskridt i forhold til kommunikationen. Nu har alle medarbejdere mobiltelefoner eller PDA, hvilket betyder, at alle kan komme i forbindelse med hinanden, når der er behov for det.
Da jeg begyndte, havde vi et kardex, med patientens navn, fødselsdag, egen læge, diagnose samt kort beskrivelse af, hvilken opgave der skulle udføres. Den daglige planlægning blev lavet ud fra optegnelser vi havde i et kladdehæfte. Vi havde alle patienterne skrevet op i forhold til, hvornår de skulle have besøg, og hvad opgaven bestod af.
Vi havde mellem 15 og 25 daglige besøg. Varigheden af besøgene var meget forskellige, fra 10 minutter til flere timer. Opgaverne var også meget forskellige. Der var kun ansat sygeplejersker og hjemmehjælpere i kommunen. Sygeplejerskerne varetog al personlig pleje sammen med hjemmehjælperne.
Dengang blev der givet mange indsprøjtninger, som behandling på forskellige sygdomme. I dag giver vi ikke så mange indsprøjtninger, da de fleste behandlinger findes som piller.
Opgaverne bestod også på det tidspunkt af medicindosering, sårpleje, psykisk tilsyn og lignende. Dette har ikke ændret sig meget.
Der skulle dagligt registreres hvor mange besøg vi havde haft, hvilken aldersgruppe de tilhørte, og om det var mænd eller kvinder. Registreringen skulle en gang om året sendes til Sundhedsstyrelsen.



Mette Marie Thomsen.
(Foto i privat eje)

Dengang brugte vi det meste af tiden ude hos patienterne. Der var kun behov for lidt tid til de administrative opgaver. Nu skal alt visiteres og dokumenteres. Alt foregår på computer. Det er meget tidskrævende, men også nødvendigt i dag.
Sygeplejerskernes arbejdsopgaver har ændret sig meget siden 1975. Nu er der ansat sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter (SSA) og social- og sundhedshjælpere (SSH). Der sker løbende opgaveglidning mellem de forskellige fagpersoner, alt efter opgavens kompleksitet.
Sygeplejersken varetager kun de komplekse opgaver. Når tilstanden er stabil, uddelegeres opgaven til andre faggrupper.
Sygeplejersken har bevæget sig meget væk fra patienterne. De fungerer som konsulenter og bruger megen tid på administrative opgaver.
I 1990 indførtes den integrerede hjemmepleje. Sygeplejersker og hjemmehjælpere fik base på plejehjemmet. Meningen var, at hjemmeplejen og personalet på plejehjemmet skulle arbejde sammen, på tværs af faggrænser. Det blev kun delvist gennemført. Hjælperne ude og inde hjalp hinanden i begrænset omfang de første år, men nu er det helt adskilt. Sygeplejerskerne havde opgaver både ude og inde. Nu er der ansat en sygeplejerske til at varetage sygeplejen på plejehjemmet. Når hun har fri, varetages opgaverne af den udekørende sygeplejerske.
I de første mange år, havde vi alle fælles personalekontor. Det gav gode betingelser for tværfagligt samarbejde. Nu har personalet på plejehjemmet et kontor, SSA og SSH har et kontor og sygeplejerskerne har deres eget kontor. Det giver mere arbejdsro, men har også svækket det tværfaglige samarbejde.
Vi har altid haft et rigtigt godt samarbejde med lægerne, især lægerne i Gørding, med hvem vi har de fleste fælles patienter. Også med lægerne i Holsted og Bramming fungerer det godt
I de første mange år havde vi regelmæssige møder med lægerne, hvor vi drøftede komplekse problemstillinger. Det er for længst sparet væk, men det gode samarbejde er der stadig.
I mange år havde vi sygeplejestuderende. Det var rigtig spændende, og medvirkede til, at vi kunne udvikle sygeplejen. Efterhånden er sygeplejeuddannelsen blevet et studium og vejledningen varetages af sygeplejersker, der har en speciel uddannelse til dette.
Jeg kan se tilbage på 38 fantastiske år som hjemmesygeplejerske. Der er sket en utrolig stor udvikling og forandring siden 1975. Der har været mange forskellige ledere og forskellige ledelsesformer. Jeg har haft rigtig mange dejlige, dygtige og kompetente kollegaer på tværs af faggrænserne. De har alle været medvirkende til, at jeg altid har været glad for at gå på arbejde.

Om forfatteren:
Mette Marie Thomsen, født Lundgaard i Darum august 1948. Uddannet sygeplejerske på Odense Universitets Hospital 1971. Bosiddende Birkevænget, 6690 Gørding.