

Hver anden ansøgning om førtidspension skyldes psykiske problemer • 8

Hjemmesygeplejersker skal være generalister • 12

Resultatløn er svær at administrere • 32

Sygeplejerske på Færøerne – et hav af oplevelser • 36

SYGEPLEJERSKEN 9

5. maj • 2006 • 106. årgang

Danish Journal of Nursing



Psykiatriske patienter får
for lidt motion • 20



step into a better body



Jobtræning... – nyd et godt helbred!

MBT er et revolutionerende udvalg af fodtøj, som reetablerer de naturlige betingelser for at stå og gå. Med sko fra MBT mindsker du belastningen af dine led med hele 27% og øger aktiviteten i mave-, ben- og sædemusklerne. Virkningen er bl.a. dokumenteret ved forskningsuniversiteter i England og Canada. Sko fra MBT anbefales af autoriserede fysioterapeuter.



Masai sensoren mindsker belastningen på dine led og øger aktiviteten i musklerne.

Verdens mindste motionscenter. Med sko fra MBT træner du kroppen skridt for skridt – MBT giver begrebet jobtræning en ny betydning!



Find din nærmeste MBT-Shop eller forhandler på www.mbt-danmark.dk.



physiological footwear



Chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsløven
Sigurd Nissen-Petersen (DJ)
snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193



Redaktionssekretær
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dsr.dk
Tlf.: 4695 4189



Redaktør
Søren Palsbo (DJ)
sp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4185



**Sygeplejefaglig
medarbejder**
Jette Bagh
jb@dsr.dk
Tlf.: 4695 4187



**Sygeplejefaglig
medarbejder**
Evy Ravn
er@dsr.dk
Tlf.: 4695 4256



Journalist
Kirsten Bjørnsson (DJ)
kbj@dsr.dk
Tlf.: 4695 4188



Journalist
Lotte Havemann (DJ)
lha@dsr.dk
Tlf.: 4695 4179



Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4178



Journalist
Britta Søndergaard
bso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4261



Webjournalist
Lars Flindt Pedersen (DJ)
lfp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4192



hjemmesygepleje

12 Send sygeplejersken ud til de svage ældre
Hvis det skal lykkes kommunerne at forebygge indlæggelser, må de ikke trække alle hjemmesygeplejerskerne ud i specialfunktioner, mener forfatteren til en ny rapport om hjemmesygeplejen i Danmark.

motion

20 Psykisk syge rører sig for lidt
Undersøgelse af psykiatriske patienter i Vejle Amt viser, at der er behov for at finde aktivitets- og motionstilbud, som appellerer til de fysisk inaktive.

26 Psykisk syge har godt af fysisk aktivitet
Motion er et godt, billigt og enkelt supplement til den traditionelle psykiatriske behandling ved f.eks. depression, angst og misbrug.

kvalitetssikring

32 Resultatløn er svær at administrere
Resultatløn er udforsket som redskab til kvalitetssikring.

vikariat

36 Sygeplejerske på Færøerne – et hav af oplevelser
Færøsk børnesygepleje er præget af nonverbal kommunikation, når sygeplejersken er dansk.



i hvert nummer

- 4 Aktuelt
- 15 Dansk Sygeplejeråd mener
- 16 Synspunkt
- 18 In memoriam
- 39 Dilemma
- 40 Anmeldelser
- 42 Fem faglige minutter
- 43 Stillingsannoncer
- 60 Kurser/Møder/Meddelelser

Sidesfoto: Thomas Willads

Psykiatriske patienter har brug for meget mere motion

Af Britta Søndergaard, journalist

Onnd cirkel. Ny undersøgelse viser, at fysisk inaktivitet er et stort problem for de dårligste psykiatriske patienter. Halvdelen bevæger sig lige så lidt som en kørestolsbruger.

Mange af de dårligste psykiatriske patienter tilbringer det meste af deres vågne tid foran fjernsynet eller i en stol. Ofte er måltiderne i hospitalets buffet og den medbragte chokolade fra familien den eneste adspredelse, og samtidig får de medicin, der styrker appetitten.

En ny undersøgelse, der publiceres i dette nummer af *Sygeplejersken*, viser, at hovedparten af de dårligste psykiatriske patienter er fanget i en ond cirkel på grund af manglende motion og alt for højt kalorieindtag. Halvdelen af de 325 psykisk syge fra Vejle Amt, som deltog i undersøgelsen, bevægede sig lige så lidt som en kørestolsbruger. Og tre ud af fire havde et aktivitetsniveau, der kunne karakteriseres som sundhedsskadeligt.

►► BEVÆGELSE FOR PSYKISK SYGE.

Sundhedsstyrelsen kører i øjeblikket projektet "Fysisk aktivitet i sygehusvæsenet" på fire psykiatriske afdelinger. Projektet afsluttes til efteråret, og erfaringerne skal bruges som en landsdækkende model for, hvordan der kommer mere fysisk aktivitet ind i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen har også udgivet et katalog med fysiske aktiviteter til psykiatriske afdelinger. Kataloget kan downloades på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, www.sst.dk

Andre undersøgelser har vist, at psykiatriske patienter oplever en massiv vægtstigning i begyndelsen af behandlingen, og at den fysiske inaktivitet kan forklare en vægtforøgelse på op mod et kilo om ugen. Langtidsindlagte psykiatriske patienter er derfor i højrisiko for at blive overvægtige og udvikle diabetes og hjertekar-sygdomme.

Diætist *Margit Sandberg*, der har lavet undersøgelsen sammen med sygeplejerske *Karen Margrethe Jensen*, mener, at indsatsen for at få psykiatriske patienter i gang med motion, stadig er for sporadisk trods øget fokus på problemet.

"Motion for psykisk syge skal være et prioriteret område, og det skal indgå i ledelsens beslutninger. Det duer ikke, at det er op til den enkelte afdeling. Det skal indarbejdes i hele kulturen på afdelingen og i distriktspsykiatrien, og det skal besluttes, hvilke faggrupper der har ansvaret for motionen. Og så skal aktiviteterne ikke kun foregå om dagen," siger Margit Sandberg.

En rundringning, som *Sygeplejersken* har foretaget til landets amter og flere hospitaler, viser, at der er gang i en række initiativer, men at indsatsen er meget forskellig fra amt til amt. I både Århus, Vejle og Ringkjøbing Amter indgår motion i de overordnede planer for psykiatrien, mens indsatsen flere andre steder i landet afhænger af prioritering og ressourcer på den enkelte afdeling.

Eller som overfysioterapeut *Susanne Sternberg*, Aalborg Psykiatriske Sygehus, udtrykker det:



FOTO: THOMAS WILLADS

"Alle taler om, at motion er vigtigt, men det kræver ressourcer. Hvis der er mange urolige patienter på et afsnit, bliver personalet på grund af normeringer bundet på hænder og fødder."

Formanden for Psykiatrifonden, overlæge *Jes Gerlach*, mener, at sygeplejerskerne har en vigtig rolle at spille, når patienterne skal i gang med gåture og morgengymnastik.

"Det er ikke nok, at motion tilbydes i hospitalets fysioterapi. Det skal også indgå i de daglige rutiner på afdelingen. Sygeplejerskerne har den daglige kontakt med patienterne, og de må selv gå foran og dyrke motion med dem," siger Jes Gerlach.

Psykiatrisk Afdeling Herning har de seneste 10 år arbejdet systematisk med at få patienterne i gang med at bevæge sig, og i 2002 blev der bygget en speciel idrætshal i tilknytning til afdelingen.

"Det er stadig især patienter med skizofreni, som det kan være svært at nå. Men vores erfaringer viser også klart, at lykkes det først at få disse patienter i gang med at bevæge sig, så holder de ved," siger lederen af ergo- og fysioterapeutgruppen ved Psykiatrisk Afdeling Herning, *Agnete Clemmensen*.

Læs artiklerne "Psykisk syge rører sig for lidt" og "Psykisk syge har godt af fysisk aktivitet" på siderne 20-30 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

SF spørger til forringelser i sundhedspleje

Hul i hovedet. SFs socialordfører *Thomas Krog* har bedt indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) om en kommentar til forringelserne i den kommunale sundhedspleje.

Det gør han med henvisning til artiklen "Sundhedsplejen mangler timer" i *Sygeplejersken* nr. 8/2006.

"At forringe sundhedsplejen er hul i hovedet. Den burde tværtimod være obligatorisk for alle familier," siger Thomas Krog.

"Ud over at støtte de socialt svage er sundhedsplejen jo også et spørgsmål om at forebygge. De problemer, man ikke fanger her, har det med at komme tilbage og blive meget dyrere." (kb)

”Når de ældre hyppigt får deres medicin i nye indpakninger med nye navne og tabletforme fra forskellige medicinalproducenter, forvirrer det dem. Deres tabletrutiner bliver brudt, og så får de måske ikke taget deres medicin regelmæssigt. Det er langt det værste problem i forhold til den øgede konkurrence på området.”

Ole Bjerre, professor ved Danmarks Farmaceutiske Universitet, i Fyens Stiftstidende.

Hjemmesygeplejen er afprofessionaliseret

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Kompetencedræn. Afprofessionalisering er ifølge ny rapport fra DSI Institut for Sundhedsvæsenet det ord, der bedst beskriver de seneste mange års udvikling i hjemmesygeplejen.

Udviklingen i hjemmesygeplejen er paradoksalt. Det fastslår en ny rapport fra DSI Institut for Sundhedsvæsenet. Antallet af besøg er steget støt siden 1980'erne, og patienterne er blevet dårligere.

”Der er flere og tungere plejeopgaver. Men hjemmesygeplejerskerne er blevet færre, mens der er blevet flere med kortere uddannelser,” siger projektleder Sidsel Vinge, DSI.

Rapporten bruger ordet afprofessionalisering om udviklingen. Men den konklusion er man helt uenig i hos Kommunernes Landsforening.

”Man må se bredt på indsatsen, og i samme periode er antallet af terapeuter og assistenter i kommunerne øget væsentligt,” siger konsulent Christian Ahlmann Olsen, Kommunernes Landsforening.

”Samlet har det mere end opvejet faldet i antal sygeplejersker, så der har reelt været et kompetenceløft på plejeområdet.”

Ikke en bevidst strategi

Det må blive et spørgsmål om fortolkning, svarer Sidsel Vinge.

”Når sygeplejerskerne er blevet relativt færre i forhold til dem, de skal vejlede og supervisere ude i plejegrupperne, så vil

jeg kalde det en afprofessionalisering,” siger hun.

”Men jeg ser det ikke som en bevidst strategi. Det er reelt, at kommunerne har haft svært ved at rekruttere sygeplejersker og at gøre jobindholdet spændende nok.”

Sidsel Vinge rejser spørgsmålet, hvor godt hjemmesygeplejen er rustet til de kommende år med nye opgaver, flere ældre, flere med kroniske sygdomme og flere, der ønsker at dø hjemme.

Problemet er ikke kun antallet af hjemmesygeplejersker. Det er også en kommunal struktur, hvor hjemmesygeplejersker i stigende grad er trukket ud i specialfunktioner, demens, palliation, forebyggende hjemmebesøg, visitation osv., fastslår rapporten.

Det skaber koordineringsproblemer, og det går ud over hjemmesygeplejerskens mulighed for at arbejde forebyggende.

”I dag sender kommunen sine dårligt uddannede medarbejdere hjem til de svage ældre efter LEON-princippet: At en opgave altid skal udføres på Laveste Effektive Omsorgs Niveau,” siger Sidsel Vinge.

”Men det er måske netop de ”overflødige kompetencer” hos hjemmesygeplejersken, der sætter hende i stand til at arbejde forebyggende.”

Læs også interviewet med Sidsel Vinge på side 12. Rapporten ”Hjemmesygeplejen i Danmark” ligger på www.dsi.dk Vælg publikationslisten under Publikationer.

222 kandidater præsenterer sig selv

Amtsbestyrelsesvalg. De forestående valg til Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser er emnet for det ekstranummer, som følger med denne udgave af *Sygeplejersken*. I valgnummeret præsenterer de 222 kandidater sig selv.

Fordelingen af kandidater betyder, at der er fem amtskredse, hvor kandidaterne er valgt uden valghandling. Det skyldes, at det opstillede antal kandidater svarer til antallet af bestyrelsespladser eller er mindre end dette antal.

Alle 15 amtskredsformænd er genvalgt uden modkandidater.

(sp)

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

DLS er en teoretisk funderet lederuddannelse for sundhedssektoren, der på 2 år giver dig et solidt fundament for udvikling af godt lederskab. DLS har eksisteret i mere end 10 år, og vores erfaringer med over 1000 studerende viser, at uddannelsen giver konkrete resultater.

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2006 starter vi hold i: Århus, Næstved, Hillerød og Gentofte.

I januar 2007 starter vi hold i: Aalborg, Odense og Herlev.

Der er tilmeldingsfrist den 1. juni og den 1. december 2006.

Få mere information på www.ceus.dk eller ring på tlf. 54 888 224 og få en brochure, hvor du kan læse meget mere om DLS (Diplomuddannelsen i økonomi, ledelse og organisation for sundhedssektoren).

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk

HANDELSHØJSKOLE
CENTRET

CEUS
Handelshøjskolecenter

Chefer sender sygeplejersker på skolebænken

Af Britta Søndergaard, journalist

Efteruddannelse. Sygeplejersker får større opbakning end andre faggrupper, når de vil tage en diplomuddannelse, viser ny undersøgelse.

Ledere i sygeplejen opfordrer i større udstrækning deres medarbejdere til at tage efteruddannelse end deres chefkolleger på skoler og i daginstitutioner.

Og sygeplejerskernes indsats på skolebænken bærer frugt. Halvdelen af dem, der har gennemført en sundhedsfaglig diplomuddannelse, siger, at ud-

dannelsen har ført til nye arbejdsopgaver. Hele 89 pct. mener, at de er blevet bedre til at klare deres job.

Til gengæld lykkes det kun for godt en tredjedel at få mere i lønningsposen efter endt diplomuddannelse.

Det viser en ny undersøgelse fra Danmarks Evalueringsinstitut, EVA, der er baseret på en stor spørgeskemaundersøgelse blandt 3.000 deltagere på landets 22 centre for videregående uddannelse (CVU).

Undersøgelsen viser, at hele 61

pct. af de studerende på de sundhedsfaglige diplomuddannelser er blevet opfordret til at gå i gang med uddannelsen af deres chef, mens det i gennemsnit kun gælder 31 pct. af alle diplomstuderende. Desuden får sygeplejersker i større omfang end andre faggrupper deres uddannelse betalt af arbejdsgiveren. 95 pct. af de studerende på de sundhedsfaglige uddannelser betaler mindre end en fjerdedel af uddannelsens pris, mens det samlet set kun gælder 76 pct. af de studerende på diplomuddannelserne.

"Det sundhedsfaglige personale får generelt meget større opbakning af ledelsen, når de går i gang med en diplomuddannelse. Og sammenlignet med andre faggrupper bruger de i højere grad uddannelsen i karriereudviklingen," siger specialkonsulent i EVA, Michael Andersen, der er projektleder for undersøgelsen.

Formanden for Fagligt Selskab for Ledende Sygeplejersker, Lis Horstmann Nøddeskou, mener, at ledernes store interesse i at tilbyde de ansatte diplomkurser hænger sammen med, at sygeplejersker har et stort og udækket behov for efteruddannelse.

"De sygeplejefaglige ledere kan se, at der er et behov for efteruddannelse på grund af voksende krav til kvalitet og evidens. Samtidig er efteruddannelse en måde at fastholde dygtige medarbejdere på," siger Lis Horstmann Nøddeskou og henviser til en undersøgelse fra Amtsrådsforeningen og Dansk Sygeplejeråd. Den viser, at kun en ud af fem sygeplejersker får den efter- og videreuddannelse, de har fagligt behov for.

Rapporten om diplomuddannelser kan downloades på www.eva.dk



TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER
TEMPUR Benpuden har to mulige anvendelser:
Sammenfoldet mellem benene, hvorved tryk på benene lindres.
Udfoldet under anklerne, hvorved tryk på hælene lindres.



27x20x20 cm

TEMPUR er et viskoelastisk, temperaturfølsomt materiale bestående af åbne celler, der følger kroppens konturer nøjagtigt. Den sfæriske cellestruktur bevæger sig nænsomt omkring kroppens kurver, så der ydes fuldkommen støtte, hvor der er behov for det, men uden at der dannes modtryk.

TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup
Tlf.: 63 43 43 69 · www.tempur.dk

►► **KVINDER TAGER DIPLOMUDDANNELSE.** Danmarks Evalueringsinstitut (EVA) har i en ny stor undersøgelse kortlagt diplomuddannelserne under landets 22 centre for videregående uddannelse (CVU) blandt de 16.445 personer, der blev optaget på uddannelserne mellem 2001-2004.

Undersøgelsen viser, at 1.248 sygeplejersker, fysioterapeuter og andre sundhedsprofessionelle var i gang med en diplomuddannelse i den periode. Diplomuddannelserne benyttes især af oftest ansatte, og den typiske studerende er en kvinde på 40 år, der er i gang med en pædagogisk diplomuddannelse.

Vidste du at ...

... medarbejderne i ældreplejen har bedre ledelse end andre lønmodtagere i Danmark? Der er dog store udsving. I en undersøgelse fra 36 kommuner vurderede mellem 13 pct. og 61 pct. af de deltagende medarbejdere, at ledelseskvaliteten var høj.

Kilde: AMI. Psykisk arbejdsmiljø i ældreplejen.

Ingen parfume. Ingen farve. **Ingen smag.** Ingen konserveringsmidler.
Ingen tørre læber.

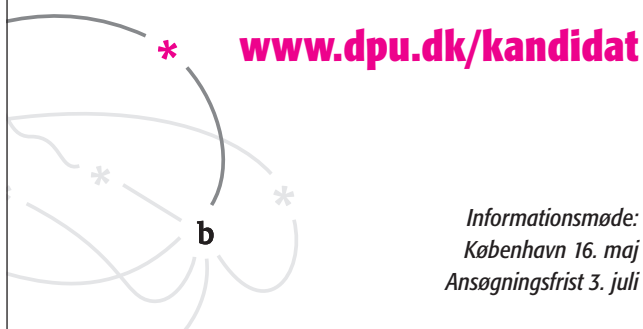


Danmarks
The Danish **Pædagogiske Universitet**
University of Education

Kandidatuddannelser

- studiestart september 2006

Pædagogisk psykologi, Pædagogisk sociologi, Pædagogisk antropologi, Pædagogisk filosofi, Generel pædagogik, Didaktik-dansk, Didaktik-matematik, Didaktik-materiel kultur, Didaktik-musik-pædagogik, Lifelong Learning: Policy and Management.



Informationsmøde:
København 16. maj
Ansøgningsfrist 3. juli

aktuelt

Sundhedsplejerske købte fødevarer til jordskælvsofre

Af Thomas Bjerg, journalist

Solidaritet. *Birgith Søndergaard skaffede beboerne i en pakistansk bjerglandsby madolie, mælk, te og sæbe til to måneders forbrug. Pengene kom til dels fra DSRs Solidaritetsfond.*

En hel bærepose.

Så meget fyldte 15.000 danske støttekroner, da sundhedsplejerske *Birgith Søndergaard* i januar vekslede dem til pakistanske rupees. Med posen i hånden skaffede den udsendte sundhedsplejerske 250 jordskælvsramte familier i den nordpakistanske bjerglandsby Pateka Chuk livsnødvendige varer.

"Det var min plan at købe medicin for pengene, men da vi en dag kom til Pateka Chuk i vores firehjulstrukne klinik, spurgte jeg landsbyens ældste, hvad beboerne havde mest brug for. Han svarede madolie, mælk, te og sæbe, så det købte jeg og fik transporteret op til landsbyen," siger *Birgith Søndergaard*, der vurderer, at forsyningerne rækker til to måneder.

Danske sygeplejersker har dermed gjort livet en smule lettere for familierne, der stadig lever i telte efter jordskælvet i oktober. 10.000 af kronerne kom fra DSRs Solidaritetsfond, mens

TRYK eller TRYG

Få optimal trykaflastning med en madras fra **KEBO CARE** og oplev øget trykthed og velvære

Vi tilbyder:

- Madrasser til forebyggelse og behandling af tryksår
- Forskellige principper og prisklasser
- Velkendte mærker (ROHO, NovaCare, Apollo)



KEBO CARE

Jernholmen 41 • 2650 Hvidovre
Tlf.: 36 39 80 00 • Fax: 36 39 80 55
info@keboCare.dk • www.keboCare.dk

Ring og hør mere om vort madrassprogram

Førtidspension

Hver anden ansøgning psykiske problemer

Af Lotte Havemann, journalist

Farvel til arbejdsmarkedet.

44 pct. af de sygeplejersker, der ansøger om førtidspension, søger pga. psykiske lidelser. Det er en fordobling siden 2001.

Der ligger psykiske lidelser bag næsten halvdelen af de ansøgninger om førtidspension, som er gået til Pensionskassen for Sygeplejersker under PKA i 2005.

I alt søgte 170 sygeplejersker om førtidspension i 2005. Af disse søgte 75 sygeplejersker om pensionen, fordi de havde en svær eller en let sindslidelse,

svarende til 44 pct. af ansøgerne. Alle fik tilsagn om førtidspension.

Det er en stigning på 10 procentpoint i forhold til året før, hvor 34 pct. af ansøgerne søgte førtidspension pga. psykiske lidelser. Og det er en fordobling sammenlignet med 2001, hvor tallet var nede på 22 pct.

Færre søgte – flere fik ja

Ser man på det samlede antal ansøgninger om førtidspension, søgte lidt færre sygeplejersker om førtidspension i 2005 end i 2004.

Til gengæld fik flere bevilget



Birgith Søndergaard efter hjemkomsten fra det jordskælvsramte område i Pakistan: "Pengene har gjort nytte dér, hvor jeg helst ville have det."

som et kristent, pakistansk hospital sendte til lejren.

Jævnligt begav hun og sundhedspersonalet sig i firehjulstrækker rundt i bjergene, hvor de hjalp beboere i ødelagte landsbyer, heriblandt Pateka Chuk.

Både i landsbyerne og i teltlejren er børnene underernærede, mangler vitaminer, og mange har luftvejssygdomme. Men vitaminmanglen har Birgith Søndergaard afhjulpet – for et stykke tid.

"Jeg slæbte 26 kilo vitaminer med hjemmefra i kulørte nylontasker. De var fuldstændig proppe med pillerne, som Ferrosan havde doneret," siger Birgith Søndergaard.

Hun forklarer, at teltlejren har en klinik med læge, fysioterapeut, farmaceut og bioanalytiker. Soldater sørger for ro og orden. Alligevel er nøden stor.

"Det er meget vanskelige forhold. Beboerne bor op til 10 personer i et telt, og ingen har bademuligheder. Vand varmer

de over bål, så børnene er snavsede, og deres hår er ofte levende af lus."

Da postyret om Muhammedtegningerne i februar nåede landsbyen, hvor teltlejren ligger, måtte hun skjule sig. En fredag efter bønnen hang der bannere uden for landsbyens moske. Bannerne opfordrede til at smide udlændinge og især danskere ud af landet, og på gaden talte folk om den danske avis Jyllands-Posten.

Lejrens personale hjalp sundhedsplejersken, og de sidste dage boede Birgith Søndergaard, der tidligere har opholdt sig otte år i Pakistan, i skjul hos venner.

Hjemme på Amager tænker Birgith Søndergaard ikke på urolighederne. Hun er mere optaget af, at hun fik maksimalt udbytte af støtten fra Solidaritetsfonden.

"Nu ved jeg præcist, hvad pengene er gået til. De har gjort nytte netop dér, hvor jeg helst ville have det."

Birgith Søndergaard fik 5.000 kroner af Amdradsforeningen.

arbejdede en måned i en teltlejr nær den ødelagte by Balakot.

Undersøgte småbørn i teltlejr

Hun rejste til Pakistan for hjælpeorganisationen Danmission og

Arbejdet bestod i at undersøge lejrens småbørn og rådgive mødrene om kost og pleje. Desuden underviste hun sygeplejerskerne,

FOTO: HEINE PEDERSEN

skyldes

pensionen. Kun tre ansøgere (1,8 pct.) fik afslag i 2005 mod 13 (6,4 pct.) året før.

Næst efter psykiske lidelser (sværere og lettere sindslidelser) var de hyppigste årsager til ansøgning om førtidspension sygdomme i knogler, bevægesystem og bindevæv (f.eks. slidgigt, ryglidelser og fibromyalgi).

På 3.-, 4.-, 5.- og 6.-pladsen kom cancer, sygdomme i nervesystem og sansorganer, kredsløbssygdomme og ulykker.

Hvis man er interesseret i at se flere tal, kan hele statistikken læses på www.pka.dk > Pensionskasserne > Statistik > Førtidspension – statistik.

► FØRTIDSPENSION – ANSØGNINGER OG AFSLAG FOR SYGEPLEJERSKER 2001-2005

Sygdomsgruppe	2001		2004		2005	
	Bevilget	Afslået	Bevilget	Afslået	Bevilget	Afslået
Psykiske lidelser (sværere og lettere sindslidelser)	41 (22 pct.)	6	64 (34 pct.)	0	75 (44 pct.)	0
Bevægesystem (f.eks. slidgigt, ryglidelser og fibromyalgi)	57	4	46	6	37	1
Cancer (herunder brystkræft)	26	1	30	1	18	1
Nervesystem og sansorganer (f.eks. dissemineret sclerose og øjensygdomme)	25	1	13	3	14	0
Kredsløbsorganer (f.eks. hjerneblødninger og hjertesygdomme)	11	1	4	1	9	0
Ulykker (f.eks. whiplash og knoglebrud)	14	1	17	1	8	0
Øvrige	12	2	15	1	6	1
I alt	186	16	189	13	167	3

Procentangivelserne i øverste række viser antallet i forhold til det totale antal lidelser.
Kilde: Pensionskassen for Sygeplejersker/PKA.

Ansvarlig normering redder liv

Af Britta Søndergaard, journalist

Patientsikkerhed. Dette års internationale sygeplejerskedag den 12. maj sætter fokus på patienters sikkerhed.

Alene på det aids-plagede afrikanske kontinent skønnes det, at der mangler mindst 600.000 sygeplejersker. Selv om problemerne i den rige verden er langt mindre alvorlige, så er vestlige hospitalspatienters sikkerhed for ordentlig behandling også under pres i disse år. Overalt i Europa og USA er tendensen,

at flere og flere patienter skal presses igennem systemet, uden at der ansættes mere personale. Det fører til flere fejlbehandling.

Sygeplejerskemangel og knappe normeringer er et globalt problem. Det fremgår af en ny rapport fra International Council of Nurses (ICN), der udkommer i forbindelse med den internationale sygeplejerskedag den 12. maj. Dagen, som markeres på *Florence Nightingales* fødselsdag, sætter i år temaet, "Ansvar-

lig normering redder liv," på dagsordenen i en lang række lande over hele kloden.

ICNs rapport henviser til en række internationale undersøgelser, som dokumenterer en sammenhæng mellem normering af sygeplejersker og antallet af patientfejl.

"Der er to grunde til at sætte normeringen i fokus. Den ene er hensynet til patienterne og kvaliteten i vores sundhedsvæsen.

Den anden er hensynet til de sygeplejersker, der arbejder i sundhedssektoren. Det er vigtigt at sikre, at de fortsat kan udføre deres arbejde under ordentlige vilkår,



Hvis kondomet springer

Sex. Hvor sikkert er et kondom? Må p-plaster sidde på maven? Hvordan foregår en medicinsk abort? Hvordan opdager man, om man har klamydia?

En ny præventionsguide med titlen "Din præventionsguide" er målrettet folkeskolens afgangsklasser, og eleverne får den udleveret til udskolingsamtale med deres sundhedsplejerske eller børn og unge-læge. Guiden giver overblik over bl.a. præventionsformer og seksygdomme.

Bogen er udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Komiteen for Sundhedsoplysning og kan bestilles på telefon 3526 5400 eller e-mail til kfs@sundkom.dk Hjemmeside: www.sundhedsoplysning.dk (sbk)

Flere, men ikke dyrere ældre

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Pyha. Det bliver ikke nødvendigvis dyrere i pleje og behandling, selv om ældrebefolkningen vokser. Det viser fem scenarier for behov og udgifter år 2040.

Det er helt sikkert, at der vil være flere danskere over 65 i år 2040. Men det er ikke sikkert, at sundhed og pleje til denne gruppe kommer til at bruge en større del af samfundets ressourcer. Det viser beregninger i en ny rapport fra DSI Institut for Sundhedsvæsen og Ældre Sagen.

Hvis produktiviteten i sundhedsvæsenet bliver ved med at stige i samme takt de næste 35 år, kan samfundet tværtimod sætte de samlede sundheds- og plejeudgifter til de ældre ned.

Nye medicinske teknologier vil også hjælpe, men ikke så meget, at det opvejer det voksende antal ældre. Det samme kan siges om sundere livsstil.

For hvis danskerne bliver sundere, vil flere af dem leve, til de når pensionsalderen, og flere vil blive meget gamle. Det vil i sig selv øge udgifterne til pleje og behandling af mennesker over 65.

Det bedste for den danske samfundsøkonomi vil være, hvis der sker forbedringer på alle fronter: Bedre behandlingsteknologi, større effektivitet i behandlingen og sundere livsstil.

Så kan samfundet i 2040 nøjes med at bruge 3,38 pct. af bruttonationalproduktet på pleje, medicin og behandling af ældre, hvor man i 2004 brugte 3,85 pct.

Se rapporten "Sundheds- og plejeudgifter til ældre: Scenarier for fremtiden" på www.dsi.dk Vælg publikationer.

Hvad mener du

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Til næste år får vi regioner i stedet for amter og færre, større kommuner. Det betyder nye arbejdsgivere og nye arbejdssteder for nogle sygeplejersker. Ved du i dag, hvor du arbejder henne efter den 1. januar?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 7/2006

Regeringen er kommet med et nyt udspil om rygepolitik i Danmark. Bl.a. vil de forbyde rygning i det offentlige rum. Hvad syntes du om forslaget? Er det:

Svar	antal	pct.	
For restriktivt?	72	27,6	
For slapt	52	19,9	
Tilpas	133	51,0	
Ved ikke	4	1,5	
Total	261	100,0	

så de ikke vælger noget, der er mindre stressende end hver dag at arbejde med liv og død," siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen*.

Hun besøgte for nylig Swaziland, som er det land i Afrika, der er hårdest ramt af aids.

"I Swaziland arbejdes der meget målrettet på at højne den faglige kvalitet og sikre, at sygeplejerskerne ikke rejser ud af landet. Der er for eksempel oprettet særlige centre for sundhedspersonalet, hvor de løbende kan holde øje med, om de selv er blevet smittet. På den måde får de en særlig opbakning, som de har brug for, fordi de lever i et land, hvor så mange er smittet

med hiv," fortæller Grete Christensen.

I en dansk sammenhæng henviser hun til, at Sundhedsstyrelsen efter input fra bl.a. Dansk Sygeplejeråd for nylig udsendte en vejledning med 18 særlige patientsikkerhedsstandarder. Vejledningen indeholder et særskilt afsnit om den sygeplejefaglige normerings betydning for patientsikkerheden.

"Vejledningen er et vigtigt initiativ. Men desværre er det stadig langt fra alle afdelinger, der har fulgt op på vejledningen," siger Grete Christensen.

"Safe staffing saves lives" kan downloades på internetadressen www.icn.ch

Sundhedscenter for ryglidelser

Sygeplejerske er leder. Den 1. maj åbnede Københavns Kommune sit sundhedscenter nummer to. Det er et sundhedscenter for borgere med ryglidelser. Sundhedscentret er en udbygning af Københavns Kommunes Rygcenter, hvor der i dag er 30 medarbejdere. Fra den 1. januar 2007 bliver centret udvidet med yderligere 10 medarbejdere, fordi centret skal overtage genoptræningsopgaver fra sygehusene i forbindelse med kommunalreformen. Leder af centret er sygeplejerske *Inge Lis Gøthgen*, der kommer fra en stilling som oversygeplejerske på anæstesiafdelingen på Glostrup Amtssygehus. Hun er foreløbig eneste sygeplejerske på sundhedscentret, hvor det faguddannede personale primært består af læger, fysioterapeuter og kiropraktorer.

Sidste år åbnede Københavns Kommune sit første sundhedscenter, som tager sig af borgere med kroniske sygdomme. (*sbk*)



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

Blog med Kathe

Sygeplejersken har lavet en blog på hjemmesiden. Skribenten – eller bloggeren, som det hedder – er sygeplejestuderende *Kathe Vammen*.

Kathe Vammen vil blogge om sit liv som sygeplejestuderende. En blog er en slags elektronisk dagbog, hvor man kan skrive om sine personlige oplevelser, drømme og tanker. Men modsat dagbogen er bloggen indhold tilgængeligt for alle, så man kan kommentere bloggerens skrivelser. Kathe har skrevet en ny blog, som alle er velkomne til at kommentere.

Patientvejledning på DSRs webside

Dette års patientvejledning – inklusive fem helt nye vejledninger – er nu tilgængelig for Dansk Sygeplejeråds medlemmer på internettet.

Søger du retningslinjer for vejledning af patienter? Så er der råd at finde. Som medlem af Dansk Sygeplejeråd kan du nu finde Patientvejledning 2006 på www.dsr.dk

Vejledningen indeholder den information, patienter kan forvente at få hos den praktiserende læge som et supplement til den mundtlige vejledning.

I årets udgave af patientvejledningen finder du fem nye vejledninger:

- Øjeninfektioner (øjenbetændelse/-allergi/tørre øjne)
- Bækkenløsning
- Gener fra skede og blære
- Bækkenbundstræning
- Tarmkræft.

Nyt Nordisk Forlag har udgivet 8. udgave af Patientvejledningen, som er Danmarks eneste årligt opdaterede og sammenhængende patientinformationssystem. Vejledningen er skrevet i et samarbejde mellem praktiserende læger og specialister og er beregnet til udlevering til patienterne. For at få adgang til patientvejledningen via Sygeplejerskeportalen skal du logge ind på dsr.dk med dit medlemsnummer og password. Derefter får du adgang til patientvejledningen ved at klikke på "Patientvejledning 2006," som du finder under fagligt område.



Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Lars Flindt Pedersen,
webjournalist,
lfp@dsr.dk



Anders von Benzon
Kjærsgaard,
webassistent,
abk@dsr.dk

Send sygeplejersken ud

Specialistfælde. Hvis det skal lykkes kommunerne at forebygge indlæggelser, må de ikke trække alle hjemmesygeplejerskerne ud i specialfunktioner. Der skal være hjemmesygeplejersker ude hos de svage borgere, og de skal være generalister, mener forfatteren til en ny rapport om hjemmesygeplejen i Danmark.

Flere patienter og flere besøg hos den enkelte patient. De kommunale statistikker for hjemmesygeplejen er ikke for gode, men trods hullerne bekræfter de, hvad mange hjemmesygeplejersker oplever.

"Hjemmesygeplejersker har fået flere, tungere og mere specialiserede opgaver. Men de er blevet færre, mens der er flere med en kortere uddannelse," siger projektleder *Sidsel Vinge* fra DSI Institut for Sundhedsvæsen.

I en rapport om hjemmesygeplejens udvikling har hun påvist, at antallet af besøg er fordoblet siden begyndelsen af 1980'erne. Antallet af patienter og besøg hos den enkelte patient er også steget kraftigt.

Men der har ikke været en tilsvarende udvikling i antallet af hjemmesygeplejersker, tværtimod. Samlet er der ansat færre sygeplejersker i hjemmesygeplejen, de integrerede ordninger og plejehjemmene i dag end i 1993. Der er kommet flere medarbejdere til, især i slutningen af 1990'erne, men det er først og fremmest social- og sundhedsassistenter.

"Der er sket en afprofessionalisering af hjemmesygeplejen," konstaterer *Sidsel Vinge*.

Hun ser det ikke som en bevidst politik fra kommunernes side. Men hun undrer sig over, at der ikke har været en større debat om hjemmesygeplejens rolle.

Specielt i forbindelse med kommunalre-

formen, hvor man har talt meget om de nye opgaver, som kommunerne vil få. Ikke bare genoptræningen og forebyggelsen, som de nu skal have hovedansvaret for. Flere ældre generelt, flere patienter med kroniske sygdomme, flere borgere, der ønsker at dø hjemme.

Ansæt en AC'er

Sidsel Vinge kalder udviklingen paradoksal, men tøver alligevel med svaret, når man spørger, om der er brug for flere sygeplejersker i kommunerne.

"Det kommer an på, hvordan man vil bruge dem. Der er f.eks. ingen grund til at have en sygeplejerske siddende på et kon-

"De mange specialfunktioner dræner den basale hjemmesygepleje for sygeplejersker. Og de skaber koordineringsproblemer."

Projektleder Sidsel Vinge.

tor for at koordinere, når man kan ansætte en AC'er, der faktisk er uddannet til at skabe sammenhæng," siger hun.

"Der er ingen tvivl om, at der er for få hjemmesygeplejersker ude i driften. Men problemet er lige så meget, at de er helt perifert placeret i dag og lever mere og mere i deres egne faglige søjler."

Hjemmesygeplejersken er blevet specialist i sår, diabetes eller palliation, mens kommunen sender sine dårligst uddanne-

de medarbejdere hjem til de svage ældre efter LEON-princippet: At en opgave altid skal udføres på Laveste Effektive Omsorgs Niveau.

"Men det er måske netop de "overflødig kompetencer" hos hjemmesygeplejersken, der gør, at hun kan arbejde forebyggende," siger *Sidsel Vinge*.

"Det er ude i hjemmene, at man kan se de første tegn på, at der er brug for en ekstra indsats. Har borgeren tabt sig? Har hun problemer med at klare det, hun kunne før?"

"Prøv at spørge på en akut medicinsk modtagelse, hvor mange indlæggelser de ser, som kunne være forebygget. Nogle af

de medicinske afdelinger, jeg har haft kontakt med, siger, at det er helt op til 20-30 pct. Indlæggelser på grund af noget så banalt som væskemangel.

Indlæggelser, der sagtens

kunne være undgået, hvis nogen havde haft blik for, hvad der foregik i det hjem."

Selvfølgelig er der fordele ved, at hjemmesygeplejersken har ekspertise i diabetes, inkontinens osv. Men det går f.eks. galt, når ingen har det samlede overblik over en apopleksipatient, hvor der er involveret visitator, distriktsterapeuter, udgående apopleksifunktion, talepædagog, hjemmesygeplejerske, hjemmehjælper og egen læge. ►

til de svage ældre



► ”De mange specialfunktioner dræner den basale hjemmesygepleje for sygeplejersker. Og de skaber koordineringsproblemer. Vi har fået en meget fragmenteret kommunal sektor,” pointerer Sidsel Vinge. Hun har noteret sig, at nogle kommuner nu udnævner sundhedskoordinatorer til at skabe overblik i komplekse forløb.

”Og det er da meget fornuftigt. Men det er og bliver symptombehandling. Det er hele systemet, der skal hænge bedre sammen, og der kan koordinatorene spille en væsentlig rolle.”

Gentænk visitationen

Sidsel Vinge finder det også paradoksalt, at kommunalreformen lægger forebyggelse og sundhedsfremme ud i kommunerne, som om det var en ny opgave.

For hjemmesygeplejersker har i mange, mange år haft en forpligtelse til at arbejde forebyggende. Og de forsøger. Men i en hverdag med kørelister og 16-18 besøg om dagen har de ikke mange chancer.

Da visitationen blev udskilt, mistede de også kompetencen til at skrue op for indsatsen over for en borger i en sårbar situation.

”Man har skabt et system, der først kan reagere på problemerne, når de er opstået,” konstaterer Sidsel Vinge.

”Og langt de fleste steder har man taget de forebyggende hjemmebesøg ud som endnu en separat funktion. Men det er ikke en optimal løsning, for den viden, som hjemmebesøgene giver, burde ligge i hjemmesygeplejen.”

”Nu får man sundhedscentre med nye specialfunktioner, mens hjemmesygeplejersken bliver helt perifert placeret som den, der skal tage sig af de syge i hjemmeplejen.”

Hvis den kommunale forebyggelse skal komme til at virke denne gang, er man nødt til at gentænke visitationen, mener Sidsel Vinge.

”Jeg ønsker ikke gamle dage tilbage. Selvfølgelig skal der være objektive visita-

tionskriterier. Men hvis kommunerne virkelig skal forebygge indlæggelser, så må hjemmesygeplejersken have en vis begrænset visitationskompetence, så hun kan skrue op for indsatsen, når der pludselig er et akut behov.”

”Hun skal være generalist, og hun skal stå helt centralt placeret i hjemmeplejen. Hun må arbejde tæt sammen med de medarbejdere, der giver praktisk bistand, så de ved, hvilke fem ting de skal se efter i et hjem, og har nogen at melde tilbage til, hvis der opstår et problem.”

”Man bør f.eks. se på, hvem det er, der bliver genindlagt, og så skal hjemmesygeplejerskerne ud i de hjem.

De skal ud, hvor en ægtefælle er død, eller hvor den ene ægtefælle er kommet hjem fra sygehuset efter en apopleksi. Og måske er det netop den hjemvendte ægtefælle, der tidligere har taget sig af den anden.”

khj@dsr.dk

Udvid din horisont



DIS

DENMARKS INTERNATIONAL
STUDY PROGRAM
Affiliated with the University of Copenhagen

Få en international oplevelse og tal engelsk derhjemme

Bliv værtsfamilie for en udenlandsk studerende fra 27. aug. til 21. dec. '06. Vi dækker udgifterne!

Eneste krav er:

- Den studerende skal have eget værelse
- Mindst 1 person i familien taler engelsk
- Max 1 times transporttid til København

Ring til DIS på 33 11 01 44
Eller tilmeld dig på
www.dis.dk/familie



Copenhagen
Business School
HANDELSHØJSKOLEN

Master of Health Management



Har du de nødvendige ledelseskompetencer?

MHM, Master of Health Management, er en forskningsbaseret lederuddannelse, der styrker ledelse og organisation i sundhedssektoren.

- Målgruppen er primært ledere fra sygehuse, regionale og kommunale forvaltninger og private virksomheder med særlige relationer til sundhedsvæsenet.
- Studiestart er i januar 2007, og vi modtager ansøgninger løbende.

Informationsmøde 18. maj 2006 kl. 16.00 - 18.00.
Tilmeldingsfrist den 12. maj 2006 til me.mhm@cbs.dk

For yderligere information, se www.mhm.cbs.dk

MHM tilbyder viden om ledelse af organisationer i forandring på basis af forskning og deltagerens egne erfaringer

Master of Health Management MHM

A CBS EXECUTIVE PROGRAMME



"Ifølge www.livslinien.dk begik 725 selvmord i 2001, og det anslås, at 15.000 forsøger hvert år. Min påstand er, at selve tabuet skaber flere fuldbyrdede og mislykkede selvmord, end hvis vi havde en legitim udvej, et sted hvor vi kunne give udtryk for ønsket om at begå selvmord og om nødvendigt få professionel hjælp til at gøre det."

Helgi Breiner, organist, i Kristeligt Dagblad.

9/2006

Sygeplejersken

15

dansk sygeplejeråd mener

debat

Skriv kort

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*. Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Redaktionen forbeholder sig ret til at afvise kommentarer til artikler m.m., der er mere end to måneder gamle.

Et indlæg kan optages som et Synspunkt, hvis det udtrykker en personlig uddybet holdning til forhold, der har betydning for sygeplejersker. Synspunktet skal være på 2.600-3.000 tegn uden mellemrum og skal ledsages af et vellydende pasfoto, evt. elektronisk.

Debatindlæg sendes til:
Sygeplejersken,
 Sankt Annæ Plads 30,
 Postboks 1084,
 1008 København K,
 eller via e-mail til: redaktionen@dsr.dk

Et kompetenceløft på plejeområdet?

Hjemmesygepleje. Vi ser på verden med forskellige øjne og når frem til forskellige konklusioner. Tag nu en ny forskningsrapport om hjemmesygeplejen. Den konstaterer, at hjemmesygeplejerskerne gennem en årrække har fået flere, mere komplekse og mere specialiserede opgaver. Men alligevel er der blevet færre sygeplejersker til fordel for personale med en kortere uddannelse.

Forskerne kalder den situation for afprofessionalisering. Kommunerne selv kalder det et "kompetenceløft på plejeområdet."

Et kompetenceløft? Det kan jeg ikke få øje på. Jeg kan snarere se et kompetencedræn.

Det er ærgerligt, at kommunerne ikke tager deres nye rolle i sundhedsvæsenet mere alvorligt. Kommunerne står over for meget store udfordringer.

De skal yde sundhedstilbud til mange flere kronisk syge, bl.a. diabetes-, KOL- og kræftpatienter. De skal samarbejde med sygehusene om patienter, der udskrives tidligere og tidligere fra et stadigt mere specialiseret sygehusvæsen. Og de skal skrue gevaldigt op under blusset for sundhedsfremme og forebyggelse.

Oven i købet betyder kommunalreformen, at kommunerne skal implementere den danske kvalitetsmodel. De skal forbedre patientsikkerheden systematisk. Og det kommunale sundhedsvæsen skal medvirke til forskning i sundhedsvæsenet.

Hvordan kommunerne kan løse de opgaver med færre og færre sygeplejersker, er mig en gåde.

Som jeg ser det, har patienterne i kommunerne mere end nogensinde før brug for sygeplejersker. Sygeplejerskerne i kommunerne har den generalistviden, der er nødvendig for at kunne vurdere patientens samlede situation, og flere og flere sygeplejersker har den specialistviden, der er nødvendig for, at sundhedsvæsenet kan flytte ud fra sygehusene og ind i patientens eget hjem.

Derfor er det nødvendigt, at kommunerne opruster på sygeplejen.

I denne tid forhandler regeringen og KL om kommunernes økonomi næste år. Jeg har en klar opfordring til dem, der sidder med ved bordet: Hvis kommunalreformen skal blive en succes på sundhedsområdet, skal der sættes penge af til at styrke sygeplejen.

Gennem de senere år har kommunerne systematisk skåret ned i antallet af sygeplejersker. Den udvikling skal vendes, så der kommer et reelt kompetenceløft i den kommunale sygepleje.

Det har patienterne krav på.

"Patienterne i kommunerne har mere end nogensinde før brug for sygeplejersker."



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Synergi

DSR's nyhedsbrev

Synergi er, når gode ideer samles og gør helheden endnu bedre. Og Synergi er både målsætningen og navnet på Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev.

Nyhedsbrevet er gratis, og sendes direkte til din e-mail hver anden onsdag. Tilmeld dig Synergi på www.dsr.dk, eller send en e-mail til synergi@dsr.dk, og bliv opdateret med seneste nyt.



Helle Bolvig Christensen

Har du hilst på din patient i dag?

Pli. Hils ordentligt på din patient, så får han et bedre ophold på hospitalet. Måden, vi præsenterer os på, har større betydning end som så.

Alle vil sikkert uden at tøve svare: "Ja, selvfølgelig" på spørgsmålet ovenfor. Men hvordan præsenterer sygeplejersker sig for patienterne? Hvilken indflydelse har det første møde med patienten på hans oplevelse af sundhedsvæsenet?

Jeg har for nylig truffet den hvide verden som pårørende, og det gav mig en lærerig indsigt i, hvor vigtigt plejepersonalets møde med patienten er, og det gav mig lejlighed til at reflektere over ovenstående spørgsmål.

Jeg overvejede, om diskussionen er berettiget i en tid, hvor sygeplejen skal være evidensbaseret, og det handler om elektronisk patientjournal, videreuddannelse, forskning m.m., men det er en nødvendig diskussion, for al sygepleje tager udgangspunkt i mødet med patienten.

Hvordan præsenterer vi os for patienten?

I mit daglige arbejde som klinisk vejleder indledes mødet med patienten med en enkel gestus: nemlig et håndtryk, en tydelig præsentation, der indeholder mit navn, stilling samt hensigten med vores møde. I de tilfælde, hvor patienten har pårørende med, hilser jeg også på dem.

Det forsøger jeg at viderebringe til de studerende, og samtidig drøfter vi afdelingens kultur og værdier. Jeg har ment, at denne gestus er almindelig pli, men idet jeg nu har oplevet mødet fra den pårørendes side, har jeg erfaret, at måden, vi præsenterer os på, har større betydning end som så.

Det skal være et autentisk møde, hvor vi er til stede mentalt. Det kan måske lyde krævende på en travl arbejdsdag. Men de ressourcer, der bruges til at skabe kontakt og dialog, er efter min bedste overbevisning en forudsætning for at kunne skabe tillid. Tillid, som er en af grundpillerne i samarbejdet mellem patient og personale. Oplever patienten et møde, der rummer kvalitet og nærvær, vil patienten føle sig tryk og mærke, at personalet interesserer sig for ham, hvilket medfører ro omkring plejesituationen – hvor der så kan spares ressourcer.

Vi skal huske, at patienter kan være sårbare, usikre og bekymrede i mødet med sundhedsvæsenet. Vi skal være opmærksomme på, at patienten medbringer sin egen historie, som kræver respekt og forståelse, for at den enkelte kan bevare sin integritet.

I mit og min søns møde med sundhedsvæsenet set fra sygesengen var denne måde at præsentere sig på desværre langt fra en selvfølge.

For min søn og mig havde måden, vi blev mødt på, stor indflydelse på vores helhedsopfattelse af indlæggelsen. Min teenagesøn var tydeligt mere tryk, åben og opsøgende over for det personale, der havde mødt os med en præsentation/hilsen og naturlig interesse.

Jeg oplevede en tendens til, at plejen var mere opgavecentreret end personcentreret i de tilfælde, hvor mødet foregik uden mental kontakt og nærvær.

Jeg mener, at det er nødvendigt, at vi gør os nogle overvejelser om, hvad vi ønsker os af mødet med patienten. Nærvær kontra distance, engagement kontra ligegyldighed, ansvar kontra ansvarsløshed, tillid kontra mistillid. Det handler om, at vi lærer patienten at kende, så vi kan yde en optimal og individuel sygepleje. Jeg har oplevet, at den måde, vi møder patienten på, har indflydelse på hans opfattelse af os som omsorgspersoner, hvilket igen får indflydelse på kvaliteten af sygeplejen og patientoplevelsen.

Så: "Har du hilst på din patient i dag?"

*Helle Bolvig Christensen er klinisk vejleder på Obstetrisk Afdeling 156, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.
alberte@esenet.dk*



Valg til lokale bestyrelser 2006

Stem – og bestem!

Fra den 5. maj til den 29. maj bliver der afholdt valg i 10 forskellige amtskredse i Dansk Sygeplejeråd. Det er din mulighed for at få direkte indflydelse på fremtiden i vores organisation.

Stem til valget og vær med til at styrke Dansk Sygeplejeråd. Stem på de kandidater, du mener, er de bedste til at udvikle Dansk Sygeplejeråds holdninger og handlinger – lokalt, i Dansk Sygeplejeråds kongres og i det øvrige samfund.

Læs mere om valget på www.dsr.dk

Brug din indflydelse

– stem til de lokale valg i Dansk Sygeplejeråd



Erling Garne

Det er med stor sorg, at vi i Viborg Kommune siger farvel til *Erling Garne*, sygeplejerske i aktivitets- og plejeafdelingen. Han blev dræbt i en tragisk trafikulykke i tjenesten torsdag den 20. april 2006.

Ved Erling Garnes alt for tidlige død har vi i aktivitets- og plejeafdelingen mistet en meget dygtig og afholdt kollega.

Erling Garne har siden 1985 været tilknyttet aktivitets- og plejeafdelingen ved Viborg Kommune, dog afbrudt af perioder, hvor han afprøvede sine mange både faglige og personlige kompetencer i andre job.

Endvidere har Erling Garne beklædt flere tillidsposter. I en årrække var han tillidsrepræsentant og fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne i aktivitets- og plejeafdelingen. Derudover har han været medlem af amtsbestyrelsen for Dansk Sygeplejeråd.

Jobbet som hjemmesygeplejerske udfyldte Erling Garne på fornemste vis.

Vi vil huske Erling Garne for hans rummelighed og hans humor, men især vil vi huske ham som en stor ildsjæl. Erling Garne gjorde en forskel på det sygeplejefaglige felt, som kollega og som tillidsrepræsentant. I aktivitets- og plejeafdelingen vil vi komme til at savne ham meget, både som det menneske og som den stærke faglige person, han var.

I denne svære situation går vores tanker og medfølelse først og fremmest til Erling Garnes familie.

På vegne af ledelse og medarbejdere

Vibeke Boje, driftsleder i aktivitets- og plejeafdelingen, Viborg Kommune.

Bliv klogere på ledelse!

Hold din viden om sygeplejefaglig ledelse ajour med LederInfo – Dansk Sygeplejeråds elektroniske nyhedsbrev specielt for ledere.

Læs interviews og artikler om ledelse. Se hvad eksperterne siger om de nyeste tendenser og undersøgelser. Tag stilling til politikernes holdninger om sygeplejefaglig ledelse og læs anmeldelser af ledelseslitteratur.

Tilmeld dig gratis på LederNet på www.dsr.dk og få LederInfo direkte i din mailboks hver anden måned. Du kan også printe LederInfo og læse det, når det passer dig.

Henriette Thomsen

Alt for tidligt har vi mistet en af vores gode venner. *Henriette* døde den 5. marts af en ukendt sygdom.

Kære Henriette, for få måneder siden sendte vi hilsner til dig på din 50-års fødselsdag. Ingen af os havde forestillet sig, at vores næste hilsen til dig blev disse mindeord. Det er ubegribeligt, at du ikke længere er iblandt os – du havde jo stadig så mange oplevelser til gode her i livet.

Du valgte sygeplejen og var dit fag trofast i 25 år. Efter nogle få år på en medicinsk afdeling søgte du til børneafdelingen på Hvidovre Hospital. Du havde først dit virke i sengeafdelingen, men fra 1993 var det børneambulatoriet, som nød godt af din store faglighed og medmenneskelighed. Vi lærte dig at kende som en glad og positiv person. Du havde sådan et dejligt smil, altid betænksom og mere end en god kollega – vi blev glade af at være sammen med dig. Du var en dygtig sygeplejerske, og du kunne lide dit arbejde. Især det neurologiske speciale lå dig på sinde, og børn med epilepsi og cerebral parese nød godt af din store ekspertise.

Vi havde det store privilegium også at kende den private Henriette. Den omsorgsfulde mor til *Katrine* og *Julie*, og *Claus'* trofaste livsledsager gennem 30 år. Henriette, du var om nogen en livsnyder. Du nød lækker mad og et godt glas rødvin. Når vi mødtes, gik snakken altid til langt ud på de sene nattetimer. Og når vi skiltes, var der bragt orden på Verden – i hvert fald for en tid.

Du og Claus havde købt et lille bondehus på Lolland. Huset trængte til mere end en kærlig hånd, da I overtog det, men med din sikre sans for indretning og stil blev det hurtigt til jeres lille oase. Du havde glædet dig til, at foråret kom, og I atter skulle tilbringe tid sammen i jeres lille drømmehus.

Nu er foråret kommet, Henriette – du vil altid være i vores tanker, og vi vil altid savne dig. Vore tanker går også til Claus, Katrine og Julie.

Liselotte Johansen, Pia Glerup og Lotte Klansø.

Henriette Thomsen. Alt for tidligt har vi mistet vores gode kollega – *Henriette Thomsen*.

Hun døde den 5. marts efter en sygdomsperiode, 50 år gammel. Henriette blev uddannet fra Hvidovre Sygepleje Skole.

Hun begyndte i aftenvagt i sengeafsnittet på Børneafdelingen på Hvidovre Hospital, da hendes piger var små, og blev i maj 1993 ansat i Børneambulatoriet. I september 2005 fejrede vi Henriettes 25-års-jubilæum.

Med sin høje kompetence, ansvarlighed og sociale engagement har hun altid været en stor styrke at have i afdelingen. Henriette stillede store krav til sig selv og sine kollegaer, når faglige problemstillinger skulle diskuteres og løses. Hun påtog sig ligeledes arbejdet med de studerende og tog for et par år siden klinisk vejlederuddannelse.

Henriette brændte for sit arbejde med børn og deres familier. Hun var meget omsorgsfuld og rigtig god til at skabe kontakt til familierne, dette gjorde hende meget afholdt og vellidt blandt dem.

Henriette har tilbragt mange sommerferier i Frankrig med sin egen familie, som betød alt for hende. For os er et godt, langt og tæt samarbejde slut. Henriettes alt for tidlige død efterlader et stort savn.

Vore varme tanker går til *Julie, Katrine* og *Claus*.

På vegne af kollegerne på Børneambulatoriet Hvidovre Hospital, Grethe Otto, afdelingssygeplejerske.

Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur. jb@dsr.dk
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc. er@dsr.dk

I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

faglige artikler

På www.sygeplejersken.dk findes

Generel manuskriptvejledning
Manuskriptvejledning til faglige artikler
Forfatterskabserklæring
Manuskriptvejledning til sektionen "Klinisk sygepleje"
Retningslinjer for omtale af akademiske afhandlinger
Manuskriptvejledning til sektionen "Videnskab & sygepleje"

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555

►► **LIVSTILSSYGDOMME TAGER OVER.** WHO har beregnet, at i 2020 vil 70 pct. af alle sygdomme, der medfører døden, være en følge af vores livsstil. De to livstilsfaktorer, der giver den største risiko for tidlig sygdom og død af kroniske sygdomme, er rygning og fysisk inaktivitet (10).



Psykisk syge rører sig for lidt

Stillesiddende. Fysisk inaktivitet hos psykiatriske patienter i Vejle Amt udgør en sundhedsrisiko, og en undersøgelse viser, at psykiatrien i Vejle Amt har behov for at finde aktivitets- og motionstilbud, som appellerer til de fysisk inaktive, hvor den største sundhedsgevinst opnås ved fysisk aktivitet.





Psykisk syge rører sig for lidt

► Motions positive betydning for patienter med psykiske sygdomme er efterhånden veldokumenteret (se artiklen "Psykisk syge har godt af fysisk aktivitet" side 26), men der er ikke megen viden om, hvordan det reelle aktivitetsniveau er for mennesker med psykiske lidelser.

I Vejle Amt har en undersøgelse af 325 psykisk syge i vinteren 2004/2005 vist, at halvdelen af de psykisk syge havde et aktivitetsniveau svarende til kørestolsbrugere. Meget lav fysisk aktivitet var mest udpræget blandt de akut syge på psykiatriske sygehusafdelinger og hos de sværest kronisk syge på bostederne. I den samlede behandlings- og rehabiliteringspsykiatri bevægede tre ud af fire af de psykisk syge sig så lidt, at de havde et sundhedsskadeligt aktivitetsniveau, hvilket kun gjaldt for en fjerdedel af det psykiatriske personale.

Formålet med undersøgelsen var dels at bestemme udbredelsen af fysisk inaktivitet hos psykiatriske patienter i Vejle Amt, dels at finde risikomarkører, som fører til denne fysiske inaktivitet under den psykiatriske behandling og rehabilitering.

Undersøgelsen bestod af to dele med hvert sit design for at få data både fra de motiverede og de ikke-interesserede psykisk syge. Antagelsen var, at kun de fysisk aktive ville være interesseret i at deltage i undersøgelsen.

I den ene undersøgelse vurderede personalet omfanget af forskellige aktiviteter (sove, sidde, gå, lave mad, motionspræget aktivitet m.m.) i løbet af et døgn og udfyldte et spørgeskema. I den anden undersøgelse indsamlede man objektive data om de psykisk syges fysiske aktivitetsniveau ved hjælp af en skridttæller med det formål at underbygge det psykiatriske personales kliniske vurdering.

Måling af aktivitetsniveau

Aktivitetsniveau kan betegnes som meget lavt, lavt eller moderat

– som illustreret i figur 1. Inddelingen af de tre døgnaktiviteter er fastsat efter både kliniske erfaringer og standarder for aktivitetsniveauer af Nordic Nutrition Recommendations 2004 (1).

Nordic Nutrition Recommendations 2004 har fastsat nogle standarder for fysisk aktivitetsniveau (FA), som kan beregnes ved hjælp af intensiteten og varigheden af fysisk aktivitet i døgnets 24 timer (se boks 1 side 24).

- Meget lav fysisk aktivitet svarer til sengeliggende eller kørestolsbrugere (FA: 1,1-1,2).
- Lav aktivitet svarer til stillesiddende arbejde med ingen eller begrænset bevægelse i fritid (FA: 1,3-1,5).
- Moderat aktivitet svarer til stillesiddende arbejde med regelmæssig bevægelse og fysisk aktivitet i fritiden (FA: 1,6-1,7).

I figur 1 illustreres typen og varigheden af aktiviteter i døgnets timer for henholdsvis FA: 1,1, 1,3 og 1,6.

Der er nogen konsensus om at anbefale voksne 10.000 skridt pr. dag som et realistisk niveau for en fri daglig livsførelse med henblik på at opretholde en sund idealvægt, blodtryk, HDL-kolesterol og glukosetolerance (2). I figur 2 er antal skridt relateret til aktivitetsniveauer.

Fysisk aktivitetsniveau mindsket

Danskernes fysiske aktivitetsniveau er på en lang række områder formindsket i takt med, at de fysiske krav i arbejds- og fritidsliv er reduceret (1,3). Statens Institut for Folkesundhed foretog i 2000 en interviewundersøgelse om danskernes bevægelsesmønster (3). Undersøgelsen viste, at over en tredjedel af både mænd og kvinder har stillesiddende erhverv, mens flere mænd end kvinder har fysisk krævende erhverv. Flere mænd end kvinder er stillesiddende eller dyrker kun lettere motion i fritiden. Blandt kvinder fra 25-44 år ses den laveste andel med stillesiddende fritidsaktivitet (11 pct.) (3). Kvinder med psykiske sygdomme er væsentlig mindre fysisk aktive end raske kvinder, fordi kvinder med psykiske sygdomme ikke i samme udstrækning har daglige gøremål. Deres livsstil kan sammenlignes med en passiv livsstil (4).

En undersøgelse foretaget af Sundhedsstyrelsen i 2002 viser, at en fjerdedel af danskerne kun bevæger sig 5-10 timer ugentligt, og en anden fjerdedel bevæger sig mellem 10-20 timer (4). Den fysiske aktivitet er defineret som ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen; dvs. både ustruktureret aktivitet som havearbejde og trappegang, transport ved cykel eller gang samt mere bevidst regelmæssig træning (4). Relateres disse inddelinger til FA, vil det skønsmæssigt svare til FA 1,1 og 1,5.

Svært overvægtige (13 pct.) er tre gange så hyppigt fysisk inaktive som normalvægtige, og de oplever et dårligere helbred sammenlignet med normalvægtige (3).

På baggrund af disse forhold vurderes det, at 20-30 pct. af den danske befolkning bevæger sig så lidt, at det er sundhedsskadeligt. Det sundhedspolitiske mål for fysisk aktivitet er derfor, at: "Antallet af fysisk aktive skal øges markant, og fysisk aktivitet skal være en naturlig del af hverdagen" (5).

Det fysiske aktivitetsniveau har stor be-

►► FIGUR 1. EKSEMPLER PÅ AKTIVITETSLEVELAU.

Tre eksempler på aktivitetsniveauer bestemt efter aktivitet i løbet af 24 timer.

Aktivitet	Meget lav aktivitet (FA 1,1-1,2)	Lav aktivitet (FA 1,3-1,5)	Moderat aktivitet (FA 1,6-1,7)
Sove, se tv	11	10	7
Stillesiddende	8½	5	3½
Spise	2	2	2
Stå op, aktiv siddende	½	3	4½
Personlig hygiejne	1	1	1
Langsom gang, køre bil	1	1	3
Husligt arbejde		1½	2
Gang, ridning		½	½
Cykle, feje, gymnastik			¼
Hurtig gang, dans, let styrketræning			¼
Timer i alt	24 timer	24 timer	24 timer

tydning for energibehovet. Forskellen mellem en passiv livsstil kontra en aktiv dagligdag kan illustreres ved, at det eksempelvis kræver 45 kJ at vente på pizzabuddet, hvorimod det kræver 225 kJ at lave mad i 30 minutter. Energibrændingen foran tv'et i 45 minutter er 68 kJ, mens kroppen forbrænder 675 kJ ved 45 minutters langsom gang eller leg med børnene. Det daglige energiforbrug er på 426 kJ ved en passiv livsstil, mens en aktiv dagligdag kræver 3.094 kJ (4).

I den akutte psykiatriske behandling og hos de sværest kronisk psykisk syge er energibehovet reduceret hos hovedparten (77-88 pct.) af de psykisk syge. Det psykiatriske personale udfører oftest almindelige daglige gøremål for de psykisk syge, eller de udføres under supervision og støtte. Ændringer i det fysiske aktivitetsniveau kan forklare den massive vægtstigning under den initiale psykiatriske behandling, hvor den normale aktive livsførelse ændres til en passiv livsstil, som yderligere forstærkes af sederende psykofarmaka.

Ændringerne i det fysiske aktivitetsniveau under den initiale psykiatriske behandling resulterer i et kalorieoverskud på helt op til 3.000 kJ dagligt hos hovedparten af patienterne. Dette kalorieoverskud kan medføre en vægtstigning på ca. 1 kg ugentligt.

Det reducerede fysiske aktivitetsniveau resulterer i et reduceret energibehov (kJ) på 20-30 pct. i forhold til anbefalingerne for raske mennesker (se boks 2 side 25). Det er velkendt, at de sædvanlige måltider sjældent reduceres ved ændret fysisk aktivitet, og mange psykisk syge har usunde kostvaner, som yderligere medvirker til en energitæt kost og en kost med dårlig mæthedsfølelse (1,6). Psykiatriske patienter får oftere forbrugsgaver (tobak, slik, kager m.m.) af besøgende under indlæggelse i modsætning til somatiske patienter (7).

”Den Nationale Kosthåndbog” anbefaler en ny kostform, psykiatrikost, dels for at sikre en energifattig, sufficient og mættende kost til psykiatriske patienter på danske institutioner, dels for at sætte fokus på denne patientgruppes særlige ernæringsbehov (1,8).

Spørgeskema og skridttællere

Psykiatrisk Informationscenter, Vejle Amt, udsendte ved årsskiftet 2004-2005 et spørgeskema, hvorpå det psykiatriske personale skulle registrere både deres eget og patienternes aktivitetsniveau.

Det psykiatriske personale har selv beregnet deres individuelle fysiske aktivitetsniveau efter aktivitetsregistreringer i alle døgnets timer. Faglig supervision og beregning af deres egen individuelle fysiske aktivitet skulle danne grundlag for, at de senere kunne vurdere og bestemme den enkelte psykisk syges fysiske aktivitetsniveau.

Til indsamling af objektive data blev der stillet skridttællere til

►► FIGUR 2: SAMMENHÆNG MELLEML ANTAL SKRIDT OG AKTIVITETSNIVEAU.

Antal skridt for voksne defineret i aktivitetsniveau (2).

Antal skridt pr. dag	Aktivitetsniveau
<5.000	Stillesiddende livsstil
5.000-7.499	Lav daglig aktivitet uden sport
7.500-9.999	Nogen aktivitet inkluderende viljebestemt eller erhvervskrævende aktiv bevægelse
>10.000	Aktivt niveau
>12.000	Højt aktivitetsniveau

►► TABEL 1. GRADEN AF FYSISK AKTIVITET OPDELT PÅ KØN OG BEHANDLERSTED.

Kvinder N=167	Behand- ling Antal/ Pct.	Botilbud Antal/ Pct.	Støt- tecenter Antal/ Pct.	Mænd N=158	Behand- ling Antal/ Pct.	Botilbud Antal/ Pct.	Støt- tecenter Antal/ Pct.	Psyki- atrisk per- sonale N=121
Meget lav fysisk aktivitet FA: 1,1	17 45 pct.	42 55 pct.	16 30 pct.	Meget lav fysisk aktivitet FA: 1,1	12 50 pct.	45 49 pct.	8 20 pct.	3 3 pct.
Lav fy- sisk akti- vit. FA: 1,3	12 32 pct.	25 33 pct.	16 30 pct.	Lav fy- sisk akti- vit. FA: 1,3	8 33 pct.	33 35 pct.	10 24 pct.	28 23 pct.
Moderat aktivitet. FA: 1,6	9 23 pct.	9 12 pct.	21 40 pct.	Moderat aktivitet. FA: 1,6	4 17 pct.	15 16 pct.	23 56 pct.	90 74 pct.

rådighed både for det psykiatriske personale og de psykisk syge på de enkelte psykiatriske bo- og væresteder samt på sygehusafdelinger i Vejle Amt i perioden september til december 2005. Skridttælleren (Silva counter) skulle bæres et døgn (placeret over hoftebenet eller på ydersiden af foden). Deltagerne kunne selv vælge døgnnet, hvor de ønskede at registrere antal skridt inden for en kortere periode, hvor skridttællerne var til rådighed i den pågældende institution eller afdeling. Skridttællerne registrerer ikke intensiteten eller varigheden i bevægelsen, men antallet af skridt relateres til aktivitetsniveauet (se figur 2).

De mest syge har lavest aktivitetsniveau

Det psykiatriske behandlings- og rehabiliteringstilbud i Vejle Amt omfattede 1.306 personer i undersøgelsesperioden. Ved undersøgelsesernes afslutning var det fysiske aktivitetsniveau registreret hos 325 psykisk syge (167 kvinder og 158 mænd), og 121 psykiatriske personaler havde beregnet deres individuelle fysiske aktivitetsniveau (se tabel 1).

Meget lav fysisk aktivitet (FA 1,1) var mest udpræget hos de akut psykisk syge (behandlerpsykiatrien) og hos de sværest kronisk psykisk syge (botilbuddet). 50 pct. af de psykisk syge i behand-

►► BOKS 1. BESTEMMELSE AF FYSISK AKTIVITETSLEVEL.

Fysisk aktivitetsniveau (FA) bestemmes ved at multiplicere belastningsfaktoren med varigheden af aktiviteten. Belastningsfaktoren er f.eks. 10 gange større ved løb end ved stillesiddende og to gange større ved langsom gang i jobbet, hvorimod belastningsfaktoren er 0,9 under søvn (1,9). Det vil sige, at jo flere af døgnets timer, der anvendes stående, gående, arbejdende og med motionsprægede aktiviteter, des større er det fysiske aktivitetsniveau.

Aktivitet	Faktor	Timer	Aktivitet
Sove, ligge (se tv eller læse)	0,9	11	9,9
Sidde stille (se tv, læse, være passager)	1,0	8½	8,5
Spise, strikke, sy	1,5	2	4,5
Siddende kontorarbejde, undervisning, stå, personlig hygiejne	1,8	½	0,9
Gå meget langsomt, køre bil	2,0	2	4
Madlavning, rengøring	2,5		
Gå 5 km/t, spille golf, ridning, fornøjelsesroning	3,5		
Cykle 16 km/t, vand aerobic, fiske, feje indendørs eller udendørs, gymnastik	4,0		
7-8 km frisk gang, slå græsplæne, dans, badminton, let styrketræning	4,5		
16-19 km cykling, fitness club, stå på ski, aerobic, gå på jagt	5,5		
Svømme (2 km/t)	8		
Løb (9,6 km/t)	10		
		24 timer	27,8

I eksemplet er aktivitetsniveauet målt til 27,8 i løbet af 24 timer. $FA = 27,8 : 24 = 1,1$.

Det antages, at en totalt stillesiddende livsstil ($FA < 1,5$) er forbundet med en sundhedsrisiko, som er associeret med svær overvægt (BMI: 30-35, se nedenfor) eller regelmæssig rygning (1).

Et højt fysisk aktivitetsniveau ($FA > 1,8$) anses for ønskværdigt for at bevare et godt helbred. Det vurderes, at hovedparten af den nordiske befolkning har et moderat fysisk aktivitetsniveau ($FA = 1,6$) (1).

Body Mass Index

Body Mass Index giver mulighed for at sammenligne vægten hos personer med forskellig højde. Indekset beregnes ved at dividere en persons vægt i kilo med kvadratet på højden i meter:

Body Mass Index (BMI): $Vægt (kg) / højde (m) \times højde (m)$

Eksempel: $65 \text{ kg} / (1,7 \times 1,7) = 22,5$

Med udgangspunkt i beregning af BMI er det muligt at opdele mennesker i følgende vægtgrupper:

- Undervægt (BMI < 20)
- Normalvægt (BMI 21-25)
- Overvægt (BMI 26-29)
- Svær overvægt BMI > 30.

► ler- og i botilbudsrehabilitering havde et aktivitetsniveau svarende til kørestolsbrugere. I den samlede behandlings- og rehabiliteringspsykiatri havde 75 pct. af de psykisk syge et sundhedsskadeligt aktivitetsniveau (FA under 1,5). Til sammenligning var det kun 26 pct. af det psykiatriske personale, som bevægede sig så lidt, at deres aktivitetsniveau var sundhedsskadeligt.

Flere psykisk syge tilknyttet støttecentre havde et moderat aktivitetsniveau svarende til det psykiatriske personale. Det kan

forklares med, at de psykisk syge har eget hjem og transporterer sig fra hjemmet til støttecentret flere gange ugentligt.

Den samlede gruppe af kvinder og mænd med psykiske sygdomme var lige fysisk aktive i døgnets 24 timer. Lavt til moderat aktivitetsniveau (FA 1,3 og 1,6) forekom hyppigere hos de yngre psykisk syge (25-44 år), men generelt faldt den fysiske aktivitet med alderen.

I skridttællerundersøgelsen deltog 43 psykisk syge og 61 personaler. Skridttællerundersøgelsen viste, at 65 pct. af de psykisk syge gik mindre end 10.000 skridt dagligt mod kun 23 pct. af det psykiatriske personale. Der er væsentlig flere psykiatriske personaler (51 pct.), som havde et højt aktivitetsniveau i forhold til de psykisk syge (21 pct.) (se tabel 2 side 25).

De psykisk syge gik gennemsnitlig 15 skridt (11-21) på 10 m, hvilket svarer til en gennemsnitlig skridtlængde på 67 cm. De psykisk syge gik i gennemsnit 8.900 skridt om dagen (475-28.000), hvilket svarer til gennemsnitligt 6,05 km.

Personalet gik i gennemsnit 14 skridt (11-18) på 10 m, hvilket svarer til en gennemsnitlig skridtlængde på 72 cm. Personalet gik i gennemsnit 13.100 skridt om dagen (5.600-22.500), hvilket svarer til gennemsnitlig 9,56 km.

I skridttællerundersøgelsen blev der også registreret aktiviteter, hvor skridttælleren ikke tæller (ridning, svømning, cykling m.m.). Der er en tydelig sammenhæng mellem personer, som i forvejen tog et højt antal skridt, og de, der var fysisk aktive med andre motionsprægede aktiviteter. Det gjaldt for både de psykisk syge og personalet.

I begge undersøgelser var det psykiatriske personale kontrolgruppe mht. fysisk aktivitetsniveau og antal skridt på et døgn.

Lav besvarelsesprocent

Besvarelsesprocenten er lav i begge undersøgelser. I registrering af aktivitetsniveau var den 38 pct., i skridttællerundersøgelsen var den 3 pct.

Resultaterne fra skridttællerundersøgelsen er ikke repræsentative, fordi mange af

de psykisk syge ikke deltog i undersøgelsen, enten fordi de var for dårlige eller blot ikke ønskede at deltage. Personalet meldte tilbage, at de syge deltagere valgte at deltage på aktive dage, hvilket de også selv gjorde. 25 pct. af de psykisk syge har et moderat aktivitetsniveau, og 35 pct. går mindst 10.000 skridt dagligt, hvilket er væsentligt færre end det psykiatriske personale, hvoraf 74 pct. har et moderat aktivitetsniveau, som understøttes af, at 77 pct. går over 10.000 skridt dagligt.

Resultaterne fra undersøgelsen af det fysiske aktivitetsniveau og skridttællerundersøgelsen viser et tydeligt sammenfald. Det betyder, at det psykiatriske personale er i stand til at estimere de psykisk syges fysiske aktivitetsniveau og dernæst bestemme kalorierebehovet. En forudsætning for, at den initiale vægtstigning under den psykiatriske behandling mindskes, er, at kalorieindtaget justeres efter det fysiske aktivitetsniveau for den enkelte psykiatriske patient.

Udfordring til personalet

I artiklen "Psykisk syge har godt af fysisk aktivitet" (se side 26) argumenteres for, at fysisk aktivitet i højere grad integreres i behandlingsplaner og dagskemaer både i form af daglige gøremål og motionsprægede aktiviteter, så de psykisk syge oplever forudsigelighed og genkendelighed i aktiviteterne. Et andet vigtigt element er, at personalet deltager og kan hjælpe den psykisk syge, hvis denne gribes af angst eller frygt.

Udfordringen for det psykiatriske personale består i at finde motivationsmetoder og -teknikker til at få de fysisk inaktive aktiveret, fordi denne gruppe mennesker har særligt behov for motivation, støtte og struktureret livsførelse for at kunne honorere fysisk aktivitet og daglige gøremål.

Psykiatrien i Vejle Amt har i fire år udviklet et forebyggelses- og behandlingstilbud for at dæmme op for den høje prævalens af svær overvægt og fysisk inaktivitet blandt de psykisk syge. Der er udfordret og implementeret kost- og motionspolitikker på de enkelte psykiatriske institutioner, hvilket medvirker til, at en sund livsstil bliver integreret i den psykiatriske behandling.

I tråd med regeringens anbefalinger fra "Sund hele livet" (5) er erfaringerne fra Vejle Amt, at indsatsen kræver en høj sundhedsfaglig viden og en vedvarende tværfaglig, tværsektoriel og koordineret indsats kombineret med opsøgende arbejde og udviklingsarbejde.

Margit Sandberg er ansat ved Psykiatrisk Informationscenter, Vejle Amt, og Karen Margrethe Jensen er ansat i Psykiatrisk Afdeling på Vejle Sygehus. Korrespondance: mss@psykinfo.vejleamt.dk

Litteratur

1. Nordic Council. Nordic Nutrition Recommendations 2004. 4th edition. Nordic Council of Ministers, Copenhagen 2004.
2. Tudor-Locke C, Bassett DR. How many steps/day are enough? Preliminary pedometer indices for public health. *Sports Medicine* 2004;34(1):1-8.
3. Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000. København: Statens Institut for Folkesundhed 2002.
4. Sundhedsstyrelsens hjemmeside. http://www.sst.dk/Forebyggelse/Mad_og_motion/Fysisk_aktivitet/Fakta_om_fysisk_aktivitet/Energiforbrug.aspx?lang=daForebyggelse, fysisk aktivitet. Besøgt sidst den 20.12.05
5. Regeringen. Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet 2002.

►► BOKS 2. BESTEMMELSE AF ENERGIBEHOV.

Energibehovet bestemmes ved at multiplicere basalstofskiftet (Basal Metabolic Rate = BMR) med fysisk aktivitetsniveau (FA).

- BMR bestemmes efter Schofield-formler, hvor BMR beregnes afhængigt af køn, alder og kropsvægt (1).
- Nødvendigt kJ-behov for kvinde 19-30 år = $0,0615 \times \text{vægt} + 2,08 \times 1.000$
- Beregningseksempel for kvinde 19-30 år, 65 kg: $0,0615 \times 65 + 2,08 \times 1.000 = 6.077$ kJ.

Energibehovet bestemmes ved at multiplicere BMR og FA.

Beregningseksempel på en 19-30-årig kvinde med en vægt på 65 kg indlagt på en psykiatrisk afdeling: $6.077 \text{ kJ} \times 1,1 = 6.685$ kJ.

Kvindens energibehov under normal livsførelse med et moderat aktivitetsniveau er 9.720 kJ.

►► TABEL 2. RESULTATERNE FRA SKRIDTTÆLLERUNDERSØGELSEN.

Antal af skridt pr. dag	Psykisk syge (N=43)		Psykiatrisk personale (N=61)	
	Antal	Pct.	Antal	Pct.
<5.000	12	27 pct.	0	0 pct.
5.000-7.499	6	14 pct.	6	10 pct.
7.500-9.999	10	23 pct.	8	13 pct.
>10.000	6	14 pct.	16	26 pct.
>12.500	9	21 pct.	31	51 pct.

6. Fødevarerdirektoratet. Kost og fysisk aktivitet – fælles aktører i sygdomsforebyggelsen. København: Ministeriet for fødevarer, landbrug og fiskeri; 2003.
7. Kjærgaard G. De får sjældent en blomst. *Sygeplejersken* 2005;(4):5.
8. Fødevarerdirektoratet. Den nationale kosthåndbog. <http://bog.kostforum.dk/2004>. Besøgt sidst 20.12.05
9. Ainsworth BE, et al. Compendium of Physical Activities: an update of activity codes and MET intensities. *Med Sci Sports Exerc* 2000;32(9), suppl.:498-516.
10. Center for forebyggelse. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen 2003.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Jensen KM, Sandberg M. Psychiatric patients are physically inactive. *Sygeplejersken* 2006;(9)20-5. Psychiatric patients often lack the mental energy to take exercise, and combined with the sedative effect of psychoactive drugs a vicious circle begins; of physical inactivity, loss of condition and social isolation. The authors investigate the incipient evidence of the positive significance of physical exercise to psychiatric patients.

A survey of psychiatric services at Vejle County reveals a lack of focus on physical exercise as an integral element of treatment and as a form of social rehabilitation.

The authors recommend the planning and integration of physical activity during initial psychiatric treatment because exercise promotes network development and destigmatisation, as well as improving general health and preventing lifestyle-related illness. The article contains suggestions regarding the introduction of exercise to the psychiatric treatment environment.

Psykisk syge har godt

Kom så. Motion er et godt, billigt og enkelt supplement til den traditionelle psykiatriske behandling ved f.eks. depression, angst og misbrug. Den store udfordring er at motivere og støtte patienterne til fysisk aktivitet.

Patienter med psykisk sygdom er i dårligere fysisk form end normalbefolkningen, og de har en højere forekomst af både svær overvægt, type 2-diabetes, iskæmiske hjertesygdomme, tidlig død, rygning, usund kost og fysisk inaktivitet sammenlignet med normalbefolkningen (1-3).

Psykiatrien i Danmark har hidtil kun fokuseret sparsomt på livsstilsintervention trods den positive effekt af motion på livsstilsrelaterede sygdomme og den begyndende evidens for den positive betydning af motion for patienter med psykiske sygdomme (4-6).

Psykisk sygdom medfører ofte træthed, uoverkommelighedsfølelse og manglende psykisk overskud til at udføre daglige gøremål, hvilket er medvirkende til fysisk inaktivitet, som forstærkes yderligere af psykofarmakas sedative virkning. En ond cirkel er startet, hvor blot det at komme i gang med en aktivitet ofte overstiger patientens formåen, hvilket fører til tab af kondition og øget træthed (2,5).

Fysisk aktivitet og motion øger det psykiske og fysiske velvære hos både psykisk raske og psykisk syge. Fysisk aktivitet mindsker anspændthed, forbedrer søvnen, reducerer risikoen for at udvikle eller forværre depression og forebygger livsstilssygdommene (2,5-7).

Den positive effekt af fysisk aktivitet på psykisk syge personer må antages at være multifaktoriel. Hvis den fysiske aktivitet foregår ved relativt høj intensitet, er det svært samtidigt at spe-

kulere, og den fysiske aktivitet kan benyttes til at aflede triste tanker (6). Den, der motionerer, føler sig normal, og derved opstår en positiv ringslutning, fordi det anses for at være sundt at være fysisk aktiv. Den, der motionerer, kan forvente positiv feedback fra omverdenen og social kontakt (6).

Billigt og enkelt supplement

Motion er et godt, billigt og enkelt supplement til den traditionelle psykiatriske behandling ved depression, kronisk træthedsyndrom, angst, skizofreni, alkoholisme og kroniske smertetilstande (2).

Fysisk aktivitet ved depression

Befolkningsundersøgelser har vist, at fysisk aktive har mindre sandsynlighed for at udvikle depression end fysisk inaktive (2).

Årsagerne til den positive effekt af fysisk aktivitet er ufuldstændigt afdækket, men ændringer i kroppens koncentration af naturlige smertestillende og beroligende hormoner (serotonin, endorfiner, noradrenalin og dopamin), som påvirker sindsstemningen positivt, forbedrer søvnen og evnen til at håndtere stressede situationer (5,6). På baggrund af de publicerede træningsstudier anbefaler Sundhedsstyrelsen, at mennesker med depression tilbydes en superviseret, individuel fysisk træning, som omfatter både aerob træning og styrketræning. Det anbefales at starte ved lav intensitet og gradvis øge til moderat intensitet, ligesom varigheden af træningen gradvis øges. Systematisk træning over længere tid giver personer med depression en mærkbar bedring (2,5,6).

Der er nogen evidens for en positiv effekt af fysisk træning som tillæg til den antidepressive behandling af milde til moderat svære depressioner, og regelmæssig fysisk aktivitet kan muligvis reducere faren for tilbagefald af depression (2,6).

Fysisk aktivitet ved angst

Fysisk aktivitet kan påvirke sygdomsbilledet negativt, hvis patienten ikke informeres om, at motion aktiverer det sympatiske nervesystem, som fremkalder fysiske symptomer ligesom ved angst (hjerterbanken, øget respiration, høj puls, sved). Manglende ►

►► **EN HALV TIME OM DAGEN.** Der er international konsensus om at anbefale fysisk aktivitet på minimum et moderat niveau i mindst 30 minutter dagligt. Den fysiske aktivitet anbefales at indgå som en naturlig del af hverdagen som f.eks. ved at cykle, gå, ordne have eller gøre rent. Man opnår større helbredsmæssige gevinster ved at øge længden og intensiteten af fysisk aktivitet. Den største sundhedsfremmende gevinst opnås ved at fremme fysisk aktivitet blandt de befolkningsgrupper, der er fysisk inaktive (6-8).

Fysisk inaktive har dobbelt så stor en risiko for tidlig sygdom og død af kroniske sygdomme som fysisk aktive (6,7).

af fysisk aktivitet



Psykisk sygdom medfører ofte træthed, uoverkommelighedsfølelse og manglende psykisk overskud til at udføre daglige gøremål, hvilket er medvirkende til fysisk inaktivitet, som forstærkes yderligere af psykofarmakas sedative virkning.

► information om de fysiologiske ændringer kan fremkalde tvangsforestillinger eller hypokondre tanker (2,5).

Flere kontrollerede undersøgelser har vist, at angst- og spændingsniveauet reduceres efter fysisk træning. Træningseffekten indtræder 5-15 minutter efter afsluttet træning, og den angstdæmpende virkning varer i 2-4 timer. Fysisk aktivitet kan anbefales til patienter med angst, hvorimod træningseffekten er tvivlsom ved social fobi (2).

Fysisk aktivitet ved skizofreni

De publicerede undersøgelser og artikler fokuserer på forskellige mål med den fysiske træning af patienter med skizofreni, hvilket forringer og vanskeliggør konklusionerne af undersøgelserne. Konklusionerne af træningsindsatsen er målt så forskellige som normalisering af fysiologisk kondition, rehabilitering af arbejdsevnen, psykoterapeutisk jeg-støtte eller sociokulturel integration (2,3). De motionsformer, som er afprøvet på skizofrene, er primært løbetræning, almindelig gang, svømning, vandgymnastik, styrketræning og idrætsprægede aktiviteter (3). De patienter med skizofreni, der har deltaget i disse fysiske træningstilbud, har oplevet færre auditive hallucinatoriske fænomener, mindre aggression og normaliseret fysiologisk funktionskapacitet. Skizofrene patienters sociale kompetence, kontakter, aktivitetsniveau og beskæftigelse synes forøget som følge af fysisk træning (3).

Der er imidlertid ingen evidens for at anbefale fysisk træning til skizofrene patienter, men fysisk aktivitet har en positiv effekt på den øgede sygelighed og dødelighed, som patienter med skizofreni har på grund af overvægt og fysisk inaktivitet (4). Fysiske aktivitetstilbud kan tilbydes patienter med skizofreni for at fremme netværksdannelsen, afstigmatisere, bedre den almene sundhed og modvirke risikoen for overvægt, type 2-diabetes og kardiovaskulære sygdomme (4).

Fysisk aktivitet ved misbrug

Fysisk aktivitet kan dæmpe abstinensreaktionen, og tilbagefaldsfrekvensen er lavere hos patienter med regelmæssigt træningsprogram (2). Den gavnlige effekt af fysisk aktivitet er, at træning virker beroligende og angstdæmpende samt udfylder et socialt tomrum efter rusmidlerne (2).

Kvinder mere aktive end mænd

I vinteren 2004/2005 blev der udsendt et spørgeskema fra Psykiatrisk Informationscenter til de psykiatriske sygehusafdelinger og de amtslige bo- og væresteder i Vejle Amt. Det sund-

►► TABEL 1. MÆNDS OG KVINDERS DELTAGELSE I MOTIONSPRÆGEDE AKTIVITETER.

Table 1a. Kvinders deltagelse i motionsprægede aktiviteter en halv time dagligt svarende til fire timer ugentligt

Deltagelse i motionsprægede aktiviteter en halv time dagligt eller fire timer ugentligt.	Ja Antal	Ptc.	Nej Antal	Ptc.
Kvinder med psykisk sygdom < 24 år	3	27	8	73
Kvinder med psykisk sygdom 25-44 år	14	23	47	77
Kvinder med psykisk sygdom 45-66 år	15	20	60	80
Kvinder med psykisk sygdom > 67 år	3	14	19	86
Undersøgelsens samlede gruppe (N=169)	35	21	134	79

Kvinder fra normalbefolkningen < 24 år	366	34	728	66
Kvinder fra normalbefolkningen 25-44 år	580	19	2.438	81
Kvinder fra normalbefolkningen 45-66 år	364	12	2.561	88
Kvinder fra normalbefolkningen > 67 år	77	5	1.385	95
Kvinder fra normalbefolkningen i alt (N=8.499)	1.387	16	7.112	84

Table 1b. Mænds deltagelse i motionsprægede aktiviteter en halv time dagligt svarende til fire timer ugentligt

Deltagelse i motionsprægede aktiviteter en halv time dagligt eller fire timer ugentligt.	Ja Antal	Ptc.	Nej Antal	Ptc.
Mænd med psykisk sygdom < 24 år	6	55	5	45
Mænd med psykisk sygdom 25-44 år	14	18	63	82
Mænd med psykisk sygdom 45-66 år	7	11	56	89
Mænd med psykisk sygdom > 67 år	3	30	7	70
Undersøgelsens samlede gruppe (N=161)	30	19	131	81

Mænd fra normalbefolkningen < 24 år	567	50	569	50
Mænd fra normalbefolkningen 25-44 år	1.049	36	1.840	64
Mænd fra normalbefolkningen 45-66 år	708	24	2.292	76
Mænd fra normalbefolkningen > 67 år	134	11	1.032	89
Mænd fra normalbefolkningen i alt (N=8.191)	2.458	30	5.733	70

Kilde: (8) samt egne data.

hedsfaglige personale skulle registrere, hvor mange af de psykisk syge der deltog i minimum en halv times daglig fysisk aktivitet eller fire timer ugentlig fysisk træning ved moderat intensitet.

Ved undersøgelsens afslutning havde personalet registreret fysisk aktivitet for 330 psykiatribrugere (169 kvinder og 161 mænd). Besvarelsene kom fra to åbne psykiatriske afdelinger og seks institutioner med bo- og støttecenterfaciliteter.

Resultatet af undersøgelsen præsenteres i tabel 1, hvor de indsamlede data sammenlignes med Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000 (8).

21 pct. af kvinderne med psykiske sygdomme var fysisk aktive mod kun 16 pct. af kvinder i normalbefolkningen (8). Det var specielt kvinder med psykisk sygdom fra 25 år og opefter, som var fysisk aktive i modsætning til danske kvinder (se tabel 1a).

I modsætning hertil var kun 19 pct. af mændene med psykisk sygdom fysisk aktive i forhold til 30 pct. af mændene i

Psykiatriske patienter får oftere tobak, slik og kager af besøgende under indlæggelsen sammenlignet med somatiske patienter.



normalbefolkningen (8). Det var mænd fra 25-66 år med psykisk sygdom, som ikke deltog i motionstilbuddene.

Undersøgelsen viste, at det er de i forvejen fysisk aktive, som deltager i psykiatriens motionstilbud. Udfordringen for psykiatrien og det øvrige sundhedsvæsen er at få de fysisk inaktive til at deltage i motionstilbuddet, fordi den største sundhedsgevinst opnås ved at aktivere netop dem.

Undersøgelsen viste også, at patienter tilknyttet den psykiatriske behandling deltager mere i motionsaktiviteterne end de mere kronisk psykisk syge, som er tilknyttet det socialpsykiatriske tilbud.

Godt med indarbejdede motionstilbud

I marts 2005 blev der gennemført en registrerings- og interviewundersøgelse med fokus på fysisk aktivitet i en åben psykiatrisk behandlingsafdeling normeret til 20 patienter.

Registrering af patientdeltagelse i afdelingens tilbud med fysisk aktivitet fandt sted på hverdage i to uger. Der var i gennemsnit indlagt 16,5 patienter.

Seks patienter blev enkeltinterviewet, og tre fra personalet deltog i et fokusgruppeinterview. Interviewene viste, at både patienter og plejepersonale har en positiv holdning til motion

som en integreret del i behandlingspsykiatrien. Motionstilbuddene i behandlerafdelingen er: 5-10 minutters morgengymnastikprogram, som udføres i forlængelse af et morgenmøde, og en gåtur på 20-30 minutter. Plejepersonalet deltager i begge aktiviteter, som tilbydes fem gange om ugen.

To gange om ugen tilbydes henholdsvis cirkeltræning (en times struktureret motion) og løbetræning under ledelse af fysio- eller ergoterapeut. Behandlerafdelingen råder over en motionscykel og et bordtennisbord, som patienterne frit kan benytte sig af.

Resultatet af patientregistrering i motionstilbud viste, at mellem en og syv af de indlagte patienter (gennemsnitlig 30 pct.) deltog i morgengymnastik, mellem nul og fire patienter (gennemsnitlig 20 pct.) deltog i cirkeltræning, og mellem nul og fire (gennemsnitlig 12 pct.) deltog i gåturene. I registreringsperioden deltog ingen i løbetræningen. Det blev ikke registreret, hvor mange patienter som benyttede motionscyklen og bordtennisbordet på eget initiativ.

Plejepersonalet forsøger at motivere patienterne til fysisk aktivitet ved at formidle viden om effekten af fysisk aktivitet og ved at informere om og introducere til afdelingens motions-tilbud. Plejepersonalet ønsker, at fysisk aktivitet integreres mere målrettet i behandlingsplanerne og dagsprogrammerne.

Patienterne tilkendegav, at det opleves som støttende og fastholdende, når motionsaktiviteter er indarbejdet i individuelle dagsprogrammer. Motionstilbuddene skal være tidssvarende og attraktive med elementer af både genkendelighed og variation. Det opleves som trygt, at plejepersonalet deltager i eller følger patienten til aktiviteten, især når det psykiske overskud er minimalt.

Patienterne efterlyser, at aktiviteterne planlægges efter patienternes ressourcer ►

►► **PSYKIATRI I DANMARK.** WHO forudser, at psykiatriske sygdomme rykker op på en andenplads over de mest belastende sygdomme – for den enkelte og for samfundet – på verdensplan i 2020 (10). Udenlandske undersøgelser forudsiger, at mere end 20 pct. af befolkningen vil udvikle en psykisk lidelse af en eller anden karakter i løbet af livet (9).

En femtedel af alle sagedage og en tredjedel af alle helbredsbedingede førtidspensioner er forårsaget af psykisk sygdom (7). De ikke-psykotiske lidelser udgør den største gruppe, og denne gruppe er formentlig stigende. Det vurderes at ca. 20 pct. danskere svarende til 700.000-800.000 personer årligt udvikler en ikke-psykotisk sygdom: Depression, angst, fobi, dysfunktioner, misbrugsproblematikker, incest, forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og -adfærd (10).

Den hyppigste psykiatriske lidelse er den unipolære depression. 4-5 pct. af den danske befolkning har en depression, og mindst hver femte dansker vil på et eller andet tidspunkt i livet udvikle en depression (11). Andre psykiatriske sygdomme er bipolære lidelser (mani/depression). Det skønnes, at 1 pct. af den danske befolkning lider af denne sygdom, og at 1 pct. af befolkningen lider af skizofreni svarende til 40.000 voksne danskere med hver af disse lidelser (9). Ca. 25 pct. af befolkningen lider af angst, og 2-3 pct. af befolkningen lider af tvangshandlinger (OCD) (11).

Den psykiatriske behandling består både af farmakologisk, psykoterapeutisk og psykosocial interventionsbehandling (9).

►► MOTION I PSYKIATRIEN

Forslag til implementering af motion i det psykiatriske behandlingsmiljø

- Tilbud af både sjove sociale motionstilbud, konditionstræning, styrketræning og konkurrencepræget motionstilbud.
- Tilrettelagt motionstilbud kontra frit tilgængelige aktiviteter (f.eks. motionsvideo "Brug din krop," træningslokaler, bordtennisborde, bolde).
- Et varieret udbud af individuelle, små og store gruppeaktiviteter.
- Differentiering af motionstilbuddene for henholdsvis mænd og kvinder.
- Forskellige tidsintervaller for aktiviteter fra fem minutter til en time.
- Integre af fysisk aktivitet i behandlings- og plejeplaner samt dagsprogrammer.
- Indføre "walk and talk meetings."
- Planlægning af fysisk aktivitet i sene eftermiddags- og aftentimer, hvor der ikke er behandlingstiltag, og patienterne har flere ressourcer.
- Involvering af besøgende (påørende, støtte-kontakt-personerne m.fl.) i at gå med psykiatribugerne.

►► ENGLISH ABSTRACT.

Sandberg M, Jensen KM. Psychiatric patients benefit from physical activity. *Sygeplejersken* 2006;(9)26-30.

Two surveys carried out by Vejle County Psychiatric Services from the New Year 2005-06 show that physical activity among 43 per cent of the county's psychiatric patients is very low. Their activity level equates with that of wheelchair users, even though they suffer no form of physical disability that restricts their movement. During psychiatric treatment and rehabilitation, three quarters of psychiatric patients show a level of physical activity decidedly detrimental to their health. By way of comparison, the same applies to only one quarter of the psychiatric care staff. It is estimated that 20-30 per cent of the Danish population has a correspondingly low level of physical activity.

The estimated level of physical activity was substantiated by an objective pedometer survey, which shows that 65 per cent of psychiatric patients walk less than the recommended 10,000 a day, while only 23 per cent of psychiatric staff walk less than 10,000 steps a day.

- og energier (om eftermiddagen), og at motionstilbuddene ikke falder sammen med behandlersamtaler.

Motionstilbud skal være alsidige og sjove

Den høje prævalens af fysisk inaktivitet på institutionerne i Vejle Amt er en kombination af den psykiatriske sygdom og psykofarmakologisk behandling, institutionernes kultur og begrænset fokus på sund livsstil i det psykiatriske miljø.

De enkelte psykiatriske patienter, pårørende og det sundhedsfaglige psykiatriske personale har stor indflydelse på livsstilen og dermed mulighederne for at udvikle og skabe vaner, som fremmer fysisk aktivitet både som motionsform og daglige gøremål.

Motionstilbuddene skal både appellere til de fysisk aktive og til de inaktive. Det betyder, at motionstilbuddene skal have en alsidig karakter både med hensyn til varighed, intensitet og individuelle aktiviteter kontra holdaktiviteter. Motionstilbuddene skal også spænde fra sjove, sociale motionstilbud (f.eks. boldspil), konditionstræning, styrketræning og eventuelt mere konkurrenceprægede motionstilbud.

Den store udfordring og opgave er at motivere og støtte patienterne til fysisk aktivitet. Det gør sig specielt gældende med hensyn til at finde attraktive motionstilbud til de fysisk inaktive mænd med psykisk sygdom.

De fremmende motivationsfaktorer er: Formidling af viden om fysisk aktivitet, god introduktion til afdelingens aktiviteter, at følge patienterne til aktivitet, at personalet deltager i aktiviteterne, og at planlagt fysisk aktivitet er en del af behandlingsplanen.

Undersøgelsen viser også, at plejepersonalet har brug for større motionsfaglig viden for at kunne motivere og støtte til fysisk aktivitet, og der efterlyses et større tværfagligt samarbejde omkring fysisk aktivitet.

*Karen Margrethe Jensen arbejder på psykiatrisk afdeling E32 på Vejle Sygehus, karmje@vgs.vejleamt.dk
Margit Sandberg arbejder på Psykiatrisk Informationscenter, Vejle Amt, mss@psykinfo.vejleamt.dk*

Litteratur

1. Connolly M, Kelly C. Lifestyle and physical health in schizophrenia. *Advance in Psychiatric Treatment* 2005;11:125-32.
2. Martinsen EW. Fysisk aktivitet for sinnets helse. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000;120:3054-6.
3. Heinskou T. Physical training of schizophrenics. *Nord J Psychiatry* 1992;46:277-80.
4. Center for Evaluering og medicinsk Teknologivurdering. Referenceprogram for skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen 2004.
5. P.L.O., DSAM og komiteen for Sundhedsoplysning. *Motionsmanual for praktiserende læger*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2003.
6. Center for forebyggelse. *Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling*. København: Sundhedsstyrelsen 2003.
7. Indenrigs- og sundhedsministeriet. *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København: Indenrigs- og sundhedsministeriet 2002.
8. Statens Institut for Folkesundhed. *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2000*. København: Statens Institut for Folkesundhed 2002.
9. Dansk psykiatrisk selskab. *Hvidbog. Psykiatriens kerneopgaver og udfordringer 2004-2010*. Juni 2004. <http://www.dpsnet.dk/DPS-rapporter.168.0.html> Dato for søgning: 28.11.2005.
10. Dansk psykiatrisk selskab. *Bedre patientforløb med patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter*. November 2004. <http://www.dpsnet.dk/DPS-rapporter.168.0.html> Dato for søgning: 28.11.2005.
11. Psykiatrifonden. *Landsindsatsen mod depression*. www.psykiatrifonden.dk Dato for søgning: 28.11.2005.

Pensionskassen for Sygeplejersker

Sammendrag af pensionskassens og koncernens regnskab for året 2005

Alle beløb i mio. kr.

Koncernen		Resultatopgørelse for året	Pensionskassen	
2004	2005		2004	2005
1.573,6	1.642,1	Indtægter		
4.520,9	6.753,6	Medlemsbidrag	1.573,8	1.642,1
		Investeringsresultat efter pensionsafkastskat	4.417,7	6.552,6
6.094,5	8.395,7	Indtægter i alt	5.991,5	8.194,7
		Udgifter		
843,3	902,0	Pensionsudbetalinger	722,1	773,0
60,4	61,2	Administration	54,2	55,2
7,1	-45,3	Selskabsskat	0,0	0,0
910,8	917,9	Udgifter i alt	776,3	828,2
5.183,7	7.477,8	Til rådighed	5.215,2	7.366,5
-2.547,0	-5.770,6	Overført til pensionshensættelser	-2.578,5	-5.659,3
-81,3	-76,9	Gruffeforsikringer	-81,3	-76,9
2.555,4	1.630,3	Årets resultat	2.555,4	1.630,3
		der overføres til egenkapitalen		
Koncernen		Balance pr. 31. december	Pensionskassen	
2004	2005		2004	2005
		Aktiver		
24.033,7	24.014,7	Obligationer m.v.	22.387,9	22.278,7
11.452,2	16.376,8	Aktier	11.424,7	16.344,8
-	-	Tilknyttede virksomheder	783,3	958,8
2.754,7	5.087,4	Afledte finansielle instrumenter	2.754,7	5.087,4
3.660,0	3.799,2	Ejendomme	2.349,2	2.492,7
41.900,6	49.278,1	Aktiver i alt	39.699,8	47.162,4
		Passiver		
33.822,7	39.471,1	Hensat til pensioner	31.752,8	37.412,1
7.724,3	9.442,5	Egenkapital	7.724,3	9.442,5
353,6	364,5	Øvrige passiver	222,7	307,8
41.900,6	49.278,1	Passiver i alt	39.699,8	47.162,4

Foranstående regnskab er et sammendrag af pensionskassens og koncernens årsrapport, som er revideret og påtegnet af pensionskassens revisorer uden forbehold.

Princip for måling af forsikringshensættelser i dattervirksomheden er ændret pr. 1.1.2005 som følge af ny regnskabsbekendtgørelse fra Finanstilsynet. Sammenligningstal for 2004 er i henhold til bekendtgørelsens overgangsbestemmelser opgjort efter tidligere anvendt praksis og derfor ikke sammenlignelige.

Årsrapporten er godkendt på pensionskassens generalforsamling den 6. april 2006.

Den godkendte årsrapport kan rekvireres i sin helhed ved henvendelse til PKA A/S, Kommunikation, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup eller i Erhvervs- og Selskabsstyrelsen. Den fuldstændige årsrapport kan også læses på www.pka.dk.

Resultatløn er svær at administrere

Ressourcetungt. I sygeplejen er resultatløn udforsket som redskab til kvalitetssikring. En projektbevilling fra Sundhedsstyrelsens pulje "Bedre mad til Syge" gjorde det muligt at afprøve funktions- og resultatløn til ressourcepersoner som et element til at forbedre patienternes kostindtag.

Projektet skulle undersøge, hvorvidt en kompetent basissygeplejerske, der blev honoreret med funktions- og resultatløn, kunne forbedre patienternes postoperative kostindtag. Projektet har givet de første erfaringer med et lønelement som styringsredskab af kvalitetssikring på lokalt niveau (1).

En intern ressourceperson med særligt funktions- og ansvarsområde kan forbedre screening og dokumentation, men ikke forbedre patienternes kostindtag. Det viste sig desuden, at aflønning med resultatløn på baggrund af kvalitetsmålinger er vanskelig og ressourcekrævende.

Artiklen formidler nogle erfaringer omkring rekruttering af ressourcepersoner og administration af resultatløn på grundlag af indikatorregistreringer i klinisk database og eksplicite standarder for procesmål (se boks 1 side 34).

Det er et kerneområde at optimere det postoperative kostindtag hos patienter, der gennemgår større mave-tarm-kirurgiske operationer. På Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling, Bispebjerg Hospital, registrerer sygeplejerskerne patienters energi- og proteinindtag i en klinisk database for postoperativ sygepleje. Baggrunden for projektidéen var, at afdelingen tidligere havde kunnet dokumentere tilfredsstillende kvalitetsmål for patienternes kostindtag, men regelmæssige opgørelser af ernæringsdata viste, at afdelingen ikke fastholdt de opstillede mål på tilfredsstillende vis. At opfylde kvalitetsmål og fastholde tilfredsstillende resultater er en daglig udfordring overalt i sundhedsvæsenet. Der er derfor et generelt behov for at udvikle metoder, der på lokalt niveau kan medvirke til at forankre en kontinuerlig kvalitetssikring i den kliniske praksis.

Svært at finde en ressourceperson

I tre sengeafsnit blev der annonceret efter lokale kompetente sygeplejersker til projektet ved interne stillingsopslag. Men det vi-

ste sig vanskeligt at rekruttere ressourcepersoner. Kun én sygeplejerske henvendte sig.

Den begrænsede rekrutteringsflade kunne henføres til forhold som strukturelle ændringer lokalt i organisationen, sygeplejerskernes holdning til kvalitetsudvikling og sygeplejerskernes samlede kompetenceniveau.

- Mange sygeplejersker havde mellem en og ni måneders erfaring og magtede ikke opgaven som ressourceperson på et kerneområde.
- Nogle sygeplejersker mente, at opgaverne, der var beskrevet for ressourcepersonen, burde varetages af afdelingssygeplejersken.
- Andre gav udtryk for, at de ikke ønskede at være den, der skulle give kolleger faglig kritik.
- Et tredje synspunkt var, at det beløb, der var til rådighed til funktions- og resultatløn, burde deles lige mellem sygeplejerskerne. Et synspunkt, der kan relateres til en solidarisk lønpolitik; alle sygeplejersker er lige, alle sygeplejersker er lige gode, og derfor bør én sygeplejerske ikke have løntillæg.

Blandt sygeplejerskerne var der altså skepsis over for de opgaver, der lå i funktionen som ressourceperson og mod idéen om resultatløn til enkeltpersoner.

I projektets interventionsfase viste det sig at være vanskeligt for ressourcepersonen at finde tid til at varetage de beskrevne opgaver som f.eks. vejledning af kolleger, at kunne følge op på igangsatte initiativer og udføre audit.

Formelle procedurer

Som det første skulle vi udarbejde en præcis beskrivelse af kriterier for udbetaling af resultatløn. Herefter skulle afdelingen – via det lokale løn- og personalekontor – indgå en individuel lønaf-tale mellem ressourcepersonen og den faglige organisation på amtskreds-niveau. At få godkendt og underskrevet resultatlønsaf-talen virkede som en lang og omstændelig proces. Vi oplevede ikke, at der manglede interesse og vilje fra den faglige organisation, men der er formelle procedurer i lønaftalesystemet, der skal overholdes, og som det kan tage tid at komme igennem.

Herefter skulle lønaf-talen introduceres for det lokale løn- og personalekontor, som skulle foretage udbetaling på baggrund af afdelingens beregning af beløb og amtskredsens godkendelse. Realisering af resultatløn kom således til at omfatte tre administrative systemer hver måned.

Aftalen om funktions- og resultatløn

Efter aftalen blev ressourcepersonen aflønnet med en fast månedlig funktionsløn og en variabel månedlig resultatløn. Den

Af Lisbeth Sølvér, klinisk oversygeplejerske, cand.cur., og Jens Glindvad, ledende oversygeplejerske, MPH

Illustration: Claus Seidel



Det postoperative kostindtag er ofte påvirket af både patient- og diagnoserelaterede faktorer, som sygeplejersken har begrænset indflydelse på. Det er et vilkår, der nemt kan betyde, at resultatløse for opnåelse af resultatmål kan være urealistisk at opnå for en ressourceperson.

Claus Seidel. 4/2006

faste funktionsløn på 750,00 kr. var betinget af opgaverne i funktionsbeskrivelsen. Den variable resultatløse var sammensat af to beløb på henholdsvis 150,00 kr. og 600,00 kr. Kriterierne for resultatløse var opfyldelse af standarder for to procesmål:

1. 75 pct. af indlagte patienter > 3 dage havde fået beregnet en risikoscore.

2. 75 pct. af indikatormålinger på ernæringsområdet var registreret i 75 pct. af de inkluderede patientforløb.

Opgørelse af procesmål 1. blev foretaget som ugentlige prævalensoptællinger af antal indlagte patienter, der havde fået udført ernæringscreening. Opgørelse af procesmål 2. blev foretaget på baggrund af en månedlig komplethedsanalyse, som er en ►

► optælling af månedens faktuelle antal registreringer i databasen i forhold til det mulige antal.

Ressourcepersonen fik månedlig afregning af funktions- og resultatlø.

Vi ser månedlig udbetaling af resultatlø som en fordel i sammenligning med et andet resultatlønsprojekt, hvor både udbetalingstidspunkt og resultatlønnens størrelse var ukendt for sygeplejerskerne (2).

Udbetaling på et aftalt tidspunkt kan tænkes at motivere ressourcepersonen, idet indsats, resultat og aflønning sker i naturlig forlængelse af hinanden.

At det var opfyldelse af procesmål (sygeplejerskernes dokumentation) og ikke resultatmål (patientens kostindtag), der var valgt som grundlag for resultatlø, var begrundet i kliniske forhold. Det postoperative kostindtag er ofte påvirket af både patient- og diagnoserelaterede faktorer, som sygeplejersken har begrænset indflydelse på. Et vilkår, der nemt kan betyde, at resultatlø for opnåelse af resultatmål kan være urealistisk at opnå for en ressourceperson.

Beregning af resultatlønnen blev foretaget af en erfaren administrativ medarbejder på baggrund af sygeplejerskernes elektroniske indikatorregistreringer.

Hver måned blev der brugt 2-3 dage til manuelt at foretage dataudtræk og udarbejde månedlige komplethedsanalyser af data i den kliniske database.

Erfaringen viste altså, at det var et uforholdsvist stort administrativt arbejde at udbetale et forholdsvis mindre beløb på 150,00 kr. og 600,00 kr. På baggrund af den ressourceperson administrative opgave er det et åbent spørgsmål, om resultatlø kan betale sig.

It-kompetence er nødvendig

Arbejdet med en lokal sygeplejefaglig kvalitetsdatabase og kliniske indikatorer er et eksempel på anvendelse af informationsteknologi (it) som arbejdsredskab i sygeplejen. For at det kan lykkes, er der nogle ting, der skal være opfyldt.

- Implementering af arbejdet med en klinisk database forudsætter, at personalet har basale it-færdigheder. Ikke alle sygeplejersker havde den it-kompetence, der var forventet af dem. Der var løbende behov for hjælp til fornyelser af adgangskoder og sidemandsoplæring til registrering i databasen.
- Sygeplejerskernes kendskab til afdelingens kliniske database skal hele tiden holdes ved lige. Desuden er det nødvendigt løbende at kunne få teknisk support, hvis dataregistreringen ikke skal gå i stå pga. tekniske driftsforstyrrelser.
- At supplere papirbaseret dokumentation med elektronisk dokumentation betyder, at sygeplejerskerne skal dobbeltregistrere på nogle områder. Sygeplejerskerne oplevede elektronisk dokumentation som en belastende og mærkbar opgave, og registreringsarbejdet var ikke altid en naturlig del af det daglige arbejde. Desværre er dobbelt dokumentation nødvendig, så længe den kliniske it-arbejdsplads ikke er fuldt udviklet.
- De månedlige komplethedsanalyser viste udsving i datakompletheden og forsinkelse mellem patientforløb og registreringerne i databasen. At arbejde med resultatlø på baggrund af kliniske indikatorer fordrer en god registreringspraksis, fordi

►► BOKS 1. OVERENSKOMSTEMENTER

Basis-, kvalifikations-, funktions- og resultatlø var nye elementer i overenskomsten 1997. Funktionslø relaterer til de særlige opgaver, den enkelte udfylder.

Resultatlø knytter sig til de resultater, den enkelte eller gruppen opnår.

registreringerne danner grundlag for beregning af resultatlø. Der blev i projektets interventionsperiode løbende arbejdet med at opnå og fastholde en tilstrækkelig komplethed af de registrerede data.

Den kommende kliniske it-arbejdsplads betyder, at sygeplejersker udelukkende skal dokumentere elektronisk og indhente patientdata via computere.

It i sundhedsvæsenet er en naturlig følge af den teknologiske udvikling i samfundet, og i lyset af tidens krav til det moderne menneske om brug af it i hverdagen, f.eks. billetbestilling, køre-rejse-vejledning, netbank, e-mail m.m., kan man rejse spørgsmålet: Hvem har ansvar for sygeplejerskens basale it-kompetence?

Ressourcekrævende opgave

Vi erfarede, at arbejdet med resultatlø, klinisk kvalitetsdatabase og løbende kvalitetskontrol er ressourcekrævende. Det gælder både for dataindsamling i hverdagen, databearbejdning og tilbagemelding af komplethedsanalyser og resultatopgørelser. Det er altid vigtigt at komme godt fra start.

Nedenstående er en uprioriteret liste over, hvad man skal være opmærksom på ved planlægning, opstart af indikatormonitorering og aflønning med resultatlø:

- Personalet skal have basal it-kompetence.
- Løn- og personaleafdelingen skal inddrages, og resultatlø skal aftales med den faglige organisation.
- Det er vigtigt, at en ressourceperson får ledelsesmæssig opbakning og fornøden tid til at varetage sit ansvarsområde.
- Funktionslø som et fast tillæg er nemt at administrere.
- Aflønning med resultatlø på baggrund af kliniske indikatorer er ressourcekrævende. Der skal afsættes en ledende medarbejder et par dage om måneden til at bearbejde datamateriale og udarbejde opgørelser som grundlag for beregning af resultatlø. Det er en stor omkostning i forhold til den resultatlø, der blev udbetalt til ressourcepersonen. Hvor i organisationen skal den opgave placeres?
- Man skal sørge for, at personalet indarbejder en rutinemæssig registreringspraksis, der prioriteres som en naturlig del af det daglige arbejde. God datadisciplin og høj datakomplethed er en forudsætning for en troværdig kvalitetsvurdering.
- Databasens tekniske driftssikkerhed skal være høj, og der skal være umiddelbar adgang til teknisk support, så registreringen af data ikke går i stå.
- Man skal nøje planlægge, til hvem og hvordan resultater af kvalitetsvurderinger skal tilbagemeldes.
- De patientkategorier, der inkluderes i en klinisk kvalitetsdatabase, skal være sammenlignelige for at kunne måle en pålidelig effekt af en intervention. Hvis man fokuserer på speci-

fikke diagnosegrupper, kræver det overvejelser om antallet af patienter, der kan indgå i observationsperioden. Er data-materialet begrænset, får man ikke brugbare konklusioner.

Perspektiv

Der er langt mellem resultatlønsaftaler i de sygeplejefaglige organisationer, og formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, er citeret for, at aflønningsformen måske ikke passer til arbejdsopgaverne i sundhedssektoren (3). En forskningsrapport om ny løn i kommunerne har afdækket samme synspunkt i andre offentlige erhverv (3).

Vi mener dog, det er for tidligt at besvare spørgsmålet, om resultatløn til ressourcepersoner kan betale sig. Erfaringsgrundlaget med resultatløn skal være større for at kunne vurdere, om et lønelement er et brugbart instrument i klinisk kvalitetssikring.

Perspektivet for resultatløn på baggrund af kvalitetsmålinger skal ses i sammenhæng med den hurtige teknologiske udvikling og en stigende interesse for kvalitetsdatabaser i sundhedsvæsenet. Inden længe er muligheden for elektroniske indikatorrapporter fra kliniske databaser bedre udviklet, og så vil det være mindre ressourcekrævende at administrere resultatløn.

*Lisbeth Sølvér er klinisk oversygeplejerske på Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K på Bispebjerg Hospital.
ls48@bbh.hosp.dk*

Jens Glindvad er ledende oversygeplejerske samme sted.

Litteratur

1. Sølvér L, Glindvad J. Kvalitetsvurdering af postoperativ ernæring. Organisatorisk forankring af elektronisk dokumentation, fortolkning af kontrolgrammer, feedback og audit. Kirurgisk Gastroenterologisk Afdeling K, Bispebjerg Hospital. Projekt rapport Sundhedsstyrelsen 2005.
2. Langballe C. Resultatløn for ekstravagter. Sygeplejersken 2003;(9):18.
3. Leick C. Ringe interesse for resultatløn. Sygeplejersken 2003;(9):6.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Sølvér L, Glindvad J. Result-based salaries are difficult to administrate. Sygeplejersken 2006;(9):32-5.

At the Surgical Gastroenterology Department (K) of Bispebjerg Hospital in Copenhagen, a nutrition-related quality development project has shown how time-consuming it is to pay result-based salaries on the basis of documented nutrition screening and energy/protein intake in a clinical database. The reason for this is that it has been necessary to assess the data manually and that securing result-based salaries is extremely time-consuming in relation to the administrative system.

The project has provided the first experience of result-based salaries, electronic documentation and goal fulfilment in the nursing profession. Fulfilment of explicit process goals was prerequisite for the payment of result-based pay. The article hands on recommendations for those who wish to work with result-based pay and clinical databases at local level.

Keywords: internal quality development, result-based pay/salaries, nursing quality database.

Firkløveret og ildsjælene

Dansk Sygeplejeråds historie
1899-1999



Af Nete Balslev Wingender

Firkløveret og ildsjælene er historien om Dansk Sygeplejeråd og om de sygeplejersker, der har været med til at skabe den organisation, vi har i dag.

Udover organisationens historie fortæller bogen også fire generationers kvindehistorie og om den kulturhistorie, der knytter sig til sygeplejerskernes levevilkår og udviklingen inden for sygeplejefaget. Det sidste ikke mindst illustreret ved de mange billeder, der er i bogen.

Bogen er på 454 sider, 2 bind.

Et engelsk resumé på 69 sider kan også bestilles på kuponen.



Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

DSR medlemsnr.: _____

Sygeplejestud. medlemsnr.: _____

stk. "Firkløveret og ildsjælene". DSR Publikation 176, 1999, 454 sider, 2 bind, illustreret. Salgspris kr. 275,00. Medlemspris kr. 199,00. Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 169,00.

stk. Engelsk resumé på 69 sider: Salgspris kr. 145,00. Medlemspris kr. 105,00. Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 90,00.

Priserne er incl. moms.

Sygeplejerske på Færøerne – et hav af oplevelser



Ferievikar. Færøsk børnesygepleje er præget af nonverbal kommunikation, når sygeplejersken er dansk, og middagsretterne i kantinen er med til at signalere, at det ikke er et dansk centralsygehus, der danner rammen om arbejdet.

Udsigten er storslået over det blågrå hav, havnen og byen med de små kulørte huse omkranset af grønne fjelde. Det lyder som beskrivelsen af et billede i en farvestrålende turistbrochure, men det var, hvis vejret ellers tillod det, min daglige udsigt fra børneafdelingen B4 på Landssygehuset i Torshavn på Færøerne.

Her arbejdede jeg i fjor som sygeplejerske i et ferievikariat på to og en halv måned. Stillingsannoncen faldt jeg over i fagbladet *Sygeplejersken*. Den vakte en spirende uro i kroppen og en lyst til at prøve noget helt nyt. Et arbejde som sygeplejerske på de 18 grønne klippeøer i Nordatlanten virkede som et overskueligt projekt. Et lille samfund med et areal på størrelse med Lolland, et indbyggertal på 49.000, en kultur, som ligger tæt op ad den danske og en begrænset sprogbarriere, da færingerne mestrer det danske sprog.

Jeg havde alligevel sommerfugle i maven, da jeg midt i juni måned efter en to timer lang flyvetur landede på Færøerne. Som færdiguddannet i december 2002 følte jeg mig stadig meget grøn, selvom arbejdet på en pædiatrisk specialafdeling på Skejby Sygehus havde givet mig en god faglig og personlig ballast.

Jeg blev hilst velkommen af en færøsk tåge og en kold vind. Termometret viste kun 11 grader, som netop var gennemsnitstemperaturen på Færøerne i sommermånederne. Efter en turbulent landing i lufthavnen fulgte en 55 minutter lang bustur fra lufthavnen til landets hovedstad Torshavn, hvor jeg fik en forsmag på den storslåede og meget særprægede færøske natur. Vejen snoede sig op ad høje grønne fjelde, gennem dybe dale med spredte små bygder beliggende ned til snævre blygrå fjorde.

Slående var den sparsomme plantevækst, manglen på træer, men masser af græs, hvor der overalt var får.

Kontrasten til den flotte naturoplevelse mødte mig ved ankomsten til Torshavn, hvor man bydes velkommen med en stor reklame for en verdensomspændende burgerkæde. Med sine ca. 16.000 indbyggere må "Havnen," som færingerne omtaler byen, være en af verdens mindste hovedstæder.

En hyggelig by med gamle kulørte træhuse og flere steder grønt græs på tagene.

Lidt mindre idyllisk viste min bolig sig at være. Et fireetagers gråt betonbyggeri, dog centralt beliggende tre minutters gang fra Landssygehuset. Her boede jeg på et 12 kvadratmeter stort værelse, hvor der var fælles bad, toilet og køkken på gangen. Boformen mindede mig om min tid som studerende, hvor jeg boede på kollegium i Århus. Lidt spartansk, men ganske hyggeligt.

Der var ikke noget tv, stereoanlæg eller computer, så tiden blev brugt på en anden måde end derhjemme, og det sociale liv med de andre på gangen kom til at få en stor betydning. Her boede andre danske og færøske vikarer, mest sygeplejersker, men også bioanalytikere og medicin- og sygeplejestuderende. Alle var langt væk hjemmefra, det gav et godt sammenhold med biografture, fælles madlavning, dystre i almen viden i Trivial Pursuit og ture ud i den færøske natur.

Børneafdelingen

Arbejdet på børneafdelingen viste sig at være en spændende udfordring. Jeg var den eneste danske sygeplejerske på afdelingen, men jeg fik en god modtagelse af mine færøske kollegaer.

Af Kirstine Sander Overgaard, sygeplejerske



FOTO: KIRSTINE SANDER OVERGAARD

"Jeg havde sommerfugle i maven, da jeg efter to timers flyvetur landede på Færøerne. Efter en lang bustur fra lufthavnen til Torshavn fik jeg en forsmag på den storslåede og meget særprægede færøske natur."

B4 er med sine 12 sengepladser fordelt på fire stuer den eneste børneafdeling på Færøerne, og der er ikke noget speciale, det er almen pædiatri, hvor færøske børn med forskellige problemstillinger og sygdomme bliver indlagt.

Det var en god sammenblanding af medicinske, kirurgiske, psykiatriske, øjen- og tandlægepatienter, der kom på afdelingen. Hyppige sygdomme var f.eks. obstipation, astmatisk bronkitis, diabetes, epilepsi og ikke mindst forskellige infektioner såsom urinvejsinfektioner og pneumonier. De kirurgiske patienter blev indlagt f.eks. til operation for mandler og polypper, forskellige brud og appendicitis. Patienter med mere sjældne og alvorlige sygdomme, der krævede specialiseret medicinsk eller kirurgisk behandling, blev henvist til Rigshospitalet i Danmark, som afdelingen havde et nært samarbejde med.

B4 lignede på mange måder en almen dansk børneafdeling, men der var alligevel små forskelle i kulturen. Eksempelvis bar patienterne ikke identitetsarmbånd, heller ikke hvis de skulle til operation. Det færøske svar på cpr-nummeret, p-tallet, blev ikke tillagt den samme betydning som i Danmark. Mange forældre kunne ikke huske deres børns p-tal. I stedet anvendte man derfor ofte fødselsdatoen i forbindelse med registrering af patienterne. Det tog både patienter og personale meget afslappet.

En anden ting, jeg undrede mig over i starten, var patienternes adresse, hvor de af og til kun angav byen eller området for deres bopæl. Jeg fandt senere ud af, at årsagen er, at der ude i de små bygder hverken findes gadenavne eller husnumre.

At Færøerne er et lille samfund, mærkes også på andre måder i afdelingen. Det skete ofte, at personalet kendte de indlagte

børn og deres familier privat, og det bevirkede, at sundhedspersonalet nogle gange blev berørt på et mere personligt plan, når børn blev indlagt med alvorlige sygdomme. Det var derfor indimellem en udfordring for de færøske sygeplejersker at bevare rollen som professionelle.

Afslappet stemning

Generelt var der en meget afslappet atmosfære på børneafdelingen B4. De fysiske faciliteter var noget forældede med begrænset plads, men her var min referenceramme også det moderne Skejby Sygehus. Der var mange små rum f.eks. et til opbevaring af gamle sygeplejekardex, et andet fungerede som omklædningsrum for personalet, som kom og gik i deres eget tøj på afdelingen.

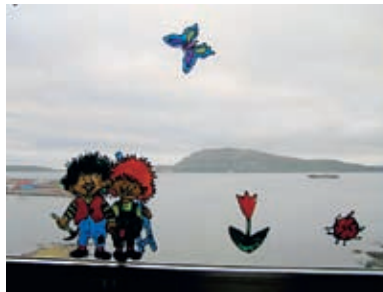
Samlingspunktet var afdelingens køkken, hvor personalet, dvs. læger, sygeplejersker og serviceassistenter, samledes kl. 12.20 og hørte den færøske middagsradioavis. Her nævntes dagligt, hvem der var afgået ved døden på Færøerne. Radionyhederne var betydningsfulde for færingerne, og de gik nødig glip af dem.

Selvom der til tider var travlt på afdelingen, bar personalet ikke præg af at være stressede, og det så ud til, at den færøske mentalitet skinnede igennem. Det barske klima influerede på livet, og til enhver beslutning eller plan tilføjede færingen: "Hvis vejret tillader det."

Vejret var uhyre omskifteligt, og på samme dag kunne der forekomme solskin og vindstille vejr samt regn, blæst og tæt tåge. Heroppe var man tættere på naturen, også i det daglige arbejde på sygehuset, der lå få meter fra havet. Jeg tror, det ►



“Mit ophold på Færøerne og arbejdet på børneafdelingen var en spændende oplevelse, hvor jeg fagligt kunne tage nogle gode ting med hjem til Danmark.”



► påvirkede færingernes mentalitet. Som udgangspunkt tog de tingene, som de kom, uden stress og jag, til trods for at de stadig havde en 40-timers arbejdsuge. De fleste sygeplejersker var dog på nedsat tid.

Maden, der blev serveret for patienterne på sygehuset, var meget lig den danske hospitalskost. Dog stod den varme middagsret flere gange om ugen på særlige færøske specialiteter, f.eks. kogt grindekød, hvalspæk og ræstanfisk, som var fisk, der var lufttørret gennem længere tid, så kødet begyndte at gære.

De traditionsrige grindedrab foregik ved en lille strand neden for sygehuset, og kødet blev fordelt blandt befolkningen efter et nøje fastlagt system.

En anden specialitet var sygehusets eget hjemmelavede rabarbersyltetøj, som generelt var en fast bestanddel af det færøske morgenbord. Det skyldtes, at rabarber er en af de få grønnsager, der pga. klimaet er muligt at dyrke på Færøerne.

De kommunikative udfordringer

Jeg var på forhånd spændt på de kommunikative udfordringer i arbejdet som sygeplejerske på Færøerne. Stort set alle færingere i den voksne del af befolkningen forstod, talte og skrev flydende dansk, som læres i den færøske skole fra tredje klassetrin. På børneafdelingen mødte jeg imidlertid patienter i alderen 0-15 år, så jeg stod ofte i situationer, hvor jeg ikke kunne kommunikere verbalt med børnene. Mange børn forstod dog lidt dansk, fordi de så danske film, dansk tv og spillede danske computer-spil. Kommunikationen viste sig som en spændende faglig udfordring, og jeg erfarede, at man kunne nå langt med det nonverbale sprog og ikke mindst med kreativitet. Når jeg skulle skabe kontakt til børnene, gjorde jeg meget brug af mit kropssprog, anvendte legetøj, f.eks. bamser og dukker, og legede med

dem i forbindelse med forskellige undersøgelser. En rigtig god oplevelse havde jeg en af mine første arbejdsdage, hvor jeg læste Peter Pedal højt på færøsk for en seks år gammel dreng. Jeg ved ikke, hvor meget han forstod af min højtlesning, men jeg opnåede god kontakt til ham, og han virkede tryk, da jeg senere skulle udføre forskellige sygeplejemæssige procedurer. Senere lærte jeg nogle enkelte færøske gloser, så jeg kunne tale lidt med børnene. Kommunikationen med forældrene voldte ikke de store problemer, de var meget villige til at tale dansk, og jeg oplevede ingen situationer, hvor de blev irriterede over mine manglende færøske sprogkundskaber. Måske var det igen den færøske mentalitet, der skinnede igennem. Folk tog tingene, som de kom.

Samarbejdet med mine kollegaer oplevede jeg som problemfrit. De var gode til at give mundtlig rapport på dansk, og hvis jeg ikke forstod det færøske i sygeplejekardex eller patientjournalen, var de villige til at hjælpe med at oversætte. De var vant til danske lægevikarer.

Mit ophold på Færøerne og arbejdet på børneafdelingen var en spændende oplevelse, hvor jeg fagligt kunne tage nogle gode ting med hjem til Danmark. Jeg lærte meget af den rolige færøske mentalitet og blev mere bevidst om den nonverbale kommunikations muligheder. Jeg håber også, at jeg bidrog med noget nyt, da jeg holdt et oplæg på afdelingen, hvor jeg fremlagde mit bachelorprojekt ”Hvordan kan sygeplejersken forberede det indlagte barn i førskolealderen til ubehagelige procedurer, så barnets mestring fremmes?”

Kirstine Sander Overgaard er sygeplejerske på Børneafdeling A8 på Skejby Sygehus. miss_herning@hotmail.com

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på www.sygeplejeetiskraad.dk Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

39

Din mening. Det vrirler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 9. maj kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

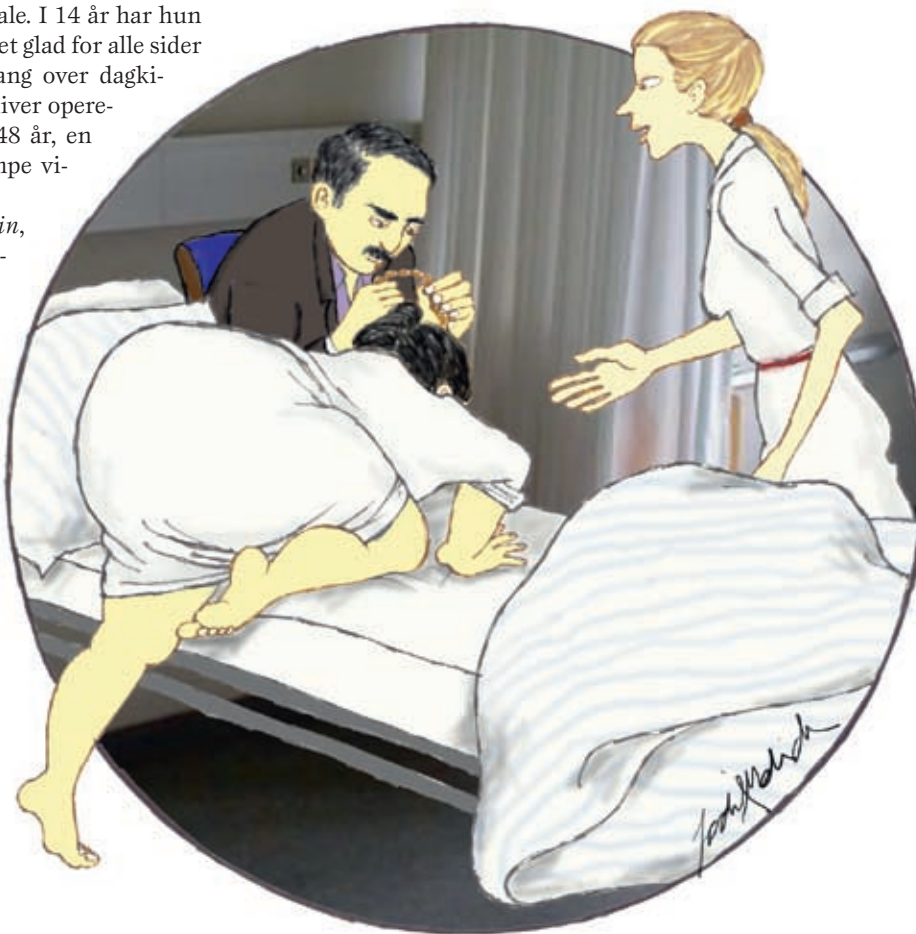
Tyrkisk mand vil ikke hilse på dansk kvinde

Gynækologien har altid været *Gerda's* speciale. I 14 år har hun været rundt på forskellige afdelinger og været glad for alle sider af det kvindelige univers, fra operationsgang over dagkirurgi til nu, hvor hun passer kvinder, der bliver opereret og er indlagt i nogle dage. Hun er nu 48 år, en erfaren og stabil medarbejder med en kæmpe viden om hele det gynækologiske felt.

Denne morgen skal hun tage imod *Nesrin*, en tyrkisk kvinde, der skal have fjernet livmoderen. *Nesrin* har taget hospitalstøj på og er ved at kravle op i den hvide seng, da *Gerda* går hen til hende for at sige goddag. *Nesrin* er meget kraftig. Hun putter sig under dynen og nikker genert til *Gerda*. Ved siden af sengen sidder *Nesrin's* mand, *Ömer*, på en stol. Han vender en stribe bedeperler i venstre hånd igen og igen. *Gerda* går hen til ham, præsenterer sig og fortæller, at hun skal tage imod *Nesrin* og følge hende igennem hele indlæggelsesforløbet. *Gerda* taler klart og tydeligt og rækker *Ömer's* hånden. Til hendes store forbløffelse tager han den ikke. I et antal sekunder tænker *Gerda* på, hvad hun skal gøre. Til sidst drejer hun om på hælen og går fra stuen.

Over morgenkaffen drøfter hun situationen med det øvrige personale.

Hvad synes du, man skal gøre, når en tyrkisk mand ikke ønsker at hilse på én?



Dilemma fra Sygeplejersken nr. 8

Lone er *Ulriks* kontaktsygeplejerske. Hun taler med ham fem uger før en planlagt operation. Under samtalen fornermer hun, at *Ulrik* har et alkoholforbrug, der er større, end han vil være ved.

Stol på fornemmelsen

Lone har en fornemmelse, der oftest ligger til grund for et kvalificeret sygeplejefagligt skøn. Denne fornemmelse er

baseret på dels erfaring og teoretisk viden, dels de sanseindtryk hun får i den relation, hun indgår i med *Ulrik*.

I denne situation bør hun vælge at stole på sin fornemmelse og gå i dialog med *Ulrik* om, hvorfor hun stiller disse spørgsmål. Hun skal fortælle ham, at hun ved denne indlæggessamtale ønsker at få så udbytterig en samtale som muligt, og at hun ønsker at tale med *Ulrik* om, hvorledes han på bedst mulig måde kan opretholde sin sundhed inden operation, for at han på den

måde kommer så godt igennem indlæggelsen som muligt. I denne samtale skal hun tage afsæt i *Ulriks* forudsætninger og have sundhedsfremme for øje. Måske kan de ad denne vej naturligt berøre et eventuelt alkoholforbrug, og måske ikke. Men det er *Lone's* opgave at skabe mulighed for en sådan dialog.

Malene B. Jakobsen,
kirurgisk sygeplejerske,
ansat på Aalborg Sygehus Syd.

To meget forskellige sider af samme sag

Jacob Birkler
Videnskabsteori

En grundbog
København:
Munksgaard Danmark 2005
152 sider, 198 kr.
ISBN 87-628-0530-4

Morten Severinsen
**Etik & videnskabsteori
i sundhedsfagene**

Odense: Syddansk
Universitetsforlag 2005
146 sider, 248 kr.
ISBN 87-7674-050-1

Der er brug for bøger om videnskabsteori og etik. Den samfundsmæssige udvikling, de faglige udviklingstendenser og de foranderlige krav til sundhedsprofessionelle understreger hele tiden, at der er brug for, at der argumenteres, begrundes og tages kritisk stilling. Det kan bøger hjælpe med. *Birklers* og *Severinsens* bøger komplementerer til en vis grad hinanden.

Birkler har gjort det igen. Han har atter skrevet vanskeligt tilgængelige temaer ind i en nutidig sundheds- og sygeplejehverdag. Bogen om videnskabsteori er en grundbog, der balancerer en human-, samfunds- og naturvidenskabelig tilgang. Bogens formål er at give studerende på de mellemlange sundhedsuddannelser indføring i videnskabsteorien. Bogens temaer er valgt, så de studerende bliver bekendt med grundbegreberne i viden, argumentation og begrundelse. Der afsluttes med et kort og enkelt kapitel om forskningsetik, hvor der står, hvad der er nødvendigt at vide for at kunne arbejde videre med en konkret forsknings etiske praksis. Bogens opbygning afspejler de væsentlige nøgleord, og der startes med en gennemgang af logik og argumentationsteori. Hvert kapitel vil kunne læses for sig og give mening i hvilken studiesammenhæng, det nu

måtte indgå som grundlag for videre studier og kritisk refleksion. Den kritiske refleksion bliver de studerende ikke guidet til i denne omgang, det må være op til studerende og undervisere at tilføje den dimension. Birkler har sans for, hvor de sundhedsfaglige studerende skal mødes, og bidrager til, at der kommer grundighed, stringens og dybde i argumentationen.

Set gennem en naturvidenskabelig kikkertlinse

Hvor Birkler afrunder sin bog om videnskabsteori, starter Severinsen. Etikken i det sundhedsfaglige arbejde indleder bogen. Derefter vendes begrebet sundhedsfaglig viden, og spørgsmålene om generaliserbarhed og troværdighed problematiseres. Sundhedsfagligheden i denne bog tager afsæt i det sygdomsorienterede og behandelende perspektiv og de dilemmaer, sundhedspersoner

møder. På feltet anlægges flere forskellige videnskabsteoretiske indfaldsvinkler. I det kapitel, der handler om de humanistiske aspekter i sundhedsfagene, bærer fremstillingen præg af, at de er set gennem en naturvidenskabelig kikkertlinse. Forfatteren giver udtryk for et ønske om kvalitetskontrol af humanistisk forskning og stiller de naturvidenskabeligt inspirerede spørgsmål og tidens kontroldiskurs op i forhold til forståelsen af menneskelig handling og tanke. Bogen er dynamisk bygget op med gennemgang af temaer peppet op af eksempelbokse og teoribokse, der uddyber problemstillingerne. Det er dog vanskeligt at se, hvornår det er Severinsen, der udtaler sig, og hvornår der refereres til sekundær litteratur. Nogle af boksens indhold er handlingsanvisende for studerende, der skal skrive opgave, andre er meningsafklarende,

Respekt for patientens vaner

Peter Nydahl,
Gabriele Bartoszek
Basal Stimulation
Nye veje i sygepleje
til alvorligt syge patienter
København:
Munksgaard 2005
344 sider 248 kr.
ISBN 87-628-0543-6

At kommunikere og samarbejde med den alvorligt syge patient kræver hele tiden, at der findes nye veje. Plejen bliver herved individuel og på patientens præmisser, og muligheden for læring kan opstå. Det fordrer, at sygeplejersken finder nye måder at kommunikere på igennem tilstedeværelse, berøring og refleksion.

Basal stimulation er et pædagogisk koncept, der drejer sig om at stimulere, følge og fremme patientens individuelle læreproces. Sygeplejen er rehabiliterende, og den foregår i en gensidig dialog mellem patient og sygeplejerske. Nøgleord i basal stimulation er individuelt tilrettelagt pleje, respekt for patientens valg, tempo og tidligere vaner og strukturering af omgivelserne.

Peter Nydahl og *Gabriele Bartoszek* har integreret basal stimulation i intensivsygeplejen igennem flere år. Basal stimulation henvender sig ikke kun til den intensive patient, men er anvendelig i forhold til alle patienter med begrænset

eller svækket opfattelsesevne, bevægelsesevne og kommunikationsevne.

Det teoretiske grundlag for basal stimulation og de cen-

trale mål for konceptet beskrives i bogen. Men der er ingen tvivl om, at basalt stimulerende sygepleje ikke kan læres ved læsning alene, hvad der også understreges i bogen. Det drejer sig om at erfare sansforstyrrelser og tilbuddene i den basalt stimulerende sygepleje på egen krop, før man kan indgå i et professionelt forhold til patienten. Da basal stimulation kræver en særlig forståelse for relationen og handlen i forhold til patientens individualitet, kan det virke udfordrende for nogle sygeplejersker.

De basalt stimulerende tilbud og hvordan disse ledsager patienten på vejen mod de





og andre igen synes at være forfatterens associationer. Målgruppen, skriver Severinsen, er studerende ved mellem- og videregående universiteter sundhedsuddannelser samt professionelle. Eksemplerne, der skal belyse bogens problemstilling, hentes stort set i den lægelige verden, og der tages en enighed med dette udgangspunkt for givet. Sygeplejersker som sundhedspersoner nævnes stort set ikke. En undtagelse er et eksempel fra den kliniske hverdag, hvor en sygeplejerske orienterer lægen på en ikke stringent vis, idet hun rapporterer selvmodsigende til lægen om en patient.

Bogen er en del af en større virtuel dynamisk indsats, og det er muligt at modtage nyhedsbrev og få adgang til supplerende materiale samt øvelser og opgaver.

Meget sandsynligt er denne bog udtryk for en udvikling væk fra tidligere tiders lægevidenskab. Udviklingen har dog taget midlertidigt ophold i en lægelig centreret sygdomsvidenskab. Måske vil den med tiden nå til den moderne sundhedsvidenskab i en senere revideret udgave.

Af Marianne Mahler,
sundhedskonsulent,
Folkesundhed København.

centrale mål for konceptet, beskrives i en løbende sammenhæng. Læseren har således koblingen mellem det konkrete og teoretiske, som tydeliggøres yderligere igennem patienteksempler. Den måde at formidle teorien på giver sygeplejersken mulighed for at arbejde videre med patientsituationer i egen praksis. Arbejdsgangen kan med fordel bruges i forbindelse med implementering og udvikling af konceptet i praksis. Sygeplejersken erfarer samtidig, hvilken forskel basal stimulation kan gøre i forhold til patientens rehabilitering og pleje, og hvordan der ydes en individuel sygepleje med fokus på hele personen. Mennesket in-

den i kroppen bliver sygeplejerskens samarbejdspartner.

Basal stimulation er vejen mod dette i den højteknologiske, intensive verden. Men konceptet kan anvendes af alle sygeplejersker, da menneskesynet og respekten for patientens valg, vaner og tempo, som samspillet bygger på, er relevant i utallige sammenhænge og relationer.

Bogen er det første danske bidrag til at læse og lære om basal stimulation, og den kan varmt anbefales både som lærebog og opslagsbog.

Af Ann-Sophi Jappe,
tværfaglig traumekoordinator,
Neurointensivt afsnit,
Århus Sygehus.

Midt i et spændingsfelt

Merry Elisabeth Scheel
Interaktionel sygeplejerskepraksis
3. udgave
København:
Munksgaard
Danmark 2005
288 sider, 348 kr.
ISBN 87-628-0537-1

Begrebet interaktionel sygeplejerskepraksis er gennem de sidste 20 år blevet velkendt blandt danske sygeplejestuderende og sygeplejersker. Bogen bag begrebet udkommer nu i en tredje udgave, uddybet, udvidet, bearbejdet og påvirket af Merry Scheels filosofiske ph.d.-arbejde.

Den interaktionelle sygeplejerskepraksis befinder sig i et spændingsfelt mellem natur-, human- og samfundsvidenskab, hvor der gennem sygeplejerskepraksis skabes en særlig viden og forståelse af menneskets eksistens i sundhed og sygdom.

Den interaktionelle sygeplejerske er først og fremmest et handlende kropsligt væsen af kød og blod, der er til stede sammen med patienten. Hun handler med inspiration fra forskellige filosofiske positioner, og der er eksempler på, at hun handler eksemplarisk efter mønstergyldige eksempler.

Interaktionel sygeplejerskepraksis kan undersøges gennem tre temaer:

- Filosofi- og videnskabshistorisk tilbageblik
- Vidensgrundlaget i den interaktionelle sygeplejerskepraksis kommunikations- og handlingsparadigme
- Den interaktionelle sygeplejerskepraksis som praksisteori.

Heri og på flere andre måder er bogen den samme som 1994-udgaven, forskellen be-

står i hovedtræk af nye afsnit i kapitel 7, 8, 10 og 11, hvor interaktionel sygeplejerskepraksis især relateres til filosofferne Wittgenstein, Merleau-Ponty, Arendt og Schön.

Tekstens afslutning er også ændret, og desuden er teksten gennemskrevet med kursivering af særligt betydningsfulde begreber for den interaktionelle sygeplejerske.

Der er foretaget en generel opdatering og tilføjelse af relevant litteratur i registre. Mere polemisk kan det godt undre, at begreber som tænkning og visdom ikke genfindes i emneregistret hos denne filosof, der dog både inddrager Aristoteles, Benner, Arendt, og Schön.

Et andet forhold er ærgrelsen over at få en nytrykt bog med en række fejl i indholdsfortegnelsen, der gør det svært at bruge bogen som opslagsværk i kapitlerne 9-11. Men det må være forlagets ansvar.

Af Lisbeth Uhrenfeldt,
Ph.d.-stipendiat,
Institut for Folkesundhed,
Afdeling for Sygeplejevidenskab,
Århus Universitet.



Kvalitet i metermål

Jeg kan huske, at de ved ansættelsessamtalen spurgte: "Kan du stille dig op på en ølkasse og sælge et budskab?"

Hvis kassen er af god kvalitet, så jeg umiddelbart intet problem i dette. Hvis de i dag spurgte mere specifikt:

"Kan du sælge et budskab til dine medarbejdere om, at det vil højne kvaliteten af deres kerneydelser, hvis de engagerer sig i arbejdet med kvalitetsstandarder, referenceprogrammer, nationale indikatorer og akkreditering?"

Så ville jeg svare mere tøvende!

Det er ikke nogen hemmelighed, at jeg har svært ved at tro på, at vi er på rette vej, når vi i denne tid drysser det ene topstyrede kvalitetsstyringsværktøj efter det andet ud over sygeplejen i håb om, at det giver god kvalitet. Jeg føler mig mere og mere som en fabriksbestyrer, der er nødt til at sende sygeplejerskerne ind på kontorerne, så de kan sidde i fred og ro i deres glaskuppel og dokumentere, at de yder god kvalitet, mens patienterne står med fladtrykte næser og kigger længselsfuldt ind på dem.

Jeg ved, at det er nødvendigt med et ydre pres for at sikre kvalitetsudvikling, da historien har vist, at vi ikke kan sikre kvalitet ved at tro på, at den indre faglige udvikling alene kan sikre høj kvalitet. Jeg kender psykiatriske afdelinger og sociale tilbud, hvor jeg uden problemer kan konstatere, at de ikke er på toppen af deres ydeevne. Men skal det ydre pres nødvendigvis være i form af administrativt tunge standarder og procedurer?

Den anden dag luftede jeg min usikkerhed om styringsredskaber over for vores akademiske medarbejder. Hun drejede sin kontorstol en halv omgang og greb ud efter et digert værk, der viste sig at være hendes speciale. Det ramte bordet og min dårlige samvittighed ca. samtidig.

"Hvis du læser det, så kan du se, hvordan disse økonomiserede styringsrationaler går ud over kvaliteten af kerneydelserne, fordi medarbejderne ansøres til at varetage forvaltningens interesser frem for klienternes."

Jeg besluttede at udvide min horisont og tog med på Social Kritiks temadag om "Måling og Evidens."

Jeg blev klogere, men ikke mere optimistisk, efterhånden som dagen skred frem. Disse lærde mennesker påstod, at kvalitetsudvikling i dag mere handler om at sikre beslutningstagerne, end det handler om at sikre kvalitet i kerneydelserne. Tankegodt, som stammer fra USA, hvor det offentlige forsøger at beskytte sig mod blodtørstige advokaters ublu erstatningskrav.

"Disse lærde mennesker påstod, at kvalitetsudvikling i dag mere handler om at sikre beslutningstagerne, end det handler om at sikre kvalitet i kerneydelserne."

Jeg skulle helt til Skotland, før mit indre smil og troen på, at der findes andre måder at styre kvalitet på, vendte tilbage. Da jeg besøgte The Scottish Association for Mental Health (www.samh.org.uk), så jeg en engageret organisation, der styrede deres kvalitetsudvikling ved at fokusere på faglige visioner og værdier. Her blev erfaringer og forskning omsat til en lind strøm af faglige værdier, der var styrende for medarbejdernes hverdag. En kvalitetsudvikling, hvor medarbejderne kan bruge deres dyrebare tid på patientkontakten i stedet for at ligge begravet i bunker af bureaukratiske kvalitetsformularer.

Da det gik op for mig, at The Scottish Executive også arbejdede ud fra en værdibaseret ledelsesfilosofi, må jeg indrømme, at jeg var fristet til at springe i en skotsk kilt og indstille mig på et liv omgivet af sækkepiber og single malt whisky.

Landingshjulene havde kun lige ramt den danske muld, før jeg tilfældigt dumpede ind i en tv-udsendelse om Strandvejens Plejehjem i Middelfart (www.dr.dk/Dokumentar/tv/20060118103456.htm). Her har de skabt et plejehjem i verdensklasse, hvor medarbejderne og beboerne smiler om kap ved at arbejde målrettet med enkle faglige og menneskelige værdier. "Det her er deres hjem, og her skal de have det godt, trygt og sjovt." Det var en faglig lettelse at se, hvordan kvalitet også kan være styret af en fagligt målrettet leder.

Her lå de fælles værdier ikke gemt i en støvet skrivebordskuffe, men var omsat i en moderne værdibaseret lederstil, som ikke var styret af kontrollerende kvalitetsprogrammer.

Plejehjemmet var underlagt de samme topstyrede kvalitetskrav som os andre, men som lederen med et glimt i øjet konstaterede, så havde hun ansat en dygtig sygeplejerske, hvis primære opgave var at få kommunen til at smile.

redaktionen@dsr.dk

5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Birgitte Harild, sygeplejerske. Leder af visitationsgruppen i Frederiksværk Kommune.