

Vejledning af patienter ændrer ikke altid deres adfærd • 10

Husk at tjekke din lønseddel • 12

Oversygeplejerske ofret i magtkamp • 20

Studerende skal reflektere over elektroniske patientjournaler • 48

SYGEPLEJERSKEN **8**



Nu skal patienter drikke
inden operationen. • 34

Vælg frit **1** bog for kun **29 kr.**

+39 kr. i porto og ekspedition.

I Bogklubben for Sygeplejersker får du ny inspiration til dit arbejde. Som medlem af bogklubben får du et spændende udvalg af tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Og der er nye ekstratilbud i hvert blad. Benyt dig af det gode velkomsttilbud, bliv medlem og få bøgerne leveret til lave bogklubpriser, ofte 45% billigere end du kan få dem andre steder.



Lena Wiklund
Omsorgsvidenskab i klinisk praksis

En blændende indføring i sygeplejefagets teori og klinik. "Lena Wiklund har leveret et vigtigt bidrag til den omsorgsvidenskabelige udvikling (...) Bogen er en udfordring og absolut nødvendig inden for de akademiske sundhedsuddannelser" – fra Katie Erikssons forord. "Det er befriende at læse en bog, hvor forfatteren så tydeligt og klart har taget stilling (...) Et rigtig godt bud på en lærebog om kernefagligheden i sygeplejen" Sygeplejelærer Lisbeth Vinberg, Sygeplejersken. 279 sider, uindbundet. Forlagspris: 299 kr.* Klubpris: 189 kr.

Best.nr. 165092**29 kr.**

John R. Hampton

EKG

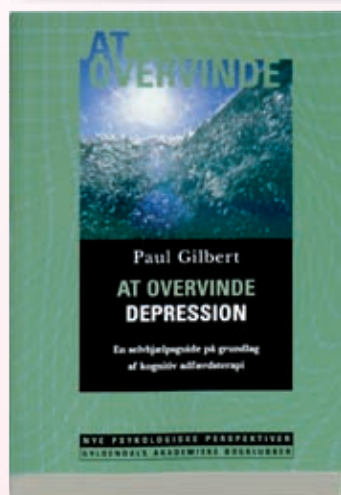
En letforståelig introduktion til EKG-begrebet, der sætter læseren i stand til at læse og tolke et EKG uden at drukne i komplekse detaljer. 125 sider, illustreret, uindbundet. Forlagspris: 198 kr.* Klubpris: 119 kr.

Best.nr. 160366**29 kr.**

William R. Miller & Stephen Rollnick

Motivations samtalen

"Bogen er særdeles handlingsorienteret og let tilgængelig. Citater og kliniske eksempler gør bogen både forståelig og læsevenlig (...) Bogen er relevant inden for misbrugsbehandling og andre områder, hvor motivation for adfærdændring er et kernepunkt." Klinisk vejleder Nina Borck Porsager, Sygeplejersken. 268 sider, uindbundet. Forlagspris: 298 kr.* Klubpris: 199 kr.

Best.nr. 162297**29 kr.**

Paul Gilbert

At overvinde depression

Med afsæt i den kognitive adfærdsterapi giver Paul Gilbert en klar og udførlig gennemgang af de mekanismer og tankemønstre, der kan udløse en depression. Desuden præsenteres en lang række gode råd og teknikker til, hvordan vi selv bearbejder de depressive tanker. 346 sider, uindbundet.

Forlagspris: 345 kr.*

Klubpris: 229 kr.

Best.nr. 164350**29 kr.**

Kirsten Halskov Madsen og Lisbet Due Madsen (red.)

Sygeplejen i den palliative indsats

Om sygepleje, behandling og omsorg for uhelbredeligt syge og døende mennesker. "Med fodfæste i den palliative virkelighed skaber forfatterne balance mellem filosofi, viden, idealer og erfaring." Sygeplejersken. 222 sider, illustreret, uindbundet.

Forlagspris: 239 kr.*

Klubpris: 149 kr.

Best.nr. 159707**29 kr.**

Reinhard Stelter (red.)

Coaching

Seks kyndige skribenter giver deres bud på, hvordan coaching i praksis kan anvendes til kompetenceudvikling og læring. "... en meget fin bog. Den er solid, den er praktisk relevant, den er teoretisk kompetent og dybt forankret" Steen Hildebrandt, Børsen. 279 sider, illustreret, uindbundet.

Forlagspris: 328 kr.*

Klubpris: 199 kr.

Best.nr. 163717**29 kr.**

Troels Staehelin Jensen m.fl. (red.)

Smerter

Giver en systematisk introduktion til smerter og smertebehandling set i en biologisk, social og psykologisk sammenhæng. Førende læger, tandlæger, sygeplejersker, psykologer, fysioterapeuter, ergoterapeuter mm. har bidraget til bogen. 396 sider, illustreret, uindbundet.

Forlagspris: 365 kr.*

Klubpris: 229 kr.

Best.nr. 163162**29 kr.**

Alt dette får du:

- sygepleje i teori og praksis
- psykologi og personlig udvikling
- opslagsværker
- kvalitetsromaner
- kogebøger



29 kr.

Joyce Travelbee
Mellemmenneskelige aspekter i sygepleje
 Joyce Travelbee tager udgangspunkt i eksistentielistisk menneskesyn og ser forholdet mellem sygeplejerske og patient som et terapeutisk forhold – men fastholder dog samtidig sygeplejens egenart. 268 sider. Forlagspris: 344 kr.* Klubpris: 199 kr.
Best.nr. 160002



29 kr.

Patricia Benner & Judith Wrubel
Omsorgens betydning i sygepleje
 Benner og Wrubel opfatter omsorg som grundlaget for alt menneskeligt liv. Hvilke konsekvenser har det for sygeplejen? Med inspiration fra den tyske filosof Martin Heidegger kommer de to forfatterne ind på bl.a. kropslig intelligens, det personlige engagement, spørgsmålet om mening, stress, sygdom og sundhedsfremme. En vigtig bog for enhver sygeplejerske. 448 sider, uindbundet. Forlagspris: 418 kr.* Klubpris: 239 kr.
Best.nr. 159814



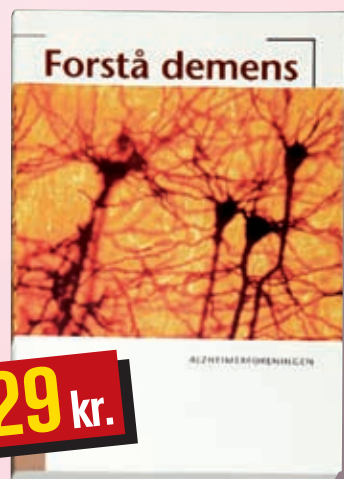
Jens Glindvad og Anne W. Ravn
Ernæring og sygepleje
 "Ernæring er omdrejningspunktet og sygeplejen kobles på undervejs. Næsten hvert kapitel indledes med at fremhæve sygeplejerskens ansvar i relation til det konkrete område og afsluttes med en opsummering af de vigtigste budskaber samt konkrete forslag til opgaver." Sygeplejersken. 219 sider, uindbundet. Forlagspris: 288 kr.* Klubpris: 189 kr.
Best.nr. 162057

29 kr.



Erik Hippe m.fl.
Akutte medicinske tilstande
 En klassiker blandt de medicinske lommebøger i den nyeste 6. udgave med nye kapitler, nye tabeller og nyt layout. "Denne kittelbog har i mange år været en nyttig hjælp for den medicinske forvagt, og den nye udgave er udvidet med afsnit om administrative aspekter såsom information og samtykke samt onkologi og såkaldt fysisk udløste sygdomme", Ugeskrift for læger. 291 sider, illustreret, uindbundet. Forlagspris: 287 kr.* Klubpris: 179 kr.
Best.nr. 160416

29 kr.



29 kr.

Steen G. Hasselbalch m.fl. (red.)
Forstå demens
 Et tværfagligt panel af 15 eksperter skriver om de væsentligste aspekter af demenssygdommens patologi, symptomer, forløb og aktuelle behandlingsmuligheder. "Forstå demens er en gave til personer, som personligt eller i embedes medfør har demens inde på livet" – Christian Graugaard i Politiken. "Med al respekt for dem, der har skrevet kapitler i lærebøger om neurologi og gerontopsykiatri, har vi manglet en dansksproget bog, som dækker alle aspekter af demens. Det har vi nu". – sygeplejerske Lene Trier og overlæge Hans Brændgaard, Ugeskrift for læger. 240 sider, illustreret, uindbundet. Forlagspris: 249 kr.* Klubpris: 169 kr.
Best.nr. 162420

UDFYLD KUPONEN OG SEND DEN ALLEREDE I DAG – PORTOEN ER BETALT!

BESTILLINGSKUPON

Jeg vil gerne være medlem af Bogklubben for Sygeplejersker og modtager en bog efter eget valg til **kun 29 kr.** + 39 kr. i porto og eksp.

EKSTRA TILBUD



SPAR 130 kr.

Jeg ønsker følgende bog til **29 kr.** med Best.nr.

Medlemsfordele ● Du får 7 gange om året tilsendt bogklubbens medlemsblad med mange spændende tilbud på aktuelle bøger ● Du får bøgerne til lave bogklubpriser ● Du kan nemt og hurtigt bestille ● 7 gange årligt vil du automatisk få tilsendt hovedbogen med posten, hvis du ikke afbestiller den. Den kan let afbestilles via Internettet, e-mail, telefon eller kupon ● Du forpligter dig kun til at købe 3 bøger til normal bogklubpris udover velkomstilbudet det første år. I modsat fald bortfalder rabatten.

Ja tak, sammen med min velkomstpakke vil jeg gerne modtage **Klinisk ordbog** som gennem 74 år har været den ubestridte autoritet vedrørende den sundhedsmæssige terminologi. Den er nu udkommet i en ny, gennemrevideret og udvidet brugervenlig udgave med over 32.000 opslagsord. 1.291 sider. 16. udg. Klubpris: 429 kr. **Din pris lige nu kun 299 kr.**

Skriv venligst med BLOKBOGSTAVER

Navn: _____
 Adresse: _____
 Post.nr.: _____ By: _____
 Tlf.nr.: _____
 Underskrift: _____ (Skal udfyldes)

KLIP HER! ✂

POST

Sendes ufrankeret Modtageren betaler portoen

bogklubben for sygeplejersker

+++ 0766 +++
 1045 København K

headhouse

Forførende

Naturen er en bonus oven i de faglige og personlige udfordringer

Grønland byder på oplevelser, som du ikke kan få noget andet sted. Både på jobbet og i fritiden. Alene med din tilstedeværelse og kompetence gør du en forskel – og den grønlandske sjæl, den fantastiske natur og de mennesker, du møder, vil uundgåeligt give dig nogle indtryk, som du altid vil bære i dit hjerte.

Grønland er ikke noget, man lægger bag sig.

Så har du mod i hjertet, eventyr i blodet og lyst til nye udfordringer, kan du få en oplevelse for livet i Grønland. Se mere om dine muligheder i Grønland på www.nextjobgreenland.gl



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

Suppleringsuddannelsen i Sygepleje

Suppleringsuddannelsen i Sygepleje giver kompetencer indenfor sygeplejefaget som videnskabelig disciplin. Det giver dig flere muligheder:

- Uddannelsen er studieforberevende og adgangsgivende til Master- og Kandidatuddannelserne i Sygepleje for de sygeplejersker, der ikke har en professionsbachelorgrad i sygepleje.
- Uddannelsen giver en teoretisk opgradering af din sygeplejemæssige viden, som er meget anvendelig i forhold til refleksion og argumentation med studerende og nyuddannede sygeplejersker.
- Uddannelsen giver kompetence til at forstå forskningsprojekter og selv deltage i udviklingsprojekter.

Uddannelsen er som fuldtidsstudie etårig med studiestart 1. september 2006 og afsluttes 30. juni 2007.

Uddannelsen er SU berettiget i 10 måneder. Der betales ikke studieafgift.

Ansøgningsskema og oplysning om uddannelsen kan rekvireres ved de to institutioner, som udbyder uddannelsen.

Kontakt: studiekoordinator Janne Lyngaa, CVU Øresund på mail.: jl@cvuoeresund.dk eller koordinator Jeanette Pilt Ulriksen, JCVU på mail.: jpu@jcvu.dk

læs mere på www.jcvu.dk og www.cvuoeresund.dk

Ansøgningsfrist: 1. maj 2006 - Svar på ansøgningerne udsendes ultimo maj 2006.

JCVU
Uddannelses- og udviklingsafdeling
Vennelystparken
Høegh-Guldbergs Gade 6
8000 Århus C
Tlf. 8612 1711
www.jcvu.dk



CVU Øresund
Efter- og Videreuddannelse
Fælledvej 12
2200 København N
Tlf. 3535 3811
www.cvuoeresund.dk



**Chefredaktør**

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

**Redaktionssekretær**

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

**Redaktør**

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

**Sygeplejefaglig
medarbejder**

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

**Sygeplejefaglig
medarbejder**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Journalist**

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

**Webjournalist**

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

**løn**

- 12 Får du løn som forskyldt?
- 13 En måned tjente jeg over 3.000 kr. ekstra
- 14 Tjekker altid lønsedlen
- 17 Tjek din lønseddel
- 18 Dansk Sygeplejeråd arbejder for bedre lønsedler

ledelse

- 20 Oversygeplejerske ofret

omsorg

- 22 Sygeplejersker frygter for de svageste
- 24 En mand med problemer

**selvangivelse**

- 25 Sygeplejerskens selvangivelse 2005

fag

- 34 Nu skal patienterne drikke inden operation
- 42 Når vejledningen preller af
- 46 Når drømmen er et job i San Francisco
- 48 Studerende skal reflektere over elektroniske journaler

**i hvert nummer**

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 6 Aktuelt | 41 Dilemma |
| 26 Dansk Sygeplejeråd mener | 51 Anmeldelser |
| 26 Debat | 54 Fem faglige minutter |
| 29 Synspunkt | 55 Stillingsannoncer |
| 30 Navne | 61 Kurser/Møder/Meddelelser |
| 30 In memoriam | |
| 32 Faglig information | |

Forsidefoto: Thomas Willads

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 8 · 21. april 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd · Sygeplejerskens redaktion
Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · Fax 33 93 47 82 · E-mail redaktionen@dsr.dk
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet
Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · Årsabonnement 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon
70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230
Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrup Møller · Tryk Graphx · Herlev
Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

Bedre plads til seniorerne

Af Britta Søndergaard, journalist • Foto: Heine Pedersen



Lene Rasmus-
sen, 42 år, sy-
geplejerske på
Reumatolo-
gisk Geriatrisk
afdeling,
Slagelse
Sygehus.



Jeanette Pal-
mer, 43 år, af-
delingssyge-
plejerske på
Reumatologisk
Geriatrisk af-
deling,
Slagelse
Sygehus.



Dorthe Tofte,
39 år, syge-
plejerske,
Anæstesiafde-
lingen,
Slagelse
Sygehus.



Charlotte
Graff, 38 år,
sygeplejer-
ske, Anæste-
siaafdelingen,
Slagelse
Sygehus.

FOTO: HEINE PEDERSEN

Hvad mener du om, at politikerne vil hæve efterlønsalderen?

"For mig personligt er det lidt ærgerligt, for jeg vil gerne gå som 60-årig. Det er fysisk hårdt og kræver personligt overskud at arbejde med geriatriske patienter. Selv om vi har gode hjælpemidler, kan det ikke undgås med tunge løft. Jeg vil ikke kunne holde til arbejdet her, efter at jeg er fyldt 60 år. Hvis forslaget bliver gennemført, må jeg flytte afdeling på længere sigt. Men overordnet kan jeg godt se, det er nødvendigt, at flere ældre bliver på arbejdsmarkedet."

Hvad kan der gøres for at holde på de ældre sygeplejersker?

"Der er virkelig brug for at indføre en bedre seniorpolitik, så det er muligt at undgå lange vagter."

Hvad mener du om, at politikerne vil hæve efterlønsalderen?

"Jeg har forståelse for ideen, for efterlønnen skulle oprindelig tilgodese fysisk nedslidte ældre. Jeg kunne godt tænke mig at fortsætte, efter at jeg er fyldt 60 år, men på nedsat tid. Eller lave noget helt andet inden for faget som f.eks. undervisning. Jeg elsker mit arbejde, men det medfører nogle gange stress at have en lederfunktion. På længere sigt kan jeg godt forestille mig, at jeg vil kaste mig over andre arbejdsopgaver."

Hvad kan der gøres for at fastholde ældre sygeplejersker i jobbet?

"Det skal være lettere for dem at undgå skiftende arbejdstider, for det er vigtigt, at vi både har erfarne og nyuddannede på afdelingen."

Hvad mener du om, at politikerne vil hæve efterlønsalderen?

"Nogle af de ældre sygeplejersker kan have brug for at gå på efterløn, fordi de er fysisk nedslidte. Men uanset hvad, tror jeg ikke, vi kan lave om på forslaget. Selv har jeg ikke gjort mig de store tanker om efterløn. Hvis jeg er sund og rask, vil jeg fortsætte til efter de 60 år, men jeg vil ikke fortsætte med døgnvagter, når jeg er over 50 år."

Hvad kan der gøres for at fastholde ældre sygeplejersker i jobbet?

"Der skal indføres mulighed for individuelle aftaler, så de kan arbejde på nedsat tid, men få indbetalt den fulde pension. Det kræver også en drøftelse af holdninger i afdelingen, så det accepteres, at nogle sygeplejersker arbejder mere fleksibelt."

Hvad mener du om, at politikerne vil hæve efterlønsalderen?

"Jeg forstår godt, at der er brug for flere ældre på arbejdsmarkedet. Men selv havde jeg regnet med at stoppe, når jeg er omkring de 60 år. Jeg vil gerne have en periode i mit liv, hvor jeg kan dyrke andet end arbejde. Jeg kan godt lide mit job, men vi skal præstere på en operationsgang og have mange bolde i luften. Samtidig er patienterne blevet dårligere. Nogle gange pumper adrenalinet rundt, når jeg kommer hjem. Derfor er det da et spørgsmål, om jeg kan holde til det tempo som ældre."

Hvad kan der gøres for at fastholde ældre sygeplejersker i jobbet?

"Der skal indføres seniorpolitik, så ældre kan undgå skiftende vagter."

Sygeplejersker tvinges på efterløn

Seniorpolitik. 28 pct. af de sygeplejersker, der sidste år gik på efterløn, følte sig presset til at forlade jobbet på grund af træthed, tidspres og højt arbejdstempo.

Det viser en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd, som derfor frygter, at regeringens forslag om at hæve efterlønsalderen til 63 år vil øge presset på de ældre sygeplejersker.

"Jeg tror ikke på pisk, hvis flere skal blive længere på jobbet. I stedet for at lirke en afskaffelse af efterlønnen ind ad bagvejen

burde regeringen have mere fokus på arbejdsmiljø og seniorordninger," siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Grete Christensen*. Hun foreslår bl.a., at efterlønnen gøres fleksibel, så flere kan arbejde ved siden af.

"Sygeplejerskemanglen vil toppe omkring 2010. Derfor er det vigtigt at beholde så mange ældre medarbejdere som muligt," siger Grete Christensen. Hun understreger, at muligheden for efterløn skal bevares.

"Alle skal kunne afslutte arbejdslivet på en værdig måde," siger Grete Christensen.

De seneste tal fra Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse viser, at 53 pct. af alle sygeplejersker mellem 60 og 64 år var på efterløn i 2005. Det er et fald i forhold til 1999, hvor 64,4 pct. af alle sygeplejersker i samme aldersgruppe var efterlønnere.

Praktisk hygiene på dåse!

Nu introducerer vi en praktisk dåse med Antibac vådservietter til overfladedesinfektion.

Produktet indeholder de samme virksomme stoffer som Antibac overfladedesinfektion på flaske. Der er gennemført grundige test, som viser at servietterne giver samme effekt på bakterier, virus og svamp som den flydende desinfektionssprit.

Dåsen indeholder 150 vådservietter, som er biologisk nedbrydelige. Alkoholøsningen opfylder kravene til EN 1276 og EN 1650. Servietterne er CE-mærkede. Som ekstra udstyr fås ståldispenser til væg.

Antibac distribueres i Danmark av Kirudan AS, tlf: 36 37 91 00, www.kirudan.dk

Vi tager hygiene alvorligt.



”Cheferne skal opdage, hvordan de kan få de ældre medarbejdere til at brænde. Om end det bliver på et lavere blus, fordi der jo er nogle fysiologiske forhold, som gør, at vi ikke kan knokle lige så meget.”

Finn Luff, erhvervspsykolog, i Politiken.

Sundhedsplejen mangler timer

Af Kirsten Bjørnsson, journalist

Tyndslidt. I en række kommuner har sundhedsplejen problemer med at tilbyde de besøg og undersøgelser, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Besparelser har gjort det nødvendigt at koncentrere indsatsen om de nyfødte børn.

Den kommunale sundhedspleje har på nogle punkter svært ved at leve op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Flertallet af kommunerne tilbyder de syv hjemmebesøg i barnets første leveår, som anbefales til førstegangsfødende. Men hver tiende kommune ser sig kun i stand til at tilbyde fire eller fem besøg.

Og det er kun 8-10 pct. af kommunerne, hvor sundhedsplejerskema gennemfører den årlige undersøgelse af skolebørnene, som Sundhedsstyrelsen anbefaler. Det mest almindelige er undersøgelser hvert andet år.

Det viser en kortlægning af de forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, som Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har foretaget for Sundhedsstyrelsen.

På nogle områder ser det ud til, at indsatsen er beskåret, siden en tilsvarende kortlægning blev gennemført i 1998.

Det gælder f.eks. indsatsen for børn med særlige behov.

Det ser ud til, at antallet af så-

kaldte behovsbørn er faldet fra 11 til 9 pct. af børnene i aldersgruppen 0-5 år og fra 12 til 8 pct. i aldersgruppen 6-16 år.

Sparet væk

Formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, *Susanne Hede*, gør opmærksom på, at der foregår mange andre ting i praksis end de lovpligtige og anbefalede tiltag, som undersøgelsen har spurgt kommunerne om.

Hun peger på mødregrupper, telefonordninger og åbenthustilbud, som supplerer hjemmebesøgene i en lang række kommuner.

”Man kan heller ikke se den sundhedspædagogiske indsats i skolerne ud af tallene. Hvis jeg taler om alkohol med 9. klasse eller om søvn og madpakker med 3. klasse, bliver det registreret som en gruppeaktivitet.”

Susanne Hede er meget overrasket over, at andelen af behovsbørn før skolealderen kun er 9 pct.

”I Århus Kommune ser vi f.eks. mellem 30 og 40 pct. af børnene som behovsbørn. Men vi tæller børn mellem 0 og et år. Rapporten har lagt tallene sammen for 0 til seks år,” siger hun.

”Hvad man ikke kan se af tallene, er, at vi koncentrerer vores indsats om de helt små børn. På grund af nomringer og besparelser.”

Ikke tid til førskolebarnet

Sundhedsplejerskerne ser til gengæld ikke så mange behovsbørn over et år. Men de findes, tilføjer Susanne Hede. Amme problemer og fødselsdepressioner er som regel overstået, når barnet er fyldt et år. Sociale problemer er ikke.

”Sundhedsplejerskerne kunne sagtens gøre en forskel for de 1-5-årige, f.eks. for de overvægtige. Og det ville vi gerne. Men af besparelsmæssige grunde er vi der ikke.”

Når man vurderer rapportens tal, skal man vide, at sundhedsplejens ressourcer er blevet beskåret, siden den første kortlægning fandt sted i 1998, påpeger *Else Guldager* fra Foreningen af ledere for sundhedsordninger for børn og unge.

”I den periode er antallet af sundhedsplejersketimer faldet med 8 pct. Det svarer til 129 stillinger,” uddyber hun.

”Vores rigtig store bekymring er, at der er alt for lidt tid til barnet mellem et og seks år. For vi ved jo, at de sårbare børn også er dem, som ikke kommer til børneundersøgelser hos den praktiserende læge.”

Else Guldager savner, ligesom Susanne Hede, en omtale af de mange tilbud, der i dag supplerer de gammeldags hjemmebesøg og skoleundersøgelser.

”Vi har jo taget nye metoder i brug i arbejdet med skolebørnene, metoder, der lægger op til at påvirke holdninger og til, at børnene selv skal være i stand til at varetage deres sundhed.

Hvordan modstår jeg gruppepres? Hvordan modstår jeg alkohol, cola, chips i læssevis? Vi tror ikke på, at man afhjælper børnefedme ved at veje et barn hvert år.” Men hun beklager, at sundhedsplejen er nødt til at slække på de gamle, afprøvede metoder for at få plads til de nye.

”Det ville være fint med en sundhedssamtale og en vægtkontrol for alle de børn, hvor man kan se, det vil være godt.

Jeg har hørt børn spørge: Hvorfor får vi ikke et sundhedstjek? Hvorfor kan vi ikke komme ned og snakke med sundhedsplejersken en gang om året?”

Rapporten ligger på www.si-folkesundhed.dk
Søg på ”forebyggende sundhedsordninger.”

Jysk Center for Videregående Uddannelse, uddannelses- og udviklingsafdelingen udbyder en række kompetencegivende uddannelser. Studiestart i august og september 2006

Diplomuddannelser	Ansøgningsfrist
Sundhedsfaglige diplomuddannelser	29. maj 2006
Fleksibel diplomuddannelse, Krop, kost og sundhed	29. maj 2006
Sundhedsfaglig supervision og vejledning, (2. del)	29. maj 2006
Ernæringsdiplomuddannelsen	29. maj 2006
Diplomuddannelsen i ledelse	22. maj 2006
Tværfaglig diplomuddannelse i psykiatri	1. september 2006
Andre uddannelser på diplomniveau	
Klinisk vejlederuddannelse	29. maj 2006
Øvrige uddannelser	
Sundhedsplejerskeuddannelsen	1. maj 2006
Suppleringsuddannelsen i sygepleje	1. maj 2006
Voksenunderviseruddannelsen	17. maj 2006

Læs mere på www.jcvu.dk om de enkelte uddannelser. Du er også velkommen til at rekvirere vores videreuddannelseskatalog på 87 38 83 00 eller via e-mail: omstilling@jcvu.dk

JCVU løser desuden udviklingsopgaver, evalueringsopgaver m.v. for kommuner, amter, forvaltninger, institutioner, faglige organisationer og centrale myndigheder.



KONFERENCE:

Udfordringer på ældreområdet

ledelse i en brydningstid

På konferencen sætter vi fokus på de mange højaktuelle udfordringer man som leder på ældreområdet står overfor netop nu.

Oplev to dage med inspiration til din hverdag sammen med kolleger og andre fagfolk.

Tilmeld dig online eller benyt tilmeldingskuponen, som du kan sende eller faxe.

Se hele programmet på www.deku.dk/aeldre

Tilmeld dig inden 24. maj og deltag gratis i netværksmiddag på Hotel Nyborg Strand, hvis du henviser til denne annonce

Partner:

ZEALAND CARE

Udfordringer på ældreområdet

ledelse i en brydningstid

Konference – Hotel Nyborg Strand – den 11. og 12. september 2006

Fusionsledelse på ældreområdet

Vend fusionen til noget positivt og skab en ny vinderkultur

Service-harmonisering i praksis

Faldgruber og praktiske anbefalinger

Kvalitet i ældreplejen

Nye metoder og værktøjer

Motivation og arbejdsglæde

Kend din egen rolle på arbejdspladsen

Hør blandt andre:



Ole Fogh Kirkeby
Professor i ledelsesfilosofi
Handels-højskolen i København



Povl Riis
Professor, dr.med. og formand for ÆldreForum



Jens Gaardbo
Journalist og kommunikationsrådgiver
Gaardbo Comm



Peter Langdal
Teaterchef og instruktør
Betty Nansen Teatret

Tilmeld dig direkte på www.deku.dk/aeldre

www.deku.dk

**Tilmelding til konferencen:
Udfordringer på ældreområdet,
Hotel Nyborg Strand
den 11. og 12. september 2006**

Konferencepris kr. 4.995,- (ekskl. moms). Netværksmiddag pris kr. 350,- (ekskl. moms) – gratis hvis du tilmelder dig inden 24. maj og henviser til denne annonce.

Firma
Adresse
Postnr. og by
Telefon (hovednummer)
Evt. EAN nr.

Sådan kan du tilmelde dig:

Telefon: +45 7027 5859
Fax: +45 8896 8806
E-mail: tilmelding@deku.dk
Brev: DEKU

Rådhuspladsen 16, Postbox 13
DK-København V.

Navn
Stilling
Afdeling
E-mail
 Jeg ønsker at deltage i netværksmiddag

Navn
Stilling
Afdeling
E-mail
 Jeg ønsker at deltage i netværksmiddag



Vejledning ændrer ikke altid adfærd

Af Lotte Havemann, journalist

Vejledning. *Patienter forandrer ikke nødvendigvis adfærd, selv om de er blevet informeret om fordelene ved at ændre kost-, ryge- og motionsvaner. Hvis vejledning skal virke, skal sygeplejersken vide mere om patientens hverdag. Det kan også give pote at afprøve forskellige modeller.*

Den overvægtige diabetespatient sidder over for sygeplejersken og nikker deltagende til alle de velmenende ord. Spis mere grønt, bevæg dig mere i hverdagen og læg cigaretter og alkohol på hylden. Men når patienten kommer hjem til hverdagen med aftenhyggeslik og gæstemiddage, er rådene ikke så nemme at tilpasse det sociale liv, der er en stor del af hans eller hendes tilværelse.

Ifølge artiklen "Når vejledningen preller af" på side 42 i dette nummer af *Sygeplejersken* er problemet, at der fokuseres for meget på den tekniske side af sygdommen (f.eks. kostsammensætning og måling af blod-sukker) og for lidt på, hvordan patienten kan integrere ændringer i netop sin hverdag.

"Ansvaret for at implementere de nye kostanvisninger i hverdagen er overladt til

patienterne selv," skriver artiklens forfatter, sygeplejerske Signe Belling.

Hun skriver videre:

"Når vi kan konstatere, at øget motivation ikke fører til de nødvendige livsstilsændringer, mangler vi en ny forståelse af, hvad der afstedkommer menneskers handlinger."

Og at denne forståelse er vigtig, mener også *Mette Nordahl Svendsen*, antropolog og adjunkt på Afdeling for Sundhedstjenesteforskning på Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Hun nikker genkendende til, at patienter ikke nødvendigvis følger en vejledning, selv om de får nok så meget viden.

"Det er et historisk kendt fænomen, at patienter ikke handler i overensstemmelse med, hvad sygeplejersken mener er til patientens eget bedste. Patienter kan sagtens forstå, hvad sygeplejersken fortæller dem, men der er mange andre ting end forebyggelse, der spiller ind, når patienten skal slappe af efter en hård arbejdsdag, have gæster til middag eller hygge med boller til børnene om fredagen. Patienten kan jo meget vel mene, at den slags afslappende ad-

færd netop er til hendes eget bedste," siger *Mette Nordahl Svendsen*.

Vend blikket indad

Hun foreslår, at sygeplejersker kigger indad, hvis de vil opnå bedre resultater for patienterne:

"Hvis sygeplejersker kaster blikket mod deres eget system, vil de se, at de er i gang med et styringsprojekt over for patienten. Når de fortæller patienten om sundhedsrisici, kommunikerer de en helt bestemt opfattelse af, hvad der er rigtig adfærd, og hvad der udgør det gode liv: "Ud fra dine blodprøver kan vi konkludere, at du skal motionere en halv time om dagen, spise sundt og tage den og den type medicin."

Denne opfattelse af den korrekte adfærd giver god mening i bestemte sammenhænge – f.eks. i en klinisk sammenhæng – men hvis den også skal give mening og blive handlingsanvisende for patienten, skal sygeplejerskerne ikke bare gengive generelle råd om kost og motion, men prøve at tænke rådene ind i patientens konkrete situation. F.eks. ved at spørge ham: Hvad gør du, når du kommer hjem fra

Dansk Sygeplejeråd fik dårlig byggerådgivning

Af Lars Flindt Pedersen, journalist

Afklaring. *Først og fremmest dårlig rådgivning medvirkede til, at Dansk Sygeplejeråd overskred byggebudgettet med ca. 25 mio. kr., da Kvæsthuset blev ombygget, skriver Deloitte i sin revisionsrapport om byggeriet. Men Dansk Sygeplejeråd går ikke ram forbi i rapporten.*

Da Dansk Sygeplejeråd gik i gang med at ombygge Kvæsthuset i oktober 2003, havde man allieret sig med *Tage Nielsens* Tegnestue (TNT), som skulle stå for den arkitektoniske rådgivning, byggestyring og ikke mindst for den økonomiske rådgivning. Og det er den økonomiske rådgivning, som revisionsfirmaet Deloitte finder har været mangelfuld og sjusket.

Deloitte kritiserer især TNT for ikke at have lavet en samlet opgørelse over de mange tillægsaftaler, der blev lavet mellem Dansk

Sygeplejeråd og hovedentreprenøren Skanska. Det har nemlig ifølge Deloitte været et stort problem. For i forbindelse med byggeriet af Kvæsthuset har der været et uforholdsmæssigt stort antal tillægsaftaler i forhold til den oprindelige kontrakt, der blev indgået mellem Dansk Sygeplejeråd og Skanska. Nogle af årsagerne til de mange tillægsaftaler er, at der ikke var tid nok til at lave tilstrækkeligt med forundersøgelser af bygningen, at flere uforudsete forhold dukkede op, og at Kvæsthuset er en ældre ejendom, hvor der altid vil være flere justeringer end ved nybyggeri.

Endvidere skriver Deloitte, at man i TNTs budgetter over byggeriet i flere tilfælde har konstateret regnefejl, beløb, der er medtaget to gange, eller beløb, der slet ikke figurerede i budgettet.

Men Dansk Sygeplejeråd bærer også selv

en del af skylden for budgetoverskridelsen. Revisionsfirmaet kritiserer Dansk Sygeplejeråd for ikke at have stillet spørgsmål og været kritiske nok over for TNTs byggestyring.

"Vi må ud fra revisionsrapporten konkludere, at Dansk Sygeplejeråds administrative ledelse heller ikke har været god nok til at skaffe sig det





arbejde, hvad gør du, når du skal til fødselsdag på søndag?"

"På den måde kan de sammen finde frem til løsninger, der er rodfæstet i de situationer, patienter reelt kommer ud for, frem for løsninger rodfæstet i sygeplejerskens informationsmateriale," siger Mette Nordahl Svendsen.

Formand for det Nationale Råd for Folkesundhed, professor, dr.med. *Bente Klarlund Pedersen*, kender også problematikken med patienter, der ikke følger vejledning om forebyggende adfærd. Hun nævner hypotesen om patienter, som er tynget af personlige problemer og derfor kan have brug for først at tale med en præst eller en psykolog. Hun peger på, at det er vigtigt at samle erfaring på området og lade sig inspirere af andres metoder for at finde frem til den vejledning, der virker bedst.

"Når man vil have folk til at ændre adfærd – f.eks. på en hjerteafdeling – er det en god idé, at når man har forsøgt sig på én måde, og denne ikke har haft nogen effekt på adfærden, så skal man følge op og teste en ny måde at motivere på og derefter undersøge, om den giver et bedre resultat," siger Bente Klarlund Pedersen.

Læs artiklen "Når vejledningen preller af" på side 42.

overblik, som kunne have gjort det muligt for den politiske styregruppe at have gjort noget ved det på et tidligere tidspunkt," siger Dansk Sygeplejeråds næstformand *Grete Christensen* i en kommentar til rapporten.

Rapporten konkluderer også, at intet tyder på, at Dansk Sygeplejeråd er blevet snydt eller bedrøget.

"Deloitte skriver, at vi har fået varer og ydelser for det, vi har betalt for. Og på den baggrund mener vi ikke, at der er grund til at rejse erstatningskrav mod nogen," siger Grete Christensen.

Deloitte skriver også, at det har fordyret projektet, at Dansk Sygeplejeråds sekretariat flyttede ind i Kvæsthuset, før byggeriet var færdigt. Deloitte sætter dog ikke beløb på, hvad dét har kostet.

Trods gentagne forsøg har det ikke været muligt at få en kommentar fra TNT.

Deloitte's revisionsrapport kan downloades under denne artikel på www.sygeplejersken.dk

Syv glade sygeplejersker, som har fået penge til deres forskningsprojekter. Fra venstre: Elizabeth E. Rosted, Ellen M. Mikkelsen, Mette Grønkjær, Susie Østerby, Tove Larsen, Pernille Banck-Petersen og Edith Mark. Den ottende, Susanne Laustsen, kunne ikke være med til overrækkelsen.

Halvanden million til forskning

Af Grethe Kjærgaard, journalist

Pengeregn. Otte sygeplejersker får penge til forskning i klinikken.

Dansk Sygeplejeråd deler for første gang ud af den sygeplejefaglige forskningsfond. Kravet til modtagerne er, at forskningen skal kunne bruges i praksis. Det lever de otte sygeplejersker op til, som har fået penge fra forskningsfonden. De kan nu glæde sig over at kunne komme i gang med en række projekter, der spænder bredt fra håndhygiejne over genetisk vejledning til dansk alkoholkultur i et sundhedsfremmeperspektiv.

Knap halvanden million blev uddelt af forskningsfondens midler ved en reception i Dansk Sygeplejeråd, hvor direktør *Anne Granborg* overrakte legater og blomster.

"Det er første gang, vi uddeler midler fra den sygeplejefaglige forskningsfond. Glæden er derfor ekstra stor," sagde hun og henviste til, at uddelingen er helt i tråd med Dansk Sygeplejeråds holdningspapirer, som forpligter rådet til at arbejde for fagets fortsatte udvikling bl.a. ved at støtte forskning i sygepleje. Projekterne lever også op til de to indsatsområder, fonden har prioriteret, nemlig sundhedsfremme og forebyggelse samt sammenhængende patientforløb på tværs af den primære og sekundære sundhedssektor.

De otte sygeplejersker er *Ellen M. Mikkelsen, Elizabeth Emilie Rosted, Mette Grønkjær, Susie Østerby, Edith Mark, Susanne Laustsen, Pernille Banck-Petersen og Tove Larsen.*

- Ellen Mikkelsen, ph.d.-studerende ved Aarhus Universitet, har fået 135.788 kr. til sit projekt "Sundhedsadfærd og psykosociale reaktioner som følge af genetisk udredning og rådgivning hos kvinder med familiær disposition for bryst- eller æggestokkræft"
- Elizabeth Emilie Rosted, cand.cur., har fået 500.000 kr. til at afprøve en identifikationsmodel, ISAR II, med henblik på geriatriske patienters udskrivelse fra Amager Hospital til Tårnby Kommune.
- Også Mette Grønkjær, ph.d.-studerende ved Københavns Universitet, har fået 500.000 kr. De skal gå til at gennemføre projektet "Dansk alkoholkultur i et sundhedsfremmeperspektiv."
- Susie Østerby, der er i gang med en Master of Public Health (MA), har fået 15.000 kr. til projektet "Overvægt, etnicitet og socioøkonomiske forhold."
- Edith Mark, ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet, har fået 250.000 kr. til at gennemføre et kvalitativt projekt til sundhedsfremme hos børn med særlige spiseudfordringer. "Pooh som vi spiser," har hun kaldt sit projekt.
- Susanne Laustsen har fået 50.000 kr. til projektet "Validering af håndhygiejne blandt sygehuspersonale."
- Endelig har Pernille Banck-Petersen og Tove Larsen fået 50.000 kr. til "En prospektiv undersøgelse af insulintilfælde i relation til selvbehandling af insulinføling hos patienter med type 1-diabetes."

FÅR DU LØN SOM

Det er langt fra en nem sag at læse sin lønseddel. Den er fyldt med tal, indviklede begreber og ord som arbejdsmarkedsbidrag og normtimeregnskab. Heller ikke for arbejdsgiverne er det altid lige let at finde ud af, hvad sygeplejerskerne skal have i løn. Dansk Sygeplejeråd har mange sager liggende om forkerte lønudbetalinger. Heldigvis ender de fleste sager godt. Andre gange ender de ansatte med sorte per. Det kan være lønkontoret, der glemmer at påføre de rigtige tillæg. Eller måske sker fejlen under indtastning i afdelingen. Læs i dette tema om en sygeplejerske, der med en kalender og en grundig gennemgang af lønsedlen flere gange har fundet fejl for 3.000 kr. Få også en pædagogisk gennemgang af de vigtigste poster på en lønseddel. Så bliver det måske dig, der en dag opdager en fejl på din lønseddel, som kan være guld værd.



FORSKYLDT?

Jackpot. Der er sund fornuft og god økonomi i at tjekke sin lønseddel. Det er Else Boe et godt eksempel på. I januar var hun gået glip af ca. 3.000 kr., hvis ikke hun havde gennemgået sin lønseddel for fejl.

En måned tjente jeg over 3.000 kr. ekstra

”Jeg vil ikke være til grin. Lønnen som sygeplejerske er ikke høj nok i forvejen, og jeg vil have den løn, som jeg er berettiget til,” siger hjemmesygeplejerske i Greve Kommune, *Else Boe*.

Hver måned tjekker hun sin lønseddel minutvist for fejl. Og det hænder ret ofte, at der er en slags bingo.

”På lønsedlen fra januar havde de glemt at skrive to ekstravagter på. Det er over 3.000 kr., som jeg ikke ville have fået, hvis ikke jeg havde tjekket den.”

I sin kalender har Else Boe skrevet ned, hver gang hun har vagter, og om det er med tillæg, eller om det er en vagt, der giver overarbejdsbetaling. Og kalenderregnskabet kan betale sig. For det er typisk i forbindelse med tillæg, at hun finder fejl.

”For halvandet år siden sad jeg to og en

halv time sammen med en ansat fra lønkontoret og gennemgik mine lønsedler flere år tilbage. Vi tjekkede kun for manglende overarbejdsbetaling. På de to og en halv time fandt vi fejl for mellem 3.000 og 4.000 kr., som jeg ikke havde fået betaling for. Vi skulle også have tjekket for manglende betaling i forbindelse med de tillæg, jeg får ved at arbejde henholdsvis om natten, lørdag og søndag. Men den ansatte på lønkontoret kunne ikke klare mere og måtte gå,” siger Else Boe.

Selvom hun kan blive ret irriteret over de mange fejl, siger hun, at det som regel bliver ordnet i mindelighed.

”De giver mig ret i, at jeg skal have den løn, jeg skal have, så der er fuld forståelse for, at jeg vil have fejlene rettet. Jeg vil godt tilføje, at jeg har fundet færre fejl det sidste halve år.”



Det er Else Boes erfaring, at det ikke er alle vagter, hun får betaling for. Derfor skriver hun altid ned i sin kalender, hvornår hun har vagt, og hvilken type vagter det er.

I Greve Kommune er det firmaet Kommunedata, der varetager lønberegning og lønsedler, og Else Boe videregiver de fejl, hun har fundet, til sekretæren i kommunens hjemmehjælp.

”Det kan være svært på lønsedlen at gennemskue, hvilke dage det er, man har haft vagter hvornår, og især er det svært at se, hvis der er rettelser fra den foregående måned. Jeg ville ønske, at de kunne bruge oplysningerne fra timesedlerne på lønsedlerne. Det ville gøre lønsedlerne meget lettere at gennemskue,” siger Else Boe.

lfp@dssr.dk og lha@dssr.dk



Timeregnskab. 1-2 timer kan det godt tage intensivsygeplejerske Jeanett Høg Jørgensen at kontrollere sin lønseddel hver måned. Hendes mand skal kun tjekke ét beløb.

Tjekker altid lønsedlen

Hver måned, når lønsedlen er kommet, finder sygeplejerske *Jeanett Høg Jørgensen* sin kalender og sin overenskomst frem. Vigtige redskaber, når hun skal tjekke de forskellige poster på lønsedlen fra Silkeborg Data – det firma, der udsender hendes lønseddel.

Hendes øjne løber hurtigt ned over den faste løn, nemlig grundløn, kvalifikationslønnen, det personlige tillæg og det lokale tillæg for specialuddannelsen som intensivsygeplejerske.

Herefter lader hun blikket hvile på posterne under "Særydelser": aftentillæg, nattetillæg, ekstra arbejde, hverdage og ekstra arbejde, hverdag aften/nat.

"Jeg vil gerne have føling med, om mine vagter er kodet rigtigt ind. Der er mange muligheder for fejl – hos mig selv og ved indtastning i afdelingen og i lønkontoret. Så jeg gennemgår normalt timeregnskabet og ferietimeregnskabet. Tjekker, om lønsedlen og min egen kalender stemmer overens," fortæller Jeanett Høg Jørgensen, der arbejder som intensivsygeplejerske på Fredericia Sygehus.

"Jeg kalder det "projekt lønseddel," for det er jo et mindre projekt. Det tager som regel en halv time, og når der er problemer, bruger jeg let 1-2 timer," siger hun.

"F.eks. bliver det rigtig sjovt, når man har arbejdet på sønehelligdage. I de tilfælde bliver normtiden nedreguleret med en bestemt timesats, og da jeg som regel ikke husker satsen fra gang til gang, må jeg finde min overenskomst frem."

Af Jeanett Høg Jørgensens lønseddel fremgår det også, hvilke ekstratimer, overarbejdstimer og søndagstimer der omregnes til afspadseringstimer.

"Lige netop afspadseringsregnskabet – der må jeg indrømme, at jeg melder pas.



Mange af kollegerne skimmer kun deres lønseddel. Men Jeanett Høg Jørgensen tager hver måned tønnen med at gennemgå alle lønsedlens poster.

Jeg håber bare, det passer." Hun ved, at mange af hendes kolleger har det sådan med hele deres lønseddel. De tjekker den kun flygtigt.

"Det tror jeg er meget udbredt blandt sygeplejersker med skiftende vagter. Og det gør jeg også selv de måneder, jeg ikke har så meget tid. For det er et stort stykke arbejde. Nogle gange misunder jeg min mand, der får et fast beløb hver måned og bare skal kontrollere ét tal," siger hun og tilføjer:

"Jeg synes egentlig, at min lønseddel er rimelig overskuelig, men det er alligevel omstændeligt at gennemgå den, og jeg skal bruge min fritid på det."

lfp@dssr.dk og lha@dssr.dk

Gennemgang af lønseddel fra Silkeborg Data

FORSIDE

1. Fast løn består af en grundløn og evt. en række tillæg.
2. P'et betyder, at beløbet er pensionsgivende.
3. Foran teksten kan der være et lille ikon (her timeglas). Det henviser til bagsiden af lønsedlen, hvor tallene uddybes nærmere.
4. Særydelserne specificeres ud på de enkelte uger på bagsiden.
5. Tillæg/fradrag, der indgår i skatteberegningen. Det kan f.eks. være ATP-bidrag og/eller gruppelev.
6. Denne linje viser din lønindkomst, skattefradrag, trækprocent, trækgrundlaget og den beregnede skat.
7. Tillæg/fradrag, der ikke indgår i skatteberegningen. F.eks. kørselsgodtgørelse, boligfradrag eller kontingent til personaleforening.
8. Summeringer af årets lønindkomst, skat, arbejdsmarkedsbidrag, samlet indbetalt pension m.m. Tallene bruges primært til:
 - Årsopgørelsen til skattevæsenet
 - Beregning af særlig feriegodtgørelse
 - Evt. udskrift af feriekort.
9. Pensionsbidrag: Eget pensionsbidrag
Samlet indbetalt pension: Samlet indbetaling til pensionskassen.

Akkumuleret	
Lønindkomst	53.37
Ferieberettigelse	48.50

2006-02-16 MD

Af Lotte Havemann og Lars Flindt Pedersen, journalister • Foto: Morten Nilsson og Alex Tran

LØNSEDEL KOPI

Silkeborg Centralsygehus
Falkevej 1-3
8600 Silkeborg
35012516

CPR-nr. 111111 2222
Tjenestenr. 99999

Sygeplejerske
Helle Jensen
Kastaniehøj vej 2
8600 Silkeborg

Lønsedelnr. 02/2006

Forside 1 af 1

Afd. KIRU
Inst. S S Tjnr. 99999

Silkeborg Løn

Periode uge/md/år	Tekst	Antal	a kr.	Beløb
--/02/06	1 Fast løn for 01.02.-28.02.2006 Trin 06 - løndecimal 1,0000 Kompetence kvalifikationsløn Trin 30-32/gr.0-Tillæg OK05			23.283,34 P
--/02/06				766,67 P
--/02/06				758,33 P
	Fast løn i alt			24.808,34
	3 Særydelser 4			
	Afentillæg	15,00	41,78	626,70 *
	Nattillæg	6,00	47,19	283,14 *
	Tilkald på fridøgn/ till. udb.	14,00	77,36	1.083,04 *
	Ansvarstillæg pr. tjeneste	1,00	18,41	18,41 *
	Inddraget fridøgn	1,00	330,24	330,24 *
--/02/06	5 Diverse skattepligtige tillæg/fradrag Atp-bidrag B ordning			
	Samlet løn før skat			-32,40
--/02/06	6 Skatteberegning mv. Arbejdsmarkedsbidrag 8% af kr. 27.117,47 Skat: Lønindk. 24.948,47 - fradrag 5.536 = 19.412,47 x 39%			27.117,47
--/06/05	7 Diverse ikke skattepligtige tillæg/fradrag Kørsel indtil 20.000 km			-2.169,00
--/02/06	Kørsel indtil 20.000 km			-7.570,00
		5,00	3,10	15,50
		10,00	3,30	33,00
				17.426,97

* Specifikation af beløb/timer - se bagsiden
P Specifikation af pension/timer - se bagsiden

ret år til dato	8		9	
9,43	Pensionsbidrag	Samlet indbetalt pension	Skat	Arbejdsmarkedsbidrag
de løn	2150,06	6450,18	14,834	4,269
4,30	Feriegodtgørelse	Feriegodtg. af ekstratj.	Særlig feriegodtgørelse	Sygeferiepenge
	6063,04		801,69	
				Særlig pensionsopsp.
				ATP-bidrag
				64,80
				1. & 2. ledighedsdg i per.
				1. & 2. ledighedsdg i år

BAGSIDE

- 10. Den periode, du får dine særydelser for. Bemærk, at perioden er forskudt i forhold til den periode, du får din faste løn for.
11. Kolonnerne viser, i hvilke uger dine særydelser er optjent. Overskriften til de enkelte kolonner angiver uge og måned.
12. Sammentælling af antal enheder fra ugekolonnerne. Antal er overført fra for-siden.
13. Afspadseringsregnskabet består af:
- Afspadseringssaldo fra forrige lønseddels
 - Optjent afspadsering
 - Afholdt afspadsering
 - Udbetalt i denne lønperiode
 - Ny afspadseringssaldo.
14. Hver enkelt linje med optjent eller afholdt afspadsering er her omregnet til afspadseringstimer.
15. Tilgodehavende afspadsering er delt op i optjeningsperioder. Her vises det optjente i indeværende måned samt de foregående tre måneders optjening.

Lønseddelsnr. 02/2006
CPR-nr. 111111 2222

10 Specifikation af særydelser 09.01.-05.02.2006 (ugerne 02-05)

Periode	Tekst	Gl.per	02/01	03/01	04/01	05/01	05/02
	Aftentillæg			6,00			
	Nattillæg			4,00			
	Tilkald på fridøgn/till. udb.				1,00		
	Ansvarstillæg pr. tjeneste					5,00	4,00
	Inddraget fridøgn					2,00	

11 Ferieregnskab mv. 09.01.-05.02.2006 (ugerne 02-05)

Periode	Tekst	Saldo pr. 08.01.06	Gl.per.	02/01	03/01	04/01	05/01	05/02
	Ferietimer med løn	14,00						1,00

13 Afspadseringsregnskab

Optjent/afholdt afspadsering

Tekst	Saldo pr. 08.01.2006	Gl.per	02/01	03/01	04/01	05/01	05/02	Ant
Optjent								
Opkald bolig				5,00				3,00
Opkald vagtværelse				3,00		3,00		5,00
Opkald døgnvagt								8,00
Tilkald på fridøgn/till. udb.								14,00
Ekstratimer								1,25
Overarbejde								0,50
Søndagstimer								24,00
Sh-tillæg								8,00
Afholdt								
Afspadsering timer		8,00	0,50	1,25	11,00			13,00
Saldo pr. 05.02.2006				1,33	15,00	4,33	1,50	22,16

Tilgodehavende afspadsering

Tekst	Inddr. friperiode	Lør-/Søndagstimer	Timer i alt	Afspadseres senest

Optjent md år

Tekst	11/05	12/05	01/06	02/06
	0,00	0,00	0,00	1,48
	28.02.06	31.03.06	30.04.06	31.05.06
				5,20
				6,68

15 Optælling af timer 09.01.-05.02.2006 (ugerne 02-05)

Tekst	Gl.per	02/01	03/01	04/01	05/01	05/02
Arbejdstimer		37,50	60,13		10,67	24,00
Normtimer		37,50	61,46	15,00	15,00	25,50

Samlet pensionsbidrag overført til pensionskasse

Tekst	Arbejdstimer	Normtimer
Pensionsbidrag af løn		
Heraf 1/3 eget bidrag		
Pensionsprocent		
		1.075,03
		13,00
		3.225,03

I god tro. Fem jordemødre er i Østre Landsret blevet dømt til at betale penge tilbage, som de fik for meget i løn. Landsretten vurderede, at de havde udvist betydelig grad af uagtsomhed, fordi de ikke havde tjekket lønsedlen. Dommen kan få betydning for sygeplejersker, der står i samme situation.

Landsretsdom kan få konsekvenser Tjek hele din lønseddel

Tjek *alle* tallene på din lønseddel – det kan betale sig. Det lærte fem jordemødre på den hårde måde. Østre Landsret afgjorde i efteråret 2005, at det ikke er nok at kontrollere det endelige udbetalte beløb – man skal også kigge sine tillæg en ekstra gang efter i sømmene – ellers risikerer man at skulle betale pengene tilbage. Og det er med renter. Jurist i Dansk Sygeplejeråd vurderer, at dommen i landsretten også kan få betydning for sygeplejersker, der får mere i løn, end de har ret til.

De dømte jordemødre var alle kontaktjordemødre, hvilket de fik et månedligt løntillæg for. En måned blev det tillæg ganget med 12, så de fik tillægget svarende til et år. Det havde i forvejen været en periode med meget overarbejde og natarbejde, så jordemødrene studse ikke over deres lønseddel, som ikke afveg fra andre måneders samlede aflønning. Men hverken byretten i Hillerød eller Østre Landsret mente, at jordemødrene var i god tro, og begge instanser idømte de fem jordemødre at betale pengene tilbage.

Det er stadig praksis, at hvis man kan godtgøre, at man har modtaget pengene i god tro, så kan man slippe med at betale den for meget udbetalte løn tilbage eller nøjes med at be-

tale nogle af pengene tilbage. Men dommen skærper altså kravene til, hvornår man er i god tro.

Skærpet ansvar

Jesper Storm Thygesen, jurist i Dansk Sygeplejeråd, har mange sager liggende på sit skrivebord fra sygeplejersker, der har fået for meget udbetalt i løn. Det er hans vurdering, at jordemoderdommen betyder, at sygeplejersker har et større ansvar for at tjekke deres lønseddel end tidligere.

”Retten bemærker i dommen, at jordemødrene ikke bare skal være opmærksomme på nettobeløbet. Det vil sige, at man også skal bruge de ekstra minutter, det tager at se hele lønsedlen igennem, og at man som lønmodtager har et større ansvar end hidtil for at tjekke posterne på sin lønseddel,” forklarer Jesper Storm Thygesen. Mange sygeplejersker har afvekslende løn måned for måned og med mange forskellige tillæg, derfor kan det være svært for den enkelte at overskue alle poster på lønsedlen. Men Jesper Storm Thygesen vil anbefale, at man bruger tid på at gennemgå posterne på baggrund af dommen i jordemodersagen.

”Det kan være en god idé at se, om ansættelsesbrøken svarer til det, der står i ansættelseskontrakten. Dvs. hvis man er ansat på en 32-timers-kontrakt, skal brøken på lønsedlen være 32/37. Og hvis man går ned i tid, skal man være opmærksom på, at ens bruttoløn går tilsvarende ned. Og får man stadig det samme beløb, som da man var ansat 37 timer, er det formentlig forkert,” siger han. Han påpeger, at det stadig er arbejdsgiverens ansvar, at den udbetalte løn er korrekt.

lfp@dssr.dk og lha@dssr.dk

Bladside 1 af 1
Tjenestenr. 99999

Antal	Saldo pr.
15,00	
6,00	
14,00	
1,00	
1,00	
	05.02.06
	14,00

Omregnet -20,01

3,50
3,75
12,00
14,00
1,25
0,75
9,60
4,00
-22,16
6,68

Antal 1,48
5,20
6,68

Antal 2,30
1,46



Bliv master i SundhedsIT

IT-Universitetet udbyder fra 25. august 2006 en ny masteruddannelse i SundhedsIT, som vægter it-tekniske og organisatoriske aspekter lige.

Vælg SundhedsIT, hvis du vil deltage aktivt i:

- design og udvikling af innovative it-anvendelser fx EPJ og kliniske systemer eller it, der aktivt inddrager patienterne.
- analyse, planlægning og ledelse af it-forandringsprocesser i sundhedssektoren.

SundhedsIT henvender sig til sygeplejersker, læger, jordemødre, fysio-/ergoterapeuter, bioanalytikere eller personer med en relevant samfundsvidenskabelig bachelorgrad eller lignende. Desuden kræves mindst to års relevant erhvervs erfaring fra sundhedssektoren.

Åbent Hus

Tirsdag den 2. maj 2006 kl. 15-20

Se mere på www.itu.dk/sundhedsit



WWW.ITU.DK

IT-Universitetet
i København

Rued Langgaards Vej 7
2300 København S



Er du til kulturforståelse? Så bliv værtsfamilie til en udvekslingsstudent!

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

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

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg

www.afs.dk

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



Af Lotte Havemann og Lars Flindt Pedersen, journalister

Dansk Sygeplejeråd arbejder for bedre lønsedler

Gennemskelighed. Dansk Sygeplejeråd vil have mere gennemskelige lønsedler. Arbejdsgiverne vil også – men vil ikke betale, hvad det koster.

Der har været meldinger fra stort set alle faggrupper i Sundhedskartellet, at de synes, at deres lønsedler er for svære at læse. Derfor foreslog Sundhedskartellet ved overenskomstforhandlingerne i 2005, at det skal gøres lettere for lønmodtagerne at læse deres lønsedler, så de præcist kan se, hvad det er, de får deres løn for. Til det formål er der blevet nedsat en arbejdsgruppe, hvor Kommunernes Landsforening, Amtsrådsforeningen, repræsentanter fra KTO og Sundhedskartellet og herunder Dansk Sygeplejeråd.

”Det er vores holdning, at en lønseddel skal være let at læse, og at en lønmodtager skal kunne forstå sin lønseddel. Sygeplejerskers løn svinger meget, har mange tillæg, og sygeplejersker har forskellige vægter, derfor mener vi, at det er ekstra vigtigt, at deres lønsedler er gennemskelige,” siger forhandlingschef i Dansk Sygeplejeråd, *Josephine Fock*.

Arbejdsgruppen skal bl.a. arbejde for at

gøre det lettere at forstå de enkelte elementer i den samlede løn. Bl.a. er det Sundhedskartellet ønsker, at det skal fremgå tydeligt af lønsedlen, hvilket løntrin man er på, hvilke centralt aftalte og lokalt aftalte løndelev man får, og hvilke særydelser man får, så man tydeligt kan se, hvad der er hvad.

Det første møde fandt sted i november sidste år, og arbejdsgruppen slutter sit arbejde i begyndelsen af april.

”Arbejdsgiverne har ikke vist vilje til at forbedre lønsedlerne. Deres holdning er, at lønsedlernes udformning skal ske i samarbejde mellem løncentralerne og deres kunder, og derved bliver lønmodtagerne ikke inddraget. Modsat er det vores opfattelse, at de centrale parter har et ansvar for at lønmodtagerne får nogle forståelige lønsedler, og dette ansvar vil vi gerne være med til at løfte,” siger *Josephine Fock*.

lfp@dsr.dk og lha@dsr.dk

►► **TJEK DIN LØN I NY LØNBeregNER.** Sundhedskartellet har udviklet en ny elektronisk lønberegner. Den kan benyttes af alle sygeplejersker ansat efter basisoverenskomsten og lederoverenskomsten, som er ansat i H:S, amter og kommuner.

I lønberegneren kan du få svar på spørgsmål som:

- Hvad betyder et ændret timeantal for min løn?
- Hvad giver et ekstra løntrin?
- Hvad vil et tillæg betyde for min løn?
- Får jeg det korrekte kronebeløb på mit løntrin?

Det er en god idé at have din lønseddel ved hånden, når du bruger lønberegneren, da det kræver, at du indtaster dit nuværende løntrin, tillæg m.m.

Find lønberegneren på www.sundhedskartellet.dk/loenberegner

Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

Brenntags store hospitalsservietter er et alternativ til gel- og væskebaserede hud-desinfektionsmidler.

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



Brenntag Disinfection - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896
www.brenntag-disinfection.dk

DIPLOMUDDANNELSEN I LEDELSE

Er du leder og vil du fortsat udvikle dit lederskab og din lederkarriere? Så har vi den rigtige uddannelse til dig!



Diplomuddannelsen i ledelse styrker dine muligheder for at udvikle dine ledelseskompetencer, både teoretisk, praktisk og strategisk, så du bliver bedre rustet til at møde nye krav og udfordringer – uanset om du er placeret i den private eller offentlige sektor.

Diplomuddannelsen i ledelse er et to-årigt deltidsstudium med studiestart to gange årligt, henholdsvis i august 2006 og i februar 2007. Du har en mellemlang videregående uddannelse eller en anden relevant uddannelse (KVU) og to års erhvervs erfaring.

I august 2006 begynder uddannelsen i uge 33. Tilmeldinger modtages, så længe der er ledige pladser. Ønsker du ikke at tage hele uddannelsen, men alene at fordybe og specialisere dig inden for ledelsesfeltet, er **uddannelsens valgmoduler** også en mulighed.

Yderligere oplysninger og brochurebestilling

Kontakt
Henriette Bornæs
tlf. 38 14 52 20
hb@dfhnet.dk

eller se
www.dfhnet.dk

Danmarks
Forvaltningshøjskole
Lindevangs Allé 10
2000 Frederiksberg



Tidligere oversygeplejerske på Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus, Anne Marie Olsen, takkede efter en konflikt med en overlæge nej til sygehusledelsens tilbud om at blive flyttet til en anden afdeling i efteråret 2005. I dag er hun leder af det nystartede Hospice Sønderjylland. Hun føler sig uretfærdigt behandlet af sin tidligere arbejdsgiver, men er nu på vej videre i sit liv.

Oversygeplejerske ofret

Magtkamp. Oversygeplejersken på Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus blev ofret, da en overlæge afleverede sin opsigelse i protest imod hende. Sygehusledelsen havde ikke råd til at undvære overlægen.

En overlæge er mere værd end en oversygeplejerske.

Det erfarne sygeplejerskerne på Onkologisk afsnit A27 på Vejle Sygehus, efter oversygeplejerske *Anne Marie Olsen* brat

stoppede fra den ene dag til den anden i september 2005.

”Samarbejdsvanskeligheder,” hed den officielle forklaring.

Efter 20 år på Onkologisk afdeling blev oversygeplejersken pludselig bedt om at flytte til en anden afdeling.

Personalet i Onkologisk afdeling fik beskeden på personalemøder i de tre lokale afsnit, sengeafsnittet, stråleterapien og ambulatoriet. I sengeafsnittet skulle afdelingssygeplejersken læse sygehusledelsens meddelelse op.

►► **NÅR LÆGER VIL HAVE DERES VILJE.** Sagen fra Onkologisk afdeling på Vejle Sygehus er ikke den eneste, der handler om, at læger truer med opsigelser, når de vil have deres vilje i en magtkamp. I 2001 sagde ni ud af 11 afdelingslæger op på Anæstesiaafdelingen på Glostrup Amtssygehus. De sagde op i protest, fordi en oversygeplejerske fik det øverste ledelsesansvar, og derefter bojkottede andre læger afdelingen, fordi de af principielle grunde ikke ville have en sygeplejerske som øverste ansvarlige. En holdning, som blev bakket op af Overlægeföreningen og Foreningen af Speciallæger (FAS).

”Afdelingssygeplejersken var meget berørt, mens hun læste op. Jeg ved ikke, hvad sygehusledelsen havde forestillet sig, skulle vi bare arbejde videre, som om intet var hændt? Hvorfor kom de ikke selv og orienterede os? Hvorfor samlede de ikke personalet fra de tre afsnit til et fælles orienteringsmøde?” siger *Dorte Bennike*, der er sygeplejerske og uddannelsesansvarlig på afsnit A27.

Hun har sammen med tre kolleger *Tanja Wendicke*, *Gitte Møller* og *Bente Kyed* taget initiativ til at henvende sig til Dansk Sygeplejeråd om sagen med henblik på at offentliggøre den i *Sygeplejersken*. De mener, at sygeplejen bliver nedprioriteret, fordi sygehusledelsen er afhængig af at fastholde lægerne. De fire sygeplejersker bakkes op af resten af sygeplejerspersonalet på afsnit A27, som tæller ca. 40 sygeplejersker.

Sygeplejerskerne fra afsnit A27 fik på eget initiativ et møde i stand med sygehusekets chefsygeplejerske, *Ninna Vendel Friis*, efter de havde fået meddelelsen om oversygeplejerskens farvel til afdelingen.

”Hun sagde, at sygehusledelsen havde været tilfreds med Anne Marie Olsen, men at de ikke havde noget valg,” siger *Dorte Bennike*.

Tre ud af otte læger truer

Situationen på Onkologisk afdeling i efteråret 2005 var, at afdelingen kunne risikere at mangle tre ud af otte læger, hvis de ikke kunne løse konflikten. Striden handlede om samarbejdsvanskeligheder i stråleterapien pga. forskellige prioriteringer. Sygehusledelsen frygtede, at det ville få konsekvenser for patienterne, hvis de ikke kunne få stråleterapi.

”Vi undrede os over, om sygehusledelsen havde forsøgt alt for at mægle og løse konflikten uden at skulle flytte vores oversygeplejerske,” siger *Dorthe Bennike*.

Sygeplejerskerne har dog forståelse for sygehusledelsens dilemma.

”De er afhængige af lægerne, for at afdelingen kan overleve, og for at den kan positionere sig i den kommende regionsdannelse. Det handler også om politik,” siger *Dorthe Bennike*, som ligesom sine kolleger er tilfreds med den redegørelse, de fik fra chefsygeplejersken.

Sygeplejersken har forsøgt at få en kommentar fra chefsygeplejerske *Ninna Vendel Friis* på Vejle Sygehus, som er en del af den øverste ledelse på hospitalet. Men sygehusledelsen har besluttet ikke at udtale sig offentligt om sagen. Ledelsen har dog tidligere beklaget sagen over for både *Anne Marie Olsen* og sygeplejerskerne på A27.

Bekymret for udviklingen

Sygeplejerskerne på A27 er bekymrede for, at den faglige udvikling vil gå i stå, fordi den tidligere oversygeplejerske *Anne Marie Olsen* havde en lang erfaring inden for det onkologiske speciale og var primus motor i den faglige udvikling.

”Anne Marie var meget engageret i den onkologiske basisuddannelse og efteruddannelse. Hun var god til at sætte fokus på klinisk sygepleje inden for f.eks. kræftpatienters træthed, ernæring og problemer med sex. Hun havde også igangsat en patientskole,” siger *Gitte Møller*.

”Hun var god til at holde os i gang, foreslå nye kurser, nye tiltag og opmuntre os,” siger *Bente Kyed*.

Selvom patientskolen nu ligger stille, er de fleste projekter dog fortsat, fordi nogle har påtaget sig at føre dem videre. *Vejle Sygehus* har endnu ikke besat stillingen som oversygeplejerske på Onkologisk afdeling, siden *Anne Marie Olsen* forlod sygehuset i efteråret 2005. En sygeplejerske er dog konstitueret i stillingen, og den er slået op.

”De projekter, der er sat i gang, afføder nye ideer til projekter, men i øjeblikket bliver der ikke taget så mange nye initiativer, fordi vi ikke ved, hvor vi skal få opbakning mht. til arbejdstid og økonomi,” siger *Bente Kyed*.

Sygehusledelsens håndtering af sagen har betydet, at sygeplejerskerne har mistet noget af deres tillid til arbejdspladsen.

”Mine grænser for, hvor meget jeg vil finde mig i at blive trådt på, har flyttet sig. Jeg føler mig ikke længere så forankret på arbejdspladsen og vil nok ikke kæmpe lige så hårdt for den som før,” siger *Dorte Bennike*.

Uretfærdigt behandlet

Anne Marie Olsen tog ikke imod tilbudet om at blive forflyttet til en anden afdeling på *Vejle Sygehus*.

I dag er hun leder af det nystartede *Hospice Sønderjylland*. Et job, hvor hun kan bruge sin ekspertise i onkologien, og et job, hun er rigtig glad for. Hun er kommet videre i sit liv, men lægger ikke skjul på, at det har været et hårdt forløb.

”Jeg er blevet brugt, og jeg er blevet uretfærdigt behandlet, og det har sygehusledelsen erkendt over for mig. Jeg undrer mig over, at det kan være rigtigt, at læger kan true med opsigelser, og at det skal få sådanne konsekvenser for mig,” siger *Anne Marie Olsen*.

Hun mener, at sygehusledelsen skulle have forsøgt at løse konflikten i stedet.

”Der er to parter i et samarbejde, og det er for nemt, hvis den ene part siger, at ”det vil jeg ikke.” Jeg synes denne sag er et eksempel på, at lægerne bruger magt for at få deres vilje,” siger *Anne Marie Olsen*.

Sygeplejersker frygter for de svageste

Misbrugere. Et netværk af århusianske sygeplejersker, der arbejder med misbrugere, går nu til de lokale politikere. Der mangler et sammenhængende tilbud til denne gruppe borgere, siger de. Sygeplejerskerne frygter, at kommunalreformen vil forværre tingene.

”De kan blive tabt i systemet. Gå i hundene. Og dø,” siger sygeplejerske *Inge Rasmussen*.

Hun og hendes kolleger i et nyt netværk af sygeplejersker, der arbejder med misbrugere i Århus Amt, efterlyser relevante behandlingstilbud til nogle af de mest udsatte mennesker i samfundet.

Det er mennesker, der ud over deres blandingsmisbrug – alkohol og stoffer – også kan have store helbredsproblemer og oveni måske en psykiatrisk diagnose.

Fra 2007 skal misbrugerne sammen med langt stærkere grupper kæmpe om kommunernes og regionernes opmærksomhed, når kommunalreformen træder i kraft.

Netværket mener, at de udsatte grupper risikerer at blive endnu mere marginaliserede i den nye regionsstruktur. At de bliver kastebold og dermed også risikerer at blive tabt i systemet.

”Tendensen i sundhedsvæsenet er jo specialisering og effektivisering, og det passer ikke til misbrugerne. De har brug for et sted, hvor de kan være på deres egen skæve facon, samtidig med at de får et ordentligt behandlingstilbud, der både omfatter deres misbrug, eventuelle sygdomme og behov for omsorg,” siger et af medlemmerne i netværket, projekt-



sygeplejerske *Palle Bager*, Århus Sygehus.

Kan ikke klare sig selv

Inge Rasmussen arbejder på et afsnit under Århus Kommunes Center for Misbrugsbehandling (det tidligere substitutionsprojekt, red.) Fra sin hverdag har hun flere eksempler på, at der ikke rigtig er nogen institutionsform, der kan imødekomme alle disse behov.

”Hjemmeplejen kan ikke håndtere dem, og de kan heller ikke klare sig selv. Derfor kan vi godt bruge et sted, hvor

disse mennesker kan være i længere tid. For det går jo op og ned hele tiden i deres liv. Løsningen kunne være omsorgssted, hvor der var specialambulatorier tilknyttet, og hvor der var nogle tovholdere og koordinatore til at følge op på indsatsen til stedets brugere. Meget af indsatsen falder ofte til jorden, netop fordi der ikke er nogen gennemgående personer til at følge op på tingene,” siger hun og peger på, at sygeplejersker har sådanne kompetencer: ”Vi er gode til at afdække problemer og kan medtænke brugernes egne ressourcer,” tilføjer hun.



Inge Rasmussen sammen med en af sine klienter: "Når man arbejder med misbrugere er det vigtigt at have tillid til hinanden. Som behandler må man acceptere klienternes valg og arbejde ud fra deres præmisser."

Palle Bager forestiller sig også nogle tværfaglige team på de kommende sundhedscentre med specialviden inden for misbrugsområdet.

"De kunne så arbejde som bindeled mellem sygehusene og kommunerne og i det hele taget arbejde med at forebygge udsathed," siger han.

Reducerer skader

Inge Rasmussen arbejder med de tungeste klienter inden for misbrugsområdet, hvor hovedfokus ikke er afvænnning, men skadereduktion:

"Det kan f.eks. være at lære dem ikke at bruge vand fra gaden. At bruge rene sprøjter og kanyler, så de undgår hiv-smitte og hepatitis," siger hun og tilføjer:

"Det kan ofte være bedre at symptombehandle og forebygge komplikationer fremfor at "helbrede." Vi har lært at arbejde med det ansvar, klienterne er i stand til at tage for deres liv. Det er deres valg, ikke vores.

Og ved at acceptere deres valg og arbejde ud fra deres præmisser har vi fået opbygget en tillid imellem os, og det er befordrende for det videre forløb. I virkelig-

den vil disse mennesker jo gerne selv have et mere normalt liv.

Da jeg startede i mit nuværende job for fire år siden, blev jeg dybt skuffet, når det, jeg havde forventet, eller planlagt, faldt til jorden. Nu har jeg lært at afpasse mine forventninger til de faktiske forhold. At acceptere, at vores brugere ikke skal have et liv som mig – men et andet."

Indsamler cases

Netværket har henvendt sig til de lokale politikere med et høringsvar i tilknytning ►

►► **NETVÆRKET.** Netværket for sygeplejersker, der arbejder med misbrugere i Århus Amt, er oprettet af de to sygeplejersker *Inge Rasmussen* og *Tove Holm Sørensen*, som begge havde behov for at holde fast i egen faglighed i samarbejdet med andre faggrupper på deres arbejdspladser.

I netværket er der mulighed for at udveksle viden og lære medlemmernes forskellige arbejdspladser at kende. For tiden er der omkring 30 medlemmer i netværket, og de kommer både fra primær og sekundær sektor. Netværket er åbent for interesserede, der kan kontakte:

Inge Rasmussen på ira@fa.aarhus.dk,
Tove Holm Sørensen på t.holm@dsr-medlem.dk og Palle Bager på pbage@as.aaa.dk

► til ”Forslag til organisationsplan for Region Midtjylland.”

”Forslaget kom nærmest skyllende ind over os. Derfor måtte vi i tænkeboks og formulere de nuværende svagheder i systemet og de initiativer, vi mener, der kan være med til at sikre, at vores brugere får kontinuitet og sammenhæng i deres behandling,” siger Palle Bager og peger på det vigtige i både at kvalitetssikre de enkelte institutioner og ikke mindst overgangen mellem dem.

I henvendelsen til politikerne peger netværket på en række forhold, der kan kvalificere indsatsen på misbrugsområdet, ligesom man gør opmærksom på, at der ikke ligger en klar tilkendegivelse om ekstra ressourcer i forbindelse med kommunalreformen.

”Det er bekymrende, fordi omstrukturering kræver ekstra, hvis nye ideer skal realiseres,” hedder det fra netværkets sygeplejersker.

Ud over høringssvaret er netværket også i gang med at indsamle dokumentation i form af cases, der skal illustrere, hvordan den enkelte bruger kan komme til kort i systemet.

En af de politikere, som høringssvaret er beregnet til, er *Anders Kühnau* (S), der er medlem af psykiatriudvalget i det nye regionsråd i Region Midtjylland.

►► **OMSORG EN MANGELVARE.** Der er stor mangel på dag- og døgntilbud til mennesker med misbrugsproblemer, siger netværket af sygeplejersker, der arbejder med misbrugere i Århus Amt.

Netværket understreger, at det ikke nødvendigvis er behandlingspladser, der er tale om, men snarere om pladser med fokus på rehabilitering, omsorg, samvær og sociale aktiviteter, og hvor den enkelte misbruger kan forberede sig på behandling.

Hovedvægten bør ligge på de basale plejebehov som varm mad, rent tøj og social omgang med andre mennesker samt på sundhedsmæssige ydelser som hjælp til medicinadministration, kostvejledning og sårpleje. Der skal samtidig være mulighed for afrusning og nedtrapning af stofmisbrug.

Netværket har indsamlet flere cases, der belyser behovet for den type tilbud til ældre fysisk og psykisk belastede misbrugere, som lever med deres misbrug, og for hvem stofrihed ikke er en realistisk mulighed.

Det er mennesker, som ofte er ensomme. De få kontakter, de måtte have, er som regel bygget op om stofferne. Mange har haft en barsk opvækst med svigt og overgreb, og mange lider af personlighedsforstyrrelse og har en psykiatrisk diagnose, som ikke er klarlagt, påpeger netværket.

Han finder det relevant at begynde at tænke nyt om den gruppe klienter, som netværket af sygeplejersker mener mangler et sammenhængende behandlingstilbud:

”Jeg har ikke på nuværende tidspunkt set sygeplejerskernes høringssvar, men som medlem af regionens psykiatriudvalg kan jeg meget vel komme til at beskæftige mig med gruppen af misbrugere, fordi flere af dem også har en psykiatrisk diagnose,” siger han og tilføjer:

”Jeg stoler meget på sygeplejerskernes vurdering, så jeg vil gerne være med til at kigge på, om man kan gøre noget særligt for disse klienter. Men endnu er regionsamarbejdet så nyt, så opgaven for os politikere er p.t. at forsøge at skabe os et overblik over de institutioner, vi har i regionen, og hvilke ydelser vil skal udbyde.”

redaktionen@dsr.dk

En mand med problemer

Svigt. Klienten døde, fordi han blev ”tabt” i systemet. Her manglede der nogle gennemgående personer til at følge op på tingene.

En af de cases, som netværket af sygeplejersker, der arbejder med misbrugere, har indsamlet til dokumentation af behovet for flere tilbud til mennesker med misbrugsproblemer, var 41-årige ”J” med ikke-diagnosticerede DAMP-problemer. Var fraskilt og med en teenagesøn. Havde et årelangt forbrug af heroin, som de sidste år var erstattet af metadon. Stort alkoholforbrug og et vist forbrug af benzodiazepiner. Var meget vanskelig at fastholde i en fortløbende proces, men ikke desto mindre fik behandlerne etableret et forløb og en kontakt til sønnen. Desværre blev forløbet afbrudt af et fængselsophold, og i tiden op til afsoningen og efter fængselsopholdet, lykkedes det ikke at genskabe den positive udvikling. ”J” døde tre kvart år senere.

Netværket peger bl.a. på, at her kunne et udvidet samarbejde med kriminalforsorgen have været med til at sikre en kontinuerlig proces. At ingen tilsyneladende havde overblik

over ”J”s situation, ligesom der manglede en person til at følge op på de mange initiativer, som ”J” ikke formåede at følge op på selv. Bl.a. ville det have været vigtigt med en person til at koordinere og støtte op om den medicinske behandling. ”J” formåede ikke at søge lægehjælp i rette tid, hvorfor hans infektioner til sidst krævede hospitalsindlæggelse. Hans helbred gik ned ad bakke med dårligt blodomløb, dårlig sårheling, dårlig tandstatus, dårlig ernæringsstilstand, nedsat kognitiv funktion osv. ”J” endte med at blive ”upopulær” hos personalet på grund af de mange indlæggelser. Mange orkede ikke at bruge kræfter på ham endnu en gang.

”J” dør, som nævnt. Måske kunne forløbet være undgået, hvis ”J” havde haft mulighed for ophold på et sted, hvor man var i stand til både at yde omsorg, behandling og rehabilitering – sådan som netværket af sygeplejersker, der arbejder med misbrugere, foreslår.

Sygeplejerskens selvangivelse 2005

Årets selvangivelse udsendes fra medio marts og er som i tidligere år opbygget af en fortrykt selvangivelse samt en genpart til eget brug.

Med selvangivelsen kan følge en årsopgørelse. Det betyder, at skattevæsenet mener at have alle de oplysninger, som er nødvendige for at lave årsopgørelsen.

Skatten for 2005 er i så fald beregnet på grundlag af de tal, som fremgår af selvangivelsen. Er man enig i de indtægter og fradrag, som er lagt til grund for beregningen af skatten, behøver man ikke at foretage sig yderligere.

Skattevæsenet har fortrykt de fleste oplysninger om indtægter og fradrag på selvangivelsen. Selvangivelsen indeholder derfor typisk oplysninger om bl.a.:

- Løn inkl. visse personalegoder, eksempelvis fri kost og logi og telefонтilskud.
- Dagpenge, orlovsydelse og lignende.
- Pensionsindbetalinger.
- Gruppelivspræmier betalt af Pensionskassen for Sygeplejersker.
- Visse renteindtægter og -udgifter.
- Kontingent til Dansk Sygeplejeråd/ Danske Sygeplejerskers Arbejdsløshedskasse.

Det er vigtigt at kontrollere de fortrykte oplysninger og rette fejl. Hvis et tal i selvangivelsen er forkert, skrives det rigtige tal i feltet til højre for den pågældende rubrik på selvangivelsen. I selvangivelsen skal endvidere angives oplysninger, som skattevæsenet ikke kender. Alle oplysninger har således betydning for beregningen af den endelige skat.

Selvangivelsen med rettelser eller tilføjelser skal enten tages ind og godkendes via TastSelv eller indsendes til skattevæsenet senest den 1. maj 2006. Der går normalt en måneds tid, før man modtager meddelelse om overskydende skat eller restskat.

Selvom der i de seneste år er gennemført flere initiativer til at forenkle selvangivelsen for den enkelte skatteyder, er der så meget desto mere god grund til at forholde sig kritisk over for de fortrykte oplysninger. Der påvises fejl i de oplysninger, som indsendes til skattemyndighederne – også fejl til ugunst for skatte-

yderne. Er man i tvivl, bør man rette henvendelse til et skatteceter eller eventuelt søge yderligere information på SKATs hjemmeside (www.skat.dk).

Artiklen er forkortet af redaktionen. Den fulde version kan findes på www.sygeplejersken.dk

redaktionen@dsr.dk

►► SATSER FOR INDKOMSTÅRET 2005

Fradrag for kørsel mellem hjem og arbejde:	
0-24 km/dag	0 kr./km
25-100 km/dag	1,68 kr./km
Over 100 km/dag	0,84 kr./km
Fradrag for passage af Storebælt med dokumentation:	
For benyttelse af broforbindelse, pr. passage	90 kr.
For brugere af kollektiv trafik, pr. passage	15 kr.
Skattefri befordringsgodtgørelse:	
Indtil 20.000 km	3,10 kr./km
Over 20.000 km	1,68 kr./km
Kørsel på cykel eller knallert	0,40 kr./km
Bundgrænse for øvrige lønmodtagerudgifter	5.000 kr.
Normalværdi af kost og bolig:	
Sygeplejersker med fri bolig og kost	29.700 kr./år
Sygeplejersker med fri kost	65 kr./dag
Sygeplejersker med delvis fri kost:	
Normalt 2 måltider	55 kr./dag
1 måltid	35 kr./dag

►► KONTINGENTER FOR 2005

	kr./år
Dansk Sygeplejeråd (DSR)	
Aktive	4.256 kr.
Aktive, 50 pct.	2.134 kr.
Aktive, 25 pct.	1.073 kr.
Passive	550 kr.
Sygeplejestuderende, lav sats	402 kr.
Sygeplejestuderende, høj sats	924 kr.
Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA)	
Fuldtidsforsikrede	3.912 kr.
Fuldtidsforsikrede – efterløn, trin 1	2.208 kr.
Fuldtidsforsikrede – efterløn, trin 2	1.020 kr.
Fuldtidsforsikrede – fleksibel efterløn	3.768 kr.
Efterlønsbidrag	4.584 kr.
Deltidsforsikrede	2.808 kr.
Deltidsforsikrede – efterløn, trin 1	1.680 kr.
Deltidsforsikrede – efterløn, trin 2	888 kr.
Deltidsforsikrede – fleksibel efterløn	2.712 kr.
Efterlønsbidrag	3.048 kr.
Kombinationsforsikrede	3.912 kr.

Velfærd – ja tak!

Velfærdsreformer. Folketinget er i fuld gang med at forhandle om en reform af velfærdssamfundet. Et af de elementer, som sygeplejerskerne følger med særlig interesse, er efterlønnen.

Regeringen har spillet ud med et forslag om, at efterlønsalderen skal hæves til 63 år. Jeg har svært ved at se, at det skulle være en forbedring af velfærdssamfundet: Vi ved, at næsten hver tredje sygeplejerske, der går på efterløn, føler sig presset til at forlade jobbet på grund af træthed, tidspres og højt arbejdstempo. Og belastningen på arbejdet bliver ikke mindre, hvis efterløns- eller folkepensionsalderen hæves.

Så det er en helt anden vej, vi skal gå. Pisken skal væk, og gulerødderne skal frem fra posen. Velfærdsforhandlingerne skal sætte fokus på at skabe attraktive arbejdspladser. Arbejdspladserne i sundheds-

”Arbejdspladserne i sundhedsvæsenet skal være så attraktive, at sygeplejerskerne har lyst og overskud til at blive i arbejde længere end i dag.”

væsenet skal være så attraktive, at sygeplejerskerne har lyst og overskud til at blive i arbejde længere end i dag.

Seniorordninger, der fungerer, er et af redskaberne. Det skal ses i sammenhæng med, at efterlønnen bør gøres mere flek-

sibel, så flere kan og vil arbejde ved siden af.

Et andet vigtigt redskab handler om et sundt og sikkert arbejdsmiljø. Her er gode viljer ikke nok. Der skal gøres en konkret indsats, men jeg tvivler på, at den nye nedslidningsfond for alvor vil batte noget. Selv om navnet lyder godt, er 100 mio. kr. ikke meget, når arbejdsmiljøet skal rettes op på så mange arbejdspladser rundt omkring i landet. Og da slet ikke, når halvdelen tages af midler, der findes i systemet i forvejen.

Derfor opfordrer jeg til, at Folketingets partier stopper forsøget på at liste en afskaffelse af efterlønnen ind ad bagvejen. I stedet skal alle kræfter sættes ind på at skabe et arbejdsmarked, hvor det både

er muligt og tiltrækkende at blive længe på arbejdsmarkedet. Sygeplejerskemanglen er stor allerede i dag – og den bliver meget større i de kommende år. Derfor er det afgørende for både kvaliteten og patientsikkerheden, at mange ældre sygeplejersker bliver i arbejde længst muligt.

I det hele taget er det lidt ærgerligt, at velfærdsforhandlingerne på Christi-

ansborg handler så meget om økonomi. For mig handler velfærd meget mere om kvalitet – både i sundhedstilbuddene til patienterne og i sygeplejerskernes arbejdsliv.



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Mere fokus på kulturmødet

Af Marianne Østerskov, projektsygeplejerske

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

Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje holdt landsmøde i marts 2006. Deltagerne udtaler på baggrund af artiklerne i Sygeplejersken nr. 2/2006:

”Vi anerkender, at mange sygeplejersker opfatter etniske minoriteter som et problem, men vi finder det beskæmmende, at det er tilfældet efter mere end 30 års indvandring. Sygeplejersker har haft kontakt med etniske minoriteter gennem alle årene og har derfor løbende haft mulighed for at udvikle metoder og tilrettelægge plejen, så minoriteter kan rummes i sundhedsvæsenet. Når problemerne stadig har et sådant omfang, at de giver anledning til overskriften i *Sygeplejersken* nr. 2/2006: ”Indvandrere et problem på sygehuse,” er der brug for at tilføre viden og indlære kompetencer, der kan sætte fagligheden i front, for at mødet med patienten kan blive værdifuldt og konstruktivt.

Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje har eksisteret i 10 år. Medlemmerne har megen viden, som gerne stilles til rådighed.

Selskabet har medvirket til en undersøgelse på landets sygeplejerskoler for at afdekke, i hvilket omfang de studerende undervises i kulturmøder og omsorg for patienten. Den viser, at der er store forskelle på undervisningstilbud inden for området. Vi vil opfordre DSR og Rektorkollegiet til at sikre, at området bliver prioriteret både kvantitativt og kvalitativt i sygeplejerskeuddannelsen. Vi vil desuden opfordre DSR til at sikre, at der løbende udbydes efteruddannelseskurser.

Endelig vil vi opfordre *Sygeplejerskens* redaktion til at lave et temanummer med titlen: ”Mangfoldighed – en udfordring i sundhedsvæsenet.”

Vi skylder at vise både kollegaer, den danske presse og befolkning, at der er megen viden, mange positive og konstruktive erfaringer og udviklet mange brugbare metoder på området.

Indsendt på vegne af Fagligt Selskab for Tværkulturel Sygepleje, www.dsr.dk/fs31, v. formand Marianne Østerskov. Marianne Østerskov er ansat på Videnscenter for Transkulturel Psykiatri på Rigshospitalet.

”Rigtig mange danskere ønsker i dag at opholde sig i et røgfrit miljø på arbejdspladsen og i fritiden. Det kan vi godt forstå. Spørgsmålet er bare, om det er os politikere, der skal pålægge private mennesker forbud mod at ryge på andre menneskers private ejendom. Som konservative siger vi nej.”

Henriette Kjær og Charlotte Dyremose, folketingsmedlemmer for det Konservative Folkeparti, i Information.

Skal deltage i fremtidens akutberedskab

Af Vibeke Pedersen, sygeplejerske

Anæstesisygeplejerskers deltagelse i de nye regioners akutberedskab – en udtalelse fra generalforsamlingen i Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og Opvågningsssygeplejersker (FSAIO):

”I Danmark er man enige om, at alle borgere skal have lige adgang til sundhedsydelse af højeste kvalitet, uanset hvor i Danmark de befinder sig. Det gælder naturligvis også det akutte beredskabstilbud.

Derfor har DSR udarbejdet et akutudspil – ”Fremtidens akutberedskab – hurtig og bedre hjælp,” som giver et bud på, hvordan fremtidens akutberedskab kan se ud. Udspillet kan ses på www.dsr.dk/kommunalreform

Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågningsssygeplejersker (FSAIO) mener, at det er vigtigt, at anæstesisygeplejersker, som netop har de faglige kompetencer og via deres daglige arbejde har mulighed for at vedligeholde disse, deltager i fremtidens akutberedskab, ved at de er med til:

- at medvirke til, at alarmeringsprocessen forbedres, kvalitets-sikres og gøres brugervenlig for borgerne
- at sikre, at anæstesisygeplejerskers faglige kompetencer anvendes som en del af behandlerteamet i udragningsambulan- cer og helikoptere

- at akut kritisk syge patienter modtages af tværfaglige specialist-team, hvori anæstesisygeplejersker indgår
- at alle akutmodtagelser udvikles og koncentrerer på færre og mere specialiserede sygehuse med den rigtige bemanding og de rigtige undersøgelses- og behandlingsfaciliteter
- at vi anbefaler, at der etableres korttidsobservations- og visitationsafsnit i tilslutning til disse akutmodtagelser
- at sikre udvikling, forskning og kvalitet inden for det akutte område
- at forebygge ulykker i det danske samfund, ved at anæstesisygeplejersker deltager i arrangementer som trafiksikkerhedskampagner, undervisning i livreddende førstehjælp og oplysning i forhold til sygdom og skader
- at yde omsorg og sikre, at de sygeplejeetiske retningslinjer overholdes, også i akutfasen.”

Skrevet på vegne af Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- sygeplejersker, FSAIO.

Vibeke Pedersen er ansat på Anæstesiaafdelingen, Århus Sygehus.

Tak

Af Marie Fogh, uddannelseskonsulent

Kommentar til artiklerne om åndelig omsorg i Sygeplejersken nr. 5/2006.

Vil blot gerne takke for nogle rigtig gode og anvendelige artikler i Sygeplejersken nr. 5/2006. Jeg

tænker specielt på dem om sygeplejersken og åndelig omsorg.

Disse artikler inspirerer mig til at undervise i dette emne. Og få dette emne på banen.

Tak.

Marie Fogh er ansat på Lille Birkholm Center, Herlev Kommune.

Hvad mener du




www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk

Er det en god ide, når regeringen foreslår at sætte efterlønsalderen op fra 60 til 63 år?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 6/2006

Er det god idé, at Dansk Sygeplejeråd har lavet en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse?

Svar	antal	pct.	
Ja	156	81,2	
Nej	12	6,2	
Ved ikke	24	12,5	
Total	192	99,9	



Ring efter vor nye brochure!

Ny Silentia Silver Line

Silentia-foldeskærmen er et moderne, pladsbesparende afskærmnings-system som anvendes på sygestuer i stedet for gardiner. De hygiejniske foldeskærme anbringes mellem syge- og behandlingssenge for at give diskretion ved besøg og i behandlings-situationer. Foldeskærmen er helt uundværlig i situationer med tunge patienter, hvor der benyttes loftlift, idet skærmen kører på gulvet, og ingen gardinstænger er i vejen for installation af loftlift. Den anvendes i stor udstrækning på intensiv- og opvågningsafdelinger.



Løsn bremsen, fold ud, og lås i den ønskede stilling – og skærmen er i funktion.



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk





Nedprioritering trods mangel

Af Birte Baktoft, sygeplejerske

Uddannelsen til intensivsygeplejerske nedprioriteres trods mangel på intensive sygeplejersker – en udtalelse fra generalforsamling i Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker (FSAIO):

“Uddannelsen til intensivsygeplejerske er en specialuddannelse, der retter sig mod et funktionsområde, som grunduddannelsen til sygeplejerske ikke kvalificerer til i tilstrækkeligt omfang.

Funktionen som intensivsygeplejerske indebærer, at man skal yde sygepleje til kritisk syge patienter koordineret med viden og færdigheder fra det intensive terapiområde.

Intensivsygeplejersken skal ifølge Cirkulære nr. 92 af 26. juni 1997 bl.a.:

- observere og pleje kritisk syge patienter samt iværksætte indledende, akut behandling
- iværksætte diagnostik og behandling i tæt samarbejde med lægerne
- støtte og yde omsorg til pårørende til kritisk syge patienter
- anvende og kontrollere specialapparat til overvågning af den kritisk syge patients vitale funktioner
- medvirke til at skabe kontinuitet og helhed i patientforløbene
- selvstændigt planlægge, udføre og evaluere intensiv sygepleje til kritisk syge patienter i alle aldersgrupper, med vekslende og ofte uforudsigelige behov

- medvirke til at udvikle den intensive sygepleje.

Vi ser en større og større kompleksitet blandt de patienter, der indlægges på landets intensive afsnit. Det kræver en høj grad af kompetence, som kun kan erhverves gennem løbende uddannelse.

Det er veldokumenteret, at antallet af fejl begået af sundhedspersonale falder, jo bedre uddannelse man har.

Fagligt Selskab af Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker ser derfor med største bekymring på det faktum, at man i Nordjyllands Amt som det eneste sted i landet har besluttet at indstille uddannelsen af sygeplejersker til intensivsygeplejersker i 2006, på trods af at kun ca. 50 pct. har specialuddannelsen. Vi forudser en endnu større mangel på uddannede intensivsygeplejersker, hvilket betyder en kvalitetsforringelse i forhold til pleje og behandling af kritisk syge patienter i Nordjyllands Amt.”

Skrevet på vegne af Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker (FSAIO).

Birte Baktoft er formand for FSAIO og udviklings- og uddannelsesansvarlig på Anæstesiologisk afdeling, Randers Centralsygehus.

Skriv kort

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

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

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

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

DLS

Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig



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

DLS udbydes i hele Danmark.

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

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

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

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

tlf. 54 888 224 • www.ceus.dk



Bodil Ludvigsen

Profil med besparelse

For dårligt. Indførelse af personlig medicinprofil og besparelser i hjemmesygeplejen er baseret på overfladisk analyse af området.

Hjemmesygeplejen i kommunerne skal indføre personlige medicinprofiler (PEM) og spare godt 40 mio. kr. i 2006 og 170 mio. kr. i 2007. I en konsulentrapport bestilt af Finansministeriet fra Devoteam Fischer og Lorenz (DFL) er tallene beregnet. Samtidig meldte Kommunernes Landsforening (KL), at Medicinprofilen teknisk set ikke er færdig i 2006.

Sygeplejersker bakker op om PEM. Den forbedrer sikkerhed og kvalitet i plejen og behandlingen. Men der er grund til at stille spørgsmål ved konsulentrapportens grundlag. Der er f.eks. set på det antal minutter, som kan spares ved at indføre PEM. Men er det realistisk at spare to minutter i en medicinadministration?

Hos DFL omfatter medicinadministration bestilling/genbestilling, medicindosering/-givning til patienter, der ikke selv kan.

Dertil kommer observation/dokumentation/kommunikation med interne og eksterne samarbejdspartner (kolleger, sygehus, apotek og læge).

Men medicinhandling inkluderer f.eks. også at vejlede patient/pårørende om medicinen, virkning/bivirkning, og om, hvorfor det er vigtigt, at patienten tager medicinen. Det er ofte kronisk syge og ældre med mange diagnoser, der får medicinen administreret, hvorfor vejledning er en basisydelse.

Vejledning til medarbejdere om, hvordan de observerer virkning/bivirkning hos den enkelte patient, er nødvendigt for at bevare patientens funktionsniveau. Det bør ske ved alle besøg, fordi det er en gruppe patienter, hvor der kan ske hurtige ændringer. DFLs beregning viser kun dele af virkeligheden. Sygeplejersken foretager handlinger ud over dem, rapporten nævner, f.eks. vurderer de, hvilken faglig indsats patienten og de pårørende har behov for, virkning og bivirkning af medicin, og de drøfter det med patienten. Rapporten isolerer handlinger i minutopdelte ydelser uden hensyn til, at andre sygeplejerskeydelser foregår samtidigt.

Derudover skal de uddannelsesmæssige og tekniske områder være i orden, når ny teknik indføres, og før en eventuel gevinst kan hentes hjem. PEM er ifølge KL ikke færdigetableret, og rapporten beskriver uddannelsesmæssige forhold som uafklarede i kommunerne. De hensyn har regeringen set bort fra.

I forhold til teknik og driftssikkerhed bør erfaringer fra afprøvning af Care Mobil-systemet bruges. Systemet er enkelt, men der var tekniske problemer. Systemet gik indimellem ned, og det samme må forventes, når PEM indføres. Driftssikkerhed er altid et krav, men især før besparelser træder i kraft.

Al dokumentation peger på sammenhæng mellem sygeplejerskenormering og patient-sikkerhed. Det tilgodeses ikke ved at indføre tekniske værktøjer som en medicinprofil, især ikke hvis det knyttes sammen med besparelser i sygeplejerskenormeringen.

Problemerne med besparelsen på finansloven 2006 og 2007 kan opsummeres således:

- Besparelser foretages, før systemerne er færdiggjort og sikrede med afprøvning
- Forudsætninger i form af f.eks. undervisning af medarbejderne er ikke i orden
- Besparelser sker på et grundlag, som ikke tager højde for alle aspekter i medicinadministrationen.

*Bodil Ludvigsen er ansat som konsulent i Dansk Sygeplejeråd.
ludvigsenbodil@hotmail.com*

Dansk sygepleje til mennesker i nød

14 danske sygeplejersker har sidste år været udsendt af organisationen Læger Uden Grænser for at yde sundhedshjælp til mennesker i nød, fremgår det af organisationens årsberetning for 2005.

Året har været markant med store naturkatastrofer med mange ofre, som organisationen har været med til at tage sig af, men også de mere skjulte og glemte konflikter har haft organisationens bevågenhed.

De 14 sygeplejersker, der har været på vagt for Læger Uden Grænser i 2005, er *Anita Arslan*, Peru, *Anne Marie Rieffestahl Nielsen*, Burma, *Ann-Sophie Iuel-Brockdorff*, Darfur og Mali, *Birthe Roelsgaard*, Niger, *Carin Corfitz Nielsen*, Burma, *Charlotte Birk Olsen*, Kenya, *Gry Willum Frederiksen*, Sierra Leone, *Jette Hartvig Gravsén*, Armenien, *Kate Bruun*, Thailand, *Lone Lund*, Darfur og Zimbabwe, *Louise Ringby*, Sierra Leone, *Marianne Loft*, Armenien, Etiopien og Zimbabwe, *Marie Louise Jakobsen*, Angola, Nigeria og Niger, samt *Merete Engell*, Nord-sudan og DR Congo.

(gk)

For 40 års tro tjeneste

12 sygeplejersker har i januar og februar modtaget dronningens fortjenstmedalje i sølv for 40 års ansættelse i den offentlige sektor. Følgende sygeplejersker har modtaget medaljen: Sygeplejerske og sous-chef ved medicinsk afdeling på Holstebro Sygehus *Vera Staghøj*, afdelingssygeplejerske på Vejle Sygehus *Karen Margrethe Karlsen*, sygeplejerske ved Viborg Sygehus *Elin Juul Vestergaard*, sygeplejerske på Holbæk Sygehus *Hanne Fauth Hansen*, afdelingssygeplejerske på Skejby Sygehus *Inger Bach*, sygeplejerske ved Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted *Lizzie Bak Pedersen*, sygeplejerske på Århus Sygehus *Ulla Dalby*, afdelingssygeplejerske på Hørsholm Sygehus *Lillian Irene Nielsen*, sygeplejerske ved Storstrømmens Sygehus Næstved *Karen Kirsten Kamper Jensen*, sygeplejerske ved Århus Sygehus *Inge Christoffersen*, afdelingssygeplejerske på Sønderborg Sygehus *Kirsten Knutzen*, sygeplejerske på Århus Sygehus *Esther Sigrud Vilstrup*.

(sbk)

in memoriam

Gerda Jensen

Vi har mistet vores tidligere kollega *Gerda Jensen*. Hun var sygeplejersken, der ydede den optimale sygepleje, satte patienten i centrum.

Gerda blev ansat på operationsafdelingen som ung sygeplejerske. Efter nogle år valgte hun at gå hjemme med børnene, men sygeplejen trak hende tilbage til afdelingen. Det gynækologiske speciale var Gerdas hjertebarn, og vi kolleger kunne altid hente viden og hjælp. Gerda var en loyal kollega. Kunne hun give en ekstra hånd for at få dagens program til at glide, gjorde hun det. Fritiden blev brugt på gymnastik, cykling, ture i naturen, hvor alt, der rørte sig, blev talt og registreret.

Vi fejrede Gerda den 6. oktober 2005, da hun gik på efterløn. Nu skulle hun og *Villy* nyde livet med rejser, børn og livets dessert – børnebørnene. Stort chok, uro og bekymring, da vi hørte, at Gerda blev alvorligt syg i december. En kold dag i februar tog vi afsked med Gerda ved en smuk højtidelighed i Havrebjerg Valgmenighedskirke.

Æret være Gerdas minde.

Tidligere kolleger fra Parenkymkirurgisk operationsafdeling, Slagelse Sygehus.

Novo Nordisk Fonden

Sammenhæng i patientforløb – et tværfagligt forskningsprojekt

Novo Nordisk Fonden indkalder hermed interessetilkendegivelser til et projekt til belysning af sammenhæng i patientforløb. Fonden har afsat op til 15 mio. kroner. Det kliniske genstandsfelt skal være udredning og behandling af kræft.

Trods de bedste intentioner volder det stadigvæk vanskeligheder at skabe sammenhæng uden forsinkelse i mange behandlingsforløb for de enkelte patienter, specielt når flere dele af sundhedssektoren er involveret. Gennem sin bevilling til et større forskningsprojekt ønsker Fonden at bidrage til at finde løsninger på dette problem.

Projektet skal være forankret i sundhedsvæsenet, men udføres af sundheds- og samfundsforskere i forening. Det skal omfatte primær- og sekundær sundhedstjeneste og relevante dele af den sociale sektor. Desuden vil der blive lagt vægt på at inddrage patienters egen medvirken.

Projektet skal baseres på aktuelt indsamlet empiri, omfattende beskrivelse af en række personers sygdomsforløb, studier af kommunikation, organisation, arbejdsprocesser (logistik) og brug af informationsteknologi.

Interessetilkendegivelser fremsendes i 5 eksemplarer og skal være Fonden i hænde senest 24. maj 2006.

Nærmere oplysninger på Fondens hjemmeside www.novonordiskfonden.dk, eller ved henvendelse til Fondens kontor på telefonnummer 4443 9035.

Dansk sygepleje til mennesker i nød

14 danske sygeplejersker har sidste år været udsendt af organisationen Læger Uden Grænser for at yde sundhedshjælp til mennesker i nød, fremgår det af organisationens årsberetning for 2005.

Året har været markant med store naturkatastrofer med mange ofre, som organisationen har været med til at tage sig af, men også de mere skjulte og glemte konflikter har haft organisationens bevågenhed.

De 14 sygeplejersker, der har været på vagt for Læger Uden Grænser i 2005, er *Anita Arslan*, Peru, *Anne Marie Rieffestahl Nielsen*, Burma, *Ann-Sophie Iuel-Brockdorff*, Darfur og Mali, *Birthe Roelsgaard*, Niger, *Carin Corfitz Nielsen*, Burma, *Charlotte Birk Olsen*, Kenya, *Gry Willum Frederiksen*, Sierra Leone, *Jette Hartvig Gravsén*, Armenien, *Kate Bruun*, Thailand, *Lone Lund*, Darfur og Zimbabwe, *Louise Ringby*, Sierra Leone, *Marianne Loft*, Armenien, Etiopien og Zimbabwe, *Marie Louise Jakobsen*, Angola, Nigeria og Niger, samt *Merete Engell*, Nord-sudan og DR Congo.

(gk)

For 40 års tro tjeneste

12 sygeplejersker har i januar og februar modtaget dronningens fortjenstmedalje i sølv for 40 års ansættelse i den offentlige sektor. Følgende sygeplejersker har modtaget medaljen: Sygeplejerske og sous-chef ved medicinsk afdeling på Holstebro Sygehus *Vera Staghøj*, afdelingssygeplejerske på Vejle Sygehus *Karen Margrethe Karlsen*, sygeplejerske ved Viborg Sygehus *Elin Juul Vestergaard*, sygeplejerske på Holbæk Sygehus *Hanne Fauth Hansen*, afdelingssygeplejerske på Skejby Sygehus *Inger Bach*, sygeplejerske ved Sygehus Nord, Nykøbing-Thisted *Lizzie Bak Pedersen*, sygeplejerske på Århus Sygehus *Ulla Dalby*, afdelingssygeplejerske på Hørsholm Sygehus *Lillian Irene Nielsen*, sygeplejerske ved Storstrømmens Sygehus Næstved *Karen Kirsten Kamper Jensen*, sygeplejerske ved Århus Sygehus *Inge Christoffersen*, afdelingssygeplejerske på Sønderborg Sygehus *Kirsten Knutzen*, sygeplejerske på Århus Sygehus *Esther Sigrud Vilstrup*.

(sbk)

in memoriam

Gerda Jensen

Vi har mistet vores tidligere kollega *Gerda Jensen*. Hun var sygeplejersken, der ydede den optimale sygepleje, satte patienten i centrum.

Gerda blev ansat på operationsafdelingen som ung sygeplejerske. Efter nogle år valgte hun at gå hjemme med børnene, men sygeplejen trak hende tilbage til afdelingen. Det gynækologiske speciale var Gerdas hjertebarn, og vi kolleger kunne altid hente viden og hjælp. Gerda var en loyal kollega. Kunne hun give en ekstra hånd for at få dagens program til at glide, gjorde hun det. Fritiden blev brugt på gymnastik, cykling, ture i naturen, hvor alt, der rørte sig, blev talt og registreret.

Vi fejrede Gerda den 6. oktober 2005, da hun gik på efterløn. Nu skulle hun og *Villy* nyde livet med rejser, børn og livets dessert – børnebørnene. Stort chok, uro og bekymring, da vi hørte, at Gerda blev alvorligt syg i december. En kold dag i februar tog vi afsked med Gerda ved en smuk højtidelighed i Havrebjerg Valgmenighedskirke.

Æret være Gerdas minde.

*Tidligere kolleger fra Parenkymkirurgisk operationsafdeling,
Slagelse Sygehus.*

Novo Nordisk Fonden

Sammenhæng i patientforløb – et tværfagligt forskningsprojekt

Novo Nordisk Fonden indkalder hermed interessetilkendegivelser til et projekt til belysning af sammenhæng i patientforløb. Fonden har afsat op til 15 mio. kroner. Det kliniske genstandsfelt skal være udredning og behandling af kræft.

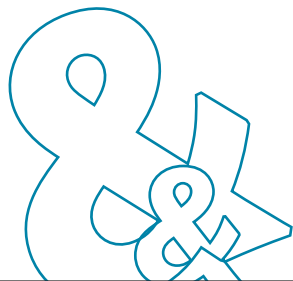
Trods de bedste intentioner volder det stadigvæk vanskeligheder at skabe sammenhæng uden forsinkelse i mange behandlingsforløb for de enkelte patienter, specielt når flere dele af sundhedssektoren er involveret. Gennem sin bevilling til et større forskningsprojekt ønsker Fonden at bidrage til at finde løsninger på dette problem.

Projektet skal være forankret i sundhedsvæsenet, men udføres af sundheds- og samfundsforskere i forening. Det skal omfatte primær- og sekundær sundhedstjeneste og relevante dele af den sociale sektor. Desuden vil der blive lagt vægt på at inddrage patienters egen medvirken.

Projektet skal baseres på aktuelt indsamlet empiri, omfattende beskrivelse af en række personers sygdomsforløb, studier af kommunikation, organisation, arbejdsprocesser (logistik) og brug af informationsteknologi.

Interessetilkendegivelser fremsendes i 5 eksemplarer og skal være Fonden i hænde senest 24. maj 2006.

Nærmere oplysninger på Fondens hjemmeside www.novonordiskfonden.dk, eller ved henvendelse til Fondens kontor på telefonnummer 4443 9035.



Elektronisk samtale reducerer barrierer

Af Henrik Howardsen, sygeplejerske

Telepsykiatri. Psykisk syge patienter med anden etnisk baggrund end dansk kan med fordel diagnosticeres og behandles via webkamera og computerskærm. Det viser et forsøg på Bornholm.

Sygeplejerskens fokus på udfordringen ved at møde indvandrere i sundhedsvæsenet har vist, at der er særlige problemer forbundet med denne side af sygeplejen, problemer, som kræver, at personalet beskæftiger sig med at overvinde de barrierer, der kan komplicere kontakten. Barriererne er af religiøs, kulturel og sproglig karakter, og der er derfor brug for, at sygeplejersken er kreativ og benytter tilgange, der reducerer disse barrierer.

I temanummeret om indvandrere i sundhedsvæsenet (*Sygeplejersken* nr. 2/2006) var der en artikel om telefontolkning, der er med til at forbedre vilkårene for patienter og personale. I artiklen beskrives, hvordan man benytter sig af en Soundstation, som er en håndfri telefon, der anvendes til telefontolkning. Fordelen ved Soundstation er, at lyd kvaliteten er bedre end ved almindelig telefontolkning, så man er fri for at være afhængig af tolkens direkte tilstedeværelse under samtalen. Det giver større fleksibilitet for alle parter og en større anonymitet for patienten.

På Psykiatrisk Center på Bornholm startede brugen af telepsykiatri i efteråret 2005. Telepsykiatri fungerer ved, at tolkning og behandling foregår via it, der består af webkamera og computerskærm. På klinikken "Den lille Prins" i Kastrup sidder psykiater *Davor Mucic* og arbejder med at behandle sindslidende personer med anden etnisk baggrund end dansk.

Når patienten møder til ambulans samtale på Psykiatrisk Center til den aftalte tid, tændes der for det elektroni-

ske udstyr, og en internetforbindelse mellem centret og klinikken i Kastrup gør det muligt for behandleren at tale direkte med patienten via cyberspace. Patienten kan se psykiateren på den opstillede plasmaskærm, og behandleren kan se og observere patienten på samme måde.

Fordelene ved denne avancerede form for fjernbehandling af psykiatriske patienter med indvandrerbaggrund er,

- at fjernområder som f.eks. Bornholm kan have adgang til behandlingsmæssig ekspertise i f.eks. transkulturel psykiatri og på sigt i andre subspecielle områder af psykiatrien, som der ikke er kompetencer i på centret.
- at indvandrerpatienten kan tale direkte med sin behandler uden tolk hvorved vigtige nuancer ikke går tabt på grund af indirekte kommunikation.
- at behandleren kan se sin patient og lade det nonverbale indtryk indgå i sin vurdering af behandlingsbehovet.
- at anonymitetsproblemer ved at være afhængig af tolkens eller familiemedlemmers tilstedeværelse ved lægesamtalen undgås, og samtalen bliver derfor mere direkte og åben.
- at behandleren, som selv har anden etnisk baggrund, har kulturel og sproglig forudsætning for at forstå patienten, hvorved behandlingskvaliteten forbedres.

Behandlingscentret "Den lille prins" har tilknyttet behandlere (læger/psykiatere/psykologer), som taler henholdsvis russisk, arabisk, bulgarsk, polsk, somalisk,

persisk og alle eksjugoslaviske sprog. De kan således bl.a. behandle flygtninge og indvandrere fra Eksjugoslavien, Østeuropa og Mellemøsten.

Erfaringerne med telepsykiatri viser, at patienterne er glade for metoden, og at behandlingsresultaterne i forhold til f.eks. depression er lige så gode som ved en almindelig behandlingsrelation mellem psykiater og patienter uden sproglige og kulturelle barrierer.

Sygeplejerskens opgave i forbindelse med metoden er at skabe en tryk atmosfære i den elektroniske samtalsituation. Opgaver med at arrangere samtalerne og at følge op på behandlingstiltag over for ressourcetsvage og traumatiserede patienter er udfordrende og kræver menneskelige og professionelle kvaliteter. At forstå den psykiatriske patients begrebsverden kan være en vanskelig disciplin. Anden etnisk baggrund kan gøre det endnu sværere. Derfor er telepsykiatri et værdifuldt hjælpemiddel, der dog ikke erstatter den psykiatriske sygeplejerskes forståelse for transkulturelle problemstillinger.

Henrik Howardsen er specialeansvarlig sygeplejerske på Psykiatrisk Center på Bornholm.

Udviklingen af den telepsykiatriske metode i Danmark er støttet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Egmont Fonden og Sygekassernes Helsefond.

Flere oplysninger om telepsykiatri kan fås på hjemmesiden www.denlilleprins.org eller via e-mail: denlilleprins@doktor.dk

Klinisk undervisning bedst i studieunit

Af Anne-Marie Skovsgaard, sygeplejerske, master i læreprocesser, Britta Stenholt, sygeplejelærer, cand.cur., og Carsten Nielsen, pædagogisk koordinator, cand.pæd.pæd.

Uddannelse. Et sammenlignende studie af sygeplejestuderendes læringsudbytte i klinisk undervisning i studieunit og i traditionelt studieforløb viser, at sygeplejestuderende har størst udbytte af studieunit.

Studieunit er afprøvet en del steder som et alternativ til traditionel organisering af klinisk undervisning. Litteratur-review viste, at der ikke er en præcis definition på begrebet studieunit (1). Arbejdsdefinitionen i undersøgelsen lød: Studieunit er en afgrænset fysisk lokalitet, typisk et antal patientstuer i et afsnit med et bestemt antal patienter. Der er flere studerende og vejledere pr. seng/patient end i traditionelle uddannelsesafsnit.

Litteratur-review viste desuden, at der ikke var foretaget systematisk undersøgelse af studerendes læringsudbytte af klinisk undervisning i studieunit (1). Der er derfor gennemført en sammenlignende undersøgelse af læringsudbytte i henholdsvis studieunit og traditionelt organiseret afsnit. Undersøgelsen er sket i et tæt samarbejde mellem to sygeplejerskoler og tre sygehuse i Århus Amt (2).

De spørgsmål, der blev undersøgt, var:

1. Er der forskel i undervisningspraksis på studieunit og i traditionel klinisk undervisning, og hvori består eventuelle forskelle?
2. Hvilken udvikling af kliniske færdigheder opnår de studerende i studieunit og i traditionel klinisk undervisning?

Undersøgelsen blev gennemført som et kvasiekperimentelt design med præ- og posttest i interventionsgruppe (studerende i studieunit) og kontrolgruppe (studerende i traditionelt organiserede afsnit). 18 sygeplejestuderende på 3. semester deltog fordelt på fire studieunits og fire traditionelt organiserede afsnit. Studieunit og kontrolafsnit var sammenlignelige, hvad angår patientkategorier, normering, antal uddannelsessøgende mv.

Det første spørgsmål om undervisningspraksis i de to afsnitstyper blev undersøgt ved tids- og aktivitetsregistreringer, inter-

view med de studerende om oplevede studievilkår samt spørgeskemaer om afsnittene.

Det andet spørgsmål om de studerendes udvikling af kliniske færdigheder blev undersøgt ved observationer knyttet til en plejesituation med personlig hygiejne og mobilisering. Centrale dele af plejesituationen blev videooptaget, og de studerende blev efterfølgende interviewet om begrundelser for handling, prioriteringer samt observationer. Data blev analyseret med udgangspunkt i en model udviklet af *Ida Torunn Bjørk* (3). Niveauet for de studerendes kliniske færdigheder blev scoret ud fra et tredelt taksonomisystem. Scoringerne blev behandlet statistisk.

Fund

Undersøgelsesspørgsmål 1: Der var forskel i undervisningspraksis på studieunit og kontrolafsnit. Bl.a. var de studerende i studieunit tidsmæssigt mere aktive i studieopgaver. De var mere sammen med deres vejleder også i den direkte patientpleje, og dialogen mellem parterne var i højere grad præget af kobling mellem teori og praksis.

Undersøgelsesspørgsmål 2: Studerende i studieunit havde en betydelig højere gennemsnitlig fremgang i scoringerne. Fremgangen i studieunit var på 27,6 pct. mod 5,8 pct. i kontrolgruppen.

Det var med det anvendte design ikke muligt med sikkerhed at sige, hvad der har betydning for den øgede fremgang i studieunit. Mere tid med den kliniske vejleder, højere studieaktivitet og dialogens karakter i vejledningen anses som væsentlige faktorer.

Perspektivering og anbefalinger

Undersøgelsesresultatet indikerer, at studieunit kan være en af vejene til at styrke de kliniske studier i sygeplejeuddannelsen.

Undersøgelsens fund kan dog ikke generaliseres til at gælde alle kliniske uddannelsessteder og alle uddannelsestrin.

Erfaringen viser, at oprettelse og drift af studieunit kræver bred opbakning på afdelingen, grundig forberedelse og løbende kollegial drøftelse (4).

Anne-Marie Skovsgaard er projektleder og uddannelsesansvarlig sygeplejerske på Skejby Sygehus, Britta Stenholt er projektleder og sygeplejelærer på Sygeplejerskolen i Silkeborg, og Carsten Nielsen er projektleder og pædagogisk koordinator på Sygeplejerskolen i Århus. amz@sk.sks.aaa.dk

Den samlede publikation kan købes for 50 kr. ved henvendelse til receptionen ved Sygeplejerskolen i Århus.

Litteratur

1. Skovsgaard A-M, Stenholt B, Nielsen C. Projekt rapport Studieunit – hvad er det, og hvad kan det bidrage med? Århus; 2004. <http://www.aaa.dk/aaa/studieunits-2.pdf>
2. Nielsen C, Skovsgaard A-M, Stenholt B. Projekt Studieunit: Et sammenlignende studie af sygeplejestuderendes læringsudbytte i klinisk undervisning i studieunit og i traditionelt studieforløb. Århus; 2005. <http://www.aaa.dk/aaa/studieunit-3.doc>
3. Bjørk IT. Hands-on nursing: new graduates' practical skill development in the clinical setting. Oslo: Institutt for Sygepleievitenskap; Universitetet i Oslo; 1999.
4. Larsen K et al. Studieunit. Anbefalinger og overvejelser vedrørende oprettelse og drift. Århus; 2005. <http://www.aaa.dk/aaa/anbefalinger>

Nu skal patienterne drikke inden



Tørst. Langvarig tørst kan medføre urimelige gener for patienterne, alligevel levede de gamle faste regler om "intet per os efter midnat"

indtil for nylig i bedste velgående på Hjertecentrets anæsthesiklinik på Rigshospitalet. Et udviklingsprojekt har vist, at det kan lade sig gøre at reducere den tid, patienter tørster inden en operation.

Mange patienter tørster langt ud over de to timer, der er nødvendige for at kunne gennemgå en operation ifølge de nyeste retningslinjer fra 1998. Data fra registrering i 2003 på Hjertecentrets anæsthesiklinik på Rigshospitalet har vist, at over 80 pct. af patienterne tørstede mere end otte timer præoperativt, mange i 12-14 timer og nogle endda længere. Kun 6,6 pct. fik intravenøs væske præoperativt (se figur 1 side 37).

De data var grunden til, at ideen opstod til et projekt, der skulle reducere den tid, patienterne tørster. Den præoperative

vurdering vedrørende faste ligger ikke inden for anæsthesisygeplejerskers praksis, men den lægelige klinikchef opfordrede os til at arbejde videre med problemstillingen.

"Årsagerne til, at praksis ændres meget langsomt, er formentlig de normer og den kultur, de forskellige grupper i organisationen repræsenterer."

Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin vedtog i 1998 nye retningslinjer for præoperativ faste og tørste (1). De erstattede de gamle retningslinjer, der foreskrev "intet per os efter midnat." De nye retningslinjer foreskriver, at patienterne præoperativt skal være fastende i seks timer, når det gælder fast føde og mælkeprodukter, og tørstende i to timer, når det gælder tynde klare væsker som vand, sodavand, kaffe og te uden mælk. Undtaget er patienter, der har forsinket ventrikeltømning, eksempelvis smertepåvirkede patienter i morfikabehandling og diabetespatienter (se boks 1 "Patienter i risiko"). På Rigshospitalet blev reglerne rekommanderet i 2001.

Begrundelsen for faste og tørst inden anæstesi er, at man vil reducere risikoen for aspiration til lungerne. En sjælden, men alvorlig komplikation (2,5).

Reglerne blev anbefalet på baggrund af international forsk- ►

►► **BOKS 1. PATIENTER I RISIKO.** Patienter, som kan have forsinket ventrikeltømning og dermed øget risiko for aspiration til lungerne:

- Akutte, smertepåvirkede patienter i morfikabehandling
- Patienter med kvalme/opkastning
- Patienter med sygdomme i oesophagus og ventrikel
- Patienter med BMI > 33
- Diabetespatienter med påvirkning af det autonome nervesystem
- Patienter med uræmi
- Gravide i fødsel
- Samt i øvrigt efter anæsthesilægens vurdering (1,9).

operation



ning, der viste, at faste i mere end seks timer for fast føde og tørste i mere end to timer for tynde væsker ikke reducerede risikoen for aspiration til lungerne (1). Det gælder kun patienter til elektiv kirurgi samt patienter, der ikke har øget risiko for aspiration.

På trods af de nye rekommandationer viste vores data, at de gamle fasteregler, som foreskrev: ”Intet per os efter midnat” fortsat blev holdt i hævd.

Årsagerne til, at praksis ændres meget langsomt, er formentlig de normer og den kultur, de forskellige grupper i organisationen repræsenterer.

På anæstesi- og operationsgangen vægtede man at kunne gennemføre det planlagte operationsprogram, uden der opstod problemer pga. manglende overholdelse af faste- og tørsteregler. Ændringer i operationsprogrammet pga. akutte patienter, overbelægning på opvågningsafdelingen og sygdom blandt personalet

”Sygeplejersker gav udtryk for, at havde de én gang gjort sig skyldig i, at en patient ikke var tørstende og derfor blev afløst, så gjorde de det aldrig igen.”

gør, at det skal være muligt at tage patienter ned til operation uanset planlagt tidspunkt. Holdningen var derfor, at det var mere sikkert, at alle fastede fra midnat.

Fasteskilt kl. 24

I sengeafsnittene så det ud til, at de gamle fasteregler stadig praktiseredes. Sengebordene blev ryddet, og fasteskilt blev sat op kl. 24. Sygeplejersker gav udtryk for, at havde de én gang gjort sig skyldige i, at en patient ikke var tørstende og derfor blev afløst, så gjorde de det aldrig igen.

Patienterne havde også en forestilling om, at al væskeindtagelse skulle stoppe ved midnat. Enkelte patienter gav udtryk for, at de havde forberedt sig ekstra godt, hvis de havde tørstet i 18 timer. Andre patienter, der var nøje instrueret om at drikke to timer før anæstesi, havde alligevel for en sikkerheds skyld tørstet i 12 timer.

Gennemgang af litteratur viste, at der ud over patienternes subjektive oplevelse af ubehag fandtes en række fysiologiske forhold, hvor tørstetidens længde havde betydning (se boks 2 ”Gener ved langvarig tørst” side 39). Gener og ubehag som følge af langvarig tørst er beskrevet og har været genstand for undersøgelser i de nævnte referencer. Undersøgelserne viser, at patienterne har det bedre, hvis de får væske, gerne kulhydratrig, to til tre timer præoperativt (2,3,9).

Studier, hvor der var givet kulhydratrig væske, viste, at præ-

operativ angst kunne mindskes væsentligt. Præliminære undersøgelser peger i retning af, at præoperativ kulhydratindgift i nogle tilfælde kan reducere indlæggelsestiden med op til 20 pct. (2,3).

Lang faste er en medvirkende årsag til postoperativ insulinresistens, som kan have umiddelbar negativ indflydelse på anabolisme og restitution (5). Ved indgift af kulhydratrig væske reduceres den postoperative insulinresistens, idet der frigøres insulin, og stofskiftet reagerer, som om der er indtaget et morgenmåltid (2-4,6,9).

Studier inden for hjertekirurgi viste bedre hjertefunktion og færre hjertekomplikationer, hvis der præoperativt var givet glukose intravenøst (3,4). I accelererede patientforløb indgik kulhydratrig væske præoperativt som en del af den præ-, peri- og postoperative optimering af patientbehandlingen (7).

Nye internationale oversigtsartikler, herunder en dansk og en nordisk, konkluderer, at der ikke er evidens for, at kort fastetid for tynde væsker medfører øget risiko for aspiration hos de patienter, der ikke er i risikogruppen. Der er derimod evidens for, at de patienter, der har drukket 2-3 timer præoperativt, har et lavere ventrikellindhold end de patienter, der har fastet efter den gamle procedure (5,8,9).

Reducer patientens tørst

På baggrund af viden fra ovenstående litteratur, vores data og vores oplevelse af patienternes ubehag ved langvarig tørst blev formålet med projektet at reducere det antal timer, patienter tørster præoperativt.

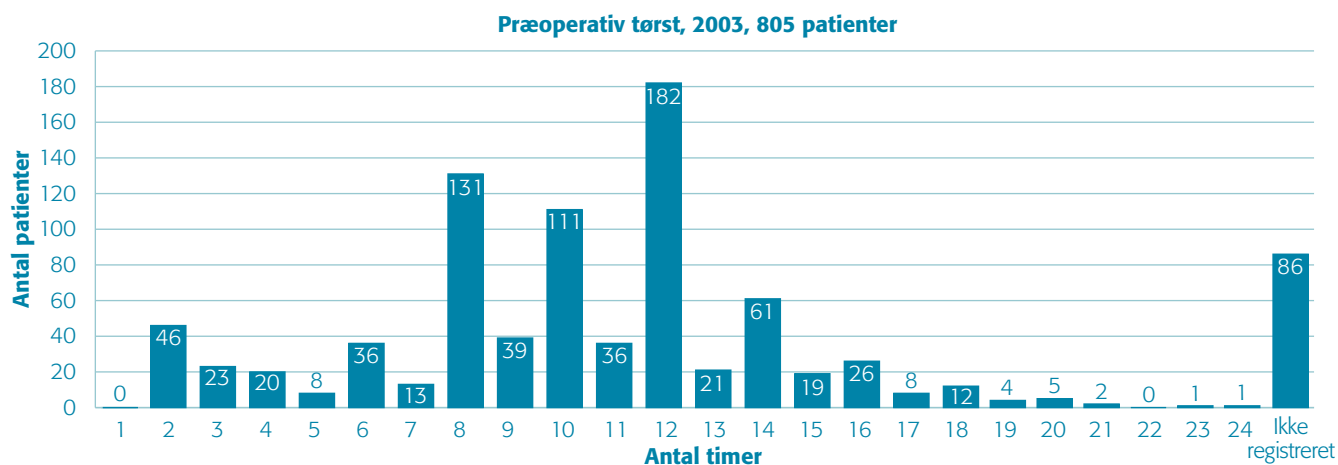
Problemformuleringen lød: Kan vi i Hjertecentret ved øget fokusering og relativt få ændringer i de daglige rutiner reducere den tid, patienter tørster præoperativt?

En projektskitse blev udarbejdet og godkendt af klinikledelsen. Data, litteraturfund og projektets idé blev præsenteret internt på et møde for anæstesi-læger og sygeplejersker. Umiddelbart derefter besluttede klinikledelsen den fremtidige ændring af proceduren. Hidtil har der udelukkende været fokus på risikoen for aspiration, fremover skal der også være fokus på, at patienterne oplever større velvære, og på at optimere operationsforløbet (se boks 3 ”Ændring af tørsteprocedure i praksis” side 39).

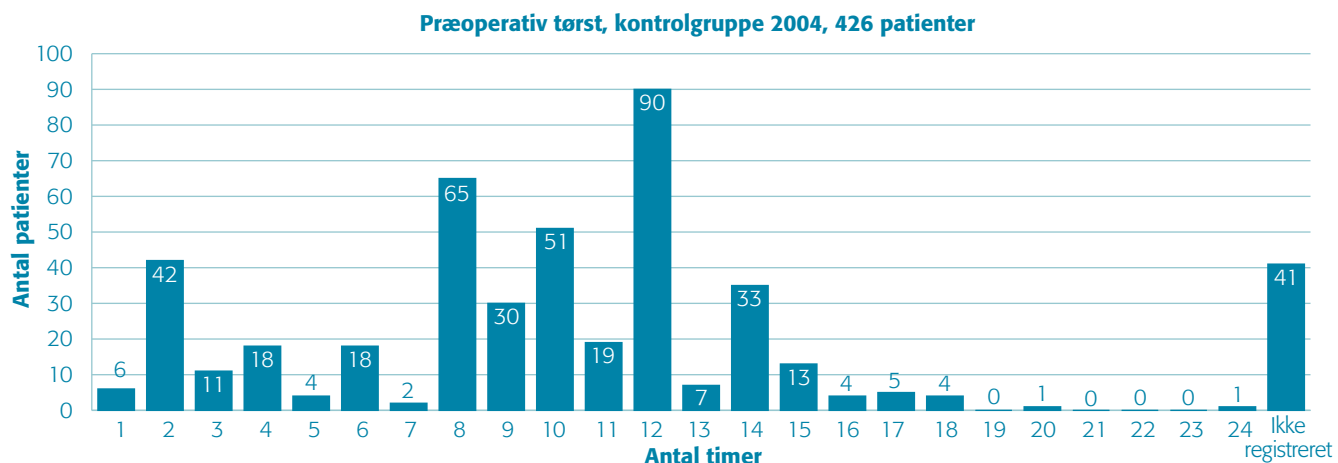
Projektet med titlen ”Uden mad og drikke” blev udformet som et kvalitetsudviklingsprojekt i perioden fra den 1. februar 2005 til den 31. juli 2005. Projektet inkluderede prospektivt alle elektive voksne patienter til hjerte- og lungekirurgi. Kontrolgruppen blev den samme patientgruppe i samme periode i 2004.

Kvalitetsmålet var, at 80 pct. af patienterne til elektiv kirurgi ikke skulle tørste mere end fire timer præoperativt. ►

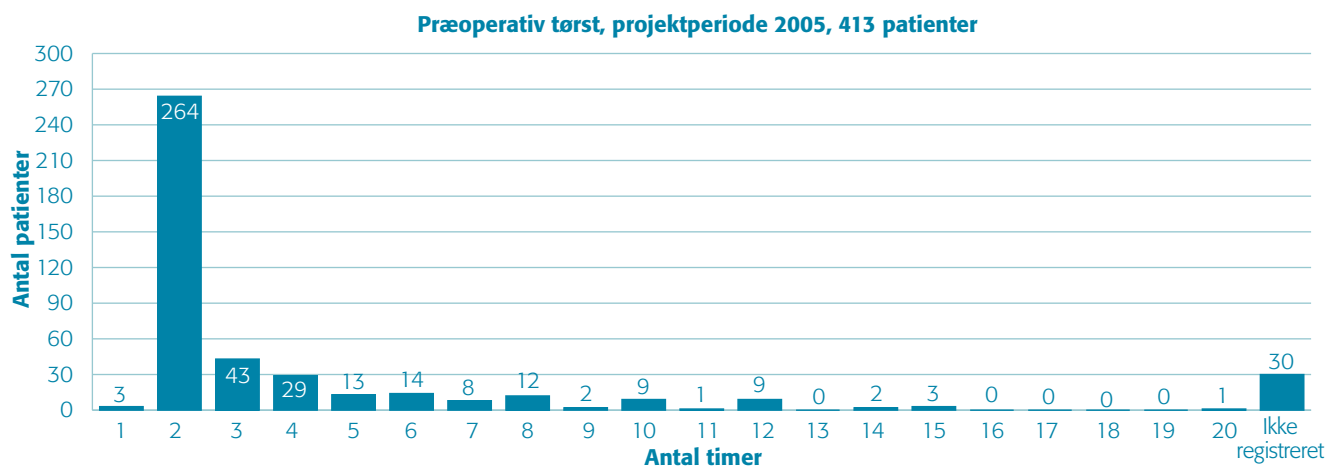
► FIGUR 1. ANTAL TIMER, HJERTEPATIENTER TØRSTER PRÆOPERATIVT 2003-2005.



Den øverste figur fra 2003 viser, hvor mange timer 805 voksne patienter til elektiv hjertekirurgi tørster præoperativt i hele 2003. 82 pct. tørster mere end 8 timer før operation. Der indgik 891 patienter, men hos 9,6 pct. var der ikke registreret tørstetid. Data fra undersøgelsen var udgangspunktet for at reducere patienternes tørstetid.



Den midterste figur fra 2004 viser antal timer, 426 hjertepatienter tørster præoperativt i kontrolgruppen fra februar til juli 2004. 18 pct. havde tørstet højst 4 timer, 82 pct. mere end 4 timer. 467 patienter indgik, men hos 8,8 pct. var der ikke registreret tørstetid.



Den nederste figur fra 2005 viser antal timer, 413 hjertepatienter tørster præoperativt efter projektets implementering fra februar til juli 2005. 82 pct. havde tørstet inden for 4 timer. 18 pct. mere end 4 timer. 443 patienter indgik, men hos 6,8 pct. var der ikke registreret tørstetid.

- Den primære resultatindikator var det antal timer, der tørstes præoperativt.

Andre indikatorer var:

- præoperativ i/v-infusion
- vurderet øget aspirationsrisiko
- aspiration som komplikation.

Vi observerede også, om der var patienter, der måtte aflyses, fordi de ikke havde tørstet i de krævede to timer.

Ved hjælp af disse indikatorer havde vi mulighed for at belyse årsagerne til, at nogle patienter tørstede længere end fire timer, og om de i givet fald havde fået tilført væske intravenøst.

Data blev opgjort efter en, to og seks måneder. Hos ca. 8 pct. af patienterne var der i databasen ikke registreret tørstetid.

Information og undervisning af alle personalegrupper, der var involveret i operationspatienterne, blev brugt som metode til implementering. Centerchefsygeplejersken, over- og afdelingssygeplejersker blev præsenteret for projektets idé og formål mundt-

”Enkelte patienter gav udtryk for, at de havde forberedt sig ekstra godt, hvis de havde tørstet i 18 timer.”

ligt. Anæstesisygeplejerskerne fik dels mundtlig, dels skriftlig information via opslag i afdelingen. De kliniske afdelingssygeplejersker var bindeled mellem sengeafsnittene og projektlederen. Kirurger, kardiologer og anæstesi-læger fik alle ensartet skriftlig information før projektstart.

Præoperativt væskeur

Der blev lagt vægt på, at informationsmaterialet var synligt og genkendeligt. Visuelle opslag blev placeret, hvor anæstesi-lægerne havde den præoperative samtale med patienterne. Til sengeafdelingerne blev udarbejdet et præoperativt væskeur, så plejepersonalet let kunne få overblik over den ændrede procedure.

Der blev undervist i seks sengeafdelinger, hvor patienter til henholdsvis hjerte- og lungekirurgi var indlagt. Undervisningsmaterialet blev efterfølgende udleveret for at informere det personale, som ikke var til stede, og for at have fokus på emnet.

I undervisningen blev der lagt vægt på patientsikkerhed, aspirationsrisiko i forbindelse med anæstesi, optimering af patientforløb, ændring af sygeplejerskernes opgaver samt øget samarbejde med anæstesisygeplejerskerne.

En del plejepersonale havde ikke kendskab til de eksisterende regler for tørst, for de fleste var reglerne kendte, men de oplevede ikke, at de kunne gøre noget ved problemet tørstetider. Alle havde tit og ofte passet patienter, som var utilpasse pga. af mang-

lende væske. Der var stor interesse og spørgelyst hos sygeplejerskerne, og de ville gerne yde en indsats for at hjælpe deres patienter.

Ændringen i anæstesiafdelingen bestod i, at anæstesi-lægerne ved det præoperative tilsyn skulle understrege vigtigheden af at drikke. For patienter, der var i risiko for aspiration, skulle oplysningen anføres på anæstesiskemaet. Det er vigtigt, at patienterne oplever overensstemmelse mellem den information, de får af anæstesi-lægen og sygeplejersken i afdelingen.

Derudover skal den anæstesisygeplejerske eller læge, der er ansvarlig for koordinering af operationsprogrammet, sørge for at ringe til afdelingerne om de patienter, der skal opereres senere på dagen, og informere om, hvornår patienterne senest skal drikke. I projektets første måned havde enten projektleder eller projektvejleder koordinatorfunktionen, med henblik på tæt observation i startperioden og for at besvare eventuelle spørgsmål fra afdelingerne. Der blev dagligt udfyldt et skema til evaluering og identifikation af eventuelle problemområder.

Langt færre tørster

Efter projektets første måned blev data fra februar 2004 sammenholdt med data fra februar 2005. Patienter, der havde tørstet mindre end fire timer, udgjorde 15 pct. i 2004 mod 65 pct. i 2005.

Kvalitetsmålet var fire timer, men 45 pct. af patienterne havde faktisk fået noget at drikke to timer inden anæstesi, mod 8 pct. i 2004. Ændringen var altså allerede signifikant efter en måned.

Før projektets start var der ingen patienter med aspiration



som komplikation. Der var ingen, der blev aflyst eller udsat som følge af ikke at have tørstet de krævede to timer. I projektperioden var der heller ingen patienter, der havde aspireret som følge af den ny procedure.

Resultaterne viser, at det er muligt at ændre på antallet af timer, patienterne tørster præoperativt i Hjertecentret (se figur 1 side 37).

Målet om, at 80 pct. af patienterne ikke skal tørste mere end fire timer, er nået. I gruppen af patienter, der tørster ud over vores mål på fire timer, er indeholdt de patienter, der har øget aspirationsrisiko. En del har fået intravenøs væske. I samme gruppe er der procentvist sammenfald med de patienter, som opereres senere på dagen.

Sygeplejerskerne i afdelingerne oplever de nye tiltag som meget konkrete og meningsfulde, fordi patienterne har det bedre.

Enkelte sygeplejersker har givet udtryk for, at de oplever, at patienterne er mindre forkvalmede i det postoperative forløb.

Patienterne informeres allerede under indlæggelsessamtalen, og de er forberedte på afdelingens tørsteprocedure inden den præoperative samtale med anæstesilægen.

Drik to timer før

Med fokus på de urimelige gener, langvarig tørst kan medføre for patienterne, samt de fordele, der er ved at reducere tørstetiden, var det oplagt og etisk korrekt at ændre proceduren i praksis både ud fra et sygeplejefagligt og et lægevidenskabeligt perspektiv.

At projektet har haft et succesfuldt forløb og resultat, skyldes flere faktorer. Som udgangspunkt et solidt datamateriale, som dokumenterede problemets omfang. Tværfaglighed har været i fokus. Information, undervisning, ansvarsplacering samt styring af projektet har været vægtet. En anden faktor, som har haft stor betydning for resultatet, er, at patienterne nu "skal" drikke i stedet for "må" drikke.

Det primære effektmål var den tid, der tørstes præoperativt. Vi opfordrer patienterne til at drikke 250 ml sød saft to timer før anæstesi. Vi har ikke målt, om indtagelse af kulhydratrige væsker har den effekt, der omtales i litteraturen, men fremover kunne det være interessant at undersøge, om det gør en forskel, og man kunne se på, om der er sammenhæng mellem den reducerede tørstetid og omfanget af postoperativ kvalme.

Ny klinisk retningslinje

Projektet har resulteret i en klinisk retningslinje gældende for hele Hjertecentret. Fremover gælder den ny procedure ikke kun for patienter, der kommer i universel anæstesi, men også for pa-

►► BOKS 2. GENER VED LANGVARIG TØRST

- Sult- og tørstfornemmelse
- Tørre slimhinder – mundtørhed
- Træthed
- Nedsat koncentration
- Øget irritabilitet
- Hovedpine
- Svimmelhed
- Kvalme
- Dehydrering
- Hypoglykæmi.

►► BOKS 3. ÆNDRING AF TØRSTEPROCEDURE I PRAKSIS

- Hidtil: Patienter til operation må drikke tynde væsker til kl. 06.
- Fremover: Patienter til operation skal drikke 1 ½ glas sød drik to timer inden anæstesi. Diabetikere 1 ½ glas vand. Alle patienter skal have noget at drikke umiddelbart inden kl. 06.
- Undtagelser: Patienter, hvor anæstesilægen skønner, at der er øget aspirationsrisiko.
- Der skal ringes til afdelingerne vedrørende det tidspunkt, hvor patienter, der skal opereres senere på dagen, igen skal have noget at drikke.

►► **DOKUMENTERER PROBLEMETS OMFANG.** Anæstesisygeplejerskerne i Hjertecentrets anæstesiklinik, Rigshospitalet, har de sidste tre år arbejdet med elektronisk registrering af patientdata. Registreringen har været et effektivt redskab til at opstille mål samt sikre og dokumentere sygeplejefaglig kvalitet. Et solidt datamateriale er nødvendigt, når man skal dokumentere et problems omfang, som f.eks. patienters tørst før en operation.

Data indhentes ved hjælp af et struktureret interview, som anvendes ved modtagelsen af alle patienter. Det indgår som en del af den dialog, anæstesisygeplejersken har med patienten. Formålet er, at patientens subjektive oplevelse sættes i fokus. Data fremkommer således på baggrund af patienternes egne oplevelser.

Vi registrerer data om f.eks. smerter, søvn, patientens oplevelse af præmedicinens effekt, samt antal timer patienterne tørster præoperativt.

I Hjertecentrets anæstesiklinik ydes årligt anæstesi til ca. 3.000 operationspatienter.



► tienter, der faster til de undersøgelser og procedurer i lokalanæstesi, som foretages i Kardiologisk Laboratorium, disse udgør årligt ca. 7.000.

På et fællesmøde for Rigshospitalets fem anæsthesiklinikker blev projektet og resultaterne fremlagt. Efterfølgende har flere klinikker startet lignende tiltag. Senest er projektet præsenteret på Efterårslandskurset for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings-sygeple-

“Målet om, at 80 pct. af patienterne ikke skal tørste mere end fire timer, er nået.”

jersker. Ud fra den interesse, der har været i forbindelse med præsentationen af projektet, kunne meget tyde på, at problemet med de lange tørstetider, som vi registrerede hos vores patienter, kan genfindes på mange anæstesiologiske afdelinger i landet. På årsbasis er der ca. 450.000 anæsthesier i Danmark (5).

*Annemette Düring Jensen og Grethe Donohoe er anæsthesisygeplejersker på Toraxanæstesiologisk klinik, Hjertecentret, Rigshospitalet.
annemette.during.jensen@rh.hosp.dk*

Litteratur

1. DASAIMs rekommandationer vedrørende faste og tørste. DAS INFO 1998;4: 5-7.
2. Henneberg SW, Wernberg M. Fastetiderne skifter –sukkervand i stedet for sedativa? Ugeskr. Laeger 2003 Jan 20;165(4):351- 2.
3. Ljungqvist O, Thorell A, Nygren J. Preoperativ fasta – nödvändig eller bättre med kolhydratuppladdning? Medicinsk årbog 1997. København: Munksgaard; 1997.
4. Jørgensen SJ, Hansen HV et al. Operation, komplikationer kan forebygges. Klinisk Enhed for Sygdomsforebyggelse Bispebjerg Hospital 2003. Rekv.: E-mail: forebyggelse@bbh.hosp.dk

5. Wetterslev J. Præoperativ faste hos voksne og perioperative komplikationer. Ugeskr. Laeger 2005 Jan 3; 167(1): 40-43.
6. Soop M, Nygren J et al. Preoperative oral carbohydrate treatment attenuates endogenous glucose release 3 days after surgery. Clinical Nutrition 2004; 23: 733-41 (se www.elsevier.com/locate/clnu).
7. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003;362: 1921-8.
8. Brady M, Kinn S, Stuart P. Preoperative fasting for adults to prevent perioperative complications. The Cochrane Library, Issue 1, 2005.
9. Søreide E et al. Pre-operative fasting guidelines: an update Acta Anaesthesiol Scand 2005; 49: 1041-47.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Jensen AD, Donohoe G. Patients should now drink before surgery. Sygeplejersken 2006;(8):34-40.

The Thorax-anaesthesiology clinic at Copenhagen University Hospital is using electronic patient-data registration in connection with documentation and quality development of professional nursing standards. Data relating to preoperative thirst among 805 heart surgery patients has shown that 80 percent of the patients abstained from taking fluids for more than eight hours before surgery. Patients are only required to refrain from taking fluids for two hours.

On the basis of a desire for patients to experience improved wellbeing and to optimise the surgical procedure, the idea came about of reducing the number of hours patients should thirst before surgery. The project was related to quality development and interdisciplinary information and teaching were important elements of implantation.

All adult heart and lung surgery patients were included prospectively. The control group consisted of the corresponding group of patients in the same period in 2004. In the case of heart patients, the results after six months were as follows:

82 per cent of patients had abstained from taking fluids for less than four hours compared to 17 percent in 2004. The survey involved 443 patients and the control group consisted of 467 patients.

The project has resulted in clinical guidelines which apply throughout the Heart Centre. This involves procedural changes for 10,000 patients a year.

Keywords: Quality development, anaesthesiological nursing, preoperative fasting, preoperative carbohydrate-rich fluid, patient wellbeing.

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



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

dilemma

41

Din mening. Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: redaktionen@dsr.dk senest tirsdag den 25. april kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

Folk har ret til et privatliv

Ulrik er 48 år og skal indlægges på en kirurgisk afdeling for at få fjernet en polyp i tyktarmen. Han er selvstændig jurist og en travl og selskabelig mand, som bor i en forstad til København og har kone og tre halvvoxsne børn.

Lone arbejder på kirurgisk afdeling på sjette år. Hun skal være *Ulriks* kontaktsygeplejerske, og fem uger inden han skal indlægges, taler hun med ham om forløbet og afholder indlæggelsessamtale. I afdelingens evidensbaserede retningslinjer for operationen står der, at *Lone* bl.a. skal tale med *Ulrik* om, hvor mange genstande han drikker dagligt og om eventuelt at holde op med at drikke alkohol fire uger før operationen.

Da *Lone* spørger, om *Ulrik* drikker alkohol, og hvor meget han drikker, lyder svaret: "Jeg får til husbehov, det er vel omkring en genstand hver dag. Når bølgerne går højt, får jeg måske to genstande dagligt."

Lone fornemmer, at bølgerne måske ofte går lidt højt. Hun baserer fornemmelsen på *Ulriks* mave og hans lidt rødmossede udseende. Men hun synes også, det er svært at gå tættere på ham. Folk har jo ret til at have et privatliv, og spørgsmålet er, hvor meget vi skal blande os i, mener hun.

Synes du, Lone skal gå tættere på Ulrik og hans alkoholforbrug? Hvis ja, hvordan og hvorfor?



Dilemma fra *Sygeplejersken* nr. 7

Anders, som er sygeplejestuderende i hjemmeplejen, kører en dag spontant *Fru Mikkelsen* en tur i parken i hendes kørestol. Det er mere end syv måneder siden, hun sidst har været uden for sin dør.

Godt gået, Anders

Ja, *Anders* bliver en god sygeplejerske. Han er netop som studerende i et læringsrum og skulle gerne have tid og rum til at gøre, hvad han mener er god sygepleje for *Fru Mikkelsen*. Han stopper op, følger ikke bare de vante rutiner, men han gør en forskel. Han tager ansvar for sin handling, ringer bl.a. til den næste klient, at han bliver forsinket, og følger sin intuition om, hvad der er god pleje/omsorg i denne situation.

Hanne Sørensen, sygeplejerske, ansat i Hadsund Kommune.

Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til *Benedikte Kristensen*, sygeplejerske i Kolding Kommune, for svaret "Rol-len udspillet," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 7/06.

Udfordrer systemet

Anders skal tids nok blive klemt ind i strukturer og tidsrammer, så at han tager sig tid til at gøre noget ekstraordinært som sygeplejestuderende, ser jeg kun som positivt. Som studerende har man lov til at udfordre systemerne lidt, ellers er jeg bange for, at vi i sundhedsvæsenet bliver alt for rigide, og strofen "det plejer vi at gøre" bliver så gængs, at ingen tænker over forandringsmuligheder.

Anne-Birgitte Salomonsen, operations-sygeplejerske, ansat på Rigshospitalet, medlem af Sygeplejeetisk Råd.

Den gode sygepleje

Vi bør alle i sygeplejen tage os af mennesket bag sygdommen eller svækkelsen og tage udgangspunkt i den enkelte. I stedet har vi ofte udgangspunkt i, hvor meget vi skal nå, eller hvor mange besøg vi skal nå inden fyraften. Jeg synes, *Anders* viser tegn til at blive en opmærksom og omsorgsfuld sygeplejerske, som tager udgangspunkt i den enkeltes behov.

Lene Toft, sygeplejestuderende ved Sundheds CVU Nordjylland.

Forstår behovet

Ork ja, omtalte *Anders* bliver en god sygeplejerske, fordi han allerede er en god sygeplejerske og kan forstå og sætte sig ind i patientens behov ...

Lith Stenderup, pensioneret sygeplejerske.

En mangelvare

Spontanitet og fleksibilitet er en mangelvare i sygeplejen og i denne sammenhæng nødvendige kompetencer at rette fokus på. Disse kompetencer må man ikke benytte sig af, når man vil betragtes som et voksent og ansvarligt menneske. Denne vejleder syntes dagklart ikke, at *Anders* er blevet voksen. Og hvis han vælger at forblive "ikke voksen," er der desværre ikke plads til ham i vores sundhedssektor. Det må derfor være op til *Anders* at vælge, for sundhedssystemet har allerede valgt ikke at give de nødvendige fem minutter på hjemmesygeplejerskens køreliste til spontanitet og fleksibilitet. Det er først her, at *Anders* bør reflektere.

Anna Tomanek, sygeplejerske, stud.pæd. og afdelingsleder i Kollektivet AOC Engholm.

Spildte ord. Ikke alle patienter er ressourcestærke, rationelle mennesker, der handler til deres eget bedste. Derfor må sygeplejersker, som vejleder diabetikere om kostændringer, kortlægge patienternes hverdagsliv og handlemønstre. Det højner muligheden for, at vejledningen virker.

Når vejledningen preller af

Langt de fleste overvægtige type 2-diabetikere evner ikke at ændre livsstil og regulere deres kost på trods af vejledning fra sygeplejersker og diætister. Jeg stødte på problematikken første gang, da jeg var i klinisk undervisning i hjemmeplejen. Her mødte jeg klienter, der knoklede med at indrette livet efter sygdommen, men som havde svært ved at følge kostrestriktionerne.

I mit bachelorprojekt fra H:S Sygeplejerskeuddannelsen "Livsstilsændringer for type 2-diabetikere – hvorfor er det så svært?" behandler jeg dette skisma. I forbindelse med projektet stillede jeg mig selv spørgsmålet: Hvad er der galt med behandlingen af livsstilsændringer inden for kost, siden patienterne ikke har succes med at følge behandlingen?

Min konklusion lyder: Der fokuseres meget ensidigt på den tekniske side af sygdommen, nemlig på vidensformidling og oplæring af færdigheder som metode til at opnå livsstilsændringer. Hensigten med denne tilgang er at give patienterne øget motivation til at arbejde på en livsstilsændring og at give dem mulighed for at kontrollere sygdommen. Men selvom denne tilgang umiddelbart virker fagligt velgennemtænkt, viser de høje tal på non-komplians (ca. 90 pct.), at tilgangen ikke virker, som den skal (1).

"Når vi kan konstatere, at øget motivation ikke fører til de nødvendige livsstilsændringer, mangler vi en ny forståelse af, hvad der afstedkommer menneskers handlinger."

Under min research opdagede jeg et tilbagevendende problem i behandlingen af livsstilsændringer hos diabetikere: Der mangler fokus på, hvordan vi kan hjælpe patienterne med at integrere sygdommen i hverdagen, så patienterne opnår en vedvarende ændring i deres livsstil. Når vi kan konstatere, at øget motivation ikke fører til de nødvendige livsstilsændringer, mangler vi en ny forståelse af, hvad der afstedkommer menne-

skers handlinger. Der fokuseres for entydigt på kostsammensætning og ikke på patienternes muligheder for at integrere nye kostvaner i hverdagen.

Eget ansvar at indarbejde nye kostvaner

Til min forbløffelse opdagede jeg også, at der ikke eksisterer nogen overordnede retningslinjer for, hvordan man vejleder om livsstilsændringer ud over de tekniske procedurer. Både i de brochurer, patienterne får udleveret, og under vejledningen på ambulatorierne fokuseres der kun på den tekniske side af behandlingen. Det betyder, at der undervises i, hvordan man måler blodsukker, og hvordan man sammensætter sin kost hensigtsmæssigt. Men ansvaret for at implementere de nye kostanvisninger i hverdagen er overladt til patienterne selv.

Kostændringer er en af hjørnestenene i behandlingen af type 2-diabetes. Det vil sige, at kost bruges som et helbredende middel i behandlingen af diabetes. Men kost tillægges også stor social betydning i vores samfund, og for mange patienter spiller kost en anselig rolle i deres sociale liv og fungerer ikke kun som middel (1,2). Det betyder, at patient og behandler arbejder ud fra to forskellige perspektiver. Og det afstedkommer, at parterne har forskellige forventninger til kostomlægning og til, hvordan den skal indgå i patienternes liv. Behandlerne måler livskvalitet og komplians ud fra, hvor godt patienterne formår at følge de tekniske anvisninger, f.eks. måling af blodsukkerniveau og sammensætning af kost, mens patienterne ønsker at integrere ændringerne i deres sociale liv. Dermed betyder komplians én ting for patienterne og noget andet for behandlerne, jf. *Peter Elsass'* begreber *illness-disease* (3).

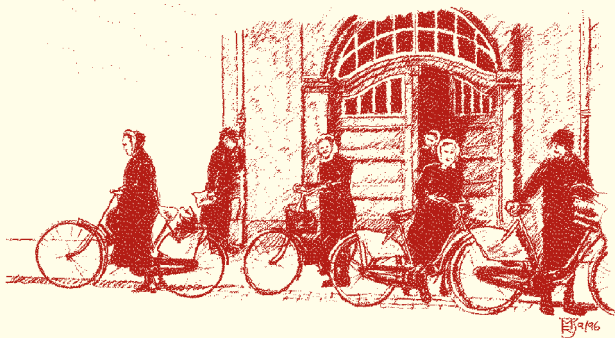
Oplysning alene motiverer ikke

På de forskellige diabetesambulatorier er det holdningen, at man skal motivere patienterne til at ændre livsstil. Dette gøres lidt forskelligt fra afdeling til afdeling, men ofte ved hjælp af *Prochas* ►



Sygeplejersker i en provins

af Aja Høy-Nielsen



“Sygeplejersker i en provins” tegner et grundigt billede af sygeplejens historie og professionalisering i Esbjerg i årene 1890-1925.

En af de centrale personligheder i bogen er oversygeplejerske Karen Johanne Nielsen, som blev en fremtrædende eksponent for sygeplejens professionalisering. Hun var dybt engageret i fagpolitik inden for Dansk Sygeplejeråd og var bl.a. med til at stifte Foreningen af Provinssygeplejersker.

“Sygeplejersker i en provins” er på 223 sider.

Normalprisen for bogen er kr. 90,-.
Medlemsprisen er kr. 61,-
og medlemsprisen for
sygeplejestuderende er kr. 61,-.



Dansk Sygeplejeråd

Sankt Annæ Plads 30
Postboks 1084
1008 København K

KUPON
UDFYLDES MED
BLOKBOGSTAVER

Navn: _____

Adresse: _____

Postnr.: _____ By: _____

DSR medlemsnr.: _____

Sygeplejestud. medlemsnr.: _____

_____ stk. "Sygeplejersker i en provins" DSR Publikation 181, 1999,
223 sider, illustreret. Salgspris kr. 90,00. Medlemspris kr. 61,00.
Medlemspris, sygeplejestuderende kr. 90,00.
Priserne er incl. moms.

► *kas* forandringsmodel, *Antonovskys* kognitive mestringssteori og *Banduras* kontrolteori (4,5,6). Disse modeller fokuserer på at opnå kontrol med sygdommen. Kontrolfølelsen forsøger man at styrke ved at motivere patienterne gennem oplysning, nemlig ved at formidle øget viden om sygdommen og ved at oplære dem i tekniske færdigheder.

“Der fokuseres for entydigt på kstsammensætning og ikke på patienternes muligheder for at integrere nye kostvaner i hverdagen.”

Denne tilgang ville måske virke, hvis alle patienterne var supermotiverede og ressourcestærke mennesker, men sådan ser virkeligheden ikke ud. Desuden føler mange af de symptomfrie patienter sig ikke syge, og de har derfor svært ved at forstå, hvorfor en kostomlægning skulle være nødvendig.

Jeg mener derfor, at der tænkes for snævert på mennesket som et rationelt handlende individ, jf. *James Colemans* teori om det rationelle menneske (7). Vejledningen tilrettelægges ud fra, at mennesket handler fornuftigt og ikke lader sig påvirke af værdier i omgivelserne. Men at mennesket ikke altid handler ud fra et fornuftsperspektiv, viser sig gang på gang (8,9,10). Motivation, øget viden om diabetes og undervisning i tekniske færdigheder får ikke patienterne til at ændre sig. Der skal altså noget andet til, og jeg mener, at dette noget er en dybere forståelse af menneskets handlemønstre.

Nye problemer tackles med kendte midler

Men hvorfor handler vi mennesker, som vi gør? Dét, at patienterne ikke gør, som de skal, kan man finde forståelse for på flere områder. Den franske sociolog *Pierre Bourdieu* mener, at mennesket handler efter særlige mønstre, som er bestemt af en kompleks sammensætning af påvirkninger fra forældre, omgangskreds, arbejde, miljø og opdragelse. Disse mønstre danner ramme for, hvilke muligheder man ser for sig i livet, og dermed hvordan man handler. Rammerne er med til at skabe et sæt af værdier, som har stor indflydelse på, hvordan man handler (11).

Mennesker er altså spundet ind i nogle handlemønstre, som de tager med sig, når der opstår nye og ukendte situationer. Det vil

►► BOKS 1. VEJLEDNING FOR DET IRRATIONELLE MENNESKE.

- Udvid behandlingen fra en naturvidenskabelig til en helhedsorienteret tilgang til mennesket
- Flyt fokus fra tekniske færdigheder til en udvidelse af handlerum gennem forståelse af det enkelte menneskes handlemønstre
- Medtænk, at mennesket ikke altid handler rationelt, og at øget viden derfor ikke alene kan motivere til livsstilsændringer
- Udvid den enkelte patients handlemuligheder ved at integrere nye kostvaner i hverdagen
- Kortlæg kostens betydning for den enkelte patient, så måltidet ikke kun er et middel til sundhed, men kan blive et mål i sig selv
- Anerkend, at livsstilsændringer er meget krævende for patienten, fordi de er betinget af en høj grad af personlig involvering og ikke kan opnås alene gennem øget viden.

sige, at vi tackler nye problemer med kendte midler, og at patienterne bruger gamle erfaringer i nye situationer. Forandringer – såsom ændrede kostvaner – er svære at igangsætte og fastholde, fordi patienterne ikke har erfaringer med, hvordan tingene kan gøres anderledes. Groft sagt kan de simpelthen ikke se alternative måder at gøre tingene på.

Gamle vaner er følsomt område

Sygeplejerskernes opgave bliver derfor at påvirke patienternes fastforankrede mønstre, vaner og værdier og hjælpe dem til at se nye handlemuligheder. Ofte skal sygeplejersker ind at påvirke områder, hvor patienterne ikke ser det som en mulighed at handle anderledes. Det er derfor et meget sårbart og komplekst område, sygeplejerskerne bevæger sig ind på, når de skal foreslå ændringer til patienterne. Det er et stort arbejde at identificere patienternes handlemønstre, men jeg mener, at denne identifikation kan hjælpe sygeplejerskerne til at vise patienterne nogle mulige udvidelser af deres handlerum. Disse forslag til udvidelser giver patienterne mulighed for at se, at der er andre måder at handle på.

Der mangler grundig forskning og metoder for at finde oplysninger om den enkelte patients baggrund og om, hvordan lige netop han kan hjælpes. Men der bør lægges vægt på patientens fortolkning af, hvad livskvalitet er. Det vil kunne give sygeplejersken en idé om, hvorfor den enkelte patient finder det svært at efterleve retningslinjerne for hensigtsmæssig kost.

Mangler sociologisk forståelse

En sammensmeltning af patientens og behandlerens perspektiver mener jeg kan ske gennem et nært samarbejde mellem de to parter (se boks 1). Sygeplejerskerne må sætte sig grundigt ind i, hvilken funktion og betydning kost har for patienterne. Det kan være svært for patienterne at sætte lighedstegn mellem hensigtsmæssig kost og et godt liv. Mange patienter føler, at det har store sociale omkostninger at følge nye kostanvisninger. De nye kostvaner kan virke socialt stigmatiserende. Så kostændringer skal ikke kun være et behandlingsmiddel. Det drejer sig derimod om at bevare nogle værdier hos patienterne eller hjælpe med at skabe nogle nye. Patienterne skal kunne integrere sygdommen i deres liv, og det er det, vi skal blive bedre til at hjælpe dem med. Derfor er udfordringen for sygeplejerskerne at skabe bredde i behandlingen af livsstilsændringer. Vi er nødt til at opgive fokus på, at patienterne handler rationelt ud fra, hvad der sundhedsmæssigt er det bedste for dem.

Hvis patienten skal integrere den nye måde at leve på i sin hverdag, må sygeplejersken sætte sig ind i, hvilken betydning sygdommen har i patientens univers, og hvordan den kan integreres som en del af livet hos netop ham.

Her kommer praksis dog til kort. Der er ikke tid nok til at fordybe sig i patienterne, men måske heller ikke uddannelse nok til at forstå menneskers handlemotiver. Der mangler en sociologisk forståelse, som kan medvirke til at begribe handlemønstre, som er så dybtliggende, at end ikke patienterne selv kan gøre rede for dem.

*Signe Belling er sygeplejerske på et plejehjem i Frankrig
sigbelling@hotmail.com
Bachelorprojektet kan rekvireres ved henvendelse pr. e-mail.*

Litteratur

1. Maunsbach M. En ting er teori – noget andet er praksis. Aspekter af compliance og non-compliance blandt type 2-diabetikere. København: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning; 1999.
2. Simmel G. Hvordan er samfundet muligt? Udvalgte sociologiske skrifter. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag; 1998.
3. Elsass P. Sundhedspsykologi. 2. udgave, 7. oplag. København: Gyldendalske Boghandel, Nordisk Forlag; 2000.
4. Prochaska JO. Changing for Good. Quill; 2002.
5. Antonovsky A. Helbredets mysterium. København: Hans Reitzels Forlag; 2002.
6. Iversen L et al. Medicinsk sociologi. Samfund, sundhed og sygdom. 1. udgave, 1. oplag, København: Munksgaard Danmark; 2002.
7. Coleman JS. Social Capital in the Creation of Human Capital. In: Halsey AH (ed.). Education: Culture, Economy and Society. Oxford: Oxford University Press; 1999.
8. Backett KC, Davison C. Lifecourse and Lifestyle. The Social and Cultural Location of Health Behaviours. Soc. Sci. Med. Vol 40. Elsevier Science Ltd; 1995. Side 629-38.
9. Brunso K, Bredahl L. Fødevarerrelaterede livsstile i forskellige europæiske kulturer. Dansk Sociologi nr. 4; 1997. Side 24-35.
10. Gammeltoft T, Poulsen J. Når sundhed skabes. Sundhed og livsstil blandt yngre kvinder. Magisterkonferens i kultursociologi, Institut for Kultursociologi, Københavns Universitet; 1992.
11. Bourdieu P, Wacquant LJD. Refleksiv sociologi. København: Hans Reitzels Forlag; 2002. Side 57-125.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Belling S. When guidance glances off. *Sygeplejersken* 2006;(8):42-5.

Nurses' traditional guidance to type 2 diabetics does not encourage patients to act appropriately in relation to their disease. Since patients are considered to be rational and reasonable in their actions, they are taught technical skills such as measuring their blood sugar level. However, surveys have shown that this approach does not result in patients making changes to their lifestyle.

Guidance can be better adapted to patients' needs by giving nurses sociological understanding of patients' backgrounds and behavioural patterns. The sociologist *Pierre Bourdieu* explains how people act on the basis of previous experience, the influence of friends, family, their environment, etc.

People are obviously bound by specific patterns of reaction, which they use in new, unfamiliar situations, and they use previous experience to handle new situations. With a more solid grounding in sociology, nurses have better premises when it comes to helping patients break with or use previous experiences constructively.

Keywords: Type 2 diabetes, changes in lifestyle, dietary advice, action patterns, resources.

Green Card. Det er en stor omvæltning at prøve at arbejde i et andet lands sundhedsvæsen. Det er en faglig og personlig udfordring.

Når drømmen er et job i San Francisco

Det er en stor omvæltning at arbejde i et andet lands sundhedsvæsen, men det er en spændende personlig udfordring.

Jeg er kommet i San Francisco, siden jeg var barn, fordi jeg har familie i byen. Det er nemt at falde for byens charme, og jeg ønskede at flytte herover for at prøve at se, hvordan det er at bo og arbejde her. En bekendt anbefalede mig UCSF Medical Center, hvor den rekrutterende sygeplejerske, "Nurse recruiteren," gav mig det råd at tjekke hjemmesiden for ledige stillinger. Her fandt jeg et job på neurokirurgisk afdeling, som jeg søgte. Jeg blev ringet op i Danmark af afdelingssygeplejersken og interviewet over telefon. Hun ansatte mig på baggrund af interviewet og mine uddannelsespapirer og kontaktede personaleafde-

lingen, som sørgede for min arbejdstilladelse "Green Card" her i USA.

Et Green Card koster 70.000 kr. inklusive advokatudgifter, og det betalte hospitalet i San Francisco, mod at jeg underskrev en toårs kontrakt. Hospitalet betalte også for min flybillet. Jeg begyndte mit nye job i december 2003.

På neurokirurgisk afdeling tog man godt imod mig. Jeg havde fem introduktionsdage i følgeskab med en af afdelingens erfarne sygeplejersker for at få kendskab til afdelingens faste rytme og rutine.

Hospitalet i USA er forskellige i måden, de udfører arbejdsopgaverne på. På min afdeling arbejder vi tre dage hver uge med 12-timers-vagter. Derefter har vi fire fridage. Vi skriver selv på vores vagtskema, hvilke dage vi gerne vil arbejde, og det ender for det meste med, det bliver sådan, som vi ønsker det. Vi har nattevagter, og i de første fem år skal man have tre dage om måneden med nattevagter.

På mine dagvagter har jeg som sygeplejerske ansvaret for fire patienter i samarbejde med en sygehjælper. På nattevagterne har jeg ansvaret for fem patienter.

Min daglige rutine er at måle patienternes blodtryk hver fjerde time, udføre neurologiske tjek på patienterne, spørge ind til deres smerter for at opnå optimal smertedækning, sørge for, at de får den faste ordinerede medicin, og ellers dække, hvad de måtte have af behov. Vi bruger stetoskop til at lytte til patientens lunge, mave og hjerte for at forebygge evt. lungebetændelse eller maveproblemer.

Der er mange formularer, der skal udfyldes, fordi vi skal kunne dokumentere vores arbejde, og hvilke behov patienterne har. Vi går ikke stuegang med lægerne, det gør de selv. De skriver de ting i journalen, som sygeplejerskerne skal sørge for. Lægerne kan altid kontaktes ved behov for tilsyn eller medicinske ordinationer.

Sygeplejersker med særlig kompetence

Nogle af lægerne har assistenter, som er sygeplejersker med en overbygning på deres bacheloruddannelse. De har fået en kandidatuddannelse i et bestemt medicinsk felt, f.eks. almen medicin, psykiatri eller folkesundhed.

Assistenterne kan ved behov hjælpe os med mindre ting som at justere eller tage dræn ud, eller hvis patienterne har spørgsmål, vi ikke kan svare på. Hvis patienternes sår ser ud, som om der er infektion i dem, kan de se på såret og tage stilling til videre behandling.

På afdelingen har vi farmaceuter, der tager sig af medicinordinationer i samarbejde med lægerne. De står også for smertedækningen af patienterne.

Vi har en automat på afdelingen, hvor vi kan trække patienternes medicin ud som dosisdispensering. Automaten er tilkoblet en computer, der indeholder en patientprofil. Ved brug af automaten har vi overblik over al medicinen samt den dosis, som patienten har fået ordineret, og vi kan ikke trække mere medicin ud end det. På den måde er det svært at begå fejl. Man kan se, hvilken medicin patienten har fået under indlæggelsen og på hvilket tidspunkt.

Ligesom i Danmark er der nogle dage, som går med travlhed, mens andre er mere rolige. Det afhænger bl.a. af, hvor mange udskrivelser og indlæggelser afdelingen har den pågældende dag. Hvis patienter ved udskrivelsen har brug for genoptræning, plejehjem eller hjemmehjælp, sørger vores socialrådgiver for at organisere det. På afdelingen kommer fysio- og ergoterapeuter for at træne med de patienter, der har brug for det.

Vi har en ansvarshavende sygeplejerske, som ikke er med i plejen, men som har ansvaret for at organisere den og tage stilling til, hvem af sygeplejerskerne der kan modtage en ny patient. Den ansvarshavende tager stilling til, hvor mange sygeplejersker der er brug for i den kommende vagt plus andre administrative opgaver, og hun hjælper til, hvis der er brug for en hånd.

Låner sygeplejersker ud

Når en afdeling mangler sygeplejersker, og en anden afdeling har overskud, har hospitalet et system, så de overflødige sygeplejersker bliver overflyttet på den pågældende vagt. Derfor ender man meget sjældent i en situation med underbemanding, hvilket samtidig giver den enkelte sygeplejerske mulighed for at opleve sygeplejen på en anden afdeling.

Vi har ikke patienter på gangene. Hvis der ikke er plads til dem på afdelingen, skal de overflyttes til en anden afdeling, hvor der er den nødvendige plads. Vi har derfor ofte patienter, der ikke er neurokirurgiske, på vores afdeling.

Der bliver løbende udarbejdet statistik over forskellige emner, som f.eks. hvor mange fald patienterne har haft samt andre uheld, eller statistik over, hvor tilfredse patienterne har været på afdelingen.

Nogle sygeplejersker og patienter kommer fra andre lande end USA. Mange er flyttet til USA som børn. Det gør, at man bliver opmærksom på andre kulturer og andre måder at udføre sit arbejde på. Mange af patienterne er ikke engelsktalende, hvilket er temmelig udfordrende.

Min autorisation for at arbejde som sygeplejerske her i staten Californien sørgede jeg selv for med hjælp fra min studievejleder fra sygeplejerskolen i Danmark. For at beholde sin autorisation i Californien skal man hvert andet år have gennemført 30 timers kursus i forskellige emner. Disse kurser bliver betalt af vores stamafdeling.

Med fire års erfaring som sygeplejerske tjener jeg 260 kr. i timen, nattillægget er på 60 kr. i timen, og i weekenden er det 20 kr., helligdagstillægget er 100 kr. i timen.

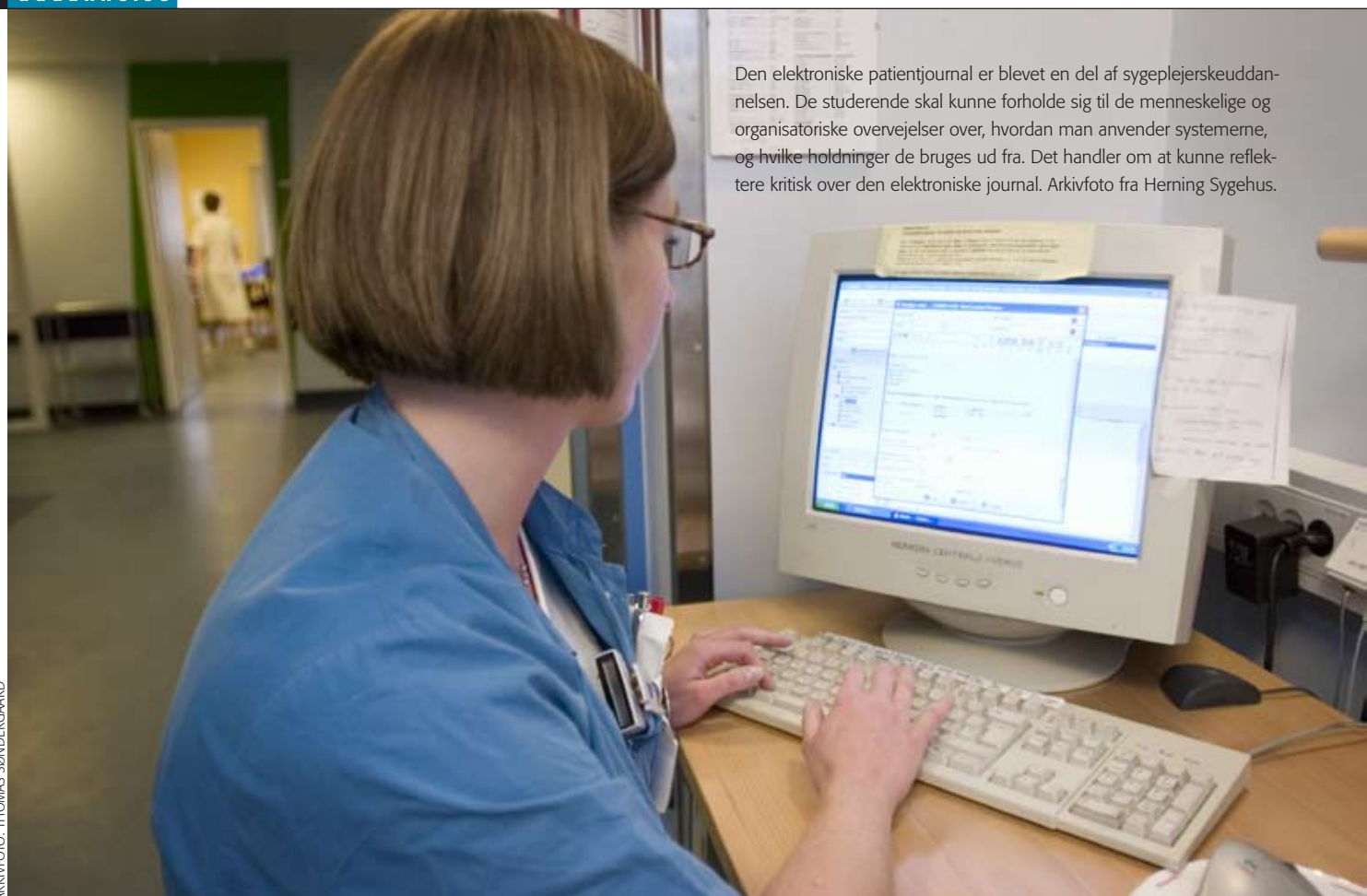
Det har været en stor omvæltning pludselig at arbejde i et andet lands sundhedsvæsen, men det har været en spændende faglig og personlig udfordring. Jeg har mulighed for at udføre mit arbejde tilfredsstillende. Alt taget i betragtning er jeg glad for at være herovre. Jeg føler, at jeg lærer nye ting, som udvikler min faglige kompetence.

*Alexander Boed arbejder på en neurokirurgisk afdeling på UCSF Medical Center, University of California San Francisco.
aboed@get2net.dk*

►► HVIS DU VIL ARBEJDE I USA.

Fem gode råd fra Alexander Boed, hvis du vil arbejde på den anden side af Atlanten.

- Hav tålmodighed. Regn med, at hele forløbet tager to år. Man kan få et sygeplejerskebureau til at hjælpe én, hvis det er lettere.
- Søg over internettet og find ud af, hvilke hospitaler der er i det område, du vil bo i, og om de vil sponsorere et Green Card for dig.
- Kontakt Sundhedsstyrelsen i den stat, du vil arbejde i, og hør, hvad de kræver af uddannelse og begynd ansøgning af autorisation forskellig fra stat til stat.
- Hav dine uddannelsespapirer i orden og kontakt din sygeplejerskole for at få hjælp til ansøgning om autorisation.
- Man skal gennemgå en prøve for at blive autoriseret, forbered dig godt. Man kan bestille bøger og eksamensspørgsmål over internettet. Et par gode adresser at prøve er: www.kaplan.com se under "nursing" og www.ncsbn.org



Den elektroniske patientjournal er blevet en del af sygeplejerskeuddannelsen. De studerende skal kunne forholde sig til de menneskelige og organisatoriske overvejelser over, hvordan man anvender systemerne, og hvilke holdninger de bruges ud fra. Det handler om at kunne reflektere kritisk over den elektroniske journal. Arkivfoto fra Herning Sygehus.

Studerende skal reflektere over elektroniske journaler

Computer. De studerende på Sygeplejerskolen i Vejle skal lære at reflektere kritisk i forhold til brugen af elektronisk patientjournal.

Digitalisering af det danske sundhedsvæsen er et centralt tema inden for den sundhedsfaglige og sundhedspolitiske debat i dag. En dag vil vi alle have vores sundhedsdata liggende på et offentligt net. Der er ofte tale om personlige og følsomme data. Det stiller store krav til etiske overvejelser om, hvordan oplysninger bruges og beskyttes. Både hos dem, der udvikler den elektroniske patientjournal, og hos dem, der anvender den. Frem for alt må man opnå befolkningens tillid, fordi den offentlige debat giver indtryk af skepsis over for nye avancerede behandlingsformer. I sidste ende er det den offentlige mening, der sætter grænser for fremtidens sundhedsteknologiske udvikling.

Bedre dokumentation af pleje og behandling og standarder af høj kvalitet er nogle af fordelene ved at bruge elektronisk patientjournal. Det forudsætter imidlertid en omfattende uddannelsesmæssig indsats i sundhedssektoren (1).

Undgå fejl i systemet

At uddanne er ikke blot et spørgsmål om at formidle evner til at beherske det tekniske. Det handler om at forstå, hvilke holdninger der tilstræbes i anvendelsen. At kunne analysere arbejdsgange, så man undgår, at der opstår nye fejl i systemet. Det handler om kritisk stillingtagen til, hvordan man organiserer sig i

praksis, så den elektroniske patientjournal bliver et middel til at opnå et samarbejde, der bygger på gensidig tillid.

Det er ikke det tekniske, der er det største problem. Den uddannelsesmæssige opgave ligger i de menneskelige og organisatoriske overvejelser over, hvordan man anvender systemerne, hvordan man implementerer dem, og hvilke holdninger de bruges ud fra. Det handler om kritisk at kunne vurdere, hvad det er, vi ønsker at opnå, og hvordan vi når målene.

Uddannelsestænkningen har gennem det seneste årti været stærkt præget af begrebet kompetenceudvikling, og evnen til kritisk vurdering ses som en central personlig kvalifikation (2). I et moderne syn på dannelse og uddannelse er der lagt vægt på, at den gode undervisning og læring skaber spillerum, dvs. tid til den individuelle eftertanke, så de studerende kan kombinere og integrere de menneskelige erfaringer med teoretiske og praktiske kundskaber. Det er med andre ord væsentligt, at de studerende kan etablere den dialog, der nødvendigvis finder sted mellem videnskab og virkelighed, og som binder det teoretiske og det praktiske perspektiv sammen i en enhed. Tilsvarende vægter Sundhedsstyrelsen i et høringsforslag, der angår indholdet af sygeplejerskernes fagteoretiske, praktiske og erhvervsmæssige kompetencer, evnen til at skønne, forstået som en kombination af reflekteret viden, erfaring og intuition. Undervisningsministeriet (3) peger på den refleksive kompetence som betingelse for den sygeplejestuderendes udvikling af praktisk, personlig handlekompetence. De enkelte sygeplejeskolers studieordninger skal indfri kravene i bekendtgørelsen for at opnå godkendelse i Sundhedsstyrelsen. Skolerne er bundet af krav om, at refleksiv kompetence udgør en væsentlig del af læringsindholdet (4,5,6).

Lokal undersøgelse

Kravet om digitalisering af data i sundhedsvæsenet kombineret med kravet om de sygeplejestuderendes udvikling af refleksiv kompetence fik os til at overveje, hvordan den elektroniske patientjournal (EPJ) kunne indgå i undervisningen på sygeplejerskolen i Vejle. EPJ er på nuværende tidspunkt implementeret i såvel primær som sekundær sundhedstjeneste i Vejle Amt. Vi foretog derfor en systematisk kortlægning af de EPJ-systemer, der anvendes i amtet og af den undervisning, der er knyttet til brugen af dem. Vi gennemførte interview med superbrugere på sygehusene og i kommunerne i amtet ud fra en til formålet udviklet interviewguide. (Interviewguiden kan læses eller downloades på www.sygeplejersken.dk under denne artikel).

Ved at undersøge, hvilke EPJ-udgaver der anvendes på de kliniske uddannelsessteder, kom vi frem til, at der i Vejle Amt anvendes fem forskellige systemer, nemlig CSC Scandic Health, IBM, Rambøll Care, VITA og PsykVips (IBM). De studerende vil

“Der er ofte tale om personlige og følsomme data. Det stiller store krav til etiske overvejelser om, hvordan oplysninger bruges og beskyttes.”

altså i løbet af uddannelsen komme til at arbejde med flere EPJ-systemer. Det synes ikke at volde nævneværdige problemer for de studerende at tilegne sig brugen af forskellige systemer. Men som konsekvens af, at de anvendte EPJ-systemer ikke kommunikerer indbyrdes, skal de studerende lære at registrere, opbevare

og udveksle patientdata både elektronisk og i papirform. Efter kortlægning af, hvilke EPJ-systemer der anvendes på de kliniske uddannelsessteder, undersøgte vi, hvordan de sygeplejestuderende undervises i at bruge de elektroniske journaler. De enkelte sygehuse og kommuner blev spurgt om følgende:

- Hvem varetager undervisningen i EPJ?
- Hvad er undervisningsindholdet?
- Hvad er læringsmål for undervisningen?
- På hvilket tidspunkt i praktikforløbet afvikles undervisningen?
- Hvor foregår undervisningen?

Undervisning i brugen af EPJ

Interviewene viste, at der på institutionerne er udarbejdet et introduktionskursus for nyt personale, der også omfatter sygeplejestuderende. Undervisningen afvikles månedligt og varetages typisk af superbrugere eller it-koordinatorer, som er tidligere klinisk personale. Undervisning i EPJ er adskilt fra den sygeplejefaglige praktikvejledning. De studerende bliver undervist i brug af systemet, herunder teknik, dokumentation og sikkerhed med det formål at kunne anvende EPJ som redskab. Derimod er en mere kritisk reflekterende tilgang til den elektroniske patientjournal ikke et planlagt element i undervisningen, men er overladt til de studerende og deres kliniske vejledere. På den baggrund må det overvejes, hvordan refleksion over brugen af EPJ kan systematiseres, så uddannelsen lever op til kravene i bekendtgørelsen om sygeplejerskeuddannelsen.

I vores overvejelser over, hvordan EPJ kan indgå i undervisningen, kontaktede vi en række leverandører for at afdække mulighederne for at købe licenser til systemer, som vi kunne anvende i undervisningen på skolen. Interessen i at udvikle en EPJ-version, der udelukkende er tiltænkt anvendelse på sygeplejeskoler, er begrænset. Et enkelt firma oplyser, at licens til en demoversion vil koste omkring 100.000 kroner årligt. Hertil skal lægges personaleresourcer svarende til ca. én fuldtidsstilling til kontinuerlig ajourføring af systemet.

EPJ skal inddrages i sygeplejefaget

På baggrund af vores undersøgelser mener vi ikke, der vil være en rimelig sammenhæng mellem investeringen i et demoprogram og det forventelige udbytte. Undersøgelsen viser, at de studerende i løbet af praktikperioderne ret uproblematisk erhverver sig tekniske kompetencer på brugerniveau. Vi anbefaler derfor, at man opøver de studerendes evne til kritisk at reflektere over patientrettigheder og datasikkerhed i relation til EPJ. Og at man fremmer de studerendes evne til at reflektere over forholdet mellem et valgt dokumentationsredskab og udfoldelsen af omsorg og nærhed som centrale værdier i sygeplejen.

På sygeplejerskolen i Vejle vil vi fremover inddrage EPJ i sygeplejefaget. Det skal ske ud fra de eksisterende fagbeskrivelser og under hensyntagen til den progression i refleksionsniveauet, der er beskrevet for faget gennem grunduddannelsen. Derfor tænkes den kritiske refleksion over anvendelse af EPJ inddraget i temaer som registrering og opbevaring af patientdata, indlæggelsessamtaler, oprettelse af plejeplaner, dokumentation af medicinadministration, beskyttelse af personfølsomme data samt kvalitetsvurdering i sundhedsvæsenet. Overordnet skal de studerende reflektere over forholdet mellem sundhedsteknologi og befolkningens rettigheder, behov og forventninger. For de klini-

► ske uddannelsessteder anbefaler vi, at den kliniske undervisning og vejledning, der er knyttet til konkret anvendelse af EPJ, omfatter refleksion og etiske overvejelser. Hensigten er, at der i det daglige arbejde etableres sammenhæng mellem kritisk refleksion og dokumentation for de studerende.

*Ulla Nielsby, Maren Nordborg og
Eva Odgaard er alle ansat ved
Sygeplejerskolen i Vejle.
eva.odgaard@vas.dk*

Litteratur

1. Ugebladet Mandag Morgen, 29. november 2004. Temanummer nr. 21. 9-11.
2. Pedersen K, Høyrup S. Kampen om kompetencerne. In: Bryderup IM, red. Pædagogisk sociologi. Danmarks Pædagogiske Universitet; 2003. 187-211.
3. Undervisningsministeriet. National Competenceudvikling – erhvervsudvikling gennem kvalifikationsudvikling. Skive: Undervisningsministeriets Forlag; 1977.
4. Undervisningsministeriet. Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen BEK nr. 232 af 30/03/2001.
5. Sygeplejerskolen i Vejle Amt. Studieordning for sygeplejerskeuddannelsen ved Sygeplejerskolen i Vejle Amt; 3. september 2001.
6. Sygeplejerskolen i Vejle Amt. Pædagogisk værdigrundlag, Sygeplejerskolen i Vejle Amt; 2001.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Nielsby U, Nordborg M, Odgaard E. Nursing students to reflect of the use of electronic patient records. *Sygeplejersken* 2006;(8):48-50.

In future, electronic patient records (EPR) will be on the nursing colleges' curriculum in the form of critical reflection. EPR will be included in the subject descriptions and a progression will occur in the level of reflection throughout the nursing training. The benefits of working with EPR in the classroom are, however, not considered to match the cost of obtaining a demo version of the software. This is the conclusion of an evaluation of the potential and implications of obtaining and using EPR at the nursing college in a county where EPR has been implemented in both the primary and secondary health care sectors. A survey shows that five different EPR systems are being used by the county's hospitals and municipal authorities. Interviews with those responsible for teaching students about EPJ at practical placements suggests that students are systematically trained in the practical use of EPR, but that they do not systematically reflect over EPR in relation to patients' rights and ethical implications. The subjects will therefore become part of theory teaching. Reflection should also be linked to clinical guidance and specific nursing procedures and appear in subject descriptions related to clinical training courses.

Keywords: Electronic patient records, nursing training, reflection.

Nyt og forbedret!

Klinisk Sygepleje 2006

Red. Kirsten Eeg

- Nyt layout
- Engelsk abstract ved hver artikel
- Referee-panel vurderer artikler
- Erfaren og etableret redaktion
- Bladet er indekseret i internationale artikelbaser

350 siders aktuelt fagligt engagement for 380 kroner.
Bladet udkommer fire gange om året.



Konstante krav om ændringer

Peter Kragh Jespersen
**Mellem profession
og management**

København:

Handelshøjskolens

Forlag 2005

336 sider, 425 kr.

ISBN 87-629-0229-6

Det nye begreb i sygehusvæsenet er hybridledere. Faglig ledelse mødes med New Public Management, begge undergår en forvandling og hybridledelse opstår.

Så enkelt kan indholdet i *Jespersen's* bog ikke gengives, men hvis indholdet skal samles i en sætning, kunne den lyde sådan.

Bogen bygger på data fra det nordjyske sundhedsvæsen og fra et samlet projekt udført sammen med *Finn Borum, Hanne*

Sognstrup m.fl. som en del af forskningsprogrammet FLOS: forskningsprogram for ledelse og organisation i sygehuse.

Sygehusvæsenet beskrives som en stor, kompleks, arbejdsdelt organisation, der i stigende grad udfordres og præges af økonomiske, administrative og politiske dagsordener. Samtidig giver en stigende mediebevågenhed mere politisk opmærksomhed til både enkeltsager og prioritering.

Bogen kan læses fra forskellige perspektiver. For en afdelingsledelse er der adgang til detaljeret viden om, hvordan det er at befinde sig mellem professionernes tradition og kravet om fornyelse. Ledelse er beskrevet teoretisk og konkret i forhold til offentlig afdelingsledelse i danske sygehuse.



Et andet perspektiv at læse fra er afdelingssygeplejerskens. Hun kan hente information om at være leder af egen profession, at være sygeplejerske og leder, og den udvikling, offentlig sygehusledelse er involveret i.

Det centrale som leder i det offentlige sygehusvæsen i dette århundrede er ifølge Jespersen, at ændringskravene til ledere kommer fra flere aktører, er stærkere, mere omfattende, kommer med kortere mellemrum og kan være både modstridende og ukontrollable.

Med denne bog tilbyder Jespersen konkret og saglig indsigt

i, hvad lederen i og af egen profession har for arbejdsvilkår og arbejdsmåder. Han nævner, hvor og inden for hvad de kan sætte deres præg, samt hvordan holdninger og professionel identitet spiller ind.

Bogen afsluttes med et metodisk efterskrift, der indeholder undersøgelsens videnskabsteoretiske grundlag, sammenhængen mellem forskningsspørgsmålene i undersøgelsen og valget af casestudiet som metode, samt overvejelser om interview som metode og kildemateriale i kvalitativ forskning.

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

Til erfarne og uerfarne kliniske vejledere

Redigeret af Helle Brøbecher, Ulla Mulbjerg

Klinisk vejledning og pædagogisk kompetence

i professionsuddannelser

København:

Munksgaard Danmark 2005

272 sider, 268 kr.

ISBN 87-628-0486-3

Endelig er der udkommet en bog, der giver en grundig introduktion til centrale pædagogiske temaer, begreber og teorier inden for de sundhedsfaglige professionsuddannelser. For selvom de sundhedsfaglige bacheloruddannelser er et forholdsvis nyt fænomen, har jeg savnet en indføring i de kliniske undervisningsopgaver, der relaterer sig til området. Bogen, der er redigeret af *Ulla Mulbjerg* og *Helle Brøbecher*, rummer, uden at være kalejdoskopisk, mange kerneområder i forhold til klinisk vejledning og pædagogisk kompetence. Bogens redaktø-

rer har begge sundhedsfaglig baggrund i henholdsvis fysioterapi og sygepleje, og bogens 13 forfattere har alle relation til det pædagogiske område og længere tids erfaring med uddannelsesplanlægning, udførelse og udvikling.

Efter reformen af de mellem lange videregående uddannelser i 2000 stilles der nu meget store krav til de personer, der er ansvarlige for de studerendes læring i klinisk praksis, og der er øget fokus på den kliniske undervisning. Bogens formål er i den forbindelse at belyse centrale og relevante pædagogiske begreber, der indgår i uddannelsen af kliniske vejledere i de sundhedsfaglige professionsuddannelser. Bogen præsenterer og problematiserer overordnede pædagogiske temaer, men rummer også konkrete og handlingsvejledende elementer med stor relevans for den læser, der arbejder med plan-

lægning, tilrettelæggelse og udførelse af den kliniske undervisning.

Bogen egner sig både til erfarne vejledere og til dem, der netop er startet med funktionen. Forfatterne har hensigt at præsentere, problematisere og reflektere over væsentlige pædagogiske områder, temaer og begreber; men herudover er det en væsentlig pointe, at bogen også kan være med til at skabe og vedligeholde en mere præcis forståelse af egen rolle som pædagogisk formidler i en sundhedsfaglig uddannelse og være med til at synliggøre vigtigheden af den kliniske vejleders funktion.

Det ligger forfatterne på sinde at præsentere metoder i klinisk undervisning, både gennem fremstilling af konkrete redskaber, der kan benyttes i den kliniske undervisning, men også gennem præcisering af de teoretiske antagelser, teorier og værdier, der

ligger bag de beskrevne metoder. Et grundlag, der kan danne afsæt for kritisk stillingtagen og systematisk udvikling af læringsmuligheder og situationer. Derfor en meget relevant og inspirerende bog for kliniske undervisere i de sundhedsfaglige professionsuddannelser.

Af *Catherine Fenger Benwell, sygeplejerske, cand.mag., Amager Hospital.*



I institution hele livet

Redigeret af Kristian Larsen
Arkitektur, krop og læring
 København:
 Hans Reitzels Forlag 2005
 296 sider, 268 kr.
 ISBN 87-412-0230-9

Sammenlagt opholder det moderne menneske sig mange timer i institutioner. Børn tilbringer en stadig større del af deres barndom i institutionaliseret sammenhæng, stigende uddannelsesaktiviteter og livslang læring bevirker, at en stor del af voksenlivet tilbringes i uddannelsesinstitutioner, vores sidste livsår i behandlingsbygninger og i ældreboliger. Institutioner sætter en ramme for vores liv og udfoldelse. Fysiske rum er ikke blot et neutralt og ydre anliggende. Mennesket har en sansende tilgang til rummet og er sansende til stede i det. Smukke rum med rolige farver og enkel belysning formodes at give voksne og børn ro i sjælen i en tid, som karakteriseres som flyvsk

og urolig. Hvis den rumlige organisation ikke stemmer overens med den sociale organisation, opstår der ofte problemer. Med en bevidsthed om rumlige egenskaber og viden om bygningens rumlige forudsætninger er det lettere at finde vækstgivende løsninger. *Kristian Larsen*, sygeplejerske, ph.d., lektor på Danmarks Pædagogiske Universitet, står bag en tværfaglig antologi, som forholder sig til, hvordan mennesket formes af de omgivelser, der er formet og skabt af mennesket.

Hensigten med bogen er at få nordiske forskere med interesse for arkitektur, krop og læring til at formidle deres forskningsresultater og samtidig gøre rede for, hvordan resultaterne er fremkommet. Ambitionen er

ikke at give en fuldstændig oversigt over eksisterende forskning på området, men at bidrage til tænkning og motivere til yderligere studier.

Det lykkes. Bogen bringer os vidt omkring, som læser overraskes man over emnets mangfoldighed: Vi bevæger os fra daginstitutioner og skoler til det nye universitet på Amager, DGI-byens vandkulturhus, til psykiatrien, kirurgiske og medicinske områder, skoven og hjemmet.

Bogens 16 bidragydere har baggrund i antropologi, sociologi, sygepleje, psykologi, pædagogik, arkitektur og filosofi.

Tanken bag en antologi er, at man kan læse udvalgte afsnit af interesse.

Som boganmelder må det privilegium kun at læse afsnit af interesse tilsidesættes. Det er med denne bog et omfattende projekt at læse alle 12 afsnit. Vi kommer vidt, læs for vidt, omkring, og der er ingen rød tråd, som binder afsnittene

sammen. Indlæggene er yderst forskellige og generelt forståelige. De har ofte en meget akademisk redegørelse for metode, begrebsapparater, observationer og analyseredskaber. Således spærrer man øjnene op og undres, når der i Kristian Larsens bidrag fremkommer et malplaceret postulat, som dette: "... især mødre og læger, men også jordemoderen, bliver utrygge i dag, når der kun findes lavteknologi som f.eks. et "træstetoskop" og ikke velkendt højteknologi som "ultraljudsoptone" til at kontrollere barnets hjertelyd med."

Enkelte afsnit er illustreret med grundtegninger og sort-hvide fotogengivelser.

Kristian Larsen undlader at udpege bogens målgruppe. Jeg vil ikke udelukke, at der er sygeplejersker, som kan få glæde af enkelte af bogens afsnit.

Af Jorit Tellervo,
 uddannelseskonsulent i
 Roskilde Amt.

En krævende bog

Simo Køppe, Birgit Bork Mathiesen, Jesper Brøsted Sørensen, Bjarne Jacobsen, Mette Skovgaard Væver, Susanne Harder, Susanne Lunn
Kroppen i psyken
 København:
 Hans Reitzels Forlag 2004
 272 sider, 325 kr.
 ISBN 87-412-0179-5

Bogen fortsætter diskussionen om forholdet mellem krop og psyke, en diskussion, der i vores del af verden startede for et par tusinde år siden med de græske tænkere. Bogens forfattere går op med den dualisme, som har præget tænkningen siden *Des-*

cartes, og forfatterne siger i stedet, at krop og psyke hænger uløseligt sammen. Sammenhængen mellem krop og psyke er udgangspunktet og grundtanken gennem hele bogen. Fra forskellige vinkler belyses, hvordan forholdet mellem krop og psyke kan forklares og forstås.

Bogen består af tre dele. En første, almen del med bl.a. en historisk gennemgang. Anden del består af tre kapitler, hvor diskussionen tager udgangspunkt i henholdsvis eksistentialismen, fænomenologien og psykoanalysen. Endelig afsluttes bogen med et kapitel om krop, køn og identitet samt et kapitel om krop og seksualitet.

Bogen er skrevet af syv psykologer, og der er mange svære fagudtryk fra psykologien og filosofien, samtidig med at ar-

gumentationer og tankerækker er komplekse. Det er en krævende bog at læse, men den kunne måske foldes ud og forstås nærmere i en studiekreds, hvor bogens emner arbejdes igennem.

Indlæggene i bogen kan være interessante for sygeplejereoretikere og indgå i den dialog, der udfoldes omkring den teoretiske forståelsesramme for sygeplejen. Måske vil et kapitel også dukke op i et bachelorpensum indimellem.

Af Annette Fløe Møller, sygeplejerske, bachelor i filosofi, underviser ved Social- og sundhedsskolen i Randers.



Nej til leg som eksercits

Mette Vainer Wegloop,
Lone Spliid

Leg med din baby

0-12 måneder

København:

Politikens Forlag 2005

121 sider,

ISBN 87-567-7469-9

På ethvert gavebord ligger en af Politikens håndbøger. Dette nye skud på stammen vil utvivlsomt også finde sin plads mellem sparkedragter og sølvbestik.

Bogen giver ideer til, hvordan barnets motoriske og sansemotoriske udvikling stimuleres gennem leg i starten af livet. Første del af bogen gennemgår barnets motoriske ud-

vikling, og anden del beskriver forskellige lege afpasset barnets alder, som stimulerer denne udvikling.

Gennemgangen er saglig og lettilgængelig, bogen er overskueligt inddelt og dermed nem at finde rundt i, og illustrationerne underbygger teksten. Ideerne er enkle og kan kopieres, uden at det fordrer, at man tømmer en legetøjsbutik eller sidder nætter i træk ved symaskinen. En af de ideer, jeg blev inspireret af, var en hulahopring dekoreret med forskellige strimler i forskellige farver og materialer, interessant for en 4-6-måneders baby at ligge på maven og undersøge og rotere inde i.



forældrene ikklædt hvidt gymnastiktøj, og ved hver leg, som er beskrevet, er der sat tid på, f.eks. "Legens varighed: 10-15 minutter."

Faren ved dette er, at legen derved kan få karakter af eksercits, og ikke som der andets i bogen står: "Leg handler om lyst." Bliver legen lagt ind som en af dagens pligter, med minuturet sat til, går noget af det allervigtigste let tabt, nemlig samspillet mellem barn og forældre. Leg er ikke noget, man gør på sit barn, leg er noget, man gør sammen, og det skal være sjovt.

Af Hanne Lindhardt,
sundhedsplejerske i Farum.

Gør sygeplejen synlig

Tove Gulbrandsen,
Dag-Gunnar Stubberud (red.)

Intensivsygepleie

Oslo: Akribe 2005

560 sider, 781 kr.

ISBN 82-7950-067-7

Dette er den første norske lærebog i intensivsygepleje. Den er skrevet af sygeplejersker og henvender sig til studerende på videreuddannelsen i intensivsygepleje. Bogen er også tænkt som opslagsværk til intensivsygeplejersker i klinisk praksis. Det er en stor bog, der indeholder fire dele: En indledende del, en del om generelle problemer og behov hos intensivpatienter, en del om monitorering og endelig en del om intensivsygepleje til specielle patientgrupper.

Bogen er behagelig at læse og virker relevant for målgruppen. Hvert tema er kort beskrevet med mange talepunkter (bullet points), der gør teksten overskuelig. Denne overskuelighed giver køb på en

dyberegående behandling af stoffet. Bogen fungerer således som en opslagsbog, hvor man kan finde en mængde emner kort beskrevet, men hvor læseren henvises til særligt anbefalet litteratur eller referencerne for at få en større indsigt i emnernes kompleksitet. Hvert kapitel er grundigt refereret med videnskabelig litteratur.

Overordnet virker bogen nok meget naturvidenskabelig. Dette kan ses i lyset af, at intensivsygepleje i sagens natur bygger på en stor viden om patologi og be-



herskelse af teknisk udstyr. Som der står i bogen, er kendskab til teknikken ikke en barriere, men en forudsætning for patientomsorgen. Der er dog kapitler, der retter sig mere mod patientologien, f.eks. kapitlet om patientens psykosociale behov og kapitlet om pårørende. Baggrundslitteraturen henviser til relevante nordiske og internationale kvalitative undersøgelser inden for intensivsygeplejen. Men selv om disse kan findes frem, ville det være ønskeligt, om en sygeplejefaglig vinkel var endnu mere synlig i bogen.

Hvert kapitel indledes med en kort introduktion og beskrivelse af de grundlæggende kundskaber, læseren skal besidde for at få udbytte af teksten. I forbindelse med patientens psykosociale behov forventes det f.eks., at læseren kender til nervesystemets anatomi og fysiologi, det hormonelle systems anatomi og fysiologi, stress- og kriseteori, søvns fysiologi, kommunikation

og samarbejde med patienter samt etik. Med denne baggrundsviden som forudsætning har forfatteren udvalgt de mest relevante temaer i forhold til intensivsygepleje og koncentrerer sig om disse. Det er en god måde at rette grundlæggende sygeplejeviden mod særlig viden om intensiv terapi.

Bogen er rettet mod et norsk publikum, men kan godt anvendes til den danske specialuddannelse i intensivsygepleje. Den har i forhold til andre bøger mange nordiske referencer og beskriver norske forhold, som nok ligner de danske meget. Hvis man skulle se lidt frem, kunne bogen godt indeholde lidt mere om brugerinddragelse og konsekvenserne af en indlæggelse på intensivafdelingen.

Af Ingrid Egerod, seniorforsker, sygeplejerske, ph.d. (ie@ucsf.dk)
Universitetshospitalernes
Center for Sygepleje- og omsorgsforskning.

Sort folie skåner børnene

Til sommer udkommer *Sygeplejersken* med sort folie på forsiden af hvert nummer. Folien kan fjernes ved at trække i øverste venstre hjørne, hvorefter forsidebilledet på bladet blottes. Hensigten er, at læseren kan tjekke, om forsiden er af en karakter, der gør eksponering i hjemmet relevant. Det sker ved, at læseren tjekker en nedfotograferet udgave af forsidebilledet i indholdsfortegnelsen, før hun beslutter, om den sorte folie skal fjernes.

Som en ekstra sommergave til læserne sender vi en tv-persienne ud sammen med det første folierede nummer af *Sygeplejersken*. Persiennen fastgøres på modtagerens tv vha. af tre sugeskopper, der fugtes let med vand eller spyt. Herefter kan persiennen ruller ned over skærmen og ruller op igen ved et enkelt ryk i persiennesnoren. Amerikanske undersøgelser viser, at der kan opstå skader i armmusklerne, når manøvren udføres hyppigt, så ved samme lejlighed får læseren mulighed for at bestille en plastic-skinne til højre eller venstre arm i enten lyserød eller grøn.

Ideen bag de nye tiltag er, at det bliver muligt for læserne at lukke virkeligheden ind i fragmenter tilpasset den enkeltes husholdning.

Sygeplejerskerne bryder sig ikke altid om *Sygeplejerskens* forsider. Det kan være pga. billeder af sygeplejersker med utætmet langt hår, dyppet i patientens suppe, sovs eller sår, eller pga. sygeplejersker med lange sortlakerede negle, ur og ring, når de burde have usmykkede, rene og velplejede hænder. Men mest af alt pga. børnene. Sygeplejerskers børn bliver der passet på. De skal have en god og beskyttet barndom, indtil de er vokset fra at bemærke forsiden på mors eller fars fagblad. Fra at undre sig over, hvad verden byder på af mærkværdigheder.

“Sygeplejerskers børn bliver der passet på. De skal have en god og beskyttet barndom, indtil de er vokset fra at bemærke forsiden på mors eller fars fagblad. Fra at undre sig over, hvad verden byder på af mærkværdigheder.”

Nu kan læseren indvende, at en forside, der illustrerer en del af virkeligheden, overvægt og fedme i nr. 1/06 eller grimt patienttøj i nr. 7/06 f.eks., kan være et godt udgangspunkt for en samtale med poderne om de sager, men nej. De skal skånes, skal de.

Selv tænker jeg, at det kan være forståeligt, hvis sygeplejersker er så skolede i at tænke på patientens identitet og blufærdighed, at de i faglig solidaritet med den svage part kommer til at over reagere, men det er ikke den vinkel, sygeplejerskerne lægger på problemet. Det er stemningen i børneværelset, der tæller.

Vi skal værne om vores børn, ja. Men vi skal også værne om retten til at forandre tåbelige ydre vilkår eller rigide indstillinger hos os selv. Når et forsidebillede vækker irritation, så start med at spørge dig selv og de andre: Hvad

handler det her om? før den sure kritik bølger, og dialogen stopper, før den er begyndt.

Der er kun yderligere to ting at sige: De patienter, der optræder på *Sygeplejerskens* forside, har sagt ja til at træde frem. F.eks. den modige patient i det grimme hospitalstøj, hvis bemærkning: ”Kan jeg være med til at ændre på det her tøj, så gør jeg det gerne,” viser et beundringsværdigt overskud hos en nyopereret.

Den person, der viser sit blege, bølgende maveskind for at illustrere, at overvægt kan anskues og behandles på flere måder, er en frivillig model, hvis ansigt og identitet er fuldstændig sløret. Nutidens patienter og modeller er ikke svage. Spørgsmålet er, hvor svage sygeplejerskernes børn er.

jb@dssr.dk

5 faglige minutter skrives på skift af tre sygeplejersker:



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



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



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