

# SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 2 » 29. JANUAR 2010 » 110. ÅRGANG

**FORBINDELSEN AFBRUDT**

## Forældre til psykisk syge unge selv i krise

**Krasbørstige  
bakterier ud af  
operationsstuen**

**Giv de mundtlige  
beskeder et  
sikkerhedstjek**

## Sygehusene svinger sparekniven

For første gang i mange år foregår der masseafskedigelse på danske hospitaler. På Herlev Hospital er 29 sygeplejersker afskediget, og i alt 100 sygeplejerskestillinger skal sløjfes. Læs om sygeplejerskerne, der ikke forstår, de skal straffes for at være effektive. Og om hospitaler, der kommer i klemme, fordi de skal opfylde regeringens behandlingsgaranti.

**Instanyl® (Fentanyl) næsespray til behandling af gennembrudssmerter hos voksne, der i forvejen er i vedligeholdelsesbehandling med opioider for kroniske cancersmerter**

**Instanyl® næsespray matcher gennembrudssmerten:**

- ▶ Hurtig indsættende smertelindring indenfor 10 min<sup>1</sup>
- ▶ Virkningsvarighed i op til 1 time<sup>1</sup>
- ▶ Velegnet til patienter med tør mund og kvalme<sup>1</sup>
- ▶ Enkel at anvende

**INSTANYL® NÆSESPRAY GIVER  
CANCERPATIENTEN CONTROL  
OVER BEHANDLINGEN AF  
GENNEMBRUDSSMERTEN**

**INSTANYL®  
FENTANYL**  
en verden til forskel på minutter



**INSTANYL® (FENTANYL) NÆSESPRAY PRODUKT INFORMATION**

**Produktinformation:** Instanyl® (Fentanyl), Næsespray, Opløsning, 50, 100 og 200 mikrogram/dosis. **Indikationer:** Gennembrudssmerter hos voksne, der i forvejen er i vedligeholdelsesbehandling med opioider for kroniske cancersmerter. Vedligeholdelsesbehandling svarer til mindst 60 mg morfin eller en tilsvarende analgetisk dosis af et andet opioid i en uge eller længere. **Dosering:** Individuel. Initial dosis bør være 50 mikrogram. Dosis kan titreres individuelt gennem rækken af tilgængelige styrker (50, 100 og 200 mikrogram). Hvis der ikke opnås tilstrækkelig analgesi, kan der tidligst gives en ny dosis af samme styrke efter 10 minutter. Der bør gå mindst 4 timer mellem behandling af to gennembrudssmerteepisoder. Hvert titreringstrin bør evalueres over flere episoder. For nærmere information henvises til produktresuméet. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor fentanyl eller et eller flere af indholdstofferne. Behandling af opioidnaive patienter. Svær respirationsdepression eller svære obstruktive lungesygdomme. Tidligere strålebehandling i ansigtet. Tilbagevendende episoder af epistaxis. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Bør anvendes med forsigtighed til følgende patientgrupper: ældre, kakektiske eller svækkede patienter, patienter med respirationsdepression, patienter med moderat til svært nedsat lever- eller nyrefunktion, patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom, patienter med øget intrakranielt tryk, cerebral tumor, kvæstelser i hovedet, nedsat bevidsthedsniveau eller koma, patienter med bradyarytmier, hypotoni eller hypovolæmi. Risiko for respirationsdepression bør observeres. Risiko for misbrug og afhængighed bør observeres. Der er ikke vist sikkerhed og effekt hos børn. **Interaktioner:** Behandling med MAO-hæmmere bør afbrydes senest 14 dage før behandling med fentanyl. Fentanyl metaboliseres hovedsagelig via CYP3A4, og der kan potentielt forekomme interaktion med stoffer, der påvirker CYP3A4-aktiviteten. Samtidig brug af CYP3A4-hæmmere (f.eks. ritonavir, ketoconazol, itraconazol, troleanomycin, clarithromycin og neflavin, amprenavir, aprepitant, diltiazem, erythromycin, fluconazol, fosamprenavir, verapamil) kan øge plasmakoncentrationen af fentanyl med øget risiko for bivirkninger. Samtidig brug af CNS-depressiva, herunder andre opioider, sedativa eller hypnotika, generelle anæstetika, phenothiaziner, muskelrelaxantia, sederende antihistaminer og alkohol kan udløse en additiv CNS-hæmmende effekt. Samtidig brug af partielle opioidagonister/antagonister (f.eks. buprenorphin, nabuphin, pentazocin) frarådes. Samtidig anvendelse af detumescerende lægemidler til nasal anvendelse bør undgås. **Graviditet og amning:** Graviditet: Bør kun anvendes på tvingende indikation. Amning: Fentanyl bør kun anvendes af ammende kvinder, hvis fordelene opvejer potentielle risici for mor og barn. **Trafikfarlighed:** Mærkning. **Bivirkninger:** Typiske bivirkninger ved opioidbehandling kan forventes med Instanyl®, hvoraf de mest alvorlige bivirkninger er respirationsdepression, kredsløbsdepression, hypotension og shock. Almindelige: Træthed, svimmelhed, hovedpine, vertigo, rødmen, hedeure, halsirritation, kvalme, opkastning og hyperhidrose. Ikke almindelige: Afhængighed, insomni, sedation, myoclonus, paræstesi, dysæstesi, dysgeusi, transportsyge, hypotension, respirationsdepression, epistaxis, nasale sår rhinorrhea, obstipation, stomatitis, mundtørhed, smerter i huden, pruritus og pyreksi. **Overdosering:** Symptomer: Letargi, koma, svær respirationsdepression, hypotermi, nedsat muskeltonus, bradykardi, hypotoni, dyb sedation, ataksi, myosis, og krampes. **Behandling:** Fysisk og verbal stimulering af patienten. Der kan administreres en specifik opioidantagonist som naloxon. **Priser og pakninger pr. 4. januar 2010 (AUP):** 50 mikrogram/dosis, 10 doser: kr. 1.158,70, 20 doser: kr. 2.324,90, 40 doser: kr. 4.657,30, 100 mikrogram/dosis, 10 doser: kr. 1.158,70, 20 doser: kr. 2.324,90, 40 doser: kr. 4.657,30, 200 mikrogram/dosis, 10 doser: kr. 1.158,70, 20 doser: kr. 2.324,90, 40 doser: kr. 4.657,30. **Udlevering:** AŞ4. **Tilskud:** Enkelttilskud.

Produktinformationen er omskrevet og forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra Nycomed Danmark. Nycomed Danmark, Langebjerg 1, 4000 Roskilde. Tlf.: 46 77 11 11. Fax: 46 77 12 99. [www.nycomed.dk](http://www.nycomed.dk)

**REFERENCER:** 1. Kress, H.G.; Orońska, Anna et al. Efficacy and Tolerability of Intranasal Fentanyl Spray 50 to 200 µg for Breakthrough Pain in Patints With Cancer: A Phase III, Multinational, Randomized, Double-Blind, Open-Label Extension Treatment Period. Clin. Ther. 2009;31:1177-1191.



Snart 60 år.  
Man tror det er løgn.



NATUSAN® INSTITUTION - hudpleje siden 1949



DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

# Forældre til psykisk syge er selv i krise

Forældre til unge psykisk syge kan sagtens inddrages uden at krænke den unges integritet, viser erfaringer fra psykiatrien i Århus. De unge skal overbevises om, at det er til deres egen fordel, at deres netværk bliver inddraget i behandlingen.

LÆS TEMAET SIDE 28

FORSIDEFOTO: SOREN SVENDSEN

## TEMA

# Historiske massefyringer

For første gang i mange år foregår der masseafskedigelser på danske hospitaler. Flere hundrede fyresedler og nedlæggelser af stillinger er på vej. På Herlev Hospital er 29 sygeplejersker afskediget, og i alt 100 sygeplejerskestillinger skal sløjfes.

Læs på de følgende sider om sygeplejersker på Herlev Hospital, der ikke forstår, at de skal straffes for at være effektive. Og om hospitaler, der er kommet i klemme, fordi de skal opfylde regeringens behandlingsgaranti.

LÆS TEMA SIDE 14

ARKIVFOTO: SCANPIX

### 24 På job: Tjek på de mundtlige beskeder

Faste indarbejdede metoder sikrer mod misforståelser og halve beskeder, når personalet på Hvidovre Hospital udveksler oplysninger om patienterne.

**Månedens gode råd**

LÆS SÅDAN SIDE 26



### 36 Udfordringen: Krasbørstige bakterier på operationsstuen

Om problemet er MRSA eller roskildesyge, gør ingen forskel. På det centrale operationsafsnit i Esbjerg ved alle, hvordan smittekæden skal afbrydes.



## &gt;&gt;&gt; FAG

# Vag tørsteanbefaling forvirrer

Jo længere, jo bedre, synes at være patienternes ræsonnement for at tørste før operation. Men sygeplejersker skal vejlede om fordelene ved at drikke op til to timer inden operation. De skal træde i karakter og måske endda ændre de nuværende tørsteanbefalinger til regler. Det vil gavne patienterne.

Sådan lyder anbefalingerne til praksis efter en mindre undersøgelse af 31 patienters tørstevaner før operation.

LÆS SIDE 46

ARKIVFOTO: ISTOCK

## 52 Forbedret indsats for ældre med depression kræver samarbejde

Brug af den nyeste viden om risikofaktorer for depression hos ældre og et udvidet shared care-princip vil sandsynligvis gøre det muligt at hjælpe ældre med depression bedre, end tilfældet er i dag.

## 57 Videnskab & Sygepleje – Alternativ behandling og kræft

Massage reducerer signifikant angst hos kræftpatienter, ligesom der findes nogenlunde sikker dokumentation for effekt af massage mod depression, smerter og kvalme. Massage er tillige en sikker terapiform og kan derved indgå i evidensbaserede sygeplejefaglige tiltag mod psykiske og fysiske følgevirkninger af kræft.



”At inddrage personlige relationer midt i vanskelige fødsler og skudsår giver bogen en Nynne-agtig udstråling, uden at den dertil hørende selvironi, som er nødvendig for at få en selvcentreret historie til at glide ned, mobiliseres.”

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 71

”På plejehjemmene forventes alle sundhedsfaglige medarbejdere at dokumentere. For at kunne dét skal de have et afslappet forhold til computeren, beherske et forholdsvis nuanceret dansk og kunne navigere rundt i den elektroniske journal.”

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 74

[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)



- Søg i artikellarkivet
- Find manuskriptvejledninger
- Skriv en kommentar til noget, du har læst i *Sygeplejersken*.

### I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 39 Dansk Sygeplejeråd mener
- 40 Debat
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 44 Resuméer
- 56 Agenda
- 70 Anmeldelser
- 73 Testen
- 74 5 faglige minutter
- 75 Stillingsannoncer
- 84 Kurser/Møder/Meddelelser



## Det burde være omvendt ...

Baggrunden er trist, men det er værd at bide mærke i, at de mange fyringer på landets hospitaler på mange måder markerer et vendepunkt i det danske sundhedsvæsen.

Selv medarbejdere her på redaktionen med en meget lang hukkommelse i behold kan ikke huske så omfattende fyringsrunder på flere hospitaler på samme tid. Der var vist noget med Rigshospitalet midt i halvfemserne, og der har også været omfattende fyringer af sygeplejersker i flere kommuner, f.eks. i Kolding sidste år, men det nye er, at et flertal af regionerne er i økonomiske vanskeligheder samtidig, og at det kan ende i endnu flere fyringer.

Besparelser, omstruktureringer og lukninger har godt nok været hverdagskost for de ansatte i sundhedssektoren i mange år, men de er oftest gennemført, uden at det har ført til store fyringsrunder.

Bl.a. derfor og pga. den omfattende sygeplejerskemangel har jobbet som sygeplejerske – og for den sags skyld mange andre job i sundhedssektoren – i mange år været omgærdet af en aura af jobsikkerhed. Sådan er det ikke længere.

Efter fyringerne på hospitalerne i Herlev, Hvidovre og Frederiksberg – og måske også flere steder på Sjælland og i Jylland – er det en anden situation, der tegner sig.

Fyringerne virker paradoksale for mange, når man tænker på, at der gennem flere år har været stor mangel på sygeplejersker i sundhedsvæsenet, og at det ikke er mange år siden, man øgede antallet af pladser på sygeplejerskolerne.

Som vi fortæller i vores store tema i dette nummer af *Sygeplejersken*, er sygeplejersker vrede over situationen. Det er svært at forstå, at der skal fyres og spares, når man har været ekstra effektiv som i f.eks. Herlev, hvor den øgede aktivitet mærkeligt nok har ført til omfattende besparelser. Det burde være omvendt.

I dette nummer af *Sygeplejersken* fortæller vi historien om de turbulente dage på Herlev, vi bringer overblik og baggrund og følger i de kommende numre af *Sygeplejersken* situationen på landets hospitaler og selvfølgelig dag for dag på vores hjemmeside [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen,  
chefredaktør  
[snp@dsr.dk](mailto:snp@dsr.dk)



## Pårørende til psykisk

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

**Psykiatrisk gennembrud.** *Nationalt kvalitetsprojekt viser, hvordan de pårørende kan inddrages, når deres nærmeste bliver indlagt på psykiatrisk afdeling. Pårørende er en afgørende ressource i psykiatrien.*

Med enkle midler kan læger og sygeplejersker inddrage de pårørende til psykisk syge i behandlingen, men det kræver, at sundhedspersonalet betragter de pårørende som en ressource og ikke som et forstyrrende element i hverdagen. Det viser et nationalt kvalitetsprojekt.

Danske Regioner og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har målrettet sat fokus på de pårørendes rolle i psykiatrien. Projektet "Pårørende i Psykiatrien" viser, at tilfredsheden hos de pårørende, som er i kontakt med de psykiatriske sengeafdelinger, er vokset med 64 pct. i forhold til en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse fra 2005. Tilfredsheden med de ambulante enheder er vokset med 34 pct.

I alt 15 voksenpsykiatriske sengeafsnit og seks ambulante centre fordelt over hele landet og Færøerne har deltaget.

Der er tale om et såkaldt gennembrudsprojekt, der skal danne grundlag for, hvordan man fremover skal etablere pårørendepolitikken også i børne- og ungdomspsykiatrien, oplyser seniorkonsulent i Danske Regioner, Eva Weinreich-Jensen.

### Ligeværdigt samarbejde

Projektleder Helle Høgh, Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland, fortæller, at det ofte slet ikke er de store organisatoriske ændringer, der skal til. Målet er at etablere et ligeværdigt samarbejde mellem personale og pårørende. De pårørende er på sin vis eksperter i netop det at være på-

## 1,5 mio. euro til

**Støtte.** *Et nyt europæisk forskningssamarbejde skal gavne de mere end 100 millioner EU-borgere, der regelmæssigt bruger alternativ behandling.*

Forskere fra 12 EU-lande er gået sammen i projektet "CAMbrella", der netop har modtaget 1,5 mio. euro i EU-støtte. Projektet løber over tre år, og navnet symboliserer et paraply-samarbejde med fokus på CAM (Complementary and Alternative Medicine).

Den danske del af projektet koordineres af mag.scient., ph.d., professor Helle Johannesen,

# syge vil høres, ses og mødes af personalet



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

Gennembrudsprojektet "Pårørende i psykiatrien" viser, at tilfredsheden hos de pårørende, som er i kontakt med de psykiatriske sengeafdelinger, er vokset med 64 pct. i forhold til en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse fra 2005.

rørende. Det er dem, der ved, hvilken form for kontakt de ønsker, og hvornår de ønsker den.

"Tidligere har der været en tendens til, at personalet på de psykiatriske afdelinger ikke har haft særlig meget fokus på de pårørende, men udelukkende har koncentreret sig om patienten. I dag er der sket store ændringer på det område. Der er et øget fokus på behandlingsalliancen, hvori pårørende er vigtige samarbejdspartnere. De mange nedskæringer i psykiatrien be-

tyder, at indlæggelsestiden er forkortet. Patienterne bliver tidligere udskrevet, derfor har de sundhedsprofessionelle brug for et partnerskab med de pårørende. Der er studier, der viser, at et godt samarbejde med pårørende kan forebygge genindlæggelser," fortæller Helle Høgh.

## Psykiatrien tager teten

Ifølge formanden for Danske Regioner, Bent Hansen, viser pårørendeprojektet, at psykiatrien har taget teten. Han mener,

der er tale om en professionalisering af arbejdet med pårørende på den gode måde, som alle kan lære af.

Medlem af bestyrelsen i Fagligt Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker, udviklingschef cand.cur. Lene Berring, er også yderst tilfreds med resultatet.

"Det dokumenterer, at vi som personale virkelig kan skabe frugtbar dialog med de pårørende, hvis vi har fokus på det i hverdagen og griber det systematisk an. Udfordringen består nu i at holde fast og fortsætte samarbejdet med de pårørende, efter den første entusiasme oven på kvalitetsprojektet har fortaget sig," siger hun.

Lene Berring foreslår, at andre psykiatriske afdelinger anvender de indhøstede erfaringer og skeler til det idékatalog, der er udarbejdet i forbindelse med gennembrudsprojektet.

Læs mere på

[www.videnscentergennembrud.rm.dk](http://www.videnscentergennembrud.rm.dk)

## UDVIKLING AF NYE PROJEKTER

De pårørende har selv bidraget aktivt til de gode resultater i det nationale kvalitetsprojekt "Pårørende i Psykiatrien". Hvert projektteam har haft en sparringsgruppe af pårørende, som de har inddraget i udviklingen af skriftligt materiale til pårørende såvel som konkret afprøvning af nye samarbejdsformer og temaundervisning for sundhedspersonalet.

# forskning i alternativ behandling

Institut for Sundhedstjenesteforskning ved Syddansk Universitet.

Der er ingen danske sygeplejersker direkte involveret i projektets kernegruppe, men ifølge Helle Johannesen vil det være relevant at belyse danske sygeplejerskers holdninger og berøringer med alternativ behandling i den arbejdsgruppe, der skal se på, hvem der praktiserer alternativ behandling i de forskellige lande.

"Danske sygeplejersker er jo positive og interesserede i alternativ behandling,

men vi mangler forskning fra de danske sygeplejersker, f.eks. kliniske forsøg om brug af alternativ behandling som støttende behandling og led i plejen. I USA er der mange sygeplejersker, der har udført mindre forskningsprojekter i de senere år," siger Helle Johannesen, der er medforfatter på den videnskabelige artikel, som vi bringer i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Resultaterne fra arbejdet i de otte arbejdsgrupper under "CAMbrella" skal vejlede EU i forhold til fremtidens forsk-

ning og samarbejde omkring alternativ behandling. Grupperne vil fokusere på bl.a. terminologi, lovgivning, borgernes holdninger og behov samt alternativ behandlings status i sundhedsvæsenet i de europæiske lande.

(er)

Læs den videnskabelige artikel: "Alternativ behandling og kræft – et review af evidens for effekt af massage, aromaterapi og zoneterapi på side 58.

# Risikoen for senskader efter arbejde med bedøvelse er begrænset

**Forskning.** En gennemgang af den eksisterende viden om bedøvelsesgasser kan hverken be- eller afkræfte, at sygeplejersker på lang sigt kan tage skade af at arbejde med bedøvelsesgasser.

AF MAJBRITT LUND, JOURNALIST

I modsætning til nogle andre lande har Danmark ingen grænseværdier for, hvor høj koncentrationen af bedøvelsesgasser må være i et rum, hvor sygeplejersker, læger og andet sundhedspersonale arbejder.

Derfor har Arbejdstilsynet bedt Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) gennemgå al den forskning, der tidligere er lavet om emnet for at finde ud af, om der er brug for grænseværdier for isofluran, sevofluran og desfluran. Der mangler bl.a. viden om, hvordan gasserne påvirker på lang sigt. Det meste af den eksisterende forskning er lavet på dyr eller på patienter, der oplever gasserne meget koncentreret og i meget kortere perioder end de ansatte, der giver behandlingen.

"Vi har været tre år undervejs, og den gennemgang, vi har lavet, er en af de grundigste i hele verden. Vi fandt ud af, at der især var meget begrænset viden om, hvordan gasserne påvirkede nervesystemet på lang sigt. Og så er desfluran stort set ikke undersøgt. Men forskning

om lever og nyre viste, at med de nye gasser er der intet, der viser, at personalet får skader på nyrer og lever på lang sigt," siger Karin Sørig Hougaard, seniorforsker på NFA.

Hun mener ikke umiddelbart, at hospitalspersonalet har grund til bekymring, selv om nogle studier viser, at patienter risikerer skader på generne. For en del af forskningen er lavet på patienter, som også får anden medicin. Derfor ved ingen, om det var medicinen eller bedøvelsesgasserne, der gav virkningen, ligesom der er forskel på, hvor meget gas man indånder, alt efter om man er patient eller personale.

Selv om forskningen viser, at isofluran og især desfluran irriterer luftvejene i doser, der bruges ved bedøvelse, mener Karin Sørig Hougaard heller ikke, at der er grund til at frygte allergier.

"Der er kun ganske få tilfælde af kontaktallergi, astma og allergi på grund af isofluran og sevofluran. Og de niveauer, sygeplejerskerne oplever på deres arbejdsplads, er meget lave. Vi har fundet

rapporter om ganske få tilfælde af astma og allergi på verdensplan, og det er faktisk meget værre at vaske hænder," fortæller Karin Sørig Hougaard.

## Brug for forskning

Arbejdstilsynet har endnu ikke taget stilling til, hvad de vil gøre på baggrund af resultaterne. Dansk Sygeplejeråd opfordrer til at indføre grænseværdierne fra udlandet, indtil der er mere viden om området.

"Vi er bekymrede over, at der ikke er nogen grænseværdier, og da grænseværdier kræver, at vi ved mere, opfordrer vi til mere forskning på emnet. Men vi ved jo, at personale udsættes for meget færre gasser end de dyr, der er undersøgt, så derfor er det svært at konkludere noget, men vi vil følge udviklingen og forventer, at Arbejdstilsynet griber ind, hvis de mener, at der er grund til bekymring," lyder det fra næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg.

## Dorte Steenberg genopstiller som næstformand

Den nuværende næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg, genopstiller til forårets næstformandsvalg.

"Der er mere end nogensinde brug for Dansk Sygeplejeråd. Både for at styrke vores profession og for at stå stærkt i forhold til vilkår, rammer og arbejdsmiljø i sundhedsvæsenet. Det arbejde og de resultater, jeg gennem fire år har medvirket til, vil jeg gerne fortsætte på en konstruktiv, fremadrettet og resultatskabende facon," udtaler Dorte Steenberg, der har været næstformand i Dansk Sygeplejeråd siden 2006 og er tidligere amtskredsformand for Dansk Sygeplejeråd i det tidligere Frederiksborg Amt.

Dansk Sygeplejeråd skal både vælge 1.- og 2.-næstformand ved valget, der foregår ved afstemning blandt samtlige aktive medlemmer. Selve valgproceduren afholdes i perioden 17. maj til 7. juni 2010. Dorte Steenberg er den første, der har meldt sit kandidatur. Frist for opstilling er den 16. april.

(mkc)

"I Danmark har vi en alvorlig kronisk sygdom, der hedder berøringsangst. Nu må vi simpelthen til at turde reagere på det, vi ser.

Jeg er simpelthen så træt af, at tvivlen kommer forældrene til gode frem for barnet. Hellere en underretning for meget end en underretning for lidt."

Formand for Børnerådet, Lisbeth Zornig Andersen, til DR Nyheder.



## Vidste du at ...

... forgiftninger har deres helt egen døgnrytme? På weekendmorgener er opkaldene til giftlinjen på Bispebjerg Hospital præget af børn, der har fået fat i dåsen med vitaminpiller, mens far og mor sover. Opkald i ulvetimen mellem kl. 17-19 drejer sig typisk om børn, der f.eks. har drukket sulfo eller lampeolie. På weekendnætter handler det om rusmidler og selvmordsforsøg med piller.

Kilde: www.giftlinjen.dk



Til dine patienter med primær hyperkolesterolæmi eller kombineret dyslipidæmi



Ved risici fra flere sider, tilføj en tresporet lipidbehandling.

**NY TREDAPTIVE®\***  
**Sænker LDL-C**  
**Sænker TG**  
**Øger HDL-C<sup>1</sup>**

**NY**  
**Tredaptive®\***  
(Nikotinsyre/laropirant, MSD)  
modified-release tablets

[www.tredaptive.dk](http://www.tredaptive.dk)



#### Præparatbeskrivelse

TREDAPTIVE®\* (nicotinsyre/laropirant, MSD)

(▼) **INDIKATION:** TREDAPTIVE er indiceret til behandling af dyslipidæmi, især hos patienter med kombineret dyslipidæmi og hos patienter med primær hyperkolesterolæmi. TREDAPTIVE bør anvendes sammen med statiner, når den kolesterolsænkende effekt af monoterapi med statiner er utilstrækkelig. (▼) **LÆGEMIDDELFORM OG DOSERING:** Tabletter med modificeret udløsning, 1000 mg/20 mg. **Startdosis:** 1 tablet én gang dagligt. Efter fire uger bør dosis øges til en vedligeholdelsesdosis på to tabletter én gang dagligt (2000 mg/40 mg). Bør tages p.o. sammen med mad, om aftenen eller ved sengetid. Samtidig indtagelse af alkohol eller varme drikke kan forstærke flushingeffekten. (▼) **KONTRAINDIKATIONER:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller et eller flere af hjælpestofferne. Signifikant eller uforklarlig leverinsufficiens. Aktivt ulcus pepticum. Arteriel blødning. (▼) **INTERAKTION:** Forsigtighed bør udvises ved samtidig indtagelse af ganglieblokerende stoffer, vasoaktive lægemidler (såsom nitrater, calciumkanalblokkere og adrenerge receptorblokkere), midazolam og galdehyrebindende lægemidler. TREDAPTIVE sammen med acetylsalicylsyre og clopidogrel bør monitoreres tæt pga. potentiel forlængelse af blødningstiden. (▼) **GRAVIDITET OG AMNING:** Bør ikke anvendes. (▼) **BIVIRKNINGER OG RISICI:** Samlede bivirkninger ved TREDAPTIVE: *Meget almindelige (>1/10):* Flushing. *Almindelige (>1/100, <1/10):* Svimmelhed, hovedpine, paræstesi, diarré, dyspepsi, kvalme, opkastning, erytherma, pruritus, udslæt, urticaria, varmfølelse, stigninger i ALAT og/eller ASAT, fasteglucose, urinsyre. *Ikke almindelige (>1/1000, <1/100):* Stigninger i CK, totalt bilirubin, fald i fosfor og antal blodplader, hypersensitivitetsreaktioner inklusive angioødem, dyspnø, forhøjet blodtryk, hævede læber og ben, brændende fornemmelse, takykardi, bevidsthedstab, rysten, kuldegysninger. *Nicotinsyrerelaterede bivirkninger:* *Hypyghed ukendt:* Atrieflimren og andre hjertearytmier, palpitationer, takykardi, migræne, synkope, cystisk makulært ødem, toksisk amblyopi, dyspnø, mavesmerter, ødem i munden, opstød, ulcus pepticum, acanthosis nigricans, tør hud, hyperpigmentering, makulært udslæt, svedtendens (natte- eller koldsved), vesikulært udslæt, muskelsvaghed, myalgi, nedsat glucosetolerans, urinsur gigt, rhinitis, (ortostatisk) hypotension, asteni, kuldegysninger, ansigtsødem, generaliseret/perifer ødem, smerter, angioødem, type I-hypersensitivitet, icterus, angst, søvnløshed. **Risici:** Forsigtighed bør udvises hos fig. patientgrupper: Lever-, nyreinsufficiens, akut koronar syndrom, diabetikere. **PAKNINGER OG PRISER:** Der henvises til dagsaktuelle priser på medicinpriser.dk (AUP, januar 2010 inkl. markedsgebyr): Vnr. 150539, 28 stk. kr. 219,25; Vnr. 150550, 56 stk. kr. 417,60; Vnr. 028177, 196 stk. (2x98 stk.) kr. 1409,35. **UDLEVERING:** B. TILSKUD: Generelt klausuleret tilskud. **INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILADELSEN:** Merck Sharp & Dohme, dkmail@merck.com. Baseret på produktresumé dateret: 28.08.2009 © Copyright MSD 2009 \*Varemærke registreret af Merck & Co. Inc., Whitehouse Station, N.J., USA (▼) Afsnit omskrevne og/eller forkortede i forhold til EMEAs godkendte produktresumé, som vederlagsfrit kan rekvireres fra MSD.

Se venligst EMEAs godkendte produktresumé inden receptudskrivelse

[www.univadis.dk](http://www.univadis.dk)

Reference1: EMEAs godkendte produktresumé for TREDAPTIVE®\* (Nikotinsyre/laropirant, MSD)



2010 07-2010-CVT-09-DK-001-J

# Mere vold i psykiatrien

AF SØREN BERNSTORFF OLUFSEN, JOURNALIST

## ««« DET SKREV PRESSEN

**Livstruende.** *Stadigt flere sygeplejersker i psykiatrien bliver udsat for vold. Dansk Sygeplejeråd vil have bedre normering, mere uddannelse og god ledelse.*

En af de historier, der på det seneste har fundet vej til avisernes spalter, handler om psykiatriske sygeplejersker, som i stigende grad bliver udsat for vold på arbejdet. Nyheden var på forsiden af Fyens Stiftstidende og blev efterfølgende bragt på flere mediers internethjemmesider, bl.a. [www.dr.dk](http://www.dr.dk), [www.metroxpress.dk](http://www.metroxpress.dk), [www.avisen.dk](http://www.avisen.dk).

Derudover var historien også i Radioavisen, hvor Dansk Sygeplejeråds næstformand Dorte Steenberg blev interviewet om løsninger på problemet.

Fyens Stiftstidendes forsidehistorie bygger på en undersøgelse fra Dansk

Sygeplejeråd, som viser, at næsten halvdelen af sygeplejerskerne i psykiatrien har været udsat for vold i form af slag, spark eller bid fra psykisk syge patienter.

### Stofmisbrug medskyldig i stigning

Fra 2002 til 2007 er andelen af sygeplejersker, der oplever færlighedstruende vold, steget fra 5 til 15 pct. Og den direkte livstruende vold er steget fra 1 pct. til 6 pct.

Stigningen i voldsepisoder skyldes bl.a. et øget narkotikamisbrug blandt de psykisk syge. Samtidig er normeringen på nogle afdelinger faldende, og det betyder eksempelvis, at sygeplejersker får mindre tid til at hjælpe hver enkelt patient.

Dorte Steenberg sagde til Fyens Stiftstidende, at politikerne burde sørge for mere personale på de psykiatriske afdelinger.

"Man bliver nødt til at have en bedre normering, og her mener jeg også, at politikerne i Folketinget har et ansvar. Gør det dog ulovligt at have en for lav normering," sagde Dorte Steenberg til Fyens Stiftstidende.

I Radioavisen henviste Dorte Steenberg til, at man på mange psykiatriske afdelinger arbejder benhårdt med at nedbringe antallet af voldsepisoder. Og at løsningen kan være fokus på specialuddannelse, voldspolitik, bedre normering og god ledelse.

*"Det skrev pressen" bygger på, hvad andre medier har skrevet om det aktuelle emne og ikke på redaktionens egen research.*

## PsykiatriFondens Telefonrådgivning

**søger frivillige telefonrådgivere med faglig relevant baggrund**

Er du

- God til at lytte, og har du lyst til at hjælpe andre?
- Interesseret i en telefonvagt á fire timer ugenligt?
- Engageret, professionel og psykisk robust?
- Minimum 25 år?

Vi tilbyder

- Et fagligt og personligt udviklende arbejdsmiljø
- Et grundigt uddannelsesforløb (obl. seminar 9/4-11/4 2010)
- Supervision og efteruddannelse
- Gratis deltagelse i PsykiatriFondens kurser
- Et dynamisk og engageret team – i et røgfrit miljø

Telefonrådgivningen tilbyder personlig, anonym rådgivning og samtale til mennesker med psykiske sygdomme og problemer, deres pårørende og andre interesserede. Telefonrådgivningens åbningstid er man-fre kl. 11-23 og lør-søn samt helligdage kl. 11-19. Rådgivningen foregår fra lokaler i København.

Yderligere information fås på [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk) eller ved henvendelse til afdelingsleder Charlotte Grønbech på tlf. 3929 3909.

Ansøgningsfrist er den 3/3 2010 kl. 12.

Skriftlig ansøgning med CV sendes til PsykiatriFonden, Hejrevej 43, 2400 Kbh. NV, att. Charlotte Grønbech. Skriv venligst, hvor du har set annoncen. For alle, der indkaldes til samtale, afholdes informationsaften den 9/3 2010 kl. 19-21. Samtaler gennemføres i uge 10 og 11.

*PsykiatriFonden er en privat humanitær organisation, hvis formål er at oplyse den danske befolkning om psykiske sygdomme, at støtte forskningen og at bedre vilkårene for mennesker med psykiske sygdomme og problemer.*

PsykiatriFonden • Tlf. 3929 3909 • [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)



## Frivillige sygeplejersker

**Sygeplejerskerne i Hjemløsehuset på Nørrebro har brug for nogle flere kolleger, der har lyst til at arbejde frivilligt og ulønnet et par timer om måneden.**

Hjemløsehuset har en sygeplejeklinik der er bemannet med ulønnede sygeplejersker. Klinikken har åbent ca. 2-3 timer i husets åbningstid, hverdage fra kl. 8-15.

Vi har et godt og tæt samarbejde med sundhedsteamet i københavnskommune.

De sygeplejemæssige opgaver er primært: sårskift, opfølgning på skader, observation af sygdomme, tilsyn og forbindelse af vridskader og brud, forebyggelse, vejledning m.m. Der er ingen opgaver der ligner hindanden og arbejdet stiller derfor krav til sygeplejerskernes kreativitet og evne til at samarbejde med andre instanser.

For at kunne matche brugerne af Hjemløsehuset og for at kunne yde den optimale sygepleje er det vigtigt, at du er tolerant, rummelig og kan handle og tænke utraditionelt.

Hjemløsehuset er etableret af Hovedstadens røde kors som et fristed for byens hjemløse og andre socialt udsatte. Her kan brugerne komme og få den medmenneskelige omsorg og pleje de har brug for som udsatte. Hjemløsehuset har åbent på hverdage fra kl. 8 til kl. 15.

Hvis du er interesseret i at høre mere så ring til Sussi på tlf. 4074 6130 eller sygeplejerske Dorte Bærentzen på tlf. 5134 0269





FOTO: SIMON KNUDSEN

**Mere i løn.** Kvæsthuset, tirsdag den 19. januar kl. 14. Repræsentanter for tillidsrepræsentanter for anæstesisygeplejersker i hele landet afleverer deres krav til overenskomstforhandlingerne 2011 til Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse. Kravene støttes af foreløbig 1.200 underskrifter.

Anæstesisygeplejerskerne ønsker en stigning på det centralt aftalte løntrin svarende til omkring 36.000 kr. om året, så lønnen modsvarer ansvar og kompetencer. Tillidsrepræsentant Lise Raaschou, Hvidovre Hospital, sagde ved overrækkelsen: "Tiden må være kommet til, at man prioriterer os med specialuddannelse, så Dansk Sygeplejeråd lever op til sin målsætning om, at det skal kunne betale sig at uddanne sig." Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen takkede for tillidsrepræsentanternes initiativ og engagement og erklærede sig helt enig i betragtningerne om uddannelse og løn. "Det er ikke herinde, I finder jeres modstandere," sagde formanden. (sp)

## 40 lokalpolitikere er sygeplejersker

Listen over sygeplejersker, der er valgt til regionsråd eller kommunalbestyrelser – eller begge dele – er blevet suppleret med yderligere tre navne. Det drejer sig om Lena Schroll, der er valgt i Vordingborg Kommune for SF, Anne Grethe Camilles, som er valgt i Næstved Kommune for Socialdemokraterne, og Annette Vinding, som er valgt i Lejre Kommune for SF.

Hele den ajourførte liste kan ses på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) hvor man først vælger nyheder, derpå nyhedsarkiv og så går tilbage til november 2009. I artiklen med overskriften "Sygeplejerske som ny borgmester" finder man navnene på de politiske sygeplejersker med partitilhørsforhold og kommune/region.

(sp)



"Jeg har valgt at bruge tid på at gøre en forskel for mennesker, der står i deres livs måske sværeste situation"

### Gør en forskel - bliv frivillig på Livslinien

Du får en solid grunduddannelse som telefon- eller netrådgiver, 180 engagerede kolleger, regelmæssig supervision, videreuddannelse og temaaftener.

#### Vi forventer, at du:

- Har en relevant faglig baggrund.
- Er ansvarsfuld og tolerant.
- Kan engagere dig helhjertet 4 timer om ugen.

Send din ansøgning inden mandag den 8. februar til [frivillig@livslinien.dk](mailto:frivillig@livslinien.dk)

Læs mere på [www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)

**LIVSLINIEN**

forebygger selvmord  
fremmer trivsel

### I familie med en sygeplejerske

Manu Sareen og Hans Engell er begge i familie med en sygeplejerske. Hvordan det er, fortæller de om på to videoer, som har været vist mange gange i januar. Det



samme har videoerne fra Herlev Hospital samt anæstesisygeplejerskerne, der overraskede Dansk Sygeplejeråds Hovedbestyrelse. Du kan finde dem alle på [www.dsr.dk/tv](http://www.dsr.dk/tv)

### Operationssygepleje hitter

Helt i top på bestsellerlisten ligger bogen "Operationssygepleje", der er udkommet i 2010 og henvender sig til operationssygeplejersker på alle niveauer samt studerende. Den har brutalt slået "Rene rutiner" af banen, der ellers tidligere har domineret førstepladsen.

### Indsamling af OK11-krav

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) er omdrejningspunkt for at melde sig til et af de mange møder til indsamling af krav til overenskomstforhandlingerne i 2011. I første omgang er der kun indsamling af krav fra sygeplejersker, der er ansat i staten. Læs mere om OK11 på [www.dsr.dk/ok11stat](http://www.dsr.dk/ok11stat)



## Efteruddannelse: Tab og traumer - komplicerede livsforandringer

Uddannelsen vil kunne godkendes som det fjerde år ved uddannelse til psykoterapeut MPF 6 moduler á 4 dage over 1½ år. Start august 2010.

Undervisere: cand.psych., specialist i psykoterapi og supervision Solvej Sangild og socionom og psykoterapeut MPF Lise Nielsen.

Folder om uddannelsen og ansøgningskema findes på [www.auhrisskov.dk/uddannelse/kurser](http://www.auhrisskov.dk/uddannelse/kurser).

Yderligere oplysninger:  
Uddannelseskonsulent  
Gitte Brunebjerg, tlf. 7789 2328

**midt**  
regionmidtjylland

# Hvordan kan de undvære så

**Nye tider.** I mange år har sygeplejerske været et af de tryggeste job, man kunne forestille sig. Nu har 29 sygeplejersker på Herlev Hospital fået en fyreseddel, og det rumler flere steder. Hvad går spekulationerne på andre steder i landet?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

**Charlotte Priebe, hjemmesygeplejerske, Århus Kommune, lokalcenter Midtbyen**

"Jeg tror ikke, der er grund til at være bange for jobsikkerheden på langt sigt. Det vil nok udligne sig, for der vil stadig være stor mangel på sygeplejersker.

Det er selvfølgelig ikke sjovt at miste det job, man er i. Men man vil altid kunne få arbejde, måske kan man bare ikke være lige så sikker på, at man altid kan blive i det job, man har i dag."



FOTO: SØREN HOLM

**Diana Kjær, sygeplejerske, Kirurgisk gastroenterologisk afdeling L3, Århus Sygehus.**

"Hvordan kan de undvære dem? Og gad vide om det er os her i Århus næste gang? Nu har vi lige fået at vide af vores ledelse, at vi ikke er truet. Det er da en lettelse, for jeg synes, vi render stærkt i forvejen.

Det er overraskende, at man fyrer så stort et antal sygeplejersker, for jeg kan ikke se, hvordan man kan undvære os. Men det kan da godt være, at man i fremtiden ikke kan vælge så frit mellem jobbene som i dag."

# Nyt livsstilsmagasin til amerikanske

AF MINNA SKAU, JOURNALIST

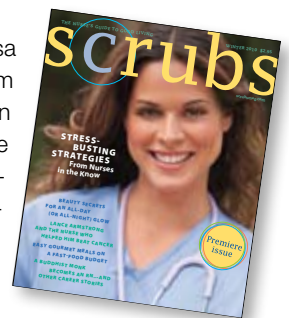
**Kioskbaser.** Makeupråd til lange vagter, alternativer til fastfood og mødet med døden på jobbet. Midt i en tid med økonomisk krise og bladdød er der i USA lanceret et nyt livsstilsmagasin målrettet en af landets største og mest indflydelsesrige faggrupper: sygeplejersker.

Pudder holder længere end creme, flydende håndsæbe er mildere end fast, og orange toner i makeuppern giver en sygelig hudfarve under lysstofrør. Det er bare nogle af de råd, man kan læse i Scrubs, et nyt amerikansk livsstilsmagasin målrettet til sygeplejersker.

USA's omkring tre millioner sygeplejersker har allerede masser af fagblade med nyt om faget, forskning og ledige job. Men bladet Scrubs, der kom på gaden den 13. november, handler mest om mode, sundhed, skønhed og sygeplejerskejobbets svære udfordringer.

I første nummer skriver Tour de France-vinder Lance Armstrong f.eks. om cancer-sygeplejersken LaTrice, der hjalp ham igennem kampen mod testikelkræft. Sy-

geplejerske Theresa Brown fortæller om første gang, hun oplevede at miste en patient til "condition A" – hjertestop. En tidligere stewardesse, en børsmægler og en buddhistmunk fortæller om deres karriereskift til sygeplejen. Og der er gode råd til sund mad, genbrugsvarer og chikt arbejdstøj.



## Anderledes skønhedsproblemer

"Sygeplejersker har nogle helt særlige arbejdsforhold, og det er der ikke andre, der forholder sig til. Deres stress er anderledes. De har anderledes skønhedsproblemer på 12-timers-vagter i tør luft. Og der er en arbejdspladspolitik, som ikke altid anerkender deres indsats," siger chefredaktør Catherine Ettlinger, som tidligere har stået i spidsen for kvindebladene Elle og Mademoiselle.

Bladets navn, Scrubs, er amerikansk fagjargon for de lette bukser og kortær-



## Akupunktør

Uddannelse

starter i Silkeborg  
5.-10. maj 2010

I alt 2 + 6 moduler af 5 dage.

Uddannelsen afsluttes foråret 2012.



## NORDLYS Massage®

Grundkursus

17. - 21. februar eller  
19. - 23. juni i Silkeborg

**NORDLYS®** tlf. 8681 1081  
[www.nordlys.dk](http://www.nordlys.dk)

# mange sygeplejersker?



FOTO: ALEX TRAN

## **Betina Vrist-Rønn, stedfortræder for afdelingssygeplejersken, Barselsafsnit D1, Odense Universitetshospital**

"Jeg tænker, at man alligevel aldrig kan vide sig sikker, selv om vi i vores fag næsten altid har kunnet se på en tryk fremtid. Det er klart noget, der berører os alle, og der er da en lidt trykket stemning her i afdelingen.

Også i lyset af, at OUH skal spare et stort millionbeløb. Vores administrerende direktør har meldt ud, at man vil prøve at undgå afskedigelser, men vi taler alligevel om, hvordan det vil gå, hvis vi ikke kan overholde spareplanen. Og om det kommer til at berøre den kvalitet, patienterne oplever, og vores miljø."



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

## **Henning Jensen, sygeplejerske, Ortopædkirurgisk afdeling B1, Sygehus Sønderjylland i Aabenraa**

"Jeg synes, det er utroligt. Folk gør en ekstra indsats, og så bliver de belønnet med en fyreseddel. Det er ikke rimeligt. Der er jo bevilget ekstra penge, for at man skal lave mere, og hvis man så laver endnu mere, bliver man fyret.

Før i tiden havde et sygehus et budget, og så vidste de, hvad de havde at arbejde med. Nu opererer man røven ud af bukserne, fordi der er en ventetidsgaranti. Den har regeringen fastsat, men så må der også følge de penge med, der skal til."

## sygeplejersker

mede skjorter, der er standardbeklædning i den amerikanske sundhedssektor. Og udgiveren af det nye blad er en af USA's største producenter af uniformerne, SPI.

Direktør for SPI, Michael Singer, siger, at han vover springet, fordi han tror på en fremtid for blade til veldefinerede læsergrupper, herunder en faggruppe, der er en af USA's største og hastigst voksende. Desuden tror han på, at lige netop sygeplejersker er gode til at tiltrække annoncører.

"Sygeplejersker er veluddannede og vellønnede. Og hvis du kan få en sygeplejerske til at købe dit produkt og blive loyal over for det, så har du også en kunde, der med stor troværdighed vil anbefale det til både patienter, venner og familie. Sygeplejersker snakker, de er troværdige, og de er derfor potentielt rigtig gode produktadvokater," siger Singer.

Scrubs skal efter planen udkomme tre gange om året, mens den tilhørende hjemmeside [www.scrubsmag.com](http://www.scrubsmag.com) løbende bliver opdateret.

## Prisopgave om menneskehandel og sexslaveri

Fonden 'Safe and Alive' og 'Europas Kvinders Pris-Danmark' har indstiftet en pris kaldet "Trafficking-prisen". Prisen går til bedste opgave eller projekt, som behandler emnet trafficking/menneskehandel.

Prisen for bedste opgave vil blive uddelt første gang på EU's officielle antitrafficking-dag den 18. oktober 2010. Sidste frist for fremsendelse af opgaver er den 1. juli 2010. Opgaverne skal være udarbejdet i perioden 1. juli 2009-1. juli 2010.

(sbk)

Læs mere om kategorier og betingelser på [www.safe-and-alive.dk](http://www.safe-and-alive.dk)

## Til Salg

### Velfungerende alternativ klinik i Trekantsområdet.

Klinikken er beliggende i lejede lokaler nær centrum med egne parkeringspladser og tæt på offentlige trafikforbindelser. Klinikken behandler fortrinsvis kredsløbsrelaterede sygdomme, gigt/muskel og led sygdomme. Klinikken drives som enkelt person forretning (30 t). Klinikken består af venteværelse, 4 behandler rum, køkken og toilet. Alt inventar medfølger. Sælges grundet pensionering.

Netto avance kr. 500.000-

**Pris kr. 700.000-**

**Yderligere oplysninger**

**tlf . 2149 1645**

## Familieterapeutisk Center

### SYSTEMISK STRUKTUREL FAMILIETERAPI

3-ÅRIG

VIDEREUDDANNELSE

4. uddannelsesår med avanceret supervision som option

*Hvordan stimulere til forandring?*

*Alliance med familiens mål,  
empowerment af forældre og børn med  
fokus på nye narrativer og mestring.*

Tværfagligt hold starter  
13-14. september 2010 i Aalborg

*Tilmeldingsfrist 1. maj 2010!*

**Familieterapeutisk Center Aalborg:**

98164975/40855153

[www.ftc.dk](http://www.ftc.dk) • mail: [villet@ftc.dk](mailto:villet@ftc.dk)

# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER





## FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

# Historiske massefyringer

For første gang i mange år foregår der masseafskedigelser på danske hospitaler. Flere hundrede fyresedler og nedlæggelser af stillinger er på vej. På Herlev Hospital er 29 sygeplejersker allerede blevet afskediget, og i alt 100 sygeplejerskestillinger sløjfes. Afskedigelserne kommer efter, at hospitalerne har behandlet flere patienter end nogensinde i 2009. Nu frygter sygeplejersker for patientsikkerheden:

”Vi løber stærkt nok i forvejen, og vi kan ikke løbe stærkere. Vi kan godt frygte, at vi vil opleve flere fejl,” fortæller sygeplejersker på Herlev Hospitals medicinske afdeling, der siger farvel til 17 kolleger.

Læs på de følgende sider om sygeplejersker på Herlev Hospital, som ikke forstår, at de skal straffes for at være effektive. Og om hospitaler, der er i klemme, fordi de skal opfylde regeringens behandlingsgaranti.

## SYGEHUSE SVINGER SPAREKNIVEN

Region Hovedstaden er i gang med en blodig sparerunde, der fjerner mere end 900 stillinger fra de københavnske sygehuse.

Men det er ikke kun i hovedstaden, der er knas med økonomien. Sygehuse over hele landet er i gang med at føre sparekniven, fordi budgetterne ikke kan holdes. Det præcise antal fyringer og nedlæggelser af stillinger forventes offentliggjort i løbet af de kommende uger.

Ifølge regionerne skal der i 2010 spares:

291 mio. kr. i Region Hovedstaden  
275 mio. kr. i Region Midtjylland  
200 mio. kr. i Region Nordjylland  
120 mio. kr. i Region Sjælland  
100 mio. kr. i Region Syddanmark

Kilde: De fem regioner (aktuelle tal 25. januar 2010).

# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

I foyeren ved hovedindgangen den 13. januar mødtes mange af Herlev Hospitals medarbejdere for at holde et minuts stilhed for de afskedigede. Flere var iført sørgebind, og lange rækker af uniformer symboliserede antallet af fyrede.



## Medicinske afdelinger frygter

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

**Trussel mod plejen.** *Nedskæringer rammer medicinske afdelinger hårdt. Vi kommer til at mangle hænder og kompetencer, siger sygeplejerske på Herlev Hospital.*

I forvejen har Herlevs medicinske afdelinger de samme store udfordringer med at udrede, behandle og pleje patienter med en bred vifte af sygdomme som andre medicinske afdelinger. Faglig stolthed, et godt ry og succes med stor grad af medarbejderindflydelse på arbejdstidstilrettelæggelsen. Alt det er nu truet, føler de ansatte, som Sygeplejersken har talt med. Nedskæringerne betyder desuden øget vagtbyrde - først og fremmest for social- og sundhedsassistenter - men den øgede vagtbyrde kan også ramme sygeplejersker.

Der blev sat navne på fyringerne på Herlev Hospital den 13. januar. Hospitalet måtte sige farvel til 136 ansatte med det varsel, som overenskomsten giver. Fyringerne ventes for alvor at blive mærkbare fra marts måned.

Sygeplejerske Gitte Wolle, medicinsk afdeling 107:

”Det var en skrækkelig uge med fyrin-

gerne. Det er hænder og kompetencer, vi kommer til at mangle. Jeg kan godt være bekymret for, hvad det i sidste ende kan betyde for patientsikkerheden, og det er et åbent spørgsmål, om det også kan medføre øgede omkostninger, at der ikke er tid til den forebyggende sygepleje. Det, vi har lært under vores uddannelse til sygeplejerske, bliver ganske fjernt fra virkeligheden. Det er rigtig ærgerligt.”

### Hver femte er væk

Sygeplejerske Tina Obert, medicinsk afdeling 107:

”Vi løber stærkt i forvejen, og vi kan ikke løbe stærkere. Så er der opgaver, vi må lade ligge. Vi vil komme til at stå i nogle store dilemmaer. Lange samtaler med patienter og pårørende bliver der ikke tid til. Slet ikke i aftenvagten.”

Sygeplejerske Christina Tillebæk, medicinsk afdeling 106:

”Det er vanskeligt at undgå etiske dilemmaer, når vi står med et plejepersonale, hvor omkring hver femte er væk. Medicinske patienter er enormt komplicerede rent udredningsmæssigt, og mange afde-

linger skal samarbejde om behandling og pleje. Jeg kan godt frygte, at vi vil opleve flere utilsigtede hændelser.”

Sygeplejerske Camilla Mathiesen, medicinsk afdeling 106:

### NORMERING NED MED 16 PCT.

De nye nedskæringer betyder, at nettonormeringen af sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og sygeplejeseekretærer på Herlev Hospitals medicinske afdelinger reduceres fra 114,7 fuldtidsstillinger (årsværk) til 95,8 fuldtidsstillinger eller et samlet minus på 16,5 pct.

### INFORMATION SKAL DÆMPE FRUSTRATION

Hvad kan patienter og pårørende forvente, og hvad kan de ikke forvente? Det vil Herlev Hospitals medicinske afdelinger 106 og 107 melde klart ud oven på de aktuelle nedskæringer. Afdelingsledelsen og medarbejderne går nu i gang med at udarbejde en præcis information i form af en pjeces til patienter og pårørende om, hvad patienter og pårørende for fremtiden kan forvente, og hvad de ikke kan forvente. Den præcise information skal dæmpe frustrationer hos såvel patienter og pårørende som hos medarbejderne.

# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER



## flere fejl

"I forvejen er medicinske afdelinger et arbejdsområde, som ikke har samme prestige som så mange andre, selv om de medicinske afdelinger er fagligt meget udfordrende. Vi har hidtil rekrutteret en del af de studerende, som vi har haft på afdelingerne, efter endt uddannelse. Det vil være ærgerligt, hvis de nye forhold skræmmer dem væk."

### Mindre omsorg til svage patienter

Ledende oversygeplejerske Flemming Bøgedal Olsen slår fast, at det er afdelingsledelsens ansvar at udarbejde retningslinjerne for den fremtidige sygepleje og prioriteringen af opgaver.

"Vi må fokusere på kerneopgaverne, så

vi ikke går på kompromis med kvaliteten. Hjælp til den personlige hygiejne er et af de områder, hvor vi må skære. Det bliver de tre h'er: hoved, hænder og hale. Nedskæringerne kan også få en vis afsmitende effekt på vore responstider, når patienter ringer efter hjælp. Det kan være et problem," siger Flemming Olsen og tilføjer:

"Det er svært at se på, at den svage medicinske patient fremover skal have mindre omsorg."

Afdelingssygeplejerske Merete Dall, afdeling 106:

"Det, der er mest frustrerende, er, hvis nedskæringerne truer kvaliteten i sygeplejen. Vi arbejder hele tiden på at højne kva-

liteten, men udviklingen kan blive sat i stå med de aktuelle nedskæringer.

Afdelingsygeplejerske Louise Lund Møller, afdeling 107:

"Vi er kendt for at være et "tungt" speciale. Men her har vi hidtil haft en velfungerende afdeling med fokus på kvaliteten i plejen, god introduktion af nye medarbejdere, ordentlige budgetter til uddannelse og en vagtbyrde, der var til at leve med. Vi har også haft stor succes med, at de ansatte har haft stor indflydelse på tilrettelæggelsen af vagtplanen, så de kunne styre uden om tante Odas runde fødselsdag. Det går fuldstændig fløjt nu."



## FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

## "Nogle græd, andre var forstenede"



**"Reaktionerne blandt de fyrede sygeplejersker var vidt forskellig, men jeg synes, vi har været gode til at drage omsorg for hinanden." Sådan fortæller den 38-årige sygeplejerske og fællestillidsrepræsentant på Herlev Hospital, Charlotte Høffding Larsen. Hospitalet fyrede den 13. januar 136 ansatte – heraf 29 sygeplejersker. Her er hendes dagbog fra dagene omkring afskedigelserne fortalt til Sygeplejersken.**

### Onsdag, 6. januar: Syv dage til fyringsrunden

Jeg mødte ind klokken syv. Jeg plejer normalt at cykle fra min lejlighed på Østerbro til Herlev, men på grund af kulden tog jeg toget. Jeg er "single working mom" til to drenge på syv og 10 år, som bor hos mig det meste af tiden. Men på det seneste har de boet hos deres far, fordi jeg ikke har været ret meget hjemme. Morgenen startede med en overenskomststridig arbejdsnedlæggelse fra klokken 8 til 8.30. Et par hundrede medarbejdere fra næsten alle faggrupper mødtes i forhallen for at tilkendegive deres utilfredshed med de planlagte nedskæringer.

Medarbejderne var frustrerede. Vi har virkelig knoklet, og så skal der skæres i medarbejderstaben. Efter mødet gik jeg tilbage og orienterede direktionen om de ansattes spørgsmål. De besluttede at indkalde til et medarbejdermøde samme dag. Om eftermiddagen var der møde i hospitalets samarbejdsudvalg. Vi skulle drøfte forløbet af det, der med et ucharmerende ord, er blevet kaldt "store prikkedag".

Klokken 15.30 blev samarbejdsudvalgsmødet afbrudt, da direktionen indkaldte til orienteringsmøde for de ansatte. Senere blev samarbejdsudvalgsmødet genoptaget, og vi drøftede principperne for afskedigelserne frem til klokken otte om aftenen. For mig har det hele vejen igennem været et kardinalpunkt, at ansættelsesforholdet er en privat sag. Det er uetisk, hvis sygeplejersker bliver plukket ud til afskedigelsessamtaler foran deres kolleger.

### Torsdag, 7. januar. Kræftpatienter må vente på kemoterapi

Mødte ind til dagens første møde klokken 7.30. Klokken 11 kom Vibeke Schaltz, næstformand i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden, sammen med faglig konsulent Kim Rasmussen. Efter en halv times forberedelse mødtes vi med direktionen for at udtrykke vores bekymring for sygeplejen. Efter fyringerne vil Dansk Sygeplejeråd holde øje med, hvordan sygeplejen udvikler sig. Herlev Hospital satser på en høj international standard. Men hvis ikke der er sygeplejersker til at pleje patienterne, så nytter behandlingen ikke.

Mødet med direktionen foregik i en god atmosfære. Ånden på hospitalet er mere samarbejdsorienteret end konfronterende. Lige siden planerne om besparelserne kom frem i midten af december, har det stået klart, at direktionen har en bunden opgave. Vi får ikke noget ud af at foreslå regionen at trække beslutningen tilbage, for de har ikke pengene. Og så gælder det om at bruge

sin energi det rigtige sted for at gøre en dårlig beslutning så tålelig som mulig. Men det er en ledelsesmæssig opgave at prioritere sygeplejen og give klare retningslinjer. Den enkelte sygeplejerske skal ikke efter afskedigelserne spørge: "Skal jeg nu give patienten morfin, eller skal jeg servere mad?" Besparelserne får konsekvenser for patienterne. Der vil gå længere tid, før den kræftsige patient får sin kemoterapi. Og vores observationer af patienterne bliver også sjældnere.

Klokken 15.30 var der fakkeltog foran hospitalet arrangeret af FOA og Dansk Sygeplejeråd i Kreds Hovedstaden. Det var bidende koldt, og det blæser altid foran Herlev Hospital. Men det varmede, at et par hundrede var mødt op.

Jeg savnede mine børn, så vi mødtes på hospitalet kl. 18.30. Om aftenen var vi sundhedsmæssigt ukorrekte og spiste på McDonald's.

### Fredag, 8. januar: Fyring og dødsfald er den største krise

Hele formiddagen gik med møder. Om jeg eftermiddagen deltog jeg i et tre-timers seminar om en værdig opsigelse. Det er vigtigt, at ledelsen forholder sig sagligt og ikke personligt, når de skal overbringe beskeden om den påtænkte opsigelse. De fyrede skal have noget materiale i hånden, som de kan læse bagefter. Samtidig skal de have sikkerhed for, at der er nogen til at tage hånd om dem efter samtalen. Vi ved jo, at fyring og dødsfald i den nærmeste familie er noget af det, der sender os ud i de største kriser. Sidst på dagen ordnede jeg mails og talte med kolleger. Gik hjem klokken 19.30.

### Mandag, 11. januar: Mit liv med Mozart

Efter en weekend hvor jeg havde været sammen med mine børn, kom jeg på arbejde ved syv-tiden mandag morgen. Dagen var fuldt booket med møder og andre aftaler. Den sluttede med et fælles orienteringsmøde mellem ledelse og medarbejdere. Gik hjem ved 18-tiden og læste "Et Ganske Levende Demokrati". Bogen er pensum i den diplomuddannelse, jeg er ved at tage for erfarne tillidsfolk og fællestillidsrepræsentanter. Fik også tid til at læse lidt i en fransk bog, som hedder "Ma Vie avec Mozart".

### Tirsdag, 12. januar: Et galt system

Man kunne mærke på den trykkede stemning, at fyringerne rykkede tættere på. Hele formiddagen havde jeg møde med fællestillidsrepræsentant-suppleanter. Vi snakkede strategi og om,

#### BLÅ BOG

Charlotte Høffding Larsen er 38 år og har været sygeplejerske i 11 år. Hun har været fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Herlev Hospital siden 2007. Har tidligere været ansat på onkologisk afdeling på Herlev Hospital og på akut mavetarm-kirurgisk afdeling på Amager Hospital. Er udannet på Rigshospitalet.

# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

hvordan vi skulle stå til rådighed for sygeplejerskerne på prikke-dagen.

Sidst på eftermiddagen havde Dansk Sygeplejeråd indkaldt til stormøde. Der blev talt regler og rettigheder. Mange havde svært ved at forstå det her galimatias af et system, hvor hospitalet skal fyre folk, selvom medarbejderne knokler derudaf. Er det regeringens eller direktionens ansvar? Men samtidig var der en god dynamik i rummet. Et eller andet sted ved vi, at det er et nationalt problem. En del af forklaringen er hele den taksjungle, som betyder, at de akutte patienter udløser færrest penge, og at hospitalet tjener flest penge på de planlagte patienter, der så i øvrigt bliver sendt til privathospitalerne på det offentlige regning.

Sidst på dagen koordinerede jeg med Vibeke Schaltz fra Kreds Hovedstaden, om vi nu havde styr på alt. Forlod Herlev Hospital kl. 21.30. Gik i seng med min mentale afkrydsningsliste i hovedet. Havde jeg nu husket det hele? Sov kun tre en halv time i træk, for spændingsniveauet var højt oppe.

## Onsdag, 13. januar: Pressen ville se tårer

Mødte ind klokken seks om morgenen. Lavede kaffe og gjorde klar med morgenbrød, så repræsentanterne fra Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden og tillidsfolkene kunne få noget at spise og drikke, når de kom.

Klokken halv otte var jeg bisidder for en sygeplejerske, der fik overbragt beskeden om, at hun var påtænkt afskediget. Og i løbet af dagen var jeg bisidder ved flere andre samtaler.

Reaktionerne var meget forskellige. Nogle var forstenede og meget lidt udad-reagerende. Andre var åbenlyst kede af det og græd. I den situation er man som tillidsrepræsentant også præget af sin faglighed som sygeplejerske og tænker meget på det beredskab, de afskedigede får tilbudt.

Der var en million pressekontakter den dag. Måden, det foregik på, gjorde mig voldsomt frustreret. Pressefolkene ville bare ind over dørtærsklen og se de grædende sygeplejersker. De havde enormt lidt respekt for, at fyringerne er en privat sag. Sidst på dagen kom pressen ind på hospitalet. Dagen sluttede med en debriefing sammen med de andre tillidsrepræsentanter og hospitalets HR-afdeling. Gik hjem klokken syv. Jeg var træt og havde let til tårer. Det havde været en udmattende dag. Men samtidig var jeg fuld af respekt for sygeplejerskerne på Herlev. Vi har været gode til at tage os af hinanden.

bso@dsr.dk

## FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

# Behandlingsgaranti ruinerer hospitaler

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Diagnose.** Sygehusene er fanget i en fælde. Politikerne tør ikke prioritere og lover patienterne behandlingsgarantier, som hospitalerne skal opfylde. Resultatet er budgetoverskridelser. Derfor kan sygeplejersker se frem til flere fyringsrunder de kommende år.

Fyresedlerne til 136 ansatte på Herlev Hospital har chokeret en branche, hvor afskedigelsessamtaler bestemt ikke er hverdagskost. Et halvt år efter at alle talte om sygeplejerskemangel, må flere sygehuse i hovedstaden i gang med de største fy-

rænt er de offentlige institutioner, som har fået tilført flest ekstra penge de seneste 10 år. Væksten har været på 3 pct. pr. år, når tallene renses for inflation. Og ressourcerne er blevet anvendt særdeles effektivt.

"Hospitalerne har gjort det for godt. Personalet knokler, og de øger hele tiden produktiviteten. Når der er kommet nye behandlingsgarantier, er der fulgt penge med. Men politikere og embedsmænd har glemt at forholde sig til, at de har en økonomisk ramme. Nogle steder har antallet af be-

produceret for lidt og derfor ikke har haft de indtægter, der skal til.

## Fusioner koster

Behandlingsgarantien er ikke den eneste synder. I forbindelse med strukturreformen i 2007 er der foregået en historisk ommøblering af opgaver mellem sygehusene. F.eks. er Herlev Hospital på rekordtid blevet omlagt fra et hospital med mange planlagte patienter til et hospital, hvor akutte og livstruende sygdomme udgør 80 pct. af behandlingen.

"Det er altid meget svært at styre økonomien ved den slags sammenlægninger. Der har nok været lidt for stor optimisme med hensyn til, hvor effektivt tingene kunne gøres, når afdelinger blev lagt sammen," lyder vurderingen fra Jes Søgaard.

En tredje forklaring på hospitalernes økonomiske hovedpine er en ekstraordinær tilstrømning af patienter i 2009. Danske Regioner vurderer, at antallet af behandlinger samlet set er steget 11 pct. i 2008 og 2009. Stigningen skyldes først og fremmest, at danskernes behov for behandling er vokset betydeligt de senere år, fordi sundhedsvæsenet kan mere og mere for flere og flere.

"På landsplan har der været et voldsomt pres på sygehusbehandlingen, og samtidig har der været et stort politisk pres fra patienter og politikere om, at ventetider ikke accepteres," forklarer Jes Søgaard.

Han mener, at det er for tidligt at pla-

"Det er altid meget svært at styre økonomien ved sammenlægninger. Der har nok været lidt for stor optimisme med hensyn til, hvor effektivt tingene kunne gøres, når afdelinger blev lagt sammen."

Jes Søgaard, professor i sundhedsøkonomi, DSI.

ringsrunder på hospitalerne i mange år. På sygehuse andre steder i landet blev der ved redaktionens slutning også raslet med spareknivene. Og de aktuelle nedskæringer bliver formentlig ikke de sidste.

Sygehusene er nemlig fanget i en fælde, hvor de har stadigt sværere ved at styre budgetterne. De er bundet af regeringens behandlingsgaranti og kan ikke længere regulere økonomien ved at lade de mindre akutte patienter vente på behandling.

"Jeg er bange for, at vi vil se flere budgetoverskridelser de kommende år, for det er blevet langt mere komplekst at styre sygehusenes økonomi end tidligere. Den handlefrihed, sygehusene tidligere havde i tilfælde af budgetoverskridelser, er væk. De kan ikke længere udskyde behandlingen af bestemte patientgrupper, og efter strukturomlægningen har regionerne ikke længere selvstændig mulighed for at inddrive skat," siger professor i sundhedsøkonomi Kjeld Møller Pedersen fra Syddansk Universitet.

Han understreger, at sygehusene suve-

handlingerne overskredet budgettet," siger Kjeld Møller Pedersen og fortsætter:

"Samtidig er det dog vigtigt at holde fast i, at de aktuelle overskridelser på landsplan kun er lidt over 1 pct. Så totalt set er det ikke sindsoprivende."

Ifølge Jes Søgaard, der er direktør i Institut for Sundhedsvæsen og professor i sundhedsøkonomi, er forklaringen på budgetproblemerne ikke helt entydig. Mens de mange patientbehandlinger har sprængt budgettet nogle steder, er der også eksempler på afdelinger, som har

## STORE FORSKELLE MELLEM REGIONERNE

Mens Region Hovedstaden skal svinge sparekniven og formentlig fyre flere hundrede ansatte, så står det klart, at medarbejderne i Region Syddanmark undgår fyringer trods et underskud på budgettet for 2010.

"Region Syddanmark har forberedt sig ved at have en buffer af ledige stillinger. Det er en gammel sygehustommefingerregel, at det er godt at have en buffer i form af ledige stillinger i tilfælde af dårlige tider," forklarer Kjeld Møller Pedersen og henviser til, at Region Hovedstadens massefyringer til dels hænger sammen med, at hovedstaden under finanskrisen har fået besat de ledige stillinger.



# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER



ARKIVFOTO: SCANPIX

cere ansvar for budgetoverskridelserne. "Det kan først ske om to-tre måneder, når situationen er blevet analyseret. Men politikerne har virkelig et ansvar for at lære af det, der er sket, så de sørger for, at noget tilsvarende ikke gentager sig i 2011 og 2012," siger Jes Søgaard.

## Knæskaden bagest i køen

Hvis hospitalernes økonomiske krise skal løses, er der ifølge økonomerne kun to muligheder.

Enten skal sygehusene tilføres flere penge f.eks. i form af skatteforhøjelser eller øget brugerbetaling på udvalgte be-

handlinger. Eller også skal politikerne lave en skarpere prioritering, så knæskaden kommer bagest i køen.

"Men selv hvis man gav sygehusene flere penge, ville det ikke løse problemerne. For jo flere forventninger der opbygges, jo større bliver presset af patienter," siger Kjeld Møller Pedersen. Han mener ligesom Jes Søgaard fra DSI, at en differentieret ventetidsgaranti, hvor nogle patienter må vente længere tid på behandling, kan være en af løsningerne:

"Man kan ikke både blæse og have mel i munden. Politikerne kan ikke både fastholde de korte ventetider for alle patienter

**ONDETS ROD – TRE FORKLARINGER**

**Rekordantal patienter:** De seneste fem år er presset på behandlingen i det danske sundhedsvæsen vokset markant. F.eks. blev godt 200.000 danskere behandlet for kræft i 2009 mod 150.000 i 2004. Regionerne har fra 2004 til 2007 gennem effektiviseringer øget aktiviteten på sygehusområdet med ca. 7 pct. uden at bruge en krone mere. Ifølge økonomer skyldes det voksende pres en kombination af flere behandlingsmuligheder, voksende forventninger hos befolkningen og behandlingsgarantien. Kun omkring 10 pct. af den øgede efterspørgsel kan forklares ved det stigende antal ældre.

**Garanti binder sygehusene:** Den 1. juli 2009 blev det udvidede frie sygehusvalg genindført. Dermed har alle patienter ret til behandling efter en måned. Hvis ikke hospitalet opfylder garantien, har patienten ret til behandling på privathospital på regionens regning. Desuden er der fastsat regler for maksimale ventetider for behandling af kræft og visse hjertelidelser. Reglerne gør det umuligt for sygehusene at prioritere.

**Ustyrige fusioner:** 2008 og 2009 har været særlige år pga. mange fusioner og flytninger af afdelinger. Det er velkendt, at nedlæggelse af en sygehusenhed og efterfølgende flytning af sygehusfunktioner medfører tab af produktion og ekstra personaleomkostninger.

Kilde: Danske Regioner.

og samtidig undgå brugerbetaling og give skattelettelser," siger Jes Søgaard. Dilemmaet er ifølge Jes Søgaard, at forslagene om længere ventetid eller brugerbetaling vil være særdeles upopulære blandt vælgerne:

"Det svarer lidt til debatten om efterlønnen. De fleste af os kan godt se, at det ikke giver mening, at sunde 60-årige skal på pension. Men samtidig vil vælgerne ikke af med efterlønnen, og for politikerne er det en dødsdom at afskaffe den."

## FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER

# ”Fyringerne er et symptom på, at noget er fundamentalt galt”

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

**Lappeløsning.** Herlev Hospital fyrer sygeplejersker, Hvidovre Hospital nedlægger stillinger, og Region Sjælland har et underskud på mere end 100 mio. kr. Sparekniven rammer dybt flere steder i sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet skal spare. Flere steder i landet bliver regionalt og kommunalt ansatte sygeplejersker fyret. Dansk Sygeplejeråds formand, Grete Christensen, kalder situationen for grotesk.

”Sygeplejerskerne har knoklet i døgndrift for at overholde behandlingsgarantien og sikre patienterne den bedst mulige sygepleje og behandling. Det bliver de nu straffet for. Nogle får en fyreseddel, mens andre skal løbe hurtigere i fremtiden, fordi antallet af sundhedsprofessionelle pr. patient vil falde endnu mere på grund af fyringerne,” udtaler Grete Christensen.

## Arbejder på højtryk

Dansk Sygeplejeråd har arbejdet på højtryk på flere niveauer, siden det stod klart, at de massive budgetoverskridelser kunne betyde fyringer af bl.a. sygeplejersker. Netop besparelserne og fyringerne var på dagsordenen på Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelsesmøde i midten af januar, hvor hovedbestyrelsen sammen med organisationens fællestillidsrepræsentanter udsendte en fælles udmelding.

”Situationen er uholdbar. De massive besparelser vil utvivlsomt ramme alle, men især de svageste patienter. Og fyringerne skaber en enorm utryghed for medarbejderne. Det her er ikke udvikling af det offentlige sundhedsvæsen. Det er afvikling,” påpeger Grete Christensen og understreger, at Dansk Sygeplejeråd har stort fokus på de berørte sygeplejersker.

## Efterlyser sundhedsforlig

Grete Christensen mener, at besparelserne grundlæggende er udtryk for, at regioner og kommuner har løst flere opgaver, end deres økonomiaftaler med regeringen har taget højde for.

”Landets sygehuse afviser jo ikke patienterne ved hovedindgangen, fordi budgetterne er ved at være overskredet. Det siger sig selv. Fyringerne er et symptom på, at der er noget fundamentalt galt med sundhedsvæsenets økonomi,” siger Grete Christensen og fortsætter:

”De årlige økonomiaftaler har karakter af lappeløsninger. Det betyder, at der aldrig rigtig er arbejdsro for medarbejderne i sundhedsvæsenet. Jeg mener, at der er brug for et flerårigt sundhedsforlig, hvor regioner og kommuner får ro til at opbygge det sundhedsvæsen i verdensklasse, vi alle gerne vil have.”

*mkc@dsr.dk*

## GODE RÅD VED FYRING

Dansk Sygeplejeråds arbejdsmiljøkonsulenter giver 10 råd til sygeplejersker, som har afskedigelserne tæt inde på livet:

1. Bed om svar – også inden varslede fyringer effektueres
2. Værn om dit rekreative rum – lyt til din krop
3. Prioritér arbejdsopgaverne sammen med lederen
4. Hent positiv energi – f.eks. i familien
5. Tal om det
6. Fokuser på dine styrker og kompetencer
7. Støt dine afskedigede kolleger
8. Drop den dårlige samvittighed, hvis du ikke selv blev fyret
9. Tal om fyringerne, og adressér uretfærdigheden
10. Gør noget godt for dig selv

Læs de 10 råd i deres helhed på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) i temaet ”Sygeplejersker fyres”.

## DANSK SYGEPLEJERÅD HJÆLPER DE FYREDE

Dansk Sygeplejeråd og Danske Sundhedsorganisationers A-kasse (DSA) arbejder tæt sammen om at hjælpe fyrede sygeplejersker. Umiddelbart efter fyringen indkaldes de berørte sygeplejersker til fællesmøde for at blive informeret om deres muligheder og rettigheder. Hver enkelt ledig vil også blive tilbudt individuel vejledning i forbindelse med jobsøgning og sparring på ansøgninger.

## Se videoklip fra Herlev Hospital

På [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) kan du se to videoklip fra Herlev Hospital:

Et fra Helle Thornings (S) og Villy Søvnalds (SF) besøg på Herlev Hospital den 15. januar og et klip fra fakkeloptøget ved Herlev Hospital den 7. januar.

Find videoklippene på [www.dsr.dk/tv](http://www.dsr.dk/tv)

**Deadline for dette nummer af Sygeplejersken var den 25. januar 2010. Redaktionen følger op på besparelserne i næste nummer.**

# FYRINGER FYRINGER FYRINGER FYRINGER



Villy Søvndal (SF) og Helle Thorning (S) kom til Herlev Hospital den 8. januar for at støtte de fyringstruede medarbejder. De to partiformænd blev mødt af ansatte fra flere faggrupper og af en delegation fra Dansk Sygeplejeråd med formand Grete Christensen i spidsen.

## MASSEFYRINGER I HOVEDSTADEN

**Herlev Hospital:** 136 ansatte har fået fyresedlen, heraf 29 sygeplejersker. I alt nedlægges 354 stillinger, heraf 100 sygeplejerskestillinger.

**Rigshospitalet:** Her skal afdelingerne i løbet af de kommende uger have fundet besparelser på 94 mio. kr. for dette års budget.

"Ledelsen tror ikke, det er realistisk at finde besparelser på driften. Derfor vil det formentlig komme til at betyde besparelser på bl.a. personalet, men intet er lagt fast endnu," fortæller tillidsrepræsentant Diana Jensen til [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

**Frederiksberg Hospital** skal finde besparelser for godt 70 mio. kr. i budgettet for 2010. Ifølge [www.berlingske.dk](http://www.berlingske.dk) skal sygehuset skille sig af med 100 medarbejdere, hvoraf de 70 formentlig skal fyres. På **Hvidovre Hospital** skal der spares godt 100 mio. kr. svarende til 275 stillinger, hvoraf op mod 100 kan blive fyret. Der er også besparelser på vej på **Bispebjerg** og **Hillerød Hospitaler**.

*Oversigten er udarbejdet ved redaktionens slutning den 25. januar.*

# FØLG MED PÅ [WWW.DSR.DK](http://WWW.DSR.DK)

## SENESTE NYT OM UDVIKLINGEN

Temaet "Sygeplejersker fyres" på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) holder dig opdateret om de aktuelle nedskæringer på sygehusene

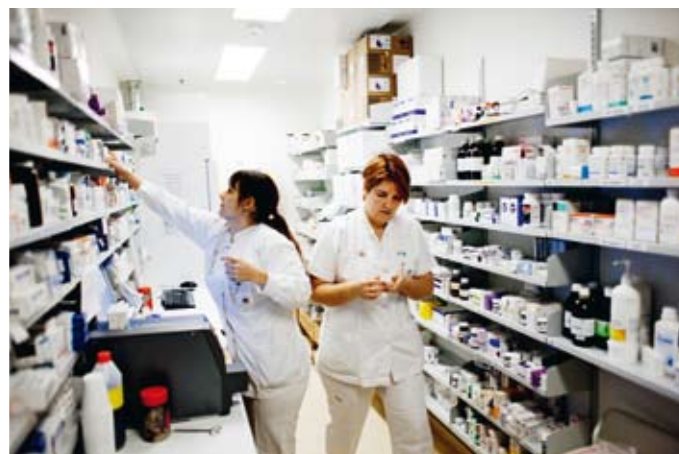




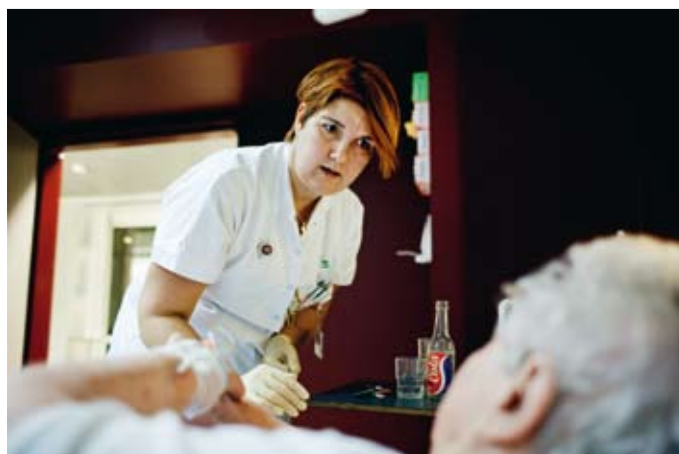
**TJEK**

**>>> HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE  
MED EN PATIENT I DEN SIDSTE UGE?**

"En døende patient, en ældre dame, der nåede frem til, at hun vidste, at hun skulle dø. Det var meget fredfyldt, hun var taknemmelig, når man kom ind, og sygeplejen lykkedes. Hun havde ikke ondt."



Klar, parat, start. Dagholdet er klar til at tage over efter en kort rapport kl. 7.



Inge Tønnesen er indlagt med rosen og en arm, der er dobbelt så tyk, som den plejer. "Kan du bevæge fingrene?" spørger Anne Marie Nielsen.

**Sikkerhedskultur.** Faste indarbejdede metoder sikrer mod misforståelser og halve beskeder, når personalet på Hvidovre Hospital udveksler oplysninger om patienterne.

# PÅ DE MUNDTLIGE BESKEDER

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Børn med meningitis, ældre mennesker med lungebetændelse, misbrugere med hiv eller hepatitis, tuberkulose, tropesygdomme, fugleinfluenza – det er et meget bredt udsnit af patienter, der bliver indlagt på infektionsmedicinsk afdeling på Hvidovre Hospital.

Mange oplysninger skal samles om den enkelte patient, og jævnlig skal mange mennesker arbejde sammen i akutte, hektiske situationer.

Med hospitalets projekt ”Sikker Mundtlig Kommunikation” har medarbejderne fået dagligdags redskaber, der begrænser risikoen for misforståelser og forglemmelser.

Når sygeplejerske Anne Marie Nielsen f.eks. ringer til sygehusets akutte mobilteam om en patient, der er blevet dårlig, bruger hun ISBAR-modellen: Identifikation – Situation – Baggrund – Analyse – Råd. Hun identificerer sig selv og patienten, hun beskriver situationen, gerne med konkrete observationer, hun forklarer til baggrund, hvad patienten er indlagt for, hun giver sin vurdering og analyse af situationen, og til slut beder hun om et råd eller fremsætter sit eget forslag til, hvad hun umiddelbart kan gøre.

En anden metode, tjek-svar, bruger hun f.eks., når hun modtager prøvesvar over telefonen. Hun gentager de oplysninger, hun får, så den, der ringer, kan høre, at hun har taget korrekt mod besked.

Det er gode redskaber, synes Anne Marie Nielsen.

”Når jeg ringer til lægen i en aftenvagt og bruger

ISBAR, kan vi hurtigere identificere problemet, og vi taler ud fra det samme,” fremhæver hun.

”En anden slags situationer, hvor vi bruger metoderne, er de akutte, f.eks. ved hjerrestop. Når der skal gives adrenalin 1 mg, så gentager jeg ”jeg giver adrenalin 1 mg” i stedet for bare at sige ”det gør jeg”.”

På alle afdelingens telefoner sidder der en lille mærkat med de fem ISBAR-trin. På kontorerne ligger der blokke til telefonbeskeder med rubrikker til de forskellige typer oplysninger. Og personalet har fået lommekort med vejledning i ISBAR-metoden. Det har ikke været svært at få indarbejdet, synes Anne Marie Nielsen.

Når man arbejder i infektionsmedicinsk afdeling, er man i forvejen indstillet på sikkerhedsrutiner. Afdelingen er indrettet, så patienterne kan isoleres totalt, med sluser og værnemidler, så personalet ikke bliver udsat for smitte, selv om det til tider er utrolig farlige ting, der kommer ind ad døren. Og ved medicingivningen bruger sygeplejerskerne en scanner til at sikre, at præparat og patient passer sammen.

*Hvad skal man specielt kunne for at være sygeplejerske i en afdeling som jeres?*

”Man skal kunne rumme misbrugere, og man skal have lyst til det akutte. Lige nu er her stille, men om en halv time bliver der måske meldt en meget syg patient.”

*kbj@dsr.dk*

*Se på siderne 26 og 27, hvordan man udveksler sikre oplysninger efter Tjek-svar og ISBAR-modellerne.*



Lorenz Witt har fået taget en knoglemarvsprøve. Sygeplejerske Anne Marie Nielsen kan fortælle, at man venter svar på prøven i dag.

AI medicin er udstyret med en stregkode, som sygeplejerskerne Julie Nyamadi og Anne Marie Nielsen skal scanne i forbindelse med medicindoseringen. Hvis præparatet ikke svarer til det ordnede, siger computeren fra.



”Jeg tror, jeg tager en grøntsagsbøf og en bagt kartoffel med persillesmør.” Inge Tønnesen bestiller mad fra menukortet.



Scanning af stregkoden på patientens armbånd sikrer, at medicinen bliver afleveret hos den rette patient.





ARKIVFOTO: ISTOCK

## Følg beskeden til dørs

Tjek-svar er en metode, som sikrer, at mundtlige oplysninger bliver givet og opfattet korrekt.

Metoden har tre trin.

- 1) Afsenderen **giver** en besked
- 2) Modtageren **gentager** beskeden
- 3) Afsenderen lytter og **sikrer sig**, at beskeden er korrekt forstået

I praksis kan det f.eks. lyde sådan:

- 1) Afsender: "Vil du give 5 mg morfin iv. nu?"
- 2) Modtager: "5 mg morfin iv. nu."
- 3) Afsender: "Godt"

Kilde: [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)

## BAK HINANDEN OP I TEAMET

- forudse kollegers behov og tilbyd assistance
- spørg til kollegers erfaring, hvis du er i tvivl, og tilbyd evt. assistance
- vær ærlig over for kolleger om egen usikkerhed
- tilbyd, eller bed om omfordeling af arbejdsopgaver
- anerkend kollegers bekymringer
- giv opmuntring, ros og støtte.

Disse råd er hentet fra Dansk Selskab for Patientsikkerheds materiale om sikker mundtlig kommunikation på [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)

## Dyrk motion, mens du er gravid

Kvinder, der dyrker motion under graviditeten, føder oftere normalvægtige børn end ikke-aktive kvinder. En biologisk forklaring kan være, at motion har en normaliserende virkning på moderens og fosterets blodsukkerniveau, så risikoen for at føde et tungt barn mindskes. Ifølge hovedresultaterne af en stor dansk undersøgelse er der intet, der tyder på, at fosterets ilttilførsel reduceres under moderens motion, selvom der sker en omfordeling af ilt i kroppen, så de arbejdende muskler tildeles ekstra ilt. Det kan skyldes, at motion påvirker moderens kredsløb generelt i en hensigtsmæssig retning, og at der derved sker en forbedret ilttilførsel til moderkagen og fosteret.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed (Ugens tal for Folkesundhed uge 50, 2009).



## Spørgsmålet du frygter til ansættelsessamtalen

Er der et svagt punkt i dine kvalifikationer? Eller en længere sygeperiode, som en kommende arbejdsgiver formentlig vil spørge til?

Så er det en god idé, at du forbereder dig på, hvordan du vil formulere svaret. Skriv formuleringen ned sammen med dine øvrige notater til ansættelsessamtalen, f.eks. de spørgsmål du skal huske at stille arbejdsgiveren.

Selv om du måske ikke når at kigge i notaterne, når spørgsmålet kommer, vil det altid være en hjælp, at du én gang har fundet de rigtige ord.

Kilde: Jobkonsulent Maj-Britt Riget, DSA.



## KAFFE ER SUNDT!

To-fire kopper kaffe om dagen nedsætter risikoen for hjertekar-sygdomme. Kaffedrikning forøger ganske vist blodtrykket, hvis man ikke er vant til kaffe, men virkningen aftager ved tilvæning. Der er ikke hold i forlydender om, at kaffedrikning skulle give hjertearytmier.

Kilde: [Nursing Times/www.coffee-break.org](http://Nursing Times/www.coffee-break.org)





## Hold igen med kuløren

I en mørk og kold vintertid er det fristende at lægge sig ind i et varmt solarium og få lidt varme i kroppen og kulør på kinderne. Men sundt er det ikke ifølge overlæge på Dermatologisk ambulatorium på Gentofte Hospital, Lone Skov.

"De undersøgelser, der er foretaget, peger på, at selv et relativt begrænset forbrug af solarier, f.eks. én gang om måneden, øger risikoen for hudkræft," siger hun til personalebladet Agenda. Af samme grund har Gentofte Hospital lukket deres solarietilbud til de ansatte.

# ISBAR

## – et redskab til sikker udveksling af oplysninger

"Du får lige en ISBAR," siger personalet på Hvidovre Hospital, når man ringer et andet sted hen i huset for at udveksle oplysninger om en patient.

Det betyder, at man udveksler et bestemt sæt oplysninger i rækkefølgen Identifikation – Situation – Baggrund – Analyse – Råd.

Hospitalet har udarbejdet lommekort, som man kan støtte sig til. For hvert trin er der forslag til, hvad man konkret kan lægge i det:

Foreløbig er knap 2.000 af de 2.300 medarbejdere på Hvidovre Hospital blevet undervist i principperne for sikker mundtlig kommunikation. Redskaberne, der anvendes i projektet, er udviklet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og findes på [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk)

### IDENTIFIKATION

sig dit navn, din funktion og afdeling eller afsnit  
sig patientens navn, cpr-nr. og afdeling

### SITUATION

"jeg ringer, fordi ... (beskriv)"  
"jeg har målt følgende værdier: BT\_/puls\_/RF\_/SAT\_/temp\_ eller  
"jeg har observeret væsentlige ændringer i BT/puls/RF/bevidsthedsniveau/SAT/hudfarve/EKG/Sår/GI/Gyn"

### BAGGRUND

indlæggelsesdiagnose og -dato  
kort referat af sygehistorie indtil nu

### ANALYSE

"jeg mener, problemet er ... (beskriv)"  
"problemet er nok kardelt/respiratorisk/neurologisk/..."  
"jeg kender ikke problemet, men patienten har fået det værre"  
"patienten er ustabil, vi må gøre noget"  
"jeg er bekymret"

### RÅD

"skal vi ikke ... (beskriv)?"  
"hvad synes du, at jeg skal gøre?"  
"hvilke undersøgelser vil du foreslå?"  
"hvad mener du, jeg skal observere, og hvor ofte?"  
"hvornår skal vi tales ved igen?"



# Forældre til

**Knuste drømme.** Forældre til unge psykisk syge kan sagtens inddrages uden at krænke den unges integritet, viser erfaringer fra psykiatrien i Århus. De unge skal overbevises om, at det er til deres egen fordel, at deres netværk bliver inddraget i behandlingen.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

På papiret er den 18-årige personlig myndig. Men hvad hvis den unge bliver psykisk syg og indlagt på en psykiatrisk afdeling? Er den unge så voksen nok til at vurdere, om han eller hun vil i behandling? Hvor? Med hvilken medicin? Og hvor længe? Eller har unge med psykisk sygdom stadig brug for forældrene til at støtte sig igennem forløbet?

Pr. 1. januar 2009 blev aldersgrænserne i psykiatrien ændret. Hvor alle under 21 år tidligere hørte under børne-/ungepsykiatrien, går skillelinjen i dag ved det fyldte 18. år. Det betyder, at alle over 18 år automatisk hører til i voksenpsykiatrien.

Og det kan ifølge psykiatrisk sygeplejerske Lisbeth Vad-Nielsen indimellem give konflikter. Både mellem de unge og deres

forældre og mellem forældrene og personalet på de afdelinger, hvor de unge er indlagt. Lisbeth Vad-Nielsen arbejder dels på en OPUS-klinik for unge med debuterende skizofreni i Århus, dels som terapeut i SINDs Pårørenderådgivning i Århus.

”Som ansat i SINDs Pårørenderådgivning kan jeg opleve forældre, der føler sig frustrerede og magtesløse over den måde, personalet i psykiatrien møder dem på. De oplever sig afvist i forhold til at kunne få informationer om sygdomssymptomer, diagnoser og behandling til deres unge, voksne børn,” fortæller Lisbeth Vad-Nielsen, som har arbejdet med psykisk syge siden 1980.

Nogle forældre oplever sig til besvær for personalet og fornemmer, at personalet sy-

# psykisk syge er selv i krise







FOTO: SØREN HOLM

Man kan sagtens give forældrene generelle informationer om sygdomme og behandlingsmuligheder uden at krænke tavshedspligten, mener psykiatrisk sygeplejerske Lisbeth Vad-Nielsen.

nes, de er overinvolverende og blander sig for meget. Det kan opleves meget sårende, krænkende og devaluerende for forældrene.

Lisbeth Vad-Nielsen fortæller, at der desværre er tale om en gammelkendt problematik. Det er indimellem en kunst, der kræver faglig ekspertise, at inddrage forældrene, så de føler sig tilstrækkeligt involveret, uden man krænker den unges integritet. Problematikken er bare blevet skærpet, fordi de unge nu kommer på voksenafdelingen, når de har passeret de 18 år. I børne-/ungepsykiatrien har man været vant til forældrekontakten. Det har man typisk ikke i voksenpsykiatrien, hvor man har været vant til at arbejde med unge voksne over 21 år.

Men det er sundhedspersonalets pligt at få samarbejdet med forældrene til at fungere, siger Lisbeth Vad Nielsen. I psykiatrien i Århus er det et indarbejdet princip, at der inden for den første uge skal være etableret aftale om en samtale med de pårørende til personer med en psykisk lidelse.

### Hånd om forældrene

Lisbeth Vad-Nielsen understreger vigtigheden af, at de sundhedsprofessionelle

### ))) DET ØNSKER PÅRØRENDE TIL PSYKISK SYGE

Viden om psykisk sygdom.

Viden om, hvordan de kan støtte den syge.

Personlig støtte, evt. krisehjælp.

Kontakt til andre i samme situation.

Kilde: Sygeplejerske Lisbeth Vad-Nielsen.

tager hånd om situationen og taler med forældrene.

”Vi ved jo af erfaring, hvor vigtigt netværket er for unge med psykisk sygdom, selvom de måske ikke vil have forældrene indblandet, når de er allermest syge og lige er blevet indlagt. De unge, der indlægges på sengeafdelingerne er de allermest syge, og ofte er de psykotiske. De lider typisk af vrangforestillinger og er måske vrede over, at forældrene har presset på for at få dem indlagt evt. med tvang.

Netop når den unge har valgt, at forældrene ikke må få oplysninger, er det specielt vigtigt at tage vare på forældrene. Man kan sagtens give forældrene generelle informationer om sygdomme og

behandlingsmuligheder, uden at krænke tavshedspligten. På samme måde kan man støtte og vejlede dem i deres rolle som pårørende/forældre.

Dårlig forældrekontakt kan også handle om tid, fortæller Lisbeth Vad-Nielsen.

”Mange unge psykotiske kræver ofte en person om sig hele tiden. Derfor udkonkurreres pårønderarbejdet af behandlingen og omsorgen for den syge unge. Samtidig er rigtig mange af forældrene selv i krise, og det er ikke unormalt, at de skælder personalet ud. Det kan godt føles vældig voldsomt, og man ved måske ikke helt, hvordan man skal håndtere opgaven. Er det os som personale, der skal tage kontakt til de pårørende? Eller skal vi vente, til de pårørende selv henvender

### ))) EN SUNDHEDSFREMMEDE INDSATS

Sygeplejerske Lisbeth Vad-Nielsen har i forbindelse med sit masterstudium undersøgt, hvilke barrierer der blokerer den psykiatriske sygeplejerske i bestræbelserne på at etablere et velfungerende samarbejde med de pårørende.

”Min konklusion var, at man må se samarbejdet med patienter og pårørende som en sundhedsfremmende indsats. Det gælder om at få skabt en følelse af sammenhæng både for patient og pårørende. Hvis den unge og forældrene skal kunne håndtere deres liv med det nye livsvilkår, en psykisk sygdom er, er det vigtigt, at de oplever begribelighed, håndtérbarhed og meningsfuldhed.”

der sig?” spørger Lisbeth Vad-Nielsen. Hun mener, at det er rigtig vigtigt, at personalet tager kontakt til de pårørende – uanset den psykisk syges alder. Det kan være forældre, søskende, ægtefælle, kæreste, en god ven. Samarbejdet skal etableres for både den syges og de pårørendes skyld.

#### Respektér et nej

Men det er afgørende, hvordan emnet bringes på bane over for den unge.

”Hvis man f.eks. siger: ”Må jeg have lov at snakke med dine forældre onsdag kl. 14?” Så svarer mange unge nej. Og det nej er man nødt til at respektere,” siger Lisbeth Vad-Nielsen. Hun foreslår, at man i stedet præsenterer forældrekontakten som normen og som et led i behandlingen.

”Man skal understrege, at netop det nære netværk er af stor betydning for deres kommende behandlingsforløb. Men samtidig skal det understreges, at den unges privatsfære ikke må krænkes. Den unge skal have håndslag på, at ting, der er sagt i fortrolighed til behandleren, ikke automatisk kommer videre til forældrene,” siger hun.

Det er Lisbeth Vad Nielsens erfaring, at hvis man griber situationen rigtigt an, så vil de fleste unge acceptere, at man kontakter forældrene og inviterer dem til et møde. Afslår den unge alligevel, er det vigtigt, at personalet kontakter forældrene og fortæller dem, at den unge ikke ønsker deres deltagelse.

”Vi kan så henvise forældrene til SINDs Pårørenderådgivning, hvor de kan få støtte og vejledning.

I de tilfælde, hvor forældrene ikke ved, at den unge er indlagt, og den unge er over 18 år, må vi ikke på eget initiativ kontakte forældrene,” siger hun.

Ringer en mor eller far og siger: ”Vi ved, vores søn/datter er blevet indlagt, må vi høre, hvordan det går?” må personalet faktisk ikke sige noget om det i henhold til deres tavshedspligt.

”Men vi kan love dem, at vi vil fortælle deres unge, at de har ringet og er bekymrede. På den måde kan man vise forældrene, at man forstår deres bekymring og er åbne over for et samarbejde. Man skal huske, at forældrene også selv er i krise. Deres barn vil måske ikke tale med dem i den akutte fase af sygdommen. Men de er altid velkomne til at ringe igen om et par dage eller en uge,” siger Lisbeth Vad-Nielsen.

Hun mener, at det er vigtigt at tale med forældrene, uden deres børn er til stede.

”Det er ofte en stor sorg at opdage, at ens barn/unge har fået en psykisk sygdom som f.eks. skizofreni. Diagnosen rokker for mange ved de fremtidshåb, man har haft som forælder. Samtidig er mange plaget af

skyld og skam. De føler, de har gjort noget forkert i forbindelse med deres opdragelse etc. De leder efter årsager til sygdommens udbrud. Og disse følelser og tanker har forældrene brug for at få talt igennem, uden de skal tage hensyn til den sårbare unge. Når de unge er velinformerede om samtalens indhold, oplever mange af dem en lettelse. Både ved at forældrene får hjælp, men også ved, at de får kendskab til symptomerne, som ofte har præget den unges adfærd gennem længere tid. Det vigtigste er, at man spiller med åbne kort og ikke har skjulte dagsordener,” siger Lisbeth Vad-Nielsen.

*redaktionen@dsr.dk*

”De føler, de har gjort noget forkert i forbindelse med deres opdragelse etc. De leder efter årsager til sygdommens udbrud. Og disse følelser og tanker har forældrene brug for at få talt igennem, uden de skal tage hensyn til den sårbare unge.”

*Psykiatrisk sygeplejerske Lisbeth Vad-Nielsen.*



# ”Du aner ikke, om hun nogensinde bliver rask”



Karen Emborg, hendes mand og datter er i dag tilknyttet en familieggruppe under OPUS-teamet på Vesterbro, hvor der deltager seks patienter med deres pårørende samt en sygeplejerske og en socialrådgiver. De unge fortæller, hvordan de har det, og forældrene fortæller hvordan de føler, at det går med de unge.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

**På sidelinjen.** Forældre til psykisk syge unge oplever at blive holdt uden for deres børns behandling. Personalet henholder sig typisk til, at den unge er fyldt 18 år.

Det er ikke usædvanligt, at Karen Emborgs 24-årige datter er presset op til eksamen. Hendes ældste datter har altid været meget pligttopfyldende og perfektionistisk.

Det er heller ikke usædvanligt, at hun beder sin mor komme forbi, så de sammen kan drøfte hendes eksamensopgave. Om hun er på rette vej.

Det usædvanlige er, at Karen Emborg kan mærke, at det hele er ved at vokse datteren over hovedet.

Hendes fornemmelse holder desværre stik. Da datteren et par dage efter kommer på weekendbesøg hos forældrene for at arbejde på sin opgave hjemme hos dem, er hun totalt udmattet. Hun lægger sig på sofaen og begynder så at græde. Græder og græder som et utrøsteligt barn.

”Jeg kan ikke gøre andet end at holde hende i mine arme og synge vuggesange for hende,” husker Karen Emborg.

Det viser sig, at datteren Astrid skal til sin egen læge om mandagen. Samme dag bliver hun indlagt akut på en voksenpsykiatrisk afdeling i hovedstadsområdet. Svært depressiv og selvmordstruet.

Astrid er for længe flyttet hjemmefra og bor sammen med sin daværende kæreste. Hun går målrettet efter at blive tolk og translator og læser erhvervsprog og kommunikation på Copenhagen Business School, CBS. Hun har to yngre søskende og har altid været storesøsteren, der tager sig af de andre.

”Vi ved i virkeligheden så lidt om vore voksne børn. Vore børn er meget anderle-



des sammen med os, og når de passer deres eget liv. De vil ikke gøre os ondt og indvier os ikke altid i det, hvis de har det dårligt. Bagefter kunne vi se, at Astrid havde haft facade på, når hun var sammen med os,” fortæller Karen Emborg.

### Følte sig afvist

”Vi må ikke udtale os om en patient,” lyder beskeden, da Karen Emborg næste morgen ringer til den psykiatriske afdeling, hvor hendes datter nu er indlagt. Karen Emborg besøger sin datter på hospitalet, så snart hun får fri fra arbejde. Hun finder sin datter forpint og apatisk. På afdelingen er aftenholdet mødt. De fleste er vikarer, og ingen har lyst til at orientere Karen Emborg om noget.

”Astrid bare græd og græd, og til sidst bad personalet os om at forlade opholdsstuen, hvor vi sad, og gå ud i afdelingens træningskøkken,” fortæller Karen Emborg. Hun tager sin datter om livet og vil følge hende ud, men mødes straks af beskeden: ”Ja, hun kan jo godt gå selv!” Det stod helt klart, at Astrids mor var et forstyrrende element.

”I løbet af de fire måneder Astrid var indlagt, var det meget sjældent, de andre patienter fik besøg. Jeg kunne fornemme, personalet tænkte: ”Er hun nu der igen!””

Medpatienterne er utroligt omsorgsfulde, men ifølge Karen Emborg piner det Astrid, at der ikke er nogen steder, hvor hun kan være alene. Sengen er hendes eneste privatliv. Hun er selvmordstruet, men alligevel indlagt på en åben afdeling, som hun kan forlade, hvis hun vil. Hun har siden fortalt, at den eneste grund til, at hun dengang ikke begik selvmord, var, at hun ikke kunne beslutte, hvordan hun skulle gøre det.

### På tålt ophold

Karen Emborg vælger at besøge sin datter hver dag. Nogle gange bliver hun der i adskillige timer, til datteren går i seng.

Ingen taler til hende. Hun føler, at hun er på en slags tålt ophold.

Astrid har talt kortvarigt med en læge, men ved ikke noget om, hvad der skal ske med behandlingen. Hun er svær at kommunikere med, fordi hun er så ked af det. Det varer flere uger, før Astrid får en fast kon-

taktperson på afdelingen, og lige så længe, før der foreligger en behandlingsplan.

Det er Karen Emborgs indtryk, at personalet er mere eller mindre usynligt i hverdagen på afdelingen. En gang om måneden er Karen Emborg inviteret til at deltage i et møde med en læge og Astrids kontaktperson.

”Det er godt nok den samme psykiater, der deltager i det månedlige møde. Men kontaktpersonen er ny hver gang, og det er meget frustrerende for os som pårørende, da det er den faste kontaktperson,

”Det er ikke kun patienten, der bliver ramt, men hele familien. Du er selv stresset, når dit barn får en psykisk sygdom.”

der kender patienten bedst fra hverdagen,” fortæller Karen Emborg.

Astrid har brug for at have kontrol over dagligdagen for at føle sig tryk. Det går hende meget på, at medicinen påvirker hendes hukommelse, og at hun f.eks. kan glemme en aftale med fysioterapeuten o.l. Derfor aftaler Karen Emborg, at Astrid skal have alle beskeder på skrift.

Dagen efter bliver Astrid alligevel uden forklaring flyttet over på en enestue, hvilket hun får det meget dårligt over.

”Da bliver jeg rigtig gal og ringer og klager til overlægen,” husker Karen Emborg.

Næste gang hun kommer på afdelingen, er det tydeligt, at det er rygtedes, at hun har brokket sig. ”Der bliver set skævt til mig. De er lidt mere stive i betrækket end sædvanligt.”

### Negative tanker

Efter to måneders indlæggelse nævner en læge for første gang diagnosen skizotypi – en diagnose inden for skizofrenispektret. Skizotypi viser sig primært i form af en overvægt af negative tanker og tendens til at isolere sig. Patienten er fyldt med selvbeprejdelser og vender alt til noget negativt. ”Astrid havde en negativ del af sig selv på skulderen, der fortalte hende, at hun ikke var god nok.”

Behandlingen er først og fremmest medicinsk.

”Da jeg første gang får lov at tage Astrid med uden for afdelingen, er det hende selv, som fortæller mig om ”udgangstilladelsen”. Vi er i december måned, og hun vil gerne opleve lidt julestemning. Mor og datter kører til et nærliggende indkøbscenter.

”Mens vi kører, slår det mig pludselig: ”Hvad gør du, hvis hun springer ud af bilen?” Når man har et barn, der er selvmordstruet, havde det jo været rart, hvis personalet havde fortalt mig, hvordan jeg skulle håndtere situationen.”

Da Astrid efter endt behandling endelig forlader den psykiatriske afdeling, bliver hun udskrevet til fortsat behandling i OPUS. Alt går tilsyneladende godt, indtil Astrid igen går ned med en svær stressreaktion.

Det sker også denne gang i forbindelse med eksamen og nøjagtig på årsdagen for hendes første indlæggelse.

Karen Emborg fortæller, at Astrid anden gang bliver indlagt på en psykiatrisk afdeling, der ellers er forbeholdt unge førstegangsindlagte. Her er de meget søde og sørger for, at der er et sted, Karen Emborgs datter kan sidde med sin computer.

### Familien er ramt

Indlæggelse nummer to er alt i alt en meget bedre oplevelse. Dels fordi Astrid nu har en diagnose og ikke er helt så medtaget som første gang. Dels fordi hendes mor

”Jeg kunne fornemme, personalet tænkte: ”Er hun nu der igen!”

ikke er helt så meget oppe i det ”røde” felt denne gang.

”Det er ikke kun patienten, der bliver ramt, men hele familien. Du er selv stresset, når dit barn får en psykisk sygdom. Skizofrenisygdommene er svære at håndtere, fordi man har hørt så mange skrækhistorier. Pludselig handler det så om dit eget barn. Du aner ikke, hvad der vil ske, og om hun nogensinde bliver rask.”

”Det er godt nok den samme psykiater, der deltager i det månedlige møde. Men kontaktpersonen er ny hver gang, og det er meget frustrerende for os som pårørende, da det er den faste kontaktperson, der kender patienten bedst fra hverdagen.”

» Det værste er næsten, at patienterne er så forpinte, og at du ikke kan gøre noget for at trøste dem eller tage det onde væk,” fortæller Karen Emborg.

Hvis hun skal give et godt råd til andre forældre i samme situation, må det være, at de skal være mere pågående over for sundhedspersonalet og fra starten spørge, spørge og spørge, indtil de får et svar.

”Her bagefter kan jeg godt se, at jeg nok har været for flink og tilbageholdende.

I den akutte fase, hvor barnet lige er blevet indlagt, har man ikke så meget over-skud. Man har en masse selvbebrejdelser. Kunne man have set det komme? Selvom vores datter var flyttet hjemmefra, da hun blev syg, er hun jo stadig vores barn, og vi bliver ved med at bekymre os om hende, og det bør personalet på en psykiatrisk afdeling kunne forstå.

Det er trods alt os, der har kendt vore børn længst. Vi har kendt dem, før de blev syge, vi er der, imens de er syge, og vi følger dem videre frem. Men det er vigtigt, at vi som forældre også formår at tænke på os selv, så vi ikke går helt ned med flaget. Det hjælper jo slet ikke vores børn!”

Astrid har siden første indlæggelse været tilknyttet OPUS-teamet på Vesterbro.

Tilbuddet her omfatter bl.a. deltagelse i en familiegruppe. Et tilbud, som Karen Emborg og hendes mand har valgt at tage imod.

I gruppen deltager seks patienter med

#### »»» INTERVENTIONSTEAM FUNGERER MANGE STEDER I LANDET

OPUS er et tilbud om intensiv psykosocial behandling til unge med debuterende psykoselignende symptomer, og – hvis den unge ønsker det – også til de nærmeste pårørende. Et fast team af behandlere skal sikre kontinuitet mellem den ambulante, den sygehusbaserede og den sociale indsats.

OPUS-teamet består af:

- psykiater
- psykiatrisk sygeplejerske
- psykolog
- socialrådgiver
- ergoterapeut eller afspændingspædagog
- erhvervsrådgiver.

OPUS-teamet tilbyder i alt to års behandling. Herefter overgår patienterne til distriktspsykiatrien.

OPUS startede i Århus og København i 1998 som et toårigt behandlings- og forskningsprojekt og er siden blevet et permanent ambulante behandlingstilbud i begge byer. Siden da er der kommet flere lignende tidlige interventionsteam rundt om i landet.

Læs mere på [www.opusdanmark.dk](http://www.opusdanmark.dk)

deres pårørende samt en sygeplejerske og en socialrådgiver. De unge fortæller, hvordan de har det, og forældrene fortæller, hvordan de føler, at det går med de unge.

”I gruppen lærer vi bl.a., at vi skal respektere de unges integritet. Det værste, de ved, er, når forældrene ringer og spørger: ”Hvordan går det?” Man er jo dybt urolig indeni, hvis man ikke har hørt fra dem længe. Vore børn vil gerne skåne os. Man skal være lidt af en detektiv for at finde ud

af, hvordan de egentlig har det. Efterhånden lærer man at aflæse det på deres tonefald og deres kropssprog.

Astrid er ekspert i engelsk, som jeg ofte har brug for i forbindelse med mit arbejde. Så jeg er blevet rigtig god til at ringe og bede om et ord. Bare for at høre, hvordan hendes stemme lyder.”

*redaktionen@dssr.dk*





#### INFORMATIONSMØDE

- 16. marts kl. 17-18.30 på Syddansk Universitet i Odense.

Master i

# fitness og træning

Masteruddannelsen i fitness og træning er et forskningsbaseret efteruddannelsesstilbud for sundhedsprofessionelle, der arbejder med fitness og træning. Uddannelsen er målrettet dig, hvis du ønsker at opkvalificere dig, så du bliver specialist i sund livsstil.

Uddannelsen giver et teoretisk grundlag for fitness og træning, og i din hverdag kan du afprøve teorierne i praksis. Din arbejdsplads får gavn af din master-uddannelse allerede mens du læser.

Som færdiguddannet kan du:

- Formulere og analysere faglige problemstillinger
- Kommunikere målrettet og effektivt
- Perspektivere og udvikle praksis
- Iværksætte individuelle eller gruppebaserede trænings- og kostprogrammer

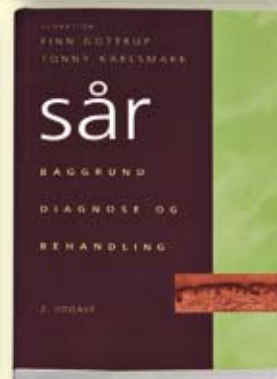
Uddannelsen er relevant for dig, hvis du allerede har en vis erfaring inden for fitness, træning eller andre typer af fysisk aktivitet fx idræt.

Uddannelsen foregår i Odense og varer 2 år på deltid.

- Søg nu og senest 15. maj 2010.
- Uddannelsen starter 1. september 2010.

Kontakt os på tlf. 65 50 29 98,  
e-mail: [mft@health.sdu.dk](mailto:mft@health.sdu.dk) eller  
gå ind på [www.sdu.dk/mft](http://www.sdu.dk/mft)

 SYDDANSKUNIVERSITET.DK



Få **2** bøger for kun **29** kr. pr. stk.  
+ 39 kr. i porto og eksp.

Få ny inspiration til dit arbejde og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Spar op til 45% på dine bøger i **Bogklubben for Sundhedsprofessionelle**.

Læs mere om bøgerne og meld dig ind på

[www.sundhedsprof.dk](http://www.sundhedsprof.dk)



**»»» AFDELINGEN: DET CENTRALE OPERATIONS-AFSNIT, SYDVESTJYSK SYGEHUS I ESBJERG.**

**Udfordringen:** Der var usikkerhed om hygiejneforskrifterne, når patienter med MRSA eller roskildesyge skulle opereres. Der manglede undervisning af portører og husassistenter på operationsafsnittet.

**Det gjorde de:** To hygiejneansvarlige sygeplejersker beskrev den korrekte procedure for de enkelte faggrupper på "action cards", der kan tages med på operationsstuen. De seks involverede faggrupper blev undervist.

**Det har de opnået:** Ingen er i tvivl om forskrifterne.

**Det er de stolte af:** Afsnittet har fået forespørgsler om deres hygiejneberedskab fra samtlige regioner i Danmark og fra udlandet.

**Det slås de stadig med:** At få ressourcer, så de kan fortsætte med at undervise nyansat servicepersonale.

**Tjek på.** Om problemet er MRSA eller roskildesyge, gør ingen forskel. På det centrale operationsafsnit i Esbjerg ved alle, hvordan smittekæden skal afbrydes.

# Krasbørstige bakterier på operationsstuen

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Det var heldigvis ikke hver dag, Esbjerg Sygehus skulle operere patienter med MRSA eller roskildesyge. Men det betød til gengæld, at der kunne opstå tvivl og usikkerhed, når det centrale operationsafsnit med mellemrum fik meldt en patient med resistente bakterier eller norovirus, der forårsager roskildesyge.

Hvor meget af det faste udstyr måtte blive inde på stuen? Skulle man smide alle ubrugte handsker ud, der havde hængt på væggen under operationen? Var håndsprit nok til hånddesinfektion? Var almindelig rengøring nok bagefter?

Og set fra den anden side: Var det virkelig nødvendigt at dække alt muligt af med plastik inde på operationsstuen?

Sådan var situationen, da de to hygiejneansvarlige sygeplejersker Lene Leth Jensen og Bente Saustrup Olesen i 2007 tog problemet op.

Om anledningen var en patient med norovirus eller MRSA, husker de ikke i dag. Men de husker tydeligt den usikkerhed, der blev afdækket, da de lavede en lille rundspørge om smittefare og forholdsregler blandt deres kolleger.

"Alle vidste noget, men ingen vidste det hele. Og mange var i tvivl om det, de vidste," fortæller Bente Saustrup Olesen, der er hygiejneansvarlig anæstesisygeplejerske.

## Action cards

Opgaven bestod altså i at få beskrevet, hvordan de enkelte faggrupper skulle forholde sig, og få udbredt denne viden. Ikke kun til læger og sygeplejersker, men også til portører og rengøringspersonale. De to sidste grupper var der ellers ikke tradition for at undervise.

"Men hvis portøren ikke ved noget om den basale hygiejne, kan han jo gå rundt og smitte i hele huset bagefter. Hvis der mangler bare ét led i kæden, én man ikke har fået informeret eller undervist, så er hele indsatsen spildt," siger operations-sygeplejerske Lene Leth Jensen, der er hygiejneansvarlig i parenkymkirurgisk operationsafsnit.

I december 2007 var logistikken klar. Seks såkaldte action cards beskriver, hvad kirurgen, operationssygeplejersken, anæstesilægen, anæstesisygeplejersken, portø-

ren og husassistenten skal gøre før, under og efter operationen. Hvilke personlige værnemidler de skal bruge hvornår, hvad der skal sprittes, dækkes af osv.

Det enkelte action card består af et lamineret A4-ark – lamineret, så det kan tages med ind på operationsstuen og desinficeres efter brug – og der er udarbejdet to kort til hver faggruppe, ét for MRSA og andre resistente bakterier, et andet for den utrolig smitsomme norovirus.

Kortene og de nødvendige værnemidler som engangsovertrækskitler, masker osv. er pakket ned i to sorte plastikkasser, så alle ved, hvor udstyret ligger, når der er brug for det.

I december 2007 underviste de to sygeplejersker portører og husassistenter, og i begyndelsen af januar mødte knap 100 medarbejdere op til undervisning og introduktion af de nye action cards.

## Bestod prøven

Et halvt år senere bestod systemet den store prøve, da parenkymkirurgisk operationsafsnit fik en patient med MRSA. Patientens operationssår blev vakuumbef-

GLEM DET MAKKER!  
DE HAR FULDSTÆNDIG  
STYR PÅ DET DERINDE.



handlet og skulle skiftes hver anden dag i fuld bedøvelse.

”Jeg hørte om patienten, da jeg kom tilbage fra ferie,” husker Lene Leth Jensen.

”Min kollega havde været med to gange, så hun foreslog, at jeg var steril og assisterede, mens hun selv tog gulv-funktionen, for hun havde styr på, hvordan patienten skulle modtages, og hvad der skulle ske.

Først hjælper man selvfølgelig hinanden med at køre de ting ud fra stuen, som ikke skal blive derinde. Men når jeg står i sterilt tøj og er den, der skal pakke instrumenter ud osv., er det i høj grad min kollega med gulv-funktionen, der har den styrende rolle, og det var fantastisk at se, hvordan hun bare havde tjek på det hele.” Lene Leth Jensen kunne stå som en anden observatør under skiftningen og tænke: Yes! Når hun så portøren spritte sengeheste, inden han kørte sengen ud, når hun så anæstesi sygeplejerskerne tage handsker af og spritte hænder, hver gang de havde rørt ved patienten og skulle have fat i noget rent, når

kirurgen tog hat, handsker, overtrækskittel og maske af, inden han forlod stuen, og alle sprittede hænder, før de gik ud.

”Alle gjorde, som de skulle. Og bagefter kom husassistenterne for at gøre rent og havde kortene med til at læse på.”

I dag ved alle i det centrale operationsafsnit, hvor de skal finde de to sorte plastik-kasser med kortene og værnemidlerne.

”Du kan stadig ikke vække folk kl. 3 om natten og spørge, hvad de skal gøre, når de får en af de her patienter. Men det er heller ikke meningen. Man behøver ikke at vide alting, bare man ved, hvor man skal finde oplysningerne. Og det er ingen i tvivl om,” siger Bente Saustrup Olesen.

Nu håber de to hygiejneansvarlige, at de kan få lov til at gentage undervisningen af portører og servicepersonalet, hvor der har været en vis udskiftning i de to år, der er gået. For det er så meget lettere at optræde korrekt, hvis man forstår, hvad baggrunden er.

”Det er jo det helt grundlæggende.

Hvordan smitter det her, hvad skal du være opmærksom på? At bakterier ikke hopper rundt af sig selv, men at man skal være opmærksom på sprøjt og stænk, og hvor man har haft sine hænder,” siger Lene Leth Jensen.

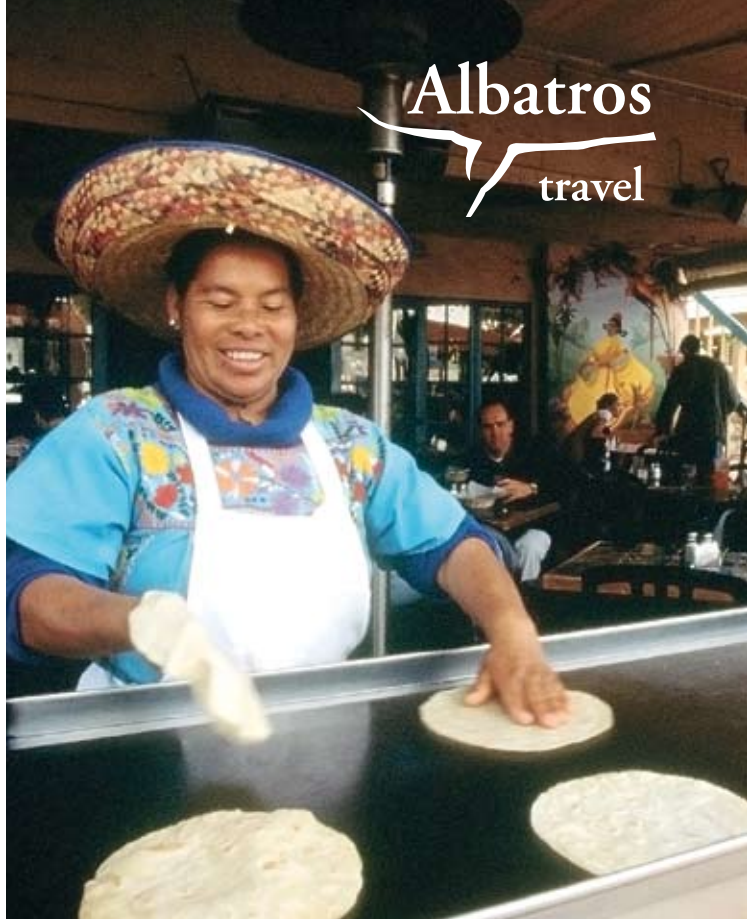
”Når alle forstår, hvordan man afbryder smittekæden, kan man se, hvordan det giver tryghed og overskud. Jeg så jo, hvordan portøren ikke bare overholdt alle hygiejneforkrifterne. Han udviste også stor omsorg for den MRSA-smittede patient. Og det er patienter, som alle ellers undgår, og som jo i den grad føler sig befængt.”

kbj@dsr.dk

#### ))) MERE INFORMATION

**Kontakt:** Bente Saustrup Olesen på [bso1@stofanet.dk](mailto:bso1@stofanet.dk) eller Lene Leth Jensen på [lethjensen62@gmail.com](mailto:lethjensen62@gmail.com)

LÆSERREJSE



Albatros  
travel

# Mexicos Forunderlige Verden

Frida Kahlo, smukke gamle pyramider og spanske kolonibyer, indianerkultur, burritos og livsglæde. **11 dages rundrejse med faglige besøg og dansk rejseleder.**



Mexico er blevet et populært rejsemål, og denne varierende læserrejse kombinerer den livlige hovedstad Mexico City med to af landets klassiske kulturer: Aztekerne i højlandet ved Mexico City og zapotekerne omkring byen Oaxaca.

Første del af rejsen har udgangspunkt i Mexico City, hvorefter vi fortsætter i bus gennem højlandet. Her skal vi nyde kolossale templer og smukke pyramider, der viser kulturernes højt udviklede stade inden for arkitektur, kunst og videnskab. Turen over højlandet slutter i den gamle sølvby Taxco, hvor vi på vejen får et godt indblik i de mange indianske samfund der lever i områderne. I Mexico City og Oaxaca besøger vi en sundhedsklinik/hospital eller lign. Disse besøg vil på grund af lokale forhold først blive fastlagt 6-8 uger før afrejsen.

Rejsen er tiltællt, så vi kommer vidt omkring og får noget for pengene. Vores rejseledere har mange års erfaring med Mexico, og vil gøre deres bedste for at formidle deres viden om og begejstring for et af klodens mest spændende rejsemål.

## Dagsprogram

- Dag 1: Danmark - Mexico City
- Dag 2: Mexico City: Byrundtur inklusiv Zocaloen, Cortes National palads, aztekeretemplet Templo Mayor, det antropologiske museum, Frida Khalo museet.
- Dag 3: Mexico City: Fagligt besøg
- Dag 4: Mexico City: Heldagstur til pyramiderne ved Teotihuacan og Basilicaen for jomfruen af Guadalupe.
- Dag 5: Mexico City: Udflugt til provinsbyen Tehuacan
- Dag 6: Tehuacan – Oaxaca: By- og vandretur i Oaxaca inklusiv Museo Regional & zocaloen
- Dag 7: Oaxaca: Fagligt besøg, skolebesøg & tempelbjergene Monte Alban
- Dag 8: Oaxaca: Landsbybesøg med fokus på kunsthåndværk og markeder
- Dag 9: Oaxaca – Taxco: By- og vandretur i sølvbyen Taxco
- Dag 10: Taxco - Mexico City - Hjemrejse
- Dag 11: Ankomst Danmark

## Afrejse & pris

25. oktober 2010

Pr. pers. i delt dobbeltværelse, kr. 13.990,- Tillæg for eneværelse kr. 1.990,-

## Rejsen inkluderer

Fly København eller Billund - Mexico City t/r med KLM via Amsterdam • Danske og øvrige europæiske samt mexicanske flyskatter og afgifter • Dansk rejseleder • Alle programlagte by- og vandreture, udflugter og faglige besøg • Indkvartering på gode turistklassehoteller • Morgenmad dagligt

Information og bestilling hos Albatros Travel • Tlf.: 3698 9898

Mail: [booking@albatros-travel.dk](mailto:booking@albatros-travel.dk) • Oplys venligst rejsekode LR-SYG

ANDRE REJSER:

SRI LANKA 2010

VIETNAM 2010



## Danmark har brug for et sundhedsforlig

Forleden besøgte jeg Herlev Hospital, som er et af de hospitaler, der opsiges medarbejdere netop nu. Det var et besøg, der gjorde indtryk. Jeg mødte sygeplejersker, som føler utryghed, skuffelse og frustration. I forhold til deres jobsituation, deres hverdag og arbejdsmiljø. Og i forhold til patienterne, som går en mere usikker fremtid i møde.

Jeg deler frustrationerne fuldt ud. Sundhedsvæsenet er et af de vigtigste velfærdsområder. Vi har som borgere alle en forventning om, at sundhedsvæsenet fungerer bedst muligt, når vi har brug for det – uanset om det gælder sygehusene eller kommunerne.

Konsekvenserne af den dårlige økonomi på hospitalerne er tydelige. Patienterne bliver ladet i stikken. Det gælder ikke mindst de patienter, som har færrest ressourcer. Medarbejderne får et dårligere arbejdsmiljø. Ambitionen om et sundhedsvæsen i verdensklasse fortoner sig.

Det er ganske enkelt urealistisk at tro, at vi kan få en helt ny sygehusstruktur, højt specialiseret sygepleje og behandling, forebyggelse og sundhedsfremme uden at betale den pris, det koster.

Lige nu gør vi i Dansk Sygeplejeråd alt, hvad vi kan, for at hjælpe de opsagte sygeplejersker med information og rådgivning, ligesom a-kassen står klar med professionel bistand.

Men vi står også klar til at støtte de sygeplejersker, som er tilbage på de berørte afdelinger, hvor arbejdsmiljøet nu er hårdt belastet.

Samtidig arbejder vi på højtryk for at påvirke politikerne, så sundhedsvæsenet undgår lignende situationer i fremtiden. For der er noget fundamentalt galt med sygehusenes økonomi, når de må fyre medarbejderne i en situation, hvor opgaverne hober sig op. De stramme, etårige økonomiaftaler, som regeringen indgår med regionerne, bærer helt sikkert en stor del af ansvaret.

Derfor er min opfordring til politikerne klar: Danmark har brug for et sundhedsforlig. Folketinget har allerede vedtaget et politiforlig og et forsvarsforlig. Nu er det på tide, at

sundhedsområdet også får et bredt, flerårigt forlig. Et forlig, som sikrer arbejdsro i sundhedsvæsenet flere år frem. Et forlig, som sikrer, at de nødvendige ressourcer er til stede. Kort sagt et forlig, der gør det muligt for regioner, kommuner og medarbejdere at opbygge et sundhedsvæsen i verdensklasse.

Hver eneste dag kæmper sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle for at skabe et bedre sundhedsvæsen, som også har plads til de svageste patienter. Men vi kan ikke nå i mål alene. Det er på tide, politikerne for alvor kommer ind i kampen.

**"Det er ganske enkelt urealistisk at tro, at vi kan få en helt ny sygehusstruktur, højt specialiseret sygepleje og behandling, forebyggelse og sundhedsfremme uden at betale den pris, det koster."**



*Grete Christensen*

Grete Christensen, formand

# Stod alene i lønforhandling

AF TOVE PEACOCK, DISTRIKTPSYKIATRISK SYGEPLEJERSKE

*Kommentar til debatindlægget "Jeg mel-der mig ud af Dansk Sygeplejeråd" i Sygeplejersken nr. 22/2009.*

Jeg har med interesse læst Erik Maribos begrundelse i *Sygeplejersken* nr. 22/2009 om udmeldelse af DSR. Ligeledes læste jeg Grete Christensens svar, som jeg dog synes var noget udglattende.

Imidlertid vil jeg her forholde mig til Erik Maribos indlæg: "Lokalt oplever jeg gang på gang, vores lokale TR, FTR og kollegium opfører sig særdeles amatøragtigt ... og faglige sekretærer svarer enten ikke eller nægter at involvere sig."

Det drejer sig om ansøgning af lokalløn, hvor jeg nøjagtigt har haft lignende oplevelse af farce og manglende hjælp fra TR og regionskontorets side. Dette gør, at jeg stærkt overvejer udmeldelse af DSR.

Den 21. januar 2009 skrev jeg ansøgning til regionskontoret og søgte ny løn grundet funktionen som hygiejnekoordinator. Jeg havde da erfaret, at det er normal praksis med ny løn for koordinatorfunktionen. Kopi af ansøgningen blev sendt til FTR, da den lokale TR var sygemeldt.

Hvad der er sket af inkompetente forviklinger siden da og indtil skrivende stund, vil jeg forskåne læserne for; men for at gøre en lang historie kort er konklusionen, at vi er utrolig dårligt stillet som basissygeplejersker, hvis det er den lokale TR, der skal bruges, hver gang vi søger ny løn.

Hvad kan det nytte, at DSR opfordrer os til at søge ny løn, når vi påtager os nye opgaver, når ikke engang de faglige sekretærer vil gå ind i sagen, når forhandlingerne bliver svære og går i hårdknude.

Jeg har også bedt John Christiansen fra regionskontoret om at gå ind i sagen, men heller ikke dette kan lade sig gøre.

Nu skrives december. Endnu foreligger intet resultat af min ansøgning fra januar. Jeg har oplevet, at de lokale TR ikke kan varetage forhandlingssituationer, der opstår tvivl om resultater, informationerne mangler, og der er ingen hjælp at hente i regionen.

Jeg spørger mig selv, hvordan skal TR også kunne hamle op med trænede forhandlere fra arbejdsgiversiden, som møder op med juridisk bistand.

Grete Christensen skriver i sit svar til

Erik Maribo, at "sammen står vi stærkest". Jeg kan kun sige, at jeg selv hele tiden har været den opsøgende, og har stået alene.

Der er skrevet en detaljeret klage over sagsforløbet til regionskontoret, hvis hovedkontoret er interesseret i en analyse af sagen.

*Tove Peacock er ansat i Psykiatrien i Region Syddanmark.*

## Svar 1

AF ANNI PILGAARD, KREDSFORMAND, KREDS SYDDANMARK

*Kære Tove Peacock!*

Tak for dit indlæg, hvor du stiller en række spørgsmål i forhold til en lokal lønforhandling.

Som altid, når vi modtager spørgsmål, forsøger vi at svare så fyldestgørende og korrekt som muligt, så derfor har vi i formandskabet i Kreds Syddanmark besluttet, at det er kreds næstformand Line Gessø Hansen, der besvarer dit brev. Dette skal ses i lyset af, at hun på daværende tidspunkt var FTR i Psykiatrien og deltog i de omtalte forhandlinger.

Svaret fra Line Gessø Hansen er jeg helt enig i, og skulle du have yderligere kommentarer, er du altid velkommen til at kontakte mig.

## Svar 2

AF LINE GESSØ HANSEN, KREDSNÆSTFORMAND

*Kære Tove Peacock!*

Da forhandlingerne stod på, var jeg fællestillidsrepræsentant (FTR) for dit område. Jeg bistod den lokale tillidsrepræsentant (TR) i forhandlingerne og har derfor indgående kendskab til forløbet.

Lokallønsmidlerne består af en afgrænset pulje, som skal understøtte opgaveløsningen og fagets udvikling lokalt. Det er derfor hensigtsmæssigt, at det er den lokale TR, der forhandler midlerne sammen med den lokale ledelse. Hvis TR ønsker hjælp til svære situationer, kan en faglig sekretær bistå.

TR indsamler lønkrav blandt kollegaerne og prioriterer disse. I dit område er der i nogle år ikke givet lokallønsmidler til basissygeplejersker i sengeafsnittene. Derfor

blev de prioriteret højest, da man fra TR's side ønskede at styrke arbejdet i sengeafsnittene frem for særlige opgaver i det ambulante regi. Din ansøgning var relevant og blev ikke prioriteret nederst. Men der var andre ansøgninger, som var mere presserende.

Selve forhandlingen foregik fredsommeligt. Der var hverken jurister til stede eller "trænede forhandlere" fra arbejdsgiversiden. Vi var TR, FTR og oversygeplejersken. Det er korrekt, at visse steder kan forhandlingerne være langtrukne og skabe splid mellem ledelsen og TR. TR har i sådan en situation mulighed for at afbryde en forhandling og bede om assistance i kredsen. Det var der ikke her. Det blev aftalt med oversygeplejersken, at netop din ansøgning kunne tilgodeses, hvis der var flere midler tilbage i puljen. Det var desværre ikke tilfældet.

Jeg stiller mig uforstående i forhold til, at der mangler information om resultaterne fra forhandlingerne. Jeg kan af en mailkorrespondance mellem TR og ledelsen se, at du bør have modtaget denne information, efter at aftalerne var underskrevet. Jeg vil opfordre dig til at søge igen ved førstkomende lejlighed hos din lokale TR, da din ansøgning er relevant og fuldt ud opfylder kriterierne for lokal løndannelse i dit område.

## »»» HVAD MENER DU

[www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Denne uges spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk):

Påvirker besparelserne på sygehusene din følelse af jobsikkerhed?

Læs temaet om fyringer på siderne 14-23.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 23/2009:

Hvad ville du gøre, hvis du blev vidne til et skuddrama med offer/ofre til følge?

| Svar         | antal      | pct.       |
|--------------|------------|------------|
| Ja           | 174        | 87,9       |
| Nej          | 7          | 3,5        |
| Ved ikke     | 17         | 8,6        |
| <b>I alt</b> | <b>198</b> | <b>100</b> |

# Nedladende humor

AF SUSANNE BOLL OG ANETTE SCHOUV KJELDSSEN, OVERSYGEPLEJERSKER

Vi har den 7. december 2009 sendt nedenstående brev til Lederforeningens formand Irene Hesselberg, med kopi til DSR's formand Grete Christensen.

Da vi desværre ikke har modtaget nogen respons på vores henvendelse fra Irene Hesselberg, vil vi gerne have brevet bragt i *Sygeplejersken*.

Oversygeplejerskerådet ved Århus Sygehus og Det Sygeplejefaglige Råd på Skejby er meget tilfredse med, at der er etableret en lederforening i Dansk Sygeplejeråd.

Vi må imidlertid gøre opmærksom på, at vi er dybt uenige i den strategi, Lederforeningen har valgt med henblik på at give de ledende sygeplejersker et fælles sprog ved hjælp af fire arketyper.

Vi skal nødvendigvis i dialog med politikere, administratorer, forhandlere og vore egne ledere, og det kommer vi kun gennem et fælles professionelt ledelsessprog.

Vi vil derfor opfordre Lederforeningen til i stedet at bruge et ledelsesfagligt sprog, der viser, at sygeplejefaglige ledere er professionelle ledere.

Humor er en god ting, som kan og skal anvendes i mange sammenhænge. Men denne form for humor er nedladende, malplaceret, fagligt og personligt krænkende og opleves som en ringeagt og nedvurdering af sygeplejefaglige ledere. Sygeplejefaglige ledere skal kunne matche bl.a. akademiske medarbejdere, og det kan og skal vi kunne med "rank ryg" – disse tegninger udtrykker noget helt andet.

Vi er helt enige i Lederforeningens strategi om bedre løn og arbejdsvilkår til sygeplejefaglige ledere. Vi vil gerne signalere, at sygeplejefaglige ledere er kvalificerede ledere i et moderne og komplekst sundhedsvæsen, og dét signal skal vi sende.

De fire arketyper, Lederforeningen udtrykker, kan ingen respektere – tværtimod!

Vi beklager, at vi ikke tidligere har gjort vores indflydelse gældende, men vil kraftigt opfordre Lederforeningen til at lytte til os og medvirke til en anerkendelse af sygeplejefaglig ledelse.

*Susanne Boll er formand for Det Sygeplejefaglige Råd ved Århus Universitetshospital, Skejby, og Anette Schouv Kjeldsen er formand for Oversygeplejerskerådet, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus.*

## Svar

AF IRENE HESSELBERG,  
FORMAND FOR LEDERFORENINGEN

Seniorforsker Helle Hedegaard Hein (HHH), cand.merc. og ph.d., Copenhagen Business School, har lavet et treårigt forskningsprojekt om, hvordan medarbejdere kan ledes – hvad virker motiverende, hvad virker hæmmende osv. HHH fandt fire arketyper: Primadonnaen, Præstationstripperen, Pragmatikeren og Lønmodtageren.

På et lønudviklingsseminar, som Lederforeningen holdt i marts 2009 for ledende sygeplejersker fra alle egne af landet og sundhedsvæsenet og fra alle ledelsesniveauer, prøvede vi at finde ud af, hvad der gjorde, at lønnen til ledende sygeplejersker ser ud, som den gør. Hvad er ramme og samfundsbestemt? Hvad er kønsbestemt? Og hvad er vi selv ansvarlige for? – F.eks. er vi for hurtige til at sige ja tak til en stilling, selv om lønnen ikke er forhandlet på plads, påtager vi os for mange opgaver, som ikke honoreres osv.?



ILLUSTRATION: WOLFFHONGENTHALER

I dette "udredningsarbejde" fremkom de omtalte fire arketyper: Helga Kald, Berta Brok, Ivan Glat og Olivia Thit. Disse fire arketyper har hver deres styrker og svagheder – som vi formentlig alle indeholder en del af – men de repræsenterer den "rene vare" og er derfor gode som udgangspunkt for en fælles debat i og blandt Lederforeningens medlemmer.

Vi har i Lederforeningen valgt at få dem humoristisk tegnet, så arketyperne kunne være let genkendelige i den fælles debat blandt ledende sygeplejersker – et tiltag, som heldigvis mange af Lederforeningens medlemmer har syntes vældig godt om. Det er jo ærgerligt, at tegningerne, som er et internt anliggende til brug for medlemmer af Lederforeningen – og altså ikke vores logo eller ment som noget, der skal bruges i den offentlige debat blandt politikere, administratorer, forhandlere eller andre – hos nogen flytter fokus fra dét, det egentlig handler om: At fordi vi har denne debat i egne kredse, kan vi stærkere profilere ledende sygeplejerskers styrker, faglige kvalifikationer og kompetencer – og dermed skabe resultater på en værdig, velargumenteret og kvalificeret måde – og med "rank ryg".

Jeg glæder mig til et godt samarbejde om bedre løn- og arbejdsvilkår m.m. til ledende sygeplejersker med Oversygeplejerskerådet, Århus, og Det Sygeplejefaglige Råd, Skejby, og glæder mig til det møde, vi har aftalt i starten af året.

"Det er for mange fagpersoner svært at forstå, at fedme er en kirurgisk sygdom. Men det er endnu sværere at acceptere, at privatsygehuset nu opererer op til otte personer om dagen for en tilstand, det har taget dem 30-40 år at æde sig til – med ventetidsgaranti – mens cancerpatienter skal vente i månedsvis."

Niels Bentzon og Birgitte Paaschburg, overlæger, Brystkirurgisk afdeling, Herlev Hospital i Politiken den 24. januar 2010.

## Svar på Testen side 73

- 1: b.
- 2: a.
- 3: a.
- 4: b. Mennesker med helt særlige evner betegnes som "savants", og dem er der, så vidt vides, kun ca. 25 af verden over.
- 5: b.



Produktinformation for annonce på bagsiden

#### Forkortet Produktresumé.

**RotaTeq®**, oral opløsning rotavirus vaccine. RotaTeq er en pentavalent vaccine, der består af rotavirus serotyperne G1, G2, G3, G4 og P1(8).

**Indikation:** RotaTeq er indiceret til aktiv immunisering af spædbørn fra 6-ugers-alderen til forebyggelse af rotavirus-gastroenteritis (RG).

**Dosering og indgivelsesmåde:** Kun til oral indgivelse. Der gives tre doser RotaTeq. Den første dosis kan indgives fra 6-ugers-alderen og senest ved 12-ugers-alderen. RotaTeq kan gives til præmature spædbørn under forudsætning af, at graviditeten har været mindst 25 uger. Disse spædbørn skal have den første dosis RotaTeq mindst seks uger efter fødslen. Der skal være mindst 4 uger mellem hver af de efterfølgende doser. Det er at foretrække, at alle tre doser gives for 20-22-ugers-alderen. Alle tre doser skal være givet ved 26-ugers-alderen. Der skal indgives en komplet 3-dosis vaccinationsserie med RotaTeq for at tilvejebringe en varig beskyttelse mod RG. Efterfølgende analyser viser at RotaTeq fra ca. 14 dage efter første dosis reducerer antallet af alvorlige tilfælde af RG (hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg). RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

Det anbefales, at spædbørn, som får RotaTeq ved den første vaccination mod rotavirus, får den samme vaccine til de efterfølgende doser. Hvis det observeres, eller der er stærk mistanke om, at der er blevet indgivet en ufuldstændig dosis (f.eks. hvis barnet spytter vaccinen ud eller gylper vaccinen op), kan en enkelt erstatningsdosis gives i løbet af den samme konsultation. Hvis problemet gentager sig, bør der ikke gives yderligere erstatningsdoser. Yderligere doser efter gennemførelsen af serien på tre doser anbefales ikke.

**Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Overfølsomhed efter en tidligere indgivelse af rotavirus-vacciner. Intussusception i anamnesen. Bør ikke gives til personer med medfødte misdannelser i mavetarmkanalen, da disse misdannelser kan prædisponere for intussusception. Bør ikke gives til spædbørn med kendt eller mistænkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infektion forventes ikke at påvirke sikkerheden eller virkningen af RotaTeq. Da der ikke eksisterer tilstrækkelige data, anbefales det imidlertid ikke at vaccinere spædbørn med asymptomatisk HIV med RotaTeq. Vaccination med RotaTeq skal udsættes for spædbørn med en akut, svær sygdom med feber. Forekomst af mild infektion er ikke en kontraindikation for vaccination. Vaccination med RotaTeq skal udskydes for personer med akut diaré eller opkastning.

**Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Der findes ingen sikkerheds- eller virkningsdata vedrørende indgivelse af RotaTeq til immunkompromiterede spædbørn, spædbørn, der er inficeret med HIV, eller spædbørn, der har modtaget en blodtransfusion eller immunglobuliner inden for 42 dage efter doseringen. Der findes ikke sikkerheds- og virkningsdata for spædbørn med aktiv, gastrointestinal sygdom (herunder kronisk diaré) eller hæmmet vækst. Indgivelse af RotaTeq kan overvejes med forsigtighed til sådanne spædbørn, når undladelse af vaccination efter lægens vurdering medfører større risiko. RotaTeq indeholder saccharose. Efter markedsføring er tilfælde af gastroenteritis associeret til vaccinevirus rapporteret hos børn med svær kombineret immundefekt (SCID). Patienter med sjældne, arvelige problemer med fruktoseintolerans, glukose-galaktose malabsorption eller sucrose-isomaltaseinsufficiens må ikke modtage denne vaccine. Der skal tages højde for den potentielle risiko for åbne og behovet for respiratorisk overvågning i 48-72 t. ved indgivelse af den primære vaccinationsserie hos præmature spædbørn (født  $\leq$  28. gestationsuge) og særligt hos personer med tidligere respiratorisk immaturitet i anamnesen. Da fordelene ved vaccination er stor for denne gruppe af spædbørn, bør vaccination ikke undlades eller udsættes.

**Interaktioner:** Kliniske undersøgelser, der involverede samtidig indgivelse af RotaTeq med en række andre rutinemæssige spædbørnevacciner ved 2, 4, og 6-måneders-alderen viste, at immunsvaret på og sikkerhedsprofilen af de indgivne vacciner var upåvirket (se produktresumé for flere detaljer)

**Bivirkninger:** Meget almindelige: Diaré, opkast, pyrex. Almindelige: Infektion af de øvre luftveje.

**Pakning og pris (ESP) 20.01.2010:** 1 dosispakning indeholder 2 ml opløsning i en forfyldt tube, der kan presses, med afdrejelig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 444,50. Se dagsaktuel pris på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). Udløbering A.


**Indehaver af markedsføringsstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallevej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2009. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/Rotateq/emea-combined-h669da.pdf>

  
sanofi pasteur MSD  
vaccines for life

## Initiativ kan ikke kopieres

AF TORBEN HELLEBEK, PRAKTISERENDE LÆGE, OG MICHALA EICH, KONSULTATIONSSYGEPLEJERSKE

*Kommentar til artiklen "Sygeplejebaseret hypertensionsklinik når målet" i Sygeplejersken nr. 23/2009.*

 Sygeplejeklinikken nåede i mål med 123 ud af 130 patienter svarende til 95 pct.

I artiklen gøres der overvejelser over årsagen til det fine resultat. Der gives ikke noget svar, men det konkluderes, at det samlede koncept virker, og derfor bør det kopieres af andre medicinske ambulatorier og i almen praksis.

I vores praksis kan vi løbende kvalitetskontrollere vores behandling via DAK-E's datafangstmodul. Den 7. januar havde vi nået behandlingsmålet for 182 ud af 260 hypertensionspatienter. Altså 70 pct.


95 pct. mod 70 pct. er overbevisende, men heller ikke rigtigt. Sygeplejeklinikken inkluderede i alt 186 patienter, heraf gennemførte 130 behandlingen, 56 patienter droppede ud af behandlingen af forskellige grunde. Hvorimod vores resultat gælder for alle patienter.

En revurderet succesrate bliver herefter 123 ud af 185 = 66 pct.

Næsten samme succesrate, som vi har.

## Intet nyt under solen

AF SUSANNE ØLLGAARD, KONSULTATIONSSYGEPLEJERSKE

 Efter at have læst Hans Ibsens debatindlæg i *Sygeplejersken* nr. 1/2010, måtte jeg finde den artikel, han henviser til, frem, da jeg ikke kunne huske den. Men så fik jeg den læst, eller rettere genlæst, for jeg havde faktisk læst den, uden at den åbenbart gjorde så stort et indtryk på mig, vel fordi jeg ikke syntes, der var noget som helst nyt under solen. Men så længe der er læger, der overlader så lidt til deres personale, at de end ikke må tage et blodsukker på eget initiativ, er der langt igen til selvstændige blodtrykskontroller, hvorfor artiklen vel er en god opmuntring til læger og personale om at se at komme i gang. Men det var måske ikke det, der var meningen med artiklen ...

*Susanne Øllgaard arbejder i en lægepraksis på Vesterbro, København.*

### SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under "Manuskriptvejledning."

#### Debatindlæg sendes til:

Sygeplejersken, Sankt Annæ Plads 30,  
Postboks 1084, 1008 København K,  
eller via e-mail til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)



# SYGEPLEJERSKEN >>> FAG

## Patienter vælger at tørste før operation >> 46

Forbedret indsats for ældre med depression kræver samarbejde >> 52

### VIDENSKAB & SYGEPLEJE

Alternativ behandling og kræft >> 57

|                    |       |
|--------------------|-------|
| Fagtanker          | >> 44 |
| Faglig information | >> 44 |
| Resumé             | >> 44 |
| Agenda             | >> 56 |
| Anmeldelser        | >> 70 |
| Testen             | >> 73 |
| 5 faglige minutter | >> 74 |



## Vi har en regel

Patienter vælger ofte at gøre, som de synes, uanset hvad sygeplejersker og andet personale mener. I topartiklen "Patienter vælger at tørste for operation" side 46 foreslår forfatteren, at sygeplejersker træder i karakter og taler med patienterne om regler for tørste og faste i stedet for den blødere formulering anbefalinger for tørste og faste, for regler er noget andet end anbefalinger, mener han. Og det er jo rigtigt. Et budskab gennem regler er direkte, og patienterne kan ikke gå fejl. Ikke noget med magtslørende motivationssamtaler eller vennessele anbefalinger.

Men vil det ændre på patienternes adfærd, at vi taler om regler frem for anbefalinger? Når det handler om at komme hurtigt på benene efter en operation, kan det godt være, at en regel vil være god, vel at mærke en begrundet regel. Hvorfor er det godt at drikke saft, to timer inden man skal opereres? Hvis patienten kan se en mening med det, tror jeg, han vælger at drikke.

Og så et skulderklap til en bachelorstuderende, som undersøger et område af praksis og herefter formidler sine fund.

Læs Signild Vallgård og Lisa Dahlagers pointer om motivation og den motiverende samtale i bogen "Folkesundhed – i et kritisk perspektiv".

*Jette Bagh*

Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



# Tryksårspolitik

Artiklen beskriver indførelse og effekt af tryksårspolitik på Gentofte Hospital. Konklusionen er, at der kontinuerligt skal være fokus på screening, forebyggelse og dokumentation for at forebygge eller mindske forekomsten af tryksår.

AF HELENE BLIDDAL, KVALITETSKOORDINATOR, SYGEPLEJERSKE, SD,  
JANE OLESEN, LEDENDE OVERSYGEPLEJERSKE, OG  
LINDA CHRISTENSEN, UDVIKLINGSSYGEPLEJERSKE, SD.

For den enkelte patient er tryksår forbundet med mange gener og kan i værste fald være livstruende. Tryksår er en samfundsøkonomisk belastning, idet behandling af et tryksår i et år koster 140.000-170.000 kr. (1). Samlet set udgør tryksår en årlig udgift på 750 mio. kr. i Danmark (2).

På Gentofte Hospital er vi optaget af, hvordan vi undgår, at patienter udvikler tryksår under indlæggelse. Direktionen har med "Udvalget til forebyggelse af tryksår" ønsket at implementere en overordnet tryk-sårspolitik, så alle patienter sikres en effektiv tryksårsforebyggelse (3).

Det har været vigtigt, at udvalget repræsenterer alle relevante faggrupper i organisationen - sygeplejerske, fysio- og ergoterapeut, serviceafdelingen samt vicedirektør - for derved at sikre en tryksårspolitik, som alle føler ejerskab for, og hvor alle deltager i implementering af denne.

Udvalgets første opgave har været at indkøbe trykfordelende skum-madrasser til hospitalet samt formidling af budskabet om, at alle patienter nu som udgangspunkt bliver risikoscreenet for tryksår. Desuden kan der rekvireres dynamiske trykafastende madrasser til alle patienter, som er i middel eller høj risiko for at udvikle tryksår.

### De fleste tryksår kan forebygges

Det anslås, at 95 pct. af alle tryksår kan forebygges (4), og forudsætningen for at forebygge udviklingen af tryksår er at identificere de patienter, der er i risiko (1). En anden opgave er derfor at have fokus på systematisk risikovurdering af patienterne i hele indlæggelsesforløbet. Undersøgelser konkluderer, at undervisning af personalet i brug

### Resumé af international forskning

## Patienters deltagelse



Almborg AH, Ulander K, Thulin A, Berg S. Patients' perception of their participation in discharge planning after acute stroke. *J Clin Nurs.* 2009;18:199-209.

**Formål:** At beskrive patienters opfattelse af at deltage i planlægning af udskrivelse efter indlæggelse og behandling for slagtilfælde.

**Metode:** I denne svenske undersøgelse indgik 188 patienter med en gennemsnitsalder på 74 år. Alle havde været indlagt akut efter et slagtilfælde. Data blev indsamlet 2-3 uger efter udskrivelse ved hjælp af et struktureret interview. Ved interviewet blev benyttet et anerkendt spørgeskema, der omhandler: Information, medicinsk



# der virker

af evidensbaserede kliniske retningslinjer er en effektiv strategi til at forebygge forekomsten af tryksår (5).

Udvalget har derfor udarbejdet og implementeret følgende:

1. Vejledning for tryksårsforebyggelse - præsenteret på temaeftermiddag februar 2008 og efterfølgende implementeret i alle afdelinger
2. Informationspjece til patient og pårørende
3. Fortrykt plejeplan om tryksårsforebyggelse
4. Uddannelse af mindst én nøgleperson pr. afsnit i forhold til tryksårsforebyggelse, Braden-score, venderegime og anvendelsen af trykfordelende og trykaflastende madrasser
5. Årlig temaeftermiddag for hele hospitalet med fokus på den kliniske vejledning samt forflytningsteknik i forhold til tryksårsforebyggelse.

Forekomsten af tryksår har været registreret hver 2. uge i afdelingerne igennem et år, men opgørelsen er behæftet med en vis usikkerhed. Den viser, at 7 pct. af de indlagte patienter har tryksår, og af disse har cirka 67 pct. erhvervet tryksåret under indlæggelsen.

## Audit en gang om året

Der er audit af tryksårsforebyggelse på Gentofte Hospital én gang årligt, og første audit fandt sted i efteråret 2008. I auditten deltager afdelingernes nøglepersoner samt afdelingssygeplejersken. Der spørges til personalets kendskab til samt behov for undervisning i forhold til dette. Efterfølgende gennemgås udvalgte journaler for dokumentation i forhold til forebyggelse af tryksår.

Auditten viser, at implementeringen af tryksårsvejledningen er lykkedes i alle afdelinger, og at der er stort fokus på risikovurderingen og Braden-scoring. Trods systematisering af undervisningen er der dog stadig et behov for yderligere undervisning.

I forhold til dokumentation af tryksårsforebyggelse vil det være relevant at arbejde videre med dette, da mangelfuld dokumentation kan være et udtryk for, at risikopatienter og eventuelle tryksår ikke er identificeret.

Fremadrettet ønsker vi en auditmetode, der muliggør læring af

det aktuelle patientforløb, så det er muligt at foretage justeringer i den enkelte afdeling til gavn for den aktuelle patient.

## Det nytter

Vores erfaring er, at det nytter at investere tid og kræfter i indførelse af en tryksårspolitik, men at det er en proces, der aldrig stopper. Gamle rutiner i forhold til forflytning er svære at ændre, hvorfor det vil være et tilbagevendende emne ved temaeftermiddagen.

Desuden arbejdes der på indførelse af e-learning om dette for hospitalets personale. Vi har i øvrigt store forventninger til en ensrettet praksis i Danmark med indførelsen af de europæiske og amerikanske guidelines for forebyggelse og behandling af tryksår, der snarest forventes oversat til dansk.

*Helene Bliddal og Jane Olesen er ansat på  
dermato-allergologisk afdeling,*

*Linda Christensen på intensiv afdeling,  
alle på Gentofte Hospital; hebl@geh.regionh.dk*

## Litteratur

1. Sørensen JL, Lassen MK, Alsbjörn BF og Gottrup F. Tryksår, baggrund og behandlingsstrategi. Ugeskrift for læger 1997; 159(3):275-279.
2. Gottrup F, Alsbjörn BF. Tryksår - fortsat en klinisk udfordring. Medicinsk årbog 1995, København: Munksgaard; 1995; p. 33-43.
3. Moe U. Tryksår - Smertefuldt for samfundet og den enkelte. Fax: Forfatteren og sidelinjen; 2007; p. 50-5.
4. Lindholm C. Sår, Lund: Studenterlitteratur; 2003; p. 249.
5. Prentice JL, Stacey MC, Evaluating Australian Clinical Practice Guidelines for Pressure Ulcer Prevention, EWMA Journal 2002; 2 (2): 11-15.

## i udskrivelsesplanlægning

behandling og fastsættelse af mål og behov. Data er opgjort statistisk.

Resultat: Patienterne angav for spørgsmålene om information, at de for 79-90 pct. vedkommende var inddraget. For medicinsk behandling drejede det sig om 15-47 pct., og for spørgsmålene om fastsættelse af mål og behov angav 29-38 pct. af patienterne, at de havde været inddraget.

*Bemærkninger:* Undersøgelsen fastslår, at patienterne i en vis udstrækning inddrages, når det gælder området information, men mht. behandling og fastsættelse af mål og behov lader det til at

være problematisk. Netop disse områder er relevante set i lyset af rehabiliteringsbegrebet, hvor det drejer sig om et samarbejde om det videre forløb. Det kunne være interessant at foretage undersøgelsen på en dansk population. Rehabiliteringsafdelinger kunne overveje at benytte fremgangsmåden med henblik på udvikling af den lokale kvalitet.

*Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
Center for Kliniske Retningslinjer,  
Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet;  
kontakt@kliniskeretningslinjer.dk*

Artiklen beskriver en spørgeskemaundersøgelse, der kortlægger, hvordan 31 patienter tørster før operation. Konklusionen er, at det diffuse udtryk "tørsteanbefalinger" bør ændres til "tørsteregler" af hensyn til patienternes velbefindende.

# Patienter vælger at tørste

AF JARL DAMGAARD IVERSEN, SYGEPLEJERSKE

Patienter er gode til at huske, når de skal møde fastende til en undersøgelse eller behandling. Så gode, at nogle endda vælger at faste og tørste længere tid, end de reelt behøver. Udtalelser fra nyopererede patienter indikerer, at noget går galt i informationen om længden af faste og tørstetid. Nogle patienter har glemmt, at de må drikke helt op til to timer før operation. Nogle holder fast i reglerne fra tidligere, "intet per os efter midnat", og andre drikker ikke, slet og ret fordi de tror, at jo længere tid de har fastet, jo bedre vil det gå dem.

Det viser resultaterne af et bachelorprojekt udarbejdet i efteråret 2008 (1).

Umiddelbart er det essentielt, at patienterne husker at faste før generel anæstesi for at forhindre eventuel aspiration af maveindhold til lungerne (2). Spørgsmålet er blot, hvor lang tid der er nok for at undgå aspiration, samt hvilke negative symptomer for lang faste og tørste fører med sig.

Som sygeplejestuderende oplevede jeg i min af-

**"Årsagen til, at patienterne skal huske at drikke to timer før operationen, er, at patientens generelle velbefindende både øges præ- og postoperativt, når der indtages en kulhydratrig væske på operationsdagen."**

sluttende praktik, at forholdsvis mange patienter havde fastet og tørstet længere tid end reelt anbefalet op til en operation i generel anæstesi. På baggrund heraf og som del af et bachelorprojekt ønskede jeg at undersøge dette forhold. Flere videnskabelige artikler bekræfter, at denne problematik om overholdelse og efterlevelse af faste- og tørsteanbefalingerne ikke

er ny. Der blev søgt på Pubmed.com med MeSH-søgeordene "Fasting, operative surgical procedures, time".

Historisk set blev beslutningen om at ændre den kendte anbefaling "intet per os efter midnat" hen imod en mere lempelig fastepolitik truffet af American Society of Anesthesiologists (ASA) i 1999. Flere randomiserede kliniske forsøg (1985-1993) havde vist, at tynde væsker passerer mavesækken allerede inden for to timer (3).

I Danmark har anbefalingen fra Dansk Selskab for Anæstesi og Intensiv Medicin siden 1998 foreskrevet, at man faster i seks timer i forhold til fast føde og mælkeprodukter og tørster i to timer, når det gælder tynde, klare væsker som vand, sodavand, kaffe og te uden mælk, dog med undtagelser for visse patientgrupper (se boks 1 herunder) (4).

## Drik to timer før operation

Et ikke uvæsentligt aspekt ved faste er at undgå risikoen for aspiration til lungerne, men ud fra et sygeplejefagligt perspektiv må patientens velbefindende i langt højere grad medtænkes i den perioperative pleje. Årsagen til, at patienterne skal huske at drikke to timer før operationen, er, at patientens generelle velbefindende både øges præ- og postoperativt, når der indtages en kulhydratrig væske på operationsdagen. Præoperativt betyder det, at oplevelsen af tørst- og sultfølelse, angst og utilpashed nedsættes, mens der postoperativt ses mindre kvalme og opkast (5,6). Kulhydraterne i væsken har også den virkning, at der frigøres insulin, da kroppen reagerer, som om der er indtaget et morgenmåltid. Herved holdes blodsukkerniveauet mere stabilt, og postoperativ insulinresistens og deraf følgende hyperglykæmi kan sandsynligvis undgås. Hyperglykæmi er tæt forbundet med en øget risiko for infektion hos både diabetikeren og ikke-diabetikeren i den postoperative periode (4,7).

Der er med andre ord tilsyneladende kun fordele for patienten, når der er indtaget en kulhydratrig væske på operationsdagen (gælder ikke diabetikere, som skal drikke vand). Men følger patienterne vores anbefalinger, og hvis ikke de gør, hvorfor så ikke?

En mindre spørgeskemaundersøgelse foretaget blandt elektive dagkirurgiske patienter blev udarbejdet for at besvare dette spørgsmål.

## Metode

Undersøgelsen omfattede 31 tilfældigt udvalgte elektive dagkirurgiske patienter på afdeling 3071 på

### »» BOKS 1. PATIENTER I RISIKO

Patienter, som kan have forsinket ventrikeltømning og dermed øget risiko for aspiration til lungerne:

- Akutte, smertepåvirkede patienter i morfikabehandling
- Patienter med kvalme/opkastning
- Patienter med sygdomme i oesophagus og ventrikel
- Patienter med BMI > 33
- Diabetespatienter med påvirkning af det autonome nervesystem
- Patienter med uræmi
- Gravide i fødsel
- Samt i øvrigt efter anæstesilægens vurdering (4).

# ste før operation



ARKIVFOTO: ISTOCK

Rigshospitalet i alderen 0-65 år primært indlagt til tonsillektomi og septumplastik. Spørgeskemaet blev udleveret til patienten postoperativt, når patienten var frisk nok efter anæstesen. 27 patienter kunne selv udfylde spørgeskemaet (alder >11 år), hvorefter forældrene til de sidste fire inkluderede (alder 0-10 år) udfyldte skemaet på vegne af patienten.

Da patienterne skulle have foretaget operationen i generel anæstesi, var det essentielt, at de alle var fastende på operationsdagen. Afhængigt af planlagt operationstidspunkt kunne patienterne være

bedt om at møde på afsnittet imellem kl. 7.30 og kl. 10. Skulle patienten f.eks. opereres kl. 08, måtte der ikke spises efter kl. 02 og ikke drikkes efter kl. 06.

Forud for undersøgelsen var der sikret formel godkendelse fra afdelingsledelsen, og alle inkluderede patienter var både informeret mundtligt og skriftligt om undersøgelsen, og de havde givet informeret skriftligt samtykke.

Spørgeskemaet indeholdt i alt 13 spørgsmål opdelt i forskellige temaer. Næsten alle spørgsmål var formuleret med lukkede svarmuligheder, så



» svarene efterfølgende kunne omregnes til procent. Nogle spørgsmål kunne besvares med ja eller nej, mens andre indeholdt forskellige valgmuligheder, bl.a. til spørgsmålet om grunden til en eventuel afvigelse fra de gældende faste- og tørsteanbefalinger. Disse valgmuligheder var formuleret af under tegnede, og for at fange andre mulige grunde var feltet "andet" indsat. Patienterne skulle desuden angive, hvornår de sidst havde spist og drukket, og hvad de havde drukket. Tidspunktet skulle benyttes til at beregne, hvor lang tid patienterne havde fastet og tørstet inden operationen.

### Resultater fra undersøgelsen

Den gennemsnitlige alder for de 31 inkluderede patienter var 24 år. 19 mænd/drenge og 12 kvinder/piger. Af de adspurgte 31 patienter havde 14 patienter tørstet som anbefalet i ca. to timer, mens 17 patienter havde tørstet længere end to timer. Dette svarer til, at 55 pct. ikke har fulgt anbefalingerne, og derfor har tørstet unødigt længe.

Patienter, som havde fastet ud over to timer, blev i spørgeskemaet bedt om at angive årsagen til en afvigelse fra anbefalingerne (se figur 1 herunder).

Som det ses i figuren, er årsagerne til afvigelse mange. Flest patienter er slet og ret vågnet for sent, så fristen på to timer til operationstidspunkt var overskredet. Tre patienter har tænkt, at det var bedre at faste og tørste længere tid. To patienter har

holdt fast i de kendte regler fra tidligere "intet per os efter midnat". En patient glemte, at han gerne måtte drikke om morgenen, og en sidste patient var ikke informeret om anbefalingerne.

Et andet spørgsmål i undersøgelsen drejede sig om den skriftlige og mundtlige information, patienterne havde modtaget om faste- og tørsteanbefalingerne. Patienterne skulle angive

- hvorvidt anbefalingerne var gennemgået for dem
- om de havde fået udleveret anbefalingerne skriftligt
- om de efterfølgende havde læst dem (se figur 2 side 50).

30 patienter (97 pct.) angiver at have fået gennemgået faste- og tørsteanbefalingerne. 27 patienter (87 pct.) har fået udleveret en pjeces med anbefalingerne i, og 26 patienter (84 pct.) har efterfølgende også læst pjecen. Når resultaterne fra figur 1 og 2 sammenholdes, viser det sig, at alle 17 patienter, som har tørstet længere end to timer, samtidig har angivet at have fået gennemgået anbefalingerne. 15 ud af de 17 har også fået udleveret den skriftlige information og læst den.

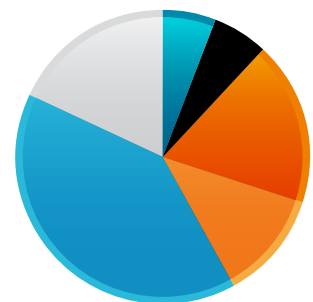
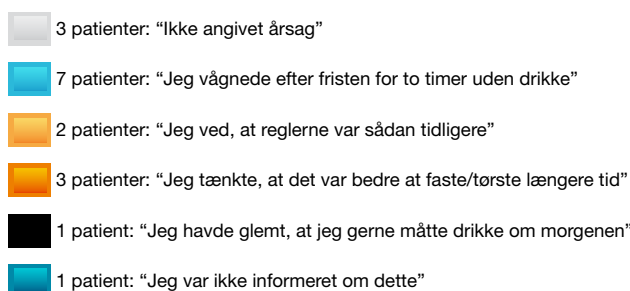
### Gode grunde til at tørste

Resultaterne leder umiddelbart til spørgsmålet: Hvordan kan det være, at over halvdelen af patient-

#### »»» FIGUR 1. ÅRSAGER TIL AT TØRSTE LÆNGERE END TO TIMER FØR OPERATION

Såfremt patienterne havde tørstet længere end to timer før aftalt mødetid på afdelingen, blev de i spørgeskemaet bedt om at angive årsagen hertil. Svarfordelingen af de 17 patienter angivet i procent.

Angivet årsag til at tørste længere end 2 timer:  
Svarfordelingen for de 17 patienter (55 pct.),  
som tørstede længere end anbefalet



terne har valgt at tørste længere tid end anbefalet? Patienter, som bevidst eller ubevidst har valgt denne løsning, har forklaret afvigelserne med gode grunde til, hvorfor de har valgt at tørste i længere tid. Men måske skal en anden del af svaret findes i selve opfattelsen af begrebet anbefaling, for skal man altid følge en anbefaling? Nudansk Ordbog definerer anbefaling som: ”En ytring, som fremhæver noget godt ved en ting eller en handling, og som tilskynder nogen til at bruge tingen eller udføre handlingen” (8). Med det in mente ligger beslutningen om, hvorvidt man ønsker at efterleve anbefalingen eller ej, hos den enkelte patient og ikke hos den eller dem, der giver anbefalingen. Er det reelt det, de sundhedsprofessionelle ønsker? Skulle de sundhedsprofessionelle i stedet træde i karakter og forklare patienterne, hvorfor det er bedst, at de følger reglerne for god fastepraktik?

### Ulden patientinformation

Ved et hurtigt blik på nogle af de danske hospita- lers hjemmesider ses, hvordan disse anbefalinger udmøntes konkret.

”De fleste tilrådes at drikke 1-1½ glas vand, saft, te eller kaffe” (Rigshospitalet).

”Når du skal bedøves, skal mavesækken være tom. Du må dog gerne drikke kaffe, te, saft eller vand indtil to timer før operationen” (Hvidovre).

”Før bedøvelsen skal du være opmærksom på: Du ikke må spise, seks timer før du skal møde. Du ikke må drikke vand, saft, eller juice (ingen mælkeprodukter), to timer før du skal møde ...” (Gentofte).

”For at undgå at du kaster op under bedøvelsen, er det vigtigt, at mavesækken er tom. Du må derfor ikke spise seks timer før operationen/undersøgelsen. Derimod anbefaler vi, at du drikker 1-2 kopper vand, sød saft, kaffe, te og lignende, men ikke mælkeprodukter, indtil to timer før bedøvelsen” (Odense).

Disse formuleringer kan umiddelbart gøre læseren en smule forvirret. Skal jeg drikke to timer før operationen, bør eller må jeg drikke, eller er det helt op til mig selv at bestemme?

Det vigtigste må være, at patienterne ikke er det mindste i tvivl om budskabet.

### Fra tekst til handling

Nogle teoretikere taler om, at budskaber (sprog, tale og tekst), handlen (adfærd, mimik og gestik),

tavshed (og passivitet) først bliver til information i det øjeblik, de fortolkes som sådan. Læser en patient f.eks. i en pjece og tænker, at teksten er noget specielt, kan teksten blive til information, som kan gøre en forskel, hvis den fører til handling (9). Sagt på en anden måde, budskaber kan kun tillægges betydning hos modtageren, hvis de opfattes som information. Alle 17 patienter fra undersøgelsen, som har tørstet længere end to timer, angiver at have fået gennemgået anbefalingerne, og 15 ud af disse 17 har også fået udleveret den skriftlige information og læst den. Måske er budskabet ikke

**”Flest patienter er slet og ret vågnet for sent, så fristen på to timer til operationstidspunkt var overskredet. Tre patienter har tænkt, at det var bedre at faste og tørste længere tid. To patienter har holdt fast i de kendte regler fra tidligere ”intet per os efter midnat”.”**

opfattet som noget specielt og derfor ikke blevet til reel information, som har gjort en forskel, i hvert fald ikke den forskel anbefalingerne var tiltænkt.

### Patienterne følger ikke rådene

Når man diskuterer, hvordan det kan være, at over halvdelen af patienterne har valgt at tørste længere tid end anbefalet, bør det også medtænkes, hvilken situation patienterne er i, når de modtager informationen. Har de prøvet at blive opereret før, og læner de sig derfor op ad tidligere erfaringer? Er de unge, gamle eller midaldrende? Måske prioriteres faste- og tørsteinformationen langt nede i en række af andre informationer, som patienterne skønner mere betydningsfulde? Resultaterne fra denne mindre undersøgelse har desværre ikke af- dækket disse spørgsmål, men dette aspekt kunne være interessant at inddrage senere hen.

### Er det muligt at tørste i to og kun to timer?

Når elektive dagkirurgiske patienter bliver bedt om at møde om morgenen på operationsdagen, f.eks. kl. 7.30, er forestillingen, at deres operation skal starte kl. 08.00. Erfaringsmæssigt kan det være svært at overholde operationstidspunkterne, bl.a. fordi akutte operationer får førsteprioritet, og fordi nogle operationer varer længere tid end planlagt. I disse tilfælde ender patienten stort set altid med at tørste længere end to timer, bl.a. fordi den person, )

» som er ansvarlig for koordinering af operationsprogrammet, er tilbageholdende med at tilbyde patienten mere at drikke, da man så risikerer at måtte aflyse eller udskyde patientens operation pga. for kort tørstetid. Patienten venter på lægen, lægen venter ikke på patienten. Et skema fra undersøgelsen vidner om en patient, som mødte på afsnittet kl. 8.30 og først blev opereret kl. 13. Patienten havde fastet og tørstet fra midnat.

### Konsekvenser for praksis

Resultatet fra spørgeskemaundersøgelsen viste, at 55 pct. af de adspurgte havde valgt at tørste længere tid end anbefalet. Pga. undersøgelsens begrænsede repræsentativitet kan den umuligt generaliseres til forholdene på de danske hospitaler, men må betragtes som hypotesegenererende.

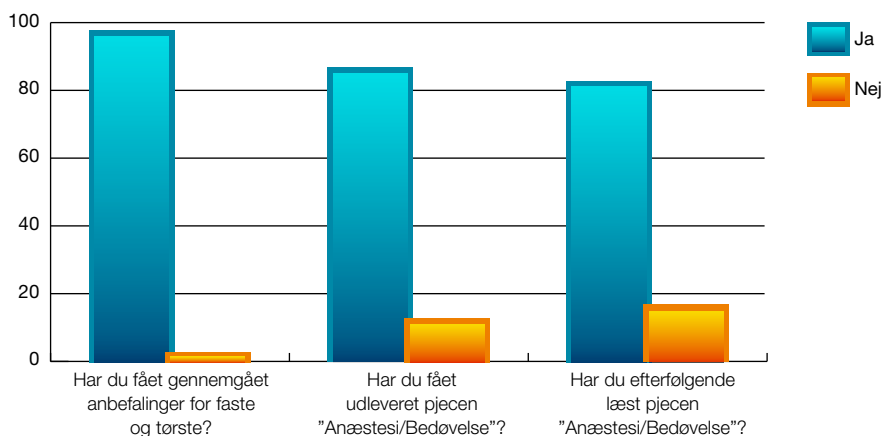
Studier viser, at følger patienterne de sundhedsprofessionelles anbefalinger, får de det langt bedre både præ- og postoperativt og vil formentlig derfor også komme sig hurtigere efter operationen.

Måske er dele af dette vigtige budskab ikke nået igennem til befolkningen? Det er essentielt, at den information, der gives på landets hospitaler, bliver præciseret, så budskabet fremstår krystalklart. Måske skulle de sundhedsprofessionelle gå væk fra brugen af ordene ”anbefale, tilråde, bør, må osv., og i stedet indføre begrebet ”regler” for god fastepraktik, så patienterne ikke er det mindste i tvivl om, hvad de skal gøre.

Det er desværre ikke nok, at patienterne husker at drikke om morgenen. Sker der uforudsete ting i det planlagte operationsprogram, og patienten derfor må vente på lægen, må patienten ikke bare tørste ubemærket videre. Ændres anbefalingerne til regler for god fastepraktik, gælder disse regler naturligvis både for patienter og sundhedsprofessionelle. Patienten skal derfor tilbydes noget at drikke, når det skønnes, at der går to timer eller længere, før operationen går i gang. Til patientens bedste.

**» FIGUR 2. INFORMATION OM FASTE OG TØRSTE ANBEFALINGER**

Patienterne blev i spørgeskemaet bedt om at angive, hvorvidt anbefalingerne var gennemgået for dem, om de havde fået udleveret dem skriftligt, og om de efterfølgende havde læst dem.





## ”Patienten venter på lægen, lægen venter ikke på patienten.”

*Jarl Damgaard Iversen er sygeplejerske og tillidsrepræsentant på hjertekirurgisk afdeling, 3153/4 på Rigshospitalet og medlem af kredsbestyrelsen i Kreds Hovedstaden; jarl\_di@hotmail.com*

*Tak til Sygeplejerskeuddannelsen København, Professionshøjskolen Metropol, for stipendium til artikelskrivning, til lektor Inger Minnasdatter for vejledning til bachelorprojekt, til udviklingskonsulent Stinne Glasdam for vejledning til artikelskrivning, og sidst, men ikke mindst, til sygeplejerskerne på dagkirurgisk afsnit 3071 for hjælp til indsamling af data.*

and remaining questions. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2006;20-3:483-491.

8. Becker-Christensen C. Politikens Nudansk Ordbog. Politikens Forlag. 1999;17.udg.
9. Hansen HP. Kommunikationens verden. Fokus på kræft og sygepleje. 2004;4:9-11.

### Litteratur

1. Iversen JD. Patienter faster for længe – en empirisk, sociologisk og kommunikativ analyse. Sygeplejerskeuddannelsen København – Professionshøjskolen Metropol. Bachelorprojekt 2009. Fås ved henvendelse til forfatteren.
2. Stuart PC. The evidence base behind modern fasting guidelines. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2006;20-3:457-469.
3. Maltby JR. Fasting from midnight – the history behind the dogma. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*. 2006;20-3:363-378.
4. Jensen AD, Donohoe G. Nu skal patienterne drikke inden operation. *Sygeplejersken*. 2006;8:34-42.
5. Hausel J, Nygren J, Lagerkranser M, Hellström PM, Hammarqvist F, Almström C, Lindh A, Thorell A, Ljungqvist O. A Carbohydrate-Rich Drink Reduces Preoperative Discomfort in Elective Surgery Patients. *Anesth Analg*. 2001;93:1344-1350.
6. Hausel J, Nygren J, Thorell A, Lagerkranser M, Ljungqvist O. Randomized Clinical Trial of The Effect of Oral Preoperative Carbohydrates On Postoperative Nausea And Vomiting After Laparoscopic Cholecystectomy. *British Journal of Surgery*. 2005;92-4:415-421.
7. Søreide E, Ljungqvist O. Modern preoperative fasting guidelines: a summary of the present recommendations

### ENGLISH ABSTRACT

Damgaard IJ. Patients elect not to take fluids prior to surgery. *Sygeplejersken* 2010;(2):46-51.

The implementation of and compliance with existing preoperative recommendations in respect of fasting from food and drink remain a challenge both for patients and health care professionals. Despite longstanding knowledge of new and more appropriate recommendations in respect of taking oral diet and fluids preoperatively, several studies indicate that patients still abstain from taking food and drink for too long prior to surgery. This is unfortunate, since excessive periods without oral diet and fluids have numerous negative consequences for patients.

A questionnaire-based study was performed on patients undergoing elective day surgery. The result was that 55 per cent, equivalent to 17 from 31 patients, had chosen not to drink for longer than the recommended two hours. Some patients “thought that the longer they fasted the better.” Some patients stuck with familiar fasting routines, e.g. “nil by mouth from midnight”, whilst others woke too late on the day of surgery to be able to take oral fluids. At the same time, almost all patients stated that they had been informed both verbally and in writing of the recommendations in respect of diet and fluids.

In order to ensure that patients follow the advice of health care professionals, the recommendations should instead be changed to rules for good fasting practice: rules that both patients and staff should comply with when planning and implementing the operative programme.

Key words: Preoperative fasting, preoperative high-carbohydrate fluids, recommendations, time, patient wellbeing.

# Forbedret indsats for ældre med depression kræver samarbejde

AF BODIL PORSGAARD, SYGEPLEJERSKE, JØRGEN PETER ÆRTHØJ, SPECIALLÆGE I ALMEN MEDICIN, OG JENS KRONBORG DJERNES, SPECIALLÆGE I GERONTOPSYKIATRI

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker, som kommer i kontakt med ældre patienter. Hovedbudskabet er, at brug af den nyeste viden om risikofaktorer for depression hos ældre og et udvidet shared care-princip sandsynligvis vil gøre det muligt at hjælpe ældre med depression bedre, end tilfældet er i dag.**

Forekomsten af depression hos ældre er høj, diagnostikken er utilfredsstillende, og antallet af behandlede er lavt trods gode behandlingsmuligheder. Det er derfor nødvendigt at forbedre observation, diagnostik og behandlingsindsats.

I denne artikel præsenteres en case, hvor det illustreres, at brug af den nyeste viden om risikofaktorer for sygdommen og et udvidet shared care-princip sandsynligvis vil gøre det muligt at hjælpe ældre med depression bedre, end tilfældet er i dag.

Shared care betyder i primærsektor, at sygeplejersker og læger samarbejder om patientforløb (tværfaglig shared care) og har fælles ansvar for behandling af patienten (1). Når primær- og sekundærsektor samarbejder tværfagligt, taler vi om udvidet – eller tværsektoriel shared care.

## Grupper, der kræver særlig opmærksomhed

Klinikken ved klassisk depression med tristhed, hæmning, selvbeprejdelser m.m. er velkendt, men ofte er tristhed et manglende eller stærkt afdæmpet symptom ved depression hos ældre (2). Tristhed behøver således ikke være til stede for at stille diagnosen let og middelsvær depression i denne gruppe (se boks 1 side 53 for depressionskriterier).

Når der skal sættes fokus på sygdommen og udvælges personer, der først og fremmest skal gøres til genstand for diagnostik, anbefaler de fleste forfattere, foruden almen observation af sygdommen, at gøre brug af egnede screeningsinstrumenter, f.eks. Geriatric Depression Scale-15 (GDS) (2,3). Brug af GDS, som det tager 2-4 minutter at udføre, har vist sig at øge antallet af deprimerede ældre, der får stillet korrekt diagnose (3). Retningslinjer mhp. at forbedre observation for depression hos ældre og fremgangsmåde ved brug af screeningsredskabet GDS er tidligere beskrevet i Sygeplejersken (4). En dansk undersøgelse har imidlertid vist, at GDS ikke finder en væsentlig del af dem, der har recidivdepression. Denne gruppe kræver således særlig opmærksomhed (5).

En ny oversigtsartikel har senest suppleret den eksisterende viden om depression hos ældre med de sociale og helbredsmæssige forhold, der øger risikoen for at udvikle sygdommen (3). Risikofaktorerne, hvor hovedparten er aldersrelaterede, er vist i boks 2 side 55.

## Udvidet shared care

Behandlingsresultaterne for depression er gode i såvel primær som sekundærsektor (6,7). Men prognosen på længere sigt for ældre patienter, som har haft depression, er dårlig, dvs. at hovedparten får recidivdepression, uanset om behandlingen er foregået i primær eller sekundær regi (8). En forbedring af prognosen på længere sigt kan formentlig ske ved at intensivere opfølgingsindsatsen i shared care-regi. I primærsektor betyder intensiveret shared care, at praktiserende læger og primærpsygeplejersker i højere grad, end det generelt er tilfældet, integrerer og formaliserer deres samarbejde ved psykiatrisk sygdom blandt ældre. Som f.eks. den samarbejdsmodel, der er beskrevet ved delirmistanke hos gamle i både Sygeplejersken og Månedsskrift for praktisk Lægegerning (9,10).

Udvidet shared care eller tværsektoriel shared care, hvor samarbejdet mellem primær- og sekundærsektor er intensiveret i forhold til, hvad der generelt gør sig gældende, er særlig effektiv. Her tilstræbes generelt i ældrepsykiatrisk sammenhæng at sikre øget sammenhæng i behandlingsforløb af ofte kronisk somatisk syge gamle med depression eller delir. Det betyder, at såvel sygeplejefaglige som lægefaglige specialister fra sekundærsektor er en kontinuerlig del af behandlergruppen, men hovedsageligt på konsulentbasis. Sekundærsektor kan derved servicere ved flere forløb end ved traditionelle forløb, hvor primær- og sekundærsektor mere eller mindre arbejder hver for sig.

Nedenstående case illustrerer, på hvilken måde dette samarbejde kan foregå.

## Historien om en 83-årig enke

En 83-årig enke (X) gennem 1½ år (to risikofaktorer) (se boks 2) var i knap tre måneder indlagt på ældrepsykiatrisk afdeling for svær debutdepression. Bor isoleret (risikofaktor). Frem til tre måneder før indlæggelse velbefindende og selvhjulpent. Får da mindre apopleksi (risikofaktor). Søgte ikke læge. Ved blodtrykskontrol hos egen læge en måned senere omtalte X apopleksien, og at hun efterfølgende har følt sig "tiltagende træt og lidt modløs". Stadig selvhjulpent, men med besvær (risikofaktor).

Egen læge gøres ikke bekendt med, at der de følgende seks uger ud over modløshed udvikler sig tilta-



ARKIVFOTO: ANNE-LI ENGSSTRÖM

”En ny oversigtsartikel har senest suppleret den eksisterende viden om depression hos ældre med de sociale og helbredsmæssige forhold, der øger risikoen for at udvikle sygdommen.”

### ))) BOKS 1. ICD-10 DEPRESSIONSKRITERIER

For at kunne stille en depressionsdiagnose skal der optræde mindst fire symptomer fra afsnittene I og II. Heraf skal mindst to af symptomerne være fra afsnit I. Ydermere skal symptomerne have været til stede i mindst 14 dage.

#### Afsnit I: Primærsymptomer

- Konstant tristhed
- Manglende interesse for og glæde ved aktiviteter, som normalt opleves positive
- Nedsat energi, initiativløshed og træthed.

#### Afsnit II: Sekundærsymptomer

- Nedsat selvtillid
- Selvbeprejdelser og skyldfølelse
- Dødstanker, selvmordstanker
- Koncentrationsbesvær
- Hæmning eller rastløshed.
- Søvnbesvær
- Appetitløshed eller øget appetit.

#### Kriterier for graduering af depressionssygdom

|                     |   |
|---------------------|---|
| Let depression:     | Mindst fire symptomer, heraf mindst to symptomer fra afsnit I |
| Moderat depression: | Mindst seks symptomer, heraf mindst to symptomer fra afsnit I |
| Svær depression:    | Mindst otte symptomer, heraf tre symptomer fra afsnit I.      |



» gende glædesløshed og svær træthed/initiativløshed (primærsymptomer, se boks 1), indsovningsbesvær og tidlig opvågning, dødstanker, rastløshed, nedsat evne til koncentration og appetitløshed med vægttab (sekundærsymptomer, se boks 1). Fire uger efter konsultationen med egen læge kontaktes denne af en datter, fordi X nu mest ligger til sengs og spiser og drikker meget mindre end ellers. X ønsker, at Vorherre snart vil tage hende, og hun mener, at hun var skyld i, at moster Alma døde tidligt af hjerneblødning (depressiv paranoia). Egen læge beder hjemmesygeplejerske om at vurdere situationen og sørge for, at X får mad og drikke. Efter yderligere to uger ophører X næsten med at spise og drikke, og hjemmesygeplejersken beder egen læge vurdere tilstanden. Denne finder, at X nu tillige er trist (primærsymptom).

X indlægges dagen efter. Efter observation stilles

## ”Især ældre med recidivdepression og ældre, der i deres livssituation har en eller flere risikofaktorer, kræver ekstra observation og opmærksomhed.”

diagnosen svær depression med paranoia. Behandles med antidepressivum. X spiser og drikker sparsomt, og efter 11 dage suppleres behandlingen med endnu et antidepressivt middel. Efter fire uger ingen bedring i tilstanden, og væske og næring indtages stadig sparsomt. Efter yderligere to uger uden bedring af tilstanden er situationen uforandret og uholdbar, og der iværksettes ECT-behandling. Udskrives efter 12 behandlinger i velbefindende til hjemmet, med uforandret medicinsk antidepressiv behandling. Af udskrivningsbrev fremgår, at behandlingen pga. svær og relativ terapieresistent depression bør være livslang. Afsluttes af distriktssygeplejerske efter tre månedlige opfølgninger i hjemmet i stabil tilstand med udtrykkeligt råd om at fortsætte den antidepressive behandling resten af livet.

Genindlægges imidlertid syv måneder senere med svært recidiv. Ophørte selv med behandling seks måneder efter udskrivning, ”jeg havde det jo så godt”. Samme behandling blev gentaget, og depressionen gik atter i remission.

### Set i bakspejlet

Det fremgår af sygehistorien, at forløbet, fra de første spæde/mulige depressionssymptomer observeres,

til der stilles diagnose, formentlig kunne have været afkortet nogle uger. Måske kunne også indlæggelse have været undgået, hvis egen læge havde ladet sig vejlede af risikofaktorer og tidlige depressionssymptomer, her henholdsvis TCI og ”tiltagende træt og lidt modløs”. Eventuelt kunne diagnosen så være stillet tidligere og behandlingen også være iværksat tidligere. Hvis man set i bakspejlet tilføjer forløbet shared care-princip, ud over hvad forløbet allerede rummer heraf, kunne det være relevant på basis af klinikken at gå frem på følgende måde:

Egen læge oplyses ved blodtryksskontrol om: a) Apopleksi, som sammen med kvindekøn er risikofaktorer for depression, og b) at X har følt sig tiltagende træt og modløs og kun er selvhjulpnen med besvær (kan være tidlige depressionssymptomer).

Shared care-tiltag her kunne være, at egen læge ordinerer GDS-screening ved sit klinikpersonale som sammenligningsgrundlag. Endvidere at egen læge ordinerer hjemmesygepleje til:

- Almen observation af X to gange ugentlig, bl.a. observation efter ”atypiskemaet” for depression. Skemaet rummer karakteristiske kliniske træk ved fem typologiske beskrivelser af kliniske geriatriske depressionsformer (2),
- GDS ugentlig og
- rapportering om tilstanden til egen læge ugentlig eller efter aftale.

Datterens oplysninger tyder på depression. Hjemmesygeplejen kobles på, men opgiver efter i to uger at have forsøgt at motivere X for sufficient ernæring. Egen læge anmodes om at foretage klinisk vurdering og foranstalter relevant subakut indlæggelse. Retrospektivt kunne/burde egen læge på basis af datterens oplysninger inden for få dage have tilsat X, og som et udvidet shared care-tiltag kunne denne have konfereret X med ældrepsykiater mhp. diagnostik og behandling. Eller der kunne evt. være foretaget subakut tilsyn ved ældrepsykiater.

X afsluttes af distriktssygeplejerske efter tre måneders opfølgning med udtrykkeligt råd om at fortsætte den medicinske behandling resten af livet. Retrospektivt ville et udvidet shared care-tiltag her have været, at distriktssygeplejerske havde overgivet X til hjemmesygeplejerske mhp. fortsat regelmæssig observation, sikring af medicin-compliance og GDS-screening, f.eks. 1-2 gange om måneden de

første måneder efter udskrivelse og senere hver 3. måned i resten af X's levetid pga. den dokumenterede store recidivrisiko (7). Hvis dette tiltag var blevet iværksat, ville hjemmesygeplejersken måske kunne have forhindret, at patienten selv seponerede den antidepressive behandling, og på den baggrund ville recidivet måske helt have været undgået.

### Gode erfaringer

Vores erfaringer fra ældrepsykiatrisk distriktsservice og almen lægepraksis viser, at tværsektoriel shared care er et velegnet princip i både observation, behandling og opfølgning af ældre med depressionsdiagnose. Især ældre med recidivdepression og ældre, der i deres livssituation har en eller flere risikofaktorer, kræver ekstra observation og opmærksomhed. I en tid med begrænsede ressourcer, men først og fremmest for at sikre ældre med depression optimal observation, udredning, behandling, pleje og opfølgning, bør der etableres et formaliseret og aftalt samarbejde mellem læge- og plejefagligt personale i primærsektor. Sværere deprimerede patienter, som allerede er behandlet i ældrepsykiatrien, bør formelt forblive i ambulans ældrepsykiatrisk regi for på denne måde at sikre hurtig og ubesværet adgang til sekundærsektor. Men for at ældrepsykiatrien ikke skal "sande til" af patienter, uddelegeres opfølgningen til hjemmesygeplejen efter ovenfor beskrevne princip. I en artikel med samme tema, der publiceres i Månedsskrift for Praktisk Lægegering (11), opfordres der ligeledes til øget samarbejde om emnet mellem hjemmesygepleje og praktiserende læger.

### Litteratur

1. Rubak et al. Shared care – et integreret samarbejde om patientforløb på tværs af sektorgrænserne. Ugeskr Læger 2002;164(45):5256.
2. Kvist E, Djernes JK, Gulmann NC. Forekomst af depressionssygdom hos ældre og sygdommens kliniske fremtrædelsesformer. Sygeplejersken 2001;(45): 27-31.
3. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: A Review. Acta Psych Scand 2006;113:372-387.

**"Vores erfaringer fra ældrepsykiatrisk distriktsservice og almen lægepraksis viser, at tværsektoriel shared care er et velegnet princip i både observation, behandling og opfølgning af ældre med depressionsdiagnose."**

4. Koefoed EM, Levring E, Djernes JK. Lær at screene for depression hos ældre. Sygeplejersken 2004;(12): 20-24.
5. Djernes JK, Kvist E, Olesen F, Munk-Jørgensen P, Gulmann NC. Validering af dansk oversættelse af Geriatric Depression Scale-15 items (GDS) som screeningsredskab for depression blandt hjemmeboende svage ældre. Ugeskr Læger 2004; 166: 905-9.
6. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. Journal of Gerontology: Medical Sciences 2003, 58A, 249-65.
7. Djernes JK, Gulmann NC, Abelskov KE, Juul-Nielsen S, ]

#### ))) BOKS 2. DE HYPPIGSTE OG VIGTIGSTE RISIKOFAKTORER FOR DEPRESSION HOS ÆLDRE I PRIORITERET RÆKKEFØLGE (3)

- Kvinde
- Somatisk sygdom
- Kognitiv svækkelse
- Infarctus cerebri
- Mangel på eller tab af nære sociale kontakter
- Anamnese på depression
- Enkestand
- Afhængighed af hjælp (f.eks. i ADL)
- Belastende livssituationer
- Bolig i institution
- Dårlig økonomi
- Depressionsinducerende lægemidler.

*Bodil Porsgaard er ansat som distriktssygeplejerske på Gerontopsykiatrisk afdeling, Brønderslev Psykiatriske Sygehus; bopo@rn.dk*  
*Jørgen Peter Ærthøj er praktiserende læge og koordinerende læge i Kvalitetssenheden for almen praksis, Region Nord.*  
*Jens Kronborg Djernes er overlæge og klinisk lektor, Psykiatrien i Region Nord, Gerontopsykiatrisk afdeling, Brønderslev Psykiatriske Sygehus.*

## Døden på plejehjem fremstilles som uværdig

Døden på plejehjem italesættes som uværdig, en slags død på anden klasse – i modsætning til døden på hospice, der fremstilles som et ideal. Det viser en ny cand.cur.-afhandling "Døden på Plejehjem" af Karen Tind Nielsen, som har undersøgt, hvordan døden og pleje af døende plejehjemsbeboere italesættes, men ikke nødvendigvis praktiseres, i danske forskningsartikler, artikler, lærebøger og rapporter.

Forestillingen om, at døden på plejehjem er uværdig, skyldes ifølge specialet, at plejen af døende beboere ikke ydes med udgangspunkt i hospicefilosofien. Hvad denne så omfatter, er der ifølge analysen ikke enighed om i teksterne, men ifølge mine erfaringer adskiller filosofien sig ikke markant fra det, der søges praktiseret på danske plejehjem. Problemet er, at trods det at 25 pct. af alle danskere dør på plejehjem, ved vi stadig ikke nok om, hvordan døden på plejehjem sker og opleves. Manglende viden giver hurtigt anledning til myter. På Sygeplejersken modtager vi gerne artikler om emnet.

(er)

*Kilde: Nielsen KT. Døden på plejehjem. En Foucault-inspireret undersøgelse af diskursen om døden og pleje af døende på danske plejehjem i dette årtusinde. Afdeling for Sygeplejevidenskab, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet nr. 209/2009. Kan læses på: [www.folkesundhed.au.dk](http://www.folkesundhed.au.dk) > kandidatspecialer*

## Hjælp mig med havearbejde

Hvis du er rygmarvsskadede og har let ved at bede venner og familie om hjælp, er du usædvanlig. At bede en veninde om at købe ind er svært for de fleste. Det viser ph.d.-afhandlingen "Kampen for et liv, der er værd at leve: processen mod et meningsfyldt liv efter en traumatisk rygmarvsskade", af Sanne Angel, se *Sygeplejersken* nr. 17/2009.

Forskeren har derfor i samarbejde med RYK, Rygmarvsskadede i Danmark, udformet et postkort med overskriften "Kære netværk". Her kan den rygmarvsskadede sætte kryds i rubrikker med forskellig ordlyd: Hjælp til tøjvask, havearbejde, børnepasning eller omsorg og "frirum". Postkortet findes i den 100 sider lange krydsning mellem bog og pjece: "Pårørende – tæt på rygmarvsskadede", udgivet af RYK, og det kan rekvireres gratis hos RYK og på landets to rehabiliteringscentre. Samarbejdet mellem forsker og patientforening kommer de 3.000 rygmarvsskadede til gode. Men andre patientgrupper, f.eks. mennesker med KOL, hjertesygdom eller kræft, kan måske bruge idéen eller i det mindste tale med deres netværk om, hvad de konkret har brug for. Det burde ikke være så svært, men det er det altså, og så kan postkortet være en åbning. "Sig til, hvis jeg kan gøre noget," er billigt sluppet. For billigt.

(ib)

Se [www.ryk.dk](http://www.ryk.dk)

- ))) Sørensen L. Psychopathologic and functional outcome in the treatment of elderly inpatients with depressive disorders, dementia, delirium, and psychoses. *International Psychogeriatrics* 1998; 10: 71-83.
- 8. Djernes JK, Gulmann NC, Ibsen M, Foldager L, Olesen F, Munk-Jørgensen P. A follow-up of elderly depressed patients. *Nord J Psychiatry* 2008; 62/3: 233-41.
- 9. Gotfredsen K, Ærthøj JB, Djernes JK. Primærsygeplejerskens opgaver, når ældre har delir. *Sygeplejersken* 2008;(15-16):44-51.
- 10. Djernes JK. Delir – en livsfarlig tilstand – der ofte har dårlig prognose. Samarbejde kan forbedre prognosen. *Månedsskr prakt Lægegern* 2008;(86): 1168-73.
- 11. Djernes JK. Depression hos ældre. Kan vi forbedre indsatsen? *Månedsskr prakt Lægegern*, i trykken.

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Porsgaard B, Ærthøj JP, Djernes JK. Improved services for the depressed elderly require team approach. *Sygeplejersken* 2010;(2):52-6.

The incidence of depression in the elderly is high and the risk of relapse significant. The symptomatic picture in the depressed elderly often differs from that of classic depression. Consequently, knowledge of risk factors, and tools for observation and screening for depression in the elderly, is needed.

New research has shown that social and health-related factors influence the risk of development of depression in the elderly. By improving service provision based on an expanded "shared-care" principle, better treatment outcomes are likely to be achieved. The principle is based on an integrated, binding and formalised cooperation between the community nurse, GPs and specialist units. Medical and nursing specialists from the field of geriatric psychiatry should be permanent members of the treatment group, thereby achieving continuity of care throughout the course of illness, and enabling rapid and unconstrained access to specialist medical and nursing knowledge.

Key words: depression, shared care, elderly.





# Alternativ behandling

## - et review af evidens for effekt af massage, aromaterapi og zoneterapi

AF ANITA LUNDE, CAND.CUR., OG HELLE JOHANNESSEN, MAG.SCIENT., PH.D.

Denne artikel er godkendt gennem dobbeltblindt peer review. Artiklens hovedbudskab er, at massage signifikant reducerer angst hos kræftpatienter, ligesom der findes nogenlunde sikker dokumentation for effekt af massage mod depression, smerter og kvalme. Massage er tillige en sikker terapiform og kan derved indgå i evidensbaserede sygeplejefaglige tiltag mod psykiske og fysiske følgevirkninger af kræft.

### »»» RESUMÉ

*Baggrund:* Interessen for komplementær og alternativ behandling (KAB) er stadig stigende, og også blandt kræftpatienter kan der dokumenteres et større forbrug af KAB. Kræftpatienter anvender primært KAB som supplement til deres konventionelle behandling, og flere undersøgelser tyder på, at sygeplejersker er den faggruppe, som er mest åbne over for patienters brug af KAB. Patienter såvel som sundhedsprofessionelle mangler dog overblik over eksisterende viden om effekt af KAB til kræft. Denne artikel undersøger evidensen for effekt af manipulativ og kropsbaseret KAB til kræftpatienter.

*Metode:* Der er foretaget systematisk søgning i databaserne Pubmed, Cochrane-biblioteket, AMED, CHINAL og Web of Science efter reviews, systematiske reviews og metaanalyser over effekt af KAB til kræft eller kræftrelaterede symptomer publiceret i 2000-2008. Med udgangspunkt i guidelines udviklet af the Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN, er de inkluderede reviews kvalitetsvurderet og de fundne effekter bedømt efter fire evidensniveauer.

*Resultater:* 10 reviews omhandler manipulativ og kropsbaseret praksis, og heraf er fem af høj kvalitet. Det mest konsistente resultat er, at massage signifikant reducerer angst hos kræftpatienter (evidens A). Ydermere findes nogenlunde sikker dokumentation for effekt af massage mod depression, smerter og kvalme. Ingen reviews finder skadelige virkninger af massage, og forestillingen om, at massage kan sprede kræft, afkræftes af nyere forskning.

*Konklusion:* Massage er en sikker terapi i kombination med konventionel kræftbehandling og kan indgå i evidensbaserede sygeplejefaglige tiltag mod psykiske og fysiske følgevirkninger af kræft. Der er behov for undersøgelser, der dokumenterer effekten af andre manipulative og kropsbaserede terapiformer som eksempelvis zoneterapi. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt at differentiere effekten i forhold til typen af massage, kræftform eller sygdomsstadie.

*Nøgleord:* Komplementær og alternativ behandling, kræft, evidensbaseret sygepleje, massage, angst.

### Baggrund

Komplementære og alternative behandlingsformer (KAB) defineres ofte som behandlinger, der baserer sig på metoder, som hovedsagelig anvendes uden for det etablerede sundhedsvæsen (1). Feltet er komplekst, og KAB dækker en lang række alternative behandlingsformer samt naturmedicin og kosttilskud. Grænserne mellem KAB og etableret behandling er dog både kulturelt og historisk betinget: F.eks. er kiropraktik i dag en autoriseret behandling i Danmark, mens det stadig betragtes som ukonventionelt og alternativt i Italien og USA (2).

Interessen for og forbruget af KAB har været stadig stigende gennem de sidste årtier. Statens Institut for Folkesundheds sundheds- og sygelighedsundersøgelse fra 2005 viste, at godt 40 pct. af den danske befolkning har anvendt alternativ behandling, heraf 20 pct. inden for det sidste år. Til sammenligning

havde kun 23 pct. i 1987 brugt alternativ behandling på et eller andet tidspunkt i deres liv (3). Det stigende forbrug af KAB i Danmark afspejler en generel tendens i den vestlige verden (4). Som den primære årsag til brug af KAB angives milde lidelser, forebyggelse og generelt velvære (5,6), men også blandt kræftpatienter synes der at være et stort forbrug af KAB. Et europæisk studie viser, at gennemsnitligt 36 pct. af patienter med kræft anvender KAB (7), og en undersøgelse fra Kræftens Bekæmpelse finder, at 55 til 75 pct. af de patienter, der kontakter kræftlinjen, har anvendt alternativ behandling (8). En ph.d.-afhandling om kræftpatienters brug af alternativ behandling viser tilsvarende, at 45 pct. har anvendt naturlægemidler eller kosttilskud og 11-13 pct. alternativ terapi (9).

De fleste kræftpatienter anvender KAB for at lindre bivirkninger af etableret kræftbehandling, for

# og kræft

at styrke immunforsvaret og almentilstanden eller som en vej til at finde håb og genvinde kontrol (10). Kræftpatienter søger primært KAB som et supplement til etableret behandling (5,11). Mange patienter ønsker i den forbindelse at drøfte deres brug af KAB med en sundhedsprofessionel, og ca. 43 pct. af alle adspurgte hospitaliserede kræftpatienter i et norsk studie udtrykker, at de gerne så KAB integreret med den konventionelle behandling (12).

Samtidig med det øgede forbrug kan der også konstateres stor forskningsaktivitet vedrørende KAB. I Pubmed er indekseret godt 132.000 artikler om KAB, hvoraf ca. 10.000 er kliniske effektstudier, og godt 7.000 af disse er publiceret fra år 2000 og frem. I Cochrane-biblioteket er der indekseret 200 systematiske reviews om evidens for KAB. På trods af de forholdsvis mange publikationer kan det stadig være svært både som sundhedsprofessionel og som kræftpatient at skaffe sig et overblik over spørgsmålet om effekt af KAB til kræft.

Som en reaktion på det stigende KAB-forbrug har Sundhedsstyrelsen henstillet til landets sygehuse om så vidt muligt at acceptere patienters brug af KAB, og at dette også kan ske under indlæggelse (13). Sundhedsstyrelsen anbefaler endvidere, at sygehusafdelinger udarbejder retningslinjer, der kan guide sundhedsprofessionelles vejledning om, hvorvidt en given KAB-behandling indebærer mulige risici (13). Spørgsmål om effekt af KAB samt mulige bivirkninger eller interaktioner med konventionel behandling trænger sig altså på i sundhedsvæsenet. Sygeplejersker er fremhævet som en faggruppe, der let kan identificere sig med den holistiske tilgang, som findes i mange KAB-former. Samtidig oplever patienter, at sygeplejersker er mere åbne over for KAB end læger, og sygeplejersker kan derfor have en formidlende rolle mellem patient og læge (14,15). Sygeplejersker kan på denne baggrund være en central faggruppe i initieringen af retningslinjer for KAB.

National Institute of Health, NIH, i USA har udviklet et klassifikationssystem, som definerer fem kategorier af KAB (se boks 1 herover) (16). I her-værende artikel undersøges kategorien manipulativ og kropsbaseret praksis. Manipulative og kropsbaserede praksisformers primære fokus er kropslige

## ))) BOKS 1. KLASSIFIKATION AF KAB

- Alternative medicinske systemer (som Ayurveda, TCM, homøopati, osv.)
- mind-body-interventioner (terapier baseret på, at krop og psyke virker sammen)
- biologisk baseret praksis (urteprodukter og andre naturlige produkter som vitaminer, mineraler og lignende)
- manipulativ og kropsbaseret praksis (terapier, som involverer bevægelse og/eller manipulation af kroppen)
- energiterapier (terapier, som forstår kroppen som energifelter).

The National Centre for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM), NIH, USA, 2007 (16).

## ))) BOKS 2. SYNONYMER FOR EMNEORD ANVENDT I FRITEKSTSØGNING

*Kræft:* Neoplasm\* (neoplasia) or cancer\* or tumor.\*

*KAB:* Alternative Therap\*, Alternative Medic\*, Alternative\* Complementary Therap\*, Complementary Medic\*, Complementary\*, CAM, Chinese.

*Effekt:* User-evaluation, outcome-assessment, experience, self-reported, effect, efficacy, benefit, embodiment.

## ))) BOKS 3. KRITERIER FOR INKLUSION OG EKSKLUSION

*Inklusionskriterier:*

- Oversigtsartikler omhandlende interventioner, der evaluerer effekt af KAB til cancer og/eller cancerrelaterede symptomer og psykosociale forhold
- Kvantitative og kvalitative metoder/studie-designs
- Publiceret i perioden 2000-2008 i peer reviewede tidsskrifter
- Sprog: engelsk, tysk og/eller et skandinavisk sprog.

*Eksklusionskriterier:*

- Dyreeksperimentelle/laboratorieforsøg
- In vitro-forsøg
- Pilotstudier
- Kasuistikker
- Forebyggelse af cancer med KAB
- Cases med spontan regression/exceptionel overlevelse og KAB (retrospektive)
- Studier/artikler, der afdækker forbrug af KAB og baggrunde herfor
- Artikler, der præsenterer synspunkter/guidelines/rådgivning vedr. KAB og cancer
- Interventioner af fysioterapeutisk eller kiropraktisk karakter.



**]]]] TABEL 2. EFFEKT AF MASSAGE OG EVIDENS (SE OGSÅ BOKS 4)**

|                         | Symptomer  | Gradering |
|-------------------------|------------|-----------|
| Høj til moderat evidens | Angst      | A         |
|                         | Depression | B         |
|                         | Smerter    | B         |
|                         | Kvalme     | B         |

]] strukturer og systemer som knogler, led, muskel- og bindevæv (17). Kategorien dækker således bl.a. massage og zoneterapi, som er de to hyppigst anvendte alternative behandlingsformer blandt danske forbrugere (18). Ydermere ses behandlinger som kiropraktik, osteopatisk manipulation, tui na, rolfinng og Alexander-teknik. Nogle behandlinger har deres oprindelse i gamle medicinske traditioner fra lande som Kina og Indien, mens andre er udviklet i Vesten inden for de sidste 150 år (17).

Artiklens formål er at evaluere effekt af manipulativ og kropsbaseret praksis til kræft og/eller kræftrelaterede symptomer og psykosociale forhold og give evidensbaserede anbefalinger for praksis. Artiklen tager udgangspunkt i guidelines udviklet af the Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN, som arbejder med et system, der kobler synteser af den eksisterende evidens med fire niveauer af anbefaling for praksis (19). Målene er:

- at fastlægge, hvilke behandlinger inden for kategorien der er undersøgt og i hvilket omfang
- at identificere, hvorvidt der er evidens for effekt
- at evaluere kvalitet og styrke af evidensen, samt hvilket anbefalingsniveau der gælder for den pågældende behandling, og
- at klarlægge evidens for sikkerhed eller alvorlige bivirkninger.

### Metode

Systematiske søgninger er foretaget i databaserne Pubmed, CHINAL, Cochrane biblioteket, AMED og Web of Science. Til søgningerne er anvendt kontrollerede emneord for KAB og kræft: "Complementary therapies", "Alternative Therapies" og "Neoplasms", kombineret med "AND". AMED og Web of Science er ikke indekseret, hvorfor søgningen her inkluderer synonymer for de to emneord (se boks 2 side 59) med brug af trunkering og fritekstsøgning. I søgningerne er alle typer reviews søgt identificeret, herunder ekspertreviews, systematiske reviews og metaanalyser. Limit-funktionerne "review", "systematic review" og "metaanalysis" er anvendt, og i Pubmed er funktionen "Clinical Queries" også benyttet. Øvrige inklusionskriterier fremgår af boks 3 side 59.

Artikler, der ikke er baseret på forsøg med kræft-

patienter, er ekskluderet. Ydermere er artikler, der specifikt omhandler interventioner med fysioterapeutisk og kiropraktisk behandling, ekskluderet, da disse behandlingsformer ikke betragtes som komplementære og alternative behandlinger (se boks 3). De inkluderede reviews er derefter sorteret efter NCCAM klassifikationssystem (se boks 1). I den foreliggende artikel inkluderes kun de studier, der er kategoriseret som manipulativ og kropsbaseret praksis.

Hver inkluderet artikel er vurderet med baggrund i en bedømmelse af artiklernes kvalitet med en ++, + eller ÷ score. Denne score tager udgangspunkt i tjeklister udarbejdet af The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (se boks 4 side 61), som graderer den interne validitet i de inkluderede reviews (19). Herefter er resultater fra hvert review identificeret, og endelig er resultater og konklusioner sammenholdt med kvalitetsscoren med henblik på en samlet vurdering af dokumentationsniveauet for den anbefalede værdi af effekter af manipulativ og kropsbaseret praksis (19) (boks 4). Kvalitetsbedømmelsen og vurderingen af den anbefalede værdi er udført af to reviewere, og ved uoverensstemmelser blev konsensus opnået gennem fornyet fælles gennemgang og fortolkning af evidens vedrørende de pågældende effekter.

### Resultater

10 reviews omhandler manipulativ og kropsbaseret praksis (20-29) (se tabel 1 side 65). Fem reviews er vurderet til bedste kvalitetsscore (++), tre til næstbedste (+), mens de sidste to reviews har laveste kvalitetsscore (-). Seks af de 10 reviews er publiceret i 2008, og ud af de seks reviews er fire fra sygeplejefaglige tidsskrifter (23,25,28,29). De 10 reviews dækker i alt 41 kliniske studier, hvoraf de 29 er beskrevet som randomiserede kliniske studier (RCT) eller kontrollerede kliniske studier (CCT), mens de resterende 12 er observationsstudier. Derudover indeholder enkelte reviews også casebeskrivelser. De inkluderede reviews behandler således flere af de samme enkeltstudier, og et review (23) inkluderer næsten samtlige studier på nær tre RCT og et CCT. Studierne, inkluderet i de 10 reviews, er publiceret

#### »» BOKS 4. KVALITETSKRITERIER OG EVIDENS IFØLGE THE SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK, SIGN.

The Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) er et tværdisciplinært netværk af forskere og behandlere, som udarbejder evidens-baserede kliniske retningslinjer for det nationale sundhedsvæsen i Skotland. SIGN guidelines bygger på systematiske reviews af litteratur og er skabt som et redskab til at fremme overførelse af ny viden til handling med henblik på at reducere variation i praksis og forbedre udkommet, som er vigtigt for patienterne.

##### Kvalitetsscore bedømt ud fra tjekliste:

|    |   |
|----|---|
| ++ | Alle eller de fleste kriterier er opfyldt, og der er lav risiko for bias.   |
| +  | Flere kriterier er opfyldt, og de kriterier, som er opfyldt i mindre grad, vurderes kun i sjældent omfang at kunne ændre reviewets konklusion |
| ÷  | Få eller ingen kriterier er opfyldt, der er stor risiko for bias, og reviewets konklusioner vil meget vel kunne ændres                        |

##### Klassificering af studiedesign:

|   |  |
|---|--|
| 1 | Review   |
| 1 | Randomiserede kontrollerede forsøg; RCT  |
| 2 | Kontrollerede kliniske forsøg (kontrol uden randomisering); CCT<br>Observationsstudier |
| 3 | Ikke-analytiske studier  |
| 4 | Ekspertvurderinger   |

##### Niveau af anbefaling og evidens:

|   |  |
|---|--|
| A | Effekter med høj direkte applicérbar evidens.<br>Resultater fra metaanalyser, systematiske reviews og RCT ratet som 1++ eller flere studier ratet som 1+, der konsistent demonstrerer samme resultat   |
| B | Effekter med høj sandsynlighed for sikker viden.<br>En sum af konsistente resultater fra interventionsstudier uden randomisering og observationsstudier (2++) samt ekstrapoleret evidens fra 1++ og 1+ |
| C | Effekter med moderat evidens: 2+ og ekstrapoleret evidens fra 2++  |
| D | Effekter med lav evidens grundet stor risiko for bias: 1-, 2-, 3 og 4 og ekstrapoleret evidens fra 2+  |

Kilde: <http://www.sign.ac.uk>

i perioden 1986-2007 og omhandler primært massage. Et mindre antal studier har zoneterapi, aromaterapi, terapeutisk berøring og akupressur som intervention (seks studier i alt). Et review (28) behandler særskilt zoneterapi, mens de øvrige reviews alle konkluderer på effekten af massage. Massage bliver således en samlebetegnelse for flere manipulative og kropsbaserede interventioner, ligesom massage også i sig selv dækker over flere massagetyper. Den hyppigst rapporterede massagetype er svensk (klassisk) massage (23), som oprindeligt er udviklet af Pehr Henrik Ling (1776-1839) fra universitetet i Lund. Den enkelte behandling er overvejende på 10-30 minutter, mens studieperioden er meget varierende fra en behandling hver dag i tre dage til fire behandlinger pr. uge over 10 uger.

Det samlede antal patienter, inkluderet i de studier, der undersøges i de 10 reviews, består af 1.783 patienter i de kliniske forsøg (RCT og CCT), og 1.690 patienter i observationsstudierne, hvoraf de 1.290 er fra ét stort observationsstudie (30). De fleste studier er ikke afgrænset til en specifik kræfttype,

men inkluderer bredt patienter med en kræftdiagnose, og blandt de studier, der skelner mellem forskellige former for kræft, er brystkræft den hyppigst forekommende. Studierne dækker over patienter i den behandlende, rehabiliterende eller palliative fase, og effektparametrene er primært centreret om kræftrelaterede følgesymptomer. Ingen af de fem reviews med høj kvalitetsscore (23,24,26,28,29) finder det muligt at udarbejde en metaanalyse, da data fra de enkelte studier er for heterogene både mht. til, hvordan outcome er opgjort, hvilken massageintervention der bruges, og hvilke kræftdiagnoser der indgår i studierne. I de inkluderede reviews består resultaterne derfor af en sammenskrivning af data, og i reviews med høj kvalitetsscore bygger sammenskrivningen på en systematisk gennemgang af effektparametre og resultater i de inkluderede studier.

De fleste reviews har som mål at bestemme evidens for effekt af massage både i forhold til psykisk og fysisk velbefindende hos kræftpatienter. Et review undersøger særligt smertelindring (25), og et andet review undersøger selvrapporterede symptomer »

]] (26). Tre reviews har fokus på særlige patientgrupper (20,23,24) (børn med kræft, kræftpatienter i den palliative fase), men inkluderer dog studier med kræftpatienter generelt og forholder sig først til den særlige patientgruppe i konklusionen. Kun et af de inkluderede reviews medtager kvalitative data vedrørende patienters oplevelse af massage (27), de øvrige reviews arbejder med kvantitative mål for effekt. Tabel 2 side 60 illustrerer på baggrund af de 10 reviews, hvilke symptomer massage har en lindrende effekt på, og i det følgende gennemgås synteser af resultaterne med henblik på at give evidensgraderede anbefalinger for praksis. Reviewet af forsøg med zoneterapi til kræftpatienter (28) drager ingen konklusioner på effekt, idet materialet er sparsomt. Ligeledes kan det ikke konkluderes, hvorvidt aromaterapi kan forstærke de virkninger, der ses af massage (29). Derfor forholder resten af denne artikels resultatafsnit sig til massage. Der refereres til udvalgte enkeltstudier fra de 10 reviews for at uddybe resultaterne.

#### *Massages effekt: God til moderat evidens*

Det gennemgående og mest konsistente fund er, at massage kan reducere angst hos patienter med kræft. Dette fund kan, på baggrund af fire systematiske reviews (23,24,26,29), klassificeres som god evidens (niveau A) i henhold til SIGN's graderingssystem. Angst er det hyppigst undersøgte effektparameter, og der ses i de fleste inkluderede enkeltstudier en statistisk signifikant reduktion i angst hos kræftpatienter, der modtager massage. Det største inkluderede RCT er et multicenterstudie af Wilkinson et al. (31) med 288 patienter, publiceret i 2007. Her findes signifikant reduktion i såvel klinisk som selvrapporteret angst. Studiet påviser endvidere, at effekten af massage består op til to uger efter behandling, hvorimod en langtidseffekt ikke findes. I et observationsstudie, som inkluderer 1.290 kræftpatienter (30), rapporteres angst også som det symptom, hvor der ses den største effekt af massage.

Effekt på depression samt reduktion i smerter og kvalme er alle områder, hvor det anbefalede niveau

### ]]]] BOKS 5. KORT BESKRIVELSE AF DE MEST ANVENDTE SPØRGESKEMAER

| Spørgeskema:             | Beskrivelse:   |
|--------------------------|--|
| HADS                     | "The Hospital Anxiety and Depression Scale" er udviklet i 1983 af Zigmond og Snaith til at identificere og bestemme psykologiske forstyrrelser hos medicinske patienter. Det består af syv items, som angår angst, og syv items, som angår depression, hvor patienten scorer sig på en 4-punkts skala.             |
| STAI                     | "The State-Trait Anxiety Inventory Form" er et instrument udviklet af Spielberger i 1983 til at måle angst hos voksne. Det differentierer mellem den "følelsesmæssige her og nu-situation" og den generelle konstitution i et selvrapporteret skema med hver 20 items, som også benytter sig af en 4-punkts skala. |
| POMS                     | "The Profile of Mood States" er udviklet i 1971 af McNair. Det består af seks underkategorier; anspændthed, depression, vrede, energi, træthed og forvirring (65 items i alt). Hver underkategori besvares med spørgsmål ud fra en 5-trins skala.  |
| VAS                      | Visuel Analog Skala er en lineal med to endepunkter. Ved smertebestemmelse udgøres det ene endepunkt af ingen smerte og det andet af den værst tænkelige smerte (tilsvarende ved eks. kvalme og angst). Patienten kan så sætte sin markering på skalaen.   |
| The Brief Pain Inventory | Er et kort multidimensionelt spørgeskema, som bl.a. indeholder differentiering af intensitet i smerten over døgnet, samt hvordan smerterne påvirker aspekter af livet som arbejde, søvn humør (syv items i alt).   |
| Rhodes Index of Nausea   | Er et redskab til selvrapportering af kvalme og opkastning (udviklet af Verna Rhodes i 1983). Det indeholder otte items, som spørger til kvalme og opkastning gennem de sidste 12 timer, patienten kan differentiere på en 5-punkts skala.   |



kan klassificeres til B efter SIGN's guidelines. Effekt over for disse forhold er hyppigt rapporterede, men den fundne reduktion er ikke statistisk signifikant i alle enkeltstudier. Wilkinson et al. (31) finder en statistisk signifikant reduktion i kliniske tegn på depression efter to uger, men ikke efter seks uger og heller ikke i den selvrapporterede depression. Signifikant reduktion i smerter er fundet i to RCT fra 2007 med tilsammen 228 inkluderede kræftpatienter (32,33). Tilsvarende finder et mindre RCT fra 2007 med 39 kvinder med brystkræft også en statistisk signifikant reduktion i kvalme (34).

De hyppigst anvendte skalaer i enkeltstudiernes bestemmelse af psykologiske effekter som angst og depression består af validerede spørgeskemaer (HADS, STAI og POMS) eller visuel analog skala (VAS) (se boks 5 side 62).

#### *Massages effekt: Svag evidens*

Reviewene oplister en lang række positive reaktioner på massage, som ikke er statistisk signifikante, og påpeger behov for, at fremtidige studier afklarer evidensen for effekt på disse områder. Det gælder eksempelvis symptomer som søvnforstyrrelser, livskvalitet, træthed, stress og obstipation samt mere objektive forhold som puls, BT, respirationsfrekvens, immunparametre samt niveauet af kortisol, serotonin og dopamin. Mulige sammenhænge mellem symptomatisk effekt af massage og gavnlige fysiologiske respons på eksempelvis puls, BT og immunforsvar kræver yderligere forskning.

Et RCT forholder sig endvidere til økonomiske implikationer, men finder ikke nogen forskel i forbrug af økonomiske ressourcer mellem interventions- og kontrolgruppen (32).

#### *Sikkerhed og risiko for bivirkninger*

Sikkerheden ved at anvende massage til kræftpatienter er behandlet i flere reviews (21-23,25,29). Et review (29) har uønskede bivirkninger som et eksplicit undersøgelsesspørgsmål og finder, at data på mulige bivirkninger er sparsomme. Fordøjelsesproblemer og hudreaktioner er eneste rapporterede bivirkninger, som eventuelt kan tilskrives massage. Corbin (22) opstiller tre typer af potentielle alvorlige bivirkninger af massage til kræftpatienter: Blødning i tilfælde af mulige koagulationsforstyrrelser, frakturer i tilfælde af knoglemetastaser, og tiltagende smerte eller risiko for infektion i forbindelse med åbne sår eller stråleskader. Corbins liste af alvorlige

bivirkninger er baseret på teoretiske betragtninger, og der findes ikke klinisk evidens herfor.

Reviewet af Calenda (21) behandler forestillingen om, at massage ved at give en forøget systemisk blodcirkulation kan være medvirkende til, at en kræftsygdom kan sprede sig. Dette findes der ingen evidens for, tværtimod har nyere forskning vist, at massage kun giver en lille umiddelbar og helt lokal forøget cirkulation og ingen systemisk påvirkning (35).

To reviews (23,25) forholder sig til spørgsmålet om sikkerhed ved at referere et systematisk review, som generelt evaluerer sikkerhed ved massage (36). Her konkluderes, at antallet af rapporterede alvorlige bivirkninger efter massage er minimale, og ingen af de rapporterede var fra kræftpatienter.

Der er således ingen reviews, som finder skadelige virkninger af massage til kræftpatienter, og massage kan betragtes som en sikker terapiform i kombination med konventionel behandling, når massagen udføres af en kvalificeret terapeut, som også har indsigt i patientens kræftsygdom.

## Diskussion

### *Heterogenitet i studier af massage*

I søgeproceduren er reviews om massage inkluderet, når massage er klassificeret som en generisk kategori under KAB-feltet. Massage kan dog også indgå i en fysioterapeutisk behandling, hvorfor massage i Danmark både praktiseres som alternativ behandling og som en del af en traditionel behandling. Samtidig kompliceres feltet yderligere af, at massage som kategori rummer flere typer; eksempelvis fodmassage, massage af nakke og skuldre, helkropsmassage og aromaterapimassage med brug af æteriske olier. Reviewene konkluderer på massage generelt, og det er ikke muligt på nuværende tidspunkt at differentiere mellem effekten af de forskellige typer massage.

Massage og zoneterapi er ifølge NCCAM to forskellige terapiformer (17). Zoneterapi er tryk under foden med en formodet reflekteret virkning et andet sted i kroppen, hvorimod massage har en direkte virkning på det sted, der behandles. Fodmassage er således i teorien ikke det samme som zoneterapi. I reviewene er denne skelnen ikke entydig, på trods af dette viser studierne stadig en klar effekt af massage til kræftpatienter. Derimod mangler der sikker viden om effekten af zoneterapi til kræftpatienter.

Ydermere inkluderer reviewene kræftpatienter bredt og gør det ikke muligt at vurdere effekten af

]] massage i forhold til kræfttype eller i relation til bestemte stadier i et sygdomsforløb. Til eksempel er målgruppen i reviewet af Lafferty et al. (24) kræftpatienter i terminalfasen, og hos denne gruppe patienter opstår der flere etiske og praktiske problemstillinger i gennemførelsen af kliniske forsøg. Derfor inkluderer forfatterne også studier med ikke-terminale kræftpatienter og overfører denne evidens til terminale kræftpatienter.

#### *Spørgsmålet om evidens*

Den anvendte SIGN-tjekliste graderer artiklerne i tre kvalitetsniveauer, og på trods af stor overensstemmelse i konklusionerne ses det alligevel, at reviews, hvis kvalitet er kategoriseret som 1++, drager mere forsigtige konklusioner end konklusioner fra reviews rangeret som 1+/2++. Dette skyldes, at kvalitetskravene til reviews på niveau 1++ (24,28,29) fordrer, at studierne følger en stram metodik, hvor kun randomiserede kliniske forsøg (24) inkluderes. Konklusionerne i disse reviews har således det forbehold, at der er relativt få randomiserede kliniske forsøg af god kvalitet, som omhandler massage. Her fremhæves flere metodiske problemstillinger som bl.a. mangel på blinding, og at interventionerne ikke er standardiserede.

Til undersøgelse af evidens for effekt betragtes RCT som den gyldne standardmetode. Efterhånden er det imidlertid almindeligt anerkendt, at resultater fra stringent udførte RCT med en høj intern validitet sjældent modsvarer de patientproblematikker, der optræder i den kliniske hverdag. I studier, der eksempelvis undersøger effekt af massage, er det vanskeligt at sikre, at alle inkluderede patienter modtager en helt ensartet behandling. Der er behov for design, der accepterer mindre standardisering og kontrol til at evaluere individualiserede interventioner (2). Netop i studier af massage må en vis grad af variation i behandlingen accepteres (eksempelvis at varigheden og typen af massagen kan individualiseres). Studierne opnår hermed en større ekstern validitet på bekostning af en vis statistisk usikkerhed angående den specifikke effekt af massage. Også forfatterne bag SIGN-komiteéns anbefalinger (19) advarer mod et rigtigt krav om RCT for at evidensbasere kliniske tiltag, som ikke kan blindes eller standardiseres, og påpeger, at kliniske problemstillinger kan evidensbaseres ved synteser af resultater fra flere studier med anvendelse af forskellige studie-design. Reviewet af Hughes et al. (23) er et eksempel på, hvordan der inkluderes både kliniske forsøg

og observationsstudier. Konklusionerne i dette review kan derfor drages på et større patientmæssigt grundlag, og SIGN-kriterierne tillader, at sådanne synteser kan danne evidensbaserede anbefalinger på A- og B-niveau.

Spørgsmålet om evidens er også baggrunden for valg af metode i dette studie. Rationalet er, at reviews af effektstudier oftest genererer det højeste niveau af evidens, idet resultater fra flere studier samles, og da dette studie inkluderer seks reviews publiceret i 2008, der dækker enkeltstudier til og med 2007, må materialet anses for at være tidssvarende. Kvalitetsgraderingen af de inkluderede reviews bruges som metode til at validere påstande og identificere mulige fejltolkninger for at sikre validiteten af denne artikels konklusioner. Målet om at kunne bidrage til evidensbaserede anbefalinger for praksis indebærer også et fravalg af litteratur. "Den grå litteratur", som kan findes i blade og bøger, kan muligvis bidrage med relevant viden om, hvordan massage praktiseres, anvendes og virker, men dette falder uden for formålet for denne artikel. Derimod rummer inklusionskriterierne i dette studie af reviews både kvalitative og kvantitative metoder til at bedømme effekt af massage. Kun ét review (27) medtager dog i resultatafsnittet kvalitative beskrivelser af, hvordan virkninger af massage opleves, hvilket kan hænge sammen med, at kvalitative studier rangerer lavt i evidenshierarkiet. Som perspektivering for resultatet af dette review kan nævnes, at to kvalitative studier (37,38) baseret på interviews af kvinder med brystkræft viser, at essensen af massage kan beskrives "som en meningsfuld lettelse fra lidelsen". Dette uddybes bl.a. med, at patienterne oplever at blive mødt som hele personer, at de oplever forbedring i relationer til de sundhedsprofessionelle og en forbedret kropslig følelse. Kvalitative fund kan således føje andre dimensioner til udbyttet af massage end reviews baseret på studier med standardiserede effektmål som f.eks. reduktion af angst.

#### *Massage og sygepleje*

I spørgsmålet om en mulig integration af KAB med konventionel behandling samt sundhedsstyrelsens henstilling om vejledninger til sundhedspersonale kan der peges på flere perspektiver for sygeplejen. Nærværende litteraturgennemgang giver et overblik over, hvilke KAB-former inden for gruppen af manipulativ og kropsbaseret praksis der er undersøgt til kræftpatienter, og hvilke effekter der ses. Denne ]

]]] TABEL 1. INKLUDEREDE REVIEWS

| Første forfatter, år, kvalitetsscore | Interventioner i de inkluderede enkeltstudier   | Mål med review  | Inkluderede studier og antal patienter   | Metoder  | Effekt parametre  | Konklusion  |
|--------------------------------------|---|---|--|--|---|---|
| Lafferty et al. 2006<br><br>1++      | Massage<br>Zoneterapi                           | At vurdere nytten og kvaliteten af eksisterende viden om massage som supplement i den terminale pleje.<br><br>At overveje det næste logiske skridt for denne type af klinisk forskning. | 9 RCTs<br><br>2 cross-over studier<br><br>568 patienter  | Ikke angivet i artiklen  | Smerte<br>Angst<br>Følelsesmæssig stres/ fysiske symptomer fra stres<br>Depression<br>Humør påvirkninger<br>Kvalme<br>Træthed<br>Søvnforstyrrelser<br>Spænding/afslapning<br>Livskvalitet | De foreløbige data viser væsentlig effekt af massage til terminale patienter både som lindring af psykiske symptomer som angst og stres og af fysiske symptomer som smerter. Reviewet peger på flere begrænsninger, idet få studier forholder sig til terminale forløb, ligesom der også er flere etiske problematikker ved forskning på dette felt. Fremtidige undersøgelser må tage fat på disse problemer.<br><br><i>"Hvis effekten af KAB er evalueret i kliniske forsøg, vil integrationen af KAB i plejen af terminale patienter kunne hjælpe dem til at dø mere fredfyldt" (Side 111).</i> |
| Wilkinson et al. 2008a<br><br>1++    | Massage og aromaterapi                          | At bestemme evidensen for at massage og aromaterapi kan forbedre fysisk og psykisk velbefindende hos patienter med kræft  | 10 RCTs<br><br>428 patienter   | Kvantitative validerede skaler anvendes for at bedømme effekt:<br>STAI<br>POMS<br>Quality of Life<br>VAS   | Smerte<br>Kvalme<br>Angst<br>Livskvalitet<br>Depression   | Evidensen for effekt af massage er blandet, idet eksisterende forskning vurderes at have flere metodologiske begrænsninger. Resultaterne viser, at massage kan reducere angst hos kræftpatienter på kort sigt, og at massage også har en dæmpende virkning på smerte og kvalme. Det er ikke muligt at konkludere, hvorvidt aromaterapi forstærker virkningen af massage.<br><br>Der er behov for større veldesignede studier med en længere follow-up for at kunne drage mere sikre konklusioner vedrørende effekten af massage.  |
| Wilkinson et al. 2008b<br><br>1++    | Zoneterapi                                      | At bestemme evidensen for at zoneterapi forbedre fysisk og psykisk velbefindende hos patienter med kræft  | 5 RCTs<br><br>220 patienter  | Kvantitative validerede skaler anvendes for at bedømme effekt:<br>VAS<br>HADS<br>POMS<br>Pearson-Byars fatigue scale<br>McGill Pain Questionnaire                            | Variierende fysiske symptomer (smerte, vejrtrækning, træthed, obstipation mv.)<br><br>Variierende psykiske symptomer (angst, søvnbesvær, vrede mv.)                                       | Det er ikke muligt at drage konklusioner om zoneterapis effekt på kræftrelaterede symptomer. Studierne bygger på et begrænset antal patienter, flere metodologiske begrænsninger samt meget heterogene design i forhold til udvalg af effektmål i de inkluderede enkeltstudier. Der er behov for flere studier af høj kvalitet for at kunne drage evidensbaserede konklusioner.   |
| Hughes et al. 2008<br><br>1+/2++     | Massage, aromaterapi, zoneterapi, og akupressur | Ved gennemgang af eksisterende litteratur, at informere sundhedsprofessionelle om en potentiel gavnlige effekt af massage til børn med kræft.   | 25 kliniske studier (RCT, CCT og crossover) med i alt 1535 patienter<br><br>12 observations- og casestudier med i alt 1690 patienter | Der anvendes overvejende kvantitative mål for effekt (skalaer er ikke angivet), få observationsstudier indeholder også kvalitative beskrivelser (ikke illustreret i teksten) | Smerte<br>Kvalme<br>Angst<br>Depression<br>Livskvalitet<br>Obstipation<br>BT og puls<br>Immun respons   | Massage er en sikker, non-invasiv terapeutisk modalitet som kan integreres som et supplement til den etablerede behandling for at imødegå bivirkninger og psykologiske følger af kræftbehandlingen hos børn. Der peges på sygeplejersker som facilitatorer af integrationen af massage i den konventionelle behandling af børn med kræft, idet de bl.a. har baggrunden for at identificere, hvilke symptomer hos børnene massage kan afhjælpe.  |

Tabellen fortsætter på næste side



Tabellen er fortsat fra forrige side

| Første forfatter, år, kvalitetsscore | Interventioner i de inkluderede enkeltstudier                | Mål med review   | Inkluderede studier og antal patienter  | Metoder  | Effekt parametre  | Konklusion   |
|--------------------------------------|--|--|---|--|---|--|
| Myers et al 2008<br><br>1+/2++       | Massage (primært svensk massage)<br>Zoneterapi<br>Akupressur | At undersøge effekten af massage modaliteter på selvrapporterede subjektive symptomer hos kræftpatienter.<br><br>At pege på hvad den fremtidige forskning bør indeholde.   | 11 massage-studier<br>5 studier med aromaterapi<br>5 studier om zoneterapi<br>2 akupressur studier<br>I alt 2280 patienter<br><br>RCT, CCT, cros-over design og observationsstudier | Flere spørgeskemaer, som kan indsamle selvrapporterede symptomer anvendes (eks.VAS, the Brief Pain Inventory, HADS, POMS, EORTC QLQ-C30, Rhodes Inventory of Nausea) | Smerter<br>Træthed<br>Angst<br>Kvalme<br>Depression   | Resultaterne fra de inkluderede studier er blandede og varierer på baggrund af heterogene interventioner og "outcomes" samt mangel på studier af høj kvalitet. Det mest konsistente fund er dog en reduktion i angst og smerter. I det studierne peger på flere potentielle gevinster ved massage til kræftpatienter, og da massage allerede tilbydes på store kræftcentre i USA, er der behov for studier af høj kvalitet både mht. design, homogene interventioner og patientgrupper, studiestørrelser og begrebsmæssig gennemsigthed. |
| Liu & Fawcett 2008<br><br>1+         | Massage  | At undersøge evidens for sikkerhed og effekt af massage til at lindre smerter hos kræftpatienter.  | 4 RCT<br>1 CCT<br>1 kohorte studie<br><br>(antal patienter ikke angivet)  | Ikke angivet i artiklen  | Smerter (rapporterer også fund om angst, kvalme, træthed og depression)<br>Bivirkninger                   | Massage synes at være en sikker intervention (også sammenlignet med smertestilende medicins bivirkninger). Reviewet indikerer effekt af massage overfor smerter hos kræftpatienter, men som en evidensbaseret intervention er dokumentationen endnu begrænset. Massage kan udføres af sygeplejersker men på baggrund af træning/uddannelse.  |
| Russel & Sumler 2008<br><br>1+       | Massage  | At undersøge vigtigheden af "berøring" på baggrund af litteratur gennemgang, samt et konkret massage terapi program.<br><br>At beskrive fremtidige udfordringer og implikationer for en effektiv integration af massage i centre for behandling af kræft | 2 systematiske reviews<br>6 RCT (ny søgning, ikke inkluderet i de 2 reviews)<br>1 case-studie (beskrivelse af program fra et cancer-center, hvor massage er integreret)             | Der anvendes både kvantitative og kvalitative metoder som mål for effekt.  | Angst<br>Smerter<br>Psykisk stress<br>Kvalme<br><br>Kvalitative beskrivelser fra behandlere og patienter. | Massage er allerede en accepteret praksis (i USA) og integreres nu i flere og flere centre for kræftbehandling. Der bør udvikles en mere systematisk opsamling af de kvalitative erfaringer, som ligger ud over reduktion i angst, smerter og lignende, sådan at kræftpatienters behov for berøring i en helings proces kan afdækkes yderligere.<br><br>Endvidere bør fremtidig forskning baseres på større designs mht. antal inkluderede patienter, ligesom massage-terapeutens erfaring og uddannelse bør protokolleres.              |
| Corbin 2005<br><br>1+/2+             | Massage  | Gennem et "akademisk emnebaseret review" (ikke tænkt som meta-analyse) at diskutere baggrund for og brug af massage til kræftpatienter.<br><br>At evaluere effekt og sikkerhed.  | 1 observations studie<br>2 RCT<br>1 CCT<br><br>1649 patients  | Ikke angivet i artiklen  | Sikkerhed<br>Angst<br>Kvalme<br>Smerter<br>Depression<br>Obstipation<br>Immun-stimulering                 | Massage er en sikker terapi at integrere med konventionel behandling for at lindre symptomer hos kræftpatienter som smerter, stress og angst. Der er kun rapporteret få alvorlige bivirkninger fra massage.<br><br>Åbenhed omkring KAB fra sundhedsprofessionelle kan forbedre patienters compliance med konventionel behandling og forbedre patient-behandler relationen.   |

Tabellen fortsætter på næste side

Tabellen er fortsat fra forrige side

| Første forfatter, år, kvalitetscore | Interventioner i de inkluderede enkeltstudier | Mål med review  | Inkluderede studier og antal patienter            | Metoder   | Effekt parametre   | Konklusion   |
|-------------------------------------|---|---|---|---|--|--|
| Calenda<br>2006<br>-                | Massage                                       | Der er ikke formuleret et klar mål med reviewet (narrativ gennemgang)   | 6 RCT<br>1 CCT<br>1 observationsstudie            | Ikke angivet i artiklen   | Sikkerhed<br>Smerter<br>Angst<br>Træthed<br>Stres<br>Kvalme<br>Depression<br>Søvn<br>Puls<br>Respirationsfrekvens<br>Biokemiske parametre som cortisol, serotonin, dopamin<br>Immunrespons | Selvom det stadig står til diskussion hvilke kvalifikationer en massageterapeut bør være i besiddelse af, er argumenterne for at indføre en berøringsterapi som massage klare.   |
| Buckley<br>2002<br>-                | Massage<br>Aromaterapi                        | At undersøge effekt af massage og aromaterapi i den palliative pleje.<br>At undersøge massage som en sygepleje intervention | 2 quasi eksperimentelle studier<br>4 case studier | HADS<br>STAI<br>Holmes & Dickerson QOL<br>Kvalitative interview | Fysiske og følelsesmæssige symptomer;<br>Angst,<br>afspænding<br>smerter<br>depression   | På trods af at massage ikke nødvendigvis er en egnet intervention for alle patienter, er det forfatterens overbevisning at massage og aromaterapi er meget værdifuld for at fremme en professionel sygepleje til kræftpatienter. |

viden er i sig selv relevant for sygeplejersker og kan umiddelbart formidles videre i dialogen med kræftpatienter, der ønsker at drøfte brug af KAB. Denne formidling kan være med til at sikre og maksimere den enkelte patients udbytte af massage, hvilket er væsentligt, idet kræftpatienter ofte er sårbare grundet den alvorlige sygdom.

Den evidensbaserede effekt af massage på angst, depression, smerter og kvalme kan med fordel udnyttes og integreres i forskellige plejesituationer til kræftsyege patienter.

I reviewene ses, at massage allerede er integreret i flere store hospitalscentre for behandling af kræft i både England og USA (23,29). Sygeplejersker beskrives både som udøvere af massage, og som facilitatorer for en sikker integration af KAB-terapi i onkologisk behandling og pleje. Sygeplejersker er centrale fagpersoner til at identificere, hvilke omstændigheder, symptomer og bivirkninger der kan lindres ved massage (23). Hvorvidt danske sygeplejersker skal tilbydes efteruddannelse som massageterapeuter for at udnytte virkningerne af massage i forskellige plejesituationer, er derfor værd at diskutere.

Spørgsmålet om bivirkninger anses som særlig væsentligt, både når allerede eksisterende KAB-former udforskes (39), og når den enkelte patients ønske om at anvende KAB diskuteres (40). Derfor er det også helt centralt, at denne litteraturgennem-

gang finder evidens for, at massage er en sikker KAB. Denne viden kan sygeplejersker anvende i udarbejdelse af evidensbaserede retningslinjer, som netop bør indeholde en afvejning af acceptabelt evidensniveau over for klinisk relevans, omkostninger og risiko for bivirkninger (19).

### Konklusion

Massage, aromaterapimassage og zoneterapi er de KAB-typer i gruppen manipulativ og kropsbaseret praksis, hvor der foreligger reviews af studier af effekt over for kræftpatienter. 10 reviews af massage, aromaterapi og zoneterapi til kræftpatienter konkluderer sammenfaldende, at massage har en signifikant positiv effekt på angst. Ligeledes har massage også i nogen udstrækning en positiv effekt på depression samt på smerter og kvalme forårsaget af enten sygdommen eller af den konventionelle behandling for kræft. Selvom reviewene er baseret på et begrænset antal RCT af god kvalitet, styrkes resultaterne af overensstemmende fund på tværs af de inkluderede studier og det faktum, at der ikke findes modstridende resultater. Ingen reviews har fundet bivirkninger af massage, og massage kan derfor betragtes som en terapiform, der er sikker at integrere med konventionel kræftbehandling. Der er ingen evidens for, at aromaterapi forstærker virkningen af massage, og dette studie viser endvidere, at der mangler undersøgelser, som med tilstrækkelig vægt

- » belyser effekten af andre former for manipulativ og kropsbaseret praksis, eksempelvis zoneterapi. Det er på nuværende tidspunkt ikke muligt at differentiere effekten i forhold til, hvilken type massage der anvendes, ligesom sundhedsøkonomiske konsekvenser også er underbelyst. I en sygeplejefaglig kontekst kan der argumenteres for, at brugen af massage kan indarbejdes i klinisk praksis og i evidensbaserede tiltag, som kan lindre psykiske og fysiske følgevirkninger af en kræftsygdom.

*Anita Lunde er ansat som videnskabelig assistent ved enheden Helbred, Menneske og Samfund, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet; alunde@health.sdu.dk*

*Helle Johannessen er professor ved enheden Helbred, Menneske og Samfund, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.*

#### Bidragydere:

*Projektet er støttet af Kræftens Bekæmpelse, Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling, og Syddansk Universitet.*

#### Litteratur

- Vifab. Hvad er alternativ behandling? <http://www.vifab.dk/alternativ+behandling/artikler/hvad+er+alternativ+behandling> 2008.
- Institute of Medicine. Complementary and alternative medicine in the United States. Washington, D.C.: National Academies Press; 2005.
- Lønroth HL, Ekholm O. Alternativ behandling i Danmark – brug, brugere og årsager til brug. Ugeskr Laeger 2006 Feb 13;168(7):682-6.
- Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Van RM, et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up national survey. JAMA 1998 Nov 11;280(18):1569-75.
- Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Adv Data 2004 May 27;(343):1-19.
- Lønroth HL, Ekholm O. Alternativ behandling i Danmark – brug, brugere og årsager til brug. Ugeskr Laeger 2006 Feb 13;168(7):682-6.
- Molassiotis A, Fernandez-Ortega P, Pud D, Ozden G, Scott JA, Panteli V, et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. Ann Oncol 2005 Apr;16(4):655-63.
- Anker N. Kræftpatienters brug af alternativ behandling. En undersøgelse blandt brugerne af Kræftens Bekæmpelses telefonrådgivning: Kræftlinien. Patientstøtteafdelingen Kræftens Bekæmpelse; 2006.
- Damkier. Kræftpatienters brug af alternativ behandling. Odense: Syddansk Universitet, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet; 2000.
- Verhoef MJ, Balneaves LG, Boon HS, Vroegindewey A. Reasons for and characteristics associated with complementary and alternative medicine use among adult cancer patients: a systematic review. Integr Cancer Ther 2005 Dec;4(4):274-86.
- Lønroth HL, Ekholm O. Alternativ behandling i Danmark – brug, brugere og årsager til brug. Ugeskr Laeger 2006 Feb 13;168(7):682-6.
- Risberg T, Kaasa S, Wist E, Melsom H. Why are cancer patients using non-proven complementary therapies? A cross-sectional multicentre study in Norway. Eur J Cancer 1997 Apr;33(4):575-80.
- Sundhedsstyrelsen. Brev til landets sygehuse om patienters ønske om at benytte alternativ behandling under indlæggelse. [http://www.sst.dk/publ/Publ2000/indlaeg\\_sygehus\\_alt\\_beh.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2000/indlaeg_sygehus_alt_beh.pdf) 2000
- Damkier A, Elverdam B, Glasdam S, Jensen AB, Rose C. Nurses' attitudes to the use of alternative medicine in cancer patients. Scand J Caring Sci 1998;12(2):119-26.
- Tovey P, Broom A. Oncologists' and specialist cancer nurses' approaches to complementary and alternative medicine and their impact on patient action. Soc Sci Med 2007 Jun;64(12):2550-64.
- NCCAM. What is CAM? <http://nccam.nih.gov/health/whaticam/pdf/D347.pdf> 2007
- NCCAM. Manipulative and Body-Based Practices: An Overview. <http://nccam.nih.gov/health/backgrounds/D238.pdf> 2007.
- Ekholm. Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987. Kbh: Statens Institut for Folkesundhed; 2006.
- Harbour R, Miller J. A new system for grading recommendations in evidence based guidelines. BMJ 2001 Aug 11;323(7308):334-6.
- Buckley J. Massage and aromatherapy massage: nursing art and science. Int J Palliat Nurs 2002 Jun;8(6):276-80.
- Calenda E. Massage therapy for cancer pain. Curr Pain Headache Rep 2006 Aug;10(4):270-4.
- Corbin L. Safety and efficacy of massage therapy for patients with cancer. Cancer Control 2005 Jul;12(3):158-64.
- Hughes D, Ladas E, Rooney D, Kelly K. Massage therapy



- as a supportive care intervention for children with cancer. *Oncol Nurs Forum* 2008 May;35(3):431-42.
24. Lafferty WE, Downey L, McCarty RL, Standish LJ, Patrick DL. Evaluating CAM treatment at the end of life: A review of clinical trials for massage and meditation. *Complementary Therapies in Medicine* 2006;14(2):100-12.
  25. Liu Y, Fawcett TN. The role of massage therapy in the relief of cancer pain. *Nurs Stand* 2008 Jan 30;22(21):35-40.
  26. Myers CD, Walton T, Bratsman L, Wilson J, Small B. Massage modalities and symptoms reported by cancer patients: narrative review. *J Soc Integr Oncol* 2008;6(1):19-28.
  27. Russell NC, Sumler SS, Beinhorn CM, Frenkel MA. Role of massage therapy in cancer care. *J Altern Complement Med* 2008 Mar;14(2):209-14.
  28. Wilkinson S, Lockhart K, Gambles M, Storey L. Reflexology for symptom relief in patients with cancer. *Cancer Nurs* 2008 Sep;31(5):354-60.
  29. Wilkinson S, Barnes K, Storey L. Massage for symptom relief in patients with cancer: systematic review. *J Adv Nurs* 2008 Sep;63(5):430-9.
  30. Cassileth BR, Vickers AJ. Massage therapy for symptom control: outcome study at a major cancer center. *J Pain Symptom Manage* 2004 Sep;28(3):244-9.
  31. Wilkinson SM, Love SB, Westcombe AM, Gambles MA, Burgess CC, Cargill A, et al. Effectiveness of aromatherapy massage in the management of anxiety and depression in patients with cancer: a multicenter randomized controlled trial. *J Clin Oncol* 2007 Feb 10;25(5):532-9.
  32. Mehling WE, Jacobs B, Acree M, Wilson L, Bostrom A, West J, et al. Symptom management with massage and acupuncture in postoperative cancer patients: a randomized controlled trial. *J Pain Symptom Manage* 2007 Mar;33(3):258-66.
  33. Stephenson NL, Swanson M, Dalton J, Keefe FJ, Engelke M. Partner-delivered reflexology: effects on cancer pain and anxiety. *Oncol Nurs Forum* 2007 Jan;34(1):127-32.
  34. Billhult A, Bergbom I, Stener-Victorin E. Massage relieves nausea in women with breast cancer who are undergoing chemotherapy. *J Altern Complement Med* 2007 Jan;13(1):53-7.
  35. Mars M, Maharaj SS, Tufts M. The effect of compressed air massage on skin blood flow and temperature. *Cardiovasc J S Afr* 2005 Jul;16(4):215-9.
  36. Ernst E. The safety of massage therapy. *Rheumatology (Oxford)* 2003 Sep;42(9):1101-6.
  37. Billhult A, Dahlberg K. A meaningful relief from suffering experiences of massage in cancer care. *Cancer Nurs* 2001 Jun;24(3):180-4.
  38. Billhult A, Stener-Victorin E, Bergbom I. The experience of massage during chemotherapy treatment in breast cancer patients. *Clin Nurs Res* 2007 May;16(2):85-99.
  39. Fonnebo V, Grimsgaard S, Walach H, Ritenbaugh C, Norheim AJ, MacPherson H, et al. Researching complementary and alternative treatments – the gatekeepers are not at home. *BMC Med Res Methodol* 2007;7:7.
  40. Adams KE, Cohen MH, Eisenberg D, Jonsen AR. Ethical considerations of complementary and alternative medical therapies in conventional medical settings. *Ann Intern Med* 2002 Oct 15;137(8):660-4.

#### ENGLISH ABSTRACT

Lunde A, Johannessen H. Manipulative and body-based practices for cancer: Evidence on massage, aromatherapy and foot-reflexology. *Sygeplejersken* 2010;(2):58-69.

Background: Close to 40 pct. of the Danish population has used CAM and several studies also document a high use of CAM among cancer patients as a supplement to the conventional treatment. As a consequence there is a need for reviews on the effects of CAM for cancer. This article is concerned with manipulative and body-based CAM.

Methods: Pubmed, the Cochrane library, CHINAL, AMED and Science citation index were systematically searched for reviews on effects of CAM for cancer or cancer related symptoms published 2000-2008. All studies were quality assessed and ranked according to the SIGN hierarchy of evidence.

Results: Ten reviews were identified and five were rated as of high quality. This provides a total of 3473 patients from 41 single studies including both clinical trials and observational studies. The most consistent result is that massage can reduce anxiety in cancer patients. Tentative conclusions on antidepressant, pain and nausea reductive effects are offered. No review concludes that massage is harmful, and the former myth that massage could support spread of cancer is denounced. Conclusion: Massage can safely be combined with conventional cancer treatment and used as evidence based nursing to reduce anxiety in cancer patients. There is further need of reviews and studies on other forms of manipulative and body-based therapies including reflexology. We also need more knowledge about how different forms of massage may differ in regard to their effect, how different cancer diagnosis or disease stages benefits from massage, and on cost-benefit of massage therapy for cancer patients.

Key words: CAM, cancer, massage, anxiety and evidence based nursing.

Redaktionen modtager en del bøger hvert år. Vi sender ikke alle til anmeldelse, men vælger dem, som har et fagligt eller et personligt budskab til sygeplejersker generelt eller til grupper af sygeplejersker, f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker eller ledende sygeplejersker. Vi har et fast korps af anmeldere, som har en særlig viden om det emne, de anmelder.

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh



## Elendighedsfascination og oplevelseshunger



Merete Engell  
**Sygeplejerske i verdens  
brændpunkter**  
Informations Forlag 2009  
297 sider – 299 kr.  
ISBN 978-87-7514-246-0

Merete Engell er sygeplejerske og har i en femårig periode alterneret mellem udsendelser til krigsplagede lande af Médecins sans Frontières (MSF) og en tjans som akutsygeplejerske i vores alle sammens Tivoli. Hun har undervejs berettet om sine dertil knyttede oplevelser til tv og har nu også udgivet en bog, hvor hun skriver løst og fast om sine oplevelser.

Merete Engells bog er én af de mange selvbiografier i utide, som markedet for tiden bliver oversvømmet af. Engell tilhører kategorien af revolutionsromantikere, som ikke føler sig tilstrækkeligt prøvet af de udfordringer, en tilværelse i Danmark kan byde på, og derfor tiltrækkes af verdens brændpunkter, hvor livets ulidelige lethed flænges af nedfaldende granater, krydres med dramatiske og blodige sammenstød, og hvor omgivelserne er præget af fattigdom, afmagt og elendighed.

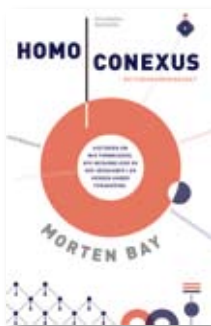
Bogen er overvejende beskrivende med enkelte tilløb til analyser af, hvorfor verden er, som den er, og forfatterens liv derfor former sig, som det gør. Det kunne ellers have været interessant, hvis Engell havde funderet lidt mere over, hvorfor "virkeligheden" og muligheden for at gøre en forskel befinder sig så langt fra Danmark.

Vi kommer vidt omkring både geografisk og tematisk, fra krig og flugt i Etiopien og Darfur til de fattige hytter og uhygiejniske fødsler i det nordlige Afghanistan, en tur i karrusellen i Tivoli, og videre til den uendelige og ubarmhjertige borgerkrig i Liberia. Af og til savner man kildehenvisninger, der er jo mange historier i omløb. Engell er maksimalt udsendt i seks måneder ad gangen, men som hun beskriver det, føles det meget længere.

Det virker som om, Engell har et ideal om oprigtighed, og det indebærer, at alt må med. Det mest malplacerede i det mylder af emner, læseren indvies i, er Engells kærlighedsaffærer. At inddrage personlige relationer midt i vanskelige fødsler og skudsår giver bogen en Nynneagtig udstråling, uden at den dertil hørende selvironi, som er nødvendig for at få en selvcentreret historie til at glide ned, mobiliseres. Det samme gælder de karaktermord, Engell begår på udvalgte kollegaer i Médecins sans Frontières. Ganske vist angives, at der bruges dæknavn, men kendskab til tid og sted og MSF vil hurtigt kunne afsløre, hvem der dækker sig bag de opdigtede navne.

*Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.*

## De digitale indfødte er sluppet løs



Morten Bay  
**Homo Conexus –  
netværksmennesket**  
Gyldendal Business 2009  
242 sider – 300 kr.  
ISBN 978-87-02068788

Morten Bays udgangspunkt er, at de teknologiske landvindinger på it-fronten har givet anledning til, at der er kommet en ny type mennesker, netværksmennesker eller digitale indfødte, som med et kvantespring har fjernet sig fra sine forgængere, industrimenneskene. Ganske som renaissance og de dertil knyttede teknologiske landvindinger i sin tid gav anledning til en ny mennesketype befriet fra religionens normative tvang, har adgangen til sociale medier som e-mail, twitter, Facebook og sms sluppet en personlighedstype løs, som uafhængigt af det etablerede videnssystem og politiske interesser involverer sit netværk i løsningen af sine problemer.

Man underforstår, at så snart denne type, homo conexus, bliver dominerende, vil en ny oplysnings-tid få den menneskelige fremtid til at se meget lysere ud. Hvis altså virksomhederne kan give denne type

af nye medarbejdere plads og ikke klammer sig til de vaner og privilegier, som klæber til industrimennesket.

Herligt. Og Bay nøjes ikke med at tale om netværksmennesket, han demonstrerer også, at han selv er et sådant. Han skriver til dig, der læser, så du ikke skal føle dig udenfor eller klumpet sammen med de lettere uddaterede industrimennesker. Man vil gerne gribe hans udstrakte hånd, men har armene fulde af en klode fyldt med mennesker, hvis fingre aldrig har berørt et tastatur. Hvor skal man gøre af den virkelighed, mens man svæver ud på eventyr med de andre netværkere?

Selvfølgelig kan man blive imponeret af den type, som klarer alle problemer ved at sms'e til netværket. Vi kender dem alle sammen, de har gang i flere sager på en gang, har altid mobilen tændt og lader ingen vente på svar. Men, hævder Bay, de kan noget og får

## Uensartet farvel til forfaldsdiskursen

Der er i de senere år udkommet flere lærebøger om gerontologi og geriatri. Denne bog ligner dem, men adskiller sig ved også at inddrage forfattere med perspektiver, der ikke tidligere har været præsenteret i en lignende sammenhæng. Frstrup og Eilsø Munksgaard skriver, at alderdommen ikke er, hvad den har været, idet de fremstiller tendenser i det moderne samfund. Aldring og alderdom som afvikling i den biologisk deterministisk orienterede forståelse reflekteres ind i nutidens mennesker på den anden side af et arbejdsliv. Nutidens aldrende personer kan ikke genkende sig selv som sygelige og svagelige, og de protesterer på forskellige måder for at imødegå den eksklusion, fordømmene kan medføre. Forfatterne fremhæver, at tendensen er, at der langsomt sker en redefinering af livsaldre. Det giver anledning til gentænkning af alderdommens selvfolgelige forankring i den biomedicinske forfaldsdiskurs, der i 1980'erne blev udfordret af en humanistisk omsorgsdiskurs og i dag udfordres af en pædagogisk udviklingsdiskurs, hvor den enkeltes forhold til egen aldring og alderdom involveres. Der er en lille afstikker til forståelsen af alderisme, hvor alder forstås som en social kategori på linje med køn og etnicitet, og hvor omtalen af mennesker, som ældes, er præget af fordomsfuldt sprogbrug.

Et andet interessant kapitel er skrevet af Liveng. Det handler om pleje af ældre som lavprestigearbejde for sundhedsprofessionelle. Det beskriver, hvordan det lønede omsorgs- og plejearbejde for ældre mennesker kan ses som indlejret i tre forskellige og alligevel sammenhængende hierarkier: et professionelt hierarki, et kropsligt hierarki og et

kønnet hierarki. Inspiration til analysen er hentet i nordisk omsorgsforskning og feministisk kritisk teori. Bogens anden del giver indblik i at være og blive ældre, det afsluttes med antropologisk indsigt, hvor Kofod præsenterer dele af sin forskning om mad og måltider. Her er synspunkter, der udfordrer og nuancerer gængse opfattelser af beboere og patienter. Kofod vender tilbage med et kapitel, der rummer en skræmmende analyse af personalets magt til at forme den gode beboer, og beboerens store anstrengelser for at blive anerkendt som god beboer. Carsten og Goffmann anvendes for at forstå disse skrøbelige relationer. Kapitlet er smukt og indsigtsgivende illustreret. Bogen indledes med Kirks historiske betragtninger om aldring ud fra en læges perspektiv; det er måske et af de kapitler, der kunne være sprunget over. Redaktørernes hensigt med kapitelsamlingen har været at afspejle et syn på "den ældre, hvor der tages afsæt i den enkelte og den enkeltes perspektiv på eget liv", en intention, der ikke helt er til at følge i flere af bogens kapitler. Desuden er den viden og de kundskabsniveauer, der inddrages i kapitlerne, uens, hvilket både kan være en svaghed og en styrke. Den manglende sammenhæng i valg af temaer, indfaldsvinkler, positioner, videnskabsteoretisk afsæt og analytisk tilgang er dog så iøjnefaldende, at selv de nævnte perler har vanskeligt ved at overskygge det.

Af Marianne Mahler, sygeplejerske, MPH og sygeplejefaglig konsulent i Lokalområde Indre By, Østerbro i København.



Stinne Glasdam og Bente Appel Esbensen (red.)  
**Gerontologi – Livet som ældre i det moderne samfund**  
 Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2009  
 418 sider – 399 kr.  
 ISBN 978-87-17-04033-5

løst en masse opgaver, simpelthen fordi de er med i netværket. Man kunne dog godt tænke sig at se dem bygge en Storebæltsbro eller en lille viadukt, lave en hjertetransplantation eller bare klare et par hæmoroïder. Noget som kræver andet og mere end en finger på tasterne og en fornemmelse for nybrud.

Bay henviser næsten udelukkende til sites på nettet, og hans dokumentation af de fænomener, han beskriver, virker derfor noget tynd. Hans forklaring på netværksmenneskets adfærd bygger ikke på undersøgelser, men forlader sig på, at de fænomener, som beskrives, er nogle, mange vil kunne genkende. Der er således ikke noget seriøst bud på, hvor udbredt homo conexus er, hverken nationalt eller globalt, og på hvornår det sidste industrimenneske bukkes under. Der er en dyb uoverensstemmelse mellem, at Bay i bogens begyndelse indgå-

ende beskriver, hvordan homo conexus bliver til i og med brug af teknologi, og andre steder hævder, at det naturligvis er menneskets udviklingsstadium, der betinger teknologien.

Men for den, der gerne vil læse en causerende, netværksbaseret bog om de digitale fædre og følger, er der en vis underholdningseffekt i de genkendelige tendenser fra generationskløften, som Bay beskriver. Dertil må lægges, at hvis man har nogle indvendinger, er argumentationen bygget op, så enhver indvending let kan kategoriseres som en udtalelse, der er typisk for industrimennesket. Hvis du vil være med på trenden, så læs bogen før dit netværk.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



## Audit? Find svaret her



Jan Rytter Nørgaard  
**Medicinske Fagudtryk – En klinisk ordbog med kommentarer**  
 Nyt Nordisk Forlag 2009  
 862 sider – 299 kr.  
 ISBN 9788717040731

Det er let temmelig ukritisk at begejstres ved et lækkert opslagsværk med tilhørende småartikler, hvorfor bogen blev sendt til arbejdsprøvning hos to mere kontante sygeplejersker, som arbejder henholdsvis i hjemmeplejen og i en lægepraksis.

Den kunne ikke helt være i lommen, som de kommenterede, det var ikke den kendsgerning, der afholdt dem fra at benytte den dagligt i testperioden. Det gjorde H1N1-influenzaen til gengæld, en diagnose, som ikke er nået at komme med i bogen. Men influenza er med, ligesom mange andre diagnoser og forklaringer, som ikke overrasker læseren.

Konsultationssygeplejersken bemærker: ”Det glædelige ved bogen er, at man ofte får mere at vide end forventet af et opslagsværk.” Hun var blevet bedt om at deltage i en audit, hvilket var et ukendt begreb for hende. Næppe et medicinsk fagudtryk, mumlede hun, mens hun alligevel forsøgte sig med et opslag. Og stor var hendes tilfredshed, da bogen gav et klart og brugbart svar på, hvad en audit er.

Hun glædede sig også over, at bogen kunne hjælpe med at huske kriterierne for at diagnosticere type 2-diabetes, som er en hyppig, kronisk tilstand hos hendes patienter.

Hjemmesygeplejersken skulle tilse en patient med nyopererede exostoser, hendes mand var bandagist, så han forklarede hende, at det er små udvækster på

knoglen. For at blive lidt bedre orienteret slog hun op, men her var der ikke mere at hente, heller ikke da hun ville vide, hvad et Mortons neuron var. Hun trøstede sig lidt med at læse om neuroner og en velskrevet beskrivelse af *ulcus cruris* og blev trods alt klogere.

Måling af blodtryk, et af de nemmeste, billigste og væsentligste parametre, vi som sundhedspersonale giver os af med, og som, for at gøre det korrekt, skal udføres med minutøs omhu, står under henholdsvis blodtryk og hypertension udførligt beskrevet i forhold til, hvad man forstår ved blodtryk og diverse blodtryksapparater. Men jeg mangler en henvisning til f.eks. Dansk Hypertensionsselskabs hjemmeside, ligesom jeg savner, at bogen anbefaler, at man følger med i, om kriterierne for diagnosticering af type 2-diabetes en dag ændres, ved at holde sig opdateret på de seneste nyheder f.eks. fra Dansk Selskab for Almen Medicin. Disse henvisninger kunne snildt have plads under de pågældende meget udførligt beskrevne afsnit.

Vil jeg anbefale bogen?

Ja, som supplement til Medicinsk Kompendium og til den øvrige faglitteratur relevant for ens daglige arbejde, men den kan ikke stå alene på hylden – det er den vist heller ikke beregnet på.

*Af konsultationssygeplejerske Michala Eich, ansat i almen praksis og i Lægeforeningen.*

## Missionen lykkedes



Claus Østergaard  
**Grundlæggende mikrobiologi og infektionsmedicin**  
 Munksgaard Danmark 2009  
 400 sider – 398 kr.  
 ISBN 978-87-628-0776-1

Vigtigheden af dette stofområde er indiskutabel, men sigtet med denne nye lærebog har ifølge forfatteren ydermere været at formidle denne viden med de sygeplejestuderende i fokus. Det vil sige at møde de studerende, der hvor de netop er niveaumæssigt ved studiestart, ligesom målet har været at tage afsæt i, hvilken indsigt de sygeplejestuderende har brug for i deres faglige virke.

Meningen har med andre ord været at formidle et kendskab, der sigter mod, at den studerende erhverver sig forståelse og fortrolighed med det fundamentale indhold i faget. Nogle af værktøjerne på vejen mod målet har været at gå lidt på kompromis med fagets terminologi og dermed kun anvende fagtermer, hvor det er anset for behørigt og interessant. Med dette in mente kan man konkludere, at indsigt og overblik har betydet mere end faglig præcision, og at det basale stof har været prioriteret til fordel for specielle stofområder. Undervejs i bogen gives eksempler på vigtigheden af den erhvervede viden set ud fra basissygeplejerskens arbejde.

Men er det overhovedet muligt at møde de studerende på deres niveau, når de trods alt støder på fagtermer og en vis form for lukket kommunikation

i et for dem nyt univers, som mikrobiologi og infektionsmedicin trods alt er?

Den skitserede mission er lykkedes, idet bogen på eksemplarisk vis, samt med stigning i taksonomisk niveau undervejs, giver en grundig indføring i mikrobiologi og infektionsmedicin. Forfatteren følger op på den trend, der tegner sig inden for de sundhedsfaglige bogudgivelser med hensyn til at vægte den pædagogiske tilgang til stoffet meget højt, hvilket ikke mindst bekommer de studerende vel. Bogen består af 10 kapitler og mange gode tabeller og illustrationer, der støtter teksten på fornuftig vis, og stoffet er vinklet på en ny og ganske vellykket måde.

Bogen er primært skrevet til sygeplejestuderende, men flere grupper inden for de mellemlange, videregående sundhedsuddannelser kan få udbytte af dette værk, f.eks. studerende på bioanalytikeruddannelsen.

*Af Sonni Thelmark, cand.scient.  
 Underviser ved University College Lillebælt,  
 Sygeplejerskeuddannelsen i Odense.*

## »»» TESTEN



## Temaet er autisme, test dig selv eller en kollega

En ny californisk undersøgelse viser, at der er flere registrerede børn med autisme i områder med stor koncentration af højtuddannede. Sandsynligvis fordi de højtuddannede er bedre til at få deres børn diagnosticeret. Men hvad er autisme, og hvad er facts, og hvad er myter om autisme?

**1** *Inden for autisme bruger man ordet autismspektrum (AST), fordi ordet autisme ikke er tilstrækkeligt dækkende. Hvilke fire diagnoser eksisterer inden for autismspektret?*

a. 1) Infantil autisme, 2) Aspergers syndrom, 3) ADHD, 4) Tourettes syndrom.

b. 1) Infantil autisme, 2) Aspergers syndrom, 3) Atypisk autisme, 4) Gennemgribende udviklingsforstyrrelse, uspecificeret.

**2** *Hvad er autisme?*

a. En medfødt, biologisk betinget udviklingsforstyrrelse.

b. En sygdom betinget af en infektion, der som oftest rammer nyfødte.

**3** *Rammes piger og drenge af autisme i samme grad?*

a. Nej, kun ca. hver fjerde, der får en autismediagnose, er pige.

b. Ja, fordelingen er 50/50 pct.

**4** *Har de fleste mennesker med autisme helt særlige evner som f.eks. Dustin Hoffmans figur i filmen Rainman?*

a. Ja, autisme hænger på ingen måder sammen med indlæringsvanskeligheder.

b. Nej, det er en misforståelse.

**5** *Er det rigtigt, at mennesker med autisme ikke ønsker at have kontakt til andre.*

a. Ja, de trives bedst uden.

b. Nej, de vil ofte meget gerne have venner, men har svært ved det pga. af deres tilstand.

(er)

Kilder:

www.videnskab.dk > Krop og sundhed > Flere autister i højtuddannede familier.  
Videncenter for autisme; www.autisme.dk > Om autisme & Myter om autisme.

Se svarene på TESTEN side 41

GÅ IKKE GLIP AF MULIGHEDEN FOR AT DELTAGE PÅ BRANCHENS NYE MØDESPLADS.



Ny skandinavisk konference og udstilling for medicinsk udstyr og teknologi

MEDICO  
INDUSTRIEN

## Øgede forventninger Begrænsede ressourcer

*Fremtidens sundhedsvæsen – hvordan løser vi udfordringerne? Oplev to inspirerende konferencedage på ScandMedTech.*

**Se programmet og tilmeld dig i dag på [www.scandmedtech.com](http://www.scandmedtech.com)**



**ScandMedTech**

Bella Center, København, 26.–27. maj 2010 • [www.scandmedtech.com](http://www.scandmedtech.com)

Styregruppe: Danske Regioner, DTU, AUH, Københavns Universitet, Coloplast, Siemens, Mediplast mcNielsen. Arrangeres af Sydexpo i samarbejde med Medicoindustrien.



Mai Britt Henriques blev sygeplejerske fra Herlev Sygeplejeskole i 2003. Hun har arbejdet et halvt år på Rigshospitalet og derefter i Københavns Kommune. Arbejder nu i demenscenter "Pilehuset". Har tidligere været selvstændig skrædder.

## God dokumentation giver bedre faglighed

For et par måneder siden var der et indslag i radioen med en plejehjemsforstander, som sagde: "Mine medarbejdere bruger 1½ time på at dokumentere hver dag!" Forstanderen mente, at der skulle dokumenteres alt for meget, og at det tog tid fra væsentligere opgaver. Jeg tænkte: Den opgave får hun ikke nemmere ved at sælge derhjemme efter dét indslag. For var det ikke en fuldstændig ensidig udlægning af dokumentation som en tidsrøver? Hvorfor var dokumentation ikke en nødvendig og meningsfuld del af kerneydelsen?

De sidste par år har jeg undervist i dokumentation på plejehjem, og jeg har fået et lidt tydeligere billede af, hvad det er for en slags tid, medarbejdere oplever omkring opgaven.

*Alt for få computere til mange medarbejdere:*

"Jeg skal jo vente på, at computeren bliver ledig, før jeg kan skrive, jeg når det ikke altid."

*Mange afbrydelser; arbejdsstationen er ofte placeret i et kontor, hvor der sker hundrede andre ting:*

"Det er ikke ofte, at jeg kan få lov at sidde i fred og blive helt færdig."

*Kendskab til lovgivning og retningslinjer:* "Vi dokumenterer jo bare for tilsynets skyld, og i øvrigt kan jeg ikke finde ud af, hvordan tingene skal stå."

*Værdisætning af opgaven:* "Og så sidder jeg jo bare her, mens de andre suser forbi og laver det hele."

*Teknik, der driller, og katastrofetanker:* "Får jeg nu systemet til at gå ned, eller forsvinder det hele?"

*Der laves ændringer i journalen, ligesom man syntes, man havde fod på, hvor alt skulle være. Sprog-, læse- og skrivevanskeligheder.*

På plejehjemmene forventes alle sundhedsfaglige medarbejdere at dokumentere. For at kunne dét skal de have et afslappet forhold til computeren, beherske et forholdsvis nuanceret dansk og kunne navigere rundt i den elektroniske journal. Så er det nødvendigt at have et vist kendskab til begreber som sygeplejeprocess og kvalitets sikringsproces og ikke mindst vide noget om lovgivningen for hvorfor, og hvad er det egentlig, vi skal dokumentere?

Jeg har erfaret, at i det øjeblik, en medarbejder får sikker viden og gode rammer og vilkår for opgaven, får tidsoplevelsen en helt anden italesættelse. Det bliver muligt at parkere sin frustration og at argumentere seriøst for dokumentation.

Mårettet undervisning og opfølgning i praksis er helt essentielt. Medarbejdere skal mødes, hvor de synes, det er relevant, på egen arbejdsplads omkring egen borger. Det er helt sikkert vanskeligt at dokumentere, hvis man ikke får den fornødne viden, og man sidder et sted, hvor der ikke er en stærk dokumentationskultur. Kollegial sparring, faglige refleksioner og læring i dagligdagen er, hvad medarbejdere også kan få ud af dokumentation. At opleve, at privat viden kan omsættes til målrettet pleje og omsorg til glæde for borgeren, og at egen faglighed bliver synlig for en selv og for kollegaer, er både motiverende og inspirerende.

Jeg har det lidt med dokumentation som med vasketøj: ikke til at komme uden om, kræver sortering, og hvis ikke man gør noget ved det, vokser det én over hovedet. Men tager man fat i tide, opnår man dels klare begrundelser for sygeplejen, dels røver man tiden tilbage i den anden ende.

*M. Helmsdal Kærsgaard*

redaktionen@dsr.dk



# SYGEPLEJERSKEN

JOB

|                    |     |    |
|--------------------|-----|----|
| Region Hovedstaden | >>> | 77 |
| Region Sjælland    | >>> | 79 |
| Region Syddanmark  | >>> | 80 |
| Region Midtjylland | >>> | 81 |
| Region Nordjylland | >>> | 83 |
| Udland             | >>> | 87 |

FREDERIKSBERG

## Frederiksberg hospital søger ny vicedirektør

>>> 77