

Psykiatriprojekt giver mindre tvang og bedre kvalitet • 8

Giv magten tilbage til patienten. Tema om patientskoler i England • 14

Professor anbefaler struktur, der giver handlekraft • 26

En afdeling skal lukkes med manér • 54

UGEPLEJEREN 4

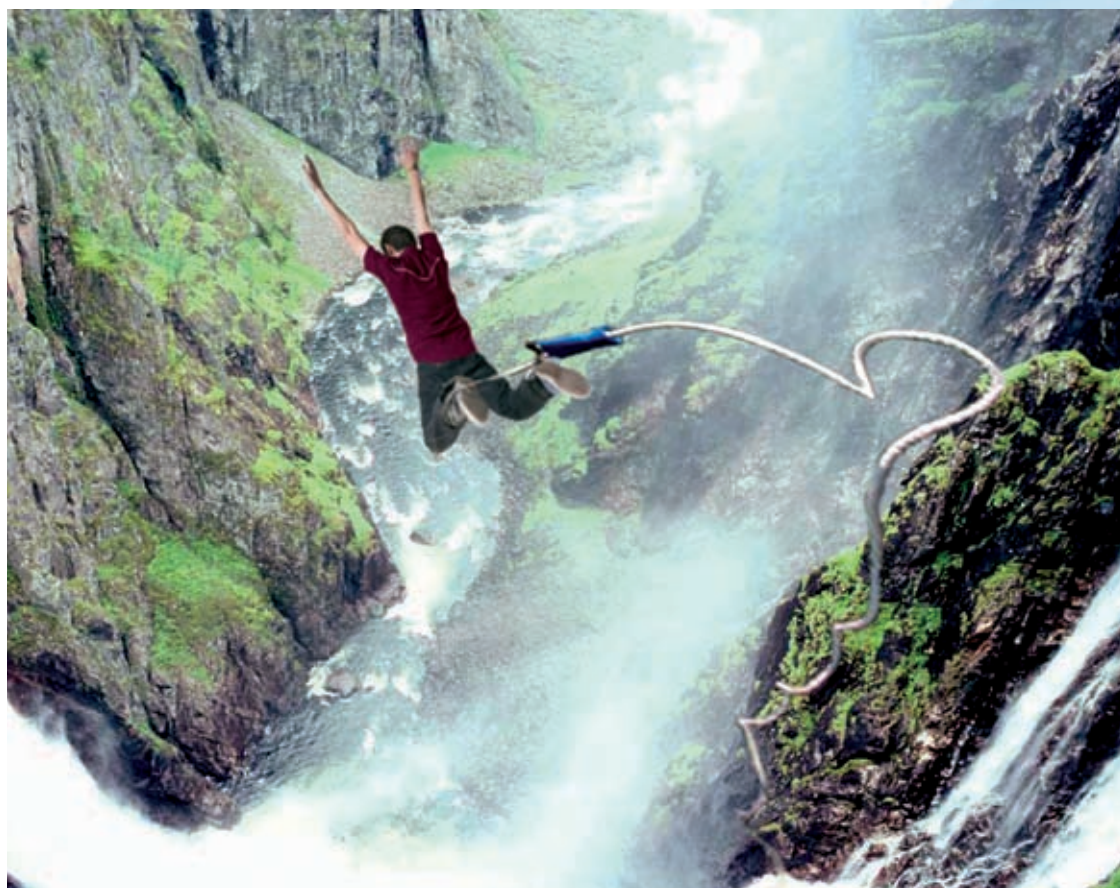


**Det gode samarbejde
giver sunde børn** • 38-52

Test os, DuoDERM® elsker udfordringer!

Vi er din samarbejdspartner i sår og sårbehandling. Vores målsætning er at give dig viden om sårbehandling, samt at give såret den bedste forudsætning for heling, baseret på forskning, udvikling og dokumentation.

DuoDERM er en af verdens mest dokumenterede bandager!



Vælg en
veldokumenteret
bandage – vælg
DuoDERM!

 DuoDERM®



Fordele ved DuoDERM:

- Bakterie- og virustæt¹
- Skaber et fugtigt sårhelingsmiljø
- Fleksibel
- Fæstner skånsomt
- Fremmer egenoprensningen af såret²



Chefredaktør
Ansvarlig efter
medieansvarsloven
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



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
Grethe Kjærgaard (DJ)
gk@dsr.dk
Tlf.: 4695 4181



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



psykiatri

- 8 Små ændringer i tvang giver stor effekt
- 12 Instinktiv pleje



patientskoler

- 14 Giv magten tilbage til patienterne
- 17 Opfinderen er sygeplejerske
- 18 Power-farmor tager hånd om kronisk syge
- 19 Baggrund som sygeplejerske en fordel
- 20 I skole med patienter
- 22 Patienter skal selv styre deres sygdom



8

14

38



fremtidens DSR

- 24 Hele sundhedsvæsenet følger med jobbet
- 26 Strukturen skal give handlekraft

fag

- 40 For børnenes skyld
- 44 Samarbejde i fokus
- 48 Sundhedspædagogiske udfordringer i skolen
- 54 At lukke med manér

i hvert nummer

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 4 Aktuelt | 53 Dilemma |
| 28 Dansk Sygeplejeråd mener | 57 Anmeldelser |
| 28 Debat | 62 Fem faglige minutter |
| 33 Synspunkt | 63 Stillingsannoncer |
| 34 In memoriam | 75 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 36 Resumeer | |

Forsidefoto: Morten Nilsson

Vidste du at ...

... 20-30 pct. af den danske befolkning bevæger sig så lidt, at det går ud over deres sundhed?

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Værktøjskasse som hjælp til indflydelse

Indflydelse. Hvem er medlem af de fem nye kommunekontaktråd, der understøtter det politiske samarbejde mellem kommunerne inden for de enkelte regioner? Svaret på dette og andre lignende spørgsmål er vigtigt, hvis sygeplejerskerne skal bidrage til sikring af et sammenhængende og forebyggende sundhedsvæsen. Det fordrer nemlig viden om adgangsvejene til indflydelse.

Som et af resultaterne af Dansk Sygeplejeråds Projekt Kommunalreform er der netop udarbejdet en sundhedspolitisk "værktøjskasse," som er sendt til Dansk Sygeplejeråds amtskredse til lokal brug. Værktøjskassen kan desuden findes på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside på adressen www.dsr.dk/kommunalreform

Formålet med DSR Projekt Kommunalreform er at gribe den enestående lejlighed til at føre DSRs holdninger og ambitioner ud i livet – helt konkret. Projektet omfatter dels reformens betydning for det fremtidige sundhedsvæsen, adgangen til indflydelse, ledelse og proces samt løn og ansættelsesforhold. (sp)

Patienter skal undervise patienter

Af Anne Skrubbeltrang, journalist

Patienter vinder. Et amerikansk koncept for patientskoler, hvor patienter står for undervisningen, skal udbredes til hele landet. Anbefalingen kommer fra Sundhedsstyrelsen, der har købt licens til programmet. Sygeplejersker kan komme til at spille en fremtrædende rolle.

"Det er en styrke, at det er patienter, der underviser. De har en baggrund med sig, som de kan bringe med ind i undervisningen." Sådan lyder meldingen fra *Helene Rosenbrandt*, Grenå Sygehus, som er et af de tre steder i Danmark, som allerede er i gang med den amerikanske patientskolemodel. Den hedder *Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP)* og er udviklet på University of Stanford i USA.

Sundhedsstyrelsen sender i denne måned et brev ud til amter og kommuner, der helt konkret fortæller, hvad de skal gøre for også at komme i gang.

"Vi har allerede fået en del reaktioner fra sundhedspersoner i kommuner og amter, som viser, at der er interesse for at gå ind i det," siger *Svend Juul Jørgensen*, lægelig konsulent i Sundhedsstyrelsen.

"Vi anbefaler programmet, fordi understøttelse af egenomsorg er helt afgørende for mennesker med kronisk sygdom. Patientuddannelse er et af midlerne. Hvis patienterne bliver bedre til at håndtere deres egen sygdom, vil det i sidste ende føre til et mindre forbrug af sundhedsydelser," siger han.

Udskældt undersøgelse har ingen forbindelse til DSR

Af Lotte Havemann, journalist

Manipulation? *Undersøgelse om "hvid" hjemmehjælp møder kritik i Nordjyske Stiftstidende. Undersøgelsen er manipuleret og fordrejet, skriver avisen. Dansk Sygeplejeråd sættes i forbindelse med undersøgelsen, men det afviser formand Connie Kruckow.*

Et stort billede af sygeplejerske *Özlem Cekic*. En række skarpe overskrifter: "Hvide løgne," "Fup med hvid hjemmehjælp" og "Centerleder afviser undersøgelsesfup."

I Nordjyske Stiftstidendes søndagsudgave den 12. februar sættes en række kritiske artikler stort op. Kritikken går på den undersøgelse, som det såkaldte Mangfoldighedsnetværket offentliggjorde kort før jul sidste år. Undersøgelsen skulle angiveligt dokumentere, at syv

af otte kommuner var villige til at tilbyde "hvid" hjemmehjælp (se boks).

Men det resultat sætter Nordjyske Stiftstidende nu spørgsmålstegn ved. Avisen har fået advokat og medlem af Flygtningenævnet *Ole Nepper-Christensen* til at gennemgå undersøgelsen, og han mener ikke, den beviser, at kommunerne diskriminerer.

"Det generelle indtryk, man får, er, at der er tale om nogle flinke kommunale medarbejdere, der snakker folk lidt efter munden," udtaler han til avisen og fortsætter:

"Nogle går lidt længere i dialogen med borgeren, men der er ikke noget af det, der vil kunne bruges i en retssag. Ikke det, der ligner."

Formand for Mangfoldighedsnetværket, som består af godt 30 etniske sygeplejersker,

er sygeplejerske *Özlem Cekic*. Hun har ikke ønsket at udtale sig til Nordjyske Stiftstidende, men henviser til Dokumentations- og Rådgivningscentret om Racediskrimination. Allerede i december sidste år, da flere af de involverede kommuner afviste undersøgelsens resultater, overgav hun sagen til denne private organisation, som rådgiver og fører sager for "ramte personer."

Özlem Cekic vil heller ikke kommentere sagen i *Sygeplejersken*, men henviser til de udtalelser, hun gav Ritzaus Bureau før jul.

Dengang sagde hun til Ritzau:

"Det er ikke særlig konstruktivt, at man løser sagen med hvid hjemmehjælp ved at sætte spørgsmålstegn ved vores undersøgelse. Jeg synes, at politikerne i stedet skal koncentrere sig om at løse problemet."

Det skal nu vurderes, om de syv kommuner har overtrådt loven ved f.eks. at være villige til at tilbyde hvid hjemmehjælp. Leder af Dokumentations- og Rådgivningscentret om Racediskrimination (DRC), cand.jur. *Niels-Erik Hansen*, oplyser, at DRC har indgivet en klage



FOTO: JOHN BEHETS

Patientskoler er udbredt i England, hvor deres resultater er veldokumenterede. Den danske sundhedsstyrelse anbefaler, at modellen indføres i Danmark.

►► **LÆS MERE.** I Danmark hedder patientskolemodellen "Lær at leve med en kronisk sygdom" og er blevet pilotafprøvet i Ribe og Københavns amter med gode resultater.

Læs mere på Sundhedsstyrelsens webside www.sst.dk om Sundhedsstyrelsens anbefalinger til, hvordan sundhedsvæsenet kan geares til kronisk syge, skriv "forløb" i søgefeltet for at få fat i rapporten: "Kronisk sygdom. Forudsætninger for det gode forløb" (dec. 2005).

Skriv "lær" i søgefeltet for at finde f.eks.: "Guide til at lære at leve med kronisk sygdom," en vejledning til at opstarte programmet samt rapporten om pilotafprøvningen: "Patientuddannelsesprogrammet – lær at leve med kronisk sygdom."

Skriv "patientskoler" i søgefeltet for generelle oplysninger f.eks. rapporten "Patientskoler og gruppebaseret patientundervisning – en litteraturgennemgang med fokus på metoder og effekter."

Patientskoler kan f.eks. udgå fra sygehusafdelinger, men især forestiller Svend Juul Jørgensen sig, at de kan virke fra de nye kommuner, f.eks. fra sundhedscentre.

"Jeg ser sygeplejersker som helt centralt placerede. De spiller allerede en vigtig rolle i patientskoler og forskellige rehabiliteringsprogrammer," siger han.

En grund til at vælge netop den amerikanske model er ifølge Svend Juul Jørgensen, at den er veldokumenteret og udbredt, og at man dermed kan lære af erfaringer fra andre lan-

de. Her tænker han ikke mindst på England, hvor patientskolen går under navnet *The Expert Patient Programme*.

"Der kan i hvert fald ikke være noget farligt i at lære folk at håndtere deres sygdom. Hvis det kan medvirke til, at vi får et større patientfokus, og at vi får aktiveret patienternes egne ressourcer, så kan vi kun vinde ved det," siger han.

Læs artiklerne om patienter på skolebænken side 14-22 i dette nummer af *Sygeplejersken* samt artiklen "Patientskoler får gode karakterer" i *Sygeplejersken* nr. 23/2005.

til den uafhængige instans, Klagekomitéen for Etnisk Ligebehandling, som nu skal vurdere materialet fra Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse og anden dokumentation, der efterfølgende er indsamlet fra de syv kommuner.

"Hvis det viser sig, at kommunerne har overtrådt loven, vil vi i første omgang prøve at gå i dialog med kommunerne og først derefter tage stilling til eventuelle sagsanlæg," siger Niels-Erik Hansen.

Ikke en del af DSR

Det er fremgået af flere medier, herunder Nordjyske Stiftstidende, at Mangfoldighedsnetværket er en del af Dansk Sygeplejeråd. Det er imidlertid ikke korrekt.

Formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, siger:

"Mangfoldighedsnetværket er ikke en formel del af Dansk Sygeplejeråd. Det er fint, at vores medlemmer organiserer sig i netværk, så de får lettere ved at komme til orde, men det er ikke det samme, som at netværket er en integreret del af Dansk Sygeplejeråd."

To gange er Connie Kruckow blevet kontaktet i forbindelse med Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse. Dels af en sygeplejerske, der var harm over måden, undersøgelsen blev udført på. Og dels af en af de kommuner, som undersøgelsen kritiserer.

Begge gange afviste hun, at Dansk Sygeplejeråd havde noget med undersøgelsen at gøre.

"Vi er ikke interesseret i at blive koblet til noget, som ikke er vores. Det er utrolig vigtigt, at de tal og budskaber, som Dansk Sygeplejeråd går ud i offentligheden med, er saglige, korrekte og velbegrundede. For der må ikke herske tvivl om vores troværdighed," siger Connie Kruckow.

Hun kan ikke vurdere, om Dansk Sygeplejeråds omdømme har lidt skade pga. Mangfoldighedsnetværkets undersøgelse, men håber, at det er intakt.

"Vi har en særlig interesse i at arbejde for et multietnisk sundhedsvæsen, og derfor er det meget ulykkeligt, hvis vi bliver forbundet med noget, som modarbejder den intention," siger hun.

►► **UNDERSØGELSEN OM HVID HJEMMEHJÆLP.**

Mangfoldighedsnetværket ringede til otte kommuner og udgav sig for at være barnebarn til en opdigtet person, *Gerda Nielsen*, som angiveligt ønskede hjemmehjælp fra en dansker og ikke en indvandrer. De otte kommuner var Frederiksberg, Odense, Århus, Albertslund, Farum og Aalborg samt områdekontorerne i Vanløse og Østerbro i Københavns Kommune. Ifølge Mangfoldighedsnetværket var de kommunale medarbejdere parate til at imødekomme borgerens ønske. Kun Østerbro i Københavns Kommune henviste til, at der ikke må diskrimineres.

Link til undersøgelsen: <http://www.ozlem.dk/debat/ringhvidhjemmehjaelp.html>

Det skal understreges, at *Sygeplejersken* her ikke tager stilling til validiteten af undersøgelsens resultater.

Bornholm vil frikøbes

Geografi. Det er ikke nok at sikre Bornholm bestyrelsesrepræsentation i en fremtidig Dansk Sygeplejeråd-region eller kreds med centrum i hovedstadsområdet. De bornholmske sygeplejersker ønsker en frikøbt organisationspolitik, fordi det på grund af geografien vil være meget vanskeligt at få den fornødne tid til arbejdet ved siden af almindeligt sygeplejerskearbejde.

Det er baggrunden for, at Bornholms amtskreds foreslår ændringer af hovedbestyrelsens alternative forslag til Dansk Sygeplejeråds fremtidige struktur. Kongressen tager stilling til strukturen i fremtidens DSR ved et ekstraordinært møde i dagene den 1. og 2. marts i København.

Regeringen har anerkendt Bornholms helt særlige problematik på sundhedsområdet, idet det af bemærkningerne til sammenlægningsloven fastslås, at det vil være naturligt, at der etableres et særligt kontaktoorgan mellem Bornholms Regionskommune og Hovedstadens Regionsråd. Derfor er det også nødvendigt, at de faglige organisationer tilgodeser Bornholm, anfører Bornholms amtskreds i sit forslag.

"Dansk Sygeplejeråd er på nuværende tidspunkt den eneste sundhedsfaglige organisation med en frikøbt politik på Bornholm, som de bornholmske politikere og administratorer har som med- og modspiller," anfører amtskredsen bl.a. i sin begrundelse for forslaget og fortsætter:

"Med en frikøbt politik, der er valgt til at varetage Dansk Sygeplejeråds visioner, strategier og interesser lokalt, vil denne også kunne være den lokale bærer af visioner, strategier og interesser for Sundhedskartellet. Som den største organisation i det samarbejde er Bornholms amtskreds allerede nu eneste mulighed som samlingspunkt for Sundhedskartellets medlemmer."

(sp)

Muhammed-sagen har få konsekvenser for nødhjælpsarbejdet

Af Lars Flindt Pedersen, journalist

Uroligheder. Der er kun få danske sygeplejersker i de muslimske lande, hvor karikaturtegningerne af profeten Muhammed har sat sindene i kog. Folkekirkens Nødhjælp har afsat penge til bedre dialog mellem landene.

Urolighederne, som fulgte i kølvandet på karikaturtegningerne af profeten Muhammed i Jyllands-Posten, ser ikke ud til at få stor indflydelse på nødhjælpsarbejdet, der foregår i de muslimske lande. Det viser en rundringning til de største danske nødhjælpsorganisationer, som Sygeplejersken har foretaget.

Dansk Røde Kors har flyttet rundt på danske medarbejdere i områder i Indonesien og Pakistan, hvor der kan være fare for deres sikkerhed. "Vi har vurderet hver enkelt medarbejders sikkerhed. Nogle bliver, hvor de er, og fortsætter arbejdet. Andre er for en kortere periode flyttet til andre dele af landene, fordi der er frygt for uroligheder i de områder, de befinder sig i. Dem, vi ikke har flyttet, laver kontorarbejde. Desuden har vi bedt medarbejdere om ikke at skilte med nationale symboler," siger Anders Ladekarl, international chef i Dansk Røde Kors.

Han understreger, at Røde Kors' hjælpearbejde i såvel Indonesien som Pakistan ikke stopper på trods af tilbagetrækningen. Lokale ansatte og frivillige samt Røde Kors-medarbejdere af andre nationaliteter fortsætter arbejdet. Dansk Røde Kors regner med, at alle medarbejdere i løbet af kort tid er tilbage. Organisationen ønsker af hensyn til medarbejdernes sikkerhed ikke at oplyse, præcis hvor medarbejderne i de to lande opholder sig. I alt har Dansk Røde Kors 40 personer af sted, heraf 4-5 sygeplejersker.

Hos Folkekirkens Nødhjælp fortsætter det meste af nødhjælpsarbejdet stort set som hidtil. Det gør det, fordi organisationen arbejder sammen med lokale partnere i de berørte områder. Men i Dafur-provinsen i Sudan har Folkekirkens Nødhjælp været udsat for stenkast og demonstrationer. Derfor har man trukket sig ud af Sudan og tilbageholdt nye medarbejdere fra at tage af sted til området.

I Palæstina har Folkekirkens Nødhjælp valgt

at trække to ledsagere ud, som kører med i palæstinensiske ambulancer, og aflyst udsendelsen af tre ledsagere, der skulle have været dernede fra begyndelsen af februar.

"Vi har skrevet til vores samarbejdspartnere, at vi ønsker en stærkere dialog mellem Danmark og Mellemøsten, så vi får et bedre grundlag for nødhjælpsarbejdet. Bl.a. har vi skrevet, at ytringsfriheden er meget vigtig, men at den ikke skal bruges til at latterliggøre religioner. Det er ikke en måde at skabe dialog på," siger generalsekretær i Folkekirkens Nødhjælp, Henrik Stubkjær.

Han mener, det er utrolig vigtigt, at nødhjælpsorganisationerne bliver i landene, så vidt det overhovedet er muligt. Bl.a. derfor har organisationen sat ekstra penge af til dialogskabende aktiviteter.

"Folkekirkens Nødhjælp er interesseret i at udvikle demokrati og menneskerettigheder, og derfor bliver vi. Hvis vi trækker os, efterlader vi vores partnere i en meget vanskelig situation, og det freds- og forsoningsarbejde og den gensidige dialog og fællesskab skal ikke sættes over styr af karikaturtegninger eller ekstreme flagafbrændinger. Hvis dialogen mistes, er det ekstremisterne, som har vundet – det skal vi undgå," siger Henrik Stubkjær.

ASF – Dansk Folkehjælp har trukket alle sine projektmedarbejdere ud af Afghanistan. Her er organisationen i gang med et stort projekt med etablering af brønde – også kaldet DACAAR-projektet. Medarbejderne skal tilbage til Afghanistan, når forholdene i landet igen er sikre. Der er ingen sygeplejersker involveret i ASFs brøndprojekt.

Læger uden Grænsers nødhjælpsarbejde har ikke været påvirket af de uroligheder, som tegningerne har skabt. Men det skyldes, at man ikke har nødhjælpsarbejdere i Indonesien og i Afghanistan. I Pakistan har Læger uden Grænsers en dansk jordemoder udstationeret, og derfor følger man udviklingen af urolighederne i landet tæt, fortæller informationschef Michael Nielsen.

(Redaktionen havde deadline for denne artikel fredag den 17. februar 2006.)

”Regeringens kontraktspolitik har givet forældrene en pasningsgaranti, patienterne en ventelistegaranti, skatteyderne en garanti for, at skatterne ikke stiger. Nu er tiden inde til en kontrakt, som garanterer samfundets børn hjælp, når de har behov for det.”

Dannerhusets direktør Vibe Klarup Voetmann om voldsramte børn til Berlingske Tidende.

aktuel

4/2006

Sygeplejersken

Får flere penge til at hjælpe voldtægtsofre

Af Grethe Kjærgaard, journalist

Omsorg. Center for Voldtægtsofre i Århus får del i Sundhedsministeriets satspuljemidler.

Indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) har indstillet, at Center for Voldtægtsofre i Århus tildeles 1,6 mio. kr. om året fra ministeriets satspuljemidler. Det sker efter en evaluering, der har vist, at centret i Århus kan måle sig med det tilsvarende center i København, som gennem de seneste fem år har modtaget 5 mio. kr. årligt til at varetage funktionen som nationalt videncenter inden for området. Indstillingen betyder, at de to centre nu skal deles om puljen i forhold til antallet af de voldtægtsofre, de hjælper. 25 sygeplejersker er tilknyttet centret i Århus, som er placeret i tilslutning til skadestuen på Århus

Sygehus. I praksis betyder det, at sygeplejerskerne arbejder i skadestuen samtidig med, at de har funktionen i centret, der er døgndækket.

”Når vi får et voldtægtsoffer ind, går man til centret og tager sig af vedkommende, fortæller skadestuesygeplejerske Anette Laursen. Hun har ligesom kollegerne gennemgået et specialkursus i de særlige sygeplejeopgaver, der følger med det at være tilknyttet Center for Voldtægtsofre. Til de særlige opgaver hører sikring af biologiske spor.

”Ellers drejer det sig om at yde omsorg til ofret i den akutte fase, og her bruger vi vores almindelige basisviden, ligesom vi gennem centrets psykolog har fået undervisning i de mest typiske reaktioner, et offer kan udvise i

forbindelse med en voldtægt eller et overgreb,” siger hun. Anette Laursen og kollegerne kommer også ud for, at et voldtægtsoffer kan få det dårligt, længe efter at overgrebet har fundet sted, og derfor kontakter centret. Sker det om aftenen eller om natten, er det sygeplejerskerne, der i første omgang tager samtalen, hvad enten vedkommende selv dukker op eller henvender sig telefonisk.

Centret i Århus blev etableret i 1999 og har i den tid modtaget 641 henvendelser. Centret tilbyder et samlet psykosocialt tilbud, der ud over den akutte hjælp fra læger og sygeplejersker og sikring af biologiske spor også tilbyder efterfølgende gratis psykologhjælp. Formidling af viden og igangsætning af forskningsprojekter hører også med til aktiviteterne.



www.dsr.dk

Information om sygeplejerskeportalen

Direkte transmission fra kongres

Når Dansk Sygeplejeråd på en ekstraordinær kongres den 1. og 2. marts 2006 skal tage stilling til organisationens fremtidige politiske struktur, bliver det for første gang muligt at følge kongressen direkte via pc.

Som noget helt nyt har Dansk Sygeplejeråd (DSR) valgt at bringe en direkte transmission fra sin næste kongres. Derfor bliver det muligt at følge kongressen "live" via hjemmesiden www.dsr.dk/kongres2006

Efter kongressen, der skal tage stilling til DSRs fremtidige politiske struktur, vil der på samme hjemmeside blive lagt en sammenklippet version ud.

Emner i Patientvejledningen på dsr.dk

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd (DSR) har du via portalen adgang til den 7. udgave af Patientvejledningen.

Patientvejledningen er Danmarks eneste årligt opdaterede og sammenhængende informationssystem for patienter. Værket er skrevet i et samarbejde mellem praktiserende læger og specialister og beregnet til udlevering til patienterne.

Patientvejledningen indeholder ikke informationer om alle emner. F.eks. er der ingen vejledninger om sår og stivkramp vaccinationer. Det skyldes, at de første seks udgaver af Patientvejledningen kun blev formidlet til praktiserende læger og ikke til sygeplejersker.

Mange sygeplejersker har imidlertid vist stor interesse for værket, og derfor har DSR købt licens til en internetudgave.

Redaktionen bag Patientvejledningen samler emneforslag fra sygeplejersker og håber på efterhånden at kunne opfylde diverse ønsker.

Du kan se Patientvejledningen 2005 og indsende emneforslag på <http://www.dsr.dk/msite/frontpage.asp?id=182>



Pia Gede Nielsen,
webredaktør,
pgn@dsr.dk



Lars Flindt Pedersen,
webjournalist,
lfp@dsr.dk



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

Mindre tvang. "Personalet er begyndt at betragte os som mennesker. Det troede jeg egentlig var indlysende. Men det er da en positiv kulturændring," siger formanden for landsorganisationen SIND om et stort anlagt projekt, der har fået tvangen på de psykiatriske afdelinger og afsnit til at falde landet over. Og som har gjort personalet mere tilfredse med arbejdet.

Små ændringer i tvang giver stor effekt

I 23 år har *Henriette Buemann Jensen* været psykiatrisk patient. Hun har med egne ord "en del traumatiserende erfaringer, både psykisk og fysisk" med tvang og bæltefikseringer.

Men for et par måneder siden havde hun en positiv oplevelse, som skilte sig ud.

En sygeplejerske kom og talte med hende. Stille og roligt. Og Henriette Buemann Jensen faldt ned.

Kort forinden var hun kommet op at skændes med en medpatient. Henriette Buemann Jensen hørte stille musik på en mp3-afspiller, som beroligede hende. Medpatienten ville også høre musik – men så høj musik, at Henriette Buemann Jensen nu ikke længere kunne høre sin egen musik.

"Når hun må, må jeg også," sagde med-

patienten, og personalet bad Henriette Buemann Jensen om at slukke for sin mp3-afspiller.

Hun blev vred, situationen kørte op, og da hun hørte ordene: "Så henter vi bæltet," brød hun grædende sammen.

Så var det, at sygeplejersken kom og talte med hende. Og blev hos hende.

"Den sygeplejerske og den snarrådige indsats er jeg evig taknemmelig for i dag," fortalte hun for flere hundrede mennesker på en konference den 12. januar i København.

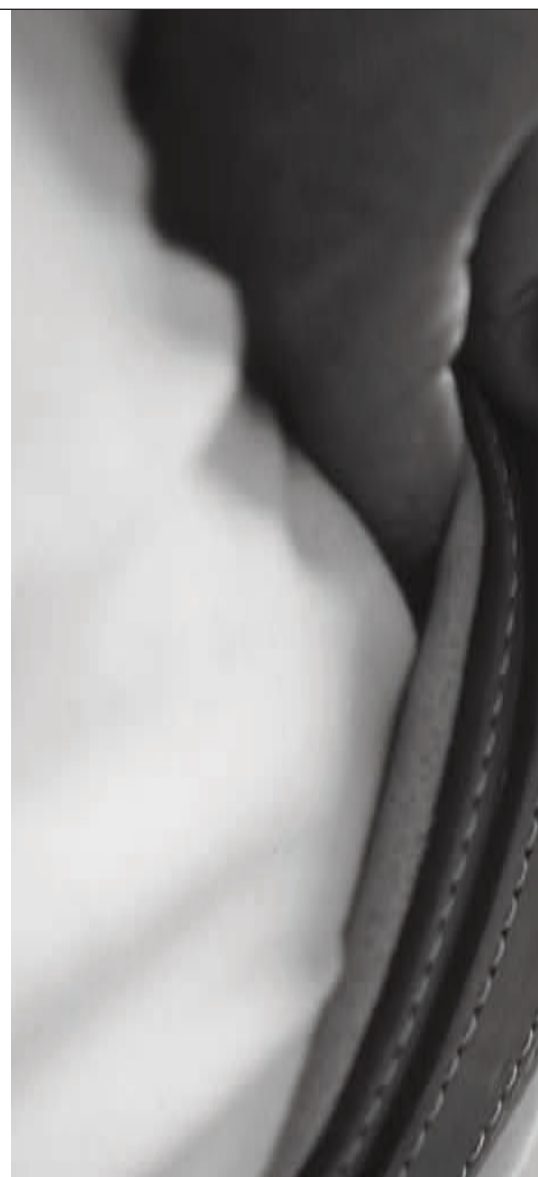
Konferencen var en opsamling på de erfaringer, psykiatriske afdelinger og afsnit landet over har gjort med hensyn til at minimere tvang – hvis det bruges – og højne kvaliteten, så patienten i højere

grad får en oplevelse og erfaring, som vedkommende bedre kan leve med.

Danmark i toppen med tvang

Når personalet står over for at bruge tvang, står de også ofte i et etisk dilemma: Er de i gang med et overgreb på patientens personlige grænser? Eller skal de behandle og overskride patientens grænser og dermed yde den behandling, de mener er nødvendig?

For ca. fire år siden begyndte medierne at beskrive den relativt omfattende og stigende brug af tvang i Danmark. Den Europæiske Komité til Forebyggelse af Tortur kritiserede den hyppige og ofte langvarige brug af bæltefikseringer på danske psykiatriske afdelinger. Sammen tog Amtrådsforenin-



Af Nina Vinther Andersen, journalist



ARKIVFOTO: BENT MIDSTRUP/SCANPIX

Færre bæltefikseringer i psykiatrien. Det nationale kvalitetsprojekt om tvang i psykiatrien har blandt andet betydet, at 27 afdelinger har mindsket brugen af tvang. De første resultater blev fremlagt på en konference den 12. januar i København.

►► FAKTA OM GENNEMBRUDSMETODEN.

Gennembrudsmetoden handler om at skabe gennemgribende kvalitetsforbedringer i sundhedsvæsenet. Det sker ved at tage udgangspunkt i "best practice," som de lokale afsnit og afdelinger kan tilpasse, så det passer til dem. Viden og erfaringer deles med andre gennem netværksgrupper.

Kvalitetsforbedringerne skal bygge på: Klare, specifikke mål, som svarer på: "Hvad vil vi opnå?"

Løbende dokumentation, som svarer på: "Hvornår er en forandring en forbedring?"

Forslag til konkrete forandringer, som svarer på: "Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?" Test af de forandringer og den dokumentation, der foregår.

Konklusion: Metoden er hensigtsmæssig og anvendelig i dansk psykiatri. Den opleves generelt som meget brugbar og forenelig med den daglige kliniske praksis. Knaphed i tid og ressourcer kan være den gennemgående udfordring:

Kilde: Det Nationale Gennembrudsprojekt om tvang i psykiatrien. Evaluering af projektet.

gen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen, Dansk Psykiatrisk Selskab – herunder også børne- og ungdomspsykologerne – Dansk Sygeplejeråd og H:S initiativ til at iværksætte et nationalt kvalitetsprojekt om brugen af tvang. Det tog afsæt i 2003, og i januar i år blev resultaterne fremlagt på konferencen.

"Nu ved vi, at vi kan skabe positive resultater," sagde den nordjyske amtsborgmester *Orla Hav* (S), og indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) kaldte resultaterne "meget opløftende og som tjener mange mennesker til stor ære."

Detaljeret billede af resultaterne

27 psykiatriske afsnit/afdelinger har i tværfaglige team arbejdet med tvang ud

fra målsætningen om at mindske tvangen.

De har grebet det meget forskelligt an. Nogle har fokuseret på bæltefikseringer, andre på aggressionsforebyggelse, og andre igen har villet forbedre den oplevelse, som både patienter og pårørende har haft med tvangen.

Al erfaring viser, at man ikke blot skal nøjes med én indgang til at mindske tvang, men at succesen stiger, jo bredere man arbejder med det.

Set i forhold til antallet af tvangsepisoder er der sket et fald i tvangen med hensyn til at holde patienterne tilbage mod deres vilje, at medicinere dem mod deres vilje og beskyttelsesfiksering.

F.eks. har hvert tredje sengeafsnit op-

nået et fald på min. 20 pct. bæltefikseringer. 8 pct. af sengeafsnitene har opnået et fald på min. en halvering af bæltefikseringer. F.eks. har afsnit P2 i Middelfart opnået et fald på 85 pct.

Men som formand *Frede Budolfsen* fra SIND påpegede, så er tal taknemmelige. Selv om han var glad for forbedringerne og projektet, så mente han langtfra, at der var tale om så store forbedringer, som politikere og embedsmænd så det.

"85 pct. i forhold til hvad? Var de alle sammen bæltefikserede?"

Der kan imidlertid også påvises betydelige stigninger. Døraflåsninger, f.eks.

Og lægger man de syv tvangstyper sammen, er der ikke umiddelbart særlig store ændringer at spore. Det samlede antal ►

► tvangsepisoder er steget med 64 tvangsepisoder fra 1.839 episoder i 1. halvår 2004 til 1.903 episoder i 1. halvår året efter.

Men som evalueringsrapporten noterer:

”Det er imidlertid værd at bemærke, at stigningen ikke er udtryk for, at alle sengeafsnit er steget. I stedet dækker det over meget store variationer på afsnitsniveau. En del afsnit har reelt nedbragt det samlede antal tvangsepisoder markant i samme periode.”

Og tre ud af fire tvangstyper er faldet betydeligt, når der måles på, hvor lang tid de varer.

En del patienter er tilfredse

Næsten halvdelen mener stadig, at personalet brugte unødvendig magt, og godt hver tredje psykiatriske patient syntes, den kunne være undgået. Men lidt flere – 43 pct. – mente det modsatte – at der slet ikke var tale om unødvendig magt, og at den ikke kunne være undgået.

Godt halvdelen fik udbytte af den opfølgende samtale. Mere end hver anden følte sig ikke orienteret på forhånd.

Når det drejer sig om, hvorvidt der blev taget hensyn til patienternes ønsker, om omsorgen var tilfredsstillende, og om personalet viste hensyn og respekt, var kvinderne mere utilfredse end mænd. Undersøgelsen viste måske ikke så overraskende, at patienter, der frivilligt havde indlagt sig, havde en mere positiv oplevelse end patienter indlagt med tvang.

Og når patienterne skulle foreslå, hvordan personalet kunne ændre håndteringen

►► **MINDRE TVANG I PSYKIATRIEN.** Den Europæiske Komité til Forebyggelse af Tortur har kritiseret den hyppige og ofte langvarige brug af bæltefikseringer på danske psykiatriske afdelinger.

Med Det Nationale Kvalitetsprojekt om brug af tvang i psykiatrien har repræsentanter fra ca. ¼ af psykiatrien været involveret i et landsdækkende netværksarbejde, der har fokuseret på anvendelsen af tvang. Målet har været at forbedre den patientoplevede kvalitet af tvang, udvikle den faglige og organisatoriske kvalitet ved brug af tvang og minimere brugen af tvang. 27 psykiatriske afsnit/afdelinger har i tværfaglige team arbejdet med tvang ud fra den målsætning.

I 2002 udgjorde antallet af personer udsat for tvang på de psykiatriske afdelinger 5.182 personer mod 5.496 i 2001.

►► **PATIENTERS TILFREDSHED.** Undersøgelsen er gennemført på 27 psykiatriske sengeafsnit. 523 spørgeskemaer blev udleveret. 220 er udfyldt efter én type tvang, 80 skemaer handler om flere forskellige typer tvang, og 17 er uoplyste.

55 pct. har i høj grad haft udbytte af den opfølgende samtale.

74 pct. har i høj eller nogen grad været tilfredse med omsorgen.

67 pct. har i høj eller nogen grad oplevet hensyn og respekt fra personalet.

46 pct. mener, at der i høj eller nogen grad har været anvendt unødvendig magt.

34 pct. mener, at tvangen kunne være undgået.

af tvang, var deres forslag næsten sørgeligt indlysende. Et svar lød f.eks. således:

”Snakke med patienten, mens han ligger i bælte eller lige efter.”

Til gengæld kunne det tydeligt ses, at personalets arbejde bar frugt. På et halvt år følte flere, at personalet viste hensyn og respekt, når de brugte tvang og flere fik en opfølgende samtale.

Det tager så kort tid

Små ændringer. Med meget stor effekt.

Det er en af de gennemgående konklusioner på det landsdækkende genembrudsprojekt, og som blev omtalt igen og igen på Amdradsforeningens konference.

Bl.a. fortalte to social- og sundhedsassistenter fra Hvidovre Hospitals Afdeling 809, hvordan der var kommet færre frustrationer blandt patienterne, efter personalet havde sikret, at de gav de samme informationer om afdelingen, f.eks. om rygepolitik.

De mest vidtgående forandringer på afdelingen handlede imidlertid om deres erfaringer med aggressionsforebyggelse.

Her havde afdelingen udarbejdet et skema, som personalet skal bruge til alle patienter, inden 72 timer fra de bliver indlagt.

Bl.a. bliver patienterne spurgt om, hvilke ting der tidligere har hjulpet patienten – det kan være en gåtur, et varmt bad, en åben dør?

Og de bliver spurgt om, hvad der tidligere har betydet, at patienten blev opkørt. Det kan være at blive rørt ved, at døren til værelset er lukket osv.

På den baggrund kan personalet lave en sygeplejediagnose om de ellers usynlige ting, som man kan bruge i behandlingen.

De beskriver, hvad problemet er – det kan være at miste kontrollen; hvad årsagen er – det kan være, at patienten har svært ved at magte frustrationer, og symptomerne kan være, at vedkommende bliver råbende og opkørt. Og så står der som sygeplejemål: At patienter oplever at blive hørt og ikke mister kontrollen.

”Vi var meget overraskede over, hvor lidt der skulle gøres. Hidtil har det været personalet, der vidste, hvad der skulle gøres. Her er det patienternes erfaringer, vi bruger. Det er en kulturændring. Og mange har spurgt: Hvorfor har I ikke



”Resultaterne er meget opløftende, og de tjener mange mennesker stor ære,” sagde indenrigs- og sundhedsminister Lars Løkke Rasmussen (V) på konferencen om tvang i psykiatrien i en kommentar til de første resultater af kvalitetsprojektet.

gjort det før? Men når man ser, hvad vi gjorde for 20 år siden, så kan man også blive overrasket,” fortæller social- og sundhedsassistent *Lene Jensen*.

Og *Kit Bergstein*, ligeledes fra Hvidovre Hospital, supplerer:

”Patienterne følte sig hørt og fik som en del af det indflydelse på deres liv.”

Lene Jensen:

”Vi blev opmærksomme på, at den information, personalet gav patienterne, afhænger uhyre meget af, hvem der gav dem: F.eks. hvornår der var morgenmad, om rygning osv.

Det gav frustrationer, når de fandt ud af, at de fik forskellige informationer.

Derfor har vi lavet et informations-skema med en vejledning, så vi er sikre på, at alle får de samme informationer. Når patienterne ved, hvad der sker, mindsker det risikoen for frustrationer.”

En konferencedeltager fra Brønderslev fortalte, at de havde arbejdet med et lignende skema. Her opdagede de, at det også gav fokus på personalets egen andel af konflikterne. At der skal to til en konflikt.

Og de indførte, at når en patient og en af personalet stod i en tilspidset situation, var det i orden, at en tredje af personalet kom op og sagde kodeordet ”Der er telefon til dig på Dorthes kontor.” På den måde kom alle parter ud af situationen med æren i behold.

Mange af de små ændringer af den faglige, psykologiske og organisatoriske adfærd går igen i evalueringsrapporten.

Sammen har de skabt en større, fælles tværfaglig forståelsesramme af, hvilke

elementer der er vigtige i forhold til at kunne højne den faglige og organisatoriske kvalitet i brugen af tvang.

Sygeplejersker nævner i rapporten, at personalet tør tage flere ”chancer,” før de bruger tvang.

At det er rart at tænke anderledes kreativt om tvang og gennemføre idéerne. Og der er indført pligt til at iværksætte forandrings tiltag (man bliver ikke bremset), skriver en.

Afdelingssygeplejerskerne har bl.a. noteret, at større rummelighed hos personalet og en begyndende kulturændring – at patienten går fra at være passiv modtager til aktiv medspiller.

Samlet set har forandringer ført til mere tilfredshed blandt personalet. 92 pct. af teamdeltagerne vurderer, at de som personale er mere tilfredse med anvendelsen af tvangsforanstaltninger sammenlignet med perioden før deltagelse i projektet. Team Herning udviklede et ”personalebarometer” til formålet. Medarbejderne på afsnittet gav hver månedens score på en skala fra 1-10.

”Barometret steg i perioden fra 7 til 11

med pil opad på en skala fra 1-10,” har Team Herning beskrevet det.

På konferencen talte flere om det vigtige i, at alle fortsatte i den positive retning, så de gode resultater ikke blot blev midlertidige, men derimod permanente.

Det kan være svært nok i sig selv. Sociolog *Henrik Dahl* fortalte i sit oplæg, hvor svært det er at ændre kulturen på en arbejdsplads.

”En realistisk ændringsproces tager udgangspunkt i en ændring af organisa-



ARKIVFOTO: SCANPIX

”Nu ved vi, at vi kan skabe positive resultater.” Amtsborgmester i Nordjyllands Amt Orla Hav (S) på konferencen om tvang i psykiatrien i januar, hvor de første resultater af kvalitetetsprojektet blev offentliggjort.

tionens ydre eller indre virkelighed, har et langt tidsperspektiv og afhænger af ledelsesstil. Ændrer man på organisationen, ændrer man på kulturen.”

redaktionen@dssr.dk

►► ANTALLET AF FASTHOLDELSESEPISDER:

- 46 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20 pct.
- 33 pct. har opnået et fald på min. 50 pct.
- Afsnit E15 Afdeling E i Bispebjerg (77 pct.).
- Afsnit D1 i Gerontopsykiatrisk afdeling i Århus (51 pct.).

►► VARIGHED AF TVANGSTILBAGEHOLDELSESEPISDER:

- 37,5 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20 pct.
- 17 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50 pct.
- Afsnit 7879 Psykiatrisk Center Glostrup (99 pct.).
- Afsnit E Psykiatrihospitalet i Dianalund (63 pct.).
- Afsnit 2621 Voksenpsykiatrisk Funktionsenhed i Hillerød (59 pct.).

►► VARIGHED AF BÆLTFIKSERINGSEPISDER:

- 37,5 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20 pct.
- 25 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50 pct.
- Afsnit P2 i Middelfart (92 pct.).
- Retspsykiatrisk afdeling i R4 i Ribe (85 pct.).
- Afsnit 41 Almenpsykiatrisk afdeling i Augustenborg (51 pct.).

►► ANTALLET AF TVANGSTILBAGEHOLDelser:

- 42 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 20 pct.
- 21 pct. af sengeafsnittene har opnået et fald på min. 50 pct.
- Afsnit 7879 Psykiatrisk Center Glostrup (91 pct.).
- Afsnit P2 i Middelfart (78 pct.).
- Afsnit P5 Psykiatrisk afdeling P i Odense (70 pct.).

Ubevidst dygtige. Sygeplejersker, der arbejder med truende og voldelige patienter, er ualmindelig gode til deres arbejde. Ved at bruge forskellige strategier og metoder forebygger de i høj grad vold og tvang. Men sygeplejerskerne er ikke bevidste om, hvor dygtige de er. Og de finder sig i for meget fra ledelsen. Dermed løber andre faggrupper med æren og opmærksomheden, mens de selv brænder ud, siger udviklingschef Lene Lauge Berring på baggrund af sit speciale.

Instinktiv pleje

”... Man kunne se, at paranoiaen florerede hos ham, i og med at jeg sad med telefonen. Jeg tænkte: Hvad fanden gør du nu, jeg lagde bare røret, og så tænkte jeg: Så løfter du bare skrivebordet og gør sådan her, hvis han kommer styrtende (viser med armene, at hun løfter bordet). Han kommer også styrtende ind på kontoret, men lukker døren indefra. Den her faste vagt, vi havde fået, blev bare så forskrækket, at hun kom løbende foran ham og blev stående i et hjørne og stod musestille. Hun sagde ikke et bogstav, og jeg syntes, det var så flot. Nu står han og piller ved låsen, for han vender straks om, da han kommer ind, han låser op, låser i. Tænkte, fint, jeg rejser mig stille og roligt, tager ham forsigtigt på skulderen og siger: Vi skal lige ud herfra, og der står de andre tre og kan slet ikke komme mig til undsætning, så jeg stod kun stille og roligt og ventede på, hvornår låsen blev slået fra, så jeg kunne give ham så stort et skub, så jeg kunne få en fod imellem døren, så de kunne få døren op. Vi knaldede alarmer.”

Sådan lyder et interview med sygeplejerske og udviklingschef på Psykiatrisk Center Gentofte *Lene Lauge Berring*, der har lavet speciale på Institut for Sygeplejevidenskab på Aarhus Universitet.

Ved at tale med og observere sygeplejersker på et afsnit i Storkøbenhavn har hun beskrevet, hvordan sygeplejersken interagerer med den voldelige og truende patient.

Resultatet er, at sygeplejerskerne i de svære situationer ikke blot gør deres bedste. De gør det ualmindelig godt. De im-

proviserer, lytter, føler og sanser sig frem og får patienten til at føle sig som en velkommen gæst.

De tror, de gør det instinktivt, men rent faktisk ligger der gamle, gennemprøvede metoder bag deres handlinger. De gør det på trods af 16-timers vagter, trusler om vold, nedslidte bygninger og lokaler, og de finder sig i alt for meget. Imens ser ledelsen passivt til.

”Jeg var til stede ved en episode, da en sygeplejerske får slået tænderne ud. Jeg går hen og siger: Skal du ikke på skadestuen. Og hun siger: Nej, jeg skal passe mit arbejde. Det er indgroet. Men man brænder ud i løbet af meget kort tid. Og det er både ledere og politikere, der sætter sygeplejersken i den situation: At hun hele tiden skal sidde ved telefonen og ringe efter vagter i stedet for at sige: Det er vores ansvar, og det er vores ansvar, at du ikke kommer hjem kl. 23,” siger Lene Lauge Berring.

Positivt overrasket

Hun har baseret sit speciale dels på litteratur og metodegennemgang, dels på passiv observation og interviews af sygeplejersker, der modtager tvangsinlagte patienter på et psykiatrisk sengeafsnit i Storkøbenhavn i en periode på to måneder.

Afdelingen omfatter akut døgnmodtagelse med overnatningsmulighed, åbne og lukkede sengeafsnit, gerontopsykiatrisk sengeafsnit og et daghospital. Dertil kommer fire distriktspsykiatriske centre, som er tilknyttet afdelingen.

Afdelingen modtager årligt omkring 1.500 patienter, som bliver indlagt – heraf

ca. 150 med tvang. På afdelingen arbejder en afdelingssygeplejerske, syv sygeplejersker og omkring 13 social- og sundhedsassistenter, en overlæge, reservelæge, socialrådgiver, ergoterapeut, fysioterapeut, lægesekretær og psykolog. Personalet har været i afsnittet fra tre måneder til 13 år.

”Det overraskede mig meget, at sygeplejerskerne var meget imødekommende og deeskalerede volden. Jeg havde jo læst mig frem til, at sygeplejersker fremprovokerede det, selv om jeg ikke selv havde oplevet det, og jeg har arbejdet på en lukket afdeling i mange år. Og jeg havde ellers bevidst valgt en afdeling med mange voldsomme patienter. Jeg gik efter et sted, hvor jeg var sikker på, at jeg så voldsomme situationer. Og det så jeg også, men de kom mere som en overraskelse,” fortæller Lene Lauge Berring.

For sygeplejerskerne gør rigtig meget for at forebygge de situationer i løbet af en arbejdsdag, der ellers er præget af kaos og uforudsigelighed. Allermest anstrenger sygeplejersken sig i selve modtagelsen, hvor hun lader, som om hun har tid og overskud og smider alt, hvad hun har i hænderne, for at modtage vedkommende.

Set analytisk deler Lene Lauge Berring sygeplejerskens tanker og handlinger op i tre strategier: Forberedelsesstrategien, hvor sygeplejersken forbereder modtagelsen praktisk og mentalt – er det på røde eller gule papirer? Får hun øjenkontakt med patienten, når han eller hun træder ind ad døren? Skal hun give ham hånden? Hun gør, som hun plejer, men uden det står skrevet nogen steder.

Hun bruger Beskyttelsesstrategien til at beskytte sig selv og omgivelserne. Sørger



"Det synes jeg altid, jeg har kunnet," svarede hun. Hendes far havde været dyrlæge og havde lært hende, at man altid kan se på en hund, om den er glad eller trist, selv om den ikke har noget sprog.

uddrag fra specialet

Af Nina Vinther Andersen, journalist

sygeplejerske fortæller; i fængslet er sygeplejersken den gode, mens hun opfattes som patientens modstander på en psykiatrisk afdeling.

Lene Lauge Berring:

"Patienter lider jo under, at sygeplejersken ikke har tid til at være ude i miljøet. De overlades til medpatienterne, og det er også fint, for de har mange erfaringer at dele, men det er galt, at sygeplejersken ikke er med i miljøet, hvor hun er rigtig god til at forebygge. Så kunne det være, at det kunne minimere tvangen endnu mere."

Ikke desto mindre bliver hun glad, hver gang hun ser på sit materiale.

"Jo mere jeg kigger på det, jo mere glad bliver jeg i virkeligheden for, at sygeplejersker har noget at gøre. Mit største problem er bare, at sygeplejersken ikke fortæller noget om det. Sygeplejerskerne har ikke tradition for at fortælle om det, de gør. Og de overser helt klart de metoder, de anvender. De har ikke ord for det. De tror, de nærmest er født med de evner," siger Lene Lauge Berring og fortæller om en sygeplejerske, som på spørgsmålet om, hvor hun havde lært at håndtere truende og voldelige patienter, svarede: "Det synes jeg altid, at jeg har kunnet." Hendes far havde været dyrlæge og lært hende, at man altid kan se på en hund, om den er glad eller trist, selv om den ikke har noget sprog.

"Når jeg så spørger ind til det, hun gør, så er det jo adfærdsterapi. Hun tror, hun handler pr. instinkt. Men det er jo klogt, når man skal interagere med en voldelig patient.

Problemet, som jeg ser det – og der er jeg en lille smule ked af det på sygeplejerskernes vegne – er, at man ikke anvender faglige begrundelser for sine metoder. Man går ind og fortolker en patient på baggrund af sin personlige viden – bruger ikke sygeplejefagligt sprog, og derfor kommer man ikke på banen i offentligheden. F.eks. fremhæver en sygeplejerske i selve modtagelsessituationen plejeren og social- og sundhedsassistenten og siger, at de er bedre end hende til det. Men det, der reelt sker, er, at sygeplejersken selv står forrest, fordi hun er bedst."

redaktionen@dsr.dk

for, at der er flere om at modtage patienten og eventuelt står i en kreds om vedkommende.

Og så iværksætter hun Introduktionsstrategien, hvor hun byder patienten velkommen og får stablet den indledende relation til patienten på benene; får etableret tillid, trøster, hvis det er nødvendigt, og undgår så vidt muligt konfrontationer.

Men bag ved det hele ligger hårde arbejdsbetingelser og lange, lange vagter. En virkelighed, som patienten møder, når vedkommende er blevet indlagt.

Eller som Lene Lauge Berring konkluderer:

"Modtagelsen (af en truende og voldelig patient) er som et skuespil, der foregår på en problemfyldt scene. Skuespillet foregår, at patienten er ventet og velkommen uanset de faktiske og kaotiske forhold. Sygeplejersken kaster sig over patientens indlæggelsesforløb uden megen forberedelse og improviserer sig igennem forestillingen. Derefter er der tæppefald, smin-

ken tørres af, og afsnittets virkelige ansigt træder frem. Patienten overlades til en pleje præget af scenens hårde arbejdsbetingelser."

Afdelingen er nedslidt. Elevatoren er overmalet med graffiti. Der er senge på gangen i afsnittet.

Der er lange vagter, trusler om vold, der nogle gange bliver ført ud i livet, få fridage, og sygeplejerskerne bruger meget tid på at ringe rundt for at fylde hullerne ud. Kaotiske arbejdsforhold og belastning medfører en "vis udmattelse" i personalegruppen og påvirker sygeplejerskens tolerancetærskel. Hun slipper den professionelle distance og udtrykker manglende lyst til dagens opgaver.

"...Andre udenfor skulle bare vide, hvordan her er, så kommer jeg hjem med et blåt øje, min kæreste vil ikke følges med mig, han siger, tænk, hvis de tror, det er mig, der har gjort det, nej så er der mindre vold i Vestre Fængsel, hvor jeg arbejder, der er sygeplejersken den søde," som en

ARKIVFOTO: BENT MIDSTRUP/SCANPIX

Patienter skal undervise patienter efter et amerikansk koncept. Det anbefaler Sundhedsstyrelsen i Danmark. I England er patientskolen udbredt til hele landet. Sygeplejersken er taget til London for at se på de engelske erfaringer. Fra en patientskole i forstaden Wembley til sundhedsministeriet, Richmond House.

►► **THE EXPERT PATIENT'S PROGRAMME.** England er det sted i verden, hvor den amerikanske patientskolemodel Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) er mest udbredt, og det eneste sted, hvor den er sat i system i forhold til et nationalt sundhedsvæsen. I England har man valgt at kalde det *The Expert Patient's Programme*. Det er gratis for patienterne at deltage, og alle, der opfatter sig som kronisk syge, kan melde sig. Programmet er ledet af kronisk syge. Staben består af lønnede koordinatore og ledere – i reglen ikke sundhedsfaglige personer – og frivillige undervisere. Som noget nyt er der nu også kurser på internettet.

Programmet blev igangsat i 2002 og er en del af en plan, som skal gøre sundhedsvæsenet parat til det stigende antal kronisk syge. Der er der ca. 17 millioner af i England.



De engelskes sygeplejerskers formand, Sylvia Denton, på trappen i fagforeningen Royal College of Nursing (RCN) hovedkvarter.

Rollemodel. De engelske sygeplejersker støtter op om et program, hvor kronisk syge mennesker underviser andre i samme situation. Patienterne og deres foreninger er også glade for programmet. Der er dog udfordringer med at få de mindre ressourcestærke patienter til at melde sig.

Giv magten tilbage til patienterne



► Næsten hver anden kronisk syge patient, som lider under træthed, smerte og depression, har fået det mærkbart bedre efter at have deltaget i patientskolen, hvor patienter styrer undervisningen. En næsten lige så stor procentdel føler, at de har færre symptomer. Desuden har patienterne 16 pct. færre hospitalsbesøg, 10 pct. færre hjemmebesøg og 7 pct. færre besøg hos den praktiserende læge. Det viser en rapport fra det engelske sundhedsministerium.

Ca. 19.000 kronisk syge patienter har været igennem *Expert Patient*-programmet, der har kørt siden 2002. Det er planen, at et lige så stort antal mennesker skal følge et kursus alene i år.

"Jeg mener, at kurset er godt for mennesker med kroniske sygdomme, for det hjælper at tale med andre mennesker i den samme situation, og man lærer, hvordan man kan håndtere sin sygdom," siger en af de patienter, *Sygeplejersken* har talt med. En anden fortæller, at vejtrækningsøvelserne har været fantastiske, fordi de har gjort hendes hverdag mere udholdelig.

Patientforeningerne giver også projekter gode karakterer.

Samtidig med de positive tilbagemeldinger har det vist sig, at det mest er de patienter, der i forvejen er gode til at håndtere deres kroniske sygdomme, som går på kurserne. Det bliver påpeget i to nationale evalueringer fra universitetet i Manchester. Især én gruppe melder sig, nemlig veluddannede, hvide middelklassekvinder.

En stor del af dem, som deltager, gør det, fordi de kan se sig selv som forbillede for andre, fastslår evalueringerne.

Det mener *Mike Bury*, professor i sociologi på University of London, er et stort problem.

"Min frygt er, at programmet vil forstærke uligheder i samfundet, fordi det ikke rammer, hvor der er mest brug for det. Folk, der går på programmet, er ikke mennesker, som man skulle tro havde brug for sociale tiltag," siger han.

Han har lavet en kritisk rapport om patientstyrede programmer for National Institute of Clinical Excellence (NICE).

Sygeplejers styrke

Mange fagpersoner, herunder især læger, er også kritiske. Men de engelske sygeplejerskers fagforening, Royal College of



"Folk, der går på programmet, er ikke mennesker, som man skulle tro havde brug for sociale tiltag," siger Mike Bury, der er professor i sociologi på University of London.



"Der er en styrke i sygeplejen. Og den ligger i at give magten tilbage til patienterne," siger Sylvia Denton, formand for de engelske sygeplejerskers fagforening: Royal College of Nursing (RCN).

Nursing (RCN) bakker op om projektet. Formanden, *Sylvia Denton*, er positiv, selvom sygeplejerskerne ikke har fået så stor en rolle.

"Der er en styrke i sygeplejen. Og den ligger i at give magten tilbage til patienterne. Vores rolle er at samarbejde med patienterne og informere dem, så de selv kan træffe valg," siger formanden, der halvdelen af tiden arbejder som kræftsygeplejerske. Her har hun oplevet, fortæller hun, hvor værdifuldt det er at bruge frivillige i sygeplejen. Hun har været med

til at starte et projekt op, hvor kvinder, der har været ramt af brystkræft kan rådgive andre i samme situation.

"Vi er kun sammen med patienterne en kort tid. Resten af tiden skal de klare sig selv," siger hun.

"Jeg har set folk få kontrol over deres liv. Dette er medicin, der hjælper mere end rigtig medicin," siger *Yetunde Adesanya*, frivillig underviser på patientskolen i Wembley.

redaktionen@dsr.dk

►► **PROGRAMMETS FREMTID.** *The Expert Patient's* budget skal tredobles i år fra 6 mio. pund om året til 18 mio. pund.

Fra næste år skal programmet overgå til at være en selvstændig enhed, finansieret af private fonde og af de lokale sundhedscentres budgetter.

Indsatsen for at få flere på *Expert Patient*-programmet bliver nu intensiveret. Det er planen, at der i fremtiden skal være undervisere fra flere forskellige grupper, f.eks. etniske minoriteter, og kurser for bl.a. børn og unge.

►► **KRITIK AF PROGRAMMET.** Et mindre forbrug af sundhedsydelse og bedre helbreds-situation for patienterne, som er med i det amerikanske patientprogram, er kun påvist på kort sigt, mener professor Mike Bury fra University of London, som har lavet rapporten: *A rapid review of the current state of knowledge regarding lay-led self-management of chronic illness* (2005), for National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), kan downloades på www.publichealth.nice.org.uk/

Af Anne Skrubbeltrang Thomsen, journalist • Foto: John Behets



ARKIVFOTO: STANFORD UNIVERSITY

”Der er en rolle for sundheds-personale at spille. Det er bare en anden rolle, end de er vant til,” siger Kate Lorig professor på Stanford University.

Universelt. Det amerikanske koncept, hvor patienter underviser patienter, er med til at gøre sundhedsvæsenet mere humant, mener ophavskvinden bag konceptet, der selv er uddannet sygeplejerske.

Opfinderen er sygeplejerske

Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) hedder den model, det engelske patientskoleprogram bygger på, og som Sundhedsstyrelsen i Danmark nu også har købt patent på. Opfinderen er *Kate Lorig*, som oprindeligt er uddannet sygeplejerske og nu er professor på Stanford University i Californien.

Programmet er i dag udbredt til op imod 30 lande og oversat til mange sprog. De frivillige undervisere går alle steder frem efter samme manual og undervisningsmateriale. For at bruge det skal man købe licens af universitetet.

Kate Lorig ser ingen problemer i at køre samme program på tværs af kulturer.

”Smerte, åndenød, træthed er univer-

selt for kronisk syge,” siger hun. Idéen med programmet er, at det bliver drevet af patienter, men hun synes, at sundhedspersonale kan spille en rolle.

Rykker magtbalancen

”Der er en rolle for sundhedsprofessionelle at spille. Det er bare en anden rolle, end de er vant til.

De kan hjælpe med kvalitetskontrol og støtte op om de frivillige i baggrunden.” Hun synes, at programmet er med til at gøre sundhedsvæsenet mere humant, fordi det rykker magtbalancen en lille smule.

Hun fortæller, at ideen til programmet opstod, da hun tilbage i 1970'erne – sammen med kollegaer fra universitetet – var

med til at udvikle et selvstyringsprogram for gigtpatienter. Her fandt hun ud af, at deltagerne ofte havde mere end en kronisk sygdom. Og det samme billede tegnede sig for alle kronisk syge, der i gennemsnit havde 2,2 sygdomme.

”Vi indså, at der virkelig var brug for et program, som kunne gå på tværs af sygdomme. Da startede vi med at udvikle det program, vi kender i dag.”

Programmet blev testet med over 1.000 deltagere.

”Det så ud til at hjælpe folk med at håndtere deres sygdom bedre og have færre symptomer og et lavere forbrug af sundhedsydelse,” siger hun.

redaktionen@dsr.dk



Ildsjæl. Jean Thompson er gået fra at være en svækket gigtpatient og mor til at være farmor med styrke og overskud både til barnebarn og kronisk syge i hele England. Hun har ansvar for, at Ekspert Patient-programmet i alle hjørner af landet kører, som det skal. Og det har hun vundet den engelske dronnings højeste udmærkelse for.

”Jeg tænkte. Det er bare et simpelt kursus. Hvad kan jeg lære af det? Jeg har haft gigt, siden jeg var teenager,” siger Jean Thompson om den første gang, hun stødte på et patientstyret kursus for kronisk syge. Hun er såkaldt principal trainer og er med i den øverste ledelse af *Expert Patients*-programmet.

Power-farmor

tager hånd om kronisk syge

Det første, man lægger mærke til ved *Jean Thompson*, er, at hun taler. Meget. Og så griner hun højt og klart.

Smilerynker fylder hendes ansigt, selv om hun kan fortælle om et liv med megen smerte. 58-årige Jean Thompson blev første gang grebet af patientarbejdet for 13 år siden, hvor hun fik job i den engelske gigtforening.

”Jeg så en reklame i avisen, *The Guardian*, som spurgte: ”Har du gigt?” Det viste sig at være en jobannonce. Foreningen søgte efter en person, som kunne rådgive gigtpatienter over telefonen. For første

gang i mit liv blev jeg bedt om at have en sygdom,” griner hun.

”Jeg havde ellers hele tiden fået at vide, at jeg ikke kunne få et job på grund af min gigt.”

På det tidspunkt var det godt nok lykkedes Jean Thompson at få et job, hvor hun kunne bruge sin uddannelse som lærer og vejlede børn og voksne med særlige problemer.

Her kunne hun få lov til at sidde ned ved et bord, hvilket var vigtigt, fordi hun på det tidspunkt brugte krykker.

Jean tog imod jobbet i gigtforeningen

med kyshånd. Det var her, hun for første gang stødte på patientstyret undervisning efter samme principper som *Expert Patients*-programmet. Kurset fangede hendes interesse. Hun fortsatte ad samme spor og startede med at arbejde med *Expert Patients*-programmet, da det for alvor gik i gang tilbage i 2002.

Skifte til et nyt spor

Men Jean Thompson fortæller, at hun til at begynde med var meget skeptisk.

”Jeg tænkte. Det er bare et simpelt kursus. Hvad kan jeg lære af det? Jeg har haft

gigt, siden jeg var teenager. Men faktisk er det enkeltheden, der er styrken,” siger hun.

”Mit syn på tilværelsen var ikke positivt. Og hvis jeg var fortsat ned ad sygdomsruten, ville jeg formentlig ikke være i stand til at favne livet, sådan som jeg gør det nu. Jeg har set tusindvis af mennesker, som har tabt grebet om, hvem de er som personer,” siger Jean Thompson.

Fordelen ved *Expert Patients*-programmet og andre lignende kurser er netop, at de hjælper folk med at lære at leve igen – at finde en kurs i tilværelsen.

”Grunden til, at jeg først blev så vild med den type programmer, er, at de virkelig engagerer lokalsamfundet. Og folk går fra at være deres sygdom til først at være mennesker. De indser, at de har muligheder i tilværelsen. De står ikke ved verdens afgrund,” siger hun.

De frivillige instruktører er her et levende bevis på, at det kan lade sig gøre at være kronisk syg og have et godt liv, mener hun.

Energi som en chimpans

”Jeg blev farmor sidste år, og det er fuldstændig fantastisk, for jeg føler det, som om at jeg har fået en chance til. Da jeg fik mine to drenge, havde jeg meget store smerter.

Og jeg sad i rullestol en stor del af min ældste søns opvækst. Jeg kunne ikke gå rundt og tage mine børn op og pusle med dem så meget, jeg gerne ville. Nu føler jeg, at jeg er som en chimpans,” siger Jean, der nu hverken behøver krykkerne eller kørestolen længere.

Også arbejdslivet er blevet meget aktivt. Jean laver en lille trappe med hænderne for at vise, at hun i sit job rejser fra grænsen til Skotland i nord, til midten og til Brighton ved sydkysten. Hun sikrer, at kvaliteten er i orden og afholder kurser.

Jean bemærker, at hun kunne blive ved med at fortælle anekdoter i timevis om positive forandringer, hun har set i menneskers liv, efter de har deltaget i programmet.

”Men det er lidt som historierne i Biblen, er det ikke? Den lamme mand begynder at gå,” siger hun, griner og fortsætter: ”Kritisk indrettede mennesker tror ikke rigtigt på det. Men mange kan overbevises, hvis de ser resultater.”

Baggrund som sygeplejerske en fordel

Polly Sandhu er leder af *Expert Patients*-programmet i Wembley. Hun har en baggrund som sygeplejerske, og det synes hun hjælper meget i det daglige arbejde.

”Jeg synes, det er sørgeligt, at man ikke har involveret sundhedsfagligt personale mere i programmet. For jeg mener, at jeg som sygeplejerske er bedre til at støtte både folk på kurset og de frivillige undervisere, end hvis jeg bare havde en administrativ baggrund,” siger Polly Sandhu.

Hun oplever, at kursisterne har tillid til hende og spørger hende om ting vedrørende deres sygdom. Det kan være noget, lægen har sagt, som de ikke har forstået,

eller et problem de ikke ved, hvordan de skal gå videre med.

Erfaringen som sygeplejerske betyder, at hun kan drage nytte af sin viden og sit netværk. Og det mener hun kan være en forklaring på, at hun ikke oplever problemer med at få deltagere til kurserne. Det er ellers udbredt i hele landet.

”Fordi jeg har klinisk erfaring, ved jeg, hvem jeg kan sælge kurset til. Og jeg ved, hvordan jeg skal overbevise mine kollegaer i branchen. Derfor behøver jeg ikke at sælge det så hårdt. For jeg kan fortælle, at der findes evidens.”

redaktionen@dsr.dk



”Fordi jeg har klinisk erfaring, ved jeg, hvem jeg skal sælge kurset til. Og jeg ved, hvordan jeg skal overbevise mine kollegaer i branchen,” siger Polly Sandhu, der er leder af *Expert Patients*-programmet i Wembley.

redaktionen@dsr.dk

Frivillig underviser, pensionist og tidligere leder af et varmeværk Jim Perrin tegner og fortæller. Han har diabetes og har selv været igennem kurset.



Patienterne lytter aktivt fra venstre: Olga Daley, Dorothy Foster, Patricia Pinard, Manny Chauhan, Ahmed Bakhirawala og Araya Akalework.

Målvogterne. Et hold patienter er på patientskole efter amerikansk forbillede. Sygeplejersken har besøgt en skole i Wembley, England. Denne dag handler det om at sætte mål, der kan forbedre livet.

I skole med patienter

Kost, træning, træthed, smerte og angst, det er nogle af de emner, et hold på en patientskole i Wembley skal igennem på seks uger. *Sygeplejersken* har besøgt holdet en grå vintereftermiddag i januar. En lille gruppe kronisk syge mennesker mødes en eftermiddag om ugen i to en halv time i det lokale sundhedscenter, som servicerer de ca. 300.000 borgere i kommunen Brent.

Syv kvinder og fem mænd er samlet i et lokale i byens sundhedscenter. I det ene hjørne af rummet sidder en lille mand med et fint rundt brunt ansigt, et venligt smil og rød trøje.

Det er anden gang, holdet mødes i patientskolen. De er her for at finde ud af, hvordan de kan blive bedre til at håndtere deres kroniske sygdom. Stemningen virker kammeratlig og varm, det mærker man med det samme.

"Lad være med at sætte dig for høje mål. Vælg ét mål. Forsøg i næste uge at

løse dit problem skridt for skridt. Forsøg at manøvrere dig igennem. Et realistisk mål for mange vil være at gå 1 mile (1,6 km, red.), men kan det ikke lade sig gøre, kan mindre gøre det," siger *Yetunde*, en kvindelig underviser, til en ældre kvinde, *Helen*. Hun har haft svært ved at nå de mål for kost og motion, hun satte sig sidste uge.

Yetunde spørger ud i klassen, om der er forslag til, hvordan *Helen* kan løse sit problem.

Samtidig skriver *Jim*, den anden underviser, idéerne op på et stort stykke papir.

Araya, som manden med den røde trøje hedder, har sat sig som mål at gå 2-3 miles (3-5 km, red.) hver dag og svømme et par gange om ugen. Han fortæller glad, at han har nået sine mål.

Hjælp til at sige nej

En lidt kraftig kvinde fortæller, at hun har spist for meget til en fest. "Jeg er bare

for grådig. Jeg behøver hjælp til at lære at sige nej," siger hun. Alle griner. Igen skriver *Jim* forslag fra klassen op: Spis en halv time inden, vælg en eller to favoritter, koncentrer dig mere om det sociale, prøv at finde noget sundt.

Yetunde, der kender problemet fra sig selv om ikke at kunne modstå mad, siger: "Eller må jeg foreslå, at I, når I har været uartige, motionerer lidt ekstra. Det handler om at gøre det, I faktisk kan gøre. Kun én person ved, hvordan I har det. Få så meget som muligt ud af den måde, du løser problemerne på," siger hun.

Onnd cirkel

Et andet tema denne dag er angst. "Man skal bryde den onde cirkel. Træthed som leder til depression, spændinger, stress, angst," siger *Jim*. Han tegner en stor cirkel med pile, der forbinder ordene. "Hvor mange af jer har oplevet nogle af de følelser?" spørger han. "Det tror jeg, vi alle

Af Anne Skrubbeltrang Thomsen, journalist • Foto: John Behets



Yetunde Adesanya, frivillig underviser: "Jeg tror ikke, sundhed handler om medicin. Jeg har altid gået ind for alternative behandlingsformer. Dette programs tilgang med rigtig mad og træning har hjulpet mig."



Diskussion på tommandshånd: Yoginder Maini og Helen Shaftefley.



sammen har," siger en midaldrende mand med briller. Flere nikker tilkendegivende. Så bliver folk bedt om at sætte sig ned med deres sidemand og diskutere i 4-5 minutter. Intens snak og mumlen. Herefter skal den ene præsentere den andens sygdom og de følelser, der knytter sig til den, for resten af holdet. Flere har diabetes og gigt, én har bare ondt i knæene, fordi hun står op i en butik hele dagen. Andre har hjerteproblemer. Alle har oplevet, at deres sygdomme presser sig på i hverdagen og giver negative følelser. Igen kommer der løsninger op på papirtavlen. "Find modet og motivationen, acceptér at du er syg, hold dig beskæftiget. Araya markerer sig. "Jeg synes, vi skal opfordre til, at flere kommer ud, går en tur i parken for at møde folk," siger han.

Brev til Gud

Yetunde siger, at netop motion kan få de negative tanker på flugt. Et par stykker på holdet indvender, at det kan være svært, når man er rigtig dårlig.

De fleste kan røre sig på en eller anden måde, mener *Yoginder*, en mand med tur-

ban: "Man kan næsten altid bevæge sine lemmer. Jeg plejer at bevæge mine ben op og ned, når jeg er med undergrundsbanen," siger han. Han synes, at det er en god måde at distrahere sig selv på, hvis man er dårlig.

Yetunde fortæller, at sidste uges lektie gav idéer om, hvordan man kan distrahere sig selv og fjerne opmærksomheden fra sygdommen. Sidste gang blev holdet bedt om at lave vejtrækningsøvelser og læse

"Man kan næsten altid bevæge sine lemmer. Jeg plejer at bevæge mine ben op og ned, når jeg er med undergrundsbanen," siger Yoginder Maini.

afsnittet om "at grine." Hun siger, at både den rigtige måde at trække vejret på og humor er god medicin. Og tilføjer: "Moti- on skal også være sjovt. Gider du ikke fitnesscentre, så gør noget andet. Jeg svømmer og sover som en baby bagefter."

En af kvinderne synes, det er svært at dele følelser med andre. Yetunde opfordrer hende og andre til at skrive tanker ned i dagligdagen.

"Psykologien er nået frem til, at det hjælper dig med at håndtere følelser, når

du skriver dem ned. Selv plejer jeg at skrive et brev til Gud," siger hun og smiler.

Alle deltagere bliver opfordret til at lave en aktivitetsplan.

8-10 styrketræningsøvelser 20-30 minutter og konditræning 3-4 gange om ugen (herunder almindelig gang). Det bliver alle deltagere opfordret til at have som målsætning, medmindre de slet ikke er i stand til det på grund af sygdom eller smerter. Så kan mindre gøre det. Det vigtige er, at der er mål for hver uge. Og målene kan være ambitiøse, men skal også være realistiske. Det handler om at rykke deltagerens grænse hele tiden, skridt for skridt. Aktivitetsplanen indeholder også langsigtede mål, om hvad man vil med sit liv, f.eks. finde et nyt job, starte på en uddannelse eller tabe sig nogle kilo.

Araya vil fortsætte sin ambitiøse træningsplan med gåture hver dag og svømning et par gange om ugen. Den første uge gik jo godt. Han synes dog, at der kan være stor forskel på, hvad han orker fra dag til dag. "Jeg kan gøre rigtig meget én dag og en anden dag meget mindre," siger han.

redaktionen@dsr.dk

“Dette er et program ledet af patienter, støttet af patienter og ønsket af patienter,” siger Harry Cayton, øverste ansvarlige embedsmand i det engelske sundhedsministerium.

Patienterne skal selv styre deres sygdom



Principper og penge. En engelsk diabetespatient bruger ca. fire timer om året sammen med sundhedspersonale. Resten af tiden skal hun eller han tage sig af sig selv. Derfor skal patienter styre programmet hele vejen igennem, mener den øverste ansvarlige i det engelske sundhedsministerium. Hårdt presset indrømmer han, at den beslutning ikke bare handler om principper, men også om penge.

I det engelske *Expert Patient*-program er der gjort meget ud af, at det skal være styret af kronisk syge på alle niveauer. Sundhedsprofessionelle skal så vidt muligt holdes udenfor.

Ikke bare de frivillige undervisere er kronisk syge, det er de lønnede koordinatore i sundhedscentrene også.

Kravet for at blive ansat er administrative og ikke sundhedsfaglige kvalifikationer. En del frivillige undervisere har arbejdet sig op og fået et job på patientskolerne.

Sygeplejerskernes officielle holdning er positiv, mens især lægerne har markeret sig negativt.

Blandt sundhedspersonale generelt er der en del skepsis. Det viser evalueringsrapporter fra universitetet i Manchester, der også konkluderer, at det ville få flere mennesker fra mindre ressourcestærke grupper til at deltage i programmet, hvis det var bedre integreret med resten af sundhedsvæsenet. *Sygeplejersken* har talt med den øverste ansvarlige for program-

met i det engelske sundhedsministerium, *Harry Cayton*:

Hvordan stiller du dig til de vanskeligheder, der har været med at rekruttere patienter til kurset?

”Dette er et program ledet af patienter, støttet af patienter og ønsket af patienter. Men det har været svært at få sygeplejersker og især læger til at tage det alvorligt. Nogle sygeplejersker og læger støtter op omkring os, men størstedelen har ikke været til meget hjælp,” siger Harry Cayton.

Ville det ikke hjælpe at få flere af de professionelle til at arbejde inden for programmet?

”Det er ikke et uddannelsesprogram. Det er et motivationsprogram. Så der er ikke brug for de kvalifikationer, sygeplejersker og læger har. For det handler ikke om sygdom, men om at finde ud af, hvordan du kan undgå at lade sygdom bryde negativt ind i dit liv. Det skal ledes af patienter,

fordi de er de eneste, der kender svaret på det,” siger Harry Cayton.

Det har været et problem, at det først og fremmest er de ressourcestærke, der kommer på programmet, hvordan vil I løse det?

”Hvis bare vi kunne få flere læger og sygeplejersker til at anbefale det. Det er, fordi vi er nødt til at rekruttere gennem mund til mund og reklamer,” siger Harry Cayton.

Hvorfor ansætter I så ikke flere sygeplejersker?

”Det kunne vi gøre, men vi har kun penge til at betale for programmet. Vi har ikke penge til at betale dem for at rekruttere,” siger Harry Cayton.

redaktionen@dsr.dk

► MERE INFORMATION

www.expertpatients.nhs.uk

<http://patienteducation.stanford.edu/>

Hvert år fødes cirka 25 børn i Danmark, som sammen med deres forældre kan blive medlem af:

Landsforeningen for arm/bendefekte og AMC, Arthrogryposis Multiplex Congenita



Ved du, hvem der kan komme og fortælle de nybagte forældre, at deres nyfødte barn - uden arme eller ben - også kan lege med dukker, spille bold eller stå på ski?

Sekretariatet til Landsforeningen for arm/bendefekte og AMC
Egebæksvej 28
8270 Højbjerg

Tlf. 8739 6400

Telefontiden er mandag til onsdag kl. 9.00-14.00

www.arm-bendefekte-amc.dk

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Patientsikkerhedskonferencen 2006

Så er det nu, du skal melde dig til, hvis du vil sikre dig en plads på Patientsikkerhedskonferencen
onsdag den 26. april 2006!

Hovedtaler er professor Didier Pittet, der er leder af WHO's Global Patient Safety Challenge om håndhygiejne. Konferencen sætter også fokus på patientens perspektiv og muligheder for at bidrage til øget sikkerhed, samt på sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser. Som noget nyt vil konferencen i år også byde på tre parallelle sessioner. Session A er om den amerikanske Save 100,000 Lives Campaign, der via seks tiltag skal redde 100,000 amerikanske patienters liv. Parallelsession B sætter fokus på ledelse og patientsikkerhed, bl.a. om økonomiske aspekter og forskellige konkrete ledelsesredskaber, bl.a. patientsikkerhedsstuegange, mens session C er om patientsikkerhed i primærsektoren, bl.a. om utilsigtede hændelser i almen praksis og hjemmeplejen.

Konferencen finder sted på Arkitektskolen i København.

Se hele programmet og tilmeld dig konferencen på Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside www.patientsikkerhed.dk

Kursus for ledere

Bevidst og effektiv kommunikation!

En afgørende lederkompetence i sygehusvæsenet.

Både før, under og efter forandringsprocesser i sygehusvæsenet, er det afgørende, hvordan du som leder anvender sproget til at fortælle om og skabe forståelse for alt det nye der sker. Effektive sproglige strategier for intern og ekstern kommunikation, anvendt på en korrekt måde, fremmer en succesfyldt proces. Du får på dette kursus, inspiration og indsigt i vigtige og effektive sproglige virkemidler, som kan bidrage til at udvikle dig som leder.

Undervisere:

Inger Askehøve, lektor, ph.d. og institutleder ved Institut for Sprog, Kultur og Æstetik ved Aalborg Universitet.

Karen Korning Zethsen, lektor, ph.d. ved Handelshøjskolen i Århus.

Helle Adolfsen, Chfesygeplejerske på Fredericia og Kolding Sygehuse.

Søren Dalsgaard, Journalist, lektor ved Danmarks Journalisthøjskole.

Den 2. maj 2006 på Scandic Kolding eller
Den 4. maj 2006 på Scandic Glostrup

Læs mere på www.seminarer.dk eller ring på 66 15 90 43

Seminarer.dk
i Amter & Kommuner

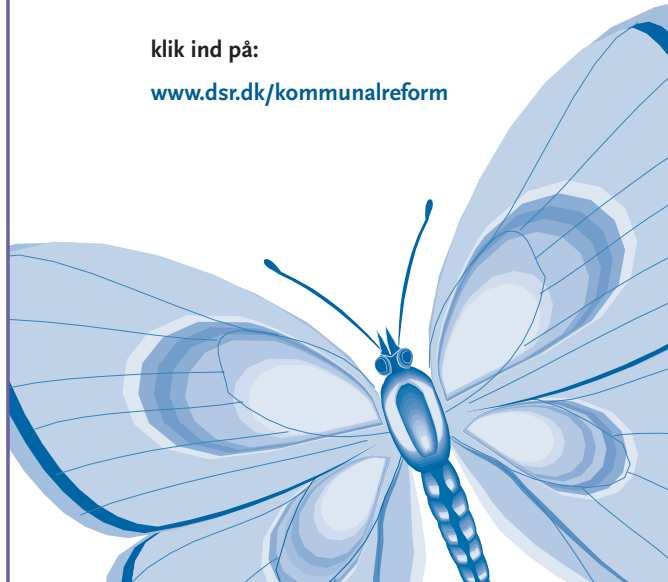
Hvis DSR vidste hvad
DSR ved

Projekt Kommunalreform

Følg med i Projekt kommunalreform -

klik ind på:

www.dsr.dk/kommunalreform





Valg til lokale bestyrelser 2006

Den lokale formand

Hele sundhedsvæsenet følger med jobbet

Nyt perspektiv. Frihed og fleksibilitet, men også mange opgaver. Bindeled mellem organisationens lokale og centrale ledelse. Tillidsrepræsentant, leder og forhandler. Det er nogle af ingredienserne i jobbet som lokal sygeplejerskeformand.

”Nej, hvor dejligt! Nu kan jeg koncentrere mig om sygeplejerskerne.”

Sådan tænkte *Elisabeth Wichmann*, da hun gik fra at være mellemlider i Nexø Kommune til at være amtskredsformand for sygeplejerskerne på Bornholm for fem år siden. Men hun måtte tro om igen:

”Sygeplejerskernes nøgleposition i sundhedsvæsenet gør, at det hele følger med. Fra de øverste politiske niveauer på Christiansborg til de helt brugernære miljøer. Tidligere havde jeg det *horizontale* spektrum rundt i den virksomhed, jeg befandt mig i. Nu er det blevet mere lodret fra det politiske niveau til arbejdspladsniveauet. Og lige så komplekst, om ikke mere. Det overraskede mig.”

Elisabeth Wichmann havde været medlem af den lokale amtsbestyrelse og senere næstformand, da den lokale formand skulle på ni måneders uddannelsesorlov. Det betød en sjælden mulighed for at prøve jobbet som formand. Og da der næste gang var amtsbestyrelsesvalg, blev hun valgt som formand uden modkandidat for de ca. 690 sygeplejersker på Bornholm.

Kommer man for langt væk fra arbejdspladserne som lokal organisationsformand? Nej, mener den bornholmske formand:

”Selvfølgelig har jeg ikke personligt den daglige kontakt på arbejdspladsen. Derfor er jeg også helt afhængig af tillidsrepræsentanterne og deres tilbagemeldinger.”

Desuden holder Elisabeth Wichmann faste møder med tillidsrepræsentanterne fra den primære sektor, fra sygehuset og fra sundhedsplejen samlet. Det er godt for alle at høre, hvordan det går både på sygehuset og i kommunen.

”Tingene hænger sammen,” siger Elisabeth Wichmann.

Som formand trækker hun også meget på sin amtsbestyrelse, der heldigvis repræsenterer arbejdspladserne bredt. Sygehuset, den primære sektor, sygeplejerskolen.

Derved får alle en rigtig god information hele spektret rundt, siger Elisabeth Wichmann. Desuden får hun vigtig information fra de ledende sygeplejersker.

Frustrerende fleksibilitet

Der er stor selvbestemmelse i jobbet som lokal formand, fortæller Elisabeth Wichmann. Men frihed og fleksibilitet kan også skabe frustrationer:

”Lige så stor en fordel, det er at være selvbestemmende, hvad angår arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse, lige så farligt kan det være. Man får ofte nogle arbejdsuger med mange timer. Arbejdstid og fritid glider let over i hinanden.”

Hvor skemalagt er din dag? Kan dagen

►► **KØREPLANEN.** Dansk Sygeplejeråds kongres beslutter i dagene fra den 1. og 2. marts 2006, hvilken struktur Dansk Sygeplejeråd skal have med virkning fra 2007.

Derefter igangsættes valg af lokale formænd, næstformænd og lokale bestyrelser. Der er direkte valg til ikke alene formandsposterne, men også næstformandsposterne, og for første gang vil Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer kunne afgive deres stemme over internettet.

Opstillingsfristen for kandidater slutter fredag den 7. april 2006. Selve valghandlingen går i gang den 5. maj og varer til 29. maj, hvor valgets resultat ventes offentliggjort kl. 14.

Medlemmerne af Dansk Sygeplejeråds nye lokale bestyrelser mødes til den første ordinære kongres i dagene 6.-9. november 2006.



Arbejdet som lokal formand er også at have værtsrollen, når Dansk Sygeplejeråds formand besøger lokale arbejdspladser og deltager i lokale medlemsmøder. Her ses Connie Kruckow (midt i billedet) på besøg for nylig på MKO-afdelingen på sygehuset i Rønne, ledsaget af den lokale formand.

have været helt anderledes, når du lukker og slukker, end du troede, da den begyndte?

”Helt klart. Der kommer folk ind, og der opstår akutte problemer, som vi skal være med til at løse. Forhandlinger er for det meste planlagte. Men opstår der noget akut, hvad der nemt gør, så må man jo tage de nødvendige kontakter og prøve at få redet trådene ud.”

Elisabeth Wichmann er også ledernes tillidsrepræsentant. Hun vurderer, at hun ca. en gang om ugen har besøg af en sygeplejefaglig leder. Besøget kan dreje sig om mange forskellige spørgsmål. Det kan være både arbejdsrelaterede, organisatoriske eller personlige problemer.

”Eller måske har de bare behov for, at en udenforstående lægger ører til. Og så taler vi om, hvad der er den mest hensigtsmæssige løsning. Det gør jeg meget ud af,” siger hun.

Den lokale formand skal desuden bevare en god kontakt til arbejdsgiverne.

”Sygeplejerskerne arbejds-givere er helt klart både med- og modspillere. En række arbejdsgiverrepræsentanter er også DSR-medlemmer. Jeg synes ikke, det er noget problem i hverdagen, og i en forhandlings-situation kommer vi jo længst med, at begge parter kan være tilfredse. Den store arbejdsgiver – regionskommunen – har

jeg bestemt også et godt forhold til. De lytter til os, helt klart.”

Blus under debatten

Ifølge Elisabeth Wichmann er en af de fornemste opgaver som lokalpolitiker at motivere og sætte blus under den politiske debat om sundhedspolitikken. Sygeplejersker, der mødes rundt omkring, skal ikke kun have øje for det lokale, men også, hvor vi er på vej hen i sundhedsvæsenet. De holdninger, som Dansk Sygeplejeråd står for, skal tages med ind i de lokale diskussioner. Det er utroligt vigtigt, at sygeplejerskerne tænker sundhedspolitisk, mener Elisabeth Wichmann og tilføjer:

”Og det synes jeg også, vi er gode til.”

Den bornholmske amtskredsformand har endnu ikke besluttet, om hun genopstiller i Dansk Sygeplejeråds nye organisatoriske struktur. Det afhænger af, om kongressen beslutter, at det østligste Danmark skal have en frikøbt lokal repræsentant:

”De geografiske forhold betyder, at det ville være meget svært for mig at få mulighed for at varetage arbejde som ikke-frikøbt bestyrelsesmedlem ved siden af mit almindelige arbejde som teamleder i Syd-bornholms døgnplejevirk-somhed,” siger Elisabeth Wichmann.

sp@dsr.dk

►► **KALENDEREN.** Den lokale formands kalender for uge 5 omfattede blandt andet deltagelse i flere møder i hovedstadsområdet over to dage. De planlagte punkter på kalenderen begyndte med forberedelse af dagsordenen for amtskredsformændenes næste møde og senere en reception i en anden fagorganisation. Dagen efter møde i København med de faglige klubber for faglige sekretærer og HK'ere og efterfølgende møde med sygeplejefaglige ledere i psykiatrien. Så var der møde med fællestillidsrepræsentanter i Region Hovedstaden. Og så hjem til Bornholm, hvor den følgende dag var sat af til besøg af Dansk Sygeplejeråds formand på arbejdspladser på sygehuset og primærsektoren, afsluttet med medlemsmøde med deltagelse af 73 sygeplejersker – mere end en tiendedel af medlemmerne. Dagen efter interview-aftale og arbejde med materiale til fire amtskredses fælles projekt i forhold til kommunalreformen i hovedstadsregionen.

Eva Sørensen: "At kunne bidrage med idéer er fuldstændig afgørende for at få magt og sætte dagsordenen."

Strukturen skal give handlekraft

Toptunet. Kommunalreformen er blevet en anledning til at standse op og tænke nyt, både i den offentlige sektor og i organisationsverdenen. Visioner og gode ideer er vejen til indflydelse, siger samfundsforskeren Eva Sørensen fra Roskilde Universitetscenter (RUC). Sygeplejersken har talt med professoren i anledning af, at Dansk Sygeplejeråd skal have en ny politisk struktur.



Det er godt at bygge på *nærhed, sammenhængskraft og slagkraft* (de tre hjørneste-
ne i Dansk Sygeplejeråd, red.), mener
Eva Sørensen. Hun er professor i sam-
fundsvidenskab og erhvervsøkonomi ved
Roskilde Universitetscenter (RUC), og
hun har tidligere fulgt Dansk Sygepleje-
råds arbejde med organisationsudvikling.

"Men *handlerum* er også vigtigt," siger
hun.

Organisationens topledelse skal have
handlerum for at indgå aftaler og øve ind-
flydelse. Men samme handlerum skal
man også have på regionsniveau eller
kreds niveau og på arbejdspladsniveau.

"Tiden er nu til at sætte organisatio-
nens enkelte dele fri, samtidig med at
man etablerer en samlende kraft, som i

virkeligheden handler om, at vi taler sam-
men. Den stærke organisation er for mig
en matrixmodel, hvor man hele tiden ska-
ber rum for handling på alle niveauer,"
siger Eva Sørensen.

Eva Sørensen vil ikke umiddelbart tage
stilling til fordel for den ene eller den an-
den af de strukturmodeller, Dansk Syge-
plejeråds kongres skal vælge imellem den
1. og 2. marts på den ekstraordinære kon-
gres.

"Men det er selvfølgelig rigtigt at sige,
at man skal tilpasse sig den struktur, or-
ganisationen og dens medlemmer befin-
der sig i. Man kan se, hvad de andre sund-
hedsorganisationer foretager sig," siger
hun.

"Der skal ageres *handlekraftigt* på alle

niveauer: Hvad er det for opgaver, Dansk
Sygeplejeråd skal løse? Det er dels for-
handling og interessevaretagelse, dels at
yde service til medlemmerne, at styrke
den faglige udvikling og at samarbejde
med andre i netværk," understreger Eva
Sørensen.

Når det drejer sig om forhandling og
interessevaretagelse, skal organisationen
være toptunet til strategisk politisk han-
dling. Hvad angår servicen til medlem-
merne, tror Eva Sørensen, at de fleste
medlemmer umiddelbart er ret ligeglade
med, hvor hjælpen befinder sig rent fy-
sisk. Det er *kvaliteten* af servicen og en let
adgang til servicen, der betyder noget.

"Med hensyn til den faglige udvikling
mener jeg, at organisationen skal være

gearet til at støtte medlemsgrupper, der vil udvikle faget. Og så er samarbejdet med andre organisationer i et netværk selvfølgelig også vigtigt,” siger Eva Sørensen.

En knaldygtig service til medlemmerne og det, at man står parat, når nogle gerne vil udvikle fagligheden, er to ting, en fagorganisation skal overleve på, mener Eva Sørensen.

Anledningen til at tænke nyt

Kommunalreformen har været en anledning både for den offentlige sektor og for faglige organisationer til at standse op og sige: Hvad er der grund til at tænke anderledes, konstaterer Eva Sørensen. Hun ser en helt parallel udvikling i den offentlige sektor og i de faglige organisationer i retning af, at ekspertisen spredes, og at

beslutningerne træffes, hvor ekspertisen befinder sig.

”Dermed får man en meget mere fragmentarisk organisation. Det betyder, at man opgiver tanken om, at alt styres fra

”Hvad angår servicen til medlemmerne, er de fleste medlemmer umiddelbart ret ligeglade med, hvor hjælpen befinder sig rent fysisk. Det er kvaliteten af servicen og en let adgang til servicen, der betyder noget.”

ét sted. I stedet udvikler man en model, hvor man lægger en linje og påvirker, hvad der sker i de forskellige centre, hvor ekspertisen findes. For eksempel ved in-

citamentstyring. Og så skal alt vedrørende drift og administration væk fra den politiske ledelse. Driften forhindrer en topledelse i at tænke strategisk og udviklingsorienteret. Hvis en politisk ledelse skal opnå noget i dag og vil have magt, så skal den vise sig idérig, kreativ og handlekraftig, og så skal den sørge for at have så lidt at gøre med driften som overhovedet muligt,” siger Eva Sørensen og fortsætter:

”Hvis Dansk Sygeplejeråd har offensive idéer til, hvordan den offentlige sektor kan udvikle sig, så giver det mulighed for at påvirke udviklingen. At kunne bidrage med idéer er fuldstændig afgørende for at få magt og sætte dagsordenen. Og så skal man opsøge alle ildsjælene ude i organisationen og bruge dem som inspirationskilder.”

sp@dssr.dk



theadhouse

Grønland

Meget mere end blot et spændende sted at arbejde

Tør du? Kan du? Vil du? Grønland gi'r dig alle muligheder for at realisere dit potentiale. Og for at få nogle enestående udfordringer med faglig og personlig udvikling oveni. Har du eventyrlyst i blodet og kompetencen med i tasken, er der store muligheder for at du kan være med til at gøre en forskel og samtidig få en oplevelse for livet i helt unikke omgivelser højt mod nord.

Se mere om dine karrieremuligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl



Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dronning Ingrid's Hospital og på de kysthospitaler og sygeplejestationer, som Kystledelsen driver i det øvrige Grønland. Se mere www.nextjobgreenland.gl

Mindre tvang i psykiatrien

Kvalitetsforbedring. Tvang i psykiatrien skal altid være den sidste løsning. Men nogle gange er det nødvendigt. Og i de tilfælde skal kvaliteten være i orden.

Hvordan gør man det? Hvordan kan man forbedre både patientens oplevelse af kvaliteten og den faglige kvalitet i et så omfattende indgreb som tvang? Er det muligt at minimere brugen af tvang?

Det er et nationalt projekt om "Tvang i psykiatrien" med til at give nogle svar på. For godt et års tid siden var Dansk Sygeplejeråd med til at sætte projektet i søen sammen med bl.a. Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Amtsrådsforeningen, og siden har 27 psykiatriske sengeafsnit landet over sat systematisk fokus på tvang.

Allerede nu ser det ud til, at den øgede opmærksomhed bærer frugt. Der er klare tegn på, at der bliver brugt mindre tvang, og kvaliteten i indsatsen er stigende.

"Allerede nu ser det ud til, at den øgede opmærksomhed bærer frugt."

Det er meget positivt. Nu er det helt afgørende, at vi holder fast.

Det kræver noget af de 27 afsnit – og af resten af psykiatrien. Men det kræver endnu mere af de politiske beslutningstagere, der har det overordnede ansvar for psykiatrien.

For det første skal de ikke indføre mere tvang ad andre veje. Regeringen har planer om at indføre ambulante tvang, men det vil være at overskride en meget skelsættende grænse i psykiatrien. Der er risiko for, at alliancen mellem sundhedsperson, kontaktperson og patient ødelægges, når tvangen udvides, og patienten kan afhentes af politiet i eget hjem.

For det andet skal politikerne sørge for, at der er nok medarbejdere med de rette kompetencer. Det er der ikke i dag. Som det fremgår af dette nummer af *Sygeplejersken*, er lange vagter, få fridage og kaotiske arbejdsforhold hverdagen nogle steder i psykiatrien. Det er ikke godt nok. Hverken for sygeplejerskerne eller for patienter, der er så udsatte som de psykiatriske. Derfor skal psykiatrien opprioriteres i sundhedsvæsenet. Det er forudsætningen for et godt arbejdsmiljø, tilstrækkelige normeringer og rum til at styrke det faglige fundament.

Og for det tredje skal sammenhængen i psykiatrien forbedres. De psykiatriske patienter skal have et forløb, der hænger bedre sammen end i dag – ikke mindst på tværs af behandlings- og socialpsykiatrien. Det bliver endnu mere påtrængende, når kommunerne overtager større dele af socialpsykiatrien.

Patienterne og borgerne i psykiatrien er nogle af de mest udsatte i vores samfund. Derfor har politikerne et særligt ansvar over for dem. Psykiatrien må ikke fortabe sig i det politiske fokus på at forkorte ventelisterne til operationer.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand



Vi ved for lidt om islam

Af Lise Andersen, sundhedsplejerske

Kommentar til artiklen "Tal med os om problemerne" i Sygeplejersken nr. 2/2006.

Tak for et godt temanummer i *Sygeplejersken* om flygtninge/indvandrere. Ikke mindst var det godt at se, at ikke alle har problemer med vore fremmede.

Men selvfølgelig kan der opstå problemer. Nogle af disse kunne imidlertid undgås, hvis vi sygeplejersker/sundhedsplejersker vidste mere om denne gruppe og deres religion.

Jeg deltog i et kursus om islam i april 2003 i Aalborg. Der slog det mig, hvor lidt sygeplejersker generelt ved om islam.

Det har været et af de bedste kurser længe. Sygeplejelærer *Mette Bro Jansen* underviste. Hun studerede religionsvidenskab.

Der findes også en video, der på en humoristisk måde fortæller, hvad sygeplejersken forventer af en patient i Danmark. Bl.a. bliver bilen proppet med besøgende, da man skal på sygebesøg. Det gav anledning til et godt grin og var en god mulighed for at tale om de forskellige holdninger til det at være syg, og hvad vi danskere forventer af vore muslimske indbyggere.

De skal selvfølgelig vide, hvordan man gør, når man bor i Danmark. Men det skader heller ikke, at vi ved noget om dem.

PS: Jeg har boet og arbejdet i Yemen.

Lise Andersen er ansat i Sundhedsplejen, Aabybro Kommune og forfatter til bogen "Født under stjernerne" – om en irakisk flygtning møde med det danske sundhedsvæsen, anmeldt i Sygeplejersken nr. 10/2005.

"Selvom en lille procentdel af dem, der udsættes for voldtægt og andre seksuelle overgreb, er mænd og drenge, er og bliver problemet først og fremmest et kvindeproblem ... det behøver vi ikke længere diskutere. Det, vi bør snakke om nu, er, hvorfor vi ikke gør noget ved det!"

Merete Engell, sygeplejerske i Læger uden Grænser, i Jyllands-Posten.

Moral, faglighed og relationer

Af Edith Mark, sygeplejerske, formand for Sygeplejeetisk Råd

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

Indvandrerdebatten fortsætter for fuld kraft i politik, i medier og i hverdagen. Sygeplejeetisk Råd drøfter også udfoldelsen af god sygepleje i indvandrersammenhænge. Rådet har ikke fået formelle henvendelser om konkrete sager om etniske problemstillinger. Men vi har haft uformelle henvendelser og kontakt med sygeplejersker, der ønsker at tale med Sygeplejeetisk Råd om disse problemstillinger eller ønsker, at rådet tager del i debatten.

Medlemmer af Dansk Sygeplejeråd er forpligtet på De Sygeplejeetiske Retningslinier. Det fremgår bl.a. af grundlaget for retningslinjerne, at:

- Grundlaget for De Sygeplejeetiske Retningslinier er tillid til og respekt for mennesker og bygger på, at det enkelte menneske er unikt, men lever i sammenhæng med sine omgivelser. Mennesket skal forstås både i denne sammenhæng og i den konkrete situation. De etiske værdier kommer til udtryk i relationer mellem mennesker.
- Sygepleje ydes uden nogen form for diskriminering.
- Forudsætningen for, at sygeplejersken kan tage et etisk ansvar, er, at sygeplejersker er fagligt velfunderede. Sygepleje baseres på omhu og samvittighedsfuldhed. De Sygeplejeetiske Retningslinier forudsætter, at den faglige viden er ajourført.

På en kort måde udtrykker vores fælles sygeplejeetik tre pejlemærker:

1. Sygepleje praktiseres i gensidig respekt, som åbner for menneskers livsmuligheder
2. Sygepleje praktiseres med den højeste faglige standard
3. Sygepleje praktiseres i personlige relationer.

En del problemstillinger, der fremlægges som et spørgsmål om hudfarve, kan løses, hvis sygeplejersker satser på høj moral, høj faglig standard og på modet til at bygge personlige relationer med mennesker uanset etnicitet. Det gælder både over for patienter og over for kolleger.

De Sygeplejeetiske Retningslinier kan fremme den gode dømmekraft med henblik på at udvikle den faglige kvalitet i sygeplejen. De kan bidrage til en åben debat i en respektfuld tone. Desuden kan retningslinjerne støtte den enkelte sygeplejerske eller ledelse i at træffe nogle gode valg, når der opstår reelle etiske dilemmaer.

Indsendt på vegne af alle medlemmer i Sygeplejeetisk Råd: Hanne Mielche, Charlotte Delmar, Kirska K. Ahlebæk, Birthe Wernberg-Møller, Susanne Ardahl, Lone Langkjær, Anne-Birgitte Salomonsen, Elsebeth Vesterheden, Lene Schwartz og Edith Mark.

www.dsr.dk/ser

Susanne Malchau

Kærlighed er tjeneste

Søster Benedicte Ramsing - En biografi

Bogen fortæller historien om en fascinerende kvinde og hendes arbejde med bl.a. udvikling af sygeplejerskeuddannelsen.

Bogen, der er forfatterens ph.d.-afhandling, er et vigtigt bidrag til den sygeplejehistoriske, den religionshistoriske og den kvinde- og kønshistoriske forskning. Dens klare afgrænsning, metode, kilderefleksioner og etiske overvejelser gør den især brugbar for sygeplejersker med forskningsinteresser.



Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

DSR medlemsnr. _____

Sygeplejestud. medlemsnr. _____

stk. "Kærlighed er tjeneste"
DSR Publikation 173, 1998, 395 sider. Salgspris kr. 175,00.
Prisen er incl. moms.



Vil ikke se problemet i øjnene

Af Laila Barkani, sygeplejerske

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

Jeg ser det ikke som nogen overraskelse, at mange sygeplejersker oplever indvandrere som en belastning på sygehusene. Undersøgelsen belyser i den grad mange af de fordomme og generaliseringer, som jeg har oplevet eksisterer blandt sundhedspersonalet generelt. Dermed ikke sagt, at de sygeplejersker, der har deltaget i undersøgelsen, ikke taler sandt, når de f.eks. er blevet udsat for ubehageligheder i mødet med den enkelte indvandrer. Det er dog bare vigtigt at understrege, at man som professionel syge-

plejerske ikke lader enkeltstående ubehageligheder overskygge det professionelle møde med individet, hvilket desværre mange gange er tilfældet.

Idet jeg selv er tredjegerationsindvandrer med muslimske rødder – eller rettere dansk muslim – og dermed har en fod i begge lejre, giver det mig mulighed for at se problemstillingerne eller snarere misforståelserne fra to vinkler. Min baggrundsviden gør jeg i den grad brug af i form af undervisning i den muslimske kultur, tradition, livssyn, sygdoms- og sundhedsopfattelse samt tværkulturel kommunikation. Det er min erfaring, at der inden for disse emner er meget lidt viden eller slet ingen blandt sundhedspersonale generelt.

Jeg finder det ligeledes tankevækkende, hvor lille en prioritering det har i de sundhedsfaglige uddannelser som sygeplejerske og social- og sundhedsassistent og også blandt ledelsen i sygehusvæsenet. I og med at vi lever i et multietnisk samfund, kræver det også, at

vi som sundhedsfagligt personale får den nødvendige viden til at kunne passe og pleje indvandrepatienter på en sådan måde, at det er fagligheden, der er i højsædet, og ikke fordomme og generaliseringer.

At man nogle steder vælger at spare tolkene væk – eller ikke gør brug af dem – viser blot, at man ikke vil se problemet i øjnene, og i sidste ende bider det sig selv i halen. Resultatet bliver nemlig fejldiagnosticering og behandling og i sidste ende genindlæggelser.

Jesper Langballe (DF) efterlyser retningslinjer for, hvordan forskellige problemer takles, hvilket jeg er modstander af, da man ikke kan putte folk i bås. Der findes ingen problemer i mødet mellem indvandrepatienter og sundhedspersonale, der er ens, da det jo ikke at forglemme er forskellige individer, man møder.

Laila Barkani er ansat på ungdomspsykiatrisk afd. QU 62, KAS Glostrup.

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

Hvad tæller – sensation eller faglighed?

Af Mette Bønløkke, sygeplejelærer, MPH

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

Hvilket signal ønsker vores fagblad at sende med ugens overskrift "Indvandrere et problem på sygehusene." Dette spørgsmål måtte jeg stille mig selv, da jeg havde læst bladet, og det retter jeg nu til jer.

Overskriften gav mig det indtryk, at sygeplejersker ser indvandrere som et problem i udøvelsen af deres arbejde, og at den opfattelse er væsentlig at videresende til befolkningen i Danmark. Da jeg læste indholdet i tidsskriftet – som jo ikke var helt ukendt pga. mediernes bevågenhed for den refererede undersøgelse – viste det sig, at så ensidig er undersøgelsen og sygeplejerskernes udtalelser ikke. Til gengæld viser begge, at mødet mellem fremmede kulturer og vores sundhedsvæsen er meget komplekst og en stor faglig udfordring.

Connie Kruckow beskriver sygeplejen som farveblind – et signal, der fortæller, at ikke at gøre forskel er en grundværdi i sygeplejen. Det er et meget anderledes signal end "Indvandrere et problem." Artiklerne beskriver på forskellig vis, at det er meget svært at tilgode og forstå krav fra fremmede kulturer, og at det giver konflikter, som afdelinger synes forskelligt rustet til at tackle. Mødet giver frustrationer for sygeplejersker og patienter, rammerne passer ikke altid, forståelsen for, hvad man står over for og i, er ikke fyldestgørende. Det er problemet. Heri ligger en stor faglig udfordring, hvilket artiklerne også belyser. Men hvor er fagligheden i en sådan overskrift? Ingen steder, og det er det, jeg bliver ramt af. For det er mit fagtidsskrift, det er mit fag, der med den overskrift sender et signal om, at problemet er indvandrere og ikke andet.

Overskrifter sender signaler, som tolkes på baggrund af deres umiddelbare udtryk. Hvem bestemmer titlen på et tidsskriftsnummer? Er det fagligt kompetente personer? Eller er det journalisterne på fagtidsskriftet? Hvad får lov til at sætte dagsordenen? Hvad tæller i så fald – sensation eller faglighed?

Mette Bønløkke er ansat på Sygeplejerskolen i Silkeborg.

Et følsomt emne

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Svar på flere indlæg vedrørende tema om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006 og om deres pårørende i Sygeplejersken nr. 3/2006.

Det er vigtigt at forstå, at vi bygger de store konklusioner i vores tema på en undersøgelse blandt repræsentativt udvalgte sygeplejersker. Vi har altså ikke skabt vores overskrifter ud af den blå luft eller ud fra en forudindtaget holdning. Vores overskrifter bygger på sygeplejerskernes svar til os. Det er med andre ord sygeplejerskerne selv, der har peget på, at der er et problem – ikke os.

Undersøgelsen er lavet af det anerkendte analysebureau Catinét, der har stor erfaring med undersøgelser på integrationsområdet. Catinét har udarbejdet og sendt 2.000 spørgeskemaer ud til repræsentativt udvalgte sygeplejersker. Heraf kom 746 tilbage, hvilket ifølge Catinét var et tilstrækkeligt antal til at lave en detaljeret og dækkende analyse. Catinét har på baggrund af undersøgelsens resultater lavet en konklusionsrapport, der peger på et dominerende forhold: Der er problemer i mødet mellem sygeplejersker og patienter med indvandrerbaggrund og deres pårørende.

At have lavet en hvilken som helst anden overskrift med et helt andet signal på forsiden eller inde i *Sygeplejersken* ville ud fra en journalistisk vurdering have været dybt betænkeligt og uærligt.

I et tidligere svar på den elektroniske debat har jeg skrevet, at jeg er med på, at der er tale om et følsomt emne, og at der bliver gjort et godt og stort stykke integrationsarbejde rigtig mange steder. Det afspejles også i vores samlede tema i *Sygeplejersken* nr. 2 og 3, hvor vi på nuanceret vis har forsøgt at bringe flere forskellige historier om dette emne.

Men et følsomt emne bør ikke få os til at sløre eller skjule sandheden, hvis der skal arbejdes seriøst ud fra en virkelighed med de problemer, der beviseligt findes på integrationsområdet både i sundhedssektoren og i øvrigt i samfundet generelt.

Man kan finde konklusionsrapporten på *Sygeplejerskens* hjemmeside www.sygeplejersken.dk og Catinéts hjemmeside www.catinet.dk

Hjælp i konkrete situationer

Af Tom Kjær, sygehuspræst

Kommentar til temaet om indvandrere i det danske sygehusvæsen i Sygeplejersken nr. 2/2006.

I anledning af temaet om indvandrere som problemer i sundhedsvæsenet vil jeg gerne gøre opmærksom på Etnisk Ressourceteam. Det kan hjælpe i konkrete konfliktsituationer, give personalet viden og tilbyde kvalificeret besøgstjeneste til etniske patienter. Det kører foreløbig på Rigshospitalet og på Københavns Amtssygehus i Herlev.

Se mere på Islamisk-Kristent Studieceners hjemmeside: www.ikstudiecenter.dk

Tom Kjær er sygehuspræst på Københavns Amtssygehus i Herlev.



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.

Hvad mener du?

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Skal vi have patientskoler efter engelsk og amerikansk forbillede i Danmark?

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 2/2006:

Er indvandrere og deres pårørende et problem på din arbejdsplads?

Svar	antal	pct.
Ja	132	42,3
Nej	161	51,6
Ved ikke	19	6,1
I alt	312	100,0



Er du til kulturforståelse?

Så bliv værtsfamilie til en udvekslingsstudent!

AFS Interkultur modtager til august mere end 150 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra over 30 forskellige lande i verden.

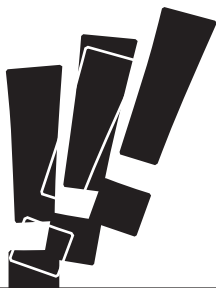
Du har muligheden for at blive værtsfamilie i 5 eller 11 måneder til Maria fra Venezuela, Nuttapon fra Thailand, Phil fra USA eller én af de andre unge fra hele verden.

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg

www.afs.dk

AFS Interkultur er Danmarks største non-profit udvekslingsorganisation med lokalafdelinger i alle dele af landet.





Brug for ordentlige rammer

Af Kirstine Bro Petersen, sygeplejestuderende

Kommentar til debatindlægget "Lærer vi for lidt?" i Sygeplejersken nr. 1/2006.

Efter at have fulgt debatten om frafald på studiet og med interesse læst debatindlægget "Lærer vi for lidt?" vil jeg gerne have mine synspunkter med. Jeg er studerende på snart 7. semester, og den skræmmende afslutning nærmer sig. Jeg har lige afsluttet min sidste kliniske undervisningsperiode, hvor jeg bestemt ikke lærte meget. Jeg har selvfølgelig gennem mit arbejde indøvet nogle kompetencer, men hvis der havde været tid til ordentlig vejledning og refleksion, kunne jeg have nået meget længere.

Uddannelsen er ikke bare at indøve færdigheder, men at lære at omgås andre men-

nesker, og vi står med et enormt ansvar som uddannede sygeplejersker. Dette gør, at vi som studerende har brug for ekstra vejledning, ris og ros for at udvikle os og få et så stort overblik og så meget viden, som det nu er muligt på syv semestre.

Hverdagen ude på afdelingerne er stresset, og de sygeplejersker, der skal vejlede, har ikke overskuddet. Jeg har også flere gange oplevet, at det er sosu-assistenterne, der tager sig af vejledningen, hvilket kan være godt et stykke hen ad vejen, men selvom de er dygtige, og mange har meget erfaring, har de ikke samme uddannelse, og der er derfor meget, de ikke kan svare på. Samtidig er de praktiske færdigheder noget, man lærer, hvis man er heldig at møde opgaverne, ellers må man le-

ve med hovedtryk og sukken over, at man som næsten uddannet sygeplejerske ikke kan klare nogen helt simple opgaver.

Der er brug for en ændring af de uddannede sygeplejerskers holdning til den nye uddannelse. De skal forstå, hvordan uddannelsen er i dag, og hvad det er, vi har brug for, når vi kommer ud i afdelingerne. Samtidig skal der være en bestemt vejleder i afdelingen, der ønsker at være vejleder og har nogle kompetencer til dette.

Hvis vi skal have flest muligt uddannet inden for dette fag, er vi nødt til at have nogle ordentlige rammer i den kliniske undervisning.

Kirstine Bro Petersen er sygeplejestuderende på H:S Sygeplejerskeuddannelsen.

Vi er så flinke

Af Lene Jakobsen, sundhedsplejerske

Egen bil i arbejdstiden er for dyrt for den enkelte i længden! Skal vi ikke vedtage, at vi ikke længere ønsker at bruge vores egne biler i vores sundhedsplejerskearbejde, så længe kørselstaksterne overhovedet ikke dækker de udgifter, vi har i forbindelse med kørslen over nogle år. Det slider voldsomt på bilen med alle de koldstarter, og i det vintervejr, vi har haft, er der stor risiko for at få en skade, du selv må betale. Er din bil af ældre dato, bliver den hurtig

totalskadet, og du må selv dække udgifterne til en ny bil, også selv om skaden er sket i arbejdstiden og forårsaget af en anden.

Jeg vil foreslå, at vi skriftligt meddeler vores arbejdsgiver, at vi pr. den 1. juni 2006 ikke længere bruger egne biler i arbejdet.

Diskutér dette indlæg med dine kollegaer og regn på, hvad du reelt får ud af at køre i egen bil fratrukket dine forsikringer, slitage, reparationer, benzin osv. Så kan du hurtigt

regne ud, at det er den rene tilsætning, og det kun er fordi, vi er så flinke, at vi fortsætter med at benytte egen bil.

PS: Det er lykkedes hjemmesygeplejerskerne at få biler stillet til rådighed, og skulle du være en af dem, som ønsker at køre i egen bil, er det vel også i orden.

Lene Jakobsen er ansat i Sundhedsplejen, Hørsholm Kommune.

Forundret over nedprioritering

Af Jonna Struntze Andersen, sygeplejerske

Som fast nattevagt er jeg meget forundret over, at der ved overenskomstforhandlingerne er aftalt, at juleaftensdag ikke udløser nedsættelse af timetallet i normperioden.

Hvorfor nedprioriteres denne arbejdsgruppe?

Jonna Struntze Andersen er ansat på Afdeling Ø 05, Sygehus Viborg.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Det er korrekt, at nattevagten juleaften ikke udløser nedsættelse af timetallet i normtiden. Men det har den sådan set aldrig gjort. Før

overenskomst 2002 var det sådan, at man blev betalt med søndagshonorering, men arbejdet udløste ikke en erstatningsfridag. Det vil sige, at nattevagterne på det tidspunkt kun har fået få timer betalt – fra mødetidspunkt til kl. 24. Ved overenskomstforhandlingerne i 2002 blev honoreringen ændret således, at juleaften regnes for en søgnehelligdag, og dermed skal timerne fraregnes i normtimerne, undtagen for ansatte der udelukkende arbejder om natten.

Baggrunden var, at der ikke kunne opnås enighed om, at det også skulle gælde for nattevagter. Arbejdsgivernes begrundelse var, at ansatte i nattevagt ikke tidligere havde haft væsentlige indtægter for denne vagt, og de øvrige ansatte med aftalen fik en bedre honorering end tidligere. Samtidig var der ikke midler til, at alle skulle omfattes af ordningen. Kravet var med andre ord for dyrt for os, hvis vi også ville opnå andre lønforbedringer.



Kristina Robins

Kreds eller region – det svære valg

Opfordring. Hvis vi skal forandre os i forhold til den nuværende struktur, må vi tænke nærhed i helt andre baner.

Som flere andre bestyrelsesmedlemmer i Hovedstadens amtskreds er jeg endnu ikke afklaret med hensyn til modellen for DSRs fremtidige struktur.

Grunden er, at ingen af de to modeller efter min mening er optimale. Der er kritikpunkter ved begge forslag, både i forhold til det politiske arbejde og medlemmerne.

Fortalerne for storkredsmodellen fremhæver nærhed som den altovervejende begrundelse for at vælge denne model. Men dette argument holder ikke, som jeg ser det. For det første er det en misforståelse kun at se nærhed som en geografisk størrelse. Nærhed for medlemmerne, som jeg hører det i diskussionerne rundt omkring, er først og fremmest, at man som medlem har dygtige lokale TR'er, der kan støtte og tage sig af lokale sager, at den lokale amtskreds er tilgængelig i dagligdagen enten telefonisk eller elektronisk, samt at de faglige konsulenter er veluddannede, har lokalkendskab og er til at få fat i, når der er et behov.

For det andet skal man have med i overvejelserne, at to af kredsene – kreds Nordjylland og kreds Sjælland – er lige store, uanset om det bliver en kreds- eller en regionsstruktur. Så her er der ikke tale om mere eller mindre nærhed afhængigt af den valgte struktur.

Jeg tror, vi skal tænke i andre baner og åbne for nye ideer, når vi taler nærhed. Det kunne f.eks. være udgående amtskredse, bevægelige politikere, medlemsmøder på geografisk fordelte steder rundt i regionen.

Hvis det overvejende er nærhed, der er det bærende argument for en kredsmodel, kan vi beholde den nuværende amtskredsstruktur: den giver jo den største geografiske nærhed.

Et andet problem, som jeg ser ved kredsmodellen, er, at der skal sammensættes et regionsråd bestående af formandskabet fra de respektive kredse i regionen til at varetage den overordnede politik og forhandlingerne i forhold til regionen. Dette vil give anledning til forlængede arbejdsgange samt potentielle konflikter ved uenighed kredsene imellem om den politik, der skal føres i forhold til regionen. Det indebærer desuden en ulighed i organisationen ved, at nogle kredse skal samarbejde på tværs i forhold til arbejdsgiverne, andre skal ikke.

Det er en indskrænkning af de øvrige bestyrelsesmedlemmers indflydelse og dermed en indskrænkning af de demokratiske processer i DSR. Et efter min mening væsentligt kritikpunkt, som jeg synes bør give anledning til bekymring.

Ulempen ved regionsstrukturen er først og fremmest, at antallet af politisk valgte og dermed det politiske grundlag er væsentligt reduceret. Derudover er der en yderligere reduktion for de store regioner – Hovedstadens og Midtjyllands region – idet hhv. 17 pct. og 34 pct. af de valgte i de store regioner kun er kongresdelegerede og skal fungere som suppleanter i selve bestyrelsen og det politiske arbejde i dagligdagen dér. På denne måde bliver de ikke i samme grad kvalificerede gennem det løbende arbejde og dialogen i bestyrelsen, når de hvert andet år skal sidde i kongressen.

Den geografiske afstand er stor – ja. Men hvis vi skal forandre os i forhold til den nuværende struktur, må vi som før sagt tænke nærhed i helt andre baner.

Herudover er det vigtigt at bemærke, at der er et tredje forslag fra Frederiksborgs amtskreds, der foreslår en sektoropdeling af DSR. Der er meget lidt omtale af dette forslag, som jeg synes indeholder nogle vigtige fordele. Bl.a. er der i en sådan struktur mulighed for, at de politisk valgte kan koncentrere sig om egen sektor og fordybe sig i dette arbejde. Man kan tage udgangspunkt i lokale problemstillinger hurtigt og effektivt. Vi havde måske været mere på forkant med områder som f.eks. BUM i en primær sektor og LEAN-modellen i den sekundære med en sådan organisering?

Det virker ikke, som om dette forslag vinder gehør generelt, og det er derfor muligvis ikke et realistisk alternativ til de to strukturforslag fra DSRs hovedbestyrelse. Men for mig er det vigtigt, at vi indtænker det i de andre modeller og dermed får gavn af fordelene.

Jeg ser frem til en engageret og livlig debat på kongressen og håber på, at vi som kongresdelegerede går ind i debatten med åbent sind i forhold til de argumenter og nye idéer, som forhåbentlig kan styrke ét af forslagene – og dermed gøre det svære valg nemmere!

Kristina Robins er fællestillidsrepræsentant og ansat på Centraloperationsafdelingen, Bispebjerg Hospital. Desuden medlem af bestyrelsen for Hovedstadens amtskreds.

Tove Lindgaard

Den 7. februar mistede Dansk Sygeplejeråd en af sine trofaste tillidsmænd efter kort tids sygdom.

Fra 1970'erne var *Tove Lindgaard* en aktiv stemme i arbejdet for medlemmerne af Dansk Sygeplejeråd, og da pensioneringen indtrådte, skiftede hun blot gruppe. De ældre i Helsingør fik glæde af hendes indsigt og vilje til at forbedre kårene for dem, der trængte til hjælp.

Toves engagement socialt og politisk gav sig mange udtryk. Med en bramfri form krydret med megen humoristisk sans forstod hun at tiltrække sig ørenlyd, og hun var villig til at kæmpe for den sag, stor eller lille, som hun stødte på.

Hendes hjertebarn i Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse var organisationens vækst og styrke med et stærkt tillidsmandskorps med en gedigen uddannelse til at klare dagens problemer og omstillingerne i

det danske sundhedsvæsen. Men Tove var også til en god fest, og hun sørgede omhyggeligt for, at hver enkelt i hendes kontaktnet blev husket ved runde fødselsdage, jubilæer eller andet.

Som formand for Veteranerne sikrede hun, at gamle arbejdskammerater hvert år fik et opråb om at holde kontakt og mødes, og der var styr på alle data om den enkelte og på gruppens økonomi.

Selv om Tove privat blev ramt af en stor sorg, formåede hun at komme videre, og hendes sidste julehilsen var ikke om træthed eller sygdom, men et lyst ønske om at mødes til foråret. Det skulle ikke blive sådan.

Tove efterlader sig et hul hos mange, og vore tanker går til hendes efterladte mand og datter, som betød alt for Tove.

Æret være Toves minde.

Kirsten Stallknecht.

Tove Lindgaard. Den 7. februar døde *Tove Lindgaard*, 73 år gammel. Dermed mistede Dansk Sygeplejeråd en af sine ildsjæle og markante personligheder, og en altid farverig og stærk røst lyder nu ikke længere.

Allerede da Tove i 1956 var sygeplejeelev på Øresundshospitalet i Helsingør, involverede hun sig som elevrepræsentant i kampen for bedre vilkår for sine kolleger. Det stærke engagement fortsatte i resten af hendes karriere som sygeplejerske og fagligt aktiv – og karakteristisk for Tove endda helt ind i pensionisttilværelsen.

Tove bestred i 10 år hvervet som tillidsrepræsentant og senere fællestillidsrepræsentant, indtil hun i 1976 blev valgt som formand for Frederiksborg amtskreds og dermed blev medlem af Dansk Sygeplejeråds kongres og hovedbestyrelse.

Fra denne platform blev Tove en slagfærdig debattør, når det gjaldt sygeplejerskernes sag. Altid med humor og med en så direkte facon, at man ikke var i

tvivl om hendes holdninger. Hendes hjerte bankede for arbejdsmiljøet og for tillids- og sikkerhedsrepræsentanterne, og hun kæmpede patienternes sag ved at insistere på, at de har krav på ordentlig sygepleje.

Indtil Tove trak sig tilbage i 1993, repræsenterede hun Dansk Sygeplejeråd i mange sammenhænge. Hun var bl.a. medlem af a-kassens hovedbestyrelse og af Branchesikkerhedsrådet for social- og sundhedssektoren.

Som pensionist fortsatte Tove med at præge sine omgivelser og Dansk Sygeplejeråd, bl.a. som delegeret i sygeplejerskernes pensionskasse. På hendes initiativ stiftede tidligere hovedbestyrelsesmedlemmer Dansk Sygeplejeråds Veteranklub i 1995, og som det naturlige midtpunkt har Tove været veteranernes præsident, indtil hun døde.

Æret være hendes minde.

*Connie Kruckow, formand
Jette Molin, tidl. amtskredsformand og næstformand.*

Birthe Hjorth Jensen

Birthe Hjorth Jensen – blandt familie og venner kaldet Bitten – døde en smuk solskinsdag den 21. november 2005, 64 år gammel.

Hun var elev fra Århus Kommunehospital. Bitten var vidt omkring i sin tid som sygeplejerske: Rudolph Berghs Hospital og Frederiksberg Hospital, hvor hun var på psykiatrisk afdeling og senere på operationsgangen. Bitten videreuddannede sig ved Danmarks Sygeplejerskehøjsko-

le. Hun var også i Paris som privatsygeplejerske og senere udsendt til Afrika af hjælpeorganisationen Terres des Hommes og sluttede sin tid som sygeplejerske i Ebeltøft på plejehjemmet Tofttevang og i hjemmeplejen.

Bitten var et hjertevarmt menneske med stor omsorg for sine medmennesker. Uanset hvor hun arbejdede, var der altid en eller flere kolleger, der forblev hendes venner. Bittens familie

er stor og var højt prioriteret. Hun nød alle sammenkomster i familien og kunne berette om alt ned til mindste detalje.

Da vi havde 35-års-jubilæum, var det Bitten, der gæstfrit åbnede sit hjem, og vi nød alle samværet.

Bitten fik på en nænsom og smuk måde taget afsked med familie og venner. Hun håbede til det sidste, men var klar over, at tiden var knap.

Bittens familie og store om-

gangskreds fyldte kirken, da hun blev bisat ved en meget smuk højtidelighed i Ebeltøft Kirke.

Vi sender vore tanker til *Bent* og *Peter* og hele Bittens familie.

Bitten, vi vil savne dig meget.
Æret være Bittens minde.

*På vegne af elevkammerater
fra hold 60-1 og tidligere
kolleger Conny Sandberg,
Birgit Schøler, Bodil Johannesen
og Kirsten Præstegård.*

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højste være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen.

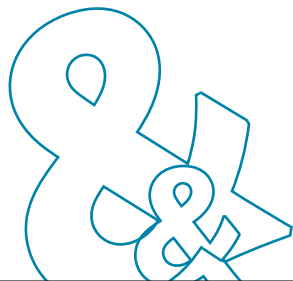
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

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



Effekten af inkontinenssygepleje i primær sundhedstjeneste – en systematisk litteraturgennemgang

Du Moulin MFMT, Hamers JPH, Paulus A, Berendsen C, Halfens R. *The role of the nurse in community continence care: a systematic review. Int J Nurs Stud 2005;42:479-92.*

Formål: Gennem et litteraturstudie at få svar på spørgsmålet: Hvilken effekt har det, at sygeplejersker selvstændigt behandler patienter med urininkontinens, sammenlignet med vanlig behandling.

Metode: Et systematisk litteraturstudie af artikler fra før 2004, fundet i søgeba-

serne Medline, CINAHL og Embase. Artikler blev inkluderet, hvis der var tale om klinisk kontrollerede undersøgelser, når en sygeplejerske spillede en væsentlig rolle i behandlingen, og når behandlingen foregik i primærsektor. 12 egnede undersøgelser blev kvalitetsbedømt, hvorefter én undersøgelse blev ekskluderet.

Resultat: Undersøgelserne er blevet gennemført med forskellige patientgrupper, og der er metodologiske svagheder, bl.a. er

der blevet benyttet forskellige definitioner og effektmål. Otte undersøgelser viser reduktion i forekomsten af inkontinens, men patienterne blev fulgt kort, hvorfor langtidseffekten er usikker. Der er således begrænset belæg for at sige, at inkontinenssygeplejersker gør en stor forskel.

Bemærkninger: Artiklen er vigtig, da den både omtaler alle studier på området frem til 2004 og indeholder en god gennemgang af litteratur om sygeplejerskers

Hvad påvirker livskvaliteten hos ældre?

Borglind G, Jakobsson U, Edberg A-K, Hallberg IR. *Self-reported health complaints and their prediction of overall and health-related quality of life among elderly people. Int J Nurs Stud 2005;42:147-58.*

Formål: At beskrive selvrapporterede helbredsproblemer, livskvalitet og sundhedsrelateret livskvalitet hos ældre og at undersøge, hvordan helbredsproblemer, alder, køn, civilstand, boligforhold og socioøkonomiske faktorer kan forudsige

noget om ældre menneskers livskvalitet og sundhedsrelateret livskvalitet.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Sverige. 469 personer i alderen 75-99 år, hvoraf 66 pct. var kvinder, modtog et postomdelt spørgeskema. Spørgeskemaet var afprøvet i tidligere undersøgelser. Data er opgjort statistisk, og der er foretaget regressionsanalyse.

Resultat: Helbredsproblemer som smerter, træthed og reduceret mobilitet var sig-

nifikante prediktorer for lav livskvalitet og lav helbredsrelateret livskvalitet. Livskvalitet og helbredsrelateret livskvalitet blev angivet lavest hos kvinder. En række af de helbredsproblemer, de ældre angav at have, kunne lindres af sygeplejersker.

Bemærkninger: Undersøgelsen påviser sammenhængen mellem helbredsproblemer og livskvalitet, men også at en række af de helbredsproblemer, ældre mennesker kan have, ville kunne afhjælpes af

Hindringer for kommunikation mellem ældre patienter og sygeplejersker

Park E-K, Song M. *Communication barriers perceived by older patients and nurses. Int J Nurs Stud 2005;42:159-66.*

Formål: At beskrive hindringer for kommunikation, som de opfattes af ældre patienter og af sygeplejersker.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i Sydkorea. Der indgik 100 patienter over 60 år, som havde været indlagt mindst to døgn, og 136 sygeplejersker fra samme sygehus, som patienterne var indlagt på. Patienterne blev ekskluderet, hvis de var

demente. Der blev udviklet et spørgeskema, der indeholdt udsagn om hindringer i kommunikation relateret til enten patienten, sygeplejersken eller omgivelserne. Spørgeskemaets validitet blev testet inden undersøgelsen. Både patienter og sygeplejersker udfyldte det samme spørgeskema, der i alt indeholdt 50 udsagn. Data er opgjort statistisk.

Resultat: Der var signifikant forskel mellem patienternes og sygeplejerskernes opfattelse af hindringer i kommunikatio-

nen inden for de tre områder, udsagnene drejede sig om. Patienterne angav i højere udstrækning, at hindringer for god kommunikation lå hos sygeplejerskerne, og sygeplejerskerne anså hindringerne for at være hos patienterne.

Bemærkninger: I artiklen gengives spørgeskemaet, dvs. at det relativt let kan oversættes og anvendes i en dansk undersøgelse. Undersøgelsen er også interessant, fordi det fremgår, at begge parter mener, at de fleste hindringer for kommu-

muligheder for at handle i forbindelse med inkontinens. At der hidtil ikke er vist den store effekt af sygeplejerskers arbejde med at reducere inkontinens, betyder jo ikke, at der ikke er nogen effekt, men at det simpelthen ikke er undersøgt godt nok. Det understreger også vigtigheden af at gennemføre solide undersøgelser.

*Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

måltrettet sygepleje. Det er således sandsynligt, at sygeplejersker spiller en central rolle for bevarelse af ældre menneskers livskvalitet. Artiklen rummer en god gennemgang af begreberne livskvalitet og helbredsrelateret livskvalitet, begreber, der vil vinde større og større indpas som effektmål de kommende år.

*Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

nikation ligger hos modparten, hvilket kan friste en til at mene, at man så selv er fritaget for at gøre noget ved problemet. Selvom undersøgelsen er udført i Sydkorea, er spørgeskemaet almenlydig, og artiklen kan anvendes som et godt diskussionsoplæg om kommunikationsformer og -måder på steder, hvor mange ældre mennesker har kontakt med sygeplejersker.

*Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

Kronisk obstruktiv lungelidelse: et fænomenologisk studie af patienters erfaringer

Barnett M. Chronic obstructive pulmonary disease: a phenomenological study of patients' experiences. J Clin Nurs 2005;14:805-12.

Formål: At beskrive patienternes erfaringer med at leve med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL).

Metode: Undersøgelsen er gennemført i England. Der blev udvalgt ti informanter til undersøgelsen. Patienterne blev ekskluderet, hvis de havde mild KOL eller led af andre helbredsproblemer. Patienterne blev interviewet med åbne spørgsmål, og det tilstræbtes, at interviewet foregik som en samtale. Samtalerne blev optaget på bånd og transskriberet, og materialet blev analyseret med henblik på at bevare patientens levede erfaringer med sygdommen i forhold til deres dagligliv.

Resultater: Åndenød blev identificeret som det værste symptom på sygdommen. Patienterne beskrev også en følelse af frustration og træthed som følge af den oplevede åndenød. Det førte til, at patienterne følte sig bange og udviklede en følelse af panik og frygt. Desuden reducerede patienterne deres sociale aktiviteter, mistede deres rolle i familien og mistede intimitet i personlige relationer. På trods af dette beskrev patienterne deres livskvalitet som rimelig god.

Bemærkninger: Ud over en god beskrivelse af, hvordan patienter oplever deres sygdom og dagliglivet med KOL, har artiklen en god litteraturgennemgang. Med det voksende antal patienter med KOL er det en stor udfordring for sygeplejersker at udvikle relevante interventioner til patientgruppen.

*Preben Ulrich Pedersen,
sygeplejerske, ph.d.
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

Smerter: en litteraturgennemgang af tre almindeligt brugte skalaer til smertescoring

Williamson A, Hoggart B. Pain: a review of three commonly used pain rating scales. J Clin Nurs 2005;14:798-804.

Formål: At beskrive tilgængelig viden fra forskning i tre almindeligt anvendte metoder til at beskrive smerteintensitet hos patienter.

Metode: Undersøgelsen er gennemført som et litteraturstudie. Der er søgt litteratur i Medline, som er medtaget uanset alder. Kun artikler, der blev vurderet metodologisk lodige, blev medtaget. Der blev søgt på litteratur om visuel analog skala (VAS), en linje på 10 cm, hvor patienten angiver smerteintensiteten mellem to yderpunkter, numerisk vurderingsskala (NRS), hvor patienten angiver smerteintensiteten som en værdi mellem et og ti, og verbal vurderingsskala (VRS), hvor patienten angiver smerteintensiteten med ord fra ingen smerte til svær smerte.

Resultater: Alle tre skalaer er gyldige og pålidelige og egnet til brug i klinisk praksis, selvom der er flere praktiske problemer forbundet med anvendelse af VAS frem for NRS. Patienter foretrækker VRS, men denne skala mangler sensitivitet, og de data, der produceres, kan fejltolkes.

Bemærkninger: Artiklen er interessant, fordi den beskæftiger sig med væsentlige forhold ved beskrivelse af fænomener i klinisk praksis. Det er ikke ligegyldigt, hvilken metode man vælger, eller hvordan den benyttes. I praksis benyttes ofte en sammenblanding af alle tre metoder. Artiklen er et godt bidrag i debatten om metoder til beskrivelse af kliniske fænomener også set i lyset af de kommende elektroniske patientjournaler.

*Preben Ulrich Pedersen,
sygeplejerske, ph.d.
pu.pedersen@tele2adsl.dk*

Det gode



samarbejde giver sunde børn

Tværfaglighed. Glade, sunde og aktive børn er målet. Men når familie og børn er sårbare og har brug for støtte, hvad så?

Hvordan skal sundhedsplejerskernes viden og de økonomiske ressourcer bruges i fremtiden?

Med kommunalreformen har sundhedsplejerskerne fået nye muligheder. De kan kritisk vurdere måden, arbejdet er organiseret på, de metoder, der benyttes, og tænke i nye baner, hvis behovet er der. Skal sundhedsplejersker have foden indenfor i sundhedscentre? Skal arbejdet organiseres mere tværfagligt? Hvilke opgaver skal sundhedsplejerskerne løse?

På de følgende sider er der tre bud på organisering af sundhedspleje. To artikler, "For børnenes skyld" side 40 og "Samarbejde i fokus" side 44 peger på nye måder at inddrage forebyggelse og sundhedsfremme på. En tredje artikel, "Sundhedspædagogiske udfordringer i skolen" side 48 peger på de pædagogiske muligheder, når sundhedsplejersker arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i skolen.



For børnenes skyld

Børn på tværs. Teamdannelse og nye arbejdsmetoder har skabt gode resultater for det sårbare barn og barnets familie i Faaborg Kommune. En af metoderne er familierådslagning, som giver familierne mulighed for at løse egne problemer vha. netværket.

Det er mandag. Vi har møde i det tværfaglige team. I løbet af ugen har jeg fået en udfordring, en opgave, som jeg i samarbejde med familien har aftalt at drøfte i mit tværfaglige team. Det består af *Kim*, psykolog, og *Heidi*, socialrådgiver. Jeg beskriver familiens situation og min bekymring over for teamet. Opgaven er ikke helt klar for os efter fremlæggelsen, så derfor beslutter vi os for at "gå trinene" (se boks 1).

Min bekymring er blevet til en opgave for det tværfaglige team. Jeg begynder med visionen for barnet, dernæst for opgaven. Kim og Heidi coacher mig gennem processen og gennem alle trinene. Vi gør det for at blive klogere på barnets behov og for at få det bedste samarbejde i gang omkring barnet. Da vi har gennemgået alle trin, oplever vi, at opgaven primært viser sig at ligge inden for psykologens arbejdsområde. Det er altså mest hensigtsmæssigt, at Kim tager sig af den. Han bliver sagsbærer fremover og har ansvaret for at koordinere alle aktiviteter. Teamet støtter ham. Jeg udfører mit almindelige sundhedsplejerskearbejde i familien.

Målet var en skabelon

Vi begyndte for ca. fem år siden. Børne-Ungerådgivningen (BUR) i Faaborg var på kursus. Målet var at udarbejde den senere Handleguide (1), som har fokus på, hvordan vi arbejder sammen til gavn for børn med særlige behov (se boks 2 side 43). Handleguiden er en skabelon til, hvordan vi vurderer det enkelte barns signaler, så vi gør det efter samme metode, og en skabelon

til at handle på bekymringer. Det udviklede sig til indførelse af mål samt kompetenceudvikling i tværfaglig retning og på alle niveauer. Alle 30 medarbejdere på arbejdspladsen blev inddraget i denne udvikling.

Senere fødtes teamtanken. Og for ganske nylig blev de første spæde skridt taget mod en arbejdsmetode for de tværfaglige team. Medarbejdere og ledelse har i samarbejde udviklet metoden, som vil blive revideret efter vores erfaringer, indtil vi opnår det optimale resultat for barnet.

Tværfaglighed betyder målrettet indsats

For halvandet år siden begyndte vi fysisk at sidde sammen i vores tværfaglige team. Vi er fire tværfaglige team, som er distriktsopdelte, alle team har en psykolog, en socialrådgiver og en sundhedsplejerske tilknyttet.

Den socialrådgiver og psykolog, jeg sidder sammen med, er fra samme distrikt, og vi betjener de samme familier. At være placeret sammen med det tværfaglige team er ikke væsentligt anderledes end at sidde sammen med faggruppen. De opgaver, der drøftes, har vi alle fælles berøringsflader til, og drøftelserne er ikke meget anderledes end tidligere. Forskellen ligger i, at det, der

►► BOKS 1. TRINENE

Teamet gennemgår følgende trin for at få klarhed over opgaven, når et barn har problemer:

1. Visionen for barnet
2. Værdierne, det overordnede formål
3. Identitet, hvordan opfattes vi af familien/barnet
4. Intentionen
5. Kompetence, vi skal kunne følgende mht. kundskaber og viden for at hjælpe barn og familie
6. Adfærd, vores handling
7. Resultatet, vi har skabt følgende:
8. Omverdenen, hvilke interessenter gør sig gældende, det kunne f.eks. være dagpleje, børnehave, skole.

“Det er befriende at være i et fortroligt rum, men det kræver engagement. Engagerer et medlem fra teamet sig ikke, fungerer teamet ikke.”



fyldte for mig tidligere, og som jeg talte med mine sundhedsplejerskekollegaer om, det drøfter vi nu i det tværfaglige team, hvor opgaven hører hjemme. Mine sundhedsplejerskekollegaer kunne hjælpe mig med at få luft, men med mine teamkollegaer kan vi i fællesskab påbegynde en proces og dermed hjælpe barnet og familien videre.

Målet med det tværfaglige team er at få skabt en fælles målrettet indsats over for barnet og i sidste ende få lagt en indsatsplan sammen med familien. Så ved alle, hvem der i processen har ansvar for hvad, og vi får udvalgt den mest hensigtsmæssige sagsbærer for processen.

Vi bliver høje, når det lykkes

Alle i teamet prøver at være sagsbærer. Alle prøver dermed at koordinere opgaverne. Den eneste betingelse er, at man skal være den person, der i øjeblikket er den mest hensigtsmæssige for barnet/familien. Er det en myndighedsopgave (forstået som en opgave, der kræver en socialrådgiverundersøgelse), er det socialrådgiveren, der er sagsbærer. Men de fleste opgaver er af forebyggende karakter og kan derfor udmærket – og ofte mere hensigtsmæssigt – udføres af sundhedsplejersken eller psykologen.

Teamet mødes, og opgaven defineres af teamet med de forskellige redskaber, vi har til rådighed. Redskaberne består af forskellige metoder til refleksion, og i teamet er kompetencerne udviklet målrettet mod opgaven. Selv om vi har været på kursus, går der meget tid med at øve, men vi kan langsomt mærke, at vi vænner os til måden at arbejde sammen på, og vi bliver lidt høje, når vi via dialogen får skabt den synergi i teamet, som gør, at det hele går op i en højere enhed, og vi derigennem matcher barnets behov. Svaret deles. Der er hele tiden nogle at sparre med. Opgaverne er af meget forskellig karakter og kompleksitet, og derfor er der jævnligt behov for at kunne indkalde det udvidede team (se boks 3 side 43).

En refleksion med det udvidede team foregår på samme måde, som når det almindelige team samarbejder, og vi har de samme redskaber til rådighed. Fordelen ved det udvidede team er faglighederne, og teamet afgør, hvem der deltager.

Nogle gange består teamet af tre, andre gange af seks, alt efter hvad barnet har behov for.

Vi kender hinanden godt i Børne-Ungerådgivningen. Vi har deltaget i de samme kurser, arbejdet på kryds og tværs, og derfor fungerer samspillet også, når teamet udvides.

Nødvendigt at være fagligt stærk

I begyndelsen af processen var jeg meget tværfagligt orienteret. Efterhånden som vi blev placeret i vores team, og fagkollektivet ikke længere var en del af hverdagen, blev sundhedsplejerskefagligheden mere betydningsfuld for mig. Når vi holdt møder i sundhedsplejerskegruppen, kom vi i begyndelsen ofte til at drøfte emner, der hørte hjemme i det tværfaglige team, men vi fik hurtigt hjulpet hinanden med at bære dem tilbage til det tværfaglige rum. I stedet har vi målrettet møderne til at koncentrere os om selve sundhedsplejerskefagligheden i ►

► gruppen, og der er skabt ro til det. Hvad betyder faglighederne? Det er nødvendigt at være fagligt stærk, så sundhedsplejersken ikke koncentrerer sig om sociale eller psykologiske opgaver, men at vi med en stærk faglighed bidrager til den fælles opgaveløsning og får skabt synergi i samspillet med vores tværfaglige team, netop fordi det giver os nogle bedre forudsætninger for at løse opgaven for barnet.

Men kunne det tænkes, at vi bliver en stor grå masse, hvor alle kan det samme? Efterhånden som den tværfaglige proces skrider frem, er jeg ikke bekymret for det længere. Derimod kan jeg se sundhedsplejerskefagligheden blive mere synlig i organisationen. Og det er nyt. For tidligere blev vores forebyggende og sundhedsfremmende indsats ikke bemærket i samme grad som nu. Sundhedsplejen står stærkere i det tværfaglige team, og der er blevet det ligeværd mellem faggrupperne, der er en forudsætning for, at teamet fungerer.

Levere regler betragtes som en grundlov

Hvordan nås det? Mål og rammer er naturligvis aftalt på forhånd, når teamprocessen sættes i gang. Levere reglerne har vi selv aftalt i grupperne (se boks 4 næste side).

Hos os har en af aftalerne blandt andet været, at åbenhed og tillid var en nødvendighed. At sige fra, når der er noget, der strider mod ens overbevisning, og at undres er en del af hverdagen i team. Det kan kun lade sig gøre i et tillidsfuldt rum. Mine holdninger er ikke mere rigtige end de andre teammedlemmers. Levere reglerne betragtes som en grundlov i teamet og brydes ikke. Og der kommer en helt særlig kultur, når det fungerer. Men det var svært at begynde processen, og det var svært, når jeg blev nødt til at undres over det, teammedlemmerne sagde og gjorde, ligesom det var svært at få spørgsmål fra teammedlemmerne, når de måtte undre sig over mine synspunkter. Det er befriende at være i et fortroligt rum, men det kræver engagement. Engagerer et medlem fra teamet sig ikke, fungerer teamet ikke.

Vi har fået hjælp af konsulent, psykolog *Jesper Hartvig Thomsen*, og får fortløbende coaching i, hvordan vi tackler svære situationer via dialog, spørgeteknikker og rollespil. Det er krævende at være teammedlem, men det er forrygende og spændende. Det er en arbejdsmetode, der gør, at ansvaret ligger hos teammedlemmerne, hvilket gør arbejdsopgaverne nærværende og dagligdagen interessant.

Familierådslagning kan bruges forebyggende

En af de nyere arbejdsmetoder, vi har taget i anvendelse i de tværfaglige team, er familierådslagning. Det er en beslutningsmodel, der kan anvendes, når en kommune skal træffe beslutninger om, hvordan man kan imødekomme de behov, en udsat familie har. Der er tale om et møde, hvor familien og dens netværk får afgørende indflydelse på de beslutninger, der skal træffes for at bedre situationen.

Metoden benyttes mere og mere i kommunerne, efterhånden som den viser sig at give holdbare resultater for børnene (2,3).



“En teamproces tager tid, og som jeg ser det, gør det ikke noget.”

Metoden passer godt sammen med teamets øvrige aktiviteter og generelle indstilling til samarbejdet med familien. Teamet tager stilling til, om metoden skal benyttes. Sundhedsplejersken skal ikke lave en § 38-undersøgelse, altså en systematisk, tværfaglig og helhedsorienteret undersøgelse som grundlag for at kunne iværksætte foranstaltninger, og kan derfor hurtigt udføre familierådslagning.

Fordelene ved familierådslagning er:

- Familien og den unge bliver inddraget som aktive og ligeværdige parter med indflydelse på de beslutningsprocesser, der omhandler familien.
- Familiens hverdagserfaringer bliver anerkendt og indgår som nødvendig og betydningsfuld viden i beslutningsprocessen.
- Familiens ressourcer bliver synlige.
- Der bliver skabt et forum for familien, der mobiliserer og aktiverer handlekompetence.

Rådslagningen gennemføres efter følgende model:

- Familie, samordner og andre professionelle mødes.
- Spørgsmålene lægges frem.
- Samordneren er vært og fremlægger sagen præcist og klart.
- Barnet deltager og har evt. en støtteperson med.
- Familien kender spørgsmålene og de oplysninger, der lægges frem på mødet.
- Familien drøfter informationerne om barnet/den unge.
- Familien udarbejder en handleplan.
- Alle samles efter drøftelsen.
- Der tages stilling til planen.
- Der træffes aftale om ny opfølgning.

Samordneren har følgende rolle:

- mødes med forældrene
- kontakter og inviterer familie
- planlægger, forbereder og gennemfører processen.

Når jeg arbejder med familierådslagning i forebyggende regi, er

►► BOKS 2. HANDLEGUIDEN

Handleguiden "Børns trivsel, adfærd og signaler" er jf. byrådet et redskab til at sikre, at den tværfaglige, tidlige og forebyggende indsats i Faaborg Kommune kan udvikles yderligere. Hovedbudskabet er at give professionelle handlekompetencer, når de møder børn i mistrivsel.

►► BOKS 3. TEAMBEMANDING

Personer i det udvidede team

- Tale-hørekonsulenter
- Rådgivende fysioterapeut
- Pædagogiske rådgivere
- Kliniske psykologer
- Handicapsocialrådgivere
- SSP-medarbejderen (Samarbejde mellem Skole og Politi).

►► BOKS 4. LEVEREGLER

Leveregler for det team, vi arbejder i:

- Åbenhed over for hinanden
- Tillid til hinanden
- Opbakning til gruppen
- Alle spørgsmål er gode spørgsmål
- Mødepligt til teamet
- Fokus på barnets positive sider.

forældrene med på ideen og kan se, at metoden rummer en mulig løsning. Familien/barnet og jeg udarbejder spørgsmålene sammen. Spørgsmålene skal være åbne, så jeg ikke styrer familien ind i min egen tankegang. Herefter tager jeg kontakt til en samordner, hvis opgave det er at forberede og koordinere familierådslagningen. Samordneren er ikke ansat i kommunen. Familien, samordneren og jeg skriver kontrakt, og herefter kan processen sættes i gang forholdsvis hurtigt. Familien taler med samordneren om, hvilke familiemedlemmer de skal have med i den såkaldte udvidede familie, som sammen med familien skal lægge en plan for barnet. I det forebyggende regi er der ikke en socialrådgiver med, og derfor skal vi i teamet være sikre på, at der ikke er behov for én.

Et eksempel: Overvægt

Et eksempel på en problematik, der kan tages op i det forebyggende regi, er overvægt. Her fordres det, at hele familien inddrages, før der viser sig resultater. Barnet kan ikke klare et vægttab alene, og skal barnet f.eks. have motion, kan mor og far måske ikke selv transportere barnet til en aktivitet, og så er det familiemedlemmerne, der støtter op, hjælper til og tager ansvar ud fra den plan, de selv har udarbejdet. Familierne er rigtig gode til at skabe holdbare løsninger. De familier, der har prøvet familierådslagning flere gange, er meget rutinerede og lægger planer på kortere og kortere tid.

Der er visse forudsætninger, som skal være i orden, for at arbejdet kan lykkes:

- Der skal være formuleret mål og rammer for rådslagningen.

- De tværfaglige team må hjælpes i gang med processen af konsulenter.
- Der skal følges op på processerne.
- Arbejdet må have den nødvendige tid (4).

Det har foreløbig taget os tre år at nå hertil, og vi er langt fra ved målet. En teamproces tager tid, og som jeg ser det, gør det ikke noget. Det, der er væsentligt for mig, er, at metoden skaber resultater for børnene, er udviklende, giver et positivt syn både på de familier, der har behov for hjælp og på mine kollegaer, samt giver forståelse for mine kollegaers arbejdsområde.

*Lotte Bager er sundhedsplejerske i
Børne-Ungerådgivningen i Faaborg Kommune
loba@faaborg.dk*

Litteratur

1. Kyed J et al. Handleguide. Faaborg: Faaborg Kommune, Børn- og Ungeafdelingen; 2006.
2. Faureholm J, Brønholm LL, ed. Familierådslagning. En beslutningsmodel. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
3. Holmstrup U. Familiens råd. Dokumentarfilm, Faaborg 2005. (Dvd og undervisningshæfte kan købes for 350 kr. + moms ved henvendelse til feldbal@post10.tele.dk)
4. Hildebrandt S. Lærende organisationer. København: Forlaget Børsen; 1998.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Bager L. For the sake of the children. Sygeplejersken 2006(4):40-3.

The article concerns the interdisciplinary work of Faaborg Municipality's counselling service for children and young adults. We prepared what we dubbed our "Action Guide," a method for focusing on children's signals. This developed into a team divided into districts which are linked physically. The result is that an interdisciplinary goal-oriented effort can be established for children with special needs. The method is based on dialogue and special steps which psychologist *Jesper Hartvig Thomsen* has taught us. The team is formed according to the needs of the individual child. "The expanded team" is called in as required. Having multiple specialities allows us to form balanced images of vulnerable children so as to match a child's needs and produce better results. The team has drawn up its own rules of conduct. Goals and frameworks are set, allowing the team to work undisturbed.

Family consultation as a method is in keeping with the reasoning behind team formation. The child and the family are in focus. Health visitors work with family consultation in a preventive context. The family assumes responsibility and draws up tenable plans for the child and the family. The method produces good results and results in a positive view of colleagues and the families that need help.

Keywords: Interdisciplinary co-operation, family consultation, team.

“Hvordan kan vi fastholde og videreudvikle gode tværsektorielle forløb for børn og deres familier i en ny kommunal struktur?”



Samarbejde

Velorganiseret. Samarbejde mellem den primære og den sekundære sundhedssektor har i en årrække været i fokus i Ringkjøbing Amt. Det har betydet udvikling af nye metoder til fremme af sundhed og et fælles fagligt fundament for de professionelle.

Denne artikel beskriver nogle af de initiativer, der har haft betydning for samarbejdet mellem sygeplejersker på Børneafdelingen, amtssundhedsplejersken og sundhedsplejersker i de kommunale sundhedsordninger i Ringkjøbing Amt. Beskrivelsen har til formål at skabe debat om, hvordan vi kan fastholde og videreudvikle gode tværsektorielle forløb for børn og deres familier i en ny kommunal struktur.

Fælles forståelse for sundhedsfremmende arbejde

Der har i Ringkjøbing Amt i en årrække været sat fokus på sammenhængen mellem det at fremme sundheden ved tidlig indsats og hyppigheden af børns indlæggelser. Den tidligere amtslæge *Vagn Christensen* formulerede allerede i 1970'erne sætningen: ”Sundhed er lig med ressourcer divideret med belastninger.” Han arbejdede bevidst med ikke blot at fjerne determinanter for sygdom, men også med at støtte og udvikle determinanter for sundhed (1).

Det nationale råd for terminologi i sundhedsvæsenet definerer i 2005 begrebet sundhedsfremme som ”sund-

hedsrelateret aktivitet, der søger at fremme den enkeltes sundhed og folkesundheden ved at skabe rammer og muligheder for at mobilisere patienters og andre borgers ressourcer og handlekompetence." Forebyggelse defineres som: "sundhedsrelateret aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker og dermed fremmer folkesundheden"(2).

Vagn Christensens pionerarbejde fik stor betydning for arbejdet med udvikling og dokumentation af sundhedspædagogiske metoder, der fremmer sundheden.

Det var f.eks. muligt for amtsundhedsplejersken at iværksætte uddannelse af læger, sygeplejersker, pædagoger og sundhedsplejersker, (herefter kaldet professionelle) i metoder, der endnu ikke var evidens for, og som ikke var kendte i det danske sundhedsvæsen, f.eks. metoderne "Du bestemmer," "Marte Meo" og "Den gode samtale," som de professionelle blev undervist i og fandt anvendelige i egen praksis.

Ringkjøbing Amt har i forbindelse med årskursus i sundhedsfremme og forebyggelse undersøgt professionelles forståelse af begrebet sundhedsfremme.

Undersøgelsen (3) blev et væsentligt redskab for fagfolk til at støtte den teoretiske og praktiske forståelse af be-

grebet sundhedsfremme, og den blev et værktøj til bevidst at sondre mellem begreberne sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

De sundhedspædagogiske metoder og årskurset i sundhedsfremme og forebyggelse har været med til at skabe en bevægelse af praktikere, som bevidst arbejder ud fra det salutogenetiske (sundhedsfremmende) perspektiv. Denne bølge har spredt sig ikke kun til professionelle i sundhedsvæsenet, men også til f.eks. lærere og pædagoger.

Den udvikling, der har fundet sted i Ringkjøbing Amt inden for de seneste 10-15 år, har initieret en række tiltag, der afspejler en forståelse for balancen mellem sygdom og sundhed. At denne opfattelse er fælles i primær og sekundær sektor, gør samarbejdet naturligt og nødvendigt.

Først i 90'erne etablerede Ringkjøbing Amt en sundhedsfremmeafdeling og en samfundsmedicinsk forskningsenhed. Dette understøttede den sundhedsfaglige udvikling. Her følger nogle eksempler på dette.

Styrke indsatsen for børn og forældre

I Børneafdelingen etableredes Distriktpædiatrien i Ringkjøbing Amt i 1990 (4). Tanken var at styrke indsatsen over for børn og deres forældre i primærsektoren og derved dels forhindre børn i at blive indlagt på sygehus, dels at afkorte nødvendige indlæggelser. Målet var, at kun de børn, der havde behov for døgnobservation, døgnpleje og døgnbehandling, skulle være indlagt.

Amtet blev delt op i fire distrikter, der fik tilknyttet et team bestående af læge, sekretær og sygeplejerske. Alle børn, der blev henvist til Børneafdelingen via venteliste, blev besøgt af læge og sygeplejerske i deres eget nærmiljø, f.eks. hjem, skole, daginstitution eller hos egen læge. Besøgene foregik uden for sygehuset i

tæt samarbejde med de praktiserende læger og sundhedsplejersker og med mulighed for at trække på ressourcerne fra Børneafdelingen og andre specialer på sygehuset.

Bæredygtigheden i primærsektoren blev styrket ved at fokusere på samarbejdet mellem sektorerne og udveksling af viden. Alle lægepraksisser i amtet blev tilbudt besøg af læge og sygeplejerske med faste intervaller. Sundhedsplejerskerne deltog mange steder i disse møder, hvor dagsordenen var at drøfte fælles børn, nye behandlingstiltag m.m.

Samarbejdet mellem Børneafdelingen og sundhedsplejerskerne blev cementeret gennem fælles møder i hvert distrikt, hvor deltagerne var fælles om tilrettelæggelse og afvikling. Mødernes indhold var af faglig karakter med deltagelse af specialister efter behov.

Den distriktpædiatriske funktion holdt i ca. 10 år, inden der blev behov for organisatoriske ændringer. Der er stadig tilbud til alle lægepraksisser om besøg af læge og sygeplejerske fra Børneafdelingen og mulighed for hjemmebesøg til barn og familie, oftest varetaget af en sygeplejerske. Der er udviklet en ny strategi med fastlagte møder mellem sundhedsplejersker og børnesygeplejersker, nu organiseret af oversygeplejerske og amtsundhedsplejerske som en fælles fagdag én gang årligt.

Distriktpædiatrien har sammen med amtsundhedsplejerskefunktionen været med til at bane vejen for samarbejdet i de tre forskellige sektorer, Børneafdelingen, almen praksis og sundhedsplejen med det formål at skabe sammenhæng i børn og familiers sygdomsforløb. Det har været værdifuldt i det nuværende samarbejde, hvor telefonkontakten mellem parterne er hyppig, dog naturligvis afhængigt af personligt bekendtskab.

Der er etableret flere tiltag gennem de forløbne år med henblik på at styrke samarbejdet mellem sygeplejersker og sundhedsplejersker.

Netværksgrupper som faglige interessegrupper

Amtsundhedsplejersken initierede oprettelsen af tværsektorielle netværksgrupper, der fungerede som faglige interessegrupper omkring forskellige emner f.eks.:

- børn med astma og allergi
- småsyge børn
- børn med psykosomatiske problemer
- amning
- efterfødselsreaktion
- familier med anden etnisk baggrund
- præmature børn, m.fl.

Formålet med netværkene er, at professionelle på tværs af ofte små kommuner i et amt kan mødes for at inspirere og støtte den faglige udvikling samt kvalitetssikre det pågældende område. Grupperne har været inddraget i at afholde og planlægge temadage og kurser med henblik på at varetage opgaveløsningen blandt de øvrige professionelle, hvorefter nogle af grupperne er blevet nedlagt og andre er opstået.

En tværfaglig netværksgruppe, der har arbejdet med børn og familier med psykosomatiske lidelser, har udarbejdet det gode patientforløb for børn med encoprese. Det har resulteret i, at sundhedsplejerskerne og de praktiserende læger nu varetager de lette forløb af denne gruppe børn og deres familier i stedet for at henvise til Børneafdelingen. ►

► Forældres angst og bekymring for syge børn

Sidst i 1990'erne blev der af sundhedspolitikere stillet spørgsmål om børns reelle behov for at blive indlagt. Undersøgelsen "Når børn bliver syge i Ringkøbing Amt" (5) viste, at der var behov for, at sundhedsprofessionelle både i primær- og sekundærsektor var mere opmærksomme på forældres angst og bekymring, når deres børn var syge.

Der har siden været arbejdet med at udvikle kompetencer til at støtte forældrene, så de gennem kontakt med sundhedsvæsenet får ballast til at klare almindelig febersygdom, uden at de har behov for at søge hjælp hos en specialist.

Der blev etableret et modtage- og observationsafsnit, hvor alle akut henviste børn modtages til en vurdering af, om de fortsat har behov for indlæggelse. Der er ansat en sundhedsplejerske på afdelingen med henblik på at vægte den sundhedspædagogiske tilgang til familierne.

Der har været etableret fælles undervisning af praktiserende læger og sundhedsplejersker for at håndtere behandling, forebyggelse og sundhedsfremme til akut syge småbørn og deres familier.

For at give ensartet råd og vejledning til forældre med småsyge børn er der udarbejdet 15 pjecer til fælles brug i Børneafdelingen, almen praksis og sundhedsplejen vedrørende følgende emner:

- astmatisk bronkitis
- falsk strubehoste
- feber
- feber, tredages
- feberkrampe
- forgiftninger
- forkølelse
- kighoste
- lungebetændelse
- mellemørebetændelse
- opkastning og diarré
- RS-virus
- RS-virus, forholdsregler, når dit barn har virus
- virus
- øjenbetændelse.

Det anbefales, at sundhedsplejerskerne ved firemånedersbesøg vejleder forældre om børn og feber og udleverer pjecen om feber.

►► FAKTA OM RINGKJØBING AMT

- I Ringkøbing Amt er der ca. 275.000 indbyggere, heraf er de 60.000 børn. Alle børn med pædiatriske sygdomme bliver indlagt på Børneafdelingen i Herning, som er normeret med cirka 100 stillinger fordelt på tre afsnit.
- I amtet er der 18 kommuner, og i "de kommunale sundhedsordninger for børn og unge" – herefter kaldet sundhedsplejen – er der aktuelt ansat 88 sundhedsplejersker. Fordelingen af sundhedsplejersker ansat i kommunerne varierer fra 1-17.
- Med den nye kommunalreform vil der opstå seks kommuner i området, som integreres i Region Midtjylland. Det skønnes, at fordelingen af sundhedsplejersker i de enkelte kommuner svarende til det tidligere Ringkøbing Amt vil blive fra 5-24.

Når et barn indlægges på Børneafdelingen, sendes der efter aftale med forældrene et kort med oplysning om barnets navn og indlæggelsesdiagnose til familiens sundhedsplejerske. Sundhedsplejerskerne får på den måde mulighed for at følge op på barnets indlæggelse.

De snotsyge børn

Ved et tredageskursus har 14 praktiserende læger og 16 sundhedsplejersker udviklet et koncept for undervisning af småbørnsforældre i håndtering af syge børn. Konceptet for undervisningen kaldes "Far og mor og de snotsyge børn." Forældrene blev undervist ud fra cafemetoden, hvor læge og sundhedsplejerske kommer med små faglige indlæg. Ved denne metode inddrages forældrene som ligeværdige i dialogen om syge børn.

Undervisningen på forældreaftenen blev de første to år honoreret af amtet. Herefter overtog kommunerne honoreringen, og nu lever undervisningen kun videre enkelte steder. Selv om denne del af projektet ikke eksisterer mere, er den bedste kliniske praksis i forhold til håndteringen af syge børn integreret i de 30 professionelle daglige praksis.

Sundhedsplejersker på studiebesøg

Sundhedsplejerskerne har været inviteret til at besøge Børneafdelingen en dag for at følge arbejdet på et af tre afsnit. Besøget blev tilrettelagt i samarbejde mellem oversygeplejersken og sundhedsplejersken ud fra de emner, sundhedsplejersken gerne ville opkvalificeres i. Dagen afsluttes med en tværfaglig konference og evaluering. 21 sundhedsplejersker har deltaget i ordningen i 2004.

Samarbejde om sundhedspædagogik

Fælles uddannelse i sundhedspædagogiske metoder har betydet, at der er blevet en fælles forståelse for at arbejde ud fra det sundhedsfremmende perspektiv og for metoderne. Samtidig er respekten for hinandens faglighed øget. Dokumentation af metodernes virkning er siden påbegyndt (6,7).

De fleste sundhedsplejersker i amtet har været på et "Du bestemmer"-kursus og anvender metoden i småbørnssundhedsplejen og i skolesundhedstjenesten. Metoden er videreudviklet til unge med overvægt i projekt "Vægten indeni," og aktuelt udvikles og afprøves metoden til unge med diabetes.

I den sundhedspædagogiske metode Marte Meo er der nu udannet en pædagog og flere sygeplejersker på Børneafdelingen samt cirka 25 sundhedsplejersker, så næsten alle kommuner i amtet har en Marte Meo-terapeut.

Feks. kan en pædagog på Børneafdelingen starte undervisning af en familie til et indlagt barn ud fra Marte Meo-metoden, og sundhedsplejersken kan videreføre og afslutte undervisningen i barnets eget miljø.

Positiv effekt af samarbejdet

Borgere i Ringkøbing Amt har et lavt forbrug af sundhedsvæsenets ydelser og en længere gennemsnitslevealder. Det kan ses i Sundhed – og sygelighedsundersøgelsen (8) og ved anvendelse af begrebet "selvvurderet helbred," som kan benyttes som prediktor for sygelighed og dødelighed. Andelen af borgere i Danmark med et virkeligt godt eller godt selvvurderet helbred er 78 pct., i Ringkøbing Amt er andelen 89 pct.

Andelen af børn under 16 år, der har været syge inden for de

“Vi er overbeviste om, at der er en sammenhæng mellem samarbejdet mellem de to sektorer og antallet af indlæggelser på Børneafdelingen.”

seneste 14 dage, er i Danmark 14 pct. I Ringkjøbing Amt er andelen kun 8 pct. (8). Den højeste andel af børn, der har været syge, findes blandt de 1-2-årige. Herefter falder andelen, hos drenge indtil 13-års-alderen og hos piger indtil 9-års-alderen. Forekomsten af sygdom i de seneste 14 dage er på samme niveau som i 1994.

Andelen af børn fra 0-15 år, der indlægges, ligger under gennemsnittet for hele landet og langt under indlæggeshyppigheden i København og omegn (5,9).

Vi ved ikke, hvor stor betydning det har for børns sundhed, at professionelle arbejder ud fra sundhedsfremmeperspektivet, ligesom der ikke er belæg for, at den sundhedsfremmende indsats slår igennem i forhold til børns indlæggelser.

Shared care er indarbejdet

Ved shared care forstår vi et integreret tværsektorielt samarbejde om patientforløb (børn og deres familier i forbindelse med sygdom), hvor ansvaret for barnet og familiens behandling, rehabilitering, forebyggelse af sygdomme og fremme af sundhed deles mellem tværsektorielle og tværfaglige team (10).

Behandlingen er et fælles ansvar, og kerneområderne er vidensudveksling, dialog mellem de involverede, en fælles forståelse af problemstillingen og bedste kliniske praksis. Det forudsættes, at patienten (her børn og forældre) inddrages som ligeværdige i dialogen og forståelse af problemstillingen.

Ringkjøbing Amt er kommet langt med shared care. Der har været arbejdet med vidensdeling i forhold til bedste kliniske praksis for småsyge børn, så forældre vejledes ens, når de er i

kontakt med observationsafsnittet på Børneafdelingen, vagtlægen, almen praksis og sundhedsplejen.

Vi er overbeviste om, at der er en sammenhæng mellem samarbejdet mellem de to sektorer og antallet af indlæggelser på Børneafdelingen. Utrolig mange faktorer har betydning for indlæggelsen af børn, f.eks. de sociale forhold, afstand til sygehus, forhold på børneafdelingerne, tilbuddene, frygt for at overse alvorlige tilfælde, øgede forventninger fra forældre. Tendensen er, at børnene hyppigere bliver indlagt i de større byer. Hvor stor betydning den beskrevne indsats har, er et spørgsmål, vi ikke kan besvare.

Fortsat behov for samarbejde og koordinering

Formålet med denne artikel er bl.a. at skabe debat om, hvorledes vi kan fastholde og videreudvikle gode forløb for børn og deres familier i en ny kommunal struktur.

I Ringkjøbing Amt er der i sundhedsvæsenet to stillingstyper, som vi ikke ved hvor havner. Den ene er en sundhedsplejerske, som vejleder familier med børn, der har læbe-gane-spalte. Denne sundhedsplejerske er en forudsætning for, at danske børn – som de eneste i verden – får modermælk. Den anden stilling er amts-sundhedsplejerskefunktionen.

Selv om hensigten med den nye kommunale struktur er at reducere gråzonen mellem sektorerne, vil der fortsat være behov for samarbejde og koordinering mellem de professionelle i kommuner, regioner og stat for at sikre sammenhæng i patientforløb for børn og såmænd også voksne.

*Ingeborg Hedegaard Kristensen er
amtssundhedsplejerske i Ringkjøbing Amt.
suik@ringamt.dk*

*Thea Sjørlev Madsen er oversygeplejerske på
Børneafdelingen, Kvinde barn centret,
Ringkjøbing Amts Sygehus.
hecthm@ringamt.dk
Pjecerne om børnesygdomme kan rekvireres
på telefon nummer 9927 2513.*

► ENGLISH ABSTRACT. Kristensen IH, Madsen TS.

Co-operation in focus.
Sygeplejersken 2006;(4):44-7.

Co-operation between primary and secondary health services in the West Jutland county of Ringkjøbing has engendered satisfactory conditions for cohesive treatment of sick children.

The co-operation involves sharing responsibility for the treatment of the child and the family, rehabilitation, prevention of disease and the promotion of health are shared across sector boundaries. Children and their parents are actively involved in understanding the issue at hand.

The methods have included extended collaboration, co-ordination, networking and the training of professionals, i.e. doctors, nurses and health visitors. E.g. the methods “Marte meo” and “It’s your choice.”

This article describes proficient treatment of children and their families. We wish to emphasise the significance of well-established co-operation between the primary and secondary sectors, also within the new municipal structure soon to be implemented.

This can e.g. be established by the regions appointing “Regional health visitors” or “Regional nurses” to ensure professional development related to child health and to co-ordinate the efforts of the regional children’s departments and municipal health schemes.

Keywords: Cross-sector co-operation, professional development, shared care, health promotion, health care, children.

Litteratur

1. Christensen V. Socialmedicinsk grundbog. København: Gyldendal; 1994.
2. Sundhedsstyrelsen. Terminologi, forebyggelse, sundhedsfremme og folkesundhed: København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
3. Jensen TK, Johnsen TJ. Sundhedsfremme i teori og praksis. Århus: Philosophia; 2001
4. Forsøg med distriktpædiatri i Ringkjøbing Amt, Ringkøbing: Ringkjøbing Amt; 1990.
5. Kristensen IH. Når børn bliver syge i Ringkjøbing Amt: Ringkøbing: Ringkjøbing Amt; 1998.
6. Bak P, Dalsgaard L. Du bestemmer metoden – en anderledes form for sundhedssamtaler. Ringkøbing: Ringkjøbing Amt; 1997.
7. Kristensen IH. Marte Meo metodens anvendelse i sundhedsplejen. MPH-afhandling, København: Københavns Universitet; 2000.
8. Sundhed og sygelighed i Danmark 2000 og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2002.
9. Hjuler IM, Moltesen B. Hospitalsindlæggelser af børn i by og på land. Hvad fejler de? Ugeskr læger 1997; 153, 3080-83.
10. Pritchard J, Hughes J. Shared care The Future Imperative? London: The Nuffield Provincial Hospitals Trust, Royal Society of Medicine press; 1995.

Værdier. I skæringspunktet mellem udefrakommende forventninger og indre behov for at opbygge en faglig identitet må sundhedsplejerskerne ikke glemme de pædagogiske muligheder, når de arbejder med sundhedsfremme og forebyggelse i skolen.

Sundhedspædagogiske udfordringer i skolen

Opfattelsen af, at sundhedspædagogikken skal løse sundhedsvæsenets problemer, er velkendt i sundhedsplejen. Her skaber opfattelsen frustration og rolleforvirring. Mange sundhedsplejersker oplever, at de bliver set som problemløser eller mini-skadestuer, og at skolen, familierne og samfundet forventer, at de overvåger og løser nogle på forhånd definerede problemstillinger med velegnede metoder. Omverdenens forventninger svarer ikke til sundhedsplejens egne værdier, hvor engagement, deltagelse, dialog, tillid og omsorg er centrale elementer. Derfor må vi spørge os selv: hvem vil hvad?

Gennem to sundhedspædagogiske projekter "Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland" og "Værdier i skolesundhedsplejen i Københavns Kommune" søger praktikere sammen med forskere fra Danmarks Pædagogiske Universitet at undersøge, hvilke pædagogiske kompetencer og redskaber sundhedsplejersker og andre sundhedsprofessionelle behøver for at støtte en sund udvikling i et sundt miljø blandt børn og unge. Begge udviklingsprojekter forløber over tre år, og resultaterne fra den første fase er netop bearbejdet. I første fase har der været fokus på problemidentifikation. Den følges op af yderligere to faser, hvor nye sundhedspædagogiske principper og strategier udvikles, afprøves og dokumenteres.

Afklaring af de sundhedsprofessionelles rolle

Overordnet handler projekterne om værdiafklaring og dermed afklaring af, hvilken rolle sundhedsprofessionelle tilskrives i det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. Projekterne har særligt fokus på kompetencer til at håndtere og udnytte de værdier, der kommer i spil i den sundhedspædagogiske dialog med børn og unge, når sundhed relateres både til sygdomsperspektiver og til "det gode liv." Hermed tages afsæt i WHO's definition

af sundhed, hvor sundhed ikke kun er et spørgsmål om at leve sygdomsfrit. Børnenes opfattelser af at have det godt har i lige så høj grad betydning for deres sundhed.

Det antages, at for at kunne agere sundhedspædagogisk professionelt, må man kvalificeres til at afdække og synliggøre værdier og værdikonflikter i sundhedstjenestens praksisser som forudsætninger for at kunne målrette udviklingen.

Mange sundhedsplejersker oplever en konflikt, når de på den ene side arbejder på et værdigrundlag, hvor børnene skal respekteres og involveres i diskussionen af, hvad sundhed er, mens de på den anden side er del af en biomedicinsk tradition, hvor sund levevis opfattes som noget objektivt, der ikke umiddelbart er til diskussion. Det er derfor centralt at undersøge, hvordan sundhedspædagogikken og den enkelte sundhedsplejerske skal forholde sig til værdibaserede diskussioner og processer.

Arbejde med fedme og overvægt kræver værdiafklaring

De to sundhedspædagogiske projekter handler ikke decideret om fedme eller overvægt, men fedme og overvægt kan være gode eksempler på, hvorfor det er vigtigt at arbejde med værdiafklaring.

Overvægt- og fedmeproblematikken er et klassisk eksempel på et problem, der beskrives inden for den biomedicinske verden, og samfundet forventer af de sundhedsprofessionelle, at det er et problem, de er med til at forebygge. Samtidig ser vi forventninger til skolen om at forme børnene, så de enten får løst deres sundhedsproblemer eller undgår dem. Inden for sundhedspædagogikken er idealet at lære børnene at iagttage og forholde sig til de sundheds- og værdimæssige problemstillinger, de møder, for derigennem at udvikle evner og vilje til at handle og være med til at forebygge sygdom og fremme sundhed. ►



Af Karen Wistoft, sygeplejerske, cand.pæd., projektleder
Foto: Morten Nilsson

► Sundhedsstyrelsen tager for alvor fat i, at unge bør motiveres til at spise mindre sukker og få mere motion (1). En ny rapport fra Sundhedsstyrelsen (2) betegner de unge som inaktive, hvilket sættes lig med risiko for overvægt og en række sygdomme. Heller ikke når vi spørger sundhedsplejerskerne på de københavnske skoler og sundhedsplejerskerne i Nuuk, er der tvivl om, at skolen, familien og samfundet står over for store udfordringer i forhold til børn og unges sundhed (3,4).

Sundhedsplejerskerne oplever yderligere, at der lægges op til konkurrence mellem sundhed og underholdning. Dagspressen formidler et krav om, at det sundhedsfremmende i skolen skal være sjovt, lystbetonet og attraktivt. Skoleidræt skal f.eks. tilbyde aerobic, kampsport, klatring og vandsport. Sundhedsplejerskerne må forholde sig til synspunktet: "Bare sundhed bliver gjort sjovt, er der chance for, at de unge får lyst til at motionere." Det lyder måske meget fornuftigt, men kan sundhed løses så enkelt?

Det pædagogiske spørgsmål til både Sundhedsstyrelsens risikotænkning og de populære løsningsforslag er, hvordan voksne kan overføre værdier og viden om, hvad der er sundt og sundhed til børnene? Spørgsmålet handler ikke kun om at håndtere sundhed men også om, hvad vi vil opdrage børnene til.

Ude af trit med pædagogisk forskning

Overvægtsproblematikken er et godt eksempel på, at man i sundhedsvæsenet – efter at have registreret tiltagende tendenser til fedme blandt børn og unge – har udviklet en række råd (mindre sukker og mere motion), som målgruppen bør følge for at tabe sig eller undgå at blive fede. Man forventer, at sundhedspædagogikken har metoder til at få målgruppen til at efterleve rådene, og der efterspørges forskning, som understøtter en udvikling af de mest effektive metoder for at nå de mål, der er sat af på baggrund af biomedicinsk forskning. Denne opfattelse af sundhedspædagogik som en metode til at indfri sundhedsvæsenets mål for børn og unges sundhed svarer ikke til succeskriterierne deltagerorientering og handlekompetence inden for sundhedspædagogik (5). Den biomedicinske og samfundsøkonomiske tilgang er ude af trit med pædagogisk forskning (og omvendt), hvilket besværliggør pædagogikkens bidrag til udvikling og nytænkning inden for sundhedsfremme og forebyggelse. "Mindre sukker og mere motion" er kun én blandt flere tilgange til løsning af overvægtsproblematikken. Problemet er, at denne tilgang ofte fremstilles som den eneste ene. Selv børnene svarer "gulerødder og motion," når sundhedsplejersken spørger ind til deres opfattelse af sundhed i sundhedssamtalerne i skolen (4).

Ikke barnets problem

Sundhedsstyrelsen ser overvægt som et problem og viser, at antallet af overvægtige børn og unge er tredoblet i Danmark gennem de sidste 30 år (1,2). Herefter går sundhedsprofessionelle ud og fortæller nogen, at de har et problem, de måske ikke selv oplever, de har. Vi må først og fremmest skelne klart mellem et selvoplevet og et epidemiologisk problem. Det bliver problematisk, hvis vi forsøger at overføre et problem til andre på baggrund af statistisk viden, og denne skelnen ikke medreflekteres. En sådan epidemiologisk problematik skal selvfølgelig holdes ude fra de børn, der selv oplever, de har et problem. Som udgangspunkt bør vi skelne børn med særlige behov og vægtproblemer fra børn

med potentielle problemer. Hvis vi ser på de enkelte børn, der har et overvægtsproblem, vil det være relevant at have forskellige pædagogiske tilbud. Problemet for sundhedsplejerskerne er, at omverdenen typisk forventer af dem, at de forebygger fedme og overvægt i forhold til skolebørn i almindelighed. Det forventes, at sundhedsplejerskerne forebygger sygdom, og dermed fokuseres på et problem, som børnene ikke selv oplever, de har. Den enkelte sundhedsplejerske forsøger at lære barnet at kende for at kunne lære det at kende sin krop og sig selv bedre, så det dermed kan forstå og forholde sig til farerne. Denne interventionstankegang bygger grundlæggende på en forestilling om, at barnet ikke kender sig selv.

Forsagelsesideologi giver ingen livslyst

På den ene side er det vigtigt at få den biomedicinske viden og værdier sat i spil. På den anden side er det dybt problematisk. For hvis ikke vi kan finde ud af, hvad der betyder noget for børnene – hvis blot de sundhedsprofessionelle kommer tonsende med deres viden og værdier, fremmes sundheden i målgruppen ikke. Det viser nyere sundhedspædagogisk forskning (6). Forsagelsesideologiens syndere "for meget sukker og for lidt motion" er ikke med til at give livslyst, meningsfuldhed og oplevelsen af et godt liv uden sygdomstrusler. Pligttilværelsen, der skal vedligeholde idealvægten, er ikke sundhedsfremmende. Den avler i værste fald en sygelig selvkontrol, eller den skærmer mod omverdenens udfordringer, så man bliver handlingslammet i en sundhedsfremmende retning. Det er foreløbigt udokumenterede synspunkter, som alligevel har betydning for de holdninger, normer og værdier, sundhedsplejerskerne orienterer sig efter. Sundhedsplejerskerne trækker på disse holdninger, når de diskuterer deres rolle i skolen. De mener, at de klassiske kampagner er eksempler på forsagelsesideologiske metoder, der tages i brug uden at inddrage børnene, hvilket gør, at de kun sparsomt virker på problemet overvægt.

Kompetencer ikke sikret med kampagner

Sundhedsplejen benytter sig af pjecemateriale fra forskellige organisationer, og her ses en fornyet kampagnetænkning. F.eks. har Kræftens Bekæmpelse "Seks om dagen" i relation til skolen foretaget en omlægning fra en traditionel kampagnevirksomhed til mere strukturelle tiltag som: frugtkvarter, madpakkeservice, "Rap Grønt," grønne snacks, mad og kostpolitikker på skolerne osv.

Tiltagene har skiftet karakter fra at kommunikere sig ud af problemet til mere strukturelle løsninger. Kampagnearbejdet sker i langt højere grad i skolen frem for omkring skolen og planlægges og udføres som noget helt konkret ud fra en viden om, at man kan motivere børn til at ændre spisemønster ved at øge tilgængeligheden af grønne fødevarer. Dette er en konsekvens af, at de traditionelle kampagner ikke virker.

Det hotte inden for den nye tænkning er dels tilgængelighed eller strukturel forandring og dels partnerskaber, hvor de, der har reel indflydelse på problemet, samarbejder (7). Man laver sundhedspolitiske kampagner, der tager udgangspunkt i nogle strukturelle forandringer (mere sundt og mindre usundt), men disse udmærkede sundhedspolitiske tiltag indebærer ikke nødvendigvis, at skoleeleverne lærer og udvikler sundhedsrelevante kompetencer. Ved at diskutere kampagnevirksomheden med

“Omverdenens forventninger svarer ikke til sundhedsplejens egne værdier, hvor engagement, deltagelse, dialog, tillid og omsorg er centrale elementer.”

værdibriller på bliver sundhedsplejerskerne afklaret i deres idé om, at det er hos børnene – i deres sociale miljø – den reelle indflydelse skal findes. Ved at iagttage omverdenens (her Kræftens Bekæmpelses) syn på sundhed og sundhedspædagogiske værdier får sundhedsplejerskerne afklaret, hvordan de selv tænker målgruppen ind i sundhedsarbejdet. Da de samtidig oplever, at deres værdier ikke er synlige for hverken omverdenen eller dem selv, fokuserer de på at få problemet omkring deres uklare professionelle rolle bearbejdet (4).

Utilstrækkelige opfattelser

Den samfundsmæssige forventning er, at skolen (skolesundhedsplejen) kan forme børnene, så de lever sundt. Men hvis det er det, samfundet forventer, er de herskende pædagogiske opfattelser utilstrækkelige. Analytisk kan vi skelne mellem tre typiske pædagogiske opfattelser set i relation til værdierne i sundhedsplejen:

1. Opfattelsen af, at barnets sundhed kan reguleres udefra, som bygger på en grundlæggende behavioristisk forestilling om, at vi kan motivere barnet, hvilket vil sige, at vi kan/skal ændre dets motiv, ønsker og behov (8).

Opfattelsen støder sammen med sundhedsplejerskernes værdier, da sundhedsplejerskerne ikke ønsker at opdrage børn og unge til at være styrede

udefra. Da de samtidig oplever, at denne pædagogiske opfattelse ikke virker, bliver det et mål for sundhedsplejen at tage udgangspunkt i børnenes handlemuligheder, vilje, værdier og normer.

2. Opfattelsen af, at barnets sundhed reguleres indefra, som bygger på et klassisk reformpædagogisk grundlag forbundet med en humanistisk opfattelse, hvor vi ønsker at opdrage børn og unge til selvbestemmelse, medbestemmelse og autonomi (9).

Her bliver det dog uklart, hvor sundhedsplejerskerne og de andre voksne bliver af, hvis det blot er et spørgsmål om, at det enkelte barn skal gøre sig sine egne handleerfaringer.

3. En moderne pædagogisk opfattelse, der handler om, at kun barnet kan regulere sig selv, men at det lever i et meningsfyldt miljø i skolen, fritiden, familien, byen og i en meningsfuld omverden, der dels kan forstyrre på en positiv måde og dels tilbyde meningsfuldhed og dermed vise, at vi er afhængige af hinanden.

Der er her tale om et omverdensforhold, hvor det drejer sig om at opnå tryghed, stimulering og udfordring og ikke kun om effekten af vores aktiviteter med andre. Det er derfor en type afhængighed, der stiller store krav til kvaliteten i pædagogikken i form af gensidig åbenhed, deltagelse, hensyn og forståelse (10).

Deltagelse som en central værdi

På baggrund af resultaterne fra den første fase i de to sundhedspædagogiske projekter og en mere generel indkredsning af videnstyper, værdier og forskellige pæda- ▶



► gogiske opfattelser bliver det tydeligt, at forventningen om, at skolen og sundhedsplejen skal kunne forme børn og unge, så de lever mere sundt, er forbundet med både problemer og værdikonflikter. Med eksemplet overvægt illustreres nogle af de videns- og værdiproblemer, som de sundhedsprofessionelle støder ind i.

Rolleforvirringen og frustrationen i sundhedsplejen hænger sammen med, at sundhedsplejerskerne ikke umiddelbart kan indfri de forventninger, der stilles til dem udefra, ligesom de har behov for at kunne opbygge en professionel identitet indefra. Men det er ikke ensbetydende med, at sundhedsplejerskerne ikke har aktuelle pædagogiske muligheder, når de arbejder med de værdier, der er på spil mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolen. I projekterne er deltagelse en central værdi, der udfoldes på forskellig vis, lige fra deltagelse, der ses som barnets blotte fysiske tilstedeværelse, til deltagelse som en dialogisk interaktion (4).

Sundhedsplejerskerne mener selv, at de skal blive bedre til at lægge den biomedicinske opfattelse af sundhed på hylden til fordel for at arbejde med sundhed som et værdiladet begreb, der ikke umiddelbart kan overføres, hverken fra det ene menneske til det andet eller fra den ene sammenhæng til den anden. Deltagelse bliver da en endnu mere central værdi, fordi sundhedsplejersken forventer, at barnet indgår i en dialog, hvor de endelige beslutninger ikke er givet på forhånd. Dialogen bygger på barnets oplevelser og erfaringer, sundhedsplejerskens faglighed og hendes forventninger om barnets medbestemmelse, læring og sundhedsfremmende udvikling.

Sundhedsplejerskerne mener selv, at de to største udfordringer er tålmodighed og evnen til at give slip på egne og omverdens forventninger om at løse børnenes problemer.

*Karen Wistoft er ansat på Danmarks Pædagogiske Universitet, Institut for Curriculumforskning.
kawi@dpu.dk*

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Krop skal der til: et undervisningstilbud til 3. og 4. klasse om mad og bevægelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2003.
2. Sundhedsstyrelsen. 11-15-åriges livsstil og sundhedsvaner 1997-2003. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
3. Wistoft K. Sundhedsopfattelser, værdier og ambivalenser i Grønland. Social Kritik 2005;97(17):47-59
4. Wistoft K, Jensen BB, Roesen JV. Værdier på spil? Mellem sundhedsfremme og forebyggelse i skolesundhedsplejen. København: Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag; 2005.
5. Jensen BB. Pædagogik, sundhedsfremme og forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2004 30. marts 2004. Report No.: J.nr. 0-303-01-42/2/DRO.
6. Jensen BB. Handlekompetence, sundhedsbegreber og sundhedsvi-

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Wistoft K. Health-educational challenges in schools. Sygeplejersken(4)2006:48-52.

School health care is characterised by role confusion and ambiguous professional identity. This is one of the preliminary conclusions of two research and development projects related to health professionals in Greenland and health visitors in Copenhagen Municipality. The article aims to contribute to a clearer definition of the value-related challenges of health care in relation to children and young adults. Another aim is to help clarify the role the health visitor has and wants to play in health-promotion work and preventative measures in schools. The emphasis is on the discussion of dominant values and issues prevalent in school health care, for example on obesity. There is a need in both prevention and health promotion to work with participant-oriented processes and expert health knowledge traditionally based on biomedical values. Furthermore, the article a focus on target-group participation as a fundamental element of the basic values of health care and the issue of dialogue in relation to the health of children and young adults is also discussed.

The article is original and has not yet been evaluated.

Keywords: Health education, values, health care.

den. In: Hounsgaard L, Juul Eriksen J, editors. Læring i sundhedsvæsenet. 1 ed. København: Gyldendal Uddannelse; 2000. p. 191-209.

7. Kræftens Bekæmpelse. Sund skole. København: Kræftens Bekæmpelse; 2005.
8. Andersen NB. En behavioristisk og adfærdsmodificerende pædagogik. In: Pædagogiske teorier. København: Billesø & Baltzer; 1998.
9. Schnack K. Handlekompetence. In: Bisgaard NJ, editor. Pædagogiske teorier. København: Billesø & Baltzer; 1998.
10. Moe S. Systemisk-konstruktivistisk pædagogik – et læredigt. Århus: KLIM; 2003.



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 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

Din mening. Det vrimler 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 28. februar kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Snydepleje

Fru Nielsen er 84 år og bor på et ældrecenter. Hun har haft en blodprop i hjernen og får hjælp til det meste. Personlig hygiejne, mobilisering, spisning osv. I dag skal *Nadja*, som er sygeplejestuderende, hjælpe med at give *Fru Nielsen* medicin og mad. De to sidder ved bordet i dagligstuen. Den grønne og hvide vaskedug er plettet af rande fra en kaffekop. *Fru Nielsen* sidder i sin kørestol, *Nadja* på en stol ved siden af. P3 kværner i baggrunden.

Fru Nielsen tilkendegiver tydeligt, at hun ikke vil have sine piller. Hun spytter dem slet og ret ud, så de havner på hendes sorte cardigan. *Nadja* kommer i tvivl. *Fru Nielsen* har fået en ostemad og en kop kaffe, fordi hun er blevet hjulpet med at drikke og spise, men hvad med pillerne? *Nadja* spørger den sygeplejerske, der iler forbi med en pakke sterile forbindelser under armen.

"*Andrea*, hvad gør jeg, når *fru Nielsen* ikke vil have sine piller?"

"Du knuser pillerne og putter dem ind i en skefuld syltetøj, så plejer de at glide ned," svarer *Andrea*.

Nadja overvejer. Hun synes ikke, det er helt rigtigt at snyde et gammelt menneske på den måde.

Hvad synes du?



Dilemma fra *Sygeplejersken* nr. 3

Lasse på 25 år er indlagt på en lukket psykiatrisk afdeling. *Maja*, hans kontaktsygeplejerske, henviser til sin tavshedspligt, da *Lasses* forældre spørger til drengens situation.

Kan tage lang tid

Majas svar til *Lasses* forældre bør være:

"*Lasse* skal først observeres i nogen tid. Men I har brug for at tale med *Lasses* psykiater. På nuværende tidspunkt ved vi ikke endnu ret meget om *Lasses*

sygdom, men I er altid velkomne til senere at komme her og tale med os. Men I må desværre nok indstille jer på, at det kan være noget, som kan tage længere tid. Vi skal nok tage os godt af *Lasse*."

Astrid Valentin,
selv pårørende og
pens. sygeplejerske.

Patientens tarv

Det er en meget vanskelig og pinefuld situation for forældre at opleve deres barn – også selvom barnet er blevet voksen – udvikle psykotisk adfærd og at se deres barn være bange og forpint og opføre sig uforståeligt for andre.

Maja skal værne om fortrolige oplysninger, så hun skal bede forældrene og *Lasse* om at gå med ind i et rum, der er uforstyrret (og tiltalende!). Her skal hun fortælle *Lasse* og hans forældre, at de kan have tillid til, at personalet vil drage omsorg for *Lasse* og dem som på-

rørende. Hun skal fortælle, hvilken sygepleje *Lasse* vil få. *Maja* skal sikre, at forældrene og *Lasse* sammen med *Maja* taler med den behandlingsansvarlige læge og andre relevante fagpersoner om, hvilken pleje og behandling *Lasse* tilbydes.

Maja kan hente støtte i De Sygeplejeetiske Retningslinier pkt. 2, som drejer sig om sygeplejersken og patienten, herunder også pkt. 2.8: "Sygeplejersken skal vise respekt og omsorg for pårørende. Hvis der opstår interessekonflikt mellem patient og pårørende, skal patientens tarv varetages."

Lene Schwartz, ledende oversygeplejerske, ansat på Amtssygehuset Fjorden, medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Ovenstående er et udvalg af besvarelser, der alle er forkortede. Læs alle uforkortede besvarelser i netudgaven af *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk

Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til *Ulla McCallum*, sygeplejerske i Bjergsted Kommune, for svaret "Ukendt konsekvens," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 3/2006.

Trods alt. Selv om et afsnit må lukke, skal patienter og pårørende have en god behandling til sidste dag. Og medarbejderne skal kunne fortsætte i deres næste job med kræfter og engagement i behold.

At lukke med manér

Den kommende strukturreform vil medføre både fusioner og lukninger i den offentlige sektor. Der vil være mellemprioriteter, hvor institutionerne skal fungere, indtil de nye tager over, og siden vil der stadig være behov for den enkelte medarbejders evner og indsats, men i nye rammer. Derfor kræves der en stor indsats af både ledere og medarbejdere, for at institutionerne fungerer, og medarbejderne bevarer engagementet og ikke brænder ud i fusionsperioden.

Fra Risskov til Odder

I 1998 besluttede Psykiatrilædelser i Århus Amt at flytte et åbent sengeafsnit fra Psykiatrisk Hospital i Risskov til Odder for at skabe plads til en omfattende renovering. Udflytningen var et toårigt projekt, der skulle evalueres med henblik på at blive permanent. I evalueringen skulle indgå patient- og pårørendetilfredshed, økonomi, tidsforbrug og medarbejdertilfredshed. Blev afsnittet gjort permanent, var planen at flytte et tilsvarende sengeafsnit til Grenå.

Den daværende ledelse på sengeafsnittet på Risskov og langt hovedparten af medarbejderne var utilfredse med beslutningen. Transporttid og afstand var et problem, der var frygtet for personalets sikkerhed i en bygning på flere etager og ingen naboer, nogle var bekymrede for at flytte væk fra den faglige sparring med kolleger på eget niveau, bekymrede for rekruttering, uvillige til forandringer osv.

Disse medarbejdere valgte derfor at rejse. Det gjorde det svært for de fem medarbejdere, der valgte at flytte med ud, at begynde at glæde sig og planlægge. Der var ikke plads til at tale om det nye.

Det nye afsnit skulle starte 1. oktober 1999. Medio juli tiltrådte jeg stillingen som afdelingssygeplejerske, de resterende medarbejdere blev ansat med tiltrædelse 1. oktober. Medio oktober modtog vi de første patienter fra Risskov efter 14 travle dage med teambuilding og planlægning med en uddannelseskonsulent.

Ny kultur med få regler

Vi gik mange utraditionelle veje: ansatte ergoterapeuter som plejepersonale, ansatte kok, rengøringsassistenter og sekretær på

afsnittet, udviklede og fik fleksidsaftaler med diverse fagforeninger. Til vores store tilfredshed fik vi også en aftale med Odder Brandvæsen om sikkerhedsopbakning. Som det eneste psykiatriske afsnit i Odder kunne vi ikke trække på kolleger fra andre afsnit i situationer med trusler eller vold, derfor måtte vi gå andre veje.

Alt sammen for at sikre den højeste grad af fleksibilitet i opgaveløsningen, og at alle medarbejdere tog ejerskab over afsnittet og kunne føle tilfredshed og stolthed, når tingene lykkedes.

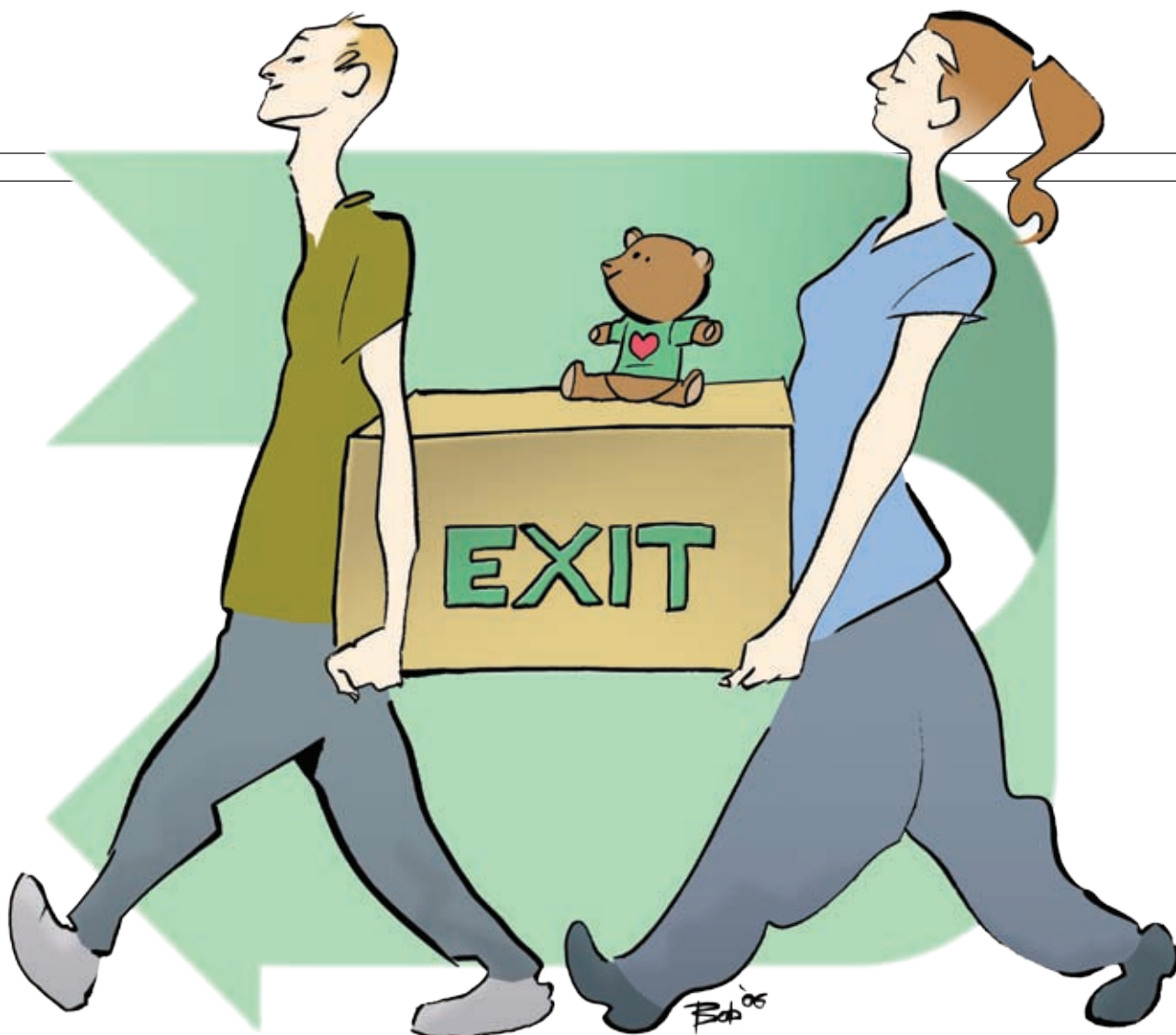
Vi lånte malerier til alle værelser af Museet på Risskov, som efterfølgende skaffede kunstnere til permanent udsmykning. Vi indrettede os så lidt sygehuspræget som muligt. Vi havde rammerne til det: lyse, lette lokaler, store enestuer med eget bad, flere køkkener og opholdsfaciliteter.

Vi forsøgte at lave en kultur, hvor alt, hvad der var til gavn for patienter og pårørende, skulle være muligt, og hvor enhver havde ansvar for egen handling.

Vi havde ikke ret mange regler, hverken for patienter eller medarbejdere. Alle skulle opføre sig ordentligt, og medarbejderne skulle selv tage stilling til, hvad der var ret og rimeligt i hver enkelt situation. Det betød bl.a., at de pårørende kunne købe mad og spise med, overnatte med patienten, babyer var medindlagt, og hunde kom på besøg. Der blev ikke låst til kaffen, bare fordi det var nat, men medarbejderne tog en snak efter behov om det uhenigtsmæssige i at drikke kaffe om natten. Kendte patienter kunne få hjælp om natten, når lokalpsykiatrien havde lukket osv.

I løbet af 2002 blev patient- og pårørendetilfredshed, økonomi, tidsforbrug og medarbejdertilfredshed evalueret af amtets kvalitetsafdeling, psykiatrilædelserns sekretariat, Kommunernes Revision og PLS Rambøll. Resultatet blev samstemmende, at afsnittet var en succes, hvorefter det blev gjort permanent. Der blev bevilget penge til nødvendige forbedringer som f.eks. elevator og dræning af en fugtig kælder.

Vi havde flere ideer på lager. En af dem var at skærme dårligere patienter i en del af afsnittet, så de ikke skulle overflyttes til Risskov. En anden, som var inspireret af særforsoget, var at afprøve et behandlingsrum, hvor sanserne kunne stimuleres el-



ler dulmes afhængigt af behov. En skizofren pige døbte det "Rummet til sans og samling."

Bomben springer

Men vi skulle komme til at slå vores barn ihjel og begrave det.

I 2002 blev de offentlige forvaltninger pålagt at spare. Således også psykiatrien. Afdeling Syd meldte ud i august 2002, at der skulle lukkes et sengeafsnit, og vi var selv med til at sætte os i spil, idet der i længere tid havde været lægemangel, og de få sengepladser, der fremover skulle være, måtte samles i Risskov.

Ved nærmere eftertanke kunne vi godt have tænkt os at blive flyttet til Risskov, fortsætte udviklingen der og udnytte vores lokalkendskab til patienter og samarbejdspartnere fra Odder og Skanderborg.

Men vi besluttede, at vi ville lukke lige så flot, som vi åbnede, og at patienter og pårørende skulle have en god behandling til den sidste dag. Vi ville ikke gå i sort, som vi oplevede, at medarbejderne på andre arbejdspladser gjorde det, når de skulle lukke. Det var centralt og med til, at vi bevarede stoltheden over vores indsats til den dag, vi lukkede, den 30. september 2003.

En velforberejdet lukning

Vi vil lukke lige så flot, som vi åbnede. Det blev vores motto i hele afviklingsperioden.

På et tidligt tidspunkt vurderede vi: Hvad var kerneydelserne, og i hvilken rækkefølge ville vi kunne prioritere dem, hvis kræf-

terne svigtede, eller centrale medarbejdere rejste før lukningen?

Vi forsøgte at være et skridt foran og have løsningsforslag parat ved lavere bemanning. F.eks. kunne vi lukke en etage og kontakte tidligere gode vikarer. Der blev ansat vikarer, så normeringen holdt lige til det sidste, selv om nogle medarbejdere blev omplaceret til andre ledelsesområder før den endelige lukning. Vi kunne glæde os over, at vi havde kvalificerede ansøgere lige til det sidste.

Vi talte meget med patienterne, især med vores mange stampatienter, om, hvad der skulle ske både med dem og med os efter lukningen. Vi var åbne om, at vores energi var svingende, men at vi arbejdede for at gøre en god indsats til sidste dag.

Det betød noget for patienterne, at de allerede fra marts 2003 vidste, at flere af medarbejderne blev omplaceret til lokalpsykiatrien og til det sengeafsnit på Risskov, der fremover skulle betjene dem. Stampatienterne var med til at pakke sammen og mærke inventaret, så flyttefirmaet kunne flytte tingene de rigtige steder hen.

Vi skrev breve til vores samarbejdspartnere for at orientere om, hvad der skete, og takke for godt samarbejde. Brandvæsenet sendte vi chokolade til, fordi det havde været en stor, men sjældent brugt trykthed for os.

Fremtidigt job

Afdelingsledelsen afklarede hurtigt med sygehusledelsen og socialpsykiatrien i amtet, at medarbejderne så vidt muligt kunne ►

► omplaceres i vores eget ledelsesområde, og at omplaceringen først skulle træde i kraft, når sengeafsnittet skulle lukke.

Afdelingsledelsen afklarede jobmuligheder med de øvrige amtslige psykiatritilbud – der skulle bl.a. etableres nyt andre steder. Vi kontaktede også de kommunale psykiatritilbud i området og hørte om deres jobmuligheder. I foråret 2003 var vi på rundtur for at se forskellige tilbud i psykiatrien, lokalpsykiatri, skadestue, Fontænehuset.

Medarbejderne havde mulighed for individuelle studiebesøg, stort set hvor de havde lyst, og vi havde folk ude og fortælle om deres tilbud for at danne baggrund for den enkeltes fremtidige ønskejob. Alle medarbejdere, også de, der havde orlov og medarbejdere i længerevarende vikariater, havde en eller flere samtaler med afdelingssygeplejersken, hvor vi talte meget direkte om, hvad hver enkelt var bedst til og havde mest mod på. Herefter udfyldte hver enkelt medarbejder et skema, hvor de kunne ønske op til tre steder som fremtidig arbejdsplads. De fleste medarbejdere blev omplaceret på den baggrund, og langt hovedparten fik deres første prioritet opfyldt.

Omplaceringerne foregik oftest uden egentlige samtaler, men medarbejderne blev tilbudt besøg på den nye arbejdsplads. Nogle medarbejdere var med til personalemøder eller lignende på den nye arbejdsplads, inden de tiltrådte.

En vellykket omplacering krævede, at de nye arbejdspladser udviste medansvar og tillid til det forarbejde, den enkelte medarbejder havde lavet før sin beslutning. Det skete i langt de fleste tilfælde.

Alle medarbejdere fik efter ønske en udtalelse med sig. Det foregik ved, at man skrev i vores fælles personalebog, at man gerne ville have en udtalelse. Kollegerne skrev stikord om den enkelte, hvorefter afdelingssygeplejersken skrev dem sammen til en udtalelse.

At få mening med galskaben

Personalegruppen havde møde med afdelingsledelsen, hvor vi forsøgte at få en forklaring på, hvorfor valget faldt på at lukke og ikke flytte afsnittet til Risskov. Alle medarbejdere deltog – også de, der havde orlov.

Vi planlagde en temadag, hvor vi skulle binde sløjfe på fire år. Vi bad sygehusledelsen takke os og kommentere, om de syntes, vi havde nået det, de sendte os ud for.

Uddannelseskonsulenten, som var med til at sætte os i gang, fortalte, hvad hun havde set sammen med os. I faggrupper lavede vi en planche over hver enkelt medarbejder: Hvad havde hver enkelt særligt stået for og var god til. Alle skiftedes til at være tilhører til, at gruppen talte om én. Dagen sluttede med fernisering. Der var chips, rødvin og boblevin samt fremvisning af alle plancher – det gav megen genkendelse og gode grin.

Vi lavede katalog over alt inventar, inklusive de arkitekttegnede møbler, og var aktive i fordelingen til lokalpsykiatrien og sengeafsnittene, så de vigtigste ting også fremover ville kunne bruges og ses af patienterne fra området. Vi aftalte, at hver enkelt medarbejder skulle købe sin egen afskedsgave fra afsnittet, da der jo ikke var råd til alle de gaver på en gang. Der blev købt alt fra intet til et grantræ og en fingerring.

Et nyhedsbrev blev sendt ud til alle medarbejdere med jævn mellemrum – også til dem, der var på orlov. Heri skrev vi om, hvor langt processen var, og hvem der var omplaceret til hvor.

Vi fik hjælp fra Bedriftssundhedstjenesten (BST) til hele gruppen, men desværre kom hjælpen for sent. Den var der ikke, da vi havde brug for at bearbejde vores følelser, men kom først, da vi selv var kommet videre.

Til gengæld var der god hjælp til de to medarbejdere, der skulle lede afsnittet de sidste tre måneder, da afdelingssygeplejersken blev omplaceret inden lukningen. De fik ledelsessupervision hver anden uge af en psykolog fra BST og var meget glade for det. Vi fik også mulighed for individuelle samtaler med lokalpsykiatriens psykolog, når det hele blev for meget. Nogle benyttede sig af det. Enkelte havde flere samtaler.

Når vi på skift følte os slidte og nede, viste kollegerne hinanden omsorg. På et tidspunkt, hvor stemningen blev rigtig skidt, og enhver gik rundt i sin egen sorte verden, opdagede vi, at almindelig høflighed var glemt. Så begyndte vi at sige goddag og farvel og give hånd i alle vagtskift. Det virkede kunstigt, men gav en masse grin og var med til at vende stemningen.

I den sidste del af forløbet afsatte vi dagligt tid til at fokusere på lukningen, så den ikke kom til at fylde hele arbejdsdagen.

Hårdt, men givtigt

De, der blev omplaceret til andre ledelsesområder og dermed var nødt til at rejse før selve lukningen, var kede af det. De ville have sat en ære i at have været med til at lukke helt ned. Vi holdt en stor flot lukkefest, hvor alle, der havde været tilknyttet afsnittet, siden lukningen blev besluttet, var inviteret. Der var stor tilslutning fra 30.

I dag er alle medarbejdere omplacerede. Af de faste medarbejdere fra dengang har næsten alle stadig job i psykiatrien, og det samme har de fleste af vikarerne, der hjalp os den sidste tid. Nogle har siden skiftet job igen, men alle har gode minder om fire gode år i Odder med en lukning, der blev værdig for alle.

Det har været fire meget stærke år, men også meget givtigt, og jeg har selvfølgelig tænkt meget over, hvad der gjorde, at vi formåede at holde gejsten og motivationen til det sidste. Jeg er kommet frem til, at der primært var følgende faktorer, der havde indflydelse:

- Personalet var vant til udvikling og til konstant at forholde sig til nye krav og opgaver, så selv så drastisk en udvikling kunne ikke vælte os.
- Vi satte os mål for lukningen og bevarede derved den stolthed, vi havde haft også under åbningen.
- Vi bevarede kontrollen over vores arbejdsliv. Vi havde styr på møbler, procedurer og patienter.
- Vi forstod baggrunden for beslutningen: At vi havde løst opgaven flot, men at politik og lægemangel nu krævede andre indsatser.
- Medarbejderne følte, at der blev arbejdet for en god og konstruktiv omplacering for hver enkelt. De følte sig i trygge hænder, selv om det for nogen trak ud med en endelig afklaring.
- Vi havde frie hænder og tillid fra ledelsens side til at lave de handlinger og løsninger, der gav mening for os.

Merete Falkenfleth var ansat på Psykiatrisk sengeafsnit S6 i Odder fra 15. juli 1999 til 1. august 2003.

*I dag er hun hotelchef på patienthotellet ved Randers Centralsygehus.
mfa@rc.aaa.dk*

Til den kritiske undersøger

Redigeret af Margretha Järvinen, Nanna Mik-Meyer
Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv

Interview, observationer og dokumenter

København:

Hans Reitzels Forlag 2005

303 sider, 300 kr.

ISBN 87-412-0361-5

Interview, observationer og dokumenter er tre former for kvalitativt materiale, og de danner inddelingen i denne metodebog, der med sine 14 nordiske bidrag alle har relation til "sociologi med beslægtede fag."

De nye udfordringer, der dukker op, når forskeren med konstruktionisme og interaktionisme udfordrer de klassiske analytiske tilgange som hermeneutik og fænomenologi,

kan resultere i fremstilling af sandheden som en social konstruktion.

Ambitionen hos redaktørerne er: at afdække muligheder og begrænsninger for den kvalitative undersøgelse set fra forskellige teoretiske fundamenter, som medregner *Bourdieu, Berger, Luckmann, Goffman* og *Luhmann*, for blot at nævne nogle.

Denne ambition afspejles i bogens grundige introduktion.

Det er fælles for bogens tekster, at betydningen af en handling eller et fænomen skabes i interaktionen mellem mennesker eller mellem mennesker og ting. Intervieweren påvirker selv aktivt den fortælling, der skabes. Observationer i feltarbejde giver oplysninger om flertydighed og ustabilitet i det observerede og



om den meningsproduktion, der foregår, herunder forskerens eget bidrag til meningsfuldheden. Når det gælder dokumenter, er der fokus på flertydighed, kontekstafhængighed og produktivitet. Selv om kvalitativ analyse tager afsæt i konkret materiale som interview, observationer og dokumenter, vil hver enkelt materialetype foranledige forskellige metodeovervejelser.

En række artikler kan være inspirerende for sygeplejestuderende på både bachelor- og overbygningniveau samt for sygeplejersker, der ønsker at behandle et emne kritisk undersøgende. Som enkelte ek-

sempler ud af mange interessante kan nævnes *Warmings* beskrivelse af erkendelse gennem oplevelse, når indlevelse ikke er mulig, *Mik-Meyers* kapitel om dokumenter som empiri, hvor hun anvender sin metode i forhold til regeringens sundhedsplan, eller *Dahler-Larsens* analyse af stillingsannoncer, hvor analysen relateres til forfatteren af annoncen, til regler for annoncer og til et institutionelt perspektiv.

Det er en saglig og velskrevet bog, hvor artiklerne hver især bærer præg af stor baggrundsviden om de temaer, de belyser.

Af *Lisbeth Uhrenfeldt*,
 ph.d.-stipendiat, Institut for
 folkesundhed, Afdelingen for
 Sygeplejevidenskab,
 Aarhus Universitet.

Skriv gode og bedre opgaver

Lotte Rienecker,
 Peter Stray Jørgensen

Den gode opgave

Håndbog i opgaveskrivning på videregående uddannelser

3. udgave

Frederiksberg: Forlaget

Samfundslitteratur 2005

414 sider, 260 kr.

ISBN 87-593-1164-9

Forfattere fra Akademisk Skrivecenter (tidligere Formidlingscentret på Københavns Universitet) (www.samfundslitteratur.dk/dgo) har i en ny udgave af bogen udviklet en pentagon for opgaveskrivere på videregående uddannelser, deres vejledere og censorer. Pentagonen, eller de fem hjørner, er de elementer, der skal være til stede, for at opgavens videnskabelige grundlag er i orden. Erfaringer og formidling af ny international forskning på området udvider indholdet med nye kapitler om

struktur, litteratur, kilder, teorier og metoder, og tidligere kapitler er videreudviklet. Eksempelvis er perspektivet om opgaven som argument udvidet med en detaljeret oversigt over, hvilke dele der har hvilken rolle i argumentationen. Først i bogen indkredser forfatterne, hvilke genrer forskellige faglige tekster befinder sig inden for, hvorved det særlige

forhold til en fagdisciplin gøres centralt i opgaveskrivningen. Flere oversigter giver denne udgave karakter af at være en håndbog i opgaveskrivning – et arbejdsredskab, når spørgsmålet: Hvordan skal jeg gribe min opgave an, melder sig. De gode råd er direkte. Gennem eksempler fra opgaver fremstilles styrker og svagheder, så det står klart for læseren, hvad der gør opgaver gode, og hvad der gør dem bedre. Opgaveeksemplerne er især hentet inden for human- og samfundsvidenskabelige fag, men sygeplejen er også med.

Perspektivet er det vidensbrugende frem for det vidensbeskrivende. Dvs. at den angelsaksiske problemorienterede opgavetænkning er valgt frem for den tyske vidensrepererende tradition. Teksten inspirerer med andre ord til at arbejde med et fags teorier og metoder på anvendelsesni-

veau, og professionsrettede uddannelser får herved et godt redskab.

Når sygeplejestuderende mødes af krav om at arbejde med klinisk praksis i deres opgaver, er her en form og struktur, der kan skabe overblik og dermed mere tilgængelige arbejdsprocesser. Oplevelser fra klinisk praksis får en støbeform, der gør fremstillingen professionel, når spørgsmålene lyder: Hvad, hvorfor og på hvilken måde finder man viden, og hvordan former man opgaven.

Bogen er en kærkommen håndsrækning til alle på lange og mellemlange videregående uddannelser, der skal skrive opgave og gerne vil gøre det godt og lærerigt.

Af *Grete Mygind*,
 sygeplejelærer på
 Københavns Amts
 Radiograf- og sygeplejeskole.



Væk fra patienterne

Redigeret af
Tine Rask Eriksen
**Professionsidentitet i
forandring**
København:
Akademisk Forlag 2005
272 sider, 269 kr.
ISBN 87-500-3859-1

Professionsidentitet er en foranderlig størrelse, der følger den samfundsmæssige udvikling, udviklingen i de samfundsmæssige ideologier og er afhængig af styrkeforholdet mellem professioner og stat. Studerende og forskere, der har været tilknyttet uddannelsen "Master i Professionsudvikling" fra 2002 til 2004, har bidraget til denne artikelsamling om emnet. Der kastes kritiske blikke på professioner/semiprofessioner, den samfundsmæssige dynamik og

professionernes identiteter og vidensformer.

Den professionshistoriske udvikling gennemgås af *Thomas Brante*, der meget nærliggende som professor i Lund nævner eksempler fra den svenske professionshistorie. Forholdet mellem stat og professioner gennemgås fra den moderne stats fødsel i 1500-tallet, via den tidlige industrielle stat, til velfærdsstaten, den nyliberale og multinationale stat. Til hver statsform bliver det gjort tydeligt, at der knytter sig forskellige former for professionskontrol, det gælder både kontrol med professionerne og kontrol af professionerne. Den indledende artikel giver læseren baggrund for at forholde sig reflekterende til de følgende artikler. I disse beskrives variationer over temaet



skrevet ind i den nyliberale, New Public Management-tidsalder med livslang læring og en stadig kompetenceudvikling.

Indførelsen af professionsbacheloruddannelserne i 2001 og dannelsen af Centre for Videregående Uddannelser (CVU) gør det vedkommende at følge med i de centrale udviklings-tendenser, der kan ses i udviklingen af de mellemlange videregående uddannelser som (semi?) professioner og professionsuddannelser.

Ud over at *Stephen Carney* beskriver læreres professionelle udvikling mellem politik, magt og præstation, har stude-

rende bidraget med indslag fra kvindepensionerne. I de studerendes artikler anskues professionsudviklingen gennem *Bourdieu's* optik og terminologi. For sygeplejens vedkommende problematiserer *Birgitte Bjeld* og *Tina Bjerre*, om akademiseringen af sygeplejefprofessionen har medført reflektive forandringer eller praksisændringer. Forfatterens konklusion er, at de vidensformer, som lægerne præsenterer, stadigvæk er højest i hierarkiet. At sygeplejestuderende orienterer sig mod de opgaver, der har den højeste værdi, hvilket vil sige væk fra patienterne. At sygeplejerskerne bruger mere tid på stuegang og administration end på opgaver, der er rettet mod behandling, mennesker og patienten. Kroppen synes ikke interes-

Fra professionel til ven

Alain Topor
Fra patient til person
Oversat fra svensk af
Kirsten Vagn Jensen
København:
Akademisk Forlag 2005
248 sider, 269 kr.
ISBN 87-500-3864-8

Alain Topors nye bog "Fra patient til person" er en forlængelse af hans doktorafhandling "Managing the contradictions," der beskæftigede sig med recovery – at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse. Topor har siden deltaget i et stort svensk projekt, der, med afsæt i recovery og på baggrund af 30 kvalitative interview med brugere, der er kommet sig, har udviklet en række produkter og aktiviteter.

Bogen bygger på disse interview samt på to fokusgrupper, der tematisk har beskæftiget

sig med "Mestringsmåder" og "Professionelle der har været til hjælp."

Udgangspunkt er, at de fleste mennesker, der får svære psykiske problemer, kommer sig helt eller delvist. Der er fokus på disse menneskers erfa-

ringer og viden om, hvad de selv gør for at komme sig, og hvad andre kan gøre for at støtte dem.

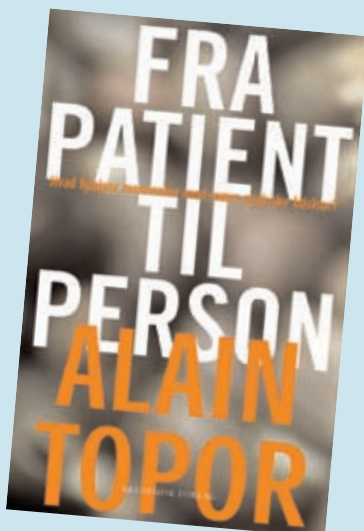
Forfatteren indleder med at analysere forskellige definitioner på begrebet "at komme sig." Vejen hen imod at komme sig skildres herefter af personer selv, og der argumenteres for nødvendigheden af, at de professionelle ændrer vinkel, så de bliver i stand til at indtage et brugerperspektiv.

Personernes arbejde med deres problemer berøres, og det samme gør den hjælp, som de har fået af andre, først og fremmest professionelle, men også venner og pårørende.

Ud fra denne viden fremsættes konklusioner med relevans for den professionelle indsats og de organisationer, der hjælper mennesker med alvorlige psykiske problemer i deres ar-

bejde med at komme sig. Topor påpeger, at denne nye viden bærer præg af en vidensøgende usikkerhed, der står i modsætning til den skråsikkerhed, der ofte har præget den traditionelle psykiatri.

Sidst i bogen finder man et vigtigt og tankevækkende afsnit, hvor forfatteren reflekterer over relationen mellem brugeren og den professionelle. Han berører begreber som sympati/empati og spontan/kontrolleret kontakt. Topor argumenterer for en legalisering af andre kontaktformer end den psykoanalytisk inspirerede, tavst lyttende og neutrale hjælperposition. Forskningen har vist, at en relation, som antager et mere venskabeligt tilsnit, i nogle tilfælde har været af stor betydning i processen frem imod at komme sig. Decentraliseringen af psy-



sant i denne sammenhæng. Sløjfen på artikelsamlingen bindes af *Tine Rask Eriksen*, der analyserer artiklerne og professionernes udvikling af identitet i et kønsperspektiv.

Der gives ingen anvisninger i artiklerne, men der bidrager til refleksion over den samfundsmæssige udvikling og indflydelsen på den udvikling, der er startet med omlægning til professionsbacheloruddannelser.

Det er professionernes identitet, der fokuseres på. Den etiske perspektivering, hvor patienter, klienter og mennesker med hjælp behov kommer ind i billedet, melder historien indtil videre ikke noget om.

Af Marianne Mahler, sygeplejerske, cand.phil., MPH, sundhedskonsulent, Folkesundhed København.

kiatrien har bevirket, at samværsformen i dag kan dække lige fra en halv times kontakt på et kontor til halve og hele dage i personens eget hjem. Det aktualiserer en debat om relationens indhold.

Afslutningsvist fremsættes en lang række spørgsmål, som kan synliggøre, hvor langt man er med udviklingen af egen organisation i forsøget på at tilvejebringe de bedste vilkår for at komme sig.

Bogen kan ses som et vigtigt indlæg i den tiltrængte debat om, hvordan man skal forstå sindslidelsens kerne, samt hvad der gør, at mennesker kommer sig fra alvorlige psykiske problemer, og hvad der betinger god praksis.

Af Anne Klinte, psykiatrisk sygeplejerske, cand.scient.soc., ansat i PsykoVision.

Tykke børn er ikke glade

Bente Klarlund Pedersen

Børn og motion

København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2005

160 sider, 199 kr.

ISBN 87-17-03829-4

Jeg har med stor fryd læst *Børn og motion*. Bogen er yderst velskrevet med et fornøjeligt, fint og veldokumenteret indhold, garneret med herlige fotos af glade og aktive børn.

Der er en god og overskuelig indholdsfortegnelse, som gør den let at anvende som opslagsbog.

Målgruppen er bred, nemlig alle, der er interesserede i at fremme en god, glad og aktiv barndom med gode vaner, som forhåbentlig kan bæres med ind i voksenlivet.

Bogen er et must for sundhedsplejersker, da den giver en god og dokumenteret baggrundsviden, og derved gør os bedre rustede til samtalen med børn og voksne.

Forfatteren slår nok en gang fast, at koncentration, selvværd og evne til at lære er nøje forbundet med en god kost og ditto motionsvaner.

De små aktive gøremål i dagligdagen er heldigvis også med i motionsregnskabet og kan uden synderligt besvær og dyre investeringer sættes i vejret med et bedre, mere aktivt og glattere liv til følge for børn, unge og voksne.

Der gives en lang række praktiske og brugbare råd til

at fremme denne udvikling. Det kræver kun lidt omtanke og et par ben at gå, hoppe, springe og løbe med, hvilket sammen med god kost med nok kalk også forebygger osteoporose.

Forfatteren punkterer en ofte fremsat myte, nemlig den at tykke mennesker er gladere end andre mennesker. En undersøgelse viser, at tykke børns livskvalitet er lige så dårlig som livskvaliteten hos børn med cancer.

En svensk undersøgelse viser, at blot 40 minutters daglig idræt for børn i 1. og 2. klasse giver øget knoglemasse og skeletstørrelse som voksen.

Knoglernes styrke grundlægges i barndommen, og der kan kun i ringe omfang kompenseres for manglende vægtbærende aktivitet (hoppe, springe m.m.) senere i livet.

Så stil bilen, tag cyklen, trapperne og tiden til at lege ude og inde med dit barn, og må vi så få indført en times gymnastik om dagen på samtlige klassetrin og få afskaffet indeordningerne på skolerne.

Af Susanne Jørgensen, sundhedsplejerske i Sundby Syd.



2. udgave af Virginia Hendersons tekst, »Basic Principles of Nursing Care«, om principperne for god sygepleje.

Indholdet er det samme som i den første danske udgave fra 1967, men sproget og den sygeplejefaglige terminologi er ført up to date.

I denne udgave er endvidere medtaget en biografi om Virginia Henderson, skrevet af Ingegerd Harder.

Oversættelse:
Lone Burmeister.

Faglig konsulent:
Ingegerd Harder

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

DSR medlemsnr.
Sygeplejestud.
medlemsnr.

Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K



Navn: _____ By: _____
Adresse: _____
Postnr.: _____

stk. »Sygeplejens grundlæggende principper«
DSR Publikation 16, 2000, 60 sider. Salgspris kr. 70,00.
Medlemspris kr. 50,75. Medlemspris, sygeplejestuderende
kr. 43,25. Priserne er inkl. moms.

Provokerende stewardesse skaber forandring

Andrés Ragnarsson
Anbring først iltmasken på dig selv

At have et handicappet eller alvorlig sygt barn
Oversat fra islandsk af Oddný Frederiksen, Gudún Gudónsdóttir
København: Dansk Psykologisk Forlag 2005
117 sider, 198 kr.
ISBN 87-7706-417-8

Som oftest når man har læst en bog, som afspejler et menneskes inderste tanker og følelser, bliver man berørt. På samme måde berøres man af bogen "Anbring først iltmasken på dig selv," og når man lægger den fra sig, er det med

en følelse af, at den har gjort en forskel.

I bogens forord skrives, at svagheden ved bogen er, at den henvender sig til både forældre og fagfolk. Dette er samtidig bogens styrke, idet bogen kan danne grundlag for et fælles sted at mødes for forældre og fagfolk og styrke forståelsen for både de svagheder og kompetencer, som forældre til handicappede eller alvorlig syge børn har.

Bogens omdrejningspunkt er forfatterens egen faglige og personlige tilgang til det at leve et liv med et handicappet barn. Forfatteren er psykolog, hvilket er synligt gennem bogen og afspejler sig i de refleksioner,

han gør sig. Det psykologiske aspekt præsenteres endvidere i en beskrivelse af *Elisabeth Kübler-Ross'* teori om sorgens faser og *Johan Cullbergs* teori om kriseforløb.

Bogens titel "Anbring først masken på dig selv" er et billede på den tilbøjelighed, forældre til handicappede børn har til at sætte barnets behov før deres egne. En stewardesses instruks om først at placere iltmasken over egen mund provokerer først forfatteren. Senere danner denne instruks dog udgangspunkt for en refleksion, som er den røde tråd i bogen: at sørger du som far eller mor for at få dækket egne behov, bliver du en bedre for-

ælder. Begrebet medafhængighed, som måske bedst kendes fra pårørende til alkoholikere, er et væsentligt aspekt i bogen. Dette begreb anvendes til at belyse, hvordan forældre til et handicappet barn ofte føler sig ude af stand til at håndtere situationen, men selv oplever at være offer og dermed bliver medafhængige. Det beskrives, hvordan forældrene kan være tynget af dårlig samvittighed og ikke under sig selv at føle tilpashed. Hovedbudskabet er, at den dårlige samvittighed ikke er konstruktiv for hverken barnet eller dets forældre, men at forældrene ved at tage styringen over deres liv samtidig bliver bedre forældre.

Vi savner standarder for kvalmebehandling

Kristin Markussen
Kvalme
En sygepleiefaglig udfordring
Oslo: Fagbokforlaget 2005
149 sider, nkr. 198
ISBN 82-450-0204-6

Denne nye bog er skrevet på norsk af *Kristin Markussen*, som er forskningssygeplejerske på Rikshospitalet i Oslo. Bogen omhandler emnet kvalme og er relevant for stort set alle sygeplejersker, da problemer med kvalme er et af de områder, vi dagligt står over for at løse hos vores patienter, hvad enten det drejer sig om den nyopererede patient, patienten i kemoterapi eller den terminale patient. Det er netop disse tre voksne patientgrupper, bogen beskæftiger sig med.

Bogen starter med en gennemgang af juridiske aspekter i forbindelse med medicinadministration generelt, f.eks. dokumentationspligt og informationspligt. Det er selvsagt

vigtige aspekter, men de synes mindre relevante i denne bog.

Herefter følger en gennemgang af, hvilke patientgrupper der er plaget af kvalme, og et meget grundigt afsnit om kvalmens fysiologi, som er nødvendig at kende i forbindelse med valg af antiemetika.

Der er et virkelig godt afsnit om forventningskvalme med forslag til sygeplejehandlinger, ikke kun i form af medikamentel behandling, men også ved brug af alternative tiltag såsom muskelafslappende behandling, fantasirejser, fodmassage og akupressur. Her savnes en omtale af akupunktur som en anden mulig kvalmereducerende behandling.

Det følgende afsnit omhandler specifikt den postoperative kvalme med en grundig gennemgang af kvalmefremkaldende faktorer og behandlingsforslag. Her ville det være relevant med en fokusering på standardiserede profylaktiske

tiltag såsom ondansetron og dexamethason peroperativt, hvilket mange studier har vist har en effektiv kvalmeforebyggende effekt til forskellige indgreb. Ud over de behandlingsforslag, der beskrives i den postoperative fase, ville det ligeledes være oplagt at argumentere for standardiserede instrukser (guidelines) for kvalmebehandling for at sikre en optimal behandling.

De sidste to afsnit beskriver den cytotatika-inducerede kvalme og kvalme hos den terminale patient illustreret med gode patienthistorier.

Alt i alt giver bogen en fin gennemgang af årsagerne til kvalme og anviser såvel medikamentelle som sygeplejehandlinger. Den er et godt supplement til den i øvrigt sparsomme litteratur om problemet kvalme. Selvom bogen er skrevet på norsk, er den letlæselig. Den er overskuelig og pædagogisk opbygget med en opsummering og testspørgsmål efter hvert afsnit. Målgruppen er sygeplejestuderende, men den kan også med fordel bruges af uddannede sygeplejersker, som ønsker at tilegne sig mere viden om pleje og behandling af en patient med kvalme.

Af *Dorthe Hjort Jakobsen*,
klinisk oversygeplejerske,
Juliane Marie Centret,
Rigshospitalet.





Bogen afsluttes i en religiøs kontekst, hvor tro eller viljen til at tro præsenteres som en mulighed for at dele sorgen og ansvaret og dermed arbejdet med at tage styringen i sit eget liv.

Bogen er velskrevet i et meget billedligt sprog og kan fungere både som inspiration og vejledning for forældre med et handicapet eller alvorlig sygt

barn. Som fagbog for sygeplejersker og sygeplejestuderende giver den indblik i kendte teorier om sorg og krise, men det primære udbytte er betinget af forfatterens dybe engagement, som giver muligheden for at få en bred indsigt i de reaktioner og forsvarsmekanismer, forældre kan udvise, og dermed en større forståelse og respekt, som kan danne grundlag for samarbejdet mellem forældre og sygeplejersker.

Af Anne Bondesen,
underviser/afsnitsleder på
Sygepleje- og Radiografskolen
i Herlev,
cand.mag.pæd.psych.

Uforløst

Lise Andersen

Alabadoster

Roman

Lyngby: Holkenfeldt 3 2005

192 sider, 195 kr.

ISBN 87-91660-08-4

Lise Andersen har skrevet en lille historie om en ældre mand ved navn Johan, der bor sammen med sin psykisk syge datter Signe. Det er en fortælling, der kredser omkring Johans erindringer om det forgangne liv med den afdøde hustru Tilli og den altid anderledes datter Signe, der i dag er psykisk syg. Savnet af den afdøde kone og hans nuværende liv med datteren er det gennemgående tema i fortællingen.

Derudover er flere sideløbende dagligdags fortællinger om venner og familie, f.eks. om da Johan på et tidspunkt er ved at give op og bliver hevet op ved venners hjælp.

Det er en bog, der aldrig rigtig får bygget historien op, men

bliver hængende i en mands tilbagevendende refleksioner over et langt liv. Den psykisk syge datter får vi aldrig rigtig en forståelse af, hun lever i bogen som en skygge, der primært udfolder sig gennem gentagne sætninger fra børnesangen Alabadoster eller dumpe lyde fra første sal.

Højdepunktet i bogen er centreret omkring datteren Signe, men det bliver til en underlig uforløst episode, der ikke bliver skabt forståelse for eller bundet sløjfe på.

Bogen er ikke relevant for sygeplejersker.

Af Anne Klinte, psykiatrisk
sygeplejerske, cand.scient.soc.,
ansat på PsykoVision.



I 1999 fulgte 211 sygeplejersker »Sygeplejerskens« opfordring om at skrive dagbog fra en arbejdsdag i november og sende den til »Sygeplejersken«. Dagbøgerne skulle betragtes som en slags dokumentation af sygeplejen i det 20. århundrede. 50 dagbøger, der dækker sygeplejens områder er samlet i en antologi, redigeret af Jette Bagh og Anne Vesterdal.

»Med 50 sygeplejersker på arbejde« er på 180 sider.

Normalprisen for bogen er kr. 135,-.

Medlemsprisen er kr. 98,-.



Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

DSR medlemsnr. _____

Sygeplejestud. medlemsnr. _____

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

_____ stk. »Med 50 sygeplejersker på arbejde«
DSR Publikation 182, 2002, 180 sider, illustreret.
Salgspris kr. 135,00. Medlemspris kr. 98,00.
Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 83,00.
Priserne er inkl. moms.

På herrens mark

To dages introduktion, et sæt bilnøgler og en radio. Så er der professionel hjælp til de gamle og de syge i hjemmeplejen. Det er praksis i flere kommuner, der praktiserer gemen hulstopning i personalerækkerne. Én ud, en anden ind.

Nu skal du høre historien om *Rikke*.

Jeg har skiftet ble på hende. Jeg har set hende vælte det første krus mælk, og jeg var faktisk lidt stolt, da hun luftede sit ønske om at studere til sygeplejerske.

Da hun efter en førsteklases studentereksamen – og med fuld kontrol over mælkekruset – gik ud og tog et job som ufaglært hjælper i byens hjemmepleje, lignede jeg den fjogede smiley, der hænger i mit yndlingspizzeria. ”Sådan, min skat. Ud og mød virkeligheden, så får teorierne en knage,” ævlede jeg.

Og Rikke mødte op på sin nye arbejdsplads, fik en køreplan og et par nøgler til en bil og blev sluppet løs på borgerne i aftenvagten.

Det er desværre fuldstændig sådan, det gik til.

Uden anden baggrund end ben i næsen, to hænder og et kørekort sender vi ufaglærte på gaden for at udføre opgaver, som vi i fuld alvor har besluttet, man bør have mere end et års uddannelse for at mestre.

Stakkels borgere, der tror, de får en erfaren og professionel hjælp, og stakkels unge mennesker, der får en virkelighed knaldet i bærret uden undertekster eller supplerende forklaringer.

Da Rikke havde fået nogenlunde styr på bleskift, lejringer og udlevering af livsvigtig medicin – for ikke at tale om nøglesystemer og nødkald – holdt gruppelederen møde med holdet:

”Hun ville lære at praktisere sygepleje, og den lærer man bedst af dem, der er uddannet i det. Det er de færreste borgere.”

”Vi skal interagere i gruppen og lære af hinanden,” jublede hun. ”Derfor skal alle i de næste tre dage køre hinandens ruter.”

Rikke skød hjertet op mellem ørene og bemærkede, at nu havde hendes borgere faktisk lige oplært hende i at pleje netop dem, når nu personalet ikke havde tid. Men hun fik besked om, at hun ikke ejede borgerne. Så forfra igen, nye ruter og mere usikkerhed for alle parter.

Efter seks uger blev hun indkaldt til forflytningskursus, hvor hun lærte at vende og forflytte de borgere, der allerede havde givet hende smerter i ryggen i over en måned.

Og efter 14 uger sagde hun op med et flosset selvværd og en fornemmelse af misbrug.

Rikke fik et bedre tilbud i en anden branche med introduktion, opbakning og ansvarlig ledelse. Og bedre løn. Men det var faktisk ikke det, der talte.

Hun ville lære at praktisere sygepleje, og den lærer man bedst af dem, der er uddannet i det. Det er de færreste borgere.

Når vikarer i plejen får Roundup i stedet for faglig gødning, og de sygeplejestuderende aktuelt løber skrigende bort midt i studiet, så ser det lidt sort ud. Ikke mindst for patienterne, der skal lægge krop og sjæl til et fagligt discounttilbud og skiftende vikarer.

Lad det være dagens ord, og gå så ud og giv din vikar lidt faglig opmærksomhed. Du skal nødtigt være den sidste, der lukker og slukker.

redaktionen@dss.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.