

Mænd vil ikke være sygeplejersker • 4

Sådan lykkes kontaktsygepleje • 20

Når en medarbejder får kræft • 48

# SYGEPLEJERSKEN 4

EVIDENSBASERET SYGEPLEJE

# KRITISK TILGANG NØDVENDIG .38



Sikkerhed og velvære

**NYHED**

## Kender du til revner og sprækker på hænderne?

Gør noget ved det nu!  
Lad vores ny håndcreme,  
uden parfume, forkæle dig.





**Chefredaktør**

Ansvarlig efter  
medieansvarsloven  
Sigurd Nissen-Petersen  
snp@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4193

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Fagredaktør**

Jette Bagh  
jb@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4187

**Fagredaktør**

Evy Ravn  
er@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4256

**Journalist**

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

**Journalist**

Katrine Birkedal Christensen (DJ)  
kbc@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4194

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

Christina Sommer (DJ)  
cso@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4264

**Journalist**

Britta Søndergaard (DJ)  
bso@dskr.dk  
Tlf.: 4695 4261



Telefax til redaktionen: 3315 1841

**prisuddeling****11 Kirsten Stallknecht Prisen 2007**

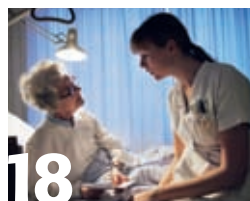
Nye kandidater søges.

**mand i kvindefag****12 Mødes til herremiddag****13 Kønsrollen snævrer**

Mandlige sygeplejersker er glade for deres job, men de bliver fastholdt i en bestemt kønsrolle.

**14 Sæt mændene sammen****16 Kvindekulturen dominerer****med på job****18 Personlig sygeplejerske**

Patienterne er ikke i tvivl om, hvem deres sygeplejerske er.

**vagtplan****20 Sådan lykkes kontaktsygeplejen**

Det kræver gennemtænkt og konsekvent planlægning at sikre kontinuitet i sygeplejen i en sengeafdeling.

**20 Sådan lægger du grundplanen****dagbog****23 Uniformens (u)lyksaligheder****24 Landbokvinde, sygeplejerske og skabsforfatter**

Charlotte Willaume beskriver sin vej til sygeplejen som en række af fravalg.

**læsernes redaktør****27 Send læsernes redaktør ind i minefeltet****fag****evidensbaseret sygepleje****38 Kritisk tilgang nødvendig**

Evidensbegrebet er et værdiladet begreb og et led i en politisk strategi.

**sygeplejeklinik****44 Sådan etableres en ambulant sygeplejeklinik****personalepolitik****48 Når en medarbejder får kræft**

12



38

**i hvert nummer**

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>4</b> Aktuelt                   | <b>35</b> Faglig information       |
| <b>28</b> Dansk Sygeplejeråd mener | <b>51</b> Dilemma                  |
| <b>28</b> Debat                    | <b>52</b> Anmeldelser              |
| <b>31</b> Synspunkt                | <b>60</b> Fem faglige minutter     |
| <b>32</b> Navne                    | <b>61</b> Stillingsannoncer        |
| <b>32</b> In memoriam              | <b>75</b> Kurser/Møder/Meddelelser |
| <b>34</b> Resuméer                 |                                    |

Forside: Modelfoto: Thomas Tolstrup

**Tidsskrift for Sygeplejersker** · Nr. 4 · 23. februar 2007 · 107. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd  
**Sygeplejerskens redaktion** · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · **Telefon** 3315 1555 · **e-mail** redaktionen@dskr.dk  
**Internetadresse** www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet  
 Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · **Årsabonnement** 1.100,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 50,00 kr. + moms.  
**Løssalg** sker ved henvendelse til hovedkontoret · **Stillingsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · **Telefon** 7022 4088 · **Fax** 7022 4077 · **e-mail** dsrjob@dmfnet.dk · **Forretningsannoncer sendes til** Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · **Telefon** 7022 4088 · **Fax** 7022 4077 · **e-mail** dsrtekst@dmfnet.dk · **Layout** Tone Thoresen og Sanne Rigrup Møller · **Tryk** Graphx · Herlev  
**Distribueret oplag** 1. juli 2005 – 30. juni 2006: 76.171 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

# Mænd vil ikke være sygeplejersker

Af Britta Søndergaard og Brian Borg Andersen, journalister

**Ligestilling.** Lokale kampagner for at få flere mænd ind på sygeplejeskolerne har indtil videre ikke givet pote.

Mens hver sjette ingeniør og op mod hver tiende politibetjent er en kvinde, så går det trægt med at rekruttere mænd til sygeplejen. Kun 3,2 pct. af alle sygeplejersker er mænd, og tallet har været uændret de seneste fem år.

En rundringning til halvdelen af landets 22 sygeplejeskoler viser, at det er meget vanskeligt at få mændene ind i uddannelsen. Flere lokale kampagner for at lokke mændene til har ikke givet resultat.

"Vi er nok lidt desillusionerede. De gange, hvor der har været en målrettet indsats for at få flere mænd til faget, har det vist sig, at det ikke gør nogen forskel. Jeg tror ikke, at kampagner er nok til at tiltrække mænd til et område, som de ikke umiddelbart ser sig selv i," siger formanden for Rektorforsamlingen for sygeplejerskeuddannelsen, Aase Holdgaard.

Diakonissestiftelsens Sygeplejeskole på Frederiksberg har hvert år 550 ansøgere,

men mændene i ansøgerbunken kan tælles på to hænder.

"Jeg tror ikke, at flere mænd vil søge os, næsten uanset hvad vi gør. Det er ærgerligt, at det åbenbart ikke er in at være mand og sygeplejerske. Sygeplejersker er højt respekterede, men vores fag lider under et image om lav løn og dårlige arbejdsforhold sammenlignet med det øvrige arbejdsmarked," fortæller vicerektor Anne-Marie Elgkjær Larsen fra Diakonissestiftelsens Sygeplejeskole.

## Reklamer i hæren

Fra skoler rundt om i landet er meldingen enslydende. Antallet af mandlige ansøgere er uændret eller dalende, selvom skolerne viser mænd i kampagnematerialet og sørger

### ►► KØNSOPDELTE FAG

- 3,2 pct. af alle sygeplejersker er mænd.
- 8 pct. af alle politifolk er kvinder.
- 6 pct. af alle tømrere/snedkere er kvinder.
- 16 pct. af alle ingeniører er kvinder.

for at samle flere mandlige studerende i en klasse. Flere studievejledere peger på, at ordet sygeplejerske står i vejen for rekrutteringen, og at der må sættes ind i folkeskolen og gymnasiet, hvis det skal lykkes at ændre den fastlåste kønsfordeling i sygeplejen.

Næstformand i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), Mads Dippel Rasmussen, mener dog, at det er forkert helt at afskrive kampagner. Han har foreslået sit eget uddannelsessted, Sygeplejerskolen i Odense, at reklamere for uddannelsen i hæren.

"Når så få mænd vælger sygeplejen, hænger det bl.a. sammen med, at de ikke ved nok om uddannelsen. En del af de mandlige sygeplejestuderende har en baggrund i hæren. Derfor ville det være oplagt at lave målrettede kampagner blandt soldater," siger Mads Dippel Rasmussen.

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow, slår til lyd for en stor landsdækkende kampagne.

"Hvorfor ikke lave en kampagne, som man kender fra forsvaret og hjemmeværnet. Det vigtige er at slå på, at sygeplejen indeholder

## "Vikarer er et nødvendigt onde"

**Kommentar.** Det grønlandske landsstyremedlem for sundhed, Agathe Fontain, ser vikarproblematikken i Grønland som et nødvendigt onde.

Som beskrevet i artiklen "Fagforening under pres" i *Sygeplejersken* nr. 3/2007 ønsker den grønlandske fagforening for sygeplejersker Peqqissaasut Kattuffiat, at man fra sundhedsvæsenets side begrænser en praksis, der har skabt en uholdbar situation. Fagforeningen mener, at de fastansatte sygeplejerskers overenskomst kommer under pres fra vikarerne, der ofte kun er ansat i meget kort tid ad gangen.

Til det siger Agathe Fontain:

"Jeg vil gerne slå fast, at det aldrig har været sundhedsvæsenets ønske at benytte vikarbureauer. Vi har været tvunget til det på grund af alvorlig personalemangel, ikke mindst inden for specialerne på Dronning



Det er blevet stadigt vanskeligere at skaffe sygeplejersker til distrikterne i Grønland. Vikarer er den eneste løsning, siger Agathe Fontain, grønlandsk landsstyremedlem for sundhed.

Ingrids Hospital. Desværre er det i de senere år blevet yderst vanskeligt at skaffe personale i alle landets distrikter, hvorfor vi er tvunget til

at benytte vikarer næsten overalt for at kunne opretholde et rimeligt serviceniveau over for befolkningen."

så mange muligheder for at gøre en forskel over for mennesker, men også personlige udviklingsmuligheder som f.eks. ledelse eller forskning," siger Connie Kruckow og henviser til, at Dansk Sygeplejeråds seneste kongres har vedtaget at arbejde for en bredere rekruttering.

Karen Sjørup, der er centerleder ved Center for Ligestillingsforskning på Roskilde Universitetscenter, mener, det er nødvendigt at ændre betegnelsen sygeplejerske og lave nogle særlige specialistuddannelser, som appellerer til mænd.

"Sygeplejen er en kvindeprofession, og det image bliver faget nødt til at arbejde med, hvis flere mænd skal kunne se sig selv i rollen som sygeplejerske.

Samfundet står over for en kæmpe udfordring, fordi der mangler sundhedspersonale i en tid med flere ældre. Derfor duer det ikke, at sygeplejersker kun rekrutteres blandt halvdelen af befolkningen," siger Karen Sjørup.

Læs også artiklen om mænd og sygepleje side 12.

Ifølge Agathe Fontain vil restriktioner også have andre utilsigtede konsekvenser:

"Restriktioner vil betyde, at visse opgaver ikke kan løses, eller at de nuværende ansatte "skal løbe stærkere." Det strider imod målsætningen om at skabe gode vilkår for staben af faste medarbejdere, så disse kan fastholdes i sundhedsvæsenet og på sigt mindske behovet for vikariansatte." (bba)

► **RETTELSE.** I forbindelse med artiklerien "Sygeplejersken i Grønland" i blad nr. 3/2007 har der sneget sig en fejl ind i boksen om løn på side 37. Grundlønningen for en sygeplejerske på laveste trin i de danske regioner er ikke kr. 21.679,83. Det rigtige tal er kr. 20.191,58. *Redaktionen*



FOTO: SIMON KNUDSEN

**Pristemning.** Den 9. februar klokken 15.15 i advokatfirmaet Hellen Thorups lokaler i det indre København. Sygeplejerske Mette Kjerholt (billedet) fik roser, vin og pæne ord med på vejen og ikke mindst 35 tusinde gode danske kroner som anerkendelse for sin forskning i sundhedspersonalets kommunikation om rehabilitering af ældre, kronisk syge. Mette Kjerholt er MLP og cand.cur. og i dag ansat i Region Hovedstaden. Hun er tillige ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet. Legatet blev givet for 18. gang til kvinder, der "efter afslutning af en højere uddannelse har påbegyndt interessant forskning." Det er Valborg og Edith Larsens Fond, der står bag de 35.000 kr. (snp)

## Sygeplejersker favner flere specialer på en gang

**Generalister.** På Nordsjællands Hospital i Hillerød skal personalet på observationsafsnittet for akut indlagte patienter favne fire specialer.

Er der tale om en medicinsk eller kirurgisk lidelse? Det er mange sygeplejersker på observationsafsnittet for akut indlagte patienter på Nordsjællands Hospital i Hillerød ekstra hurtige til at finde ud af.

Siden 1973 har afsnittet nemlig taget imod patienter inden for først seks og siden fire specialer, mere præcist ortopædi- og organkirurgi, neuromedicin og almen medicin. Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 22/2006 er det altså ikke kun på det akutte visitationsafsnit på Vejle Sygehus, at personalet skal mestre fire specialer, men også i Hillerød, fortæller afdelings-sygeplejerske *Susanne Bodil Olesen*.

"For at kunne arbejde her som sygeplejerske skal man naturligvis kunne lide kort-tidskontakt med patienter og ikke mindst have erfaring fra både medicinske

og kirurgiske afdelinger. Omvendt giver jobbet bred erfaring inden for det akutte. Vi er ikke så specialefokuserede og bliver gode til at observere patienterne mere bredt. Vi er mere opmærksomme på forskellige symptomer, og det sikrer en hurtig og effektiv diagnose og behandling," siger *Susanne Bodil Olesen*.

Samlingen af specialer gør også arbejdet nemmere i forhold til speciallægerne, der går stuegang dagligt, men også patienterne nyder godt af det, mener *Susanne Bodil Olesen*:

"Det, at patienterne kommer ind ét sted og ofte skal flyttes videre bagefter, kan naturligvis godt være lidt forvirrende. Men de fleste kan godt forstå forløbet, når vi forklarer vore arbejdsgange."

Der er 24 sengepladser på observationsafsnittet, hvor patienterne kan ligge i op til 72 timer. 20-25 pct. af afsnittets patienter bliver sendt direkte hjem, mens de resterende flyttes videre til de respektive sengeafdelinger. (cso)



## ◀◀ TILBAGEBLIK

# Snigende forråelse

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

**Omsorgssvigt.** Dokumentarudsendelsen om de udviklingshæmmedes forhold på institutionen Strandvænget ryddede avisernes forsider flere dage i træk.

Det er et godt gæt, at TV2-dokumentaren "Er du åndssvag" var næste dags samtaleemne på samtlige arbejdspladser i Danmark. De scener, som tv-journalisten havde optaget med skjult kamera på den fynske institution Strandvænget for voksne udviklingshæmmede, chokerede ikke bare tv-seerne, men også alle med en eller anden form for ansvar – fra institutionens ledelse til Region Syddanmarks personaleinspektør og regionsrådsformand. Og ikke mindst de fire

medarbejdere, der optrådte på optagelserne. De har været sygemeldt, siden de fik mulighed for at se sig selv på optagelserne, inden de blev offentliggjort i TV2 den 13. februar.

I de følgende dage blev sagen intensivt dækket af samtlige danske nyhedsmedier.

Der blev stillet krav om fyringer, bedre tilsyn, osv. Organisationer, eksperter og politikere var på banen. Strandvænget blev politianmeldt af flere privatpersoner og Landsforeningen LEV.

Efter et par dage satte eftertanken ind. Nu lød spørgsmålet: "Hvordan kunne det gå til?"

Strandvængets leder talte allerede i TV2s udsendelse om risikoen for forråelse:

"Det er en risiko, som er til

stede, når man arbejder i psykisk hårdt belastede miljøer som fængsler og handicapområdet," sagde forstander Dorrit West dagen efter til Fyens Stiftstidende.

Dårlig uddannelse har været nævnt som en forklaring på den manglende respekt og rå tone, som tv-klippene dokumenterede. Socialpædagogernes Landsforbund og flere andre beklagede, at der ikke længere findes en egentlig socialpædagogisk uddannelse.

Men mangelfuld uddannelse er ikke den eneste forklaring, udtalte bl.a. formanden for Dansk Gerontologisk Selskab, psykolog Karen Munck:

"Alle mennesker har brug for at opleve succes og fremgang i deres arbejde for at fungere, og

når der aldrig sker et taknemmeligt eller positivt gensvar fra de udviklingshæmmede eller demene, eller hvem der nu er tale om, så skaber man fjendebilleder for selv at overleve," sagde Karen Munck til Kristeligt Dagblad.

Forstander Dorrit West har naturligt nok befundet sig i mediestormens centrum. Flere medier hæftede sig ved, at hun var vice-direktør med ansvar for plejehjemmene i Københavns Kommune, da plejehjemmet "Slottet" kom i offentlighedens søgelys i 2003.

Det fremgår dog af selve dokumentarudsendelsen og de mange opfølgende artikler, at forstanderen har sat flere ting i værk for at ændre kulturen, si-

## SLS årsmøde 2007 Fokus på øget rekruttering



Dorte Steenberg og Connie Kruckow (hvh. nr. 3 fra venstre og højre) i samtale med sygeplejestuderende i en pause under SLS' årsmøde i Haslev den 2.-4. februar.

**Tag godt imod.** Klare signaler til politikerne i regioner og kommuner fra de sygeplejestuderendes årsmøde 2007.

Løn efter kompetence til sygeplejestuderende for studierelevant arbejde. En rekruttering til sygeplejestudiet, der afspejler mangfoldigheden i det danske samfund. Og uddannelse som en mulighed for alle – uden brugerbetaling og med demokratisk adgang til medindflydelse.

Det er nogle af de hovedindsatsområder, som Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) vedtog for nylig ved årsmødet 2007 i Haslev. Kirsten Salling Rasmussen, som netop har afsluttet 5. semester på CVU Øresund, Sygeplejerskeuddannelsen København, er nyvalgt SLS-formand, og Mads Dippel Rasmussen, som er lige så langt i sin uddannelse ved CVU Lillebælt, Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, er ny næstformand. 12 af 22 sygeplejerskoler var repræsenteret ved årsmødet.

Såvel SLS som Dansk Sygeplejeråd prioriterer rekruttering af studerende til sygeplejestudiet højt. Det fremgik klart af debatten på årsmødet, hvor Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow og 2.-næstformand Dorte Steenberg var indbudt til at komme med oplæg til debat.

## ET NYT SYGEPLEJERSKEN FRA DEN 23. MARTS

Kære læser

Vi kunne godt tænke os, at endnu flere læser *Sygeplejersken*. Vi kunne også godt tænke os, at endnu flere læser mere i *Sygeplejersken*.

Derfor laver vi bladet om.

Fra den 23. marts kommer *Sygeplejersken* derfor fremover i to forskellige versioner.

En version af *Sygeplejersken*, der skriver kort, underholdende og præcist om sygeplejerskernes fag, arbejdsliv og hverdag, og en anden version af *Sygeplejersken*, som vi har givet tilnavnet *PERSPEKTIV*, der typisk leverer længere og mere tematiske historier til eftertanke og diskussion.

De to blade vil fortsat hedde *Sygeplejersken*.

Det laver vi ikke om på. Men i valg af billeder, farver og det, vi kalder layout, skulle forskellen helst være til at få øje på.

Vi udkommer fortsat hver 14. dag bortset fra en enkelt gang i juli og en enkelt gang i december. 24 gange om året.

Samtidig vil vi invitere til mere dialog. Vi vil gerne vide mere om din mening om dit fagblad.

Idéen med at lave bladet om er ikke helt vores egen. I Norge har Sygepleieforbundet også lavet deres blad om i to forskellige versioner. Det har været en stor succes.

Vi har ikke kopieret det norske blad til sidste komma, men har lavet vores egen danske udgave af et nyt *Sygeplejersken*.

Vi har været længe undervejs. Hele redaktionen har arbejdet hårdt på at udvikle nye måder at lave fagblad på, nye måder at komme tættere på læserne på og nye måder at lave historier, der sætter tanker i gang.

Derfor er vi naturligvis spændte og glæder os til at vise jer det nye *Sygeplejersken* i næste måned. Følg med den 23. marts, når den første udgave af det nye *Sygeplejersken* kommer til dig.

Med venlig hilsen



Sigurd Nissen-Petersen,  
chefredaktør,  
*Sygeplejersken*  
snp@dsr.dk

den hun tiltrådte i 2005. Og næstformand i Strandvængets pårørende forening *Frank Jensen*, som har krævet de fire medarbejdere fyret, havde stadig tillid til Dorrit West, da han udtalte sig i Berlingske Tidende to dage efter udsendelsen:

"Hvis hun ikke får tilbagemeldinger om de ting, der foregår, kan hun jo ikke gøre noget."

I hele den efterfølgende debat har der været meget få indlæg, der satte spørgsmålstejn ved dokumentarudsendelsen og den efterfølgende fordømmelse. En klar undtagelse er et debatindlæg i Fyens Stiftstidende, hvor *Carsten Ringsmose* angriber den nemme forargelse og eksperternes "selvbehagelige udtalelser."

"Burde man ikke hellere støtte personalet på Strandvænget?" spørger Carsten Ringsmose, der tager afstand fra brugen af skjult kamera og afviser, at det skulle være nødvendigt at offentliggøre optagelserne for at ændre forholdene:

"Det er ikke sandt. Ellers ville det være tilstrækkeligt at vise filmen for amtet."

Da redaktionen af dette nummer af *Sygeplejersken* sluttede, var der overvejelser i Region Syddanmark om en klage til Pressenævnet over brugen af skjult kamera.

*Der er ikke sygeplejersker ansat i den afdeling af institutionen Strandvænget, som dokumentaren beskæftigede sig med.*

Som ved tidligere årsmøder var der også gæster fra Dansk Sygeplejeråds amtsbestyrelser rundt i landet.

Connie Kruckow roste de sygeplejestuderende for deres indsats for at nedbringe studiefrafaldet og SLS' arbejde i Undervisningsministeriets hurtigtarbejdende udvalg vedrørende sygeplejerskeuddannelsen. Både Dansk Sygeplejeråd og Danske Regioner har anbefalet Undervisningsministeriet, at optaget af sygeplejestuderende øges med mellem 200 og 400 pr. år.

"Hvis politikkerne i regioner og kommuner ønsker at rekruttere sygeplejersker til fremtidens sundhedsvæsen, så skal de også tage sig godt af dem som studerende," sagde Connie Kruckow. Hun fandt det tankevækkende, at det er sygeplejerskernes faglige organisation, der har været alene om at sætte tal på manglen på sygeplejersker (p.t. 1.100).

2.-næstformand Dorte Steenberg ville ikke tage "unges zapperkultur" for gode varer som årsag til studiefrafald. Derimod fandt hun det vigtigt at fokusere på, hvilke muligheder de studerende har under den teoretiske og kliniske uddannelse. Og så opfordrede hun de sygeplejestuderende til at være kritisk reflekterende – også som færdige sygeplejersker:

"For patienternes skyld, men også for jeres egen selvrespekts skyld," sagde Dorte Steenberg.

(sp)



FOTO: SØREN SVENDSEN

## “Godt for patienterne at samle ekspertisen”

**Fabrik eller fremskridt.** Regionerne lægger op til at samle specialerne på færre sygehuse. Hvad vil det betyde for sygeplejerskerne og patienterne?

Af Susanne Bloch Kjeldsen, journalist • Foto: Anne-Li Engström



**Susie Stauby, sygeplejerske, Urologisk ambulatorium, Frederiksberg Hospital.**

“Det er en god idé at samle ekspertisen for de alvorlige lidelser på få steder og samtidig bevare nærmiljøet og de mindre hospitaler til de knap så alvorlige ting. Men en risiko kan være, at de store steder bliver for fabriksagtige.

Jeg har selv arbejdet på amtssygehuset i Herlev, dengang hele amtets urologi blev samlet der. Den fusion kostede mange kræfter, og en del af de erfarne sygeplejersker rejste fra afdelingen, fordi den blev for uoverskuelig.”



**Vichi Buitenus, afdelings-sygeplejerske, Urologisk ambulatorium, Frederiksberg Hospital.**

“Der er den risiko, at jo mere specialiseret en afdeling bliver, jo mindre varieret kan arbejdet blive. Men det bliver så en ledelsesmæssig udfordring at sørge for at finde nye forskelligartede opgaver.

Region Hovedstadens plan er en fordel for patienterne, fordi de bliver behandlet af de dygtigste læger. Men for nogle vil det betyde transportvanskeligheder, og især ældre patienter vil måske blive kede af at være indlagt for langt væk.”



**Heidi Andersen, sygeplejerske, Urologisk ambulatorium, Frederiksberg Hospital.**

“For patienterne er det fint, at man samler ekspertisen. Det vil betyde, at man bliver bedre til at udføre behandlingen, og flere patienter vil kunne komme igennem systemet. Ulemper kan være, at hospitalsafdelingerne bliver for upersonlige, og personalet mister sammenholdet.”



**Pernille Ømand, sygeplejerske, Urologisk ambulatorium, Frederiksberg Hospital.**

“Jeg kunne ikke selv tænke mig at arbejde på en stor afdeling. Jeg har prøvet det, og jeg synes, man mister nærkontakten med kollegerne og patienterne. Det kommer til at minde om fabriksarbejde, og ofte er det svært at være personale nok. Det bliver for fortravlet. Men ligesom alle andre kan jeg godt se fordelene for patienterne i at samle ekspertisen.”

## Århus Sygehus opruster koordination for traumepatienter

**Overblik.** Århus Traumecenter/ Akut Medicinsk Koordination er en nyindviet “murstensløs” organisation, der skal sikre traumepatientens forløb – fra ankomst til rehabilitering. Organisationen skal kvalitetssikre traumepatienternes forløb ved at indsamle, behandle og evaluere traumepatientdata.

Til denne funktion er der i organisationen ansat en sygeplejerske som traumekoordinator, der arbejder på tværs af de involverede afdelinger og specialer under traumecenteret på Århus Sygehus. Koordinatoren skal sikre et hensigtsmæssigt patientforløb gennem den akutte modta-

gelse og sørge for, at der er kontinuitet i behandlingen fra den akutte del af behandlingen, gennem den diagnostiske og terapeutiske del og helt frem til den senere rehabiliteringsdel af patientens behandling.

Sygeplejerske og traumekoordinator Annette Jakobsen fra År-

hus Sygehus mener, at der er store fordele at hente ved den nye struktur: “Vi undgår, at der opstår feilkommunikationer undervejs, og vi opnår, at de forskellige kompetencer, vi har på stedet, bliver bedre udnyttet til patienternes bedste,” fortæller hun. (bba)



# Reformer på standby

Af Søren Palsbo, redaktør

**Ro på.** Det skal først og fremmest fungere. Sådan er meldingen fra hjemmeplejen i en række af de nye kommuner i ugerne efter kommunesammenlægningen.

"Nyskabelserne er meget på standby lige nu. Indtil videre er det den daglige drift, der skal fungere."

Ordene kommer fra hjemmesygeplejerskernes fællestillidsrepræsentant *Malene Sørensen* i den ny Sønderborg Kommune (96.500 indbyggere). Hun er fællestillidsrepræsentant for hen ved 150 hjemmesygeplejersker i den ny kommune, der dækker i alt syv gamle kommuner i det sønderjyske. Først mod slutningen af januar var alle ledende sygeplejerskestillinger besat.

Fællestillidsrepræsentant *Malene Sørensen* siger, at hjemmesygeplejerskerne gør alt for, at borgerne skal mærke så lidt til startvanskelighederne som muligt:

"Det betyder i praksis, at lige nu arbejder vi, som vi altid har gjort. Det har skabt frustrationer hos mange, at vi har troet, at vi fra den 1. januar skulle lave en masse ting anderledes. At vi skulle arbejde ud fra nyt it-system, at vi skulle flytte sammen med andre, overtage andet distrikt, have nye arbejds gange og så videre. Men det skal vi så alligevel ikke endnu. Så vi er lidt i venteposition. Nyskabelserne er meget på standby lige nu. Indtil videre er det den



Dorthe Svanberg er på besøg hos en borger i Skævinge. Nyskabelserne er i venteposition.

daglige drift – og sikre drift – der skal fungere."

Situationen er den samme i mange andre af de 98 kommuner på det ny danmarkskort. I den ny Hillerød Kommune (43.300 indbyggere) er den tidligere Skævinge Kommune kommet med. Det har betydet mange forandringer for hjemmeplejen sidstnævnte sted. Al personlig pleje og hjemmehjælp disponeres for fremtiden fra Hillerød.

*Dorthe Svanberg* er tillidsrepræsentant for hjemmesygeplejersker, der yder hjemmesygepleje til borgere i Skævinge og Uvelse samt i hjemmeplejen i Hillerød. For hende og hendes kolleger har der været udfordringer, såvel hvad angår nye distrikter som nye samarbejdspartnere og ny it-teknologi. Hillerød har 17 sygeplejersker ansat svarende til 14,3 fuldtidsstillinger.

Dorthe Svanberg og hendes nærmeste kolleger skal vænne sig til, at de ikke længere selv må beslutte ændringer i den visiterede pleje til borgerne.

I øvrigt bliver samtlige modtagere af hjemmesygepleje/hjemmehjælp i Hillerød visiteret inden den 1. juli 2007. Revisitationen sker for at sikre ensartet serviceniveau i kommunen.

Dorthe Svanberg: "Vi kunne have indhentet mange oplysninger på forhånd hos de kolleger, der tidligere har varetaget plejen hos borgerne i Uvelse. Men det nåede vi ik-

ke. Det betyder, at vi skal til at lære nye borgere at kende, og de skal lære os at kende."

*Er der forståelse hos borgerne for, at der er noget, som måske tager lidt længere tid her i begyndelsen efter kommunesammenlægningen?*

"Borgerne har bestemt taget til sig, at man må være tålmodig her i starten. Og vi forsikrer dem om, at vi ikke glemmer, hvad vi har lovet," siger Dorthe Svanberg.

## ►► REVISITATION INDEN DEN 1. JULI.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har efter anmodning fra Kommunernes Landsforening (KL) givet sammenlægningskommunerne dispensation til, at den individuelle revisitation af tildelt hjælp i forhold til det fastlagte serviceniveau først skal være afsluttet den 1. juli 2007.

Er borgere allerede visiteret efter en identisk kvalitetsstandard i en af de kommuner, som indgår i sammenlægningen, kan sammenlægningskommunen undlade at visiterer de pågældende. Det har Socialministeriet fastslået efter en konkret forespørgsel.

## "Lønnen er også vigtig"

**Ressourcer.** "Den helt store udfordring for kommunernes ældrepleje i de kommende år bliver at skaffe hænder nok. Det handler meget om at vise medarbejderne respekt for deres arbejde og at sørge for, at deres arbejdsmiljø er i orden. Men selvfølgelig skal vi også se på lønnen."

Denne konstatering gør Frederiksbergs borgmester, *Mads Lebech* (K), der som formand for løn- og personaleudvalget i Kommunernes Landsforening er kommunernes politiske hovedforhandler ved overenskomstforhandlingerne i 2008.

Mads Lebechs egen kommune har i de senere år haft særlig

fokus på at rekruttere arbejdskraft til den kommunale hjemmepleje. Men KLs løn- og personaleudvalgsformand advarer imod, at kommunerne kaster sig ud i et indbyrdes slagsmål om medarbejdere:

"Jeg tror ikke, det er særlig hensigtsmæssigt, når nogle kommuner prøver at stjæle medarbejdere fra nabokommunerne ved at overbyde dem på lønnen, for primært handler det om at skaffe flere hænder samlet set," siger Mads Lebech.

(sp)

## Sygeplejersken nomineret til journalistpris

**Journalistpris.** Fagbladet *Sygeplejersken* er blevet nomineret til den årlige EU special-journalistpris, der uddeles til en yngre journalist, der i sit arbejde bidrager til en bedre forståelse af fordelene ved mangfoldighed og kampen mod diskrimination.

Den danske dommerkomité har nomineret journalist *Katrine Birkedal Christensen* til specialprisen for artikelserien "Religion versus hygiejne," der blev bragt i *Sygeplejersken* nr. 19/2006.

Dommerkomitéen udtaler: "Artikelserien tager hul på en interessant og aktual problemstilling inden for sygeple-

jen, hvor hensynet til hygiejne støder sammen med hensynet til religiøse forskrifter. Artikleriens styrke er, at den ikke tager stilling. Den beskriver fakta nuanceret og afbalanceret, ja, nærmest klinisk – og så er det op til læseren at tage personlig stilling til en problematik, der også er vedkommende for lægfolk."

*Sygeplejerskens* tema går nu videre til den europæiske finale, hvor en europæisk jury medio marts beslutter, hvem af de 25 nationale finalister der skal løbe af med EU-prisen.

(snp)

## Kulturforståelse kan læres

**Indsigt.** Ny kampagne skal øge forståelsen for patienter med anden etnisk baggrund.

At forstå patienter fra andre kulturer er en kompetence, der kan læres.

Måske er patienten fatalist og mener, at sygdom altid kommer udefra og ligger uden for den enkeltes indflydelse.

Jo mere sygeplejersker ved om den etniske patient, desto bedre vil kommunikationen være.

Sådan lyder et af budskaberne til sundhedspersonalet i det ny hæfte "Kulturforståelse i praksis," der

i denne måned udsendes til bl.a. afdelingssygeplejersker i København, Odense og Århus.

Hæftet er en del af kampagnen "Indsigt som et redskab," som den dansk-pakistanske læge *Imran Rashid* lancerede i sidste måned. Ud over hæftet udsendes også to dvd-film, ligesom det er muligt at rekvirere *Imran Rashid* som foredragsholder.

(bso)

Læs mere om kampagnen "Indsigt som et redskab" eller rekvirer materiale på [www.sundkultur.dk](http://www.sundkultur.dk)

## Connie Kruckow med i regeringens kvalitetsgruppe

**Særligt udvalgte.** Som formand for Dansk Sygeplejeråd og Sundhedskartellet er *Connie Kruckow* blevet udpeget til en kvalitetsgruppe, som skal komme med konkrete forslag til regeringens kvalitetsreform.

Gruppen består af 24 personer fra regering, erhvervsliv, organisationer og forskningsinstitutioner. Regeringen er repræsenteret med seks ministre med statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (V) i spidsen.

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

(kb)



## StressBrevkassen på standby

Af Lotte Havemann, journalist

**Stille stress.** Den stressbrevkasse, som *Sygeplejersken* lancerede i 2006, har ikke fået nogen henvendelser i år. Derfor sætter redaktionen nu brevkassen på standby.

Spørgsmål, kommentarer og fortællinger, der måtte komme til brevkassen inden 1. juli 2007, vil kunne blive bragt i bladet, og herefter tager redaktionen stilling til, om brevkassen skal fortsætte.

*Sygeplejersken* har spurgt StressBrevkassens redaktør, *Kirsten Holmboe*, om de få henvendelser skyldes, at sygeplejersker slet ikke er så stressede?

"Nej, det er ikke det, det hand-

ler om. Et gæt kunne være, at de sygeplejersker, som er virkelig stressede, ikke har overskud til at skrive. De mangler lige netop overblikket og strukturen og koncentrationen. De har svært ved at overkomme tingene og har derfor naturligt nok heller ikke energi til at skrive," siger *Kirsten Holmboe* og tilføjer:

"En anden forklaring kan være, at sygeplejerskerne føler, at de udstiller sig ved at kontakte brevkassen. Eller er bange for, at de kan genkendes, selv om de godt må være anonyme."

Man kan maile til [StressBrevkassen@dsr.dk](mailto:StressBrevkassen@dsr.dk)





►► **BEDØMMELSESKOMITÉ.** Bedømmelseskomitéen består af

- *Kirsten Stallknecht*, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd
- *Steen Bech*, advokat
- *Jette Hvidtfeldt*, journalist
  - *Connie Svit*, sygeplejerske, prismodtager i 2005
  - *Jette Bagh*, fagredaktør, fagbladet *Sygeplejersken*.

# Kirsten Stallknecht Prisen 2007

**Ytringsfrihed.** Pårørende i psykiatrien skal høres. Sundhedsplejersker opretter brevkasse i lokalavisen. Ortopædkirurgisk afdeling mangler 12 sygeplejersker.

Der er tilstrækkeligt mange forhold at skrive om eller gå i brechen for, og det hænder da også, at enkelte sygeplejersker træder frem på den offentlige arena, selv om det kræver mod og giver besvær. Men selvcensur og frygten for, hvad de andre mener, holder flertallet tilbage.

## Hovedet ud af busken

Et eller andet sted i landet må der alligevel være en sygeplejerske, som har brugt sin ytringsfrihed til at gøre opmærksom på sygeplejefaglige eller sundhedspolitiske problemer i sundhedsvæsenet, som du /I kan indstille til at modtage Kirsten Stallknecht Prisen 2007.

Prisen uddeles hvert andet år og gives til en sygeplejerske, som

- har markeret sig i den offentlige debat om sygeplejefaglige, etiske og/eller sundhedspolitiske problemstillinger med det formål at forbedre sygeplejerskers arbejdsvilkår eller de sundhedsmæssige vilkår for særlige patient- eller befolkningsgrupper.

Sygeplejersken kan have benyttet sin ytringsfrihed i radio, tv, landsdækkende eller lokale dagblade eller i fagbladet *Sygeplejersken*. Prisen kan i særlige tilfælde tildeles to sygeplejersker i fællesskab, hvis bedømmelseskomitéen vurderer, at de opfylder kriterierne. Prisen er på 10.000 kr., og der følger et kunstværk med.

Alle sygeplejersker kan indstille en sygeplejerske til prisen. Indstillingen må højst fylde en A4-side, den skal være skrevet på computer og indeholde:

- navn og adresse på den sygeplejerske, der indstilles
- en detaljeret begrundelse for, hvorfor sygeplejersken er en værdig modtager af

Kirsten Stallknecht Prisen. Der kan vedlægges et begrænset antal bilag i form af avisudklip, debatindlæg eller lignende som dokumentation.

## Praktiske oplysninger

Indstillinger til prisen sendes til: Redaktionen, *Sygeplejersken*, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K. Mærk kuverten "Kirsten Stallknecht Prisen" i nederste venstre hjørne.

Vi skal have indstillingerne med morgenposten senest fredag den 20. april.

*Kirsten Stallknecht* uddeler prisen den 31. maj 2007.

*jb@dsr.dk*

►► **PRISMOTAGERE.** Følgende sygeplejersker har tidligere modtaget Kirsten Stallknecht Prisen:

- *Thyra Frank*, 2001. Leder af plejehjemmet "Lotte" på Frederiksberg. Fik prisen for vedvarende, kompetent og energisk at have brugt ytringsfriheden til at kæmpe for gamle, svage plejehjemsbeboeres ret til kvalitet og indhold i tilværelsen.
- *Robert Olsen*, 2003. Forstander for Mændenes Hjem på Vesterbro i København. Fik prisen for at have deltaget aktivt i debatten om marginaliserede gruppers forhold.
- *Connie Svit*, 2005. Sygeplejerske på Medicinsk afdeling på det daværende Århus Kommunehospital. Fik prisen for at have kæmpet for medicinske patienters ret til anstændig sygepleje og for sygeplejerskers ret til et sundt arbejdsmiljø.



## MØDES TIL HERREMIDDAG

**Mandefællesskab.** *Jesper Øth* Havmøller er 52 år og har arbejdet som sygeplejerske siden 1982 – det seneste år som anæstesisygeplejerske på Glostrup Hospital.

”På min afdeling er 10 af de 40 sygeplejersker mænd. Mændene er f.eks. gode til at skære igennem, hvis der er for meget udenomssnak. I det daglige har vi mænd ofte for travlt til at snakke sammen. Derfor har vi planlagt en herremiddag i marts.”

”I studietiden var jeg ene mand blandt 29 kvinder, og dengang blev jeg vel nærmest feteret. På samme måde, som der sker noget med mænd, når kvinder kommer ind i en forsamling, så ændrer det også omgangstonen og forholdet til patienterne, når der er flere mænd på afdelingen. Når en patient er bange for bedøvelsen, oplever jeg ofte, at det for mig som mand er let at tale vedkommende til ro.” *bso@dsr.dk*



**Leder og beskytter.** Mandlige sygeplejersker er glade for deres job, men de bliver fastholdt i en bestemt kønsrolle. Det forventes, at de fikser computeren, løfter de tungeste patienter og sidder for bordenden ved mødet.

# KØNSROLLEN SNÆRER

Mandlige sygeplejersker har det som blommen i et æg. Patienterne og kollegerne elsker dem. Især de ældre kvindelige patienter finder hurtigt læbestiften frem og tager sig sammen, når en sygeplejerske af hankøn træder ind på stuen.

Men medaljen har også en bagside. Mændene kan ikke gemme sig, og deres fejl bliver husket. De støder ofte på fordommen om, at alle mandlige sygeplejersker er homoseksuelle.

I hverdagen på plejehjemmet eller hospitalsgangen dominerer de traditionelle kønsroller. Når *Lise* og *Kurt* er på vagt, er det Kurt, der skal løfte de tungeste patienter

**”Når man møder en anden mandlig sygeplejerske, så er noget af det første, han siger: ”Min kone og børn ...” Det er tit og ofte i løbet af det første kvarter, så har han sørget for at få flettet kone og børn ind i (samtalen), så man ikke skal tro noget.”**

*Alex, sygeplejerske.*

ter og fikse computeren. Det forventes også, at mandlige sygeplejersker indtager en lederrolle ved mødebordet, og der lyttes ofte mere til mændene end til kvinderne.

Sådan fortæller 14 mandlige sygeplejersker, som sociolog *Kenn Warming* har interviewet om at være mand i et kvindedefag.

Hans kandidatspeciale ”Kønnet som med- og modspiller” viser også, at mændene har stor fordel af det, han kalder samfundets ”patriarkalske dividende.” Det vil sige, at manden på grund af sit køn

opfattes som en naturlig leder. I det hele taget betragtes mandlige sygeplejersker tit som autoriteter af både patienter og kolleger. F.eks. fortæller sygeplejersken *Jess*, at det er ham, patienterne henvender sig til, når han går stuegang med en kvindelig læge.

6 pct. af alle lederstillinger i sygeplejen er i dag besat af mænd, selv om kun 3,2 pct. af alle sygeplejersker er mænd. Sygeplejerskerne i undersøgelsen er ikke i tvivl om, at deres position som minoritet og den deraf følgende synlighed er en karrieremæssig fordel. Flere fortæller, at de bliver tilskyndet til at søge lederstillinger.

”Når mænd krydser over grænsen til kvindefag, så bringer de nogle traditionelle manderoller med ind i kvindefaget. Der ligger også nogle forventninger til, at mændene skal bevæge sig op ad rulletrappen rent karrieremæssigt. Ja, de skal nærmest modarbejde trappens bevægelser for at blive på gulvet,” forklarer *Kenn Warming*.

Han understreger samtidig, at det langt fra er alle mænd i undersøgelsen, som ønsker et lederjob. Flere udtrykker direkte aversion mod at avancere og vil hellere ”arbejde på gulvet.”

## Mænd til det tunge

Flere af sygeplejerskerne fortæller, hvordan det inden for psykiatrien er helt almindeligt at tilkalde mænd, når der skal ydes hjælp til alkoholikere, stofmisbrugere eller meget voldsomme patienter. For nogle af de interviewede er rollen som beskytter et irritationsmoment.

””Er der nogen mænd på afdelingen?” Når der bliver ringet rundt, synes jeg da også, det er i orden og alligevel ikke. Jeg kan lige så let blive slået ned som en kvin- ▶



## SÆT MÆNDENE SAMMEN

**Alsidighed.** Bo Brauner er 40 år og arbejder på Hjerteafdelingen på Frederiksberg Hospital. Fem af afdelingens i alt 30 sygeplejersker er mænd. Han har været uddannet sygeplejerske i to år. Forinden har han arbejdet som portør.

”Da jeg begyndte uddannelsen, var vi tre mænd i klassen, men efter 3. semester var vi kun to mænd tilbage, og det var nogle gange svært.”

Bo Brauner oplever det som en fordel at være mandlig sygeplejerske, f.eks. i kommunikationen med mandlige patienter.

”Der er situationer, hvor jeg vægter andre ting i sygeplejen end kvinder. For mig er det f.eks. ikke et must at presse et bad eller en vask igennem, hvis ikke det er patientens behov,” siger Bo Brauner.

”I dagligdagen er det vigtigt at sætte mænd sammen – både i klasserne på sygeplejeskolen og i vagterne. Når pigerne snakker om graviditetssmerter og Desperate Housewives, så kan jeg godt miste interessen og sætte mig ud for at arbejde.” Det har taget Bo flere år at vænne sig til betegnelsen sygeplejerske, og han ville ønske, at der kunne findes en kønsneutral betegnelse for faget. *bs@dsr.dk*



►► **MÆND I KVINDEFAG.** Sociolog *Kenn Warming* har i kandidatspecialet "Kønnet som med- og modspiller" interviewet 11 pædagoger og 14 sygeplejersker. Blandt konklusionerne kan nævnes:

- Mændene får på mange områder positiv særbehandling og oplever, at de har gode karrieremuligheder.
- Mændene har større autoritet end deres kvindelige kolleger, og det forventes ofte, at de skal påtage sig ledelse og administrative opgaver.
- Mændene hjælper ofte kvinderne med hårde fysiske opgaver, og i alvorlige situationer forventes det, at de træder til som beskyttere.
- De er populære blandt kvindelige kolleger, men mændene har også behov for at etablere netværk med andre mænd.

**"Jeg har været med til at finde en mandlig sygeplejerske, og så fik den ellers bare med fodbold og motorcykler, selvom det egentlig ikke var noget, der interesserede os særlig meget lige på det tidspunkt, men nu skulle de bare have. Så legede vi bare rigtige mænd."**

*Klaus, sygeplejerske.*

► de, og det synes jeg ikke er rimeligt," fortæller *Keld*, som er tidligere styrkeløfter.

*René*, der arbejder på en ortopædkirurgisk afdeling, betragter det som diskrimination, at han må rykke ud, når tunge patienter skal løftes fra en seng til en anden. Han har gennem længere tid frabedt sig den slags henvendelser. Men uden held.

"Det generelle mønster er, at de mænd, jeg har interviewet, må acceptere en vis form for kønsdiskrimination. De bliver sat til at løfte tunge patienter, hvad enten de vil det eller ej," forklarer *Kenn Warming*.

Sygeplejerskerne i *Kenn Warmings* undersøgelse er til gengæld ikke i tvivl om, at mænds mere kontante måde at sige tingene på er en fordel i forhold til mange patienter.

"Nogle af de ældre kvindelige patienter tager sig sammen, når de kommer ind på stuen. Også i forhold til mandlige patienter kan mændenes ofte mere direkte facon være en god måde at skabe kontakt på," forklarer *Kenn Warming*.

De 14 mænd fortæller, at de har en an-

derledes og mere direkte måde at yde omsorg på end kvinderne. De vælger f.eks. at være sammen med patienterne i stedet for at rydde op på afdelingen. I nogle tilfælde til stor irritation for deres kvindelige kolleger.

#### Flygter fra hønsegården

Pauserne med de kvindelige kolleger er ofte et problem. Flere af de mandlige sygeplejersker fortæller, at de ikke orker flere frokostpauser med samtaler om bleer og madopskrifter.

Nogle vælger "hønsegården" fra, også selvom de kvindelige sygeplejersker gør sig umage for at finde andre samtaleemner. Og en del af de mandlige sygeplejersker danner helt bevidst netværk med andre mandlige kolleger, så de kan drikke fyraftensbajere og snakke fodbold.

Flere fortæller dog også, at arbejdsklimaet er blevet bedre, efter at der er kommet mænd ind på afdelingen.

"Mændene har hørt historier fra deres kvindelige kolleger om, hvorledes "bagtaleri" har gennemsyret den sociale samværsform, før mænd blev ansat på afdelingen," forklarer *Kenn Warming*.

En del af mændene i undersøgelsen har problemer med ordet sygeplejerske og mener, at den feminine betegnelse er en barriere i forhold til at rekruttere flere mænd til faget.

"Ofte redefinerer de deres titler, så de f.eks. betegner sig selv som sygeplejerske med ledelsesmæssigt ansvar. Især for de unge mænd er det svært at fortælle kammeraterne, at de skal læse til sygeplejerske. Han vil ofte møde to reaktioner. Enten at han er bøsse, eller at han skal score en masse piger," fortæller *Kenn Warming*.

Han er ikke i tvivl om, at sygeplejerskerne bør satse på at markedsføre sygeplejen som mere end et omsorgsfag, hvis det skal lykkes at tiltrække flere mænd.

"Det er vigtigt at gøre op med stereotype forestillinger om sygeplejersker, når erhvervsvejlederne fortæller de unge om uddannelsen. Mange sygeplejersker arbejder med teknik, ledelse og anæstesi. Det er områder, som appellerer til traditionelle maskuline færdigheder," siger *Kenn Warming*.

Han mener, at sygeplejen har brug for mændene i et samfund med stadigt flere ældre, og efterlyser kampagner blandt unge, der kan være med til at bane vejen for en mere blandet kønsfordeling i omsorgsfagene.

"Det er ikke fair, at det kun er kvinderne, der skal løse hele den velfærdsopgave, det er at behandle og pleje syge mennesker. Det vil skabe meget større mangfoldighed i sundhedsvæsenet, når den ældre mandlige patient f.eks. har mulighed for at blive behandlet og kan snakke med en sygeplejerske af samme køn," lyder det fra *Kenn Warming*.

*bs0@dsr.dk*

**"Når vi holder personalemøde – og når vi rejser os op og siger et eller andet – så tier de alle stille, men hvis det er en kvinde, der rejser sig op, så knevrer tyve andre kvinder videre. Jeg har tit tænkt på, hvorfor de gør det."**

*Mogens, sygeplejerske.*



## KVINDEKULTUREN DOMINERER

**Uudtalte normer.** *Lars Musaeus Bertelsen er 46 år og har arbejdet som sygeplejerske i 17 år. De sidste fire år har han været fællestillidsrepræsentant for psykiatriske sygeplejersker i Københavns Amt.*

"Sygeplejen er ekstremt kvindedomineret, og som mand føler man nogle gange, at man skal mase sig ind i den kultur. Jeg har oplevet, at mænd blev frosset ud, fordi de ikke kunne leve op til uudtalte kvindelige normer som f.eks. at rydde op på den rigtige måde," siger han.

På den psykiatriske afdeling, hvor Lars Bertelsen arbejdede, var en tredjedel af kollegerne mænd.

"Det var skønt at møde to mandlige kolleger på en aftenvagt. På andre afdelinger har jeg oplevet, at pauserne gik med snak om bleer og madopskrifter. I de situationer havde jeg stor glæde af at kunne gemme mig bag en avis."

I øjeblikket tager Lars Bertelsen en masteruddannelse i sundhedsinformationsteknologi. Her er hovedparten af de studerende mænd.

"Som mandlig sygeplejerske har du én gang gjort noget usædvanligt. Derfor er det naturligt at stille mod mere uddannelse eller et lederjob."

*bso@dsr.dk*



## Ansøgning om optagelse

Ansøgningsfrist: 1. april 2007

Adgangskrav, ansøgningskema og yderligere information om uddannelserne  
[www.sygeplejevid.au.dk](http://www.sygeplejevid.au.dk)

### Kandidatuddannelse i Sygepleje (cand.cur.)

- 2 års fuldtidsstudium med 4 semestre
- Forskningsbaseret undervisning
- Fordybelse i videnskabelige og metodiske færdigheder i sygeplejens teori og praksis
- Adgangsgivende til postgraduat uddannelse – fx ph.d. uddannelse
- SU berettiget

## Videreuddannelse for sygeplejersker



www.sygeplejevid.au.dk

### MATRIX

- Aircondition
- Elruder
- Fleksible bagsæder
- Klapborde
- Tre års garanti, uanset km.

## Skift til en Matrix, inden du selv bliver udskiftet



Matrix MPV til alle i familien fra kun 179.995 kr.

Når hele familien skal op at køre, kan man ligeså godt gøre det ordentligt. Med Matrix får I god plads til det hele, også selv om den er proppet med udstyr. Skynd dig ind til vores forhandler – inden det er for sent.

**Matrix MPV 1,6 fra 179.995 kr.\* Matrix Van 1,6 fra 92.495 kr.\*\***

**VIND**

Prøvekør og vind en  
Getz eller en Matrix

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

 **HYUNDAI** Der er nogen der kan

# Personlig sygeplejerske

Jensa Hansen blev indlagt akut for ti dage siden og har stadig stærke smerter. Nu forklarer overlæge Morten Schnack Rasmussen Jensa Hansen, hvordan ct-skanningen har vist, at der er betændelse i tamen.

Hver dag er der en kort timeout kl. 9.25. Afdelingssygeplejerske Berit Bregnhoved samler op sammen med de fem sygeplejersker, der er mødt i dagvagt. Fra venstre: Pia Høiagaard-Sørensen, Lone Vistisen, Katrine Houmøller, Marlene Eybye og Kristine Nordberg.



**Helhed.** Kristine Nordbergs patienter er ikke i tvivl om, hvem deres sygeplejerske er. Hun tager sig af al pleje, fra de kommer ind, til de går hjem.

”Patienterne bliver ikke bare et nummer. De bliver en person. Og det går begge veje, de lærer også mig at kende,” siger sygeplejerske *Kristine Nordberg* om kontaktsygeplejen, som den praktiseres på hendes arbejdsplads, Mave-tarm-kirurgisk afdeling K på Bispebjerg Hospital.

Kristine har dagvagt tre uger i træk og aftenvagt tre uger i træk. Det samme mønster gælder for fem af hendes kolleger, resten af de 14 sygeplejersker i K1 har dagvagt tre-fire uger, efterfulgt af to kortere perioder i nattevagt.

Når en patient bliver indlagt til et længere forløb, får han tildelt en kontaktsygeplejerske, der stadig har en længere række dagvagter foran sig. På den måde bliver





Lizzie Hansen har læst på lektien – dvs. pjecen om coloskopi, som hun fik sendt hjem før indlæggelsen. Så hun er helt med, når Kristine Nordberg fortæller, hvad der skal ske.

Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Heine Pedersen



Overlæge Morten Schnack Rasmussen viser Kristine, hvordan skanningen har afsløret betændelse i patientens tarm.

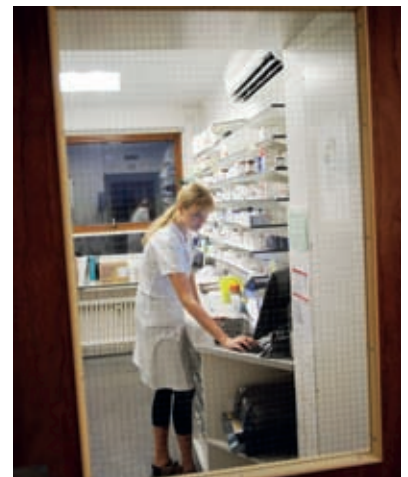


Afdeling K1 har en ren sygeplejerskebemanding, så sygeplejerskerne sørger også for mad og drikke. Katrine Houmøller er på vej med morgenkaffen.



Medicinordinationerne ligger på computeren. Sygeplejerskerne dokumenterer med museklik.

Kristine søgte til K1 som nyuddannet. Hun kendte ikke afdelingen fra sin praktik, men fik den anbefalet af andre.



kontinuiteten kun brudt, når indlæggelsen strækker sig hen over weekender og andre fridage.

Den dag, *Sygeplejersken* kommer på besøg, er Kristine Nordberg midt i sin anden uge i dagvagt. Hun har tre patienter.

Den patient, hun modtog i mandags, fik et stykke af tarmen fjernet laparoskopisk i går. Når han går hjem torsdag eller fredag, har han ikke truffet andre sygeplejersker i sengeafdelingen end Kristine, to aftenvagter og en nattevagt.

Sengeafdeling K1 har en ren sygeplejerskebemanding, så sygeplejerskerne tager sig ikke bare af observationer, medicin, katetre, dræn m.m., de hjælper også med personlig hygiejne, mad og drikke.

K1 er specialiseret i patienter til nedre mave-tarm-kirurgi, og afdelingen indførte accelererede forløb for flere år siden.

Det kræver megen sygepleje, ikke mindst megen information, og så er det en stor fordel, at det er den samme sygeplejerske, der følger patienten.

”Vi har en indlæggellessamtale på en time, så jeg kan tilpasse informationen til,

hvad jeg får at vide om patientens baggrund og arbejde,” siger Kristine Nordberg.

”Jeg ved, hvad jeg fortalte i forgårs, og jeg kan give patienterne et medansvar ved at sige: Jeg kan hjælpe dig med smertedækning, og til gengæld er det dit ansvar at komme ud af sengen og få nok at spise og drikke.”

*Er der også ulemper ved kontaktsygepleje?*

”Det kan være hårdt, fordi man bliver personlig involveret. Og der er dage, hvor man har super, super travlt. Hvis man f.eks. har tre patienter, man både skal sengebade, give mad, medicin osv.”

*Hvad skal man specielt kunne i en afdeling med kontaktsygepleje?*

”Arbejde meget selvstændigt. Men vi bruger hinanden og vores kliniske sygeplejerske til at sparre med, og vi har en kort timeout hver dag, hvor vi snakker om eventuelle problemer.

Man skal også kunne sige fra, hvis et forløb bliver for belastende, og man skal kunne sige fra over for patienterne. Man-

ge spørger, om man er gift osv. Men selv om man er kontaktsygeplejerske, skal man ikke give mere af sig selv, end man er parat til at få i hovedet igen.”

*Hvad er din bedste oplevelse med en patient i den sidste uge?*

”Det var en patient, der kom ind, blev informeret, kom til operation. Alt gik efter planen, og da han gik hjem, glad og tilfreds, fik jeg en lille pose chokolade og et: Tak for god behandling, Kristine.”

Læs om afdeling K på: [www.bbhh.dk](http://www.bbhh.dk)

[kbj@dsr.dk](mailto:kbj@dsr.dk)

►► LÆS OGSÅ

- ”Sådan lykkes kontaktsygeplejen” side 20.
- Faglig information side 35.

# Sådan lykkes kontaktsyge

**Planlægningspuslespil.** Det kræver gennemtænkt og konsekvent planlægning at sikre kontinuitet i sygeplejen i en sengeafdeling. Afdeling K på Bispebjerg Hospital har mange års erfaring med, hvad der skal til.

Kontaktsygepleje, også kaldet primærsygepleje. En indlysende god idé, men svær at gennemføre.

Ansvar for plejen er klart placeret, og patienten ved, hvem han skal henvende sig til, når der er udpeget en kontaktsygeplejerske. I princippet i hvert fald. For sygeplejersker skal både have fridage og gå i vagt, og under alle omstændigheder skal der tre sygeplejersker til at dække et vagtdøgn.

Men med en gennemtænkt og konsekvent planlægning kan det godt lade sig gøre at holde patienternes sygeplejerske-kontakter nede på et minimum. Det viser erfaringerne fra sengeafdelingerne i Mave-tarm-kirurgisk afdeling K på Bispebjerg Hospital:

Når en patient f.eks. bliver indlagt til en colonoperation om mandagen, opereret om tirsdagen og går hjem torsdag, har patienten typisk mødt tre-fire forskellige sygeplejersker under opholdet i sengeafdeling K1: én om dagen, én eller to om aftenen, én om natten.

## Lange vagtperioder

Det kræver en vagtplan, der er specielt indrettet på at sikre kontaktsygeplejen. Men allerførst kræver det en ren sygeplejerskebemanding, fastslår ledende oversygeplejerske *Jens Glindvad Kristensen*.

”Det er den væsentligste enkeltfaktor. Det giver jo dobbelt så mange kontakter, hvis patienten skal se både en sygeplejerske og en assistent i hver vagt,” siger han.

Afdeling K indførte begreberne ”personlig læge” og ”personlig sygeplejerske” i begyndelsen af 90’erne. For et halvt år siden blev de oprindelige principper for vagtplanlægningen revideret på flere punkter.

Men grundprincippet er stadig, at sygeplejerskernes vagter er samlet i lange sammenhængende blokke, f.eks. tre uger dagvagt, tre uger aftenvagt.

Da afdeling K i sin tid indførte kontaktsygepleje, blev dagvagtperioden sat til fire uger. Det passede med det længste typiske patientforløb i afdelingen. Efter fire ugers dagvagt fulgte en periode på fire uger med aften- eller nattevagter.

Sygeplejerskerne arbejdede sammen i makkerpar, som gik i dagvagt samtidig, så

## Kontaktsygepleje Sådan lægger du grundplanen

Kontinuitet i plejen forudsætter, at vagterne bliver samlet i blokke på mindst tre-fire uger. Afdeling K på Bispebjerg Hospital bruger rulleplaner af 12 eller 18 ugers varighed. Følg afdelingssygeplejerske Berit Bregnhoveds anvisninger her, og læg en rulleplan for din egen afdeling.

# 1

Definér formålet med vagtplanen. F.eks. bedre kontinuitet for patienterne. Få klarhed over forhold, der kan vanskeliggøre kontinuiteten, f.eks. arbejdsmiljøhensyn.

# 2

Fastsæt bemandingen dag-aften-nat. Hvor mange skal der minimum være til stede i hver vagt? Hvilke faggrupper deltager i plejen? Hvilke muligheder er der for hjælp uden for sengeafdelingen? Kan ansatte fra ambulatorier og dagafsnit f.eks. deltage i weekendvagterne. Er der medarbejdere, hvis vagter ikke kan ændres, f.eks. faste aften- eller nattevagter?

# 3

Hvad ønsker medarbejderne? Vil de gerne begrænse vagterne til enten dag-aften eller dag-nat, eller foretrækker de blandede vagter? Er de villige til at gå i 12-timers vagter i weekenden mod kun at arbejde hver tredje weekend? Vær opmærksom på, hvordan man kan undgå aften- og nattevagter op til en weekend.



Af Kirsten Bjørnsson, journalist • Foto: Heine Pedersen

# plejen

Afdelingssygeplejerske Berit Bregnhoved har fordelt vagter og tjenestetider på en 12-ugers rulleplan. Patienterne fordeles løbende efter en ugeoversigt, der viser de enkelte sygeplejerskers fremmøde.



de kunne passe hinandens patienter på fridagene. Og makkerparrene arbejdede sammen to og to, så det ene makkerpar gik i dagvagt, mens det andet gik i aftenvagt og omvendt. Stadig hos de samme patienter.

Systemet gav en enestående kontinuitet, sygeplejerskerne var glade for det tætte samarbejde i makkerparrene og følte et stort ansvar for deres patienter.

Men afdelingen havde alligevel svært ved at holde på de erfarne sygeplejersker. Og da man indførte accelererede forløb for de planlagte patienter, var der for lidt personale på hverdagene, fortæller afdelingssygeplejerske *Berit Petersen Bregnhoved* om baggrunden for de ændringer, man nu har foretaget i vagtskemaet.

De faste makkerpar blev ophævet, fordi ordningen ikke tillod deltid, og fordi den ikke gav tilstrækkeligt fremmøde på hverdagene. I den nye plan er der flyttet timer til hverdagene fra weekenden, hvor mange patienter alligevel er gået hjem.

”Ellers kan sygeplejerskerne ikke nå alt det, de skal med patienterne i de accelererede forløb,” siger Berit Bregnhoved.

”De skal have ekstra megen information, de skal hele tiden nødes til at spise og stå ud af sengen osv.”

## Vagt hver tredje weekend

Den gamle plan var meget striks og tillod ikke fleksibilitet.

”Nu har vi f.eks. åbnet for, at man kan arbejde på deltid. For vi mistede mange i

gamle dage, når de kom tilbage fra barsel og ikke kunne gå ned i tid,” forklarer Berit Bregnhoved.

I det gamle skema gik flere sygeplejersker i nattevagt syv dage ad gangen. Det er meget usundt, ved man nu, så det tager den nye vagtplan også højde for.

”Og så har vi været nødt til at tilgodese, at sygeplejerskerne helst vil nøjes med at arbejde hver tredje weekend,” tilføjer afdelingssygeplejersken.

”Derfor har vi indført 12 timers vagter hver sjette eller 12. weekend, og det betyder, at vi er nødt til at bryde kontinuiteten fra hverdagene. Til gengæld giver 12-timers vagterne bedre kontinuitet i selve weekenden.”

Vagtplanen er blevet lidt mere af et pus- ▶

Hvis der er medarbejdere, hvis arbejdsplan ikke kan ændres, skal de sættes ind i planen som det allerførste.

# 4

Læg weekendvagter ind i grundplanen, så vagterne bliver jævnt fordelt. Fordelingen af weekendvagterne vil vise, hvor mange uger rulleplanen skal dække, f.eks. 12 eller 18 uger. Vagtperiodernes længde fastsættes, så det passer med rulleplanen, f.eks. tre uger i dagvagt/tre uger i aftenvagt/tre uger i dagvagt/tre uger i aftenvagt, hvis rulleplanen er på 12 uger.

# 5

Læg nattevagterne ind. Vær opmærksom på, at man kun bør have tre nattevagter i træk. Derfor må blokkene med nattevagter være kortere end dag- og aftenvagter. Nattevagt fredag gives til en medarbejder, der i forvejen har nattevagt i weekenden, hvis lørdag som sovedag skal undgås.

# 6

### ►► TYPISKE PATIENTFORLØB I AFDELING K

- Accelererede forløb efter colonoperation. Patienten ligger to dage efter operationen. Bliver passet af én sygeplejerske om dagen, af én eller to forskellige i aftenvagt plus én i nattevagt. Møder i alt tre-fire forskellige sygeplejersker i sengeafdelingen på en firedages indlæggelse.
- Accelererede forløb efter rectumoperation. Patienten ligger fem dage efter operationen. Bliver passet af én eller to sygeplejersker om dagen, én eller to sygeplejersker i aftenvagt og én i nattevagt. Møder i alt tre-fem forskellige sygeplejersker i sengeafdelingen på syv dages indlæggelse.
- Patienter, der skal renses ud før en coloskopi. Ligger to-tre dage. Møder i alt tre-fire forskellige sygeplejersker i sengeafdelingen.
- Akutte patienter, f.eks. til udredning eller akut operation. Ligger ofte længere, op til 8-10 dage. En patient, der er indlagt 8-10 dage, møder seks-otte sygeplejersker, flest, hvis patienten er i afdelingen over to weekender.

- lespil. Men det kan stadig lade sig gøre at begrænse antallet af kontakter, også i vagterne. Først og fremmest fordi de typiske patientforløb er blevet kortere.

Berit Bregnhoved har udarbejdet en 12-ugers rulleplan for sine 14 sygeplejersker, og hver uge fordeler hun patienter på en ugeplan, der viser, hvilke sygeplejersker der er til stede dag, aften og nat. Så hun f.eks. kan planlægge, at en sygeplejerske, der starter aftenvagt, kan fortsætte med at passe de patienter, hun kender fra sin dagvagtperiode.

Rulleplanen samler stadig vagterne i længere perioder, men makkerparrene er afløst af to grupper med syv sygeplejer-

sker i hver. Om natten arbejder de to naboafdelinger K1 og K2 sammen. De har hver 13 patienter og tager hver en uge på skift. Planen ligger fast, og hvis sygeplejerskerne har brug for ekstra fridage i vagter eller weekender, må de bytte.

”Men det giver til gengæld ro. Man ved, hvordan man skal arbejde et år frem i tiden.”

Sygeplejersker, der arbejder dag-aften, veksler mellem tre uger i dagvagt og tre uger i aftenvagt. Dag-nat-sygeplejerskerne har to sammenhængende dagperioder over 12 uger, den ene på fire uger og den anden på fem samt tre kortere perioder i nattevagt. Det hænger sammen, når Berit

Bregnhoved kan få hjælp udefra. Hver anden weekend må en sygeplejerske fra ambulatoriet eller endoskopien komme og tage en dagvagt.

”Og vi er blevet mere sårbare i weekenden, når vi mangler en sygeplejerske,” siger hun.

”Heldigvis er folk utrolig ansvarlige, og vi har kun 1,7 pct. sygefravær her i K1.”

*Se også reportagen fra Afdeling K1 på side 18 og Kontaktsygepleje – stærk men sårbar på side 35.*

*kbj@dsr.dk*

# 7

Læg resten ind, først aften- siden dagvagter. For at undgå aftenvagter op til weekenden må aftenvagten fredag gives til en sygeplejerske, der arbejder dag eller aften i weekenden.

# 9

Se om vagterne er fordelt, så fremmødet stemmer.

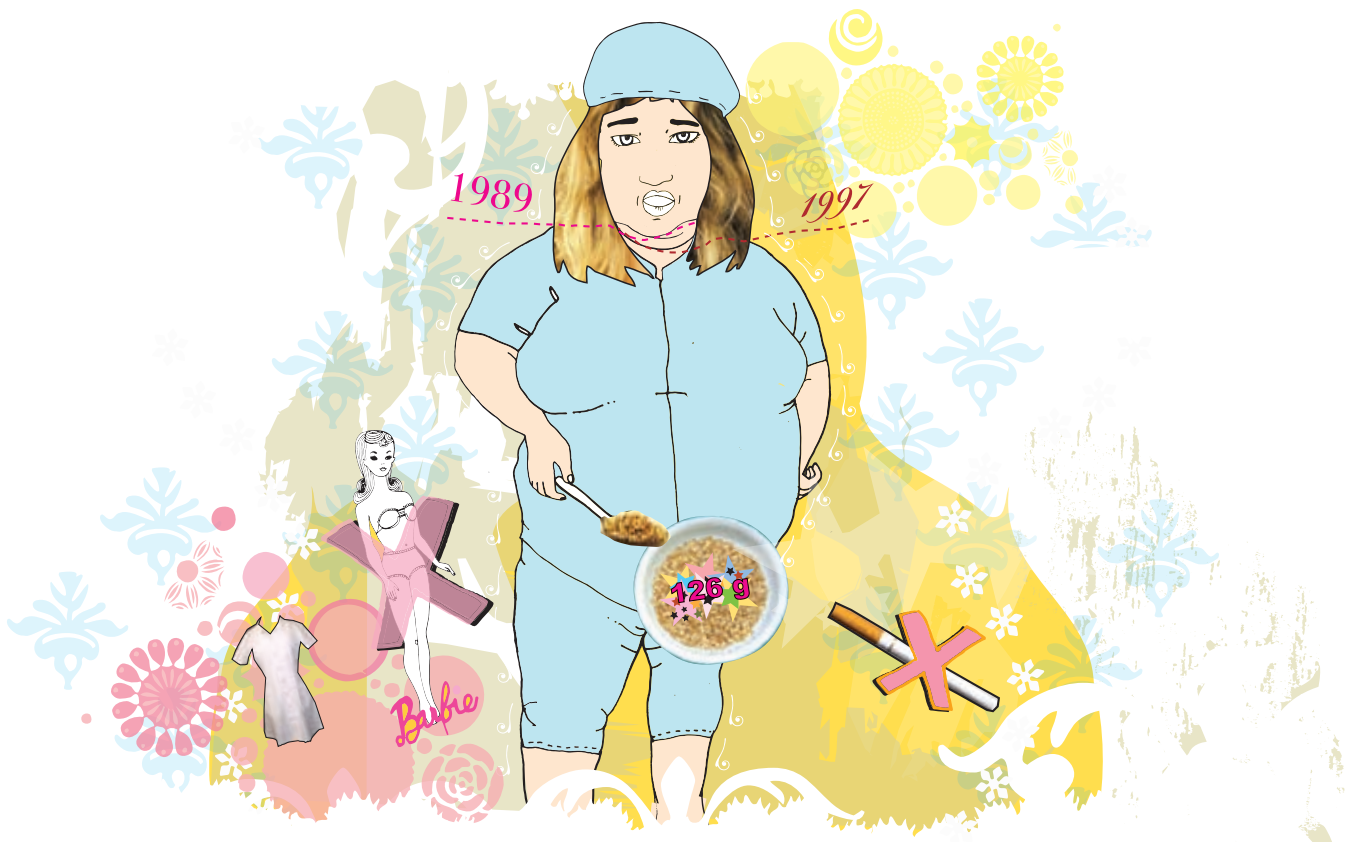
# 8

Start med et fuldt dag-aften-rul. Forskyd det, f.eks. otte eller 14 dage, og gentag det samme rul. Lav et fuldt dag-nat-rul og forskyd det 14 dage. (Hvis personalet skal gå i blandede vagter, skal alle vagtformer selvfølgelig indarbejdes i det første rul, som så forskydes).

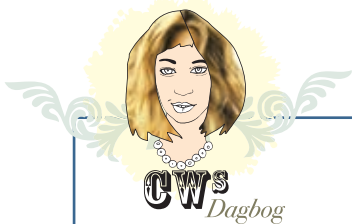
Vent med at tage hensyn til individuelle ønsker, til grundplanen er lagt.

# 10





## Uniformens (u)lyksaligheder



► **SCENER FRA EN OPERATIONS-SYGEPLEJERSKES LIV.** Tag springet fra en røntgenafdeling til OP sammen med sygeplejerske *Charlotte Willaume*. De første afsnit blev bragt i nr. 16, 18, 20, 22 og 24/2006 samt i nr. 2/2007.

Er ikke så glad for uniformen på OP. Bukserne holdes sammen af en ribkant forned. Måske for at undgå, at det drysser på det rene gulv? Jeg har lange ben og hofter så brede som Storebælt og desværre i tilkøb også lettere fyldige lægge, så ribkanten ikke kan kravle op ad benet uden at afskære al blodtilførsel til foden. Forestil dig: smølfblå bukser, der sidder helt tæt op ad benene, fordi det meste stof har klemt sig ind mellem balderne, og resten sidder og poser på maven. Dette sker, hver gang jeg har siddet ned. Sidder ikke

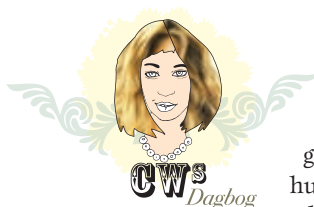
ned længere. Lærer vel efterhånden at håndtere de bukser. Kan f.eks. med foden trække det andet bens ribkant ned efter at have siddet ned. Nødløsning, men brugbart. *Barbie* ville sikkert se drøngodt ud i den uniform.

Er desuden gået over til mere drastiske metoder: Har meldt mig ind i en semikendt forening, der vejleder angående kost og vejer mig hver tirsdag, mod betaling selvfølgelig. Har fået udleveret kostplan (ifølge overfrisk vejleder udarbejdet i samarbejde med førende ernæringseksperter), som jeg endnu ikke har overholdt mere end én dag i rap, og havde af uudgrundelige årsager alligevel tabt 2,4 kg på en uge, sidst jeg var dernede. Denne kostplan siger, jeg må spise 30 gram havregryn til morgenmad. 30 GRAM? Prøvede at veje den normale portion, jeg spiser: 126 gram. Med 30 gram havregryn til morgenmad og efterfølgende blodsukker på 0,1 bliver en tretimers operation en bizar oplevelse. Lidt som at være pakket ind i vat. Sukkerfrit vat. Hvor kan man købe et nyt stofskifte? Det er vist min eneste udvej. Jeg må lure de andre. Eller spise noget ordentligt mor-

genmad. Desuden skal sygeplejerskerne jo foregå med et godt eksempel. Vi må f.eks. ikke længere ryge på jobbet. Når det gælder personalet, er de danske sygehuse meget politisk korrekte. Det bliver spændende den dag, det også kommer til at gælde patienterne. Går og trækker slapt maveskind med strækmærker ind og smiler kunstigt for at hive dobbelthage nr. to (brudt frem i 1997) op under dobbelthage nr. ét (1989) for ikke at ryge ud, når *Lars Løkke* indfører fedmefrit sygehus. Godt jeg nåede at skifte job, inden de indførte tvungen kolesterolprøve ved jobsamtalerne: "Desværre, lille De. Den ligger på 6,2. Prøv i det private erhvervsliv. Der må man godt have gule tænder, rødlig ansigtskulør og 180/120. Farvel. De er det svageste led (eller bliver det i hvert fald ifølge statistikken om 20 år)."

*Dette var det sidste afsnit af "Scener fra en operationssygeplejerskes liv." Læs interview med dagbogens forfatter Charlotte Willaume på side 24.*

# Landbokvinde, sygeple



Da den nu 34-årige Charlotte Willaume gik i 7. klasse, skrev hun sin første boganmeldelse. Og nej, det var ikke 1980'ernes svar på Harry Potter-bøgerne, hun kastede sit læsevante og kritiske blik på, men derimod den noget tungere og over 400 sider tykke spionkrimi "Iscenesat" af John le Carré.

"Jeg har altid elsket at læse, især krimier og historiske romaner. Det skrevne ord fanger mig, og jeg har løbende skrevet en slags dagbog om mit liv. Ved at skrive om mine oplevelser får jeg sat andre vinkler på, og når jeg læser det, jeg har skrevet, sker der en eller anden form for sund efterrationalisering," siger Charlotte Willaume.

Trods den store læselyst og forkærlighed for at skrive valgte Charlotte Willaume sygeplejefaget. Til dels fordi arven forpligter, som hun siger, og hentyder til, at hendes forældre begge har en karriere inden for det danske sundhedsvæsen.

"Men sygeplejeuddannelsen var også et resultat af en række fravalg: ingen lang universitetsuddannelse, ingen kedelig kontoruddannelse, ikke noget med larmende børn, butikker eller tal til mig," siger Charlotte Willaume og bemærker, at det først efter endt uddannelse er gået op for hende, hvor varieret og spændende sygeplejefaget er.

## Humor afvæbner

På det seneste har hun alligevel formået at kombinere sygepleje- og forfatterfaget i det, der for Charlotte Willaume begyndte

Af Christina Sommer, journalist • Foto: Nicolai Howalt

**Selvironi, tak.** En række af fravalg. Sådan beskriver Charlotte Willaume selv sin vej til sygeplejen. Efterfølgende har hun fundet ud af, hvor spændende og varieret sygeplejefaget er – og det har hun underholdt læserne med det seneste halve år i "CW's Dagbog – scener fra en operationssygeplejerskes liv."

som en vanlig skrive- og efterrationaliseringsproces, men som på hendes egen opfordring endte i *Sygeplejersken* som en artikelserie med den bærende titel "CW's Dagbog – scener fra en operationssygeplejerskes liv."

Syvende og sidste afsnit bringes i dette nummer, og læsere af dagbogen kan ikke være i tvivl: Charlotte Willaumes livssyn er præget af humor og selvironi.

"Jeg kan sagtens grine ad mig selv. Selvironi og humor er vigtigt for mig, også i mit job som sygeplejerske," fortæller hun.

Her møder Charlotte Willaume tit alvorligt syge og også døende patienter, og i det møde bruger hun ofte humoren helt bevidst:

"Humoren kan virke meget afvæbende, og jeg ser den som et fantastisk værktøj til at skabe tillid mellem mig og mine patienter. Selvom man som patient lider

af en dødelig sygdom, f.eks. cancer, kan det være befriende ikke at skulle se alvorren i øjnene og tale om det hele tiden," siger Charlotte Willaume og henviser til en palliativ hjemmeboende patient, hun passede på et tidspunkt som vikarierende hjemmesygeplejerske.

"Da jeg skulle af sted en dag, sagde han med et glimt i øjet: "Vi ses i morgen – hvis jeg altså lever til den tid." Det var hans måde at håndtere den forestående død på."

Charlotte Willaume erkender dog, at grænsen for, hvornår humor og selvironi mellem patient og sygeplejerske fungerer eller ej, er hårfin. Og hun husker kun alt for godt en gang, hvor hun kom til at overskride grænsen og derved såre en patient:

"Jeg skulle foretage en mammografi på en patient, der allerede havde fået fjernet det ene bryst. Og i min måske lidt for overlede iver for at bryde isen sagde jeg,



A photograph of a woman with blonde hair, wearing a white lab coat, white pants, and bright green rubber boots. She is standing in a field of dark, muddy earth, possibly a bog or a farm. She is holding a leash attached to a black and white speckled dog. The background shows a body of water and a line of trees under a clear sky. The title 'jerske og skabsforfatter' is overlaid in large, blue, outlined letters across the middle of the image.

# jerske og skabsforfatter

"At gå ind i sygeplejen og købe gården foregik vist lidt på samme måde: begge dele med skyklapper på ... Nu står jeg midt i det. Intet er, som jeg forventede, men det er nu ikke helt dårligt. Hverken gården eller sygeplejen." (CWs Dagbog i Sygeplejersken nr. 16/2006).

at det eneste gode ved at have fået fjernet et bryst er, at man slipper for at få foretaget en mammografi. Og det sårede desværre patienten dybt, hvilket ikke var min mening.

Her lærte jeg, hvor vigtigt det er, at patienten selv på en eller anden måde inviterer humoren ind i samtalen," siger Charlotte Willaume.

## Lokumslitteratur

Livet på den nedlagte landejendom mellem Haslev og Ringsted med hunden *Oskar*, ingeniørmanden *Per* og de fire sammenbragte sønner på 9, 10, 17 og 19 år går indtil videre ganske godt i spænd i karrieren som sygeplejerske. Og selvom Charlotte Willaume om nogen passer ind i kategorien skabsforfatter, har hun aldrig for alvor overvejet at kaste sig over det skrevne ord professionelt.

Heller ikke nu, selvom hun medgiver, det har været sjovt at se dagbogsskriblerierne på tryk, ledsaget af humoristiske tegninger af *Nathalie Nystad*. Responsen fra forskellige kolleger har også været god:

"Jeg har fået en del positive reaktioner, og det er dejligt. Mange synes, det er skønt med lidt humor i bladet. Jeg har også hørt, at dagbogen er blevet klippet ud og hængt op på toiletterne på nogle operationsgange. Den er endt som lokumslitteratur, og det er jeg meget stolt af!

Jeg tror, mange operationssygeplejersker kan kende en del af sig selv i det, jeg skriver, f.eks. uniformen, der ikke passer og klør, fordi man har det så varmt," siger Charlotte Willaume.

Et lille karriereskifte er det dog blevet til, siden CWs Dagbog ramte *Sygeplejerskens* spalter første gang i august 2006. Jobbet som operationssygeplejerske er

blevet skiftet ud med et job som sygeplejerske på Nuklearmedicinsk afdeling på Næstved Sygehus.

"Jeg tror, mange sygeplejersker løbende overvejer at kvitte faget – vi har meget travlt og rigtig meget ansvar i forhold til de penge, vi tjener osv. Engang imellem bliver det bare for meget for os alle, også mig.

Jeg valgte dog primært at skifte job, fordi jeg i høj grad savnede det sociale samvær med patienterne. Det er der ikke meget af på en operationsgang, her sover de bare," konstaterer Charlotte Willaume og understreger, at hun ellers var tilfreds med det tidligere job på OP – trods ukomfortable uniformer, 2000-watts operationslamper og ikke mindst et kikset møde med en brysk kirurg som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 20/2006.

cso@dssr.dk



LOVISENBERG  
diakonale høgskole

Lovisenberg diakonale høgskole er en privat økumenisk høgskole med virksomhet knyttet til samfunn og kirke. Vi gir utdanning som fører fram til bachelorgrad i sykepleie, og har et bredt tilbud innen videreutdanning og etterutdanning for helsepersonell. Undervisningen ved LDH tar utgangspunkt i kristne verdier og vektlegger omsorg for hele mennesket.

## VIDEREUTDANNING I NYFØDTSYKEPLEIE I NORGE

Lovisenberg diakonale høgskole, sentralt beliggende i Oslo, har opptak av kull 3 for videreutdanning i nyfødtsykepleie høsten 2007. Dette under forutsetning av tilstrekkelig antall søkere.

Målgruppe: Sykepleiere i Norden.

Videreutdanningen gir 60 studiepoeng og er organisert i form av 3 konsentrerte studiesamlinger over 2 semestre. Første teoriblokk er på 10 uker fra studiestart 20.08.07.

Utdanningen er godkjent i NOKUT (Nasjonalt organ for kvalitet i utdanningen) og Lånekassen.

### Opptakskrav:

- Autorisasjon som sykepleier
- 2 års relevant praksis som sykepleier
- Alle interesserte oppfordres til å søke. Forutsetningen for opptak er at arbeidsgiver stiller med praksisplass på en nyfødtafdeling.

Søknadsskjema fås ved henvendelse til:  
Lovisenberg diakonale høgskole  
Tlf. +47 22 35 82 00. Faks +47 22 37 49 34  
E-post: admin@ldh.no

Utfyllende informasjon om studiet og bomuligheter: [http:// www.ldh.no](http://www.ldh.no)

Spørsmål vedrørende utdanningen ta kontakt med:

Høgskolelærer Marianne Solberg  
tlf. +47 22 35 82 11  
marianne.solberg@ldh.no  
Høgskolektor Randi Holmsen  
tlf. +47 22 35 83 76  
randi.holmsen@ldh.no

Søknad sendes  
Lovisenberg diakonale høgskole,  
Lovisenberggt. 15, N-0456 Oslo

**Studieavgift:** 90.000.00 N.kr.  
**Søknadsfrist:** 26.03.07

## SPEJDER SPORT

### Udstyr til eventyr

De originale, bløde træsko, tøfler - eller hvad de nu er. Mange farver til damer og herrer. Vejer kun 140 gram



Nu fast pris

**399,-**

[www.spejdersport.dk](http://www.spejdersport.dk)  
43 55 35 00

# CROCS™

Ny bog af  
**LARS MUHL**

LEMUEL BOOKS

Udkommer 9. marts

**Pris 289,-**

LEMUEL BOOKS

KØBES HOS BOGHANDLEREN OG SIGNERET PÅ [WWW.LEMUELBOOKS.COM](http://WWW.LEMUELBOOKS.COM)



## Send læsernes redaktør ind i minefeltet

**Nærkontakt.** I min kontrakt står: "Læsernes redaktør er forpligtet til at føre en statistik over antallet af henvendelser. Denne statistik bliver offentliggjort i tidsskriftet efter seks måneder og efter 12 måneder."

Nu har jeg kun fungeret siden nytår, men jeg løfter gerne allerede nu sløret for den foreløbige statistik over det, der med god vilje kan kaldes henvendelser fra læserne.

Indtil videre indskrænker de sig til tre: En sms fra en mig ubekendt fynsk sygeplejerske, der i december ønskede mig tillykke med jobbet, en bemærkning fra en mor til en af pigerne i min datters klasse, der havde set mig i sit fagblad, og en e-mail fra en gammel gymnasiekammerat, som er sygeplejerske. Ingen af dem havde noget at klage over.

Både disse tre og de sygeplejersker, som jeg af egen drift har henvendt mig til for at få inspiration og viden, har jeg opfordret til at kontakte mig, hvis de har noget på hjerte om deres fagblad og til at sige det videre til kollegerne.

Men det er altså småt med henvendelserne til læsernes redaktør.

At jeg ikke har fået klager over fejl eller uetisk adfærd, kan udmærket være et sundhedstegn. Men måske er *Sygeplejerskens* læsere bare ikke opmærksomme på, hvilke muligheder en læsernes redaktør giver dem.

Når en læser på webdebatten reagerer på fagredaktør *Evy Ravns* klumme "Sig Fra Sig Frem" (*Sygeplejersken* nr. 1/2007) og kritiserer redaktionen for ikke at have skrevet læserens egen historie om, at hun sagde fra over for omsorgssvigt og dårlig arbejdsmoral på et plejehjem, eller når en sygeplejestuderende undrer sig over "kønne og eksklusivt unge sygeplejersker," der iført "lårkort kittel" befolker siderne i *Sygeplejersken* (læserbrev i *Sygeplejersken* nr. 3/2007), er det sager, der kunne have været taget op med læsernes redaktør.

En læsernes (eller lytternes eller seernes) redaktør er i virkeligheden en ret avanceret, redaktionel mekanisme, som indtil videre kun kendes i tre danske medier: Politiken, Danmarks Radio og *Sygeplejersken*.

At miljøet omkring *Sygeplejersken* skulle være et specielt fredfyldt sted, hvor der ikke er anledning til klager eller kontroverser, nægter jeg at tro.

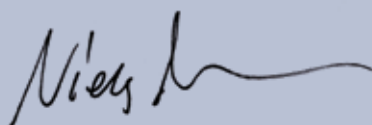
Lad mig minde om, at sundhedssektoren står blandt de øverst prioriterede punkter på danskerens politiske dagsorden i disse år.

Dertil kommer:

- at det økonomiske grundlag for udgivelsen af *Sygeplejersken* ændredes drastisk, da amterne i 2003 stort set holdt op med at annoncere, og forvandlede tidsskriftet fra en overskudsforretning til et kontingentfinansieret fagblad (fik det mon konsekvenser for den journalistiske uafhængighed?).
- at det er mindre end tre år siden, at *Sygeplejerskens* chefredaktør gennem næsten 30 år blev fyret under dramatiske omstændigheder, der angiveligt havde at gøre med journalistik og uafhængighed "samt med forholdet til Dansk Sygeplejeråds kommunikationsstrategi"
- at en del medier har beskæftiget sig kritisk med udgifterne til Dansk Sygeplejeråds nye hovedkvarter ved Københavns Havn og den deraf følgende "ikke billige" afskedigelse af to direktører i 2005 samt med formandens lønniveau og hendes søns adgang til en billig lejlighed via hendes tilknytning til et omstridt forsikringselskab.

Set udefra er der gode grunde til, at *Sygeplejersken* må befinde sig i et politisk og journalistisk minefelt.

Jeg håber, at læsere vil sende mig ind i feltet for at afdække og måske rydde nogle af mineerne. Men jeg har brug for læsernes hjælp til at kortlægge minefeltet. Min adresse, telefonnummer og e-mail står her på siden.




Niels Rohleder. Lærer i journalistik på Kommunikationshøjskolen Vallekilde. 25 års erfaring i journalistfaget, heriblandt 17 år som journalist på dagbladet Information.

### RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

Niels Rohleder  
Højskolevej 11 A  
Vallekilde  
4534 Hørve

Mobil: 6167 0662

niels@vallekilde.dk

## Kvalitet og nærhed

**Skadeklinikker.** Regionerne er i fuld gang med at lægge planer for fremtidens sygehusstruktur. Ikke mindst det akutte beredskab bringer stærke følelser på banen. Øvelsen handler om at finde den rette balance mellem højt specialiserede tilbud og tilbud til patienterne i nærområderne.

Jeg er enig med Sundhedsstyrelsen i, at der skal ske en specialisering af det akutte beredskab. Det er nødvendigt for, at patienterne kan få høj faglig kvalitet i den akutte sygepleje og behandling. Derfor kommer vi til at se et reduceret antal akutmodtagelser, skadestuer og traumecentre, der koncentrerer den faglige ekspertise til bl.a. patienter med store, komplicerede skader.

Men specialiseringen kan ikke stå alene. Der skal også være akutte tilbud i lokalområderne, som patienter med mindre alvorlige sundhedsproblemer kan benytte. Der er ikke fornuft i, at man skal rejse 100 km, hvis man har

**”Hvis man helt fjerner akutte tilbud i lokalområdet, får nogle patienter endog meget langt til et akut sundhedstilbud – og det begrænser den lige adgang til sundhedsvæsenet.”**

forstuvet en ankel, hvis ens barn har fået en perle i næsen, eller hvis man skal have syet en lille flænge.

Derfor anbefaler Dansk Sygeplejeråd, at der bliver etableret skadeklinikker, nærskadestuer el.lign. rundt omkring i landet. Det vil give borgerne den nødvendige adgang til akutte sundhedstilbud. Det er

ikke mindst vigtigt over for særligt udsatte grupper, f.eks. socialt marginaliserede borgere eller enlige forældre med småbørn.

Allerede i dag er der gode erfaringer med skadeklinikker. F.eks. er der i Sønderjylland sygeplejerskebemandede skadeklinikker, som løser en række akutte sundhedsbehov med høj kvalitet. Det afgørende er, at skadeklinikkerne organisatorisk og ledelsesmæssigt knyttes til en akutmodtagelse. På den måde sikres faglig kvalitet, efteruddannelse og lægelig backup. Derfor bør skadeklinikker heller ikke ligge i regi af almen praksis, som Sundhedsstyrelsen har foreslået. Det har en lang række praktiserende læger på det seneste også betakket sig for – bl.a. i Dagens Medicin – fordi deres kapacitet i forvejen er spændt til det yderste.

Der er også gode erfaringer med, at sygeplejerskerne telefoniserer til de akutte sundhedstilbud. Her er bl.a. Århus gået foran.

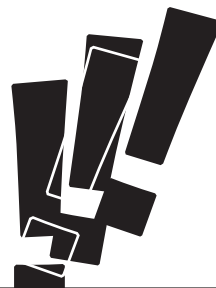
Specialiseringen skal gå hånd i hånd med tryghed og nærhed. Hvis man helt fjerner akutte tilbud i lokalområdet, får nogle patienter endog meget langt til et akut sundhedstilbud – og det begrænser den lige adgang til sundhedsvæsenet.

Fremtidens akutberedskab er derfor ikke et spørgsmål om enten at vælge den højeste faglige kvalitet eller nærhed til borgeren. Det skal være både-og.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand



## Tidstypisk holdning

Af Sussi Hald, sygeplejerske

*Kommentar til synspunktet ”Sygepleje uden nål” i Sygeplejersken nr.2/2007.*

*Morten Mortensens (MM)* synspunkt udtrykker desværre en holdning, der er meget tidstypisk; hvis jeg ikke selv får noget ud af det, hvorfor skal jeg så være med? MM har meldt sig ud af DSR, fordi han ikke synes, fagforeningen har gjort nok for ham. Han oplever en løn, der ikke svarer til kravene til sygeplejerskerne i dag, dårlige arbejdsforhold med travlhed, stress og hårde treholdsskift.

Kære MM, det hjælper altså ikke noget at melde sig ud af fagforeningen. Tværtimod. Hvis du vil have bedre løn og arbejdsforhold, så må du selv være med til at gøre noget i stedet for at læne dig tilbage og lade andre gøre arbejdet for dig. Du kunne f.eks. blive tillidsrepræsentant, sikkerhedsrepræsentant, stille op til den lokale bestyrelse af DSR, blive faglig sekretær, leder, lokal politiker, ja mulighederne er mange. Den eneste mulighed, der ikke fører til noget, er at give op!

*Sussi Hald er primærsygeplejerske og tillidsrepræsentant i Tjele Kommune samt amtsbestyrelsesmedlem i Viborg amtskreds.*

**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*



**”Politiker, lad være med at kloge dig på, hvilke behandlinger det er klogt at tilbyde hvilke patienter ... gav vi los og lod alle godkendte lægemidler få tilskud, ville bunden af de offentlige kasser ryge helt ud.”**

*Charlotte Fischer, radikal sundhedsordfører i Politiken.*

## Hvad forestiller næstformanden sig?

Af Bettina Schostack, sygeplejerske

*Kommentar til artiklerne om barns første sygedag i Sygeplejersken nr. 3/2007.*

Ordningen med barnets første sygedag er ikke sat i søen med det formål at give personalet en ekstra fridag, men for at give forældre en rimelig mulighed for at få barnet passet. Hvis man som leder spørger en medarbejder, om der er mulighed for, at vedkommende kan komme i en aftenvagt i stedet for, så er det jo ikke nødvendigvis gjort i ren ondskab, men måske i et fortvivlet forsøg på at få enderne til at nå sammen.

Jeg finder personligt ingen fornøjelse i at ringe kollegaer op på fridage, at bede folk om at blive på et par timers overarbejde eller for den sags skyld at spørge kollegaen, om hun kan komme om aftenen, når faderen til barnet er kommet hjem fra arbejde.

Hvad forestiller Dorte Steenberg sig egentlig, at man som ansvarlig leder og sygeplejerske skal gøre, når man har fire sygemeldinger, en, der holder omsorgsdag, og en, der har et sygt barn – og der i øvrigt ligger 33 patienter i 28 senge?

Hvem er det mest synd for? Er det mest synd for den sygeplejerske, som bliver ringet op på sin fridag, og som i øvrigt kan sige nej til at komme, for modsat hvad Dorte Steenberg åbenbart tror, så kan vi trods alt ikke ringe hjem til folk og pålægge dem at komme. Er det mest synd for den sygeplejerske, som bliver bedt om at komme i aftenvagt, når far kommer hjem til det syge barn, eller er det mest synd for de fire sygeplejersker, der er tilbage til at passe de 33 akutte medicinske patienter? Endelig kunne man også forestille sig, at det kunne blive synd for de 33 patienter.

Dorte Steenberg mener ikke, at det er for svarligt, at en sygeplejerske skal komme på aftenvagt, når hun har passet sit syge barn derhjemme hele dagen.

Hvordan har hun det så med sygeplejersken fra vikarbureauet, der arbejder 15 nætter i træk, sygeplejersken, der tager en vikarvagt efter sin almindelige dagvagt, eller sygeplejersken, der er nødt til at blive i en dobbeltvagt, fordi der ellers ikke er nogen sygeplejersker til at passe patienterne?

Tilsyneladende lader alle problemerne sig løse, hvis blot lederen skaber et godt arbejdsmiljø.

Det er da dejligt, hvis Dorte Steenberg har fundet de vises sten, så lad dette være en opfordring til hende: Jeg synes, det vil være pragtfuldt, hvis du kommer og leder min afdeling og skaber et godt arbejdsmiljø, så vi alle kan slå os på lårene af grin over at komme på arbejde.

*Bettina Schostack er afdelingsansvarlig sygeplejerske på Kardiologisk klinik, Nordsjællands Hospital, Hillerød.*

## Svar

Af Dorte Steenberg, 2.-næstformand

Sygeplejersker har – som alle andre på arbejdsmarkedet – ret til at få beskyttet deres familie- og privatliv. Derfor synes jeg, det er vigtigt at holde fast i overenskomstens formulering om, at sygeplejersker kan få fri til at passe et sygt barn på den første sygedag, og at det er uheldigt, hvis der er en tendens til, at den mulighed bliver forringet i de her år.

Jeg er fuldt klar over, at ledende sygeplejersker ofte står i en meget vanskelig situation, når de skal få patienternes behov for sygepleje til at harmonere med de (manglende) personaleresourcer. Og der er ikke nogen let løsning på problemet: Der skal uddannes flere sygeplejersker, arbejdsmiljøet skal forbedres, den økonomiske skrue på sundhedsvæsenet skal løsnes osv.

Men jeg synes ikke, det er en holdbar løsning at presse den enkelte sygeplejerske yderligere. Det går både ud over hende, kollegerne og patienterne. Derfor vil Dansk Sygeplejeråd afdække området nærmere og på den baggrund forsøge at finde nogle langtidsholdbare løsninger. Det vil vi selvfølgelig samarbejde med de ledende sygeplejersker om.

Hvis vi skal ændre på arbejdsforholdene for sygeplejersker i basisstillinger og ledere, er det en forudsætning, at vi drøfter virkeligheden, som den er. Derfor er det godt, at emnet fylder i *Sygeplejerskens* debatpalter.

Jeg vil i øvrigt gerne tage imod tilbuddet om at besøge din afdeling og andre arbejdspladser rundt omkring i landet, så vi kan få en dialog om, hvordan vi skaber et bedre sundhedsvæsen for sygeplejerskerne og patienterne.



Albatros

Kursus i

## Dynamisk coaching for ledere

Udvid ledelseskompetencerne  
Skab resultater  
og udvikling  
med coachingens  
virkosomme muligheder

[www.alba-tros.dk](http://www.alba-tros.dk)

Tlf: 86 18 57 55 [info@alba-tros.dk](mailto:info@alba-tros.dk)

Organisation • Ledelse • Samarbejde • Supervision • Coaching

## Har du lyst til at blive selvstændig?

Salg af Colon Klinikken i Odense.

Colon Klinikken i Odense er en nyetableret klinik, 01.09.2006.

Den er beliggende i lejede lokaler, i Rosengård Centeret.

Der er 2 helt ny indrettede behandlerum. Hvor der er mulighed for at evt. 2 sygeplejersker køber det sammen, eller at der kan ansættes en sygeplejerske, ud over ejer selv.

Maskiner og øvrigt inventar er helt nyt. Til hver behandlerum er et stort toilet.

Der er vaskerum/omklædning, stort fælles køkken og stort fælles venteværelse med Bailine Klinikken (slanke klinik)

Colon Klinikken er en del af en Franchisekæde, som har klinikker fordelt over hele Danmark.

Læs på vores hjemmeside om konceptet: [www.colonklinikken.dk](http://www.colonklinikken.dk)

For nærmere information, kontakt til indehaver Mette Bang på 25 61 12 91 eller på [mette@colonklinikken.dk](mailto:mette@colonklinikken.dk)



Colon Klinikken

HELHED BAG HELBRED



## Irriterende modelfotos

Af Hanne Thygesen, sundhedsplejerske

*Kommentar til forsiden af Sygeplejersken nr. 3/2007.*

Kan det ikke snart være slut med disse irriterende modelfotos på både forsiden af *Sygeplejersken* og inde i bladet. F.eks. sidste eksemplar med en model af en nuttet sygeplejerske med et termometer i munden og med et udtryk som et toårs barn med en sut.

Vi havde også for en tid siden som illustration til en artikel om mænds reaktion på sygdom en fjollet mandsmode, også med denne påtagne barnlige attitude. Det var rædselsfuldt.

*Sygeplejersken* er et fagblad og bør ikke ligne en dum tv-reklame.

Redaktionen synes sikkert, at de fjollede billeder er en fornyelse, og vil formentlig svare, at man bruger et anerkendt reklamebureau. Spar pengene og find relevante fotos eller få udarbejdet en bestandig forside, som passer til et fagblad, og af et firma med bedre smag. Kunne man forestille sig *Ugeskrift for Læger*, hvor et par doktormænd fjolde rundt på forsiden. Nej vel?

*Hanne Thygesen er pensioneret sundhedsplejerske.*

## Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Vi bruger ikke et reklamebureau til at tage billeder til vores forsider eller til billeder i bladet i det hele taget. Vi bruger de samme pressefotografer som altid, og de arbejder ud fra redaktionens retningslinjer. Mange

har i øvrigt taget billeder til *Sygeplejersken* i flere år.

Stilen på forsiden kan selvfølgelig diskuteres. Vi har ønsket at få en klarere linje og friskere forsider med mere appel. Når vi ofte bruger modeller i stedet for sygeplejersker på forsiderne, er det dels af praktiske, dels af etiske hensyn. Det er vores erfaring, at det kan være problematisk for sygeplejersker at stå frem med billede på *Sygeplejerskens* forside og blive tilknyttet en eventuel kritisk historie.

Om vores forsider falder i alles smag eller ej, er selvfølgelig noget, vi undersøger løbende.

## Ingen nemme løsninger

Af Sussi Caroline Hansen, sygeplejelærer

*Kommentar til artiklerne om Grønland i Sygeplejersken nr. 3/2007.*

*Sygeplejersken* bringer atter et omfattende tema om Grønland, med artikler, der behandler mange forskellige emner, som er interessant læsning. Enkelte kommentarer føler jeg dog trang til at bidrage med.

Sygeplejerskemangel i Grønland såvel som Danmark er desværre ikke noget nyt fænomen.

I Grønland blev det rigtig alvorligt, da man for år tilbage ændrede overenskomsten mht. en årlig betalt feriefrirejse og betalt hjemrejse efter to års ansættelse.

Nu hedder det tre års ansættelse, og frirejsen er erstattet af en feriefond.

Det åbnede muligheder for vikarbureauerne i Danmark, som siden har været medvirkende til at rekruttere sygeplejersker, men også til at udhule budgetterne.

*Grete Christensens* forslag til Hjemmestyret om prioritering vækker næppe genklang. Sygeplejersker er ikke den eneste manglevare i Grønland. Mekanismerne er velkendte – andre faggrupper har også behov for opmærksomhed. Der eksisterer ingen nemme løsninger!

På trods af disse vanskeligheder har man i Grønland alligevel formået at udvikle sygeplejen, bl.a. ved at udbyde kurser og ved løbende opkvalificering af personalet, ligesom man forsøger med andre personalegoder som lokale foreninger, der arrangerer ture i Grønlands pragtfulde natur – enten til søs eller i fjeldet.

Ved Center for Sundhedsuddannelser uddanner man sygeplejersker, sundhedsassistenter og sundhedshjælpere. Derudover har Sundhedscenteret en aktiv kursusafdeling til glæde for alle i sundhedsvæsenet. Målet er at få så mange grønlandske sygeplejersker som muligt uddannet. Som det fremgår af artiklen, har man nu uddannet 64 sygeplejersker.

Med et befolkningsunderlag på ca. 55.000 mennesker sættes der naturlige grænser. Men interessen og ambitionerne er til stede som vigtige forudsætninger. På centeret udrettes der en imponerende og dygtig indsats, ligesom man i praktikken til stadighed og på trods af evigt personaleskift – og -mangel – arbejder målrettet for en bedre sygepleje.

Kontinuitet i ansættelserne vil naturligvis være en styrke på alle planer. For danske sygeplejersker ville det blive en anderledes givende oplevelse at følge livet og tilværelsen i Grønland, både fagligt og menneskeligt.

*Sussi Caroline Hansen er pensioneret sygeplejelærer.*

Hvad mener du?  
www.sygeplejersken.dk

**Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:**

Er det et problem, at der er så få mænd i sygeplejen?

Læs artiklerne side 12-16 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

**Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 2/2007:**

Har du fået mere administrativt arbejde med den elektroniske patientjournal?

Svar	antal	pct.
Ja	137	56,8
Nej	59	24,5
Ved ikke	45	18,7
<b>Total</b>	<b>241</b>	<b>100,0</b>

Sygeplejerskens quickpoll-undersøgelser er et hurtigt tjek på læsernes holdninger. De er hverken repræsentative eller videnskabelige. Alle, som besøger vores hjemmeside, kan stemme.





Jørn Thomasen

## Patientforening eller fagforening?

**Boomerangeffekt.** Det enkelte DSR-medlem må aldrig være i tvivl om, at DSR er en fagforening, der primært tager sig af sygeplejerskernes løn og arbejdsvilkår.

Jeg arbejder i et fag, hvor jeg mere end én gang har oplevet en kollega græde. Græder de pågældende over de oplevelser, de får i plejen af alvorligt syge og døende patienter? Nej, men de arbejdsvilkår, hvorunder vi udfører vores fag, er sommetider til at græde over.

Det enkelte medlem kan så spørge sig selv: Hvor er Dansk Sygeplejeråd (DSR)? Vil de støtte mig?

DSR har valgt en kommunikationsstrategi, der går ud på at skubbe patienternes dårlige oplevelser med sundhedsvæsenet frem i lyset. Jeg tror, at jeg har forstået rationalet bag strategien.

Det er blevet forbudt at klynke, og ingen gider bekymre sig om grædende sygeplejersker, men en historie om manglende bad til *Fru Hansen* under en 14 dages indlæggelse er meget spændende for medierne.

DSR tror, at resultatet på sigt vil blive flere ressourcer til sundhedsvæsenet. De ressourcer vil i sidste ende give bedre behandling og pleje af patienterne – og dermed bedre arbejdsvilkår for sygeplejerskerne. En lang vej efter min mening.

Virker strategien, og får vi bedre arbejdsvilkår? Eller mødes sygeplejerskerne som resultat af historierne bare af fornyede krav om dokumentation og effektivitet i plejen af patienterne?

Dokumentation, der tager tid, og tid, der går fra plejen.

En anden bagside ved strategien er, at det enkelte DSR-medlem kan blive i tvivl, om fagforeningen er der for dem, når det brænder på.

Man kan jo med rette tro, at DSR er for travlt optaget af at tage sig af sundhedspolitik og patienternes ve og vel.

Men det kan jo også være, at strategien beror på et oprigtigt ønske om, at patienternes pleje og behandling er det vigtigste indsatsområde for vores fagforening.

Her er jeg bare uenig. Og jeg finder faktisk støtte i DSRs formålsparagraf, som siger, at DSR primært skal tage sig af sygeplejerskernes løn og arbejdsvilkår.

At vi tager patienternes parti i den offentlige debat som fagforening uanset bevæggrundene herfor, kan ramme os i nakken som en boomerang.

Hvis DSR og sygeplejerskerne på et tidspunkt måtte sige stop over for arbejdsgiverne og evt. konflikte, hvor er så vores gode meninger om patienternes ve og vel henne?

Skal vi gå i konflikt? Nej vel, det er jo synd for patienterne!

Dette indlæg må ikke tolkes, som om jeg ikke ser patienterne som det vigtigste i mit fag som sygeplejerske – tværtimod.

Mine kollegaer og jeg arbejder enden ud af bukserne hver eneste arbejdsdag for vores patienter. At varetage plejen af patienterne er noget, vi holder af og er stolte af at udføre.

Indlægget skal tolkes som, at det enkelte DSR-medlem aldrig må være i tvivl om, at DSR er en fagforening, der primært tager sig af sygeplejerskernes løn og arbejdsvilkår, og ikke en sundhedspolitisk patientorganisation. Det vil sige: mere fagforening, mindre patientforening, tak!

*Jørn Thomasen er lokal tillidsrepræsentant, amtsbestyrelsesmedlem i Hovedstadens amtskreds og ansat på Kirurgisk sengeafdeling, Bispebjerg Hospital.*



## Grunduddannelse i Kognitive behandlingsformer

14 dages grunduddannelse i kognitive behandlingsformer for tværfagligt personale.

Datoer: 27/8 07 – 29/1 08.

Sidste tilmeldingsfrist: 1. juni 07

Pris: 14.800 incl. forplejning.

Sted: Fisketorvet 4-6, 10. Odense.

## Videreuddannelse, niveau 2, i Kognitive behandlingsformer

14 dages videreuddannelse i kognitive behandlingsformer for tværfagligt personale, som i forvejen har et vist kendskab til Kognitiv behandling.

Datoer: 3/9 07 – 25/4 08.

Sidste tilmeldingsfrist: 1. juni 07

Pris: 14.000 incl. forplejning.

Sted: Fisketorvet 4-6, 10. Odense.

## Mindfulness for tværfagligt personale

4 dages kursus i Kognitiv Mindfulness Meditation (MBKT), et alternativ / supplement til samtalebehandling og medicinering – en af de nyeste evidensbaserede metoder inden for den kognitive tradition. En form for opmærksomhedstræning, hvor man opøver evnen til at være tilstede i nuet. MBKT anvendes ifht. forskellige lidelse som kroniske smerter, stress, angst og depression.

Datoer: 18/6 – 19/6 07 (internat) + 23/8 og 20/9 07. Pris: 6.490 kr. incl. forplejning.

For **tilmelding** og yderligere oplysninger af kursusindhold se: [www.kognitivcenterfyn.dk](http://www.kognitivcenterfyn.dk) eller kontakt **Lene Iversen**, cand.psych og specialist i psykoterapi på 2927 0309, e-mail: [bhli@post9.tele.dk](mailto:bhli@post9.tele.dk)

## in memoriam

### Jette Schjørring-Thyssen

Det var med dyb sorg, at vi modtog meddelelsen om klinisk vejleder *Jette Schjørring-Thyssens* død den 17. januar 2007 efter flere års sygdom. Jette blev ansat som sygeplejerske med klinisk specialistfunktion i Geriatrisk Klinik på Bispebjerg Hospital i 1997 og blev klinisk vejleder her i 2000.

Studerende og elever var hendes hjertesag, og hun formidlede sin egen høje standard for sygeplejen, uddannelse og udvikling videre til dem. Hun tænkte altid på, hvorledes studerende og elever kunne få den bedste uddannelse, når de var i praktik i klinikken. Hun arbejdede for, at de skulle opleve at være i en klinik, hvor studiemiljøet var levende og inspirerende. De kunne altid regne med at blive hørt og set. Selv i den sidste tid var Jette optaget af dem og ringede ofte ind for at sikre sig, at de klarede sig godt, og at vi tog os godt af dem.

Jette var som sygeplejerske altid på patienternes side. Hun havde en høj standard for sygeplejen, og hun argumenterede altid godt for den. Hun havde en fantastisk åben og imødekomende adfærd over for såvel patienter og pårørende som personalet. Man gik aldrig forgæves til Jette.

Som kollega var Jette åben, imødekomende og hjælpsom. Hun var altid i godt humør, selv når sygdommen gik hende imod. Jette havde en forunderlig evne til at kommentere tingene, så det altid blev morsomt. Hun var energisk som få, både i handling, tanker og sprog. Det var aldrig kedeligt at være sammen med Jette.

Vi savner hende meget, og ofte venter vi på, at hun skal komme småløbende og komme med en hurtig bemærkning eller et opmuntrende udsagn. Det har været et stort privilegium at kende og arbejde sammen med Jette – hun gjorde en forskel.

*På vegne af personalet i Geriatrisk Klinik G, Bispebjerg Hospital, Irene Schmidt og Lene Dam.*

►► **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 højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen. In memoriam sendes til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

### Lone Hallestad Wennike

Vi har mistet en vellidt og kær kollega. *Lone* har været her på Skadestuen, Herlev Hospital, siden den 1. maj 1984.

For godt et år siden blev Lone pludselig alvorlig syg. Trods den svære sygdom og det til tider hårde behandlingsforløb bevarede hun optimismen og var aktiv på afdelingen til det sidste. Dette var bare et af kendetegnene ved Lone, at være meget ansvarsfuld og pligtopfyldende. Lone var glad for sit arbejde og har i mange år været en af de faste støttepæle på skadestuen med sin store viden og erfaring. Hun var engageret og fagligt meget dygtig og bidrog altid, hvor hun kunne. Hun søgte altid viden og løsninger af høj kvalitet og delte det gerne med andre på sin egen rolige måde.

Hun var meget social, elskede fester, kulturelle oplevelser og andre sjove arrangementer, vi kunne finde på at lave sammen.

Hun viste altid både patienter og kollegaer stor omsorg. Lone elskede sin familie, og vi ved, at for hende betød det meget, at hendes mand, børn og hende selv var tæt på hinanden. Vi var glade for at deltage i den fine og bevægende bisættelse i Christianskirken. Vores tanker går til *Poul, Kasper og Dina*.

Lone, vi vil savne dig.

*Personalet, Herlev Skadestue.*

## navne



Mette Andersen og Gorm Greisen.

## Pris for indsats til for tidligt fødte

Oversygeplejerske *Mette Andersen* fra Rigshospitalets neonatalafdeling har sammen med klinikchef *Gorm Greisen* modtaget prisen Årets Nytårsgave 2007 på 30.000 kr., som uddeles af fonden "En god start i livet". De to får prisen for deres særlige fokus på samspillet med forældrene om pleje og behandling.

(sbk)



## 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](http://www.dsr.dk), eller send en e-mail til [synergi@dsr.dk](mailto:synergi@dsr.dk), og bliv opdateret med seneste nyt.



## Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., fagredaktør [jb@dsr.dk](mailto:jb@dsr.dk)  
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc., fagredaktør [er@dsr.dk](mailto:er@dsr.dk)

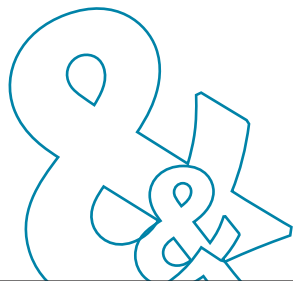
I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

# faglige artikler

## På [www.sygeplejersken.dk](http://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



## Livet med arthritis – patienternes oplevelser

Headland M. Using a website containing patient's narratives to understand people's experiences of living with arthritis. *Journal of Orthopaedic Nursing*. 2006;10:106-112.

Formål: At undersøge erfaringer med at leve et liv med arthritis hos mennesker med denne sygdom.

Metode: Undersøgelsen er gennemført i England. Patienthistorierne, der var grundlaget for denne undersøgelse, kom fra en web-side oprettet af BBC. På denne web-side kunne mennesker med arthritis tilkendegive, hvordan livet opleves, når man har denne sygdom. Materialet opstod

således, fordi mennesker havde et behov for at udtrykke sig om dette emne, og ikke fordi personerne blev opsøgt af en interviewer. Der indgik historier fra 18 mennesker. Der blev foretaget tematisk analyse af materialet.

Resultat: Respondenterne har benyttet sig af forskellige psykologiske og adfærdsmæssige mekanismer for at kunne håndtere de nødvendige ændringer, de har måttet foretage for at tilpasse sig deres nye situation. Der var meget forskellige opfattelser af kontakten med sundhedspersonalet, bl.a. personalets holdning over for patienterne og betydningen af tiden, fra

mistanken opstår, til den endelige diagnose foreligger. Sygdommen havde også store sociale konsekvenser for personerne.

Bemærkninger: Det er en utraditionel måde, data er indsamlet på, men det gør jo ikke undersøgelsen mindre interessant eller lødig. Der er mange kilder til information om patienternes oplevelser af sygdom, måske er det kun vores fantasi, der sætter grænser for, hvor man skal og kan finde brugbare informationer.

Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
pu.pedersen@get2net.dk

## Pårørendes opfattelse af kvalitet i plejen på plejehjem

Voitilsenen P, Backman K, Isota A, Laukka-la M. Family members' perceptions of the quality of long-term care. *Clinical Nursing Research*. 2006;15:135-149.

Formålet: At undersøge sammenhængen mellem familiemedlemmers opfattelse af plejekvalitet i forhold til et ældre familiemedlem, demografiske forhold og involvering i plejen.

Metode: Denne finske undersøgelse blev foretaget blandt pårørende til beboere på fire plejehjem. Der blev udleveret 579 strukturerede spørgeskemaer. Der blev returneret 474 skemaer (81,9 pct.). De

pårørende var hovedsageligt kvinder (70 pct.) med en gennemsnitsalder på lidt under 60 år. Data er behandlet statistisk ved hjælp af deskriptiv statistik, korrelationsanalyser og regressionsanalyse.

Resultater: Plejekvaliteten blev generelt positivt bedømt. Der blev fundet en sammenhæng mellem alder, besøghyppighed, uddannelse og vurdering af plejekvaliteten. Der var en stærk sammenhæng mellem involvering i plejen og opfattelsen af plejekvalitet, idet information og støtte fra personalet og mulighed for at deltage i beslutninger var associeret med en vurdering af høj plejekvalitet.

Bemærkninger: Set i lyset af den kritik, der har været af forhold på nogle plejehjem og på baggrund af resultaterne fra denne og andre undersøgelser, vil det nok være anbefalelsesværdigt, at der i primærsektor udformes politikker og undervisning af personale omkring involvering af pårørende i plejen af ældre familiemedlemmer. Artiklen kan eventuelt benyttes som diskussionsgrundlag, da den ud over resultaterne også indeholder et afsnit om forskning på området.

Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
pu.pedersen@get2net.dk

## Sundhedsadfærd hos kvinder uden iskæmisk hjertelidelse

Thanavaro JL, Moore SM, Anthony M, Narsage G, Delicath T. Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research*. 2006;19:149-55.

Formål: At vurdere sundhedsadfærd og de bedste prediktorer for sundhedsadfærd hos kvinder uden tidligere iskæmisk hjertelidelse.

Metode: I denne amerikanske spørgeskemaundersøgelse deltog kvinder i alderen 35-60 år. I alt blev 147 kvinder inviteret til at deltage. De blev rekrutteret fra lægepraksis. 119 kvinder (83 pct.) udfyld-

te de udleverede spørgeskemaer. Spørgeskemaerne, der blev benyttet, var alle velafprøvede og gennemtestede. Data er alle opgjort statistisk bl.a. ved brug af regressionsanalyse.

Resultater: Kvinderne havde ikke en adfærd, der tydede på systematisk fremme af egen sundhed. Regressionsanalysen viste, at sundhedsfremmeadfærd især blev praktiseret af kvinder, der kun opfattede få barrierer for at praktisere sundhedsadfærd, havde bedre viden om iskæmisk hjertelidelse, var ikkerygere, og hvor iskæmisk hjertelidelse ikke var familiært betinget.

Bemærkninger: Artiklen er spændende, fordi den afdækker, at disse kvinder uden iskæmisk hjertelidelse ikke systematisk har en adfærd, der forebygger udvikling af iskæmisk hjertelidelse. Mon disse forhold også gør sig gældende blandt danske kvinder?

I artiklen gennemgås en række instrumenter, som med fordel kan benyttes ved undersøgelse af forhold relateret til sundhedsadfærd og iskæmisk hjertelidelse.

Af Preben U. Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,  
pu.pedersen@get2net.dk



# Kontaktsygepleje – stærk, men sårbar

Af Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc.

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for kontaktsygepleje. Hovedbudskabet er, at sygeplejerskers erfaringer med kontaktsygepleje helt overvejende er positive, men at organiseringen også rummer store udfordringer. Artiklen er baseret på et forskningsprojekt om kontaktsygepleje i 1997.

I Danmark har organiseringen af sygeplejen siden 1980'erne i stadigt stigende grad omfattet forskellige former for kontaktsygeplejeordninger. De organisatoriske og ideologiske rødder er hentet enten fra "Primary Nursing" eller "Case Management by Nurses," udviklet i USA. Hovedideologien er helhedssygepleje inden for en organisering, hvor én sygeplejerske påtager sig ansvaret for en mindre gruppe patienter over tid.

Inden for dansk sygepleje har kontaktsygepleje inspireret af "Primary Nursing" været mere eller mindre rendyrket i forhold til hovedideologien, ligesom benævnelsen har været forskellig: tildelt patientpleje, tillempet kontaktsygepleje, ren primærpleje eller tillempet modulpleje er nogle af eksemplerne. Sygeplejersken fungerer her som generalist. Hun er patientens nøgle- og kontaktperson med hensyn til at koordinere undersøgelse og behandling og den person, der udfører observation, pleje og omsorg over for patienten og har kontakten til de pårørende. Inden for kontaktsygepleje inspireret af "Case Management by Nurses" fungerer sygeplejersken som specialist. Hun er en klinisk ekspert, koordinator og kontaktperson for patienter, pårørende og relevant behandlerteam for en bestemt patientgruppe, f.eks. organtransplantationspatienter.

Uanset benævnelse og form for kontaktsygeplejen er forventningen forbedrede vilkår for både patienter og sygeplejersker og en optimal udnyttelse af ressourcerne i sygehusvæsenet.

Med henblik på at skabe overblik over, hvilken betydning kontaktsygepleje har for patienter og sygeplejersker samt angive nogle perspektiver på området, udførte jeg i 1997 en undersøgelse (1) af forskellige former for kontaktsygeplejerskeordninger i Danmark. Et vigtigt budskab i undersøgelsen er, at sygeplejersker lokalt ligger inde med en vigtig erfaringsbaseret viden om fordele og ulemper ved kontaktsygepleje, som ikke er systematisk indsamlet og publiceret. I dette perspektiv er undersøgelsens resultater stadig aktuelle.

## Få evalueringer

Undersøgelsen viste bl.a., at antallet af danske evalueringer af kontaktsygepleje var få og ikke viste, om kontaktsygepleje som eneste intervention øger patienttilfredshed, plejekvalitet eller effektivitet målt på liggetid. Trods den manglende dokumenterede effekt var kontaktsygepleje en udbredt måde at organisere sygeplejen på i Københavnsområdet. Der fandtes mindst én ordning ved 57 (48 pct.) af de i alt 119 undersøgte over- og centerchefsygeplejerskeområder, der repræsenterer et bredt udsnit af kliniske specialer, f.eks. medicin, kirurgi, geriatri, pædiatri og psykiatri. 85 pct. af de kortlagte kontaktsygeplejerskeordninger kunne indplaceres som generalisttyper, 15 pct. som specialisttype.

Kontaktsygeplejerskernes erfaringer med og vurderinger af kontaktsygepleje sammenlignet med en tidligere plejeform, f.eks. gruppepleje, var helt overvejende positive. Den enkelte sygeplejerske opnår en større viden om patienterne, hun får mulighed for at yde helhedssygepleje og at opbygge et tillidsforhold til patient og pårørende, hvilket fremmer fagligheden, arbejdsglæden og arbejdsmotivationen. Organiseringen vurderes dog ikke til at påvirke eksisterende problemer med højt sygefravær og personaleflow.

## Større og anderledes krav

De vigtigste problemer i kontaktsygeplejen er:

1. Der bliver stillet større og anderledes krav til sygeplejerskerne fra både leder, kollegaer, patient og pårørende.
2. En forhenværende gruppetænkning skal fraviges til fordel for individuel refleksion og beslutningstagen, hvilket er vanskeligt især for yngre og uerfarne sygeplejersker.
3. Lange perioder med aften- eller nattevagt.
4. Sygeplejerskerne tager patent på patienterne og intervernerer i læge/patientforholdet.
5. Organiseringen afslører faglig utilstrækkelighed for patienter, kollegaer og tværfaglige samarbejdspartnere, hvilket kan medføre usikkerhed hos den enkelte kontaktsygeplejerske.
6. Der mangler i høj grad støtte og supervisionsmuligheder for kontaktsygeplejerskerne, specielt i relation til alvorligt syge patientgrupper.

I rapporten, der kan rekvireres hos undertegnede, præsenteres desuden fire forskellige danske eksempler på kontaktsygepleje med hensyn til organisering, værdier, arbejdsopgaver, kvalifikationer, vurdering af og erfaringer med ordningen samt barrierer.

Evy Ravn er  
fagredaktør på Sygeplejersken,  
er@dsr.dk

Læs også artiklen "Sådan lykkedes kontaktsygeplejen" side 20.

## Litteratur

1. Ravn E. Kontaktsygeplejerskefunktionen: diskussion af dokumenterede resultater og erfaringer med forskellige former for kontaktsygeplejerskeordninger inden for sygehusvæsenet i Danmark. Kbh.: Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning; 1997.



# Forebyggelse af postoperativ kvalme og opkastning

Af Liselotte Brahe, uddannelsesansvarlig sygeplejerske

► Indlægget henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med patienter, som postoperativt lider af kvalme og opkastning. Det er baseret på interview med ni patienter og på forebyggende brug af en klinisk retningslinje. Hovedbudskabet er, at kvalme og opkastning kan forhindres.

Postoperativ kvalme og opkastning forkortes PONV ud fra det engelske "Postoperative Nausea and Vomiting." Det udløses primært af morfika eller anæstesimidler og forekommer hyppigst de første 48 timer efter operation.

På Thoraxkirurgisk afdeling T, Skejby Sygehus, har et sygeplejefagligt forskningsprojekt om patienter med lungekræft medført, at forebyggelse af PONV er kommet i fokus (1). Ca. 100.000 patienter om året får PONV. Interventionerne står ikke mål med omfanget, og der er ikke tradition for at forebygge PONV trods viden om, at det er muligt. Sygeplejen har hovedsagelig fokus på behandling og lindring, og erfaringsbaseret viden er styrende.

PONV giver anledning til fysisk ubehag og kan medføre komplikationer i form af aspirationspneumoni, sårruptur, immobilisering, ernæringsinsufficiens eller dehydrering, der forlænger restitutionen.

Forebyggelse og behandling af PONV kan forbedres ved screening og medicinsk profylakse til højrisikopatienter. Inddragelse af patientens tidligere erfaringer med PONV kan reducere angsten for og forventningen om kvalme, hvilket mindsker oplevelsen af kvalme.

Screening foretages ud fra et klinisk scoringssystem. Anerkendte og validerede kliniske scoringssystemer som A-score (Apfel), K-score (Koivuran-ta) eller U-score (Ullevål) kan anvendes.

De hyppigste risikofaktorer er transportsyge, at være kvinde mellem 15 og 50 år, anæstesi og brug af opioider. En retrospektiv gennemgang af 69 journaler viser, at en tredjedel af alle patienter får PONV, og blandt højrisikopatienterne får 89 pct. PONV. Patienter screenet i højrisiko har otte gange større risiko for PONV end patienter, der ikke er screenet i højrisiko. Kvinder har over dobbelt så stor risiko som mænd.

Patientoplevelser med PONV er beskrevet ud fra ni kvalitative interview. De viser, at PONV anskues som et kontekstbundet symptom, der kræver forskellige mestringsstrategier. PONV forbindes med ubehag, forlegenhed og afhængighed. Hensynet til omgivelserne er vigtigt for patienterne, der ikke vil være til besvær eller gøre sig uheldigt bemærket. De ønsker ikke at forstyrre medpatienterne eller give personalet ekstra arbejde, men vil

En tredjedel af alle postoperative patienter får PONV, kvalme og opkastning. Risikoen for kvinder er dobbelt så stor sammenlignet med mænd.





gerne leve op til rollen som flink og selvsikkelig patient, så de ikke føler sig anderledes.

Patienterne er tavse om deres symptomer i bestræbelserne på at opnå kontrol over situationen. Det kan medføre fejltolkninger, hvor nogle f.eks. tror, at cancersygdommen er blusset op, andre, at mavesækken er syet sammen under operationen.

Hvis ikke sygeplejerskerne spørger til kvalme, kan de ikke vide, hvordan patienterne har det, og korrigerer deres forestillinger. Tavshed fra personalet er angstprovokerende for patienterne, der føler sig alene. Patienterne forbliver tavse, men udvikler en række u hensigtsmæssige tanke- og handlemønstre, der påvirker deres fysiske og psykiske velbefindende. F.eks. undlader de at spise eller sige til ved smerte af frygt for morfin. Sygeplejerskerne må derfor legalisere PONV som et symptom, der kan undgås eller afhjælpes, hvis situationen opstår.

Med henblik på forbedring af klinisk praksis har vi iværksat en tværfaglig, forebyggende indsats i forhold til PONV med baggrund i en klinisk retningslinje. Samtidig er der udarbejdet standarder og indikatorer med henblik på kvalitetsudvikling. Ved indlæggelsessamtalen screenes patienterne, der udarbejdes en kvalmeanamnese og udleveres en informationspjece. Højrisikopatienter får medicinsk profylakse ved afslutning af det kirurgiske indgreb, og patienterne VAS-scores for kvalme de første 48 timer efter operationen med henblik på åbenhed om problemet samt muligheden for at forebygge PONV.

VAS-skalaen fungerer også som et vurderingsredskab i forhold til effekten af kvalmestillende medicin, hvis PONV forekommer. Overholdelse af reglerne for faste og tørste har også betydning for udvikling af PONV.

*Liselotte Brahe er ansat på  
Afdeling T, hjertekirurgisk afdeling,  
Skejby Sygehus,  
brahetorp@mail1.stofanet.dk*

#### Litteratur

1. Postoperativ kvalme og opkastning, forebyggelse ved identifikation af risikopatienter og inddragelse af patienterfaringer. Skejby Sygehus; 2004.

# Studieenhed giver gode rollemodeller

Af Birthe Stolberg-Rohr Hansen, klinisk sygeplejelærer, master i læreprocesser

►► Indlægget henvender sig til sygeplejersker med interesse for læring i klinikken. Hovedbudskabet er, at etablering af studieenheder giver mere effektiv læring. Indlægget er baseret på en rapport og en evaluering af studieenhed på Geriatrisk afdeling på Odense Universitetshospital.

Personalets kompetencer blev langt mere tilgængelige for de uddannelsessøgende efter indførelse af en studieenhed, viser projekt fra Geriatrisk afdeling på Odense Universitetshospital.

Tidligere blev de uddannelsessøgende ligeligt fordelt i hele sengeafsnittet og tilknyttet rollemodeller (kontaktsygeplejersker) her. At vejlede rollemodellerne og at skulle opnå et dybtgående kendskab til afsnittets 30 geriatriske patienter var en tilbagevendende frustration for den kliniske vejleder. Koordineringen af de uddannelsessøgendes læring var svær, og den kliniske vejleders og rollemodellerne ressourcer og kompetencer kunne ikke anvendes optimalt.

Inspireret af et studiebesøg på Medicinsk afsnit 230 på Centralsygehuset i Nykøbing Falster i 2002, hvor man havde erfaring med, at en studieenhed gav daglig tæt kontakt til de studerende, indførtes en studieenhed i Geriatrisk sengeafsnit G1. Studieenheden er et afgrænset læringsrum, der omfatter 10-12 patienter og altid har 5-8 uddannelsessøgende i dagvagt.

Studieenheden fungerer alle hverdage fra 7-15 hele året og udgør et af de tre team, der er i afsnittet. Enheden fungerer på lige fod med de to øvrige team. Der tages derfor ingen specielle hensyn i forhold til patientklientel, akutte indlæggelser etc. Det faste personale i studieenheden udgøres af en klinisk vejleder, tre sygeplejersker og 2-3 social- og sundhedsassistenter.

#### Evaluering af studieenheden

Et kvalitativt design blev anvendt, og en metode- og kildetriangulering blev valgt for at

validere evalueringen og for at nuancere resultaterne. Data blev indsamlet via transkriberede tekster fra interview med uddannelsessøgende lavet før studieenhedens indførelse, fra skriftlige evalueringer fra de uddannelsessøgende efter studieenhedens indførelse og fra data fra et fokusgruppeinterview med klinisk vejleder og rollemodellerne, som alle havde været i afsnittet både før og efter indførelsen af studieenheden.

#### Lettere at videreføre kompetencerne

Efter studieenhedens indførelse blev de uddannelsessøgende omgivet af langt flere rollemodeller, og de havde en tættere relation til disse. Herved fik de mulighed for at lære af forskellige læremestre. Det blev lettere for rollemodellerne at videreføre deres kompetencer til de uddannelsessøgende. Samtidig blev det nemmere for de uddannelsessøgende at se, hvordan sygeplejen skulle udføres, og gradvis lære at udføre den selv. Da det ikke længere var muligt at flytte de uddannelsessøgende til andre grupper, når der opstod konflikter, blev det vigtigt, at den kliniske vejleder og rollemodellerne kunne håndtere konflikter på en konstruktiv måde.

For rollemodellerne var det psykisk hårdere at være i studieenheden pga. en større koncentration om det faglige samt en større bevidsthed om deres funktion som rollemodel. Det gav dem meget i bagagen.

Til gengæld var det fysisk lettere, fordi der var flere personer om den geriatriske patient. Evalueringsprojektet bragte også andre relevante og spændende læringsmæssige overvejelser frem, som fremgår af rapporten. Denne kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.

*Birthe Stolberg-Rohr Hansen er  
ansat i Medicinsk Center,  
Odense Universitetshospital,  
med tilknytning til Geriatrisk afdeling G,  
birthe.hansen@ouh.fjyns-amt.dk  
tlf. 6541 1588.*

# Evidensbaseret sygepleje

## Kritisk tilgang nødvendig

►► Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for evidensbaseret sygepleje. Den er baseret på et studieophold på Auckland University i New Zealand, som forfatteren har besøgt som en del af sin ph.d.-uddannelse. Artiklens hovedbudskab er, at sygeplejersker skal være kritiske over for evidensbegrebet, som er et værdiladet begreb og et led i en politisk strategi.

Blandt sygeplejersker, sygeplejeforskere og sygeplejeledere hersker der stor uenighed og usikkerhed om, hvad evidensbaseret sygepleje er. Er det videnskab eller praksis? Hvilke værdier er forbundet med kravet om evidens? Og hvordan vil dette krav påvirke den professionelle udvikling af sygepleje i fremtiden?

Denne artikel er et forsøg på at skabe en tiltrængt debat blandt sygeplejersker om evidensbaseret sygeplejes fremtid i Danmark. Med artiklen vil jeg opfordre til, at sygeplejersker på alle niveauer deltager aktivt og kritisk i udviklingen af evidensbaseret sygepleje (se boks 1).

New Zealand er på mange måder førende inden for evidensbaseret sygepleje, da man her arbejder systematisk og målrettet med implementering af evidensbaseret sygepleje i klinisk sygeplejepsiksis (1).

Centre of Evidence Based Nursing, Auckland, er tilknyttet det australske The Joanna Briggs Institute. Institutet er en international forsknings- og udviklingsafdeling med samarbejdende centre inden for det sundhedsfaglige område i mange verdensdele (se boks 2).

I New Zealand er der – ligesom i Danmark – såvel et offentligt som et privat sundhedsvæsen, om end det private er mere omfangsrigt efter flere års liberalisering.

Man kan sige, at New Zealand på mange områder har gennemgået en udvikling, som har fællestræk med udviklingen i det danske samfund. I en diskussion om evidensbaseret sygeplejes fremtid i Danmark kan man derfor hente inspiration fra New Zealand – som et skræmmebillede eller et ideal.

### The Joanna Briggs Institute

Auckland University og City Hospital i New Zealand arbejder med en forståelse af evidens, som den er defineret af The Joanna

Briggs Institute. Institutet er et verdensomspændende netværk, som søger at skabe videnskabeligt baserede, standardiserede arbejdsmetoder for sygeplejersker i store dele af verden.

Hensigten med arbejdsmetoderne er igennem samarbejde med forskere, klinikere og ledere at identificere områder, hvor professionelle inden for sundhedssektoren hyppigst efterspørger evidensbaseret viden med henblik på at kvalitetsforbedre sygeplejen ud fra universelle Best Practice-standarder.

Det er målet at facilitere systematisk review af international forskning og forberede resuméer af Best Practice i særlige hæfter.

Det er også instituttets arbejdsområde at evaluere effekterne af udvalgte Best Practice Information Sheets i forhold til variation, resultater og omkostninger. Institutet vil fremme spred-

►► **BOKS 1. METODE.** Artiklen er baseret på følgende empiriske kilder:

- Et eksemplarisk udvalg af tidsskrifter, der anvendes på Centre of Evidence Based Nursing, Auckland (CEBNA).
- Generelt informationsmateriale fra The Joanna Briggs Institute.
- Uformelle interviews med Dr Bridie Kent, director, Clinical Nursing Research and CEBNA, University of Auckland.
- Observationer ved fire forskningsmøder mellem CEBNA og kliniske sygeplejersker.
- Observation i The Assessment and Planning Unit (i alt 8 timer) af to forskellige sygeplejersker i deres kliniske arbejde, suppleret med uformelle interviews samt observation af dokumentmateriale.

►► **BOKS 2. FAKTA OM THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE.**

The Joanna Briggs Institute blev etableret i 1995 og har hovedkontor på Royal Adelaide Hospital i Australien. Institutet blev dannet i erkendelse af behovet for samarbejde om evaluering af evidens og til transformeringen og anvendelsen af den bedst tilgængelige evidensbaserede viden i sundhedsfaglig praksis.

Institutet samarbejder med New Zealand, USA, Canada, Sydafrika, Skotland, Spanien, Wales, England, Thailand, Taiwan, Hong Kong og Kina. I Sverige er et center på vej.





Joanne Briggs instituttet er et verdensomspændende netværk, som søger at skabe videnskabeligt baserede, standardiserede arbejdsmetoder for sygeplejersker i store dele af verden. Et arbejdsområde er bl.a. at evaluere effekterne af udvalgte Best Practice Information Sheets i forhold til variation, resultater og omkostninger.

ningsstrategier for at sikre, at evidens bliver gjort tilgængelig for sundhedsvæsenets praktikere.

Joanna Briggs Institute hviler altså på en antagelse om, at handlingsstandarder, som viser sig som de mest effektive i eksempelvis Australien, kan beskrives og defineres og herefter implementeres i andre lande. Det er interessant at dykke dybere ned i denne antagelse. Hvad er Best Practice? Og er Best Practice standarder relevante i sygeplejen?

Best Practice dannes ud fra bestemte kriterier:

- Gennemførlighed  
Er en given aktivitet fysisk, kulturelt og økonomisk praktisk eller mulig inden for en given kontekst?
- Hensigtsmæssighed  
I hvilken udstrækning er en aktivitet eller intervention passende og velegnet?
- Meningsfuldhed  
Hvordan relaterer en aktivitet sig til plejesituationen og patientens personlige erfaringer, meninger, værdier, tanker, tro?
- Effektivitet  
I hvilken grad har en intervention, når den anvendes hensigtsmæssigt, den forventede effekt i form af sundhedsmæssige eller økonomiske resultater?

Effektivitet betragtes som det overordnede kriterium. I udarbejdelsen af Best Practice Sheets lægges vægt på, at hæfterne bliver lavet, så de er lette at forstå og anvende for de professionelle. Et eksempel på et hæfte til evidensbaseret praksis til sundhedsprofessionelle er: strategier til at reducere medicinadministrative fejl med reference til ældre (2). The Joanna Briggs Institute har en klinisk informationsdatabase, som indeholder standardiserede resuméer over en række interventioner og aktiviteter, der kan ses på [www.joannabriggs.edu.au](http://www.joannabriggs.edu.au)

Hæfterne, der indeholder Best Practice Information, inkluderer et resumé af den systematiske review og afsluttes med graduerede anbefalinger til praksisfeltet og implikationer for yderligere forskning. Hæfterne indeholder standarder/guidelines i forhold til de kliniske interventioner.

### Implementering af standarder

New Zealand har som nævnt taget Joanna Briggs Institute's evidensbaseret til sig. Den tilfældige sygepleje, som er kulturelt betinget, præget af rutiner og private synspunkter, bør ifølge The Joanna Briggs Institute erstattes af den viden, som bevises som den generelt bedst anvendelige (Best Practice).

The Joanna Briggs Institute, Cochrane Collaboration og andre ►

- lignende globale, internationale institutioner medvirker til, at konstruktionen af sand viden generaliseres og standardiseres. Resultatet er databaser, tjeklister, standarder og procedurer.

Ekspertviden er ikke ekspertens (sygeplejerskens) personlige viden, men tager afsæt i den nyeste generelle viden inden for det relevante område. Randomiserede, kontrollerede forsøg betragtes som den mest sande kilde til evidenskonstruktion, men der er åbenhed for andre typer af evidenskilder.

Selv om der eksisterer undersøgelser, som dokumenterer vellykkede implementeringer af Best Practice, fremgår det, at implementering af Best Practice ikke er uden problemer i New Zealand. Ifølge *Bridie Kent*, der er direktør for CEBNA, Centre for Evidence Based Nursing – Aotearoa, mangler der et link mellem forskning og praksis. At skabe dette link er en af de helt store udfordringer (3).

Problemerne er ikke karakteristiske for New Zealand. Der er problemer mange steder, og flere forskere har interesseret sig for, hvorfor implementeringsprocessen er så vanskelig. *Kate Gerrish* har opstillet en liste over forhindringer i sygeplejerskers daglige arbejde (se boks 3).

I miljøet for evidensbaseret sygepleje er udfordringen at formulere strategier, som gør sygeplejerskerne i stand til at skabe evidensbaseret sygepleje, der bygger på videnskabelige resultater som en del af deres hverdagspraksis (4).

Det er værd at bide mærke i, at der i den newzealandske model ligger en forventning om, at barriererne hos sygeplejerskerne vil kunne afdækkes og elimineres og derved skabe mulighed for forandring. Det er bl.a. sygeplejerskernes holdning, som skal ændres.

I Joanna Briggs' regi er det altså videnskabelige undersøgelser, der danner basis for evidenskonstruktion. Videnskaben bruges til at angive, hvilke midler der mest effektivt kan fremme målsætninger.

### Teknokrati og effektivitet

Grundlaget for evidenskonstruktion og evidensanvendelse på Centre of Evidence Based Nursing, Auckland og City Hospital, Auckland, udgøres af en teknokratisk model, hvor der i evidenskonstruktionen er implicerede mål.

Tendensen er tydelig: En af sygeplejeuddannelserne hører ifølge *Bridie Kent* til under det medicinske og sundhedsfaglige

►► **BOKS 3. TOP 10 OVER FORHINDRINGER** hos sygeplejersker for at implementere nye plejetiltag viser:

- utilstrækkelig tid til at implementere nye ideer
- utilstrækkelige ressourcer (penge eller evner?) til implementering
- sygeplejersker føler ikke, de har tilstrækkelig autoritet til at ændre plejeprocedurer
- statistikker er svære at forstå
- forskningen er vanskelig at forstå
- læger vil ikke samarbejde om implementeringen
- sygeplejersken har ikke tid til at læse forskningsresultater
- andre faggrupper er ikke støttende i en implementering
- sygeplejersker ved ikke, hvilken forskning der er tilgængelig
- relevant forskningslitteratur er ikke tilgængelig (4).

fakultet, hvor de studerende på det første år i vid udstrækning undervises sammen med medicinstuderende. På den måde får de sygeplejestuderende i lighed med de medicinstuderende et naturvidenskabeligt grundlag, som videnskabsteoretisk er baseret på objektivitet og neutralitet.

Sædvanligvis sættes en teknokratisk model i forbindelse med et syn på videnskab som værdifri, men hvor videnskaben kan bruges til at angive, hvilke midler der mest effektivt kan fremme målsætninger. Hvad målsætningerne skal bestå i, er det derimod ikke videnskabens opgave at tage stilling til. Hele tænkningen og processen omkring evidenskonstruktion kommer imidlertid til at udgøre en særlig teknokratisk model, idet evidensen, som den konstrueres på baggrund af en formaliseret, standardiseret og systematisk proces, kommer til at fremstå som den for nuværende mest sande viden om den problematik, den er svaret på, og derfor bliver brugt til at anbefale handlinger for sygeplejersker i praksis.

Evidenskonstruktionens mål om effektivitet bygger på et overordnet postulat: "What counts (matters) is what works" (5). Herved er det en handlings målbare resultater og konsekvenser og ikke en handlings værdier i sig selv, der sættes i fokus. Evidenskonstruktionen er ikke uskyldig.

### Sundhedsvæsenet som forretning

Der har de seneste år været en Labour-regering i New Zealand efter flere år med en liberal regering. Den liberale tænkning sætter stadig sine spor i sundhedsvæsenet. Det newzealandske sundhedsvæsen bliver ifølge *Bridie Kent* drevet som en forretning.

Det centrale er økonomistyringen. Under sundhedsministeriet har der siden 2001 været 21 såkaldte District Health Boards, som hver udgør en slags lokal bestyrelse til forvaltning af offent-

**"Der sker en sammenblanding af en videnskabelig review-proces, som betragtes som objektiv/neutral, og politiske værdier, hvor effektiviteten rummer økonomiske betragtninger med paralleller til et liberalistisk markedsstyringsssystem."**



Det er vigtigt at inddrage samfundspolitiske og økonomiske aspekter i diskussionen af nye tiltag i sygelejen, der har karakter af evidensbaseret. En evidenskonstruktion er ikke en objektiv, neutral vurdering, men er forbundet med værdier, sygeplejersker må forholde sig til.

lige midler. For sygeplejeledelsen på sygehuset er fokus overholdelse af budgetter. City Hospital of Auckland har i 2005 haft et stort overforbrug, og der sidder nu en ministeriel embedsmand, som skal godkende alle økonomiske disponeringer i ledelsen på hospitalet.

Ledelsen er med andre ord sat under administration.

Evidenskonstruktionens fokus på målbar effektivitet i retning af lavt omkostningsniveau og universelle standarder, som kan anvendes til at rationalisere arbejdsgange og øge produktiviteten, skærpes under de politiske omstændigheder.

Det er bemærkelsesværdigt, at den konstruerede evidens fremstår som den entydigt rigtige og objektivt korrekte. Men evidensen konstrueres netop som en teknokratisk model, der forbinder universelle standarder med effektivitet, og som derved ikke er værdifri.

Der sker en sammenblanding af en videnskabelig reviewproces, som betragtes som objektiv/neutral, og politiske værdier, hvor effektiviteten rummer økonomiske betragtninger med paralleller til et liberalistisk markedsstyringssystem. Værdisættet kan illustreres ved at inddrage New Public Management (NPM).

### Evidensbaseret praksis og New Public Management

NPM omfatter en liberalistisk markedsorientering i den offentlige sektor, begrundet i økonomiske ræsonnementer fra nyinstitutionel økonomisk teori.

De sidste 30 års økonomistyringssystemer, som er karakteriseret ved et tælleregime, har skabt sin egen kommercielle, bureaukratiske magtmodel, hvor ledere og administratorer, som behersker styringssystemets logik og vidensressourcer, sætter den politiske dagsorden (6).

Den evidensbaserede sygepleje *kan* sættes i relation til denne dagsorden, hvis hensigt er at skabe kvalitetssikring, effektivisering, produktivitet og ressourcestyring.

Den evidensbaserede sygepleje i Auckland er tydeligt styret af ét overordnet mål: kvalitetsforbedring, som bygger på en teknokratisk forståelse, hvor evidenskonstruktion er forbundet med målet om effektivitet, hvor der er fokus på det, der virker, som et målbart resultat – outcome. Ifølge Busch er NPM netop et udtryk for en strategisk reformbevægelse, som skal være med til at legitimere og effektivisere det offentlige som

følge af det pres, velfærdsstater har været udsat for de sidste 20-30 år (7).

Økonomistyringen er blevet det regime, hvor sandheder om effektivitet konstrueres, hvor strategier udvikles, hvor ressourcer fordeles, hvor faglige udviklingsrum beherskes, hvor viden sættes i system, og hvor magten fordeles (8).

Med et fokus på resultater i den evidensbaserede sygepleje og med effektivitet, som inddrager økonomiske kalkulationer som det overordnede mål, kan der rejses spørgsmål om, hvorvidt NPM er infiltreret i den tænkning, som findes i den evidensbaserede sygepleje, eller om den evidensbaserede sygepleje drejer sig om at legitimere en professionel tilstedeværelse i et økonomisk styret embedsmandsvælde.

### Sygeplejersker og embedsmænd

NPM er med til at illustrere nogle værdier i den beskrevne tilgang til evidensbaseret sygepleje. Sygehusvæsenet er til dels blevet en forretning med kunder og et økonomisk krav om effektiv service.

Som den evidensbaserede sygepleje beskrives aktuelt, sker der en sammensmeltning mellem det faglige aspekt om, hvad der virker, og økonomistyring. Dette perspektiv anvendes af mange aktive sygeplejersker i Auckland, som på forskellige niveauer arbejder for den evidensbaserede sygepleje som den, der er med til at sikre både patienten, organisationen, den professionelle sygepleje, det interdisciplinære samarbejde og samfundet det optimale udbytte.

Men der er ikke nødvendigvis enighed mellem sundhedsvæsenets økonomer/embedsmænd og sygeplejerskerne. I relation til NPM mener jeg, at styrkeforholdet mellem økonomer/embedsmænd og professionelle sygeplejersker, der kæmper en kamp i troen på videnskabens betydning for deres praksis, har betydning for ændringsmuligheden i praksis, fordi evidensbaseret sygeplejepsis forudsætter organisatorisk støtte. Der kan være en organisatorisk interesse i, at sygeplejerskerne ikke bliver fagligt dominerende og stiller krav til organisationen.

Et andet styrkeforhold, der er værd at notere sig, er styrkeforholdet mellem læger og sygeplejersker, idet der er forskningsresultater, som viser, at lægerne ikke vil samarbejde i sygeplejerskernes forsøg på at implementere en systematisk ►



- evidensbaseret praksis, der i sin form har ligheder med lægernes (9).

### Evidensbaseret sygepleje i Danmark i fremtiden

Evidensbaserede nye guidelines eller Best Practice Information Sheets til anvendelse i sygeplejerskens praksis må analyseres i forhold til, hvilke kriterier der har været indlejret i evidens- eller beviskonstruktionen. Som evidensbaseret og Best Practice er analyseret i forhold til den evidensstærkning, der i Auckland bygger på The Joanna Briggs Institute, indeholder Best Practice værdier, som kan forstås i lyset af politiske og økonomiske værdier.

Det behøver ikke i sig selv være negativt. Men når sygeplejersker støder på nye tiltag, der har karakter af evidensbaseret, er det vigtigt, at de er klar over, at evidenskonstruktion ikke er en objektiv, neutral vurdering, men er forbundet med værdier, de bør forholde sig til.

Denne artikel har taget udgangspunkt i empiriske fakta. Igennem en teoretisk analyse har det været min hensigt at skærpe opmærksomheden mod nogle af de sammenhænge, som udarbejdelse og brug af evidensbaseret sygepleje efter min vurdering må relateres til.

Mit ophold i Auckland har skærpet min opmærksomhed mod betydningen af at inddrage samfundspolitiske aspekter, fordi disse ofte tages for givet og ikke diskuteres af sygeplejerskerne.

*Jette Svanholm underviser på SundhedsCVU Nordjylland,  
jette.svanholm@scvun.dk*

### Litteratur

1. Harding T. New strategies in evidence based practice. *Klinisk sygepleje* 2006;3:4-11.
2. Joanna Briggs Institute. Strategies to reduce medication errors with reference to older adults. *Best Practice* 2005;9(4):1-6.
3. Kent B. Plain sailing in the Land of the Long White Cloud. *PACEsetterS. A health care publication supporting The Joanna Briggs Institute Practical Application of Clinical Evidence System* 2005;2:28-31.
4. Gerrish K, Clayton J. Promoting evidence-based practice: an organisational approach. *J Nurs Manag* 2004;12:114-123.

►► **DISKUTÉR.** Spørgsmål til diskussion på næste personale-møde

- Hvordan forholder I jer til evidens på jeres arbejdsplads?
- Hvilke dele af jeres sygeplejepsis er evidensbaseret?
- Er effektivitet målet?
- Hvad er effektivitet i sygeplejepsis?
- Hvordan kan man videreudvikle evidens i jeres afdeling?

Klik dig frem til denne artikel på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) og del dine erfaringer og overvejelser med andre.

5. Rycroft-Malone J. The politics of Evidence- Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing. Linking Evidence to Action* 2005;4:169-171.
6. Klausen KK. New Public Management – en fortolkningsramme for reformer. I *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget 2001;24-31.
7. Busck T et al. Modernisering av offentlig sektor. *New Public Management i praksis*. Oslo:Universitetsforlaget 2001;16.
8. Jarlov S, Melander P. Økonomistyringsdiskursen i staten – opdagelse, kolonisering, opløsning. In: *Modernisering av offentlig sektor*. Oslo: Universitetsforlaget 2001;63-9.
9. Sams, L et al. The Challenge of Using Evidence-Based Practice. *JONA*. Volume 4, No 9;407-114.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Svanholm J. Evidence-based nursing: Critical approach vital. *Sygeplejersken* 2007;(4)38-42.

The article's main message is that evidence-based nursing care and practice are normative activities influenced by socio-political and economic values.

The article describes a qualitative analysis of the evidence-based nursing under development at the Centre of Evidence Based Nursing, Auckland University and City Hospital, Auckland – inspired by The Joanna Briggs Institute. Empirical data is generated from several different sources and organisational and professional-sociological perspectives are established.

The result of the analysis is that evidence-based nursing has efficiency as a built-in goal. In terms of theoretical science, it is close to medical evidence-based thinking. With its built-in efficiency goal it represents a special technocratic understanding. New Public Management can be used to illustrate the value-related content of the concept of evidence-based nursing. Nurses at all levels must participate actively and critically in the development of evidence-based nursing.

Key words: Evidence-based nursing, The Joanna Briggs Institute, efficiency, New Public Management, technocracy.



### Ny rejseafregning med DSA og DSR

Fra og med den ekstraordinære kongres, der løber af stablen den 21.- 22. marts 2007, vil al rejseafregning med DSA og DSR kun kunne foregå via internettet på adressen [www.dsr.dk/rejseafregning](http://www.dsr.dk/rejseafregning). Den traditionelle rejseafregningslønseddél bliver nemlig erstattet med et nyt system, hvor du selv indtaster dine data og indsender udskrift med bilag til DSR eller DSA.

Det vil sige, at hvis du eksempelvis har været på kursus og haft udgifter til kørsel, diæter eller ophold, som Dansk Sygeplejeråd skal refundere, så skal du fremover afregne via [www.dsr.dk/rejseafregning](http://www.dsr.dk/rejseafregning). For at anvende det nye internetbaserede rejseafregningssystem skal du have en pinkode. Den kan du bestille via [www.dsr.dk/rejseafregning](http://www.dsr.dk/rejseafregning).

På Dansk Sygeplejeråds hjemmeside, [www.dsr.dk/rejseafregning](http://www.dsr.dk/rejseafregning) ligger en vejledning i, hvordan systemet virker. Hvis du har nogle spørgsmål, er du velkommen til at kontakte Dansk Sygeplejeråds regnskabsafdeling på telefon 4695 4164.

*Det nye rejseafregningssystem vedrører kun arrangementer afholdt af DSR centralt eller DSA og ikke lokale arrangementer afholdt af amtskredsene.*



### TEMPUR® EN PROFESSIONEL PARTNER

TEMPUR Venepuden er til forbedring af blodcirkulation og til trykkløst af ben og hæle.

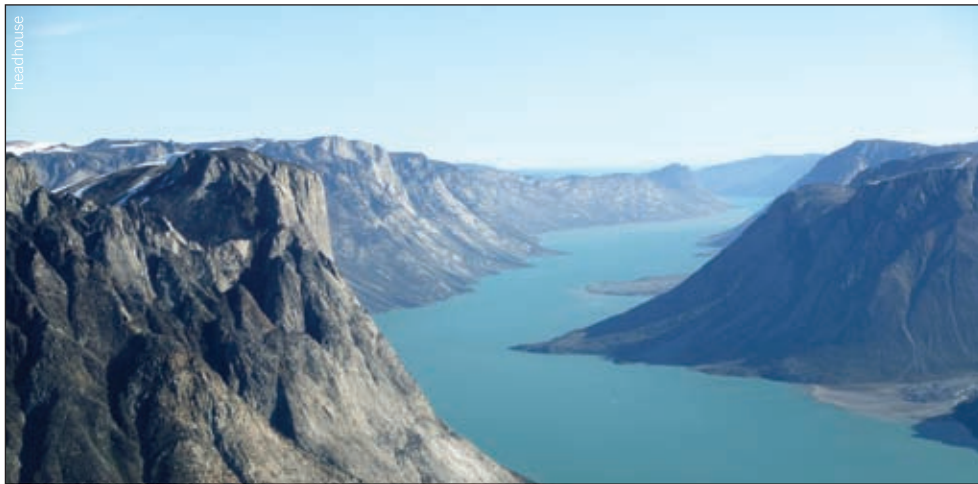
TEMPUR Venepude

Venepuden er specielt velegnet til at aflaste tryk på hæle. Venepuden fås med blødt velour betræk eller med inkontinensbetræk.



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

**TEMPUR Danmark A/S · Holmelund 43 · 5560 Aarup**  
**Tlf.: 63 43 43 69 · [www.tempur.dk](http://www.tempur.dk)**



# Uforglemmeligt

Giv dig selv og din familie en oplevelse der varer hele livet

I Grønland kan du få skiterræn i baghaven og et spændende job med store udfordringer – så tæt på din bolig, at du kan gå på arbejde. Og du kan videreudanne dig og dermed få både faglig og personlig udvikling oven i alle de andre store oplevelser. Du kan også få nye venner og nye rammer for familiens trivsel. Frisk luft. Nærhed og storhed. Måske endda også et andet syn på livet; for hvad skal man egentlig med stress? OK, det er selvfølgelig ikke kun rosenrødt. Der er også en reel fare for, at du får Grønland i blodet og vælger at blive. Eller vende tilbage igen og igen. Vil du se og opleve skønheden? Vil du opleve, at du hver dag er med til at gøre en forskel?

**Se mere om dine karrieremuligheder i Grønland på [www.nextjobgreenland.gl](http://www.nextjobgreenland.gl)**



*Dr. Ingrid's Hospital udgør sammen med Kystledelsen det grønlandske sundhedsvæsen. I alt beskæftiges ca. 1.400 medarbejdere på hhv. Dr. Ingrid's Hospital og på de kysthospitaler, sygeplejestationer og tandklinikker, Kystledelsen driver i det øvrige Grønland. Se mere om dine muligheder på [www.nextjobgreenland.gl](http://www.nextjobgreenland.gl)*

# Sådan etableres en ambulans sygeplejeklinik

► Artiklen henvender sig til sygeplejersker og sygeplejefaglige ledere, der planlægger at etablere en ambulans sygeplejeklinik. Med udgangspunkt i sygeplejeklinikken for unge med medfødt hjertesygdom på Rigshospitalet beskrives det sygeplejefaglige grundlag og etableringsfasen trin for trin.

Etablering af en ambulans sygeplejeklinik for unge med medfødt hjertesygdom i Hjertecentret på Rigshospitalet er en succes på flere måder. De unge gør brug af klinikken. Spørgsmålene er mange og spænder fra "kan jeg egentlig dø af det her?" til "kan du ikke fortælle min mor, at det er o.k., at jeg styrketræner?"

Sygeplejerskerne oplever tilfredshed, fordi de systematisk kan imødekomme et behov for sygepleje, som er videnskabeligt dokumenteret for patientgruppen. Kun få artikler beskriver, hvilke overvejelser man skal gøre sig i forbindelse med etablering af en sygeplejeklinik (1,2). Formålet med denne artikel er at dele ud af den erfaring, vi fik igennem 2004 og 2005 i forbindelse med etablering af en ambulans sygeplejeklinik.

## Sygeplejefagligt idégrundlag

For at forstå, hvad der fik os til at etablere et ambulans sygeplejefagligt tilbud til unge hjertepatienter, er det nødvendigt, at vi gør rede for vores faglige ståsted.

Efter vores opfattelse beskæftiger læger sig hovedsageligt med sygdom, og sygeplejersker beskæftiger sig med det at være syg (3). Det betyder, at sygepleje er rettet mod den betydning, sygdom eller trussel om sygdom har for en patient. Betydningen af sygdom kan være fysiologisk, f.eks. at en patient oplever begrænsning i sin fysiske udfoldelse. Betydningen af sygdom kan også være, at patienten tænker anderledes om sit liv eller har brug for nye handlekompetencer for at leve et hverdagsliv med sin sygdom. Sygepleje er lindrende og rehabiliterende og rettet

mod mestring af patientens aktuelle og/eller kommende livssituation.

Moderne sygepleje skal være rettet mod den fysiske krop og monitorering af dens processer, men også i lige så vid udstrækning mod, hvordan livet med sygdom tackles og leves. Sygepleje er et tilbud om nærvær under sygdom eller trussel om sygdom (4). Den psykiske støtte, at være nærværende gennem forløbet og at bidrage til mestring i en ny livssituation, forudsætter kendskab til de oplevelser, der knytter sig til sygdommen og forløbet. For at opnå den bedst mulige kompetence i sygepleje må sygeplejersker besidde kundskab om patienternes oplevelser med sygdommen (5). Det er patienternes erfaringer som syge og lidende, der bør være fundament for handlemåder, interventioner og procedurer i sygeplejen.


Vi mener med andre ord, at sygeplejersker har en rehabiliterende opgave rettet mod patientens mestring af sygdom og håndtering af hverdagslivet. Det er udgangspunktet for vores opfordring til etablering af flere ambulante sygeplejeklinikker.

Ambulatorievirksomhed har traditionelt været kendetegnet ved et stort antal patienter med kort tid til hver enkelt patient. Nogle patienter besøger et ambulatorium meget sjældent, andre meget ofte. Opgaverne i en sygeplejeklinik er typisk fysiologiske samt rehabiliterende (her forstået som information, støtte og rådgivning) og koordinerende plejeopgaver (1). Flere steder er man blevet opmærksom på, at den traditionelle belærende tilgang til rehabilitering må skiftes ud med en tilgang, hvor patienten selv definerer sundhed og livskvalitet (6).

Man må overveje personalesammensætning og arbejdsdeling i forbindelse med etablering af en sygeplejeklinik. Der er ingen tvivl om, at ambulans klinikarbejde kræver en erfaren sygeplejerske. Ikke alene forudsætter de mange kommunikative opgaver stor specialeerfaring og et godt organisatorisk kendskab til den organisation, man arbejder i, men også psykosociale og relationelle kompetencer er påkrævet. Overvej, om der med fordel kan ►



Af Selina Kikkenborg Berg, sygeplejerske, cand.cur., klinisk udviklingsansvarlig og Pernille Grarup Hertz, sygeplejerske, patientkoordinator, master i kommunikation



Sygeplejen i den ambulante sygeplejeklinik for unge med medfødt hjertesygdom på Rigshospitalet bygger på det grundlag, at sygeplejen er rettet mod den betydning sygdom eller trussel om sygdom har for patienten. Sygeplejerskerne har derved en vigtig rehabiliterende opgave i klinikken, rettet mod den unges mestring af sygdom og håndtering af hverdagslivet.

- rekrutteres en sygeplejerske fra sengeafdelingen til at varetage sygeplejeklinikken f.eks. en eller to dage om ugen. I Hjertemedicinsk klinik valgte ledelsen denne strategi for at opnå kontinuitet i patientforløbene, og for at ambulatoiresygeplejerskerne er holdt ajour med aktuelle pleje- og behandlingstilbud.

### Faser i etableringen

Etablering af en sygeplejeklinik kan forløbe gennem en række systematiske delprocesser. Følgende trin kan benyttes:

#### 1. Definér målgruppen

Det skal klarlægges, hvilket behov eller ønske om forandring, etableringen af klinikken er et svar på. Er det ny viden, der har tydeliggjort et behov? Er der signaler fra patientgruppen, der indikerer et behov? Målgruppen og den umiddelbare baggrund for etablering af klinikken lægges frem. I etableringen kan det være nødvendigt at starte med en afgrænset patientgruppe eller med en afgrænset del af opgaverne. Alligevel er det nyttigt fra start at fremlægge det samlede behov. På den baggrund kan der opnås konsensus om en udviklingsplan.

#### 2. Gennemgang af litteratur

Der er stigende krav til faglig dokumentation af sygeplejen. Det er nødvendigt at søge litteratur, der kan tilføre viden og oplysning om den patientgruppe eller de faglige problemstillinger, man arbejder med. Gældende for alle specialer og alle typer sygeplejeklinik er, at viden om patienternes oplevelser med deres sygdom er essentiel for kvalitet i sygeplejen. Først når vi ved, hvilken betydning et sygdomsforløb kan få for patienterne, og hvilke særlige problemstillinger der knytter sig til forløbet, kan vi imødekomme behov og ønsker på en kvalificeret måde. Litteratursøgning tager flere dage, og det kan tage tid at få kopier af artiklerne hjem. En del tidsskrifter om sygepleje er elektroniske, men mange af de små tidsskrifter er ikke elektronisk tilgængelige, og artikler skal derfor bestilles hjem via bibliotekerne.

Nogle meget anvendte søgemaskiner er Cinahl og Medline. Det er nødvendigt at søge engelsksproget litteratur, idet danske publikationer ikke er dækkende. Man kan typisk benytte søgeord som "patient experience" og f.eks. den sygdom, patientgruppen har, f.eks. "heart disease."

Hvis klinikken fordrer fysiologiske plejepgaver, bør disse også funderes på eksisterende viden, f.eks. viden om kateterpleje, sårpleje o.l.

Den viden, litteraturen bringer frem, indarbejdes i det sygeplejefaglige tilbud i klinikken. En mængde områder er ikke dækkende beskrevet, og her gælder ekspertkonsensus, dvs. at de ledende sygeplejersker, evt. i samarbejde med andre faggrupper, definerer gældende praksis.

### ►► SYGEPLEJEKLINIK FOR UNGE MED HJERTESYGDOM. I

Hjertecenteret åbnede i oktober 2004 et sygeplejeambulatorium for unge med medfødt hjertesygdom. Ambulatoriet tilbyder information, vejledning og psykisk støtte til unge med medfødt hjertesygdom. I ambulatoriet varetager sygeplejerskerne overgangen fra børne- til voksenafdelingen ved at tage en eller flere samtaler med de unge (transitionssamtaler). Her drøftes viden om sygdommen, livsstil og forholdsregler, prævention samt emner, de unge selv bringer op, f.eks. tanker om fremtiden med hjertesygdom eller uenighed med forældre om erhvervsarbejde.

Når Kardiologisk Klinik modtager en henvisning fra børneafdelingen, tilbydes den unge med medfødt hjertesygdom en samtale med en sygeplejerske i ambulatoriet. I 16-årsalderen er den normale løsrivelse og selvstændiggørelse startet, derfor formodes de unge patienter at være parate til at overtage kontrollen med deres sygdom i en eller anden grad.

I indkaldelsen, som for første gang er stilet til den unge selv, bliver forældrene bedt om at blive udenfor for kun at blive lukket ind til sidst i samtalen. Mange unge har nemmere ved at tale om f.eks. prævention, graviditet og alkohol, når forældrene ikke er til stede. Det er et signal til den unge om, at han eller hun nu selv er medansvarlig for livet med sygdommen. Den unge og sygeplejersken kan om nødvendigt aftale en ny tid til opfølgning på samtalen.

Før samtalerne drøfter sygeplejersken patientens helbreds-situation med en læge, så det er helt klart, hvilke forholdsregler den unge skal tage i forhold til komplikationer, fysisk aktivitet, prævention og graviditet. Der er ved hver konsultation plads til, at den unge kan drøfte bekymringer vedrørende livet med sygdommen. Ud over transitionskonsultationer tilbydes konsultationer før operation, for gravide med hjertesygdom samt for arveligt disponerede familier.

Indsamling og læsning af litteratur må forventes at tage minimum 3-6 måneder, afhængigt af, hvor meget tid der kan afsættes. En sygeplejerske, der er uddannet på kandidatniveau, bør medvirke i denne proces.

#### 3. Sygeplejefagligt indhold og tværfagligt samarbejde

På baggrund af litteraturen og den faglige konsensus fra en ekspertgruppe skal det faglige indhold beskrives og begrundes. Det skal afklares, hvad der skal ske ved sygeplejekonsultationerne, og hvilke kompetencer det fordrer af sygeplejerskerne. Der er konkrete beslutninger om, hvem der skal indkaldes, hvor hyppigt og hvad der præcis skal ske. Hvad skal der f.eks. informeres om før en operation? Hvad skal patienten som minimum vide om sin sygdom? Hvordan skal der gives mulighed for, at patienten kan stille spørgsmål og drøfte sine bekymringer? De pårørendes rolle må også medtænkes, hvilken rolle har de under konsultationen?

Sygeplejerskens kompetencer må om nødvendigt opkvalificeres, og det kan være fordelagtigt at være to sygeplejersker i begyndelsen, fordi det giver mulighed for faglige drøftelser.

Det tværfaglige samarbejde må afklares. Hvilke informationer eller opgaver skal deles, og hvordan kan det organiseres. Der skal indgås samarbejdsaftaler.

#### 4. Indkaldelse og bookning

Det skal besluttes, hvordan patienterne henvises. Hvem skal henviser patienterne og ud fra hvilke kriterier? Der skal forfattes et indkaldelsesbrev, som ud over mødedato og tid beskriver, hvad patienten indkaldes til og med hvilket formål. Der skal oprettes et elektronisk bookningssystem. I den forbindelse skal det overvejes, hvor lang tid der skal afsættes til hvert besøg. Husk at medtænke dokumentation, evt. telefontid og organisering i tidsplanen og at efterlade ledige tider i bookningen til opfølgende besøg. Der er brug for sekretærhjælp til indkaldelse, bookning af tider, modtagelse, journalarkivering samt taksering af ydelsen. Alle ambulante ydelser takseres ens, uanset hvilken sundhedsfaglig person der varetager ydelsen.

#### 5. Rum og indretning

De fysiske rammer skal ofres opmærksomhed. Hvor skal klinikken placeres, hvilke dage er der et rum ledigt – er der ventepads og sekretærmotagelse til rådighed? Er rummet et traditionelt undersøgelsesrum, og er det hensigtsmæssigt indrettet til den sygepleje, der skal foregå?

De fysiske rammer skal understøtte praksis, hvilket f.eks. kan betyde, at der skal indkøbes borde og stole til brug ved de rehabiliterende konsultationer.

#### 6. Dokumentation

Sundhedsstyrelsen har udstukket retningslinjer for sygeplejefaglig dokumentation. Disse er ofte udmøntet i lokale retningslinjer og instrukser. Kontakt den lokale dokumentationsansvarlige på hospitalet. Overvej, hvilken rapportering der sikrer den bedste dokumentation og kontinuitet. Måske kan det være en fordel at udarbejde et særligt registreringsark som supplement til notater i den eksisterende journal. Det kan være en fordel at stemple på lægens kontinuitetsark, at patienten er set i sygeplejeklinikken. Dokumentation er vigtig, så plejen ikke bliver privat, og for at patienten sikres.

#### 7. Dataindsamling

Hvis etablering af sygeplejeklinikken er pionerarbejde inden for specialet, er det oplagt at sætte et studie op. Der kan indsamles data om patientgruppen samt om gruppens behov for sygepleje. Det kan f.eks. være registrering af, hvilke emner patienterne søger viden om, eller det kan være registrering af udviklingen af plejeproblemer e.l. Den lokale forskningsansvarlige sygeplejerske kan være behjælpelig med at opsætte sådan et studie. Vær opmærksom på lokale etiske retningslinjer.

#### 8. Prøveforløb og evaluering

Beslut på forhånd et antal forløb, der skal vise, om indhold og

organisering er i orden. Hvis der ikke bookes fuldt program i starten, kan sygeplejerskerne evaluere og foretage faglige drøftelser undervejs. Beslut, hvordan der skal evalueres. Besvar f.eks. følgende spørgsmål:

- Er den afsatte tid hensigtsmæssig?
- Passer konsultationernes indhold til patienternes reelle behov?
- Er der opgaver, sygeplejersken behøver opkvalificering for at løse, eller som bedst løses af andre faggrupper?
- Er der en passende opfølgingsplan?

Det kan være informativt at gå i dialog med patienterne om, hvorvidt de får det ud af besøgene, som de har behov for. Evt. kan der senere udføres en patienttilfredshedsundersøgelse.

*Selina Kikkenborg Berg er ansat på Hjertecenteret, afdeling 2152 på Rigshospitalet, selina@rh.dk*

*Pernille Grarup Hertz er ansat på Rigshospitalet.*

#### Litteratur

1. Schulmeister L. Establishing a Cancer Patient Education System for Ambulatory Patients. *New England Critical Care*. 1991;118-24.
2. Walter MJ, Robinson SH. Nursing Care Delivery Models in Ambulatory Oncology. *Seminars In Oncology Nursing* 1994;10(4):237-44.
3. Nordtved P. Sygepleiens grundlag: historie, fag og etikk. Oslo: Tano Aschehoug; 1998.
4. Parse RR. *The Human Becoming School of Thought – A Perspective for Nurses and Other Health Professionals*. Sage Publications, Inc.1998.
5. Gjengedal E. Pasientopplevelser som grunnlag for kunnskapsutvikling. In: Kirkevold M. Klokskap og kyndighet. Kari Martinsens innflytelse på norsk og dansk sykepleie. Norge: Ad Notam Gyldendal; 1993. p. 109-99.
6. Back Ingelise. Fra forebyggelse til sundhedsfremme. *Nærværende undervisning* 2005;23.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Berg SK, Hertz PG. How to set up a nurses' outpatients clinic. *Sygeplejersken* 2007;(4):44-7.

The article describes how nurses can set up a nurses' outpatients clinic. The object is to meet patients' needs as regards handling and living with their illness. The establishment process can be divided into eight phases. Determination of target group, discussion of the literature, specialist nursing content, interprofessional collaboration, appointments and booking, rooms and layout, documentation, data collection, trials and evaluation.

Key words: Outpatients, nurses' clinic, setting up.



# Når en medarbejder får kræft

► Artiklen henvender sig til ledere og medarbejdere med en kræftsyg kollega. Den er baseret på forfatterens arbejde som konsulent i Kræftens Bekæmpelse. Hovedbudskabet er, at tavsheden over for den syge skal brydes, og at en personalepolitik på området er hjælpsom.

Hvert år rammes over 11.000 danskere i den erhvervsaktive alder af en kræftsygdom. Mange bliver i dag helbredt, og mange lever længere med deres sygdom. Det stiller større og anderledes krav til arbejdsplads, ledelse og kolleger, som kan være i tvivl om, hvordan man forholder sig til en syg kollega.

Det er grundlæggende angstprovokerende at møde et menneske med kræft eller anden livstruende sygdom. "Det kunne lige så godt have været mig, der var blevet ramt af sygdommen," tænker man måske, og døden bliver lige pludselig present og ikke helt uvirkelig.

Jeg har som konsulent i Kræftens Bekæmpelse igennem det sidste års tid været på forskellige arbejdspladser for at rådgive medarbejderne og ledere om, hvordan de skal forholde sig til en kræftsyg kollega. Denne artikel beskriver nogle af de erfaringer, jeg har gjort.

## Kolleger reagerer forskelligt

Når en ansat får kræft, påvirker det kolleger og venner på arbejdspladsen i forskellig grad, alt efter hvor tæt knyttet man er til den syge kollega. Kolleger reagerer forskelligt, men den umiddelbare reaktion vil almindeligvis være chok og en opfattelse af, at det ikke kan være rigtigt.

De almindeligste reaktioner er

- at have medfølelse med den syge medarbejder
- at være bekymret for den syge
- at føle angst for selv at blive ramt af kræft
- at forsøge at skabe afstand til den syge og til kræftsygdommen
- at fornægte, hvor alvorlig sygdommen er
- at gøre den syge medarbejders situation til tabu, dvs. til noget, man ikke taler om
- at føle usikkerhed med hensyn til, hvad man siger og gør i forhold til den syge
- at blive irriteret over et øget arbejdspress på grund af den syges fravær og at få dårlig samvittighed over irritationen.

Mange kolleger vil gerne gøre noget for den syge medarbejder, og nogle arbejdspladser har også en personalepolitik eller kultur, som betyder, at der handles mere eller mindre automatisk. Den-

ne automatik kan have sine meget store fordele i en svær situation, hvor tvivlen ofte råder.

## Kollegerne behov

At være kollega til en kræftsyg kan være en langvarig proces præget af usikkerhed, bekymringer, angst og til tider øget arbejdspress. Det betyder, at også kollegerne har behov for at tale om egne reaktioner og tanker.

Kræftens Bekæmpelse har igennem flere år haft fokus på denne problemstilling, bl.a. med udgivelsen af håndbogen "Når en medarbejder får kræft" (1) og senest med et tilbud til arbejdspladser, ledere, medarbejdere og tillidsrepræsentanter om konsulentbistand, som f.eks. kan være

- foredrag: "Når en medarbejder får kræft"
- samtaler med leder og kolleger: Hvordan griber man situationen med en syg medarbejder og kollega an?
- rådgivning/vejledning til ledere, som har en kræftsyg medarbejder
- undervisning til medarbejdere og ledelse om reaktioner, opførelse og handlemuligheder i forhold til en kræftsyg medarbejder.

Mine konsulentopgaver på arbejdspladserne har været mangeartede. Det har været lige fra at holde et fyraftensmøde med ledere og medarbejdere, hvor foredraget har været af mere generel, informativ karakter, til samtaler med mindre grupper af medarbejdere og ledere, som havde en kræftsyg kollega/medarbejder.

Kendetegnende for samtalerne har været, at kolleger og ledere gerne ville gøre det rigtige, men var i tvivl om, hvad det rigtige var.

Endvidere har der været et stort behov for at tale om egne re-

**"Det er min erfaring, at det nytter både at sige og gøre noget."**

aktioner, idet der tit i en medarbejdergruppe sidder mindst én og ofte flere, som på forskellig vis tidligere har haft en kræftsygdom tæt inde på livet.

Måske har medarbejderen selv haft kræft, haft en pårørende med en kræftsygdom eller mistet nære pårørende på grund af kræft. Alt sammen forhold, der kan aktivere følelser og reaktioner, som kommer helt bag på den enkelte.

## Der er altid en vej

Et vigtigt element i samtalerne har været at give medarbejderne mulighed for at lufte både tanker, følelser, bekymringer og frustrationer og at legalisere, at de reagerer forskelligt, og at det er

o.k., at alle ikke er lige påvirkede af situationen.

At få disse ting sagt højt og anerkende forskelligheden har givet en form for ro og letelse i gruppen, som har medvirket til, at de derfra kunne komme videre. Dertil har de ofte fået ny, vigtig og overraskende viden om hinanden til trods for, at de troede, at de kendte hinanden efter flere års samarbejde.

Et andet element har været at tale om, hvad de hver især og sammen konkret kan gøre eller sige i forhold til den syge kollega, hvad der er svært for den enkelte, og hvordan det så kan håndteres. At få talt om, hvad der kan ske, og hvad man evt. selv frygter vil ske.

Det er min erfaring, at langt de fleste gør det godt, og ofte handler det om at blive bekræftet i, at man ikke gør noget, der er helt forkert.

Og så handler det om at indgyde mod til at få gjort det, der kan være svært. Endvidere at legalisere og respektere, at nogle kolleger ganske enkelt ikke kan sige eller gøre så meget, og at det derfor er i orden kun at sige:

”Jeg har så svært ved at tale om det, men du skal vide, at jeg tænker på dig.”

Det vigtige er at bryde tavsheden.

Det har ved samtalerne med medarbejdere og ledelse været væsentligt at vise, at der altid er en vej at gå i forhold til den syge kollega, alle skal ikke nødvendigvis træde den samme sti, men i stedet finde den, der er rigtig og mulig uden at skulle gøre vold på sig selv som kollega. Det kan f.eks. handle om at gøre, som man plejer, når en kollega vender tilbage efter en sygemelding. Langt de fleste vil spørge til, hvordan det går nu. Mere mystisk behøver det ikke at være, selv om det handler om kræft.

### Behov for personalepolitik

Når en medarbejder bliver ramt af en livstruende sygdom, vil lederen stå i en situation, hvor der forholdsvis hurtigt skal tages nogle beslutninger f.eks. om, hvordan medarbejderens arbejdsopgaver skal løses under sygdomsforløbet. ►

Ledelse og tillidsrepræsentanter kan passende diskutere, om arbejdspladsen skal udvise en bestemt reaktion på meddelelsen om, at en medarbejder er alvorligt syg. F.eks. om man skal sende en buket blomster.



► Det er vanskeligt både at tage hensyn til den alvorligt syge medarbejder og få løst de akutte praktiske problemer på et tidspunkt, hvor mange ting er uafklarede. Derudover er der de øvrige medarbejdere at forholde sig til.

Når medarbejderen vender tilbage til arbejdet efter et langvarigt sygdoms- og behandlingsforløb, vil der også være mange ting at tage stilling til.

Her kan en personalepolitik være et hjælpsomt redskab, om end en sådan ikke løser alle problemer. Det er vigtigt at fastslå, at en personalepolitik er en ramme for, hvordan man som arbejdsplads håndterer kritisk/livstruende sygdom, men at den ikke forhindrer individuelle hensyn.

Summarisk skal nævnes nogle punkter, som ledelse og tillidsrepræsentanter kan diskutere i forbindelse med udarbejdelse af en personalepolitik:

- Skal lederen eller arbejdspladsen udvise en bestemt reaktion på meddelelsen om, at en medarbejder har fået en livstruende sygdom? Det kan være at sende blomster, tage kontakt eller andet.
- Skal arbejdspladsen sørge for at opretholde en kontakt til den syge under sygdomsperioden? Hvordan, og hvem har ansvaret?
- Skal ledelsen tilbyde en samtale tidligt i forløbet?
- Hvilke regler skal gælde med hensyn til ansættelse, hvis man får en livstruende sygdom? Omfanget af sygefraværet? Fyring?
- Er der særlige former for støtte, som arbejdspladsen skal tilbyde den syge?
- Skal arbejdspladsen tilbyde en samtale i forbindelse med genoptagelse af arbejdet? Hvis ja, hvad skal så på dagsordenen?
- Hvilke regler skal arbejdspladsen have for arbejdsfastholdelse?

Nogle af de arbejdspladser, jeg har besøgt som konsulent, havde ikke en personalepolitik på området. Behovet blev særlig tydeligt på en arbejdsplads, hvor ledelsen var placeret i den anden ende af landet, her havde medarbejderne følt sig meget alene, men også i tvivl om, hvad de, som fysisk var placeret samme sted som den syge kollega, skulle gøre, og hvad ledelsen gjorde.

Human Resource-afdelingen blev anbefalet at udarbejde en personalepolitik på området med inddragelse af de involverede medarbejdere, som sad med nogle meget relevante og aktuelle erfaringer.

### Det nytter

Jeg har med denne artikel bl.a. ønsket at sætte fokus på

- det moralske og sociale ansvar, som arbejdspladser og kolleger til medarbejdere med en livstruende sygdom har
- de vanskeligheder, der er forbundet dermed
- at kollegerne til den syge medarbejder kan have behov for hjælp
- at en personalepolitik er et vigtigt redskab.

### “Langt de fleste vil spørge til, hvordan det går nu. Mere mystisk behøver det ikke at være, selv om det handler om kræft.”

Den kræftsyge medarbejder har jeg ikke glemt, men i denne sammenhæng er det min pointe, at hjælp til ledelse og kolleger også er hjælp til den syge.

Når jeg har forladt en gruppe medarbejdere og ledelse efter 2-3 timers undervisning og samtale, er der tit sket en forvandringsproces, som til stadighed kan fascinere mig.

Jeg kom til en trykket stemning, hvor personalet havde svært ved at løsrive sig fra arbejdsopgaverne, det var svært at få øjenkontakt, kaffe og vand blev sendt rundt etc. Alt sammen ganske forståeligt og naturligt.

Nået til vejs ende er stemningen lettere, og snakken går ubesværet. Det kan ligefrem være helt svært at løsrive sig og komme hjem eller ud til arbejdsopgaverne igen.

Så lidt skulle der til. Det er min erfaring, at det nytter både at sige og gøre noget.

*Inger Johnsen er socialrådgiver og supervisor, konsulent i Kræftens Bekæmpelse, ijo@cancer.dk tlf. 3092 8902. Se også [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)*

### Litteratur

1. Ølgod J, Engelbrekt P. Når en medarbejder får kræft. Hver 7. dansker får kræft inden pensionsalderen, 1. udgave. København: Kræftens Bekæmpelse; 2002.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Johnsen I. When an employee is diagnosed with cancer. *Sygeplejersken* 2007;(4):48-50.

Every year, 11,000 Danes of working age are diagnosed with some form of cancer, in addition to which come other life-threatening diseases.

The article focuses on the necessity of having a personnel policy to contend with the eventuality of an employee developing cancer or some other life-threatening disease. The provides a sense of security both for the sick employee, his/her colleagues and management.

Workplaces and colleagues have moral and social responsibilities towards employees/colleagues who may develop a life-threatening disease. And it is difficult to do something that might be wrong in fact, the worst thing one can do is to do nothing at all.

The reactions and needs of the colleagues are also brought into focus. Being the colleague of someone suffering from cancer can be a drawn-out process characterised by uncertainty, fear, anxiety and at times extra work. Colleagues may well need to talk about their own reactions and reflections.

In the experience of the Danish Cancer Society, Kræftens Bekæmpelse, a process of transformation frequently takes place when colleagues are able talk through their on fears, anxiety and frustrations.

Key words: Personnel policy, life-threatening disease, social responsibility.



Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på [www.sygeplejeetiskraad.dk](http://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.



**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](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 27. februar kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## Det forbyder min tro

Efter fire en halv måned er det langt om længe lykkedes at skaffe en fast nattevagt til medicinsk afdeling. Det er ikke et eftertragtet job, så på afdeling M er sygeplejerskerne glade for *Inger*, der netop er flyttet fra Jylland til en provinsby på Sjælland. *Inger* er 36 år, et rart og omgængeligt menneske og en dygtig sygeplejerske med flere års erfaring fra en lungemedicinsk afdeling.

En nat, da *Inger* har været ansat et par måneder, læser hun i sygeplejersjournalen, at hun skal give en ældre herre en portion blod, nummer to i rækken, fordi hans blodprocent er alarmerende lav.

*Inger* virrer lidt med hovedet, så kommer det frem, at hun ikke kan hænge blodet op.

"Det forbyder min tro mig," siger hun til aftenvagten, der endnu ikke er nået ud ad døren.

Aftenvagten spørger hvorfor, og hun får stykket et billede sammen af en sygeplejerske, der er flyttet til provinsen sammen med sin familie for at medvirke ved byggeriet af en Rigssal til Jehovas Vidner. Aftenvagten reagerer ved at sige: "Ja, jeg kan jo ikke blive her hele natten, fordi du ikke vil have med blod at gøre. Du må vække vagthavende og høre, om hun vil tage sig af det."

*Hvad mener du: Hvor meget må privatlivet have indflydelse på det arbejde, man skal udføre som sygeplejerske?*



### Dilemma fra Sygeplejersken nr. 3

Selv om 4-årige *Asger* har fået trylleplaster på, reagerer han voldsomt, da *Emilie*, sygeplejersken, skal give ham en indsprøjtning. Hun overvejer, hvor langt hun kan gå for at holde ham fast.

## Ro på

Der skal være ro omkring et barn. Sygeplejersken kommer ind på stuen på en rolig måde med sprøjten i kapslen, spritter lidt af og giver barnet prikket, medens hun småsnakker med barnet, for så når barnet ikke at blive forskrækket.

Ro frem for alt!

*Lith Stenderup,*  
pensioneret sygeplejerske.

## Rejs i fantasien

Jeg har på et kursus fået demonstreret, hvordan der kan tages blodprøver på børn, uden at de registrerer det, fordi de ved at være optaget af fantasirejsen snyder hjernen. Fantasirejsen tager ganske simpelt udgangspunkt i det, som barnet allerbedst kan lide at tænke på, hvilket man så spør-

ger ind til for at få barnet til at beskrive og dermed opleve sin fantasi.

At arbejde med fantasirejser ligger fint i forlængelse af den måde, vi i forvejen hjælper barnet på. Vi forsøger jo alle at berolige barnet ligesom *Emilie* i historien, og vi kender alle til at hjælpe barnet med at trække vejret ordentligt for at kunne slappe af, og også til at stille barnet spørgsmål for at aflede det.

*Charlotte Leander, sygeplejerske,*  
ansat på Nykøbing Falster Sygehus.

## Ikke rart

Jeg har ikke så stor tiltro til trylleplaster i form af Emlacreme eller plaster, da det kun bedøver overfladisk, men måske giver børn den illusion, at stikket er helt smertefrit. Når det er sagt, synes jeg, at *Emilie* gør det rigtige. Hun forbereder *Asger* på en pædagogisk god måde og prøver at berolige ham, da han går i panik.

Da det ikke hjælper, henter hun hurtigt en kollega for at få stikket overstået, og hun lader heldigvis faren blive og hjælpe til. Det signalerer over for *Asger*,

at faren også siger god for det lille overgreb, det nødvendigvis må blive. Barnets selvbestemmelse er sat ud af kraft, da det naturligvis ikke kan tage ansvar for sin egen behandling. Selvfølgelig er situationen ikke rar. Det er der meget her i livet, der ikke er.

*Lisbeth Høy,*  
pensioneret sundhedsplejerske.

## Overgreb

*Emilie* har sovet i timen. Hun ved, at *Asger* er med på styrke a la *Pippi Langstrømpe*, så det er helt ved siden af at prøve et overgreb ad hendes "mere professionelle" vej, en metode, som for længst er strøget af normerne. Det er helt utilgiveligt at forøve sådan magtanvendelse over for et barn (det kunne gerne være hvilken som helst syg og nålefobisk person). Der skal noget kreativitet til, og at lege med tanken om *Pippi Langstrømpes* styrke ligger ligefor i dette tilfælde.

*Benedikte Folkmann Jensen,*  
sygeplejerske, ansat på Plejehjemmet  
Kløvervangen, Århus.

## Godt bearbejdet værk om sundhed på nettet

Vibeke Horsten  
**Veje til Sundhed**  
– på internet

København: FADL's Forlag 2006  
330 sider, 400 kr.  
ISBN 87-7749-421-0

Bogen, der er en kraftig udbygning af forfatterens ikke opdaterede hjemmeside <http://www.db.dk/vh/vejtilsundhed/>, giver en grundig introduktion til sundhedssektoren på internet for alle med interesse for sundhedsinformation og et grundlæggende kendskab til internet. Den er sprogligt enkel og overskuelig med illustrationer af vigtige websteder. Udstrakt brug af grafiske rammer øger anvendelse som opslagsværk. Bogen er omfattende og beskriver ca. 1.000 sundhedsfaglige hjemmesider, heraf mere end 100 sites udførligt.

For den bruger, der anvender Google og Yahoo som søgeværktøj, er bogen en guldgrube til andre startpunkter for søgning af sundhedsinformation, f.eks. sundhedsfaglige videncentre, netguides, sundhedsportaler, biblioteker, udvalgte kilder til litteratursøgning og billed databaser.

De beskrevne sites er overvejende gratis sundhedsfaglige websteder, der primært knytter an til sundhed og medicin, mens websteder om f.eks. sygepleje, farmakolo-

gi, odontologi, psykiatri, og alternativ medicin kun er medtaget i ringe omfang. Områderne kan med fordel udbygges i næste udgave. F.eks. fremstilles Dansk Sygeplejeråds hjemmeside udelukkende som en organisatorisk hjemmeside og ikke som den fagportal, den også er, med sine mere end 1.400 links. Geografisk er Danmark i centrum, suppleret med websteder fra især Norge, Sverige, England, Tyskland og USA.

Bogens 10 kapitler indledes alle med mere teoretiske afsnit, der f.eks. definerer og beskriver den udvalgte type ressource.

Et par kapitler skal fremhæves som særligt anvendelige i et sygeplejefagligt perspektiv.

Bogen indleder med en vejledning i, hvordan man kommer i gang med søgning og overskuer emner, klassifikationssystemer og litteraturtyper. Også websøgeværktøjer, diskussionsgrupper og webterminologi berøres. Der er meget at hente, også for den rutinerede bruger.

Kapitel 5 udgør en nyttig oversigt over den informationsøgningsservice, biblioteker kan yde fagfolk. Dog kan mange af de gratis hjælpemidler, der findes på internet, ikke leve op til den standard, som de kommercielle søsterudgaver i trykt eller internetudgave kan præstere. Bogen erstatter derfor ikke bibliotekernes mater-

ialesamlinger, hvor der også abonneres på de kommercielle internetudgaver.

Kapitlerne 6-8 beskriver et udvalg af søgbare kendte trykte og nye elektroniske bøger, tidsskrifter, billed databaser og kilder til litteratursøgning.

Særligt kapitel 8 om sundhedsfaglige fagbibliografier, søgeværktøjer og tidsskriftpakker er pligt læsning for alle sygeplejestuderende og sygeplejersker, der giver sig i kast med faglig informationsøgning på nettet.

Kapitel 9 indleder med at give læseren råd om, hvordan man kan vurdere webstedernes faglige kvalitet, og det er et godt afsnit, men afsnittet om evidensbaseret medicin og medicinsk teknologivurdering forekommer malplaceret.

Et afsnit om offline digitale søgeværktøjer og brug af referencestyringsprogrammer til ordning af al den information, man finder, vil have været et bedre valg.

Kapitel 10 præsenterer gratis udenlandske bøger og tidsskrifter om sundhed og medicin på internet. Bogen slutter med nogle små tip om, hvordan man kan holde sig ajour med nye websteder.

Det er et paradoks, at en bog om sundhed på nettet ikke er at finde på nettet, har en cd vedlagt eller i det mindste understøttes af en opdateret hjemmeside, idet denne type bøger forældes straks fra

## Kvalificer uenigheden

Else Hammerich,  
Kirsten Frydensberg  
**Konflikt og kontakt**

om at forstå og håndtere konflikter  
Højbjerg: Hovedland 2006  
168 sider, 239 kr.  
ISBN 87-7739-914-5

Forfatternes bud på en fredeligere verden er konflikt håndtering. Bogen er en praktisk håndbog med sigte på at udvikle kompetencer hertil. Praktikere fra Center for Konfliktløsning delagtiggør os i deres unikke viden, erfaring og analyseredskaber udviklet på en tradition af ikkevold. Konstruktiv konflikt håndtering benytter bl.a. viden om konflikt mønstre, konflikters dimensioner, konflikt trappen, hvad der blokerer og åbner kontakt samt ikkevoldelig strategi. Kompetence til at håndtere kon-

flikter er at lytte efter og identificere krænkelse af de basale menneskelige behov sikkerhed, identitet og anerkendelse for i fællesskab at gøre sig uenighederne klar.

Den spænding, der er konflikters følgesvend, kan ofte reduceres gennem italesættelse, hvilket åbner for, at parterne kan vælge andre holdninger og handlinger.

Frivillighed gør konflikt løsninger bæredygtige. Det er en færdighed at vælge strategi til konfliktens indhold, og beslutninger om dialog og åben kommunikation eller argumentation kan forebygge, at en konflikt bliver skadelig.

Menneskers værdier er ikke et forhandlingsobjekt. Det er dialog, der kan skabe mulighed for aftaler om, hvordan man bedst kan leve med forskelligheder. At kunne føre en dialog, i en tryk atmosfære fri for trusler om sanktioner, er afgørende for udfaldet af

en mægling. Asymmetriske relationer i form af forskellige magt positioner stiller således krav til magthaveres etiske formåen bl.a. i valg af konflikt håndteringsstrategi.

Det analyseres frem, at der i håndtering af Muhammedkrisen skete en sløring af sagen på grund af forkert valg af strategi





udgivelsestidspunktet. Forlaget angiver, at bogen har et generelt professionsfagligt sigte, så hvis man kan se bort fra slet skjulte FADL-reklamer og unødigt lægecentre-rede tekstfremhævninger, står man med et særdeles godt bearbejdet og brugbart værk om sundhedsinformation på internettet.

Men bogen kunne have gavn af en mere grundig korrekturlæsning. Anmeldereksemplaret indeholdt et rettellesblad, men det dækker kun en mindre del af fejltastede webadresser samt andre fejl fundet ved gennemlæsningen. Selv om redaktionen af bogen er afsluttet 31.12. 2005, forekommer der flere forældede beskrivelser af websteder.

Bogen kan, trods prisen på 400 kr., anbefales til brug i klinikken og i sundhedsuddannelserne. Dele af bogen kan med fordel anvendes som lærebog i informatik, og den bør stå på biblioteket.

Af *Raymond Kolbæk, sygeplejelerer, cand.cur., ph.d.-studerende.*  
Ansæt på *Sygeplejerskeuddannelsen, Viborg/Thisted CVU vita.*  
*kolbaek@mail.tele.dk*

med en eskalering af krisen til følge. For sygeplejersker er bogens analyseværktøjer et løft i mødet med den konsensuskabende plejekultur og sundhedsvæsenets hierarkiske organisationsstruktur, der ignorerer uenigheder i stedet for at kvalificere dem. Spændinger er i miljøet, men ikke som konflikter, der kan løses.

Forfatterne formidler indbydende og tilgængeligt med eksempler fra hverdagen og brug af bokse og små inspirerende citater.

For dem, der ønsker at møde konflikter som et udviklingspotentiale, er denne bog et solidt sted at hente afprøvede analyseværktøjer og kreere alternativer til at slå og at flygte.

Af *Grethe Mygind, sygeplejelerer på Sygepleje- og radiografskolen i Københavns Amt.*

## Bliv herre i egen krop

Torkil Berge, Arne Repål  
**Trange rum og åbne pladser**  
Vejen ud af angst, panik og fobier  
Oversat fra norsk af  
Søren Søgaard  
København:  
Dansk Psykologisk Forlag 2006  
300 sider, 298 kr.  
ISBN 87-7706-466-6

Gennem generationer har frygten sikret menneskeracens eksistens, fordi vi kunne flygte for at beskytte os mod farer. I det moderne samfund, hvor de vilde dyr ikke lurer lige om hjørnet, fungerer vores alarmberedskab stadig. Hos nogle mennesker så voldsomt, at de hæmmes i deres livsudfoldelse, og det er dem, bogen er skrevet til. Den har en kognitiv indfaldsvinkel til angstproblematikken, det betyder, at panik, fobier og generaliseret angst bliver forstået som indlærte tænkemåder og adfærd i forhold til kropslige angstreaktioner.

Mennesker med angstproblemer er meget følsomme og opmærksomme på selv de svageste kropslige reaktioner og tolker disse som angst. For at håndtere angsten udvikler de strategier til at undgå det angstprovokerende. Kroppens muskler spændes, vejrtrækningen påvirkes, og der opstår undvigemanøvrer for ikke at komme i kontakt med det, der provokerer angsten frem. Det kan betyde, at de socialt og menneskeligt får et meget begrænset liv og i værste fald bliver isoleret.

Forfatterne beskriver, hvilke muligheder det angste menneske har for at bruge redskaber fra den kognitive terapi og igen blive herre i egen krop. Metoden går ud på langsomt at nærme sig det, man er bange for ved at søge viden, være opmærksom på egne kropslige reaktioner og den tankegang, man har, når angsten kommer. Når dette er kortlagt, skal træningen i gang. Langsomt og med meget små skridt nærmer den angste sig det angstprovokerende. Hvis hun er bange for at køre i tog, træner hun i at gå hen til stationen og hjem igen nogle gange, inden hun går ind i toget og kører én station. En proces, som, for den ikke angste, kan lyde lidt skør, men som for den angste er meget provokerende. Det kan være så svært, at forfatterne anbefaler,



faler, at personen har en hjælper med, som kan støtte og fastholde det positive i processen, og som den angste kan stole på. I bogen er der et fint afsnit til den eventuelle hjælper, hvor der gøres rede for, hvilken opgave der ligger i at hjælpe en angst. Det vigtigste er at være pålidelig, anerkendende og ikke presse den angste, da dette kan give bagslag og fremprovokere angsten. Opgaven er stor og svær. Forfatterne anbefaler, at man siger nej, hvis man ikke er klar.

Mennesker med tvangslidelser er også plaget af angst. Tvangshandlingerne letter kortvarigt angsten, men i sidste ende hæmmer ritualerne helt deres livsudfoldelse. Træningsprogrammet til denne gruppe er, på samme måde som til mennesker med angstlidelser, en systematisk erkendelse og kortlægning af symptomerne og et langsomt og målrettet arbejde med at ændre strategi og tankegang.

Forfatterne henvender sig direkte til målgruppen i bogen. Sproget er enkelt og lettilgængeligt. Mange forskellige aspekter og teorier omkring angst beskrives kort og klart. De forskellige begreber inden for angsttilstande, som kan være svære at holde ude fra hinanden, forklares præcist. Det er en helt igennem sober bog med gode informationer. Om det lykkes for den angste at få et bedre liv efter træning, kan jeg ikke svare på, men der er absolut mulighed for, at han eller hun er blevet klogere af at have læst bogen.

Af *Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.*



## Nye emner fra den offentlige debat

Finn Jørgensen

### Ret og regler i sundhedslovgivningen – en håndbog for sundhedspersonale.

Revideret udgave

København:

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck 2006

152 sider, 149 kr.

ISBN 87-1703-831-6

Vil man gerne vide noget om biobanker, alternativ medicin eller patientsikkerhed, så har Finn Jørgensen taget disse emner op i sin nye udgave af "Ret og regler i sundhedslovgivningen – håndbog for sundhedspersonale."

Den nye udgave afspejler udviklingen i sundhedsvæsenet og de spørgsmål, der i den forbindelse er stillet til embedslægen. Da Finn Jørgensen nu arbejder på Retsmedicinsk Institut ved Syddansk Universitet, er der også medtaget retsmedicinske

emner i relation til patientbehandling. Nyt er også emner som omskæring og kosmetisk behandling, der også dukker op som emner i den offentlige debat. Her gør embedslægen kort og forståeligt rede for reglerne i det danske sundhedssystem.

I den tidligere udgave behandlede Finn Jørgensen emnet "Den besværlige patient," og her er fortsat gode råd at hente. Og mangler man reglerne vedrørende kørekort, hvis patienten har diabetes, finder man dem også her.

Der er et godt og dækkende afsnit om medicinadministration, som omfatter både primær og sekundær sundhedstjeneste. Nyt her er dosisdispensering.

Sygeplejefaglige optegnelser har fået sit eget afsnit, der også omfatter transmission af oplysninger.

Den elektroniske patientjournal har endnu ikke givet anledning til spørgsmål.



Den er ikke nævnt i bogen.

Alle emner, både nye og gamle, er aktuelle for sundhedspersonale, herunder også sygeplejersker i primær og sekundær sektor.

Der er henvisninger til relevante love,

## Master i sundhedsantropologi

– en master med fokus på sundhed og sygdom i et socialt og kulturelt perspektiv

**Start: september 2007**

### Information

www.sundhedsantropologi.dk

Yderligere oplysninger

msa@hum.au.dk

8942 4672 eller 3532 3461

### Informationsmøder

7. marts og 11. april 2007

kl. 17-19

på Afdeling for Antropologi og Etnografi, Moesgård

Afdeling for Antropologi og Etnografi, Århus Universitet

Institut for Antropologi, Københavns Universitet

## Sunde løsninger på konflikter

Anne M. Lystad

### Håndbok i konflikthåndtering

Oslo: Akribe 2006

268 sider, 379 kr.

ISBN 82-7950-103-7

Anne Lystad øser af sine mange års erfaringer med at navigere på det konfliktfyldte arbejdsmarked i sundhedsvæsenet med de redskaber, hun finder brugbare. Hun har været psykiatrisygeplejerske, sygeplejelærer, sygeplejeleder, vejleder, tilidsvalgt værneombud, meddommer i arbejdsretten og er nu rådgiver i norsk sygeplejeforbunds forhandlingsafdeling.

Til forskel fra førsteudgaven inddrager hun Norges nye sundhedsfremmende arbejdsmiljølov. Forfatteren ønsker at give en enkel og konkret indføring og vejledning i konflikthåndtering for både organisationer og enkeltpersoner.

I bogen forstås konflikt som en kollision eller et modsætningsforhold, der kan udvikle sig destruktivt, hvis ikke forholdet tages op i tide. På arbejdspladser kan det vise sig i antallet af sygedage.

Der skelnes mellem værdi-, interesse-, vurderings-, rolle- og magtkonflikter, hvortil forskellige typer konflikthåndtering anbefales. En undersøgelse fra Ar-

bejdsforskningsinstituttet viser, at det er klonede, angstfyldte og "det nytter ikke ligevel"-organisationer, der skaber konflikter, fordi loyalitet defineres som enighed og lydighed.

Da lederpersonligheder er en særlig kategori til at skabe konflikter gennem f.eks. magtmisbrug, er det konstruktiv konfliktbearbejdning at identificere og reagere adækvat på anvendelse af hersketeknikker for at modarbejde udstødelse.

Metodeafsnittet beskriver procesforløb og overvejelser om håndteringen på det praktiske og strategiske niveau. Læseren får indblik i forfatterens specifikke viden og erfaring på området.

Konflikten må bestemmes og forstås af parterne i fællesskab, hvis der er valgt konflikthåndtering. forhandlingen knytter sig nøje til, hvilket fælles udgangspunkt der kan skabes.

Lystad har holdninger, etik og menneskesyn som omdrejningspunkt, når hun argumenterer elementerne frem i en konflikt.

Der kan hentes megen specifik viden med henblik på at holde fokus og undgå oplagte fælder i hverdagens konflikter. Bogen giver stof til eftertanke i forhold til egne konkrete arbejdsforhold, og den

bekendtgørelser, vejledninger og anden litteratur.

Jeg synes, at indholdsfortegnelsen i den første udgave var lettere at orientere sig i, da den var inddelt i afsnit under de enkelte punkter.

Heldigvis er registeret omfattende, så alt i alt er det let at orientere sig i bogens indhold. Der er ingen eksempler i bogen. Det kan jeg stadig savne. På den anden side er denne bog en håndbog. Så hvis man vil have eksempler, må man søge i anden og mere omfattende juridisk litteratur.

Håndbogen vil være god til opslag på hospitalsafdelinger, i hjemmeplejen og i undervisningen af elever og studerende.

*Af Lene Gredal, specialeansvarlig sygeplejerske, cand.jur., ansat på Medicinsk afdeling P7, Horsens Sygehus.*



hænger sammen med sine intentioner. Sproget er lettilgængeligt, og forfatterens sundhedsfaglige position er især anvendt til at tolke det nye sundhedsfremmende perspektiv ind i konflikt-håndteringen.

*Af Grete Mygind, cand.comm. i kommunikation og psykologi, sygeplejelærer på Sygepleje- og radiografskolen, Københavns Amt.*

## Jeg er imponeret

Peter Fahmy,  
Troels Bygum Knudsen  
**Blodprøver**

København: Munksgaard  
Danmark 2006  
192 sider, 228 kr.  
ISBN 87-6280-377-8

Det er lykkedes at skrive en god opslagsbog om blodprøver. En bog, der er nem at slå op i, som man hurtigt kan vænne sig til at bruge, og som kortfattet uddyber spørgsmål vedrørende den del af den kliniske biokemi, der i daglig tale kaldes blodprøver. Bogen er yderst relevant, da der af forskellige årsager tages ca. 10 millioner blodprøver om året, og adskillige sygdomme og tilstande kan diagnosticeres ved hjælp af blodprøver. Ud over at det er en god og velskrevet opslagsbog, der indeholder de hyppigt anvendte blodprøver, indeholder bogen også en mere generel introduktion til praktisk blodprøvetagning og et uddybende "organafsnit," hvor blodprøver, der ofte tages samtidig, for eksempel "levertal," beskrives.

Når man i sin daglige praksis stiller sig spørgsmål som: "Hvorfor skal patienten have taget basisk fosfatase?, hvad er det nu lige, eosinofilytter er? og hvordan skal jeg reagere på en lav hæmoglobin?," giver bogen et hurtigt og konkret svar. Kortfattet og på en meget overskuelig måde gennemgås, hvad blodprøven kan bruges til, baggrunden for at tage den, og hvordan resultaterne eventuelt kan tolkes. Jeg er imponeret over, hvor meget lærestof der er medtaget og komprimeret, uden at teksten virker kedelig og opremsende. Som forfatterne selv gør opmærksom på, kan bogen ikke anvendes som

en decideret lærebog, men den kan med fordel bruges i klinikken som et supplement til den kliniske praksis og læring.

Man kan altid diskutere, hvilke kriterier der skal ligge til grund for udvælgelse og afgrænsning af et så stort emne. Bogens forfattere har valgt at tage udgangspunkt i Rigshospitalets blodprøveskema, der i stor udstrækning indeholder de blodprøver, der hyppigst anvendes i klinikken. Kun enkelte blodprøver har jeg ledt forgæves efter, f.eks. blodprøvemåling af tumormarkøren CA-125, til gengæld mener jeg godt, forfatterne kunne have undladt enkelte mere specielle blodprøver, f.eks. væksthormon.

Denne bog kan jeg varmt anbefale til alle, der, som jeg, har savnet en opslagsbog i blodprøver.

*Af Anna-Grethe Engelbrecht Andreasen, afdelingssygeplejerske, Onkologisk afdeling R, Odense Universitetshospital.*

Er du leder?  
Læs  
LederInfo!



Tilmeld dig  
DSR's elektroniske  
nyhedsbrev specielt  
for ledere på  
[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)  
under "LederNet"



## Mellem to stole

John Aasted Halse

### Dilemmaer i den moderne familie

om at være "Stifindere" i en ny tid  
København:

Hans Reitzels Forlag 2006

173 sider, 225 kr.

ISBN 87-4120-376-3

At opdrage børn har altid været forbundet med vanskeligheder og bekymringer for forældrene. Op gennem det 20. århundrede er der sket mange samfundsmæssige forandringer, som naturligvis også har påvirket familien. Dette har ikke gjort forældrenes opgave lettere, nogle vil mene tværtimod.

John Halse har i bogen samlet aktuel viden om familien og familiens vilkår. Ud fra en kort historisk gennemgang af familiens udvikling de seneste hundrede år opridses de dilemmaer, der findes i de mange familier. Dilemmaer, som gør det vanskeligt at opfylde ønsket om at være gode forældre med en god familie. Et af

børnefamiliernes største dilemmaer synes at være den evige mangel på tid. Et problem som især fremkommer, fordi børn og familier tilbringer megen tid adskilt i hver deres verden. Denne adskillelse er forbundet med både positive og negative aspekter. Overraskende er det, at børn i dagens Danmark i gennemsnit tilbringer mindre tid i daginstitutionen, end de gjorde i 70'erne. Måske er det derfor, forældrene oplever et øget tidspres?

Helt naturligt kommer forfatteren ind på det samarbejde, som skal fungere, hvis der skal være sammenhæng mellem børnenes liv hjemme og i daginstitutionen. Kapitlet fokuserer især på det samspil

mellem pædagoger og forældre, som kan besværliggøres af, at nogle forældre ser med meget kritiske øjne på det pædagogiske arbejde.

Bogen kommer vidt omkring og berører mange emner i relation til børn og familier. Således indeholder den også et kapitel om familien, der bliver skilt, og om risikofamilien.

Denne bredde betyder, at mange emner kommer til at fremstå meget overfladisk.

Forfatteren ønsker med et vidensbaseret udgangspunkt at kaste lys over den danske børnefamilie. Dette udgangspunkt overskygges dog af forfatterens personlige holdninger til børnefamiliernes vilkår, hvorved bogen rammer mellem to stole og hverken bliver den fagbog eller den forældrehåndbog, som forfatteren ønsker, den skal være.

Af Anne Marie Detlefsen, sundhedsplejerske, cand.pæd. i pædagogisk sociologi, ansat i Aabenraa Kommune.

## Stresslandet på japansk

Lene Bjerring Bagger,  
Lisbeth Elmgaard Jensen,  
Lisbeth Lenchler-Hübertz

### Når børn får stress

København: Aschehoug 2006

234 sider, 199 kr.

ISBN 87-1126-104-8

Min søn har en svaghed for japanske tegneserier. De adskiller sig fra danske på et særligt punkt, de læses bagfra. Jeg fristes til at sige: Gør det samme med denne bog. De sidste tredive sider er nemlig de bedste. Her er et kapitel om, hvilke symptomer og tegn børn udviser, når de ikke trives, et kapitel om skilsmisse og et om sorg. Problemstillingerne er illustreret vha. cases. De er bygget op, så de både viser barnets perspektiv og giver handlemuligheder til de voksne. Her på de sidste sider er den struktur og overskuelighed, som jeg ville ønske, resten af bogen havde.

Målgruppen er forældre. Margrethe Brun Hansen skriver i forordet, at denne bogs styrke er, at forfatterne evner at se livet fra barnets perspektiv og samtidig

forstå forældrenes synsvinkel. De mange cases bogen igennem viser verden fra børnehøjde og gør stoffet levende og letlæseligt.

Bogen beskæftiger sig med både store og små børn. Fælles for store og små er, at modstandskraften over for belastninger og reaktioner på dem er forskellige, afhængigt af hvem vi er, og i hvilken livssituation vi befinder os.

Der er mange guldkorn at samle op på turen igennem stresslandet. Det er bare synd, at bortset fra de førnævnte sidste sider har indholdet været for længe i cock-tailshakeren.

Forældre, som tager denne bog ned fra hylden, gør det ikke for hyggens skyld. De har efter al sandsynlighed et barn, som ikke trives. De har derfor brug for en detaljeret indholdsfortegnelse, så de nemt kan finde rundt i bogen efter de afsnit, som er aktuelle for dem.

Vuggestuebørn og teenagere reagerer forskelligt på mistrivsel og skal også hjælpes forskelligt. Det er derfor vigtigt at kunne finde frem til de afsnit, som er relevante for læseren. Det vil dog kræve

et større detektivarbejde, indholdet er rodet disponeret og mangler overskuelighed.

Målgruppen er forældre og sundhedsplejersker. Andre, som beskæftiger sig med børn, kan godt læse med, især på japansk.

Af Hanne Lindhardt,  
sundhedsplejerske i Farum.





## Tal i øjenhøjde

Jørgen Bloch-Poulsen  
**Dialog – En udfordring**  
 Mellem involvering og demokratur i  
 organisationsudvikling  
 Aalborg Universitetsforlag 2006  
 146 sider, 199 kr.  
 ISBN 87-7307-759-3

Bogen handler primært om dialoger på arbejdspladser og giver anledning til refleksion og læring i en tid fyldt med forandringer.

Til tider lidt kedelig og med mange gentagelser. Indimellem har den karakter af selvbiografi.

”En dialog er en fælles undersøgende samtale om et emne, hvor der ikke er noget på forhånd givet svar; hvor man deler viden og erfaringer: Hvor man er villig til at stille spørgsmål ved egne og andres antagelser; hvor man ved at tale i øjenhøjde bidrager til, at alle trives, så man også tør komme derud, hvor isen er tynd: Hvor man kan træffe en beslutning i fællesskab.”

En noget kringlet definition, som jeg måtte læse nogle gange. Når det er sagt, er der mange rigtig gode budskaber om dialogers betydning på arbejdspladser til sik-

ring af forståelse og samarbejde i en personalegruppe.

Bogen er fyldt med cases, og indholdet er genkendeligt. Forfatteren, som arbejder som konsulent, beskriver træningssituationer og nye processer i organisationer på baggrund af disse cases. Det er spændende læsning, og man kan se, at det rykker at være i dialog på en ny måde. Det er feedback, vi lærer af. Bløde værdier som nærvær, involvering og menneskelighed er i fokus i den gode dialog og fylder mere end samtaleteknikker.

Det er vigtigt at opbygge en relation. Tydelighed i kommunikationen er en forudsætning for et godt samarbejde. Det nytter ikke at tro, man kan læse og tolke den andens tanker. Man er nødt til at spørge og dermed tjekke virkeligheden, så man bliver klogere på den anden. Ofte går vi galt af hinanden i formodningen om, at vi kan læse hinandens tanker.

Man skal dog være opmærksom på den andens grænser, når man spørger ind.

Der er gode eksempler på dialog med jeg-budskaber kontra dialog med du-budskaber, som ofte ender ud i diskussion og konflikt, fordi du-budskaber bliver opfat-

tet som bebrejgende, dømmende og skyldplacerende udtalelser. Med jeg-budskaber udtaler man sig om egne synspunkter og oplevelser. Man tager ansvar.

Bogen vil for mange være en nyttig repetition udi samtalens og dialogens svære kunst og på den måde være en opfordring til selvindsigt. Det gælder både på medarbejder- og på ledersiden i organisationer.

*Af Inger Jerichau, uddannelsesleder i  
 Roskilde Amts Sygehusvæsen,  
 Uddannelses- og udviklingsafdelingen,  
 Amtssygehuset, Roskilde.*



## Lov om den gode forsker

Torben Bech Jørgensen  
**Forskning med følelse**  
 København:  
 Nyt Nordisk Forlag 2006  
 203 sider, 249 kr.  
 ISBN 87-1703-875-8

”Forskning med følelse” er en bog om forskeren i højere grad end om forskningen. Man skal nok have kendskab til forskningsprocessen for at sætte tilstrækkelig pris på de genvordigheder, forskere udsættes for. Alle mulige forhindringer skal overvindes på forskerens vej mod det gode projekt. Den unge forsker udfordres, fordi der er så mange nye koder, der skal læres. En forskeruddannelse kan anskues som en slags manddomsprøve, hvor kun vedholdenhed fører forskeren i mål.

Bogen er skrevet af en erfaren forsker, som ser tilbage på forskellige forskningssituationer og slutter af med Lov om den gode forsker. De 10 bud omfatter fantasi, detalje og enkelhed, form og indhold, sprog, hånd-

værket, stædighed og selvkritik, projektar-kitektur, forholdet til andre, balancer og et liv som forsker. Bogen beskriver forskningens mange facetterede natur, som stiller videnskæssige, håndværksmæssige og følelsesmæssige krav til udøveren. Det er ikke uinteressant at fordybe sig i disse sider af arbejdet, som normalt ikke italesættes, men som påvirker resultatet.



Bogen er interessant, men passer ikke helt på det sygeplejefaglige forskningsmiljø, da der ikke eksisterer mange unge forskere i sygeplejen, tværtimod. Inden for andre fagområder svarer ph.d.-graden til den forskningsmæssige svendepøve som fundament til en livslang forskningskarriere, mens ældre sygeplejersker undertiden gennemfører forskeruddannelsen som kronen på værket efter et langt arbejdsliv.

Bogen kan anbefales til ph.d.-studerende, der vil genkende mange af temaerne, og som først og fremmest vil opleve, at de ikke er alene. Bogen er også relevant til ph.d.-vejledere, idet den kan være med til at befordre en mere menneskelig forståelse af den uerfarne forskers arbejdsproces.

*Af Ingrid Egerod, seniorforsker,  
 sygeplejerske, ph.d., ansat på  
 Universitetshospitalernes Center for  
 Sygepleje- og omsorgsforskning.*

## Autentisk og meget nuanceret

Trine Shandorff, Susanne Hein, Kirsten Heldbjerg  
**Bogen om brystkræft**  
 København:  
 Jepsen & Co 2006  
 304 sider + cd, 299 kr.  
 ISBN 87-9177-031-9

"Bogen om brystkræft" er en særdeles nærværende og velskrevet bog, der systematisk gennemgår forløbet for en typisk brystkræftpatient. Bogen henvender sig primært til kvinder med brystkræft og deres pårørende og er skrevet i et letforståeligt sprog. Når der anvendes fagsprog, er dette godt forklaret, dels i teksten og dels i ordforklaringen bagest i bogen. "Bogen om brystkræft" kan bestemt også anbefales til sygeplejersker, læger, fysioterapeuter og andre fagpersoner, da den giver et fint overblik over de mange aspekter af sygdommen og dens psykologiske og sociale følger for patienten og dennes familie.

"Bogen om brystkræft" indeholder en række relevante, faktuelle oplysninger, men det, der især gør bogen interessant, er de mange citater fra brystopererede



kvinder. Her fortælles om svære følelsesmæssige reaktioner, sorg og glæder, og ikke mindst gives der gode råd til andre kvinder. Forfatterne har lavet en grundig research blandt kvinder med brystkræft, hvilket får bogen til at fremstå både autentisk og meget nuanceret.

Bogen er tænkt som en opslagsbog, men kan sagtens læses fra ende til anden. Den er bygget op omkring det typiske forløb for en kvinde med brystkræft. De første sider handler om diagnostidspunktet. Herefter følger afsnit om kirurgisk behandling, strålebehandling og kemoterapi. Bogens sidste kapitler beskriver alt det, der sker, hvis sygdommen vender tilbage, og endelig, hvis den er uheldelig og dødelig.

Undervejs beskrives psykosociale aspekter, støttemuligheder, rehabilitering, typiske reaktioner og vanskeligheder, men disse

emner har desuden deres egne afsnit. Teksten i bogen suppleres med en række glade og humoristiske fotografier, der viser brystopererede kvinder i alle tænkelige situationer.

Bagest i bogen er indsat en cd-rom, der indeholder et omfattende undervisningsprogram for kvinder med brystkræft og deres pårørende. Ligesom resten af bogen kan denne anbefales både til patienter og professionelle.

Min eneste egentlige anke mod bogen er billedet på forsiden, der måske kan komme til at virke unødigt afskrækkende på kvinder, der netop har fået en brystkræftdiagnose. Man skal langt ind i bogen for at få oplyst, at kvinden på fotografiet har fået foretaget en brystrekonstruktion og bevidst har valgt ikke at få lavet en brystvorte.

Ellers kan jeg varmt anbefale, at bogen tages i brug alle de steder, hvor man plejer og behandler kvinder med brystkræft.

Af Birgitte Goldschmidt Mertz,  
 kvalitetskoordinator,  
 ansat på Finsencentret,  
 Rigshospitalet.

## Magt over stemmerne

Ron Coleman, Mike Smith  
**Stemmehøring**  
 Fra offer til sejrherre  
 Oversat fra engelsk af  
 Karin Dyhr  
 Søborg: PsykoVision 2006  
 101 sider, 149 kr.  
 Kan rekvireres på  
 mail@psykovision.dk  
 ISBN 87-9904-743-8

Ron Coleman, der selv er stemmehører, og Mike Smith, der er psykiatrisk sygeplejerske, har skabt denne arbejdsbog til stemmehørere. Hensigten er at hjælpe stemmehøreren til at få magt og indflydelse over stemmerne og selv komme til at bestemme i eget liv. Processen er langsommelig, og tilbagefald kan forventes. På trods af besværligheder opfordrer forfatterne stemmehørerne til at prøve. Arbejdsbogen skal bruges til at skabe kontinuitet og struktur i processen.

Arbejdsbogen har masser af gode

spørgsmål, og der er rigelig plads til at skrive sin egen historie om, hvordan stemmerne er kommet ind i ens liv. Kortlægge, hvem de er, og hvad de vil. Forfatterne er overbevist om, at psykoser og stemmehøring kommer efter store psykiske traumer og begivenheder. Ved at besvare spørgsmålene får stemmehøreren mulighed for at forholde sig til stemmerne og forstå sin egen historie, som indirekte fortælles af stemmerne. Når stemmehøreren forstår egen historie, har han mulighed for at få organiseret sine oplevelser på en mere systematisk og brugbar måde.

Da jeg læste arbejdsbogen, blev jeg opmærksom på, hvor stort et sanseindtryk stemmerne er for den psykotiske. Når vi som plejepersonale ikke forholder os til det psykotiske menneskes hørehallucinationer, ignorerer vi en stor del af dennes virkelighed. Bogens mange gode spørgsmål kan hjælpe plejepersonalet til at komme i dialog med stemmehøreren og forstå dennes smerte, historie og drømme.

Et fint og inspirerende arbejdshefte med mange konstruktive spørgsmål, der kan bidrage til at støtte en bedre kontakt til mennesker med hørehallucinationer.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut,  
 MPF og sygeplejerske.



## To gode og mange selvgode

Redigeret af Kirsten Frederiksen,  
Jette Møller-Madsen,  
Karin Perregaard, Ulli Zeitler,  
Githa Ølsgaard

### Perspektiver på faglighed

Århus: Udviklingsinitiativet for  
Sygeplejerskeuddannelsen  
i Århus Amt 2006  
316 sider, 149 kr.  
ISBN 87-9899-188-4



To artikler i denne antologi skiller sig ud og rykker ved den traditionelle opfattelse af faglighed i sygeplejen.

I "Sygepleje – som selvstændigt fag?" af Karin Anna Petersen er udgangspunktet et videnskabshistorisk tilbageblik, som forklarer baggrunden for opbygningen af den nuværende universitetsstruktur og herigennem implicit sygeplejens problemer med at finde sit ståsted i den akademiske verden.

Petersen henviser til en videnskabsteoretisk diskussion af faget audiologopædi, der som et nyt fag har opnået status som selvstændigt fag ved humanistisk fakultet, og hun drager paralleller til sygeplejen. Audiologopædi løser konkret definerede opgaver i samfundet vedrørende menneskers funktionelle høretab, og faget sidestilles med de traditionelle praktiske embedsmandsfag teologi, medicin og jura. Der argumenteres for paralleller mellem diskussionen om forskelle mellem audiologopædi og specialpædagogik til diskussionen inden for sygeplejen om forskellen mellem klinisk sygepleje/specialsygepleje og grundlæggende sygepleje. Diskussionen handler bl.a. om, hvilke opgaver som er bestemt ud fra et samfundsmæssigt behov, og dermed hvilke specifikke kompetencer og opgaver der hører sammen.

Med andre ord en diskussion om, på hvilket mandat konkrete opgaver i sundhedsvæsenet kan eller skal løses af medarbejdere med en bestemt uddannelsesmæssig baggrund.

Artiklen stiller dermed spørgsmål ved, om sygeplejen som fag gør sig selv en bjørnetjeneste ved at holde fast i en traditionel forståelse af sygeplejen som erkendelsesfag. Det er en meget velkrevet tekst med gode forklaringer og modeller.

I artiklen "Det muliges kunst" af Birte Glinsvad er omdrejningspunktet en forståelse af sygeplejens position i det sociale

rum. Udgangspunktet for artiklen er et forsøg på at forstå Dansk Sygeplejeråds afvisning af en uddannelsesbetænkning fra 1975, hvor der forelå et forslag til en ny grunduddannelse tilrettelagt som et studium. Forfatteren argumenterer med Pierre Bourdieus teoretiske begrebsapparat for, at Dansk Sygeplejeråd ikke opfattede akademisering af uddannelsen som en måde at opnå en social position på, men snarere som et middel til at øge den økonomiske kapital gennem lønforhandling, og at denne historiske holdning hos sygeplejerskernes faglige organisation er en medvirkende forklaring på den sociale position, sygeplejen har i dag.

Glinsvad konkluderer, at den samlede mængde økonomiske og uddannelsesmæssige kapital, med reference til Bourdieu, ikke er øget med udviklingen af sygeplejerskeuddannelsen til en professionsbacheloruddannelse. Det ses konkret ved, at professionsbachelorer i det universitære system ikke respekteres fuldt ud som andre bachelorer, idet adgangen til et kandidatstudium for professionsbachelorer i sygepleje er begrænset til sygeplejerskernes eget kandidatstudium. Også en god, overskuelig tekst med et tydeligt fokus.

Antologien har uddannelsen af sygeplejersker som fokus, men disse to artikler kan pga. indholdet også appellere til sygeplejersker, som arbejder i andre områder af faget, tror jeg.

Artiklerne er også interessante, hvis man leder efter en forklaring på, at en kandidatgrad eller en mastergrad i sygepleje ikke nyder samme respekt som en egentlig universitetsgrad.

De øvrige elleve artikler når ikke de nævnte til sokkeholderne i nytænkning og originalitet. Valget af interessante bidragydere fra sygeplejen og fra traditionelle støttefag er der ikke noget i vejen med. Men teksterne er generelt lidt kedelige og selvgode uden at have et kritisk blik på egen praksis eller vidensproduktion.

Redaktionsgruppen skulle overveje signaltværdien af indpakningen på antologien. Den matsorte forside med bleggrønt vandfald nærmer sig indtrykket af en bibel. Sygeplejen kommer på den måde til at tage sig meget højtidelig ud, og det flytter ikke tanker, når vi taler perspektiver på faglighed.

Af Lisbeth Bøggild, sygeplejerske,  
SD, konsulent.



Anæstesi, intensiv & kirurgi  
Flere end 20.000 artikler



- Blodtryksapparater
- El-kirurgiapparater
- Endoskopisk udstyr
- Instrumenter
- Instrumentservice
- Kvalitetsstyrings system
- Laserkirurgi
- Euro steril container systemer
- Operations- & diagnostiklamper
- Op kirurgisøjler
- Implantater til: Maxillofacial-, oral-, skulder, albue-, hånd- & fodkirurgi
- Pulsoximetre, prober & kabler
- Røgsug systemer
- Service & montage
- TV-, TFT monitorer & kamerasystemer

Kontakt os venligst for mere information ☎ 7026 0004



# Jeg håber, at det er en drøm!

Jeg er et ikke troende menneske, og jeg gør mig ingen forhåbninger om, at der ligger et paradys og venter efter mit jordiske liv. Det ville være dejligt med et skud mere i bøssen, men jeg tror, at jeg må nøjes med at nyde dette liv. En konklusion, der gør, at jeg med mellemrum bliver ramt af vemod over, at jeg en dag ikke skal opleve mere. Specielt tanken om, at jeg skulle dø, før jeg blev gammel, kan skræmme mig.

Nu er denne dødsangst light dog ved at blive overhalet inden om af angsten for at ende mit liv på et plejehjem. Min første skælven blev vakt til live, da en bekendt i sommer flyttede på plejehjem. Hun har fået parkinsonisme og trænger til støtte. Det var forstemmende at se, hvordan et stolt gammelt menneske efter en uge var udstyret med en bamseble og ordren "tis i bleen," fordi medarbejderne ikke havde ressourcer til at hjælpe hende på toiletet. Det krævede ikke det store logistiske talent at regne ud, at de stakkels medarbejdere midt i

sommerferieperioden ikke havde hænder nok til at hjælpe beboerne tilstrækkeligt. Men tænk, at vi i vores velfærdssamfund kan være bekendt at prioritere vores gamle mennesker så lavt. Min plejhjemsangst nærmede sig en kronisk tilstand, da jeg i januar læste bladet Fag og Arbejde, hvor der var et interview med gerontopsykiater *Nils Gulmann*. Det var læsning, der fik sat fut i mine neuroser. Ca. hver tredje på de danske plejehjem får antipsykotisk medicin. Deriblandt mange demente, selvom undersøgelser viser, at effekten af antipsykotisk medicin til demente er begrænset. Medicinen bruges ofte, fordi beboeren er rastløs eller søger væk fra plejhjemmet. Medicinen har ingen effekt på dette, men hvis man giver så meget medicin, at den demente hverken kan stå eller gå, så er det problem fikset. Man fjerner ikke lysten til at gå, men evnen. Den antipsykotiske medicin anvendes altså ikke på grund af sin virkning, men udelukkende pga. sine bivirkninger: træthed, muskeltivhed, langsomme bevægelser og problemer med finmotorik. Det er lægerne, der i sidste ende har ansvaret for at ordinere medicinen, men det er interessant at spørge sig selv, hvilket ansvar sygeplejersker rundt om i landet har for denne urimelige medicinering. Hvilke sygeplejeobservationer kvalificerer lægens ordinationer, og hvilket pres lægger

**"Det er vigtigt, at vi som sygeplejersker tager ansvar for, at medicin ikke misbruges."**

plejepersonalet på lægen for at få denne til at løse deres ressourceproblemer ved at udstyre besværlige demente plejhjemsbeboere med en kemisk spændetrøje? Det er vigtigt, at vi som sygeplejersker tager ansvar for, at medicin ikke misbruges. Udgangspunktet for god medicinering er, at medicin ikke er noget, der gives, men noget, der tages. Ideelt set skal borgeren være så velinformeret om medicinens forventede virkninger og bivirkninger, at denne kan holde fordele op imod ulemper og dermed selv træffe beslutningen om at tage medicinen. Når det drejer sig om medicin, der indvirker på psyken, så er det langtfra nogen nem opgave, da der er så mange faktorer, der også påvirker psyken. Når borgeren på grund af demens ikke er i stand til at træffe disse valg, stiller det nogle særlige krav til os om at være omhyggelige med at vurdere virkninger og bivirkninger. Det kan i en travl hverdag være svært at skelne mellem, om et aggressivt menneske er begrundet vredt på grund af nogle

virkelige oplevelser, eller om vreden udelukkende opstår på grund af en psykose. Det kræver tid og nærvær at afklare dette, og vores indsats vil være vidt forskellig, afhængigt af hvilken konklusion vi drager. Det bekymrer mig derfor, at det er gerontopsykiater *Nils Gulmanns* vurdering, at der blandt plejepersonalet er en tilbøjelighed til at se uro hos demente som en sygdomsmanifestation, der gør det legalt at behandle dem med psykofarmaka. Det er her, mine svedige natlige mareridt begynder at dukke op igen. I drømmen ser jeg mig selv ligge stiv og hjælpeløs på plejhjemssengen iført en fornuftig størrelse bamseble. Fjernt i de kemiske tåger hører jeg lægen og sygeplejersken diskutere min medicinering. "Han ligger nu dejlig roligt i sengen, efter at vi skruede op for medicinen. Han har været dorsøgende et par gange i sidste uge, men han er heldigvis så stivbenet og omtåget, at han hverken kan gå eller ramme døren."

Min eneste trøst er, at skulle dette mareridt blive virkelighed, så er der god sandsynlighed for, at jeg vil blive beroliget, da 20-30 pct. af landets plejhjemsbeboere får beroligende medicin i form af benzodiazepiner.

*redaktionen@dss.dk*

## 5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:

Klummen "Fem faglige minutter" er en personlig tekst, som gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver skal ikke følge almindelige journalistiske krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger.

*Redaktionen.*



Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
cand.cur.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,  
sygeplejerske, for-  
stander på botilbud-  
det Slotsvænget,  
Hillerød.



Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
cand.scient.soc.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,  
sygeplejerske.  
Leder af visitations-  
gruppen i Frederiks-  
værk Kommune.