

ERFARINGER MED KVALITETSVURDERING AF KLINISKE RETNINGSLINJER

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 24 » 28. NOVEMBER 2008 » 108. ÅRGANG

TEMA

## LÆR AT SIGE UNDSKYLD

KORT NYT

**Svær start for  
udenlandske  
sygeplejersker**

**Ernæringsterapi  
giver ældre sul  
på kroppen**

**Nyt om konflikt-  
understøttelse og  
konfliktkontingent  
Side 13-15**



**Gør hele verden til  
din arbejdsplads →**

**AT FÅ HJÆLP TIL AT SPISE – EN UNDERSØGELSE AF RYGMARVSSKADEDES OPLEVELSER**

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

# LÆR AT SIGE UNDSKYLD

Når man har skadet en anden, så siger man undskyld. Dansk Selskab for Patientsikkerhed igangsatte sidste år kampagnen "Sig Undskyld", som skal lære læger, sygeplejersker og andre fagpersoner at sige undskyld, når der sker fejl. I det danske sundhedsvæsen går der mange historier om fagpersoner, der dækker over hinanden for at undgå at indrømme fejl, men den form for misforståede kollegiale hensyn er på retur, mener ledende oversygeplejerske Ady Kjærsgaard på gynækologisk/obstetrisk afdeling på Roskilde Sygehus, der er pilotafdeling for Sig Undskyld-projektet. Mød også kvinden, der i 15 år har båret på en tung følelse af vrede, fordi hun mistede sin voksne datter i forbindelse med en fødsel, hvor der blev givet forkert blod.

LÆS TEMAET SIDE 16

## 22 På job – Ældre får hjælp til at fylde energidepoterne op

Hjemmeplejen Fogedgården på Nørrebro i Københavns Kommune hjælper deres borgere med at tage på og stabilisere deres vægt for at styrke immunforsvaret og give mere livskvalitet.

## 26 Udfordringen – Det endte oftest med en ble



Personalets viden om inkontinens varierede, og langt fra alle inkontinente borgere i Sønderborg Kommune fik den hjælp, de havde krav på. Det har to fuldtidsansatte kontinenssygeplejersker lavet om på.

## 32 Holdepunkt – Børn og unge fortjener specialiseret pleje

Som leder af Rigshospitalets Børne-Ungdoms Program arbejder sygeplejerske Charlotte Blix på 13. år for, at de mere end 16.000 børn og unge, som hospitalet behandler hvert år, får en ensartet og specialiseret pleje og behandling, uanset hvilken afdeling de er tilknyttet.



## Hele verden som arbejdsplads

Drømmer du om at blive udfordret som sygeplejerske i et fjernt og anderledes land? Som sygeplejerske kan du gøre hele verden til din arbejdsplads. Hent inspiration fra nogle af dem, der har ført tanken til handling og få gode råd til at organisere din rejse.

LÆS SIDE 28

Månedens gode råd

LÆS SÅDAN SIDE 35



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

# At få hjælp til at spise

- en undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser

Hjælp til at spise eller assisteret spisning er det udtryk, personer med rygmarvsskade selv foretrækker om den hjælp, de skal have resten af livet for ikke at dø af sult.

Artiklens forfatter har skrevet en ph.d.-afhandling om at få hjælp til at spise på baggrund af interview med og observation af mennesker med rygmarvsskade i eget hjem. Det er der kommet en række tankevækkende udsagn ud af, som sygeplejersker kan bruge i plejen, også selv om de ikke arbejder med denne gruppe patienter.

Konklusionen er, at alle patienter og beboere, som skal have hjælp til at indtage et måltid, skal opleve, at der er fokus på måltidets sanselige sider og ikke kun på teknik. De skal spise, ikke spises af.

Se desuden artiklen "Assisteret spisning" side 44 samt meddelelsen om Bente Martinsens ph.d.-forsvar side 78.

**LÆS SIDE 46**



FOTO: SØREN HOLM

46

"Hjælpemidler bliver ikke tildelt, fordi de eksisterer, og fordi der er borgere, som kan bruge dem. Men sådan forholder det sig ikke med operationer og behandlinger. Her tilbyder man behandlinger i form af operationer, fordi de eksisterer, men uden at vide, om de hjælper."

**LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66**


## FAG

### 52 Mesterlære og refleksion gennem vejledning

En vejledningsmodel med afsæt i mesterlæreprincipper og den gode samtale kan tage højde for nogle af de behov, nutidens unge har under sygeplejerskeuddannelsen.

### 56 Erfaringer med kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer

Kliniske retningslinjer udarbejdes bedst i et tæt samarbejde mellem erfarne kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med uddannelse i videnskabelig metode.

 "Hendes pointe er, at det er meget svært at hoppe af toget, ud af patientrollen og skabe et nyt liv uden sygdom. Det kræver hjælp, styrke og ikke mindst mod. For hvordan vil det gå uden den beskyttende omsorg fra personalet?"

**LÆS ANMELDELSERNE SIDE 62**

## I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 36 Dansk Sygeplejeråd mener
- 37 Debat
- 40 Navne/In memoriam
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 45 Resuméer
- 50 Agenda
- 55 Testen
- 62 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 78 Kurser/Møder/Meddelelser

## Tag ansvaret på dig

I denne udgave af *Sygeplejersken* tager vi emnet "at sige undskyld" op. Vi skriver om undskyldningen i forbindelse med patientforløb, og vi bringer historien om *Gunhild Warming*, der mistede sin voksne datter for 15 år siden og aldrig fik en undskyldning af den læge, der ordinerede forkert blod til hendes datter.

"Sig undskyld"-kampagnen, som Dansk Selskab for Patient-sikkerhed står i spidsen for, sætter fokus på emnet, og sekretariatschef *Beth Lilja* siger, at en af grundene til, at det kan være svært at få en undskyldning som patient eller pårørende, er, at undskyldninger ikke har været traditionen. Bl.a. på grund af myter om, at man pådrager sig et ansvar, hvis man siger undskyld. Den myte skal aflives, mener *Beth Lilja*.

Det er på vej, siger flere, *Sygeplejersken* har talt med.

Jeg kan nu godt forstå, at det kan være svært det der med at sige undskyld.

Hvis jeg laver en kommafejl eller staver et ord forkert, så får det næppe fatale konsekvenser for andre. Det er nemt at komme videre derfra. Men hvis man måler en milliliter forkert eller vælger den forkerte blodtype, kan udfaldet blive rigtig skidt.

Særligt hvis du er ansat i sundhedsvæsenet.

For det er ikke legoklodser eller gulerødder, sundhedsvæsenet arbejder med, men liv, sundhed og død. Alvoren til trods.

At give en undskyldning kan være både befriende og styrkende. Måske bliver du ligefrem stærkere af at tage ansvaret på dig.

Læs hvordan i temaet på side 16.

God læselyst.



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



## Værdifuld uden



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST  
FOTO: PALLE PETER SKOV

**Svær start.** Mens Region Syddanmark planlægger at hente 200 udenlandske sygeplejersker til landet, har en polsk sygeplejerske i Sønderjylland problemer med at blive integreret på arbejdsmarkedet. Hun er ikke alene, og derfor opfordrer formand i Kreds Syddanmark *Anni Pilgaard* til nytænkning.

Polske *Joanna Sujak* har boet i Danmark i to år. Hun er 37 år og uddannet sygeplejerske med næsten 15 års erfaring. Den danske autorisation fik hun efter ganske få måneder, men trods flere forsøg har hun nu opgivet at få job som sygeplejerske på et dansk sygehus. Selvom hun fra begyndelsen har gået til dansk tre dage om ugen, er sproget stadig den store barriere, fortæller hun med hjælp fra sin mand *Marek Sujak*.

"I begyndelsen tog mine danske kolleger hensyn og tog sig tid til at hjælpe mig. Men de betragtede mig hurtigt som en normal kollega, og så gik det galt, fordi jeg ikke kunne forstå dem og patienterne godt nok," forklarer *Joanna Sujak*.

Omvendt er det svært at lære ordentligt dansk uden job og danske kolleger. Parret har været i kontakt med deres kommune og lokale jobcenter for at høre nærmere om muligheder for jobtræning og i yderste konsekvens kontanthjælp, men da *Marek Sujak* har forsørgerpligt, er der ingen hjælp at hente.

"Det bedste ville være, hvis jeg kunne blive ansat i en form for jobtilbud på en mindre travl afdeling. Hvis jeg var blandt andre sygeplejersker og patienter hver dag, ville jeg blive tvunget til at tale dansk og stille og roligt blive bedre til det," siger hun.

Formand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Syd-

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



Journalist  
**Rebekka Holm Andersen**  
rea@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4184



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



Journalist  
**Katrine Birkedal Christensen** (DJ)  
kbc@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4194



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



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



# landsk arbejdskraft tabes på gulvet



Mandag den 17. november 2008 kunne Jyske Vestkysten fortælle, at det koster omkring 100.000 kr. pr. læge eller sygeplejerske at få rekrutteret udenlandsk sundhedspersonale til Region Syddanmark. Det sætter Joanna Sujaks situation i et endnu mere absurd perspektiv, mener ægteparret.

danmark *Anni Pilgaard* kender Joanna Sujak privat og var bl.a. hoveddrivkraften i, at en medicinsk afdeling i Region Syddanmark ansatte den polske sygeplejerske ulønnet på prøve, men som sagt uden held, og det beklager Anni Pilgaard.

"Der var gode hensigter fra alle sider, men det lykkedes ikke. Det er helt fair, at hun skal kunne sproget ordentligt, men jeg synes, det er ærgerligt, at vi ikke har en form for indslusningsstillinger til sygeplejersker som hende," siger Anni Pilgaard, der har kendskab til mindst to lignende polske skæbner i Region Syddanmark.

## Integrationsstillinger

Anni Pilgaard undrer sig f.eks. over, hvorfor regionens sygehuse ikke opretter nogle af de

såkaldte integrationsstillinger i samarbejde med de udenlandske sygeplejerskers bopælskommuner. Stillingerne er netop designet til, at indvandrere med manglende sprogkundskaber eller manglende faglige kompetencer bliver ansat i en ordinær stilling, hvor der i et år indgår et opkvalificerings- og oplæringsforløb.

"Det er jo en oplagt løsning. Det er mig en gåde, hvorfor en veluddannet sygeplejerske skal gå arbejdsløs så længe, når nu vi mangler sygeplejersker," siger hun.

Chefkonsulent i Region Syddanmark, *Annette Lunde Stougaard*, arbejder bl.a. med regionens rekruttering af udenlandsk arbejdskraft. Hun kender ikke den konkrete sag, men medgiver, at det kan være svært at integrere udenlandske sygeplejersker på re-

gionens sygehuse. Konkret skal sygehusene selv planlægge deres integrationsforløb og sprogundervisning, og ofte ligger ansvaret for den vellykkede integration helt ude i de enkelte afdelinger.

"I sidste ende er det derfor altid en afvejning af, hvad den enkelte afdeling har overskud til, og her er mange nok i øjeblikket fanget i en ond cirkel. Vi har brug for flere sygeplejersker, men der skal også være nogle til at tage sig af dem, og det er langtfra tilfældet på alle afdelinger i dag," siger Annette Lunde Stougaard, der ikke kender til de omtalte integrationsstillinger, men vil undersøge dem nærmere.

## 200 nye på vej hertil

De 200 sygeplejersker, som Region Syddanmark har planer om at rekruttere fra Tyskland og Østrig i nærmeste fremtid, vil bl.a. alle blive tilbudt intensiv sprogundervisning og langsomt blive sluset ud i afdelingerne.

"Men det er vigtigt at understrege, at rekrutteringen ikke foregår over en nat. En del af formålet er netop i løbet af de næste par år at opbygge de kompetencer, der skal til for at modtage udenlandske kolleger både centralt og lokalt. Det er jo absurd, at vi har sygeplejersker gående, som vi ikke kan integrere, fordi vi ikke kan få lært dem sproget."

Med tiden vil kompetencerne altså også kunne blive brugt til at integrere udenlandske sygeplejersker som Joanna Sujak. I dag arbejder hun frivilligt og ulønnet på et plejehjem to dage om ugen, mens hun stadig går til dansk tre dage om ugen. Lykkes det hende ikke at få job som sygeplejerske inden 1. januar 2009, må hun finde et ufaglært job af hensyn til familiens økonomi.

*cso@dsr.dk*

Journalist  
**Christina Sommer** (DJ)  
cso@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4264



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



Sekretær  
**Helle Refsgaard Amstrup**  
hra@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4035



Sekretær  
**Anette Olsen**  
ao@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4183



Journalist  
**Britta Søndergaard** (DJ)  
bso@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4261



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



Sekretær  
**Birgit Nielsen**  
bn@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4186



Webkoordinator  
**Sabina Ringqvist**  
sr@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4191



# Medicinske patienter skal ud af sengene

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Politisk vilje.** I sidste nummer af *Sygeplejersken* kortlagde vi omfanget af overbelægning på de medicinske afdelinger og færdigbehandlede patienter, der ikke kan udskrives. Hvad vil sundhedsministeren gøre ved problemerne?

En analyse fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 52.000 sengedage på medicinske afdelinger blev optaget af færdigbehandlede patienter i 2007. Hvad skal der gøres for, at patienterne kommer hurtigere ud af sengene?

"Kommunerne skal blive bedre til at tage imod patienterne. De har fokus på problemet, men der skal bedre planlægning til. Det er et emne, vi løbende drøfter under økonomiforhandlingerne med kommunerne."

Hvad siger du til Dansk Sygeplejeråds forslag om at afsætte en milliard ekstra til det medicinske område, så der kan oprettes

flere senge og bedre tilbud i kommunerne?

"Hovedproblemet er ikke penge, men dårlig organisering. Hele regeringens kvalitetsreform går ud på at skabe bedre arbejdsmiljø, nogle bedre sygehuse og bedre behandlingsforløb. Et eksempel er det nye medicinerhus i Aalborg. Her har bedre fysiske rammer og ny arbejdsorganisering betydet færre infektionsbårne sygdomme, kortere liggetid for patienterne og lavere sygefravær blandt personalet. Der findes ikke noget columbusæg, der kan løse problemerne på det medicinske område. Vi må arbejde over en bred front med bedre hospitaler, bedre tilbud om forebyggelse og egenomsorg hos de praktiserende læger samt bedre koordinering mellem kommuner og sygehuse."

Kan du forstå de fagfolk, der siger, at det medicinske område er samfundets dårlige samvittighed, og at sundhedsvæsenet pri-



FOTO: HELE MOOS

Forebyggelsen skal styrkes. Kun på den måde kan presset på de medicinske afdelinger lettes. Sådan lyder udmeldingen fra sundheds- og forebyggelsesminister Jakob Axel Nielsen (K).

oriterer de kirurgiske patienter og kræftpatienter højere?

"Nej. De medicinske patienter har ikke de samme behandlingsrettigheder som f.eks. kirurgiske patienter, der er omfattet af ventetidsgarantien. Men derfor er de bestemt ikke en underprioriteret gruppe. Som regering har vi gjort meget for de medicinske patienter. Der er netop afsat 500 mio. kr. på næste års finanslov til de kroniske patienter. Fra 2004 til 2006 blev der afsat 210 mio. kr. ekstra til de ældre medicinske patienter, og samtidig er der i den seneste finanslov bevilget penge

til indførelse af medicinkort, der bl.a. kan forhindre fejlmedicinering."

Når man spørger sygeplejersker, siger mange, at det medicinske område er fanget i en ond cirkel med overbelægning og pressede arbejdsforhold. Kan du forstå det synspunkt?

"Det holder ikke, at det medicinske område er samfundets dårlige samvittighed. Men derfor kan jeg godt have ondt af dem ude på afdelingerne, der render meget stærkt. Vi skal aflaste de ansatte på de medicinske afdelinger ved at sørge for bedre organisering og bedre forebyggelse."

Men uanset hvor meget der forebygges, så bliver der flere ældre, som kræver behandling?

"Ja, vi er under pres fra demografien. Men vi er også under pres, fordi der bliver færre og færre i den arbejdsdygtige alder. Forebyggelse er helt nødvendig. Vi er nødt til at undgå, at der kommer for mange patienter på sygehuse."

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



**"De medicinske patienter har ikke de samme behandlingsrettigheder som f.eks. kirurgiske patienter, der er omfattet af ventetidsgarantien. Men derfor er de bestemt ikke en underprioriteret gruppe."**

Jakob Axel Nielsen, sundhedsminister (K).

**Personalepleje.** Centralkøkkenet på Herlev Hospital den 19. november ved 12-tiden. Bæreposer med bøf stroganoff, timianmarineret kylling, kalv i paprika, risalamande og meget andet godt bliver pakket som take-away mad til personalet. De 4.000 ansatte har siden 1. november kunnet bestille færdiglavet mad fra centralkøkkenet lige til at varme op derhjemme, og ordningen har været en succes fra starten, hvor ca. 240 ansatte har købt mad hver dag. Man bestiller via en hjemmeside og kan hente maden i køkkenet færdigpakket og næringsdeklareret.

(sbk)



FOTO: MORTEN NILSSON

# Måske kan vi lære noget af de udenlandske sygeplejersker

**Velkomne kolleger.** Det danske sundhedsvæsen er for alvor begyndt at hente udenlandske sygeplejersker hertil for at afhjælpe sygeplejerskemangelen. En god løsning, synes en række sygeplejersker.

FOTO: KESSEN MØLLER HANSEN



## Janne Rygaard, sygeplejerske, kardiologisk afdeling B1, Skejby Sygehus

*Vil udenlandske sygeplejersker være en god løsning på din arbejdsplads, hvis I på et tidspunkt står med en række ubesatte stillinger?*

"Der er jo ikke andre muligheder i øjeblikket, men det er ikke løsningen på længere sigt, der må vi have flere over i faget. Det giver jo mange forviklinger. Især med sproget, for fagligt er de knalddygtige. Det oplevede jeg, da jeg var studerende i en afdeling, hvor der var nogle."

*Er der særlige områder inden for sygeplejen, hvor du ikke mener, man bør bruge udenlandske sygeplejersker?*

"Egentlig ikke, men der kan godt være steder, f.eks. i ældreplejen, hvor det giver særlige problemer. Fordi de ældre måske vil give lettere op end andre, hvis de ikke forstår, hvad der bliver sagt."

FOTO: THOMAS SONDERGAARD



## Gitte Vinther, afdelingssygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling P5, Regionshospitalet Horsens

*Vil udenlandske sygeplejersker være en god løsning på sygeplejerskemangelen på din arbejdsplads?*

"Ja, men jeg kan godt frygte, at der kan blive sprogvanskeligheder, både i forhold til os og i forhold til patienterne. Problemet er størst i forhold til patienterne, indbyrdes har vi nok bedre muligheder for at få tingene til at falde på plads."

*Er der særlige områder inden for sygeplejen, hvor du ikke mener, man bør bruge udenlandske sygeplejersker?*

"Måske når det gælder ældre mennesker. Men jeg synes helt klart, at det er en god løsning. Ellers skal vi andre jo løbe dobbelt så hurtigt. Og det bliver da også spændende, måske ved de noget, vi ikke ved. Så vi kan lære noget af dem."

## Lisbeth Hansen, afdelingssygeplejerske, ortopædkirurgisk afdeling P5, Regionshospitalet Horsens

*Vil udenlandske sygeplejersker være en god løsning på din arbejdsplads?*

"Ja, og vi står faktisk for at skulle modtage en del tyske sygeplejersker her i Horsens. Nogle er allerede startet andre steder i huset."

*Er der særlige områder inden for sygeplejen, hvor du ikke mener, man bør bruge udenlandske sygeplejersker?*

"Nej, men det kræver da noget at få dem integreret. Der kan både være sproglige barrierer og kulturelle – der er jo steder i verden, hvor man f.eks. har et andet menneskesyn, end vi har."

De tyske sygeplejersker, der bliver ansat her, har været på studiebesøg først, de får sprogundervisning, inden de starter, et tre måneders introduktionsprogram, og sprogundervisningen fortsætter under introduktionsprogrammet.

De får også mentorer, både fagligt og socialt, og det mener jeg er vigtigt. At man hjælper hele vejen rundt, også socialt og med praktiske ting som bank, boligsituation osv."



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

## Maria Quistgaard Eskildsen, hjemme-sygeplejerske, Horsens Kommune

*Vil udenlandske sygeplejersker være en god løsning på din arbejdsplads, hvis I på et tidspunkt står med en række ubesatte stillinger?*

"Det kunne godt være en mulighed, hvis der ikke var andre løsninger. I så fald må det være et krav, at man kan kommunikere på et dansk, som borgerne kan forstå. Vi kommer jo hos ældre mennesker."

*Er der særlige områder inden for sygeplejen, hvor du ikke mener, man bør bruge udenlandske sygeplejersker?*

"Nej, egentlig ikke, forudsat at det sproglige er i orden. Kommunikation er en del af sygeplejen, som ikke kan undværes, og jeg har svært ved at se nogen områder overhovedet, hvor man kan fungere, hvis man ikke kan kommunikere mundtligt."



FOTO: KESSEN MØLLER HANSEN

## Sov sygefravær og hovedpine væk

På Næstved Sygehus er powernapping blevet en fast og uundværlig del af de hårde nattevagter på sygehuset. Og de korte hvileperioder på 25-30 min. har ifølge ledende oversygeplejerske *Kirsten Holgersen* en stor del af æren for, at det er lykkedes at nedbringe sygefraværet på sygehuset fra 2006 til 2007 fra 7,6 til 5,2 pct., skriver dagbladet Politiken den 12. november 2008. Den 29-årige sygeplejerske *Mette Christensen* har mange års erfaring som nattevagt og udtaler bl.a.: "Det er utroligt, så meget det betyder, vi kan lægge os ind under en dyne i en halv time og lukke øjnene ... faktisk har jeg ikke haft hovedpine, efter vi er begyndt at powernappe på nattevagterne." (CSO)

## Vidste du at ...

... nyhedsudsendelsen på DR1 kl. 18.30 har en hjemmesygeplejerske som målgruppe? I konceptet hedder den fiktive hjemmesygeplejerske Birthe. Birthe er engageret og vil også gerne holdes orienteret, men hun går lidt frem og tilbage, mens hun laver mad, og sidder ikke klinet til skærmen.

(sbk)

Kilde: Interview med journalist *Mette Fugl* i Politiken.

# Ernæringsterapi giver ældre sul på kroppen

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

**Masser af kalorier.** De ældre medborgere tager på og får mere livskvalitet med ernæringsterapi, viser erfaringer fra hjemmeplejen på Nørrebro i København.

Hønsesalat, æggesalat, remoulade og mayonnaise, det er normalt det, ernæringseksperter fraråder danskerne at spise. Men sådan ser det ikke ud i hjemmeplejen på Nørrebro, hvor de ældre bliver rådet til at vende kostpyramiden på hovedet og tænke i kalorier for at øge vægten. I 2004 blev der vedtaget en kostpolitik på ældreområdet i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, og ernæringsterapi er nu et fast tilbud til ældre borgere i Københavns Kommune.

Det øgede fokus på vægt og appetit har givet positive resultater fortæller *Mette Frøsig*, kostkonsulent ved Ældrekontorerne Bispebjerg/Nørrebro og Østerbro.

"Vi behandler omkring 800 borgere om året i Københavns Kommune, og 74 pct. af de ældre, der har været igennem et forløb med ernæringsterapi, har stabiliseret eller øget deres vægt," siger hun.

Resultaterne fra hjemmeplejen på Nørrebro i København er tydelige. 74 pct. af de æl-



74 procent af de ældre, der har været igennem et forløb med ernæringsterapi, har stabiliseret eller øget deres vægt.

dre, der har været igennem et forløb med ernæringsterapi, har i gennemsnit stabiliseret eller øget deres vægt. Den gennemsnitlige vægtøgning ved et forløb med ernæringsterapi er på Nørrebro 4,9 kg.

Ernæringsterapi er et forløb, hvor en sygeplejerske screener, rådgiver borgeren om mad og måltider og afdækker eventuelle årsager til vægttabet. I samarbejde sætter sygeplejersken og borgeren mål for, hvordan den ældre øger sin vægt og appetit.

"Det er et tilbud til borgeren om at få hjælp til at komme op i vægt og på den måde bl.a. få styrket sit immunforsvar og funktionsniveau," siger kostkonsulent, *Mette Frøsig*.

De ældres undervægt skyldes eksempelvis indlæggelser på hospitalet, depression eller dårlige tænder:

"Udfordringen er at gå ind og finde ud af, hvad årsagen er til vægttabet og hjælpe der, hvor problemet stammer fra," siger hun.

82-årige *Aage Hansen* er i gang med et forløb på Nørrebro, hvor han gerne vil tage 10 kg på.

"Det har haft en stor betydning for mig, fordi det betyder, at jeg spiser det, jeg skal. Der er også en forskel at se på vægten, selvom jeg kun har været i gang i en måned," siger han.

Læs også "På job" om ernæringsterapi på Nørrebro på side 24.



Mennesker vil altid huske, hvordan du hjalp dem

**Nye udgaver, flere gode egenskaber**

Ligesom de kendte ALLEVYN forbindinger har nyhederne ALLEVYN Gentle, ALLEVYN Gentle Border og ALLEVYN Ag egenskaber, der giver optimal væskehåndtering og hurtigt læger væskende sår. Den avancerede ALLEVYN teknologi kombineret med nye fordele gør valget lettere for dig.



Wound Management  
Smith & Nephew  
Slotsmarken 14  
2970 Hørsholm

Telefon +45 4581 6100  
Fax +45 4581 6151  
mail: sn.dk@smith-nephew.com  
www.allevyn.com



**smith&nephew**  
**ALLEVYN**<sup>®</sup>  
Wound Dressings



## EN GEDIGEN LOKUMSAFTALE

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

### ««« TILBAGEBLIK

**Genbrug?** Politireform, lægehelikoptere, strejkepukkel, ældreomad og uhumske skoletoiletter er topscorere i næste års finanslov. Ifølge mange medier ligner forliget meget de foregående syv, og det var næppe gået over i historien uden en særlig pulje på 100 mio. kr. til renovering af uhumske toiletter.

Godt fire år efter, at *Sygeplejersken* som et af de første medier afdækkede folkeskolernes uhumske toiletforhold, kom de til at spille en hovedrolle i regeringens netop indgåede finanslovsaftale med Dansk Folkeparti og Liberal Alliance. Forligsparterne har nemlig afsat 100 mio. kr. til at renovere toiletter for.

"Vi gider ikke høre mere om nedslidte toiletter, og vi gider ikke høre flere undskyldninger fra borgmestre, der ikke kan finde ud af at have en ordentlig toiletstandard på deres skoler og daginstitutioner," sagde finansminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) i flere medier dagen efter, at forliget kom i hus.

Ifølge *Morgenavisen Jyllands-Posten* er der bl.a. også afsat 100 mio. kr. til nedbringelse af behandlingspuklen på landets sygehuse efter forårets strejke, 100 mio. kr. til lægehelikoptere i landets yderområder, et prisloft på 3.000 kr. for ældreomad på plejehjem, mens politiet får 850 mio. kr. ekstra til at få politireformen til at virke.

Mange medier mener, at finansloven 2009 næppe ville være gået over i historien, hvis det ikke havde været for toiletpuljen. "Det er så defensivt, at det i sin enkelthed kommer til at symbolisere den tiltagende initiativkrise, som Fogh-regeringen befinder sig i," skriver *Information* bl.a. i sin ledende artikel den 11. november 2008. Vanen tro er oppositionen heller ikke imponeret over finansloven. I Politiken samme dag kritiserer Socialdemokraterne og de radikale regeringen for ikke at tage den aktuelle finanskrisen alvorligt. Desuden påpeger flere, at de 100 mio. kr. til toiletrenovering for det første slet ikke forstår og derudover er genbrug. De 100 mio. kr. bliver



ifølge bl.a. økonom i Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, *Martin Madsen*, taget fra kommunerne selv, da de er en del af det beløb, som regeringen allerede har afsat til kommunerne i Kvalitetsreformen sidste år.

Så spørgsmålet er, om den såkaldte lokumsaftale resulterer i meget mere end den allerede opnåede og i nogle øjnes tvivlsomme placering i højre spalte på Politikens bagside, hvor At Tænke Sig-skrubberne naturligvis har kastet deres satiriske kærlighed over bevillingen til de uhumske toiletter og bl.a. omdøbt finansministeren til *Lars Lokum Rasmussen*.

cso@dsr.dk

## Lektorbedømmelse Slut med deponering og længere ansøgningsfrist

Tjenestemandsansatte undervisere på landets sygeplejerskeuddannelser kan nu ånde lettet op, hvis de overvejer en lektorbedømmelse på den såkaldte overgangsordning. Efter lang tids forsøg er det netop lykkedes Statstjenestemændenes Centralorganisation II i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd at få Personalestyrelsen til at opgive kravet om, at undervisere skal deponere deres opsigelse af tjenestemandsstillingen, mens bedømmelsen finder sted. Det sker efter en konkret sag, hvor en underviser på Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev fik medhold i en klage over deponeringskravet til Undervisningsministeriet. Kravet om, at undervisere på landets sygeplejerskeuddannelser skal lektorbedømmes, blev indført i 2003, og i den forbindelse blev der etableret en overgangsordning for de allerede ansatte, som bl.a. omfattede det nu bortfaldne krav om deponering af opsigelse. Derudover blev parterne enige om at forlænge ansøgningsfristen for lektorbedømmelser på overgangsordningen til 1. august 2009.

(cso)



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

## Redaktionen rykker til Whiskeybæltet

I tre dage i uge 48 rykker hele *Sygeplejerskens* redaktion til Nordsjælland for at tegne et portræt af elitens sundhed i Danmarks tre rigeste kommuner: Gentofte, Hørsholm og Rudersdal. Vi tager på reportage på offentlige og private hospitaler. Vi besøger sundhedsplejen, plastikkirurgen og leder ef-

ter luksusplejehjemmet. Vi møder gymnasieeleverne, mødregruppen og de aktive ældre. Vi vender den sociale ulighed på hovedet og ser på, om det er fakta eller myte, at der findes social ulighed i Danmark. Glæd dig til at læse med i nr. 25, som udkommer den 12. december 2008.

(sbk)

## Anbragte børn har problemer i skolen

9.000 børn i skolealderen er anbragt uden for deres hjem, og de har det vanskeligere i skolen end almindelige børn. Tit har de problemer med at følge med i skolen, og flere må gå en klasse om. 89 pct. af de anbragte børn har psykiske problemer, koncentrationsproblemer, taleproblemer eller konflikter med lærere og andre elever. Det viser opsamlingsrapporten "Anbragte børns undervisning" fra SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

(rea)

## Tolkning giver store problemer

Tre ud af fire læger oplever problemer, når patienterne har en tolk med i konsultationen. Det fremgår af en undersøgelse på otte hospitalsafdelinger og 157 lægepraksis i Region Midtjylland. Mange af lægerne er således i tvivl, om de har forstået patientens symptomer og klager, og de er ikke sikre på, at patienten ved, hvad han eller hun fejler, og hvordan medicinen skal tages. Undersøgelsen viser, at 59 pct. af de praktiserende læger bruger tolk mindst én gang om ugen. Det samme gælder for 21 pct. af hospitalslægerne.

"Det er jo vældig problematisk, hvis den sundhedsprofessionelle ikke kan få et klart billede af pa-

tientens symptomer og klager," siger antropolog *Stina Lou*, der har lavet undersøgelsen for Center for Folkesundhed i Region Midtjylland.

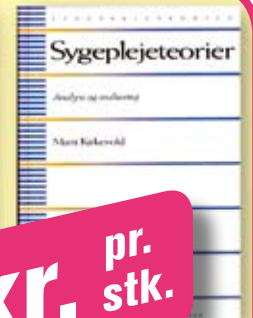
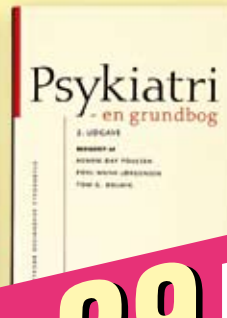
Rapporten kommer med en række anbefalinger til, hvordan læger, sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle kan udvikle et mere professionelt samarbejde med tolkene for at få oversættelsen til at fungere.

Rapporten "Tre er et umage par" kan bestilles eller downloades på [www.centerforfolkesundhed.dk](http://www.centerforfolkesundhed.dk)

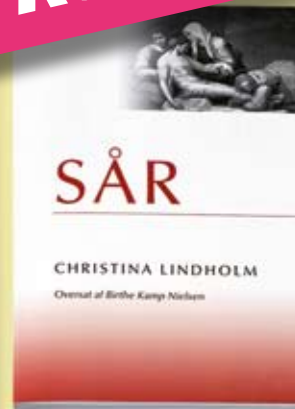
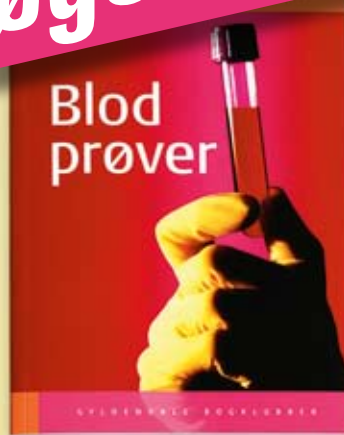
(bso)

"Folk vil ikke se på, at deres pårørende sidder og sander til derhjemme. De ældre selv eller deres pårørende er parate til at bruge penge på at købe privat sygepleje. For blot få år siden købte stort set ingen private sygeplejeydelser, men nu kan vi mærke en stigende interesse for at få privat sygepleje i hjemmet."

Formanden for Foreningen af Sygeplejevikarbureauer i Danmark  
Helle Kinnerup i Morgenavisen Jyllands-Posten.



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



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

**sundhedsprof.dk**



# Har du brug for vejledning om konfliktunderstøttelse?

... så kontakt Dansk Sygeplejeråd på hotline eller i kredsen. I denne tid bliver de sidste opgørelser sendt ud til de medlemmer, der venter på den endelige beregning af konfliktunderstøttelsen.

Nogle af opgørelserne kan kræve en uddybende forklaring, og derfor er medarbejdere i Kvæsthuset og lokalt i kredsene klar med vejledning. Kredsene kan være behjælpelige i forhold til mere generelle forhold omkring konfliktunderstøttelsen, men sagsbehandlingen foregår i Kvæsthuset. Har du meget specifikke spørgsmål til din opgørelse, er det fortsat en god ide at kontakte hotline på 4695 4301.

*Du kan læse mere om konfliktunderstøttelse på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) - her finder du også svar på ofte stillede spørgsmål. Tjek også din lokale kreds hjemmeside for yderligere informationer. Telefonnumre på kredsene finder bagest i bladet.*

(snp)



## Konfliktkontingent frem til foråret 2011



Aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd skal betale konfliktkontingent frem til d. 31. marts 2011. Det har Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse vedtaget på hovedbestyrelsesmødet i november. Indbetalingerne skal gå til Dansk Sygeplejeråds Garantifond.

### Lavere konfliktkontingent

Fra d. 1. januar 2009 og frem til d. 31. marts 2011 skal alle aktive medlemmer af Dansk Sygeplejeråd, udover det ordinære medlemskontingent, betale 200 kr. om måneden i konfliktkontingent.

### Konfliktkontingent sikrer medlemmerne økonomisk kompensation

Garantifonden er sygeplejerskernes strejkekasse. For hver gang Garantifonden under konflikten i 2008 udbetalte 10 kroner, gik de 9 kroner og 40 øre direkte til konfliktunderstøttelse til medlemmerne. Konfliktkontingentet er derfor med til at sikre, at sygeplejersker ved næste overenskomstforhandling også har mulighed for at kæmpe for ligeløn.

### KONFLIKTKONTINGENT 2009-2011

Medlemsstatus	Pr. år	Pr. måned	Betaling
Aktive med ordinært kontingent	2.400,00 kr.	200,00 kr.	pr. måned
Aktive til 50% nedsættelse	1.200,00 kr.	100,00 kr.	pr. måned
Aktive til 25% nedsættelse	600,00 kr.	50,00 kr.	pr. måned

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

## NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

### Hvorfor skal sygeplejerskerne betale konfliktkontingent til 2011?

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN



**Kredsformand  
Vibeke Westh,  
Kreds  
Hovedstaden:**

"Det er nødvendigt at opkræve konfliktkontingent, hvis vi skal have styrke, når vi står over for de næste overenskomstforhandlinger. Vi valgte denne gang at konflikte på en ny måde, hvor alle var udtaget, og hvor de strejkende fik deres sædvanlige løn, og det koster jo. Så kan man have forskelligt syn på, hvor stort et konfliktkontingent så skal være. Men der er ingen tvivl om, at det er nødvendigt at genopbygge Garantifonden til de næste forhandlinger. Konfliktkontingentet kan ikke stå alene. Vi skal overveje, hvilke andre muligheder vi har for at sikre sygeplejerskerne den løn, som vi er værd."



**Kredsformand  
Else Kayser,  
Kreds  
Midtjylland:**

"Vi fik kæmpet en OK-ramme igennem på 13,3 pct., og selv med konfliktkontingentet er der penge i overskud. Kampen var en investering i vores fremtidige løn. Den store udfordring bliver nu at fastholde det fælles engagement, der var mellem medlemmer og organisation. Det er forudsætningen for, at vi kan forfølge den ligeløns-strategi, som vi har lagt, og som bidrog til, at der blev nedsat en lønkommission. Den fælles udfordring bliver at sikre, at der følger penge med i forhold til kommissionens videre arbejde."



**Kredsformand  
Anni Pilgaard,  
Kreds  
Syddanmark:**

"For mig at se handler det om, hvad vi sygeplejersker som et kvindefag vil huskes for her i 2008. Sygeplejerskers børn skal kunne huske os som dem, der ikke længere ville finde os i, at der er 25 pct.s forskel på lønnen mellem mænd og kvinder. Jeg vil gerne kunne se mit barn i øjnene og sige: "Ved du hvad, vi kæmpede, og vi stod sammen. Og ja, det kom til at koste os noget." Det aktuelle konfliktkontingent er dog ikke mere, end hvad der svarer til indkomsten på to arbejdsdage om året, når skattefradraget er trukket fra. Set i forhold til, hvad vi kæmper for, synes jeg faktisk, at det er beskedent."



**Kredsformand  
Helle Dirksen,  
Kreds  
Sjælland:**

"Jeg kan godt forstå, hvis der er medlemmer, der synes, at det er en sej omgang at betale strejkekongent. De mål, vi har sat os, kan godt fortone sig lidt, når man kommer tilbage til det normale arbejdsliv. Derfor er det meget vigtigt, at Dansk Sygeplejeråd er i dialog med medlemmerne om de mål, vi har sat os, når vi kæmper for ligeløn. Blandt de medlemmer, som jeg har talt med, er der meget stor opbakning til vores ligelønsprojekt. Derfor er det også vigtigt, vi er klar til en konflikt i 2011, hvis det skulle komme dertil. Men vi skal også tænke i andre måder, vi kan lægge pres på, mellem overenskomstforhandlingerne."

## Kreds Syddanmark har fået hovedsæde i Fredericia

10. november 2008 kl. 10. Det er store flyttedag på Dansk Sygeplejeråds tidligere amtskredskontor i Odense, hvor medarbejderne skal rykke ud af domicilet i den gamle patriciervilla på Falen 24 midt i byen. På kontorerne i Esbjerg og Aabenraa var det også store flyttedag midt i november. Fremover skal medarbejderne i Kreds Syddanmark møde på arbejde på Vejlevej 123 i Fredericia, hvor det nye kredskontor har adresse.

Telefonnummeret til Kreds Syddanmark er: 7021 1668.

(sbk)



FOTO: HEDDILUNDSGAARD

## Derfor blev det

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

**Balance.** Konfliktkontingentet skal sikre, at strejkekassen bliver fyldt op, og samtidig skal det belaste medlemmernes økonomi mindst muligt. Hovedbestyrelsen mener, at de har fundet en balance ved 200 kr. pr. måned.

Der var to store hensyn at tage, da hovedbestyrelsen på mødet 11. november 2008 skulle træffe beslutning om størrelsen på det konfliktkontingent, som medlemmerne skal betale efter 1. januar 2009.

"Det ene hensyn er, at vi skal have fyldt op i vores strejkekasse, så vi har penge ved udløbet af den nuværende overenskomstperiode i marts 2011, hvis vi igen skal etablere en strejke. En strejke er ikke et mål i sig selv, men den er nogle gange nødvendig for at opnå et resultat," siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow*.

"Det andet hensyn er at fastsætte et konfliktkontingent, der er så lavt som muligt, så det belaster medlemmernes personlige økonomi mindst muligt. Den balance ligger efter hovedbestyrelsens opfattelse ved 200 kr.

Det er rigtig vigtigt at huske på, at de mange penge, vi har brugt under den 60 dage lange konflikt, er penge, som er brugt til sygeplejer-



**Kredsformand  
Jytte Wester,  
Kreds  
Nordjylland:**

"Jeg synes, det var godt, at vi på kongressen besluttede at lade det være hovedbestyrelsen, der skulle finde et niveau, så vi igen får penge i strejkekassen og samtidig tager hensyn til den enkelte sygeplejerskes økonomi. Det er vigtigt, at der er penge i Garantifonden, så vi er klar til de næste overenskomstforhandlinger. Og jeg synes, vi med de 200 kr. har fundet balancen mellem hensynet til en fortsat lønkamp og hensynet til det enkelte medlems økonomi. Vi er først lige begyndt kampen for ligeløn, og vi ved ikke, hvor lang kampen bliver, derfor er det også vigtigt, at vi er parate til at fortsætte."

## Lavere konfliktkontingent vedtaget

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har enstemmigt vedtaget at indføre et konfliktkontingent på 200 kr. pr. måned. Kontingentet løber fra den 1. januar 2009 og frem til den 31. marts 2011.

I 2008 har medlemmerne betalt et konfliktkontingent på 374 kr. om måneden, så fra 2009 er kontingentet altså lavere. Indbetalingerne skal gå til Dansk Sygeplejeråds Garantifond.

"Vi ved godt, at det her er en belastning for medlemmerne. Derfor holder vi også konfliktkontingentet så lavt som muligt," siger Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*.

"Men vi skal fortsat kunne kæmpe for ligeløn. Derfor skal der også i fremtiden være midler i Garantifonden."

Før konflikten i foråret besluttede Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse, at de ca.

30.000 strejkende medlemmer skulle have sædvanlig løn under konflikten. Den økonomiske kompensation kom fra den særlige Garantifond, der er sygeplejerskernes strejkekasse.

Langt de fleste udbetalinger fra Garantifonden gik tilbage i medlemmernes lommer, påpeger *Connie Kruckow*.

I alt har Dansk Sygeplejeråd støttet medlemmerne med 875 mio. kr. i konfliktunderstøttelse fra Garantifonden. Investeringen svarer dermed til den fremskrivning, som allerede blev lagt frem for Dansk Sygeplejeråds kongres den 21. maj 2008.

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

(snp)

## 200 kr.

skerne selv. Hver gang vi har brugt 10 kr., er de 9,40 kr. gået tilbage til sygeplejerskernes pengepung.

Både vores egen generation og tidligere generationer har været med til at spare sammen til, at vi ved denne overenskomstforhandling kunne tage en helt afgørende slåskamp om ligeløn. Det var en kamp, som var anderledes, end hvad vi har set før, fordi den ikke kun var rettet mod arbejdsgiverne. Vi var jo faktisk oppe at slås med regeringen og Folketinget.

Den mulighed for at slås for ligeløn skal vi også give kommende generationer. Man kan sjældent slås, uden at det har omkostninger. Er det en fysisk slåskamp, får man muligvis et blåt øje og skrammede knoer. Når man er oppe at slås i en lovligt varslet konflikt, så vil det have økonomiske konsekvenser," siger formanden.

*Fik sygeplejerskerne så for alvor noget ud af den langvarige konflikt?*

"Vi sprængte rammen på 12,8 pct., og vi fik de ekstra penge direkte fra arbejdsgiverne og regeringen. Ikke ved at skævddele mellem de faglige organisationer. Havde vi ikke været i stand til at slås i 60 dage, havde vi ikke fået



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

"Når man er oppe at slås i en lovligt varslet konflikt, så vil det have økonomiske konsekvenser," siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow*.

nedsat en lønkommission. Vi havde ikke fået sat så meget fokus på den danske aftalemødel, at det blev tydeligt for enhver, at det er Folketinget, der fastlægger den økonomiske ramme for vores forhandlinger. Og så er det blevet helt tydeligt, at hvis det danske sundhedsvæsen også i fremtiden skal være et stærkt offentligt sundhedsvæsen, er det helt afgørende, at man kan rekruttere og fastholde nye sygeplejersker. Det kan man kun med en god løn.

Vi har taget vigtige skridt i retning af ligeløn, og vi har haft succes med at få nedsat en lønkommission. Men hvis man tror, at så er det gjort med det, tager man fejl. Der skal meget mere til, når man er oppe at slås mod grundlæggende magtstrukturer i det danske samfund.

Derfor fortsætter vi kampen for ligeløn, og vi skal være parate til at gå i konflikt igen, hvis det bliver nødvendigt. Denne gang var det rigtigt at vælge den store løsning, hvor alle medlemmer blev udtaget til konflikt. Der er mange andre måder at være i konflikt på, og det er langtfra sikkert, at vi vælger samme metode, hvis vi kommer i konflikt igen."



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

## LÆR AT SIGE

# UNDS

**Forløsende ord.** En oprigtig undskyldning, når noget er gået galt i et patientforløb, kan være befriende for både patienten og den medarbejder, der har begået fejlen. Men der skal arbejdes med kulturen i sundhedsvæsenet, hvis det skal blive en naturlig ting.

*Gunhild Warming* mistede sin voksne datter for 15 år siden, da datteren fik forkert blod efter en fødsel. I dag er hun patientambassadør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og det skyldes en artikel, hun læste i avisen for et halvt år siden.

Artiklen handlede om selskabets kampagne ”Sig Undskyld” og ramte lige ned i den sorg og vrede, hun har levet med i 15 år.

”Der var flere mennesker involveret i *Stinas* død,” fortæller hun. ”Men den jordemor, der gav det forkerte blod, er stort set ude af mine følelser i dag. Hun vedkendte sig sin skyld og havde mod til at stå ansigt til ansigt med mig.

Helt anderledes, når jeg tænker på den læge, der ordinerede blod på baggrund af en forkert blodprøve, og bagefter prøvede at lyve sig fra det. Den vrede

og bitterhed har jeg stadig, og det er en tung ting at gå rundt med.”

Når man har skadet en anden, så siger man undskyld. Så simpelt er det, siger sekretariatschef *Beth Lilja*, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

”Det forventer vi andre steder, men i sundhedsvæsenet har det ikke været traditionen. Bla. på grund af myter om, at man pådrager sig et ansvar, hvis man siger undskyld. Den myte skal vi have aflivet, så vejen er banet for, at man kan opføre sig ordentligt over for patienterne.”

I det danske sundhedsvæsen er der gået mange historier om fagpersoner, der dækkede over hinanden for at undgå at indrømme fejl.

”Men den form for misforståede kollegiale hensyn er stærkt på retur,” siger ledende oversygeple-



**KYLD**

» jerske *Ady Kjærsgaard*, gynækologisk/obstetrisk afdeling på Roskilde Sygehus, der er pilotafdeling for Sig Undskyld-projektet.

”Selvfølgelig skal vi stå ved de fejl, der sker. Det er den eneste måde, vi kan lære af dem på,” siger hun.

”At vi står ved vores fejl og siger undskyld, følger også af, at vi i vores professionelle virke skal se patienten som et ligeværdigt menneske. Og jeg tror på, at det både vil være befriende for den, der siger det, og den patient, der modtager undskyldningen,” tilføjer *Ady Kjærsgaard*.

### Tryghed en forudsætning

Langt hen ad vejen er det allerede skik og brug i afdelingen, at patienterne får en forklaring og en undskyldning, hvis noget er gået skævt. Eller måske er det mere korrekt at sige, at man beklager over for patienten, for selve ordet undskyld kan være ganske svært at få sagt. Men det er faktisk vigtigt, at personalet overvinder sig selv og bruger ordet undskyld, mener over-sygeplejersken.

”For det er det ord, der skaber mulighed for at blive hørt på den rigtige måde og for at få accept eller tilgivelse fra patienten.”

Til gengæld må ledelsen være opmærksom på, at personalet skal have opbakning, hvis kulturændringen skal lykkes. Den allerførste forudsætning er selvfølgelig, at en medarbejder ikke skal være bange for at indrømme en fejl, fordi man ved, det vil udløse fordømmelse og bebrejdelse fra ledelsen.

”Hvis en medarbejder kommer til mig og siger: ”Det er for svært for mig at sige undskyld, kan du ikke gøre det for mig?” – så skal jeg gøre

”Det kommer ikke patienten ved, om vi er trætte, sultne, eller hvad der i øvrigt er baggrunden for en fejl. De skal have en undskyldning og ikke forstyrres med tanker om, at det er synd for os, at vi har så travlt.”

### ») NÅR SKADEN ER SKET – PATIENTAMBASSADØRERNES ANBEFALINGER

Håndtér skaden her og nu:

- Tag ansvar, også når vi oplever, at der er noget galt.
- Begræns skadens omfang.
- Begræns følgevirkninger.

Fortæl sandheden og tag ansvar:

- Erkend, at skaden er sket.
- Forklar, hvad der er sket.
- Giv os en undskyldning.

Tilbyd krisehjælp:

- Giv os mulighed for at tale med lederen og dem, der var involveret i fejlen, i enrum og uforstyrret.
- Følg op, når I ved mere.

Inddrag os i jeres kerneårsagsanalyse. Vi ser andet end I, og vi er med i hele forløbet, så derfor:

- Lyt til vores oplevelser af hændelsen.
- Lad os kommentere analysens konklusioner og anbefalinger.
- Brug os som teammedlemmer.

Forebyg, at skaden sker for en anden patient:

- Rapportér hændelsen.
- Analysér hændelsen.
- Anbefal os, at vi rapporterer hændelsen.
- Forklar os, hvad I vil gøre, så det ikke gentager sig.

Patientambassadørerne, april 2007.

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

det uden forbehold. Og der skal være rum til at tale om, hvorfor det er svært for en medarbejder, og hvordan man gør det bedst.”

Omvendt må den enkelte sygeplejerske være indstillet på, at hun somme tider må sige undskyld som repræsentant for systemet. Selv om en konkret fejl bunder i forhold, hun ikke har nogen indflydelse på.

”Det kommer ikke patienten ved, om vi er trætte, sultne, eller hvad der i øvrigt er baggrunden for en fejl. De skal have en undskyldning og ikke forstyrres med tanker om,

at det er synd for os, at vi har så travlt,” fastslår *Ady Kjærsgaard*.

”Men sker der noget mere alvorligt, er det ofte naturligt, at vi som ansvarlig ledelse går ind. Hvis hændelsen bunder i organisatoriske eller normeringsmæssige problemer, er det helt klart vores ansvar.”

Og så er det selvfølgelig ledelsens ansvar at tage hånd om de personer, der har været involveret i noget alvorligt.

”For i de situationer, hvor en hændelse har haft fatale konsekvenser, er personalet altid meget sårbart. De må have tilbudt en mulighed for at komme videre, derfor giver vi dem debriefing og supervision.”

*kbj@dsr.dk*

Læs om Dansk Selskab for Patientsikkerheds Sig Undskyld-kampagne på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)



# VREDEN ER TUNG AT BÆRE



Gunhild Warming meldte sig som patientambassadør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, fordi hun personlig har oplevet, hvor stor en forskel det gør for de efterladte at modtage en undskyldning.

**Tag ansvar.** Fejl førte til fejl i det forløb, hvor Gunhild Warmings voksne datter mistede livet. Men den person, der begik den alvorligste fejl, er også den, Gunhild Warming har det mest afklarede forhold til. Fordi hun sagde undskyld.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

For 15 år siden døde *Gunhild Warmings* datter *Stina* efter en ukompliceret fødsel.

En stribe fejl fik fatale konsekvenser. En jordemor tog en blodprøve fra en åre, hvor der blev givet saltvand. En læge ordinerede blod på baggrund af det forkerte prøveresultat, selv om *Stina* protesterede. En ny jordemor, der netop var kommet i vagt kort før midnat, konstaterede, at blodposen var næsten tom, kiggede i køleskabet, hvor der lå én pose blod, og satte den op uden at kontrollere navn eller blodtype først. *Stina*, der var O rhesus positiv, fik blod af typen A rhesus positiv.

”Hun blev meget hurtigt dårlig,” fortæller Gunhild Warming, der var med til fødslen sammen med *Stinas* kæreste.

”Vi var taget hjem, alt var jo gået godt, og den lille *Mikkel* var sund og velskabt. Da de ringede efter os, var *Stina* allerede overflyttet

til intensivafdelingen, hvor de kæmpede for hendes liv hele natten. Men næste morgen slukkede vi for *Stina* kl. 10. Da var hun hjerne-død.”

Umiddelbart forstod familien ikke, at *Stina* var død, fordi hun fik blod, der var uforligneligt med hendes eget. Midt i sorg og kaos var der så meget praktisk at tage sig af, *Mikkel*, begravelsen, statsamtet – fordi *Stinas* kæreste ikke var registreret som far til *Mikkel* – og politiundersøgelse af det uventede dødsfald.

*Stinas* kæreste blev indlagt i afdelingen sammen med den lille dreng, og det er vigtigt for Gunhild Warming også at fortælle, at familien mødte mange varme og omsorgsfulde medarbejdere i efterforløbet. Midt i sorg og forvirring.

”Det var først halvandet døgn senere, at vi fik at vide af overlægen, at der var sket fejl, der var givet forkert blod,” fortæller Gunhild Warming.

”Og i første omgang var det næsten ikke til

## ))) PATIENTAMBASSADØRERNE

Dansk Selskab for Patientsikkerheds patientambassadører er mennesker, der selv har oplevet en alvorlig utilsigtet hændelse enten som patienter eller pårørende. Ambassadørerne tager bl.a. ud på arbejdspladser og konferencer og fortæller om deres oplevelser. For kontakt se [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk)

”Da de ringede efter os, var Stina allerede overflyttet til intensivafdelingen, hvor de kæmpede for hendes liv hele natten. Men næste morgen slukkede vi for Stina kl. 10. Da var hun hjernedød.”

» at bære. At der var nogen, der havde skylden for Stinas død. Men da vi fandt ud af, at nogen havde forsøgt at skjule det, kom vreden. Det kom først rigtig frem to år senere, at der også var taget en forkert blodprøve, og at en læge havde ordineret blod uden at få taget en ny blodprøve. Selv om han burde have set, at så lav en blodprocent ikke passede med Stinas tilstand.”

#### Mødet med jordemoderen

To år senere blev sagen afsluttet i retten. På det tidspunkt havde Patientforsikringen tilkendt Mikkels erstatning, og Patientklagenævnet havde udtalt kritik af de to jordemødre og den læge, der havde ordineret blodtransfusionen. Nævnet havde også anmodet anklagemyndigheden om at tiltale den jordemor, der havde sat den forkerte blodpose op, for grovere forsømmelse, og det fik hun en dom og en bøde for.

Af alle de involverede personer er den dømte jordemor ikke desto mindre den person, Gunhild Warming i dag har det mest afklarede forhold til.

Umiddelbart efter retssagen mødtes hun og jordemoderen til en konfrontation hos en psykolog, som Gunhild Warming og jordemoderen forinden havde haft hver sin samtale med.

”Vi talte sammen i to-tre timer, og det var et forløb, som jeg oplevede meget, meget stærkt. Jeg er siden blevet spurgt, om jordemoderen faktisk sagde undskyld. Det kan jeg ikke svare på.

Men så tydeligt, som nogen kan, gav hun udtryk for, at hvis der var noget her på jorden, hun kunne gøre om, så ville det være dét. Og da vi gik derfra, kunne vi tage hinanden om halsen og var begge i stand til at ønske hinanden styrke til at komme videre med vores liv.

Hun havde fyldt så meget for mig, man er vred og frustreret, og hvor retter man det

hen? Men efterfølgende er hun følelsesmæssigt forsvundet ud af mit system.”

#### Vreden mod lægerne

Det er de ansvarlige læger til gengæld ikke. Gunhild Warming er stadig harm, når hun fortæller, hvordan lægen, der ordinerede transfusionen, stod på intensivafdelingen og fortalte familien, at man ikke vidste, hvad der var sket. Måske en fostervandsforgiftning.

”Han stod der og vred hænderne og løj os lige op i ansigtet. Selv om han på det tidspunkt godt vidste, at der var givet forkert blod. Det fandt jeg jo ud af, da vi fik aktindsigt i politirapporterne efter dommen.”

En udtalelse fra afdelingens overlæge har på samme måde brændt sig ind i Gunhild Warmings erindring: ”Stina var nok død alligevel.” Selv om hun var sund og rask, da fødslen gik i gang. Det udtalte overlægen til den lokale avis, da avisen to år senere omtalte jordemoderens dom.

Gunhild Warming bliver også vred, når hun fortæller om den samtale, familien havde med overlægen to dage efter dødsfaldet.

”Han beklagede, at der var sket fejl, men han tog ikke ansvaret. Der var jo forskrifter. Personalet var instrueret, det havde han sørget for, og han kunne slet ikke forstå, at de ikke havde fulgt forskrifterne.”

Konfrontationen med jordemoderen kom i stand på forslag fra Jordemoderforeningen og en patientforening, som Gunhild Warming på det tidspunkt havde kontakt med. Der var ingen, der tog initiativ til en lignende konfrontation med lægerne, og hun

havde ikke selv kræfterne til at tage initiativet. Men hun er overbevist om, at hun ville have sagt ja, hvis hun var blevet spurgt.

”For vreden er tung at gå rundt med. Men man skal huske, at der skal være to parter, der vil det, hvis en konfrontation skal lykkes. Og tidspunktet skal være det rette. Det var det for mig, da sagen kom for retten. Men man skal være klar til det, og det er man ikke i den allerførste tid, hvor alt er kaos.”

*kbj@dsr.dk*

#### ))) AFDELINGEN

Artiklen nævner ikke navnet på den afdeling, hændelsen skete på, da formålet ikke er at gå ind i en konkret sag. For en ordens skyld skal redaktionen præcisere, at det ikke er den samme som den gynækologisk/obstetriske afdeling, vi omtaler som pilotafdeling for Sig Undskyld-kampagnen. Afdelingsledelsen i den afdeling, hvor hændelsen skete, er orienteret om artiklen, men ønsker ikke at kommentere på grund af sagens alder.

”Men så tydeligt, som nogen kan, gav hun udtryk for, at hvis der var noget her på jorden, hun kunne gøre om, så ville det være dét. Og da vi gik derfra, kunne vi tage hinanden om halsen og var begge i stand til at ønske hinanden styrke til at komme videre med vores liv.”

# VI SKAL SIGE DET, SOM DET ER

**Afdelingstroværdighed.** Det skaber tillid til systemet, når en afdeling åbent erkender fejl og giver patienterne en undskyldning, mener sygeplejerske Karin Refskou, som ikke har problemer med at sige undskyld på egne vegne. Det er sværere at skulle tale åbent om den fejl, som man opdager, at en kollega har begået.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

At sige undskyld på egne vegne er ikke det sværeste, synes sygeplejerske Karin Refskou, gynækologisk/obstetrisk afdeling, Roskilde Sygehus. Og i dagligdagen undskylder hun som en helt naturlig ting, hvis hun f.eks. har glemt de smertestillende piller, hun lovede patienten for en time siden, og patienten må bede hende igen.

Udfordringen er at skulle sige undskyld på systemets vegne eller for en kollega, når man er den, der opdager, at kollegaen har begået en fejl. Og man først opdager det, efter at kollegaen er gået hjem.

”Da vi begyndte at indberette utilsigtede hændelser, var det faktisk det sværeste at skulle reagere på noget, som en anden havde gjort,” siger hun.

”Det er ikke så nemt at skulle sige til en kollega, at man har opdaget, at vedkommende har begået en fejl. Men det er noget, vi bliver bedre til, og på samme måde tror jeg også, vi vil nå frem til, at det bliver helt naturligt at sige til en kollega: Jeg har været inde hos patienten og sagt undskyld på dine vegne, for du havde altså givet hendes medicin på et forkert tidspunkt.”

Afdelingsledelsen i gynækologisk/obstetrisk afdeling har besluttet, at undskyldning for svigt og fejl skal være en indarbejdet del af afdelingens kultur. Det bakker Karin Refskou fuldstændig op.

”Vi skal have et ligeværdigt forhold til patienterne, men patienterne er mere afhængige af os end omvendt. De er i vores varetægt, og vi har ansvar for, at de føler sig trygge, mens de er her. Derfor skal vi også være ærlige og ikke skjule noget for patienten, hvis der sker en fejl.”

## Forklaring skaber tillid

Noget af det, man kan komme til at diskutere, når man sætter fokus på undskyldningen, er, hvor store konsekvenser en fejl skal have for patienten, før man forklarer og siger undskyld. Man kan ikke gå rundt som én stor undskyldning hele dagen, når dagsprogrammet skrider, og alt bliver forsinket. Men selv om der f.eks. ikke er sket noget ved, at en patient fik sin medicin tre timer for sent, bør man alligevel fortælle patienten om det, mener Karin Refskou.



I et ligeværdigt forhold siger man undskyld, hvis man kommer til at skade en anden. Derfor er en undskyldning en naturlig del af den respekt, man skylder patienten, mener sygeplejerske Karin Refskou.

”Man skal sige ligeud til patienten, at hun faktisk skulle have haft sin medicin kl. 12, og sige undskyld for, at hun først får den nu, og forklare, at som en konsekvens vil aftenmedicinen også blive skubbet.

For ellers kan patienterne ikke forstå, hvorfor den ene sygeplejerske siger, at hun må vente med at gå i bad eller ud at ryge, fordi hun skal have sin medicin kl. 12 – og den anden sygeplejerske ikke lægger vægt på det. Og så kan patienterne blive utrygge.”

Karin Refskou har heller ingen problemer med at skulle sige undskyld på afdelingens vegne. Men hvis en operation f.eks. bliver aflyst, synes hun, at patienten har et rimeligt krav på, at det er lægen, der forklarer hvorfor og siger undskyld. Fordi det er lægerne, der prioriterer rækkefølgen af operationerne.

”Sådan er det vedtaget hos os, men i praksis er det alligevel somme tider os sygeplejer-

sker, der må fortælle en patient, at hun ikke når at blive opereret i dag,” tilføjer hun.

”Det sker f.eks. typisk for kvinder, der har haft en spontan abort og kommer ind for at få en udskrabning og bliver sat til at faste, fordi man regner med at kunne nå dem.

Når det så viser sig hen på aftenen, at de alligevel ikke kommer til, er det ofte os, der må gå ind og sige undskyld, fordi lægen har travlt på operationsstuen.

Men de aflysninger er vi ved at finde en løsning på ved at oprette akut-tider, f.eks. næste dag, som vi kan tilbyde kvinderne, når de kommer ind. Så en ekstra fordel ved at skulle sige undskyld er måske, at man bliver opmærksom på et tilbagevendende problem og finder en løsning. Fordi man bliver så irriteret over hele tiden at skulle undskylde over for patienterne.”

**Undskyld** [ån,sgyl'] udråbsord.  
Udtryk for at man beklager noget.

Kilde: Politikens Nudansk

# AT BEKLAGE ØGER IKKE RISIKOEN FOR PÅTALE

**Sygeplejerskejura.** Der er ingen juridisk risiko ved at sige undskyld til en patient, der er blevet skadet, siger lektor i sundhedsret.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Fejl eller hændeligt uheld? Det er ikke altid let at afgøre, når det går galt i et patientforløb, og fejl opstår meget ofte i et samspil, hvor flere personer er involveret.

Men selv om de nærmere omstændigheder ikke er opklaret, behøver en sygeplejerske ikke at være bange for at sige undskyld til en patient, der har lidt skade.

Der eksisterer ellers en myte om, at man står svagere i en kommende klagesag, hvis man har sagt undskyld. Ud fra en forestilling om, at man så allerede har påtaget sig skylden.

Men det er en misforståelse, siger lektor i

sundhedsret *Helle Bødker Madsen*, Aarhus Universitet.

”Det forhold, at man siger undskyld, betyder ikke i sig selv, at man har anerkendt et erstatningsansvar eller vil få kritik fra Patientklagenævnet,” forklarer hun.

”Det afgørende i Patientklagenævnet er, om man har begået en faglig fejl. Og det afgørende for, om Patientforsikringen tilkender patienten erstatning, er, at fagpersonen har handlet anderledes end den bedste på området. Også domstolene vil vurdere, om man har begået en faglig fejl.”

At beklage, at noget er sket, er ikke det

samme som at påtage sig skyld. Måske er der slet ikke sket en fejl, måske har den person, der giver undskyldningen, ikke selv begået en fejl, men undskylder på institutionens vegne.

Og det er ikke kun risikofrit. Hvis man arbejder i det offentlige sundhedsvæsen, har man faktisk pligt til at give patienten en forklaring og en undskyldning, tilføjer Helle Bødker Madsen.

”Det følger af en udtalelse fra Folketingets Ombudsmand, at det er god forvaltningsskik at redegøre for det og beklage, hvis der er sket en fejl.”

*kbj@dsr.dk*

# ÆLDRE FÅR HJÆLP TIL AT FYLDE

**Fedt og grønt.** Hjemmeplejen Fogedgården på Nørrebro hjælper deres borgere med at tage på og stabilisere deres vægt for at forebygge sygdom og give mere livskvalitet.

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Hjemmesygeplejerske Louise Lange er på besøg hos Aage Hansen, som gerne ville øge sin vægt fra 70 kg til 80 kg. De ekstra energidepoter vil bl.a. betyde, at han bedre kan klare sig, når influenzasæsonen kommer.

”Godmorgen, Aage. Har du sovet godt,” spørger Louise Lange.

Klokken er 9.30, og hun møder den 82-årige mand, der venligt tager imod hende med et smil: ”Jeg har desværre hostet hele natten,” siger han.

Louise Lange kommer hos Aage Hansen hver 14. dag, og formålet er ernæringsterapi.

”Vi taler lidt om, hvordan det går med udgangspunkt i kostskemaet, og det typiske er, at borgeren bliver træt af mælk og fløde. Jeg prøver at øge appetitten og snakke med Aage om, hvorfor det er vigtigt at spise,” siger hun. Hendes hemmelige mål er, at Aage Hansen får så meget energi, at han får lyst til at træne.

I 2005 startede Københavns Kommune et projekt med ernæringsterapi for de ældre borgere, der har problemer med at holde vægten oppe. I den proces blev der udvalgt personer fra de forskellige kontorer, som skulle være tovholdere på projektet. Louise Lange blev den koordinerende sygeplejerske fra Hjemmeplejen Fogedgården. Nu efter at have været i gang i tre år er det stadig primært Louise Lange, der tager sig af ernæringsterapien, og det er blevet en speciel funktion.

Ernæringsterapi går i korte træk ud på at screene de borgere, der har brug for hjælp og tilbyde vejledning om sunde madvaner med henblik på, at borgeren skal tage på i vægt. Første samtale varer i 40 minutter til en time, hvor fokus er at finde ud af, hvad borgeren godt kan lide at spise. Der bliver udformet et skema, hvor der bl.a. bliver spurgt om, hvornår borgeren står op og går i seng, fordi det er godt at have så mange måltider som muligt i løbet af dagen.

”Det vigtigste er, at borgeren selv får mulighed for at formulere, hvad der er vigtigt, og hvilke mål de har,” fortæller hun.

For at øge borgernes appetit er det nødvendigt at motivere lysten til mad. Mange af de ældre er ikke aktive og har derfor ingen appetit.

”Typisk stiller vi små appetitvækkere frem, fordi det handler om, at maden skal være inden for rækkevidde,” siger hun.

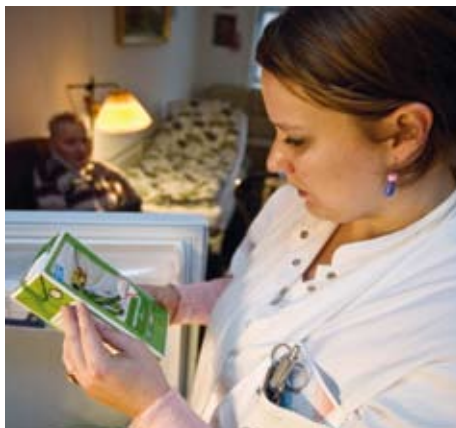
*Hvad er det særlige, man skal kunne for at*



Louise Lange ankommer til Aage Hansens bolig, som er et af hendes stop denne dag. Hun skal se, om han har taget på siden sidste besøg.



På kostskemaet står der bl.a. vand blandet med saft og kaffe med fløde. Aage Hansen mener, at fløde er dårligt for hans mave.



”Det er rigtig godt, at du har købt suppe. Men du behøver ikke gå efter det, der er 4 procent. Du må gerne få noget med lidt mere krudt i og lidt mere fedt,” siger Louise Lange.



Aage Hansen har været i ernæringsterapi i en måned, og ved dagens vejning har han taget 1,9 kg på. ”Det har givet mig noget mere energi, at jeg får bedre mad,” fortæller Aage Hansen.

*arbejde som sygeplejerske med ernæringsterapi?*

”Det er vigtigt at have et godt fagligt samarbejde med social- og sundhedshjælperen, fordi de ser, hvad og hvor meget borgeren spiser i hverdagen. Derudover skal man tænke modsat af, hvad vi andre gør, og vende kostpyramiden lidt på hovedet. Det svære kan bestå i, at vi med sukkersygepatienter skal være opmærksomme på at måle blodsukker og tjekke kolesteroltal,” siger Louise Lange.

## ►►► HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT FOR NYLIG?

”Jeg har en patient, som har taget 5-6 kg på, og han har fået så meget mod på livet, at han er begyndt at muskeltræne og snakke om, at der er nogle søde damer i området. Og sådan var han ikke til at starte med, så der er kommet en helt anden gnist op i ham,” siger hun.

# ENERGIDEPOTERNE OP



Aage Hansens har brug for mange kulhydrater – her er hans frokost.



Aage Hansen har sukkersyge og skal derfor have sin insulin.



Louise åbner køleskabet for at se, om det indeholder noget af det, de har aftalt.

En vigtig del af ernæringsterapien er også at tale med den ældre om, hvad personen kan lide at spise og tilpasse kostskemaet, så det er skræddersyet til den enkelte.



#### >>> UDFORDRINGEN

**Udfordringen:** Kaos i inkontinensbevillinger samt manglende overblik over og forskellig kvalitet i tilbud til og behandling af inkontinente borgere.

**Arbejdspladsen:** Hjælpemiddelgruppen i Sønderborg Kommune.

**Det gjorde de:** Kommunen har ansat to kontinenssygeplejersker, som står for udredninger, bevillinger og undervisning af borgere, pårørende og plejepersonale i inkontinens, helbredelsesmuligheder og brug af hjælpemidler.

**Det har de opnået:** Tilbuddene til inkontinente borgere er blevet specialiseret, ensrettet og effektiviseret til glæde for borgerne, personalet og kommunens økonomi.

**Det er de stolte af:** At have fået mange borgere til at leve godt og aktivt med deres inkontinens. Personalet har fået mere viden, og de positive tilbagemeldinger fra borgerne er mange.

**Det slås de stadig med:** Det anslås, at 8 pct. af den danske befolkning lider af inkontinens, hvilket svarer til godt 6.000 borgere i Sønderborg Kommune. Med 1.800 kendte borgere er der stadig lang vej til, at alle er udredte.

# Det endte oftest med en ble

**Tørre borgere.** Langt fra alle inkontinente borgere i Sønderborg Kommune fik den hjælp, de havde krav på. Det har to fuldtidsansatte kontinenssygeplejersker lavet om på til glæde for borgerne og kommunens budget.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN



En vikar kan medføre store positive forandringer.

Det kan Sønderborg Kommune konkludere knap 10 år efter, at den ansatte sygeplejerske *Lisbeth Freiberg* i et vikariat i sommeren 1999. Dengang var hun ansat i et blefirma, men for at holde sig sygeplejefagligt ajour tog hun indimellem vikarjob, denne gang som hjemmesygeplejerske i Sønderborg Kommune, hvor hun bl.a. arbejdede med de inkontinente borgere i en uge.

”Det var et stort kaos. Personalet vidste ofte ikke, hvilke hjælpemidler de enkelte borgere var blevet bevilliget, og ofte heller ikke, hvem der egentlig havde en bevilling,” siger *Lisbeth Freiberg*, når hun husker tilbage.

En uge var langt fra nok til at skabe orden i kaos, men *Lisbeth Freibergs* observationer blev startskuddet til, at byrådet i Sønderborg Kommune i 2002 besluttede at ansætte to kontinenssygeplejersker, i første omgang for en forsøgsperiode på to år. Projektet var for så vidt udgiftsneutralt, da kommunens daværende fire områdecentre hver afgav 0,5 sygeplejerskestilling til de to stillinger, og dermed var jobbet som fuldtidsansat kontinenssygeplejerske i Sønderborg Kommune en realitet for *Lisbeth Freiberg* og hendes kollega *Annette Carstensen*.

## Brug for hurtig udredning

Og der var nok at tage fat på. Foruden det manglende overblik over kommunens bevillinger var omfanget af og kvaliteten i tilbudet til de inkontinente borgere meget forskellige, afhængigt af hvilket af de fire områdecentre de var tilknyttet.

”Et sted var der f.eks. en sygeplejerske, der interesserede sig rigtig meget for inkontinens, og her fik borgerne en rigtig god udredning modsat et andet område, hvor ingen interesserede sig for emnet,” siger *Lisbeth Freiberg*.

Konkret var det kommunens omkring 60 hjemmesygeplejersker med lige så mange forskellige indgangsvinkler og vidensniveauer om inkontinens, der stod for udredningen.

”Selvom vi godt vidste, at det var vigtigt, lod vi det ofte vige til fordel for andre, mere presserende opgaver. Vi prøvede at hjælpe, så

godt vi kunne, men det var ikke altid det, vi prioriterede,” siger *Annette Carstensen*, der selv har arbejdet syv år som hjemmesygeplejerske.

Sagsbehandlingen var også ofte langtrukken. Bevilligede en hjemmesygeplejerske en inkontinent borger hjælp, skulle det først godkendes af assisterende områdeleder, før en gruppe HK'ere endelig kunne sætte bevillingerne i værk.

”Tidligere kunne det tage måneder, før en borger blev udredt. Nu er vores mål, at vi skal kontakte borgeren, senest tre arbejdsdage efter hun har henvendt sig til os, og i akutte tilfælde, f.eks. en patient, der er i terminal pleje, eller hvis borgeren bliver inkontinent fra den ene dag til den anden, rykker vi ud med det samme,” siger *Lisbeth Freiberg*.

## Stil vækkeuret

I dag står de to kontinenssygeplejersker både for de konkrete udredninger og bevillinger af hjælpemidler, som er meget mere end bleer, hvilket det oftest endte med, før *Lisbeth Freiberg* og *Annette Carstensen* blev ansat.

”Nogle gange kan løsningen være at stille vækkeuret til at ringe hver 3. time, andre gange kan det hjælpe at få trænet bækkenbunden, komme i medicinsk behandling eller at få bedre toiletvaner. Forleden besøgte jeg en ældre og meget stor dame, og her viste det sig, at hendes lænestol var for lav og svær at komme op af. Stolen blev klodset op, og nu kan hun selv komme på toilettet,” siger *Annette Carstensen*.

Kontinenssygeplejerskerne har fast telefonid hver dag, hvor bl.a. borgere, pårørende og plejepersonale kan henvende sig, og der er nu formuleret faste procedurer for opgaverne i forbindelse med udredninger, bevillinger og ændringer af bevillinger. Endelig fylder informationsarbejdet meget. Kontinenssygeplejerskerne mødes fast med alle plejegrupper hver 14. dag, og de underviser løbende personalet, men også alle kommunens elever i inkontinens mindst en gang om året.

”Det vigtigste for os er, at borgerne bliver tørre og kan deltage i et aktivt socialt liv. Og hvis de ikke kan det uden hjælpemidler, må vi finde det bedst egnede. Det er basal sygepleje det her,” siger *Lisbeth Freiberg*.

To spørgeskemaundersøgelser gennemført blandt både de inkontinente borgere og personale i hhv. 2002 og 2005 viser, at den basale sygepleje gør en forskel. Bl.a. er antallet af borgere, der føler, at plejepersonalet har tid til at tage sig af deres vandladningsproblemer, steget fra 30 til 67 pct., mens 62 pct. af personalet mod tidligere 38 pct. mener, at de har viden nok til at vejlede inkontinente borgere til evt. anden løsning end ble.

## Færre bleer

Men hvad med økonomien? Da Sønderborg Kommune har mere end fordoblet sit indbyggertal pga. strukturreformen i 2007, findes der ingen sammenlignelige tal. Fakta er dog, at kommunen med sine 76.000 indbyggere i dag har udredt 1.800 borgere og bruger hhv. 1,5 mio. kr. på bleer, og 1,5 mio. kr. på urinposer og katetre, mens kontinenssygeplejerskerne kender til en kommune med langt færre indbyggere og 1.400 udredte borgere, der bruger samme beløb på hjælpemidler.

”Det siger os, at vi gør et eller andet rigtigt her i Sønderborg,” siger *Lisbeth Freiberg*.

De gode resultater har medført, at ordningen blev gjort permanent i 2006, men *Lisbeth Freiberg* og *Annette Carstensen* arbejder støt videre. De vil gerne dokumentere deres indsats endnu bedre statistisk og økonomisk, og der dukker konstant nye inkontinente borgere op, for ikke at nævne personale.

”Vi vil gerne udarbejde endnu mere informationsmateriale til borgerne og plejepersonalet. Det er en uendelig proces at undervise personalet og holde det opdateret, især i tider med høj personaleudskiftning. Forstår vi ikke at undervise og informere personalet, falder det hele til jorden,” siger *Lisbeth Freiberg*.

*cso@dsr.dk*

Kontakt: Kontinenssygeplejerske *Lisbeth Freiberg* på [lfr@sonderborg.dk](mailto:lfr@sonderborg.dk) og kontinenssygeplejerske *Annette Carstensen* på [acar@sonderborg.dk](mailto:acar@sonderborg.dk)



# HELE VERDEN SOM

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN,  
JOURNALIST



OG REBEKKA HOLM ANDERSEN,  
JOURNALIST



Drømmer du om at blive udfordret som sygeplejerske i et fjernt og anderledes land? Om at du kan hjælpe de mennesker, du ser i fjernsynet og i aviserne, som er ramt af sult, kolera, krig eller naturkatastrofer. Som sygeplejerske kan du gøre hele verden til din arbejdsplads, og danske sygeplejersker er i høj kurs i internationalt hjælpearbejde på grund af deres evne til at lede opgaver, deres arbejdsmoral og deres høje faglighed. Er du i tvivl om, hvorvidt du har de nødvendige kvalifikationer? Om din familie vil synes, at det er i orden, at du rejser? Og om du overhovedet tør se katastrofeofrene i øjnene? Læs her, hvordan du kan blive mere afklaret. Hent inspiration fra nogle af de sygeplejersker, der har ført tanken til handling, og som er rejst ud med Læger uden Grænser. Få gode råd til, hvordan du kan organisere din rejse, og hvilke forholdsregler du skal tage, inden du beslutter dig for at tage af sted.

## >>> PERSONLIGE KOMPETENCER

Der er visse personlige egenskaber, som er en fordel, når man skal sendes ud:

- Ledererfaring. På alle projekter er det de udsendte nødhjælpsarbejdere, der har lederansvaret. Man skal være i stand til hurtigt at kunne aflæse kulturen.
- En masse erfaring fra almene afdelinger. Du skal kunne arbejde under pres og kunne tage beslutninger selv.
- Robusthed og gåpåmod.
- Godt helbred og god selvindsigt. Man skal kende sine egne fysiske grænser. En syg nødhjælpsarbejder gør ingen nytte.

## >>> AFSTEM FAMILIENS FORVENTNINGER MED DINE EGNE

Inden du for alvor går i gang med planerne om at rejse ud, er det vigtigt at afstemme forventninger med de nærmeste og gøre dig nogle grundlæggende overvejelser.

- Overvej om det er noget, du virkelig gerne vil. Det er en god idé at tale med nogen, der har prøvet det, som kan give dig mod til at forsøge. Du kan f.eks. møde op på et af de informationsmøder, som nødhjælpsorganisationerne afholder.
- Partner og børn skal synes, at det er i orden, at du rejser ud. Meget få vælger at rejse ud, mens de har små børn, og de, der gør det, vælger ofte missioner til storbyer, hvor børnene kan gå i skole.
- Tænk over, at du selv kan komme til at udvikle dig og ændre dig meget i løbet af et par måneders udsendelse til en anden verdensdel, og at det kan tage lidt tid at lande. Nødhjælpsorganisationerne tilbyder psykologisk assistance til de udsendte både før og efter udsendelse.
- Rejs ikke ud for økonomiens skyld. Læger uden Grænser tilbyder en løn, som langt fra svarer til det, en sygeplejerske tjener i Danmark. Internationalt Røde Kors tilbyder rigtig løn.
- Man skal ikke rejse fra noget, der ikke fungerer, og tro, at det kan blive bedre, når man kommer hjem.

# ARBEJDSPLADS



# Vekslede mellem rejser og vikariater

**Globetrotter.** Jette Hartvig er en af de sygeplejersker, der har været udsendt på mange missioner med Læger uden Grænser. I fem-seks år har hun rejst i store dele af verden som sygeplejerske.

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN



Jette Hartvig var udsendt to år på sin første mission til Liberia.

Det indre drive trak i *Jette Hartvig*, da hun første gang tog af sted til Liberia i 1993. Hun havde tidligere været i Etiopien i 1985 på nødhjælpsarbejde, men der skulle gå nogle år, før hun igen følte sig klar til at yde en indsats. Børnene var blevet ældre, og lysten til udfordringer kaldte igen.

”Jeg startede som sygeplejerske inden for basal sygepleje og arbejdede med supervision af klinikker. Arbejdet involverede eksempelvis organisation af klinikernes arbejde, ernæring og undervisningsfunktioner,” siger Jette Hartvig.

Udsendelserne har været mange og af forskellig art og længde. Den første mission i Liberia varede fra 1993-95, og Jette Hartvig kom meget kort efter hjemsendelse herfra atter til Liberia i en koleraepidemi. Herefter gik udsendelserne til Sibirien, Sri Lanka, Afrika og Kaukasus. Efter flere års katastrofearbejde meldte tanker sig om det, der var foregået derhjemme.

”Det gik op for mig, at nogen havde bekymret sig, mens jeg lod mig involvere dybt i de problematikker, jeg til daglig blev præsenteret for. Jeg måtte sande, at min familie derhjemme også betalte en pris for mit engagement,” siger hun.

Jette Hartvig arbejder i dag på Bispebjerg Hospital på psykiatrisk afdeling. Fra 1996 til 2006 var hun udsendt på missioner i forskellige konfliktområder og arbejdede som vikar i mellemperioderne.

Fagligheden har hele tiden været en vigtig del af hendes udsendelser. Med Læger uden Grænser er hun blevet sendt på kurser, der svarer til de udfordringer, hun har fået. Hun har bl.a. været på kursus i de førende epidemier og i ledelsesstrategier.

”Man har nogle ressourcer, som man slet ikke kender, og de bliver brugt, når udfordringen er der. Det kan være banebrydende for én selv. Man finder ud af, hvad man kan som fagperson og rent menneskeligt,” siger hun.

rea@dsr.dk

# Får orlov og opbakning fra afdelingen

**Fleksibilitet.** Anita Arslan får orlov fra Børneonkologisk afdeling på Rigshospitalet, når hun rejser ud.

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Allerede som lille pige havde *Anita Arslan* lyst til at hjælpe små børn, der sulter. Hun ville ikke finde sig i, at så mange mennesker i verden ikke har adgang til sundhed.

Hun færdiggjorde sin uddannelse på Roskilde Sygeplejerskole i 2003, og med knap et års erfaring på Børneonkologisk afdeling på Rigshospitalet søgte hun som 24-årig om at blive sendt til Peru i otte måneder med Læger uden Grænser som supervisor på en hiv/aids-klinik.

”Jeg havde ingen problemer med at få orlov fra min afdeling, og de har kun bakket mig op, når jeg gerne ville sendes ud,” siger Anita Arslan.

Da hun skulle være væk i otte måneder, fremlejede hun sin lejlighed i perioden og

overlod alle sine praktiske ting omkring pengesager til sin lillesøster i Danmark. Familien vænnede sig hurtigt til tanken, men hun havde lidt dårlig samvittighed over at rejse langt væk i otte måneder.

”Jeg har været heldig, fordi jeg har været udsendt til et sted, hvor jeg har haft mulighed for en eller anden form for kommunikation enten via e-mail eller telefon med min familie og venner, så det har ikke været så slemt, som jeg frygtede,” siger hun.

Efterfølgende har Anita Arslan været udsendt i alt tre gange med Læger uden Grænser, eksempelvis til en klinik i Etiopien i seks måneder i 2006/2007, og senest er hun vendt hjem fra en vaccinationskampagne mod meningitis i Etiopien i sommeren 2008.

Hun har nu en aftale med sin afdeling på Børneonkologisk afdeling på Rigshospitalet om, at hun skal blive der et år, fordi der er lagt op til et projekt, som hun gerne vil være med til.

”Jeg vil meget gerne af sted igen, fordi det giver mig rigtig meget både menneskeligt og fagligt. Jeg har lært en masse, fordi jeg bare er blevet kastet ud i tingene. Der har været nogle situationer, hvor jeg var den eneste, der kunne gøre noget,” siger Anita Arslan.

rea@dsr.dk

### ))) KORT ELLER LANG TID

Som udsendt sygeplejerske kan du vælge forskellige modeller for at få rejselivet og arbejdslivet herhjemme til at hænge sammen. De fire mest typiske varianter er at:

- Du kan arbejde som vikar og rejse ud imellem vikariatene.
- Du kan søge din arbejdsplads om orlov og give besked til den organisation, du vil sendes ud med, om, hvilken periode du står til rådighed.
- Du kan bruge ferie på at tage ud i verden og hjælpe.
- Du kan gøre internationalt hjælpearbejde til en karrierevej. Sygeplejersker kan f.eks. arbejde som medicinske koordinatore.

De to organisationer, der typisk sender sygeplejersker ud til sygeplejefagligt arbejde, er Læger uden Grænser og Røde Kors. Hos Læger uden Grænser er sygeplejersker udsendt i kortere eller længere perioder helt fra to-tre uger ad gangen og op til et-to år. Normalt skal man binde sig for seks måneder, første gang man rejser ud. Hos Røde Kors kan man være udsendt i korte perioder på tre måneder, men det er sjældent, at sygeplejersker rejser ud for under et halvt år.

### ))) FÅ MERE AT VIDE

Henvend dig til de enkelte organisationer, hvis du vil vide mere om mulighederne for at blive sendt ud og om, hvilke faglige krav de stiller til sygeplejersker.

Røde Kors: [www.redcross.dk](http://www.redcross.dk)

Læger uden Grænser: [www.msf.dk](http://www.msf.dk)

Red Barnet: [www.redbarnet.dk](http://www.redbarnet.dk)

Folkekirkens Nødhjælp: [www.noedhjaelp.dk](http://www.noedhjaelp.dk)



Birthe Roelsgaard blev udsendt første gang i 2005 på en kort mission til en stor sultkatastrofe i Niger.

## Sherifstjernen går på tur

**Tur-retur.** Som leder kan Birthe Roelsgaard godt rejse ud på korte missioner, men hun vælger de perioder, hvor der ikke er spidsbelastning i afdelingen.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Da det yngste af de tre børn var blevet konfirmeret i 2005, var afdelingssygeplejerske på thoraxkirurgisk afdeling på Skejby Sygehus *Birthe Roelsgaard* klar til at realisere en gammel drøm om at tage ud i verden og arbejde som sygeplejerske. Inden hun kontaktede Læger uden Grænser, tog hun en snak med sin leder.

”Jeg ville være sikker på, at det kunne lade sig gøre, og derfor talte jeg med min leder om, hvem der kunne være min stand in, og hvordan mine ledelsesopgaver kunne blive delegeret ud,” siger Birthe Roelsgaard.

Hun talte også med sin familie om det ikke helt ufarlige i projektet.

Efter flere samtaler med Læger uden Grænser og en test blev hun fundet kvalificeret. Hun gennemgik en måneds kursus i tropemedicin, inden sin første udsendelse til en stor sultkatastrofe i Niger i 2005. Hun har været udsendt i alt fire gange, til koleraepidemier i Angola to gange og senest til sultkatastrofe i Etiopien i sommeren 2008.

Hendes aftale med thoraxkirurgisk afdeling er, at hun kun rejser ud, når der ikke er spidsbelastning, dvs. typisk i sommermånederne, og hun rejser kun ud på korte missioner på seks-otte uger ad gangen. Faktisk har Birthe Roelsgaard selv indtryk af, at det kan være en fordel for afdelingen, at hun indimellem må overlade ansvaret til nogle andre.

”Det betyder, at andre får chancen for at få sherifstjernen på, mens jeg er væk. Det er talentudvikling og anerkendelse af nogle medarbejdere, og det giver større fleksibilitet på afdelingen. Faktisk er hele personalegruppen vokset med opgaven, og de har fået en større gruppedynamik,” siger Birthe Roelsgaard.

*sbk@dsr.dk*



Anita Arslan blev sendt af sted otte måneder til Peru som supervisor på en hiv/aids-klinik.

# Børn og unge fortjener special

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

## TING SOM ER VIGTIGE FOR MIG



Jeg løber maraton en gang om året, sidst i Berlin, hvor medaljen er fra. Det betyder meget for mig socialt, jeg træner fast sammen med en gruppe venner i Sparta Løbeklub, og det er også en måde at prøve mine egne grænser af på.

Vi har en stor familie og mange venner, som jeg helst er i kontakt med hele tiden for at vide, hvordan det går. Sms'er er en livsnødvendighed.



Jeg omgiver mig konstant med musik, derhjemme, på cykelturen og på arbejde. Når jeg spiller klaver, stresser jeg af, og jeg får energi af at høre musik.

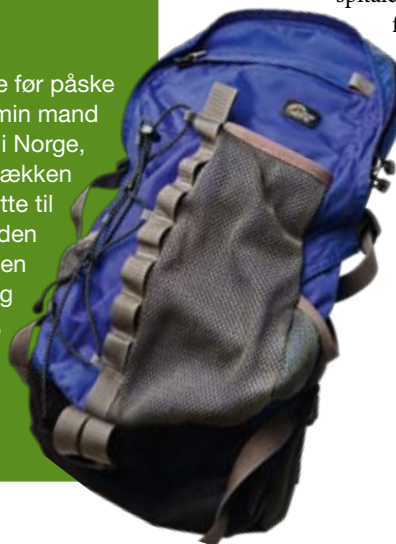
På fjerde år går jeg og min mand til salsa med gode venner en gang om ugen. Vi har det sjovt, og det er skægt at lære en disciplin, jeg ikke har prøvet før.



Vi bruger meget tid i vores fritidshus ved Tystrup-Bavelse. Der er så fredfyldt, på nær gæssene, der skræpper og skræpper, og så ender de alligevel med at tie stille og flyve af sted sammen i smukkeste formation.



Hvert år lige før påske drager jeg og min mand til Jotunheimen i Norge, hvor vi spænder rygsækken og løber på ski fra hytte til hytte. Jeg er vild med den ro, der er på fjeldet. Den storslåede natur giver mig en følelse af ydmyghed, som er en vigtig del af min selvforståelse.



Som leder af Rigshospitalets Børne-Unge Program arbejder sygeplejerske *Charlotte Blix* på 13. år for, at de mere end 16.000 børn og unge, som hospitalet behandler hvert år, får en ensartet og specialiseret pleje og behandling, uanset hvilken afdeling de er tilknyttet. En række tværfaglige projekter har bl.a. resulteret i oprettelsen af pædiatriske enheder for smerte og ernæring og en pædiatrisk efteruddannelse for sygeplejersker. Seneste skud på stammen er Ungdomsmedicinsk Videnscenter, som skal systematisere den eksisterende viden og udvikle nye metoder for at øge kvaliteten af behandling, pleje og rehabilitering af syge unge. Hun er 53 år og uddannet sygeplejerske i 1977. Engagementet for børn og unge blev for alvor vakt, da hun var afdelingssygeplejerske på Rigshospitalets ortopædkirurgiske børneafdeling i årene 1987-1994.

Privat: Er gift og bor sammen med *Peter Lotz* i Søborg, som hun har sønnerne *Toke*, 21, og *Regner*, 27, med.

## Min funktion

Jeg skal skabe de overordnede rammer for og samle op på de mange tværfaglige projekter, der kører under Børne-Unge Programmet. Jeg koordinerer Åbent Hus for børn og er tovholder på at udvikle det informationsmateriale og merchandise, vi har til børn og unge, og der er også et stort arbejde i at få spredt vores viden og information til personalet. Vores aktiviteter afhænger i høj grad af eksterne midler, videnscentret er f.eks. kun blevet til pga. af Egmontfonden, der har doneret 6,7 mio. kr. til en forsøgsperiode på tre år. Derfor bruger jeg meget tid på at fundraise.

## Lige nu

Ungdomsmedicinsk Videnscenter er lige åbnet og kommer til at bestå af en sygeplejerske, læger, en psykolog, en pædagog og en socialrådgiver, der skal arbejde tæt sammen med et rådgivende ungdomspanel. I øjeblikket bruger jeg meget tid på at få centret godt i gang. Arbejdet med hospitalsplanen fylder også meget, da Juliane Marie Centret fusionerer og skal bygge om eller måske flytte for at kunne integrere de nye samarbejdspartnere og honorere kravene til et moderne hospital.

## Om fem år

Ungdomsmedicinsk Videnscenter er permanent, og vi er ved at indvie det nye kvinde-barn-område. Alle syge børn på Rigshospitalet og Gentoftes børneafdeling er samlet i fysiske rammer, der inddrager familien, især søskende. Sikkerhed, fleksibilitet, effektivitet og æstetik er tænkt ind i indretningen, hvor også forskning, uddannelse og rehabilitering har centrale pladser.

cso@dss.dk

# liseret pleje



”Jeg er meget optaget af hospitalets indretning rent æstetisk, og hvordan man indtænker kunst, farver, lys og luft, så indretningen appellerer til brugerens livsmod og kreativitet.”



## Farlige forkortelser og symboler

Håndskrevne notater og forkortelser er et farligt miks. Et overset komma eller en fejllæsning kan blive fatal for patienten. Skriv ordene helt ud, så er risikoen for fejltagelser mindre. (kb)

Brug ikke:	Fordi:	Skriv i stedet:
Symbolet $\mu$	$\mu\text{g}$ kan tolkes som mg.	Mikrogram eller mikrogr.
Forkortelserne ugl. og dgl.	De to forkortelser kan let forveksles.	Ugentlig, daglig
Symbolerne > og <	Symbolet > kan forveksles med tallet 7, og begge symboler kan opfattes modsat.	Større end, mindre end.
Pas også på med:		
Ordinationer i ml kan tolkes som mg.		
l'et i IE (Internationale Enheder) kan tolkes som et tal. F.eks. kan 4IE insulin læses som 41 enheder i stedet for 4.		
For kort afstand mellem bogstaver og tal kan udløse fejl, fordi det sidste bogstav læses som et tal, f.eks. kan Tegetol400 mg læses som Tegetol 1400 mg.		
Utydelige tal kan forveksles, f.eks. 1 og 7, så 15 mg bliver læst som 75 mg.		

Kilde: Region Hovedstaden, Enhed for Patientsikkerhed, 2007.

### Vidste du at ...

... honning indeholder bakterie-hæmmende stoffer?

Kilde: Mikrobiolog Hans Jørn Kolmos/I Fom.



## EKSPERTEN SIGER

Håndsprit er 10 gange mere effektivt til bakteriedrab end vand og sæbe. Den indeholder et hudplejemiddel, og det er specielt godt i efterårs- og vintermånederne.

Kilde: Hygiejnesygeplejerske Lene Junker, Rigshospitalet.

ARKIVFOTO: SCAMPPIX

## Spis let om natten

Kroppen har lavere enzymaktivitet om natten, og fordøjelsesprocessen går langsommere. Som nattevagt er det godt at planlægge et let måltid inden kl. 01 og et let måltid, inden man skal sove om morgenen. Lette og kulhydratrige snacks og småmåltider er gode til natarbejdet. Væske hjælper på fordøjelsen. Træning umiddelbart inden nattevagten giver et godt energiboost. (sbk)

Kilde: Trænings- og ernærings ekspert Chris MacDonald.



## Undgå smerter i tommelfingrene

Det kan lade sig gøre at undgå ømme tommelfingre og smerter i hænderne som følge af, at man dagligt trykker hundredvis af blistertabletter ud. Men der er ulemper ved flere af de løsninger, der findes. Det viser et forsøg fra hjemmesygeplejen i Odense Kommune. En blisterpen, som kan prikke hul i emballagen, opleves som langsom og besværlig at bruge. Borgerne er for svage til, at de selv kan hjælpe med at trykke tabletterne ud. Medicin i glas kan ikke fås med små mængder. Maskindoseret medicin er formentlig den mest effektive løsning, der både nedsætter generne for sygeplejerskerne og giver bedre sikkerhed for borgerne.

"Desværre er ulempen, at maskinel medicindosering kan give øgede udgifter for borgeren, og at borgernes egen læge skal give deres accept," siger arbejdsmiljøkoordinator og souschef i hjemmeplejen i Odense Kommune Kirsten Andersen. (sbk)



## Kend din tillidsrepræsentant – og brug hende

Hvem kontakter du, når du synes, din løn ikke passer helt, og du har brug for hjælp til at tjekke lønsedlen? Eller når du har brug for bistand til at få udarbejdet en seniorordning? Eller når du og kollegerne har en god idé til, hvordan jeres arbejdsplads kan blive mere attraktiv for sygeplejerskerne, så det bliver nemmere at tiltrække og fastholde kolleger?

Svaret er enkelt: Du kontakter selvfølgelig din tillidsrepræsentant.

Tillidsrepræsentanten er nemlig en enkel og nem indgang til Dansk Sygeplejeråd. Hun kender hverdagen på din arbejdsplads, og hun fungerer på en lang række felter som rådgiver, vejleder, forhandler og problemløser – i et tæt samspil med din leder.

Med andre ord har tillidsrepræsentanterne stor betydning for dit og kollegernes arbejdsliv. Dermed har tillidsrepræsentanterne også stor betydning for Dansk Sygeplejeråd.

Derfor har vi gennem flere år sat et stærkt fokus på tillidsrepræsentanterne. F.eks. i forbindelse med den nye struktur, der trådte i kraft sidste år, og ved overenskomstforhandlingerne, hvor vi blev enige med arbejdsgiverne om, at der overalt i landet nu skal indgås aftaler om tillæg til tillidsrepræsentanterne.

På kongressen i oktober tog vi endnu et skridt.

Vi vedtog nemlig en ny udviklingsretning for tillidsrepræsentanterne, der bl.a. slår fast, at tillidsrepræsentanten er din primære indgang til Dansk Sygeplejeråd. Ikke kun når det gælder de klassiske spørgsmål om løn og arbejdsvilkår. Men også når det handler om at skabe attraktive og udviklende arbejdspladser, sætte sygeplejefaglige og sundhedspolitiske spørgsmål på dagsordenen og præge den overordnede strategi og udvikling på din arbejdsplads.

Det er også noget af det, vi netop har drøftet på et stormøde, hvor hovedbestyrelsen havde inviteret alle Dansk Sygeplejeråds tillidsrepræsentanter til dialog om de udfordringer, vi sammen står over for.

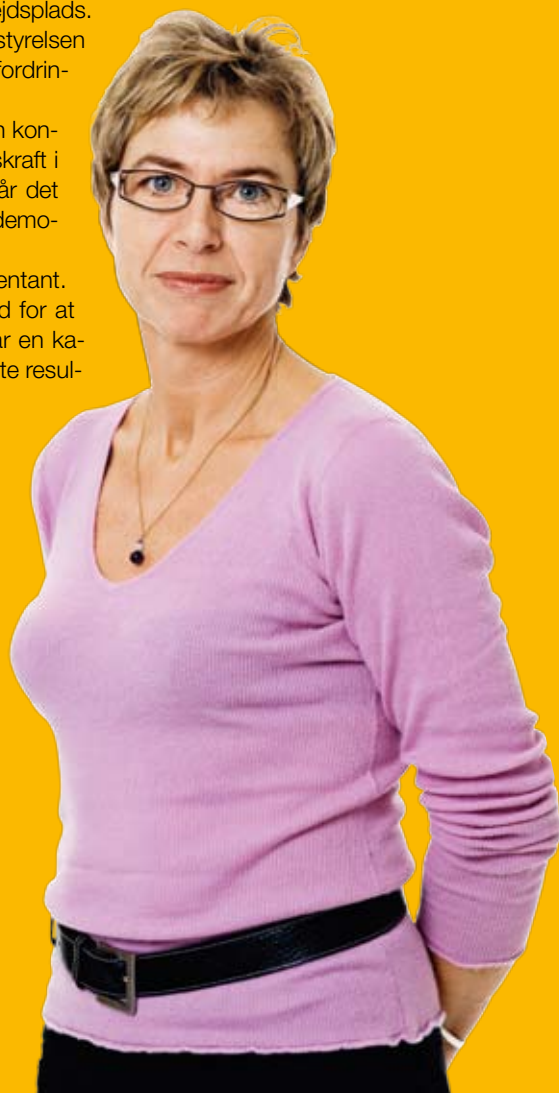
Tillidsrepræsentanterne sidder i en nøgleposition. Både når det handler om den konkrete bistand, du får for dit medlemskontingent, og om at skabe sammenhængskraft i Dansk Sygeplejeråd. I virkeligheden er tillidsrepræsentanterne helt afgørende, når det handler om at omsætte vores vision om en levende organisation med et stærkt demokrati til konkret handling.

Det er også derfor, det er så vigtigt, at alle sygeplejersker har en tillidsrepræsentant. Det halter desværre nogle steder. Måske er det noget for dig? Du får mulighed for at bruge dine erfaringer som sygeplejerske til gavn for hele arbejdspladsen. Du får en kanon god uddannelse. Og du får mulighed for at være med til at skabe helt konkrete resultater til sygeplejerskerne.

**"I virkeligheden er tillidsrepræsentanterne helt afgørende, når det handler om at omsætte vores vision om en levende organisation med et stærkt demokrati til konkret handling."**

*Grete Christensen*

Grete Christensen, 1.-næstformand





## Hos os løfter generalister og specialister i flok!

Af Ulla Birk Johansen, primærpsygeplejerske

Kommentar til artiklen "Drop hjemmeplejens specialister" i *Sygeplejersken* nr. 23/2008.

Efter ni års ansættelse som primærpsygeplejerske, heraf fem år som sårpsygeplejerske, har jeg kun egne erfaringer med specialisering af hjemmesygeplejen – endda ad to omgange. Jeg har været med til at kæmpe for uddannelse af specialister, se specialerne udvikle sig og blive bombet tilbage til zero, fordi vi ved kommunesammenlægningen i 2007 måtte acceptere, at specialfunktionerne i en periode blev nedlagt. Vi håber stadig, at der kan bygges op igen.

Jeg ved, hvad det gør ved fagligheden, patienttrygheden og arbejdsglæden at kunne levere en god ydelse til borgeren, som primærpsygeplejersken kan være stolt af. Vi ser sårene hele hurtigere, demensen erkendes tidligere, blodsukkeret under kontrol. Vi ser færre opslidende og til tider unødvendige ambulatorie- og speciallægebesøg.

Jeg har også oplevet mig selv og mine kolleger miste gejsten, når vi alle skulle være lige. Når vi alle var gode til alt, men ingen rigtig dygtig til noget, og kolleger med specialistuddannelser rejste.

Artiklen indeholder påstande, som jeg slet ikke kan nikke genkendende til:

- Jeg har ikke mødt primærpsygeplejersker med specialeansvar, som ville kopiere læger eller sygehuspsygeplejersker. Jeg har kun mødt primærpsygeplejersker, som ville patienterne det bedste inden for primærsektorens rammer!

- Jeg har ikke mødt patienter, som ikke var tilfreds med en specialistsygeplejerske som ekstra kontaktperson ud over den faste primærpsygeplejerske. Ingen har udtrykt "tovholderkvaler" i mit påhør (ikke på grund af specialisering af sygeplejen, der har været andre grunde!).
- I vores sygeplejegruppe er vi også stolte og dygtige generalister.
- I vores sygeplejegruppe kan vi sagtens finde overblikket, og vi bruger minimalt med tid på koordinering og dobbeltarbejde pga. sygeplejespecialerne.
- I vores team løfter vi hinandens kompetencer og deler ud af vor viden.

Jeg ved ikke, hvilket ærinde *Sidsel Vinge* fra DSI er ude i, eller på hvilket grundlag hun bygger sine påstande. Jeg har svært ved at se, at hun går patienternes eller sygeplejerskernes ærinde. Sådan som min hverdag ser ud, er det fuldstændig skudt forbi.

*Ulla Birk Johansen er sårpsygeplejerske i Distrikt Fjordgården, Vordingborg Kommune.*

### ))) SKRIV KORT

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

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

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > Manuskriptvejledninger > 8. Debatindlæg i *Sygeplejersken*

**Debatindlæg sendes til:**

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

# Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

Brenntag's store hospitalsservietter er et alternativ til gel- og væskebaserede hud-desinfektionsmidler.

- Hospitalsservietter 14 x 19 cm uden klorhexidin
- Indeholder desinfektionsvæske med ethanol 82% og glycerol 2,0%
- Æske med 100 enkeltpakkede servietter, karton á 20 æsker
- Varenummer 830318




**BRENTAG**

Brenntag Nordic - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup  
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896  
[www.brenntag-disinfection.dk](http://www.brenntag-disinfection.dk)

## Det er ikke en bakterie

Af Hanne Winther Frederiksen, sygeplejerske, stud.scient.san.

Kommentar til artiklen "To nye, farlige bakterier rammer danske sygehuse" i Sygeplejersken nr. 22/2008.

 Der er ikke noget, der hedder ESBL-bakterien. ESBL (Extended Spectrum Beta-Lactamaser) er et enzym og ikke en bakterie.

ESBL-produktion forekommer hyppigst i Escherichia coli og Klebsiella pneumoniae, men er også set i en række andre enterobakterier samt i Acinetobacter og Pseudomonas species.

Extended Spectrum Beta-Lactamaser (ESBL) er bakterielle enzymer, der beskytter bakterien ved at nedbryde de vigtige betalaktam antibiotika penicilliner og cefalosporiner, herunder cefotaxim, ceftazidim og ceftriaxon. Generne, der koder for ESBL-enzymene, sidder oftest på plasmider, og smitte kan derfor ske, både ved at bakterien spreder sig mellem patienter (og personale), og ved at plasmidet med resistensegenskaberne spreder sig til andre bakterierarter.

I mine øjne en ret alvorlig fejl, idet jeg er af den holdning, at Sygeplejersken bør fungere som vidensformidler kollegaer imellem. Misinformation nedbryder troværdigheden til fagbladet såvel som til faget.

Mon ikke fejlen er sket, fordi Sygeplejerskens journalist refererer (ukritisk?) til artikler skrevet i JyskeVestkysten/Jyllands-Posten/B.T. af andre journalister?

Mit indlæg er på ingen måde tænkt som et personligt angreb på Christina Sommer, journalist bag artiklen. Det peger derimod på et generelt problem i fagbladet. Endnu et eksempel på den bydende nødvendighed af, at bladet bør drosle lidt ned i brugen af journalister og i højere grad anvende fagligt/akademisk uddannet personale.

Opfordringen hermed givet videre.

Kilde: www.ssi.dk

Hanne Winther Frederiksen er studerende på den sundhedsfaglige kandidatuddannelse, Københavns Universitet.

## Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Kære Hanne Winther Frederiksen!

Tak for din kommentar. I vores faste rubrik Tilbageblik forsøger vi at give læserne overblik over en af de sager på sundhedsområdet, som har fyldt i medierne for nylig. Vi refererer historierne og forsøger at gengive indholdet af en kompliceret sag på en forståelig måde, men vi er bestemt aldrig ukritiske. Vi er heller ikke 100 pct. ufejlbarlige, det er der ingen, der er, og så er det godt, at vi har jer læsere til at gøre os opmærksom på, at det ikke hedder ESBL-bakterier, men at der er tale om ESBL-producerende bakterier.

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCEN SIDE 34

### Forkortet produktinformation for Toviaz® (fesoterodin)

#### Depottabletter 4 mg og 8 mg.

**Indikationer:** Behandling af de symptomer (hyppig vandladning og/eller imperios vandladningstrang og/eller urgeinkontinens), som kan forekomme hos patienter med overaktiv blære. **Dosering\*:** Den anbefalede startdosis er 4 mg 1 gang dagligt. På basis af individuelt respons kan dosis øges til 8 mg 1 gang dagligt. Fuld behandlingseffekt ses efter 2 til 8 uger. Virkning bør derfor reevalueres efter 8 ugers behandling. Dosis bør nedsættes hos patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion både med og uden samtidig behandling med potente CYP3A4. Bør ikke anvendes til børn og unge under 18 år.

**Kontraindikationer\*:** Overfølsomhed over for det aktive stof, over for et eller flere af hjælpestofferne eller over for jordnødder eller soja. Urin- eller ventrikulretention, ukontrolleret snærvinklet glaukom, myasthenia gravis, svært nedsat leverfunktion (Child Pugh C), samtidig brug af potente CYP3A4-hæmmere hos patienter med svært nedsat lever- eller nyrefunktion, svær colitis ulcerosa, toksisk megacolon. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen\*:** Organiske årsager skal udelukkes, ligesom andre årsager til hyppig vandladning bør udelukkes, før en behandling med antimuskarine lægemidler overvejes. Toviaz bør anvendes med forsigtighed hos patienter med klinisk signifikant blæreobstruktion, gastrointestinale obstruktive lidelser, risiko for QT-forlængelse samt relevante forud bestående hjertekarsygdomme, gastrooesofagal refluks og/eller samtidig indtagelse lægemidler, der kan forårsage eller forværre oesophagitis, reduceret gastrointestinal motilitet, autonom neuropati, velbehandlet snærvinklet glaukom. Der bør udvises

forsigtighed ved behandling af eller optitrering af dosis til patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion eller patienter, der samtidig behandles med potente CYP3A4- eller CYP2D6-hæmmere. Indeholder lactose. Bør ikke anvendes til patienter der ikke tåler visse sukkerarter. **Interaktioner\*:** farmakologiske interaktioner: Forsigtighed ved samtidig administration af fesoterodin og andre lægemidler, som har antimuskarine eller antikolinerge egenskaber. Fesoterodin kan nedsætte virkningen af lægemidler, der stimulerer motiliteten af mave-tarmkanalen. Farmakokinetiske interaktioner: Potente, og til dels moderate, CYP3A4-hæmmere øger koncentrationen af fesoterodin. Derfor bør maksimaldosis ved samtidig behandling være 4 mg dagligt. Samtidig brug af CYP3A4-induktorer frarådes. Dosisreduktion til 4 mg kan være nødvendig ved samtidig brug af CYP2D6-hæmmere. Der er ikke set ændringer i fesoterodins farmakokinetik ved samtidig behandling med p-piller. **Graviditet og amning\*:** Toviaz bør ikke bruges under graviditet eller amning pga. utilstrækkelige data. **Bivirkninger\*:** Typisk ses antimuskarine virkninger som mundtørhed, tørre øjne, dyspepsi og forstoppelse. Mundtørhed ses hyppigst med en frekvens på 28,8%. Meget almindelige bivirkninger (>10%): Mundtørhed. Almindelige bivirkninger (≥1% og ≤10%): Svimmelhed, hovedpine, øjenterhed, tørhed i svelget, abdominalsmerter, diaré, dyspepsi, forstoppelse, kvalme, dysuri, sømnløshed. Ikke almindelige bivirkninger (≥0,1% og ≤1%): Takykardi, dysgeusi, sømnløshed, vertigo, smerter i hals og svelg, hoste, tørhed i næsen, ubehag i maven, oppustethed, urinretention, igangsættelsesbesvær ved vandladning, udslæt, tør hud, urinvejsinfektion, træthed, øget ALAT og GGT. **Overdosering\*:** Overdosering kan resultere i svære antikolinerge

virkninger. Behandlingen bør være symptomatisk og understøttende, og der bør iværksættes EKG-monitorering med fokus på håndtering af eventuel QT-forlængelse. Fesoterodin er i kliniske undersøgelser administreret sikkert ved doser på op til 28 mg/dag.

#### Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr.: 17. november 2008

Vnr.	Lægemiddelform og styrke	Pakningsstørrelse	Pris i kr.
116705	Depottabletter 4 mg	28 stk	499,45
116694	Depottabletter 4 mg	84 stk	1.498,40
116716	Depottabletter 8 mg	28 stk	499,45
116727	Depottabletter 8 mg	84 stk	1.498,40


Dagsaktuel pris findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk)  
Udlevering: B  
Tilskud: Ja.

De med \* mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMEA godkendte produktresumé dateret maj 2008. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres hos Pfizer ApS, Lastrupvang 8, 2750 Ballerup, tlf. 44 20 11 00. (TOVI 007 ASmPC V2.0 10Jun2008.doc) Tov-08-01-24, juni 2008.

1. Toviaz® (fesoterodin) SmPC.

## Hvad skal vi bruge DSR til?

Af Sussie Rasmussen, sygeplejerske

 25-års-jubilæum som sygeplejerske, det havde jeg i foråret. Jeg har altid været glad for erhvervet – både som almindelig sygeplejerske og som anæstesisygeplejerske i de sidste ca. 16 år.

DSR har jeg til gengæld ikke været specielt glad for gennem årene. Emblemet mistede jeg hurtigt – hvilket jeg fandt ret ligegyldigt. Hvorfor i alverden skal man rende rundt og reklamere for en fagforening med en porcelænsmedalje? Patienterne har aldrig betvivlet, at jeg var sygeplejerske, blot fordi emblemet manglede.

Som navnet indikerer (Dansk Sygepleje Råd), har foreningens oprindelige formål intet som helst med fagforening at gøre. Det har da heldigvis ændret sig med tiden – men ikke nok. Når en kredsformand/næstformand? (han har fjernet sit indlæg på netdebatten) omtaler medlemmerne som enten støttemedlemmer eller aktive i DSR, siger det en del om, hvor skoen trykker. Jeg betaler ikke til DSR for at "støtte" min fagforening, men i forventning om, at den varetager mine løn- og arbejdsvilkår.

Jeg har altid fundet det problematisk, at medlemmerne af min fagforening består af både lønmodtagere og arbejdsgivere; interesserne er til tider modstridende i sagens natur. Blot fordi vi alle er sygeplejersker, har vi jo ikke altid de samme interesser mht. lønforhold, snarere tværtimod.

Overenskomstresultaterne har de sidste mange år ikke været noget at råbe hurra for (ej heller 13,4 pct. minus langvarigt konfliktkontingent, bøvli med strejkeløn etc.). På det generelle plan noget i retning af at tage fra sygeplejerske A og give til sygeplejerske B.

Sidst, men ikke mindst burde man revurdere *Kirsten Stallknechts* gamle aftale med kongressen om, at formanden skal være den højst lønnede sygeplejerske i Danmark – hvorfor skal vedkommende egentlig det? Jeg synes, der burde være en øvre grænse på formandslønnen i stedet for. Resultatet er, at lønningerne i hele DSR er absurd høje – finansieret overvejende af ringe betalte sygeplejersker i basisstillinger.

Konklusionen er – meget mod min opdragelse – at jeg er tæt på at melde mig ud af DSR. Giv mig venligst nogle gode argumenter for ikke at gøre det.

*Sussie Rasmussen er ansat på  
Anæstesiologisk Afdeling, Hillerød Hospital.*

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Sussie Rasmussen!*

Jeg vil meget gerne give dig nogle gode argumenter for at være medlem af Dansk Sygeplejeråd. Sammen med resten af Sundhedskartellet har vi opnået et godt overenskomstresultat. F.eks. får en sygeplejerske med 10 års erfaring i alt 4.100 kr. mere om måneden i løn og pension m.v. Det svarer til ca. 15 pct. Derudover fik vi opfyldt kravet om en lønkommission – på trods af hård modstand fra arbejdsgivere, politikere og andre faggrupper. Vi har sikret seniordage og seniorbonus samt ret til fuld tid. Og siden 2006 har vi forhandlet 230 mio. kr. hjem til medlemmerne i lokale tillæg.

Vi har også skabt en lang række andre resultater til medlemmerne i de seneste år. I trepartsaftalen med regeringen og arbejdsgiverne fik vi øremærket 75 mio. kr. til sygeplejerskernes efter- og videreuddannelse, 50 mio. kr. til bedre grunduddannelse samt ret til lederuddannelse. Vi har fået regeringen til at øge dimensioneringen på uddannelsen, og vi har overbevist politikerne om at etablere nye specialuddannelser.

Dansk Sygeplejeråd hjælper også medlemmer, der har brug for

rådgivning og juridisk bistand. Siden 2006 har vi været med til at skaffe mere end 40 mio. kr. i erstatning for arbejdsskader. I samme periode har flere end 1.700 medlemmer, der er berørt af afskedigelse, fået juridisk bistand, mens 23.000 har fået telefonisk rådgivning om alt fra løn, ansættelse, uddannelse og meget andet. Hjælpefonden har i 2006 og 2007 bevilget i alt 1,3 mio. kr., primært i form af psykologbistand til medlemmer, der er ramt af stress.

Med andre ord: Dansk Sygeplejeråd skaber masser af resultater. Og på kongressen i oktober satte vi kursen efter at skabe endnu flere konkrete resultater, som medlemmerne kan mærke på lønsedlen og i hele arbejdslivet.

## »»» HVAD MENER DU

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

### Nyt spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk):

Synes du, at sygeplejersker er gode til at sige undskyld til patienterne, når der sker fejl i sundhedsvæsenet?

Læs temaet om at sige undskyld side 16-22.

### Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 22/2008:

Er det muligt at få parforhold, børn og arbejdsliv til at gå op i en højere enhed?

Svar	antal	pct.
Ja	82	61,2
Nej	35	26,1
Ved ikke	17	12,7
<b>I alt</b>	<b>134</b>	<b>100</b>


.....

”Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen (K)* udtaler sig og argumenterer for hurtig udskrivelse, når det drejer sig om aktive, der skal udskrives efter en knæoperation – dette har intet med udskrivelse af gamle mennesker at gøre og er som at sammenligne æbler og bananer. Hr. sundhedsminister, du må gøre dit hjemmearbejde bedre og sætte dig ordentligt ind i stoffet, før du udtaler dig.”

Sygeplejerske *Michaela Jørgensen* i Morgenavisen Jyllands-Posten.

.....

## Rita Vildersbøll Holm

 Vi lærte *Rita Vildersbøll Holm* at kende i 1997, da hun blev ansat på Skt. Lukas Hospice. Rita var et utroligt kreativt og ressourcestærkt menneske, både i sit arbejdsliv og derhjemme.

På arbejde kunne vi glæde os over Ritas evne til altid at se muligheder i stedet for begrænsninger. Hun havde evnen til altid at finde noget at glædes over for patienterne og for os kolleger: en smuk blomst, et solstrejf, vinden gennem håret, smagen af et godt brød eller glæden ved hyggeligt samvær.

## FOKUSERET STUDIEBESØG



Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital tilbyder fokuseret studiebesøg. Formålet er at give opdateret viden indenfor sårbehandling samt orientere om centrets retningslinier for pleje og behandling af patienter med sår. Undervisningen veksler mellem teori og work-shops.

Målgruppen er sundhedsfagligt personale med interesse i og noget kendskab til sårbehandling/sårbehandlingsprodukter med behov for opdatering i grundlæggende sårbehandlingsprincipper.

**Dato:** 17.03.2009, kl. 8.30-16.00.

**Sted:** Videncenter for Sårheling, Bispebjerg Hospital

**Pris:** kr. 1.000,00.

**Tilmeldingsfrist:** 09.01.09.

Yderligere information og tilmelding findes på [www.CWHC.dk](http://www.CWHC.dk)

### Konference: Design og innovation i sundhedssektoren

Arbejdsforholdene på landets sygehuse skal forbedres. Det kræver ofte nytænkning og innovation.

Det er baggrunden for et stort udviklingsprojekt, som har deltagelse af specialister fra sundhedssektoren, industrien og uddannelsessektoren.

Et centralt element i projektet er konferencen "**Design og innovation i sundhedssektoren**", der afvikles på Byggecentrum i Middelfart den 11. december.

På konferencen vil en række specialister komme med korte og inspirerende foredrag.

Se programmet på: <http://www.alucluster.com/pdf/Hospitalskonference.pdf>

For tilmelding eller yderligere info:  
AluCluster  
Viden- og Teknologicerter  
for Aluminium  
Tlf. 7374 3040 • [mail@alucluster.com](mailto:mail@alucluster.com)



» Rita overkom det utroligste, og det så altid legende let ud! "Det er jo ikke noget," sagde hun. Og vi andre undredes over, hvor hun dog fik kræfterne og energien fra. For hun klarede både arbejde, fire børn, mand, hus, have og en kreativitet, der spændte over en stor og spændende maleriproduktion, blomsterbinding, digte, skøn madlavning, rejser, teater- og musikinteresse.

Da Rita blev syg for snart fire år siden, startede en indædt kamp mod kræften. Rita elskede livet og ville det så gerne. Ingen mulighed for behandling forblev uprøvet. Men selv om det til tider var en kamp mod overmagten, levede Rita livet fuldt ud med ufattelig energi helt til det sidste.

Vi har grædt og grinet med Rita. Vi er hende stor tak skyldig for, hvad hun har lært og givet os. En af de sidste aftener, Rita levede, sagde hun til en kollega: "Når du sidder i båden i Øresund, så kommer jeg med vinden og puster dig i nakken."

Nu ved vi, hvordan vi skal bevare mindet om dig, Rita.

Tak, fordi vi har kendt dig.

*På vegne af kollegerne på Skt. Lukas Hospice og Hjemmehospice,  
Anna-Marie Kallfoed.*

## Jens Hedegaard Hansen



Det var med stor sorg, at vi modtog meddelelsen om *Jens Hedegaard Hansens* pludselige død.

Jens fik pludselige hjerteproblemer og gennemgik en større hjerteoperation. I efterforløbet kæmpede Jens for livet, men døde den 28. august 2008, kun 44 år gammel.

Jens blev uddannet sygeplejerske i 2002 fra Sygeplejeskolen i Viborg. Herefter arbejdede Jens som sygeplejerske på Medicinsk Afdeling på Fredericia Sygehus og på Retspsykiatrisk Afdeling i Middelfart. Jens fik hurtigt interesse for ledelse og blev i 2003 ansat som teamleder ved Plejecenteret Møllestien. I december 2007 blev Jens ansat som distriktsleder ved Plejehjemmet Åbrinken i Karup. Her var Jens ansat indtil sin død.

Som tidligere samarbejdspartnere til Jens har vi lært ham at kende som en kompetent repræsentant for sygeplejen, der var stærkt engageret i brugernes og pårørendes tarv. Jens var loyal, omsorgsfuld og fagligt orienteret i samarbejdet med alle.

Jens var altid i godt humør og havde et lune, som var de færreste forundt. Hvem husker ikke hans mange historier, som altid blev fortalt med glimt i øjet og stor entusiasme. Jens var omsorgsfuld, alt blev gjort helhjertet, og Jens værdsatte alle.

Jens' alt for tidlige død er et stort tab for sygeplejen. Det er dog ingenting at regne i forhold til det store afsavn og tab, som *Dan*, familien og vennerne kommer til at føle. Vi håber, at de kan finde trøst i mange gode minder.

Æret være Jens' minde.

*Sinna Maagaard, sygeplejerske og akupunktør, ACTERA Klinik,  
og Steen Hundborg, lektor, cand.cur., VIA University College.*

## Betty Holm Jensen



Det er med stor sorg, vi har taget afsked med vores afdelingssygeplejerske, *Betty Holm Jensen*, som døde den 30. september 2008, 60 år gammel.

Betty var afdelingssygeplejerske på kardiologisk afdeling, Næstved Sygehus, siden 1990. Hun var en karismatisk leder, og der blev lyttet, når Betty talte. Hun værnedede om sygeplejens grundværdier, altid med fokus på patienternes ve og vel.

For personalet var Betty omgivet af dyb respekt og tillid. Der var altid en dør åben til hendes kontor, hvor alle gennem årene har haft glæde af hendes nærvær og empati. Ingen problemer, personlige som faglige, var for små til, at Betty ville lytte og give gode råd som den livskloge kvinde, hun var.

Betty var positiv og optimistisk i sin livsanskuelse, det smittede af på os andre. Desværre måtte Betty bukke under for kræftsygdommen. Hun kæmpede til det sidste og opgav aldrig håbet.

Vores dybeste medfølelse går til Bettys efterlavede, hendes mand *Kjeld* og deres tre elskede sønner *Kenneth*, *Jesper* og *Rasmus*. Det var bevægende at opleve den støtte, Betty fik fra sine nære, den sidste tid, hvor hun blev svagere og måtte indlægges flere gange.

Betty holdt sit 40-års-jubilæum sidste år i oktober, hvor hun fik overrakt fortjenstmedaljen. Det var en dag, Betty havde glædet sig til, og det store fremmøde af gratulanter vidnede om alle de relationer, hun havde skabt og vedligeholdt gennem årene.

De værdier og den ånd, Betty har grundlagt i vores afdeling, vil bestå fremover.

Æret være hendes minde.

*På vegne af personalet i afd. 11, Næstved Sygehus,  
Susanne Lund, konstitueret afdelingssygeplejerske.*

# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

- Fagtanker >> 42
- Faglig information >> 42
- Resuméer >> 45
- Agenda >> 50
- Testen >> 55
- Anmeldelser >> 62
- 5 faglige minutter >> 66

## At få hjælp til at spise

- en undersøgelse af rygmærskadedes oplevelser

>> 46

Mesterlære og refleksion  
gennem vejledning >> 52

Erfaringer med kvalitetsvurdering  
af kliniske retningslinjer >> 56

## &gt;&gt;&gt; FAGTANKER

## Modeluner i sygeplejen

Jeg skal tilbage til 2006 og 2002 for at finde forsider på *Sygeplejersken*, der illustrerer ernæring. Den ene forside udgøres i øvrigt af et udmærket nærbillede af en rullepølsemad. Søgningsen bekræfter, at måltider, ernæring og sygepleje ikke er oppe i tiden, men jeg er ikke i tvivl om, at det ville gavne patienterne, hvis ernæring blev lige så moderne som patientsikkerhed og lean, dvs. hvis mindst ét bachelorprojekt på hver skole havde mad eller måltider som omdrejningspunkt. Men det er i stadig stigende grad andre faggrupper, som tager sig af patienternes eller borgernes måltider.

Derfor er det befriende, at en sygeplejerske og forsker har skrevet en ph.d.-afhandling om et hjørne af sygeplejen kaldet assisteret spisning. Konklusionen er, at et måltid ikke blot er en teknisk affære med det formål at fylde en tom mavesæk, det er også en sanselig oplevelse, og det er væsentligt at kortlægge patientens traditioner og vaner i forhold til måltidet. Spiser Niels Andersen for at overleve, fordi maden smager godt, eller fordi han lægger vægt på sundhed? Forskellige udgangspunkter, som har indflydelse på hele måltidet.

Læs, hvad 16 mennesker med rygmarvsskade mener om at få hjælp til at spise i artiklen "At få hjælp til at spise – en undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser", side 46.



*Jette Bagh*

Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.

# Medaljens pris

AF INGER-MARIE BØRGESEN, ETNOLOG, PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for historie. Den beskriver en aktuell udstilling på Dansk Sygeplejehistorisk Museum i Kolding.



ARKIVFOTO: HEJNE PEDERSEN

Sygeplejerskerne Marianne Hallberg (tv.), Alice Nielsen og Merete Engell modtog Florence Nightingale-medaljen i 2007.

Særudstillingen på Sygeplejehistorisk Museum viser en imponerende samling af Røde Kors-medaljer (se boks). Der er medaljer fra hele verden, og en af de ældste er Florence Nightingale-medaljen, indstiftet i 1912 af Røde Kors og Røde Halvmåne. Nutidens modtager skal have udvist exceptionelt mod og opoffrelse i konflikt- eller katastrofeområder eller have udført pionérarbejde inden for offentlig sundhed.

### Gjorde hun det rette?

*Florence Nightingale* vendte deprimeret og syg hjem fra Krimkrigen. Hun isolerede sig og ønskede ikke at deltage i jubelen over hendes mission fjernt fra Englands kyster. Hun vidste, at trods hendes ihærdige indsats for at redde menneskeliv fortalte tabstallene den grufulde sandhed: At soldaterne var bukket under i sygesengene trods opsyn, pleje og behandling. Hvad havde hun gjort forkert? Havde hun truffet de rigtige beslutninger på de rigtige tidspunkter? Kunne hun have prioriteret anderledes? De spørgsmål blev hun ved med at stille sig selv.

150 år senere stiller sygeplejersker sig de samme spørgsmål, når de vender hjem fra et af verdens brændpunkter. I måneder har de arbejdet blandt ofrene for at lindre deres lidelser. De politiske konflikter er indviklede, og løsningerne er ofte uden for rækkevidde, men konsekvenserne står lige foran dem. Og der skal handles konstant og hurtigt, for at menneskeliv ikke skal gå tabt.

### Udmattende at være ude

Hjemme i Danmark, med den trygge hverdags rutiner, kan følelsen af magtesløshed slå hårdt. Det var tilfældet for *Merete Engell*, som i 2007 modtog den prestigefyldte Florence Nightingale-medalje for sin indsats:

"Da jeg kom hjem, havde jeg ikke lyst til

noget som helst. Jeg havde ikke lyst til at arbejde som sygeplejerske. Jeg havde ikke lyst til at se mine venner. Jeg havde ikke lyst til at tage initiativ til at gøre noget eller til at tænke fremad. Jeg havde vitterlig kun lyst til at ligge i min seng og læse avis og sove og se dvd og drikke kaffe," fortæller hun i bogen "På Kannten, danskere udsendt til krig og katastrofe."

Den seneste udstationering til Niger, hvor Merete Engell stod i spidsen for et ernæringscenter for alvorligt udhungrede børn, var så udmattende fysisk og psykisk, at hun nu har taget en beslutning om, at hun aldrig mere skal til en krigszone. Hun siger selv: "Jeg er ikke længere skudsikker."

Udstillingen Medaljens Pris fortæller de personlige historier, som kaster lys over nødhjælpsarbejderes vilkår i dag, samtidig med at vi følger missioner tilbage i historien. Erindringsmateriale fra sygeplejersker som *Valborg Hjort* og *Magdalene Tidemand* giver os indblik i 1900-tallets konflikter og den første verdensomspændende krig, mens materiale fra bl.a. *Ellen Christensen* og *Eli Magnussen* tager os til århundredets anden store katastrofe, 2. Verdenskrig.

## Eventyrlyst i bagagen

Med medaljerne følger vi dem, der er taget ud for at gøre verden til et bedre og mere trygt sted at være. De har alle haft en god portion eventyrlyst med i bagagen og lyst til mødet med en fremmed kultur. Foruden en god fysik og en stor mental robusthed skal disse personer vise en stor forståelse for de udsatte menneskers situation og sørge for deres sikkerhed og overlevelse. Og det uden at gå på kompromis med egne værdier og moralske standarder i et samfund, hvor menneskerettighederne kan være sat ud af spil.

Særudstillingen er ikke kun for voksne gæster. Børnene kan give sig i kast med forskellige aktiviteter under besøget. F.eks. er der mulighed for at være medaljedetektiv, designe sin egen medalje med selvvalgt indskrift og bestemme, hvem der fortjener en medalje.

*Inger-Marie Børgesen er museumsleder på Dansk Sygeplejehistorisk museum.*

Læs mere om udstillingen på [www.sygeplejemuseum.dk](http://www.sygeplejemuseum.dk)

### ))) MEDALJENS PRIS

Udstillingens medaljer er samlet af sygeplejerske *Jes Haberlandt*. Han har samlet medaljerne gennem de sidste 25 år, og samlingen anerkendes som Dansk Røde Kors' officielle dekorationsssamling.

# Empowerment i diabeteskolen

AF BENTE BASSETT, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN., LINE STEINMEJER NIKOLAJSEN, STUD.SCIENT.POL., LINE SINDING SKÖTT, CAND.SCIENT.POL., OG MONA ENGDAL LARSEN, SYGEPLEJERSKE

**Artiklen henvender sig til alle med interesse for patientskoler. Hovedbudskabet er, at konfluent pædagogik er et redskab, der hjælper underviserne til at guide og afklare problemer hos personer med diabetes. Artiklen er skrevet på baggrund af en evaluering af metoden.**

I 2006 blev der på diabeteskolerne i det tidligere Fyns Amt indført et nyt undervisningskoncept – konfluent pædagogik, som er en metode til at opnå empowerment hos personer med diabetes.

Konfluent pædagogik er en pædagogisk filosofi, hvor processerne i undervisning og læring flyder sammen, og hvor kognitive, affektive og psykomotoriske aspekter integreres (1,2). Målet i undervisningen af personer med diabetes er, at disse udvikler personlige kompetencer og tager ansvar for at træffe bevidste valg i relation til diabetes sygdommen (3). Behandlerne har en vigtig rolle i at guide deltagerne til at klargøre egne værdier og holdninger og hjælpe med at afklare problemer.

Med støtte fra Sundhedsstyrelsens Diabetespulje blev der i foråret 2008 foretaget en evaluering af undervisningskonceptet grundet på konfluent pædagogik og implementeringsforløbet. Evalueringen var rettet mod deltagerne psykosociale og biomedicinske udbytte af undervisningen og mod behandlere, undervisere og ledelsens erfaringer med koncept og implementeringsforløb.

## Glidende overgang gør evaluering vanskelig

Evalueringen blev foretaget via en spørgeskemaundersøgelse blandt 31 diabetikere i diabeteskolen, hvor undervisningen var tilrettelagt efter principper inden for konfluent pædagogik og en kontrolgruppe bestående af 61 personer, hvor undervisningen var som vanlig.

Evalueringen viste, at det ikke var muligt at påvise en forskel mellem de to grupper. Hverken i forhold til selvoplevet kompetence til at mestre sin diabetes, oplevelse af klimaet i undervisningen, oplevelse af, at man har færre problemer, oplevelse af livskvalitet eller begrundelse for at udføre egenomsorg. Heller ikke i de kliniske målinger (BMI, blodtryk og HbA1c) sås en forskel.

En væsentlig del af forklaringen på de

manglende effekter er, at stikprøvegrundlaget har været for lille, og at der er sket en glidende overgang fra det tidligere til det nye undervisningskoncept. Reelt har det således ikke været muligt at afgrænse en klar interventions- og kontrolgruppe.

## Jobtilfredshed hos behandlerne

Derimod er der flere af behandlernes, vejledernes og ledelsens udtalelser i en række fokusgruppeinterviews, der tilkendegiver positive effekter ved at anvende konfluent pædagogik. De vigtigste resultater kan opsummeres i tre punkter:

1. Konfluent pædagogik opleves som et redskab, der gør det lettere at komme ind til sagens kerne i forhold til diabeteskoledeltageres problemer.
2. Konfluent pædagogik forbedrer klimaet i undervisningen, fordi diabeteskoledeltagerne er mere engagerede og aktive.
3. Anvendelsen af konfluent pædagogik giver dermed en større jobtilfredshed for behandlerne.

Samtidig understreges det, at konfluent pædagogik stiller store krav til underviserne. Ud over faglige kompetencer kræves personlige kompetencer som mod, selvsindigt, at turde gøre op med vaner og at slippe kontrollen.

## Barrierer

Evalueringen viser desuden, at der har været en række barrierer i implementeringsforløbet, som man ved en fremtidig implementering andre steder bør tage højde for. De væsentligste barrierer har været manglende tid, opfølgning og opbakning samt fagkulturelle forskelligheder og modstand mod forandringer.

I dag er undervisningskonceptet fuldt implementeret, hvorved der er blevet skabt en fælles tværfaglig referenceramme for den pædagogiske metode i diabeteskolerne. Dette betyder, at deltagerne i diabeteskolerne er sikret ensartethed og kvalitet i undervisningen.

*Bente Bassett er ansat som uddannelseschef hos Novo Nordisk A/S.*

*Line Steinmejer Nikolajsen og Line Sinding Skött er konsulenter ansat hos CAST – Center for Anvendt Sundheds-tjenesteforskning og Teknologivurdering, Syddansk Universitet.*

*Mona Engdal Larsen er lokal diabeteskoordinator på Fyn* )

# Ph.d.-afhandling Assisteret spisning

AF BENTE MARTINSEN, SYGPLEJERSKE, CAND.CUR.

» og er ansat ved Fyns Diabetesudvalg, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark; mona.larsen@ouh.regionsyddanmark.dk

Evalueringens resultater uddybes i rapporten "Implementering af konfluent pædagogik som metode til at opnå empowerment hos personer med diabetes". Rapporten kan rekvireres ved henvendelse til Mona Engdal Larsen.

## Litteratur

1. Grenstad NM. Å lære er å oppdage. Prinsipper og praktiske arbeidsmåter i konfluent pædagogik. 1995. Didakta Norsk Forlag.
2. Brown J. Advances in Confluent Education. 2003. Centre for Educational Research and Development. Berkeley, CA.
3. Anderson RF, Martha CA et al. Facilitating Self-care Through Empowerment". In: Psychology in Diabetes Care. Edit. Frank J Snoek and T. Chas Skinner. 2000. John Wiley and Sons, Ltd.



PRIVATFOTO

Afhandlingen "Assisted feeding. A phenomenological study among people living with high cervical spinal cord injury" af Bente Martinsen forsvares onsdag den 3. december 2008 kl. 14.00 i Auditoriet, Via University College, Høegh-Guldbergs Gade 6, 8000 Århus C.

Undersøgelsen viser, at det at skulle have hjælp til at spise for bestandigt forandrer forholdet til mad og måltider for mennesker, der har pådraget sig en høj cervikal rygmarskade. Hvis de rygmarskadede vil have hjælp til at spise i overensstemmelse med deres egne ønsker, må de give deres personlige hjælpere mange mundtlige instruktioner. Det kan opleves som en stor belastning, idet denne fokusering på måltidets tekniske side kan reducere glæden ved at spise. Alligevel foretrækker rygmarskadede at sætte ord på deres ønsker frem for at modtage en standardiseret pleje.

Undersøgelsens 16 deltagere var i alderen 18-65 år. Alle blev interviewet to gange, og i forbin-

delse med det andet interview blev der foretaget observation af et assisteret hovedmåltid.

Datamaterialet er analyseret i overensstemmelse med "Reflective Lifeworld Research" (Dahlberg et al. 2008) en forskningstilgang der, med udgangspunkt i fænomenologisk filosofi, sigter mod at gøre det muligt at beskrive verden, præcis som den opleves.

Bente Martinsen er ansat på Professionshøjskolen Metropol, Sygeplejerskeuddannelsen Herlev, Turkisvej 14, 2730 Herlev; bm@syask.dk  
Læs artiklen side 46.

Opponenter/bedømmelsesudvalg: Dr.med., ph.d., Klaus Krogh, Århus Universitetshospital (formand), professor Karin Axelsson, Luleå Tekniske Universitet, docent Margaretha Ekebergh, Växjö Universitet.

Vejledere: Lektor, ph.d., Ingegerd Harder (hovedvejleder), professor, dr.med. Fin Biering-Sørensen (projektvejleder).



## Enkelt design

Silentia Silverline er vort svar på de krav som stilles til afskærmning indenfor sygeplejen. Systemet er godt gennemtænkt og fleksibelt i monteringen og kan tilpasses enhver rumsituation. Som sygeplejer får man et godt overblik på stuen ligesom patienterne sikres mod uønskede indblik. Silentia Silverline er let at holde ren og lukker ikke lyset ude, men ikke mindst, har et flot design. Systemet er både udviklet og produceret i Sverige.

Silentia Salgskontor  
Tel 73672011  
www.silentia.dk



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE



## Rettelse af rettelse!

### LOMMEBOGEN 2009

I "Sygeplejersken" nr. 23, 2008, var på side 46 omtalt nogle beklagelige fejl i lommebogen for 2009. Desværre indsneget sig en ny fejl i rettelsen.

Den sidste dag i november er ganske rigtigt den 30. I 2009 er denne dato bare ikke en tirsdag, men en mandag. Og så skulle det være ganske vist!

Hvis du har forslag til forbedringer af lommebogen generelt, hører vi meget gerne fra dig. Skriv dine forslag på

[www.dsr.dk/lommebog](http://www.dsr.dk/lommebog)





## Vær med til en kåring - vælg årets faglige artikel 2008



De sygeplejestuderende, som skriver bacheloropgave nu, beder indimellem redaktionen om en kopi af gamle artikler, de gerne vil bruge i deres opgave. Det betyder, at nogle artikler fortsat har værdi for læserne trods flere år på bagen.

Men hvad med de nyeste faglige artikler, er der nogle, der rykker sygeplejen i nye retninger, tager fat i fordomme eller lufter nye kompetencer?

Hjælp os med at kåre årets bedste faglige artikel 2008.

Det kan være en almindelig faglig artikel, fem faglige minutter, en anmeldelse, en faglig information, en videnskabelig artikel eller en artikel i kategorien klinisk sygepleje, som har haft betydning for din praksis eller ændret den. Artiklen skal være skrevet af en sygeplejerske.

Det er muligt at genopfriske artikelbestanden ved at se alle årets numre af *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) > tidligere blade.

Send dit bud på årets faglige artikel til [hra@dsr.dk](mailto:hra@dsr.dk)

Husk at angive navn, adresse og telefonnummer og skriv, hvorfor artiklen er årets faglige artikel. Der er en præmie til den læser, der skriver den bedste begrundelse for valget, og til forfatteren af årets faglige artikel.

Vi skal have dit bidrag senest den 16. december 2008, og vindernes navne offentliggøres i *Sygeplejersken* nr. 1/2009.

(jb)

## Barnets angst, når det har cancer

*Anderzén-Carlsson A, Kihlgren M, Svantesson M, Sørli V. Children's fear as experienced by the parents of children with cancer. International Pediatric Nursing. 2007;22:233-244.*

**R** **Formål:** At undersøge forældrenes levede erfaringer med og deres forståelse for deres barns angst.

**Metode:** I denne svenske undersøgelse indgik forældre til 11 børn, der alle havde fået stillet en cancerdiagnose. Børnene var i alderen to til 15 år. Forældrene blev interviewet i fokusgrupper med deltagelse af to til fem personer. Interviewene blev optaget på bånd og transkriberet. Der blev benyttet en fænomenologisk hermeneutisk tilgang i analyse af data.

**Resultater:** Forældrene oplevede deres barns angst som et multidimensionalt fænomen, som det var vanskeligt at identificere. Det optræder som en kontrast til fravær af angst. Forældrene opfatter barnets angst både som lidelse hos barnet, men også som en etisk udfordring til dem som forældre, en udfordring, de skal håndtere.

**Bemærkning:** Undersøgelsen giver et indblik i de tanker, følelser og udfordringer, forældre har, når de skal møde deres barns angst i forbindelse med cancer. Artiklen kan danne grundlag for diskussion i personalegruppen om, hvordan man kan støtte forældrene i denne proces og derved også hjælpe barnet.

*Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,*

*Center for Kliniske Retningslinjer – Nationalt Clearinghouse for Sygepleje, Afdeling for Sygeplejevidenskab; [pup@sygeplejevid.au.dk](mailto:pup@sygeplejevid.au.dk)*

## Vi vil gerne hjælpe dig, så du kan hjælpe pårørende

Arbejder du i psykiatrien?  
Så har vi to relevante tilbud til dig og dine kollegaer:

- Folder med 10 gode råd om mødet og samarbejdet med pårørende til psykisk syge
- Pårørendepakke med information, viden og råd til pårørende, som I kan give til pårørende

Bestil kvit og frit på [bedrepsykiatri.dk](mailto:bedrepsykiatri.dk)  
eller [info@bedrepsykiatri.dk](mailto:info@bedrepsykiatri.dk)



Landsforeningen  
**BEDRE PSYKIATRI**  
- pårørende til sindslidende

[bedrepsykiatri.dk](http://bedrepsykiatri.dk) – 3525 4600



## Master i Sundhedsantropologi

Følg forelæsningsrækken over ti eftermiddage i foråret 2009. Du får et socialt og kulturelt blik på sundhedssystemer, forholdet mellem individer/grupper og institutioner, lidelse og helbredelse, klassifikation og diagnostik.

**Læs mere:** [www.sundhedsantropologi.dk](http://www.sundhedsantropologi.dk)

### Kontakt

Mastersekretariatet  
Institut for Antropologi  
Øster Farimagsgade 5, opgang I  
1353 København K  
Email: [msa@anthro.ku.dk](mailto:msa@anthro.ku.dk)

*Københavns Universitet er Danmarks ældste universitet, grundlagt 1479. KU er med cirka 37.000 studerende og 7.500 medarbejdere det største universitet i Norden og - ifølge en international undersøgelse - det otteendedste universitet i Europa. [www.ku.dk](http://www.ku.dk)*

# At få hjælp til at spise

## - en undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser

AF BENTE MARTINSEN, CAND.CUR., OG INGEGERD HARDER, SYGPLEJERSKE, PH.D. • MODELFOOTO: SØREN HOLM

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som hjælper eller vejleder andre faggrupper i at hjælpe patienter og klienter med at spise. Artiklen er baseret på interview med 16 hjemboende, rygmarvsskadede personer og observation af hjælper og klient i spisesituationen. Hovedbudskabet er, at ordet "madning" bør udgå af fagsproget og erstattes af "hjælp til spisning", samt at hjælp til spisning er en sårbar og krævende opgave, som kræver særlig opmærksomhed og sensitivitet af hjælperen.**

Når selvhjulpne mennesker spiser, foregår det som en næsten automatisk handling. Kun sjældent kræver måltidet, at den spisende retter sin fulde opmærksomhed mod handlingen. Rækkefølge, sammensætning og rytme i måltidet sker uden bevidste refleksioner. Når et menneske, der lever med en høj cervikal rygmarvsskade, skal have hjælp til at spise, betyder det, at måltidet mister sin forankring i den hjælpsøgendes egen krop. Den, som skal have hjælp, må låne sin hjælperes krop og søge at lære denne sit nye spisemønster. Alle ønsker til måltidet skal overvejes og udtrykkes med ord, hvis de skal efterleves.

### Opslidende arbejde eller ordløs dans

Arbejdet med at instruere hjælperne er for nogle rygmarvsskadede så opslidende, at de helt undlader at søge indflydelse på, hvordan maden bliver givet. Resultatet er, at de spiser på den måde, den enkelte hjælper finder rigtigst: "Altså, så skal man til at sidde og snakke om det, og det gider jeg sgu ikke. Så æder jeg det bare."

Men måltider mellem rygmarvsskadede og hjælpere med et grundigt kendskab til hinanden kan også udspille sig som en ordløs dans, og det ultimativt bedste er, når opmærksomheden kan rettes mod noget andet: "Et godt måltid for mig er egentlig, når jeg er sammen med en hjælper (...), og jeg ikke har lagt mærke til, at vi begge har spist, og det er gået stille og roligt, samtidig med at der er foregået en almindelig samtale over bordet."

### For altid afhængige af hjælp til at spise

Citaterne er hentet fra ph.d.-projektet "Varig afhængighed af hjælp til at spise. En fænomenologisk undersøgelse af rygmarvsskadedes oplevelser" (1,2,3,4). De 16 deltagere havde alle pådraget sig en traumatisk rygmarvsskade efter en ulykke. Deltagerne var på undersøgelsestidspunktet i alderen 18-65 år og havde fået hjælp til at spise mellem tre måneder og 32 år. Alle boede i eget hjem og havde fortrinsvis uuddannede mennesker ansat som hjælpere. Umiddelbart efter ulykken var de rygmarvsskadede indlagt mellem seks og 12 måneder på et af de to danske centre for rygmarvsskadede. Deltagerne blev interviewet to gange inden for 18 måneder, og et assisteret måltid blev observeret i forbindelse med det andet interview. De mennesker, der deltog i undersøgelsen, var for altid afhængige af hjælp til

at spise, og i denne artikel formidles deres meget personlige oplevelser.

### Man mader et spædbarn eller et dyr

Det kan ske, at vendingen "at made" anvendes på hospitaler og andre institutioner. Udtrykket beskriver nøjagtigt, hvad der sker, men undersøgelsen afslørede, at det har nogle medbetydninger: "At made er noget, man gør ved et barn. Et spædbarn. Eller måske et dyr. Det er et begreb eller et ord, som jeg synes virker helt forkert til voksne mennesker. Det virker nedladende."

At blive "madet" signalerede for deltagerne, at de passivt modtog den mad, hjælperne gav dem, hvilket langt fra var tilfældet. De foretrak udtrykket "hjælp til at spise." For plejepersonale på et hospital eller en anden institution har vendingen den ulempe, at "hjælp til at spise" er en upræcis beskrivelse, som ikke siger noget eksakt om, hvilken aktivitet der foregår. Spørgsmålet er dog, om man kan tillade sig at benævne en aktivitet på en måde, som virker anstødelig eller krænkende på dem, der modtager hjælpen?

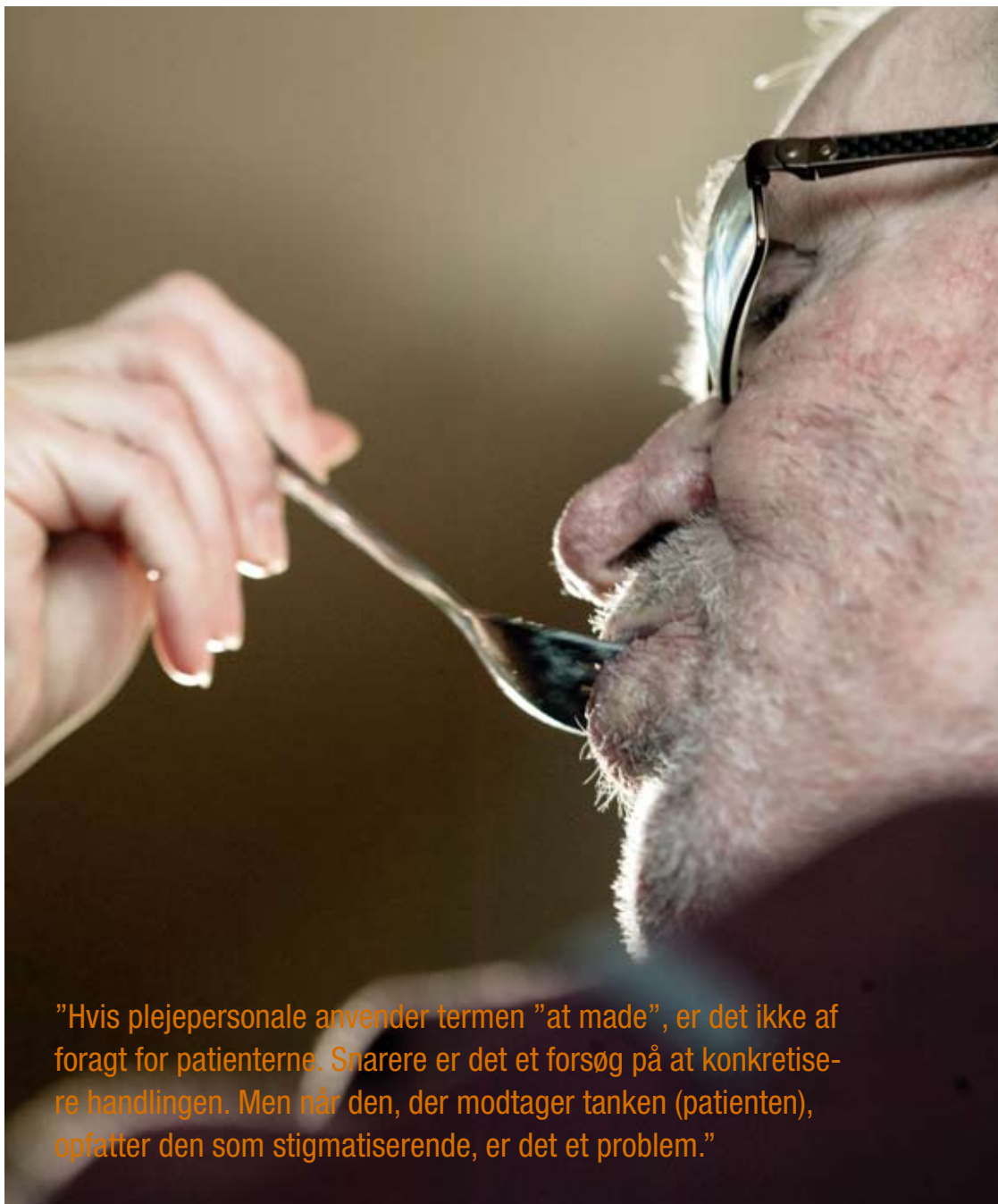
Ord gør tanken synlig, både for den, der taler, og den, der lytter, skriver *Thøgersen* med reference til *Merleau-Ponty* (5). Mennesker berører hinanden gennem samtalen, og samtalen kan danne udgangspunkt for at lære noget nyt. Imidlertid er der ingen garanti for, at samtalepartnerne når frem til de samme betydninger af det sagte. Merleau-Ponty anser samtalen for at være et åbent felt uden skel mellem dig og mig. Når taleren siger noget, lægges dette "noget" frem i rummet mellem den talende og den lyttende og inviterer til indlevelse i udtrykkets mening. Hvis plejepersonale anvender termen "at made", er det ikke af foragt for patienterne. Snarere er det et forsøg på at konkretisere handlingen. Men når den, der modtager tanken (patienten), opfatter den som stigmatiserende, er det et problem.

Ingen har patent på ordets mening (5), og derfor må plejepersonalet invitere brugerne/patienterne til en samtale om terminologien. Den verbale berøring skal være en velkommen berøring, der sikrer, at patienterne kan genkende sig selv i det sagte.

### Et forandret måltid

Når mennesker pådrager sig en tetraplegi, forandres livet. Ikke bare kroppen ændres, måden at være i verden på bliver en anden. Fænomenet at få hjælp til at spise kan kun til fulde forstås ved at se det på baggrund af deltagerens samlede situation. Det var altså ikke noget særligt, at deltagerne skulle have hjælp til at spise. De modtog hjælp til de fleste af dagliglivets gøremål, og uden denne hjælp kunne de ikke overleve. Det særegne ved måltidet var, at de rygmarvsskadede kunne bidrage

"Det var altså ikke noget særligt, at deltagerne skulle have hjælp til at spise. De modtog hjælp til de fleste af dagliglivets gøremål, og uden denne hjælp kunne de ikke overleve."



”Hvis plejepersonale anvender termen ”at made”, er det ikke af foragt for patienterne. Snarere er det et forsøg på at konkretisere handlingen. Men når den, der modtager tanken (patienten), opfatter den som stigmatiserende, er det et problem.”

til det fysiske samarbejde ved at dreje hovedet, åbne og lukke munden etc. Desuden havde de erfaringer med at spise fra deres selvhjulpne liv, som de ønskede inddraget i de assisterede måltider.

Lige efter ulykken var livet så kaotisk, at mad og det at spise ikke optog deltagerne meget. Kun gradvist fik det en større plads i bevidstheden. De rygmarvsskadede havde ikke fået hjælp til at spise, siden de var børn, og det kunne være svært at se sig selv i den situation: ”Jamen altså, det har været træls, at man ikke selv kunne spise. Jeg har nok tænkt, at man som 24-årig lige pludselig skal have hjælp til mad og sådan noget. Det har da nok været lidt tragisk at tænke på, kunne man næsten sige.”

Den nye livssituation kunne være så chokerende, at deltagerne ikke magtede at spise. Den naturlige appetit udeblev: ”Når sygeplejerskerne kom og sagde, jeg skulle

have morgenmad, så var jeg ikke sulten. Så ville jeg ikke have noget. Så jeg holdt helt op med at spise.”

#### **Etablering af et nyt spisemønster**

Efter en periode begyndte de rygmarvsskadede arbejdet med at konstruere et nyt spisemønster. Det var på et center for rygmarvsskadede, deltagerne gjorde deres første erfaringer med at få hjælp til at spise. Her oplevede de stærke traditioner for, hvordan assisterede måltider blev afviklet. De regler og normer, der gjaldt i den første tid efter ulykken, fik stor betydning for, hvordan deltagerne senere i livet håndterede den måltidsrelaterede afhængighed: ”Plejepersonalet er med til at forme den skabelon, som vi – i al fald et stykke tid – kommer til at leve med bagefter.”

Ifølge deltagerne indgik hjælpemidler rutinemæssigt som en del af måltiderne på de to centre for rygmarvs-

» skadede. Navnlig sugerør og spisestykke. Deltagerne oplevede ikke, at de blev inddraget i beslutningen om at anvende hjælpemidler, men accepterede, at de blev brugt. Efter udskrivelsen var det op til deltagerne at vurdere, om hjælpemidlerne var forenelige med det billede, de havde af sig selv, og det signal, de ønskede at sende til omverdenen. Nogle overførte brugen af hjælpemidler til deres eget hjem og bibeholdt dem i en længere periode eller for altid. Disse deltagere pointerede, at det var let og minimerede risikoen for at blive spildt på: ”Jeg kan bedst lide at drikke med sugerør (...) Jeg har aldrig lært eller udviklet en teknik, så derfor er jeg rigtig dårlig til at drikke direkte af en kop, og det ender altid med, at der ryger noget ved siden af.”

Andre rygmarvsskadede lagde kraftigt afstand til alle

”For deltagerne i denne undersøgelse var måltidet en af de få situationer, hvor de kunne bidrage fysisk til samarbejdet med hjælperen, og de ønskede i vidt omfang at øve indflydelse på måltidets forløb.”

de rutiner, der fandtes på institutionerne, efter at de var udskrevet til eget hjem: ”Jeg har egentlig valgt ikke at bruge spisestykke, fordi så må man sgu spilde på den T-shirt og så skifte den, hvis det er sådan. Vi gjorde det i (navn på center), hvor jeg var indlagt. Jeg synes egentlig, det ser fjoget ud, og det er sådan lidt, jeg ved ikke, hvad jeg skal kalde det, sygehusagtigt, gammelmandsagtigt måske.”

Hjælpemidler kunne således opleves som krænkende og unødigt stigmatiserende, men også som helt nødvendige for at kunne spise på en værdig måde: ”Jeg fortæller hjælperne, hvordan jeg har det omkring det at have en serviet på. Jeg har den på for ikke at blive spildt på. Bliver der spildt, lægger man mærke til, at tøjet er plettet (...) Lige så snart jeg er færdig med at spise, skal spisestykket væk. Det skal ikke ligge som en hagesmæk.”

#### At spise ude

I tiden umiddelbart efter ulykken foretrak de rygmarvsskadede at få hjælp til at spise på steder, hvor de ikke kunne iagttages af fremmede. Her var de skærmet for andres blikke og mulige vurderinger: ”Det er sådan mere roligt og mere behageligt at blive hjulpet med at spise derhjemme.”

Gradvist udvidedes den zone, hvori deltagerne fandt det acceptabelt at få hjælp til at spise. De vænnede sig til at modtage hjælp på offentlige steder og til, at omverden-

nen viste interesse for deres situation. At få hjælp til at spise i det offentlige rum anså nogle rygmarvsskadede ikke blot som en nødvendighed for dem selv, men også som et forsøg på at konfrontere selvhjulpne mennesker med andre måder at spise på: ”Det kan godt være, at der er et andet menneske, der skal føre maden op til munden på mig, men vi er ganske almindelige mennesker af den grund alligevel. Men det er da utroligt, hvor meget opsigt det altid vækker, ligegyldigt hvor man er.”

For at kunne få hjælp til at spise, på trods af den uønskede opmærksomhed, havde nogle deltagere udviklet forskellige strategier, der gjorde det muligt for dem at håndtere situationen: ”Jeg plejer at vende mig sådan, at jeg er sikker på, jeg ikke har øjenkontakt med dem (fremmede).”

Når deltagerne spiste på deres arbejdsplads, til private sammenkomster eller i det offentlige rum, var de mindre tilbøjelige til at anvende hjælpemidler. De ønskede at fremstå så normale som muligt og ville ikke tiltrække unødigt opmærksomhed: ”Det var irriterende, når de stoppede helt op og blev stående. Eller hvis vi var inde at spise et sted, og folk sad og drak kaffe, når koppen den stoppede midtvejs mellem bordet og munden og så blev der i 10 minutter. Tiden er jo lang i de dér situationer.”

Æstetik spillede en stor rolle. Standarden for, hvordan deltagerne ønskede at se ud, når de spiste, ændrede sig ikke, fordi de skulle have hjælp af et andet menneske. Nu var det blot op til hjælperen at sikre, at den rygmarvsskadede så velsoigneret ud under og efter måltidet. Visse fødeemner var så vanskelige at få hjælp til at spise på en æstetisk måde, at de blev fravalgt: ”Der er selvfølgelig nogle ting, som jeg ikke vil spise, fordi jeg ikke vil sidde dér og kæmpe med, at maden sidder i hele hovedet. For det er én af de ting, jeg synes, at når man er handicappet, er det altid vigtigt, at man er præsentabel.”

#### Samarbejdet med hjælperne

Arbejdet med at sætte ord på alle ønsker til måltidet blev beskrevet som besværligt. Måltidet var teknisk snarere end sanseligt. Imidlertid gav et længerevarende samarbejde med en hjælper mulighed for at reducere de verbale instruktioner. Kendskab til præferencer og indsigt i kropslige signaler, f.eks. nik, øjenbevægelser eller lyde, kunne delvist erstatte ordene.

De rygmarvsskadede havde et stort ønske om at kunne genkende deres egne handlinger, som de huskede dem, i det arbejde, hjælperne udførte: ”Det er meget vigtigt, at det er mig. Jeg skal kunne se mig selv i den handling, som de udfører. Deres hænder er jo mine hænder, det er ikke omvendt.”



Ingen af deltagerne var interesseret i at blive behandlet som en "patient" eller som en "tetraplegiker." De var også følsomme over for fremgangsmåder og attituder, der minder om den måde, små børn får hjælp til at spise på: "Så giver de jo én maden, faktisk som man giver en lille baby. Altså f.eks. det dér med at køre gafflen helt op eller skeen helt op (...) Jeg har også været ude for, at man pr. refleks lige tørrer én med skeen."

De ønskede at spise på samme måde som andre voksne blot med den forskel, at de havde et andet menneske til at udføre de praktiske handlinger.

Hjælpernes udelte opmærksomhed under måltidet var meget betydningsfuld, og det blev oplevet som ydmygende, hvis en hjælper koncentreret svigtede: "Den gode hjælper har et lidt mere vågent øje (...) forstået på den måde at kunne se, når jeg er færdig med at tygge og har en fornemmelse for det, og så kommer med en bid til. Hvor jeg ikke skal sidde og sige "en bid til" og "en bid til" hele tiden."

Den modsatte situation, hvor den ene mundfuld ikke var spist, før den næste var parat, kunne opleves, som om måltidet blev forceret: "Står der sådan en bid og venter foran næsen på en, det er ikke særlig behageligt."

Der var risiko for, at hjælperne kom til at spille på deltagerne. Det kunne give anledning til irritation. Navnlig gentagne uheld var det svært for deltagerne ikke at opfatte som manglende interesse eller opmærksomhed: "Jeg føler sådan, det er på et eller andet stadie sådan nedladende, når der bliver spildt. Jeg føler, jeg tænker bare, at jeg ligner en eller anden hjælpeløs gut, som simpelthen ikke kan nogen ting, hvis der er andre, der ser på det."

### Hvem skal hjælpe?

Det at hjælpe et andet menneske med at spise er ikke en opgave, der kan varetages af hvem som helst. At etablere et nyt spisemønster er en kompliceret proces, der fordrer sensitivitet og konstans i samarbejdet, hvis måltidet skal blive mere end en teknisk procedure. Hjælperen må have en oprigtig interesse i at bistå den rygmarvsskadede med at indtage sin mad i overensstemmelse med dennes egne vaner og standarder. Ifølge Benner (6) opleves pleje og omsorg kun som støttende, såfremt hjælperen passer ind i den livsverden, der tilhører den hjælpssøgende. Et menneske, der ønsker autonomi, må plejes på

"Ifølge deltagerne indgik hjælpemidler rutinemæssigt som en del af måltiderne på de to centre for rygmarvsskadede. Navnlig sugerør og spisestykke."

en sådan måde, at plejen styrker dets stræben efter kontrol og uafhængighed på de områder, hvor det er muligt (6). For deltagerne i denne undersøgelse var måltidet en af de få situationer, hvor de kunne bidrage fysisk til samarbejdet med hjælperen, og de ønskede i vidt omfang at øve indflydelse på måltidets forløb. At vise respekt for viljen til deltagelse er en forudsætning for, at rygmarvsskadede kan reintegreres i deres livsverden efter den forstyrrelse, ulykken forårsagede (6).

Spørgsmålet er, om det fortsat er en opgave for sygeplejersker at hjælpe patienter med at spise. Internationale undersøgelser (7,8) viser, at praktiske opgaver, der er relateret til patienternes mad, i stigende grad er blevet uddelegeret til andet personale. I mange tilfælde er sygeplejersker slet ikke bekendt med, hvad eller hvor meget patienterne spiser (7). Samme tendens findes i det danske sundhedsvæsen, hvor sygeplejersker mere eller mindre frivilligt videregiver måltidsrelaterede opgaver til andre faggrupper. Imidlertid må måltidets betydning for patienten ikke undervurderes. Det er en sårbar situation, og det kan være vanskeligt at acceptere at skulle have hjælp. Er det ikke muligt for sygeplejersker selv rent praktisk at hjælpe patienterne med at spise, må vi som minimum hjælpe andre faggrupper med at fokusere på måltidets betydning og støtte dem i at skabe rum for, at måltidet kan få den opmærksomhed, det fortjener.

*Bente Martinsen er ph.d.-studerende og ansat på  
Professionshøjskolen Metropol,  
Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev;  
bm@syask.dk*

*Ingegerd Harder er ansat som lektor på  
Institut for Folkesundhed,*

*Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet.*

*Den kvalitative metode, som blev anvendt i studiet af hjælp til at spise, er beskrevet i artiklen "Fænomenologi som forskningsmetode" i Sygeplejersken nr. 13/2008.*

*Supplér eventuelt læsningen af denne artikel med artiklen "Mobilisering af patienter, som har brækket halshvirvelsøjlen" i Sygeplejersken nr. 21/2008.*

### Litteratur

1. Martinsen B, Paterson BL, Harder I et al. The nature of feeding completely dependent persons: A meta-ethnography. QHW 2007;2:208-16.
2. Martinsen B, Harder I, Biering-Sørensen F. The meaning of assisted feeding for people living with spinal cord injury: a phenomenological study. JAN 2008;62(5):533-40.

## GPS i plejen af mennesker med demens

Vi er mange, der søndag efter søndag sidder bænket foran skærmen og følger familien Sommers liv og levned. Serien giver bl.a. et godt indblik i demenslidelsen, og da Christian Sommer for nogle afsnit siden flakkede forvirret rundt, benyttede Alzheimerforeningen lejligheden til at sende et brev til Folketinget om at få lovgivningen om brug af GPS og tilsvarende tryghedsalarmer med pejlemulighed gjort mindre bureaukratisk.

Men der eksisterer efter min mening allerede gode og ikke specielt bureaukratiske muligheder i lovgivningen vedr. brugen af GPS, der tillige udgør et godt retssikkerhedsgrundlag for det menneske med demens, problematikken omhandler.

Som privatperson kan GPS-udstyret bruges frit, og i institutionelle rammer skal man, hvis personen ikke selv kan give et informeret samtykke, skrive en begrundet ansøgning til personens hjemkommune. Hvis der gives tilladelse, skal denne der-efter registreres lokalt som et tilfælde af magtanvendelse. Mere kompliceret er det ikke.

Find fakta om regelsættene og magtanvendelseskemaer på: [www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk)

Find mere viden om GPS på Hjælpemiddelinstitutets hjemmeside [www.hmi.dk](http://www.hmi.dk) > skriv tryghedsalarmer og sikringsudstyr i søgefeltet.

(er)

## Gid storetåen sad i midten

Sygeplejersker ser fødder i alle afskygninger, former og faconer. Nogle poter ser ud som hos nyfødte, andre er de rene katastrofer med deforme tæer i sære konstruktioner.

Mine børn har gået i fodformede sko så længe, jeg overhovedet kunne tvinge dem ned i de firkantede Rap sko fra Hallgren. Men på et tidspunkt siger børnene stop, og det er skidt for fodsundheden. Det viser både mine børns fødder og en ny undersøgelse udarbejdet af lektor *Dorthe Frelsen* fra pædagoguddannelsen i Slagelse.

Hun har fulgt 60 børn fra børnehavealderen til 12-årsalderen, og resultatet er ikke opløftende. Smalle sko havde allerede givet de 12-årige sammentrykkede tæer og knyster. Skaderne er opstået i forfængelighedens navn og kan på sigt give smerter, sår og problemer ved gang.

Effektiv forebyggelse synes at være at gå i sandaler året rundt. Mennesker, som gør det, har i hvert fald smukke, naturlige fødder. Der er så enkelte andre problemer forbundet med den løsning ...

En fodformet revolution ser dog ikke ud til at være lige om hjørnet. Hallgren har ophørsudsalg, og moden peger ikke i retning af fodform.

Fornuftige krav til en sko kan læses på [www.fodsundhed.dk](http://www.fodsundhed.dk) > Sko til børn og voksne

(jb)

3. Martinsen B, Harder I, Biering-Sørensen F. Sensitive co-operation: A basis for assisted feeding. JCN (in press).
4. Martinsen B. Assisted feeding: a phenomenological study among people living with high cervical spinal cord injury. PhD-thesis. Institute of Public Health, Department of Nursing Science, Faculty of Health Sciences, University of Aarhus (in press).
5. Thøgersen U. Krop og fænomenologi. En introduktion til Maurice Merleau-Pontys filosofi. Århus: System Academic; 2004.
6. Benner P. The phenomenon of care. I: Toombs SK, editor. Handbook of phenomenology and medicine. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic Publishers; 2001. p. 351-69.
7. Kowanko I. The role of the nurse in food service: A literature review and recommendation. Journal of Nursing Practice 1997;3(2):73-8.
8. Pearson A, Fitzgerald M, Nay R. Mealtimes in Nursing homes: the role of the nursing staff. J Gerontol Nurs. 2003;29(6):40-7.

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Martinsen B, Harder I. Getting help with eating – a study of spinal injury patients' experiences. Sygeplejersken 2008;(24):46-50.

This article is based on a PhD project, "Long-term dependency on help with eating. A phenomenological study of spinal injury patients' experiences. The 16 participants have become dependent on help with eating as a result of an accident.

It was a burden for participants that they had to consider all their wishes regarding a meal and express them in words for their wishes to be realised by their helper. The sensual all aspects of the meal were thus toned down and the technical aspects came into focus. As the helpers gradually became more experienced the need for instructions was reduced and partially replaced by sounds and almost invisible signs. During the period immediately after the accident, the spinal injury patients preferred to be helped by relations and regular helpers in places where they could not be observed by strangers. The zone in which the spinal injury patients felt comfortable being helped eating gradually enlarged, although even after several years of meal-related dependency there were places where the spinal injury patients avoided eating. Establishing new eating patterns is a complicated process which requires tact, attention and recognition of the meal's significance in everyday life on the part of the helper.

Key words: Help eating, dependency, patient perspective, spinal injury, phenomenology, feeding.

### Svar på Testen side 55

1: b. 2: b. 3: a. 4: a. 5: a.

Kilde: Sygeplejebogen 2. Teori og metode. Red.: Birthe Kamp Nielsen. Gyldendals Forlag 2008.

# Mesterlære og refleksion gennem vejledning

AF ANNE METTE ROSENDAHL RASMUSSEN, GITTE NØRRESKOV VASE OG INGE AASTRUP-HANSEN, PSYKIATRISKE SYGEPLEJERSKER  
ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

**Artiklen henvender sig til kliniske vejledere.** Hovedbudskabet er, at en vejledningsmodel med afsæt i mesterlæreprincipper og den gode samtale kan tage højde for nogle af de behov, nutidens unge har under sygeplejerskeuddannelsen. Artiklen udspringer af erfaringer fra psykiatriområdet, Region Midtjylland.

Nutidens unge har langt flere valgmuligheder end tidligere, hvilket stiller større krav til dem om at orientere sig, vælge til og fra og tage konsekvenserne af deres valg. Som en konsekvens af dette kan de føle et pres af indre og ydre krav, som kan medføre en identitetsvæklende og en konstant søgen efter en mening med tilværelsen (1,2).

Også i psykiatrisk praksis står vi af og til med unge sygeplejestuderende, som har begrænset livserfaring, og som har svært ved at træffe valg. De er usikre på egne værdier og holdninger og på, hvordan de skal bruge disse i praksis. Dette har indflydelse på deres evne til at arbejde konstruktivt med sygeplejen.

På Klinisk Vejlederuddannelse, Vejle Sygeplejerskole, har vi derfor udviklet en vejledningsmodel til praksis, hvor målet er at støtte og optimere mulighederne for, at de sygeplejestuderende kan finde deres plads i afdelingerne. I denne artikel præsenterer vi vejledningsmodellen, der er udviklet i år 2004.

## At bruge sig selv i sygeplejen

I psykiatrisk sygepleje er det en vigtig forudsætning at bruge sig selv som et redskab i kontakten til patienterne, og når en del af nutidens sygeplejestuderende har svært ved dette, stiller det krav til os som kliniske vejledere. For det første skal vi i vores vejledning selv turde reflektere over egen person og praksis og være bevidste om vores fagidentitet. Dette kan f.eks. gøres i studiegrupper med kollegaer eller andre kliniske vejledere eller i sygeplejefaglig vejledning. For det andet skal vi kunne yde en omsorg og en vejledning til den sygeplejestuderende, der afspejler de normer og værdier, som ligger i psykiatrisk sygepleje.

## En dynamisk proces

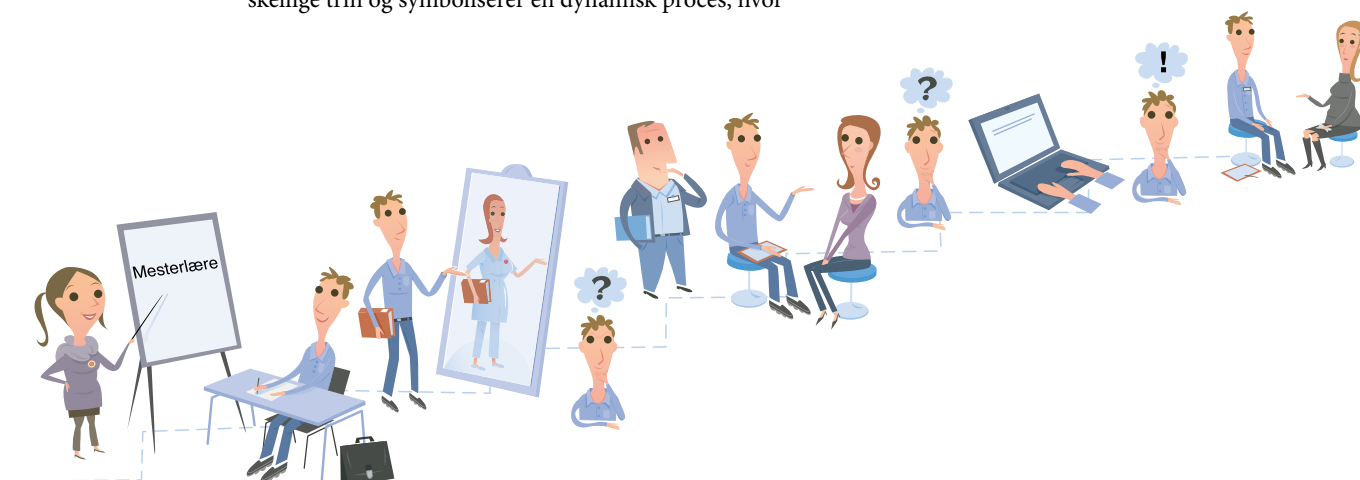
Den vejledningsmodel, vi har udarbejdet, består af forskellige trin og symboliserer en dynamisk proces, hvor

de forskellige trin indeholder aspekter fra teorierne om det nye mesterlæreprincip (3-5) og den gode samtale (6). Modellen er vist i figur 1 på næste side.

I modellen udgør den inderste cirkel et afgrænset fokusområde. Fokus er de temaområder, som den sygeplejestuderende arbejder med i praktikken, og disse kan være forskellige uge for uge, afhængigt af praktikstedet. I psykiatrien kan temaerne eksempelvis udspringe fra Liv Strands principper om psykiatrisk sygepleje (7). Inden for det somatiske område kan et fokusområde være f.eks. præoperativ sygepleje. Andre eksempler på fokusområder kan være kommunikation, relationer, etik og tværfagligt samarbejde. Fokusområderne bygger oven på hinanden uge for uge, hvilket fører til kundskabsudvikling (6).

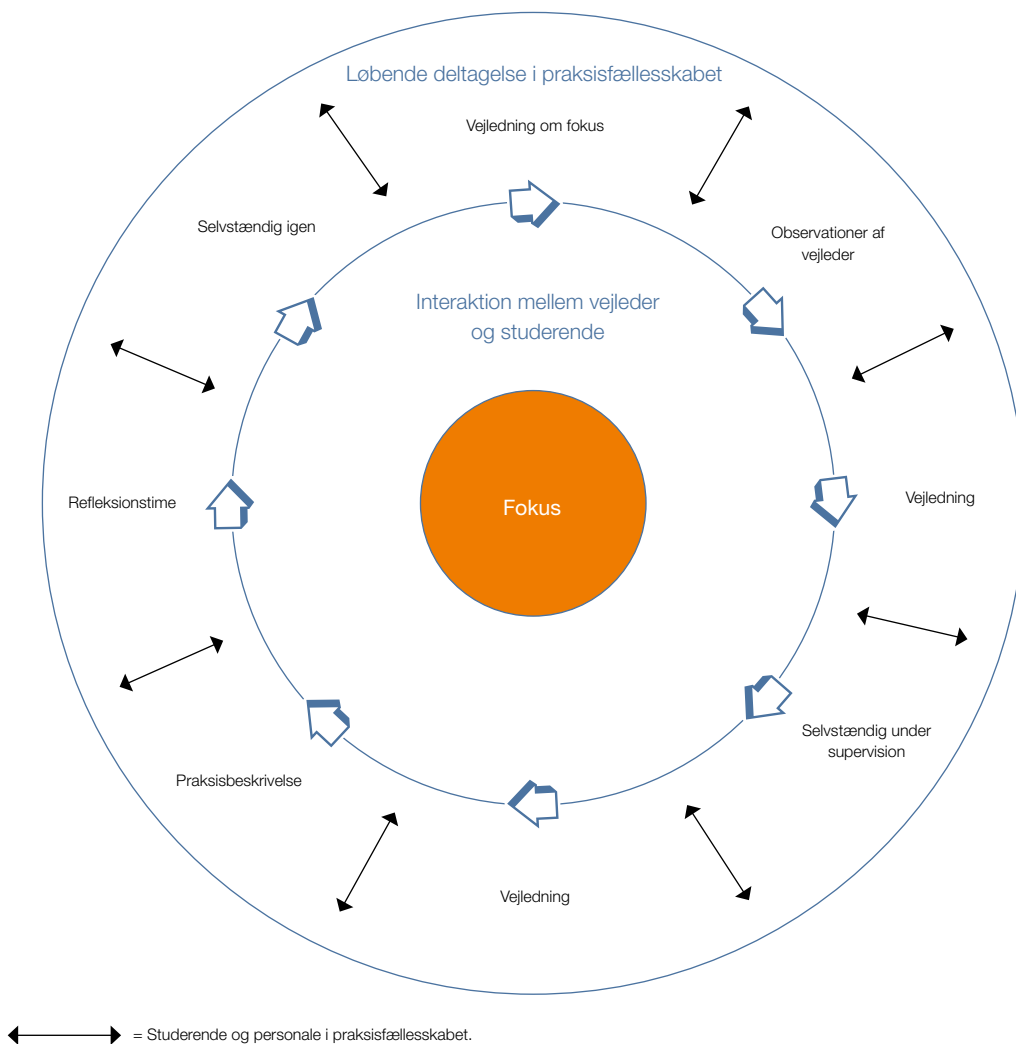
## Det nye mesterlæreprincip

Det nye mesterlæreprincip bygger på, at den studerende i høj grad skal indgå i afdelingens praksisfællesskab, hvor den studerende har mulighed for at veksle mellem at observere, imitere og reflektere med forskellige rollemønstre; dvs. vejlederen og det øvrige personale. Den løbende deltagelse i praksisfællesskabet sker i modellens yderste cirkel. Den studerendes refleksioner over egne observationer bygger på elementer fra den gode samtale (6), hvor interaktionen mellem vejleder og studerende er afgørende vigtig. Dette foregår i den midterste cirkel i modellen.



»»» FIGUR 1. VEJLEDNINGSMODEL

Den inderste cirkel er det fokusområde, som den sygeplejestuderende aktuelt arbejder med i praktikken, f.eks. kommunikation, relationer eller etik. Læringen inden for fokusområdet sker gennem trin 1 til 8, mens den løbende deltagelse i praksisfællesskabet sker i modellens yderste cirkel.



### Læringen

Trin 1 i læringen qua vejledningsmodellen er, at den studerende bliver vejledt i fokusområdet. På trin 2 observerer og imiterer den studerende sine rollemodeller ud fra fokusområdet, og efterfølgende på trin 3 er der mulighed for selvrefleksion og refleksion med vejleder og andre rollemodeller over de gjorte observationer. På trin 4 skal den studerende selvstændigt udføre praktiske opgaver ud fra fokusområderne under supervision. Igen vil der efterfølgende på trin 5 kunne forekomme en kort vejledning og mulighed for refleksion.

### Praksisbeskrivelse

På trin 6 udarbejder den studerende som oftest en praksisbeskrivelse, der kan danne et godt udgangspunkt for trin 7, der består i en refleksionstime. I refleksionstimen bliver praksisbeskrivelsen bearbejdet ud fra åbne spørgsmål. Målet er at udvikle den studerendes kundskaber og på den måde føre til en forandring, ligesom den studerende bliver udfordret på sit ståsted. På trin 8

er den studerende klar til igen at udøve selvstændig sygepleje inden for det fokusområde, der er blevet arbejdet med.

### Udvikling af faglig identitet

De nye mesterlæreprincipper kan hjælpe den studerende til at gøre dele af den implicitte viden eksplicit. Dette sker i modellen ved, at den studerende observerer, imiterer og reflekterer med rollemodellerne, og at hun får mulighed for at snakke om sine tanker igennem interaktionen og refleksionen med vejleder.

I al vejledning skal vejlederen hjælpe den studerende med at få sat ord på observationer og praksisteori. På den måde udvikler den studerende kundskaber med udgangspunkt i tidligere erfaringer og får flyttet sit ståsted. Vejleder skal vise, at hun/han er optaget af den stude- »

”Det nye mesterlæreprincip bygger på, at den studerende i høj grad skal indgå i afdelingens praksisfællesskab.”





» rende og sætter pris på den studerendes svar ved at bygge videre på det, som den studerende bringer ind i samtalen. Her er det vigtigt, at vejlederen er opmærksom på at spejle den studerendes svar; f.eks. ved at sige: ”Når du siger ... , mener du så ... ?” og dermed sikre en fælles forståelse.

Dele af den implicitte viden kan ikke verbaliseres, men bliver ofte givet ubevidst videre fra vejleder/andre rollemodeller til den studerende, og netop det, at den studerende har mulighed for at imitere flere forskellige rollemodeller, gør, at den studerende med tiden udvikler sin egen faglige identitet. Den studerende kan i samarbejde med vejlederen herefter udføre sygeplejehandlinger fra det aktuelle fokus i praksis. Tidsperspektivet i modellen kan strække sig over timer, dage til uger afhængigt af vejledningssituationen, således at den studerende trinvis opbygger færdigheder og udvikler selvstændighed.

### Specielt en hjælp i begyndelsen

Specielt i den første periode af det kliniske kursus, hvor mødet med den kliniske psykiatri kan føles overvældende for de studerende, og de kan have svært ved at se, hvori sygeplejen består, kan modellen hjælpe med at få

”Den nye ungdomskultur og tidens mange krav om ansvar for egen læring bevirker, at vi som vejledere skal være ekstra opmærksomme på at tage den studerende i hånden.”

skabt forudsigelighed, synlighed og struktur på praktiken i forhold til fokusområderne. Senere i praktikforløbet oplever vi, at modellen kan bringe vejledningen mere dynamik på den måde, at vi kan udvælge trin fra modellen og gå i dybden med disse; f.eks. med en praksisbeskrivelse. Vi har også erfaret, at modellen kan anvendes til nyansatte i afdelingen, specielt i introduktionsperioden.

Den største fordel ved modellen er, at de studerende får mulighed for bevidst at observere, imitere og reflektere med flere forskellige rollemodeller i afdelingen. Den studerende begynder på denne måde at udvikle sin egen fagidentitet og bliver mere bevidst om personlige grænser og holdninger. Men vi ved også, at de studerende ikke kun lærer af imitation, observation og refleksion af os som rollemodeller. Studerende på afdelingsniveau (og afdelingens sygeplejersker) er en del af et underordnet niveau i et større system, som består af selve organisationen og kravene fra samfundet, der påvirker den studerendes læring på et mere overordnet plan.

### Akademiseringen et dilemma

Efter vores opfattelse handler læring i og om praksis i høj grad om kroppen, fornemmelser, intuition, tavs viden og taktisk viden. Det er i praksis, at de studerende lærer sygeplejen, hvilket kan være et dilemma i forhold til den nuværende akademiske sygeplejerskeuddannelse, hvor teorierne prioriteres stadig højere, mens praktikperioderne forkortes. Dette stiller store krav til os som vejledere, da tidsperspektivet i klinikken kan være en negativ faktor for optimal læring og vejledning. Samtidig gør den nye ungdomskultur og tidens mange krav om ansvar for egen læring, at vi som vejledere skal være ekstra opmærksomme på at tage den studerende i hånden. Specielt i begyndelsen har de brug for, at vi leder dem på vej, så de kan opfylde kravene og på den måde forebygge yderligere identitetsvaklen.

### Modellens perspektiver

Efter at have arbejdet med modellen i tre år i vores vejledning til sygeplejestuderende i psykiatrien kan vi konkludere, at modellen er et rigtigt godt vejledningstilbud. Den indeholder mange perspektiver, som kan støtte de studerende i at udvikle deres personlige og faglige identitet. De bliver mere bevidste om deres holdninger og grænser og lærer på denne måde at navigere i det personlige og faglige kaos, som de kan møde, specielt i begyndelsen af den kliniske praksis.

Vi mener også, at modellen kan anvendes mere alment og i andre professioner; f.eks. pædagog-, social- og sundhedsassistent-, fysioterapeut- samt ergoterapeutuddannelserne. Det kunne være interessant at lave en empirisk undersøgelse for at undersøge videnskabeligt, om vores model udgør den positive forskel, vi oplever i praksis.

*Anne Mette Rosendahl Rasmussen er ansat som sygeplejerske og klinisk vejleder på*

*Børne- og Ungdomspsykiatrisk afsnit U2, Kolding Sygehus;*

*anne.mette.rosendahl.rasmussen@fks.regionsyddanmark.dk*

*Gitte Nørreskov Vase er ansat som specialsygeplejerske og klinisk vejleder på*

*Voksenpsykiatrisk afsnit P2, Middelfart.*

*Inge Aastrup-Hansen er ansat som sygeplejerske og klinisk vejleder på*

*Børne- og Ungdomspsykiatrisk afsnit U1, Kolding Sygehus.*

### Litteratur

1. Bauer M. Stud. Tvivl. Politiken 21.03.2002.
2. Ziehe T. De personlige livsverdeners dominans. Uddannelse 2001; 10. Undervisningsministeriet: [www.udd.uvm.dk](http://www.udd.uvm.dk) > 2001

”Vi har også erfaret, at modellen kan anvendes til nyansatte i afdelingen, specielt i introduktionsperioden.”

> Nr.10/01 December 2001/Ungdomskultur > De personlige livsverdeners dominans

3. Glinsvad B. Mesterlære – et gammelt begreb i nyt perspektiv: I: Hounsgaard L. & Juul Eriksen J. (red.) 2000. Læring i sundhedsvæsenet. København. Gyldendal.
4. Kvale S. En pædagogisk rehabilitering i mesterlæren? I: Hounsgaard L. & Juul Eriksen J. (red.) 2000. Læring i sundhedsvæsenet. København. Gyldendal.
5. Wackerhausen S. & B. Tavs viden, pædagogik og praksis. I: Hounsgaard L. & Juul Eriksen J. (red.) 2000. Læring i sundhedsvæsenet. København. Gyldendal.
6. Dysthe O. Det flerstemmige klasserommet. 1995. Oslo. Ad. Notam Gyldendal: 47-59.
7. Strand L. Fra kaos mod samling, mestring og helhed. Psykiatrisk sygepleje til psykotiske patienter. Gyldendal. 1994.

#### ENGLISH ABSTRACT

Rasmussen AMR, Nørreskov VG, Aastrup-Hansen I. New traineeship and reflection through guidance. *Sygeplejersken* 2008;(24):52-5.

The article describes an instruction model developed at the Clinical Tutor Training Unit at Vejle School of Nursing in 2004. The model is intended the clinical tutors and nursing students in clinical training in the psychiatric department. The instruction model symbolises a dynamic process in which the different steps in the model contained aspects of the new “craft apprenticeship” principle and sound Dialog practice. The stages of the model are described, studied and related to practical experience. The model has been tested over a period of three years on nursing students and has proven useful in the instruction of nursing students and their learning processes in psychiatric nursing.

The model can be used by other professional groups and other specialities.

Key words: “Craft apprenticeship”, model, psychiatric nursing, youth culture, instruction.

## TESTEN



### Temaet er begreber, test dig selv eller din kollega

Det svirrer med ord og begreber inden for sygeplejen, vi alle tror, vi ved, hvad betyder. Men kender og forstår du baggrunden for ordene?

- 1 *VIPS er et dokumentationsredskab og refererer til fire af sygeplejerskers arbejdsområder. Hvilke arbejdsområder er der tale om?*
  - a. Vidensdeling, Information, Problemløsning, Sorgarbejde.
  - b. Velvære, Integritet, Profylakse, Sikkerhed.
- 2 *Der findes forskellige former for forebyggelse; den primære, den sekundære og den tertiære. Hvad henviser disse tre former til?*
  - a. Stedet, hvor forebyggelsen foregår.
  - b. Den tilstand, personen/gruppen er i, når forebyggelsen foregår; rask, i risikozone, syg.
- 3 *SF-36 spørgeskemaet er et meget populært redskab til måling inden for sundhedsområdet. Men hvad er SF en forkortelse for, og hvad måler skemaet?*
  - a. SF henviser til ”Short Form”, og skemaet måler selvvurderet helbred.
  - b. SF henviser til ”Social Funktion”, og skemaet måler personens netværk og ressourcer.
- 4 *Et meget populært målingsredskab inden for sygeplejen er audit. Hvad er det?*
  - a. Audit måler kvaliteten af et patientforløb ud fra fastlagte kvalitetsindikatorer.
  - b. Audit måler sygeplejerskernes sygefravær.
- 5 *I de senere år har begrebet ”accelererede patientforløb” vundet indpas. Men hvori består sådan et forløb?*
  - a. Behandling og pleje er målrettet i forhold til de risikofaktorer, man ved eksisterer, indsatsen er intensiv og tværfaglig.
  - b. Behandling og pleje er tilrettelagt ud fra patientens ønsker om et passende tidsrum for indlæggelsen. (er)

Se svarene på TESTEN side 50.

# Erfaringer med kvalitetsvurdering af kliniske retningslinjer

AF HENRIETTE VIND THAYSEN, HANNE MAINZ OG BODIL BJØRNHAVE, SYGEPLEJERSKER, CAND.SCIENT.SAN., SUSSI LAUSTSEN, CAND.CUR., ANNETTE DE THURAH, SYGEPLEJERSKE, MPH

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for kliniske retningslinjer. Hovedbudskabet er, at kliniske retningslinjer bedst udarbejdes i et tæt samarbejde mellem erfarne kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med uddannelse i videnskabelig metode. Artiklen er skrevet på baggrund af erfaringer med bedømmelse af evidensbaserede kliniske retningslinjer i det tidligere Århus Amt.**

I 1998 besluttede chefsygeplejerskerådet i det tidligere Århus Amt, at sygehuse i amtet skulle arbejde med at monitorere den sygeplejefaglige kvalitet. Formålet var at sikre, at sygeplejen til enhver tid blev udført ud fra den bedst mulige evidens og på denne måde højne kvaliteten af den kliniske sygepleje. Projektet indebar, at der skulle udarbejdes kliniske retningslinjer baseret på forskningslitteratur, der efterfølgende skulle implementeres på amtets sygehuse (1).

## Definition på en klinisk retningslinje

En klinisk retningslinje defineres som: "Systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges af fagpersoner og patienter, når de skal træffe beslutninger om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer" (2), og den kliniske retningslinje har til formål at sikre ensartet pleje og høj kvalitet af pleje og behandling (3). Før anbefalingerne fra kliniske retningslinjer implementeres, er det afgørende, at klinikerne ved, om de kan stole på, at anbefalingerne holder, hvad de lover. Det betyder, at kliniske retningslinjer skal leve op til nogle metodemæssige kvalitetskrav, før det går an at anbefale be-

stemte interventioner udført på grupper af patienter. Disse overvejelser var baggrunden for, at chefsygeplejerskerne i det tidligere Århus Amt i 2005 nedsatte en arbejdsgruppe, der skulle vurdere og metodisk godkende sygeplejefaglige evidensbaserede kliniske retningslinjer med henblik på at samle disse i en frit tilgængelig fælles database.

Arbejdsgruppens medlemmer repræsenterede sygehuse i det tidligere Århus Amt. Krav til gruppens medlemmer var, at de havde en uddannelse på kandidat- eller masterniveau samt klinisk viden og erfaring på ekspertniveau. Det var endvidere et krav, at medlemmerne havde konkret viden og erfaring med udarbejdelse af kliniske retningslinjer. Det var muligt at indsende kliniske retningslinjer tre gange årligt.

## AGREE- instrumentet

Arbejdet med at godkende kliniske retningslinjer tog udgangspunkt i AGREE-instrumentet (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation), der er et fælles redskab til metodemæssig kvalitetsvurdering (5). AGREE er et resultat af et større internationalt samarbejde, der er

De seks kliniske retningslinjer, der blev godkendt til hjemmesiden på Sundhed.dk, har følgende emneområder: Håndhygiejne, trykskadeforebyggelse, undersøgelse af dysfagi, non-invasiv temperaturmåling hos voksne (+19 år) indlagte patienter, præoperativt rygestop for patienter der skal have foretaget en primær hofte- eller knæalloplastik og ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade.



»» BOKS 1. SKABELON TIL UDARBEJDELSE AF DEN EVIDENSBASEREDE KLINISKE RETNINGSLINJE	
<b>Titel</b>	Det skal fremgå af titlen, hvilken klinisk problemstilling og patientgruppe den kliniske retningslinje vedrører.
<b>Arbejdsgruppe</b>	Navn, stilling, tilhørsforhold på arbejdsgruppens medlemmer og evt. vejleder. Herunder angivelse af, hvem der er kontaktperson.
<b>Dato og godkendelse</b>	Dato for færdigudarbejdelse/godkendelse ved bemyndiget person. Dato for ikrafttræden samt revision.
<b>Målgruppe</b>	Det skal fremgå, hvem den kliniske retningslinje henvender sig til, hvilket omfatter angivelse af faggruppe og speciale
<b>Baggrund</b>	Definition af: <ul style="list-style-type: none"> <li>• de anvendte begreber og termer.</li> </ul> Beskrivelse af: <ul style="list-style-type: none"> <li>• problemstilling, problemets art og størrelse, herunder en forskningsbaseret beskrivelse af årsager til og konsekvenser af problemet</li> <li>• patientgruppen.</li> </ul>
<b>Formål</b>	Beskrivelse af formål og den forventede effekt ved at anvende den kliniske retningslinje.
<b>Metode</b>	Beskrivelse af anvendt strategi for indsamling, udvælgelse og sammenfatning af litteratur: <ul style="list-style-type: none"> <li>• fokuserede spørgsmål</li> <li>• strategi for systematisk litteratursøgning</li> <li>• udvælgelse og vurdering af litteratur</li> <li>• sammenfatning af udvalgt litteratur og diskussion.</li> </ul>
<b>Anbefalinger</b>	Ud fra den vurderede litteratur opstilles punktformet, logisk opbyggede anbefalinger for klinisk praksis. Anbefalingerne skal være forsynet med evidensstyrke og referencer.
<b>Monitorering</b>	Udarbejdede indikatorer og standarder på basis af de centrale anbefalinger samt plan for auditering.
<b>Opdatering</b>	Redegørelse for opdatering med angivelse af procedure og tidsplan.
<b>Referencer</b>	Referenceliste for anvendt litteratur.
<b>Bilag</b>	Bilagsfortegnelse over relevante vedlagte bilag.
<b>Formkrav</b>	Dokumenttitel: Klinisk retningslinje for ... Angivelse af sidenummer ud af antal sider i alt. Angivelse af søgeord til dokumenthåndtering
<b>Resumé</b>	Kort beskrivelse af klinisk relevante dele af den kliniske retningslinje til brug i praksis.

Skabelon og manual kan benyttes af alle, som arbejder med kliniske retningslinjer, og kan hentes på Center for Kliniske Retningslinjers hjemmeside: [www.kliniskeretningslinjer.dk](http://www.kliniskeretningslinjer.dk) > Downloads > Skabeloner

systematisk udarbejdet og valideret (6). Danmark deltog i udarbejdelsen af AGREE-instrumentet med en repræsentant fra det daværende Sekretariat for Referenceprogrammer (SfR), og instrumentet og den tilhørende træningsmanual er oversat til dansk.

AGREE-instrumentet vurderer den overordnede metodiske validitet af den kliniske retningslinje, dvs. metodisk stringens og transparens, kvaliteten af afrapportering samt visse aspekter af anbefalingerne. AGREE-instrumentet vurderer ikke anbefalingens indflydelse på selve patientresultatet.

En klinisk retningslinje kan, ifølge AGREE-instrumentet, få følgende anbefalinger:

- Anbefales varmt – retningslinjen har en høj overordnet kvalitet.
- Anbefales (med forbehold for ændringer) – retningslinjen har en moderat overordnet kvalitet.
- Kan ikke anbefales – retningslinjen har en lav overordnet kvalitet.

I år 2000 blev der udarbejdet en skabelon for den kliniske retningslinje, i overensstemmelse med SfR's vejledning (3). Imidlertid erfarede arbejdsgruppen, at det var hensigtsmæssigt, at skabelonen tydeligere afspejlede AGREE-instrumentets strukturkrav. Skabelonen blev derfor revideret i 2006, så den dels sikrede kravene i AGREE-instrumentet, og endelig sikrede den, at patienten var i fokus. Skabelonen og manualen blev sendt til høring i relevante faglige fora. Skabelon og manual kan findes på Center for Kliniske Retningslinjers hjemmeside (se boks 1 herover).

### Kriterier for vurdering

Følgende kriterier skulle være opfyldt, for at den evidensbaserede kliniske retningslinje blev vurderet af arbejdsgruppen. Den skulle:

- følge skabelonen
- være baseret på forskningslitteratur med angivelse af evidensniveau og styrke

”Inden anbefalingerne fra kliniske retningslinjer implementeres, er det afgørende, at klinikerne ved, om de kan stole på, at anbefalingerne holder, hvad de lover.”

- som minimum være godkendt af afdelingsledelsen fra den pågældende kliniske afdeling
- være udarbejdet eller opdateret inden for de sidste to år.
- demonstrere, at sygehusledelsen var informeret om indsendelse af retningslinjen.

Såfremt disse krav ikke var opfyldt, blev den kliniske retningslinje returneret uden forudgående vurdering.

Vurderingen af de enkelte kliniske retningslinjer blev foretaget af minimum tre af arbejdsgruppens medlemmer for at sikre højest mulig reliabilitet i bedømmelsen (6). Tilbage meldingen var skriftlig og bestod af en kopi af AGREE-vurderingen samt navnet på en kontaktperson fra arbejdsgruppen. Hvis retningslinjen ikke blev godkendt, fremgik årsagen af AGREE-vurderingen samt et følgebrev.

Den godkendte retningslinje blev returneret til den indsendende afdeling samt til sygehusledelsen på det respektive sygehus. Godkendte kliniske retningslinjer blev herefter tilgængelige på Sundhed.dk

### 25 pct. godkendt første gang

I perioden januar 2006 – juni 2008 har arbejdsgruppen vurderet 25 kliniske retningslinjer (se tabel 1 side 59). Hovedparten af de indsendte retningslinjer har omhandlet en afgrænset specifik patientgruppe, mens enkelte har taget udgangspunkt i generiske problemstillinger som f.eks. håndhygiejne og temperaturmåling. Som det fremgår af boks 2 herunder, er seks kliniske retningslinjer i denne periode blevet anbefalet varmt og dermed godkendt til hjemmesiden på Sundhed.dk. Flere af de kliniske retningslinjer har været indsendt til vurdering to gange, og i løbet af arbejdsprocessen er i alt 11 kliniske retningslinjer anbefalet med forbehold for ændringer. Otte kliniske retningslinjer kunne ikke anbefales.

I de skriftlige tilbagemeldinger har arbejdsgruppen lagt vægt på at begrunde eventuelle ”ikke-godkendelser” sagligt. Der blev ligeledes lagt vægt på, at arbejdsgruppens kvalitetskrav var høje. Det fremgik således af tilbagemeldingen, at den kliniske retningslinje sagtens kunne imple-

menteres og anvendes i den enkelte kliniske afdeling, hvor den var udarbejdet, men ikke opfyldte de metodiske krav, der skulle til for at være gyldig i alle sammenhænge.

### Faldgruber undervejs

Ikke overraskende har tilbagemeldingen ”anbefales ikke” medført dønninger og uro blandt de sygeplejersker, der har lagt et stort arbejde i udarbejdelsen af den pågældende retningslinje. Imidlertid kan der være faldgruber undervejs i arbejdet med at udarbejde en klinisk retningslinje:

- Ikke alle problemområder er lige velegnede til en klinisk retningslinje, fordi kliniske retningslinjer bedst fungerer, når emnet er konkret og velafgrænset. Beskrives en intervention, der fordrer en bestemt handling, er det mere naturligt at komme med en konkret anbefaling. Ved man på forhånd, at svaret på ens spørgsmål vil variere situationsbestemt, findes der mere velegnede dokumentationsformer end en klinisk retningslinje. Det er mere oplagt at komme med en konkret anbefaling vedrørende et ”ja” eller ”nej” til ernæringstilskud til akutte apopleksipatienter (7) end at anbefale en bestemt måde at modtage mange forskellige slags patienter på i en akut modtageafdeling.
- Nogle gange er det svært at gennemskue, hvorfor der på et område skal udarbejdes en klinisk retningslinje. Det skyldes, at beskrivelsen af den kliniske problemstillings hyppighed, årsager og konsekvenser for patienten er mangelfuldt beskrevet.
- Det er væsentligt, at der findes litteratur om det emne, der ønskes belyst – hvilket desværre langtfra er tilfældet. Man kan også sige, at det kliniske spørgsmål, der stilles, skal kunne besvares. Hvis der eksempelvis skal laves en klinisk retningslinje om, hvordan man bedst sondeernærer patienter, der fejlsynker, så skal der identificeres videnskabelig litteratur, der har undersøgt emnet, og som beskriver konkrete anbefalinger. I visse tilfælde kan manglende litteratur inspirere til et egentligt forskningsprojekt. I andre tilfælde må man leve med, at det næppe lykkes at fremskaffe god dokumentation for anbefalingerne i en klinisk retningslinje.

#### **KLINISKE RETNINGSLINJER I PERIODEN DECEMBER 2005 – MARTS 2008**

- Evidensbaseret klinisk retningslinje for håndhygiejne. Århus Universitetshospital – Skejby Sygehus: *Sussi Laustsen, Elisabeth Lund Vibeke Dabelsteen, Dina Due, Trine Christiansen, Lene Jensen, Dorthe Toft Christensen.*
- Evidensbaseret klinisk retningslinje for trykskadeforebyggelse. Århus Universitetshospital – Skejby Sygehus: Trykskadeforebyggelsesrådet, Århus Universitetshospital, Skejby: *Anne Birgitte Vogelsang.*
- Klinisk retningslinje for undersøgelse af dysfagi. Århus Universitetshospital – Århus Sygehus: *Leanne Langhorn, Eva Eriksen.*
- Evidensbaseret klinisk retningslinje for non-invasiv temperaturmåling hos voksne (+19 år) indlagte patienter. Århus Universitetshospital – Århus Sygehus: *Annette de Thurah, Henriette Vind Thaysen;* Netværksgruppen af kliniske sygeplejespecialister ved Århus Sygehus.
- Præoperativt rygestop for patienter, der skal have foretaget en primær hofte- eller knæalloplastik – klinisk retningslinje. Århus Universitetshospital – Århus Sygehus: *Hrønn Thorn, Linda Koldsgaard, Tove Demontis, Mariann Sørensen, Hanne Mainz, Karen Andersen, Margrethe Yding.*
- Evidensbaseret klinisk retningslinje for ernæringsbehandling til voksne patienter med erhvervet svær hjerneskade. Regionshospital Hammel Neurocenter og afdelingen for Neurorehabilitering Hvidovre Hospital: *Line Mølle Frederiksen, Annette Grøn, Marianne Strøh Hansen, Annette Kjærsgård, Ingrid Poulsen, Lene Rindom, Anne Ørskov.*
- De kliniske retningslinjer kan læses på: [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) > info > evidens.

- At udarbejde en klinisk retningslinje kræver metodisk stringens. Det vil sige, at der skal være en rød tråd fra det kliniske spørgsmål og til de fremkomne anbefalinger. Det er vigtigt, at man hele tiden tager udgangspunkt i formålet og det kliniske spørgsmål (8) og holder sig for øje, hvad udgangspunktet var. Når man fordyber sig i et emne, lader man sig nemt friste af små afstikkere, hvilket kan medføre, at man måske ender et andet sted end der, hvor man begyndte. Hvis man eksempelvis undersøger, hvorledes placeringen af ernæringssonder kontrolleres mest pålideligt, skal anbefalingen ikke dreje sig om fordelene ved forskellige sondetyper, blot fordi det ikke har været muligt at besvare det spørgsmål, der oprindeligt blev stillet. På samme måde skal anbefalingerne afspejle den dokumentation, der ligger til grund, og ikke den praksis, man har erfaring for virker.
- Metoden for valg af evidens skal være beskrevet, så processen både bliver gennemskuelig for læseren og kan gendannes ved opdatering. Strategien for den systematiske litteratursøgning samt udvælgelsen og vurderingen af litteratur skal fremgå. Det er en vigtig pointe, at litteratursøgningen er velbeskrevet. Det er hele den kliniske retningslinjes basale idé.
- Anbefalingerne skal være specifikke og entydige med angivelse af evidensniveau og styrke for hver anbefaling.

Nogle gange fristes man til at fremkomme med meget specifikke anbefalinger, fordi det dermed bliver direkte anvendeligt i praksis. Desværre er det sjældent, at litteraturen kan besvare spørgsmålene så specifikt, som man kunne ønske sig. Eksempelvis er det efterhånden velkendt, at vægttab og træning har effekt på knæartrose (9). Spørgsmålet om hvilken træning, og hvor ofte der skal trænes, kan imidlertid ikke besvares.

En klinisk retningslinje med for mange anbefalinger om ”god klinisk praksis” kan ende som en praktisk ikke-evidensbaseret beskrivelse – hvilket ikke var formålet.

### Samarbejde nødvendigt

Det er afgørende vigtigt, at kliniske sygeplejersker involverer sig i udarbejdelsen af kliniske retningslinjer. Det er disse sygeplejersker, som identificerer de relevante kliniske problemstillinger, og også dem, der efterfølgende skal omsætte den kliniske retningslinje til gavn for patienterne. Klinisk erfaring er imidlertid ikke nok for at udarbejde en klinisk retningslinje. Det kræver også anvendelse af videnskabelig metode, hvilket fordrer, at de implicerede kan søge, læse, vurdere og beskrive videnskabelig litteratur. Det er ikke noget, alle har lært – og det er heller ikke noget, alle nødvendigvis skal lære. Det kan skabe både frustration og ærgrelse, hvis dygtige kliniske sygeplejersker har brugt kræfter og tid på arbejdet med en klinisk retningslinje, som ikke kan anbefales, fordi der som udgangspunkt manglede helt basale metodiske færdigheder. Derfor er det optimalt, at kliniske retningslinjer udarbejdes i et samarbejde mellem erfarne kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med uddannelse i videnskabelig metode.

**»» TABEL 1. ANTAL INDSENDTE KLINISKE RETNINGSLINJER SAMT AGREE-VURDERING FOR PERIODEN DECEMBER 2005 – JUNI 2008.**

Vurdering	Antal
Antal vurderede	25
Godkendte kliniske retningslinjer	6
Kliniske retningslinjer, som anbefales med forbehold for ændringer	11
Kan ikke anbefales	8

*Henriette Vind Thaysen er ansat som klinisk sygeplejespecialist på Kirurgisk afdeling P, Århus Sygehus; spl07hvh@as.aaa.dk*

*Hanne Mainz er ansat som klinisk sygeplejespecialist på ortopædkirurgisk afdeling E, Århus Sygehus.*

*Bodil Bjørnshave, Sussi Laustsen og Annette de Thurah er alle ph.d.-studerende.*

*Arbejdsgruppen til godkendelse af kliniske retningslinjer i det tidligere Århus Amt bestod af: Bodil Bjørnshave, Helle Høstrup og Sussi Laustsen, Skejby Sygehus, Henriette Vind Thaysen, Annette de Thurah, Leanne Langhorn og Hanne Mainz, Århus Sygehus, Tove Kilde, Silkeborg Central Sygehus/Hammel Neurocenter, Inger Marie Jaillet, Randers Central Sygehus, Susan Larsen, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Hospital, Århus Universitetshospital samt Lilly Dam, Århus Sygeplejeskole.*

*Arbejdsgruppen er nedlagt i forbindelse med etablering af det nationale ”Center for Kliniske Retningslinjer”, som åbnede den 1. september 2008. Læs artiklen ”Center for bedre sygepleje” i Sygeplejersken nummer 23/2008.*

### Litteratur

1. Bruun K, Bager K, Christensen D, Vogelsang B, Holck I. Monitorering af den sygeplejefaglige kvalitet på Århus Kommunehospital. Projektbeskrivelse. 2000;1.
2. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren. Sundhedsvæsenets begreber og definitioner. 2003.
3. Sekretariatet for Referenceprogrammer. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer. 2nd ed. København: Lægeforeningens Forlag; 2002.
4. The AGREE Collaboration. The AGREE Instrument. Tilgængelig på: <http://www.agreetrust.org/instrument.htm>.

**”Ikke overraskende har tilbagemeldingen ”anbefales ikke” medført dønninger og uro blandt de sygeplejersker, der har lagt et stort arbejde i udarbejdelsen af den pågældende retningslinje.”**

”Det er optimalt, at kliniske retningslinjer udarbejdes i et samarbejde mellem erfarne kliniske sygeplejersker og sygeplejersker med uddannelse i videnskabelig metode.”

#### >>> ENGLISH ABSTRACT

Thaysen HV, Mainz H, Bjørnshave B, Laustsen S, de Thurah A. Experiences with quality assessment of clinical guidelines. *Sygeplejersken* 2008;(24):56-60.

The article presents experiences with the evaluation of evidence-based clinical guidelines in the former County of Århus during the period 2005 – 2008. The job of approving clinical guidelines was undertaken by a work group based on the AGREE instrument ensuring that the patient was in focus.

The workgroup evaluated 25 clinical guidelines during the period January 2006 – June 2008. Six clinical guidelines were warmly recommended during this period and approved for the website Sundhed.dk. 11 clinical guidelines were recommended with reservations relating to changes, while six could not be recommended.

There are pitfalls in the work related to clinical guidelines about which it is important to be aware. In particular, a clinical guideline must be methodically stringent, for which reason they are best drawn up in close co-operation with experienced clinical nurses and nurses trained in scientific method.

Key words: Clinical guidelines, AGREE, methodology.

5. Grilli R, Magrini N, Penna A, Mura G, Liberati A. Practice guidelines developed by specialty societies: the need for a critical appraisal. *Lancet* 2000 Jan 8;355(9198):103-106.
6. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual.Saf.Health.Care*. 2003 Feb;12(1):18-23.
7. Sundhedsstyrelsen. referenceprogram for behandling af patienter med apopleksi. 2nd ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2005.
8. Andersen IB, Matzen P. Det kliniske spørgsmål – nøglen til evidensbaseret medicin. *Evidensbaseret medicin*. 2nd ed. Kbh.: Gads Forlag; 2007. p. 23.
9. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for knæartrose. 1st ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

## 1st Care

Sygeplejestuderende på vej til dig

### HAR DU BRUG FOR VIKARER TIL JULEFERIEN – ELLER BARE LIGE HER OG NU?

Har du svært ved at få julens vagtskema til at gå op? Så kan 1st Care hjælpe. Vi er et anderledes og mere fleksibelt vikarbureau. Alle vores vikarer er nemlig sygeplejestuderende og kan dække vagter, når alle andre helst vil holde fri. Og vi er altid klar til rykke ud selv med meget kort varsel.

Læs alt om 1st Care på [www.1stcare.dk](http://www.1stcare.dk)

**RING**  
**70 22 84 46**  
**OG BOOK**  
**HVER DAG FRA**  
**KL. 6 TIL 24.**

Husk!  
Book 1st Care vikarer til  
juleferien allerede i dag.  
Ring 70 22 84 46

## Benspænd fra personalets side




Arnhild Lauveng

**I morgen var jeg altid en løve**

Akademisk Forlag 2008

192 sider – 249 kr.

ISBN 978-87-500-3987-7

 Kan svært syge psykiatriske patienter blive raske? I Politiken i september 2008 interviewes forfatteren til bogen, hvor hun omtaler et foredrag, hun holder for behandlere i psykiatrien om sin sygdoms- og behandlingshistorie. En overlæge rejser sig op og siger: ”Du er jo ikke rask, *Arnhild*.”

Man skal som Arnhild Lauveng være stærk for at kunne klare den slags udfordringer. Hendes bog beskriver hendes egen rejse gennem lidelser og behandling som psykiatrisk patient, til det hun er i dag, klinisk psykolog.

I beskrivelserne af tiden på psykiatriske afdelinger, fra hun er 17 til 26 år gammel, indvier Lauveng os i sine symptomer, håbløshed og behandling. Hun beskrives og diagnosticeres som skizofren og fremlægger da også de kendte symptomer på sygdommen: Paranoia, hallucinationer, svær stemmehøring, der truer og formaner hende til selvdestruktiv adfærd med selvmordsforsøg, anden selvskadende virksomhed og tapetspising. Hun fortæller om (over)medicinering, bæltefiksering og terapi. Men i høj grad også om de utallige benspænd hun er udsat for under sine indlæggelser.

Det er nærmest ubærligt, at personalets holdning i flere tilfælde har virket direkte destruktivt. Det være sig i form af tvang, isolation, fejltolkninger eller blot manglende tolkninger af symptomer samt ikke mindst pessimisme fra personalets side. Men måske i virkeligheden allerværst: ”Du må lære at leve med dine symptomer”, som forfatteren indskærpes. Personalet tror ikke på, at hun kan få det bedre. Hun kommer herved ikke til at nære et spirende håb, da personalet gentagne

gange hindrer hende i at tro på egne muligheder. Det er ikke køn læsning.

En anden ting, Lauveng giver plads i sin bog, er, at de mange år på psykiatriske afdelinger giver en tryghed, så hun ikke skal forholde sig til det krævende liv i de normale verden. Man er godt og vel uddannet i patientrollen efter ni år. Hendes pointe er, at det er meget svært at hoppe af toget, ud af patientrollen og skabe et nyt liv uden sygdom. Det kræver hjælp, styrke og ikke mindst mod. For hvordan vil det gå uden den beskyttende omsorg fra personalet? Ønsket om at blive rask kommer indefra, men det skal bæres igennem af et personale, der virkelig tror på det. Ellers er det spildte kræfter. Det oplevede Lauveng flere gange.

Sproget i bogen er levende, indfølelse og heldigvis i mange passager humoristisk. Forfatterens analyser af sygdomsforløb og tolkningerne af symptomer og adfærd er gripende. Selv det mest psykotiske og vanvittige giver hun i sin tolkning mening. Det giver anledning til eftertænkning. Bogen er en påmindelse om, at personalet skal være opmærksomt og tolkende på handlinger og ytringer fra patienten for i samarbejde med denne at give indblik i, hvorfor vedkommende reagerer og ytrer sig, som hun gør.

Bogens svaghed er, at der er meget lidt om forfatterens behandling og om, hvordan hun kom dertil, hvor hun er i dag. Det er lidt ærgerligt. Hermed en opfordring til forfatteren om at skrive en fortsættelse.

*Af Jørgen Bendsen, sygeplejerske, MI.*

## Respekt



Jes Gerlach (red.)

**Pårørende**


– råd og vejledning til

**pårørende til mennesker med psykisk sygdom**

Psykiatrifondens Forlag 2008

256 sider – 175 kr.

ISBN 978-87-90420-64-2

 I det psykiatriske behandlingssystem er der i dag overvejende konsensus om, at de pårørende er overordentligt vigtige samarbejdspartnere, og at de udgør en væsentlig ressource i forhold til forståelse og helbredelse af det menneske, som er ramt af psykisk sygdom, ikke mindst når det gælder om at forebygge nye sygdomsepisoder. Ikke desto mindre viser aktuelle tilfredshedsundersøgelser, at netop pårørende ikke altid oplever sig hørt og anerkendt i behandlingssystemet. Noget tyder på, at her er et felt, som langt fra fungerer optimalt på landsplan. Derfor må denne nye udgivelse fra Psykiatrifonden hilses mere end velkommen, idet der sættes fokus på de pårørendes situation. Bogen er skrevet af en tværfaglig forfattergruppe og en række pårørende, som alle har eller har haft psykisk sygdom tæt inde på livet.

De professionelle fagfolks bidrag omhandler information om specifikke psykiatriske diagnoser, men også generelle forhold vedrørende normale krisereaktioner og vejledning i, hvordan disse kriser kan håndteres, når det drejer sig om at være pårørende til et menneske, der er ramt af en psykisk lidelse. Hvilke tanker og følelser, herunder typisk afmagt og skyldfølelse, de pågældende bliver ramt af, og hvilke muligheder der er for at leve med disse følelser uden selv at bryde sammen. Et gennemgående nøgleord er åbenhed, og mange af de personlige beretninger vidner da også om, at det at dele sine erfaringer med andre, blive medinddraget i be-

handlingen og få information om sygdommen er faktorer, som fremmer samarbejdet og er fremmende for den psykisk syges vej mod helbredelse.

Mange pårørende står famlende og tvivlende overfor, hvordan de bedst muligt kan støtte den psykisk syge, og megen velment hjælp og overtagelse af ansvar resulterer meget ofte i, at deres egne behov bliver tilsidesat. Et budskab, der går igen i bogen, er nødvendigheden af at tage vare på sig selv og være tydelig i sin grænsesætning over for den psykisk syge. Lettere sagt end gjort måske, når man er følelsesmæssigt involveret. Men her er det, bogen giver gode anvisninger på, hvordan man som pårørende kan passe på sig selv, netop for at passe på den sygdomsramte.


Også børnene er draget med som en særskilt gruppe pårørende, der har et særligt krav på omsorg og hjælp til at begribe, hvad der sker med deres psykisk syge mor eller far.

Bogen henvender sig til pårørende, men er også en påmindelse til den professionelle om at lade de vedtagne grundværdier i psykiatrien, respekt, faglighed og ansvar, række ud i det vigtige samarbejde med de pårørende. Nødvendigheden heraf er man ikke i tvivl om efter at læst bogen.

*Af Sonja Bech, afdelingssygeplejerske, ansat i Distriktspsykiatrien i Virum.*



## Opfindsom, finurlig, belæst og til tider overfladisk forfatter

 Sanseligt, smukt, spektakulært og spændende er det at rejse med *Christian Graugaard* gennem kroppens univers. *Corpus* er en bog, der er bygget op om en faktuel biologisk introduktion til kropslige områder, hvilket er markeret i lærebogsagtige spalter. Fysiologien er desuden perspektiveret multidimensionalt med historie, mange sidehistorier og sansemættede illustrationer. Kapiteloverskrifterne er nyrerne og urinvejene, fordøjelsessystemet o.l., som det kendes fra traditionelle lærebøger. Kapitlet om kredsløbet og luftvejene starter med et citat fra *H.C. Andersens* dagbog (1865) "Kaffe hos Theodor; Gaaet en Deel for at faae Blodet i vanlig gang, jeg har Tryk under hjertet", derefter gennemgås hjertets anatomi og fysiologi, morsomt illustreret med gamle stik. Afsnittet er krydret med hjertet som kroppens og tilværelsens symbolske centrum, og hjertet som udspring for tro, håb og kærlighed; Valentinsdagens historie, hjertets anliggender og metaforiske betydninger beskrives. I et drabeligt billede ses en ofringsceremoni, hvor aztekere flår hjertet ud af et levende offer, buddhistisk og hinduisk opfattelse af hjertechakraet nævnes kort. Hjertets symbolske betydning som livskraftens sæde modsvares i beskrivelserne af den mo-

derne naturvidenskab. Efter hjertet gennemgås blodkarsystemet, blodtryk, lunger, luftveje, strube og stemme. I et stort foto af et blodrødt blodkar i en lunge omgivet af luftfyldte alveoler står et fint lille citat af *Edith Södergran* (1918) "Triumf at leve, triumf at trække vejret, triumf at være til." Kapitlet afrundes med nogle sider om ånd og ånde, hvor forfatteren spænder mellem 1. Mosebog, Koranen, *Aristoteles*, *Paracelsus* og *Rudolf Steiner*. Der spilles i bogen bold mellem de forskellige opfattelser af celler, organer, funktion og fysiologi, og læseren kommer rundt i mange kulturelle krinkelkroge. Forfatteren, der bl.a. er læge, tager afsæt i en vestlig naturvidenskabelig opfattelse af den grundlæggende fysiologi. Anmelderen svinger mellem at blive overvældet af forfatterens opfindsomhed, finurlighed og belæsthed og at blive irriteret over den til tider overfladiske cause- ren over eksotiske opfattelser af kroppens sammenhænge. Bogen er stor og smuk og må siges at egne sig godt som jubilæumsgave til sofabordet.

*Af Marianne Mahler, sygeplejerske og MPH, ansat som sygeplejefaglig konsulent på Ældrekontor Østerbro.*



Christian Graugaard

**Corpus**


– rejser i menneskekroppen

Politikens Forlag 2008

328 sider – 299 kr.

ISBN 978-87-567-8284-5

## Styrken er bredden

 Denne bog er en klassiker inden for organisationsteori. De betydningsfulde begreber inden for teorifeltet bliver grundigt forklaret i de tolv kapitler, som bogen indeholder.

I forordet skriver forfatterne, at bogens styrke er at prioritere bredden frem for dybden, således at bogen giver en indføring i de mest betydningsfulde bidrag inden for organisationsteori. Det er helt rigtigt. Bogens styrke er bredden og de mange emner. Skal man f.eks. vide noget om magt, struktur eller beslutninger, er det særdeles godt at læse disse kapitler, for de giver brede og grundige definitioner samt forskellige perspektiver på fænomenerne. Derfor er bogen meget relevant for mange målgrupper som en start på studierne i organisationernes forunderlige liv. Der er 24 siders referencer med internationalt anerkendte forskere, så der er mulighed for at studere fænomenerne i dybden, hvis man fortsætter læsningen fra denne bog til de videre referencer.

Bogen tager ikke for givet, at man har styr på fænomenerne. Roligt og beskrivende forklares begreberne. Hvad er f.eks. strukturer? Hvorfor studere organisationsstrukturer, og hvad består de af?

Grundlæggende viden man ofte kan glemme, hvis man kun dyrker detaljerne og hjørnerne i feinschmeckerbøgerne.

Ofte indledes et afsnit med en eller flere metaforer på

fænomenerne. Strukturer sammenlignes med arkitektur, der bestemmer, hvordan organisationer ser ud og ligeledes med en bygning, der er udformet, så mennesker kan bo og fungere både i og uden for den. På samme måde som et hus skal være tilpasset formålet, skal organisationsstrukturen også være tilpasset det, der skal foregå i organisationen.

Forventer man at læse en bog om organisationsteori, der er specifik i forhold til den offentlige eller private sektor, må man finde anden litteratur. Særlige kendetegn for de forskellige virkeligheder i den offentlige eller private sektor adresserer bogen ikke.

Denne udgave er ny, og det nye er bl.a., at hvert kapitel indledes med en case, som er gennemgående i hele bogen. Casen binder de forskellige temaer sammen, og det er et pædagogisk kneb for at binde afsnittene sammen. En tilføjelse, der ikke nødvendigvis er til bogens fordel.

Men det er en klassiker, som altid har stået i min reol, og der vil den fortsat have en plads. Det er et gedigent opslagsværk i de mest fundamentale begreber inden for organisationsteorien.

*Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske.*

*Gitte Lindermann er specialkonsulent i*

*Region Hovedstaden.*



Dag Ingvar Jacobsen og

Jan Thorsvik

**Hvordan organisationer fungerer**

– indføring i organisation og ledelse

Hans Reitzels Forlag 2008

477 sider – 499 kr.

ISBN 978-87-412-4137-0

## Familien er ikke død, men præget af både forandring og kontinuitet



Lars Dencik,  
Per Schultz  
Jørgensen og Dion Sommer

### Familie og børn i en opbrudstid

Hans Reitzels Forlag 2008

437 sider – 450 kr.

ISBN 978-87-412-0389-8

Gennem de seneste årtier er den samfundsmæssige udvikling i Danmark løbet meget hurtigt. Så hurtigt at flere forskere op gennem 70'erne forudså familiens død. Denne forudsigelse er dog gjort til skamme.

Bogen vidner om, at familierne lever i bedste velgående, omend familierne har organiseret sig noget anderledes end i tidligere tider.

Bogens forfattere har alle gennem en årrække beskæftiget sig med familier og børn, og de kan bekræfte, at de samfundsmæssige ændringer har haft en afsmittende effekt på familier og børn, men ikke kun i negativ retning. Forfatterne har alle en baggrund i psykologien, men henter også inspiration i antropologien og sociologien. Således får bogen et meget bredt fokus.

Samfundets forandringer har betydet ændringer af vores hverdagsliv. Kvinderne har udearbejde, børnene bliver passet ude, og mændene har fået en anden rolle i forhold til deres børn, men på trods af disse radikale forandringer ligner familien på mange måder sig selv.

Familiebegrebet er dog blevet meget bredere, så en familie ikke kun er far, mor og børn. Dette er blot én af familieformerne og ikke den eneste rigtige måde at være familie. Ud over den traditionelle familie er der også eneforsørgersfamilier og nydannede familier med dine og mine børn. Forfatterne konkluderer, at familien lever, fordi den danner den konkrete ramme om de enkelte individer. Den udgør også fortsat en samfundsmæssig in-

stitution, som på trods af omvæltninger og tidernes skiften danner rammen om de voksnes parforhold og børnenes opdragelse og udvikling.

Som forfatterne udtrykker det, er familien præget af både forandring og kontinuitet.

Gennem hele bogen beskrives og diskuteres familieliv og familiefomer ud fra forskellige vinkler, og forfatterne kommer med bud på, hvilke konsekvenser det moderne samfunds udvikling fremover vil få for familierne, både positivt og negativt. Der er dog ikke tvivl om, at familien, på trods af de mange udfordringer der møder den, vil bestå – også i fremtiden.

Bogen har mange interessante refleksioner og analyser af familier og børns betingelser i dagens Danmark. Den er tænkt som en lærebog og rummer megen brugbar viden. Den er absolut interessant for den, der gerne vil opdateres om, hvad den nyeste forskning på området siger, uanset om man er under uddannelse eller bare ønsker en generel opdatering om, hvad der er på spil i familierne i vores omskiftelige verden.

For dem, som har fulgt forfatterne skriverier gennem årene, er der meget velkendt stof, men bogen virker bestemt inspirerende, og lidt repetition skader ikke.

Af Anne Marie Detlefsen, sundhedsplejerske og cand.pæd. i pædagogisk sociologi, ansat som sundhedskonsulent i Aabenraa Kommune.

## Vellykket og brugbar håndbog



Jette Ammentorp og  
Dorte Rørmann

### Audit i Sundhedsvæsenet – en håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis

Forlaget Books on Demand

2008

76 sider – 95 kr.

ISBN 978-87-7691-228-4

Forfatterne hensigt med bogen er at give et overblik over, hvad audit kan bruges til og præsentere en række af de begreber, der anvendes i forbindelse med audit i en form, der gør dem anvendelige. Det lykkes for dem.

”Audit i Sundhedsvæsenet” er en systematisk og brugbar håndbog om audit.

Mange sygeplejersker har og kommer til at arbejde med audit i forbindelse med kvalitetsudvikling, patientsikkerhed og akkreditering. I bogen gives et overblik over, hvordan audit kan anvendes i disse sammenhænge. Der indgår også en beskrivelse af ISO-certificering og anvendelse af audit i den sammenhæng i andre brancher.

Bogen er en håndbog i, hvordan audit kan bruges i praksis. Den har anvisninger på de nødvendige overvejelser, når audit forberedes og gennemføres, og når der følges op på audit. Bogen beskriver, hvordan processen gennemføres.

I bogen gennemgås mange centrale begreber relateret til audit, og de forklares på måder, der gør dem meget brugbare i processen med at planlægge en audit. F.eks. præsenteres struktur-, proces- og resultatmål i den nævnte rækkefølge og med spørgsmålene: Hvad vil vi opnå? Hvad skal der gøres? Hvad skal der til? En logisk rækkefølge i planlægningen af en proces! Her optræder en af bogens få skønhedsfejl, da målene i den tilhørende figur præsenteres i en anden rækkefølge.

Bogen indeholder en deltaljeret beskrivelse af alle de spørgsmål, der skal overvejes før gennemførelsen af audit. Der er også en kort oversigt over praktiske ting, der skal være på plads før gennemførelsen.

En force i bogen er beskrivelsen af, hvordan audit kan bruges på alle trin i kvalitetscirklen. For hvert trin er der overvejelser om formål, udvælgelse af datamateriale og udbytte. Bilagene bidrager med konkrete eksempler på udformning af vurderingskemaer på de forskellige trin i kvalitetscirklen.

Bogen redegør for brugen af audit i bagudrettede og fremadrettede metoder i arbejdet med patientsikkerhed. Audit efter London-protokollen, audit på patientforløb med særlige karakteristika og patientsikkerhedsstuegang beskrives. Audit som en central metode til at vurdere kvaliteten af ydelser i sundhedsvæsenet bliver også behandlet.

Der bliver gennemgået meget stof på bogens 73 sider, og det er meget komprimeret. Der er mange fagudtryk og lange ord. Det er absolut en fordel at have et vist kendskab til audit, kvalitetsudvikling og arbejde med patientsikkerhed før læsning.

Bogen har henvisninger på tværs af afsnittene, så man kan godt starte med en konkret problemstilling, men det vil være en fordel at læse bogen i sammenhæng, før den bruges til oplæg.

En anbefalelsesværdig bog til sygeplejersker m.fl., da eksemplerne i bogen og bilagene bl.a. er hentet fra plejen og fra tværfaglige forløb.

Af Dorte Dall-Hansen,  
udviklings- og kvalitetskoordinator,  
ansat på Ortopædkirurgisk Afdeling,  
Fredericia og Kolding Sygehus.

## Flere historier i historien

Med udviklingen af Radiumstationen i Århus som det bærende centrum fortæller de to forfattere og sygeplejersker ikke blot en historie om Radiumstationen. De skaber også overblik over udviklingen af cancerbehandlingen i samme tidsperiode.

Dertil kommer, at forfatterne giver et indblik i udviklingen af sygeplejens vilkår generelt, og specielt uddannelsesvilkårene er meget levende beskrevet. Forfatterne lader også læserne stifte bekendtskab med styrker og svagheder hos en række personligheder fra Århus sundhedsvæsen, som har været knyttet til Radiumstationen og det personale, der har virket samme sted.

Bogen rummer altså flere historier i historien, og den er levendegjort gennem øjenvidneberetninger i skrift og fra samtaler. Her er det ikke blot læger eller sygeplejersker, der kommer til orde, men også patienterne og andre medarbejdergrupper.

Der er også blevet plads til at røre ved nogle af de etiske dilemmaer, som alle sygeplejersker, der har plejet cancerpatienter, har oplevet, først og fremmest temaet ”at sige sandheden”, og hvem der må eller skal sige den.

Bygningernes historie og de tekniske rammers udvikling er interessant, men forfatterne har meget mere på hjerte, og det lykkes dem i forbløffende høj grad på for-

tællingens 246 sider at føre læseren ind i et univers, hvor man fornemmer i hvor høj grad engagementet og empatien hos medarbejdere, højt såvel som lavere i hierarkiet, har præget Radiumstationens ånd og virke.

Bogen er velskrevet og gjort let tilgængelig med mange illustrationer. I en tid hvor sundhedsvæsenet er under beskyldning i offentligheden, og hvor der konstant kræves effektiviseringer, er den et godt grundlag for eftertanke.

For den, der kæmper med at fastholde det faglige perspektiv og skabe sin faglige identitet, er bogens allersidste linjer værd at notere sig.

”Det at behandle kræftpatienter er ikke bare noget, som kan intensiveres, det kræver også tid og eftertanke. Til syvende og sidst er vi her vel for at tage os af hinanden og skabe et godt fællesskab.”

For den læser, som vil vide mere om enkelte temaer i bogen, rummer den et bredt kilderegister.

Bogen rækker med sit indhold længere end til den specielt interesserede og kan anbefales til både ledere og undervisere.

*Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske.*



Birgitte Espersen og  
Anne-Lise Roager

**Det vidunderlige stof.**  
**Erindringer fra Radium-**  
**stationen i Århus 1914-2008**  
Aarhus Universitetsforlag 2008  
269 sider – 198 kr.  
ISBN 978-87-7934-385-6

## Argumenter for forbedret samklang

Bogen præsenterer en feedbackmodel, der skal gøre det muligt at udforme praktikstudier, så uddannelse og praksisfelt kan stile mod fælles kompetenceudvikling. Feedbackmodellen er et produkt af ”Krydsildsprojektet”, som præsenteres i bogen.

I de første kapitler bliver feedbackmodellens teoretiske grundlag gennemgået, og vi ser på det læringsmiljø, et praksisstudie udgør, med dets muligheder og begrænsninger. Modsætningen mellem en uddannelsesinstitution og det professionelle praksisfællesskab synliggøres og problematiseres.

Dernæst præsenteres feedbackmodellen gennem beskrivelse af dens fire faser:

Første fase består af forberedelse til praktikstudiet ved hjælp af et praksis-seminar på uddannelsesinstitutionen.

Anden fase er gennemførelse af praktikstudiet, hvor deltagerens roller og opgaver beskrives. Hjælpemidler som diverse grundskemaer, læringskontrakter og evaluerings-skemaer bliver gennemgået.

Fase tre og fire handler om, hvordan praktikstudier evalueres og viderebearbejdes på uddannelsesinstitutionen, så en gensidig kompetenceudvikling muliggøres.

Endelig diskuteres projektets hovedresultater, og vi får et bud på, hvordan man fremover kan mindske uoverensstemmelsen mellem uddannelsesinstitution og det professionelle praksisfællesskab.

Bilagsmaterialet består af diverse hjælpeformularer og skemaer til brug for et praktikstudie.

Som læser nikker man genkendende til bogens analyser. Selve beskrivelsen af, hvordan et praktikstudie ideelt kan gennemføres med diverse hjælpemidler, er heller ikke den store nyhed. Men bogen kan bruges som et argumentationsgrundlag for en forbedret samklang mellem uddannelsesinstitution og praksisfællesskab, hvor der tages højde for de to miljøers læringsmæssige forskelligheder.

*Af Jens Bydam, sygeplejerske og cand.phil.*



Halvor Fauske, Sigrun Nilsen og  
Pär Nygren

**Læring i fællesskab**  
Dansk Psykologisk Forlag 2008  
240 sider – 298 kr.  
ISBN 978-87-7706-502-6

**5 FAGLIGE MINUTTER** SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:

Jette Bagh,  
sygeplejerske,  
cand.cur.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,  
sygeplejerske, for-  
stander på botilbud-  
det Slotsvænget,  
Lyngby/Taarbæk  
Kommune.



Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
cand.scient.soc.,  
fagredaktør på  
Sygeplejersken.



Birgitte Harild,  
sygeplejerske,  
leder af visitations-  
afdelingen i Halsnæs  
Kommune.

## Kun fordi vi kan

Anne Marie kan kun dreje venstre hånd få grader og er dybt afhængig af hjælp. Hun søger en elkørestol, så hun selv kan køre rundt i sit hus: fra stuen til køkkenet, fra køkkenet til gangen og videre ind i soveværelset. Hun kan styre stolen med tre fingre, men kan ellers ikke foretage sig meget andet. Hun kan dog kalde på sine handicaphjælpere, og det gør hun, hver gang hun har behov for mad, toiletbesøg eller for at klø sig på næsen.

Hun får et afslag. I afslaget står, at elstolen kan kompensere hende for den nedsatte funktionsevne, men da hun har hjælpere omkring sig døgnet rundt, er hun kompenseret i forvejen. Endvidere vil hjælpemidlet ikke lette hendes tilværelse i hjemmet væsentligt, da hun fortsat skal have hjælp til alle aktiviteter og dermed ikke bliver mere uafhængig og selvstændig.

Hjælpemidler bliver ikke tildelt, fordi de eksisterer, og fordi der er borgere, som kan bruge dem. Men sådan forholder det sig ikke med operationer og behandlinger. Her tilbyder man behandlinger i form af operationer, fordi de eksisterer, men uden at vide, om de hjælper.

For eksempel er der ingen evidens for nødvendigheden af de 4.359 skulderoperationer, der blev foretaget i 2008, oplyser overlæge *Johan Hviid Andersen* fra sit arbejdsmedicinske domicil i Herning. Han er en af de uafhængige forskere fra Cochrane, som har lavet en undersøgelse, der viser, at skulderopererede patienter ikke kompenseres væsentligt for deres nedsatte funktionsevne, hvis vi skal blive i hjælpemiddelsproget. Kort sagt: Operation hjælper ikke nok – faktisk hjælper den slet ikke.

Hvis man nu havde samme tilgang til operative behandlinger, som man har til hjælpemidler, så burde borgeren modtage et afslag: Kære Anne Marie. Du meddeles hermed et afslag på din skulderoperation, da det ikke skønnes at kunne afhjælpe din nedsatte funktionsevne eller lette dine smerter i væsentlig grad. Du henvises til konservativ behandling: lidt fys, lidt ergo og lidt kemi.

Det gør man åbenbart ikke. Man snitter glad og gerne, fordi man kan. Det er nærliggende at antage, at det er, fordi skulderproblemer vurderes af kirurger, som generelt løser problemer med kniven. Vi griber alle til det våben, der er os nærmest: Fyssen træner og masserer, jeg fatter pennen, og kirurgen griber skalpellen. Men Sundhedsstyrelsen mener, det skyldes ny teknik, der gør det nemmere at operere. Og så har Sundhedsstyrelsen i øvrigt ikke lige fået lavet retningslinjer for, hvem der skal opereres.

En skulderoperation med kikkert koster fra 20.000 til 25.000. Vi taler således om operationer til hundrede millioner kroner om året, for slet ikke at tale om den efterfølgende genoptræning og tabt arbejdsfortjeneste i forbindelse med operationen – et fravær, der er større end fraværet ved konservativ behandling af skulderlidelser. Her er jo gratis penge at hente, det er bare at bukke sig ned og samle dem op, og jeg er sikker på, at Sundhedsstyrelsen allerede nu sidder på overarbejde for at beskrive retningslinjer for dette tagselvbord. Men der er sikkert endnu flere andre områder, hvor der kan luges ud i behandlingstilbuddene, for ifølge Sundhedsstyrelsen medfører ny teknik altid en overbehandling.

Det problem kender vi godt i hjælpemiddelbranchen. Hvert år bringer nye opfindelser, der kan hjælpe handicappede og syge, og hvis vi agerer lige så uforsvarligt som lægerne, der indstiller til skulderoperationer, så røg bukserne af kommunernes økonomi endnu hurtigere, end de gør aktuelt.

Moralen er, at ny teknik ikke nødvendigvis løser problemer, og hvis vi ikke evaluerer, står vi tilbage med en bar mås og tomme lommer. Læs mere på [www.cochrane.dk](http://www.cochrane.dk) om formidling af information og virkning af behandling og forebyggelse.

*redaktionen@dsr.dk*

**"Moralen er, at ny teknik ikke nødvendigvis løser problemer, og hvis vi ikke evaluerer, står vi tilbage med en bar mås og tomme lommer."**