

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 2 » 23. JANUAR 2009 » 109. ÅRGANG

KORT NYT

Arbejder i
døgndrift i Gaza

Massiv overbelægning
på medicinske afdelinger

FAG

Støt patienterne
i kampen for afholdenhed

& Detektivarbejde
at kortlægge ældres
medicinering

★ Ansatte, skøre,
vanvittige, og idioter
levede sammen

PAPIRPLEJE

Sygeplejersker drukner i skemaer

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

PAPIRPLEJE



Sygeplejersker bruger flere timer af arbejdsdagen på at udfylde skemaer og journaler, viser ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling. Det omfattende dokumentationsarbejde stjæler tid fra patienterne, mener hver anden sygeplejerske. Dokumentationsarbejdet er vigtigt for patientsikkerheden og den gode sygepleje, men hvis omfanget af skemaer og papirer bliver for stort, kan det også risikere at gå ud over patienternes sikkerhed, advarer forsker.

LÆS SIDE 12

FORSIDEFOTO: SØREN HOLM

22 Tal dansk eller arbejd gratis

På Herlev Hospital er den britiske sygeplejerske Damon Grechs dansk kundskaber gode nok til, at han kunne få fuld løn og arbejde på lige vilkår med de danske kolleger. På Regionshospital Viborg kan han kun få tilbudt ulønnet arbejde.

26 Ofre for menneskehandel er overlevende

Under traumerne har de fleste ofre for menneskehandel en kerne af sundhed og modstandskraft, som hjælper ofrene til at overleve den ekstreme tilværelse. Psykolog i Røde Kors' psykotraumecenter Anne Bovbjerg koncentrerer sig om at støtte klientens overlevelsessevne frem for bearbejdning af de psykiske mén.

31 Ud med sproget – Hjemløse skal føle sig velkomne

Sundhedsvæsenet har mere travlt med at håndhæve regler end med at hjælpe socialt udsatte, mener sygeplejerske i Kirkens Korshær

Gitte Wandschneider. Mange hjemløse undgår hospitalerne, fordi de føler sig nedværdigende behandlet.



Landet hvor Glæde døde



Fagbladet Sygeplejersken har i fem dage fulgt de ansatte og patienterne på et lille hospital i et af verdens fattigste lande, Mozambique, for at se, hvordan sundhed og sygdom håndteres uden direkte hjælp fra Vesten. 15 pct. af befolkningen er smittet med hiv, og 10-årige Allegria, hvis navn betyder Glæde, blev et af de seneste ofre.

LÆS SIDE 32



Sygeplejersker kan spotte motiverede patienter

Det kliniske blik tager ikke fejl. En sygeplejerske kan med sikkerhed vurdere, hvilke patienter der har potentiale for alkoholafholdenhed. Hvem der er motiveret, og hvem der ikke er det. Eller er det ikke helt så enkelt?

Nej, det viser en undersøgelse af patienternes egen vurdering af potentiale for alkoholafholdenhed sammenlignet med sygeplejerskers vurdering. Sammenligningen mellem sygeplejerskers faglige skøn og patienternes eget skøn falder ikke ud til nogen af parternes fordel. Hvad der afgør, hvem der bliver alkoholafholdende, ved man ikke. Konklusionen på undersøgelsen er derfor, at alle patienter skal have en ærlig chance for at blive sobre med sygeplejerskernes støtte. Læs mere i artiklen.

LÆS SIDE 46



”Ud over at gennemgå de klassiske fysiologiske og anatomiske områder på en ny og anderledes måde tager forfatteren fat på områder, som, set med en anatomi- og fysiologiunderviseres øjne, har været underprioriteret eller helt fraværende i tidligere bøger inden for dette felt.”

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 60

”Selv ønsker jeg ikke at betale for de privilegeredes ret til at komme før andre i sundhedsspørgsmål, uanset om deres krop, psyke eller forfængelighed er truet, men som reglerne er, kan jeg ikke undslå mig, og intet tyder på en forandring under den nuværende regering.”

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66



FAG

52 Forebyggelse af akut hospitalsindlæggelse

Tæt samarbejde mellem kommune og hospital kan forebygge unødige hospitalsindlæggelser.

56 Aktiv og anderledes forebyggende samtale

Det internetbaserede samtaleværktøj ”Sunddialog” er en anderledes og aktiv måde at holde forebyggende samtaler på i almen praksis.

I HVERT NUMMER

- 4 Eftertanker
- 4 Kort nyt
- 37 Dansk Sygeplejeråd mener
- 40 Debat
- 41 In memoriam
- 44 Fagtanker
- 44 Faglig information
- 50 Agenda
- 59 Testen
- 60 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 75 Kurser/Møder/Meddelelser

Sprogbarrieren

Der er mangel på sygeplejersker i Danmark.

Prognoser viser, at sygeplejerskemanglen herhjemme i løbet af nogle år kan blive endnu højere.

Som beskrevet i tidligere numre af *Sygeplejersken* arbejdes der på at løse problemerne – bl.a. ved at hente sygeplejersker i udlandet.

For eksempel er sygeplejersker fra Polen, Ungarn, Tyskland og Indien enten allerede blevet inviteret til landet, eller også er der planer om det. Det er nu ikke helt billigt.

En helt afgørende forudsætning for, at udenlandske sygeplejersker kan fungere på danske hospitaler, er nemlig, at de kan tale dansk. Og det er ikke nemt. Langt de fleste udlændinge, som har givet sig i kast med det danske sprog, fortæller, at det er meget svært at lære.

Derfor poster regioner og andre arbejdsgivere også tusindvis af kroner i uddannelsesprogrammer med intensive sprogkurser til udenlandske sygeplejersker og læger.

Som beskrevet i denne udgave af *Sygeplejersken* er det ikke alle udenlandske sygeplejersker, der kommer gennem sådan en omgang sprogtræning. Vi fortæller historien om den engelske sygeplejerske *Damon Grech*, der pludselig ikke kunne få arbejde på trods af et flot CV, dansk autorisation, et rimeligt om end begrænset ordforråd på dansk og tidligere beskæftigelse på Herlev Hospital.

Men efter at han og familien flyttede til Jylland, blev han tilbudt ikke-lønnet praktik i et halvt år og et kursus på en sprogskole. Tilbuddet blev forklaret med sprogbarrieren. Arbejdsgiverne skønner selv, hvad der skal til, og sådan skal det også være, men i en tid med sygeplejerskemangel kan fremgangsmåden alligevel undre.

Burde det være håndteret anderledes? Døm selv og læs mere om, hvad der siden skete med Damon på side 22.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Læger og syge



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST



Dokumentationskoks. Ny undersøgelse viser, at sygeplejersker bruger en femtedel af arbejdsdagen på at skrive journaler og udfylde skemaer. Otte ud af 10 oplever en eller anden form for dobbeltdokumentation, bl.a. fordi de skriver det samme ned som lægerne.

Sygeplejersker bruger i gennemsnit halvdelen time af deres arbejdsdag på at udfylde skemaer og journaler. Noget tyder på, at en del af tiden ved skrivebordet kunne bruges bedre. Otte ud af 10 sygeplejersker oplever en eller anden form for dobbeltdokumentation. De skriver f.eks. de samme oplysninger ned i to forskellige systemer eller oplever, at lægen og sygeplejersken noterer det samme i hver deres journaler. Og tre ud af fire oplever, at dele af skrivebordsarbejdet ikke bliver brugt til noget.

Det fremgår af en ny undersøgelse, som DSR Analyse og Megafon har lavet for *Sygeplejersken* blandt 1.325 basis- eller specialistsygeplejersker på sygehusene.

Formanden for Foreningen af Speciallæger, overlæge *Erik Kristensen*, finder det "hul i hovedet" og "misbrug af skatteborgernes penge", at læger og sygeplejersker noterer det samme i hver deres forskellige journaler.

"Sundhedssektoren har efterhånden udviklet sig i retning af et kontrolsamfund, og det er vigtigt, at man kommer i gang med en afbureaukratisering. Sygehusene mangler penge og personale, og hvis udviklingen i retning af mere registrering fortsætter, vil det slå benene væk un-

REDAKTIONEN)))

Chefredaktør
Ansvarlig efter
medlemsvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dsr.dk
Tlf.: 4695 4193



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



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



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



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



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



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



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



plejersker laver dobbeltarbejde



ARKIVFOTO: CHRISTOFFER REGILD

der sundhedsvæsenet,” siger Erik Kristensen. Han efterlyser en kulturændring på hospitalerne, så de kliniske ledelser nøje overvejer, om dokumentation giver mening og er rimelig brug af ressourcer.

For dårlige systemer

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Dorte Steenberg*, mener, at hospitalernes systemer er alt for dårligt indrettet, siden så mange sygeplejersker rapporterer om dobbeltdokumentation.

”Det er et stort problem, at der ikke i tilstrækkelig grad er udviklet elektroniske journaler, som sikrer, at der ikke bliver lavet dobbeltdokumentation i det omfang, der bliver tilkendegivet i undersøgelsen,” siger Dorte Steenberg.

Vicedirektør og sygeplejerske *Janne Elsborg* fra Bispebjerg Hospital fremhæver, at sygehussene forsøger at imødegå problemet.

”Det er klart demotiverende for personalet at opleve dobbeltdokumentation. Vi har fokus på problemet og går mere og mere væk fra særskilte læge- og sygeplejerskepapirer, men vi mangler stadig en fælles elektronisk patientjournal, der kan understøtte en bedre dokumentation,” siger Janne Elsborg. Hun mener, det er for meget, når sygeplejersker bruger en femtedel af arbejdsdagen på at dokumentere i en tid, hvor der

mangler mindst 2.400 sygeplejersker.

”Vi skulle meget gerne have noget af den tid, der bliver brugt på dokumentation tilbage til den direkte patientpleje. Det er vigtigt, at ledelsesniveauerne på sygehussene hele tiden udfordrer hinanden på, om den dokumentation, der foregår, nu

også giver mening,” siger Janne Elsborg, der også efterlyser, at den enkelte sygeplejerske griber i egen barm og udfører en så systematisk og kortfattet dokumentation som muligt.

Undersøgelse på vej

Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K) oplyser via sin pressetalsmand, at regeringen er opmærksom på problemet og derfor har iværksat en undersøgelse af, hvordan personalet oplever dokumentation, og hvad der kan gøres for at forenkle papirarbejdet. Rapporten forventes offentliggjort i løbet af de næste par måneder.

”Det er vigtig viden, som vi har brug for, når vi skal finde ud af, om der bruges unødigt krudt på skrivebordsarbejde og dobbeltregistreringer,” siger Jakob Axel Nielsen. Han erkender, at dårlige edb-systemer er et af problemerne.

”Vi arbejder løbende på at udvikle bedre sundheds-it. Det er og bliver en kæmpeopgave, som ikke lader sig løse over natten. Men hvor man tidligere har forsøgt at gabe over hele feltet på én gang, har vi nu en national it-strategi, der giver os mulighed for at udvikle systemerne skridt for skridt,” lyder det fra sundhedsministeren.

Læs temaet ”Papiurpleje” på side 12.

»»» DOBBELTDOKUMENTATION

Otte ud af 10 sygeplejersker har oplevet en eller flere former for dobbeltdokumentation. De fleste fortæller, at de skriver det samme i flere forskellige systemer. Den andehyppigste form for dobbeltdokumentation er, at læger og sygeplejersker dokumenterer det samme i hver deres papirer/skemaer. Den tredjehyppigste form er, når sygeplejersker dokumenterer det samme på papir og i elektronisk system.

Kilde: Undersøgelse af dokumentation blandt sygeplejersker. DSR Analyse og Megafon.

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



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



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



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



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



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



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



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



Medicinske afdelinger i Midtjylland har massiv overbelægning

AF BRITTA SØNDERGAARD JOURNALIST

Ekstremt. Patienter ligger på gange og i skyllerum, fordi belægningen nogle steder er på 150 pct.

Store besparelser på sygehuse, flere patienter end normalt og rekrutteringsproblemer har gjort situationen ekstrem. Patienter ligger på gange og i skyllerum, og sygeplejersker må tage dobbeltvagter for at passe de ekstra patienter. Op til 150 pct. belægning på medicinske afdelinger i Region Midtjylland har præget hverdagen i december og det nye år. I Randers har belægningsprocenten ramt 150, og i Herning, Holstebro og Ringkøbing har i alt 24 patienter måttet overnatte på gangene.

På samtlige hospitaler er belægningsprocenten højere end sidste år. Det viser tal fra regionen, som netop er blevet offentliggjort i et notat om situationen på de medicinske afdelinger.

"Det er den højeste overbelægning, vi har set de sidste fem år, og for sygeplejerskerne betyder det, at de må tage over-



ARKIVFOTO: SCANPIX

På samtlige hospitaler i Region Midtjylland er der højere belægning af patienter end sidste år ved samme tid. Sygeplejerskerne har sagt ja til ekstraarbejde.

arbejde og arbejde under meget pressede forhold. Vores frygt er, at problemet bliver endnu værre i fremtiden, fordi der er planer om at lukke flere medicinske senge og lade patienterne være i eget hjem, samtidig med at der bliver flere ældre i Midtjylland," siger *Else Kayser*, der er kredsformand for Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland. Kredsen har netop

skrevet et brev til politikerne i Region Midtjylland for at gøre opmærksom på de helt uacceptable forhold.

Uholdbart

Hospitalsdirektør *Lisbeth Holsteen Jessen* i Horsens, Brædstrup og Odder fortæller til *Dagens Medicin*, at de pressede forhold ikke kun skyldes sæsonudsving:

"Generelt har vi oplevet en patienttilgang, der ikke kun kan forklares med sæsonudsving, for det har stået på siden i sommer, især i Horsens. Her i julen har det været helt ekstremt, og den situation er uholdbar, fordi vi har så dårlig plads på de medicinske afdelinger," siger *Lisbeth Holsteen Jessen*.

Hun oplyser, at sammenlignet med december 2007 har antallet af indlæggelser på hendes hospitaler været 23 pct. højere denne vinter.

For at imødegå problemerne med de mange patienter har sygeplejerskerne på flere sygehuse sagt ja til ekstraarbejde.

"Det er en meget, meget vanskelig situation, for det er svært at rekruttere personale, og økonomien kan ikke følge med. Vores første bekymring er at tage vare på patienterne, og derfor har personalet taget overarbejde, ligesom vi trækker mange vikarer ind," siger *Lisbeth Holsteen Jessen*.

Læs mere om det medicinske område på www.dsr.dk/medicinske

Fyret for en lur

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Zzz. Mens danske sygehuse accepterer, at sygeplejersker på nattevagt tager en lille skraber, har svenskerne netop fyret to sygeplejersker for at sove i arbejdstiden.

I Danmark har man længe anbefalet sygeplejersker på natarbejde at tage en lille lur. Studier viser nemlig, at det kan være svært at holde sig vågen og holde koncentrationen, når man arbejder om natten, og det kan afhjælpes med en kort lur midt under vagten.

Men de studier er åbenbart ikke nået til Sverige, for her er det forbudt at sove i arbejdstiden. Så forbudt, at to sygeplejersker

fra en psykiatrisk afdeling på sygehuset i Nacka er blevet fyret for at have sovet på en nattevagt. Det var en vikar, som anmeldte sygeplejerskerne til ledelsen, der efterfølgende fyrede de to faste sygeplejersker og har varslet endnu en firing af en tredje sygeplejerske, skriver www.vardfacket.se. De nægter alle at have sovet på vagten, så det svenske sygeplejeforbund, Vårdförbundet går nu til arbejdsdomstolen.

Uanset om sygeplejerskerne dømmes for at have sovet eller ej, så mener det svenske sygeplejeforbund nu, at det er værd at revurdere, om en powernap skal være ulovligt.

))) FØR DU LÆGGER DIG TIL AT SOVE

Tjek, om din arbejdsplads har en aftale om powermapping. En aftale kan f.eks. indeholde tidspunkt for luren og længden for, hvor længe man må hvile sig. Typisk er hvilepausen sat til 29 minutter. Og husk, at man kun kan regne med et hvil på rolige vagter, hvor arbejdet tillader det.

Læs mere om powermapping på www.dsr.dk/under-arbejdsmiljo.



FOTO: TV2/LARS E. ANDREASEN

Cut. Optagelser til tv-føljetonen "Hospitalet" har været i fuld gang på Hillerød Hospital siden efteråret og fortsætter nogle uger endnu. Tv-serien får snart premiere på TV3 og kommer til at rulle over 56 mandag aftener fra kl. 19.30-20. Produktionselskabet Strix er fulgt i hælene på 16 læger, sygeplejersker og portører fra udvalgte afdelinger, bl.a. Børneafdelingen, Gynekologisk/Obstetriske Afdeling og Skadestuen og har også fulgt to hold ambulanceredderne. Personalet fra hospitalet er blevet specielt udvalgt til opgaven efter at have været til casting. (sbk)

To danske sygeplejersker hjælper sårede i Gaza

Katastrofehjælp. Røde Kors har udsendt to erfarne sygeplejersker, der arbejder i døgndrift på Shifa-hospitalet i Gaza.

Til daglig er *Jørgen Venø Poulsen* sygeplejerske på operationsafdelingen på Svendborg Sygehus, men i øjeblikket arbejder den erfarne intensivsygeplejerske som en del af det krigskirurgiske team, der behandler de sværest tilskadede på Shifa-hospitalet i Gaza. *Jørgen Venø Poulsen* har sluttet sig til sygeplejersken *Alice Nielsen*, der til daglig er intensivsygeplejerske på Aalborg Sygehus og ankom til Gaza i begyndelsen af januar kort efter, at det israelske angreb begyndte.

Alice Nielsen fortæller via Dansk Røde Kors, at situationen i Gaza er meget kritisk, fordi der hele tiden kommer nye sårede ind på hospitalet, og personalet må derfor arbejde i døgndrift. Hun roser samtidig de palæstinensiske kolleger for deres effektivitet.

"Vi er imponerede over, hvor effektive og professionelle de er. Selv om situationen er kaotisk med nye sårede hele tiden, får vi dem på operationsbordet in-

))) STILFÆRDIG SYGEPLEJERSKE MED STOR GENNEMSLAGSKRAFT

"Man kommer nemt til at føle, at ordene ikke slår til, når man som journalist eller øjenvidne skal beskrive situationen i Gaza. I de seneste dage har jeg tænkt en del på den danske operationssygeplejerske, der i TV Avisen fortalte om sit arbejde på et hospital i Gaza."

Sådan skrev forfatteren *Thomas Harder* i en tv-anmeldelse i Politiken.

Sygeplejerske *Alice Nielsens* øjenvidneberetning fra Gaza var tophistorie i TV Avisen onsdag den 7. januar. Ifølge tv-anmeldelsen havde den stilfærdige sygeplejerske fra Aalborg stor gennemslagskraft, netop fordi hun beskrev situationen ud fra sine faglige forudsætninger som sygeplejerske.

"Der var ikke tale om krukke underspil, men om et tydeligvis meget kompetent og erfarent menneske, som beskrev sine iagttagelser i sit eget klare og saglige sprog. Hendes hospital modtog flere hundrede sårede om dagen, så der var "travlt ved modtagelsen", og mange patienter måtte ligge på gulvet, for der var "selvfølgelig overbelægning". Personalet var "meget trætte" og sov på hospitalet, for det var "vældig kompliceret" at komme frem og tilbage mellem hospitalet og deres hjem," hedder det bl.a. i Politikens tv-anmeldelse.

den for 20 minutter. Mange har læsioner i maveregionen eller hovedet – og i mange tilfælde er vi også nødt til at udføre amputationer," fortæller *Alice Nielsen*.

Røde Kors' lægehold i Gaza fortæller, at der er så mange sårede, at de ofte er nødt til at operere på flere patienter samtidigt i den samme operationsstue, fordi hospitalerne i øjeblikket er overfyldt

med patienter. En del af de sårede når aldrig ind på hospitalerne, fordi ambulancerne er forhindrede i at nå frem på grund af krigshandlingerne.

Jørgen Venø Poulsen og *Alice Nielsen* er nogle af Røde Kors' mest erfarne sygeplejersker med talrige missioner bag sig til verdens katastrofeområder.

(bso)

Fælles indsats for at tiltrække studerende

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

På krogen. Der er rift om nogle af de mindste årgange af unge nogensinde. FTF, KL, Danske Regioner og professionshøjskolerne kæmper for at få flere unge til at kaste sig over netop deres fag, når de vælger uddannelse.

De mellemlange videregående uddannelser kæmper en brav kamp mod hinanden for tiden. Slaget står om de unges gunst og lyst til at læse til f.eks. sygeplejerske, lærer eller pædagog, som bare er tre eksempler på uddannelser, der har oplevet voldsomme fald i antallet af ansøgere de seneste år. De faldende ansøgertal er endnu mere skræmmende set i lyset af, at de offentlige arbejdsgivere jo har store problemer med at tiltrække nok arbejdskraft. I andet halvår af 2008 slog de således 6.500 stillinger op, som ikke blev besat, viser en ny undersøgelse fra Arbejdsmarkedsstyrelsen ifølge Politiken den 9. januar 2009, som i samme artikel kan fortælle, at en fremskrivning foretaget af FTF viser, at manglen på sygeplejersker vil stige med yderligere 5.800 personer i 2015, mens den aktuelle lærermangel på 2.000 vil stige med 5.900. Det afføder følgende kommentar i avisen fra *Bente Sorgenfrey*, formand for FTF, som er hovedorganisation for store dele af personalet på velfærdsområdet, deriblandt sygeplejerskerne:

"Velfærds-kæden er ved at springe af. Der mangler i tusindvis af kvalificerede medarbejdere, og det bliver kun værre

og værre, fordi mange snart går på pension, og vi uddanner for få nye."

Så det kan godt være, at de mellemlange videregående uddannelser kæmper mod hinanden om de unges gunst, men ikke mere end, at de nu i fællesskab forsøger at vende udviklingen.

Landets professionshøjskoler er netop gået sammen med KL, Danske Regioner og FTF om at udvikle en national handlingsplan for at tiltrække studerende til de videregående uddannelser. Parterne mødes i alt tre gange for at diskutere årsager til frafald og udvikling, før handlingsplanen skal være færdig til april og bl.a. ventes at indeholde partnerskaber mellem uddannelsesstederne, helt nye uddannelsesstilbud og ambassadørkorps for uddannelserne.

Små årgange

Det store spørgsmål er dog, om det er anstrengelserne værd. For mens forklaringerne på de faldende ansøgertal er mange og spænder vidt lige fra udsigten til dårlige løn- og arbejdsvilkår til anklager om, at de faglige organisationer har talt deres fag ned i forbindelse med den lange konflikt sidste år, er fakta også, at der er færre ansøgere at tage af. I år kan intet mindre end Danmarks mindste årgang fejre 25-års-fødselsdag, skriver FTF's magasin *Resonans* den 29. december 2008. I 1983 blev der født 50.822 børn, mens tallet var 96.771 i 1946. Og ifølge *Resonans* skyldes den faldende søgning på de mellemlange videregående uddannelser først og fremmest, at der er så få unge i de nuvæ-

rende generationer af studerende, selvom det markante frafald på de mellemlange uddannelser naturligvis også er med til at begrænse, hvor mange der bliver uddannet.

Små årgange eller ej. *Resonans* har også på baggrund af tal fra Danmarks Statistik beregnet, at tre centrale "velfærdsfag" alle ligger på de unges toptiliste over de mest valgte uddannelser, nemlig folkeskolelærer- og pædagoguddannelserne på en delt fjerdeplads med 2,5 pct., mens sygeplejerskeuddannelsen ligger på en syvendeplass med 1,9 pct. Det er naturligvis positivt, mener FTF's formand Bente Sorgenfrey, men hun understreger samtidig, at der skal gøres en stor indsats for at tiltrække og holde på flere unge, og den ovenfor omtalte nationale handlingsplan er ikke nok, mener hun:

"Regeringen skal være klar på, at den også har et stort ansvar for at sikre rammerne og ikke mindst den politiske og økonomiske prioritering af uddannelserne, så flere bliver tiltrukket og afslutter en uddannelse af høj kvalitet. I de sidste par finanslove har regeringens ambitionsniveau været alt for lavt."

(cso)

Stålsat Connie Kruckow rykker op ad magtlisten

Fra nr. 5 i 2008 til nr. 4 i 2009. Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow* har opnået sin hidtil stærkeste position på årets magtliste over de mest betydningsfulde personer i sundhedsvæsenet, skriver *Dagens Medicin*, som hvert år udarbejder listen. Oprykningen på listen begrundes med, at *Connie Kruckow* fik sat en dagsorden under konflikten, at hun var stålsat på at nå målet, og at hun fortsat bakkes op i Dansk Sygeplejeråd. Desuden førte

kampen for ligeløn til, at der blev nedsat en ligelønskommission. Øverst på magtlisten er finansminister og tidligere sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V). Nr. 2 er formanden for Danske Regioner *Bent Hansen* (S), nr. 3 er statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (V). Sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K) befinder sig helt nede på en 19.-plads.

(sbk)

NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

”Vi tager det alvorligt, når nogen vælger

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

Kampe koster. Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse har evalueret forløbet af den rekordlange konflikt og dens eftervirkninger.

Hovedbestyrelsen har ved flere møder drøftet erfaringerne fra overenskomstforhandlingerne 2008 og den langvarige konflikt. Evalueringen rummer både plusser og minusser.

”Det er mit og hovedbestyrelsens ansvar at sikre medlemmerne så meget som muligt. Derfor gik vi efter mest muligt over de 12,8 pct. Vi fik 13,3, og det er en succes, der ikke er set før, og vi fik pengene direkte fra finansministeren. Det siger noget om, hvor stærkt medlemmernes engagement var,” siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow*.

”I hovedbestyrelsen gik vi efter 15 pct., men det kunne ikke lade sig gøre. Nogle

har kritiseret os for, at vi til sidst måtte fravige de 15 pct. for overhovedet at få en aftale. Men realiteterne er, at alternativet var 12,8. Og det tror jeg ikke, mange sygeplejersker ville have været tilfredse med efter 8½ uge i konflikt.”

Til de kritiske røster, der har været om, at konflikten blev afsluttet meget pludseligt, siger formanden:

”Vi havde mange overvejelser i hovedbestyrelsen af, hvordan en konflikt kunne afsluttes. De overvejelser kunne vi ikke dele med medlemmerne, for så ville vi også dele dem med arbejdsgiverne, og det ville ikke være hensigtsmæssigt. Derfor kan jeg godt forstå, at afslutningen på konflikten kom som en overraskelse for mange medlemmer.

Efter en så omfattende konflikt kommer der både mathed og utilfredshed hos medlemmerne. ”Helt forståeligt,” siger Connie



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

”Jeg kan godt forstå, at man kan blive så vred, at man melder sig ud. Men så kommer man forhåbentlig tilbage, når man har sundet sig,” siger Connie Kruckow.

Kruckow og understreger, at Dansk Sygeplejeråd tager det meget alvorligt, når nogen vælger at melde sig ud:

”Jeg tror stadig på, at Dansk Sygeplejeråd skal være én fagforening for alle sygeplejersker og sygeplejestuderende, uanset om vi er ansat i det statslige, i regioner og kommuner eller i det private område, er ledere, i basisstilling, studerende eller senior. Det er det, der giver os styrken.”

Hun tilføjer, at Dansk Sygeplejeråd skal blive bedre til at fortælle om de resultater, organisationen opnår: ”Det kan let blive selvfølgeligheder. Vi må fortælle om, hvor svært det indimellem er at opnå resulta-

►►► MEDLEMMERNES MENING

Over halvdelen af medlemmerne vurderer samlet set DSR's rolle under konflikten positivt, 18 pct. negativt og 28 pct. hverken-eller. Det fremgår af tilbagemeldinger fra et repræsentativt panel af medlemmer på 3.152 personer. Næsten 90 pct. af dem bidrog til evalueringen. Desuden har 755 medlemmer benyttet sig af muligheden for at give deres mening til kende via Dansk Sygeplejeråds hjemmeside.

40 pct. af panelets medlemmer angiver, at det vigtigste fokus under konflikten var at sikre sygeplejersker/Sundhedskartellets medlemmer generelt mere i løn, 24 pct., at det var vigtigst, at DSR markerede sig i debatten om fremtidens sundhedsvæsen, og 16 pct., at der blev sat fokus på ligelønsproblematikken.

DSR havde størst gennemslag med kravet om en ligelønskommission og ligelønsdebatten, mener flertallet. Omvendt mener hver femte sygeplejerske, at DSR ikke havde gennemslag med nogen politisk dagsorden.

Løngab på 35 procent truer velfærden

Kvindeløn. En undersøgelse, som SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd har udarbejdet for Sundhedskartellet, viser, at offentligt ansatte – heriblandt sygeplejersker – har et løngab på 35,2 pct. i forhold til privatansatte på samme uddannelsesniveau.

Generelt er løngabet mellem den offentlige sektor og den private sektor 10,4 pct. beregnet efter tal fra 2006, som er de nyeste tilgængelige tal. SFI – Det Nationale

Forskningscenter for Velfærd har udarbejdet en rapport for Sundhedskartellet, som viser, at i den tiårige periode, som er undersøgt, har løngabet stort set været stabilt. Men analyseres tallene opdelt på uddannelsesniveauer, bliver forskellene mellem den private og offentlige sektor betydeligt større. Størst er lønforskellen for offentligt ansatte med mellemlange videregående uddannelser som sygeplejersker sammenlignet med privatansatte med tilsvarende uddannelsesniveau.

Kønsforsker ved Roskilde Universitetscenter *Karen Sjørup* siger til Dansk Sygeplejeråd, at lønforskellene kan få alvorlige følger for rekrutteringen til bl.a. sygeplejefaget:

”Jo tydeligere lønforskellen bliver, jo mere vil rekrutteringsproblemerne stige og fastholdelsesproblemerne vokse. Løn efterslæbet er en bombe under velfærdssamfundet,” advarer Karen Sjørup.

(sp)



at melde sig ud”

terne, men at det kan lykkes, når alle står sammen,” siger hun. Hun giver et konkret eksempel:

”Hvis vi tager en sygeplejerske, der er ansat i en region på trin 6 og har 10 års erfaring, steg hendes løn 1. april 2008 med 1.112 kr. om måneden. 1. oktober 2008 steg lønnen yderligere med 417 kr. Og 1. april 2009 stiger lønnen med 1.284 kr. pr. måned. Alle tal er inklusive pension og særlig feriegodtgørelse. De forbedringer kommer ikke af sig selv. Dem har Dansk Sygeplejeråd kæmpet hårdt for,” slår Connie Kruckow fast.

Ligeløn på dagsordenen

Formanden tilføjer, at der på plussiden også blev opnået nedsættelse af en lønkommission.

Det giver ganske vist ikke umiddelbart flere penge til sygeplejerskerne, men sygeplejersker og andre offentligt ansatte med mellemlange videregående uddannelser står alligevel stærkt, når de kan dokumentere et markant lønefterslæb, som det er sket for nylig baseret på tal, som beskæftigelsesministeren havde bestilt (se artiklen ”Løngab på 35 pct. truer velfærden, red.).

Connie Kruckow mener, at sygeplejerskerne som gruppe som følge af konflikten har fået en stærkere profil i offentligheden og det politiske system.

”Vi har kunnet fastholde en fantastisk opbakning i befolkningen. Også det er meget vigtigt og ganske bemærkelsesværdigt efter 60 dages konflikt og med så

mange sygeplejersker involveret. Det er, fordi vores fag er så betydningsfuldt, og fordi vi har udført det med stor professionalisme under en meget vanskelig konflikt.

Medlemsengagementet har været kolossalt flot. Det er ikke det samme som, at alle medlemmer syntes, at det var det rigtige at gå i konflikt. Det er bare svært at se, hvilke andre effektive kampmidler vi har til at skabe ligeløn. Og så har vi igen konstateret, at tillidsrepræsentanterne er omdrejningspunktet for en effektiv konflikt.”

På negativsiden konstaterer formanden, at aftaler om nødberedskab og udbetaling af konfliktunderstøttelse var tilrettelagt ud fra de tidligere erfaringer med færre medlemmer i strejke og kortere konflikter. Det har givet anledning til frustrationer og utilfredshed hos en del medlemmer.

Nu skal der ses fremad, og der skal nyt liv i den direkte dialog med medlemmerne, siger Connie Kruckow:

”Fra mine snart ni år som formand ved jeg, at det at mødes med og snakke med medlemmerne ude på arbejdspladserne er rigtig vigtigt. Det gælder ikke kun formandskabet, men alle de politisk valgte i Dansk Sygeplejeråd.”

Hjælp til misbrugere

Fra i år kan sygeplejersker med misbrugsproblemer søge om økonomisk tilskud fra pensionskassen, PKA, for at få hjælp til at komme ud af misbruget og bevare jobbet. Betingelsen er dog, at arbejdsgiveren giver et tilsvarende tilskud.

Ordringen, der trådte i kraft ved nytår 2009, blev vedtaget ved pensionskassens generalforsamling sidste år.

Der kan gives tilskud med op til 25.000 kr. til behandling af misbruget forudsat, at sygeplejerskens arbejdsgiver giver et tilskud af samme størrelse som pensionskassen. Tilskuddet bliver givet til offentligt

godkendte behandlingssteder, som fremgår af det offentlige tilbudsportal på internetadressen www.tilbudsportalen.dk

Ansøgningskemaer rekvireres ved henvendelse til PKA, Tuborg Boulevard 3, 2900 Hellerup, tlf. 3945 4545.

Medlemmer af pensionskassen kan logge sig på hjemmesiden www.pka.dk og læse nærmere om ordningen. PKA vil erved tage kontakt til arbejdsgiverne med opfordring om at udbrede information om denne mulighed for hjælp til at fastholde medlemmer i job.

(sp)



Dine debatindlæg ligger på Google

”Google skal fjerne mit navn fra internettet.” Den besked får portalredaktionen indimellem fra en sygeplejerske, der har fundet sit debatindlæg på www.dsr.dk ved at søge på sit eget navn på Google.

Han eller hun siger, de føler sig udstillet, når debatindlægget kan ses af alle, der søger på navnet.

Forklaringen er, at materiale lagt på internettet kan læses af alle. Derfor indekserer Google og alle andre søgemaskiner også indholdet af debatten på www.dsr.dk

Portalen fungerer på samme måde som de fleste hjemmesider, hvor man kan deltage i debatter. Overvej derfor altid dine ord, når du deltager i debatter på internettet.

Hvis du har skrevet et indlæg, du ikke ønsker vist på Google, kan du selv slette indlægget på www.dsr.dk igen. Så vil indlægget forsvinde fra Google i løbet af en periode. Typisk en måned. Udmeldte medlemmer har ikke denne mulighed, da de ikke kan logge ind.

Portalen får reklamer


I januar har portalen fået en ny indtægtskilde. *Sygeplejersken* har haft annoncer i mere end 100 år. Nu er turen også kommet til flere sider på www.dsr.dk, www.sygeplejersken.dk og nyhedsbrevet Synergi. På samme måde som i bladet vil indtægterne fra annoncerne være med til at holde de samlede omkostninger nede. Som målgruppe er sygeplejersker interessante for annoncører. Men det er ikke alle typer annoncer, portalen vil tillade. Produkter, der er relateret til f.eks. alkohol, tobak eller vold, vil ikke optræde. Mens annoncer for receptpligtig medicin kun vil forekomme bag login.



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST
FOTO: SØREN HOLM

PAPIRPLEJE





Tidsrøver. Sygeplejersker bruger flere timer af arbejdsdagen på at udfylde skemaer og journaler, viser ny undersøgelse. Og selvom ingen anfægter, at dokumentation er vigtig for patientsikkerheden, så oplever halvdelen, at det stjæler tiden fra patienterne. Og det er et problem, mener forsker.



Sygeplejersker tilbringer en stadigt større del af arbejdsdagen ved skrivebordet. Op mod en tredjedel af sygeplejerskerne bruger mellem halvanden og to en halv time på dokumentation, og 14 pct. bruger mere end to en halv time om dagen med kuglepen eller edb.

I gennemsnit bruger sygeplejersker halvanden time eller en femtedel af arbejdsdagen på at skrive journaler, udfylde skemaer eller indberette til elektroniske databaser.

Det fremgår af en ny undersøgelse, som Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling har foretaget for *Sygeplejersken*. Undersøgelsen er foretaget blandt 1.325 sygeplejersker ansat på sygehuse.

Tiden med at udfylde skemaer går ifølge sygeplejerskerne fra patientplejen. Mere end halvdelen af sygeplejerskerne siger nemlig i undersøgelsen, at papirer og elektronisk do-

kumentationsarbejde tager tiden fra patienterne. Og for tre ud af fire er skrivebordsarbejdet nogle gange spild af tid. De oplever nemlig, at dele af dokumentationen ikke bliver brugt til noget. Det skaber frustration og kan i sidste ende gå ud over patientsikkerheden, mener projektleder og organisations sociolog *Christina Holm-Petersen* fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI.

”Når nogle sygeplejersker bruger to en halv time på edb og papirarbejde, så er det rigtig meget. Alt andet lige kan det være et problem i forhold til patienterne. Det kan jo i sidste ende gå ud over patientsikkerheden, hvis sygeplejersker skal bruge så meget tid på at skrive ned, at de ikke har tid til at være ude ved patienterne,” siger *Christina Holm-Petersen*. Forskeren fra DSI har interviewet sygeplejersker i forbindelse med en forskningsrapport om sygeplejerskers jobskifte, der kommer til foråret. »

»»» SÅ MEGET BRUGER SYGEPLEJERSKER VED SKRIVEBORDET

Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling har spurgt 1.325 sygeplejersker i basisstillinger eller specialiststillinger om deres tidsforbrug og oplevelse af dokumentation.

Undersøgelsen viser, at:

- 8 pct. bruger under en halv time.
- 47 pct. bruger en halv til halvanden time.
- 31 pct. bruger halvanden til to en halv time.
- 14 pct. bruger to en halv time eller mere.

Kilde: Undersøgelse af dokumentation blandt sygeplejersker udarbejdet af DSR Analyse.

”Systemets reaktion på kvalitetsbrist er dokumentation. Et af dilemmaerne ved udviklingen er, at den megen fokus på skemaer kan risikere at fratage den enkelte sygeplejerske det personlige ansvar.”

Mette Rosendal Darmer, næstformand for Dansk Sygeplejeselskab, DASYS.

» ”En af de ting, der går igen, er, at sygeplejersker er frustrerede over, at de skal lave dokumentation for systemets skyld, og at det tager tiden fra patienterne og virker demotiverende. I nogle tilfælde er dokumentation en medvirkende årsag til, at sygeplejersker forlader afdelingerne. Ingen er blevet sygeplejerske for at opfylde et dokumentationsmål. Derfor er der behov for at se på, hvordan dokumentationen foregår, og om noget kan undværes,” siger Christina Holm-Petersen. Hun offentliggjorde i 2006 en undersøgelse, der også viste, at sygeplejersker i gennemsnit bruger en femtedel af arbejdsdagen på dokumentation.

Mette Rosendal Darmer, der er næstformand for Dansk Sygeplejeselskab, DASYS, og til daglig oversygeplejerske ved hjertemedicinsk afdeling på Rigshospitalet, mener også, at tendensen til at dokumentere i nogle tilfælde er gået for vidt.

”At bruge en halv til en hel time svarer meget godt til, hvad der er rimeligt, men når sygeplejersker bruger halvanden time til to en halv time om dagen på dokumentation, så er det for meget,” siger Mette Rosendal Darmer og fortsætter:

”Systemets reaktion på kvalitetsbrist er dokumentation. I hovedstaden er der f.eks. indført en faldscreening af alle voksne patienter, selvom disse screeninger for en del patienter ikke giver mening. Et af dilemmaerne ved udviklingen er, at den megen fokus på skemaer risikerer at fratage den enkelte sygeplejerske det personlige ansvar,” lyder det fra Mette Rosendal Darmer, der samtidig understreger, at systematisk, præcis og kortfattet dokumentation af sygeplejersker er afgørende for patientsikkerheden.

Undersøgelsen fra Dansk Sygeplejeråds analyseafdeling viser, at sygeplejersker generelt opfatter dokumentation som et vigtigt redskab. Tre ud af fire sygeplejersker i undersøgelsen mener, at store dele af dokumentationen er vigtige for patientsikkerheden. Men mange sygeplejersker oplever praktiske problemer omkring dokumentation i hverdagen. Knap halvdelen af de adspurgte sygeplejersker dokumenterer nogle gange det samme på papir og i elektronisk system.

Edb under al kritik

”Et af de store problemer er, at de elektroniske redskaber er helt utilstrækkelige til at understøtte dokumentationen,” lyder det fra 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg*, der understreger, at dokumentation er en helt nødvendig del af sygeplejen.

”Men når man kombinerer dokumentationsopgaver med et meget stærkt arbejdspress, så bliver det oplevet som, at tiden går fra den praktiske udførelse af sygeplejen og den etiske dimension,” siger *Dorte Steenberg*.

”Når nogle sygeplejersker bruger to en halv time på edb og papirarbejde, så er det rigtig meget. Alt andet lige kan det være et problem i forhold til patienterne. Det kan jo i sidste ende gå ud over patientsikkerheden, hvis sygeplejersker skal bruge så meget tid på at skrive ned, at de ikke har tid til at være ude ved patienterne.”

De synspunkter bakkes op af lederen af Det Nationale Indikatorprojekt NIP (et projekt, der skal afprøve og indføre nye standarder i sundhedsvæsenet, red.) cheflæge *Paul Bartels*. Han mener, at størstedelen af den dokumentation, der foregår på danske sygehuse, er vigtig for patientsikkerheden, men understreger, at hospitalerne i den grad har forsømt udviklingen af ordentlige edb-systemer og undervisning af personalet.

”Nogle af problemerne kan løses ved indførelse af det rigtige edb. Hvis læger og sygeplejersker arbejder med uhensigtsmæssige edb-systemer, så bruger de i mange tilfælde mere tid ved computeren, end de ville gøre, hvis de skrev i hånden,” siger *Paul Bartels*, der fremhæver, at kurser og god personaleledelse er helt afgørende for, at dokumentation opleves som meningsfuld.

”Alt for mange steder overlader man personalet til sig selv. Det er vigtigt, at sygeplejersker ikke bare sidder og sætter krydser på et skema, men at de ved, hvorfor skemaerne er indført, og hvad de bruges til,” mener *Paul Bartels*.

Kritisk kortlægning

Meget tyder på, at sygeplejerskerne får endnu mindre tid ved patienternes senge, når Den Danske Kvalitetsmodel fra sommeren 2009 udrulles over det ganske land. Modellen betyder, at samtlige danske sygehuse skal akkrediteres, så kvaliteten af behandlingen ensartes.



”Alt for mange steder overlader man personalet til sig selv. Det er vigtigt, at sygeplejersker ikke bare sidder og sætter krydser på et skema, men at de ved, hvorfor skemaerne er indført, og hvad de bruges til.”

Cheflæge Paul Bartels, leder af Det Nationale Indikatorprojekt.

Det vil ifølge de fagfolk, *Sygeplejersken* har talt med, øge dokumentationsbyrden i hvert fald i en overgangsperiode, fordi størstedelen af landets hospitaler skal i gang med at indføre nye procedurer.

Dorte Steenberg fra Dansk Sygeplejeråd peger derfor på behovet for en kritisk evaluering af den dokumentation, sygeplejersker foretager i dagligdagen.

”Det er rigtig vigtigt, at dokumentationen bliver brugt til at udvikle sygeplejen,” lyder opfordringen fra Dorte Steenberg. Også Christina Holm-Petersen fra Dansk Sundhedsinstitut, DSI, mener, det er på høje tid, at der nedsættes et udvalg, som kan foretage en kritisk evaluering af den dokumentation, der foregår på landets sygehuse.

”Der bliver dokumenteret mere og mere, samtidig med at personalet har mindre og mindre tid til at læse, hvad der dokumen-

teres. Mange af de sygeplejersker, jeg har interviewet, mener, at der bliver lavet megen dokumentation, udelukkende for at systemet kan sikre sig selv. Derfor kan man godt spørge, om ikke udviklingen er gået for vidt,” siger Christina Holm-Petersen.

Men opgaven er ikke enkel. For som vicedirektør og sygeplejerske *Janne Elsborg* fra Bispebjerg Hospital udtrykker det:

”Mange af de dokumentationskrav, sygeplejersker skal udføre i dagligdagen, er hver for sig fornuftige nok. Men når alle de standarder, der udtænkes af ildsjæle på hver deres område, skal udmøntes, kan det være svært at overskue den samlede mængde af dokumentationskrav, som personalet skal opfylde.”

bs@dsr.dk

Læs hele undersøgelsen på www.dsr.dk

»»» STJÆLER TID FRA PLEJEN

Knap 50 pct. af sygeplejerskerne oplever altid eller ofte, at dokumentationen tager tid fra plejen. 30 pct. oplever det somme tider, mens 20 pct. sjældent eller aldrig oplever, at dokumentation tager tid fra plejen. Især de, der bruger meget tid på dokumentation, og som dobbeltdokumenterer, oplever, at dokumentation tager tid fra pleje af patienterne.

Kilde: Undersøgelse af dokumentation blandt sygeplejersker udarbejdet af DSR Analyse.

»»» TRE UD AF FIRE OPLEVER DELE AF PAPIRARBEJDET SOM UNØDVENDIGT

- 64 pct. oplever, at få eller visse dele af dokumentationen ikke bliver brugt.
- 10 pct. svarer, at store dele eller alle dele af den dokumentation, de foretager, ikke bliver brugt.
- 18 pct. mener, at alt det, de dokumenterer, efterfølgende bliver brugt.

Kilde: Undersøgelse af dokumentation blandt sygeplejersker udarbejdet af DSR Analyse.

Passwords. Sygeplejerske Eva Mørch bruger mellem halvanden og to timer om dagen på dokumentation, og det tager tiden fra patienterne. Hun efterlyser et velfungerende edb-system, så hun ikke hele tiden skal logge på og af forskellige systemer.

PÅ ARBEJDE MED SYV ADGANGSKODER I LOMMEN

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM OG CHRISTOFFER REGILD

En times papirarbejde pr. patient pr. dag. Sådan lyder regnestykket, når den 53-årige sygeplejerske *Eva Mørch* fra Hæmatologisk Afdeling på Rigshospitalet skal gøre op, hvor meget tid hun bruger på at udfylde skemaer og arbejde ved computeren. Afdelingen behandler bl.a. alvorligt syge kræftpatienter og knoglemarvstransplanterede, og sengeafsnittet, hvor Eva Mørch er ansat, har plads til 14 patienter. Der er mellem otte og 11 sygeplejersker på vagt i dagtimerne, og Eva Mørch skønner, at hver sygeplejerske i gennemsnit bruger mellem halvanden og to timer af arbejdsdagen på dokumentation.

”Vi præsenteres hele tiden for nye skemaer, der skal udfyldes for at styrke patientsikkerheden. Det tager naturligvis tid fra plejen af patienterne, men omvendt er det meste af den dokumentation, vi udfører, vigtig for patientsikkerheden og den gode sygepleje. Det er ikke sådan, at vi bare

kan skære dokumentationen ned til det halve,” siger Eva Mørch.

Frustrerende edb

Et af de store problemer for sygeplejerskerne på Hæmatologisk Afdeling er, at edb-systemerne ikke er gearret til den stadigt mere omfattende dokumentation. Derfor foregår en stor del af journalskrivningen og udfyldelsen af skemaer på Danmarks førende hospital stadig i hånden.

I det hele taget er edb-systemet en jævnlig kilde til frustration.

Systemer som f.eks. elektronisk patientmodul, laboratoriesystem, indberetning af utilsigtede hændelser, røntgensystem og madbestilling taler ikke sammen, så sygeplejerskerne skal hele tiden logge ud og ind, når de går fra det ene system til det andet.

”Det føles frustrerende at skulle stå og vente, og så skal man huske en masse forskellige adgangskoder,” siger Eva Mørch,

der har en seddel med syv forskellige passwords til edb-systemer i lommen, når hun går på arbejde.

Faldscreening for alle

Sygeplejerskerne på Hæmatologisk Afdeling arbejder ud fra den svenskudviklede model for sygeplejedokumentation VIPS, der omfatter en grundig dokumentation af patientens tilstand før og under sygdommen, diagnose, mål med sygeplejen og sygeplejehandlinger. Ved udskrivelsen skal der igen udfærdiges papirer f.eks. til hjemmeplejen og rapport. Når patienten indlægges, varer indlæggelsessamtaler med sygeplejersken typisk en time til halvanden. Her udfyldes sygeplejeturnalen på papir ud fra en lang række spørgsmål i VIPS-systemet, og i nogle tilfælde kan det være svært at læse kollegernes håndskrift, fortæller Eva Mørch.

Ud over skemaerne i VIPS-systemet præ-

nnslsx245

jjsæ<k24j

45læ

Eva Mørch har 28 års erfaring som sygeplejerske, og hun oplever, at skemaer og papirer lægger beslag på en stadig større del af arbejdstiden.



senteres sygeplejerskerne jævnligt for forskellige nye skemaer. F.eks. er der på hospitalet i hovedstadsområdet indført en såkaldt faldscreening, hvor risikoen for fald vurderes for alle voksne patienter. Desuden udføres også en grundig ernæringscreening. Når hospitalet udsender instruks om nye screeninger, sker det som oftest på baggrund af anbefalinger fra Verdenssundhedsorganisationen WHO. I sommeren 2008 indførte afdelingen en særlig bevidsthedsscreening. Hver gang en patient skal have blod, noteres patientens blodtryk, temperatur, iltmætningsmåling, og desuden vurderes patientens orientering i tid og sted.

”Faldscreeningen og bevidsthedsscreeningen kan jeg som sygeplejerske godt sætte spørgsmålstegn ved værdien af. Tidligere vurderede vi patienternes bevidsthedstilstand pr. konduite, når vi gav patienterne blod. Nu skal vi notere ned hver gang, og

»» EN PATIENTS MANGE SKEMAER

Når en patient indlægges på Hæmatologisk Afdeling, dokumenterer sygeplejersken bl.a. følgende i den særskilte sygeplejelog:

- Patientens tilstand før og under sygdommen: Her noteres bl.a. grundig helbredshistorie, plejeerfaring, social baggrund, livsstil, plejeerfaring.
- Sygeplejestatus: F.eks. patientens viden om sin sygdom, udvikling, respiration, udskillelse, hud og væv, aktivitet, søvn, seksualitet, følelsesmæssige reaktioner.
- Åndelige og kulturelle forhold, velvære/helbredsvurdering.
- Sygeplejediagnose.
- Sygeplejemål.
- Sygeplejehandlinger.
- Sygeplejeresultat.
- Sygeplejeepikrise.
- Sygeplejereport.

Derudover udfyldes flere skemaer som f.eks. i forbindelse med udførelse af faldscreening.

Sygeplejerskerne udfylder f.eks. også et dagligt registreringsskema for rengøring, skift af sengelinned omkring patienten.

Sygeplejeloggen opbevares i 10 år, og patienten kan kræve aktindsigt i journalen.

»»» VIGTIGT FOR PATIENTSIKKERHEDEN

74 pct. af sygeplejerskerne mener, at alle dele eller store dele af dokumentationen er vigtige for patientsikkerheden.

22 pct. oplever visse dele af dokumentationen som vigtige for patientsikkerheden.

4 pct. mener, at få dele af dokumentationen er vigtige for patientsikkerheden.

Kilde: Undersøgelse af dokumentation blandt sygeplejersker udarbejdet af DSR Analyse.

»»» DE MEST ALMINDELIGE SYSTEMER

Her er en opgørelse over de mest almindelige dokumentationssystemer, som sygeplejersker arbejder med.

Patientjournaler/EPJ med tilhørende skemaer, blanketter.	79 pct.
Laboratoriesystem	61 pct.
Indberetning af utilsigtede hændelser til patientsikkerhedsdatabase	60 pct.
Patientadministrativt system (F.eks. det Grønne System eller GS-Open)	48 pct.
EPM (elektronisk patientmedicinmodul)	45 pct.
Røntgensystem	39 pct.

Kilde: Notat, Dokumentation blandt sygeplejersker. DSR Analyse.

» da vi giver fem portioner blod dagligt, bliver det til en del papirarbejde,” siger Eva Mørch. Hun vurderer, at der er en del overlap mellem det, læger og sygeplejersker skriver ned.

”F.eks. er vi ude for, at både lægen og sy-

geplejersken noterer temperatur og andre målinger i hver deres journaler. Personligt tror jeg ikke, det kan undgås, for læger arbejder på det sygdomsvidenskabelige felt, og sygeplejerskerne har mere øje for nogle socialt faglige facetter,” siger Eva Mørch.

Eva Mørch så gerne, at antallet af skemaer og screeninger blev begrænset, men hun tvivler på, at det kan lade sig gøre. Til gengæld ville meget være vundet, hvis der fandtes et ordentligt edb-system, der kunne understøtte sygeplejerskernes arbejde. For sygeplejerskerne på Hæmatologisk Afdeling er drømmen, at der indføres en sammenhængende elektronisk patientjournal, og at hver sygeplejerske udstyres med en bærbar computer, så der kan luges ud i de mange håndskrevne skemaer.

bso@dsr.dk

Oplever du i din hverdag eksempler på meningsløs dokumentation, vil vi gerne høre fra dig. Skriv til journalist Britta Søndergaard bso@dsr.dk tlf. 4695 4261.

”Vi præsenteres hele tiden for nye skemaer, der skal udfyldes for at styrke patientsikkerheden. Det tager naturligvis tid fra plejen af patienterne, men omvendt er det meste af den dokumentation, vi udfører, vigtig for patientsikkerheden og den gode sygepleje. Det er ikke sådan, at vi bare kan skære dokumentationen ned til det halve.”

Sygeplejerske Eva Mørch, Hæmatologisk Afdeling Rigshospitalet

SUNDE PATIENTER SCREENES FOR FALD

Patienten er en sund mand på 30 år, der er indlagt mere end 24 timer på en kirurgisk afdeling i hovedstaden for at få fjernet en godartet cyste på tarmen. Alligevel skal sygeplejersken stille den unge mand spørgsmål og udfylde skemaer om patientens ernæringstilstand og risikoen for at falde. Alle hospitaler i hovedstaden har siden 2007 skullet foretage en såkaldt ernæringscreening og en såkaldt faldscreening på voksne patienter, der er indlagt mere end et døgn. Fald- og ernæringscreeningen indgår i de mere end 400 tværgående vejledninger og andre hundredvis af specialespecifikke

standarder, som sygehusene i hovedstaden har indført efter akkrediteringen i forhold til Joint Commissions standarder.

De to screeninger nævnes hyppigt, når sygeplejersker i hovedstaden peger på papirarbejde, der kan virke meningsløst.

Kvalitetschef *Britt de Cordier* fra Rigshospitalet fremhæver til gengæld, at det er vigtigt at underkaste alle patienter de to screeninger, så det sikres, at alle ændringer i patientens tilstand bliver observeret.

”Det behøver jo ikke tage ret lang tid. Selve faldscreeningen består jo af nogle få spørgsmål, der skal besvares. En ernæringscree-

ning er fire spørgsmål, som der skal sættes kryds ved. Det er meget væsentligt at forebygge faldepisoder og kortlægge eventuelle problemer med ernæring, og derfor er det vigtigt med en indledende vurdering,” lyder det fra kvalitetschefen på Rigshospitalet, der understreger, at det er op til hver enkelt afdeling at sørge for, at den slags screeninger bliver udført så enkelt som muligt.

bso@dsr.dk

FRISTILENE ER AFSKAFFET

Brugbart redskab. Nordjyske sygeplejersker er mere tilfredse med dokumentationsarbejdet end deres kolleger andre steder i landet. I ortopædkirurgien er fristilene i patientjournalerne afløst af entydige formuleringer og et afkrydsningssystem.



Oversygeplejerske Lis Bjerregaard siger, at det lokalt er oplevelsen, at lægernes og sygeplejerskernes dokumentationsarbejde supplerer hinanden fint.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: LARS HORN

Langt de fleste nordjyske sygeplejersker mener, at deres arbejde med dokumentation af sygeplejen er nødvendigt, og at arbejdet har et fornuftigt omfang. Intet eller kun en meget lille del af dette arbejde er overflødig, mener mere end 80 pct. af dem. Det gør dem til de sygeplejersker i landet, der er mest tilfredse med omfanget af dokumentationsarbejde ifølge *Sygeplejerskens* undersøgelse af holdningen til dokumentation.

Det glæder oversygeplejerske *Lis Bjerregaard*, Klinik Aalborg, Ortopædkirurgien, Nordjylland, men det kommer ikke som

den store overraskelse for hende, for som hun siger:

”Det er dejligt at høre, at undersøgelsen viser det, men vi har også arbejdet meget med dokumentationsarbejdet her på stedet”. Hun er oversygeplejerske i ortopædkirurgien, der omfatter en operationsafdeling, to sengeafdelinger, en ambulant afdeling i Aalborg og en anden ambulant afdeling i Dronninglund. Af plejepersonalet på 150 er omkring halvdelen sygeplejersker.

I Ortopædkirurgien Nordjylland har man et bud på, hvorfor nordjyske sygeplejersker er mere tilfredse med dokumenta-

tionsarbejdet end deres kolleger andre steder i landet. Fristilene i patientjournalerne er afløst af entydige formuleringer og et afkrydsningssystem:

”Patientjournalens dokumentation af sygepleje skal være så entydig og let tilgængelig, at den præcist beskriver plejen af den enkelte patient. Tidligere kunne der være sygeplejersker, der skrev meget mindre, mens andre skrev hele rapporter i journalen. I dag kan vi afkrydse sygeplejehandlinger, efterhånden som de er udført, og så kan mere uventede forhold beskrives på et særligt problem-ark”, siger Lis Bjerregaard. »

»»» SVENSK MODEL FOR DOKUMENTATION

De ortopædkirurgiske afdelinger i Aalborg bruger det svenske udviklede system VIPS til dokumentation af sygeplejen. VIPS står for Velvære, Integritet, Profylakse og Sikkerhed. Modellen omfatter sygeplejeanamnese, sygeplejestatus, sygeplejediagnose, sygeplejemål, sygeplejehandlinger, sygeplejeresultat og -epikrise. Aalborgs papirjournaler opbevares lokalt i to år og sendes derpå i fjernarkiv.

» Dokumentationsarbejdet er indrettet efter forud beskrevne patientforløb i henhold til Det Nationale Indikator Projekt (NIP), og hvert år kommer nye diagnose-relaterede patientforløb til.

”Alle kan se nødvendigheden af at dokumentere sygeplejen, fordi dokumentationen er et brugbart og relevant redskab,” siger Lis Bjerregaard. Hun tilføjer, at det lokalt er oplevelsen, at lægernes og sygeplejerskernes dokumentationsarbejde supplerer hinanden fint, og at der derfor ikke er tale om unødvendig dobbeltdokumentation. De lægelige specialister er i øvrigt folk, der ikke skriver meget.

Lis Bjerregaard har været udpeget af ledelsen til at deltage i Sundhedsstyrelsens arbejde med afbureaukratisering i sundhedsvæsenet – et arbejde, der ventes at resultere i en afsluttende rapport til næste sommer. Derfor er hun også optaget af, at dokumentationsarbejdet gøres så målrettet som muligt:

”Vi arbejder fortsat med udviklingen af vores dokumentation, og vores model for dokumentation af sygeplejen er jævnligt oppe at vende ved personalemøder. Når der kommer forslag til forbedringer eller ny dokumentation, skal de nye forslag passe til den øvrige dokumentation. Og hvis der

ellers er tilslutning til forslagene, sendes de videre til vores styregruppe, der arbejder med udvikling af dokumentationen,” siger Lis Bjerregaard.

Hun konstaterer, at ortopædkirurgien i Aalborg fortsat arbejder med patientjournaler på papir, men at dokumentationen er forberedt til en elektronisk udgave bl.a. ved brug af søgeord og emneord.

”Vi har talt længe om en elektronisk patientjournal, men det er ikke sikkert, at den kommer, inden jeg bliver pensioneret.”

sp@dsr.dk



Sygeplejerske Hanne Gotfredsen, Ortopædkirurgisk afdeling O 2, Aalborg Sygehus Syd:

”Jeg vil helst bruge så lidt tid som muligt på papirarbejdet, men det bliver måske til en time til halvanden daglig. Det foregår jo sådan lidt til og fra i løbet af en otte timers arbejdsdag. Vi har tillempet dokumentationen, så den passer ind hos os. Mens man tidligere skrev stolpe op og stolpe ned, så kan man nu henvise til punkter andre steder i journalen. Dokumentationen er overskuelig, og vi sparer tid ved ikke at være nødt til at give rapport fra det ene hold til det andet.”



Sygeplejerske Randi Kristensen, Ortopædkirurgisk afdeling O2, Aalborg Sygehus Syd:

”Jeg bruger nok tre kvarter til en time daglig på dokumentation, selv om det kan variere noget. Faktisk synes jeg ikke, at der er noget af dokumentationsarbejdet, der er unødvendigt.

Selv om vi bruger standardplejeplaner, mener jeg ikke, at der er fare for, at plejen bliver for standardiseret. Der er stadig plads til det individuelle. Vi bestemmer selv, hvilke problematikker vi vil tage op, og hvad der kræver særlig fokus.

Det er vigtigt, at journalen har søgeord. Ellers ville den være svær at overskue.”



TAL DANSK ELLER ARBEJD

Forskelsbehandling. Den britiske sygeplejerske, Damon Grech, har et flot CV, men taler ikke særlig godt dansk. På Herlev Sygehus er hans dansk godt nok til at få fuld løn og arbejde på lige vilkår med de danske kollegaer, men på Regionshospitalet Viborg kan han kun få tilbudt ulønnet arbejde.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Med en mangel på 2.400 sygeplejersker bruger de danske hospitaler gerne 100.000 kr. på at rekruttere en velkvalificeret sygeplejerske fra Tyskland, Polen eller Indien. Sygeplejersker, der trods intensive sprogkurser langtfra taler flydende dansk, når de ankommer til Danmark. Alligevel får de fuld løn fra første dag på hospitalerne og indgår i et integrationsforløb, der tager hensyn til den nye udenlandske medarbejders behov. Men det, der tilbydes til sygeplejersker, som hentes til landet, er langt

fra de vilkår, en herboende britisk sygeplejerske oplevede, da han søgte arbejde i Region Midtjylland.

Damon Grech, 39 år, er sygeplejerske med godt 15 års erfaring fra britiske hospitaler. Han har boet tre år i Danmark

med sin danske kone, *Pernille*, der også er sygeplejerske, og deres tre børn. Familien har bosat sig tæt på bedsteforældrene i Vammen uden for Viborg. I godt et halvt år pendlede Damon fra Jylland til Herlev Hospital på Sjælland for at arbej-

”Skal man virkelig tigge og bede om at få lov at arbejde som sygeplejerske?”

Sygeplejerske Pernille Grech, gift med sygeplejerske Damon Grech.



Damon Grech har arbejdet som sygeplejerske 15 år i England. Han er stolt af sygeplejefaget, og derfor bærer han et tørklæde og badge fra Royal Hampshire Hospital i Winchester Hampshire, hvor han oprindeligt blev uddannet. "Det viser min loyalitet til mit fag og mit hospital," siger han og tilføjer: "Vi briter kan jo godt lide at holde fast i traditionerne." Den nyeste badge, der er tilføjet reverset på hans jakke, er nålen fra Dansk Sygeplejeråd.

>>> INGEN STANDARD PÅ TVÆRS AF LANDET

Region Midtjylland bryder ingen regler, når de tilbyder ulønnet praktik til en sygeplejerske, der tidligere har arbejdet til fuld løn på lige vilkår med sine danske kollegaer i Region Hovedstaden. "Der er ingen landsdækkende retningslinjer eller løsninger," siger projektleder i Region Hovedstaden, *Helen Storm*.

Hun har dog bestilt en evaluering af rekrutteringsindsatsen i de fem danske regioner. Helen Storm forventer, at evalueringen, der offentliggøres i slutningen af januar 2009, bl.a. vil indeholde forslag til et etisk kodeks for rekruttering af udenlandsk arbejdskraft, ligesom fælles retningslinjer for behandling af udenlandske kandidater også vil komme på dagsordenen.

GRATIS

de som sygeplejerske på Herlevs gastroenhed.

Selv om tungen slår knuder over den danske grammatik og ordene falder over hinanden, indgik Damon i afdelingens almindelige vagtplan.

"Jeg starter altid med at sige til mine patienter, at jeg er fra England og mit dansk ikke er så godt. Hvis de er i tvivl om noget, så skal de sige til. Men det er meget sjældent, at jeg har oplevet, at det var nødvendigt at få assistance," siger Damon Grech på engelsk.

Da de otte timers transport mellem arbejde og hjem blev for stor en belastning for familien, valgte Damon i august at opgive sin stilling på Herlev Hospital. Han forventede ikke, at det skulle blive svært at få arbejde på et af hospitalerne i Region Midtjylland, hvor der er godt 100 ledige sygeplejerskestillinger. Men det blev det.

Ingen løn i Viborg

Først efter at have sendt ansøgninger til alle hospitalerne i nærområdet, ringet til oversygeplejerskerne, kimet regionen ned og talt med politikere landet over, modtog Damon et tilbud fra Regionshospitalet Viborg. Da havde han ventet i fem måneder.

"Vores tilbud vil være ikke-lønnet praktik i et halvt år på et sengeafsnit – hvor du samtidig kan få mulighed for at deltage i kommunens sprogskole," skrev oversygeplejerske *Kim Wierenfeldt Jacobsen* fra Regionshospitalet Viborg til Damon.

Kim Wierenfeldt Jacobsen forklarer til *Sygeplejersken*, at han ikke kunne tilbyde et lønnet job, fordi han mener, at Damon skal på sprogskole to-tre dage om ugen for at

opnå danskkundskab, der er godt nok til at indgå på lige fod med de danske sygeplejersker.

Fuld løn i Herlev

"Han er en veluddannet sygeplejerske og en fin fyr at snakke med. Men sproget er et stort problem. Han har ikke svaret mig på dansk én eneste gang – hverken på skrift eller til de samtaler, vi har haft. Jeg kan ikke slippe ham løs på afdelingen med de sprogfærdigheder, han har nu," siger Kim Wierenfeldt Jacobsen, der ikke har haft kontakt til Damons tidligere arbejdsgiver i Herlev.

Men selvom Damon føler sig mest tryk ved at gennemføre en ansættelsessamtale på engelsk, har han svært ved at se rimeligheden i at få tilbudt ulønnet praktik, når han allerede én gang har arbejdet på almindelige vilkår på et dansk sygehus.

"Hvorfor skal jeg tale flydende dansk eller arbejde uden løn i Jylland, når jeg indgik på lige vilkår med fuld løn i København? Det synes jeg er en urimelig forskelsbehandling," siger Damon Grech, der bakkes op af sin tidligere arbejdsgiver på Herlev Hospital. >



» ”Vi har været glade for at have Damon ansat, og det er rigtig ærgerligt, at han ikke kan få arbejde nu. På Herlev har vi den politik, at når man har en dansk autorisation, så får man fuld løn for det antal timer, man nu arbejder,” siger projektleder i udviklingsafdelingen på Herlev Hospital, *Charlotte Åkerstrøm*, der ikke tøver med at tilbyde Damon hans gamle stilling, hvis han orker at pendle igen.

DSR protesterer

Region Midtjyllands mangfoldighedskonulent, der bl.a. hjælper hospitalerne med at rekruttere, integrere og fastholde udenlandsk sundhedspersonale, kan godt forstå, at Damon Grech undrer sig over de vilkår, han tilbydes i Viborg, når han har haft ansættelse på en afdeling i Herlev. Men han understreger samtidig, at hospitalerne som arbejdsgivere har fuld ret til at bestemme vilkårene.

”Når sygeplejersker kommer med dansk autorisation, så har vi en overenskomst, og den skal man selvfølgelig efterleve.”

Fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Århus Universitetshospital i Skejby, *Leon Sørensen*.

”Man er nok nervøs for, om de udenlandske sygeplejersker kan det, som de skal kunne. Når man tilbyder en ulønnet praktik, så handler det om at sikre, at hoved og hænder vender rigtigt, så at sige,” forklarer *Anders K. Kristensen* fra Region Midtjylland.

Men den går ikke, siger Dansk Sygeplejeråds Kreds Midtjylland.

”Når man har en anerkendt, dansk sygeplejerskeautorisation, så har man ret til at få løn og ansættelse på gældende overenskomst,” fastslår kredsformanden i Dansk Sygeplejeråd, *Else Kayser*, og tilføjer:

”Det ligner da ikke noget i en tid, hvor vi mangler sygeplejersker, at man beder folk

om at arbejde gratis. Man skal tilbyde ordentlige vilkår og løn efter overenskomst. Så kunne sygehuset tilbyde supplerende danskkurser, hvis der er behov for det.”

Efterfølgende har Damon via Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsledelse (DSA) fået kontakt til Århus Universitetshospital i Skejby, der har tilbudt ham en fuld-tidsstilling som sygeplejerske med fuld løn på intensivafdelingen. Damon startede i stillingen den 5. januar, og fortsætter sideløbende med at følge danskkurser.

kbc@dsr.dk

>>> DAMON ER IKKE ALENE

Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 24/2008 har den polske sygeplejerske *Joanna Sujak* også store problemer med at blive integreret på det danske arbejdsmarked. Hun bor i Region Syddanmark og er i øjeblikket i ulønnet praktik på det lokale plejehjem to dage om ugen. Hun håber dog på, at hun kan få lov til at følge et af de intensive introduktionsforløb, som flere tyske og østrigske sygeplejersker og læger begynder på i regionen i den nærmeste fremtid. Det var endnu uvist ved redaktionens deadline. Ellers må hun af hensyn til familiens økonomi finde et andet job, måske som social- og sundhedsassistent på plejehjemmet.

Psykologi. Livet for en handlet kvinde er præget af vold og tvungen prostitution. Men under traumerne har kvinden en kerne af sundhed og modstandskraft, som hjælper hende med at overleve den ekstreme tilværelse.

OFRE FOR MENNESKEHANDEL

AF SANNE MAJA FUNCH CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

De står der altid. Nat efter nat trækker de udenlandske kvinder i Vesterbros gader. Sådan er det også i aften – en mandag, hvor temperaturen er i minus, og sneen ligger langs kantstenen på vejene.

Turen rundt på Vesterbro i København er en lille jordomrejse. I øverste del af Istedgade står fem afrikanske kvinder. Men nede ad sidegaderne ligger flere klinikker, hvor thailændere holder til. Foran den hippe Kødby ved Halmtovet står tre østeuropæere i stramme jeans, kraftig make-up og høje støvler. Et par hundrede meter længere nede vender Danmark pludselig tilbage; i Skelbækgade går en enlig junkie.

Vilkårene bag den udenlandske prostitution er ofte barske. I *Sygeplejersken* nr. 23/2008 blev beskrevet hvordan to Røde Kors-sygeplejersker behandler de sygdomme og skader, som ofre for menneskehandel har, fordi de tvinges til omfattende prostitution under meget voldelige omstændigheder.

Kroppen som instrument

Men hvad med ofrenes mentale sundhed? Hvordan tænker de handlede kvinder selv på deres situation, og hvad holder dem oppe, mens de går på gaden?

”De fortæller ikke meget om deres kunder. Det er ikke prostitutionen, der gør indtryk. Det er bare en rutine, det er bare noget, der foregår. Det er et frygteligt monotont og underligt liv,” siger Anne Bovbjerg. Hun arbejder som psykolog ved Røde Kors’ psykotraumecenter, hvor hun har 10 års erfaring med terapi af ofre for menneskehandel.

Derfor kender hun til de psykologiske mekanismer, som hjælper den handlede kvinde med at overleve den ekstreme tilværelse. Hun ved også, hvordan skaderne skal behandles.

Behandlingsforløbene er næsten altid ganske korte: Anne Bovbjerg har typisk kun en håndfuld seancer med en kvinde, før hun forlader Danmark, eller af andre grunde holder op med at komme hos psykologen. Det stiller særlige krav til terapien.



Når psykolog Anne Bovbjerg har ofre for menneskehandel i konsultationen, forsøger hun først og fremmest at støtte sin klient som overlever. ”Det er ikke produktivt at starte en langvarig behandling, hvis kvinden om 14 dage skal sendes ud til sine bagmænd i Nigeria igen,” siger Anne Bovbjerg.

Når de handlede kvinder kommer i psykotraumecentret, er de plaget af dybe traumer, som det er pinefuldt at rippe op i. Derfor er en del af kvinderne heller ikke specielt interesserede i at gå til psykolog.

Og det kan være klogt, at de værste traumer får lov at hvile i fred, fortæller Anne Bovbjerg. For hvis psykologen graver for dybt uden at have tid til at gøre behandlingen færdig, risikerer hun at ødelægge de mentale barrierer, som hjælper kvinden til at overleve.

Mange handlede kvinder benytter sig af en række vigtige overlevelsesmekanismer, som bliver etableret, allerede før kvinderne kommer til Danmark. I hjemlandet bliver de udsat for massiv vold, indespærringer og massevoldtægt af bagmændene. Volden har ét formål:

”Det er en systematisk nedbrydning af mennesker, som også kendes fra tortur. Den er nødvendig, hvis bagmændene skal få kvinderne til at fungere som handlede,” siger Anne Bovbjerg.

Det drejer sig om, at kvinden lærer en

række psykologiske teknikker, mens hun er i nedbrydningsfasen. En af de mest udbredte er en evne til ikke at mærke sin egen krop – *dissociation*, som fagkundskaben kalder mekanismen. Kvinden oplever bl.a. sig selv som en tilskuer til de overgreb, hun bliver udsat for, og evnen til dissociation tager hun med sig ind i prostitutionen:

”Hvis man skal klare at være i det her, er man nødt til at se sin krop nærmest som et instrument. Samtidig skal man se på det andet menneske som bare en krop med et instrument. Dermed er der ikke noget menneske til stede, der er kun noget instrumentalt,” forklarer psykologen om evnen til at afskære kroppen fra psyken.

Klar til at løbe væk

Forsvaret hjælper kvinderne med at fungere, men det er ikke uden konsekvenser. Den ekstreme stress lejrer sig i kroppen. Nogle kvinder har ikke en normal muskelturnus. De spænder op og får kæmpe muskelgrupper for eksempel i benene. Det er, fordi kroppen altid er i en tilstand af alarm; klar til at løbe væk. Andre lider på grund af dissociationen. De brænder sig på ting og kommer ud for fysiske ulykker, fordi de ikke kan mærke deres krop og heller ikke føle smerte.

Derfor er det sjældent et mål at lave grundig psykoanalyse, når Anne Bovbjerg har en handlet kvinde i terapi. Selv om skaderne er dybe, skal behandlingen ikke nødvendigvis være det.

”Det vil være en stor fejltagelse, for de skal netop have evnen til at overleve på gaden stadigvæk. Så længe der er tid og penge nok, kan vi gå ind og bearbejde det oprindelige traume. Men det er ikke produktivt, hvis kvinden er i en situation, hvor hun om 14 dage skal sendes ud til sine bagmænd i Nigeria igen,” siger Anne Bovbjerg.

Psykologen koncentrerer sig altså sjældent om at bearbejde de psykiske mén, som stammer fra de gentagne overgreb. I stedet støtter hun sin klient som overlever.]

ER OVERLEVERE



» Det betyder bl.a., at kvinden skal hjælpes til at forstå sin egen situation ved at ordne sit liv på en tidslinje. Metoden kaldes *debriefing*. Ofte er et offer for menneskehandel så nedbrudt, at hun kun husker tilværelsen i usammenhængende brudstykker. Men der er store gevinster at hente ved at fiske en rød tråd frem fra sumpen af sorte huller i hukommelsen.

Aktivér de gode minder

”Det store spørgsmål er: Hvorfor mig? Hvorfor skete det her netop for mig? De får en helt anden selvtillid, når de har en historie, som de selv kan forstå, og som de kan være med til at påvirke,” siger Anne Bovbjerg om den forandring, der sker, når en kvinde begynder at få overblik over sit liv igen.

De blanke pletter i hukommelsen har et konkret fysisk udtryk. Anne Bovbjerg forklarer, hvordan traumet afskærer dele af hjernen fra at fungere. På scanninger kan det ses, hvordan der er døde områder uden tilstrækkelig blodtilstrømning. Derfor husker ofrene typisk kun overgrebene, men har mistet den sammenhængende forståelse for, hvorfor livet har taget sin barske drejning.

Psykologen sammenligner sin opgave med et computerspil: Det er en kamp mellem gode og onde minder. Målet er at aktivere de gode minder, så hjernen bliver integreret, og ofret får det strategiske overblik tilbage.

”Jeg skal have flere signalstoffer i gang. På et billedligt niveau kan det gøres ved at få kvinden til at se, at der er foregået meget andet i hendes liv end de fem år, hun har

levet som sexslave i København,” siger Anne Bovbjerg.

Kreative klarer sig bedst

En kvinde, som handles til sexindustrien, har massive traumer. Spørgsmålet er, om hun overhovedet kan overvinde misbruget og blive en del af den civile verden igen, hvis hun en dag undslipper sine bagmænd?

Ja, mener Anne Bovbjerg. Psykologerne i psykotraumecentret har fulgt enkelte kvinder i længere forløb. Det er tit de kreative kvinder, der klarer sig bedst. De finder en

”Det er ikke kvinder, man umiddelbart kan udpege. De er ikke gået fuldstændig i hundene. De er gode til at passe på sig selv og har tydelige tegn på, at de har respekt for deres egen krop. De holder sig selv pæne, rene og smukke.”

Psykolog Anne Bovbjerg om de ofre for menneskehandel, hun møder i konsultationen.

ny identitet i at være dygtige til at lave smykker, flette hår eller lave lækker mad.

Men der er også andre omstændigheder, som gør, at kvinderne har gode odds i kampen for at overvinde traumerne. De handlede kvinder er ikke tidligt skadede. De har ofte haft en normal opvækst. Derfor har de først lært de mentale blokeringer sent i livet, og de er ikke selvdestruktive – i modsætning til for eksempel mange danske prostituerede.

Kvindernes repertoire af normalitet kan umiddelbart aflæses i den måde, de ser ud på, når de træder ind ad døren til psykotraumecentret.

”Det er ikke kvinder, man umiddelbart

kan udpege. De er ikke gået fuldstændig i hundene. De er gode til at passe på sig selv og har tydelige tegn på, at de har respekt for deres egen krop. De holder sig selv pæne, rene og smukke.”

Men det er ikke kun i konsultationen, at ballasten skinner igennem. Også på gaden på Vesterbro er det tydeligt, hvad Anne Bovbjerg taler om.

Turen hjem går over Halmtorvet, hvor de tre østeuropæere er blevet til fire. De har en mere vampet stil end de praktisk klædte afrikanere – med farvet hår og stramt tøj.

Men de er velsoignerede og udadvendte på samme måde.

I Skelbækgade møder vi aftenens sidste kvinde. Hun ligner en østeuropæer, som hun står med sit lyse hår med ryggen til. Men så vender hun sig om. Det er tydeligt med det samme, at denne kvinde ikke er som de andre. Hun er mere slidt, mere fraværende. Hun er dansker og junkie.

Danmarks handlede kvinder er ofre for tragiske omstændigheder. Men de har ofte en sund bagage. Den gør, at der skinner et lys for enden af tunnelen – i hvert fald på det psykologiske plan.

redaktionen@dsr.dk

HJÆLP TIL HANDLEDE KVINDER

Ifølge Rigspolitiet findes der i dag mindst 2.000 udenlandske prostituerede fra bl.a. Thailand, Østeuropa og Afrika i Danmark. En del af disse kvinder er ofre for menneskehandel. De handlede kvinder har store sundhedsmæssige og psykosomatiske problemer. I *Sygeplejersken* nr. 23/2008 fortalte de to syge-

plejersker *Bettina Toftgaard* og *Gitte Mariner* fra Dansk Røde Kors, hvordan de hjælper ofre for menneskehandel, der søger asyl i Danmark. I dette nummer fortæller psykolog *Anne Bovbjerg* fra Dansk Røde Kors' Psykotraumecenter om den psykologiske behandling af kvinderne.

Mentalitetsændring. Mange hjemløse undgår hospitalerne, fordi de føler sig nedværdigende behandlet. Det oplever Gitte Wandschneider, der arbejder som sygeplejerske i Kirkens Korshær og desuden er bestyrelsesmedlem i Dansk Sygeplejeråd Kreds Hovedstaden.



Der er brug for, at hospitalsledelser nedsætter udvalg, der kan overveje en målrettet indsats i forhold til socialt udsatte, mener sygeplejerske Gitte Wandschneider. Her ses hun sammen med Abdi Ghani, der bor på Kirkens Korshærs herberg.

Hjemløse skal føle sig velkomne

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON



Du siger, at sundhedsvæsenet i Danmark har mere travlt med at håndhæve regler end med at hjælpe socialt udsatte. Hvad mener du med det?

”Sundhedsvæsenet arbejder inden for en dominerende norm, som mange socialt udsatte ikke kan leve op til. Sundhedsvæsenet har defineret, hvad der er et godt liv for patienten som f.eks. genstandsgrænserne, selvom mange socialt udsatte lever et helt anderledes liv. Mange af brugerne i Kirkens Korshær kan ikke træde ind på et hospitalsområde, fordi der er et billede af en cigaret med en streg over, og de fleste ryger. De kan ikke tage en hund med på skadestuen, og der bliver set misbilligende på dem, hvis de bliver utålmodige på grund af ventetiden. Hvis de kommer for sent i ambulatoriet, er deres chance for behandling forspildt den dag, for systemet er meget lidt fleksibelt.

Et af problemerne er, at de ansatte i det offentlige sundhedsvæsen ikke oplever sig selv som en servicefunktion, der skal gøre det så godt for borgerne som muligt. Det rammer ikke blot hjemløse, men f.eks. også ældre medicinske patienter uden stærke pårørende.”

Der tales meget om, at sygeplejersker skal være med til at bryde den sociale ulighed i sundhed. Gør sygeplejerskerne ikke alt, hvad

de kan for at komme de socialt udsatte patienter i møde?

”Jo, men sygeplejerskerne arbejder i et felt, som politikerne har defineret. Og det levner ikke plads til mangfoldighed, medmenneskelighed og rummelighed. De fleste sygeplejersker er meget kompetente. Men problemet opstår, når sygeplejerskerne skal udøve en sygepleje, der er helt anderledes end den sædvanlige standardpleje. Læger og sygeplejersker giver som regel alkoholikeren den rette medicinske standardbehandling, men de magter ofte ikke at komme socialt udsatte patienter i møde. I stedet for standarder har den gruppe patienter ofte brug for, at personalet inddrager dem i at finde frem til den bedste og mest realistiske behandling.”

Kan du give et eksempel?

”Jeg har f.eks. kontakt med en flygtning, der er svært traumatiseret på grund af tortur i sit hjemland. Da han skulle behandles på en øjenafdeling, talte lægen så nedladende til ham, at hans danske ledsager græd. Patienten blev bl.a. skoset, fordi han ikke talte ordentligt dansk, og efter den oplevelse har han meget svært ved at komme på hospitalet. Mange læger er larmende bagefter, når det gælder om at komme patienterne i møde. Deres produktivitet og effektivitet efterlader ikke tid til, at man også hører patientens historie. Og den holdning

smitter af på hele systemet – også på sygeplejerskerne.”

Der er iværksat initiativer som f.eks. projekt socialsygeplejerske på Bispebjerg Hospital. Gøres der ikke allerede meget for at imødekomme socialt udsatte?

”Jo, men det er ikke nok med enkeltprojekter. Det handler om at bearbejde sygeplejerskers og lægers holdninger allerede under uddannelsen. Jeg havde for nylig en sygeplejestuderende i praktik, og hun var meget forbavset over at finde ud af, at brugerne af Kirkens Korshær faktisk var nogle mennesker, som man egentlig godt kunne være sammen med.”

Hvad skal hospitalerne gøre?

”Der er brug for, at hospitalsledelser nedsætter udvalg, der kan overveje en målrettet indsats i forhold til socialt udsatte. Desuden er det meget vigtigt at understøtte basissygeplejerskerne. Hvis Gerda på medicinsk afdeling interesserer sig for behandlingen af hjemløse, så skal hun have mulighed for at tage kurser og udvikle sine kompetencer ved f.eks. at besøge sociale institutioner. På den måde kan erfaringerne sprede sig som ringe i vandet. Den gode sygeplejerske skal kunne se, at der er håb, og at der ikke er en dominerende norm, der siger, at sådan skal mennesker leve for at fortjene min sygepleje.”

bso@dsr.dk



10-årige Allegria , hvis navn betyder "Glæde", mistede som seksårig begge sine forældre til aids. Hun døde den 25. november af selvsamme sygdom.

En blodtransfusion, medicin og mad kunne have sikret hende en fremtid, men i Mozambique er man ved at tabe kampen mod hiv/aids.

Landsbyhospital. Mozambique har gennem 30 år modtaget ulandsbistand fra Danmark. Men det østafrikanske land er stadig blandt verdens fattigste, og mindst 15 pct. af befolkningen er smittet med hiv. På et lille hospital i kystbyen Vilankulo fulgte Fagbladet Sygeplejersken de ansatte og patienterne i fem dage i slutningen af november for at se, hvordan sundhed og sygdom håndteres uden direkte hjælp fra Vesten.

LANDET HVOR GLÆDE DØDE



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST
FOTO: LINE G. RASMUSSEN

På et forgældet landsbyhospital i Vilankulo i Mozambique kæmper to læger og alt for få sygeplejersker med at overkomme køen af patienter. De venter i klynger under skyggen fra kronen på et frodigt mafuta-træ på gårdspladsen ved hospitalets indgang, og de sidder i sandet langs hospitalets gule mure og venter i apatisk stilhed. Med børn byltet fast på ryggen og pårørende ved deres side. Det er formiddag, men solen kaster allerede sine glohede, hvide stråler over Mozambiques golve, sandede jord, og selv ikke udsigten til kystens smukke turkisblå hav kan formilde den søvnige, mismodige stemning, der kryber stille langs hospitalets afskallede vægge.

Mange har gået kilometervis for at få hjælp. På skadestuen tager en sygeplejerske imod forældreløse, 10-årige *Allegría Antonio*, der tynd og svækket, er blevet bragt til hospitalet for tredje gang af sin bedstemor.

De første to gange blev den syge pige, hvis navn betyder "Glæde", sendt hjem igen med et par aspiriner som behandling. Men nu har hun haft hævet mave og hostet kraftigt i ugevis og har ikke kunnet gå i skole. Hendes farmor, der bor i en hytte i landsbyen Pambarra 20 km fra kystbyen Vilankulo, tager til daglig vare på *Allegría* og

hendes søskende, der har mistet begge forældre pga. aids i 2004.

Besat af ond ånd

Farmoren har sammen med pigens mor-mor forsøgt alt, hvad der stod i de to fattige koners magt for at få hjælp til pigen.

"Da vi ikke synes, hovedpinepillerne hjalp, opsøgte vi en lokal læge. Men han havde ikke tid til at se *Allegría*, så hans kone gav os en recept på noget medicin, der heller ikke virkede. Vi fik at vide, at vi skulle give hende æg at spise, men det har vi ikke råd til at købe," siger *Allegrías* farmor, *Sarneta Faife*, der ernærer sig ved at dyrke en lille jordlod i Pambarra.

Bedstemødrene fortæller, at de blev desperate og har prøvet alt.

"Vi har også besøgt en traditionel healer, men han sagde, at *Allegría* var besat af en ond ånd. Vi fik noget medicin af ham også, men vi kan jo godt se, at hun ikke er besat, så vi nægtede at give hende det," siger *Sarneta Faife*.

Først efter en kvinde fra landsbyen, der er formand for den lokale organisation, som hjælper forældreløse børn, pressede lidt på, besluttede bedstemødrene at give hospitalet endnu et forsøg. Og denne formiddag er der bedre held.

I et af hospitalets mange overfyldte undersøgelseslokaler hjælper bedstemoren *Allegría* op i en gammel metalseng. Hun ryster, og sveden pibler frem på panden af den afkræftede pige, der stirrer stift frem for sig, mens brystkassen hæver sig i hurtige stød under hendes faldede T-shirt.

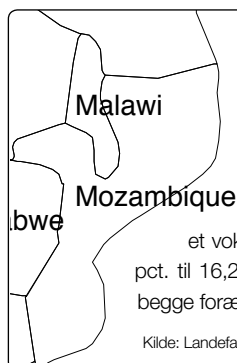
10 år og hiv-positiv

Efter sygeplejerskerne har undersøgt og testet *Allegría*, viser det sig, at hun har meget lavt indhold af jern i sit blod, og hun desuden er hiv-positiv.

"Når hiv-testen er positiv, har hospitalet ansvar for pigen. Først og fremmest skal hun have en blodtransfusion – ca. en halv liter, og derefter skal hun begynde behandling for hiv," fortæller sygeplejerske *Amina* på skadestuen, der er optimistisk. Hun kigger endnu en gang på hiv-testen, der som en graviditetstest viser to røde streger, når den er positiv. Hun undrer sig over, at *Allegría* viser sig at være hiv-positiv, for normalt dør børn, der er født med hiv, inden de fylder fem år, såfremt de ikke når at komme i behandling.

Men før hospitalet kan iværksætte hiv-behandling, skal *Allegría* komme sig over følgesygdommene. Og det kræver i første omgang en blodtransfusion. Men blod er ikke tilgængeligt på hospitalet, så familien skal selv finde en donor.

Allegrías bedstemor står stille ved sengekanten og venter på svar. Men hun får ingen. Sygeplejersken udfylder nogle papirer og indlægger *Allegría*. Som hun siger, så er det ikke hendes ansvar at fortælle bedstemoren, at barnet er hiv-positivt. Det skal hun høre fra en læge senere på dagen. Men den ene af hospitalets to læger, der i dag har vagten, sidder optaget af konsultation på en klinik, der tager sig af hiv-positive patienter.



))) FAKTA OM MOZAMBIQUE

Mozambique, der er tidligere portugisisk koloni, er beboet af godt 20 millioner mennesker og strækker sig over et areal på knap 800.000 km². Uafhængig af hvilken målestok der anvendes, er Mozambique fortsat et af de mest bistandsafhængige lande i verden. Alene dansk bistand udgjorde i 2007 320 mio. kr. Hiv/aids er et voksende problem. Fra 2003 er der sket en stigning i smittede fra 12 pct. til 16,2 pct. i 2006. I 2007 havde omkring 441.000 børn mistet én eller begge forældre på grund af aids, hvilket er en fordobling af antallet i 2003.

Kilde: Landefakta om Mozambique, Udenrigsministeriet.



Distrikthospitalet i Vilankulo har godt 100 patienter indlagt. Flere af bygningerne bærer endnu synligt præg af skaderne fra en cyklon, der hærgede for halvandet år siden.

» 80 km gåtur til hospital

Uden for konsultationen står godt 25 mennesker i kø og venter på at få recepter til hiv-medicin eller få foretaget den månedlige kontrol af deres immunforsvar. En mand har gået 80 km for at få tjekket, om han stadig kan klare sig uden hiv-medicin. Han bærer et lille, grønt kort på sig, hvor lægen noterer hans værdier. Han kan klare sig lidt endnu uden medicin.

Når han en dag skal starte den barske behandling, koster det 1,25 kr. for medicin til en måned, men dertil kommer, at han skal spise godt og regelmæssigt, og det har de færreste råd til i et land, hvor godt 80 pct. af befolkningen ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO lever for under 2 dollars om dagen. Men behovet for behandling er støt stigende. "CARE Mozambique" vurderer, at 1,5-2 millioner mennesker er smittede, og på det lille hospital kan lægerne også mærke antallet af patienter stige.

"Sidste år kom der 20 patienter dagligt med hiv, men nu er det steget til 60. På den medicinske afdeling har 45 pct. af patienterne hiv. De kommer langvejsfra og med sygdomme på forskellige stadier, derfor er der også mange af dem, som dør her," siger lægen *Milton Tatia*, der rengør sine hænder med alkohol – vand er ikke tilgængeligt i de indbyggede håndvaske. Kun få af hospitalets vandhaner på gårdspladsen giver en svag stråle rent vand fra sig.

Låner til vand og el

Hospitalet er i ringe forfatning. En cyklon ødelagde mange af bygningerne for halvandet år siden, og selv om der er skaffet penge til genopbygningen af et nyt hospital, er byggeriet endnu ikke begyndt. Et par sengeafsnitene er stadig lokaliseret i feltteltene, der ligger gloende hede og isolerede hen i udkanten af hospitalsområdet.

Den daglige drift er også lidt af en udfor-



7-årige Amos faldt i en brønd og brækkede sin fod. Et hjemmelavet snoretræk holdt hans ben hævet. Teltene fra et gammelt felthospital udgør et midlertidigt og gloende hedt sengeafsnit, hvor Amos er indlagt.



Allegrias familie venter på at komme til undersøgelse med den 10-årige pige, der viser sig at mangle blod og være hiv-positiv. Allegria når aldrig at få en blodtransfusion. Hun dør under et døgn efter sin indlæggelse.

dring. Hver måned modtager hospitalet godt 42.000 kr. fra det lokale distrikt. Det beløb dækker dårlig nok udgifterne til mad til patienterne, benzin til ambulancen og husleje til personalet. For at betale medicin, reparationer, el og vand må hospitalet optage lån, og på nuværende tidspunkt skylder det 125.000 kr. til de lokale erhvervsdrivende, der har lånt penge ud. Selv om donorpengene ikke vælter ind, så værdsætter lægen Milton Tatia hver en krone, der gives til hospitalet.

”Vi får 150 l benzin hver anden måned af ”CARE”, og de hvide i Vilankulo donerer deres blod, fordi vi behandler dem gratis. Vi er glade for det, vi kan få, for det giver os mulighed for at redde flere liv,” siger Milton Tatia, der endnu ikke har afsluttet sin toårige turnus.

Ingen dør på barselsgangen

Selv om både personale, medicin og øvrige ressourcer er en mangelvare, er der én afdeling, hvor behandlingen, ifølge lægen, er i top. Fødeafdelingen.

”Hvis en kvinde dør i barselssengen, skal vi skrive en rapport til provinsens ledelse. Der er et stort politisk fokus i Mozambique på at få antallet af kvinder og babyer, der dør i forbindelse med barsel, til at falde drastisk. Derfor er fødeafdelingen den bedste sektion på hospitalet,” siger han.

Sygeplejerske *Rosita Cuinhane*, der arbejder på fødeafdelingen, er enig. Hun har både medicin, udstyr og engangshandsker nok til at sikre de indlagte kvinder god behandling. Pladsen er trang, og 27-årige *Fatima*, der skal til at føde, ligger nøgen i en gynækologstol, der er presset ind mellem det brune metal-medicinskab og de åbne affaldsspande, hvor blodige vattotter og emballage fra det medicinske udstyr former en top på spanden.

Hun vander sig under veerne, mens Rosita gør et metalbækken klar og tager hand-

sker på. Da smerterne ser ud til at være på punktet af det uudholdelige, stiller Rosita sig ved *Fatimas* side og begynder at presse hende blidt på maven, mens hun fortæller, at det hele snart er overstået. Her er ingen pårørende, og ingen hånd at holde. Fødslen af *Fatimas* lille pige tager under en halv time, og da barnet er kommet til verden, lægger Rosita pigen på en hynde i et klæde, tørrer *Fatima* nødtørftigt for blod og forlader stuen.

De stærke kvinder

Den lille pige græder hjerteskræende fra hylden, men det er meningen, forklarer Rosita.

”Hun skal lige vræle godt igennem. Mor og barn bliver forenet senere,” siger hun. *Fatima* ser ud til at affinde sig med situationen uden de store følelser.

”Kvinder i Mozambique er stærke. De sætter en ære i ikke at græde eller vise følelser,” forklarer Rosita, inden hun går stuegang blandt de indlagte kvinder.

De to bedstemødre, der sidder ved *Allegrias* side på den medicinske afdeling tæt ved fødeafsnittet, synes heller ikke at bære deres bekymringer for den syge pige uden-

på. De gamle koners ansigter er foldet i apatiske rynker, mens farmoren langsomt og blidt aer *Allegrias* fingerspidser uden at mæle et ord.

Alligevel virker de opgivende, da de sent på eftermiddagen, stadig ikke har set en læge eller fået besked om pigens tilstand. Om de allerede da havde mistet håbet, kan kun de vide. Men den hiv-smittede pige med navnet ”Glæde” nåede aldrig at blive tilset af en læge eller få sin blodtransfusion. Under et døgn efter sin indlæggelse – natten til tirsdag den 25. november – døde hun. Hendes fireårige lillesøster med navnet ”Glem mig ikke” var endnu ikke testet for hiv, da hendes søster dagen derpå blev begravet mellem et mangotræ og et cashewtræ i landsbyen Pambarra.

Udviklingsorganisationen ”CARE Danmark”, der via lokale organisationer hjælper fattige mennesker i ulande verden over med at skabe et bæredygtigt levegrundlag, har arrangeret turen til Mozambique for Fagbladet Sygeplejersken. Rejsen er betalt CARE, der modtager støtte fra Danida.

kbc@dsr.dk

))) ”VI TABER KAMPEN MOD HIV”

Mellem 1,5-2 millioner mennesker i Mozambique er smittet med hiv. Heraf har mindst 400.000 nu brug for behandling, men kun 122.000 får den. Da der ikke er nok medicin eller nok sundhedspersonale, har regeringen bedt om, at de humanitære hjælpeorganisationer og det lokale sundhedsvæsen ikke øger antallet af dem, der får behandling. Man vil gerne garantere kvaliteten af behandlingen for derved at sikre befolkningens tilid.

”Det virker aldrig, som om at det, vi gør, er nok. For hver gang vi behandler én person, er der samtidig fem, der bliver smittet. Vi taber krigen mod hiv i det her land,” siger brasilianeren *Louis Gibier de Souza*, chef for CAREs Aids & Sundhedsprogram i Mozambique. Det til trods mener han, at der er fremskridt at spore.

”Tænk på at inden år 2000 var der ingen behandling overhovedet, ingen konsultation eller rådgivning. Så der sker da noget. Det bliver bedre. Men det tager lang tid at ændre et helt lands måde at gøre tingene på. Det tager lang tid,” siger *Louis Gibier de Souza*, der fastholder, at en lille indsats altid er bedre end ingen handling overhovedet.

Hvis ledelse skal virke, skal lederne sættes fri

På trods af de seneste mange års reformer af sundhedsvæsenet, senest med kommunalreformen og kvalitetsreformen, står sundhedsvæsenet i dag nærmest over for flere udfordringer, end det nogen sinde har gjort før. Flere og flere borgere efterspørger sygepleje og behandling af høj kvalitet, samtidig med at det er blevet vanskeligere at rekruttere og fastholde sygeplejersker, læger og andre sundhedsprofessionelle.

Måske er det ikke så underligt, at reformerne efterlader en stribe uløste udfordringer. Et langt stykke hen ad vejen har reformerne primært handlet om at ændre strukturerne. Man har samtidig undladt direkte at tage bid på, hvordan der skabes attraktive arbejdspladser, hvor sygeplejersker kan få lov til at bruge og udvikle deres kompetencer, og hvor udvikling af kvalitet og et godt arbejdsmiljø er i fokus. Det kræver engagement og forstå-

else for den hverdag, sygeplejerskerne befinder sig i. Her spiller nærhed og god ledelse naturligvis en helt afgørende rolle.

Spørgsmålet er, om den erkendelse er ved at gå op for regeringen? For ganske vist indeholder den seneste kvalitetsreform som noget nyt en ansats til en egentlig ledelsesreform i sundhedsvæsenet og resten af den offentlige sektor. Spørgsmålet er bare, om det er nok?

Indtil videre har de initiativer, der er taget, mest af alt handlet om, at alle ledere skal have ret til en lederuddannelse, at alle ledere skal evalueres, samt nogle luftige betragtninger om at styrke de rammer, lederne kan handle inden for.

Dermed er der ikke taget bid på, at lederne i sundhedsvæsenet i dag oplever at befinde sig i et krydspres, hvor deres ledelsesrum dagligt udfordres af rammer, de ikke har kontrol over.

I virkeligheden kan man sige, at ledelsesudfordringen i dag står ved en korsvej. Enten kommer ledelsesudfordringerne til at handle om, at lederne bliver "implementeringsagenter", dvs. at deres hovedopgave bliver ukritisk at udføre de beslutninger, som politikerne sætter i gang. Det er den udvikling, vi kender i dag. Og det styrker næppe arbejdsglæden, hverken hos lederne eller medarbejderne.

Eller også går politikerne den anden vej og giver lederne de rammer og vilkår, som sikrer, at de bliver forandringsagenter, som får mulighed for at skabe attraktive arbejdspladser, hvor sygeplejersker og andre har mulighed for at bidrage med og udvikle deres faglighed.

Hvis sundhedsvæsenet og den offentlige sektor skal kunne løse deres særlige opgaver fremover, er der næppe tvivl om, at politikerne skal vælge den anden vej.

"Indtil videre har de initiativer, der er taget, mest af alt handlet om, at alle ledere skal have ret til en lederuddannelse, at alle ledere skal evalueres, samt nogle luftige betragtninger om at styrke de rammer, lederne kan handle inden for."

Dorte Steenberg
Dorte Steenberg,
2.-næstformand



Vejen til verdensklasse

Danskerne skal have sundhedstilbud i verdensklasse. Det mål er regeringen og Dansk Sygeplejeråd enige om. Og det er et mål, som tusindvis af medarbejdere i sundhedsvæsenet arbejder for at opfylde hver dag.

De strukturelle rammer for sundhedsvæsenet er ved at være på plads. Med fem bæredygtige regioner og flere sundhedsopgaver i kommunerne er strukturen i dag bedre rustet til at nå målet om sygepleje og behandling i verdensklasse end før.

Samtidig er de fysiske rammer for tidssvarende sygehuse ved at blive lagt fast. Regeringen investerer hele 25 mia. kr. over 10 år oven i de normale anlægsrammer i en ny sygehusstruktur. Det betyder en samling af specialerne og et omfattende nybyggeri og modernisering på vores sygehuse. Målet er bedre vilkår for patienter og medarbejderne i sundhedsvæsenet.

Men de nye rammer kan langtfra stå alene. Nu skal rammerne fyldes ud, og regeringen og Dansk Sygeplejeråd kan se tre fokusområder for de kommende års sundhedspolitik:

- Vi skal styrke forebyggelsesindsatsen
- Vi skal øge kvaliteten i sygepleje og behandling.
- Og vi skal have fokus på at udvikle og anvende medarbejderens kompetencer bedre.

Gælder om at undgå kontakt

Lad os først se på forebyggelsesindsatsen. Sundhed begynder ikke ved sygehusets svingdør. En ansvarlig sundhedspolitik handler i virkeligheden om at undgå, at borgerne skal i kontakt med det behandlende sundhedsvæsen.

Om 12 år regner Verdenssundhedsorganisationen WHO med, at livsstilsfaktorer vil være ansvarlige for 70 pct. af alle sygdomme og for tidlig død. Allerede i dag bruger 3 pct. af danskerne op til 45 pct. af sundhedsvæsenets samlede ressourcer. Det er ofte kronisk syge patienter, der har behov for omfattende behandling og sygepleje. Og der er ingen grund til at tro, at antallet af kronisk syge bliver mindre. Statens Institut for Folkesundhed anslår, at antallet af kronikere vil stige til to millioner danskere i 2020.

Tallene udgør et dystert perspektiv for folkesundheden. Det stigende antal kronisk syge vil medføre øgede sundhedsudgifter og et øget pres på de sundhedsprofessionelle.

Der er derfor ingen vej udenom: Væksten i antallet af danskere, der får en folkesygdom, skal nedbringes markant. Og de, der allerede har fået en kronisk sygdom, skal have et bed-

re sundhedstilbud, så de undgår sygdomsforværring og tabte leveår.

Regeringens Forebyggelseskommission arbejder i disse dage på et kvalificeret grundlag for en national handlingsplan for forebyggelse, der skal opstille konkrete mål for indsatsen – f.eks. skal antallet af rygere ned, og antallet af fysisk aktive danskere skal i vejret. Der er ingen tvivl om, at sygeplejerskerne bliver helt centrale i den indsats, og at det er oplagt at overlade flere forebyggelsesopgaver til sygeplejerskerne.

Kvaliteten skal være i top

Den anden indsats handler om at styrke kvaliteten i sygepleje og behandling. Hvis borgerne bliver syge eller ramt af et uheld, skal kvaliteten i sygepleje og behandling være i top.

Der sker allerede en kraftig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Et eksempel er Den Danske Kvalitetsmodel, der vil betyde, at alle offentlige og private sygehuse skal leve op til kvalitetsstandarder, der overvåges af et uafhængigt akkrediteringsinstitut.

Kronisk syge skal have forløbsprogrammer, der sikrer en klar arbejdsdeling mellem sygehus, sygeplejen i kommunerne og i almen praksis. Regeringen har sat en halv milliard af til øget patientundervisning og egenbehandling af kronisk syge. Nu skal der skabes bedre forløb, og samspillet mellem sygehuse og det kommunale sundhedsvæsen skal styrkes, så færdigbehandlede patienter hurtigere kommer hjem fra sygehuset til et kommunalt tilbud. F.eks. kan koordinerende sygeplejersker skabe sammenhæng for de ældre medicinske patienter, når de udskrives fra sygehuset.

Patienter med livstruende sygdomme skal have akut handling. For kræftpatienterne implementeres lige nu pakkeforløb, der skal sikre en hurtig diagnosticering og behandling. Der er stadig meget at gøre, men der er grund til at anerkende de sundhedsprofessionelle, der er godt i gang med at revolutionere kræftbehandlingen i Danmark, så endnu flere vil overleve sygdommen i fremtiden. Ad samme vej skal vi fremover skabe bedre sundhedstilbud til hjertepatienterne.

Personalemangel skal afhjælpes

Den tredje indsats handler om at sætte fokus på de sundhedsprofessionelle og arbejdsdelingen mellem faggrupperne.

Det er en forudsætning for, at sundhedsvæsenet kan skabe højere kvalitet, at der er et tilstrækkeligt antal sundhedsprofes-

sionelle, og at medarbejderne bruger deres kompetencer rigtigt.

En stor del af indsatsen handler om at løse manglen på sundhedspersonale. Allerede i dag er der mangel på sygeplejersker og andre faggrupper, og udfordringen vil ikke blive mindre i årene, der kommer.

Der skal optages flere på uddannelserne. På sygeplejerskeuddannelsen er antallet af ansøgere med uddannelsen som 1.-prioritet desværre faldet med knap 18 pct. fra 2007 til 2008. Den udvikling skal vendes, og regeringen har sammen med Dansk Sygeplejeråd, uddannelsesinstitutionerne og arbejdsgiverne nu taget initiativ til en national rekrutteringskampagne.

I en tid med mangel på sundhedsprofessionelle er det afgørende, at kompetencerne anvendes bedst muligt.

Nytænkningen af arbejdsdelingen er allerede i gang. Regeringen har f.eks. ændret de gamle regler, så sundhedsplejersker med særlig uddannelse kan overtage ind- og udskolingsundersøgelserne, så alle børn får mulighed for at få den børneundersøgelse, de har krav på. Og sygeplejersker kan indtage en vigtig rolle i almen praksis, hvor de kan være med til at sikre, at patienterne får den sygepleje og behandling, de har behov for i deres nærmiljø. Det er en god udvikling. Derfor er Sundhedsstyrelsen i gang med at undersøge mulighederne for i højere grad at lade sygeplejersker løse opgaver, som i dag varetages af læger, men som ikke forudsætter lægefaglig ekspertise. Det er her oplagt at undersøge de udenlandske erfaringer med "advanced nurse practitioners" til kronisk syge patienter.

Turbo på nye arbejdsdelinger

Samtidig med at sygeplejersker får nye funktioner, er det oplagt at se på, hvilke opgaver sygeplejerskerne med fordel kan afgive til andre faggrupper. Det kan f.eks. være, at social- og sundhedsassistenter skal spille en større rolle i de stabile og ikke-komplicerede forløb.

Mange sygehuse og kommuner har allerede gode erfaringer med nye arbejdsdelinger. Den udvikling skal der turbo på. Derfor har regeringen, de faglige organisationer og arbejdsgiverne nedsat en task force, der skal fremlægge en strategi for, hvordan medarbejdernes kompetencer kan anvendes bedre, og hvordan det sikres, at opgaverne ikke varetages på et højere specialiseringsniveau end nødvendigt. Task forcen skal bl.a. afdække, hvilke barrierer der spænder ben for opgaveglidning og en bedre tilrettelæggelse af arbejdet.

Opgaveglidning og øget specialisering på både sygehusene og i kommunerne, som får flere komplekse sundhedsopgaver, stiller nye krav til fagligheden. Ikke mindst til sygeplejerskerne. Sygeplejersker er den eneste faggruppe, som er uddannet til klinisk sygepleje relateret til patienter med komplekse, akutte og kroniske sygdomme. Det er funktioner, som i et højt specialiseret sundhedsvæsen har afgørende betydning for patienternes sundhed og sikkerhed. Den nye specialuddannelse til kræftsyrgeplejersker er et eksempel på den udvikling, og kompetenceudvikling og karriereveje tæt på patienterne bliver en central opgave i de kommende år. For at understøtte den udvikling fremlægger regeringen i samarbejde med bl.a. Dansk Sygeplejeråd i foråret 2009 en samlet strategi for sygeplejerskernes efter- og videreuddannelse. Et vigtigt område er akutområdet, hvor udviklingen i sundhedsvæsenet stiller store krav til sygeplejerskernes kompetencer.

Danskerne skal have sundhedstilbud i verdensklasse. Forudsætningen er en målrettet indsats på alle tre fronter: styrket forebyggelse, højere kvalitet i sygepleje og behandling og større fokus på de sundhedsprofessionelle og arbejdsdelingen mellem faggrupperne.

Kronikken blev bragt første gang i Berlingske Tidende mandag den 5. januar 2009.

AF JAKOB AXEL NIELSEN (K), MINISTER FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, OG
CONNIE KRUCKOW, FORMAND FOR DANSK SYGEPLEJERÅD



Forkortet Produktresumé.

RotaTeq®, oral opløsning rotavirus vaccine. RotaTeq er en pentavalent vaccine, der består af rotavirus serotyperne G1, G2, G3, G4 og P1(8).

Indikation: RotaTeq er indiceret til aktiv immunisering af spædbørn fra 6-ugers-alderen til forebyggelse af rotavirus-gastroenteritis (RG).

Dosering og indgivelsesmåde: Kun til oral indgivelse. Der gives tre doser RotaTeq. Den første dosis kan indgives fra 6-ugers-alderen og senest ved 12-ugers-alderen. RotaTeq kan gives til præmature spædbørn under forudsætning af, at graviditeten har været mindst 25 uger. Disse spædbørn skal have den første dosis RotaTeq mindst seks uger efter fødslen. Der skal være mindst 4 uger mellem hver af de efterfølgende doser. Det er at foretrække, at alle tre doser gives før 20-22-ugers-alderen. Alle tre doser skal være givet ved 26-ugers-alderen. Der skal indgives en komplet 3-dosis vaccinationsserie med RotaTeq for at tilvejebringe en varig beskyttelse imod RG. Efterfølgende analyser viser at RotaTeq fra ca. 14 dage efter første dosis reducerer antallet af alvorlige tilfælde af RG (hospitalsindlæggelser eller skadestuebesøg). RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

Det anbefales, at spædbørn, som får RotaTeq ved den første vaccination mod rotavirus, får den samme vaccine til de efterfølgende doser. Hvis det observeres, eller der er stærk mistanke om, at der er blevet indgivet en ufuldstændig dosis (f.eks. hvis barnet spytter vaccinen ud eller gyper vaccinen op), kan en enkelt erstatningsdosis gives i løbet af den samme konsultation. Hvis problemet gentager sig, bør der ikke gives yderligere erstatningsdoser. Yderligere doser efter gennemførelsen af serien på tre doser anbefales ikke.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Overfølsomhed efter en tidligere indgivelse af rotavirus-vacciner. Intussusception i anamnesen. Bør ikke gives til personer med medfødte misdannelser i mave-tarmkanalen, da disse misdannelser kan prædisponere for intussusception. Bør ikke gives til spædbørn med kendt eller mistænkt immundefekt. Asymptomatisk HIV-infektion forventes ikke at påvirke sikkerheden eller virkningen af RotaTeq. Da der ikke eksisterer tilstrækkelige data, anbefales det imidlertid ikke at vaccinere spædbørn med asymptomatisk HIV med RotaTeq. Vaccination med RotaTeq skal udsættes for spædbørn med en akut, svær sygdom med feber. Forekomst af mild infektion er ikke en kontraindikation for vaccination. Vaccination med RotaTeq skal udskydes for personer med akut diaré eller opkastning.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen: Der findes ingen sikkerheds- eller virkningsdata vedrørende indgivelse af RotaTeq til immunkompromiterede spædbørn, spædbørn, der er inficeret med HIV, eller spædbørn, der har modtaget en blodtransfusion eller immunoglobuliner inden for 42 dage efter doseringen. Der findes ikke sikkerheds- og virkningsdata for spædbørn med aktiv, gastrointestinal sygdom (herunder kronisk diaré) eller hæmmet vækst. Indgivelse af RotaTeq kan overvejes med forsigtighed til sådanne spædbørn, når undladelse af vaccination efter lægens vurdering medfører større risiko. RotaTeq indeholder sukrose. Patienter med sjældne, arvelige problemer med fruktoseintolerans, glukose-galaktose malabsorption eller sucrose-isomaltaseinsufficiens må ikke modtage denne vaccine. Der skal tages højde for den potentielle risiko for åpn og behovet for respiratorisk overvågning i 48-72 t. ved indgivelse af den primære vaccinationsserie hos præmature spædbørn (født ≤ 28. gestationsuge) og særligt hos personer med tidligere respiratorisk immaturitet i anamnesen. Da fordelene ved vaccination er stor for denne gruppe af spædbørn, bør vaccination ikke undlades eller udsættes.

Interaktioner: Kliniske undersøgelser, der involverede samtidig indgivelse af RotaTeq med en række andre rutinemæssige spædbørnevacciner ved 2, 4, og 6-måneders-alderen viste, at immunsvaret på og sikkerhedsprofilen af de indgivne vacciner var upåvirket (se produktresumé for flere detaljer)

Bivirkninger: Meget almindelige: Diaré, opkast, pyrex. Almindelige: Infektion af de øvre luftveje.

Pakning og pris (ESP) 29. 12. 2008: 1 dosis pakning indeholder 2 ml opløsning i en forfyldt tube, der kan presses, med afdrejelig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 439,65. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

Indehaver af markedsføringstilladelsen: Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallevej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Oktober 2008. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/PDFs/EPAR/RotaTeq/H-669-PI-da.pdf>

For lille som målgruppe

Af Kirsaa Ahlebæk, rektor



Udtalelse fra den ekstraordinære generalforsamling i Klub for Ledende Sygeplejersker på Bornholm den 4. december 2008:

"Det er med stor beklagelse, at generalforsamlingen i dag har besluttet at nedlægge Klub for Ledende Sygeplejersker på Bornholm. Klubben blev stiftet den 20. november 2007 som en konsekvens af strukturændringerne i Dansk Sygeplejeråd og er os bekendt den eneste klub for ledende sygeplejersker, der er stiftet i Kreds Hovedstaden.

Klubben har været aktiv i det forløbne år, og mere end 50 pct. af de ledende sygeplejersker på Bornholm har meldt sig ind i klubben. Når vi alligevel har valgt at opløse klubben, er det primært begrundet i manglende opbakning fra Kreds Hovedstaden. I stedet for at bruge klubben som et godt eksempel på ledende sygeplejersker, der er fagligt aktive, har vi fået negativt svar på ansøgning om økonomisk støtte til fagligt arrangement – med den begrundelse, at vi var for lille en målgruppe.

For at være en klub i Dansk Sygeplejeråds regi kræves, at mange formalia overholdes. Uden økonomisk opbakning mener vi ikke, det er umagen værd at bruge fritid på at opfylde disse formalia. Når vi alligevel skal gøre alt arbejdet selv, og som ledende sygeplejersker i et udkantsområde oplever, at vi ikke kan få del i kontingentkroner til aktiviteter, er det meget nemmere at oprette netværksgrupper. Her kan vi diskutere faglige emner og ledelse uden at bruge tid på formalia.

Vi tvivler på, hvordan medlemsengagementet i yderkantsområderne fremover kan holdes i live."

*På bestyrelsens og den ekstraordinære generalforsamlings vegne,
Rønne, den 4. december 2008.*

*Kirsaa Ahlebæk, formand for den nu opløste bestyrelse
for Klub for Ledende Sygeplejersker på Bornholm.*

"Det er udansk og en trussel imod vores skandinaviske velfærdsmodel at fortsætte den igangværende udvikling på hospitalsområdet, da det vil medføre dannelsen af sundhedsmæssige A- og B-hold. Lad os stå sammen om, at vi alle vil og skal på A-holdet."

Claus Moe, klinisk lektor, Københavns Universitet, og overlæge, Bispebjerg Hospital, om den stot stigende andel af private sundhedsforsikringer og hospitalsbudgettet i privat regi i Berlingske Tidende den 8. januar 2009.

»»» HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

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

Oplever du, at en del af den dokumentation, du udfører, kan skæres væk?


Læs temaet om dokumentation i *Sygeplejersken* nr. 2/2009 på side 12-20.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 25-26/2008:

Stjæler hverdagens usynlige gøremål din tid fra patienterne?

Svar	antal	pct.
Ja	163	83,2
Nej	19	9,7
Ved ikke	14	7,1
I alt	196	100

Eva Sonne

 Tidligere fællestillidsrepræsentant på Rigshospitalet og amtsbestyrelsesmedlem i Kreds Hovedstaden, *Eva Sonne*, er død.

Vi havde glæden af at sidde i amtsbestyrelsen i Hovedstaden sammen med Eva. Eva var et utroligt dejligt bekendtskab: Hun havde en kæmpe viden om og erfaring med politiske beslutningsprocesser, en skøn sans for humor og ikke mindst et mod til at stå fast på sine synspunkter. Modet til at stå fast, selv om det kostede, er noget, der står respekt om; Eva leflede ikke for nogen, var ikke bange for at stille sig op mod autoriteter – det kunne mange politikere lære af.


For os var Eva en rigtig god sparringspartner. Men først og fremmest var Eva én, det var sjovt at lave politik med. At være til kongres i Dansk Sygeplejeråd var ikke det samme, efter at Eva pga. sygdom var nødt til at trække sig fra amtsbestyrelsen og dermed kongressen.

Vores tanker går til hendes nærmeste, *Helle* og *Birgit*.

Æret være Evas minde!

Ken Strøm Andersen og Mari Holen.

Eva Sonne

 *Eva Sonne* er død efter lang tids svær sygdom. Hun blev kun 56 år. Eva blev bisat lørdag den 15. december ved en gribende og smuk ceremoni i Margrethe-kapellet i Holbæk.

Eva blev uddannet fra Sct. Joseph Hospitals Sygeplejerskole i 1975. Arbejdede på Finseninstituttet til 1988 og kom derefter til Rigshospitalet, hvor hun var ansat som anæstesisygeplejerske til 2004, hvorefter hun i et par år var ansat som leder af Sterilcentralen.

Men det er som tillidsrepræsentant og fællestillidsrepræsentant for sygeplejerskerne på Rigshospitalet, som medlem af amtsbestyrelsen i Hovedstaden og som medlem af Dansk Sygeplejeråds kongres, at Eva virkelig gjorde sig bemærket, og det er i de funktioner, mange husker Eva. I den tid, hvor jeg var formand for amtskredsen, arbejdede jeg meget tæt sammen med Eva, men jeg var også så heldig at komme tæt på Eva som privatperson.

Eva var klog, morsom, hjælpsom og en fighter, når det drejede sig om at forbedre sygeplejerskernes løn og arbejdsforhold, ligesom Eva var en stor støtte for mange sygeplejersker, der blev ramt af svære problemer f.eks. i forbindelse med omplaceringer og afskedigelser.

Jeg har gennem årene vendt mange fagpolitiske spørgsmål med Eva, hun lyttede, kom med spørgsmål, drillede og kom med alternativer, og pludselig havde hun hjulpet en til at træffe (den rigtige) beslutning. En uvurderlig egenskab, som mange har nydt godt af.

Eva var en fantastisk kammerat, og der var ingen grænser, når hendes venner havde brug for en hjælpende hånd.

Når det drejer sig om Eva, kan man ikke komme uden om at nævne hendes humoristiske sans. Den blev brugt i dagligdagen, men også i det fagpolitiske arbejde, som da hun fra talerstolen på en af kongresserne sagde: "Der er pollental, der er mere spændende end tallene på min lønseddél ..."

Eva boede i sine sidste leveår i et rækkehus i Nykøbing Sjælland sammen med *Helle*.

Vi er mange, der savner Eva. Mine tanker går især til *Helle* og Evas søster *Birgit*.

Anna Guttesen.

Jytte Kiær

 En nestor er død.

Jytte Kiær døde den 26. november, 93 år gammel.

Jytte var en pionér inden for udvikling af teoretisk og forskningsbaseret sygepleje. Hun blev uddannet sygeplejerske i 1940 og sundhedsplejerske i 1957. Året efter blev hun ansat på Danmarks Sygeplejerskehøjskole ved Aarhus Universitet på sundhedsplejerskelinjen. I 1963 fik hun et etårigt studielegat fra Rockefeller Foundation til at studere ved et universitet i USA og kom inspireret tilbage til Sygeplejerskehøjskolen.

Jytte blev den første afdelingsleder af 2.-delsstudiet samme sted og blev dér, til hun blev pensioneret i 1981. Hun skrev mange artikler og var med til at oversætte *Pamela Mitchells* "Sygepleje: Grundlæggende begreber".

Med sit sygeplejefaglige og organisatoriske klarsyn evnede Jytte at sammensætte fag og ansætte dygtige eksterne undervisere, således at de studerende fik en bred faglig kompetence. Hun var en markant personlighed, mild og stædig på én og samme gang. Vi, der var studerende, kunne ikke undgå at blive påvirket af hendes tillid til, at vi var dygtige sygeplejersker, som skulle ud i samfundet og sørge for at tage hele patienten med i sygeplejen.

Sygepleje og familieliv var omdrejningspunkter i Jyttes liv. Hun mistede tidligt sin mand og stod tilbage med to sønner, som til Jyttes store glæde udvidede familien med svigerdøtre, børnebørn og oldebørn.

Jytte tilbragte de sidste seks år af sit liv på Stenslundcentret i Odder. Jyttes hjerne var skarp og klar til det sidste.

Æret være hendes minde.

Hanne Johansen og Elisabeth Pettersson.



Synergi

DSR's nyhedsbrev

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

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

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	44
Faglig information >>	44
Agenda >>	50
Testen >>	59
Anmeldelser >>	60
5 faglige minutter >>	66

Forebyggelse af akut
hospitalsindlæggelse >> 52

Aktiv og anderledes
forebyggende samtale >> 56

Støt patienterne i
kampen for afholdenhed >> 46

FOTO: ISTOCK

»»» FAGTANKER

Din intuition holder ikke

Lever du i den vildfarelse, at du qua din uddannelse og erfaring pr. instinkt kan afgøre, hvorvidt en given alkoholfhængig patient har et afholdenhedspotentiale eller ej, og det derved kan betale sig at bruge tid og energi på patientens alkoholvaner, tager du fejl. Det viser en undersøgelse beskrevet i artiklen "Støt patienterne i kampen for afholdenhed" side 46. Her blev patienter med et skadeligt alkoholforbrug spurgt om deres egen vurdering af deres motivation for afholdenhed, ligesom de professionelle vurdering af patienternes motivationsgrad blev målt.

Patienternes drikkemønster otte uger efter viste, at nogle af de patienter, personalet fandt topmotiverede, ufortrødent havde fortsat deres drikkeri, og omvendt. Der var dog heller ikke nogen sammenhæng mellem patienternes egen-

vurdering af deres motivation og drikkestatus. Hvilke faktorer der rent faktisk var udslagsgivende for patienternes valg mellem afholdenhed eller fortsat drikkeri, har undersøgelsen desværre ikke beskæftiget sig med. Nogen burde finansiere denne vigtige opfølgning.

Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Måling af funktions- evne og helbred gennem ICF

Artiklen henvender sig til ledere og sygeplejersker med interesse for klassifikationer. Hovedbudskabet er, at danske fysio- og ergoterapeuter samt sygeplejersker er de hyppigste brugere af det internationalt anerkendte klassificeringsredskab ICF. Artiklen udspringer fra MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Århus.

AF SUSANNE HYLDGAARD, SYGEPLEJERSKE, MPH, OG CLAUS VINThER NIELSEN, SPECIALLÆGE I SOCIALMEDICIN, PH.D.

Verdenssundhedsorganisationen WHO har gennem en længere årrække udviklet en klassifikation, der kan supplere den lægefaglige diagnose med en beskrivelse af, hvad sygdom betyder for borgerens liv og hverdag – denne klassifikation kaldes International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed i Århus, har undersøgt, hvor, af hvem og hvordan ICF anvendes i Danmark. Denne artikel beskriver undersøgelsens vigtigste resultater.

Bred tilgang til funktionsevne og helbred

ICF er internationalt godkendt i 2001 og anvendes som en fælles ramme til måling af en persons funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbred. Redskabet er i dag et internationalt accepteret værktøj, der benyttes tværfagligt og tværsektorielt. Den danske oversættelse blev udgivet af Sundhedsstyrelsen i 2003 (1).

ICF har en bio-psyko-social indgangsvinkel til mennesket og flytter fokus fra sygdom og helbredelse til også at omfatte det, der har betydning for personens deltagelse i et almindeligt hverdagsliv, i fællesskab med andre og i samfundet. ICF

- synliggør samspillet mellem personens helbredsbedingede nedsættelse i funktionsevnen, de personlige ressourcer og ressourcer i personens omgivelser
- udgøres af fem komponenter, som alle har betydning for det enkelte menneskes hverdagsliv; 1) kroppens funktioner og anatomi, 2) helbredstilstand/sygdom, 3) aktiviteter, 4) deltagelse og 5) personlige og omgivelsesmæssige faktorer. De fem komponenter sikrer en nuanceret beskrivelse af personens funktionsevne og daglige liv
- er tænkt som en fælles terminologi for sundheds- og socialfagligt personale og kan anvendes til udveksling af data på tværs af fag, sektorer og landegrænser.

Undersøgelse af udbredelsen i Danmark

I Danmark har ICF været anvendt i forskellige sammenhænge siden 2001, og MarselisborgCentret gennemførte i 2008 en national undersøgelse af, hvor i landet, i hvilke organisationer, af hvilke faggrupper og på hvilken måde ICF anvendes aktuelt. Rapportens resultater er baseret på en web-baseret spørgeskemaundersøgelse i landets fem regioner i perioden juli 2007 – februar 2008. Deltagere i undersøgelsen var medarbejdere ved offentlige og private organisationer inden for sundheds- og socialområdet i landets 98 kommuner.

Sygeplejersker tredjestørste gruppe

Undersøgelsen viser, at ICF anvendes af 150 organisationer i 2/3 af landets kommuner. Aktørerne er medarbejdere ved både statslige, regionale, kommunale og private organisationer. Samtlige Universitetshospitaler anvender ICF, ligesom videnscentre og uddannelsescentre som CVU og VIA University College anvender ICF ved sundhedsuddannelserne.

Det er interessant, at ICF har en udbredt opmærksomhed blandt mange forskellige fagprofessionelle både i klinisk praksis og uddannelse. Specielt fysio- og ergoterapeuterne er vældig aktive, mens sygeplejerskerne er repræsenteret som den tredjestørste aktive gruppe.

ICF anvendes hyppigst som redskab til bedømmelse af behov i forbindelse med kommunikations- og dokumentationsmateriale, i undervisning samt ved udvikling af klinisk praksis. Flere organisationer anvender også ICF ved monitorerings- og forskningsarbejde samt ved udarbejdelse af målsætninger og kliniske retningslinjer.

Hyppigst er brugen for øjeblikket i organisationer, hvor forskellige faggrupper og sektorer skal have fælles samarbejde omkring borgernes livssituation. Her giver ICF mulighed for et kvalitativt løft omkring kommunikation, koordination og kontinuitet på tværs af fag og sektorer.

Susanne Hyldgaard er ansat som projekt- og udviklingskonsulent i MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Århus; Susanne.Hyldgaard@stab.rm.dk
Claus Vinther Nielsen er regionssocialoverlæge og leder af MarselisborgCentret, Center for Folkesundhed, Århus; Claus.Vinther@stab.rm.dk

Rapporten "Kortlægning af ICF i Danmark – en national undersøgelse af udbredelsen og anvendelsen af WHO's Klassifikation for Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand" kan købes ved henvendelse til MarselisborgCentret, P.P. Ørumsgade 9, 8000 Århus, tlf. 8949 1212, eller downloades på www.marselisborgcentret.dk > Publikationer

Litteratur

1. Schiøler G, Dahl T. International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsnedsættelse og Helbredstilstand. København: Munksgaard Danmark; 2003.
2. Kortlægning af ICF i Danmark – en national undersøgelse af udbredelsen og anvendelsen af WHO's Klassifikation for Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand, MarselisborgCentret; 2008.

Detektivarbejde at kortlægge ældres medicinering

AF STEFFEN HOGG CHRISTENSEN, SYGEPLEJERSKE

Indlægget henvender sig til sygeplejersker med interesse for at eliminere fejl og mangler i ældre patienters medicinering. Indlægget er baseret på et projekt fra Frederiksberg Hospital, Akut Modtage Afsnit. Afdelingen har arbejdet med Medicinafstemning, siden Operation Life startede i foråret 2007.

Når ældre mennesker indlægges på hospital, mangler der næsten altid oplysninger om et eller flere lægemidler.

Efter udskrivelsen har 2/3 af patienterne spørgsmål til deres medicin.

Det viser en ny rapport fra Akut Modtage Afsnit, AMA, på Frederiksberg Hospital. En klinisk farmaceut har sammen med en sygeplejerske gennemgået medicinen hos 258 indlagte patienter i perioden juni 2005 til oktober 2007.

Sygehuspersonalet bruger betydelige ressourcer på at udrede trådene omkring patienternes medicin, når de indlægges. Den praktiserende læge har ikke altid komplet viden om patientens medicin, og patienten kan ofte ikke give fuldstændige oplysninger om, hvilken medicin han plejer at tage.

I undersøgelsen blev der indsamlet data om medicin på 258 patienter, som er indlagt på geriatrisk klinik H3 via hospitalets akutte modtageafsnit. Patienterne i under-

søgelsen havde en gennemsnitsalder på 84,4 år. De hyppigste indlæggelsesdiagnoser var svimmelhed, fald i hjemmet, sociale årsager, væskemangel og demens. Afhængigt af diagnosen fik patienterne i gennemsnit mellem to og 11 forskellige slags medicin ved indlæggelsen.

Den nye rapport fremkommer med en række anbefalinger, og den viser bl.a., at en medicingennemgang ved en klinisk farmaceut førte til rettelser eller ændringer i medicinlisten hos 80 pct. af projektpatienterne.

Den personlige, elektroniske medicinprofil, PEM, er et rigtig godt hjælpemiddel i detektivarbejdet. PEM viser alle patientens indkøb af receptpligtig medicin på apoteket. Den kliniske farmaceut hentede oplysninger ved et opslag i PEM. I gennemsnit fandtes der et lægemiddel mere pr. patient i PEM end noteret af lægen i indlæggelsesnotatet.

I nogle tilfælde var det vigtige lægemidler, der manglede, f.eks. blodtrykssænkende medicin og diabetesmedicin. I andre tilfælde var det mindre betydningsfulde fejl, der blev opdaget.

Da opslag i PEM stadig er et praktisk problem på hospitalerne, er en af anbefalingerne, at et print fra PEM vedlægges indlæggelsespapirerne og dermed hjælper lægen med medicinanamnesen.

I forbindelse med undersøgelsen har man forsøgt at vurdere omfanget af de medicinproblemer, der opstår efter udskrivelsen. Der blev gennemført en stikprøve ved at interviewe 25 patienter telefonisk i perioden, efter at de var kommet hjem fra sygehuset. 2/3 af patienterne havde spørgsmål vedrørende deres medicin efter udskrivelsen, og halvdelen af disse havde kontaktet enten sygehuset eller egen læge med henblik på afklaring af ændringer i medicinlisten.

Rapporten konkluderer, at problemerne omkring ældre patienters medicinering er store. Det anbefales, at alle hospitalsafdelinger, der modtager nyindlagte patienter, opretter et farmaceutisk team, bestående af f.eks. en læge, en sygeplejerske og en klinisk farmaceut. Det kan spare tid, og der er betydelige ressourcer at hente.

Rapporten "Lægemiddelkontinuitet over sektorgrænser for ældre medicinske patienter" af projektsygeplejerske *Steffen Hogg Christensen* og klinisk farmaceut *Anne-Mette Ørkild Mud* findes på Frederiksberg Hospitals hjemmeside:

www.frederiksberghospital.dk > søg

Steffen Hogg Christensen er sygeplejerske på Akut Modtage Afsnit på Frederiksberg Hospital; steffen.christensen@frh.regionh.dk

Støt patienterne i kampen for afholdenhed

AF PALLE BAGER, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, MPH

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som møder alkoholafhængige patienter. Hovedbudskabet er, at det ikke er muligt for sygeplejersker at forudsige, hvilke patienter der har potentiale for at blive afholdende, og patienterne kan heller ikke selv forudsige, om de er motiverede for og kan gennemføre afholdenhed. Konklusionen er, at alle patienter som udgangspunkt skal have optimal støtte til at blive afholdende.

”Der er vist ikke meget at komme efter.” Den kommentar er hørt adskillige gange i forbindelse med sygeplejerskers møde med patienter, som har et problematisk forhold til alkohol. Og når vi hører den kommentar, tror vi, at sygeplejersker via deres uddannelse og praksiserfaring har en veludviklet intuitiv evne til at se, hvilke patienter det kan betale sig at bruge energi på, og hvilke der ikke har det helt store potentiale. Men har sygeplejersker den evne? Og kan vi efterprøve den?

Tag fat på problemet

På danske sygehuse kommer sygeplejersker jævnligt i kontakt med patienter, som har et problematisk forhold til alkohol. Opgørelser viser, at 20-35 pct. af indlagte mænd drikker mere end tre genstande dagligt, og at 10-20 pct. af mandlige og 5-10 pct. af kvindelige patienter har et skadeligt forbrug af alkohol (1,2). Uafhængigt af afdelingens speciale og den aktuelle patients primære diagnose er det relevant for sygeplejersken at tage fat på alkoholproblemet, men det har vist sig at være svært. Enten på grund af travlhed, berøringsangst, eller fordi de mangler redskaber til at tage hul på emnet (3-6). Undersøgelser viser, at kun mellem 20 og 40 pct. af de adspurgte sygeplejersker mener, at de kan øve indflydelse på patientens drikkeadfærd (7,8).

En måde at håndtere det svære på kan være at vurdere patienten som ”ikke motiveret for afholdenhed.” Men hvad er grundlaget for sådan en vurdering? Er

”Uafhængigt af afdelingens speciale og den aktuelle patients primære diagnose er det relevant for sygeplejersken at tage fat på alkoholproblemet, men det har vist sig at være svært.”

der overensstemmelse mellem sygeplejerskens vurdering, og hvorvidt det faktisk lykkes for patienten at holde op med at drikke?

Ryggen mod muren

Medicinsk afdeling V på Århus Sygehus har speciale i lever- og tarmsygdomme, hvilket gør, at patienter med skrumpeliver udgør en stor del af klientellet. Langt de fleste har skrumpeliver på alkoholisk basis. Derfor er alkoholforbrug og afholdenhed naturlige emner i både lægens og sygeplejerskens omgang med patienterne. For patienterne er afholdenhed en op-

))) BOKS 1. SKADELIGT FORBRUG AF ALKOHOL

Definition på skadeligt forbrug af alkohol er ifølge ICD 10:

”Alkoholindtagelse, der forårsager fysiske eller psykiske skader, f.eks. nedsat leverfunktion, manglende dømmekraft og uhensigtsmæssig adfærd. Tilstanden skal have været til stede mindst i en måned eller gentagne gange inden for et år.”

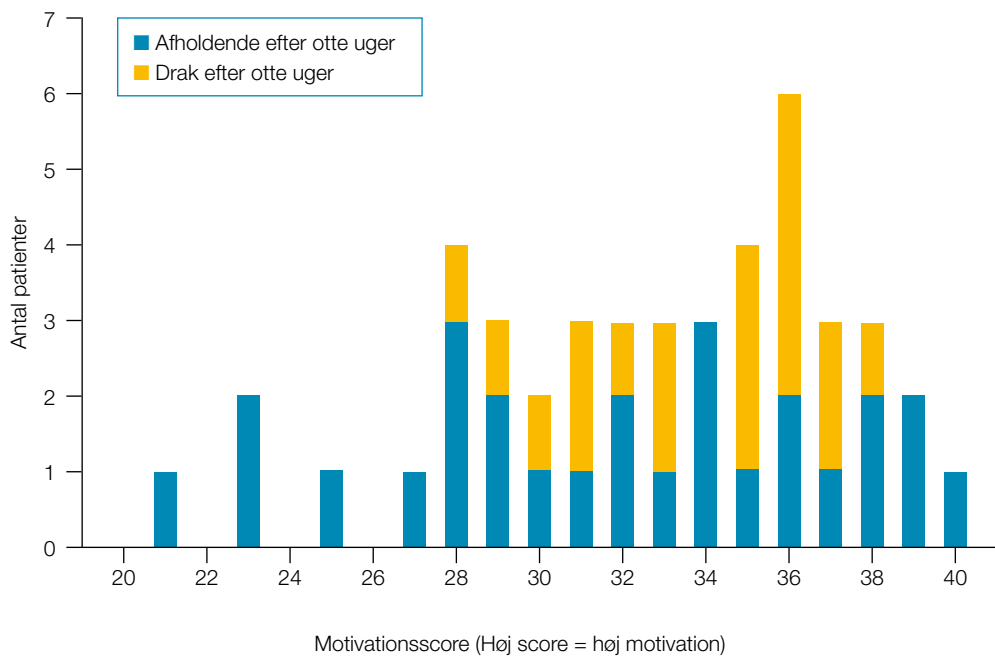
lagt og nødvendig konsekvens af deres sygdom, da selv begrænsede mængder alkohol kan skade leveren yderligere. Patienterne står med ryggen mod muren, så motivationen for afholdenhed burde være til stede. I forbindelse med et udskrivningsprojekt for patienter med et skadeligt forbrug af alkohol blev patienternes egenvurdering af deres motivation for afholdenhed målt. Desuden blev der foretaget en sundhedsfaglig vurdering af patienternes motivationsgrad.

Undersøgelsen

Afdelingen gennemførte et udskrivningsprojekt, hvor der blev foretaget en ekstraordinær opfølgning på patienter indlagt med et skadeligt forbrug af alkohol (se boks 1 herover). Patienten skulle have været aktivt drikkende inden indlæggelsen, og han skulle inden deltagelse i projektet have udtrykt, at han gerne ville være afholdende efter udskrivelse. Ved lodtrækning (randomisering) blev patienten tildelt enten den ekstraordinære opfølgning eller tildelt vanlig udskrivelse. Før udskrivelse og før randomisering blev patienten spurgt, hvor motiveret han var for afholdenhed. Svarene blev afgivet på et selvudfyldt spørgeskema. Skemaet bestod af otte udsagn om alkohol, som patienten kunne være mere eller mindre enig i (se boks 2 side 48). Der var fem svarkategorier til hvert spørgsmål: Meget uenig, uenig, ved ikke/usikker, enig, meget enig. Vi spurgte desuden personalet (sygeplejerske eller socialrådgiver) om deres professionelle vurdering af den aktuelle patients motivationsgrad for afholdenhed. Vurderingen blev udtrykt ved en streg på en visuel analog skala (VAS). Skalaen gik fra ”slet ikke motiveret” til ”meget motiveret”. Der skulle ikke gives nogen begrundelse for vurderingen. VAS-skalaen uden begrundelse blev valgt for at simulere virkeligheden, når en sygeplejerske uden begrundelse skal vurdere, hvorvidt en given patient har et afhol-



»»» TABEL 1. PATIENTERNES EGENVURDERING AF MOTIVATION OG DRIKKESTATUS EFTER 8 UGER



”I forbindelse med et udskrivningsprojekt for patienter med et skadeligt forbrug af alkohol blev patienternes egen vurdering af deres motivation for afholdenhed målt. Desuden blev der foretaget en sundhedsfaglig vurdering af patienternes motivationsgrad.”

»» denhedspotentiale eller ej. Efter otte uger blev der foretaget opfølgning på patienterne, hvor det primære mål var at undersøge, om patienterne drak eller var afholdende. For at sikre at patienternes udsagn vedrørende alkoholforbrug var rigtigt, blev der taget kontrolblodprøver (ætanol, levertal, carbohydratdeficient transferrin og middelcellevolumen) på de første 14 patienter. Da der var fuldstændig overensstemmelse mellem prøvesvar og patienternes udsagn, blev blodprøvekontrollen udeladt for de resterende 36 patienter.

Resultater

Halvtreds patienter blev inkluderet i projektet. Det var kun muligt at opspore 45 patienter ved opfølgning efter otte uger. 17 patienter i gruppen med den ekstraordinære opfølgning var afholdende ved opfølgning mod 10 i kontrolgruppen. Når patienternes egenvurdering af deres motivation for afholdenhed blev sammenholdt med deres drikkestatus ved opfølgning, kunne der ikke findes nogen sammenhæng (se tabel 1 side 47).

Det fremgår af tabellen, at selv de patienter, som angav at være mindst motiverede, formåede at være afholdende efter otte uger. Ved sammenligning mellem de faglige vurderinger af patienternes motivationsgrad og patienternes drikkestatus ved opfølgning kunne der ikke ses nogen klar sammenhæng (se tabel 2 side 49).

Som det fremgår af tabel 2, vurderede personalet, at ca. halvdelen af patienterne var så motiverede for afholdenhed, at de blev scoret til 9 eller 10 på VAS-skalaen, men ved opfølgning efter otte uger drak ca.

halvdelen af disse topmotiverede patienter. Der var ingen forskel på, om det var en sygeplejerske eller en socialrådgiver, der havde vurderet patienterne.

Diskussion

Projektet viser, at for indlagte patienter med et skadeligt forbrug af alkohol, som

- 1) havde været aktivt drikkeende op til indlæggelsen og
- 2) udtrykte, at de ville være afholdende efter udskrivelse,

var det ikke muligt ved hjælp af den anvendte egenvurdering af motivation at forudsige, om patienten ville være afholdende otte uger senere.

Desuden viser projektet, at en faglig vurdering af motivationsgraden hos de samme patienter tegner et endnu mere usikkert billede af, hvordan det vil gå patienterne efter otte uger.

Spørgeskemaerne til patienterne blev udfyldt før randomisering, så hverken patient eller sygeplejerske vidste, hvilken udskrivelsesprocedure patienten ville få tildelt. Spørgeskemaet var ikke valideret, men da besvarelsene bredte sig over 17 kategorier uden at falde inden for enkelte svarudfald, kan det tages som udtryk for, at skemaet opfangede en mulig variation i patienternes motivation.

Som beskrevet blev en VAS-skala valgt som måleredskab for den faglige vurdering af patienternes motivationsgrad. Begrundelsen var, at et sådant redskab ville simulere virkeligheden mest muligt, når en sygeplejerske intuitivt vurderer, hvorvidt en given patient har et afholdenhedspotentiale eller ej. Der ses en tendens til, at den sundhedsfaglige vurdering ligger i den optimistiske ende af skalaen. Alle patienter var på vurderingstidspunktet blevet spurgt om deltagelse i projektet (men endnu ikke randomiseret), hvilket kan forklare den faglige optimisme på patientens vegne. Et mere nuanceret måleredskab for faglig vurdering af patientens motivationsgrad kunne måske give et andet resultat, men ville ikke opfange det umiddelbare indtryk, en given patient har gjort på sygeplejersken. Og det var netop den umiddelbare vurdering uden begrundelse, det var formålet med undersøgelsen at indfange.

De fem patienter, der ikke kunne spores ved opfølgning, er ikke med i opgørelsen. Men selv om de blev taget med, ville de ikke ændre det samlede billede i væsentlig grad. De frafaldne angav en motivationsscore på mellem 25 og 36 på skalaen i tabel 1. Hvorvidt disse patienter skal betegnes som drikkeende efter otte uger, kan diskuteres. Det faktum, at patienterne

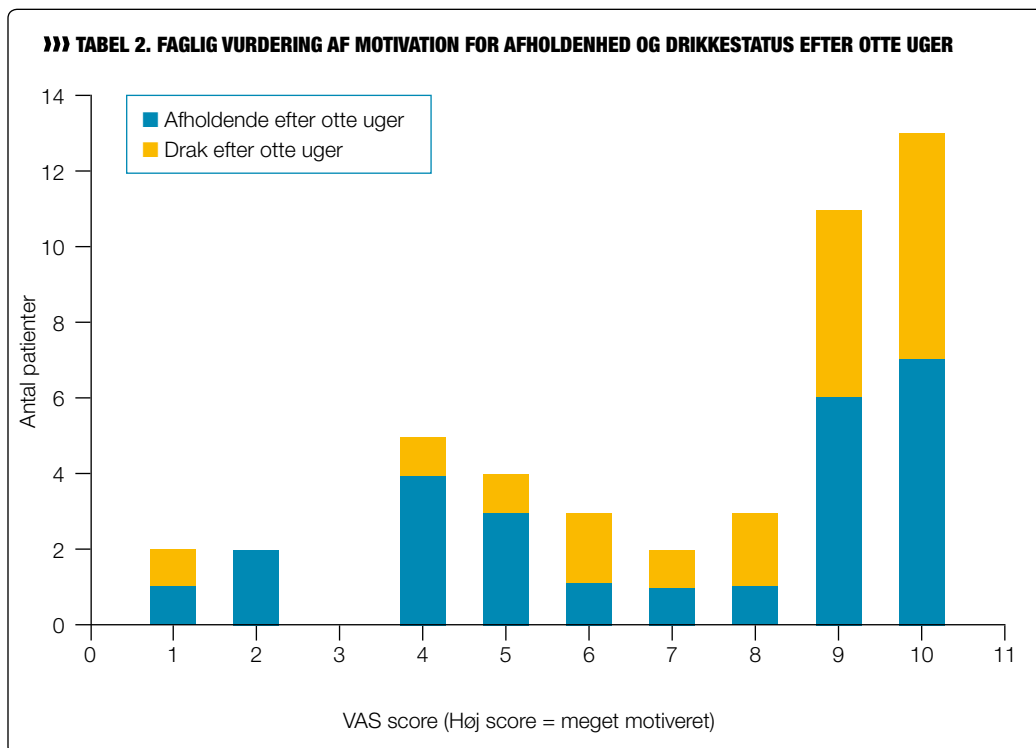
»» BOKS 2. OTTE UDSAGN OM ALKOHOL

Motivationsspørgsmål:

- Jeg ønsker virkelig at ændre på mit drikkeri.
- Hvis jeg ikke snart ændrer på mit drikkeri, bliver mine problemer større.
- Indimellem spekulerer jeg på, om jeg har mistet kontrollen over mit drikkeri.
- Mit drikkeri gør megen skade.
- Jeg har brug for hjælp til at stoppe mit drikkeri.
- Nogle gange spekulerer jeg på, om mit drikkeri skader andre mennesker.
- Jeg kan ikke lade være med at drikke.*

* omvendt score

TABEL 2. FAGLIG VURDERING AF MOTIVATION FOR AFHOLDENHED OG DRIKKESTATUS EFTER OTTE UGER



ikke kunne træffes efter gentagne forsøg, kan tolkes, som om patienterne var aktivt drikke efter otte uger. Men da deres score spredte sig jævnt i forhold til de patienter, som fuldførte projektet, ville det ikke ændre billedet. På VAS-skalaen, som angav den faglige vurdering af motivation, scorede de frafaldne henholdsvis: 9, 9, 7, 3 og 2. Så selv hvis disse patienter blev betragtet som drikke, ville det heller ikke have den store indflydelse på det samlede billede af den faglige vurdering af patienternes motivationsgrad og drikkestatus efter otte uger.

Alle patienter har potentiale

Sammenfattende peger undersøgelsen på, at sygeplejersker bliver nødt til at tro på, at alle patienter, som udtrykker motivation for afholdenhed, har et potentiale. Faktisk ser det ud til, at patienterne er bedre til at vurdere graden af motivation end de professionelle. Da det har vist sig, at det ikke er muligt at identificere de mest motiverede på forhånd, vil det mest rimelige være at give alle patienter optimal støtte i deres kamp for at blive afholdende. Resultaterne er baseret på patienter indlagt med et skadeligt forbrug af alkohol på en specialafdeling for leversygdomme, hvor personalet er vant til at arbejde med patienter, der har et problematisk forhold til alkohol. Trods denne specialeer-

farung var de faglige vurderinger ikke overbevisende. Det vil derfor være overraskende, hvis en tilsvarende undersøgelse på afdelinger med andre specialer giver bedre resultater.

Litteraturen har det ikke været muligt at finde undersøgelser, der kan sammenlignes med resultaterne i denne undersøgelse, derfor er det relevant at undersøge området i større skala.

Palle Bager er ansat på medicinsk afdeling V på Århus Universitetshospital; pallbage@rm.dk

Palle Bager var ophavsmand til og projektleder på undersøgelsen, der er udført med hjælp fra projektmedarbejdere/kolleger.

Litteratur

1. Træden UI, Zwisler AO, Møller L et al. Forebyggelse på danske sygehuse. En kortlægning. Klinisk enhed for syg-

”Ved sammenligning mellem de faglige vurderinger af patienternes motivationsgrad og patienternes drikkestatus ved opfølgning kunne der ikke ses nogen klar sammenhæng.”

Forsømmelser i sygeplejen

Man lærer af andres fejl, og en tilgængelig måde at blive klo- gere på er via afgørelser truffet af Patientklagenævnet. Næv- nets afgørelser udgør en guldgrube for alle, der arbejder med kvalitet i sygeplejen. Her sættes sygeplejerskers og sygeple- jefaglige lederes ansvar på spidsen, afgørelserne viser vigtig- heden af dokumentation af sygeplejen samt sygeplejens lov- grundlag. Læs f.eks. om den klage, der fik nævnet til at træffe afgørelse om, at fire sygeplejersker, herunder to ledere, handlede under normen for almindelig anerkendt faglig stan- dard: "Da der var tale om en svært syg patient med kompli- cerede plejebehov, var det under normen for almindelig an- erkendt faglig standard, at afdelingens faste sygeplejersker overlod plejen til en sygeplejestuderende i tre dage uden den nødvendige supervision." www.pkn.dk Søg på sag nr. 0868509 i søgefeltet.

Offentliggjorte afgørelser kan modtages via tilmelding til Pa- tientklagenævnets mailingliste på www.pkn.dk under "kon- takt". (er)

Rak sygeplejen op

Der er noget fascinerende ved sprogforbistringer. Når en på- rørende f.eks. melder ud, at hans faster er i komus, ved vi godt, hvad han mener. Og når en hustru fortæller, at hendes mand skal trampes ned i medicin, kan vi godt regne ud, at han ikke skal ned og ligge i et bjerg af piller, men derimod af med en del af dem. Til gengæld er det ikke sikkert, vi kan gætte, hvad det betyder, når en forfatter spørger fagredaktø- ren, hvad det vil sige at stå i en bylinje.

Sygeplejerskens læsere er interesserede udtryksgranske- re, viser det sig. En lille håndfuld af dem har gjort opmærk- som på, at de finder det upassende at bruge udtrykket "rakke op" i *Sygeplejerskens* julekryds, fordi verbet ikke kan slås op nogen steder. Det har læserne helt ret i. Udtrykket blev luftet, fordi der netop nu er så meget fokus på at tale faget op.

Udtrykket stammer fra *Benny Andersens* fine digt "Da jeg mødte dig", som *Poul Dissing* og Benny Andersen fortolker sammen. Strofen, der indeholder forsøgsverbet "rakke" med tilføjelsen "op," lyder sådan:

"Man bekæmpede nælder med tidsler,
holdt på skift hinanden som gidsler.
Alle rakkede hinanden ned
(rakke op var der ikke no'et der hed)
da jeg mødte dig."

Næh, det var der ikke, men måske kommer "rakke op" i Retskrivningsordbogen en skønne dag. Det kan vel i og for sig være lige så velklingende som printe, opdatere og blackliste.

(jb)

Svar på Testen side 59

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

1. Domsforebyggelse. København: Bispebjerg Hospital; 2001;p48.
2. Olsen AD, Eliassen A, Bistrup ML. Sundhedsprofilen. København: Bispebjerg Hospital, Københavns Sundheds- direktorat og Dansk Institut for Klinisk Epidemiologi (nu SIF);1996.
3. Jørgensen AV, Konnerup S. Alkoholforebyggelse på en dermatologisk afdeling. *Sygeplejersken* 2008;(4):46-50.
4. Bagh J. Sygeplejersker skal spille en aktiv rolle i alkohol- forebyggelse. *Sygeplejersken* 2008;(11):48-51.
5. Mørck C. Sygepleje og alkoholafhængige patienter. *Klinisk sygepleje* 2006;(4):41-9.
6. Willaing I, Ladelund S. Nurse counselling of patients with an overconsumption of alcohol. *Journal of Nursing Scho- larship*. 2005;37(1):30-5.
7. Johansson K, Bendsen P, Åkerlind I. Early intervention for problem drinkers: Readiness to participate among general practitioners and nurses in Swedish primary health care. *Alcohol and Alcoholism* 2002;37(1):38-42.
8. Kaarinainen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppa K. Options on alcohol-related issues among professionals in primary, occupational and specialized health care. *Alcohol & Alco- holism* 2001;36(2):141-6.

))) ENGLISH ABSTRACT

Bager P. Support patients in their struggle for abstinence. *Sygeplejersken* 2009;(2):46-50.

Nurses are unable to spot motivated patients. At a specialist department for liver diseases, a study was made of the degree of motivation re- garding abstinence among 50 patients admitted with harmful alcohol consumption levels. After eight weeks, their degree of motivation was com- pared to whether or not they drank alcohol.

There was no correlation in the survey be- tween those patients the nurses assessed as highly motivated regarding abstinence and the patients' drinking status after eight weeks. Nor was there any correlation between the patients' own assessment of their motivation and their drinking status after eight weeks. The conclusion is that all patients who express a wish to give up drinking alcohol should be offered support in or- der to accomplish this.

Key words: Motivation, alcohol, abstinence, assessment of.

Forebyggelse af akut hos

AF HELLE PETERSEN, REGITZE MELTON OG BODIL SEJTVED, SYGEPLEJERSKER, OG SUSANNE VAN DER MARK, GERIATRISK OVERLÆGE
ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

Artiklen henviser sig til hjemmesygeplejersker, visitatorer og sygeplejefaglige ledere på hospitaler. Hovedbudskabet er, at et tæt samarbejde mellem kommune og hospital kan forebygge unødige akutindlæggelser. Artiklen præsenterer de endelige resultater fra projekt "Tværsektorielt Team" der er et samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Hospital.

Problematikken om, at ældre borgere hyppigt indlægges akut på landets sygehuse, hvilket kan have store fysiske, psykiske og sociale konsekvenser for de ældre, og koster skatteborgerne millioner af kroner, er ikke ny (1), og flere projekter har haft fokus på problemet (2,3) Konsensus er derfor, at det for alle parter er hensigtsmæssigt at undgå unødige akutte indlæggelser, og et nyudviklet samarbejde mellem Lyngby-Taarbæk Kommune og Gentofte Hospital skal fremover sikre dette. Samarbejdet er etableret på basis af projekt "Tværsektorielt Team", der fandt sted i perioden 1.9.2006-30.6.2008. Målet for projektet var at forhindre akut hospitalsindlæggelse af de 10.000 hjemmeboende borgere > 65 år

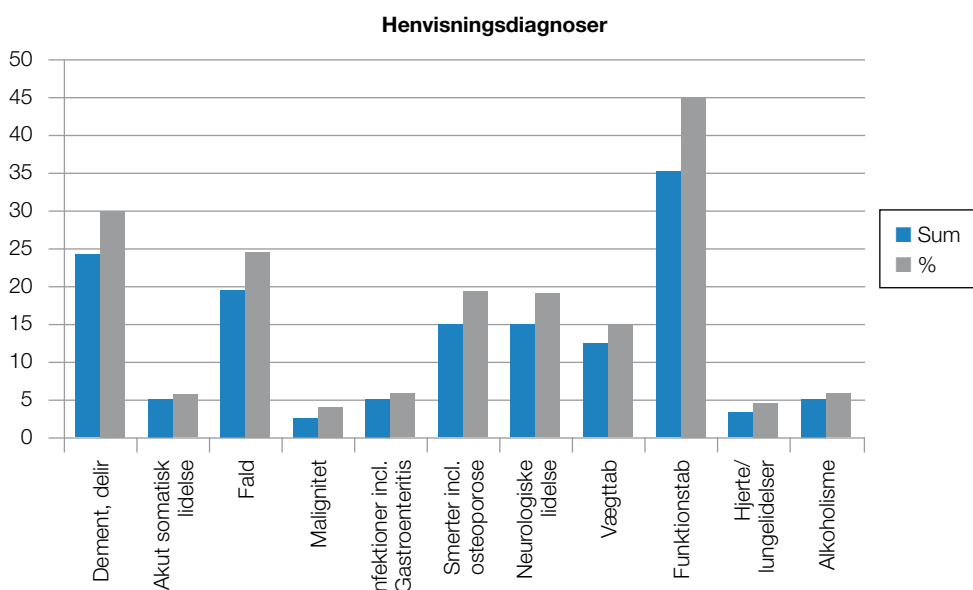
bosiddende i Lyngby-Taarbæk Kommune. Denne artikel præsenterer de vigtigste resultater fra projektet.

Tilbuddet til den ældre

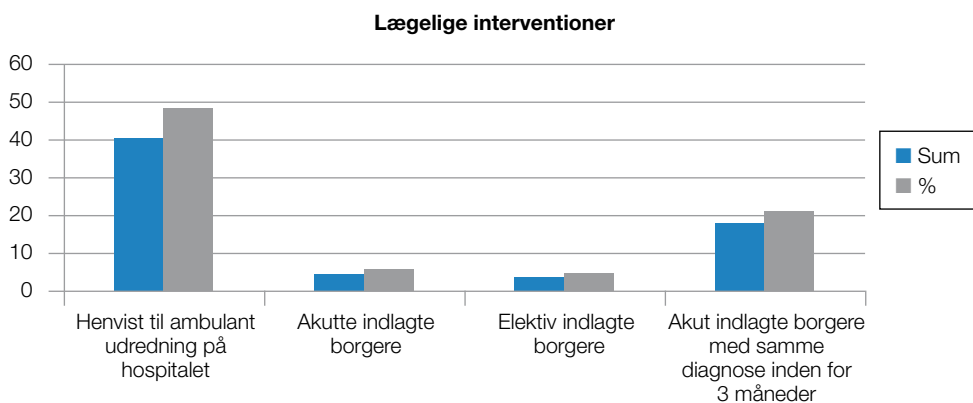
19 mænd og 61 kvinder med gennemsnitsalderen 85 år blev henvist til det tværsektorielle team i projekterperioden (n= 80). Det var borgerens praktiserende læge, der henviste til teamet efter henvendelse fra hjemmeplejen, pårørende eller andre.

Teamet bestod af en speciallæge i geriatri fra Gentofte Hospital og en visitator fra Lyngby-Taarbæk Kommune. Denne havde myndighed til at bevilge ydelser leveret af kommunen. Begge sektorer havde

FIGUR 1. HENVISNINGSDIAGNOSER TIL PROJEKTET



FIGUR 2. FORDELING AF LÆGELIGE INTERVENTIONER



pitalsindlæggelse



adgang til alle tilgængelige registre i deres systemer før deres besøg hos borgeren, der foregik i borgerens eget hjem.

I 75 (94 pct.) tilfælde besøgte teamet borgeren inden for 24 timer fra henvisning. I de sidste fem tilfælde fandt besøget sted efter 48-72 timer, fordi dette passede med de pårørende eller hjemmeplejens deltagelse. Borgerens familie var inviteret til at deltage i disse besøg, og i mange tilfælde deltog også hjemmeplejens personale, en demenskonsulent eller andre relevante professionelle. Besøget varede gennemsnitlig en time, og det samlede tidsforbrug for geriatrisk læge og visitator var ca. tre timer pr. besøg/borger, inklusive planlægning af besøget, bestilling af ydelser/undersøgelser efter besøget samt dokumentation i journaler og tilbagemelding til egen læge.

Alle havde brug for lægelig intervention

Teamets vurdering af borgerens behov for hjælp havde baggrund i både medicinske, funktionsmæssige og sociale årsager. Se figur 1 side 52 for henvisningsdiagnoser, der var begrundet i f.eks. neurologiske lidelser, funktionstab generelt, delir og smerter.

Alle besøg resulterede i lægelige interventioner

(se figur 2 side 52); hos 49 borgere (62 pct.) var interventionen direkte relateret til aktiviteter på hospitalet. Tre borgere blev akut indlagt, inden teamet nåede at komme på besøg, fem borgere (6,5 pct.) blev indlagt i forbindelse med besøget, og fire borgere (5 pct.) blev elektivt indlagt på den geriatriske

"Alle 80 borgere var kandidater til akut indlæggelse, men kun 6,5 pct. blev akut indlagt efter teamets besøg."

afdeling. 40 borgere (50 pct.) blev henvist til geriatrisk ambulatorium. De resterende 40 borgere blev lægeligt vurderet, hvilket medførte afsløring af flere ikke-kendte diagnoser hos borgerne, f.eks. kræft og demens samt alvorlige sociale problemer. Andre nøjedes med f.eks. at få deres medicin revideret i samarbejde med borgerens egen læge.

Opfølgningen af de deltagende borgere viser, at 17 patienter (21 pct.) blev akut indlagt med samme henvisningsdiagnose i løbet af de følgende tre måneder.

Behov for øgede sociale ydelser

Borgerne blev under besøget vurderet med henblik på at give alle former for social støtte og rehabilite-

» ring fra Lyngby-Taarbæk Kommune. Deres hjem blev grundigt gennemgået med henblik på at vurdere behovet for hjælpemidler, etablering af øget hjemmehjælp, træning, hjemmesygepleje, kommunal madlevering eller andre foranstaltninger. Alle besøgte borgere fik i forbindelse med besøget bevilget en eller anden form for hjælp fra kommunen, se figur 3 herunder.

Ved besøget blev borgerens plejekategori også registreret. Borgernes behov for hjælp er i henhold til Lyngby-Taarbæk Kommunes kategorisering delt op i fire plejekategorier fra 1-4 og er vurderet ved tidligere visitationsbesøg – altså før besøget af teamet – og revurderet under besøget. Borgere i kategori 0 er selvhjulpne, og borgere i plejekategori 4 er hjælpeløse med et stort plejebehov. Figur 4 side 55 viser, at plejebehovet stiger efter besøget, og dette understre-



vist, at en markant stor del af unødvendige akutte hospitalsindlæggelser af hjemmeboende ældre kan forhindres ved et tæt samarbejde mellem hospital og kommune. Projektet har også vist, at der er helt konkrete somatiske og/eller sociale årsager til, at borgeren har brug for hjælp. Alle deltagende borgere havde således behov for målrettede medicinske og sociale interventioner i form af enten en planlagt indlæggelse, et ambulans tilbud eller lægelig behandling i eget hjem, ligesom alle havde et behov for enten at få etableret eller øget hjælpen fra Lyngby-Taarbæk Kommune.

Virkningen af det tværsektorielle team synes endvidere langtidsholdbar, idet 63 (79 pct.) af de deltagende ældre ikke er blevet indlagt for samme lidelser i løbet af de efterfølgende tre måneder.

Effektiv indsats

Succesen med projektet skyldes den hurtige og effektive tværsektorielle og tværfaglige indsats i bor-

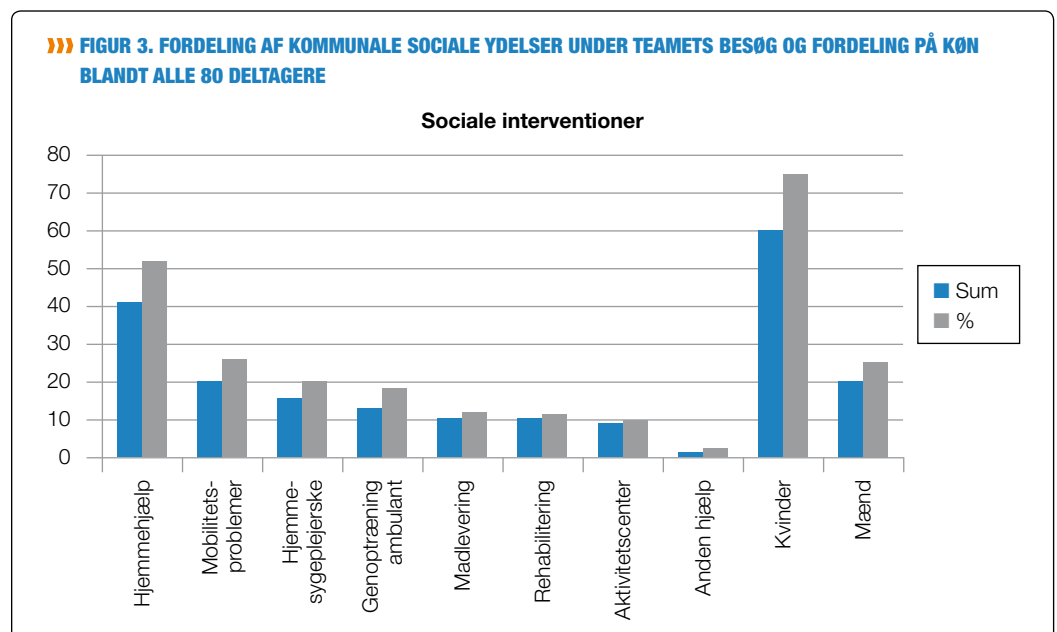
”Alle deltagende borgere havde behov for målrettede medicinske og sociale interventioner.”

ger, at borgerens funktionsniveau er dårligere end tidligere vurderet, og at der er behov for mere, hyppigere hjemmehjælp eller andre sociale foranstaltninger.

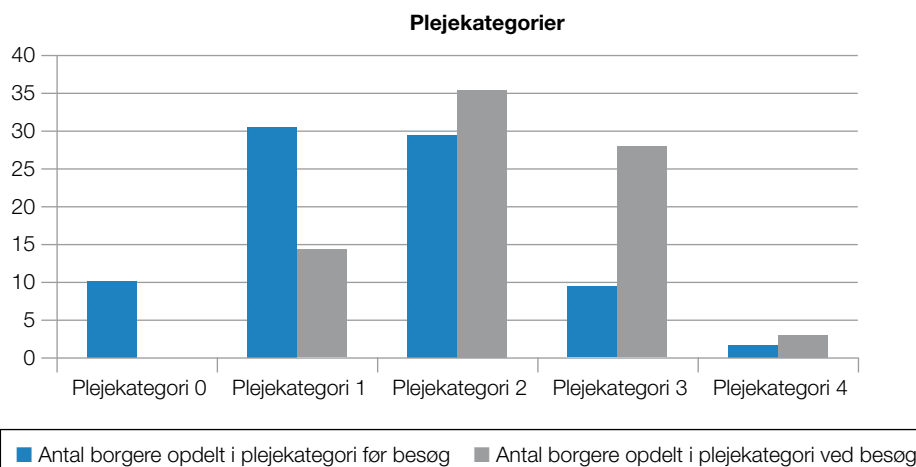
Indlæggelser forhindret

Alle de inkluderede borgere i projektet var kandidater til akut indlæggelse, men kun fem (6,5 pct.) af de besøgte borgere blev akut indlagt efter teamets besøg hos borgeren i eget hjem. Projektet har derved

» FIGUR 3. FORDELING AF KOMMUNALE SOCIALE YDELSER UNDER TEAMETS BESØG OG FORDELING PÅ KØN BLANDT ALLE 80 DELTAGERE



»»» FIGUR 4. FORDELING PÅ PLEJEKATEGORI INDEN OG UNDER BESØG AF TEAMET



gerens eget hjem. Kombinationen af, at begge sektorer er repræsenteret og har bemyndigelse, faglig viden og kompetence til at igangsætte præcis det, borgeren har brug for her og nu, medfører sammen med det faktum, at teamet har tilstrækkelig tid til at rådføre sig med borger, familie og evt. professionelle, at den ellers hyppigt forvirrede situation, der kan opstå omkring den ældre dårlige borger, bliver omgærdet af ro.

Helle Petersen, Regitze Melton og Bodil Sejtved er ansat som visitatorer i Lyngby-Tårnbæk Kommune.

Susanne van der Mark er ansat som geriatrisk overlæge på Gentofte Hospital.

Projektet er evalueret som en del af Lyngby-Taarbæk Kommunes Sundhedscenter. Evalueringen er foretaget af Rambøll Management og kan fremsendes ved henvendelse til visitator Helle Petersen, hp@ltk.dk eller Sundhedskoordinator Andreas Schøler Madsen; asm@ltk.dk

Projektet "Tværsektorielt Team" og projektets første resultater er beskrevet i artiklen "Akutte indlæggelser forhindret" i Sygeplejersken nr. 12/2007.

Litteratur

1. Havemann L. Unikt samarbejde om akutteam. Sygeplejersken 2003;(12).
2. Vinge S, Buch MS. U hensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne. København. Fokus og DSI Institut for Sundhedsvæsen 2007.
3. Friberg JT, Taastrøm A, Andersen BI, Schultz-Larsen P,

Andreasen BP. Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger? Ugeskr Læger 2002;164(40):4660.

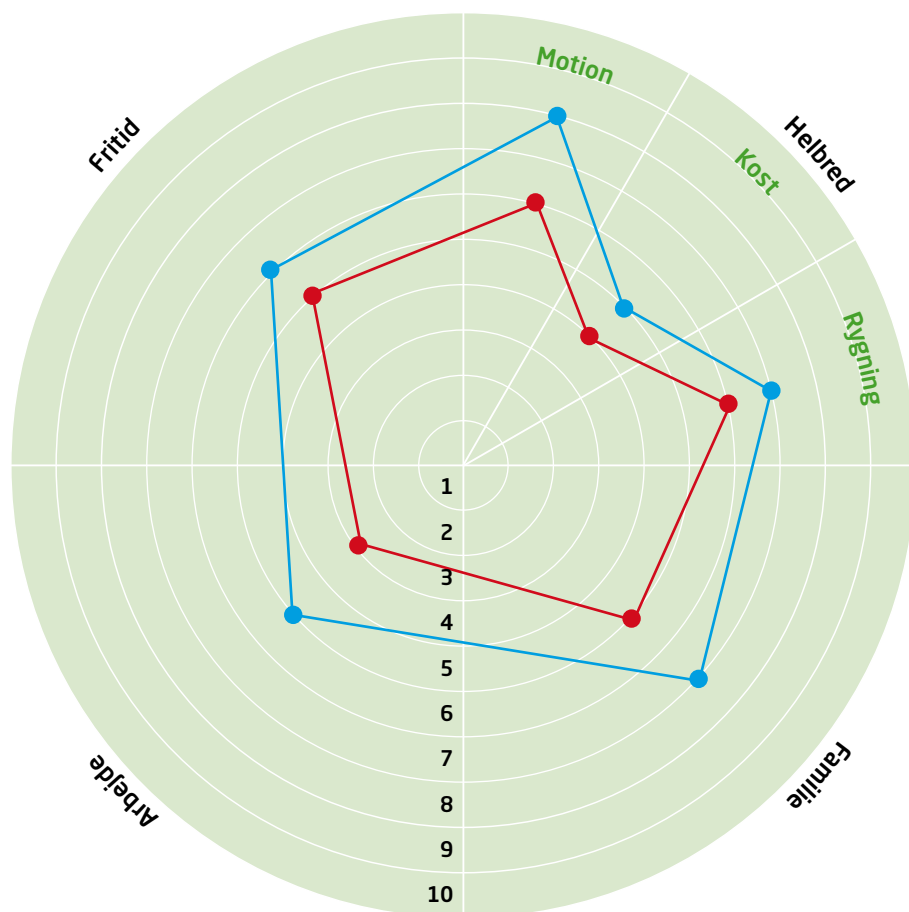
»»» ENGLISH ABSTRACT

Petersen H, Melton R, Sejtved B, van der Mark S. Helping patients avoid admission to hospital. Sygeplejersken 2009;(2):52-5.

The article presents the results of the project "Cross-Sector Team", collaboration between Lyngby-Taarbæk Municipality and Gentofte Hospital involving citizens over age 65 in Lyngby-Taarbæk Municipality threatened with admission to hospital. The project was implemented during the period 1.9.2006-30.6.2008.

The results show that unnecessary admission to hospital can be prevented by means of quick and efficient cross-sector, inter-professional procedures in the citizen's own home. Of the 80 participant citizens with an average age of 80, only 5 citizens were admitted as acute patients and 4 were admitted for planned procedures during the project period. The effect was long-term, in that 69 citizens were not re-admitted for a period of three months for the same diagnosis as the one given as the reason for their referral to the project.

Key words: Cross-sector collaboration, acute admission, prevention.



Aktiv og anderledes fore

AF HENRIETTE H. MAKWARTH OG HELLE ESBY SACK, SYGEPLEJERSKER, OG ELSEBETH DANGAARD, SYGEHJÆLPER

Artiklen henvender sig til konsultations-sygeplejersker.

Hovedbudskabet er, at det internetbaserede samtaleværktøj "Sunddialog" er en anderledes og aktiv måde at holde forebyggende samtaler på i almen praksis. Artiklen er skrevet på baggrund af et pilotprojekt i fire lægepraksis.

"Sunddialog" er et samtaleværktøj, der har til formål at ensarte og strukturere den forebyggende indsats i almen praksis. Med Sunddialog kan sygeplejersken tilbyde patienterne et personligt redskab til at gennemføre de ændringer i deres livsstil, som de beslutter sig for af hensyn til deres helbred. Sunddialog er en handlingsorienteret metode, der lægger sig op ad erfaringer inden for coachingtraditionen (1) og den motiverende samtale (2). Metoden er udviklet over flere år og afprøvet på forskellige typer kroniske patienter, bl.a. ved forebyggelsessamtaler på Steno Diabetescenter (3). Gennem værdier hentet fra den anerkendende samtale (4) holdes fokus på patientens hidtidige succesoplevelser, bedste erfaringer, tilstedeværende ressourcer og styrker (se boks 1 side 57 for projektets økonomiske støtte).

Pilotprojekt i almen praksis

Metoden blev afprøvet i et pilotprojekt i 2007 i fire lægekonsultationer på Amager. Fire sygeplejersker og en sygehjælper/lægeseekretær blev uddannet i metoden over tre kursusdage og gennemførte efterføl-

gende Sunddialog-forløb med 50 patienter (se boks 2 side 57 for uddannelses indhold).

Pilotundersøgelsens patienter omfattede patienter med kroniske sygdomme og patienter med brug for forebyggende samtaler, f.eks. på grund af ønske om vægttab eller rygestop. CASA (Center for Alternativ Samfundsanalyse) udarbejdede en ekstern evalueringsrapport. Der er her gennemført fem interview med sygeplejerskerne, interview med fire læger og afholdt fokusgruppemøde med seks patienter, som har været involveret i pilotprojektet.

Et Sunddialog-forløb

Idéen med det internetbaserede Sunddialog-forløb er at støtte patienten til at ændre sundhedsadfærd, og metoden kan bruges til alle grupper af patienter, der er motiverede til at tage imod tilbuddet.

Forløbet består af et fastlagt program med 6-7 strukturerede samtaler med en fast tidslinje. Metoden fokuserer på at identificere patientens ressourcer og bruge disse aktivt i samspil med forebyggelseskonsultationer. Der bruges en anerkendende spørgeteknik, og det digitale værktøj guider patient og behandler gennem samtalerne.

Forebyggelseskonsultation foregår via edb-skærmen, hvor patient og sygeplejerske sidder side ved

"Samtalerne får et fremadrettet flow, så konsultationerne ikke bliver en gentagelse."

»»» BOKS 1. STØTTE TIL PILOTPROJEKTET

Projektet blev støttet af Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed samt KvEU (Kvalitetsudviklings- og efteruddannelsesudvalget) med rådgivning fra praktiserende lægers organisation (P.L.O.), Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og Sundhedsstyrelsen.

»»» BOKS 2. UDDANNELSEN I SUNDDIALOG

Uddannelsen over de tre kursusdage omhandler

- Metodeteori
- Principper for brugen af systemet
- Indføring i spørge- og coachingteknikker
- Introduktion til de værktøjer, der indgår i metoden
- Forståelse for samtaleforløbet
- En teknisk gennemgang af det digitale værktøj
- Rollespil og cases.

Læs mere på www.kveap.dk

”Sygeplejerskerne oplever metoden som fagligt tilfredsstillende, idet den systematiserer og strukturerer de forebyggende samtaler.”

byggende samtale

side. Patienten kan også hjemmefra se, hvilke aftaler der er lavet, hvilke handlinger de selv skal udføre, og kan selv tilføje nye handlinger. Har patienten ikke internetadgang, printes handlingsplanen ud.

Patienten udfylder et kompas – hvor helbred, familie, arbejde og fritid hænger sammen – og opstiller herfra mål i en handlingsplan i form af konkrete opgaver. Ud over at have fokus på patientens egne ressourcer udfylder patienten også et netværkskort, som viser, hvordan patienten trives socialt, og hvilke ressourcer der er til stede her.

Resultater

Pilotprojektet tyder på, at Sunddialog-værktøjet opfattes som brugervenligt for både patienter og sygeplejersker, ligesom det faktum, at metoden involverer en meget helhedsorienteret opfattelse af patienten, giver gode resultater i forhold til motivation for bedre livsstilsvaner.

It-tilgang afskrækker ikke

Pilotprojektet viser, at patienterne generelt ikke oplever it-tilgangen i en forebyggelsessamtale som afskrækkende. Patienterne bliver aktive via metoden, og mange kommer selv med forslag til livsstilsændringer. Patienterne udtaler bl.a.: ”Det er et godt

styreredskab, som strukturerer samtalen,” ”det øger motivationen, fordi du laver nogle aftaler med dig selv,” ”det er godt at have aftaler” og ”kompasset giver dig mulighed for at prioritere, hvor du skal gøre en indsats.” Redskabet opleves derved som forpligtende, og det virker ifølge en patient ligeværdigt, når en sygeplejerske er samtalepartner.

De fleste patienter oplever tillige mærkbare resultater. Nogle har opnået et stort vægttab på grund af ændrede kost- og motionsvaner, som de har formået at holde fast i. Andre tager små skridt ad gangen: for eksempel en reduktion af det daglige cigaretforbrug, mere system i det fysiske aktivitetsniveau, nye vaner med at medtage frugt og grønt på arbejde, drikke mere vand osv.

Et systematisk sygeplejefagligt redskab

Sygeplejerskerne oplever metoden som fagligt tilfredsstillende, idet den systematiserer og strukturerer de forebyggende samtaler. Sygeplejerskerne oplever at få større klarhed over deres opgave, og metoden hjælper dem til at omsætte deres viden.

En af sygeplejerskerne i projektet udtaler: ”Det, der har været bedst for mig, har været, at patienterne rent faktisk laver livsstilsændringer. Jeg har arbejdet med mange af patienterne før med kost- og vægt-

”Efter et vellykket pilotprojekt skal projektet nu drifts-
afprøves og er udnævnt som et foregangsprojekt inden for
kvalitetsudvikling i almen praksis.”

» ændringer, men metoden har fået både mig og pa-
tienterne til at indse, når man bryder med gamle va-
ner – så har man lavet en livsstilsændring. Og det er
netop det, metoden kan hjælpe med til.”

En anden sygeplejerske udtaler: ”Systemet er in-
dividuellet baseret, hvilket patienterne synes om. Det
er patienten selv, der finder ressourcerne frem, og
det er jo det, der virker.”

Sygeplejerskerne fremhæver endvidere, at meto-
den sikrer, at samtalerne har et fremadrettet flow, så
konsultationerne ikke bliver en gentagelse, ligesom
livsstilssamtalerne nu bliver dokumenteret.

Metoden medfører således, at konsultationssyge-
plejersken bliver bedre til at identificere patientens
ressourcer og mangel på samme, hvorefter grundla-
get for at vejlede og motivere patienterne tager afsæt
i patientens konkrete liv.

Lægerne: Uddannelse i metoden en god investering
Også de deltagende læger har ifølge evalueringsrap-
porten et positivt indtryk af Sunddialog og vil fort-
sat bruge det. Metoden opleves interaktiv og som en
god måde til at få patienterne til at fokusere på egen
sundhed. Lægerne er enige om, at den tid, en syge-
plejerske skal bruge på at uddanne sig i brugen af
Sunddialog, kommer patienterne til gode, og er der-

for en god investering. Den kognitive (erkendelses-
mæssige) tilgang i uddannelsen fremhæves af læ-
gerne til også at kunne anvendes uden it-tilgang, li-
gesom lægerne har oplevet, at patienterne har givet
udtryk for tilfredshed med det konkrete indhold i
samtalerne.

Driftsafprøvning hos ca. 1.000 patienter

De positive evalueringresultater har medført, at
projektet nu skal driftsafprøves, og projektet er ud-
nævnt som et foregangsprojekt inden for kvalitets-
udvikling i almen praksis. Driftsafprøvningen vil
involvare 80-100 sygeplejersker og 800-1.000 patien-
ter i Region Hovedstaden og skal efter planen be-
gynde i efteråret 2008.

Til projektet skal rekrutteres 80-100 sygeplejer-
sker eller andet interesseret praksispersonale fra Re-
gion Hovedstaden.

Driftsafprøvningen forventes afsluttet november
2009, hvor der vil foreligge en ekstern evaluering-
rapport. Er dette vellykket, tænkes metoden tilbudt
almen praksis i hele landet.

*Henriette H. Makwarth er ansat som
konsultationssygeplejerske hos
Amagercenterets læger, København S;
henry.makwarth@sol.dk*

*Helle Esby Schack er ansat som
konsultationssygeplejerske
i Havnestadsklinikken, København S.
Elsebeth Dangaard er lægesekretær hos
Lægerne, Amagerbrogade, København S.*

»» ENGLISH ABSTRACT

Makwarth HH, Esby SH, Dangaard E. Atypical, active preventive interviews. *Sygeplejersken* 2009;(2):56-8.

A nursing project is currently under implementation in the Metropolitan Region relating to the digitalised interactive dialogue tool "Sunddialog." The object is to qualify general practice personnel in the field of lifestyle changes.

The project, which involves hot testing, will involve 80-100 general practices, 80-100 practice personnel and 800-1.000 patient treatments over the next few years.

Prior to implementation, a pilot project was run in 4 practices, from which 4 nurses and one nursing assistant participated in a 3-day educational and program-related training course in the use of Sunddialog. Over a period of 4-6 months, 50 patients took part in dialogue with the trained staff, distributed over 7 interviews each of 20-30 minutes' duration.

The results of pilot trials showed that the nurses experience the method as professionally satisfactory in that it systematises and structures the preventive interviews. The nurses experience greater clarity regarding their task and the method helps them to pass on their knowledge.

Key words: Sunddialog, lifestyle interviews, consultancy nurses, practice personnel.

*Evalueringsrapporten af pilotprojektet kan rekvireres
ved henvendelse til Henriette H. Makwarth.*

Litteratur

- Andersson A, Lykke C, Damkjær L. Kompasset til dit liv. Lindhardt og Ringhof Forlag. 1. udgave, 1. oplag 2005.
- Mabeck CE, Kallerup Hans, Maunsbach M. Den motive-
rende samtale. 1999. Dansk Selskab for almen medicin.
1. udgave, 1. oplag. Budolfi Tryk, Aalborg.
- Glindorf M, Jeppesen C, Andersson A, Damkjær L. Pi-
lotprojekt Sund Kurs, Steno Diabetescenter, Rapport
2004 og opfølgingsrapport 2007.
- Dalsgaard C, Meisner T, Voetmann K (red). Forvandling
– Værdsættende samtaler i teori og praksis. Dansk Psy-
kologisk Forlag. København 2002.

HVAD KOSTER DET AT VÆRE MEDLEM AF DANMARKS BILLIGSTE A-KASSE?

Danmarks billigste a-kasse bruger kun 58 kroner af dit kontingent til administration, resten sender vi videre til staten. Og du er sikret de samme ydelser som i de andre og dyrere a-kasser. Se her, hvad dit bidrag går til og hvad du får som medlem hos DSA.

Kr. pr. måned	Forsikringsbidrag til staten	Bidrag til DSA	Efterlønsbidrag til staten	I alt	Efter skattefradrag
Fuldtid med efterløn	290	58	423	771	517
Fuldtid uden efterløn	290	58	0	348	233
Deltid med efterløn	193	58	282	533	357
Deltid uden efterløn	193	58	0	251	168

HVAD FÅR DU I 2009 NÅR DU ER LEDIG ELLER PÅ EFTERLØN

Fuldtidsforsikrede	Kr. pr. dag	Kr. pr. uge
Dagpenge – maks. sats	725	3.625
Dagpenge – dimittend	595	2.975
Efterløn 91 % sats	660	3.300
Efterløn 100 % sats	725	3.625
Feriedagpenge – maks. sats	725	3.625
Feriedagpenge – dimittend	595	2.975

Skattefri præmie maks. sats for fuldtidsforsikrede pr. kvartal kr. 11.310 / årligt 135.720

Læs mere om DSA på www.dsa-akasse.dk



>>> TESTEN



Temaet er mononukleose, test dig selv eller din kollega

Hvis en teenager klager over ondt i halsen og enorm træthed, behøver det ikke at være en måde at undgå skolegang på.

- 1** Hvorfor kaldes sygdommen mononukleose for kysesyge?

 - Fordi virus smitter gennem læberne, især hvis de er sprukne. Forebyggelsen består derfor i brug af læbepomade.
 - Fordi sygdommen smitter gennem udveksling af spyt. Den hyppigste årsag til mononukleose er Epstein-Barr virus, som tilhører gruppen af humane herpesvirus.
- 2** Hvilke symptomer ses ved mononukleose?

 - Langvarig, lettere feber og træthed kan være eneste symptomer. I svære tilfælde ses kraftig halsbetændelse med belægninger på mandlerne og røde slimhinder, hævede lymfeknuder på halsen, i armhuler og i lysken samt leverpåvirkning.
 - Gulsot er altid det første tegn på mononukleose.
- 3** Er mononukleose farlig?

 - Nej, dødsfald er meget sjældne. Ca. én ud af 50.000.
 - Ja, sprængt milt ses i ca. 1 pct. af alle tilfælde.
- 4** Skal patienter med mononukleose have efterbehandling?

 - Ja, langvarigt forbud mod gymnastik tilrådes, og alkoholforbrug frarådes i tiden efter mononukleose.
 - Nej, der er ikke videnskabeligt belæg for at fraråde alkoholforbrug eller for forbud imod gymnastik.
- 5** Hvordan stilles diagnosen mononukleose?

 - På det kliniske billede. Der findes ikke andre pålidelige metoder.
 - Den bedste metode er en blodprøve, der undersøges for antistoffer mod Epstein-Barr virus. Analysen giver høj sikkerhed for påvisning af akut mononukleose.

Se svarene på TESTEN side 50.

Til studerende der vil tage, ikke have, en uddannelse



Hermed bind IV-VI som er de sidste tre bind i værket "Det sunde og det syge menneske". Anmeldelse af de første tre bind kan læses i *Sygeplejersken* nr. 18/2008.

Det holistiske perspektiv på det sunde og syge menneske fortsætter i de sidste tre bind og viser sig både i fremstillingen, altså fagene imellem, samt i den didaktiske struktur på værket. Hele ideen bag værket må siges at være nytænkende, og man får som læser en interessant og samtidig alternativ indfaldsvinkel til stoffet, en problembaseret læringstilgang, hvis sigte i højere grad sandsynliggør, at de studerende forstår de natur- og sundhedsvidenskabelige fag som en enhed og bemærker, på hvilken måde denne indsigt er en præmis for at kunne virke samt give sit besyv med i den kliniske praksis.

Ud over at gennemgå de klassiske fysiologiske og anatomiske områder på en ny og anderledes måde tager forfatteren fat på områder, som, set med en anatomi- og fysiologiunderserser øjne, har været underprioriteret eller helt fraværende i tidligere bøger inden for dette felt. Her henvises f.eks. til bind V i "Det sunde menneske" (DSUM), som beskæftiger sig med graviditet, fødsel og barselsperiode, ligesom "Det syge menneske" (DSYM) efterfølgende beskriver sygdomme relateret til disse områder. Desuden skal forfatteren roses for at tage opgaven med at beskrive den menneskelige organisme fra forplantningen til alderdommen seriøst. I de fem første bind har stikordene i gennemgangen været opbygning, funktion og regulering, men i bind VI begrundes et andet perspektiv, nemlig udvikling. Med denne term in mente beskrives de forskellige organsystemers kontinuerlige foran-

dringer, forandringer der primært foregår i livets yderpunkter hos børn og gamle. Afslutningsvis i bind VI samles ringene igen, idet der i kapitel 24 repeteres og opsummeres fra de tidligere kapitler, og også her prioriteres et homeostatisk og holistisk perspektiv. Således er trådene samlet for både det sunde og det syge menneske.

Hvis man tager de kritiske briller på, kan denne funktionelle indlæringsmodel, hvor der tænkes i helheder, til tider synes uoverskuelig for den nye studerende, som er vant til at indlære del på del af organismens opbygning og funktion. Men med fornuftig vejledning fra underviseren har den studerende alligevel fået nye og bedre muligheder for at få et holistisk billede af den fantastiske verden, som den menneskelige organisme udgør.

Endvidere er en stor del af den supplerende litteratur, der henvises til, på norsk, og lærebogen, der blev påbegyndt i år 2000, er af samme årsag ikke fuldstændigt opdateret bl.a. med hensyn til de beskrevne undersøgelses- og behandlingsmetoder i "DSYM". Til gengæld kan de mange patienthistorier bestemt være en inspirationskilde til den selvstændige informationsøgning, vor tids uddannelser kræver. De studerende skal ikke have en uddannelse, de skal tage en uddannelse. Dette nye seksbindsværk er helt sikkert en god hjælp til dette.

*Af Sonni Thelmark, cand.scient.,
ansat som underviser ved
University College Lillebælt,
Sygeplejerskeuddannelsen i Odense.*

Vegard Bruun Wyller

**Det sunde og det syge
menneske**

Bind IV-VI

Gads Forlag 2008

500 kr. pr. bind.

Samlet pris for tre bind er 1.200 kr.

Samlet pris for seks bind er 2.400 kr.

ISBN

Bind IV (ca. 550 sider)

978-87-12-04319-5

Bind V (ca. 420 sider)

978-87-12-04320-1


Bind VI (ca. 400 sider)

978-87-12-04321-8

Samlet

ISBN 978-87-12-04356-0

Ansatte, vanvittige, skøre og idioter levede sammen

 Bogen er en kronologisk gennemgang af psykiatriens udvikling i Danmark. Den er skrevet af seks historikere og to psykiatere. Historien starter uden for Københavns volde i slutningen af 1600-tallet. Pestepidemien er forbi, tilflytningen til hovedstaden øges, folk bor tæt sammen. De vanvittige bor med deres familier, hvilket giver problemer i de små boliger. Da pesthospitalet er tomt, bliver det den første psykiatriske institution i Danmark. Behandling er der ingen af. Dårkister, som er en celle på 2,5 m² med en madluge, fungerer som afskærmning for de mest vanvittige. Der er ingen læger knyttet til stedet, det historiske materiale eksisterer, fordi præsten førte notater over hændelser på stedet. Da militærets bygninger ved Skt. Jørgens Sø bliver ledige, flytter institutionen hertil, og det første Skt. Hans Hospital etableres. Her opstår en lille by, hvor ansatte, vanvittige, skøre og idioter lever sammen.

I 1800-tallet begynder det offentlige samfund at interessere sig for de afsindige, og lægerne bliver taget med på råd, da staten de følgende 100 år bygger de store psykiatriske institutioner.

Lægernes behandlingsmuligheder var i den første periode sovemedicin og morfika. Senere udvikles malariabehandling, der har positiv effekt på de patienter, som har syfilis i det psykotiske stadie. Der eksperimenteres med insulindøsekur og cardiazolbehandling. Det sidste er en voldsom medicinsk behandling, hvor patienten får kramper og stort ubehag. Behandlingen havde tvivlsom effekt og var frygtet af patienterne.

I 1950'erne blev det muligt at behandle psykiske

lidelser medicinsk, det ændrede de psykiatriske institutioner radikalt.

I 1970'erne opstår antipsykiatribevægelsen, bl.a. som reaktion på bivirkningerne af førstegenerations psykofarmaka. Statens store institutioner lægges ud til amterne, der nedlægger sengepladser. Distriktspsykiatrien bliver oprettet, og kommunerne etablerer socialpsykiatrien.

Bogen beskriver udviklingen fra læge uden behandlingsmuligheder til vor tids lægefaglige, psykiatriske speciale med tværfaglig forskning i neuropsykiatri. Forfatterne har læst og bearbejdet et stort historisk materiale, bl.a. videnskabelige artikler og journalnotater, for at skabe dette billede af psykiatriens udvikling i Danmark over ca. 300 år. Bogen er skrevet omhyggeligt og virker historisk pålidelig. Beskrivelserne af behandlingen af de psykiatriske patienter er til tider hårrejsende læsning. Det er voldsomme eksperimenter, patienterne har lagt krop til.

Plejepersonalet har ikke efterladt sig mange historiske spor til eftertiden. Et regulativ for natte- og dagvagterne er alt. Trist for plejepersonalet, som har gået mellem de sindslidende, der må have været mange historier, som ikke er med i denne bog, muligvis fordi de aldrig er skrevet ned. Til gengæld har lægerne været flittige og sørget for, at eftertiden kan læse om deres arbejde med at udvikle den moderne neuropsykiatri.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske;
berit@fekkes.dk




Jesper Vaczy Kragh (red.)

Psykiatriens historie i Danmark

Hans Reitzels Forlag 2008
378 sider – 348 kr.

ISBN 978-87-412-5146-2

Sikre hofteskud med skønhedsplet

 ”Præventionsguide” er som sådan ikke en ny bog, i og med at den nu udkommer i en 3. udgave. Indehavere af den foregående udgave vil ikke finde revolutionerende ændringer, men måske er den blevet så slidt i hjørnerne, at en afløser hilses velkommen. Under alle omstændigheder kan denne nye udgave være en god anledning til at gøre opmærksom på dette nyttige lille opslagsværk.

Hvor længe kan en p-stav sidde? Kan man amme, når man har sådan en? Hvornår kan man regne med, at minipillerne virker igen, når man glemte pillen i går aftes? Det er spørgsmål, som jeg jævnligt møder og ikke altid er i stand til at levere et sikkert hofteskud på. Svarene findes i dette praktiske lommeformat, som ikke fylder meget i tasken. Foruden en gennemgang af de forskellige præventionsformer gives også en anbefaling af, hvilke præventionsformer der er hensigtsmæssige i kvindens forskellige

aldre, og der er en oversigt over de mest almindeligt forekommende seksuelt overførte sygdomme.

Målgruppen er fagfolk, som rådgiver om prævention.

Noget nyt i den nye udgave er beskrivelsen af vaccinationen mod Human Papilloma Virus. Synd og skam at det nye afsnit er umuligt at finde, med mindre man læser hvert et ord. Tampen brænder i afsnittet om herpes. Fagfolk ved heldigvis som regel, at kondylomer og herpes ikke er det samme og kan deraf gennemske, at sætternissen har muntret sig. Men i og med at det er en opslagsbog, er det en ærgerlig skønhedsplet i en ellers velskrevet og veldisponeret bog.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,
ansat i Furesø Kommune.



Charlotte Wilken-Jensen

Præventionsguide

Forlaget Munksgaard Danmark
2008

152 sider – 178 kr.

ISBN 978-87-628-0833-1

Fra personlige holdninger til verdensomspændende ældreideologi



William H. Thomas
Liv værd at leve
Erhvervsskolernes Forlag 2007
173 sider – 250 kr.
ISBN 978-87-7881-901-7



William H. Thomas
**Eden Alternative Håndbogen
– Kunsten at opbygge
menneskelige fællesskaber**
Erhvervsskolernes Forlag 2007
158 sider – 250 kr.
ISBN 978-87-7881-923-9



I en klumme i *Sygeplejersken* sidste år skrev jeg, at danske plejehjem har brug for ledelse og udvikling baseret på danske forhold og fakta – ikke teoriløse amerikanske ideologier med religiøse undertoner som i Eden. Nu, hvor stifteren af Eden-konceptet, den amerikanske geriater *William Thomas*’, to vigtigste bøger om Eden er oversat til dansk, har jeg chancen for at få mine holdninger sat i perspektiv – og gerne nuanceret. Eden-konceptet fortjener en nærmere udforskning. Den 4. Verdenskongres i Eden er afholdt, Danmark er i år vært for den 2. europæiske netværksdag, 300 plejehjem verden over har registreret sig som bekendere til Eden på organisationens amerikanske hjemmeside, og 12 danske plejehjem arbejder med at indføre konceptet.

I ”Liv værd at leve” beskriver Thomas, hvordan han i begyndelsen af 1990’erne udviklede de værdier, der siden har dannet baggrund for Eden. Hans kritiske holdning til konventionel plejehjemspraksis, hvor beboerne efter hans opfattelse belastes af tre væsentlige plager, ensomhed, kedsomhed og hjælpeløshed, udgør fundamentet i bogen. Plagerne skal bekæmpes med en tro på beboernes udviklingspotentiale, og det foregår bedst i bomiljøer, hvor dyr, planter, børn, spontanitet og selvbestemmelse er naturlige elementer. Ifølge Thomas’ forskningsresultater medfører konceptet lavere dødelighed og medicinforbrug.

”Eden Alternative Håndbogen” er en håndbog, der giver opskriften på den nødvendige ændringsproces, som fører til opfyldelsen af Edens 10 principper. De værdimæssige budskaber illustreres ved hjælp af historier fra bl.a. ”Æsops fabler” og fra amerikanske plejehjem. For hvert princip er der anvisninger på, hvad der skal afklares i forhold til ledelse, beboere, personale, familiemedlemmer og det omgivende sam-

fund. Tovholdergruppen er her helt central.

Thomas bruger ordet ”Eden” i den persiske betydning ”en dejlig have” i bøgerne, men min første fordom om konceptet bliver ikke helt afkræftet. Platten med form af et træ, som registrerede bekendere til Eden får tilsendt, og det svulstige sprogbrug giver mig associationer i religiøs retning. Min skepsis over manglen på teoretisk grundlag bekræftes til fulde. Bøgerne er baseret på Thomas’ personlige opfattelse af et godt liv på plejehjem og måden at forandre en organisation på, og bøgerne indeholder ikke skyggen af teori om de elementer, konceptet bygger på: Udviklingsteori, teori om livskvalitet i et gerontologisk perspektiv og organisationsteori. De nævnte forskningsresultater og lovprisninger om lavere dødelighed og medicinforbrug kan efter en literatursøgning ikke bekræftes. De eksisterende studier er få og påviser ingen eller usikker effekt på de målte parametre.

Helt usandsynligt er det dog ikke, at planter, børn og dyr udgør værdier for nogle plejehjemsbeboere, og her kan ”Liv værd at leve” være nyttig pga. beskrivelsen af de forhold, der skal være til stede, for at disse kan trives på et plejehjem. Men derfra og til, at Eden ”er et beviseligt alternativ i forhold til at skabe den perfekte livskvalitet på plejehjem,” lader jeg mig først overbevise om, når vi har valide og overbevisende undersøgelser. Og de skal være velkomne. For baggrunden for, at det lykkes Thomas at udbrede sine personlige holdninger til en verdensomspændende ældreideologi, er betinget af én ting: Livet for beboere på plejehjem er helt enkelt videnskabeligt underbelyst, og det giver grobund for folk, der formår at markedsføre deres hjemmestrikede ideologier.

Af Evy Ravn, sygeplejerske,
ansat som fagredaktør på *Sygeplejersken*.

Kognitiv Center Fyn



Kognitiv Center Fyn udbyder i 2009-2010:

Intensivt Mindfulness-kursus Trin 1 og Trin 2 - med 2 undervisere.

4-dages kursus i Kognitiv Mindfulness Meditation – nyeste evidensbaserede metode inden for den kognitive tradition. En form for opmærksomhedstræning, hvor man opøver evnen til at være til stede i nuet. Anvendes til kroniske smerter, stress, angst og depression.

Trin 1 A: 26.-27/3-2009 + 4.-5/5-2009, internat.
Tilmeldingsfrist: 1. marts 2009.

Trin 1 B: 17.-18/9-2009 + 29.-30/10-2009, internat.
Tilmeldingsfrist: 15. juli 2009.

Formål: At lære metoden og bruge den på sig selv.

Trin 2: 18.-19/11-2009 + 25.-26/11-2010 internat.
Tilmeldingsfrist: 15/9-09.

Formål: At lære at træne/lave kurser for andre – for deltagere m. erfaring m. Mindfulness svarende til trin 1.

Pris pr. kursus: Kr. 7030 inkl. fuld forplejning, ophold og 2 undervisere.

Grunduddannelse, niveau 1, i Kognitive Behandlingsformer

14-dages grundkursus i kognitive behandlingsformer.
Opstart Grund A: 7/9-2009
Opstart Grund B: 14/9-2009

Videreuddannelse, niveau 2, i Kognitive behandlingsformer.

14-dages videreuddannelse i kognitive behandlingsformer (personer som i forvejen har et vist kendskab til kognitiv behandling). Opstart 1/9-2009

Sidste tilmeldingsfrist for Grund- og Videreuddannelser: 1. juli 2009.

Pris: Kr. 14.900 pr. uddannelse (inkl. forplejning).
Sted: Fisketorvet 4-6, 10., Odense.

Tilmelding og yderligere oplysninger af kursusindhold se:

www.kognitivcenterfyn.dk eller kontakt sekretær Yvonne på tlf. 5124 0450, tftid onsdag og fredag kl. 9-13 / mail: yw@kognitivcenterfyn.dk

Lad mavefølelser styre tilværelsen, det sikrer lykke og tilfredshed

I en tid hvor antallet af singler vokser støt, er der forståeligt nok rift om gode råd om, hvordan man finder og fastholder en partner. *Birgit Webers* bog er således en af mange selvudviklingsbøger, der købes med håb om, at den kan afhjælpe ondt i samlivet. Ved første øjekast er den præget af et enkelt, letforståeligt sprog, illustrerende cases og en lang række råd om, hvordan man gebærder sig med partneren, så skænderier reduceres og brud undgås. Disse råd er på bedste pædagogiske vis fremhævet typografisk og kan utvivlsomt opfattes og bruges som udmærkede konkrete anvisninger til at få lidt mere styr på selvværdet og relationerne.

Hovedantagelsen bag bogens råd er, at de fleste som børn ustandseligt oplever, at deres følelser bliver tilsidesat og overset. Dermed er vi så at sige alle næsten ubodeligt sårede og tvunget til at bruge resten af vores tilværelse på at få lappet på alle de gange, vores forældre ikke forstod vores følelser. Ingen følelser er, mener Weber, for grimme eller for onde, vi har lov til at føle, hvad det skal være og skal være tro mod vores følelser for at blive ægte voksne.

Men når man forsøger at grave ned i den bagvedliggende teori og ontologi, bliver det svært at bevare troen på, at de velmente råd for alvor kan sætte skub i en sund udviklingsproces, der virker fremmende på parforholdet. Weber er gestaltterapeut og følger dermed en retning inden for psykologi og terapi, som ikke just er tynget af teori eller systematik. Tværtimod opfattes det tankemæssige som fantasier og

forestillinger, hvorimod følelser er sande udsagn om personers befindende. Følelser er, ifølge Weber, det eneste man behøver at tage alvorligt. De dybeste og mest ægte følelser sidder, kan man forstå, i maven, og derfor skal man lade sine mavefølelser styre tilværelsen for at sikre sig lykke og tilfredshed.

Udgangspunktet er individet, der præsenteres, som om det fungerer løsrevet fra kultur og socialisering, og man er nødt til at spørge sig selv, hvordan man kan opdrage børn uden at klemme nogle af deres følelser ned i lille størrelse. *Freud*, der var den, der først beskrev fortrængte følelsers betydning, mente faktisk ikke, at opdragelse, eller civilisation om man vil, var mulig, uden at følelser blev undertrykte og kaldte det kulturens byrde.

Det er som om Weber og mange andre, der reagerer på efterspørgslen efter opskrifter på lykke, opererer med en slags naturtilstand, hvor det ikke-undertrykte menneske lever i lykkelig udfoldelse og evig tilfredsstillelse. Kan man blot omgøre forældres bestræbelser på at tæmme afkommet, så vælter lykken op i de befriede. Men dette er primært en kulturel forestilling om en menneskelig natur, som man aldrig har observeret ude i virkeligheden, hvor samfund og mennesker altid er ensbetydende med undertrykkelse af nogen eller noget. Måske er vi bedre tjent med råd, der ikke bygger på en alt for romantisk forestilling om den menneskelige natur.

Af *Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.*



Birgit Weber

Sig av når du bliver ramt
– så du undgår at gøre din partner ondt

Borgens Forlag 2008

153 sider – 199 kr.

ISBN 978-87-21-03338-5

Et godt supplement for sygeplejersker

Bogen er en systematisk gennemgang af det skizofrene syndrom. De mentale og adfærdsmæssige fænomener, som karakteriserer denne komplekse sygdom. Indledningsvis præsenteres læseren for skizofreniens historie og fremtrædelsesform, epidemiologi, hvem får sygdommen? Hvad ved man om årsagsforhold? Er det muligt at forebygge? Hvilke behandlingsmuligheder eksisterer i dag, og hvordan forholder man sig til den psykotiske patient?

Forfatterne er begge professorer i psykiatri fra henholdsvis England og USA, og bogen sigter imod "at sammenfatte hele den seneste forskning og den p.t. bedste praksisform i en let referencehåndbog til den travle kliniker." Det skinner klart igennem, at bogen er skrevet af og for læger med et utal af henvisninger til forskellige medicinske studier og videnskabelige sammenlignende undersøgelser f.eks. inden for psykofarmakologisk behandling.

Når det er sagt, skal det dog nævnes, at forfatterne også inddrager andre dimensioner i forståelsen af det skizofrene syndrom og i behandlingen af dette. Det gælder bl.a. miljømæssige faktorer, og familieinvolvering og støtte bliver fremhævet som essentielle elementer for en succesfuld behandling.

Medicinen får meget plads i denne forholdsvis lille, men indholdsmæssigt omfangsrige bog. Det er måske heller ikke så mærkeligt, når man medtænker, at forfatterne repræsenterer det traditionelle behandlingssystem, som i udstrakt grad gør brug af psykofarmakologisk behandling.

Bogen indeholder også casestudier, som altid er med til at gøre forskning og teori mere levende og relevant. De er så yderligere krydret med vejledende kommentarer fra forfatterne.

For sygeplejersker ansat i psykiatrien kan bogen være et godt supplement til forståelse af behandlingen af patienter, som lider af skizofreni. Herunder eksempelvis hvilke overvejelser der bør gå forud for valg af medicin. Man får et godt overblik over de forskellige grupperinger inden for medicinen, virkningsmekanismer m.m. Det er gavnligt, når man står midt i junglen af typiske og atypiske anden- og tredjegraderspræparater. Så vidt jeg kan vurdere, forholder forfatterne sig neutralt og loyalt til de konkrete præparater (læs:medicinfirmaer).

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



Peter B. Jones og

Peter F. Buckley

Skizofreni – Klinisk Praksis

FADL's Forlag 2008

168 sider – 245 kr.

ISBN 978-87-7749-284-6

Problemsår er en folkesygdom



Finn Gottrup og Tonny Karlsmark
(red.)
Sår
– baggrund, diagnose og
behandling
Munksgaard Danmark
2. udgave 2008
455 sider – 478 kr.
ISBN 978-87-628-0580-4

✦ Dette er 2. udgave af bogen ”Sår”. Den første kom for tolv år siden, men eftersom der hele tiden sker en udvikling i diagnostik, behandling og den kliniske del af sårområdet, har bogens to redaktører Finn Gottrup og Tonny Karlsmark vurderet, at der er brug for en ny, revideret udgave, hvilket jeg er helt enig i. At bogen nu fylder 178 sider mere skal ikke afskrække nogen fra at læse den, tværtimod.

Bogens formål er at give en opdateret og samlet beskrivelse af baggrund, diagnose og behandling af alle typer sår. Den bygger på de seneste resultater inden for klinisk forskning og den i dag bedst kendte evidens. Bogen omhandler alt fra generelle principper for sårbehandling, diagnostiske metoder, oprettelse af sårjournal og database, medicinsk smertebehandling samt et helt nyt kapitel om sårbehandling og sundhedsøkonomi.

Sundhedsøkonomiens betydning bliver tydeliggjort for læseren allerede i begyndelsen af bogen. En folkesygdom er defineret ved at udgøre 1 pct. af befolkningen, og i Danmark regner man med, ”at mere end 60.000 patienter har sår eller godt 1 pct., hvorfor det at have problemsår kan medregnes i gruppen af folkesygdomme” (F. Gottrup). Ligeledes kan vi senere læse, at en patient med venøse bensår i gennemsnit koster 47.000 kr. pr. år (Kolding Kommune), og så betaler patienterne alle bandager selv!

”Et meget groft og antagelsespræget skøn over de direkte behandlingsomkostninger i den primære sundhedstjeneste lyder på ca. 175 mio. kr. pr. år for

skinnbenssår” (Kjeld Møller Pedersen). Omkostningerne for alle andre sår, deriblandt tryksår, er ikke medregnet.

Kirsten Müller er medforfatter på kapitlet ”Sårbehandlingsprodukter”, hvilket efter min mening har givet kapitlet en meget større praktisk tilgængelighed.

Alle sårtyper bliver behandlet hver for sig. Her finder man definition, ætiologi, anamnese, diagnose, behandling, opfølgning og visitation for hver enkelt sårtype. Det er et sandt opslagsværk. Til sidst skal nævnes Appendix To, som indeholder ”Såreksampler med Behandlingsforslag”, – genialt.

Bogen er overskuelig og flot bygget op med en indholdsfortegnelse, der gør det nemt at finde rundt. Den indeholder beskrivende og tydelige figurer, tabeller og billeder. Sproget er letforståeligt, men på et tilpas højt niveau, så både læger og sygeplejersker får noget ud af det. Forfatterne, som skriver om hver sit kliniske fagområde, har stor viden og kompetence.

Alle sygeplejersker og læger i primær og sekundær sektor bør have adgang til et eksemplar, eftersom det netop er hos de patienter, som endnu ikke har fået sår, forebyggelsen starter.

Det er kun gennem øget viden om forebyggelse, diagnosticering og behandling af sår, de sundhedsmæssige omkostninger kan bringes ned.

Af Maria Plaschke, sårkonsulent,
ansat i Gentofte Kommune.

Skrevet til sygeplejersker. Det mærker man



Tone Rustøen og
Astrid Klopstad Wahl (red.)
Ulike tekster om smerte
Gyldendal Akademisk (N) 2008
384 sider – 445 nkr.
ISBN 978-82-05-37216-0

✦ Hvordan defineres smerter?
Hvordan kortlægges smerter?

Hvordan behandles patienter med smerter?

De spørgsmål skal enhver sygeplejerske kunne svare på. Det er almen viden, men vil du alligevel gerne have opfrisning af dine kundskaber om smertens fysiologi og de forskellige kortlægningsmodeller, så læs denne bog.

I bogens første del fås en almen indføring i smertebegrebet, men der er også mere specifikke afsnit om f.eks. smerter hos ældre og en artikel om den nyeste forskning om kønsforskelle i relation til smerter.

Hvad fortæller forskningen om psoriasis og smerter?

Hvordan lærer man at leve med fantomsmerter?

Hvordan håndterer man smerter i øjnene?

De spørgsmål skal enhver sygeplejerske ikke kunne svare på, men ønsker du at få en bredere viden om smerter på mere specifikke områder, så læs denne bog. Bogens andet hovedafsnit beskriver mange forskellige smertetilstande, som giver bogen en bredde, men ikke nødvendigvis den fulde dybde. Det er yderst interessant at læse om den nyeste forskning f.eks. om smerter hos demente, eller kræft og smerter, men det er næp-

pe fyldestgørende, hvis det er den type patienter, der er ens daglige fokusområde.

Hvordan styrker jeg håbet hos en patient med smerter?

Hvordan hænger smerter og livskvalitet sammen?

Hvordan lærer jeg at kommunikere bedre med en patient, som har smerter?

I bogens tredje og sidste del relateres smerter til fænomener som håb, livskvalitet og mestring, og bogen slutes af med et fremragende kapitel om, hvordan man kommunikerer med smertepatienter. Et afsnit, der kan gøre én klogere på sygeplejefaget som helhed.

Bogens formål er ikke at give et fuldstændigt billede af smerter og smertebehandling, men at kaste lys over områder der måske ikke har været så megen fokus på i tidligere lærebøger om smerter. Det formål er til fulde nået i bogen, som består af en artikelserie skrevet af norske forskere og undervisere. Bogen er norsk, men problemstillingerne er almene og den forskning, der er gjort rede for, beskriver dels forfatterens egen forskning, indeholder dels henvisninger til international forskning.

Bogen er skrevet til sygeplejersker. Det mærker

man. Vel er der mange forskningsresultater, men kundskaben er hele tiden relateret til sygeplejen i praksis.

Sprogligt er bogen let at læse, hvis det da ikke lige er en hindring, at den er skrevet på norsk. Forfatterne er mange, det giver en forskellighed i indhold og form. De fleste er knyttet til afdelingen for sygeplejerskeuddannelsen ved Høgskolen i Oslo. Det mærker man i den pædagogiske vinkel, som de fleste artikler anslår.

- En bog til sygeplejersken i klinikken, du får så mange konkrete fif, som du kan bruge i din hverdag med smertepatienten.
- En bog til den sygeplejestuderende, du får så mange henvisninger til den nyeste forskning serveret på et sølvfad, lige til at bruge i din opgave.
- En bog til underviseren, bogen er fyldt af illustrationer og figurer, guf for en underviser.

Af Rita Nilsen, klinisk sygeplejespecialist, ansat på Diakonissestiftelsens Hospice i København.

Konflikter er et grundvilkår i arbejdslivet

I alle organisationer udfoldes et emotionelt drama hver dag. At tro, at organisationer er præget af harmoni, fordragelighed, konsensus og fællesskab, er den rene fantasi. Organisationer er skueplads for konflikter.

På arbejdspladser er der magt, ubehag, tvivl, angst og såret selvrespekt. Dette er et grundvilkår for alle, også i ledelsesgruppen.

Er chefen opfarende eller passiv, leger med telefonen eller kigger ned i papirerne, når ubehagelige vibrationer er i luften, kan det være et symptom på et helt naturligt forsvar, som f.eks. dækker over, at han eller hun ikke fungerer i ledergruppen, føler sig under pres fra medarbejderne eller mærker, at den faglige identitet ikke bliver værdsat.

Bogen beskriver, at forholdet mellem leder og medarbejdere er et kompliceret forhold, der skal balancere mellem en række hensyn. Det teoretiske fundament i bogen er overvejende psykodynamisk og systemisk. Den psykologiske kontekst bliver med en flydende pen suppleret med forvaltningsteoretiske input. Denne teoretiske kobling er udført dygtigt og grundigt. Ved læsningen af bogen glemmer man, at det er to vidt forskellige teoretiske retninger, da forfatterne får de to teoretiske perspektiver til at komplementere hinanden, så man tror, det er en samlet teori om menneskets psykologi på arbejdspladsen. Det viser et stort teoretisk overblik og en formidlingsevne af høj kaliber.

Systemisk ledelse handler om, at organisationens bestanddel er relationerne mellem medlemmerne af organisationen. Organisationen holdes og bindes

sammen af relationer mellem mennesker. Det er en central indsigt i systemteorien, at det er medlemmerne selv, som former organisationen. Når en kollega reagerer kritisk på et møde, er det relationerne omkring vedkommende, der er interessante at analysere, fordi det er relationerne, som påvirker adfærden. Det modsatte perspektiv er at lede isoleret efter årsagen hos personen selv.

Bogen fremhæver alle de gode teknikker fra dette paradigme, og de kritiske brod samt blinde vinkler ved denne teori bliver hentet fra forvaltningsteorien.

Dette supplement giver et grundigt og nuanceret billede af den empiri, bogen beskriver.

Systemisk teori forholder sig ikke til de personlige og organisatoriske magtforhold. Teorien er fattig på perspektiver omkring interessekonflikter, personbundne aspekter, forskellige medarbejdergrupper eller køn. Det antages uproblematisk, at værdsættende anerkendelse og ligeværdig dialog skaber baggrund for fælles forståelse.

Man kan forenklet sige, at de blinde pletter ved systemisk teori er forvaltningsteoriens force.

Interesserede læsere med trang til viden om gruppeprocesser, individets rolle i grupper, ledelse, møder, relationer og lederens personlighed og påvirkning i organisationen får mange gode timer med denne bog i hånden.

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

Gitte Lindermann er specialkonsulent i
Region Hovedstaden.



Jacob Alsted og Ditte Haslund
Ledelse og medarbejdere
– samarbejds psykologi
Forlaget Samfundslitteratur
2008
326 sider – 299 kr.
ISBN 978-87-593-1255-1

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF JETTE BAGH, EVY RAVN OG EN GÆSTEKLUMMIST



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

Usundt fryns

Er du klar over, at du som offentligt ansat finansierer en stor del af gildet, når to ud af tre privatansatte med over en halv million kroner i årsindkomst kører deres Audi Quattro til det nærmeste privathospital med deres værende tennisalbuer og hængende øjenlåg. Hvis de slår et smut forbi psykologen eller fysioterapeuten på hjemvejen, betaler du også.

Antallet af personer omfattet af en sundhedsforsikring gennem jobbet er steget eksplosivt, aktuelt er over én million danskere i arbejde dækkede, og for min skyld kan arbejdsgiverne forære alverdens goder inden for sundhed og velvære til deres ansatte – så længe der ikke følger sundhedspolitisk korrekthed og tvang med. Men sådan som skattereglerne og fordelingen er i dag, er det de lavtlønnede offentligt ansatte og folk uden for arbejdsmarkedet, der betaler frynset for de privilegerede i arbejde, som tillige springer alle ventelister til de offentlige ydelser over.

Reglerne siger, at arbejdsgiverne kan trække udgiften til sundhedsforsikringer fra som en driftsudgift, samtidig med at medarbejderne ikke skal betale skat af godet, og ordningerne omfatter altså næsten udelukkende privatansatte. Kun 6 pct. af de offentligt ansatte har fået en sundhedsforsikring foræret, men det er dem, der spytter langt den største del af de 900 mio. kr. i statskassen, som statens (stadigt stigende) udgifter til forsikringerne beløber sig til i år.

Selv ønsker jeg ikke at betale for de privilegeredes ret til at komme før andre i sundhedsspørgsmål, uanset om deres krop, psyke eller forfængelighed er truet, men som reglerne er, kan jeg ikke undslå mig, og intet tyder på en forandring under den nuværende regering. Alene af den grund rækker det ud over min fatteevne, at offentligt ansatte, herunder ca. 60.000 sygeplejersker, tilsyneladende ukritisk accepterer at betale for, at privatansatte får smidt en sundhedsforsikring i nakken som fryns.

”Selv ønsker jeg ikke at betale for de privilegeredes ret til at komme før andre i sundhedsspørgsmål.”

En ting er, at forsikringerne altså finansieres af os, der ikke selv har adgang til goderne, men værre er, at udviklingen medfører en massiv risiko for manglende solidaritet. Jeg tvivler således på, at den én million forsikrede ligger søvnløse på grund af sygeplejerskemangelen og de pressede arbejdsforhold i det offentlige. Det mæridt kan de jo roligt overlade til os andre. Endvidere vil deres vilje til at trække pungen op af lommen i forhold til ventetidsgarantier og pleje af de gigtplagede, de gamle, folk uden for arbejdsmarkedet og folk med komplicerede sygdomsforløb i det offentlige sundhedssystem med al sandsynlighed dale.

Dette betyder ikke, at vi skal afskaffe det private sundhedssystem – konkurrence kan tilskynde både det private og offentlige til bedre resultater og tilgængelighed – og privathospitaler, læger og sygeplejersker kan ikke bebrejdes, at de samler det guld op på gaden, som regeringen drysser, men skattebegunstigede sundhedsforsikringer gennem arbejdspladsen skal ikke styre patienternes gang til det private. Det foregår mest retfærdigt gennem en stram offentlig visitation ud fra de ventetidsgarantier og kvalitetsmål, der gælder for os alle. De private leverandører må her opfylde de samme mål som det offentlige og løfte de samme opgaver, og i stedet for en (dyr) fast takstbetaling skal opgaverne sendes i licitation. Så får vi se, hvem der løser opgaverne bedst og billigst.

Mens udviklingen fortsætter sin skæve gang mod den situation, at vellønnede folk på arbejdsmarkedet klarer sig i privat regi, mens resten er henvist til et udsultet offentligt system, sover vi upåagtet videre i timen. Måske vågner vi først, når krisen har skrabet bunden, og arbejdsløsheden er steget til uventede højder, og forholdene inden for det offentlige sundhedssystem pludselig også vedrører den million forsikrede. Eller måske skal de forsikrede først lære om sundhedsforsikringer på den hårde måde, som den blogskriver på TV2 (<http://blog.tv2.dk/sundhedsforsikringer>), der beskriver sit forsikringssselskabs formidable evne til at finde smuthuller, som det offentlige efterfølgende må lappe?