

PATIENTERNE FÅR NÆSTEN ALDRIG TRYKSÅR MERE • MÆND OG KVINDER PÅ SAMME STUE

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 23 » 16. NOVEMBER 2007 » 107. ÅRGANG

KORT NYT

**Sygeplejestuderende  
i praktik på privathospitaler**

**Find nye kolleger  
i cyberspace**

FAG

**Den anoreksiramte  
unge kan behandles  
i hjemmet**

 **Ret op på  
misforholdet**

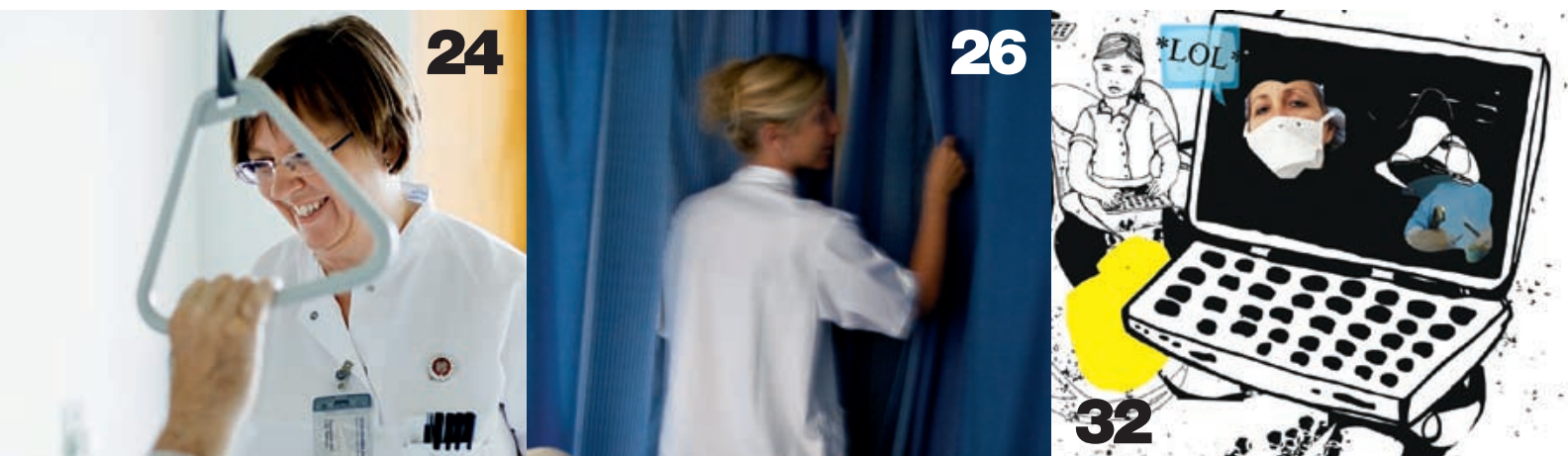
 **To ofre  
for blind tillid**



## Har du hørt ...

**Sæt sladder på dagsordenen**

SYGGEPLEJERSKER MØDES OM FORSKNINGSBASEREDE ARTIKLER • FÅ DET BEDRE, NÅR DU ARBEJDER OM NATTEN



## ARTIKLER

### 24 Patienterne får næsten aldrig tryksår mere

I ortopædkirurgisk afdeling 7 på Næstved Sygehus bliver patienternes tryksårerisiko bedømt med en Braden-score.

### 26 Mænd og kvinder på samme stue

På tre afsnit under Anæstesiologisk Afdeling på Regionshospitalet i Silkeborg har blandede stuer fungeret fint i over 30 år.

### 29 Her gør de det

### 30 M/K-stuer, nej tak

### 32 Find nye kolleger i cyberspace

Mød en gruppe sygeplejersker, som er virtuelle kolleger på internettet.

### 34 De virtuelle venner venter

## TEMA: SLADDER SIDE 16-21

### 16 Har du talt om din kollega i dag?

Hvis sladder og skyllerumssnak fylder meget på din arbejdsplads, kan det være tegn på, at arbejdsmiljøet har det skidt.

### 18 Sladderer fik lov at ulme i krogene

På dialyseafdelingen passede hver stue sit, og man hjalp ikke hinanden. Kritik kom aldrig den rette person for øre. Men så tog afdelingssygeplejersken affære.

### 20 Sygeplejersker er konfliktsky

De færreste synes, det er et problem, at der bliver talt om den, som ikke er til stede – undtagen når snakken handler om én selv.

## FAG

### 42 Den anoreksiramte unge kan behandles i hjemmet

Artiklen beskriver et pilotprojekt, hvor seks anoreksiramte familier har modtaget tilbud om hjemmebehandling af distriktssygeplejerske. Tilbuddet tager afsæt i en systemisk og narrativ tilgang, hvor træning af måltidet indgår som et centralt element.

### 50 Få det bedre, når du arbejder om natten

Mange af kroppens funktioner har en døgnrytme. Det, vi spiser og drikker, skal derfor være tilpasset kroppens biologiske rytme mest muligt, så vi mindsker disse helbredsmæssige fysiske og psykiske gener forbundet med natarbejde.

### 54 Sygeplejersker mødes om forskningsbaserede artikler

I forlængelse af udarbejdelse af en forskningsstrategi for sygeplejen i Medicinsk Center, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, er der etableret en journal club for kliniske sygeplejersker. Denne artikel giver et indblik i, hvordan journal club'en er opbygget, og hvilken betydning det har haft for klinisk praksis.

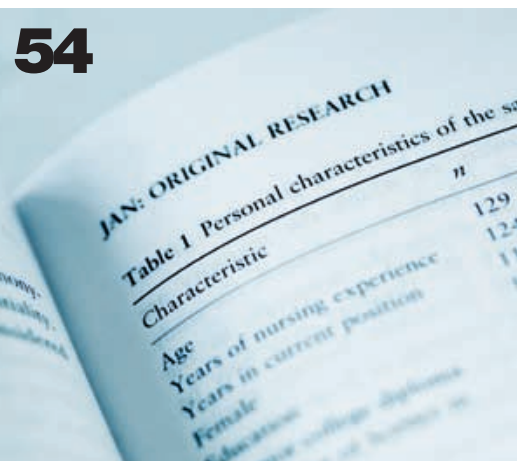




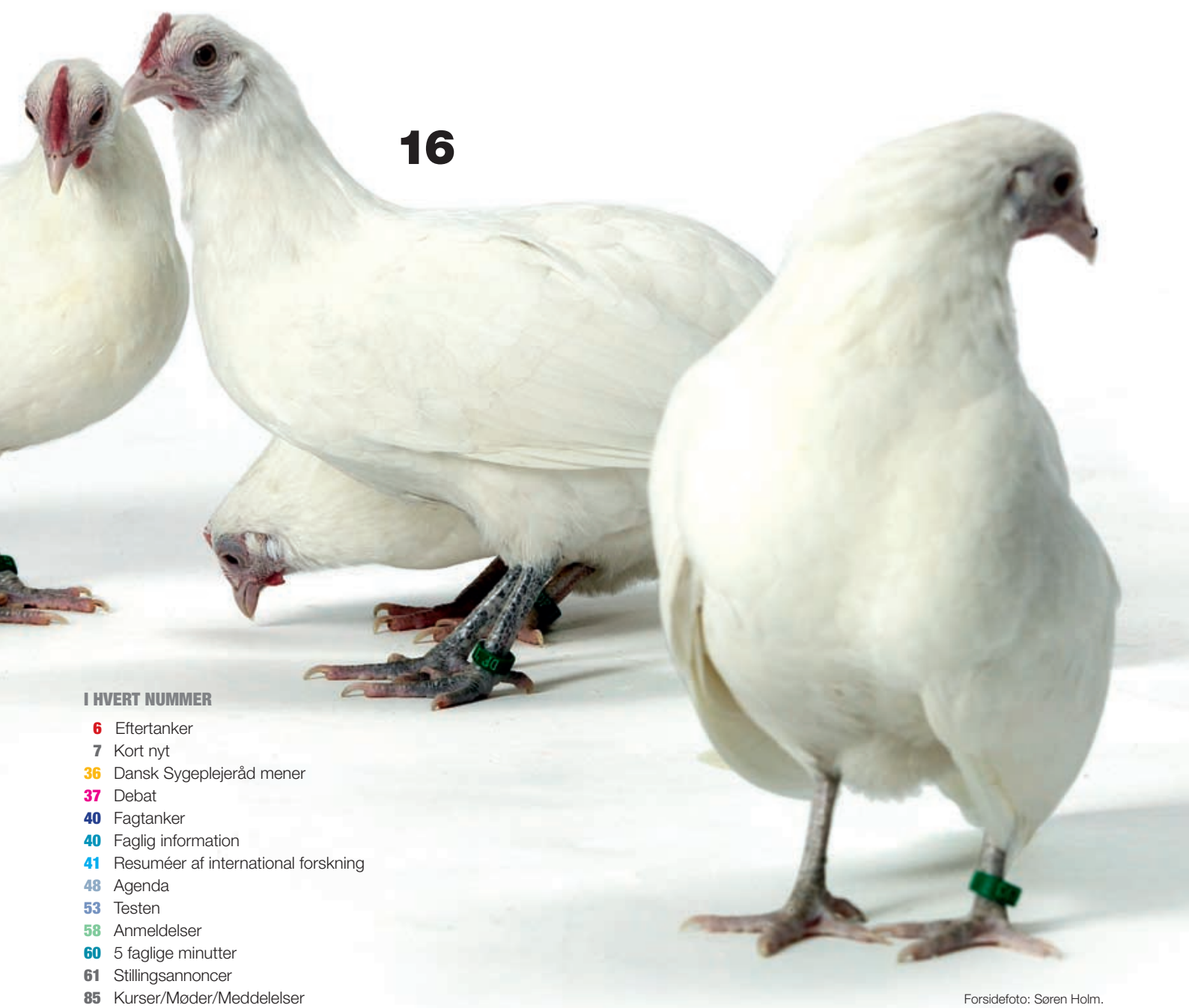
42



50



54



16

#### I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 36 Dansk Sygeplejeråd mener
- 37 Debat
- 40 Fagtanker
- 40 Faglig information
- 41 Resuméer af international forskning
- 48 Agenda
- 53 Testen
- 58 Anmeldelser
- 60 5 faglige minutter
- 61 Stillingsannoncer
- 85 Kurser/Møder/Meddelelser

## Sladrer du?

Det må ligge dybt i de fleste af os. Trangen til at svælge i sladder om f.eks. naboer, kolleger, bekendte og kendte. På en eller anden måde må det opfylde et dybere socialt behov, når vi sladrer, for vi gør det – meget – de fleste af os – og helst sammen. For sladder giver sjældent mening eller nær samme tilfredsstillelse, hvis man ikke deler den med andre. Derfor er sladder også ganske udbredt på arbejdspladser. Og netop sladder på arbejdspladsen og den skade, den kan have for arbejdsmiljøet, er emnet i temaet i denne udgave af *Sygeplejersken*.

I Danmark, ja hele verden, er der en kæmpe industri bygget op om sladder. Se og Hør, Billed Bladet og Kig Ind er hjemlige eksempler. Engelske News of the World er et af de største internationalt – og måske det mest rendyrkede. Der er også rigtig mange penge i at viderebringe sladder.

Af vores tema fremgår det, at det ikke nødvendigvis er udtryk for noget dårligt, når man sladder om kolleger på arbejdspladsen. Der kan være gode grunde til, at man måske skal have luftet frustrationerne. Problemer kan opstå, hvis sladder eller bagtalelser ikke bliver taget op, men får lov til at ulme i det skjulte. En sygeplejerske fortæller, at den sladder, som får lov til at køre i ring, husker hun næsten til mindste detalje. Når den bliver taget op med det samme, glemmer man den hurtigt, siger hun. God pointe.

God læselyst.

**”Sladder giver sjældent mening eller nær samme tilfredsstillelse, hvis man ikke deler den med andre.”**



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dsr.dk



### 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



Journalist  
Sine Madsen  
sma@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4206



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



# Sygeplejestuderende i praktik på privathospitaler



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

**Privat praktik.** Som noget helt nyt får danske sygeplejestuderende nu mulighed for at prøve kræfter med det private sundhedsvæsen i den kliniske praktik.

En ny aftale mellem Rektorforsamlingen og privathospitalernes brancheforening ser nu dagens lys, og den vil komme sygeplejestuderende til gode allerede fra januar 2008. I alt 14 privathospitaler på landsplan har sagt ja til at modtage sygeplejestuderende i praktik.

"Vi håber, at med den nye studieordning, der starter 1. februar 2008, at privathospitalerne vil modtage studerende, når de skal i klinik," lyder det fra *Lena Busch Nielsen*, næstformand i Rektorforsamlingen, der består af alle sygeplejeskolernes rektorer.

Brancheforeningen SPPD, Sammenslutningen af Privathospitaler og Privatklinikker i Danmark, tog i maj 2007 kontakt til Rektorforsamlingen med et forslag om at optage sygeplejestuderende til privathospitalerne. Den anmodning faldt i god jord og har banet vejen for, at sygeplejestuderende nu også kan prøve sig af i det private, når de skal i praktik.

"Det har i mange år været en udfordring at finde praktikpladser nok til de studerende, derfor hilser vi initiativet velkomment. Det giver også de studerende mulighed for at møde endnu en del af sundhedsområdet," siger *Lena Busch Nielsen*.

På Privathospitalet Hamlet på Frederiksberg ser man mange fordele ved at tage sygeplejestuderende ind.

"Ud over, at vi er vores ansvar bevidst ved at uddanne sygeplejersker til den fælles pulje,



ARKIVFOTO: SCAMPX

Fra 2008 kan sygeplejestuderende også komme i praktik på landets privathospitaler. For eksempel her på Privathospitalet Hamlet i København, der i første omgang har lavet en aftale med Diakonissestiftelsens Sygeplejeskole om at tage to studerende.

vi deler med det offentlige, så kommer de studerende med ny viden og kan være med til at udvikle selv de mest garvede sygeplejersker," lyder det fra *Joan Sønder*, HR-direktør på Privathospitalet Hamlet, der i første omgang har aftalt med Diakonissestiftelsens Sygeplejeskole at tage to studerende.

"Selvom privathospitalerne ikke oplever de samme rekrutteringsproblemer som offentlige hospitaler, er vi ikke interesserede i, at sygeplejerskemanglen bliver et større problem. Vi vil gerne være med til at sikre, at der er den arbejdskraft, der skal være," lyder det fra *Vinni Breuning*, administrerende direktør i SPPD.

For at blive godkendt som praktiksted skal privathospitalet have uddannede kliniske vejledere tilknyttet, derfor er den nye ordning ikke gratis.

"Vi går ikke på kompromis med kravene. Der skal være en vejleder, men vi diskuterer muligheden for at dele en vejleder, der vil være tilknyttet flere steder. Det er et stort kardinalpunkt for os, at uddannelsesniveaueet er så højt som muligt," siger *Lena Busch Nielsen* fra Rektorforsamlingen.

Den udfordring tager Hamlet gerne op.

"Vi vil indgå på lige vilkår med de offentlige hospitaler, men vi adskiller os ved, at vi selv bestemmer, hvor mange studerende vi tager," siger *Joan Sønder*, som håber, at praktikken på Hamlet kan bidrage med gode læringsforhold under et meget roligt arbejdsmiljø.

*Dorte Steenberg*, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, mener, det er vigtigt at bevare et stort offentligt sygehusvæsen, men når der er politisk flertal for privathospitaler, må man også tænke i uddannelsespladser der.

"Privathospitalerne får mere og mere plads i det danske sundhedsvæsen, så er det nødvendigt, at de også tager sygeplejestuderende ind," siger hun.

Formanden for de sygeplejestuderende, SLS, *Kirsten Salling Rasmussen*, synes, det er en god idé, så længe privathospitalerne kan leve op til den kvalitet, som er opridset i uddannelseskravene.

"De skal f.eks. have kliniske vejledere klar til de studerende, når de starter," siger hun og påpeger, at man skal huske på, at det offentlige sundhedsvæsen stadig er det bærende i det danske samfund.

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



**Spiriva® (tiotropiumbromid). Forkortet produktresumé. Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactosemonohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 3% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, bronkospasme, hoste, pharyngitis, dysfoni, oral candidiasis, kvalme. Sjældne (mindre end 0,1%) bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiumbromids antikolinerge virkning skal tiotropiumbromid anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropiumbromid må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 44-45/2007):** Spiriva® 30 kapsler med HandiHaler®, kr. 546,55; Spiriva® 30 kapsler, kr. 501,55; Spiriva® 90 kapsler, kr. 1.487,80. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med \* markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2007. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via [info@cop.boehringer-ingelheim.com](mailto:info@cop.boehringer-ingelheim.com)

**Spiriva® Respimat® (tiotropiumbromid). Forkortet produktresumé. Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 6% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, støret syn, palpitationer, supraventrikulær takykardi, atrieflimren, hoste, faryngitis og anden irritation på applikationsstedet, dysfoni, oral candidiasis, gastroesofageal reflux, dystagi, pruritus, dysuri, urinretention. Ikke kendte bivirkninger (frekvensen kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 849 patienter) er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiumbromids antikolinerge virkning skal tiotropiumbromid anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropiumbromid må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning. **Pakninger og priser (uge 44-45/2007):** Spiriva® Respimat® inhalationsvæske, 1 patron med 60 pust: kr. 546,55 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med \* markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 20.08.2007. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via [info@cop.boehringer-ingelheim.com](mailto:info@cop.boehringer-ingelheim.com)

**Referencer:** 1) Lange P og Vestbo J. Medicinsk Kompendium s. 1331, 2004. 2) Lægemiddelstyrelsen's godkendte produktresumé af 20. august 2007 for Spiriva® Respimat® inhalations-væske, opløsning. 3) Dalby R et al. A review of the development of Respimat® Soft Mist™ Inhaler. International Journal of Pharmaceutics 2004;283:1-9. 4) Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Combination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. CHEST 2005; 127:809-817. 5) Petty T L. Scope of the COPD Problem in North America - Early Studies of Prevalence and NHANES III Data: Basis for Early Identification and Intervention. CHEST 2000;117:326-331.

**Produktinformation**  
39 15 88 88 kl. 9-16

## Kredsvalget afgjort



Ved valget til Dansk Sygeplejeråds fem nye kredsbestyrelser blev der sat navn på de to kredsformandsposter, der var kampvalg om. Valgt som kredsformand for Kreds Sjælland blev *Helle Dirksen*, hidtil amtskredsformand i Vestsjælland. Ny kredsformand for Dansk Sygeplejeråds Kreds Syddanmark er *Anni Pilgaard*, hidtil amtskredsformand i Ribe. Valget af Anni Pilgaard, der i forvejen var valgt som kreds næstformand, betyder, at kredsbestyrelsen skal vælge ny kreds næstformand af og blandt kredsbestyrelsesmedlemmerne i hendes valgkreds.

Tre af de nye kredse har fået formandsposten besat uden valghandling. *Vibeke Westh* er uden modkandidater valgt som formand for Kreds Hovedstaden. Det samme er tilfældet for *Eise Kayser* i Kreds Midtjylland og *Jytte Wester* i Kreds Nordjylland. Den samlede stemmeprocent ved kredsbestyrelsesvalget blev 39 - 10 pct. mere end ved det seneste valg til Dansk Sygeplejeråds lokale kredse. Omtrent hver femte af de afgivne stemmer blev denne gang sendt elektronisk, mens det kun var hver 14. ved valget i 2006.

Der var kampvalg om kreds næstformandsposten i syv valgkredse. I Kreds Hovedstaden valgkreds 3 er den hidtidige amtskredsformand i Frederiksborg amtskreds, *Lisbeth Torp* Kastrup, valgt. Kreds Sjælland valgkreds 2 har valgt *Helle Vivian Kehlet* som kreds næstformand, og samme kreds' valgkreds 3 har valgt *Ulla Nielsen-Gotsæd* til kreds næstformand. I Kreds Midtjylland valgkreds 2 er *Ane Glerup* valgt

som kreds næstformand. I samme kreds' valgkreds 3 er den hidtidige amtskredsformand i Vejle, *Birgitte Krusell*, valgt som kreds næstformand. Endelig har de stemmeberettigede i Kreds Nordjylland valgkreds 1 valgt *Lene Holmberg Jensen* som kreds næstformand, og i samme kreds' valgkreds 2 er *Helle Kjærager Kanstrup* valgt som kreds næstformand.

I Kreds Hovedstaden valgkreds 1 er *Michael Thinggaard Juhl* og *Kristina Robins* begge valgt som kreds næstformand. I Kreds Hovedstaden valgkreds 2 er *Vibeke Schaltz* valgt som kreds næstformand uden modkandidater. Bornholms hidtidige amtskredsformand *Elisabeth Wichmann* repræsenterer det østligste Danmark som kreds næstformand valgt i Kreds Hovedstadens valgkreds 4 uden modkandidater.

I Kreds Sjælland valgkreds 1 er *Nils Kristian Håkansson* valgt uden modkandidater som kreds næstformand.

I Kreds Syddanmark valgkreds 1 er *Linda Ann Rise* valgt som kreds næstformand uden modkandidater. Det samme er *Jytte Margrethe Kristensen* i valgkreds 2. *John Christiansen* er valgt som kreds næstformand uden modkandidater i Syddanmarks valgkreds 3.

I Kreds Midtjylland valgkreds 1 er *Bente Alkærsig Rasmussen* valgt som kreds næstformand uden modkandidater. I Kreds Midtjylland valgkreds 4 er *Gert Petersen* valgt uden modkandidater som kreds næstformand. (sp)

## Formand og bestyrelse for lederforeningen

Ved det første valg til Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd er leder *Irene Charlotte Hesselberg*, Friplejehjemmet Margrethe Hjemmet, Roskilde, valgt som formand.

Valget til Lederforeningens formandspost og bestyrelse har fundet sted parallelt med valgene til Dansk Sygeplejeråds nye kredsbestyrelser. Valgperioden er to år. Stemmeprocenten blev på 43,47.

Ud over formanden er lederforeningens bestyrelse sammensat med et bestyrelsesmedlem fra hver af de fem DSR-kredse: Nordjylland, Midtjylland, Syddanmark, Sjælland og Hovedstaden. Der var imidlertid ingen opstillede

kandidater fra Nordjylland ved det første valg til Lederforeningens bestyrelse. Kreds Midtjylland repræsenteres i Lederforeningens bestyrelse af oversygeplejerske *Eisebeth Vesterhede*, Regionshospitalet Horsens. Kreds Sjælland har valgt sygeplejefachchef *Anne Berit Henriksen*, Sygehus Syd, Region Sjælland, til Lederforeningens bestyrelse. Oversygeplejerske *Grete Kirketerp Nielsen*, Sygehus Fyn, repræsenterer Kreds Syddanmark i Lederforeningens bestyrelse. Og for Kreds Hovedstaden valgtes afdelingssygeplejerske *Jette Lundager*, Rigshospitalet, børneonkologisk afdeling. (sp)



### Sundhed i verdensklasse?

Danskerne lever i gennemsnit 20 år længere end svenskerne. Danmark har færre sygeplejersker pr. indbygger end langt størstedelen af de andre vestlige lande. Samtidig er det danske sundhedsvæsen gennemsnitligt i fremragende kvalitet. Så hvorfor har vi ikke flere sygeplejersker i Danmark? Og hvorfor har vi så få sygeplejersker i Danmark? I resten af den vestlige verden er gennemsnittet 40-50 sygeplejersker pr. 1000 indbyggere, mens det i Danmark er 18.

Det offentlige sundhedsvæsen er under pres. Der mangler mere end 1.000 sygeplejersker, og den private sektor er under pres. Løn og arbejdsforhold er for ringe, og presset på de der er trykket og presset, de har travlt på.

**Sygeplejerskerne har en klar oplydning af Folketinget:**

- Brug flere penge på sundhedsvæsenet og tag flere sygeplejersker, så vi kan sikre et bedre sundhedsvæsen for alle.
- Investér langt mere i at fremme danskernes sundhed og forebyggelse af sygdomme.
- Sørg for at alle bliver uddannet som sygeplejersker.

DANSK SYGEPLEJERÅD

**DSR i valgkampen.** I de sidste uger før folketingsvalget den 13. november gik Dansk Sygeplejeråd også ind i valgkampen med helsidesannoncer i landets store aviser. Med budskabet om bedre sundhed og højere løn til sygeplejerskerne. Der skal bruges flere penge på højere kvalitet, højere løn og bedre arbejdsmiljø, lod opfordringen til Folketinget. Folketingsvalget handler

om løn, lod det endvidere fra Dansk Sygeplejeråds formand, Connie Kruckow. Der mangler sygeplejersker, og sygeplejersker har et stort løn efterslæb i forhold til de privatansatte. (snp)

"Der er tale om dødssyge patienter. Det er meget ubehageligt for dem at ligge derude. Der er hele tiden trafik på gangen, hvor læger, pårørende og portører går forbi. Vi håndterer det på den måde, at vi rykker rundt. Så de mest syge ligger inde på stuerne."



Marianne Høyer, klinisk afdelingsygeplejerske på Medicinsk Afdeling på Frederiksberg Hospital, der mandag den 5. november måtte placere tre kræftpatienter på gangen pga. overbelægning, til Politiken den 6. november.

## Fagdag for sygeplejersker



Dansk Sygeplejeråd indbyder igen alle medlemmer til sygeplejefagdag, denne gang tirsdag den 22. januar 2008.

På sygeplejefagdagen får du del i den nyeste viden inden for sygepleje. Akut og intensiv sygepleje, sygepleje til kronisk syge, psykiatrisk sygepleje, sygepleje til smertepatienter og sygepleje til udsatte grupper, f.eks. misbrugere. Få inspiration af andre sygeplejefaglige spidspidser, som sætter en høj faglig standard.

Fagdagens overordnede referenceramme er sygeplejeidentitet. Formålet er at sætte sygeplejerskers identitet i relation til udviklingen inden for sygeplejen.

Spørgsmålene er mange: Hvordan påvirkes sygeplejerskers fagidentitet af den aktuelle udvikling i sundhedsvæsenet? Hvordan rustes sygeplejersker til at udvikle sygeplejen? Hvordan kan sygeplejersker forandre sygeplejens vilkår til gavn for borgerne, sundhedsvæsenets institutioner og sygeplejerskerne?

Signalet til de politiske beslutningstagere er, at sygeplejersker ikke vil operere "undercover." Sygeplejersker sikrer sundhedsvæsenets kvalitet, sikkerhed og effektivitet og kan gøre det, fordi de har borgeres og patienters tillid.

### Forkortet Produktresumé

**Gardasil Human Papillomavirusvaccine** [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtrensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV-typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er 6 (20 mikrogram), 11 (40 mikrogram), 16 (40 mikrogram) og 18 (20 mikrogram).

**Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervical dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, high-grade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil's immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

**Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

**Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

**Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere.

**Graviditet og amning:** Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

**Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. Meget sjældent er bronchospasme blevet rapporteret.

**Pakning og pris (ESP) 7. november 2007:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanylensskæringsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.154,90. Se dagsaktuel pris på, [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). Udlevering A.

**Indehaver af markedsføringstil-ladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3 · DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse.

[www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm](http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm)

## Sygeplejersker i Sandholm

# Asylsøgerne får den bedste behandling

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Asylcentre.** Sundhedsindsatsen i asylcentrene foregår på højt fagligt niveau, siger to sygeplejersker fra modtagecenter Sandholm. De mener, at debatten om asylsøgenes forhold er alt for ensidig.

Sygeplejerskerne i Modtagecenter Sandholm er frustrerede over de seneste måneders debat om asylsøgenes forhold. De mener, at diskussionen er for ensidig. Det passer ganske enkelt ikke, at Røde Kors-centrene svigter asylsøgenes børn ved at undlade at give dem højt kvalificeret behandling og psykologhjælp.

Sådan lyder udmeldingen fra sygeplejerske *Susanne vom Braucke* og sundhedsplejerske *Sus Oddershede*. De taler på vegne af de tre sundhedsplejersker og 10 sygeplejersker, der er ansat i Modtagecenter Sandholm. Sygeplejerskerne er enige i, at det er skadeligt for asylsøgere og deres børn at bo i centret i flere år. Men de kan ikke genkende debattens fremstilling af et sundhedssystem i asylcentrene, der svigter børn med psykiske problemer.

"Jeg er f.eks. meget overrasket over, at Lægeforeningen for nylig kritiserede den sundhedsfaglige indsats for børnene i asylcentrene, for vi arbejder på et højt fagligt niveau," siger sygeplejerske *Susanne vom Braucke*.

De to sygeplejersker er også kritiske over for en undersøgelse af seks børn fra asylcentrene. Den fastslag, at børnene havde traumer på grund af opholdet i asylcentret, og at de ikke havde fået tilbud om hjælp.

"I flere tilfælde var børnene blevet tilbudt psykologhjælp af Røde Kors, men det var blevet afslået af forældrene," siger *Sus Oddershede*. Hun forklarer, at psykiske lidelser ofte bliver en slags halmstrå for familien. Sygdom, der ikke kan behandles i hjemlandet, kan nemlig udløse en humanitær opholdstilladelse i Danmark.

"Det øjeblik, vi siger, at et barn ikke har brug for medicinsk behandling, så tager vi i virkeligheden det sidste håb fra folk. Vi står med mennesker, der ligesom alle andre ikke ønsker at være syge. Men lige præcis i forhold til ansøgningen om asyl kan de have brug for at dokumentere, at de er syge," fortæller *Sus Oddershede*.

Næstformand i Lægeforeningen *Hans Buhl* mener, at sundhedspersonalet i asylcentrene har misforstået Lægeforeningens kritik.

"Læger og sygeplejersker gør deres bedste for at behandle asylsøgerne. Men vi kan også konstatere, at asylsøgerne i stigende omfang bliver syge af at være i centrene. Det hænger sammen med de stressende forhold, som asylsøgerne lever under, og som skyldes regeringens politik. Derfor har vi som Lægeforening en pligt til at råbe op," siger *Hans Buhl*.

Læs også et interview med *Susanne vom Braucke* og *Sus Oddershede* på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

## Fælleskonferencer

# Lang ønskeseddel til

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: JOHNNY WICHMANN

En markant højere løn. Bedre udnyttelse af de faglige kompetencer med kvalitet og patientsikkerhed som omdrejningspunkt. Et offentligt sundhedsvæsen med attraktive og udviklende arbejdspladser.

Der er mere end en måned til jul og endnu længere til, at der skal foreligge et resultat ved de kommende overenskomstforhandlinger. Alligevel er sygeplejerskernes ønskeseddel allerede nu ganske lang.

500 tillidsrepræsentanter, sikkerhedsrepræsentanter, ledende sygeplejersker samt Dansk Sygeplejeråds formandskab var samlet til den første af årets to DSR-fælleskonferencer i Nyborg i november 2007. Dansk Sygeplejeråds formand, *Connie Kruckow*, slog fast, at Folketingets politikere må tage ansvar for kvaliteten i sundhedsvæsenet og manglen på sygeplejersker.

"Har vi overhovedet de sygeplejersker, der skal til, for at få et sundhedsvæsen i verdensklasse? Lige nu mangler der mere end 1.500 sygeplejersker, og problemet vok-

ser i de kommende år. Hvis der ikke bliver rettet op på problemet, vil det underminere sundhedsvæsenet. Forudsætningen for at få flere unge ind i sygeplejerskeuddannelsen og fastholde de erfarne i faget er, at sygeplejerskerne får en markant bedre løn," sagde formanden og tilføjede:

"Vi kan nå langt ved forhandlingsbordet, men vi kan ikke nå et forhandlingsresultat, som sygeplejerskerne kan acceptere, medmindre Folketinget afsætter ekstra penge til overenskomstforhandlingerne. Og så skal der arbejdes hen mod en ligelønsreform, der fjerner uligelønnen: Hver gang en privat ansat med en mellemlang videregående uddannelse tjener 100 kr., tjener en offentligt ansatte med samme uddannelsesniveau – for eksempel en sygeplejerske – kun 73 kr.," sagde *Connie Kruckow*.

På konferencen fremhævede næstformanden for Danske Regioners sundhedsudvalg, *Aleksander Aagaard (V)*, at fagligt dygtige, moti-



FOTO: SIMON KNUDSEN

**Farligt natarbejde.** Klokkeren er 22.29 onsdag nat på Frederiksberg Hospital. 27-årige *Lene Werner* er på aftenvag. Hun arbejder på AMA, akutmedicinsk modtageafsnit, og har været på afdelingen i halvandet år. *Lene* har hørt om den øgede risiko for brystkræft i forbindelse med natarbejde og skæve arbejdstider, og det er bestemt noget, hun tænker over, når hun siger ja til disse vagter, som i dag slutter ved midnatstid. Hun tilstræber så få af dem som overhovedet muligt og har i snit 4-5 aften-/nattevagter om måneden. En ny undersøgelse fra WHO viser, at der er en sandsynlig sammenhæng mellem natarbejde og brystkræft, fremgår det af *Kræftens Bekæmpelses* hjemmeside. Læs mere på [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)

(snp)



# politikerne



“Vi kan ikke nå et forhandlingsresultat, som sygeplejerskerne kan acceptere, medmindre Folketinget afsætter ekstra penge til overenskomstforhandlingerne,” sagde Connie Kruckow, her flankeret af Dorte Steenberg (tv.) og Grete Christensen.

verede og engagerede medarbejdere er en forudsætning for, at regionerne kan løse deres opgaver. Og så gentog Aleksander Aagaard arbejdsgivernes ønske om så stor arbejdstidsfleksibilitet som muligt.

1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen*, gav udtryk for, at sygeplejerskerne er ekstremt fleksible. Presset på sygeplejerskernes fritid er netop baggrunden for det aktuelle overenskomstkrav om øget

beskyttelse af aftalt fritid. 2.-næstformand, *Dorte Steenberg*, supplerede ved at bemærke, at Dansk Sygeplejeråd har en forpligtelse til at gøre opmærksom på de løn- og arbejdsmæssige vilkår, som sygeplejersker bliver budt. Det handler også om at gøre opmærksom på, hvordan man tager imod de sygeplejestuderende og de nyuddannede sygeplejersker.

Flere konferencedeltagere spurgte til udsigterne til et for-

handlingssammenbrud, efterfølgende storkonflikt og til sidst lovindgreb. Dansk Sygeplejeråds formandskab understregede, at Dansk Sygeplejeråd går behårdt efter en aftale, som er så god, at sygeplejerskerne stemmer ja til den. “Kommer det til konflikt, er vi selvfølgelig forbedret,” sagde Connie Kruckow.

Arbejdsgivernes repræsentant ønskede ikke en storkonflikt:

“Det er den mest elendige situation, man kan komme i. Jeg

ved af erfaring, hvor lang tid det tager at hele de sår, en konflikt medfører mellem parterne,” sagde Aleksander Aagaard og tilføjede, at det er en misforståelse, at det er den økonomiske ramme, der er aftalt med finansministeren, som på forhånd binder forhandlingsresultatet. Men han advarede imod et resultat, der vil blive spist op af øgede skatter. “Det svarer til at fodre hunden med dens egen hale,” sagde Aagaard.

## KARENSPERIODE FOR UNDERSTØTTELSE

Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har allerede nu, inden overenskomstforhandlingerne er gået i gang, fastsat principperne for konfliktunderstøttelse for sygeplejersker, der omfattes af en eventuel strejke eller lockout. I lighed med tidligere er princippet, at de konfliktende sikres en samlet udbetaling, der svarer til vanlig løn inklusive pension og feriegodtgørelse.

Som noget nyt er der indført en karensperiode for konfliktunderstøttelse. Det betyder, at kun sygeplejersker eller radiografer, der er medlemmer af deres faglige organisation pr. 1. januar 2008, modtager konfliktunderstøttelse.

## Valgkampens varme kartoffel – løn

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

### ««« TILBAGEBLIK

Katten om den varme grød. Sådan beskriver man bedst politikernes opførsel i forhold til de snarlige overenskomstforhandlinger for de offentligt ansatte, efter statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (M) som bekendt udskrev valg til Folketinget i oktober 2007. Før valget flød medierne nærmest over med politiske tilkendegivelser om mere i løn til de dårligst lønnede i det offentlige. Efterfølgende har der været bemærkelsesværdigt stille. Valget afgøres efter dette nummers deadline og har handlet om mange andre emner lige fra asylcentre, skat og velfærd til miljø. De emner var også til debat, da de to statsministerkandidater *Helle Thorning-Schmidt* (S) og *Anders Fogh Rasmussen* mødtes i den sidste direkte tv-duel på DR søndag den 4. november 2007. Igen var

debatten om løn totalt fraværende, og to dage efter duellen luftede formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, sammen med formand for Forbundet af Offentligt Ansatte, *Dennis Christensen*, deres undren over især Socialdemokraternes tavshed: “Det undrer mig da såre, at Helle Thorning-Schmidt ikke bruger de offentligt ansattes løn – eller mangel på samme – i valgkampen og konfronterer statsministeren med det,” sagde Connie Kruckow.

Til det svarede Socialdemokraternes *Henrik Sass Larsen*, at politikerne “ikke altid er herrer over de emner, der kommer op i en valgkamp, men vi er da glade, hvis lønnen til de offentligt ansatte nu kommer i spil.” Ved redaktionens slutning den 8. november 2007 var debatten om de offentlige lønninger dog stadig næppe synlig. Flere eksperter forklarer tavsheden

med, at politikkerne er bange for at give løfter om lønforhøjelser i en periode med valgkamp, overenskomstforhandlinger og udsigt til, at flere års økonomisk vækst står til at blive afløst af en periode med økonomisk afmatning. En forklaring, der kom frem, var, at man ellers kunne risikere at få en principiel diskussion om, hvorvidt det er rigtigt eller forkert, at politikere blander sig i offentligt ansattes lønninger. Normalt er løn noget, arbejdstager og arbejdsgiver fastsætter under overenskomstforhandlinger. Det brud, som Dansk Folkeparti og Socialdemokraterne trods alt har lagt op til, vil blive meget tydeligt. Derfor er de to partier ikke så interesserede i at tage det op under valgkampen. Hvad politikernes tavshed end skyldes, vil mange fagforeninger sandsynligvis fremsætte deres krav om ekstraordinær lønforhøjelser til offentligt ansatte igen straks efter valget.

**OK 08**

# Papirløse forhandlinger med masser af papir

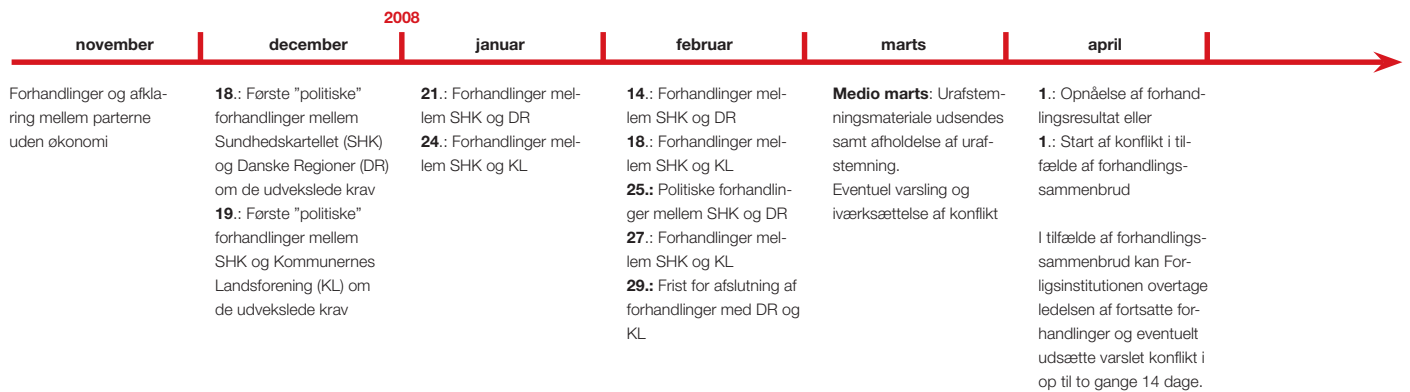
Sundhedskartellet tekniske forhandlere og regionale og kommunale ditto arbejder i øjeblikket i fælles arbejdsgrupper med at forberede overenskomstforhandlingerne. Arbejdet er blevet kaldt "papirløse forhandlinger." Det er ret misvisende, eftersom der produceres en masse papirer med beregninger. Formålet er at skabe afklaring på en

række områder, inden de politiske forhandlere mødes til de første egentlige overenskomstforhandlinger den 18. december (Sundhedskartellet og Danske Regioner) og 19. december (Sundhedskartellet og Kommunernes Landsforening).

Der er aftalt møder i januar og februar mellem parternes politiske forhandlere. Neden-

stående tidslinje angiver forløbet af overenskomstforhandlingerne, som det foreligger aftalt på nuværende tidspunkt. Desværre var der byttet rundt på en del af den tilhørende tekst i den tidslinje for forhandlingerne, som var gengivet i *Sygplejersken* nr. 22/2007.

(sp)



## Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter



### Et fløjt er nok

Et fløjt i træningsfløjten betyder, at patienten har et peak inspiratorisk flow (PIF) på mindst  $35 \pm 5$  l/min og dermed kan opnå klinisk effekt af at anvende Turbuhaler®.

Turbuhaler® giver klinisk effekt hos patienter med et inspiratorisk flow på ned til 30 l/min.<sup>1-5</sup> Den kliniske effekt af Symbicort Turbuhaler® er også dokumenteret hos KOL-patienter med eksacerbationer og en lungefunktion på 1 L (FEV1 36% af forventet ( $\pm 10\%$ )).<sup>6</sup>

Fløjten kan rekvireres hos AstraZeneca på telefon 43 66 64 62.



KOL indikation: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne eksacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilatator. Se venligst fuld produktbeskrivelse side

Astma indikation: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende  $\beta_2$ -agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende  $\beta_2$ -agonister. (Symbicort Mite® er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma).

1. Engel T et al. Effects, side effects and plasma concentrations of terbutaline in adult asthmatics after inhalation from a dry powder inhaler device at different inhalation flows and volumes. *Br J Clin Pharmacol*, 1992; 33: 439-444. 2. Newman SP et al. Terbutaline sulphate Turbuhaler: effect of inhaled flow rate on drug deposition and efficacy. *Int J Pharm*, 1991;74:209-213. 3. Nana A et al. B2-Agonists administered by dry powder inhaler can be used in acute asthma. *Respir Med* 1998; 92:167-172. 4. Pedersen et al. Influence of inspiratory flow rate upon the effect of a Turbuhaler. *Arch Dis Child* 1990; 65: 308-310. 5. Derom E, et al. Lung deposition and efficacy if inhaled formoterol in patients with moderate to severe COPD. *Respir Med* (2007) doi: 10.1016/j.rmed.2007.04.013 (e-publication). 6. Calverley PM et al, Maintenance therapy with budesonide and formoterol in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003;22:912-919 N=1022

# Fusioner udpiner medarbejdere

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

**Ressourcespild.** Forskningsprojekt understreger behovet for fokus på de menneskelige relationer, når afdelinger skal smelte sammen i centre og klinikker.

Mange ledere har først og fremmest fokus på økonomi, budgetter, de strukturelle rammer og it, når arbejdspladsen skal fusionere.

"Men hvis man ikke diskuterer interessekonflikter, kan det koste meget større investeringer siden hen end f.eks. en forkeret it-løsning," adværer ph.d.-studerende *Christina Holm-Petersen*, der fra 1999-2002 fulgte en sammenlægning af tre afdelinger på Amager Hospital for at skrive sin ph.d.-afhandling. Hun har haft fokus på kultur i relation til forandring, og afhandlingen indgår i serien af Copenhagen Business School-ph.d.-afhandlinger.

Ved fusionen skulle en ny reumatologisk klinik og en ny sengeafdeling i Amager Hospitals Medicinsk Center bemandes med medarbejdere fra et medicinsk afsnit på Sankt Elisabeth Hospital, et reumatologisk speciale fra Kommunehospital og et geriatrisk sengeafsnit på Amager Hospital.

"De to af afdelingerne lykkedes med at itale-

sætte en fælles kultur, men denne kultur var både i modstrid med den tredje afdeling og med driftsprincipperne i det medicinske center. Der kom således en kamp om at opretholde en reumatologisk identitet i et medicinsk center med fokus på basisbehandling. I denne kamp så de hinanden som henholdsvis kedelige, forkælede og forkerte," siger *Christina Holm-Petersen*.

Efter tre år var den reumatologiske klinik nedlagt. Mange medarbejdere var rejst længe før.

"Det var udpining af medarbejdere og spild af menneskelige ressourcer," siger *Christina Holm-Petersen*.

Hun mener, at sygehuse mangler tradition for ledelse af større organisatoriske processer som fusioner.

"Den eklatante konfliktskyhed kombineret med manglende ledelsesmæssigt fokus og professionalisme er kendetegnende for sygehuse."

"Det er utroligt vigtigt, at man som medarbejder kan definere sig som del af noget meningsfyldt. At man har gensidig respekt for hinanden og opbygger et nyt fællesskab. Det er et vedblivende arbejde, som kræver ledelsesfokus," siger *Christina Holm-Petersen*.

# Smøl i sag om M/K-sengestuer

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

**Status quo.** Der var masser af kritik, da Odense Universitetshospital i sommer måtte lægge en kvinde på samme stue som tre mænd. Siden er intet sket.

I juli 2007 blev Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital på grund af overbelægning nødt til at placere en 76-årig kvinde på samme stue som tre mandlige patienter. Det havde man aldrig gjort før. Og det vil man aldrig gøre igen, fastslår oversygeplejerske *Birthe Lindegaard*.

"Vores patienters gennemsnitsalder er 83 år. Deres plejebehov er meget basale, og af respekt lægger vi aldrig mænd og kvinder på samme stue. I denne sag drejede det sig om vores geriatriske modtageafsnit. Dengang havde vi kun en stue med forhæng mellem sengene, og derfor blev vi desværre nødt til at lægge kvinden sammen med de tre mænd. Siden har vi ryddet undersøgelsesstuen, så vi kan fordele mænd og

kvinder. Men nu mangler vi så en stue til at undersøge patienterne i enrum," siger *Birthe Lindegaard*.

Oversygeplejersken mangler ikke kun stuer, men også handling. I sommer var politikere fra både Christiansborg og Region Syddanmark nemlig hurtigt ude med kritik og løfter om at gå ind i sagen. Siden er intet sket, siger *Birthe Lindegaard*, der gerne vil i dialog og inviterer politikerne på besøg, bl.a. sygehusformand i Region Syddanmark, *Poul-Erik Svendsen* (S). Han siger:

"Den geriatriske afdeling er en lille del af et stort hospital, og det er ledelsens ansvar at hjælpe afdelingen med at organisere sig ud af problemet."

I august udtalte du bl.a., at du ville gå ind i sagen?

"Nu har vi lige besluttet at bygge et nyt universitetshospital, og i byggeriet vil man kunne tage hensyn til mange forhold. Og jeg mener klart, at der skal laves en national handle-

plan for medicinske patienter." Så bolden ryger videre til politikerne på Christiansborg?

"Det synes jeg, de skylder de medicinske patienter. Ellers må vi selv se på det."

Udelukker det ene det andet?

"Selvfølgelig ikke. Vi vil under alle omstændigheder lave en handleplan for den medicinske patient i Region Syddanmark."

Hvornår?

"Vi påbegynder arbejdet i løbet af 2008. Og her kan det da godt være, vi kigger forbi Geriatrisk Afdeling," siger *Poul-Erik Svendsen*.

Det glæder *Birthe Lindegaard*:

"Han er hjerteligt velkommen. Vi har nogle af de bedste fysiske rammer, og det er ikke engang nok."

Læs også temaet om mænd og kvinder på samme stue på side 26.

**Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis)**, **Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis)** og **Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis)**. **Indikationer:** Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og kortidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KOL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilatator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilatator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2 – 4 inhalationer daglig dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses – og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmalkontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2 – 4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer daglig over længere tid, kontaktes lægen. KOL: Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer x 2 dagligt. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne fra 18 år: 1-2 x 2 inh dgl. 12-17 år: 1 inh x 2 dgl. KOL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 1 – 4 inh. x 2 dgl. 12 – 17 år: 1 – 2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsel og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tiltagende forværring af astma eller KOL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkelig tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en exacerbation. Paradoks bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, phaeochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanser som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itraconazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, trykkliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svelg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KOL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 5. november 2007:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.797,80. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 613,05. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 534,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.770,95. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16+ µg/dosis kr. 604,15. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkortet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S). Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.**

# Er du en sladrebank?

39 pct. af alle beskæftigede danskere er blevet bagtalt eller sladret om inden for det seneste år, og målt på brancher ligger sygeplejersker på linje med det tal. Vi har spurgt fire sygeplejersker om deres opfattelse af sladre kulturen.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

## Rikke Carter, sygeplejerske på Medicinsk Afdeling M2, Køge Sygehus



FOTO: SØREN SVENDSEN

*Har du selv nogensinde sladret eller talt negativt om en kollega, der ikke var til stede?*

"Nej."

*Er det noget, du bevidst undgår?*

"Ja, det er jeg meget bevidst om. Hvis jeg har noget, som en person har gjort, som jeg ikke synes er o.k., så siger jeg det til personen selv."

*Kommer du ud for, at andre vil sladre?*

"Ja, så beder jeg dem om at gå hen til den person, det drejer sig om, og tale med vedkommende om det."

*Har du nogensinde haft fornemmelsen af, at andre har talt om dig?*

"Ja. Det er ubehageligt, men så går jeg til dem og spørger, om der er noget, de vil sige til mig, for så må de gerne sige det."

*Hvis sladder er et problem på arbejdspladsen, synes du så, at man skal tage det op?*

"Ja, det synes jeg."

## Lotte Holm, souschef på Ortopædkirurgisk Afdeling 7 på Næstved Sygehus

*Har du selv nogensinde sladret eller talt negativt om en kollega, der ikke var til stede?*

"Nej. Her i afdelingen kalder vi en spade for en spade og en skovl for en skovl, vi er ret åbne, der er ikke noget med at hvi-ske-tiske i krogene. Jeg kan godt have talt om nogen, der ikke var her, men så har jeg senere sagt det til vedkommende, som det var."

*Har du overhørt, at andre har sladret?*

"Jeg har af og til hørt, at nogle kan sige noget, men det er egentlig ikke noget negativt, for det er ikke noget, som man ikke kan sige til personen selv."



FOTO: SØREN SVENDSEN

*Hvis sladder er et problem på arbejdspladsen, synes du så, at man skal tage det op?*

"Jeg synes helt sikkert, at man skal tage hånd om det. Det kan være på et personalemøde eller ved at sige det direkte til dem, der sladder, at det ikke er god kutyme."

## Lea Kanstrup, sygeplejerske på Mave-tarm-kirurgisk Afdeling K2 på Bispebjerg Hospital

*Har du selv nogensinde sladret eller talt negativt om en kollega, der ikke var til stede?*

"Ja, det tror jeg ikke, der er mange, der kan sige sig fri for. Men det sker ikke så ofte."

*I hvilke situationer sker det?*

"Det kan være, fordi jeg bliver frustreret over, at der mangler et eller andet, som nogen har glemt at gøre, eller hvis de samme mennesker kommer for sent gang på gang. Så kommer der lige en kommentar."

*Tror du også, at andre taler om dig?*

"Ja, jeg begår jo også fejl ligesom alle andre, og så kan de andre have behov for at kommentere det, fordi det er et irritationsmoment. Nogle gange bliver tingene sagt lidt i sjov, men hvor der også er alvor bag."

*Har I talt om jeres holdning til sladder på jeres arbejdsplads?*

"Nej, men jeg synes heller ikke, at sladder er noget udbredt problem hos os, og jeg ser det ikke som noget problem. Allerede når man er i introduktion, mærker man, at der er stor indbyrdes respekt også på tværs af afdelinger og mellem faggrupper, og man taler ordentligt til hinanden."



FOTO: HEINE PEDERSEN

## Betina Jensen, sygeplejerske på plejecentret Strandcentret i Greve Kommune

*Har du selv nogensinde sladret eller talt negativt om en kollega, der ikke var til stede?*

"Nej."

*Er det noget, du bevidst undgår?*

"Ja, det giver et dårligt arbejdsmiljø socialt."

*Har du overhørt, at andre har sladret?*

"Nej, egentlig ikke. Men jeg er på barsel nu, jeg har kun været uddannet i to år, hvor jeg har fået to børn, så jeg har ikke noget indtryk af, hvor udbredt sladder er."

*Hvis sladder er et problem på arbejdspladsen, synes du så, at man skal tage det op?*

"Ja, jeg synes, man skal snakke med sin nærmeste leder. Det må være ubehageligt for den, det går ud over, og ubehageligt for den, der skal overhøre det."



FOTO: SØREN SVENDSEN

>>> SKRIV EN KOMMENTAR



# Har du talt om

**Brok, brok, brok.** Hvis sladder og skyllerumssnak fylder meget på din arbejdsplads, kan det være tegn på, at arbejdsmiljøet har det skidt. Det kan være sundt at få luft for sine frustrationer, men det er vigtigt at få problemerne frem i lyset.



AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST  
FOTO: SØREN HOLM

Social- og sundhedssektoren ligger på en tredjeplads over de arbejdspladser, hvor sladder og bagtalelse fylder meget, kun overgået af transport- og engrosbranchen og den grafiske branche. 41 pct. af de ansatte i social- og sundhedsbranchen oplever, at der bliver talt negativt om tredje person. De to andre brancher ligger et par procent over, hhv. 44 og 45 pct. Det viser en undersøgelse foretaget af Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

Sladder kan både være godt og ondt. Godt, når det handler om at vise interesse og omsorgsfuldhed for hinanden og viderebringe vigtige nyheder. Dårligt, når det handler om at bagtale.

”Den negative sladder, hvor to parter samler hære, som skal støtte op om det ene eller det andet synspunkt, er problematisk. Man taler om hinanden i stedet for, at man klarer diskussionen med rette vedkommende, fordi man måske ikke tør stå ved sine meninger i det fælles offentlige rum,” siger arbejdsmiljøkonsulent i Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland, Kirsten Holmboe.

stemmelser, så bliver det nemt til sladder, for så skal man ud og samle ind og se, om andre mener ligesom mig. Så risikerer man både at få sin egen og andres frustration. Det er naturligt, at man har lyst til at dele sin frustration med andre, men sladderens skal stoppes ved hjælp af kollegiale spilleregler, inden den løber af sporet,” siger Kirsten Holmboe.

Hun råder til, at lederen, sikkerhedsrepræsentanten eller medarbejderne tager initiativ til, at problemerne kommer frem på bordet og bliver diskuteret åbent. Man kan enten gøre det selv, eller man kan få hjælp af en konsulent udefra. Kirsten Holmboe har været med i flere processer som konsulent.

”Det er ikke klaret med en peptalk, det er et forløb, der skal køre over lang tid, hvor arbejdspladsen nedsætter en arbejdsgruppe, som arbejder med problematikken og laver oplæg til spillereglerne,” siger hun.

#### Kulturen spiller en rolle

Arbejdsmiljøforsker, cand.psych. Annie Høgh fra det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø råder til, at man bruger de lovpligtige Arbejdspladsvurderinger, APV'er, til at sætte fokus på sladder, hvis det er et problem. Hun mener ikke, at sladder er et særligt problem på sygeplejerskers arbejdspladser, derimod har arbejdspladsens holdning til

sladder stor betydning.

”Der bliver sladret på alle arbejdspladser, men der er forskel på kulturen, hvilken holdning man har til, hvordan man omgås hinanden og håndterer uenigheder. Sladder kan være symptom på mange ting, bl.a. at man har for travlt og derfor ikke får håndteret konflikter i situationen. Det kan være svært at gå tilbage og sige, ”jeg bryder mig ikke om, når du gør sådan og sådan.” Det er her, kulturen i afdelingen spiller en rolle,” siger Annie Høgh.

*sbk@dsr.dk*

# din kollega i dag?

#### Diskuter problemer åbent

Når sladder og bagtalelse fylder meget på arbejdspladsen, kan det være tegn på, at det er galt med det psykiske arbejdsmiljø. Fordi der for sjældent bliver talt om det psykiske arbejdsmiljø, man får ikke luft.

”Jeg får henvendelser fra sygeplejersker, som er trætte, udbrændte og kede af det. Når vi taler om plusser og minusser, kommer det altid op, at i en periode, hvor man har det dårligt, bliver der mere sladder og mere snak. Hvis det psykiske arbejdsmiljø og trivslen er i orden, så er der positiv interesse for hinanden. Men så snart der kommer uoverens-

#### ))) FARESIGNALERNE

Sladder kan være første fase i mobning. Sladder og mobning er nogle af faresignalerne om, at det psykiske arbejdsmiljø er ved at blive dårligt. Hold øje med, om:

- sladder er almindelig udbredt og accepteret blandt dine kolleger
- nogle på arbejdspladsen har skjulte dagsordener og laver intriger
- udsatte kolleger bliver udsat for mobning fra chefen eller kolleger.

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

# Sladdereren fik lov at ulme i krogene

**Ukonstruktivt.** På Dialyseafdelingen passede hver stue sit, og man hjalp ikke hinanden. Kritik kom aldrig den rette person for øre.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM OG SIMON KNUDSEN

En god og attraktiv arbejdsplads med gode kolleger og uden nattevagter. Mange af sygeplejerskerne på Rigshospitalets Dialyseafdeling 5102 har lang anciennitet på stedet og er glade for deres arbejdsplads, men i foråret 2006 begyndte brok og sladder at eskalere i en grad, så nogle endte med at gå grædende hjem fra arbejde. Der blev sladret om dem, som gjorde tingene på en anden måde end den, man selv syntes, var den rigtige.

Dialyseafdeling 5102 har tre behandlingsstuer, og tidligere arbejdede sygeplejerskerne fast på en stue. Hver stue havde sin særlige måde at fungere på. Afdelingssygeplejerske Karin Bjerre kom tilbage til afdelingen efter to barselsorlovere i forlængelse af hinanden, og hun kunne tydeligt mærke, at noget var forandret. Sygefraværet var vokset, og arbejdsmiljøet måtte betegnes som psykisk dårligt.

"Små ting blev meget hurtigt store. Man brugte meget tid på at snakke om, hvad andre ikke havde fået gjort," siger Karin Bjerre, som forklarer ændringen i arbejdsmiljøet med nogle store forandringer i økonomi, arbejdstid og ledelse.

"Mange sygeplejersker kom herind på mit kontor for at brokke sig over, hvordan andre sygeplejersker gjorde deres arbejde. Når jeg spurgte "har du prøvet at sige det til hende selv?" så var svaret typisk nej," siger Karin Bjerre.

## Negativ brainstorm

Sygeplejerskerne Käte Jensen, Birthe Kramer Larsen og Eva Hallberg har alle været på afdelingen i flere år og kan godt huske, at sladder og brok en overgang fyldte rigtig meget.

"Der blev sladret på kryds og tværs af stuerne, og alle deltog i det. Det gik ofte på, at "den stue hjælper aldrig," og "nu har hun

igen lagt lagenerne på den forkerte hylde." Man kunne godt finde på at vrisse ad hinanden, hvis man mente, at nogen havde glemt at fylde op efter sig af klude eller lagener. Der var meget lidt tolerance med hinandens forskellige måder at gøre tingene på," siger Käte Jensen.

Det var tydeligt, at der skulle gøres noget ved problemet med sladder og det dårlige psykiske arbejdsmiljø, der ulmede i afdelingen. Karin Bjerre valgte at bruge nogle redskaber, hun havde lært under sin merkonomuddannelse.

"Jeg indkaldte til en negativ brainstorm, hvor det gjaldt om at komme med input til, hvad der skal til for at skabe det dårligst tænkelige psykiske arbejdsmiljø. Man skulle ikke skele til, om det var noget, der gjaldt her på afdelingen.

"Ingen konfliktløsning." "Manglende dialog." "Sladder." "Manglende ærlighed." Det var blot nogle få af de mange overskrifter med rødt.

"Bagefter vendte vi de negative sætninger til positive, så vi så på, hvad der skal til for at skabe det bedst mulige arbejdsmiljø," fortæller Karin Bjerre, som efterfølgende havde alle sygeplejersker til individuelle samtaler for at høre deres version af det dårlige arbejdsmiljø på tomandshånd.

"Oftentimes hørte jeg forskellige versioner af historien, afhængigt af hvilken part der fortalte den. Jeg brugte bl.a. samtalerne til at coache sygeplejerskerne i, hvordan man kan konfrontere en kollega med konstruktiv kritik," fortæller Karin Bjerre.

## Større accept af hinanden

For at ruske op i fastlåste arbejdsgange blev der indført systematisk rotation imellem

stuerne. Hver tredje måned er der 5-6, der rykker, og i løbet af et år har alle 28 sygeplejersker prøvet at arbejde sammen.

"Man skal kunne arbejde sammen, hvis man vil arbejde på denne afdeling, jeg flytter ikke rundt på medarbejdere, blot fordi de siger, at de ikke kan arbejde sammen," siger Karin Bjerre, som beklager, at der var enkelte sygeplejersker, der valgte at rejse fra afdelingen i forbindelse med indførelsen af rotation.

Når hun skal forklare, hvad der er sket på afdelingen i det sidste halvandet år, mener hun, at især rotation har afhjulpet en del af problemet. Derudover har det haft stor betydning, at afdelingen har haft fokus på problemerne og har diskuteret dem på afdelingsmøder, på daglige møder og ved at arrangere gruppearbejde på tværs af stuerne med fremlæggelse i plenum. Prioritering og fordeling af arbejdsopgaver er noget af det, afdelingen har talt om på morgenmøder, og i dag giver det ikke længere anledning til konflikter.

"Når vi sidder sammen, er der ikke nogen, der er i tvivl om, hvordan vi skal prioritere rækkefølgen, som opgaverne skal gøres i. Men der er nogle mennesker, der er meget hurtige og godt vil have en masse praktiske opgaver fra hånden i en fart, mens andre gør tingene i et langsommere tempo og tager én ting ad gangen. Der skal være plads til, at vi er forskellige, og der er blevet større

**"De konflikter, jeg har oplevet med kolleger, som ikke er taget op med det samme, dem kan jeg huske næsten til mindste detalje. Men når det bliver taget op med det samme, så glemmer man hurtigt situationen."**

Sygeplejerske Käte Jensen.





"Jeg flytter ikke rundt på medarbejdere, blot fordi de siger, at de ikke kan arbejde sammen," siger afdelingssygeplejerske Karin Bjerre.



"Jeg kan mærke 100 pct., at stemningen på afdelingen er blevet bedre," siger sygeplejerske Birthe Kramer Larsen.



Sygeplejerske Kåte Jensen henvendte sig til Sygeplejersken, fordi hun godt ville fortælle den gode historie om, hvordan hendes afdeling vendte et dårligt psykisk arbejdsmiljø til et godt.



"Vi er blevet bedre til at behandle hinanden med respekt," siger sygeplejerske Eva Hallberg.

accept af hinandens forskelligheder," mener Karin Bjerre.

### En god stemning

Solstrålehistorien er, at da afdelingen gennemgik og evaluerede øvelsen med brainstorm på det negative og det positive arbejdsmiljø et år efter i juni 2007, var der kun en enkelt rød overskrift mod hele 32 året før. "Dårligt fysisk arbejdsmiljø" stod stadig tilbage med rødt, og det er slemt nok, men det psykiske arbejdsmiljø var blevet markant bedre. Et par enkelte overskrifter er gule, og det betyder, at der stadig er noget at arbejde med. Sygeplejerskerne siger selv, at sladder er forstummet.

"Når jeg kommer ind i mødelokalet, er her ofte en rigtig god stemning. Der er latter, og der er mange, der spørger til, hvordan det går med et eller andet. Tidligere havde jeg kun det forhold til mine tætteste kolleger," siger Kåte Jensen.

"Jeg kan mærke, at jeg har en meget mere positiv fornemmelse, når jeg skal på arbejde, og

**"Jeg kan mærke, at jeg har en meget mere positiv fornemmelse, når jeg skal på arbejde, og jeg bruger ikke længere så meget energi på at være irriteret."**

*Sygeplejerske Eva Hallberg.*

jeg bruger ikke længere så meget energi på at være irriteret," siger Eva Hallberg.

Kåte Jensen og Eva Hallberg er to af de sygeplejersker, der har prøvet at konfrontere hinanden med kritik frem for at sladre bag den andens ryg.

"Jeg kan huske en travl vagt, hvor vi havde fået nogle nye patienter på en stue. Kåte startede med at sige: "Jeg tager den og den patient, så kan du tage den og den." Hun var meget sammenbidt og koncentreret. Jeg fornemmede, at hun gerne ville være chefen. Jeg tænkte, "det var da fandens til måde at hilse på mig på." Jeg besluttede, at jeg ville sige det til hende direkte," fortæller Eva.

"Vi fik talt om det på en rigtig god måde, hvor vi bl.a. talte om, hvilken måde Eva ville have gjort det på. I dag har vi et langt bedre samarbejde," siger Kåte.

"De konflikter, jeg har oplevet med kolleger,

som ikke er taget op med det samme, dem kan jeg huske næsten til mindste detalje. Men når det bliver taget op med det samme, så glemmer man hurtigt situationen," mener hun.

De negative udsagn om afdelingen er afløst af positive værdier som "Ærlighed," "Tryghed," "Humor" og "God dialog." Sygefraværet er nedbragt ret betydeligt, og sygeplejerskerne synes selv, at Dialyseafdeling 5102 igen er blevet en attraktiv arbejdsplads.

"Det er ikke, fordi der aldrig mere er nogen, der brokker sig, men det er ikke længere det, der fylder. Vi sladrer også, men det er ikke negativ sladder bag om ryggen på hinanden. Hvis man har et problem, tager man det op f.eks. ved morgenmødet og taler konstruktivt om det. Det handler ikke længere om små ubetydelige detaljer," siger Kåte Jensen.

*sbk@dsr.dk*

### ))) SÆT SLADDER PÅ DAGSORDENEN

Prøv at sætte sladder på dagsordenen til et personalemøde og se, om det bliver udnævnt til et problem hos jer. Eller brug daglige møder til at spørge ind til et enkelt element i arbejdsmiljøet, f.eks. "Husker vi at hjælpe hinanden på tværs af grupperne?" "Har vi løst eventuelle konflikter på en god måde?"

Det psykiske arbejdsmiljø er omfattet af de lovpligtige arbejdsmiljøvurderinger, APV'er, som skal gennemføres hvert andet år. Det kan være en anledning til at sætte fokus på et problem som sladder.

Kilder: Afdelingssygeplejerske Karin Bjerre, Rigshospitalets Dialyseafdeling 5102, og seniorforsker i arbejds- og organisationspsykologi Annie Høgh, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.



# Sygeplejersker er konfliktsky

**Paradoks.** Trivselsundersøgelser på Anæstesi- og Operationsafdelingen på Holbæk Sygehus viser, at snak om tredjeperson, som ikke er til stede, er et udbredt fænomen. De færreste synes, at det er et problem. Med undtagelse af, når snakken handler om én selv.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Tre ud af fire sygeplejersker har talt nedsættende om kollegerne i deres fravær i større eller mindre omfang, og lidt over hver tiende gør det jævnligt og op til flere gange ugentligt. Det viser tal fra trivselsundersøgelser i 2005 og 2006 på Anæstesi- og Operationsafdelingen på Holbæk Sygehus, der tæller omkring 100 sygeplejersker. Afdelingen består af flere afsnit, der er spredt geografisk på sygehuset. De har siden 2004 arbejdet aktivt på at modarbejde og forebygge mobning, og trivselsundersøgelsen er gennemført som led i dette arbejde.

”Sygeplejerskerne har ikke skiftet adfærd med hensyn til at tale om tredjeperson, selvom vi har gentaget trivselsundersøgelsen. På spørgsmålet om, hvorvidt man vil gribe ind, når man hører andre tale negativt om en kollega, er der faktisk færre i den sidste undersøgelse, der svarer ja, og det er en udvikling i den forkerte retning,” siger uddannelses- og udviklingssygeplejerske Aase Mikkelsen fra Intensiv/opvågningsafsnittet.

## Luft for frustrationer

Aase Mikkelsen er udpeget som én af Anæstesi- og Operationsafdelingens syv nøglepersoner i det særlige mobbeberedskab. Mobbeberedskabet består også af et konfliktråd med repræsentanter fra ledelse og medarbejdere. Aase Mikkelsen opfatter sladder og negativ omtale af tredjeperson som et muligt

skridt til mobning. I de knap fire år, afdelingen har haft fokus på mobning, har hun dog kun mødt et par enkelte mobbesager.

Trivselsundersøgelsens resultater har været fremlagt blandt personalet, og afdelingen har benyttet mange lejligheder til at sætte mobning og sladder på dagsordenen. Bl.a. med interaktivt teater. Når spørgsmålet om den negative omtale af tredjeperson har været diskuteret, har sygeplejerskerne dog ikke opfattet det som et problem.

”De mener ikke nødvendigvis, at det er udtryk for noget dårligt, når man taler nedsættende om andre. Det kan være en måde at få luft for sine frustrationer,” siger Aase Mikkelsen.

Hun mener, at holdningen kan skyldes konfliktskyhed, fordi det er svært at konfrontere en kollega med kritik.

”Sygeplejerskerne har en ambivalent holdning til at tale om tredjeperson. Samtidig med, at de ikke synes, det er et problem at tale negativt om andre, så forventer de, at deres kolleger kommer til dem, hvis de er utilfredse med noget. ”Hvordan skal man ellers vide, at man gør noget forkert?” er en typisk holdning,” fortæller Aase Mikkelsen.

## Fremelsk det gode

På trods af den megen snak på afdelingen om kolleger, der ikke er til stede, og holdningen til, at konflikter ikke behøver komme åbent

frem, så mener Aase Mikkelsen, at der faktisk er et godt psykisk arbejdsmiljø i Anæstesi- og Operationsafdelingen. Afdelingen har ikke problemer med at rekruttere personale, og der er ikke gennemtræk af nye folk, tværtimod.

”Jeg tror ikke, at vi sladder mere end andre, vi italesætter bare problemet. Men jeg kan være bekymret for, at den megen snak om tredjeperson er en risiko for, at situationen kan udvikle sig i en negativ retning og blive et mere alvorligt problem,” siger hun.

Sammen med ledelsen, sikkerhedsrepræsentanterne og de øvrige seks nøglepersoner i afdelingen har hun samlet idéer til, hvordan kommunikationen i afdelingen kan forbedres.

”Vi har ikke præsenteret idéerne for personalet endnu, men de går ud på at fremelske det gode samarbejde. Vi fokuserer på det gode frem for det negative,” siger Aase Mikkelsen.

Trivselsundersøgelsen bliver gentaget i 2007. Hele afdelingens projekt med at forebygge og modarbejde mobning er et led i et landsdækkende projekt ”Nedsæt sygefraværet – STOP mobning på arbejdspladser” under Socialt Udviklingscenter SUS.

*sbk@dsr.dk*

## ))) DET SLADDER VI OM

Hvad vi sladder om på arbejdspladsen:

1. 57 pct. sladder om kolleger, som ikke arbejder hårdt nok.
2. 55 pct. sladder om inkompetente eller uretfærdige chefer.
3. 46 pct. sladder om kolleger, som kommer for sent.
4. 42 pct. om kolleger, som ordner private ting i arbejdstiden.
5. 39 pct. om kolleger, som prioriterer forkert.
6. 37 pct. om folk, som har rundsav på albuerne eller er anderledes.
7. 19 pct. om andres privatliv.
8. 13 pct. om nogen, som fuser med sygefraværet eller timeregistreringen.
9. 12 pct. om, hvem som flirter med hvem.
10. 7 pct. om udseende og livsstil.

Kilde: Svensk e-mail-undersøgelse af sladder på arbejdspladsen, Arbejdsmiljøforums blad: Du och jobbet, april 2006.

**))) FØR DU BROKKER DIG TIL ANDRE ...**

... prøv at sætte dig i din kollegas sted:

- Hvordan tror du, din kollega reagerer, hvis hun hører, at du har beklaget dig over hende til andre, uden hun selv har fået noget at vide? Hvordan ville du selv have det?
- Hvordan vil du selv gerne tales til?
- Hvordan kan du hjælpe din kollega til at se problemet?
- Hvor ved du fra, at hun ikke vil høre efter, hvad du siger?

... overvej:

Hvis du har hørt dig selv sige det samme før mindst to gange, så er det på tide, at du spiller med åbne kort over for rette vedkommende.

Kilder: Afdelingssygeplejerske *Karin Bjerre*, Rigshospitalets Dialyseafdeling 5102, og seniorforsker i arbejds- og organisationspsykologi *Annie Høgh*, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø.



## Systematik. I ortopædkirurgisk afdeling 7, Næstved Sygehus, bliver patienternes tryksårrisiko bedømt med en Braden-score. Det er rutine, og det giver resultater.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Hans Helge Hougaard skal scores igen i dag. Hans tryksårrisiko blev første gang beregnet med en Braden-score, da han blev indlagt på ortopædkirurgisk afdeling i Næstved efter en trafikulykke, og risikoen blev fundet lav. Men på det tidspunkt var han oppegående.

Efter et par dage viste det sig, at han havde en fraktur på en af halshvirvlerne, og nu ligger han på ryggen i sengen med en stiv halskrave, mens han venter på undersøgelsesresultater og en operation på Rigshospitalet. Ikke spor morsomt når man samtidig har KOL og problemer med vejtrækningen.

Sygeplejerske Lissi Nielsen og social- og sundhedsassistent Lone Østerlund Ellevang giver ham sengebad og konstaterer, at to dage fast på ryggen allerede har resulteret i et stort trykspor på bagsiden.

Efter badet udfylder Lissi Nielsen hans Braden-score. Ingen sensorisk svækkelse, huden lejlighedsvis fugtig, fast sengeliggende, let begrænset mobilitet, tilstrækkelig ernæring, potentielt problem med, at huden gnider mod lagnerne, når han flytter sig. I alt 16 point, hvilket placerer Hans Helge Hougaard i middel risiko for tryksår.

Derfor går Lissi Nielsen og Lone Østerlund Ellevang straks i gang med at puste den topmadras op, som afdelingen bruger til patienter i middel risiko. Når scoren viser høj risiko, bruger man en anden aflastning, en fuld luftmadras.

”Vi ser næsten aldrig mere, at patienter får tryksår. Men vi bruger også mange penge på at leje madrasser,” siger Lissi Nielsen.

Afdelingen scorer alle patienter for tryk-sårrisiko på nær de yngre planlagte, der selv kommer spadserende ind. Det blev indført i forbindelse med et projekt, som Næstved Sygehus har kørt sammen med Vordingborg Kommune. Projektet sluttede i 2006, men praksis fortsætter.

Tryksår er et velkendt problem. Så når man ikke brugte systematisk risikovurdering før i tiden, skyldtes det mangel på viden og ressourcer, mener Lissi Nielsen.

”Men det er også mere nødvendigt i dag, fordi patienterne er blevet ældre og dårligere,” tilføjer hun.

Afdelingen har både elektive og akutte patienter med et bredt udsnit af diagnoser, som den typiske provinssygehusafdeling den er. Specialer er infektioner og sår, men også amputationer, når diabetiske fodsår gør det nødvendigt.

Hvad kræver det specielt at være sygeplejerske i jeres afdeling?

”Man skal kunne kommunikere. Og der er meget praktisk arbejde med at mobilisere osv. Det er tungt, men man lærer at bruge hjælpemidlerne,” siger Lissi Nielsen.

”Det er især sårpatienterne, der kræver noget specielt. Vi ser store grimme sår, der lugter, og hvis man ikke synes, de er interessante, skal man ikke søge afdeling 7.”

Men det synes Lissi Nielsen. Hun lyser op ved spørgsmålet om, hvad det interessante ved sårene er:

”At se dem hele!”

kbj@dsr.dk

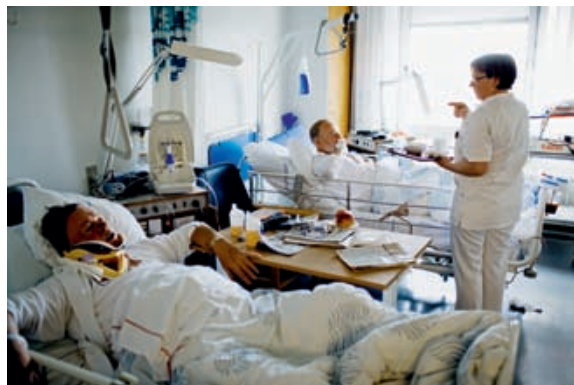
### ►►► HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SIDSTE UGE?

”Det var en patient, der ikke mente, at hun overhovedet kunne klare sig hjemme med et brækket ben. Vi satte ind sammen med fysioterapeut, ergoterapeut, med hjælpemidler og kontakt til hjemmeplejen. Og det lykkedes, så hun syntes, det var trygt at komme hjem.”

# PATIENTERNE FÅR NÆSTEN ALDRIG



Social- og sundhedsassistent Lone Østerlund Ellevang (til højre) har fødselsdag og giver brød.

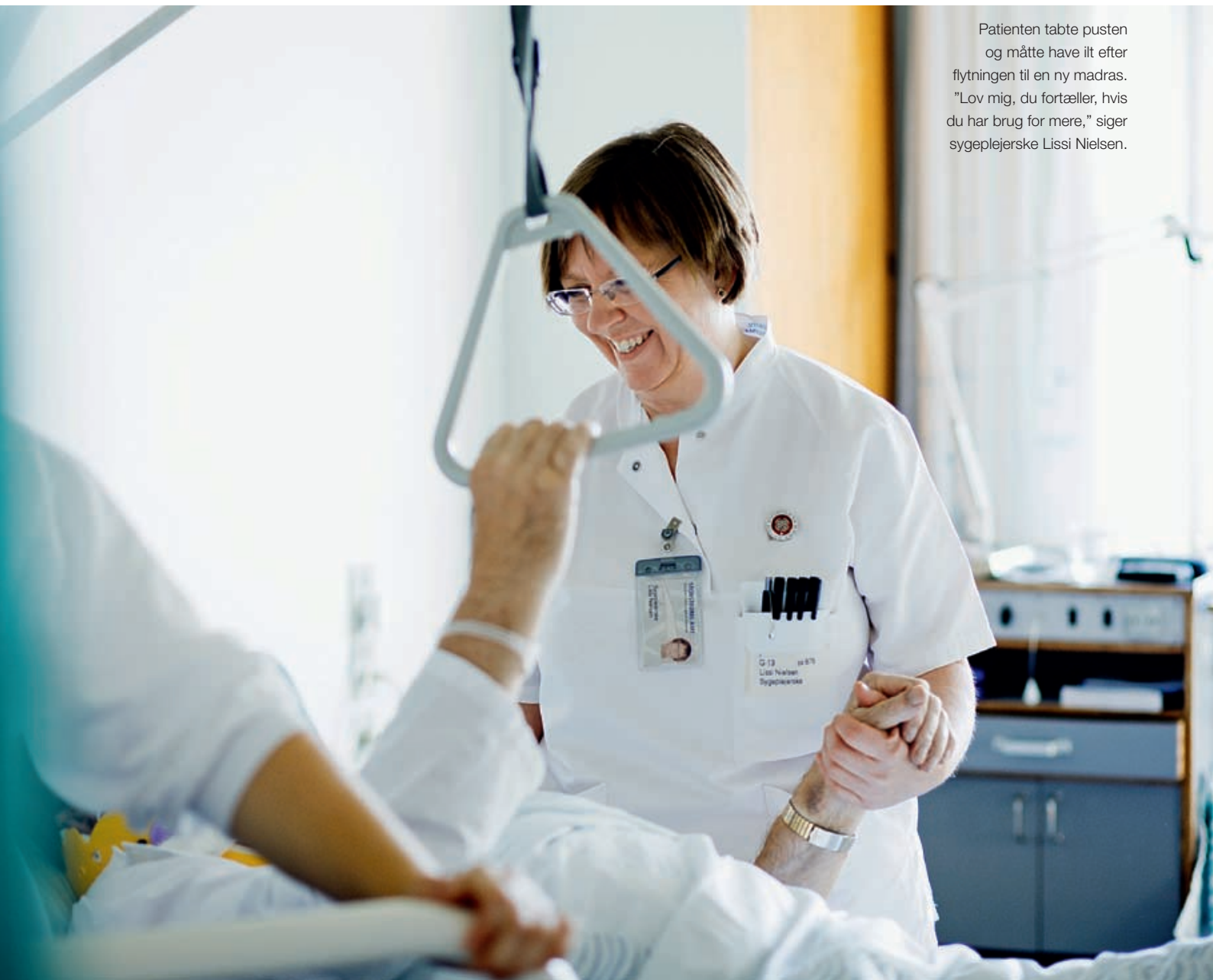


Hans Helge Hougaard (forrest) har en fraktur på en halshvirvel efter en trafikulykke og ligger fast på tredje dag. Erik Jakobsen har fået nyt knæ i et accelereret forløb og skal gerne ud af sengen.



Afdelingens patienter skal risikoscores en gang om ugen, eller når deres tilstand ændrer sig.

Patienten tabte pusten og måtte have ilt efter flytningen til en ny madras. "Lov mig, du fortæller, hvis du har brug for mere," siger sygeplejerske Lissi Nielsen.



## TRYKSÅR MERE



Hans Helge Hougaard er en stor mand, så selv om de har hjælpemidler, må Lissi Nielsen og Lone Østerlund Ellevang have hjælp til at flytte ham over på aflastningsmadrasen. Klinisk underviser Christina Nielsen (til venstre) giver en hånd med.

En ny patient, Thomas Jørgensen, er kommet ind til en skulderoperation. Lissi Nielsen gennemgår samtykkeerklæringer, afdelingens rutiner, smertescoring med VAS-lineal og meget mere, mens samlever Karina Hansen lytter.

**Gør man det?** I sommer fik Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital presse og politikere på nakken, da man placerede en 76-årig kvinde på en stue med tre mandlige patienter. På tre afsnit under Anæstesiologisk Afdeling på Regionshospitalet Silkeborg har blandede stuer derimod fungeret fint i over 30 år.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD



”Det har vi da altid gjort.”

Svaret fra afdelingssygeplejerske *Karen Meldgaard*, Regionshospitalet Silkeborg, falder prompte og med et smil. Hun har på ingen måde brug for betænkningstid, da hun bliver spurgt om, hvor længe Intensiv afdeling N1, Opvågningsafsnittet N2 og Akut Medicinsk Modtageafsnit har opereret med mandlige og kvindelige patienter på samme stue.

Hvad der i sommer resulterede i en mediestorm for Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital, hvor man på grund af overbelægning måtte placere en 76-årig kvinde på en stue sammen med tre mandlige patienter, har i over 30 år været hverdag på de tre afsnit med plads til i alt 26 patienter. Og selvom sengestue M/K ikke er særligt udbredt på landets sygehuse, resulterede en efterlysning i *Sygeplejersken* alligevel i en halv snes henvendelser fra sygeplejersker landet over, som alle primært kunne melde om gode erfaringer med at have mandlige og kvindelige patienter på samme stue. Der tegner sig et mønster af, at de blandede stuer

især er udbredt på ortopædkirurgiske afdelinger i forbindelse med elektive operationer, men også i flere akutmodtagelser og på intensive afdelinger som afdeling 241 på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg og altså i de tre allerede omtalte afsnit på Regionshospitalet Silkeborg.

#### Vi blotter ikke patienten

”Sådan er det bare. Vi tænker ikke over det.” Afdelingssygeplejerske *Karen Meldgaard* tøver heller ikke, da hun bliver spurgt om, hvorfor man placerer mænd og kvinder på samme stue. Hun uddyber dog straks:

”Vi har altid blandet patienterne og har aldrig gjort det til et problem. Og det er måske også derfor, at vi, men også patienterne, meget sjældent har oplevet det som et problem. Vi har kun tosengsstuer på det akutte modtageafsnit og intensivafdelingen, og derfor kan vi ikke rigtig gøre det anderledes. Vi bestræber os selvfølgelig på at lægge patienterne sammen to og to af samme køn, men det er svært, især i modtagelsen, hvor udskiftningen nogle gange går rigtigt hurtigt. Skulle vi tage hensyn til, at mænd og kvinder

skulle ligge på hver deres stue, ville der gå rigtig meget tid med at flytte patienter,” siger *Karen Meldgaard*.

Fordelene for personalet ved at blande de to køn på stuerne er altså åbenlyst praktiske, da sidst ankomne patient altid får den seng, der er ledig, uanset om der ligger en mand eller kvinde i den anden seng. Sådan næsten da.

”Igen, vi tager naturligvis altid hensyn til den enkelte patient. Er der tale om en muslimsk kvinde, gør vi selvfølgelig alt for, at hun ikke skal ligge på stue med en mand. Og kan det overhovedet lade sig gøre, lægger vi ældre damer sammen med kvinder. Vi er meget opmærksomme på, at vi ikke blotter patienterne, og her spiller vores forhæng en stor rolle. Der er forhæng mellem alle senge. De kan trækkes langt ud på alle stuer, og på intensiv og opvågningsafsnittet, hvor der er 10 sengepladser, har vi forhæng, der kan gå hele vejen rundt om sengen,” fortæller *Karen Meldgaard*.

#### Patienterne tænker ikke over det

”Det skal ikke være til gene for nogen, men patienterne bliver ikke spurgt, om de vil dele ▶

# MÆND OG KVINDER PÅ

# SAMME STUE





Læge Charlotte Olesen tager en blodprøve på Jørgen Børge Nielsen på den ene side af forhænget, mens Birgit Marianne Jensen fordriver ventetiden på sin undersøgelse med et blad på den anden side af forhænget. Ingen af dem har noget imod at dele stue med en patient af andet køn, i hvert fald ikke på det akutte modtageafsnit.

» stue med en patient af andet køn. Vi informerer dem om, at sådan er det bare,» fortæller Karen Meldgaard, når samtalen kommer ind på patienternes tarv.

Og det er tilsyneladende oftest godt nok for patienterne, bl.a. 60-årige *Birgit Marianne Jensen*.

Hun er netop blevet indlagt på det akutte modtageafsnit med smerter i venstre ben, og mens hun venter på at blive undersøgt, får *Jørgen Børge Nielsen*, også 60 år, anvist den anden seng på stuen efter et anfald som følge af kronisk obstruktiv lungelidelse.

Begge fortæller samstemmende, at de ikke tænkte over, at patienten i den anden seng var af modsat køn, og direkte adspurgt mener de begge, »at det er helt i orden.» Forhænget er da også trukket for mellem de to senge, og selvom de begge er syge, sidder de i deres civile tøj, forholdsvis mobile.

»Havde jeg ikke selv kunnet gå på toilettet, ville jeg nok tænke lidt over det. Men det er jo ikke aktuelt.»

Men ikke alle patienter er dog lige så afklarede som Birgit og Jørgen, fortæller sygeplejerske *Michelle Birch Christiansen*.

#### »Patienter mister blufærdigheden

»Især de ældre damer kommenterer, at »hov, der ligger en mand der,» men når vi så siger, at sådan er det, accepterer de det, og der er mange eksempler på, at de senere ligger og taler fint sammen. Jeg tror, deres reaktion

skyldes blufærdighed, og det synes jeg egentlig ikke er begrundelse nok for, at man ikke vil dele stue med en patient af andet køn. Forhængene gør jo, at man intet kan se,» siger *Michelle Birch Christiansen*, når hun fortæller om, hvordan det er at arbejde på en afdeling, hvor mænd og kvinder deler stuer.

*Men forhængene kan jo ikke tage lugt eller lyd?*

»De fleste af vores patienter kan selv gå på toilettet, i hvert fald en del af dem, og skal en patient have foretaget toilettet eller intime undersøgelser ved sengen, beder vi ofte den anden patient om at forlade stuen imens,» siger *Michelle Birch Christiansen*.

Før hun kom til afdelingen i juni i år, arbejdede hun to og et halvt år på den medicinske afdeling på Regionshospitalet Silkeborg.

»I den tid var vi én eneste gang nødsaget til at lægge en mand og kvinde på samme stue. Ellers gjorde man det aldrig, og jeg tænkte aldrig over, at det var en fordel. Men der er heller ikke forhæng på de medicinske stuer. I dag tænker jeg ikke over, at vi her blander kønnene dagligt,» siger *Michelle Birch Christiansen*.

#### Ingen problemer – og dog

»Havde vi ikke haft forhængene og haft større stuer end tomandsstuerne, kunne det godt give problemer at blande patienterne.»

Afdelingssygeplejerske *Karen Meldgaard* er enig med *Michelle Birch Christiansen* i, at

blandede stuer kun kan lade sig gøre, hvis der er ordentlig afskærmning mellem patienterne.

»På vores stuer ligger patienterne jo heller ikke lige over for hinanden, som de ofte gør på firemandsstuer,» siger *Karen Meldgaard* og understreger endnu en gang, at man gør alt for at sikre, man ikke overskrider patienternes blufærdighedsgrænse.

»Hvis vi har en dement mandlig patient, der står ud af sengen hver halve time, skal han selvfølgelig ikke ligge ved siden af en ældre dame. Men apropos blufærdighed savner jeg også, at patienterne tænker lidt mere på deres egen blufærdighed og værdighed, når de er indlagt,» siger hun med adresse til, at mange åndsfriske patienter går rundt på gangene iført næsten ingenting og uden slåbrok.

På spørgsmålet om, hvad de pårørende mener om de blendede stuer, er svaret i store træk også »ingen problemer,» fortæller *Karen Meldgaard*. De største udfordringer, de tre afsnit tilsyneladende har i forbindelse med m/k-stuer på Regionshospitalet i Silkeborg, synes at være, at mange andre afdelinger på hospitalet ikke blander mænd og kvinder på stuerne.

»Det betyder faktisk, at vi nogle gange får nej til, at en afdeling vil modtage en patient, fordi der ikke lige er en plads ledig på en stue med patienter af samme køn som patienten,» siger *Karen Meldgaard*.

# HER GØR DE DET

**Køn(t) miks.** Adskillige kirurgiske afdelinger, men også akutstuer og intensivafdelinger blander med succes mandlige og kvindelige patienter på hold og stuer.

## Ortopædkirurgien Klinik Farsø sengeafdeling O4

Af hensyn til effektiviteten og holdundervisningen har man det seneste år sat alle elektive patienter, der skal opereres i hofter eller knæ, på samme hold og stue, uanset om der er tale om mænd eller kvinder. Gennemsnitlig liggetid er 3-4 dage. Der er forhæng ved alle senge.

**+** Det letter planlægningen og logistikken og er resourcebesparende. Der opereres tre elektive patienter hver dag, og afdelingen ønsker, de skal betragte sig som et hold, der kan støtte hinanden, især i genoptræningen. Fysioterapeuten kommer ind og underviser alle tre på stuen, hvilket giver mulighed for længere optræning. Patienterne møder hinanden og bliver informeret om, at de måske skal dele stue med en patient af andet køn 14 dage før, hvor de er til forundersøgelse på klinikken.

**⊖** Enkelte siger til forundersøgelsen, at de ikke vil dele stue med en patient af andet køn. Det bliver naturligvis respekteret.

## Ortopædkirurgisk afdeling, Næstved Sygehus

For godt et år siden indførte afdelingen m/k-stuer for de elektive patienter, som til forundersøgelserne på afdelingen 14 dage før operationen blev informeret om det. Derefter kom ordningen også til at omfatte akutte patienter, dog uden stor succes, og derfor er det nu kun elektive mandlige og kvindelige patienter, der ligger på samme stue. Der er forhæng omkring sengene. Gennemsnitlig liggetid for de elektive patienter er fire dage.

**+** Det letter arbejdet. Blandede køn giver mere ro på stuen og større anstændighed. Patienterne tager groft sagt tøj på nu, og personalet er bedre til at værne om patienternes privatliv. Mændene er ikke længere så pylrede, og kvinderne er gode til at få mændene med i genoptræningsforløbet. En lille rundspørge viser, at 80 pct. af patienterne synes, det er o.k. at ligge på stue med en patient af modsat køn. 10 pct. har svært ved at sige nej, mens 10 pct. ikke vil. Siger en patient nej, respekterer man det.

**⊖** Personale fra andre afdelinger uden m/k-stuer studser over det. Portørerne tror f.eks., de har fået forkert stuenummer. De akutte patienter blev ofte meget chokerede over, at der lå en patient af andet køn ved siden af dem, når de kom til sig selv. Ca. halvdelen af de pårørende giver udtryk for, at de synes, det er lidt mærkeligt.

## Ortopædkirurgisk Afdeling, afsnit K2, Regionshospitalet Silkeborg

Her har man i flere år indlagt mandlige og kvindelige patienter på samme seks-sengsstue ved accelererede patientforløb for hofter- og knæpatienter. Dagen før operationen indlægges patienterne på patienthotellet. Derefter foregår det post-operative forløb på seks-sengsstuen, før patienterne igen overføres til patienthotellet – de knæopererede to dage efter operationen med udskrivning efter fire-fem dage, de hofteropererede dagen efter operationen med udskrivning tre dage efter. Patienterne er informeret på forhånd og har ofte mødt hinanden tidligere. Der er forhæng omkring sengene og minimal brug af bækkener ved toiletbesøg.

**+** Hofter- og knæoperationsforløbene starter på forskellige ugedage, så patienterne "afløser" hinanden på stuen. De fejler altså det samme og er opereret samme dag og kan derfor støtte hinanden meget. Blandingen af køn

giver anledning til muntre kommentarer og en positiv stemning på stuen. Det befordrer desuden patienternes lyst til at tage eget tøj på, så de er mere påklædt.



**⊖** Arbejdsmiljømessigt kan stuenes størrelse give anledning til problemer pga. pladsmangel og jongleren med forhæng. Nogle gange er man nødt til at lægge andre patienttyper på stuen. De skal tit vænne sig til tanken, men det giver sjældent anledning til problemer.

## Akutstuen, Vesterled i Brædstrup, Horsens Kommune

Akutstuen er en del af et sundhedscenterprojekt og tilbyder tre pladser i samme rum. Brugerne er typisk ældre medicinske borgere, der er for syge til at være hjemme, men for raske til indlæggelse. Sengepladserne adskilles af skærme, den gennemsnitlige liggetid er 9-10 dage.

**+** Personalet var på forhånd lidt skeptiske på brugernes vegne, men efter at have haft 90 brugere igennem er bekymringerne gjort til skamme. Oplever ofte, at de ældre griner lidt ad, at de skal dele stue med én af modsat køn. Det havde de ikke regnet med. De fleste falder hurtigt i snak med hinanden, og efter lidt tid tænker de ikke mere over det. Sygeplejerskerne mener, de selv er blevet lidt mere opmærksomme på patienternes blufærdighed, og skærmer ekstra grundigt af.

**⊖** Et par gange har der været nogle ældre damer, der ikke var glade for det. Brugerne bliver dog informeret allerede hos egen læge eller hjemmesygeplejersken, og akutstuen har ikke oplevet at måtte afvise nogen. Evalueringer viser, at de fleste brugere har været meget tilfredse med at dele stue med en af andet køn, mens de pårørende er meget mindre tilfredse.

*Ovennævnte eksempler er baseret på interviews med sygeplejersker på nogle af de ni afdelinger og afsnit, der svarede på Sygeplejerskens efterlysning i nr. 12/07 om erfaringer med at placere mænd og kvinder på samme stue.*



# M/K-STUER, NEJ TAK

**Forhæng ikke nok.** Som udgangspunkt vil sygehusene i Roskilde og Køge aldrig lægge mænd og kvinder på samme stue. Det er grænseoverskridende og uetisk, og især svage patienter vil have svært ved at sige fra.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

*Merete Dick* er ledende oversygeplejerske på Medicinsk Afdeling på Sygehus Øst Roskilde, og hendes spontane reaktion på at placere mænd og kvinder på samme stue kommer uden betænkningstid.

”Det synes jeg er svært grænseoverskridende og uetisk.”

Da omkring 30 over- og afdelingssygeplejersker fra sygehusene i Roskilde og Køge holdt møde sidst i oktober, debatterede de emnet og dets mange nuancer, og som udgangspunkt mener Merete Dick og kollegerne, at mænd og kvinder skal ligge på hver deres stue.

”Blander man kønnene, skal det gøres selektivt, som det allerede sker i dag med mange ambulante patienter i dagbehandling, f.eks. i dialyse. Men så snart det drejer sig om patienter, der skal indlægges, lyder det samstemmende, at man vil sige nej langt de fleste steder, og man vil altid spørge patienterne først,” siger Merete Dick og fortsætter:

”Mange steder spørger man ikke patienten, man informerer kun. Min umiddelbare holdning er, at jeg skal beskytte de svage, som er dem, der ikke siger, at de ikke vil dele stue med én af andet køn. Selvom man spørger, vil mange sige, det er i

orden, for hvad er alternativet? Måske en plads på gangen. Når patienterne får deres eget tøj af og bliver lagt i en hospitalsseng, bliver de mere ydmyge og til andre personer. Sygeplejersker bliver også til andre personer, når vi skifter til uniform. Her har vi en anden autoritet, og når autoriteten står og siger ”her har vi blandede stuer,” vil jeg gerne se den patient, der siger fra,” uddyber oversygeplejersken.

Merete Dick mener, at det i bund og grund drejer sig om at respektere patienternes blufærdighedsgrænse, og her er et forhæng ikke nok. Mænd og kvinder har forskellige normer og blufærdighedsgrænser, som kommer til udtryk på både stue og hospitalsgang.

”Forestil dig en ældre dame, som har været vant til næsten at slukke lyset, før hun klæder sig af for at gå i seng. Hvordan ville hun have det med, at der ligger en ung mand ved siden af hende, kun adskilt af et forhæng? Det vil hverken hun eller den yngre mand bryde sig om. Eller hvad med en ældre mand, som ligger og hoster og harker og ikke tænker meget over hygiejnen. Det vil jeg ikke risikere at byde mine patienter,” siger Merete Dick.

*cso@dsr.dk*

”I bund og grund drejer sig om at respektere patienternes blufærdighedsgrænse, og her er et forhæng ikke nok. Mænd og kvinder har forskellige normer og blufærdighedsgrænser, som kommer til udtryk på både stue og hospitalsgang.”

# FIND NYE KOLLEGER I CYBERSPACE

**Internetsnak.** Du sidder ved frokostbordet og lytter til den muntre summen, som kommer fra dine to yngre arbejdskolleger.

De taler om løst og fast, indtil en af dem pludselig åbner munden og siger:

”I går bloggede jeg på Mingler. Bagefter loggede jeg ind i Social- og sundhedsgruppen og debatterede med en af de faste profiler i en tråd på over 50 indlæg. Hun spurgte, om jeg vidste, hvor linket til FAQ’en var, og jeg fortalte hende, at hun skulle se i bunden af websiden.”

Ligner du et spørgsmålstegn? Hvis ja, eller har du bare lyst til at blive klogere på, hvordan du kan bruge internettets sociale debatrum aktivt til at udveksle og debattere idéer, holdninger og nyheder. Mød en gruppe sygeplejersker, der er virtuelle kolleger på nettet.



AF SINE MADSEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: NATHALIE NYSTAD

Er det etisk korrekt at give behandling til en patient, der ikke ønsker det? Sådan indleder en ung nyuddannet sygeplejerske sit debatindlæg i et online debatforum, Forum for Sygeplejersker og Sygeplejestuderende, som findes i det sociale online netværk Mingler.

Situationen, hun beskriver, kommer fra arbejdspladsen, og nu søger hun råd fra gruppen. I debatten, der har udviklet sig som en tråd af svar, kan man læse den respons, hun får fra andre gruppemedlemmer. De andre i gruppen kommer fra forskellige steder i Danmark. De giver hende støtte og opbakning, og nogle kommer med deres synspunkter. Efterhånden som svarene triller ind, udvikler debatten sig til at handle om aktiv og passiv dødsbistand. Debatten varer i fem dage, før den ebber ud, og en ny indledes af en anden syge-

plejerske, der skriver: ”Jubii, jeg har fået nyt arbejde.”

## Nye vinkler

For at blive medlem i det online Forum for Sygeplejersker og Sygeplejestuderende skal man være under uddannelse til eller færdig som sygeplejerske. Forummets medlemmer er alt fra 20 år og nyudklækket til pensioneret sygeplejerske.

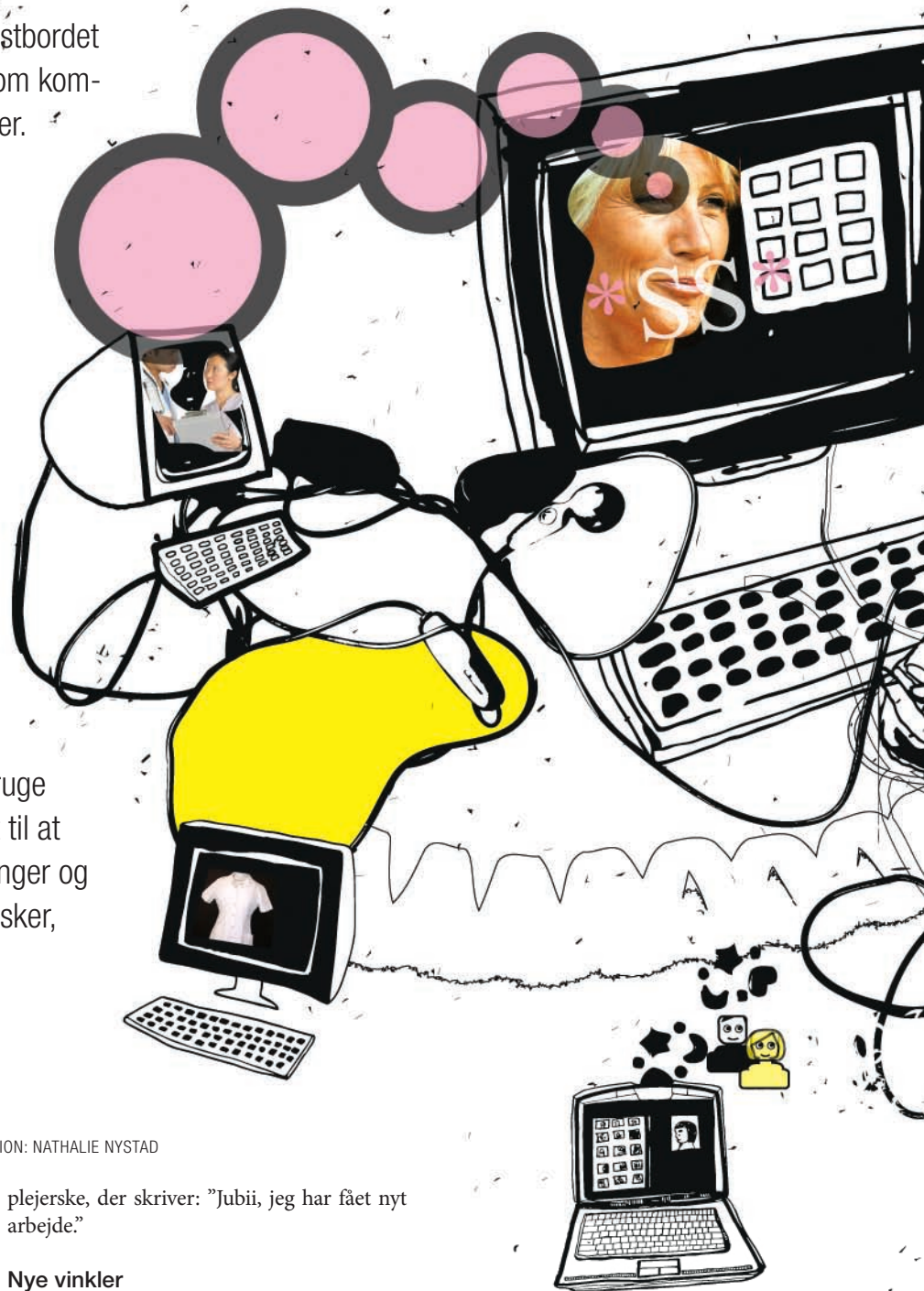
”Debatgruppen har givet mit arbejdsliv nye vinkler. Man kan hurtigt falde ind i sådanne rutiner på arbejdet, og så er det godt at få udfordret sine synspunkter,” siger sygeplejerske Karin Sørensen, der er stifter af gruppen, som snart kan fejre etårs jubilæum med næsten 40 medlemmer.

”Jeg stiftede gruppen på opfordring, men

også fordi jeg oplevede et behov for at diskutere nogle sygeplejefaglige problemstillinger,” siger Karin Sørensen.

En helt ny social dimension i livet er det udtryk, som sygeplejerske Helle Heinmann bruger, når hun skal beskrive sit forhold til det sociale netværk, som hun er forholdsvis ny i.

”Jeg sidder foran computeren, og lige pludselig er jeg i gang med en spændende faglig diskussion med en sygeplejerske fra en anden del af landet. Det er som at stille sig op på en





talerstol og sige lige, hvad man har på hjerte, men uden at blive afbrudt," fortæller Helle Heinmann, der ledte efter et lignende netværk, mens hun var under uddannelse, men intet fandt dengang.

#### Lufte usikkerheden

Online-sygeplejerskegruppen får flest indlæg fra de nyuddannede sygeplejersker. De oplever, at det trygge studiemiljø er væk, og de mangler et netværk, hvor man kan spørge

#### ))) ONLINE DEBATFORUMS

Facebook, My Space, Mingler og Arto. Det lyder som titler på NASAs rumraketter, men det er navne på debatfora på nettet. De er udenlandske og danske. De henvender sig til såvel unge som voksne.

Et debatforum som f.eks. Mingler er for voksne, og det er dansk. Her kan man, når man har oprettet sig som bruger, benytte en personlig blog – en digital dagbog – og man kan tilmelde sig interessegrupper, hvor man debatterer med andre. Det er gratis at oprette sig som bruger. I øjeblikket har Mingler omkring 200.000 brugere.

## &gt;&gt;&gt; HELLE HEINMANN

Alder: 37 år

Landsdel: Silkeborg, Midtjylland

Uddannelsessted:

Sygeplejeskolen i Silkeborg

Interesser: Mine børn, internettet og dets muligheder, sundhedsfaglige emner, naturen.



FOTO: SØREN HOLM

## &gt;&gt;&gt; KARIN SØRENSEN

Alder: 27 år

Landsdel: Grindsted, Nordjylland

Uddannelsessted:

Vendsyssel Sygeplejeskole

Interesser: Friluftsliv, naturen og spejder. Min familie og min hund. Jeg er kreativ, laver bl.a. kort.



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

## &gt;&gt;&gt; NYNNE R. HEJESEN

Alder: 24 år.

Landsdel: Svenstrup, Nordjylland.

Uddannelsessted:

Sygeplejeskolen i Thisted.

Interesser: Først og fremmest min kæreste, venner og familie, faglitteratur, skønlitteratur og spejder.



FOTO: MICHAEL BO RASMUSSEN

» til råds i tvivlsituationer. De begynder ofte på en afdeling fulde af forventninger, men også med den usikkerhed og frustration, der følger med som nystartet.

”Det er rart med et rum uden for arbejdspladsen, hvor man kan få lov til at luften sin usikkerhed,” siger Karin Sørensen, der blev færdig i sommeren 2006.

Helle Heinmann relaterer let til de studerende i gruppen, der har kvaler over bacheleropgaven.

”Det er jo ikke så lang tid siden, at jeg selv var i samme situation, og derfor har jeg kunnet bidrage med råd og vejledning,” siger Helle Heinmann, der rådgav en sygeplejestuderende om mulige emner til bacheleropgaven kort tid efter, hun selv var blevet medlem.

Sygeplejerske Nynne R. Hejesen brugte net-

værket til at komme af med sin frustration, da hun søgte job efter endt uddannelse.

”Jeg havde været til fire jobsamtaler, og der var stadig ikke bid. Derfor blev jeg nervøs for, om jeg ville få en ansættelse. Tilbage meldingerne fra de andre var meget opmuntrende, og det gav en fornyet styrke til at søge videre,” siger Nynne R. Hejesen, der i dag er ansat på Aalborg Sygehus.

Debatteer i gruppen har ført til adskillige meningsudvekslinger, og en debat, som alle tre sygeplejersker synes var spændende, handlede om udskrivelser. En sygeplejerske skrev et indlæg om, hvordan hendes afdeling ventede med at udskrive patienter grundet manglende ressourcer til at tage imod nye patienter. Det ville lægge for stort pres på afdelingen. Det var der flere, der kunne nikke genkendende til.

”Det var en spændende debat, hvor jeg fandt ud af, at min afdeling ikke er den eneste, der udskrives på bestemte dage i ugen,” siger Nynne R. Hejesen.

”Det er f.eks. et af de emner, jeg ikke kan tale med mine kolleger om, for vi ved jo ikke, hvordan det er i resten af landet,” siger Karin Sørensen.

**Sårbar kontakt**

De tre debattører har på hver deres måde haft glæde af nettets muligheder. Nynne R. Hejesen har brugt bloggen til bl.a. at debattere andre emner, som f.eks. beskrive livets gang i Brovst, en lille landsby, hvor kommunemesterskaberne i firmafodbold afgøres mellem Brovst Tømmerhandel og Superbrugsen. Helle Heinmann var under sin gra-

## DE VIRTUELLE VENNER VENTER

**Nye fællesskaber.** Den internetbaserede verden vinder indpas i det moderne liv. Her kan vi bl.a. finde nye venner og svar på spørgsmål 24 timer i døgnet. Men forvent ikke det samme af internettet, som du gør af virkeligheden.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Virker den virtuelle verden skræmmende, og har du aldrig ”talt” med et menneske i et debatforum på nettet, kan det være svært at se meningen med det. Måske frygter du, at de nye debatfora vil erstatte de fysiske relationer.

Men den ny fagre virtuelle verden har noget at tilbyde. Rasmus Helles, ph.d.-stipendiat i Medievidenskab på Københavns Universitet, mener, at et netværk på nettet og det virkelige liv kan mange af de samme ting, som mennesket har brug for, som f.eks. problemløsning og støtte.

Han påpeger, at de virtuelle fællesskaber, modsat de fysiske, er tilgængelige døgnet 24 timer alle steder fra i landet, og at man ikke

behøver forlade sit hjem for at finde nogen at kommunikere med.

”Det, som et virtuelt netværksforum kan modsat et fysisk netværk, er, at man hurtigt kan finde folk, som er i den samme situation som én selv, eller som man deler interesser med. Og det skaber en mere målrettet interaktion,” lyder det fra Rasmus Helles, som forklarer, at når man møder folk på nettet, kan man springe i hvert fald nogle af de høflighedsting over, som er forbundet med at mødes fysisk med folk, man ikke kender.

De nye debatfora har derfor potentiale til at ændre tingene for mange mennesker. Hvis man er fagligt eller politisk engageret, er der mange

faglige fora, hvor professionelle kan mødes og udveksle erfaringer.

”Det er ikke alle arbejdspladser, hvor man kan tale med sine kolleger om tingene. Kan man ikke det, er der en mulighed for at dele nogle erfaringer med andre i samme situation i et fagligt netværk,” siger Rasmus Helles.

**Risici og konsekvenser**

Der er risici og konsekvenser ved at lægge sit private liv ud på nettet. For internettets nye relationer forpligter ikke i samme grad som de traditionelle fysiske venskaber.

”Man kan opdyrke nogle relationer, som pludselig står af eller holder op med at skrive.



## INTERNETTETS ABC

Når du først er i gang på nettet, vil du utvivlsomt fare vild i nogle helt nye begreber og ord, du ikke har hørt før. Hvad betyder f.eks. \*LOL\* eller IRL eller for den sags skyld \*SS\*? Hvorfor sætter man små stjerner uden om ordene? Svaret er, at du er løbet ind i chatsproget. Det er et sprog, som består af forkortelser, og som gør kommunikation hurtig og let. Men møder du ord som \*rødmer\* og \*fløjter uskyldigt\*, er du stødt ind i regibemærkningerne. Det er ofte dem med stjerner udenom. De er angivelser af handlinger og følelses- og kropsudtryk, der dramatiserer samtalen. Det kan f.eks. være som kommentar til ros \*rødmer\* – derved udtrykker man en følelse af at blive flov – eller \*klapper ivrigt\* – personen udtrykker glæde eller motivation.

## CHATSPROGETS MINIPARLØR

*SS*	– Smiler sødt
*LOL*	– Laughing out loud
IRL	– In real life
*V*	– Vinker
*g*	– Griner

Se mere på: [http://www.elkan.dk/sprog/chat\\_smileys.asp](http://www.elkan.dk/sprog/chat_smileys.asp)

viditet aktivt medlem af en mødregruppe på portalen Groupcare, hvor de talte om alt fra store maver og bleskift til rollen som mor. Karin valgte at være ansvarlig for en gruppe på Mingler, hvor hun har det øverste ansvar.

De tre erfarne online-debattører er enige om, at de nye online netværk aldrig må erstatte den rigtige levende kontakt til mennesker i det virkelige liv.

”Det er en sårbar kontakt. De mennesker, man har haft inspirerende debatter med, kan melde sig ud af fællesskabet uden varsel og uden et farvel. Derfor må man ikke lægge for meget i det,” siger Helle Heinmann, der selv har været tilbageholdende med, hvor meget hun videregiver af sig selv.

”Man skal være varsom med, hvad man deler med en gruppe af mennesker, som man

slet ikke kender. Når man udtrykker sig på skrift, kan man let komme til at åbne sig for meget,” siger Helle Heinmann.

Det er dog heller ikke hvem som helst, der bliver lukket ind i gruppen. Og derfor har Karin Sørensen valgt at gøre gruppen lukket, hvilket betyder, at man ikke kan blive medlem uden hendes godkendelse.

”Jeg er nødt til at have en vis kontrol med, hvem der kommer ind i gruppen. Når en person har ansøgt om medlemskab, plejer jeg lige at tjekke deres profil. Man kan altid smide dem ud igen, hvis de ikke overholder reglerne,” siger Karin Sørensen.

Men det er endnu ikke sket.

*sma@dsr.dk*

### ))) EN DIGITAL DAGBOG

En blog er en dagbog på nettet. Modsat den klassiske private dagbog henvender en blog sig til verden. Dens oprindelige betydning stammer fra ordet weblog. Altså en log på web. Det vil sige en elektronisk dagbog. I dag kaldes den populært for blog. I en blog følger der ofte nogle ting, som du ikke kan få i en almindelig dagbog. Man kan f.eks. indsætte billeder af fødselsdagen og indsætte videoklip fra ferien, eller hvad du nu har lyst til. En blog tillader andre at kommentere på de tanker, du udtrykker. Du kan få behandlet dine idéer og komme i kontakt med andre omkring de tanker, som du har beskrevet i din blog.

Grunden kan være, at deres livssituation ændrer sig, men man kan også nemt komme til at fejlbedømme, hvor betydningsfuld relationen er for de andre,” siger Rasmus Helles og påpeger, at det især er i starten, man kan risikere at gå fejl af andres hensigter.

Derfor kan det være en fordel at kigge med et stykke tid, indtil man har gennemskuet spillereglerne og bedre ved, hvad man skal forvente sig.

*sma@dsr.dk*

Har artiklerne om internettets muligheder og begrænsninger vakt noget i dig? Eller har du selv erfaringer, du ønsker at give videre? Klik ind på vores hjemmeside og bland dig i debatten på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

### ))) FEM GODE RÅD, FØR DU BEGYNDER

1. Orientér dig, før du opretter en profil på et socialt netværk. Kig lidt på de forskellige profiler og se, om det appellerer til dig. Læg mærke til, hvad de andre brugere har skrevet i deres velkomsttekst eller i deres blogs.
2. Tilmeld dig med dit eget navn og indsend et vellignende billede.
3. Giv ikke din e-mail eller dit telefonnummer til nogen, du ikke kender eller ikke er tryk ved.
4. Vær åben for forskelligheder, for der er mange slags mennesker i et online socialt netværk.
5. Bliver du i tvivl, så tjek FAQ'en, som betyder: Frequently Asked Questions. Der kan du finde de spørgsmål, folk ofte stiller.

## Kære regering og Folketing

Efter en kort og intens valgkamp skal det nye Folketing og den nye regering – der enten allerede er dannet eller er lige på trapperne – nu trække i arbejdstøjet og omsætte både visioner og valglofter til politiske beslutninger.

Jeg har tre konkrete opfordringer:

For det første: Skru op for investeringerne i sundhedsvæsenet. Det danske sundhedsvæsen har ikke fået tilført nær så mange penge som sundhedsvæsenene i de lande, vi normalt sammenligner os med. Siden 1970 er sundhedsudgifterne pr. indbygger årligt steget med 1,9 pct. i Danmark. I de øvrige vestlige lande er tallet 4,0 pct.

Samtidig er der store problemer med folkesundheden: Danskerne lever 2½ år kortere end svenskerne, folkesygdommene vinder frem alt for hurtigt, og der er stor social ulighed i sundhed og sygdom.

Derfor skal Folketinget investere langt mere i sundhedsvæsenet og befolkningens sundhed. En konkret opfordring: Gennemfør en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse med forpligtende mål for kommuner og regioner.

For det andet: Gør noget ved den alvorlige mangel på sygeplejersker. Der mangler lige nu flere end 1.500 sygeplejersker – og problemet vokser. International forskning viser, at det går ud over patienternes sundhed og sikkerhed, f.eks. i form af længere indlæggelsestid, flere komplikationer og større dødelighed.

Derfor er det afgørende, at Folketinget sætter alle kræfter ind på at sikre, at flere unge vælger at uddanne sig til sygeplejerske, og at de erfarne sygeplejersker bliver længere på arbejdsmarkedet.

For det tredje: Skab ligeløn! Sygeplejerskerne har et løn efterslæb, der er så stort, at vi ikke kan løse problemet ved forhandlingsbordet: Hver gang en privatsat med en mellemlang videregående uddannelse – typisk en mand – tjener 100 kr., tjener en offentligt ansat med samme uddannelsesniveau (som f.eks. en sygeplejerske) kun 73 kr. Derfor skal sygeplejerskerne have en markant bedre løn.

Uligeløn er et samfundsproblem. Derfor er det nødvendigt, at Folketinget afsætter en ekstra pulje penge til de offentlige overenskomstforhandlinger. Den nye regering skal også nedsætte en ligelønskommission, der kan bane vejen for en egentlig ligelønsreform.

Der er rigeligt at tage fat på for Folketinget og regeringen. Jeg synes, perspektivet er helt klart: Skab et bedre sundhedsvæsen – for patienterne og sygeplejerskerne.

*"En konkret opfordring: Gennemfør en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse med forpligtende mål for kommuner og regioner."*



Connie Kruckow, formand



## Ret op på misforholdet

Af Henrik Andersen, afdelingssygeplejerske

Kommentar til artiklen "Afdelingssygeplejersker er mindre stressede end andre ledere" i Sygeplejersken nr. 21/2007.

**H** Oversygeplejerske Mette Videbech har i en masterafhandling fundet frem til, at afdelingssygeplejersker ikke er mere stressede end andre mennesker – de er oven i købet mindre stressede end andre ledere.

Videbechs fund muliggør dog også en anden sammenligning.

Størstedelen af de sygeplejersker, som danner grundlag for Videbechs undersøgelse, har jævnligt overarbejde. "Kun 8 pct. havde intet merarbejde, mens 28 pct. havde mellem 1-3 timers merarbejde/uge, 47 pct. mellem 4-8 timers merarbejde/uge og 17 pct. mere end otte timers merarbejde pr. uge."

Afdelingssygeplejersker er ansat uden højeste tjenestetid, og selv om der er mulighed for lokal aftale om særligt tillæg til ledere, der periodevis deltager i f.eks. vagtarbejde, må man formode, at flertallet af de i undersøgelsen nævnte afdelingssygeplejersker ikke har fået ekstra i lønningsposen, selv om arbejdstiden for de fleste jævnligt overstiger 37 timer.

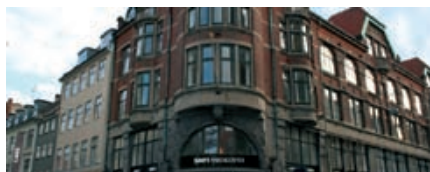
I København får en afdelingssygeplejerske på løntrin 5 en nettomånedsløn på kr. 27.215,17, mens en erfaren fuldtidsansat sygeplejerske på løntrin 6 får en nettomånedsløn på kr. 24.473,67. Afdelingssygeplejersken får altså kr. 2.741,50 eller ca. 11,2 pct. mere i nettomånedsløn.

Nettomånedslønnen dækker for fuldtidsansatte sygeplejersker kun for 37 timers arbejde, men for afdelingssygeplejersker dækker det også for det i undersøgelsen nævnte merarbejde.

Dækker de 11,2 pct. højere nettomånedsløn da den længere arbejdstid, afdelingssygeplejerskerne har? 11,2 pct. af 37 timer er ca. 4,1 time, og da 47 pct. af afdelingssygeplejerskerne i undersøgelsen arbejder 4-8 timers merarbejde/uge, og 17 pct. har mere end otte timers merarbejde pr. uge, må man konkludere, at størstedelen af afdelingssygeplejerskerne aflønnes med en ringere nettotimeløn end de basisygeplejersker, de har ansat i deres afsnit.

Hvis DSR i det lange løb skal fastholde en afdelingssygeplejerske som mig i medlemskartoteket, bør den kommende overenskomst rette afgørende op på dette misforhold.

Henrik Andersen er afdelingssygeplejerske på Bispebjerg Hospital.



VIL DU HAVE EN KOMPETENCEGIVENDE EFTERUDDANNELSE I ERNÆRING OG SUNDHED, SIDELØBENDE MED DIT ARBEJDS- OG FAMILIELIV?

SÅ TAG EN DIPLOMUDDANNELSE!

KOM TIL INFORMATIONS MØDE OG HØR MERE OM SUHR'S DIPLOMUDDANNELSER  
TORS DAG DEN 28. NOVEMBER  
KL. 17-19

#### ADGANGSKRAV

Relevant videregående uddannelse (fx økonomi, pædagog, sygeplejerske el.lign.) samt mindst 2 års erhvervs erfaring.

# SUHR'S

SUHR'S Seminarium  
Pustervig 8  
1126 København K  
Tel.: +45 3332 1170  
www.suhr.dk

## psykoterapeutisk institut århus

Grundlagt af Christine Byriël  
psykoterapeut MPF

### Psykoterapeutisk uddannelse

- 2-årig grunduddannelse
- 3. og 4. års overbygning
- Assertion, supervision, klinik

Telefon 7021 3140  
www.piaa.dk

## Nye kompetencer? Sundhedsfaglig kvalificering

### Sundhedsfaglig diplomuddannelse

Moduler forår 2008:

- Det sundhedsfaglige obl. modul
- Kommunikation
- Deltagerforudsætninger
- Metoder til klinisk kvalitetsudvikling
- Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis i relation til
  - sundhedsformidling og klinisk uddannelse
  - klinisk professionspraksis
  - sundhedsfremme og forebyggelse
- Afgangsprojekt

### NYHED!

### Fleksibel diplomuddannelse i forandrings- og procesledelse

Moduler forår 2008:

- Det sundhedsfaglige obl. modul
- Kommunikation
- Vejledning og supervision som personlig kompetencegivende

### Pædagogisk diplomuddannelse med et sundhedsfagligt sigte

Moduler forår 2008:

- Human ernæring
- Motorisk udvikling og kropslig læring
- Idrætsdidaktik og kropsfilosofi
- Krop, bevægelse og kommunikation
- Afgangsprojekt

### Konsulentydelse

Skræddersyede uddannelsesforløb og bistand i relation til forandringsprocesser og sundhedsfaglige udviklingstiltag.  
Kontakt:

Anne Regitze Lind-Holm,  
arlh@cvukbh.dk  
Anne Mette Jørgensen,  
amj@cvukbh.dk

### Mere information

Susan Eirfeldt, Tlf 4829 4725  
se@cvukbh.dk

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



## Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

I januar 2008 starter vi hold i:

Gentofte  
Herlev  
Næstved  
Odense  
Århus

Der er tilmeldingsfrist 1. december 2007.

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

tlf. 54 888 224 • [www.ceus.dk](http://www.ceus.dk)

**CEUS**  
Handelshøjskoleafdeling

## Den sygeplejefaglige vinkel manglende

Af Gert Petersen, næstformand

Kommentar til læsernes redaktør "Redaktør med to kasketter" i *Sygeplejersken* nr. 20/2007.

I *Sygeplejersken* nr. 20/2007 reflekterer læsernes redaktør Niels Rohleder (NR) over den journalistiske frihed kontra de politiske interesser i relation til fagbladet *Sygeplejersken*. NR henviser til risikoen for ligegyldighed og ensidighed, hvis et fagblad mangler journalistiske præmisser i den redaktionelle linje.

NR argumenterer med, at journalister ønsker at varetage journalistiske hensyn. Han antyder, at DSR har et ønske om "politisk styring." NRs udgangspunkt synes at være frygten for, at den politiske ledelse ønsker kontrol over *Sygeplejerskens* redaktionelle linje. Han og fagfæller kan redde sygeplejersker fra det scenarie. Mig bekendt er DSRs vision at være i dialog om interessevaretagelse, sygeplejefaglighed og sundhedspolitik.

Mit synspunkt er, at den journalistiske udfordring på vores fagblad må være at have sygeplejerskers faglighed som sit centrum. Det lykkes ikke altid lige godt.

I *Sygeplejersken* nr. 17/2007 skrev chefredaktøren om ledelse. Efter min mening var hans kommentarer meget overordnede. Derfor blev chefredaktørens henvendelse til sygeplejersker, hvor 10-15 pct. af medlemmerne beskæftiger sig med ledelse, i bedste fald ligegyldig. I værste fald en belæring om at adskille faglighed og ledelse. Med de mange perspektiver, der er på ledelse, ville det vel have været på sin plads, at sygeplejerskernes fagblad havde anvendt en sygeplejefaglig vinkel.

Temanummeret indeholder yderligere fire artikler om ledelse – interessante artikler. De fleste med et lidt negativt syn på sygeplejefaglige ledere. Men det er vel en linje, vi må være parate til at læse for at få udfordret fagligheden. Desværre var der ingen artikler om faglig ledelse og det faktum, at sygeplejersker udøver og modtager ledelse ud fra det synspunkt, at ledelse af fagpersoner kræver faglig indsigt.

Vi er mange sygeplejersker, der ønsker os et fagblad, hvor sygeplejerskers komplekse verden belyses ud fra en sygeplejefaglig vinkel – meget gerne med journalistens faglige kunnen til at sikre en bred og professionel formidling. Kan sygeplejerskers og journalisters faglighed gå hånd i hånd?

Gert Petersen er næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Århus amtskreds.

## Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Kære Gert Petersen!

Tak for dit indlæg til *Sygeplejersken*. Hensigten med artiklerne om ledelse i *Sygeplejersken* nr. 17/2007 har bl.a. været at give læserne inspiration til endnu bedre at håndtere en situation med en leder med forbedringspotentiale. Jeg synes, at artiklerne giver en alternativ vinkel på problemfeltet – f.eks. at det kan betale sig at opdrage sin egen leder. Det var nyt for mig.

De lederegenskaber, vi har valgt at fokusere på i artiklerne, fremhæver rigtigt nok ikke faglig indsigt som en af de vigtigste, og det er selvfølgelig også en vigtig forudsætning, at en leder har den nødvendige faglige tyngde. Men for at citere afdelingschef Anette Digmann fra Region Midtjylland så skal man ikke bare vælge en leder, der har gjort det godt på det faglige felt, der er brug for meget mere professionalisme, siger hun.

De generelle lederkompetencer, evnerne til at lede andre mennesker og den personlige indstilling til ledelsesrollen er også nogle af de emner, jeg fremhæver i min eftertanke i samme blad. Og netop lederevnerne – at kunne lede og styre mennesker igennem store forandringer – må være i høj kurs i denne tid både i regionerne og kommunerne, hvor fusioner og sammenlægninger stadig fylder meget.

"Taberne bliver den store gruppe af ældre og svagelige medicinske patienter, som ikke er omfattet af nogen som helst garantier."

Vibeke Westh, kredsformand, DSR Kreds Hovedstaden, om den nye en-månedes ventetidsgaranti, *Dagens Medicin* den 1. november 2007.

## ►►► HVAD MENER DU

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

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

Er sladder et problem på din arbejdsplads? Læs artiklen "Har du talt om din kollega i dag" på side 16.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 21/2007:

Har du inden for den sidste måned overvejet at skifte jobfunktion?

Svar	antal	pct.
Ja	152	66,7
Nej	71	31,1
Ved ikke	5	2,2
<b>I alt</b>	<b>228</b>	<b>100</b>



# SYGEPLEJERSKEN

»»» FAG

**Få det bedre, når du arbejder om natten » 50**

**Sygeplejersker mødes om forskningsbaserede artikler » 54**

## Den anoreksiramte unge kan behandles i hjemmet

- Fagtanker » 40
- Faglig information » 40
- Resuméer af international forskning » 41
- Agenda » 48
- Testen » 53
- Anmeldelser » 58
- 5 faglige minutter » 60

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

## Ikke bare en slankekur

Først tænker man, at hun er kræsen – datterens veninde, som er til middag for første gang. Anden gang, når heller ikke lasagne falder i hendes smag, mens en smule gulerodssalat tages til nåde, stikker moralen sit onde ansigt frem: "Tag dig dog sammen."

Tredje gang, når tre salatblade og en skive tomat stryges med kniven for evt. olie, mens hun stolt fortæller om sit væggtab og daglige besøg i fitnesscenteret, melder mistanken sig.

Forældrene har vidst det længe, viser det sig. Hvert måltid hjemme opleves som en kamp, men selv har hun ingen erkendelse af problemet.

Topartiklen "Den anoreksiramte unge kan behandles i hjemmet" side 42 om anoreksiens helvede for både den unge og familien peger forsigtigt på, at anoreksibehandling i den unges eget hjem kan udgøre en vigtig sten i vejen til helbredelse.



Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



# Alt er muligt, indtil det modsatte er bevist

AF LAUST SØRENSEN, SYGEPLEJERSKE,  
OG LONE KRONBORG ANDERSEN, CAND.MAG.

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder på plejehjem. Den beskriver, hvordan personalet kan arbejde med afsæt i et teoretisk grundlag til gavn for beboerne.**

Indlægget er en refleksion over, hvordan *Kirsten Amstrups* perspektiv beskrevet i artiklen "Udnyt ressourcerne hos svært demente gamle" (1) kommer til udtryk i daglig praksis på Betaniahjemmet på Frederiksberg.

Hjemmets motto: "Alt er muligt, indtil det modsatte er bevist," er udtryk for, at ressourcerne skal bruges i videst muligt omfang.

Når vi som mennesker bliver mødt og set, vokser vores selvværd, og vi får lyst til at leve livet og deltage i aktiviteter og fester, på trods af alderdom og demens. Det er Betaniahjemmets formel på at dyrke beboernes ressourcer, så tilværelsen på plejehjemmet bliver indholdsrig og fuld af mening. Indhold og meningsfuldhed giver livskvalitet.

Det er vigtigt at se, hvilket liv beboeren har levet, kende hans identitet og livshistorie. Uanset hvor dement man er, findes der altid et menneske og en livshistorie inde bagved. Har man eksempelvis været vant til at være pænt klædt i pressede bukser, skjorte og slips, skal det respekteres og forsøges opretholdt. Ligesom tøjet er en identitetsmarkør, er referencer til beboerens tidligere profession en anden måde at bekræfte den dementes identitet på.

Tag f.eks. Marie. Hun er rastløs, bange, forvirret og vil hjem til sin mor, som hun udtrykker det. En del af Maries identitet og historie er, at hun i mange år har undervist i engelsk som lektor på et gymnasium, og at hun går meget op i sin malerisamling. For at forhindre, at Marie går fra plejehjemmet, skal plejeren henvende sig til Marie som lektor. Så retter Marie sig op og vil glad vise sin fine samling af malerier frem. Væk er hendes rastløshed, angst og længsel efter at komme hjem til sin mor. I stedet for at tale om moderen, som Marie vil hjem til, skal personalet tage udgangspunkt i hendes identitet og møde hende dér.

## Fra fitness til fest

I forlængelse af filosofien om mødet beskriver sygeplejeproffesor *Katie Eriksson*, hvordan omsorg består i god fysisk pleje, leg og læring (2). Leg er en måde at prøve sig frem, afprøve grænser og ikke mindst lære noget nyt på. Den tilgang bruges i den fysiske træning gennem leg. Det har f.eks. vist sig, at legen og sangen for Anna er det, der skal til, for

# Ph.d.-afhandling

## Vejledningssamtaler i praksis

AF LINDA SCHUMANN SCHEEL, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.

at hun deltager aktivt i fysioterapeutens træning. Anna har svært ved at tolke sproget, så i stedet for at tale til hende, når man gerne vil have hende med til træning, skal man synge en lille sang. Så lyser Anna op, synger, leger og træner med.

Betaniahjemmet er kendetegnet ved dets mange forskellige aktiviteter, fra fitness til fest, udflugter og rejser. Det er vores erfaring, at det giver livskvalitet og glæde at opleve noget sammen med andre. Beboerne bliver vant til at opleve og få indtryk, det holder dem friske. Aktiviteterne giver noget at se frem til, så man vælger livet i stedet for at sygne hen, og det sociale samvær mellem beboere og personale og beboerne imellem bidrager til et godt fællesskab og en varm atmosfære.

Denne tilgang til arbejdet med demensramte lægger sig op ad *Tom Kitwoods* nuancering af den dementes behov for kærlighed i form af begreberne tilknytning, beskæftigelse, trøst, inklusion og identitet som de vigtigste psykologiske behov hos mennesker med demens (3). Eksemplerne fra de aktuelle plejesituationer viser effekten, når dette perspektiv implementeres.

*Laust Sørensen er forstander på Betaniahjemmet på Frederiksberg; ls@betaniahjemmet.dk  
Lone Kronborg Andersen er ansat samme sted.*

*Betaniahjemmets erfaringer med arbejdet med demensramte er illustreret i filmene "Mindene har jeg da lov at ha'" og "Fyld mit hjerte – du gyldne sol." Betania Film 2000. Dvd'erne kan købes på Betaniahjemmet for en samlet pris på 500 kr. eller enkeltvis for henholdsvis 350 kr. og 250 kr.*

*Henvendelse til ls@betaniahjemmet.dk*

### Litteratur

1. Amstrup K. Udnyt ressourcerne hos svært demente gamle. *Sygeplejersken* 2007;(13/14):38-45.
2. Eriksson K. Omsorgens idé. København: Munksgaard Danmark; 1999.
3. Kitwood T. En revurdering af demens – personen kommer i første række. København: Munksgaard Danmark; 2003.

*Linda Schumann Scheel, cand.pæd., forsvarer fredag den 7. december 2007 kl. 13.00 afhandlingen "Refleksion og intuitiv didaktik-i-handling – vejledningssamtaler i praksis." Forsvaret finder sted på Danmarks Pædagogiske Universitet (DPU), Tuborgvej 164, 2400 København NV i lokale D 174.*

Forskningsprojektet er en kvalitativ undersøgelse af sygeplejerskers og studerendes samtaler efter en plejesituation, hvor der undersøges, hvilke faktorer der har betydning for verbaliseret refleksion med henblik på at kunne forbedre samtalen og dermed læring i praksis.

I forskningslitteratur er refleksion ikke beskrevet direkte i relation til samtalerne. Der er forskellige definitioner på refleksion, og der er ikke en direkte forbindelse mellem refleksion og de faktorer, der har betydning for denne.

Vejledningssamtalerne inddeles i sekvenser i et såkaldt refleksionshjul. Der vises eksempler på refleksion, som beskrives via en refleksionscyklus, der består af fem faser.

I alt fire faktorer har betydning for refleksionen: Sagens og fagets krav samt etisk og asymmetrisk fordring. Disse faktorer er forenet i intuitiv didaktik-i-handling, som indikerer, at de alle er til stede, når refleksion finder sted. Faktorerne er operationaliseret og kan identificeres ligesom refleksion. Kombinationen af faktorerne i samtalerne beskrives i tre temaer.

*Linda Schumann Scheel er ansat hos Muusmann Research & Consulting; lssc@muusmann.com*

*Opponent/bedømmelsesudvalg:  
Professor Liv Duesund, Universitetet i Oslo.  
Professor Erik Laursen, Aalborg Universitet.  
Professor Per Fibæk Laursen, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole (formand).*

*Vejledere:  
Prodekan Bjarne Wahlgren  
Lektor Kirsten Reisby.*

## Afhængighed vs. uafhængighed hos mennesker med kronisk sygdom

**R** *Delmar C, Bøje T, Dylmer D, Forup L, Jakobsen C, Møller M, Sønder H, Pedersen BD. Independence/dependence – a contradictory relationship? Life with a chronic illness. Scand J Caring Sci; 2006; 20, 261-8.*

Dette studie er en del af en større undersøgelse, der handler om, hvordan det opleves at leve med kronisk sygdom. De 18 deltagere i delstudiet fordeler sig ligeligt på tre diagnoser: type 1-diabetes, colitis ulcerosa og patienter i rehabilitering efter koronarokklusion. Alle deltagere blev interviewet, og det transskriberede interviewmateriale blev analyseret under inspiration af *P. Ricoeurs* refleksive fænomenologi.

Resultaterne viser, at der findes nogle fællestræk hos mennesker, der lever med kronisk sygdom, uafhængigt af hvilken diagnose de har. F.eks. er det en værdi for deltagerne at opleve, at de både har ansvar for sig selv og kan vælge, hvad de vil deltage i. At føle sig værdig og respekteret er tæt forbundet med at være i stand til at klare sig selv og dermed være uafhængig af hjælp fra andre. Studiet viser også, at det er menneskesynet, der er bestemmende for, om hjælp fra andre og det at klare sig selv kan forenes. Anlægger man et relationelt syn på mennesket, er der ikke nogen modsætning mellem at være afhængig og at være uafhængig. Et individualistisk, liberalistisk syn på mennesker kan derimod tilskynde til selvbebrejdelse og skyldfølelse. Forfatterne konkluderer, at sygeplejersker må arbejde på at kvalificere deres opmærksomhed i forhold til patienternes værdier, menneskesyn og betydningen af at kunne vælge frit.

*Af Bente Martinsen, sygeplejerske, cand.cur., ph.d.-stipendiat; bm@sygeplejevid@au.dk*



# Den anoreksiramte unge kan

AF ANNE MARIE BUKHOLT, DISTRIKTSSYGEPEJERSKE

**Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker. Den er baseret på et pilotprojekt fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Kolding, hvor distriktssygeplejersken benytter systemiske og narrative metoder i hjemmebehandlingen af den anoreksiramte familie. Hovedbudskabet er, at hjemmebehandling af den anoreksiramte unge er lovende, men kræver yderligere undersøgelser.**

Anorexia Nervosa (anoreksi) er i Danmark en relativt hyppig lidelse, som rammer ca. 5 pct. af unge kvinder. Tilstanden er karakteriseret ved et betydeligt vægttab som følge af restriktiv fødeindtagelse, eventuelt kombineret med overdreven motionering og udrensende adfærd. Den unge har ligeledes en sygelig angst for at blive for tyk, samtidig med at kropsopfattelsen er markant forstyrret, idet den unge oplever sig klart større, end hun reelt er. Pigerne har som regel ophør af menstruationer, hvis de ikke tager p-piller (1).

Officielle anbefalinger vedrørende behandling af anoreksi lægger vægt på, at der primært anvendes ambulante strategier og en aktiv involvering af forældrene. Målet er at genoprette familiens normale funktioner kombineret med vægtøgning hos den unge gennem en normalisering af spisemønstret og motionering, samt ophør af udrensende adfærd (2).

Kendetegnende for familier med en ung med anoreksi er en oplevelse af total forandring i deres liv og dagligdag. Anoreksien vil som en snerle hurtigt omslynge og infiltrere hele familien.

Fra tidligere at have været en almindelig familie med almindelige måltider, hyggestunder, ferierejser, ungeliv, voksenliv m.m. bliver familien en kampplads, hvor konflikter omkring spising, motion og udrensning kvæler alt andet. Samtidig er vægten som regel på vej derved, hvor enhver kan se, at det er livstruende. Forældrene oplever angst, skyldfølelse, mag-

teløshed og mangler tro på egen forældrekompetence (3).

## Inkompetencen cementeres

Som professionel mødes man gentagne gange med spørgsmål som:

”Hvordan får vi vores datter/søn til at spise igen?”

”Hvordan skal vi tackle måltiderne derhjemme?”

Forældrene føler sig ikke hjulpet ved blot at få udleveret en kostplan ledsaget af en opfordring til at få den unge til at følge planen eller ved at konstatere, at man under en eventuel indlæggelse kan få deres datter til at spise efter en kostplan. Tværtimod oplever forældrene ofte, at deres følelse af inkompetence cementeres og fremstår endnu klarere.

Selv om forældrene via et indlæggelsesforløb eller ambulante forløb ofte har haft løbende kontakt til behandlernetværket omkring den unges spiseproblemer i en længere periode, giver mange af dem udtryk for, at de føler sig magtesløse og alene i bestræbelserne på at få den unge til at spise derhjemme.

De voldsomme konflikter ved specielt måltiderne og i forbindelse med den unges ofte meget tvangsprægede og rigide handlemønstre er vanskelige for forældre og andre nærtstående at tackle.

Fra at have et ungt menneske godt på vej til selvstændiggørelse står de som forældre pludselig med en ung, som indimellem svinger fra at være et meget lille barn,



### »» BOKS 3. CITATER FRA DE UNGE MED ANOREKSI

- ”Det kan være hårdt indimellem, men man bliver klogere på sig selv. Det er rart, når behandleren kan støtte ens gode side, og fra hvert besøg kunne jeg tydeligt mærke mit gamle jeg komme tilbage. Det er en stor hjælp, når den side bliver støttet så meget, at man får roen igen.”
- ”Vi er blevet meget klogere på hinandens følelser, reaktioner og behov, så mine forældre er blevet meget bedre til at støtte mig. Før kunne de godt komme til at støtte mig i det forkerte, altså det som jeg ikke havde behov for på dette tidspunkt – men nu kender de mig bedre. Der er selvfølgelig lidt vanskeligheder, men det kan man ikke undgå.”

ARKIVFOTO: CORBIS

# behandles i hjemmet

som har brug for, at forældrene tager over og ved bedst, til at være den mere alderssvarende unge.

## Udvikling i familiemæssig kontekst

Behandlingen af anoreksi har hidtil været centreret om hospitalsbaserede og hospitalslokaliserede tilbud. Det gælder såvel ambulante behandling og behandling under indlæggelse som tilbud om psykoedukation af pårørende. Den hospitalsbaserede behandling af de unge med anoreksi kan, hvis der ikke arbejdes fokuseret med inddragelse af forældrene og udvikling af deres kompetencer, medføre berettiget angst hos forældre og de unge for, hvordan det skal gå efter udskrivelse.

Meget tyder på, at den kontekst, hvori handlestrategierne indlæres, er af stor betydning for, i hvilken kontekst de kan implementeres. Det er således ikke optimalt at instruere forældrene om, hvordan de derhjemme støtter den unge i at spise, begrænse motion, kontrollere udrensning og få gang i ungelivet igen, når de befinder sig i et hospitalsmiljø. Det ideelle ville være, at forældrene sammen med den unge blev instrueret og trænet i at udvikle egne strategier i de rammer, som er virksomme lige netop i deres hjem og deres familiemæssige kontekst.

## Træning hjemme hos familien

På Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling i Kolding har jeg som distriktsygeplejerske, det sidste år ansat i et pilotprojekt i afdelingens spiseforstyrrelsesteam, taget

hjem til den anoreksiramte familie for ud fra en systemisk og narrativ forståelsesramme at give et tilbud om samtale i hjemmet, hvor træning i at indtage et måltid indgår som et centralt element.

Baggrunden for pilotprojektet var en oplevelse hos behandlerne af, at der i stigende grad opstod problemer med de unge og meget dårlige anoreksipatienter, når de efter lang tids indlæggelse skulle udskrives til hjemmet til fortsat ambulante behandling. Fra forældrene kom der under indlæggelsesforløbene og i de psykoedukative pårørendegrupper flere og flere bemærkninger om, at de derhjemme følte sig meget alene i kampen for at få den unge til at spise. Det var lettere sagt end gjort at få den unge til at følge vores kostplan derhjemme. Den vejledning og de råd, forældrene havde modtaget fra behandlere og miljøpersonale, var vanskelige at overføre til hjemmet. Samtidig blev det klart, at de unges søskende ikke altid blev inddraget i behandlingen, og at der var et stort behov for en indsats på det område.

## Sammenhængen er vigtig

Inspireret af multipel familierapi til unge med anoreksi med baggrund i systemisk og narrativ terapi, hvor der både arbejdes specifikt med måltidet, men også med den samlede families forhold, er idéerne til denne nye metode udsprunget (4). Derudover har jeg i mit uddannelsesforløb i systemisk familierapi været meget optaget af kontekstbegrebet (5).

» I psykiatrien har det i mange år været velkendt, at det at overføre ADL-træning fra hospitalets rammer til de hjemlige rammer er meget vanskeligt. En grundlæggende systemisk antagelse er, at alt er forbundet med alt i verden. Det vil sige, at omgivelserne – den sammenhæng eller kontekst, man er en del af – er vigtige for forståelsen af den enkelte eller familien.

Når vi ser den unge og familien, er forudsætningen for at kunne forstå den unges og familiens situation at være nysgerrig og interesseret i deres forskellige måder at opleve situationen på ud fra den private konteksts præmisser og ikke ud fra hospitalets.

Det, der let sker i hospitalsverdenen, er, at vi fokuserer på det syge og overtager forælderrollen. Forældrene kommer derved ud på et sidespor og føler sig måske endnu mere mislykkede som forældre. En anden risiko er, at personale og behandlere lettere i hospitalsverdenen kommer til at lave en defokusering, hvor vi fokuserer på det, der fanger vores opmærksomhed, i stedet for at fokusere på den ramme, fænomenet er sat ind i, og forstå fænomenet ud fra denne. F.eks. blev en mor til en ung indlagt pige oplevet som meget dominerende og styrende af personale og behandlere. Moderens oplevelse var, at hun ikke følte sig hørt og forstået i behandlingsforløbet. Hjemmebesøget hos familien gav en helt anden oplevelse, hvor hjemmets ramme, specielt på det nonverbale niveau, viste et andet billede af familien. På den hjemlige konteksts præmisser fremstod mor som en varm, omsorgsfuld, bekymret mor, som gerne ville være aktiv i sin datters behandling og tage medansvar.



ARKIVFOTO: CORBIS

### Metode

Forud for det første hjemmebesøg præsenteres familien for mig, jeg informerer om tilbuddet, og de giver deres accept. Der planlægges i første omgang to hjemmebesøg med en uges mellemrum, hvorefter der evalueres. Familien får eventuelt tilbud om at fortsætte, og behovet vurderes. Efterfølgende vil der med jævne mellemrum være evaluering af forløb holdt op mod de fælles mål i behandlingsplanen.

Hjemmebesøget varer 2-2½ time, og tidspunktet ligger omkring et måltid, morgenmad eller frokost.

Besøget er delt op i tre dele:

1. del: Samtale a 45 minutter (1. hjemmebesøg 75 minutter), pause 15 minutter.
2. del: Måltidet a 30 minutter.
3. del: Opsamling a 30 minutter.

### Samtalen

Ved det første hjemmebesøg afgrænses sammen med den unge og familien, hvad det er, de har brug for hjælp til at forandre, og hvad de gerne vil opnå med tilbuddet om hjemmebehandling. Der formuleres i fællesskab en behandlingsplan med mål og aftaler, som den unge og familien får udleveret, og som løbende justeres. Derudover vil den første samtale også indeholde en del afdækkende spørgsmål for at få et overblik over, hvad der har ført til, at den unge har fået en spiseforstyrrelse, og i det hele taget at få en fornemmelse af hele familien og dens ressourcer og kompetencer, men også begrænsninger.

### Måltidet

Der orienteres om rammerne for måltidet. Familien har på forhånd – hvis hjemmebesøget er midt på dagen – aftalt, om det er et varmt eller et koldt måltid, den unge skal indtage. Måltidets varighed er en halv time, og jeg sidder væk fra bordet og deltager ikke i måltidet, men kan træde til undervejs med spørgsmål og støtte. Mit udgangspunkt er, at det er kompetente forældre, jeg sidder over for, men at det er forældre, som aktuelt er slået ud af kurs pga. anoreksi. Forældrene kan genvinde deres fulde forældrekompetence igen.

Eksempler på spørgsmål: Om den unge får det at spise, der skal til for at tage på? Hvis ikke, spørge ind til kostplanen og til, hvilke konsekvenser forældrene vil sætte op?

Er den unge helt fastlåst og ikke i stand til at komme i gang med at spise, støttes forældrene i at gøre det, der umiddelbart falder dem for, og går de i stå, forsøger jeg ved hjælp af anerkendende spørgsmål at skubbe dem i gang (se boks 1 og 2 side 45 og 46).

### Opsamling

Dagens program og forløb drøftes, og der aftales fokuspunkter, som familien gerne vil arbejde videre med indtil næste hjemmebesøg.

### Egne måder

Ved hjemmebesøgene er der generelt fokus på, at forældrene finder deres egne måder at gøre tingene på sam-

men med den unge. I samtalen vil der indgå såvel elementer af psykoedukation som systemiske spørgsmålstyper fra lineære, strategiske spørgsmål til de cirkulære, refleksive spørgsmål. De lineære spørgsmål er orienterende og problemafklarende, og der spørges ind til data og fakta. Strategiske spørgsmål stilles for at påvirke den unge eller familien i en bestemt retning. Terapeutens rolle bliver lærer, instruktør eller dommer. De cirkulære spørgsmål er baseret på cirkulære forestillinger og stilles for at afsløre tilbagevirkende mønstre, som forbinde opfattelse og begivenheder; f.eks. spørgsmål om sammenhænge og om forskelle.

Med de refleksive spørgsmål forsøger terapeuten at skabe rum, så den unge eller familien kan opdage nye muligheder og udvikle sig på egen hånd. Det kan f.eks. være hypotetiske og fremtidsrettede spørgsmål (6).

#### *Familiemæssige relationer*

Anvendelse af genogram (stamtræ) til at afdække de familiemæssige relationer er et andet godt redskab i samtalen og kan belyse mønstre og temaer, der har optrådt gennem generationer, og som måske stadig har indflydelse på familiens interaktioner. Et genogram er et stamtræ, hvor man sammen med den enkelte på papir eller tavle nedskriver nærmeste familie et par generationer tilbage. Der kan ligeledes uden om familienstamtræet påføres venner, kolleger eller andre centrale personer fra den enkeltes liv (7).

#### *Narrativ terapi*

Det måske vigtigste redskab i samtalerne med den unge og familien er narrativ terapi. Narrativ terapi handler om historier og om at adskille problemet fra personen, at arbejde med den eksternaliserende samtale. Det væsentlige i narrativ terapi er, at problemet er problemet, det er ikke personen, der er problemet, og det er en fælles opgave at behandle anoreksien og om nødvendig indkalde flere ressourcepersoner, fordi forløbene ofte er langvarige og udmattende (8,9).

### **Tilbagemeldinger præget af begejstring**

De mundtlige tilbagemeldinger fra både unge og forældre er overvejende præget af stor taknemlighed og begejstring. Tilbuddet om hjemmebehandling opleves som en stor støtte. Forældrene fortæller, at de har fået en større indsigt og forståelse, som har medført en større sikkerhed specielt i forhold til, hvordan de skal tackle måltiderne, men også med hensyn til at kunne vurdere, hvornår det er anoreksien, der er på spil, og hvornår det er den unge selv. Dette er vigtigt i forhold til at nedtone det anorektiske og fremme den enkelte unges egne ressourcer.

### **I god og positiv udvikling**

De seks unge, som har deltaget i pilotprojektet, er alle stabiliseret i deres mål-vægt-interval og er i en god, positiv udvikling i og uden for familien. Familierne har fået tilbuddet om hjemmebehandling på forskellige sta-

### **]]] BOKS 1. HJEMMEBEHANDLING TILBUDT VED AMBULANT START**

#### *Hjemmebesøg hos Tine og hendes familie*

Tine er 17 år og bor sammen med sine forældre og lillesøster på 15 år. Storesøster er flyttet hjemmefra. Tines anoreksi startede i februar 2006 i forbindelse med en halsvirusinfektion, og hun blev henvist til ambulante behandling i eftersommeren 2006 med et vægttab på 15 kg og et BMI på 15.

Til stede er: Tine, hendes forældre, lillesøster og jeg.

Efter aftale fra sidste hjemmebesøg kommer jeg klokken otte til dagens hjemmebesøg, da anoreksien er meget aggressiv om morgenen. Vinder den over Tine på det tidspunkt, har den vundet resten af dagen.

Tine sidder sammenkrøbet i fosterstilling ved spisebordet i køkkenet. Hun er helt stivnet i mimikken, og hun nikker kort goddag for derefter igen at krybe ind i sig selv. Mor bemærker, at det er slemt i dag.

Mor sætter sig over for Tine og far ved siden af. Lillesøsteren sidder for den ene bordende i gang med sin Havrefras, og jeg placeres ved den anden bordende, trukket lidt væk fra bordet.

I henhold til kostplanen har mor smurt to halve boller med smør, ost, syltetoj samt sat et glas saftvand frem foran Tine. Hun sidder fortsat sammenkrøbet, og tårerne begynder at trille ned ad kinderne.

Mor læner sig ind over bordet og opmuntrer Tine til at begynde at spise: "Og at det bare er den første mundfuld, hun skal have, og så skal det nok gå."

Det er ikke tilstrækkeligt, og mor vælger at rejse sig og gå over ved siden af Tine. Mor fjerner den ene halve bolle, og den anden skærer hun i mindre stykker og tager en gaffel, hvorpå hun sætter det ene stykke. Og mens hun holder om Tine med den ene arm, guider hun Tines hånd til at føre gafflen op til munden. Mor trøster Tine og roser hende for at have taget den første bid. Derefter kan Tine selv fortsætte og får spist hele bollen samt drukket saftvandet. Far er undervejs også kommet med små opmuntrende bemærkninger, men har også forsøgt at holde en samtale i gang med lillesøsteren, som de plejer med lidt smådrillerier. Jeg vælger at forholde mig i ro, da familien tackler den svære situation flot, og det lykkes Tine at få spist sin morgenmad.

Efterfølgende bliver Tine selv igen, og jeg følger op med samtale, hvor morgenmåltidet ses fra alle familiemedlemmernes side. Tine begynder nu at kunne sætte ord på og fortæller, at anoreksien fyldte 100 pct., og at hun havde haft det rigtig skidt. Hun giver udtryk for, at havde jeg ikke været der under måltidet, tror hun, anoreksien havde sejret.

Jeg anerkender den indsats, de alle har gjort under måltidet, og Tine kan ligesom ved sidste hjemmebesøg give udtryk for, at det, der hjælper til at besejre anoreksien, er den omsorg, som mor giver hende både fysisk og med kærlige ord – og det, at både hun og far står fast. Søsteren oplever på trods af, at anoreksien fyldte så meget i dag, at søsteren har det lidt bedre, nu hvor hun begynder at spise. I situationen vælger søsteren bare at spise videre og snakke med far og familiens hund, som de plejer. Tine fortæller søsteren, at det også er det bedste, hun kan gøre, da det kan hjælpe til at aflede de anorektiske tanker og holde fast i virkeligheden.

På trods af at det er lykkedes mor rigtig godt at få Tine til at spise og sejre over anoreksien, fortæller mor om sin store usikkerhed, når anoreksien er værst. Hun oplever, at det ikke er det samme, der virker hver gang, og hun er glad for at høre, at Tine fortæller, at det vigtigste er, at de som forældre holder fast med alle de argumenter, de kan finde. Mor vil gerne drøfte det, at hun næsten mader datteren, når Tine går helt i stå, og anoreksien fylder det hele som i dag. Tine har flere gange sagt til mor, at det er krænkende ligefrem at skulle mades med den alder, hun har. Jeg spørger, hvad mor ville have gjort, hvis Tine havde en cancerlidelse, hvor hun var så afkræftet, at hun ikke selv kunne spise og drikke. Mor ville klart sørge for, at Tine fik noget at leve af, og vi taler om, at anoreksien kan blive lige så livstruende, hvis den vinder over Tine og familien.

**»» BOKS 2. HJEMMEBEHANDLING TILBUDT EFTER TO ÅRS BEHANDLING**

Eksempel på hjemmebehandling tilbudt efter to års behandling med to længere indlæggelser og et ambulantly forløb.

*Hjemmebesøg hos Pia og hendes familie*

Pia er 14 år og bor sammen med sine forældre og lillebror på 12 år. Pias anoreksi startede for to år siden, og hun har to lange indlæggelsesforløb bag sig, og både hun og familien er meget styret af anoreksien, da tilbuddet om hjemmebehandling starter.

Til stede er Pia, forældrene og jeg. Lillebror er i skole.

Forældrene har i dag valgt, at de skal have varm mad, og menuen står på hakkebøffer, kartofler, sovs og salat. Pia starter med at rode rundt i bøfferne for at finde den mindste og forsøger at skære lidt fra for at gøre den mindre. Mor påpeger dette, og Pia vrisser, men tager en bnf op på sin tallerken. Der bliver ingen sovs øst op, begge forældre kommenterer dette og vil hjælpe, men Pia farer voldsomt op og forlader råbende og udsældende bordet og løber nedeunder på sit værelse. Forældrene drøfter kort med mig deres næste træk, hvor mor vil gå ned og forsøge at få Pia med op til bordet igen.

Det ender med, at Pia slår mor, som grædende vender tilbage til bordet, og far går derefter ned til Pia. Jeg trøster mor og taler med hende om, at det er anoreksien, der har det fulde tag i datteren, og at det også er anoreksien, der får datteren til at slå hende.

I mellemtiden har far forsøgt sig, og det ender i høje råb nedefra og en smækket dør. Far kommer ovenpå, og jeg beslutter at tage over og går derefter ned i køledøren til Pia, som på ingen måde vil lukke mig ind, så vi kan tale sammen. Samtalen foregår derfor igennem døren. Jeg møder Pia med, at jeg både kan se og høre, at det er rigtig svært i dag, og at anoreksien fylder meget. Jeg understreger, at det, vi alle i fællesskab arbejder på, er, at hun kan blive rask, og at hun kan nå de mål, vi i fællesskab har sat om at være hjemme i julen og at komme med hele familien på skiferie i februar.

Pia falder til ro og vender efter et par minutter tilbage til bordet og spiser færdig. Jeg anerkender den store indsats, de alle tre har gjort, hvor anoreksien har været meget aggressiv. Vi samler efterfølgende op og runder af.

» dier i det anorektiske forløb. To unge har sygdomsforløb, der går 2-3 år tilbage, den ene havde været indlagt i 1½ år, og hele familien var svært styret af anoreksien, før hjemmebehandlingen blev iværksat. Både familien og behandlergruppen omkring den unge var opgivende, og forældrene var meget slidte efter to års kamp med anoreksi. Der var voldsomme konflikter i hjemmet under måltiderne, og når forældrene i øvrigt forsøgte at bremse datterens rigide motionsmønstre. Til tider blev det også korporligt, spisebordet blev ryddet, og de mange skænderier havde gjort, at anoreksien suverænt havde overtaget. Denne familie har haft 10 hjemmebesøg, og den unge har kortvarigt været indlagt som døgnpatient i tre måneder, hvor hun kom i antidepressiv behandling. Både den unge og forældrene har givet udtryk for, at det har været en stor lettelse og hjælp, at der kom en behandler hjem, som kunne være med til at genskabe familiens rammer. Faderen beskrev det således: "Behandleren var som et anker for familien, som i en periode sikrede, at de ikke drev til havs."

Hele familien er nu ved at være på fode igen og arbej-

der med at genfinde deres normale rytme. Den unge er godt i gang med sit ungeliv.

**Ønske om hjemmebehandling fra dag ét**

Tre af de unge var forholdsvis nyhenviste i ambulatoriet, og den ene fik kun brug for en meget kort døgnindlæggelse på ca. seks uger. Fra disse familier har der været ønske om at få hjemmebehandlingstilbuddet fra dag ét, hvor de får udleveret kostplanen. Begrundelsen for dette er, at de føler sig meget usikre, og at konflikterne kan være voldsomme. De giver let efter for de mange anorektiske begrundelser for, hvorfor den unge ikke skal spise, fravælger fedt m.m.

En mor beskrev angsten og dens betydning for anoreksien på følgende måde: "Angsten er anoreksiens motor," dvs., at hvis der i familien var for meget usikkerhed og angst, fik anoreksien for meget næring.

Denne familie fik i alt fire hjemmebesøg samt kostvejledning hos diætist, og den unge fik i en periode angstdæmpende og antidepressiv medicin. På tre måneder tog den unge de 15 kg på, som hun havde tabt, og nu efter et halvt år spiser hun ikke længere efter kostplan, og livet både i og uden for familien er normaliseret. Efterfølgende har hun været fulgt i ambulatoriet med ugentlige samtaler i ca. otte uger, derefter med 2-3 ugers interval i en kort periode og nu med 2-3 måneder imellem samtalerne.

**Evaluerings vha. spørgeskema**

I tre af familierne har 1-2 søskende deltaget – dog ikke ved alle hjemmebesøgene pga. skolegang – og forældrene har også taget udgangspunkt i søskendes behov, og det har givet god mening. Ved disse hjemmebesøg har der specielt været fokus på søskendes behov i forhold til den unge med anoreksi og på, hvordan de bedst kunne støtte, men også overleve selv.

Tilbagemeldingerne fra søskende og forældre er, at det er nemmere at tage problemstillinger op derhjemme end ved samtaler på et hospital. Flere af dem har oplevet sig nervøse inden besøget og frygtet mine spørgsmål, men med lettelse givet udtryk for, at de emner, der er blevet drøftet, har virket naturlige og meningsfulde.

Ud over de mundtlige tilbagemeldinger har familierne fået tilsendt et spørgeskema, et skema til den unge med anoreksi, ét til forældrene og ét til søskende. Svarene her stemmer overens med de mundtlige tilbagemeldinger. På spørgsmålet: "I hvor høj grad føler du dig/I jer støttet, når en behandler kommer hjem til jer i jeres hjem? Meget høj grad, høj grad, nogenlunde, mindre grad, slet ikke," svarer forældrene fra "nogenlunde" til "meget høj grad." De unge med anoreksi svarer fra "nogenlunde" til "i høj grad," og en enkelt svarer slet ikke. Søskende svarer "nogenlunde" til "høj grad" (se boksene 3, 4 og 5 side 43 og 47).

**Behov for metodeudvikling**

Litteraturen om familierapi til familier med en ung med anoreksi peger på, at disse familier er mere velfun-



”Anoreksien vil som en snerle hurtigt omslynge og infiltrere hele familien. Fra tidlige at have været en almindelig familie med almindelige måltider, hyggestunder, ferierejser, ungeliv, voksenliv m.m. bliver familien en kampplads, hvor konflikter omkring spisning, motion og udrensning kvæler alt andet.”

gerende end familier med et psykisk sygt familiemedlem. I nyere kontrolstudier, hvor man sammenligner familiefunktionen med kontrolfamilier, har man fundet, at familier med en ung med anoreksi er mere lig normale kontrolfamilier end familier med andre psykiatriske diagnoser (10).

Forældrene har et stort ansvar for at hjælpe deres barn til at blive rask igen, et ansvar de fleste forældre også gerne vil påtage sig, men det kan være nærmest uoverskueligt for dem, og det er en helt ny verden at bevæge sig ind i anoreksien og de børne- og ungdomspsykiatriske rammer.

Litteraturen peger i den retning, at det måske vigtigste i familierterapien er, at der er trygge rammer, og at behandlerens opgave er at give familien troen på dens egen kompetence tilbage (11).

### Del af behandlingstiltag

Hjemmebehandling af anoreksiramte familier kan ikke stå alene som behandlingstilbud, men kan være en vigtig del i den vifte af behandlingstiltag, som den unge og familien møder, lige fra somatisk udredning, vægtkontrol, kostvejledning, indlæggelse, medicinsk behandling og diverse terapitiltag til psykoedukationsgrupper. Hjemmebehandlingen opleves specielt af forældrene som en stor støtte, hvor deres færdigheder og kompetencer udvikles. Det vil kunne give den unge med anoreksi flere faste rammer og mindre usikkerhed i omgivelserne, hvilket er afgørende faktorer i behandlingen. Et vigtigt element i hjemmebehandlingen er også, at der fra kommunerne gives mulighed for at søge orlov til den ene forælder, da det er langt stykke af forløbet er meget tids- og energikrævende at støtte op om den unges måltider i hjemmet.

### Solidt kendskab til lidelsen nødvendigt

En forudsætning for at arbejde med anoreksiramte familier i eget hjem er et solidt kendskab til lidelsen og mange års erfaring med familier med en ung med spiseforstyrrelse. Derudover skal man besidde en masse ro, sikkerhed, være ydmyg og møde og anerkende familien og dens måde at gøre tingene på.

Teoretisk er den systemiske og narrative tilgang til problemstillingerne meget anvendelig i arbejdet med familien og nærmest en nødvendighed at have med sig. Specielt eksternaliseringen, hvor anoreksien adskilles fra den unge og giver mere plads til den unge selv, væk fra skyldfølelse og utilstrækkelhedsfølelse.

At ændre behandlerens kontekst fra hospitalets ramme til hjemmets ramme er måske den største barriere for os behandlere. Flere kolleger har som det første spurgt, om familierne ikke oplever mig som en, der kommer ud og snuser i deres hjem. Kun enkelte familier har givet udtryk for, at det var lidt underligt, at jeg skulle komme hjem til dem, og efter første hjemmebesøg er det ikke blevet nævnt. De fleste giver tværtimod udtryk for dyb taknemlighed over, at der er nogen, som vil komme hjem og være sammen med dem i de vanskelige situationer.

Isoleret set er det dyrt at lade en behandler forlade sit ambulatorium og besøge patienter og familie i hjemmet. Man kommer til at bruge en del tid på landevejene. Men samfundsmæssigt kan det på lang sigt betyde færre, dyre indlæggelser og kortere indlæggelsesforløb, når der fra starten af behandlingsforløbene arbejdes med familiens kompetencer i hjemmet.

Det ville være oplagt at afprøve og udvikle metoden i forhold til flere familier med en ung med anoreksi.

Hvis alle nyhenviste skulle have et sådant tilbud ved distriktssygeplejerske eller anden faggruppe med meget erfaring med at arbejde med spiseforstyrrelser, ville det

#### »»» BOKS 4. CITATER FRA FORÆLDRE OM TILBUDET OM HJEMMEBEHANDLING

- ”Vi oplevede det som en tryghed, at der kom en behandler hjem til os. På det tidspunkt var samvær og måltider så belastende, at det var en lettelse, at der var én, der kunne komme her og støtte. Det var godt, behandleren så vores datter hjemme i de belastende situationer. Også rart at være hjemme under samtalerne.”
- ”Vi har følt hjemmebesøgene støttende, at det hjalp til at få vores selvtilid som forældre styrket. Efterhånden var det anoreksien, der satte dagsordenen for hele familien, og man turde slet ikke længere stå fast som forældre. Man var nærmest blevet bange for sin egen datter. Det er et mønster, det kan være svært at komme ud af uden hjælp. Hjælp kan man kun få, hvis behandleren forstår problemet, og disse opstår oftest derhjemme. Endelig følte vi, at vi kæmpede sammen. Der var én, der kunne forstå, hvordan situationen var derhjemme, og derfor bedre kunne hjælpe.”

#### »»» BOKS 5. CITATER FRA SØSKENDE OM HJEMMEBEHANDLINGEN

- ”Jeg turde ikke altid sige, hvad jeg mente. Hvis jeg gjorde det, havde jeg på fornemmelsen, der ville blive ballade.”
- ”Jeg tror, hjemmebesøgene betyder rigtig meget, jeg tror, mine forældre blev bedre til at støtte hende, og nogle gange kan min mor og far og søster blive enige, når de har haft en samtale.”

## Solskinsvitaminet D

Solen er vores vigtigste kilde til D-vitamin, og en række forskningsresultater viser, at vitaminet ud over at beskytte os mod knogleskørhed og muskelsvækkelse også har en klar sammenhæng med forekomsten af en række kræftformer og autoimmune sygdomme som f.eks. dissemineret sclerose, reumatoid arthritis og type 1-diabetes.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for et dagligt tilskud af D-vitamin omfatter spædbørn og mørklødede børn og voksne, som går klædt, så kroppen oftest er tildækket, samt gravide, ammende og ældre. Tilskuddet skal være på 400 IE, for plejehjemsbeboere det dobbelte.

Vi andre anbefales at indtage min. 200 IE dagligt gennem solen og kosten (fed fisk og mælkeprodukter), men flere undersøgelser viser, at dette langt fra er tilfældet, og de danske anbefalinger for både udsatte grupper og andre bliver af flere forskere på området vurderet for lave.

Mens Sundhedsstyrelsen forhåbentlig arbejder på at sammenfatte den seneste forskning og ajourføre deres anbefalinger, indtager forfatterne til en nys publiceret artikel om D-vitamin selv et dagligt tilskud på mellem 1.000 – 4.000 IE.

Læs mere om D-vitamin på [www.sundhedsstyrelsen.dk](http://www.sundhedsstyrelsen.dk), søg D-vitamin, samt artiklen "Mørkesyg" på [www.weekendavisen.dk](http://www.weekendavisen.dk)

(er)

## Skam, skyld og store lunger

De fortæller ikke, hvad de fejler, men omskriver det til "Store lunger og åndedrætsbesvær." Mennesker med kronisk obstructiv lungesygdom (KOL) føler skam og skyld over sygdommen, som de opfatter som en selvforskyldt lidelse – specielt, hvis den sygdomsramte ryger trods KOL. Patienterne forventer ikke meget af sundhedssektoren, og de giver udtryk for, at de ikke føler sig prioriterede, især ikke hos egen læge.

Det fortalte psykolog *Turid Dager Nygaard* fra Glittrelinikken i Norge på den 3. nordiske lungerehabiliteringskonference, der blev afholdt den 5. og 6. november 2007 i København.

Nygaard har interviewet 16 patienter med KOL og især interesseret sig for spørgsmålet: "Hvem var du, før du fik KOL?" Her lyder et karakteristisk svar: "Jeg havde et godt helbred og en høj arbejdsmoral."

Nygaard opfordrede personalet i sundhedssektoren til at se KOL-patienterne i en samfundsmæssig sammenhæng. I 50'erne røg man af forfængelighed, reklamerne viste billeder af yndige kvinder med en cigaret mellem de behandskede hænder, og mændene begyndte at ryge efter konfirmationen, kvinderne fulgte trop.

Udsagn som "jeg har ikke overskud til at stoppe med at ryge" kræver ikke fordømmelse, men forståelse, mente Nygaard.

(ib)

Yderligere oplysninger: [www.lhl.no](http://www.lhl.no) > *Glittrelinikken* > *Kurs og Konferanse* > *Lungerehabiliteringskonferansen 2007* > *Seminar 18\_Turid Nygaard Dagar*

### Svar på Testen side 53

1: b. – 2: a. – 3: a. – 4: b. – 5: b.

Kilder: Pontoppidan B. Tag trykket. Sygeplejersken 2007;(16):46-9.  
Dansk Hypertensionsselskab: [www.hypertension.suite.dk](http://www.hypertension.suite.dk)

>>> kræve såvel tilførsel af ekstra ressourcer som en målrettet videnskabelig opkvalificering.

Anne Marie Bukholt er tilknyttet  
Børne- ungdomspsykiatrisk Afdeling,  
Fredericia-Kolding Sygehuse;  
[aplebukholt@mail.dk](mailto:aplebukholt@mail.dk)

### Litteratur

1. Pagsberg & Wang, Epidemiology of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Acta Psychiatry Scand. 1994, 90(4): 259-65.
2. Sundhedsstyrelsen. Spiseforstyrrelser. Anbefalinger for organisation og behandling. Sundhedsstyrelsen 2003.
3. Davidsson B, Ringborg CL. Madkampen – om spiseforstyrrelse i familien. København: Kroghs forlag; 2003.
4. Scholz M, Rix M. et al. Treatment manual for multi-family therapy with Anorexia nervosa. Dresden, December 2002, London, August 2003.
5. Hårtveit H, Jensen P. Familien – plus en. København: Forlaget Klim; 2005.
6. Tomm KI. Systemisk Intervjumetodik Del III, kap.6: Er hensigten at stille lineære, cirkulære, strategiske eller reflek-sive spørgsmål? Stockholm: Mareld; 1989. Oversat af Torben Marnér i Forum 4/92.
7. Burnham JB Familieterapi. København: Hans Reitzels Forlag; 1989.
8. Morgan A, Narrative samtaler. København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
9. Maisel R, Epston D, Borden A. Biting the hand that starves you. New York-London, W.W.Norton & Company; 2004.
10. Wallin U. Atstorning och familjen – en oversigt. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2251-3.
11. Skårderud F. Stærk/Svag. København: Hans Reitzels forlag; 2001.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Bukholt AM. Young anorexics can be treated at home. Sygeplejersken 2007;(23):42-8.

The article describes a pilot project from Kolding Child and Youth Psychiatry Department, where six families affected by anorexia have been offered treatment at home by a district nurse. The treatment is based on a systemic and narrative approach, in which meal training is a core element. The method itself is described, illustrated with examples and discussed in the article from a theoretic angle on the basis of feedback from the young people and their parents. Home treatment of families affected by anorexia appears to be promising and has been received by the families with considerable gratitude and enthusiasm. The treatment is experienced as a great help which provides greater insight, understanding and assurance in the control of anorexia. Home treatment of families affected by anorexia does, however, require further investigation and method-development.

Key words: Anorexia nervosa, home treatment, systematic approach, narrative approach.

# Få det bedre, når du arbejder om natten

AF MALENE EJLERTSEN, SYGEPLEJERSKE OG ERNÆRINGSTERAPEUT

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der arbejder om natten. Hovedbudskabet er, at natarbejde er forbundet med en øget belastning af kroppen, men den rigtige mad og drikke på det rigtige tidspunkt kan mindske mange ubehageligheder og nedsætte risikoen for bl.a. hjerte-kar-sygdom og cancer. Artiklen udspringer af forfatterens speciale på uddannelsen til ernæringsterapeut.**

De fleste sygeplejersker har oplevet at arbejde om natten og ved, hvad det kan gøre ved både krop og psyke. Blandt sygeplejersker diskuteres det ofte, hvad der er godt at spise om natten – om man overhovedet skal spise – og mange har svært ved at finde ud af, hvad man skal spise – eller har lyst til.

Oftentimes bliver det til for mange snacks, ostemadder eller anden form for morgenmad gennem hele perioden med natarbejde (1). Dette er hverken sundt eller afhjælper de gener, vi ved eksisterer ved natarbejde.

I denne artikel vil jeg vise, hvordan du selv kan være med til at mindske de helbredsmæssige risici og ubehageligheder, som er forbundet med natarbejde.

## Kroppens døgnrytme

Mange af kroppens funktioner har en døgnrytme. Det gælder bl.a. for tarmperistaltikken, flere hormoner, herunder insulin samt fordøjelsessekreter som f.eks. enzymer fra bugspytkirtlen, galde og mavesyre. De nævnte rytmer ændres ikke betydeligt under natarbejde, derfor er tarmperistaltikken nedsat, og der er kun en lille mængde enzymer, galde og mavesyre til rådighed, når kroppen skal nedbryde, omsætte og lagre den mad og drikke, vi indtager om natten. Det, vi spiser og drikker, skal derfor være tilpasset kroppens biologiske rytme mest muligt, så vi mindsker de helbredsmæssige gener, der er forbundet med natarbejde.

## Natarbejdets risici

Ved natarbejde sover man mindre. Dagsøvnen er i gennemsnit to timer kortere og af dårligere kvalitet end søvnen om natten. Den manglende og dårlige søvn kan føre til psykiske problemer som ængstelse, rastløshed, irritabilitet, tristhed og angst. Desuden ses appetitforstyrrelser og fordøjelsesproblemer som oppustethed, forstoppelse eller løs mave 2-5 gange hyppigere hos natarbejdere end hos dagarbejdere (2).

Den ændrede døgnrytme forstyrrer hormonernes døgnrytme og deres samspil med hinanden. Under natarbejde ses derfor højere niveauer af triglycerider, der er en del af kolesteroltallet. HDL – det gode kolesterol – er lavere, og man kan se tegn på insulinresistens, der er en form for ”på vej til sukkesyge”-tilstand, samt abdominal fedme, der er specielt sundhedsskadeligt fedt (2,3,4).

Kroppens forsvar svækkes også. Dette skyldes bl.a., at mængden af antioxidanter i kroppen falder under natarbejde (5). Antioxidanter er med til at beskytte krop-

pen mod bl.a. hjerte-kar-sygdom og nogle former for cancer (6,7,8).

## Fire grupper af mad

Maden opdeles i fire grupper, som vist i figur 1 på næste side. Den visuelle fordeling, der er mellem de fire grupper af mad på tallerkenen, betyder noget for dit velbefindende. Fordelingen skal ikke være den samme gennem hele døgnet, og størrelserne på felterne i figur 2 og 3 (se side 52 og 53), der viser den anbefalede fordeling af maden døgnet rundt, varierer derfor fra måltid til måltid.

Om natten skal det f.eks. være lette måltider, som er nemme at fordøje på grund af den lille mængde fordøjelsessekreter, der er til rådighed – store bøffer hører derfor ikke til natmad. Da blodsukkerreguleringen er dårligere, er det heller ikke citronmåner og ostemadder, du skal spise.

Og da mængden af stivelse spist om natten er associeret med forhøjede kolesterolniveauer, er store mængder tørret frugt, juice og hvidt brød heller ikke en del af menuen.

Men hvad skal man så spise for at give kroppen en chance for både at fordøje det, der kommer ned, holde et stabilt blodsukker og energiniveau samt beskytte os bedst muligt mod sygdomme som cancer og hjerte-kar-sygdomme?

I det følgende beskrives, hvad du konkret kan spise og drikke, og hvad du skal undgå for at få det bedre med dine nattevagter.

## Stabilisere blodsukkeret

Et stabilt blodsukker giver dig en stabil energi, så du har mere overskud både dag og nat. Derudover kan det være med til at forebygge hjerte-kar-sygdom ved bl.a. at give dig et bedre kolesteroltal.

### *Det skal du spise*

Sukker, kager, slik, juice, sodavand og lignende sødt medfører store svingninger i blodsukkeret og bør helt undgås.

Begræns også indtaget af frugt, tørrede frugter, hvidt brød og pasta.

Kombiner altid indtaget af stivelse i f.eks. frugt, rugbrød, brune ris eller fuldkornspasta med godt fedt og/eller lette proteiner som f.eks. fisk, æg eller kyllingepålæg – ingen røde bøffer om natten. Rødt kød er vanskeligt for kroppen at nedbryde, og der er om natten kun en lille mængde mavesyre og enzymer til at tage sig af nedbrydningen.

Begræns indholdet af animalsk fedt og erstat det med vegetabiliske fedtstoffer af god kvalitet.

”Et stabilt blodsukker giver dig en stabil energi, så du har mere overskud både dag og nat.”

»» FIGUR 1. MADGRUPPERNE



Maden opdeles i fire grupper: protein, fedt, stivelse og grønt. Læg mærke til, at frugt her hører til stivelsesdelen. De nævnte fødevarer i figuren er eksempler på gode valg.

Se figuren som din tallerken. Felterne viser, hvor meget de forskellige grupper visuelt skal fylde på din tallerken.

På figur 2 og 3 vil du se, at størrelsen på felterne varierer efter tidspunktet på dagen. Det er altså forskelligt, hvor meget f.eks. protein skal fylde på tallerkenen.

ARKIVFOTO: CORBIS

### Beskyttelse mod hjerte-kar-sygdom og cancer

Under natarbejde har vi færre antioxidanter, som er med til at beskytte os mod hjerte-kar-sygdom og nogle former for cancer. Antioxidanter findes i frugt og grønt.

#### Det skal du spise

Spis især rigeligt grønt og lidt mindre frugt, da blodsukkeret stiger mere, når du spiser frugt end grønt.

Stærkt farvet frugt og grønt som tomat, gulerod, broccoli, mørkegrønne grøntsager og mørke bær er især rige på antioxidanter.

### Optimere fordøjelsen

For at undgå appetitforstyrrelser og oppustethed, forstoppelse eller løs mave er det vigtigt med rigeligt af fiberholdige fødevarer.

#### Det skal du spise

Spis rigeligt med grove grøntsager, f.eks. kål og rodfrugter, fuldkornsprodukter, bælgfrugter og linser.

Stimulér produktionen af mavesyre og fordøjelsen-

zymer med surt og bittert, f.eks. rucola, grape eller ½ lime i lidt vand før måltiderne.

For ikke at fortynde den lille mængde fordøjelsesaft i kroppen skal du ikke drikke store mængder væske sammen med eller lige efter dit måltid. Drik i stedet mellem måltiderne.

### Koncentration om natten og god søvn om dagen

Koncentrationen om natten hænger sammen med et stabilt blodsukker, som beskrevet under dette. Mange får tillige for lidt og for dårlig søvn om dagen, hvilket kan føre til ængstelse, rastløshed, irritabilitet mv.

#### Det skal du spise

Følg tallerkenfordelingen døgnet rundt (se figur 2 og 3).

Bla. bananer, kiwi, ananas, havregryn, byggryn, boghvedegryn eller flakes kan forbedre søvnen om dagen, da det kan være med til at øge mængden af vores sovehormon melatonin. Det er derfor godt at spise disse ting som en del af måltidet inden dagsøvn.

Til de øvrige måltider kan du med fordel inddrage »

”Ofte bliver det til for mange snacks, ostemadder eller anden form for morgenmad gennem hele perioden med natarbejde.”

►► skinke, lam, oksekød, kylling, kalkun, brune og hvide bønner, linser eller mandler, som indeholder tryptofan, et forstadium til vores sovehormon melatonin.

### Forberedelse er vigtig

Med artiklen håber jeg, du har fået et indblik i, hvor meget du selv kan gøre for at få det bedre med dine nattevagter. Det tager tid at lave om på vaner, så regn ikke med, at du kan ændre det hele fra næste nattevagt. Forbered dig. Tænk igennem, hvad du kunne tænke dig at spise i dagene med nattevagt og køb ind, så du har, hvad du skal bruge derhjemme. Begynd evt. med at tage noget frugt, grøntsagssnacks og mandler/nødder med på




vagten, så du ikke bliver fristet af slikskålen, kiks, ostemadder, eller hvad der ellers kan være købt ind af goodies til at forsøde vagten.

Maden er ikke den eneste måde at hjælpe dig selv på. Træning har en positiv effekt på blodets lipidprofil samt på glukoseoptagelsen, og forøget lysstyrke på natarbejdet anses for at have en god effekt på metabolismen, koncentration og vågenhed ved bl.a. at undertrykke melatoninproduktionen (10).

Sidst, men ikke mindst kan div. urter, f.eks. i form af te, være med til at afhjælpe eller forebygge div. gener som f.eks. mave- og søvnproblemer.

*Malene Ejlertsen er indehaver af klinikken Vital-Life i København; [www.vital-life.dk](http://www.vital-life.dk)*

►►► FIGUR 2. ANBEFALET MAD OG DRIKKE OM NATTEN PÅ ARBEJDE

PÅ NATARBEJDE			
Stivelse	Protein	Fedt	Grønt
Tid	Måltid – beskrivelse	Tallerkenfordeling	
Kl. 24 – senest	<b>Seneste hovedmåltid</b> Især rigt på grønt/fibre. Desuden protein og godt fedt f.eks. fra oliedressing el. nødder. Kun lidt stivelse i form af komplekse kulhydrater f.eks. grove grove kornprodukter, linser, brune ris mv. og frugt.		
Kl. 03-04	<b>Mellemmåltid</b> Især rigt på grønt/fibre, men også en del stivelse i form af komplekse kulhydrater. Desuden godt fedt.		
Kl. 06	<b>Let morgenmåltid</b> Især rigt på stivelse. Desuden protein og godt fedt. Det grønne kan skiftes ud med frugt, så den gule del bliver større.		
I øvrigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spis mindre portioner end om dagen.</li> <li>• Undgå småspisning mellem måltiderne.</li> <li>• Drik vand, grøn- eller urtete, fortyndet grøntsagsjuice.</li> <li>• Undgå helt søde drikke.</li> <li>• Undgå/begræns koffeinholdige drikke – maks. to kopper pr. nat.</li> <li>• Sidste koffeinholdige drik indtages senest 6 timer inden dagsøvnen.</li> <li>• Begræns generelt væskeindtaget de sidste 2 timer inden søvnen.</li> </ul>		

Når du er på natarbejde, indtages det sidste hovedmåltid senest omkring kl. 24. Næste måltid er et mellemmåltid ved 3-4-tiden om morgenen, og vagten afsluttes med et let morgenmåltid ca. kl. 6.

### Litteratur

1. Waterhouse J, Buckley P, Edwards B, Reilly T. Measurement of, and Some Reasons for, Differences in Eating Habits Between Night and Day Workers. *Chronobiology International*. 2003, 20, (6): 1075-1092.
2. Bøggild H, Jeppesen HJ. Skiftende arbejdstider, helbred og forebyggelse. *Månedsskrift for Praktisk Lægegering Maj 1995*, 679-689.
3. Karlsson B, Knutsson AK, Bernt O, Lindahl, Lars S, Alfreidsson. Metabolic disturbances in male workers with rotating three-shift work. Results of the WOLF study. *Int Arch Occup Environ Health*. 2003;76: 424-43.
4. Morgan L, Hampton S, Gibbs M, Arendt J. Circadian Aspects of Postprandial Metabolism. *Chronobiology International*. 2003.20(5): 795-808.
5. Sharifian A, Farahani S, Pasalar P, Gharavi M, Aminian O. Shift work as an oxidative stressor. *Journal of Circadian Rhythms* 2005;3:15.
6. Tedeschi-Blok N, Lee M, Sison JD, Miike R, Wrench M. Inverse association of antioxidant and phytoestrogen nutrient intake with adult glioma in the San Francisco Bay Area: a case-control study. *BMC Cancer* 2006;6:148.
7. Ambrosone CB. Oxidants and antioxidants in breast cancer. *Antioxid Redox signal* 2000 Winter 2;(4):903-17.
8. Ovesen L. Øget indtag af grøntsager og frugt nedsætter risikoen for iskæmisk hjertesygdom. 2005. Hjertereforeningen, København.

»» FIGUR 3. ANBEFALET MAD OG DRIKKE OM DAGEN MED SØVN

OM DAGEN MED SØVN Gå i seng senest kl. 9			
Stivelse	Protein	Fedt	Grønt
Tid	Måltid – beskrivelse	Tallerkenfordeling	
Kl. 14-16 Efter søvnen	<b>Frokost – hovedmåltid</b> Rigt på grønt/fibre. Desuden godt fedt, protein og stivelse.		
Kl. 17-18	<b>Mellemmåltid</b> Især rigt på grønt/fibre. Desuden godt fedt og stivelse i form af komplekse kulhydrater.		
Kl. ca. 20	<b>Aftensmad - hovedmåltid</b> Især rigt på grønt/fibre. Desuden protein og godt fedt. Kun lidt stivelse i form af komplekse kulhydrater.		
Kl. ca. 22	<b>Mellemmåltid</b> Især rigt på grønt/fibre. Desuden godt fedt og stivelse i form af komplekse kulhydrater.		
I øvrigt	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ungå indtagelse af spiritus inden søvn, da det forringer søvnkvaliteten.</li> </ul>		

Der kan være forskel på, hvornår man står op efter en nattevagt, og hvornår resten af familien spiser, så det er ikke sikkert, at spisetiderne passer ind i din rytme. Et mellemmåltid kan derfor udelades.

## »» ENGLISH ABSTRACT

Ejlertsen M. Feel better when you work at night. *Sygeplejersken* 2007;(23):50-3.

Common inconveniences caused by working night shifts include an upset appetite, indigestion, raised triglyceride levels, lower HDL, signs of insulin resistance, abdominal obesity, reduced quantities of antioxidants which, among other things, protect the body against cardiovascular disease and certain types of cancer, poor sleep or a lack of same, which can affect the psyche.

Many of the body's functions have a daily rhythm. What we drink and eat must therefore harmonise as well as possible with the body's biological rhythm if we are to reduce these physical and mental night-shift related inconveniences.

The article makes dietary suggestions for those who work night shifts, with the diet divided into four main categories: protein, fat, starch and green vegetables. The distribution of what the digestive system requires during the night is not the same as that consumed during the rest of the day as the body needs different nutrients at night and its ability to digest them is not the same day and night.

Correct distribution of the four categories means a lot to our well-being.

Key words: Night work, diet, health, nutrition.

## »» TESTEN



## Temaet er hypertension, forhøjet blodtryk, test dig selv eller din kollega.

- 1** Hvilke sygdomme er der størst mulighed for at få, hvis man lider af hypertension?

  - Der er mulighed for at få forskellige nyrelidelser.
  - Arteriel hypertension øger risikoen betydeligt for kardiovaskulære og cerebrovaskulære sygdomme.
- 2** Hvad er et normalt blodtryk?

  - I overensstemmelse med internationale guidelines er et normalt blodtryk højst 140/90. Hypertension inddeles i tre grader: mild, moderat og svær. Lider man af hypertension, er målet med behandlingen et blodtryk på højst 140/90
  - Det afhænger dels af patientens BMI, dels af indholdet af hans totale kolesterol i blodet. Desuden er der store individuelle variationer.
- 3** Er det en god idé, at sygeplejersker måler blodtryk hos patienter og borgere, når der er mulighed for det?

  - Ja, det er en god idé og kan være med til at forebygge sygdom.
  - Nej, det er en opgave for egen læge.
- 4** Er døgnblodtryk og hjemmeblodtryk et godt supplement til konsultationsblodtryk?

  - Nej, det er forskellige målinger, som ikke har noget med hinanden at gøre.
  - Ja, det er det. Man anbefaler døgnblodtrykmåling, idet der er mest videnskabelig viden på dette område.
- 5** Er manchettens størrelse ved blodtrykmåling vigtig?

  - Nej, hvis manchetten slutter tæt, er der ikke nogen problemer.
  - Ja, armens omkreds er bestemmende for manchettens størrelse, og det er vigtigt, at den har den rigtige størrelse. Ballonen skal omslutte armen helt.

Se svarene på TESTEN side 48.

# Sygeplejersker mødes om

AF ANETTE HØJER MIKKELSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., OG BIRGITTE SCHANTZ LAURSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., PH.D. • FOTO: SIMON KNUDSEN

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for klinisk udvikling. Hovedbudskabet er, at etablering af en klub, hvor sygeplejersker undervises i og diskuterer forskningsbaserede artikler, styrker såvel klinisk praksis som den sygeplejefaglige identitet.**

I kølvandet på oprettelsen af Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Sygehus i 2000 (se boks 1 på næste side) og Aalborg Sygehus' status af Universitetshospital i 2003 er der iværksat mange forskellige tiltag for at sikre og udvikle den for patienten gode, kloge og rigtige sygepleje, som det fremgår af den lokale Strategi for Sygeplejeforskning. Den gode sygepleje definerer vi som omsorgsetisk handling baseret på omsorgens værdier, fænomener og mekanismer. Den kloge sygepleje er funderet i fagets viden, den professionelles eftertænksomhed, erfaringer, sanselige opmærksomhed og gode dømmekraft i konkrete situationer. Den rigtige sygepleje er en varetagelse af patientens sikkerhed, som det foreskrives i lovgrundlag, i diverse retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og i lokale kvalitetsprocedurer (1).

I forlængelse af denne strategi er der udarbejdet en forskningsstrategi for sygeplejen i Medicinsk Center for 2005-2008, og med afsæt heri er der i sommeren 2006 etableret en *journal club* i Medicinsk Center. Med dannelsen af denne *journal club* knyttes et tættere samarbejde mellem Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje og klinisk sygeplejefaglig praksis, idet der deltager en seniorforsker i møderne sammen med en udviklingsygeplejerske, som er ansat i Medicinsk Center.

I det følgende beskrives først i generelle træk, hvad en *journal club* er, og hvilken form den har. Efterfølgende beskrives, hvordan den aktuelle *journal club* i Medicinsk Center på Aalborg Sygehus er etableret, hvordan den fungerer, og hvilke erfaringer vi har gjort i relation til *journal club*'en.

## For mennesker med et fagligt fællesskab

En *journal club* er et forum af mennesker, som har et fagfællesskab og et ønske om at diskutere fælles emner. *Journal clubs* udspringer fra den medicinske tradition, hvor de første af slagsen så deres lys tilbage til midten af det 18. århundrede (2). Med akademiseringen af sygeplejefaget har *journal clubs* også set dagens lys blandt sygeplejersker. I bred forstand er formålet med en *journal club* at udbrede viden. Mere specifikt kan man sige, at de overordnede formål med en *journal club* er:

- 1) at give deltagerne en mulighed for at sætte sig ind i den aktuelle viden på et specifikt område
- 2) at forbedre den kliniske praksis
- 3) at tilegne sig kompetencen kritisk læsning (2).

Der er flere andre formål og muligheder med en *journal club*. I boks 2 side 56 er nogle af dem listet op.

For at sikre, at en *journal club* får succes, kræves det, at der er en formand, som organiserer møderne. Formanden styrer ikke nødvendigvis diskussionerne, men indkalder til møderne, udsender de aktuelle artikler og sørger for det praktiske (3). Det er vigtigt, at der er et regelsæt for *journal club*'en, hvor rammer og forventninger til deltagerne klart fremgår. Et sådant regelsæt kan indeholde emner som deltagerantal, mødehyppighed og varighed, forberedelse, mødeleder etc.

Der er ikke et ideelt antal deltagere i en *journal club*. Hvis der er for mange deltagere, får den enkelte for lidt tid til at deltage aktivt i diskussionerne. En gruppe på 12 eller færre synes ideel og ikke for stor til at skabe en positiv atmosfære for deltagerne. Det er vigtigt at holde sig for øje, at det sociale aspekt spiller en rolle, og at det er interaktionen og udvekslingen af idéer, der øger potentialet for læring. En *journal club* skal gerne være et trygt forum, hvor det er tilladt også at stille de spørgsmål, som umiddelbart falder én ind.

Hvor hyppigt gruppen skal mødes og hvor længe ad gangen, er der ikke faste regler om, men regelmæssige, planlagte møder er mere succesfulde end ad hoc-møder. En varighed på en til to timer er det mest hyppige. Det er mest praktisk, at møderne finder sted et centralt sted på arbejdspladsen, hvor man kan mødes uforstyrret. Hvilke artikler eller emner der skal diskuteres, afhænger af gruppens sammensætning og interesseområder og kan være en beslutning, der tages i fællesskab af gruppens medlemmer. For at få det største udbytte af *journal club*'en er det vigtigt, at deltagerne er forberedte, når de kommer til møderne.

I det følgende beskrives vores overvejelser og erfaringer i forhold til *journal club* i Medicinsk Center på Aalborg Sygehus.

## Fremme anvendelse af forskningsbaseret viden

Formålet med *journal club*'en i Medicinsk Center er at fremme anvendelsen af forskningsbaseret viden i klinisk sygeplejefaglig praksis. At mødes i *journal club*'en giver deltagerne mulighed for at øve sig i at analysere og forholde sig kritisk til sygeplejefaglige forskningsresultater samt at vurdere anvendeligheden af disse resultater i relation til egen sygeplejefaglig praksis.

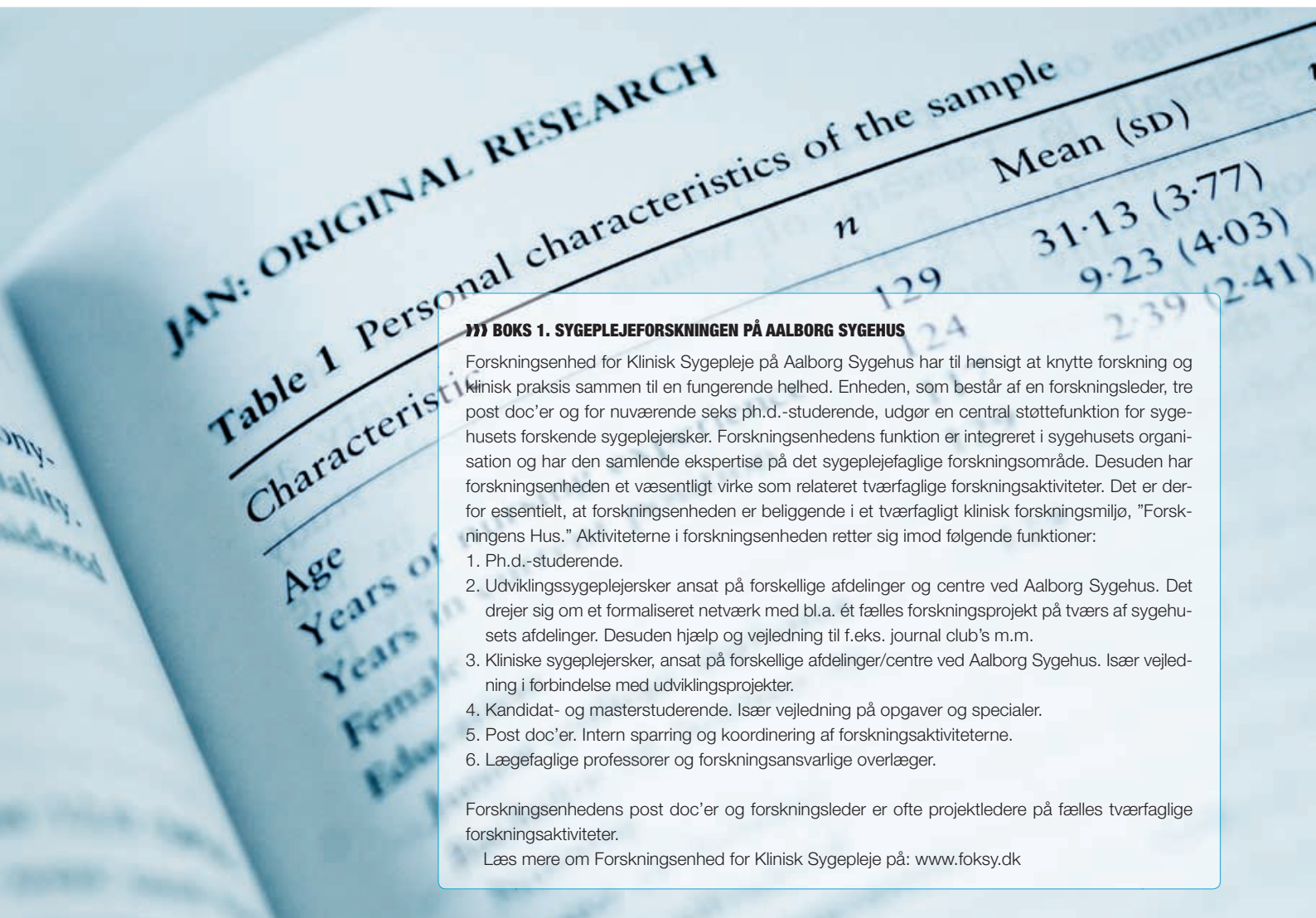
*Journal club*'en er sammensat af 10 sygeplejersker fra forskellige afdelinger og specialer i Medicinsk Center. Der har været sat opslag op om deltagelse, og de interesserede har tilmeldt sig. I gruppen er der både nyuddannede sygeplejersker med en bachelorgrad, sygeplejersker med mange års klinisk erfaring og sygeplejersker, der er i gang med videreuddannelse.

Alt sammen forskelligheder, der giver en god synergieffekt i gruppen, idet der læres af hinanden, og fællesskabet bidrager til en generel kompetenceøgning.

Vi, forfatterne af denne artikel, fungerer som mødeledere. Vi planlægger de praktiske ting i relation til møderne, finder relevante artikler efter deltagerens ønsker, sender indkaldelser ud og er dem, der har det overord-

”Deltagerne bliver gjort bevidste om, at egen sygeplejefaglig praksis ikke nødvendigvis er optimal, og gennem diskussion og refleksion får de mulighed for at se på egen praksis i andet lys.”

# forskningsbaserede artikler



## »»» BOKS 1. SYGEPLEJEFORSKNINGEN PÅ AALBORG SYGEHUS

Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på Aalborg Sygehus har til hensigt at knytte forskning og klinisk praksis sammen til en fungerende helhed. Enheden, som består af en forskningsleder, tre post doc'er og for nuværende seks ph.d.-studerende, udgør en central støttefunktion for sygehusets forskende sygeplejersker. Forskningsenhedens funktion er integreret i sygehusets organisation og har den samlede ekspertise på det sygeplejefaglige forskningsområde. Desuden har forskningsenheden et væsentligt virke som relateret tværfaglige forskningsaktiviteter. Det er derfor essentielt, at forskningsenheden er beliggende i et tværfagligt klinisk forskningsmiljø, "Forskningens Hus." Aktiviteterne i forskningsenheden retter sig imod følgende funktioner:

1. Ph.d.-studerende.
2. Udviklingssygeplejersker ansat på forskellige afdelinger og centre ved Aalborg Sygehus. Det drejer sig om et formaliseret netværk med bl.a. ét fælles forskningsprojekt på tværs af sygehusets afdelinger. Desuden hjælp og vejledning til f.eks. journal club's m.m.
3. Kliniske sygeplejersker, ansat på forskellige afdelinger/centre ved Aalborg Sygehus. Især vejledning i forbindelse med udviklingsprojekter.
4. Kandidat- og masterstuderende. Især vejledning på opgaver og specialer.
5. Post doc'er. Intern sparring og koordinering af forskningsaktiviteterne.
6. Lægefaglige professorer og forskningsansvarlige overlæger.

Forskningsenhedens post doc'er og forskningsleder er ofte projektledere på fælles tværfaglige forskningsaktiviteter.

Læs mere om Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje på: [www.foksy.dk](http://www.foksy.dk)

nede ansvar for at styre diskussionerne og sikre det faglige niveau.

### Artikler på fremmede sprog

Gruppen har, siden den blev etableret, beskæftiget sig med forskningsartikler skrevet på både dansk, engelsk og på de forskellige nordiske sprog. I starten var der i gruppen bekymring for fremmedsprogene, men vi har presset lidt på, og efterhånden er alle glade for, at de er blevet udfordret sprogligt. Artiklerne har haft udgangspunkt i såvel kvantitative som kvalitative tilgange og er valgt af mødelederne ud fra deltagerens ønsker om emner. De har omhandlet almene sygeplejefaglige emner, som ikke er specialespecifikke. Af emner kan bl.a. nævnes humorens betydning i forhold til mestring af kronisk sygdom og lidelse, cancerpatienters oplevelse af smerter og sygepleje, forebyggelse af decubitus, ernæring og sygepleje og seksualitet hos kronisk syge patienter (4-8).

Som inspiration til analyse og fortolkning af artiklerne, og for at sikre det bedst mulige udbytte af diskussionerne i journal club'en, har vi anvendt et fælles materiale "Vurdering af kvalitative artikler" (9) og "Analyse og vurdering af forskningsartikler – en vejledning" (10).

### Forberedelse forventes

Gruppen mødes to timer hver anden måned fra kl. 13.00-15.00. Møderne afholdes i et konferencelokale i Medicinsk Center. Den aktuelle artikel er sendt ud til deltagerne ca. 14 dage før mødet, og det forventes, at forskningsartiklerne er læst på forhånd.

Mødelederne er ansvarlige for, at diskussionen sættes i gang, og at tiden disponeres således, at artiklens validitet vurderes, ligesom der sker en vurdering af forskningsresultaternes relevans i forhold til egen praksis. Dette indebærer blandt andet en vurdering af relevans- )



**»»» BOKS 2. ANDRE FORMÅL MED EN JOURNAL CLUB**

- At stimulere interessen for forskning.
- At øge deltagerens evne til at læse og fortolke videnskabelige artikler og resultater.
- At medvirke til at styrke den forskningsfaglige identitet hos deltagerne.
- At styrke deltagerens interesse og evne til selv at frembringe videnskabelige artikler m.m.
- At styrke deltagerens kompetence i at fremlægge videnskabelige resultater og styre en efterfølgende diskussion.
- At introducere deltagerne til et nyt behandlings- eller plejetiltag.
- At øve deltagerne til en eksamenssituation.

» sen af artiklens forskningsmetode og design, artiklens stringens, analyse og fortolkning.

Den sidste del af mødet bruges til at sætte artiklens emne i relation til egen praksis med henblik på at sætte en refleksionsproces i gang og dermed fremme udvikling af sygeplejen i egen praksis. Det giver gode diskussioner, bl.a. fordi sygeplejerskerne kommer fra forskellige afdelinger og specialer, og derfor er bærere af forskellige kulturer, som medfører, at emnerne bliver mere udfoldet og nuanceret. Deltagerne bliver gjort bevidste om, at egen sygeplejpraksis ikke nødvendigvis er optimal, og gennem diskussion og refleksion får de mulighed for at se på egen praksis i andet lys.

**Erfaringerne anvendes**

Journal club'en har nu fungeret i et år, og deltagerne har evalueret forløbet. Evalueringen viser, at deltagerne bruger de erfaringer, de får i journal club'en. De fortæller, at de i dag finder det naturligt at læse videnskabelige artikler i forbindelse med sygeplejefaglige emner, og de giver udtryk for, at den fælles analyse og vurdering af forskningsartikler har givet dem mere øvelse i kritisk læsning af artikler generelt. Dette betyder – i forhold til tidligere – at det er lettere for dem at gennemskue og vurdere kvaliteten af artikler. De synes også, at de generelt har fået et større indblik i, hvad forskning handler om. Det vil sige kendskab til forskningsprocessen samt indsigt i de forskellige metodiske tilgange, hvilket de fortæller også er nyttigt i forhold til vejledning af studerende.

Deltagerne synes, at det er udbytterigt at diskutere sygeplejefaglige emner på tværs af afdelinger og specialer, idet der på denne måde fremkommer flere aspekter og nuancer af sygeplejefaglige problemstillinger. Ifølge deltagerne er dette medvirkende til at give en øget bevidsthed af egen praksis og dermed også mulighed for ændringer i egen praksis.

Det fremgår også af evalueringen, at gruppens drøftelser er medvirkende til at fastholde visioner for og holde fokus på sygeplejen, som er med til at styrke deres fagidentitet. Endvidere giver journal club'en deltagerne

en øget bevidsthed af, hvilket grundlag sygeplejen udføres på i egen praksis. De er begyndt at sætte spørgsmålstegn ved, hvorvidt eksempelvis kliniske vejledninger og patientvejledninger i afdelingerne bygger på evidensbaseret viden.

Nogle af deltagerne har oplevet, at det på travle dage har været svært at gå fra afdelingen til møder i journal club'en, hvorfor nogle af dem har planlagt, at møderne lå på deres fridage. For at journal club'en skal fungere optimalt, er den nødt til at være ledelsesforankret, det betyder, at det meldes ud fra lederen, at det er legalt at gå til møderne, så den enkelte sygeplejerske ikke oplever problemer med at deltage i journal club'en.

**Forum for kommende udviklingsprojekter**

På baggrund af denne positive evaluering er der fra den sygeplejefaglige ledelse i Medicinsk Center givet grønt lys for at fortsætte journal club'en med de nuværende deltagere, men også nye sygeplejersker har meldt sig.

Vi har mange planer med journal club'en og dens medlemmer. Overordnet vil vi gerne, at journal club'en ud over det, den er i dag, også bliver et forum, som kan inspirere til igangsættelse af udviklingsprojekter i de forskellige afdelinger og på tværs af afdelingerne.

Derudover vil vi gerne, at journal club'en også kan være medvirkende til, at sygeplejersker, som går med et ønske om at videreudanne sig, bliver inspireret til at komme i gang.

Mere konkret vil vi fremover sætte fokus på det samme sygeplejefaglige emne over flere gange med det formål, at emnet kan danne baggrund for et udviklingsprojekt, og journal club'en vil på denne måde være stedet, hvor litteraturgennemgangen påbegyndes. Det kan være temaer som inddragelse af pårørende i plejeforløb, mundhygiejne eller træthed. Vi planlægger endvidere at kompetenceudvikle gruppens deltagere ved, at de i stigende grad skal overtage mødelederfunktionen og være dem, der udvælger forskningsartikler og leder diskussionerne. Kompetencer, som vi håber, deltagerne vil bruge i egen afdeling for at fremme kvaliteten af de faglige diskussioner og i forbindelse med opstart og gennemførelse af udviklingsprojekter.

Diskussionerne i journal club'en er også meget værdifulde for os som mødeledere, idet det giver os mulighed for at få indblik i, hvilke problemstillinger og oplevelser der fylder hverdagen for de kliniske sygeplejersker. En viden, der medvirker til at nuancere de ofte mere teoretiske perspektiver, som præger vores arbejde. Vi kan varmt anbefale andre at starte en journal club.

*Anette Højer Mikkelsen er udviklingssygeplejerske på Medicinsk Center, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital, anette.hoejer.mikkelsen@rn.dk*  
*Birgitte Schantz Laursen er seniorforsker ved Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Sygehus, Århus Universitetshospital; bisl@rn.dk*

”Overordnet vil vi gerne, at journal club'en, ud over det den er i dag, bliver et forum, som kan inspirere til udviklingsprojekter i de forskellige afdelinger og på tværs af afdelingerne.”

**Litteratur**

1. <http://www.aalborgsygehus.rn.dk/Afdelinger/Sygehusledelsen/Klinisk+sygepleje/Dokumentsamling/>
2. Linzer M. The journal club and medical education: over one hundred years of unrecorded history. *Postgrad Med J* 1987; 63:475-78.

3. Mattingly D. Journal Clubs. Postgrad Med J 1966; 42:120-122.
4. Sønder H, Bøje T, Delmar C, et al. Humor – et aspekt i mestring af kronisk sygdom og lidelse. Sygeplejersken 2006;11:28-36.
5. Simonsen-Rehn N, Sarvimäki A, Benkö SS. Cancerpatienters oplevelser av vården vid smärta. Vård I Norden 2000; 20(3):4-9.
6. Defloor T, De Bacquer D, Grypdonck MHF. The effect of various combinations of turning and pressure reducing devices on the incidence of pressure ulcers. International Journal of Nursing Studies 2005; 42:37-46.
7. Alfengård K, Klemsgård R. Nutrition inom vård och omsorg. Kartläggning av rutiner och utbildningsbehov avseende nutrition inom slutna vård och inom vården av äldre i olika boendeformer i ett län i södra Sverige. Vård I Norden 2005; 25(2):42-47.
8. Kralik D, Koch T, Telford K. Constructions of sexuality for midlife women living with chronic illness. Journal of Advanced Nursing 2001;35(2):180-187.
9. Lindahl M, Juhl CB. Vurdering af kvalitative artikler. Nyt om forskning 2002;1:17-21.
10. Pedersen B. Analyse og vurdering af forskningsartikler – en vejledning 2005; upubliceret. Kan rekvireres ved henvendelse til forfatterne.

#### » ENGLISH ABSTRACT

Højer Mikkelsen A, Laursen LB. Nurses meet to discuss research-based articles. Sygeplejersken 2007; (23):54-7.

In continuation of the preparation of a nursing research strategy at the Centre for Medicine at Aalborg Hospital, Århus University Hospital a journal club has been established for clinical nurses. This article provides insight into the structure of the journal club and its significance for clinical practice. The club, which has been functioning in its present form for about a year now, has been evaluated by its members. Evaluation has shown that members make use of the knowledge and skills they have derived at the club. It is now natural for them to read scientific articles related to nursing issues and have generally become practised in critical reading of articles. They also believe they have generally gained better insight into what research is about. This is to say knowledge of the research process and insight into the approaches of the various methods, what they say and how they help them instruct their students.

The members also find that the club helps to increase their awareness when it comes to their own practice and gives them the opportunity to change this practice. This helps to improve their professional identity.

Key words: journal club, professional identity as a nurse, clinical practice.

## Bliv værtsfamilie



**DIS** DANISH INSTITUTE FOR STUDY ABROAD  
Affiliated with the University of Copenhagen

### Få en oplevelse for livet og bliv rigtig god til engelsk

- Har du et ekstra værelse?
- Er der en i familien der taler engelsk?
- Har du max 1 times transporttid til København?


Tilmeld dig som værtsfamilie for en international studerende 20. jan. til 18. maj 2008.

Vi dækker udgifterne!

Ring til DIS på 33 11 01 44

Go to [www.dis.dk/familie](http://www.dis.dk/familie)



Et  om dagen holder ikke tryksår væk, derfor har Zibo specialiseret sig i at forebygge og behandle tryksår under devicen "Kompetence giver trykthed"

PM 211



Dynamisk helmadrassystem til tryksår i alle stadier

Den nye generation inden for sårbehandling til kroniske sår, hudfejl og akutte sår.



Se hele Zibos produktudvalg på [www.ZIBO.dk](http://www.ZIBO.dk) eller kontakt os på tlf.: 76 90 04 07

## To ofre for blind tillid



Ole Sohn  
**Fra Folketinget til celle 290**  
 Forlaget Sohn  
 5. udgave 2007  
 304 sider – 99 kr.  
 ISBN 978-87-91959-13-4

Med *Ole Sohns* genudgivelse af bogen om folketingsmanden *Arne Munk Petersen*, hans liv, hans politiske tro og ikke mindst hans død, er der på ny grundlag for overvejelser om de politiske strømninger og brydninger, der fandt sted langt op i 1900-tallet.

Når denne bog har interesse for sygeplejersker, er det dels fordi Arne Munk Petersens skæbne er knyttet til ægtefællen, sygeplejersken *Elna Hiort-Lorenzens*. Dels fordi bogen rummer en belysning af, hvilke strategier det kommunistiske parti arbejdede ud fra i forsøget på at styrke sin indflydelse i det danske samfund, det politiske liv og ikke mindst i fagbevægelsen.

Men bogen er også interessant, fordi den viser et eksempel på, hvordan nærmest fanatisk tro på et system eller en ideologi kan føre til, at selv stærke og velbegavede mennesker lukker øjnene for hændelser og udsagn, der ikke passer til troen og dogmerne.

Arne Munk Petersen og Elna Hiort-Lorenzen blev begge ofre for deres blinde tillid til partiet og dets ledere. Arne kostede det livet og Elna et langt livs savn og usikkerhed.

Man tror Ole Sohn, når han melder, at det sidste ønske fra Arne Munk Petersen var at sende et livstegn til ægtefællen, men man sidder tilbage med en sær fornemmelse af, at der egentlig aldrig blev gjort ordentligt op med det svigt, partiet præsterede over for de to ofre og den offentlighed, der af mange forskellige grunde fulgte sagen.

*Af Kirsten Stalknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd.*

# FOHO Hospitalsinventar

FOURNAISE - THOMSEN

## Xanthia-Medic Trykaflastende produkter - alle produkter minus 20% i Nov/Dec.

Fournaise-Thomsen's Xanthia-Medic serie indeholder en række produkter : madrasser, topmadrasser, operations og lejehynder, puder, hynder, armstøtter, benstøtter, kuvøsemadrasser m.m.

Alle produkter kan typisk leveres i 2 densiteter - op til 110 kg og over. Produkterne tilrettes gerne efter behov, formål, størrelse og densitet.

Såvel små som store opgaver udføres, ligefra en enkelt hynde til senest levering af 750 madrasser på Gentofte Hospital

Fremstillet efter BS 3424-07 brandhæmmende skum samt Europæiske norm EN 597-2.  
 Leveres med antibakterielt behandlet PU-betræk.



Kontakt os på tlf. 43 30 31 70 ell. [info@foho.dk](mailto:info@foho.dk)

Se endvidere vores hjemmeside [www.foho.dk](http://www.foho.dk) for et bredt udvalg af inventar til sygehuse ell. rekvirer katalog.

## Sygepleje, kommunisme og kærlighed

En god historie kan fortælles mere end én gang, og det gælder også Ole Sohns fortælling om en af de markante skikkelser i dansk sygepleje, Elna Hiort-Lorenzen.

Siden første udgivelse af bogen i 1993 er der kommet flere udgivelser om sygeplejens historie i Danmark, og med den nye viden er der nok nogen af oplysningerne om Elna Hiort-Lorenzens meritter i Dansk Sygeplejeråds historie, der burde dæmpes lidt i betydning. Hendes støtte til krav om en otte timers arbejdsdag, om en arbejdsløshedskasse, om opbygning af et tillidsmands-system er hver for sig både fornuftige og til gavn for sygeplejerskerne, men de dybere politiske dagsordener finder man i Ole Sohns bog om Arne Munk Petersen. Det var således en klar strategi at søge politisk indflydelse på Dansk Sygeplejeråds arbejde og ledelse. Men den viden forringer ikke det samlede indtryk af den personlighed, som bogen beskriver.

Der er tre røde tråde i Elna Hiort-Lorenzens liv: sygeplejen, kommunismen og kærligheden til Arne Munk Petersen. Forfatteren kobler på en meget personlig måde

de tre tråde sammen til et portræt af en stærk kvinde, som tror på sin sag og sit politiske tilhørsforhold, men som i slutningen af sit liv oplever et enormt svigt fra de politiske kammerater, som hun i hele sit liv har troet på og uden tvivl givet sin arbejdskraft og tillid.

Med nutidens viden kan man undres over, at hun kunne blive ved med at tro på sovjetstyret og dermed også på, at Arne Munk Petersen levede et sted i verden, men forfatteren er nok tæt på forklaringen med sit udsagn om, at kærlighed gør blind.

En af Elna Hiort-Lorenzens sidste aktiviteter var medvirken til dannelsen af Seniorsammenslutningen, som i år fejrer 25-års-jubilæum, så genudgivelsen er meget aktuel, men bogen har også bud til den yngre generation af sygeplejersker, fordi Elna Hiort-Lorenzens liv genspejler den udvikling og dermed fagidentitet, som de unge i dag bygger videre på.

*Af Kirsten Stallknecht, sygeplejerske, tidligere formand for Dansk Sygeplejeråd.*



Ole Sohn

**I kamp og kærlighed**

– om Elna Hiort-Lorenzens liv og skæbne

Forlaget Sohn

3. udgave 2007

214 sider – 99 kr.

ISBN 978-87-91959-14-1

**Kirudan**  
www.kirudan.dk

Activa Hosiery kit



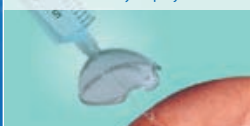
Sorbact bandage



PolyMem skumbandage



CombiGuard sårskyllesprøjte



**Moderne  
sårbehandling**  
... når viden er vigtig

Ønsker du yderligere information så kontakt Kirudans kundeservice på tlf. 3637 9100 eller læs mere på kirudan.dk

**Kirudan**  
www.kirudan.dk



**Synergi**  
DSR's nyhedsbrev

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

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

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 Frede-  
riksværk/Hundested  
Kommune.

## Den danske model

Danmark mangler speciallæger. Derfor afkorter man uddannelsestiden.

Danmark mangler lærere, derfor ansætter man ufaglærte til at undervise.

Danmark mangler sygeplejersker, og derfor bruger man andre faggrupper med kortere uddannelser.

Der bliver hugget hælde og klippet tæer i det offentlige, og skostørrelsen er nede på en 34. Det er uddannelse og viden, der skæres fra, og tilsyneladende er beskæringen startet i Folketinget, hvor der er skåret i den basale forståelse af, at det faktisk gør en forskel at lære og læse – eller muligvis tror de, at folk er dumme. Og ligeglade. Og uvidende. Men ingen skal bilde mig ind, at væsentlige afkortninger eller lavere uddannelse ikke har en konsekvens.

At der mangler uddannet personale og specialister i det offentlige, er ingen hemmelighed.

Det er et reelt problem, at der er flere stillinger end ansøgere, og det er en ærlig sag at præsentere præmisserne for at vælge lavere kvalitet: "Desværre har vi ikke flere flasker Bordeaux Grand Cru på hylderne, men vi har en flaske Okseblod, den smager kun halvt så godt, men koster også kun det halve." Det er tilbuddet til dig, og hvis du ønsker noget andet, må du finde en anden butik eller vælge en anden bestyrer til din andelsbiks. Men du ved, hvad du får og hvorfor.

Det er bare ikke i orden at påstå, der er det samme i flaskerne – at vin er vin, og uddannelse er uddannelse. Og det er slet ikke i orden at lade, som om det ikke gør en forskel, ja nærmest er en fordel.

Lars Løkke Rasmussen (V) udtalte sig i maj om beskæringen af speciallægers uddannelse. Han sagde, at "... det her er en væsentlig afkortning af uddannelsesforløbet og dermed et væsentligt våben i kampen mod manglen på speciallæger." Sådan bliver en beskæring vipti-vupti omskrevet til en fordel, og om føje år kan man vælte sig i speciallæger. Rent bortset fra at de jo ikke er særlig special-agtige, fordi de ikke har ret meget specialuddannelse.

Spørgsmålet er, om han glemte at fortælle dét, eller om han tror, det ikke gør en forskel.

Det lader til, at vi er nede på "hvad kan du få for en femmer"-niveauet, og hver gang nogen fortæller dig, at du kan få kvali-varer for en femmer, så bliver du snydt. Hvor mange gange skal patienterne snydes? Og os, der godt kan se forskel, hvor kan vi gå hen?

Jørn Ditlev Eriksen bekymrer sig i "5 faglige minutter" i nr. 21/2007 for, at han på et tidspunkt kan blive nødt til at vælge private sundhedsydelse frem for offentlige. Den bekymring deler jeg fuldt ud. Desværre er det ikke en mulighed, hvis problemet er akut, for dér er udbuddet i privatregi stort set ikke eksisterende. Der er nemlig ikke mange klejner i at drive skadestueberedskab og akutafdelinger.

Frem for at aflyse carporten og min ferie til Maldiverne for at købe sengeplads på Hamlet vil jeg hellere investere begge dele i det offentlige og så kunne regne med, at der er kvalificerede hjerner og hænder, når jeg eller mine kære får brug for dem.

For hvis det offentlige sundhedsvæsen skal drives med de forhåndenværende midler og uden ambitioner om at erhverve og levere den højeste kvalitet, så frygter jeg, at et akut behov for en speciallæge meget snart bliver bortforklaret med: "Desværre, vi har ingen urolog i dag. Men vi har en smed. Han ved ikke så meget om urinveje, men vandhanen drypper ikke længere på O.P."

**"Det lader til, at vi er nede på "hvad kan du få for en femmer"-niveauet, og hver gang nogen fortæller dig, at du kan få kvali-varer for en femmer, så bliver du snydt."**

redaktionen@dsr.dk