

TO KULTURER BLEV SMELTET SAMMEN • DE BEHANDLER FARLIGHED FØR PSYKOSER

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 20 » 3. OKTOBER 2008 » 108. ÅRGANG



KORT NYT
Forældre til
syge børn klemt
i mælkekrigen

Stressede
sygeplejersker
dropper frokosten

Den svære dobbelrolle

– sygeplejersken som pårørende

 Ledere tåler
meget ubehag

 Forhandlingsret
til Lederforeningen, tak

HJERTESTOP – PRINCIPPER FOR GENOPLIVNING • FORSKNING PÅ TVÆRS

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:



FORSIDEFOTO: SØREN SVENDBSEN



SYGEPLEJERSKEN SOM PÅRØRENDE

Du forstår, hvad der foregår og bliver sagt, når du står som pårørende til din gamle mor eller far. Du kender systemet og ved, hvordan du skal argumentere for at sætte skub i tingene. Du kan tage rollen som case manager eller selv gå ind i plejen og supplere det, som det offentlige leverer, så din nære slægtning får et bedre forløb.

Der er store fordele ved at være sygeplejerske, når ens mand, børn eller gamle forældre bliver alvorligt syge. Men mange sygeplejersker har også oplevet den faglige bagage som tung at bære på. De kan fortælle, at de fik mindre information end andre, fordi personalet regnede med, at de vidste, hvad de skulle. De har oplevet, at deres observationer og forslag ikke har været velkomne. De har savnet forståelse for den omsorg, de havde brug for. Og de har haft svært ved at holde sig i skindet, når de blev vidne til dårlig sygepleje.

LÆS TEMAET SIDE 16-22

24 På job

Sygeplejersken på Sikringen. De behandler farlighed før psykoser.

27 Nyt job

Sådan forbereder du dig, før du starter på et nyt job.

28 Holdepunkt

Ny medicin ændrede Susanne Tønders liv totalt. Den gjorde hende i stand til at færdiggøre sin sygeplejerskeuddannelse, otte år efter hun var begyndt.

”Hvis ikke sygeplejerskemanglen bliver løst, får patienterne ikke den sygepleje og behandling, de har brug for. Konsekvensen er store omkostninger for den enkelte patient og for velfærdssamfundet.”

LÆS LEDEREN SIDE 33



To kulturer blev smeltet sammen

LÆS UDFORDRINGEN SIDE 30

>>> FAG

Hjertestop

- principper for genoplivning

Hjertestopbehandling er ikke nogen statisk størrelse, og derfor er det ikke godt nok at tænke, "det har jeg styr på," hvis datoen for sidste undervisning ligger et par år tilbage. Ny viden kommer til, og principperne for behandling ændres i takt med udviklingen. Det viser artiklen "Hjertestop – principper for genoplivning" side 46, hvor udbredelse af hjertestop, årsager og behandlingsprincipper bliver præsenteret. Artiklen bringer aktuel viden til den læser, som ikke beskæftiger sig med behandling af hjertestop i dagligdagen, og slår bl.a. fast, at der nu er mere vægt på at opretholde cirkulation vha. hjertemassage end tidligere. Desuden lægger artiklen op til brug af defibrillator (AED) uden for sygehus, men det kræver både, at befolkningen kan finde frem til apparatet i det offentlige rum, og at nogen er i stand til at anvende det.

LÆS SIDE 46



FOTO: SØREN HOLM

"Når Blachmann og Ålen kan behandle folk i fjernsynet, så deres afsky for præstationerne forplanter sig fysisk igennem skærmen, så bliver det hurtigt normen, at sådan kan man godt være bekendt at tale til andre."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66

FAG

56 **Forskning på tværs**

Forpligtende samarbejde om forskningsprojekter inspirerer alle parter og fastholder nyuddannede i sygeplejen.

55 **Test din viden om ...**

Voksne må maksimalt drikke fem genstande ved samme lejlighed, siger Sundhedsstyrelsen. Men hvordan ser det ud med de unges alkoholvaner?

>>> **TESTEN**



» "Undersøgelserne viser, at lederne sjældent organiserer deres arbejde selv. De er styret af ydre forhold. Lederne håndterer ligeledes et miljø uden megen støtte og opbakning, og de tåler generelt meget ubehag."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 60

I HVERT NUMMER

- 6** Eftertanker
- 6** Kort nyt
- 33** Dansk Sygeplejeråd mener
- 34** Debat
- 42** Fagtanker
- 42** Faglig information
- 44** Resuméer
- 55** Testen
- 59** Agenda
- 60** Anmeldelser
- 66** 5 faglige minutter
- 67** Stillingsannoncer
- 76** Kurser/Møder/Meddelelser

Fra en sødmælksdreng

Debatten om komælk raser i medierne. Det er en interessant debat at følge, og den er nem at snakke med om, for vi danskere er en nation af mælkedrikkere. Mælkedebatten er startet på grund af en række storsælgende bøger om kernesunde familier. Bøgerne anbefaler bl.a., at man dropper gluten og erstatter komælk med gede- og sojamælk for at undgå f.eks. børneeksem, astma, øreproblemer og snotnæser. Anbefalingerne har fået Fødevarestyrelsen og Sundhedsstyrelsen til at advare mod bogernes kostråd. De kan være sundhedsskadelige, lyder det. Bøgernes forfattere afviser blankt kritikken.

Konfliktens kerne går rent ind hos de fleste, og fraset underholdningsværdien er der god grund til at følge med. Problematikken er naturligvis interessant for sundhedsplejerskerne, men også for de mange sygeplejersker, som også arbejder med børn, kost og ernæring i andre sammenhænge.

Selv er jeg en smule forvirret.

For jeg drak jo spandevs af mælk som barn. Mest sødmælk (for det drak vi børn dengang i 70'erne) og en overgang mælk hentet direkte fra en bondemandes jerseyko, hvor vi kunne smage, om den havde været ude på græs eller havde stået inde i stalden. Det der med smagsvariationerne syntes vi i øvrigt ikke var så lækkert. Og så spiste jeg ymer hver dag, lavet på sødmælk, for dengang var "fede" mælkeprodukter helt almindelige. I dag er sødmælk jo omgærdet med langt mere skepsis og mistro.

Men hvad så med mælk nu – f.eks. til vores børn – skal vi holde op med det?

De kernesunde forfattere bruger bl.a. argumentet om, at vi som "urmennesker" ikke drak mælk fra en ko, og at det derfor ikke er en naturlig del af vores kost. Det argument bider på mig, men på den anden side har vi danskere drukket mælk i hundreder af år, og jeg har lidt svært ved at se, hvad det egentlig har skadet.

Måske er det i sidste ende en trossag, hvad man vælger. Jeg tror, jeg vil fortsætte med at tilbyde mine børn mælk morgen, middag og aften. Ikke sødmælk naturligvis, men minimælk, man er vel blevet klogere med alderen.

Vi beskriver debatten yderligere på Kort nyt-siderne i dette nummer af *Sygeplejersken*.

God læselyst.

I kan læse, hvad forfatterne til bøgerne mener om kritikken på www.kernesundfamilie.dk og i kan læse Sundhedsstyrelsens og Fødevarestyrelsens advarsler på www.sundhedsplejersken.info



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Vidste du at ...

... alle danske kommuner har fysisk aktivitet som indsatsområde inden for sundhedsfremme og forebyggelse? Næsten alle har også kost, rygning, overvægt, kronisk sygdom og alkohol som indsatsområder, mens omkring halvdelen har mental sundhed, usikker sex, stofmisbrug, miljøfaktorer og ulykker som indsatsområder.

Kilde: Sundhedsstyrelsen/Rambøll Management. Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats 2008.

Pensionering kan affolke sundhedsvæsenet

Hver tredje sygeplejerske er over 50 år. Det vil sige, at over 18.000 sygeplejersker har mulighed for at forlade arbejdsmarkedet i løbet af de næste 10 år, og tilsvarende gælder for jordemødre, bioanalytikere og andre ansatte i sundhedsvæsenet.

I Berlingske Tidende den 24. september 2008 bliver disse tal fra sygeplejerskernes pensionskasse, PKA, bl.a. kommenteret af Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow* og Danske Regioners formand *Bent Hansen* (S).

Bent Hansen foreslår, at man afhjælper den truende personalemangel med nye kortere uddannelser af teknisk karakter, som kan tiltrække mænd, f.eks. til operationsassistent eller røntgen- og stråleteknikere, som det kendes fra Holland.

Connie Kruckow efterlyser først og fremmest en lønpolitik, der kan fastholde de erfarne og tiltrække unge til uddannelsen.

(kb)

REDAKTIONEN)))

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



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



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



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



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



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



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



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



Stressede sygeplejersker dropper frokosten



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST



Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at mellem en femtedel og en tredjedel af alle sygeplejersker ofte springer frokosten over.

Pausekultur? Det er ikke kun en dårlig vane, når sygeplejersker dropper frokosten. Nye tal viser, at sygeplejersker, der ikke har tid til frokost, føler sig langt mere stressede end andre.

Et æble og noget slik. Det er ofte det eneste, sygeplejersker får at spise i løbet af en arbejdsdag på syv og en halv time.

Det fortæller tillidsrepræsentant *Charlotte Nybo-Sørensen* fra Akut Modtageafdeling på Bispebjerg Hospital. Hun vurderer, at travlheden på afdelingen betyder, at de færreste af hendes kolleger har tid til at sætte sig en halv time med madpakken eller mad fra kantinen.

Og sygeplejerskerne på Akut Modtageafdeling er ikke alene.

Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at mellem en femtedel og en tredjedel af alle sygeplejersker ofte springer frokosten over. Værst ser det ud på de medicinske afdelinger, hvor 35 pct. af sygeplejerskerne ofte må droppe frokosten på grund af travlhed.

En ny undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd og Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø viser, at sygeplejersker, der springer frokosten over, har langt mere stressede arbejdsforhold end andre. Ifølge undersøgelsen rapporterer 37 pct. af de sygeplejersker, der dropper frokosten, at de er stressede hele tiden eller næsten hele tiden, mod 10 pct. af de sygeplejersker, der holder frokost. Problemet er sær-

lig slemt på landets sengeafdelinger og de medicinske afdelinger. Her rapporterer 43 pct. af de sygeplejersker, der må droppe frokosten, at de er stressede.

"For mit eget vedkommende handler det om, at der er travlt hele tiden. Men op ad dagen bliver der mere hektisk, og det at holde frokost er som at trække lod. Vi har for mange opgaver på en gang. Mange af vores medicinske patienter er meget dårlige, og samtidig har vi personalemangel. Selvfølgelig skal vi kunne droppe frokosten en enkelt gang, hvis en patient er dårlig, men det må ikke blive reglen," siger *Charlotte Nybo-Sørensen*.

Seniorforsker *Vilhelm Borg* fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, der står bag stressundersøgelsen, finder det foruroligende, at op mod en tredjedel af sygeplejerskerne springer frokosten over. Han understreger, at pausen har en vigtig funktion som timeout. Men omvendt kræver det også et ordentligt arbejdsmiljø at holde gode pauser.

"Det kan sammenlignes med at holde ferie. Det er sundt at holde ferie, men for nogle forsvinder effekten meget hurtigt, fordi de fokuserer på alt det, de ikke har fået gjort på arbejdet. Hvis den halve times frokostpause går med at tænke på alt det, man ikke får gjort, så er det ikke en reel timeout," siger *Vilhelm Borg*, der peger på, at det er både ledelsens og medarbejdernes ansvar at skabe en kultur, så det er

muligt at holde pauser. Ifølge arbejdspsykolog ved Center for Stress, *Jeanett Bonnichsen*, kan det have store omkostninger for både patienterne og den enkelte sygeplejerske at kvitte frokostpausen.

"Vores hjerne og nervesystem har brug for at slappe af. Hvis ikke vi får pauser, ser vi nedsat hukommelse, manglende nærvær og koncentration og besvær med at fokusere," siger *Jeanett Bonnichsen*, der sammenligner kroppen med en blender.

"En blender må kun kværne løs i to minutter, så skal den have pause – ellers brænder den sammen. På samme måde er der flere og flere beviser for, at krop og hjerne skal holde pauser," forklarer hun.

På baggrund af den nye stressundersøgelse opfordrer 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd *Dorte Steenberg* de enkelte arbejdspladser til at sætte frokostpausen på dagsordenen:

"Det er vigtigt, at der bliver taget fat på problemet lokalt. Det er ikke et problem, den enkelte sygeplejerske kan løse, det er ledelsens ansvar at få skabt rammer, der betyder, at sygeplejersker kan holde frokost," siger *Dorte Steenberg*.

Læs hele undersøgelsen på www.dsr.dk

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



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



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



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



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



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



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



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



Studiejob på sygehuse skal lokke flere studerende til

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Arbejdserfaring. Sygeplejerskeuddannelsen i Aalborg bliver det første sted i landet, der kan lokke de kommende studerende med gode job i klinikken ved siden af studierne.

De studerende, der starter på sygeplejerskeuddannelsen i Region Nordjylland i efteråret 2009, får tilbud om studierelevant arbejde på hospitaler i Aalborg og Hjørring ved siden af deres studier. Ordningen er et forsøg på at rekruttere flere sygeplejestuderende. Antallet af studerende er faldet med 18 pct. i år, og det ønsker skolen i Aalborg at gøre noget ved.

"Jeg tror på, at vi kan tiltrække flere studerende, hvis vi garanterer et relevant job ved siden af studiet, som de kan have hele uddannelsen igennem. Det vil kunne kvalificere dem til praktikperioderne og motivere dem i studiet," siger studiechef på Sygeplejerskeuddannelsen i Aalborg *Jonna Frølich*, som er tovholder på projektet på landsplan. Hensigten er, at ordningen skal spredes til hele landet.

De studerende vil få garanti for 30 timer om måneden, og det bliver et ansættelsesforhold uden om studiet, som kun kan søges af sygeplejestuderende. Formanden for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, *Anja Skov Refsgaard* er positiv over for de nye stillinger, men understreger, at de nye studiejob ikke skal være erstatning for klinik, og derudover skal de studerende have en ordentlig løn.

"Vi mener, at lønnen skal kunne måles med det, man kan tjene i et vikarbureau, og at lønnen afspejler de sygeplejestuderendes kompetencer sådan, at lønnen er højere, jo længere de er i uddannelsen," siger *Anja Skov Refsgaard*, som også håber, at ordningen kan bane vej for en overenskomst for de studerende, som SLS har kæmpet for i mange år. I dag er de studerende typisk ansat på en FOA-overenskomst, når de arbejder med plejeopgaver.

De to sygeplejestuderende *Lone Seisbøll* (bagerst til venstre) og *Marlene Fjeldsted* (bagerst til højre) har tidligere hjulpet *Marianne Eg*, klinisk sygeplejespecialist, med at interviewe forældre i forbindelse med et forskningsprojekt på Børneafdelingen i Viborg.



FOTO: LARS HOLM

Sygeplejestuderende er med i forskning

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

Anderledes alternativ. Som det eneste sted i Danmark har sygeplejestuderende i Viborg en unik mulighed for at deltage i forskningsprojekter sammen med uddannede sygeplejersker på Center for Sygeplejeforskning – Viborg.

Interviewteknik og transskribering er nogle af de kompetencer, de studerende i Viborg kan få, hvis de er interesserede i forskning og har ekstra tid i hverdagen.

Det er dog kun de dygtigste studerende, der har mulighed for at være med i forskningsprojekterne, og det er vigtigt, at de studerende ikke er dumpet i noget fag.

"Man skal stå lidt på tæer for at være med i dataindsamlerteamet. Det er kun for de studerende, der har specielle interesser og kompetencer, og de skal have klaret sig godt under uddannelsen," fortæller forskningslektor *Vibeke Lorentzen*.

Marlene Fjeldsted og *Lone Seisbøll* er begge sygeplejestuderende tilknyttet centret. De blev introduceret til centret på tredje semester. Her kom de med på teamet som dataindsamlere, hvor de bl.a. skal interviewe, observere og transskribere interviews.

"Jeg tror, at det vil få en betydning, når vi er færdiguddannede, fordi vi har ekstra fokus på forskning, og vi har dokumentation for, at vi har været med i forskellige projekter," fortæller *Lone Seisbøll*.

"Vi har også oplevet, at der var nogen ude på en afdeling, der opfordrede os til at søge der-

hen, når vi var færdige, fordi de havde brug for medarbejdere med fokus på forskning," siger *Marlene Fjeldsted*.

De to sygeplejestuderende har bl.a. været med til at interviewe personer til et kontaktpersonprojekt, som foregik på Børneafdelingen i Viborg. Her skulle de interviewe forældre om kvaliteten af kontaktpersonordningen. Inden de gik i gang, fik de et interviewkursus, så de var klædt på til opgaven.

"Jeg har lært meget i forbindelse med kontaktpersonprojektet og brudt nogle grænser. Det har også været rigtig rart, at vi bare kunne ringe til *Marianne Eg*, klinisk sygeplejespecialist, hvis der var nogle svære interviews. Hun har været en god livline undervejs," fortæller *Lone Seisbøll*.

Marlene Fjeldsted og *Lone Seisbøll* har begge været i gang i to og et halvt år på Sygeplejerskolen i Viborg og kunne godt tænke sig at fortsætte med at være tilknyttet Center for Sygeplejeforskning, når de er færdiguddannede om et år, hvis det kan lade sig gøre.

"Det kommer jo også an på, hvor vi får job, og hvad vi kommer til at arbejde med. Men jeg tror, at det vil være nemmere for os at deltage i nye forskningsprojekter, når vi er færdiguddannede," siger *Lone Seisbøll*.

Læs også den faglige artikel "Forskning på tværs – Givende samarbejde mellem forskere, uddannelsesinstitutioner og praksis" på side 56.

Vidste du at ...

... resistente bakterier af typen MRSA kan overleve i flere måneder i sengetøj og på møbler? Bakterierne kan også binde sig til hudceller, som kan ende i støv, der hvirvles op. Overførsel via hænderne er den mest udbredte smittemåde, enten direkte eller indirekte (ved berøring af ting).

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Forældre til syge børn klemmt i mælkekrigen

Køer og geder. Forældre til børn med eksem og infektioner er den gruppe, der er mest i vildrede på grund af de forskellige holdninger til komælk i børns kost.

Det er de højtuddannede og de studerende, som i forvejen er meget bevidste om økologi, giftstoffer og stofbleer, der bliver fanget ind af kostrådene i "Kernesund Familie"-bogen, mener formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker *Susanne Hede*, som ikke er så bekymret for gruppen af bevidste forældre. Til gengæld mener hun, at en anden gruppe forældre føler sig klemmt i mælkedebatten.

"Det er forældre til børn med eksem eller mange infektioner, som er fortvivlede, fordi deres børn er syge, og de henvender sig typisk til mange eksperter. Det er de forældre, vi først og fremmest skal tale med om betydningen af mælk til børn under ét år," siger hun.

På trods af den megen omtale af "Kernesund Familie"-bogen i medierne er det ikke *Susanne Hede*s oplevelse, at landets sundhedsplejersker bliver bombarderet med spørgsmål om mælk fra forældrene.

"Det skyldes nok, at de forældre, der læser bogen, kender Sundhedsstyrelsens og sundhedsplejerskernes holdning," siger *Susanne Hede*.

(sbk)



Sygeplejersker i Norden kræver ligeløn

Fra hele Norden lyder der et fælles krav om ligeløn til sygeplejerskerne. Danmark skal have en lønkommission, siger *Connie Kruckow*, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Sygeplejersker fra Danmark, Sverige, Norge, Finland og Island har i september været samlet til styremøde i SSN – det nordiske samarbejde for sygeplejerskeorganisationer. De sender nu en fælles opfordring til arbejdsgivere og regeringer om at skabe ligeløn til sygeplejerskerne. *Connie Kruckow*, formand for Dansk Sygeplejeråd, siger:

"I Danmark har sygeplejerskerne et massivt løn efterslæb. Det har vores kolleger i de øvrige nordiske lande også. Det er en tikkende bombe under det offentlige sundhedsvæsen, og derfor skal uligelønnen bekæmpes. Jeg synes, det er på høje tid, at Danmark nu får en lønkommission."

Connie Kruckow har sendt et brev til finansminister *Lars Løkke Rasmussen* (V), hvor hun har takket for invitationen til at sidde i lønkommissionen og anbefalet, at regeringen nedsætter kommissionen hurtigst muligt, så der kan blive gjort noget ved at løse rekrutterings- og fastholdelsesproblemerne i sundhedsvæsenet.

(snp)

MÆLKEKRIGEN

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Mælk, mælk ikke. Erstat komælk med gedemælk og få sunde børn. Sådan lyder et af budskaberne i en række populære bøger om kernesunde familier. Bøgerne har fået debatten om mælk til at rase i medierne.

Drop komælk og gluten og få sunde børn, som sover godt om natten og klarer sig godt i skolen. Det er et af budskaberne i bøgerne "Kernesund Familie – sådan", "Kernesund mad" og "Kernesund Familiefitness". I denne tid raser debatten for og imod komælk, efter at TV2's program "Praxis" er begyndt at afprøve rådene på en familie, der skal tabe sig. Et af Kernesund-bøgernes mest kontroversielle budskaber er, at forældre skal bruge modermælkserstatning med gedemælk i stedet for den normale erstatning, der er baseret på komælk. Sundhedsstyrelsen har på sin hjemmeside helt exceptionelt valgt at advare forældre mod at droppe komælken, og styrelsen har også indrykket en advarsel i sundhedsplejerskernes fagblad, fordi sundhedsplejersker har rapporteret om forældre, der er blevet forvirrede efter at

have læst kostrådene i "Kernesund Familie – sådan".

"Kernesundt vanvid" proklamerede Ekstra Bladets forside, og inde i avisen langede en af landets førende ernæringsforskere, professor *Kim Fleischer Michelsen* fra Institut for Human Ernæring på Københavns Universitet, ud efter bøgerne.

Det kan gå ud over børns vækst og funktioner, hvis de ikke får mælk i de to første leveår. De risikerer at udvikle sig langsommere. I 70'erne var der en trend i Holland, hvor mange familier indtog en kost uden mælk. Der havde børnene simpelthen et vækstmønster, der svarer til det, man ser i ulandene. Så jeg er bekymret for børnenes vækst," siger *Kim Fleischer Michelsen* til Ekstra Bladet.

Også Politiken har taget den nye trend under behandling. "Fårligt for småbørn at undvære mælk", konkluderer en artikel på baggrund af interview med afdelingslæge *Christine Brot* fra Sundhedsstyrelsen.

"Man skal være opmærksom på, at ris mælk intet har med mælk at gøre og på ingen måde kan erstatte de vigtige næringsstoffer, der er i mælk. Fra seks måneder til tre

år er det ekstremt vigtigt med en rigtig ernæring, fordi barnet vokser hurtigt, og hjernen udvikler sig voldsomt. Hvis ikke det må få mælk og gluten, som de anbefaler i bøgerne, udelukker det så mange fødevarer fra kosten, at det kan blive meget svært at dække barnets behov, og dermed risikerer barnet at blive underernæret," siger *Christine Brot* til Politiken.

Men kritikken preller af på forfatterne:

"Vi er dybt uenige. I bøgerne lægger vi frem, hvad vi selv har gjort for vores børn. Vi påstår ikke, at vi har hele sandheden, og vi forsøger ikke at bilde folk ind, at vi er ernæringseksperter. Vi vil vise, at man kan kurere mange lidelser hos børn ved at droppe mælk og gluten," siger journalist *Morten Mauritson*, der er den ene af forfatterne til bøgerne. Han fremhæver, at meget af forskningen om den "gode" danske mælk er betalt af mejerisel-skaberne.

"Danmark er det land i verden, der drikker mest mælk, så jeg vil sige, at i Danmark har vi sundhedsråd, der tenderer markedsføring."

EU-borgeres patientrettigheder på ny hjemmeside

En ny hjemmeside giver borgere i EU information om deres rettigheder til behandling i andre EU-lande.

Det er Karin Riis-Jørgensen, medlem af Europaparlamentet for Venstre, der har taget initiativ til at få lavet hjemmesiden, der skal informere europæiske patienter om de rettigheder, de har i dag for at få behandling i andre EU-lande.

På hjemmesiden

www.patientsrights.eu

kan patienter i hele EU finde op-

lysninger om deres ret til behandling i et andet EU-land. Retten til behandling i andre EU-lande eksisterer i dag gennem EF-domstolsafgørelser, lyder det fra Karin Riis-Jørgensen. Disse findes på siden sammen med en forklaring, man kan tage med til sin læge for at få klarhed over sine rettigheder og desuden bruge som argumentationsgrundlag.

(snp)

Læs mere på:

www.patientsrights.eu



ARKIFOTO: SCAMPIX

Sygeplejerske udgiver endnu en cd

AF BENNY LAURIDSEN, JOURNALIST

Sygeplejesang. Laura Illeborgs seneste cd-udgivelse tager afsæt i livets små finurligheder. Hun inddrager også denne gang inspiration fra arbejdet som sygeplejerske.

"Jeg kender ikke til noget, der er sjovere end at lave musik. Da jeg var yngre, havde jeg den store drøm om at skabe kunst. Nu er jeg bare glad for at have musikken i mit liv."

Sådan siger 39-årige Laura Illeborg, der for kort tid siden udgav sin sjette cd "God Vagt".

Sideløbende med udgivelserne siden 1995 er Laura Illeborg også blevet mor til to, uddannet sygeplejerske og arbejder i dag ugentlig 24 timer på Obstetriske Klinik på Rigshospitalet i København.

I modsætning til tre tidligere solo-cd'er og to i samarbejde med andre har Laura Illeborg denne gang valgt selv at producere hele pladens indhold. Hun har også stået for det meste af musikken.

"Jeg havde lyst til at producere "God Vagt", fordi jeg følte mig i stand til at gøre det. Det var rigtig dejligt. Tidligere har jeg arbejdet meget sammen med forskellige mandlige producere, hvor samspelet har bragt mig musikalske steder hen, jeg nok ikke selv ville have fundet frem til. Jeg har også selv stået for det meste af musikken denne gang – og det har jeg også nydt, for på denne plade har jeg udfordret mig selv mest muligt," forklarer Laura Illeborg.

Hun tilføjer, at det kan godt være stressende en gang imellem både at lave musik og arbejde som sygeplejerske.

"Men omvendt så kan jeg også have dage som i dag, hvor jeg ikke skal på arbejde, børnene er i skole, manden på arbejde, og jeg har hele dagen til mig selv. Det kan få mig til at føle mig meget privilegeret. Det at være mor, musiker og sygeplejerske fungerer meget godt for mig. Det kunne jeg selvfølgelig ikke vide på forhånd, men det gør det altså."

www.dsr.dk

>>> INFORMATION OM SYGEPLEJERSKEPORTALEN

Hvor meget tjener man i det private?

DSR er netop nu i gang med at indsamle data til en ny lønstatistik for det private område. Indsamlingen sker via portalen. Ved at skrive www.dsr.dk/privatloen kommer man direkte til siden.



PIA GEDE NIELSEN,
WEBREDAKTØR,
PGN@DSR.DK



KRISTIAN ESKILDSEN
WEBJOURNALIST,
KFE@DSR.DK



ANDERS VON BENZON
KJÆRSGAARD,
WEBUDVIKLER,
ABK@DSR.DK

Legater og rene rutiner

Portalredaktionen holder øje med trafikken og de mest søgte ord på portalen. I september har Dansk Sygeplejeråds legater og stipendier været særligt populære at læse om. Under Udgifter, hvor man online kan købe bøger m.m., har bogen "Rene Rutiner" været den mest populære.

TR net lukker

I det nye år er det slut med TR net, der har været en del af sygeplejerskeportalen i mange år. I stedet opstår to nye områder med navnene TR kompasset og SiR kompasset. Siderne skal give bedre overblik over emner og redskaber til rådighed for tillids- og sikkerhedsrepræsentanterne. Syv TR'er er blevet testet vedrørende deres oplevelser med TR kompasset. Resultaterne vil føre til ændringer, der kan ses på de endelige sider.

Læs mere om projektet på www.dsr.dk/trkompasset eller www.dsr.dk/sirkompasset

Vidste du at ...

... 7.000 ansatte på hospitaler i det tidligere Københavns Amt i løbet af tre år skal undervises og certificeres i hjerte-lunge-redning? Personale med direkte patientkontakt får tilbud om undervisning på tre forskellige niveauer afhængigt af deres kompetencer. Certificeringen skal gentages hvert år.

Sidste frist for valg af pension

Omkring 46.000 sygeplejersker har fået brev fra Pensionskassernes Administration med tilbud om at ændre deres pensionsordning.

Valget skal træffes af den enkelte, eftersom PKA ikke må ændre pensionsaftalerne uden accept, og det haster med at sige ja tak eller nej tak: PKA skal have svaret i hænde senest den 10. oktober 2008.

PKA har sendt brev til alle de medlemmer, som man mener vil have fordel af at ændre deres pensionsordning. Det gælder omkring halvdelen af PKA-medlemmerne. Er man over 40 år, og er man optaget i pensionskassen før 1995, er der stor sandsynlighed for, at man har fået brev fra PKA om dette tilbud. Medlemmer optaget efter 1. januar 2006 har allerede fra optagelsen haft den nye ordning og får derfor ikke det aktuelle tilbud, og jo nærmere man er på denne optagelsesdato, jo

mindre sandsynligt er det, at man får tilbuddet.

”Den nye ordning medfører, at pensionskassen kan frigøre reserver, der nu er bundet. Det sker ved at ændre på den andel af pensionen, der er garanteret. Det betyder to ting: Der frigøres penge til at forhøje din samlede pension med, og der er bedre muligheder for fremover at øge din pension i takt med prisudviklingen. Derfor anbefaler vi dig at sige ja,” skriver administrerende direktør *Peter Damgaard Jensen*, PKA, i lederen i pensionskassens seneste medlemsblad.

Svaret til pensionskassen kan sendes i den udsendte svarkuvert eller sendes elektronisk på www.pka.dk ved hjælp af en adgangskode, der er udsendt sammen med brevet fra PKA.

(sp)

Sygeplejersker uden grænser?

Burde Læger uden Grænser i virkeligheden omdøbes til Sygeplejersker uden Grænser? Det spørgsmål stiller Udenrigsministeriets blad, *Udvikling*, i det seneste nummer til Læger uden Grænser's rekrutteringschef, sygeplejerske *Merete Engell*.

De seneste år er det nemlig blevet sværere at rekruttere læger til verdens brændpunkter. Mens der i 2007 var ni danske læger i felten med Læger uden Grænser, er det i år kun lykkedes at sende fire læger ud. Til gengæld rejser stadigt flere sygeplejersker ud i verden. Sidste år tog 14 sygeplejersker ud med Læger uden Grænser, og i år er foreløbig 13 sygeplejersker rejst ud. En af årsagerne til, at lægerne svigter verdens brændpunkter, er den såkaldte firårsregel, der betyder, at lægerne skal have påbegyndt deres speciallægeuddannelse fire år efter starten på deres basisuddannelse.

(bsø)

”Enten må privathospitalerne pålægges en pligt til at følge op på de ting, der opstår, eller også må de betale for, at det offentlige gør det. Alt andet er urimeligt.”

Lone Dybkjær, radikal sundhedsordfører, i Nordjyske Stiftstidende den 23. september 2008 i forbindelse med, at et politisk flertal på Christiansborg mener, at det offentlige ikke skal hænge på regningen, når operationer i det private går galt.

Spareprotester. Mandag den 15. september 2008 indledte politikerne i Region Midtjylland de afgørende drøftelser om næste års budget. De havde på forhånd varslet besparelser for over 400 mio. kr. på bl.a. regionens sygehuse. Det fik bl.a. Dansk Sygeplejeråd Kreds Midtjylland og en række andre faglige organisationer til at kalde til demonstration foran Regionshuset, før forhandlingerne gik i gang. I de sene nattetimer lykkedes det politikerne at skære 135 mio. kr. i besparelserne, bl.a. ved i de kommende år at indgå leasingaftaler i stedet for at købe nyt, mens prisen for at undgå besparelser på bl.a. fertilitetsklinikken på Skejby Sygehus også bliver, at regionshospitalerne i Brædstrup og Odder lukkes.

(cso)



FOTO: LARS HOLM

Rettelse

En læser har venligt gjort opmærksom på, at der i kalenderen udsendt af Dansk Sygeplejeråd har indsnegget sig en fejlagtig oplysning for oktober. Af kalenderen fremgår, at sommertiden slutter onsdag den 29. oktober, hvilket er forkert. Sommertiden slutter natten mellem lørdag den 25. og søndag den 26. oktober.

Redaktionen

Sygeplejestuderende ønsker mere uddannelse i førstehjælp

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Hjerte-lunge-redning. Sygeplejeskolen i Hillerød prioriterer at give de studerende ekstra undervisning i førstehjælp tidligt i uddannelsen, og alle studerende bliver certificerede i hjerte-lunge-redning.

30 stød og to pust i rette tempo og rytme kan redde liv, selv om man hverken er dr.med. eller uddannet sygeplejerske. Sygeplejeskolen i Hillerød har valgt at give de sygeplejestuderende 12 timers undervisning i førstehjælp tidligt i uddannelsen, selvom faget ikke indgår i den nye studieplan. Ifølge den nye studieplan lærer de studerende akut sygepleje sent i uddannelsen på modul 10 i 5. semester, og det handler om brugen af sug, ilt og maske, når man er på et sygehus. Den ekstra undervisning i førstehjælp på skolen i Hillerød er fortrinsvis baseret på førstehjælp i primærsektor, hvor basal genoplivning foregår uden brug af udstyr.

"Mange studerende har det sådan, at førstehjælp vel er det mindste, man kan forvente af en sygeplejestuderende. Vi vurderer, at de studerende er glade for undervisningen i førstehjælp, ikke mindst fordi den er baseret på øvelser, som illustrerer anvendeligheden af den teori, de lærer," siger underviser på sygeplejerskeuddannelsen, Søren Ravn.

Skolen gør brug af en øvelsesdukke med tilhørende dvd, som de studerende selv skal købe. Dukken hedder Mini Anne og er samme model, som man bruger i folkeskolen. Når de studerende har gennemgået førstehjælpsun-

dervisningen på første modul, får de gentaget teorien i faget akut sygepleje på 10. modul. De studerende bliver certificeret i førstehjælp én gang årligt ved hjælp af computersimulerede øvelser og fantomdukken.

"Vi tror på, at gentagelsen af budskaberne i hjerte-lunge-redning er utroligt vigtigt for, at de studerende føler sig godt rustet, når de forlader skolen," siger Søren Ravn.

Sygeplejestuderendes Lands sammenslutning, SLS, har i flere år arbejdet for, at de sygeplejestuderende skulle have et førstehjælpskursus allerede inden første praktik.

"Vi havde næsten fået førstehjælpskurser op at køre på alle skoler, men efter den nye studieordning er trådt i kraft, får vi nu først den tilsvarende undervisning i sidste halvdel af studiet. Der vil dog være dele af det traditionelle førstehjælpskursus, som ikke længere er med i undervisningen," siger formand for SLS, Anja Skov Refsgaard.

Et af argumenterne fra rektorforsamlingen for, at førstehjælpskurserne er taget ud af undervisningen, er, at man forventer, at unge mennesker fremover vil blive uddannet i førstehjælp i forbindelse med, at de tager kørekort.

"Men det er jo langt fra alle, der har kørekort," siger Anja Skov Refsgaard.

På side 46 i dette nummer bringes en faglig artikel om principperne for genoplivning efter hjertestop.



ARKIVFOTO: SYGEPLEJEMUSEET

Sygeplejemuseet i Kolding giver børn mulighed for at prøve førstehjælp under kyndig vejledning to dage i efterårsferien.

Prøv førstehjælp på Sygeplejemuseet

Alle børn har mulighed for at lære førstehjælp tirsdag og onsdag i efterårsferien, når Sygeplejemuseet i Kolding holder førstehjælpsdag sammen med Koldings Røde Kors-samaritter. Børnene kan selv prøve at give førstehjælp til en person med snitsår eller brandsår, eller som er kommet til skade i trafikken. Desuden har samaritterne deres førstehjælpsdukker med, så børnene kan også prøve at give hjertemassage og kunstigt åndedræt. Børnene får udleveret et diplom, når de har været rundt, samt en Røde Kors-nål som tak for indsatsen.

Sygeplejerske til handicap-OL i Beijing

AF CLAUS LEICK, JOURNALIST

For få år siden var Margit Pedersen almindelig sygeplejerske på Hillerød Sygehus med speciale i lungesygdomme. Så slog hendes liv et par alvorlige kolbøtter. Et trafikuheld og senere en rideulykke medførte en skulderskade og et amputeret ben. Under genoptræningen i en romaskine fik hun interesse for rosporten. En interesse, der kulminerede med deltagelsen i de netop afholdte Paralympiske Lege i Beijing, hvor hun repræsenterede Danmark i firer med styrmand. Det blev til en 11.-plads, men det vigtigste har været den personlige sejr med at nå så langt med nye udfordringer efter de to ulykker. Jobmæssigt er hun i dag ansat hos et medicinalfirma, der sælger lungeudstyr til sygehusene, hvor Margit Pedersen underviser sygeplejersker på sygehusene. Det bringer hende jævnligt på besøg på hendes gamle afdeling i Hillerød.

Et trafikuheld og en rideulykke gjorde, at sygeplejerske Margit Pedersen skadede sin skulder og fik amputeret et ben. Under genoptræningen fik hun øje for rosporten og har netop deltaget i handicap-OL i Beijing.



FOTO: PREBEN SOBORG

Seniorordninger og spændende arbejde vil få dem til at blive

Længere arbejdsliv. Danskerne skal arbejde længere, lyder det fra alle sider. Regeringens Arbejdsmarkedskommission vil af med efterlønnen, og pensionskasserne taler om, at pensionerne bliver mindre, fordi folk stopper tidligere og lever længere. Men hvad planlægger sygeplejerskerne selv?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Esben Stræde, sygeplejerske, akut medicinsk modtageafsnit og intensivt afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg

Hvor længe tror du, at du bliver ved med at arbejde?

"Det er et svært spørgsmål i en foranderlig tid. Da jeg blev uddannet, var sygeplejen meget håndværksmæssig, nu er den mere teoretisk. Der er kommet flere og flere administrative opgaver til, og vi kommer længere og længere væk fra patienten.

Så det er svært at vide, om man bliver i faget. Men hvis jeg gør, regner jeg med at arbejde, til jeg bliver 60, og så tage det derfra. Se, hvordan helbredet har det, om man kan blive ved med at holde til nattevagterne.

Hvis de virkelig vil have, at man skal blive, så skal der nogle ordentlige seniorordninger til."

FOTO: THOMAS SØNDERGAARD



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN



Annette Heisel, hjemmesygeplejerske, Horsens Kommune

Hvor længe tror du, at du bliver ved med at arbejde?

"Ikke længere end højst nødvendigt. Når jeg når efterlønsalderen om en 12 års tid, så tror jeg, at jeg har fået nok af udviklingen med stadigt nye krav og

konstant omstilling.

Vi bevæger os længere og længere væk fra det, vi gerne vil være for patienterne, vi bliver konsulenter og coaches. Samtidig skal vi overskue flere opgaver, større distrikter og flere patienter. Så hvis der ikke sker noget andet, holder jeg, så snart jeg kan."

Hvad kunne få dig til at blive?

"Nogle helt andre seniorordninger end dem, vi ser i dag. Men jeg har svært ved at se det for mig i vores arbejdsdag. Hvis jeg skal arbejde mindre, bliver det bare mine kolleger, der skal indhente de timer, jeg ikke tager. Det kræver økonomi at lave noget ordentligt, og den er der ikke."

Nina Messmann, sygeplejerske, Privathospitalet Hamlet

Hvor længe tror du, at du bliver ved med at arbejde?

"Det er svært at svare på. Jeg er kun 31 nu, så det er meget langt væk."

Hvad vil du lægge mest vægt på til den tid, din økonomi, eller hvordan du har det med dit arbejde?

"Bestemt en kombination. Hvordan jeg har det, men også økonomien. Jeg har allerede oprettet en ekstra pensionsordning."

Tror du, efterlønnen eksisterer, når du selv kommer i nærheden af pensionsalderen?

"Nej, desværre. Jeg tror, det bliver meget mere individuelt, hvem der stopper tidligt, og hvem der fortsætter længe. Det er også derfor, jeg selv betaler ekstra ind."



FOTO: MORTEN NILSSON

Lene Secher, sygeplejerske, it-konsulent, Region Nordjylland

Hvor længe tror du selv, at du bliver ved med at arbejde?

"Det ved jeg ikke, men jeg tænker ikke, at jeg vil stoppe før tid. Jeg bliver nok ved lige så længe, jeg kan finde noget at lave, der er spændende og udfordrende."

Hvad vil du lægge mest vægt på til den tid, din økonomi, eller hvordan du har det med dit arbejde?

"Helt klart, hvordan jeg har det på min arbejdsplads – hvis jeg ellers er i en situation, økonomisk, hvor jeg har mulighed for at vælge. Jeg vil ikke gå på arbejde og være ked af det, hvis det kun er for at få nogle flere penge.

Tror du, efterlønnen eksisterer, når du selv kommer i nærheden af pensionsalderen?

"Nej, ikke som vi kender den. Jeg har betalt til den fra starten, men nu holder jeg en pause, mens jeg tænker over, om jeg skal fortsætte. Jeg tror, de fleste på min alder tænker sådan, at det er arbejdspladserne, der skal være gode og spændende. Det med efterlønnen må man selv sørge for, f.eks. med ekstra opsparing."

FOTO: MICHAEL BO FRASMUSSEN



>>> SKRIV EN KOMMENTAR

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK



NÅR SYGEPLEJER



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST
FOTO: SØREN SVENDSEN

Krydspres. Når sygeplejerskens nære slægtninge er alvorligt syge, bliver hun en pårørende, der har brug for omsorg som alle andre. Men hun kan ikke lægge sin faglighed fra sig, og denne dobbeltrolle kan være lige svær at håndtere for hende selv og for de professionelle, hun møder.

Der er mange og store fordele ved at være sygeplejerske, når ens nærmeste bliver alvorligt syge.

Man bliver ikke forskrækket over apparater og procedurer, men kan stadig kende sin gamle mor i hospitalssengen bag slanger og katetre.

Man forstår, hvad behandlerne siger, og kender forretningsgangene. Man kan deltage aktivt i plejen og bidrage med løsninger på nogle af de problemer, der opstår, som gentagne forstoppelser eller pleje af et kræftsår.

Man kan tage sin dødssyge mor hjem med en trakeostomi, som for andre patienter ville betyde, at de måtte tilbringe deres sidste tid på et sygehus. Man kan pleje sin kræftsyge mand selv og undgå, at hjemmet bliver forvandlet til en institution, hvor offentligt personale går ud og ind.

Men det er ikke entydig lykke at have indsigt og faglig viden. Det bevidner de mange henvendelser, *Sygeplejersken* fik, da vi efterlyste sygeplejersker, der selv har oplevet at være pårørende til alvorligt syge slægtninge.

SKEN BLIVER PÅRØRENDE

Viden kan belaste. Det oplever f.eks. den intensivsygeplejerske, der kommer ind i opvågningen og ser, at der hænger blod hos hendes nyopererede mand. Og ved, at det ikke er almindeligt at give blod ved den operation, han har fået. Eller den sygeplejerske, der ser begyndende symptomer på hjertesygdom eller demens hos sin mand.

Og i samarbejdet med de behandlende læger og sygeplejersker kan sygeplejerskens faglige baggrund endda blive en hæmsko. Mere end én sygeplejerske fortæller, at hun har følt sig dårligere informeret end andre pårørende, ud fra devisen: Det må hun da vide, hun er jo sygeplejerske.

Flere sygeplejersker har undret sig over personale, der undgår dem og nærmest gør sig usynlige: ”Jeg skal løbe rundt på gangene for at finde dem,” fortæller én. En anden har været ude for en sygeplejerske, der bad hende gå ud af stuen, da hun skulle tage en blodprøve på den syge, ”for ellers fik hun præstationsangst”.

Den emsige sygeplejerske

”Jeg oplever, at jo mere sikre personalet er i deres egen faglighed, jo bedre er de også til at inddrage mig som pårørende,” siger en sygeplejerske, hvis mor fik ALS »

))) DE FLESTE SYGPLEJERSKER ER TILFREDSE

Sygeplejerskers og lægers vurdering af kvaliteten i sundhedsvæsenet adskiller sig ikke væsentligt fra andre patienters. Det viser en undersøgelse, hvor et stort antal læger og sygeplejersker svarede på spørgsmål om deres egen eller nære slægtnings indlæggelse.

På en lang række vigtige punkter var mere end 85 pct. tilfredse, det gjaldt f.eks. informationen fra sygehus, sygeplejersker og læger før indlæggelsen, kommunikationen under indlæggelsen og lægernes behandling og diagnostik.

Forhold, som mere end 15 pct. var utilfredse med, var f.eks. toilet- og badeforhold, rengøring og muligheden for privatliv på sygestuerne.

I faglige kredse har man længe diskuteret, hvor godt patienter egentlig er i stand til at bedømme faglig kvalitet. Derfor var det en positiv overraskelse, at fagfolkenes bedømmelse ikke adskilte sig særlig fra resultaterne af de store landsdækkende patienttilfredshedsundersøgelser.

Men samtidig bekræftede undersøgelsen de store problemer, som også er afdækket i andre undersøgelser. "Verdens bedste sundhedsvæsen er det ikke," siger arbejdsmedicineren Finn Gyntelberg, initiativtager til undersøgelsen.

23 pct. af dem, der selv havde været indlagt, opgav, at de havde været ude for behandlingskomplikationer, og efter deres egen vurdering kunne 40 pct. af disse komplikationer være undgået. Det svarer til, at 10 pct. var fejlbehandlet.

15 pct. rapporterede, at en nær slægting var blevet fejlbehandlet, og 4,1 pct. vurderede, at fejlbehandling havde medført døden for deres mor. 3,7 pct. mente, at fejlbehandling havde medført døden for deres far.

Kilde: Gyntelberg F et al. Lægers og sygeplejerskers vurdering af kvaliteten af behandlingen i hospitalsvæsenet – som patient eller pårørende. (Se www.patientsikkerhed.dk vælg Patientsikkerhed, vælg Publikationer).

» og var indlagt på både specialafdelinger og sengeafdelinger i sit lange forløb.

"Men jo mere usikre de virker, jo mere de trækker sig og lader mig være den opsøgende, jo mere træder jeg ind som sygeplejerske og bliver, om ikke kontrollerende, så i hvert fald den, der tager ansvar."

Og så er der lagt op til konflikter. Mange sygeplejersker fortæller, at de selvfølgelig ikke kan lægge deres faglighed fra sig. De ved tit, hvad der bør gøres, og de kan ikke lukke øjnene og lade være med at observere, selv om patienten er deres egen nære slægting.

Samtidig vil de allerhelst have lov til at være pårørende. Men hvis man oplever, at personalet i afdelingen eller på plejehjemmet træk-

ker sig, at man ikke får de informationer, man har brug for, at ens ønsker og forslag bliver ignoreret eller afvist, så kan man ende med at blive den kritiske og kontrollerende sygeplejerske, man helst ikke vil være.

For der eksisterer mange fordomme om sygeplejersker som pårørende: De blander sig, de vil bestemme, de stiller spørgsmål til alt muligt, der ikke angår dem, de kræver særbehandling og stiller med helt urealistiske forventninger.

Sådan er der vel også enkelte sygeplejersker, der opfører sig, men de henvendelser, *Sygeplejersken* har fået, peger snarere i en anden retning: Mange sygeplejersker vil så nødig se sig selv i rollen som den emsige syge-

plejerske-pårørende, at de afholder sig fra forslag og kritik, selv når de oplever ting, som andre pårørende ville reagere på.

Nogle gange forventes det nærmest af dem, at de skal være solidariske med det travle personale, selv om det betyder, at der kiksers et og andet for deres pårørende: Du er jo selv sygeplejerske, du ved, hvordan det er.

Men det kan lige så godt være dem selv, der føler sig forpligtet til at forsvare systemet over for andre i familien, og de tvinger sig selv til at holde mund med deres kritik, medmindre situationen virkelig er tilspidset.

"Det var frygtelig ubehageligt, og jeg har heller ikke gjort det andre gange," siger f.eks. en sygeplejerske, der kørte en ung forvagt i

"Min mand boede et par år på et plejehjem, hvor sygeplejerskerne nærmest opfattede mig som en kollega. Og det var jeg jo ikke. Jeg ville gerne være mig selv i min egen familie. Men samtidig vil jeg gerne tales til som en sygeplejerske. De behøver ikke pakke tingene ind. Jeg ved godt, hvad ordene betyder."

Hjemmesygeplejerske, 56 år, hvis mand blev tidligt dement.

"Da min mor var alvorligt syg og døde, oplevede jeg en berøringsangst fra afdelingen, som gjorde, at jeg kom til at stå med et ansvar, som slet ikke var mit. Og som jeg sagtens kunne tage i situationen, men efterfølgende har følt mig tynget af. Det var mig, der styrede smertebehandlingen, og min mor døde umiddelbart efter den sidste dosis kombineret morfin og Stesolid, som jeg havde slynget ud: Hun skal have så og så meget. Jeg ved godt, der altid er en sidste indsprøjtning, og hun var sikkert død alligevel. Men bagefter har jeg vendt og drejet det på 1.000 måder: Var den dosis lige i overkanten? Først længe efter er det dukket op: Var det egentlig rimeligt, at det skulle foregå på mit ansvar? Selv om jeg også godt kan forstå, hvordan det gik til. De var meget unge og havde frygtelig travlt og var vel bare lettede over, at vi kunne klare os selv."

Onkologisk sygeplejerske, 51 år, hvis mor døde af kræft.

sænk med faglige argumenter, da hendes far skulle overflyttes til sit hjemsygehus med en uudredt ansigtslammelse – og afdelingen mente, hans jævnaldrende veninde kunne køre ham.

”Jeg tænkte på min egen datter, som læser medicin, og på, om hun også en dag vil komme ud for sådan en forfærdelig pårørende.”

Vidne til dårlig sygepleje

Det er svært at sidde med en viden om, hvad der ville være god sygepleje, når den gode sygepleje ikke bliver ens egen pårørende til del.

Og der sker svigt. Der sker fejl, også alvorlige fejl. Det er veldokumenteret, men det fremgår også af henvendelserne til *Sygeplejersken*.

Når man selv er i systemet, ved man godt, at det ikke altid går, som det skal. Men en række sygeplejersker har undret sig over den måde, afdelingen og personalet så optræder på efterfølgende.

Hvorfor reagerer personalet ikke, når man gør opmærksom på, at et drop løber subkutan? Ja, de har glemt det, det kan man da godt regne ud, men hvorfor bliver de sure, når man langt om længe igen tager sig sammen til at gøre opmærksom på det? Og hvorfor siger de ikke bare undskyld?

Mange sygeplejersker har så fortalt, hvordan det er en fordel at kende systemet, når det virkelig brænder på.

Man kan skaffe hurtig hjælp, når ens mand bliver dårlig under indlæggelsen, fordi man ved, at den unge sygeplejestuderende har en ansvarlig sygeplejerske, og at næste led i hierarkiet er afdelingssygeplejersken. Det er hen-

de, der skal tilkalde den læge, der har opereret, og det er ham, der skal bestille tilsyn fra den specialist, der har ekspertisen og kan gøre noget.

Som sygeplejerske ved man, at der findes aflastningspladser og genoptræningsafdelinger, og kender de instanser, man kan henvende sig til, når afdelingen er i gang med at sende ens gamle mor hjem, selv om hun er ude af stand til at klare sig selv.

Det er en fordel, som nogle sygeplejersker har lidt dårlig samvittighed over, mens andre ikke finder den problematisk. ”Jo, jeg har da en fordel, som den ufaglærte ikke har,” siger en sygeplejerske, der fik skaffet sin mor en plads på en genoptræningsafdeling.

”Den ufaglærtes mor ville de bare have sendt hjem. Men jeg synes, jeg kæmper lidt for hende også, når jeg roder op i tingene.”

En række sygeplejersker kan fortælle om observationer og forslag, som bliver afvist eller bare ignoreret.

”Men jeg synes, man som professionel skal have respekt for, at pårørende vil gøre hvad som helst for deres syge slægtninge. Man søger på nettet, man laver research,” siger en sygeplejerske, der som en af de få

kan fortælle om en rigtig god oplevelse med at blande sig.

Hun kontaktede selv en specialafdeling, da hendes mor havde et åbent kræftsår, der lugtede grimt. Hun havde læst om et forskningsprojekt, og selv om det ikke var afsluttet, kunne afdelingen faktisk give nogle gode råd, som hun tog med tilbage til det behandlende personale.

”De sagde: Det lyder spændende, det prøver vi. Og da det faktisk hjalp, sagde de, at det ville de bruge fremover.

Brug os dog, når man har ressourcestærke pårørende som os.”

kbj@dsr.dk

»» MANGE HENVENDELSER OM DOBBELTROLLE

Artiklen bygger på mails fra og interviews med 27 sygeplejersker, der henvendte sig, da *Sygeplejersken* efterlyste sygeplejerskers erfaringer som pårørende. Citaterne på de følgende sider er fra disse interviews.

Formålet med artiklen har ikke været at rette kritik mod konkrete afdelinger eller institutioner, men generelt at fortælle om sygeplejerskers oplevelser af dobbeltrollen. Derfor er eksemplerne brugt anonymt.

”Da min far skulle overflyttes, gik alting galt. Den nye afdeling havde aldrig hørt, at han skulle opereres, og røntgenbillederne havde de smidt væk.

Så da han senere skulle til kontrol i ambulatoriet, ringede jeg på forhånd og snakkede med den sygeplejerske, der skulle tage sig af ham. Det vidste han ikke, at jeg havde gjort, men han fortalte selv, at han havde fået en helt anden behandling dér. Og det er selvfølgelig pinligt, at man skal være nødt til den slags. Men jeg har det sådan, at det er min erhvervsfordel. Jeg kan ikke gå ud og lave sorte penge, men jeg kan tage hånd om mine pårørende.”

”Jeg har haft lange samtaler med mig selv: Er det her nu værd at gøre opmærksom på? For man ved jo godt, at det måske handler om ressourcer eller måden, en afdeling fungerer på. Hvis jeg havde været bagersvend, ville jeg bare have smidt mine krav og forventninger på bordet. Men her bagefter kan jeg godt sidde med følelsen af, at jeg var for tilbageholdende. At jeg måske skulle have stået lidt mere på min mors ret.”



Ekstra opmærksomhed. Samarbejdet med pårørende skal altid tage udgangspunkt i den enkeltes forudsætninger. Og når den pårørende er sygeplejerske, skal man også forholde sig til det, siger koordinerende oversygeplejerske Kathe Torp Jensen.

VIS BÅDE NÆRVÆR OG FAGLIGHED

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Det er mange år siden, *Kathe Torp Jensen* begyndte at undre sig over, hvad det er, der sker, når sygeplejersker møder en pårørende, som selv er sygeplejerske.

”Jeg oplevede, at der kom en distance hos personalet, og der faldt en masse negative bemærkninger om den pårørende: Nu er hun der igen. Hun burde da vide. Hun må da se, hvor det bærer hen. For dårligt, at hun ikke kan hjælpe mere til.”

Siden 1996 har *Kathe Torp Jensen* været koordinerende sygeplejerske på Nykøbing og Næstved Sygehuse. Hun deltager i planlægningen af svære forløb og udskrivelser, hvor der er mange samarbejdsparter, og gennem årene har hun forsøgt sig frem med, hvordan man bedst griber det an, når man møder en pårørende, der selv er fagperson.

Jo mere hun har vist både nærvær og faglighed, jo bedre er samarbejdet kommet til at fungere.

”Der er mange forventninger til den pårørende, der er sygeplejerske. Det kan være fra os i systemet, men det kan også være fra den syge og den øvrige familie. Det er vigtigt at vise: Jeg er her for dig. Det er ikke dig, der har ansvaret for patientforløbet, det har vi. Men vi vil meget gerne samarbejde med dig.”

Man skal ikke behandle sygeplejersken som en kollega, for hun er først og fremmest en

pårørende. Men samarbejdet med pårørende skal altid tage udgangspunkt i den enkeltes forudsætninger, og til sygeplejerskens forudsætninger hører altså nu engang hendes faglige baggrund.

Man skal tale til fagpersonen, men være opmærksom på, at hendes viden måske er forældet, og at hun ikke nødvendigvis kender specialet. Man skal spørge, hvad hun ved, og forklare, hvad man gør og hvorfor. Og man skal være ærlig, når noget ikke lykkes.

”Sygeplejersken ved godt, hvad best practice er. At ens nærmeste er alvorligt syg og døende, er i sig selv rigtig svært, og så bliver det en ekstra belastning at se dårlig sygepleje.

Når tingene ikke går, som vi gerne vil, skal vi sige det, som det er.”

Vær åben, følg op

Kathe Torp Jensen er særlig opmærksom på pårørende, som er fagpersoner, men det betyder ikke, at hun bruger mere tid på dem. Alle pårørende har krav på omsorg og sidder inde med en viden, som de professionelle har brug for.

”Og vi skal være åbne over for deres observationer og anerkende betydningen af dem. Ikke bagatellisere eller gå i forsvar. Man skal passe meget på med ikke bare at fejle dem af med et: Hun er bare i krise.

Selv om en pårørende er i krise, kan det, hun ser og ønsker, godt være relevant.”

Kathe Torp Jensen har gode erfaringer med at være opsøgende, ikke vente, til den pårørende selv henvender sig. I forhold til en pårørende, der er sygeplejerske, sørger hun for hurtigt at få et overblik og få lagt en plan:

”Hvad ved hun? Hvad er hun for en pårørende? Hvordan kan vi samarbejde med hende?”

Ikke mindst er det vigtigt med en velfungerende kontaktpersonordning, understreger hun:

”Som sygeplejersker har vi jo kanaler, vi kan gå igennem, og hvis man ikke får svar det ene sted, prøver man det andet. Det kan give meget mudder, for så siger den ene det ene, og en anden noget andet, og den pårørende bliver endnu mere forvirret end før.”

En af de meget vigtige opgaver for kontaktpersonen er at følge op, når forløbet er afsluttet. *Kathe Torp Jensen* har oplevet flere kolleger gå ned bagefter, når dødsfald og begravelse er overstået.

”De kommer på arbejde og skal være der for den patient, de plejer. Og pludselig kan de slet ikke klare det, fordi det minder alt for meget om det, de selv har oplevet. Som fagpersoner har vi et stort behov for at få afklaret de spørgsmål, vi sidder med, og få anerkendt, at

”Det kan godt være, andre pårørende også ville protestere over de ting, jeg reagerede på. Men jeg bliver mere truende, fordi jeg har argumenter, der rammer sygeplejerskerne midt i deres egen faglighed.

På et tidspunkt var jeg med til en samtale, fordi man ville beskære den hjælp, min mor fik. Man ville fjerne hjælpen midt på dagen, som skulle sikre, at hun fik noget at spise. Så jeg siger til sygeplejersken: Prøv at se på min mors ernæringstilstand! Hvor længe tror du så, det varer, inden hun bliver indlagt, fordi hun er faldet eller dehydreret? Så var *hun* sur. Man bruger jo de redskaber, man har. Men jeg ville gerne have haft lov til at være en almindelig pårørende. Jeg oplever det også som et kollegialt svigt, at jeg skal være nødt til at kæmpe for min mor.”

”Jeg står stadig med store spørgsmål, som jeg ikke har fået svar på. Enten er holdningen: Det må du da vide, du er sygeplejerske. Eller: Det er lige meget. Når jeg siger, at jeg gerne vil se skopresultatet, siger de: Det er der ingen grund til. Men det var faktisk først, da jeg læste journalen, at jeg fandt ud af, hvor slemt det stod til.”

vi gjorde det godt som pårørende.”

Hvis man sidder tilbage med tanker om, at patienten kunne have overlevet, hvis der bare var gjort det eller det, er det selvfølgelig en læge, man skal tale med. Men også mindre alvorlige svigt er vigtige at få vendt.

Kathe Torp Jensen foreslår gerne, at den pårørende skriver sine overvejelser ned og afleverer dem, hvis hun sidder tilbage med en dårlig oplevelse.

”Men konstruktivt, så vi kan lære af det. Det værste, der kan ske, er, at man bare fejrer kritikken af som et udtryk for, at den pårørende er i krise. Vi skal jo netop lære af det u hensigtsmæssige.”

kbj@dssr.dk

Husk, at det er en pårørende, du står over for, ikke en kollega.

Spørg, hvor meget hun ved, tag ikke noget for givet, og hvilke opgaver hun selv gerne vil udføre.

Lav en aftale om opgavefordelingen. Vær opsøgende. Sørg for, at hun har en kontaktperson.

Tag hendes observationer alvorligt og vær åben over for hendes forslag.

Vær ærlig, når noget går skævt, og vær med til at rette op på en dårlig oplevelse eller misforståelse.

Sig undskyld, hvis der er sket en fejl.

”Jeg ringede en aften, da min mand lige var opereret, og sygeplejersken blev meget spids. Så jeg måtte sige: Jeg ringer, fordi sidste gang, de opererede, var han ved at dø, og da var der ingen, der ringede til mig. Jeg er enormt bange for at miste ham, og jeg kan ikke falde i søvn. Så ændrede hun sig egentlig, for ellers var de meget korte og kontante. Jeg følte tit, jeg hellere måtte bakke to skridt, og nogle gange fik jeg ikke spurgt til det, jeg gerne ville. Jeg vil jo ikke gå ind og tage over, jeg har stor respekt for deres arbejde og ved godt, at de skal have arbejdsro.”

Intensivsygeplejerske, 41 år, hvis mand har gennemgået flere store operationer.

”Man føler sig i klemme, for man vil jo gerne være ordentlig og ikke den der sygeplejerske-pårørende, men samtidig tænker man: Nej, nej, nej. Den hånd, der lige har tømt urinposen, den tager man sin kuglepen med. Man samler puder op fra gulvet hos en multitraumatiseret mand med apparatur alle vegne og alle mulige indgangsporte. Ringe på fingrene og vask af sår med bare hænder og en skumgummi-svamp. Så da hun kom og sagde, at de syntes, såret så rødt ud, var jeg ved at eksplodere i hovedet på den stakkels sygeplejeelev.”

Sygeplejerske, 53 år, hvis far kom ud for trafikulykke.

EN HJÆLP I SAMARBEJDET

Gode observationer. Sygeplejersker stiller ikke større krav end andre pårørende, og når situationen er kritisk, har de samme behov for omsorg. I andre situationer kan man roligt trække på deres faglighed, siger koordinerende sygeplejerske Lis Kyhn.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Når koordinerende sygeplejerske *Lis Kyhn* fra Rødovre Kommune møder en pårørende, der er sygeplejerske, kan hun gribe det an på en af to måder.

”Som udgangspunkt skal de behandles som alle andre pårørende,” siger hun.

”Men jeg plejer gerne hurtigt at vurdere, om hun er pårørende til en kritisk syg. Så er hun måske ude i en krise, og jeg er nødt til at se bort fra, at hun også er fagperson. For så har hun brug for den samme omsorg som alle andre, der har en kritisk syg slægtning.

Hvis det derimod ikke drejer sig om noget kritisk, er det en hjælp for mig, at det er en kollega, jeg står over for. Hun kan beskrive over for mig, hvordan det går hjemme, med de ord, jeg selv bruger.”

Som koordinerende sygeplejerske gennem 13 år har Lis Kyhn truffet mange pårørende, der var sygeplejersker. Hun visiterer hjælp til borgere, der bliver udskrevet fra sygehuset, og derfor får hun også tit henvendelser fra

pårørende senere i forløbene, hvis de ikke synes, hjælpen er god nok.

Sygeplejersker stiller ikke større krav end andre pårørende, er hendes oplevelse.

”Generelt synes jeg, de viser forståelse over for travlhed, og når de klager, er det over de samme ting, som andre pårørende er opmærksomme på: Hvis deres slægtning ikke er blevet vasket, ikke har fået mad, ikke kan nå klokken, eller man har sagt noget mange gange, uden at der er gjort noget ved det,” uddyber hun.

Sygeplejersker kan måske fremsætte deres kritik på en mere faglig måde, hvis der ikke bliver gjort en særlig indsats for ernæringen hos en småtspisende far eller mor.

”Men andre pårørende kan også sagtens se, at det ikke nytter at sætte et halvt stykke mad foran deres mor, hvis hun ikke kan skære madden ud.”

Sygeplejersker stiller heller ikke andre eller større krav end pårørende uden en faglig bag-



grund, oplever Lis Kyhn. Hun oplever f.eks. ofte, at sygeplejersker ser mere realistisk på tingene, når en gammel far eller mor ligger på sygehuset, og behandling og træning er udsigtsløs.

”Så kan der være situationer, hvor folk bliver frygtelig bekymrede, fordi deres gamle mennesker f.eks. går og falder derhjemme. Det er yderst forståeligt, og det må vi forholde os til, samtidig med at vi som kommune ikke kan udrette mirakler.”

Men i sådan en situation er sygeplejersker nok bedre til at argumentere for deres ønsker end andre, tilføjer Lis Kyhn.

”De kan sætte fingeren på det ømme punkt og være mere præcise.”

kbj@dsr.dk

Husk, at sygeplejersken er en pårørende som alle andre.

Giv sygeplejersken samme omsorg som andre, hvis hun er i krise.

Brug sygeplejerskens faglige viden, når situationen ikke er kritisk. Udnyt både hendes kendskab til sin slægtning og hendes observationer og forslag.

”De undgik os, og de overlod alt for mange plejeopgaver til min svigermor, der også er sygeplejerske. Hun påtog sig det gerne, for i situationen var det lettere for hende at være sygeplejerske end hustru til en meget syg mand. Da han døde, var de meget lidt omkring os. De kom ikke, heller ikke da jeg gik over på kontoret for at fortælle, at nu var han død. Det var mig, der måtte slukke for ilt og dråbetæller. Men vi havde et enormt behov for at blive behandlet som andre pårørende.”

”Jeg syntes, jeg skulle sætte mig ind i alt det faglige, og jeg blev også tit spurgt af min far og søster: Hvad tror du, og er det godt nok. Med mine godt og vel to års erfaring som sygeplejerske! Det var svært at være sygeplejerske, når jeg var sammen med min mor, og der var episoder, hvor jeg blev mistroisk og kritisk, som jeg selv somme tider oplever pårørende, og hængte mig i ting, som var fuldstændig ligegyldige. Som at der ikke var en mærkat på den i.v.-væske, hun fik. Jeg havde ikke særlig meget kontakt til personalet, og det har undret mig, at jeg ikke fik nogen støtte. Men spørgsmålet er, om de så, hvordan jeg havde det.”



Sygeplejerske Rikard Rex i støttende samtale med en patient, Patrick Dupont, der har været i afdelingen i to år. Han er nu nået så langt, at han spiller fodbold og træner uden for afdelingen og har ledsaget udgang en gang om ugen.

DE BEHANDLER FARLIGHED FØR PSYKOSER

Muskler og empati. Sygeplejen til Danmarks farligste psykisk syge kriminelle er indkapslet i sikkerhedsforanstaltninger. Men uddannelse i forebyggelse og håndtering af vold har nedbragt magtanvendelsen.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Der er stiltfærdig aktivitet ved skærme, ringbind og telefoner på det store, lyse personalekontor i afdeling P2. Men ude på gangen er der ikke et øje.

De 10 patienter er låst inde på hver sin stue, fordi P2 har lånt en sikkerhedsmedarbejder ud til naboafdelingen, hvor en patient skal i bad som led i en tvangsbehandling.

Og når de tre mænd i dagvagtens sikkerhedsnormering ikke befinder sig i afdelingen, bliver alting sat på standby. Først da alle tre igen er i afdelingen, kan sygeplejerske *Rikard Rex* gå en runde fra dør til dør og låse op.

Sikringsafdelingen i Nykøbing Sjælland, som rummer de farligste patienter i Danmark, har sine egne paragraffer i psykiatriloven, og personalet har lov til at låse dørene.

Sikringen har også sine egne sikkerhedssystemer, som bygger på lige dele fysisk styrke og faglighed. Mænd kan hurtigere få en voldsom situation under kontrol, hvis en pa-

tient skal overmandes fysisk. Derfor oprettholder Sikringen sin mandsnormering, selv om andre retspsykiatriske afdelinger har forladt princippet.

Mænd er dog svære at skaffe, siden plejeruddannelsen forsvandt. Derfor har Sikringen nu en aftale med det private sikkerhedsfirma G4S. I hver afdeling stiller firmaet hver dag en sikkerhedsmedarbejder i dagvagt og én i aftenvagt – om natten er patienterne låst inde på deres stuer.

Men samtidig har Sikringen satset stærkt på at uddanne personalet til at håndtere og forebygge vold. Der er etableret en ny sikkerhedsuddannelse, og de synlige resultater er færre arbejdsskader og mindre tvang.

Et af de nye redskaber er farlighedsprofiler på den enkelte patient. De beskriver bl.a. tegn på, at patienten er ved at blive voldelig, hvad der udløser aggressioner, hvordan han optræder, når tingene eskaleres, hvad der kan bero-

lige ham, og hvordan han skal tackles, hvis det er nødvendigt at anvende magt.

Patienternes psykoser bliver behandlet medicinsk, der er miljøterapi, støttende samtaler og andre former for støtte til, at patienterne kan finde hensigtsmæssige måder at optræde og reagere på. Men behandlingen af deres farlighed har første prioritet.

”Vi er nødt til at rumme deres farlighed, før vi behandler deres psykoser,” siger Richard Rex.

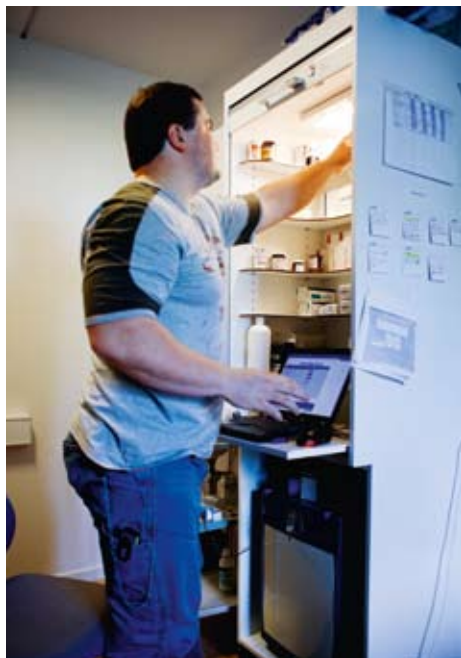
>>> DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN PATIENT I DEN SIDSTE UGE?

”Vi har en patient med anden etnisk baggrund, som har meget langt til sin familie. Det bliver han meget ked af i sine klare øjeblikke. Men sidste gang det skete, fik et spil Backgammon lettet stemningen.”



Sikringen er slet ikke, som folk forestiller sig, siger Patrick Dupont. Han føler sig tryggere i Sikringens meget faste rammer end i den retspsykiatriske afdeling, han kom fra.

Der møder en halv snes mennesker i en almindelig dagvagt, pædagoger, social- og sundhedsassistenter, ergoterapeut, mfl. Bortset fra afdelingssygeplejersken er Rikard Rex den eneste sygeplejerske på denne dag.



Bag denne dør bor en patient, der ikke tåler mange stimuli. Hver gang, der skal foregå noget på stuen, skal de tre mænd i sikkerhedsnormeringen være klar. Bag social- og sundhedsassistent Lotte Johansen ses fra højre Rikard Rex, social- og sundhedsassistent Henrik Petersen og sikkerhedsmedarbejder Mathias Trap.

Ssa-elev Katrine Schwartz får demonstreret aflåsningsproceduren. Sikringen har både sygeplejестuderende og ssa-elever, men det er begrænset, hvad de må gøre på egen hånd.

Afdelingens medicinskab er ikke stort. Det er meget begrænset, hvad der er af somatiske lidelser.

Er patienten, hvor han skal være inde på stuen? Rikard Rex kontrollerer, før han går ind med medicinen, og Lotte Johansen og Mathias Trap serverer middagsmaden.

”Vi kan gøre dem mindre farlige, bl.a. fordi vi er gode til at holde hårde stoffer ude, og fordi tingene foregår meget struktureret. Vi har heller ikke mange vikarer.”

Hvad skal man kunne som sygeplejerske for at arbejde her?

”Man skal kunne hvile i sig selv, også i situationer, som ikke er rare. Man skal have selvindsigt og evne til at leve sig ind i mennesker, som er svære at forstå.

Man skal også gøre op med sig selv, om man kan leve med at gennemtvunge behandling på patienter, som ikke ønsker at være del af den. Og man skal til stadighed forholde sig kritisk over for den tvang, man udøver.”

Se afdelingsinformation på www.sundhed.dk

kbj@dsr.dk



Forbered dig godt før jobstart

- Søg informationer om din nye arbejdsplads på internettet.
- Få tilsendt introduktionsprogrammet på forhånd og tænk igennem, hvilke ting du kan og ikke kan.
- Har du spørgsmål, du gerne vil have svar på før første arbejdsdag, kan du med fordel kontakte din kommende leder eller tillidsrepræsentant.

De første 100 dage er en gave for dig og dine nye kolleger

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Hvad er mine opgaver? Hvordan er mine kolleger? Hvad forventer de af mig? Og kan jeg mon leve op til det hele? Det kan være noget af en mundfuld at skulle begynde på et nyt arbejde, og den første tid kan med alle de nye indtryk, opgaver og kolleger være ekstra hård. Men faktisk er de første 100 dage på en ny arbejdsplads også en gave for dig og dine nye kolleger. Det er her, du undrer dig mest over, hvorfor tingene bliver gjort, som de gør. Efter tre måneder i det nye job er du selv spundet ind i arbejdspladsens kultur. Skriv derfor al din undren ned i begyndelsen. Gør dig nogle erfaringer og observationer, og har du ikke fundet et godt svar efter de første måneder, er det tid til at spørge. Men lær arbejdspladsen at kende, før du kaster dig ud i alt for mange spørgsmål. Det garvede personale kan hurtigt komme til at føle sig forfulgt af en nyansat kollega, der sætter spørgsmålstejn ved alt.

cso@dsr.dk

))) GÅ TIL DEN RETTE MED DIN UNDREN

- Faglige spørgsmål kan du f.eks. stille til en kollega, din afdelingsleder eller den kliniske leder.
- Ved spørgsmål i relation til samarbejdet med ledelsen eller til personalepolitikken er det oplagt at gå til tillidsrepræsentanten.
- Har du spørgsmål omkring arbejdsmiljø, arbejdspladsvurderingen e.l., er sikkerhedsrepræsentanten ofte den rette at kontakte.

))) TING, DER BØR VÆRE PÅ DIN ARBEJDSPLADS

- En lokal personalepolitik med konkret introduktion til den lokale afdeling, som omfatter introduktion til den lokale tillidsrepræsentant og arbejdsmiljø/sikkerhedsrepræsentant.
- Referater fra de seneste MED-udvalgsmøder.
- Resultatet af den seneste arbejdspladsvurdering og handleplaner.



ÉN SOM MAN HAR TILLID TIL

"Guldringen med den blå sten har jeg arvet efter min mor, som døde af en hjerneblødning, da jeg var 17 år. Hun fik den af sine forældre, da hun blev uddannet sygehjælper."



"Min kat Bailey elsker rejer, og det får den hver lørdag. Den er en blanding af en huskat og en amerikansk maincoon-kat, som er den største katterace, der findes."



"Jeg har kæmpet hårdt for at blive sygeplejerske pga. min sygdom."



"Jeg dyrker spinning for at få mere energi, og jeg kan virkelig mærke forskel, hvis jeg i en periode ikke er kommet så meget i fitnesscentret."



Folderen med Susanne Tønder på forsiden, som Århus Kommune bruger til at reklamere for hjemme-sygeplejersker.



"Jeg drikker spandevs af kaffe, og det hjælper mig også til at holde mig frisk."



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

At pleje ældre mennesker i hjemmeplejen var ikke lige det, *Susanne Tønder* brændte mest for, da hun startede på sygeplejerskolen i Sønderborg. Hun ville hellere arbejde på sygehus med pleje til alvorligt syge. Men flere ting blev afgørende for hendes jobvalg. Dels opdagede hun under en klinik i hjemmeplejen i Vojens, at hjemmeplejen er et særligt udfordrende sted, som ikke udelukkende handler om at yde sygepleje til ældre, men også til yngre borgere. Dels satte hendes kroniske sygdom narkolepsi i første omgang en stopper for drømmen om overhovedet at blive sygeplejerske.

Hun måtte stoppe otte måneder før tid pga. sin sygdom, som gjorde, at hun til tider blev ekstremt træt og havde svært ved at koncentrere sig. Hun blev i stedet assistent og arbejdede bl.a. på sin nuværende arbejdsplads i hjemmeplejen i Århus. En ny medicin på markedet forandrede *Susanne Tønders* liv markant, hvilket betød, at hun kunne færdiguddanne sig til sygeplejerske i 2004, otte år efter hun oprindeligt var startet. Hun blev headhuntet af sin gamle arbejdsplads, hvor hun havde været som assistent.

Familie: Hun er 32 år og bor i Brabrand med sin tre år gamle hankat Bailey.

Min funktion

"Jeg er hjemmesygeplejerske i lokalcenter Bjerggården, Fuglebakken og Åbygård, hvor jeg er en del af et velfungerende team af otte sygeplejersker. Jeg er glad for at være hjemmesygeplejerske, fordi jeg ser noget specielt i at komme ud til borgerne i deres eget hjem som gæst og langsomt blive et kendt ansigt af familien, én som man har tillid til. Man kan i princippet komme ud til hvad som helst, og det kræver derfor, at man har en bred viden, kan træffe beslutninger og arbejde monofagligt, tværfagligt og tværsektorielt. Jeg er basissygeplejerske, men jeg har også en særlig funktion som undervisningsansvarlig i medicinerings over for nyansatte, elever og ufaglærte."

Lige nu

"I vores sygeplejerskegruppe i lokalcentret har vi netop udarbejdet en prioriteringsliste over opgaverne, så vi ved, hvad vi evt. kan lade ligge eller udskyde, når vi er underbemandet, eller der er særligt mange opgaver. Lige nu er vi i gang med at ajourføre og ensarte instrukser og procedurer, for at de forskellige sygeplejeteam har en fælles måde at gøre tingene på."

Om fem år

"Jeg tror stadig, at jeg er i hjemmeplejen, fordi jeg brænder så meget for det. Jeg kan godt lide selvstændigheden, og at man selv prioriterer dagens opgaver. Jeg interesserer mig meget for sår og sårheling. At få et vanskeligt sår til at hele kan være en stor udfordring, så jeg kunne godt tænke mig en dag at blive specialiseret inden for det område. Min sygdom stiller nogle krav til det sted, jeg arbejder, så hvis jeg skulle et andet sted hen, skulle det være et sted, hvor der primært er dagarbejde. Jeg kan ikke tåle natarbejde."

sbk@dsr.dk

"Jeg maler abstrakte billeder med akrylmaling, ofte i sort og hvid. På dette billede har jeg først malet sort og derefter trukket den hvide maling ned over det med et stykke pap."



>>> UDFORDRINGEN

Udfordringen: To sengeafsnit, der var lagt sammen to år tidligere, men stadig ikke fungerede som et hele.

Afdelingen: Gynækologisk/obstetrisk afsnit G, Aalborg Sygehus.

Det gjorde de: Plejepersonalet blev opdelt i fire team, der i to et halvt år rokerede mellem afsnittets fire diagnosegrupper hver tredje måned.

Det har de opnået: Plejepersonalet lærte specialet og kollegerne bedre at kende på tværs af tidligere tilhørsforhold. Alle blev gode til at håndtere forandringer og lære nyt.

Det er de stolte af: En afdelingskultur, hvor der både er åbenhed om det, man ikke kan og har brug for hjælp til, og det, man er god til og kan lære fra sig.

Det slås de stadig med: Der vil altid være en modsætning mellem behovet for bredde og behovet for specialisering.

To kulturer blev smeltet sammen

Afdelingskulturkløft. Det var stadig Nedenunder og Heroppe to år efter sammenlægningen af afsnit G1 og G2 på Aalborg Sygehus. Det fandt afdelingssygeplejerske Kathrine Eskildsen råd for.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

Da afdelingssygeplejerske *Kathrine Eskildsen* var til ansættelsessamtale i foråret 2004, lagde oversygeplejersken ikke skjul på, at der lå en udfordring og ventede i gynækologisk/obstetrisk afsnit G.

Afsnittet havde to etager på Aalborg Sygehus, øverst G1 med onkologi og svære patientforløb, nedenunder G2 med indlagte svangre og godartet gynækologi.

”Og jeg fik at vide, at de havde været slået sammen som én afdeling i to år, men de følte sig ikke som én,” husker Kathrine Eskildsen.

De første tre måneder i afdelingen brugte hun på at spørge, lytte, iagttage og lægge en plan. For det var indlysende, at der måtte ske noget.

”Man mødte ind om morgenen, og så sad man, 20-25 mennesker, og fyldte folk på: Hvem ville gerne være på stue 2 nedenunder, hvem ville gerne være heroppe. Det var meget nedenunder og heroppe, men nogle gange var der for mange til den ene afdeling og for få til den anden af dem, der plejede at være der.”

Så sad folk og kiggede lidt ned i jorden, husker Kathrine Eskildsen.

”Der var en utryghed, som bundede i, at man ikke følte sig hjemme i hele specialet, og så pludselig kunne man stå med ansvaret for noget, man ikke var godt kørende i.

Derfor blev det hele lidt først til mølleagtigt. De, der var mere stille, fik så det, der var tilbage, og de, der mødte sent, måtte bare konstatere: Nå, hvor er jeg så sat hen i dag?”

Rokader mødt med skepsis

Kathrine Eskildsens løsning var et rokerings-system, der blandede personalet og betød, at ingen blev hos samme patientgruppe mere end tre måneder ad gangen. Ordningen kørte i to et halvt år.

Personalet blev inddelt i fire team, et til hver af de patientgrupper, afsnittet modtog: de opererede kræftpatienter, de godartede operationspatienter, de gravide indlagte og endagskirurgien. Hver tredje måned rokerede hele teamet til en ny patientgruppe.

De fire team blev sammensat, så der var sygeplejersker med stort kendskab til hver af de fire patientgrupper i hvert team. På den måde var der hele tiden nogle i teamet, der havde ekspertviden om den aktuelle patientgruppe og kunne lære fra sig.

Jonna Nielsen, der oprindeligt var sygeplejerske i G1, husker tydeligt sin egen skepsis over for rokeringen:

”Jeg havde jo valgt at være på en afdeling med godartede forløb, og hvordan ville det så være at skulle passe kræftpatienter?”

Det var ikke sådan, at der ligefrem var dårlig stemning mellem G1 og G2. Men afdelingskulturen var forskellig, fortæller *Jonna Nielsen*.

”Stemningen var måske lidt mere lys og løssluppen hos os. Der havde også været en periode, hvor vores afdeling var lukket i weekenden. Og det kunne godt være lidt træls for den anden afdeling, at vi kunne holde fri i weekenderne, mens de skulle passe de patienter, vi ikke kunne sende hjem.”

Næsten som nye kolleger

Nogle var skeptiske, nogle valgte simpelthen at rejse fra afsnittet. Men i løbet af de næste par år kom *Jonna Nielsen* og hendes kolleger til at sætte pris på afvekslingen og udfordringerne i rokeringssystemet.

”Hvis man i en periode havde passet mange dårlige kræftpatienter, kunne det være godt at komme til det mere livsbekræftende hos de svangre,” siger hun.

”Men det allerbedste var, at man hele tiden fik prøvet noget nyt og blev klædt på til det hele. Det er dejligt, og vi havde godt af at blive blandet.”

Mette Juel Sørensen, oprindeligt sygeplejerske i G2, ville også gerne have fortsat med at rokere.



”Jeg følte, jeg pludselig fik mange flere kolleger. Der var nogle, som man før kun kendte af udseende, men nu lærte at kende som rigtig gode kolleger. Man fandt ud af, at vi alle sammen havde noget at byde på,” siger hun.

”Og pludselig oplevede man specialet på en helt anden måde. Det blev dobbelt så stort, og jeg syntes, det var svært at vælge, da vi igen skulle lægges fast i speciale-team.”

Næste stop: specialisering

Efter to et halvt år med rokering besluttede Kathrine Eskildsen nemlig at stoppe. Ordningen havde tjent sit formål: Alle sygeplejersker i afsnit G havde en viden ud over det basale inden for alle fire diagnosegrupper, og de havde fået øjnene op for den sygepleje, der blev udført i andre dele af specialet.

”Jeg har fået et personale, der er meget omstillingsparate og lynhurtige til at implementere nyt. De tænker meget kreativt, er åbne over for hele specialet og har ansvarfølelse over for helheden,” siger Kathrine Eskildsen, der gerne opsummerer processen med de to ord: læringsmiljø og trivsel.

Hun understreger, at man selvfølgelig ikke bare kan dele personalet ind i team og overlade resten til dem selv. Der skal laves støttesystemer i form af oversigtstavler, teamkonferen-

”Noget af det allervigtigste er, at janteloven ikke fungerer her. Det har vi snakket om, at det gider vi ikke. Man skal have lov til at vise, hvad man kan.”

Afdelingssygeplejerske Kathrine Eskildsen.

cer osv., og man skal løbende arbejde med relationerne i personalegruppen. Hun bad f.eks. alle om at score deres trivsel hver tredje måned og brugte scoringen som udgangspunkt for diskussion på personalemøderne.

”Noget af det allervigtigste er, at janteloven ikke fungerer her. Det har vi snakket om, at det gider vi ikke. Man skal have lov til at vise, hvad man kan. Bare kom, så skal jeg lære dig. Det er vores motto,” siger hun.

Hun brød strukturen op igen, fordi afdelingen har brug for specialiseret sygepleje.

”Det begyndte at komme på personalemøderne, at man havde brug for at blive længere på et sted. Hver gang man syntes, man var ved at være rigtig god til noget, skulle man videre til noget andet,” forklarer Kathrine Eskildsen.

”Og der sker så meget i dag udviklingsmæssigt, at man er nødt til at være helt fremme i skoene for at følge med i specialerne. Vi var nødt til at mejsle folk fast i team, hvor de kom-

mer til at gå sammen med specialekyndige læger og kan matche dem.”

Derfor stoppede rokeringen altså for halvandet år siden, og alle valgte sig ind på et fast team. Men det skaber ikke de samme problemer som i gamle dage.

”Vi er stadig lukket sammen i sommer- og efterårsferie, til jul, påske og pinse. Det er faktisk 13 uger hvert år, så man får stadig føling med den viden, der er i andre dele af specialet,” siger Kathrine Eskildsen.

”Og hvis der en dag er kommet så mange nye ind, at vi ikke er allround mere, så finder vi også en løsning på dét.”

kbj@dsr.dk

))) MERE INFORMATION

Kontakt: Afdelingssygeplejerske Kathrine Eskildsen på kaes@rn.dk

Fem minutter i tolv

I 2020 mangler Danmark mindst 5.000 sygeplejersker. Sådan lyder konklusionen i ny rapport fra professor *Kjeld Møller Pedersen*. Samtidig viser tal fra PKA, at hver tredje sygeplejerske er over 50 år og kan trække sig tilbage fra arbejdsmarkedet inden for 10 år.

Rekrutterings- og fastholdelseskrisen er en af de største udfordringer i sundhedsvæsenet. Hvis ikke sygeplejerskemanglen bliver løst, får patienterne ikke den sygepleje og behandling, de har brug for. Konsekvensen er store omkostninger for den enkelte patient og for velfærdssamfundet.

Det er positivt, at arbejdsgiverne og politikerne efterhånden har fået øjnene op for, hvor galt det står til. Det skyldes ikke mindst, at Dansk Sygeplejeråd har kæmpet en sej kamp for at sætte problemet på dagsordenen. Vores seneste opgørelse viser, at der nu mangler 2.400 sygeplejersker.

I bund og grund er det tankevækkende, hvor meget der skal til for at råbe de ansvarlige op. Det er også tankevækkende, at fokus ofte er på de kortsigtede løsninger: import af arbejdskraft og tilfældig opgaveglidning.

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at sundhedsvæsenet kan løse en del af sygeplejerskemanglen ved at rekruttere sygeplejersker fra udlandet. Men sygeplejerskemanglen er global, og på sigt er det ikke en løsning, der kan stå alene.

Vi er også helt med på at nytænke arbejdsdelingen, og den task force, der nu skal se på arbejdsdelingen i sundhedsvæsenet, er et forslag fra Dansk Sygeplejeråd.

Det er oplagt, at serviceassistenter overtager rengøringen og lægesekretærerne de administrative funktioner, mens sosu-assistenterne får en større rolle i de stabile forløb. Men det betyder ikke, at der bliver behov for færre sygeplejersker i fremtiden. Alene væksten i antallet af kronisk syge medfører, at fremtidens sundhedsvæsen får hårdt brug for sygeplejerskernes kompetencer.

Sygeplejerskemanglen skal også løses ved at uddanne flere og fastholde de erfarne. Det handler om øget optag, seniorordninger, bedre arbejdsmiljø og flere karriereveje tæt på patienterne. Og så handler det om en markant bedre løn, der afspejler vores værdi for samfundet.

Et konkret skridt på vejen er den rekrutteringskampagne, undervisningsministeren har taget initiativ til. Et andet er nedsættelsen af en lønkommission, der kan bane vejen for ligeløn. Kommissionen har stor betydning for den enkelte sygeplejerskes løn og for hele sundhedsvæsenet. Derfor er det på tide, den samlede fagbevægelse trækker i arbejdstøjet og holder op med at spænde ben for kommissionen.

"På nogle områder er klokken fem minutter i tolv," sagde Kjeld Møller Pedersen i Berlingske Tidende forleden. Jeg er enig. Nu skal politikerne i regioner, kommuner og på Christiansborg tage ansvar for fremtidens sundhedsvæsen, inden tiden løber ud.

"Hvis ikke sygeplejerskemanglen bliver løst, får patienterne ikke den sygepleje og behandling, de har brug for. Konsekvensen er store omkostninger for den enkelte patient og for velfærdssamfundet."



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Forhandlingsret til Lederforeningen, tak

Af Birgitte Kyst, Susanne Sebens, Charlotte Wegmann og Carin Engel, oversygeplejersker

 Kære *Connie Kruckow* og *Irene Hesselberg!*

Vi er en gruppe oversygeplejersker, som undrer os over overenskomstforliget. Hvorledes er oversygeplejersker og andre sygeplejersker i højere lederstillinger tilgodeset i overenskomstforliget? Vi har ikke hverken set eller hørt om resultater fokuseret på ledergruppen bortset fra urafstemningsmaterialet. Her fremgår det, at forliget for os og andre i højere lederstillinger over de næste tre år alene giver os de generelle lønstigninger på 6 pct., en pensionsstigning på 0,03 pct. (!) og en pulje til lokale løndrøftelser på i alt 2,5 pct. – i alt ca. 8,5 pct.

Ved etableringen af Lederforeningen var der en forventning om en mere nuanceret tilgang fra DSR's side omkring gruppen af oversygeplejersker og andre sygeplejersker i højere lederstillinger. Dette har ikke været tilfældet under overenskomstforhandlingerne. Vi stiller spørgsmål ved taktikken, idet erfaringen fra andre områder peger på, at et løft fra "toppen" er den bedste vej til et generelt lønloft.

Det er trist at konstatere, at retorikken i forhandlingerne har haft fokus på sygeplejerskerne som lønarbejdere – en tilgang, som virker særdeles umoderne, også i forhold til andre gruppers retorik under forhandlingerne. Vi føler os og hele sygeplejefaget proletariseret af formandens retorik. Vi har savnet fokus på professionalisme og stolthed over sygeplejens ydelser og det at være sygeplejerske – endsige at være leder. Vi ønsker fremover en retorik, der lægger vægt på, at sygeplejersker er professionelle, yder et uundværligt stykke arbejde og skal honoreres for det – også lederne.

Vi har svært ved at se, hvordan strategien om ligeløn kan føres ud i livet for de ledende sygeplejersker uden at udvælge grupper til

særlige lønfremgange – som f.eks. Foreningen af Speciallæger har gjort med de ledende overlæger, som man har givet topprioritet. En taktik med såkaldte spydspidser giver mulighed for, at øvrige følger med. Vi ser i stedet en strategi, hvor lederne får mindst muligt. Vi undrer os over, at der ikke er lagt trin på i toppen af lederskalaen. Hvorfor er dette loft ikke løftet betragteligt?

Generelt leder ovenstående os til at spørge, hvorfor er det lige, at DSR skal bevare forhandlingsretten for de ledende sygeplejersker – set med ledende sygeplejerske-optik? Hvad skal oversygeplejersker og andre sygeplejersker i højere lederstillinger i DSR, hvis Lederforeningen er helt usynlig i de yderst vigtige, centrale lønforhandlinger med deraf følgende manglende resultater? Vi bliver i stor grad mødt til de lokale forhandlinger med, at "det skal aftales centralt". Vi forventer konkrete planer for, at forhandlingsretten for lederne placeres i Lederforeningen, og vi ønsker foreningen opprioriteret ressourcemæssigt.

Birgitte Kyst, Susanne Sebens, Charlotte Wegmann og Carin Engel er alle ledende oversygeplejersker i Region Hovedstaden.

Svar

Af Connie Kruckow, formand, og Irene Charlotte Hesselberg, formand for Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd

Lederne har høj prioritet i Dansk Sygeplejeråd. Netop derfor omfatter organisationen en lederforening, der varetager lederne særlige interesser og virker som sparrings- og høringspart. Under konflikten har Lederforeningen og Dansk Sygeplejeråd holdt særlige konfliktorienteringsmøder for lederne.

Lederforeningen har ikke forhandlingsretten for de ledende sy-



"Nu får jeg ikke ondt i fødderne efter en arbejdsdag"

Marlene Wikström, sygeplejerske

Hvad har fået dig til at bruge Crocs som arbejdssko?

– Jeg fik Crocs anbefalet af min skobutik. De sagde at der kom en helt ny type sko der var både let og skøn. Eftersom jeg går hele dagen, når jeg er på arbejde, havde jeg brug for fodvenlige sko og købte derfor et par.

Hvad mener du er fordelen ved Crocs?

– Jeg mærkede øjeblikkeligt forskellen mellem Crocs og mine normale sandaler. Nu har jeg aldrig ondt i fødderne efter en arbejdsdag, hvilket jeg næsten altid havde tidligere.



For yderligere information, ring 8672 5867, eller kig på www.crocsdanmark.dk



Arbejds miljøkonsulent! - er det dig?

Ide, formål, målgruppe:

Startskud for dig, der gerne vil arbejde professionelt med arbejdsmiljørådgivning og ergonomi. Kurset tager udgangspunkt i rollen som arbejdsmiljøkonsulent og klæder dig på, så du lever op til de krav og forventninger Arbejdstilsynet stiller.

Kurset som professionel arbejdsmiljørådgiver består af flere moduler, der kan tages samlet, eller enkeltvis og uafhængig af hinanden. Dette kursus indeholder bla. rollen som rådgiver, faglig ergonomisk vurdering af forskellige problemstillinger, lovgivningen, acceptniveauer, løsningsmuligheder, samt gode råd til at komme i gang. Der vil blive udleveret materiale, som efterfølgende kan bruges som hjælp til undersøgelse af konkrete problemstillinger. Målgruppen er primært sundhedsfaglige personer som sygeplejersker og terapeuter.

Praktiske oplysninger:

Pris: 2600,- + moms pr. kursus/modul, inkl. forplejning og kursus materiale. Tilmeldingsfrist senest 4 uger før kursus start. Max. 20 deltagere pr. hold, og efter "først til mølle" princippet.

Kursus start for Modul 1 (Ergonomi):

Aalborg 10/11, Århus 11/11, Kolding 12/11, Odense 13/11 og København 14/11.

For yderligere oplysninger, program og tilmelding, send venligst en mail til info@zimtek.dk



geplejersker, men har spillet en aktiv rolle under konflikten og overenskomstforhandlingerne. Et eksempel er orienteringsmøderne, der har haft til formål at ruste lederne til de mange udfordringer under konflikten. Et andet eksempel er oprettelsen af et kontaktnet, hvor lederne kommer til orde. Bl.a. på baggrund af de erfaringer og holdninger, lederne her har givet udtryk for, har Lederforeningen fungeret som ledernes stemme i hovedbestyrelsen og resten af organisationen under konflikten.

Vi kan ikke genkende billedet af, at faget er blevet proletariseret. Dansk Sygeplejeråd har haft fokus på lige løn for lige uddannelse. Sygeplejersker har en videregående uddannelse og afgørende betydning for patienternes sundhed og sikkerhed, og faget skal værdisættes herefter. Det mener vi ikke er at proletarisere faget. Tværtimod.

Som det fremgår af urafstemningsmaterialet, får oversygeplejersker med resultatet generelle lønstigninger på 7,57 pct. (generelle lønstigninger, den skønnede reguleringsordning og kompensation for personalegoder). Hertil kommer en forhøjelse af den særlige feriegodtgørelse på 0,4 pct. samt 2,5 pct. af lønsummen til lokal løndannelse målrettet lederne. Desuden får lederne bl.a. forbedret barsel, pension og ATP, som indgår i den samlede ramme. Med 2,5 pct. af lønsummen afsat til lokalløn får lederne nu en oplagt mulighed for et lønløft, og Dansk Sygeplejeråd arbejder for at sikre lederne det bedst mulige udbytte af den mulighed.

Sundhedskartelletts krav til arbejdsgiverne afspejler de krav, medlemmerne har fremsat. På lederområdet prioriterede Dansk Sygeplejeråd både de lavest indplacerede ledere og de højeste i form af et nyt løntrin L17 på regionernes område. Danske Regioner var enige i at prioritere de lavest indplacerede ledere, men ville ikke prioritere de højest lønnede. Vi arbejdede hårdt for at få prioriteret de højest indplacerede ledere, men Danske Regioner var ikke til at flytte. Og der skal som bekendt to til at indgå en aftale.

Det er Danske Regioners holdning, at de højest lønnede ledere får lønforbedringer ved lokal løndannelse, og at lønnen skal ses i sammenhæng med den lokale sygehusstruktur.

Vi er derfor overraskede over, at jeres arbejdsgivere mener, at jeres lønløft kun skal forhandles centralt. Til brug for de næste OK-forhandlinger vil vi gerne dokumentere den holdning hos arbejdsgiverne. Ledere, der er blevet mødt med de argumenter, er derfor velkomne til at kontakte forhandlingsafdelingen herom. Vi igangsætter også en kortlægning af ledelsesarbejdet, og vi forventer, at den kortlægning sammen med det pres, kredsen og lederne vil lægge på regionerne i den kommende overenskomstperiode, vil være med til at bane vejen for et løntrin L17 og dermed det første skridt på vej mod lige løn for lige ledelsesarbejde.

Dansk Sygeplejeråd og Lederforeningen fokuserer kontinuerligt på, hvordan vi konkret og i fællesskab udvikler organisationens tilbud til lederne, og vi inddrager medlemmerne heri, f.eks. gennem Lederforeningens kontaktnet og lokale medlemsmøder.

.....

”Det er hovedrystende og uansvarligt. Det svarer til, at man satte en kirurg eller lignende sundhedsperson til at sikkerheds-tjekke et SAS-fly inden afgang – ville du flyve med det?”

Sygeplejerske Karin Fink Eriksen i et debatindlæg om, at det er på tide, at man sætter uddannet personale til at varetage 112-opkald, Morgenavisen Jyllands-Posten den 15. september 2008.

.....

Hospitalsservietter uden klorhexidin til aftørring af hud

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

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



BRENNTAG

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

Arrogant og uforskammet svar

Af Vibeke Juul Juulsen, sygeplejerske

Kommentar til debatindlæggene om konflikten i Sygeplejersken nr. 17/2008.

Jeg må nødvendigvis støtte dem i alderen omkring 65 år, som i *Sygeplejersken* nr. 17/2008 giver udtryk for utilfredshed over de pga. konflikten lidt økonomiske tab. Man forbliver på arbejdsmarkedet efter opnået efterlønsalder for at få optjent en bonus fra staten. Når man lider et tab, er skylden virkelig ikke beskæftigelsesministerens. Han har jo ikke tvunget sygeplejerskerne ud i strejke! Skylden er DSR's, men man tillader sig i hovedbestyrelsen at vaske sine hænder. Man forventer solidaritet fra os andre, som har været medlem arbejdslivet igennem, men man har ingen solidaritet med de gamle, pensionsmodne, som lider et uforsholdsomt stort tab. Strejke burde være frivilligt for de ældste årgange. Når en ældre sygeplejerske på fuld tid får det svar, at "man håber, at hun kan få ekstra vagter og genindtjene den tabte del af bonusen", er det ikke for meget at kalde det et uforskammet og arrogant svar.

For mit vedkommende bliver tabet langt større, da et indbringende ekstraarbejde med ventelisteafvikling er blevet taget af bordet efter konflikten. Det er ikke DSR's beslutning, men DSR er årsag til det, og det er en brik til det puslespil, der ender med at vise, at man med stor fordel kunne have sagt tak til de 12,8 pct.

Jeg kan godt forstå, hvis nogle får den tanke, at eneste økonomiske plaster på såret vil være et opsagt medlemskab, selvom vi alle har lært at mene, at medlemskab er en pligt. Det virker tåbeligt, at sygeplejersker nu i mange år skal betale ekstrakontingent for at fylde kassen op igen, så man endnu en gang kan kaste os

ud i en konflikt, hvis nettoresultat kun vil være at pleje de socialistisk indstillede politiske selvfølelse.

Vibeke Juul Juulsen er ansat på Røntgenafdelingen, Bispebjerg Hospital.

Fremtidens sygepleje til kirurgiske patienter

Af Kirsten Rud, sygeplejerske, SD, DLS, Dorthe Hjort Jakobsen, sygeplejerske, SD, MKS

Efterlader de accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger omsorgsperspektivet i sygeplejen i et sort hul?

På Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) har vi siden 2004 udarbejdet kliniske vejledninger, der nu er implementeret på afdelinger landet rundt. I enheden modtager vi ofte sygeplejefaglige afhandlinger, der forholder sig kritisk til det felt, vi arbejder med. Både de unge bachelorer og mere erfarne kandidater udtrykker her bekymring for, om de accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger medindtager omsorgsperspektivet i tilstrækkelig grad. Bliver det individuelle patientperspektiv og omsorgen overhalet indenom i effektivitetstænkning og økonomiske hensyn, når sygeplejen er baseret på standarder?

Diskussionen er sygeplejefagligt vigtig og tillige aktuel i denne tid, hvor kvalitetsreformen anbefaler accelererede operationsforløb som en evidensbaseret, sikker og ressourcebesparende operation. Patienterne får færre komplikationer, restitueres og udskrives hurtigere.

I afhandlingerne beskrives omsorgen som relationer, tid og tillid

Når arbejdet gør ondt



Smør Ibutop® (ibuprofen) creme direkte på de ømme muskler eller led. Ibutop® giver målrettet smertelindring, hvorved du undgår mavegener. Med lavendelolie.

Fås på apoteket.



actavis Lægemiddelform: Creme. Lægemidlets styrke: 1g IBUTOP® creme indeholder 50 mg ibuprofen (50 mg/g). **Registreringsindehaver:** Dolorgiet Arzneimittel, Otto-von-Guericke strasse 1, D-53754 St. Augustin, Bonn, Tyskland. **Dansk repræsentant:** Actavis Nordic A/S, Ørnegårdsvej 16, DK-2820 Gentofte, tlf. 72 22 31 31. Her fås fuldt produktresumé. **Indikationer:** Anvendes mod lokale inflammatoriske lidelser. **Kontraindikationer:** IBUTOP® creme må ikke anvendes af patienter med astma udløst af acetylsalicylsyre eller lignende stoffer. **Særlige advarsler:** Bør ikke anvendes på meget uren hud, åbne sår eller komme i kontakt med slimhinder og øjne. Bør ikke kombineres med andre lægemidler til anvendelse på huden, eller ved allergi overfor ibuprofen og andre indholdstoffer i cremen. Bør ikke anvendes til børn under 15 år uden lægens anvisning. **Graviditet og amning:** Bør ikke benyttes af gravide de sidste tre måneder inden forventet fødsel. Kan anvendes under amning. **Dosering:** 4-10 cm IBUTOP® creme masseres ind i huden på det angrebne område 3-4 gange i døgnet eller som foreskrevet af læge. Det anbefales at vaske hænder efter brug. **Bivirkninger:** Topikal anvendelse medfører overfølsomhedsreaktioner hos ca. 2% af patienterne i form af udslæt på huden, kløe eller andre eksem-lignende irritationer. **Opbevaring:** Ved almindelig temperatur. **Pakningsstørrelser:** IBUTOP® creme leveres i 50 g samt 100 g tuben. Læs desuden indlægssedlen i pakningen omhyggeligt. **Udlevering:** HF.



Akut og kritisk sygepleje

SLS-LANDSKURSUS 2008

SLS indbyder alle medlemmer til Landskursus lørdag den 8. november kl. 10 – 18 på University College Lillebælt Sygeplejerskeuddannelsen Odense.

Der vil blandt andet være fælles oplæg, individuelle oplæg og praktiske workshops indenfor temaet "Akut og kritisk sygepleje".

Læs mere og tilmeld dig på www.dsr.dk/sls.

Tilmelding i perioden 26. september til 26. oktober. Bemærk: Der er begrænsede pladser, så skynd dig!



– faktorer, der trues af de procedurespecifikke vejledninger, hvor fokus er på en gruppe patienter. Fokus på gruppen og procedurer synes derved at skabe et brud med det vanlige individuelle omsorgsaspekt i sygeplejen. Men de kliniske vejledninger beskriver udelukkende, hvad der bør gøres på hvilket tidspunkt. Hvordan samarbejdet mellem sygeplejerske og patient udøves, er stadig et spørgsmål om den enkelte sygeplejerskes evne til omsorg og kommunikation. Og for os i EPS er det en selvfølge, og også indlejret i vores vejledninger, at sygeplejen baseres på omsorg for den enkelte patient.


Der er langt flere aspekter i diskussionen, hvorfor vi planlægger en workshop, hvor alle interesserede kan diskutere fremtidens sygepleje til kirurgiske patienter.

Kontakt *Kirsten Rud*; krud@rh.regionh.dk eller *Dorthe Hjort Jakobsen*; dorthe.hjort@rh.regionh.dk hvis du er interesseret i en sådan workshop. Og læs mere om enheden på www.periopsygepleje.dk

*Kirsten Rud er projektleder i
Enhed for Perioperativ Sygepleje, Rigshospitalet.
Dorthe Hjort Jakobsen er
klinisk oversygeplejerske samme sted.*

Det er nu, det er vigtigt at stå sammen

Af Dorthe Hindsholm og Ingrid Jensen, sygeplejersker

 Hvis man skal tro medierne, flygter sygeplejerskerne fra Dansk Sygeplejeråd efter konflikten.

Det er vi ikke enige i, eftersom tallene siger noget andet, og medlemstallet faktisk er steget i forhold til 2007.

Mange sygeplejersker har efter konfliktens afslutning, forståeligt nok, været ret frustrerede: De unge, fordi ordet "fagforening" måske ikke helt klinger så godt i deres ører, og så er de tilmed efterfølgende blevet præsenteret for konfliktbidrag.

De ældre, fordi de aldrig vil opnå at få penge ud af forliget pga. konfliktbidraget, inden de går på efterløn/pension – og nogle vil mangle et pænt beløb i den engangssum, der kommer til udbetaling, hvis man fortsætter arbejdslivet, til man er 65 år.

Men – og det ved alle jo inderst inde godt – det er nu, det er vigtigt at stå sammen, for sammen er vi stærke!

Denne konflikt skal ses som begyndelsen på ligelønskampen, og kampen for det offentlige sundhedsvæsen. Men ikke mindst har vi et altoverskyggende problem: rekrutteringen af de unge mennesker.

De kommende år bliver vi mange flere ældre mennesker i samfundet, og vi ved jo alle, at det ikke er ungdommen, vi forlænger, men alderdommen, og dermed vil der blive meget brug for mange sygeplejersker også i fremtiden til at pleje de syge og ældre medborgere.

Kontingentet er steget for en tid, men alt har sin pris, hvis man vil kæmpe for det, man synes, er retfærdigt, bl.a. ligeløn.

Men kontingentet skal altså også ses som en slags forsikring. Vi arbejder med mennesker, og vi ved, at vi alle på et tidspunkt kan komme til at lave en fejl eller blive beskyldt for det.

I en sådan ulykkelig situation er det uoverskueligt, hvis man ikke har en bisidder – nemlig fagforeningen!

Vi betaler jo også alle gladelig vores bilforsikring, ulykkesforsikring, rejseforsikring osv. og håber, vi aldrig får brug for dem!

*Ingrid Jensen og Dorthe Hindsholm
er ansat på Ortopædkirurgisk afdeling E2,
Århus Sygehus, Århus Universitetshospital.*

SYGEPLEJERSKER

- HJEMMEPLEJE
- SYGEHUSE
- PSYKIATRI

... i hele Region Sjælland

SOS  **VIKAR**

*SOS Vikar har været aktiv på vikarområdet
i mere end 14 år og er blandt de største udbydere
af sygeplejevikar-ydelser til hjemmeplejen,
sygehuse og private i Region Sjælland.*

NÆSTVED: Frejasvej 8 · 4700 Næstved · Telefon 5577 8208 · Telefax 5577 8209 · www.sosvikar.dk · sos@sosvikar.dk
MARIBO: Østergade 49 · 4930 Maribo

Intet udbytte af strejken

Af Birthe K. Lund, sygeplejerske



Til *Connie Kruckow!*

Undertegnede har været sygeplejerske på fuld tid i 41 år, minus otte år som fast nattevagt 56 timer hver anden uge. Soused i godt 11 år indtil midten af 90'erne.

Angående manglende ældrepolitik, har selv betalt "nedsat tid" de sidste par år ved at afspadsere alt.

Havde brug for at gå hjemme og "fede den" (som de bedre bemidlede kalder det) som efterløner. 683 kr. pr. dag før skat var, hvad det kunne blive til, da jeg fyldte 63 år.

Det blev for kedeligt, og der er jo brug for de ældre på arbejdsmarkedet. Gyldne udsagn uden indhold og penge.

Nu arbejder jeg 16 timer ugentlig, og for dette skal jeg betale fuldt kontingent og fuldt beløb til strejkekassen! Det er da en gulerod, der vil noget!

Der er ét år til pensionen, så hvad fik jeg ud af denne strejke?

Ja, jeg blev beordret til 6 x 8 timers ekstra vagter. Men jeg kan jo melde mig ud af DSR.

Birthe K. Lund er ansat som aftensygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling, Køge Sygehus.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Birthe K. Lund!*

Hvis din arbejdstid ikke overstiger otte timer om ugen i gennemsnit, skal du kun betale 50 pct. af det ordinære aktive kontingent. Som efterlønsmodtager eller pensionist, hvor arbejdsomfanget ved sygeplejen ikke overstiger 200 timer om året, skal du kun betale 25 pct. af det ordinære kontingent for et aktivt medlemskab. I dit tilfælde er der altså ikke mulighed for reduceret kontingent. Du kan læse mere om reglerne for kontingent på hjemmesiden.

Som aktivt medlem af Dansk Sygeplejeråd får du stemmeret til valgene i organisationen og ved urafstemninger, adgang til medlemsservice- og rådgivning, interessevaretagelse i forhold til dit fag og arbejdsmiljø, arbejdsskadesagsbehandling og tidsskriftet *Sygeplejersken*, ligesom den overenskomstsmæssige løn, du aflønnes efter, er forhandlet af Dansk Sygeplejeråd.

Dansk Sygeplejeråd er en solidarisk organisation, hvor medlemmer i alle generationer bidrager til fællesskabet. Sygeplejersker, der for længst er gået på pension, har også bidraget til at sikre de overenskomster, du indtil nu er blevet aflønnet efter. I forbindelse med en overenskomstfornyelse er det ikke muligt at sikre, at sygeplejersker, der snart forlader arbejdsmarkedet, får akkurat det samme ud af resultatet som f.eks. nyuddannede sygeplejersker. Det er en del af solidariteten i en faglig organisation.

Ved at deltage i konflikten har du været med til at sætte et stærkt fokus på ligeløn, det offentlige sundhedsvæsen og den danske aftalemodel. Det er vigtige dagsordener, som er værd at kæmpe for.



The World of Health IT

Conference & Exhibition

Connecting Leaders in Technology and Healthcare

3 November 2008
Herlev Hospital, Copenhagen

Nursing Informatics Symposium

What Can Technology and Informatics Do for You?

The Nursing Informatics Symposium was planned by nurse leaders for specific audiences in the nursing field. Dynamic discussions will examine steps taken to prepare practicing nurses and nursing students to use technology and informatics to improve the delivery of patient care at a global level.

Join the Herlev Hospital staff in an interactive demonstration taking place in the Danish Institute for Medical Simulation. Tailored to the nursing community, a guided tour will also showcase IT systems applications within the hospital.

Symposium Partner Organisation



4-6 November 2008
Bella Center
Copenhagen, Denmark

The third annual World of Health IT (WoHIT) Conference & Exhibition will bring together industry leaders, physicians, nurses, administrators, policy-makers and vendors to share information on how to successfully implement and manage IT in the healthcare sector.

More info and registration:
www.worldofhealthit.org

Sign up for both the WoHIT 08 Conference & Exhibition and a Symposium and receive 100 € off.

Keynote speakers



Ms Viviane Reding European Commissioner DG Information Society and Media European Union	Prof Nicholas Negroponte Chairman Emeritus, MIT Media Lab United States	Mr Esko Aho President, SITRA Finnish Fund for Innovation Former Prime Minister Finland
---	--	--

Thought Leaders



Dr David Altan CEO, PhenoSystems Belgium	Dr Michael Bainbridge Clinical Architect, NHS Connecting for Health Programme 2007 BT Health Insider Healthcare ICT Champion of the Year United Kingdom	Dr Jeffery Bauer, PhD Partner, Futures Practice ACS Healthcare Solutions United States	Mr Dave Garets President & CEO, HIMSS Analytics Executive Vice President, HIMSS United States	Dr Jean Guanyabens Secretary of Strategy and Coordination, Department of Health Spain	Mr Ilias Iakovidis Deputy Head of Unit - ICT for Health, DG Information Society and Media European Commission European Union	Ms Karin Johansson State Secretary to the Minister for Health and Social Affairs Sweden	Dr Denis Protti Founder, University of Victoria School of Health Information Science Canada	Mr Thomas W Smith Chief Information Officer, Evanston Northwestern Healthcare United States
---	---	---	---	--	--	--	--	--


Organising Committee



Host Organisations



Annette Jensen

 Man ved aldrig, hvornår dagen kommer. Fredag den 22. august 2008 døde vores studiekammerat og veninde, *Annette Jensen*, efter femten måneders sygdom, kun 50 år gammel.

Annette blev uddannet fra Vejle Amts Sygeplejerskole februar 2007. Hun blev efter endt uddannelse ansat på lungemedicinsk afdeling på Fredericia Sygehus. Sygepleje til lungepatienter var Annettes store passion, hun nåede dog kun at arbejde som sygeplejerske i fire måneder, inden hun blev syg.


Vi mødte Annette, da hun på 4. semester kom ind i vores klasse, og selvom hun var adskillige år ældre end os, kom hun med i vores studiegruppe. Annette var en dygtig og flittig studiekammerat, som arbejdede hårdt og målrettet på sin uddannelse. Hun var studiegruppens mor og var altid glad og smilende, selv når det var hårdt. Vi var som studiegruppe uadskillelige og fik navnet "De særlige". Annette var ung af sind, og vi blev derfor også gode venner, som sås privat. Annette var en udadvendt og rummelig person med hjertet på det rigtige sted. Hun satte altid andre før sig selv og var vellidt i alle sammenhænge.

Vi har mistet en god veninde, og sygeplejstanden en sygeplejerske, man kunne være stolt af, men vores tanker går dog først og fremmest til Annettes familie, hendes to børn *Søren* og *Julie*, hendes mor *Ragnhild*, og hendes bror *Peter*. Annette elskede sin familie over alt og fortalte ofte stolt om dem.

Annette, vi savner dig og vil altid huske dig og bevare mindet om dig.

Din studiegruppe "De særlige", Lisa, Tine og Anitha.

Helle Krodal Pedersen

 Vi har mistet vores dejlige kollega, *Helle Krodal Pedersen*. Søde, sjove Helle med de friske bemærkninger og det smittende grin. Altid i godt humør!

Helle blev uddannet sygeplejerske fra Hvidovre Hospitals sygeplejerskole i 1985 og tilbragte en stor del af sit sygeplejerskeliv på Hvidovre Hospital. Først et par år på Neurokirurgisk afdeling. Herefter fulgte en tid på ITA, og fra 1999 som anæstesisygeplejerske på anæstesiafsnittet.

Helle var en dygtig og kompetent sygeplejerske med stor faglig indsigt, som kom både patienter og kollegaer til gode. Helle var umådelig hjælpsom, og man fik aldrig et nej, hvis man havde brug for hjælp.

Helle forsøgte indædt at bekæmpe sin cancersygdom med en beundringsværdig og ukuelig optimisme, et positivt livssyn, en god portion sort humor, en masse motion og en stor lyst til livet. Vi vil savne hende hver dag.


Vores savn er dog intet imod den sorg og det tab, som Helles familie, hendes mand *Per* og børnene *Line* og *Frederik* oplever.

Livet er uretfærdigt. Du blev kun 47 år. Du kæmpede en brav kamp, men tabte.

Æret være dit mindel!

Anæstesisygeplejerskerne på Hvidovre Hospital.

Hanne Bonfils

 Afdelingssygeplejerske *Hanne Bonfils* er afdøjet ved døden den 22. august efter kort tids sygdom. Hanne blev 49 år. Hanne var en ganske særlig person, som var afholdt, hvor hun end kom frem. Hun var et engageret, glad og positivt menneske med stor appetit på livet, med en sød og smittende latter.

Hanne blev uddannet sygeplejerske på Hvidovre Sygeplejerskole i 1984. Blev i første omgang ansat på Kommunehospital, kom

derefter til Hvidovre Hospitals Obstetriske afsnit, hvor Hanne var i mange år. Efter en kort periode på Gentofte, hvor hun var ansat som afdelingssygeplejerske, dels på obstetriske afsnit, dels på opvågningsafsnittet, vendte Hanne tilbage til Hvidovre Hospital, hvor hun i de seneste år var afdelingssygeplejerske på Fertilitetsklinikken. Hanne var patienternes og sygeplejerskernes "advokat" og arbejdede i alle årene for at få de allerbedste forhold for alle.

Hanne efterlader sig sin mand, *Carsten*, og sin 20-årige datter, *Louise*.


Hanne er allerede – og vil i lang tid fremover være – savnet som en dejlig kollega og veninde – det er et stort og meningsløst tab.

På vegne af Gynækologisk/Obstetriske afdeling Hvidovre Hospital, klinisk afdelingssygeplejerske Hanne Carlsen og ledende oversygeplejerske Annette Gyldengren.

Pris til sygeplejestuderende



Fra venstre: Sygeplejelærer Malene Elrond, prisvinder Tenna Hintze Pedersen, lektor og dr.theol. Niels Chr. Hvidt, forskningsleder Charlotte Delmar og sygeplejelærer Vibeke Steinfeldt.

 Sygeplejestuderende *Tenna Hintze Pedersen* har modtaget årets Hildegard-pris, som Sygeplejerskeuddannelsen i Slagelse hvert år uddeler i forbindelse med en årlig fejring af den tyske middelaldernonne *Hildegard af Bingen*. Tenna Hintze Pedersen får prisen, som er en lille bronzestatue af Hildegard af Bingen, for det engagement og den vilje og retfærdighedssans, hun har udvist under sin praktik i Slagelse Kommune. På Hildegarddagen talte forskningsleder og sygeplejerske, ph.d. *Charlotte Delmar* om livsfænomener i sygeplejen, og lektor, dr.theol., *Niels Chr. Hvidt*, talte om Hildegard som profet. Det er syvende gang, prisen er blevet uddelt. (sbk)

>>> HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk




Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Skal sygeplejerskerne tilbyde undervisning i førstehjælp til de studerende, inden de kommer ud i den første klinik?

Læs artiklen "Sygeplejestuderende ønsker mere uddannelse i førstehjælp" side 13.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 18/2008:

En undersøgelse fra Skejby har vist, at inkontinensproblemer også er udbredte blandt sygeplejersker. Er det noget, I kan tale åbent om på din arbejdsplads?

Svar	antal	pct.	
Ja	33	29,2	
Nej	41	36,3	
Ved ikke	39	34,5	
I alt	113	100	

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	42
Faglig information >>	42
Resuméer >>	44
Testen >>	55
Agenda >>	59
Anmeldelser >>	60
5 faglige minutter >>	66

Hjertestop - principper for genoplivning >> 46

Forskning på tværs >> 56

FOTO: SØREN HOLM

>>> FAGTANKER

Øvelse gør mester

En patient falder om i hospitalets forhal uden puls og respiration. Nu kan man så tænke, at han er i gode hænder, men selv om han er omgivet af hvidkitlet sundhedspersonale, er det ikke sikkert, at de har fuldstændigt styr på de nyeste, evidensbaserede anbefalinger for behandling af hjertestop. Det råder artiklen "Hjertestop – principper for genoplivning" side 46 bod på.

Her gennemgår forfatterne, to læger og to sygeplejersker, de principper, der aktuelt er gældende for den akutte indsats over for patienten i forhallen. Der er mere vægt på at opretholde cirkulation og på hurtig defibrillering, end jeg husker det fra tidligere undervisning, mens intubation og farmakologisk behandling af patienten er mindre vigtig.

Hvis læseren har det ligesom rigtig mange andre i sundhedssektoren, er der brug for at læse artiklen – og i virkeligheden også for at øve dens budskaber. Det kan hjælpe den akut syge patient, uanset hvor han måtte befinde sig. Men det er en sag for sygehuset eller for den lokale arbejdsplads at organisere hjertestopundervisning, så personalet føler sig sikre på de mest grundlæggende regler. Øvelse gør mester.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Informations-pc

AF HANNE IRENE JENSEN, SYGEPLEJERSKE, SD, OG JETTE AMMENTORP, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN., PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for informationsteknologi.

Hovedbudskabet er, at en informations-pc er et godt supplement til information givet i f.eks. pjecer og mundtligt. Artiklen udspringer af et projekt rettet mod pårørendes behov for information på intensivt afsnit A710 på Vejle Sygehus.

At være pårørende til en intensiv patient kan være en voldsom belastning. De pårørende oplever uvished om fremtiden, og der sker en række ting omkring patienten, som de ikke forstår og ikke har indflydelse på.

De fleste pårørende vil gerne være hos patienten under opholdet på intensiv, men samtidig har de også selv en række behov i relation til den nye og ofte uventede situation, de pludseligt befinder sig i (1,2).

Stort behov for information

De pårørende har bl.a. behov for information. Først og fremmest information om patienten og dennes tilstand, men der er også behov for information af mere generel karakter. Om det udstyr, patienten er omgivet af, om muligheder for de pårørende på afsnittet etc.

Information om patientens tilstand vil altid være individuel og skal gives i det personlige møde mellem pårørende og personale, mens den generelle information til dels vil være fælles for mange pårørende.

Som supplement til den generelle information i f.eks. en pjecer og den mundtlige information kan informationsteknologi inddrages. Her kan store mængder information præsenteres overskueligt. Informationerne kan løbende opdateres, og pårørende kan selv bestemme, hvilken information de har behov for og hvornår.

www.intensiv-vejle.dk

I 2006-2007 blev der gennemført et projekt på intensivt afsnit A710 på Vejle Sygehus med henblik på at inddrage it i informationen til de pårørende. Der blev udviklet en informations-pc på baggrund af behov og muligheder, der var afdækket i en MTV-rapport (3).

Pc'en blev opstillet i pårørendes dagligstue og opkoblet til internet via separat ADSL-forbindelse, så der ikke var forbindelse til sygehusets netværk. Startside er en hjemmeside for intensivt afsnit med adressen www.intensiv-vejle.dk På hjemmesiden er der lagt en række informationer vedr. intensivt afsnit, der også er oversat til engelsk og tysk, bl.a.:

- Information om, hvorfor patienter overflyttes til et intensivt afsnit, bemanning, ledelse, mulighed for lægesamtale m.m.
- Praktiske oplysninger om ophold i afsnittet, mad, parkering, overnatning m.m.
- Beskrivelse af overvågningsudstyr og respirator, dialyse etc. suppleret med billeder.

Der ligger vejledninger og visitkort med hjemmesidens adresse ved pc'en, og disse kan tages

til pårørende på intensivt afsnit

med hjem, så pårørende også hjemmefra kan besøge hjemmesiden. Pårørende informeres både mundtligt og skriftligt om, at de er meget velkomne til at henvende sig til personalet, hvis de har brug for hjælp til informations-pc'en, der også kan anvendes til almindelige søgninger via internettet.

En undersøgelse blandt pårørende i forhold til behovet for generel information viste, at en informations-pc er et godt supplement for nogle, mens andre ikke kan eller ikke ønsker at gøre brug af den. Der vil derfor blive udarbejdet en mappe til pårørendedagligstuen med hjemmesidens informationer.

God aktivitetsmulighed

Ud over at være et informationsredskab er computeren et værdifuldt supplement til de pårørendes aktivitetsmuligheder i afsnittet. Børn bruger den til at spille på, pårørende sender mails, finder telefonnumre osv., og en udenlandsk, langtidsindlagt patient har via computeren chattet med sin datter i hjemlandet.

En informations-pc vil kunne være til gavn for både patienter og pårørende mange andre steder end på et intensivt afsnit, og den vil kunne udvides til at være et mere interaktivt redskab, hvor patienter og pårørende kan give ris og ros, stille spørgsmål og komme med gode idéer til afsnittenes kvalitetsudvikling.

Der kan læses mere om fordele og ulemper ved anvendelse af informations-pc i MTV-rapporten (3).

Hanne Irene Jensen er ansat som intensiv sygeplejerske og kvalitetsmedarbejder på anæstesiologisk afdeling, Vejle Sygehus (p.t. uddannelsesorlov til scient.san.-studiet); h.i.jensen@get2net.dk
Jette Ammentorp er ansat som forskningsleder ved Forskningsinitiativet for Sundhedstjenesteforskning på Kolding Sygehus/IRS Syddansk Universitet.

Litteratur

1. Ågård AS, Harder I. Relatives' experiences in intensive care – finding a place in a world of uncertainty. *Intensive Crit Care Nurs* 2007;23:170-7.
2. Ellekrog KF. At være pårørende i intensiv afdeling. En kvalitativ undersøgelse af pårørendes oplevelser af plejen og omsorgen i en intensiv afdeling. Publikation nr. 98/2006. ed. Århus 2006: Institut for sygepleje. Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved Aarhus Universitet.
3. Jensen HI. Information til pårørende. Hvilke fordele og ulemper er der ved at anvende it i forbindelse med generel information til pårørende på et intensivt afsnit set ud fra et teknologisk, et bruger- og et organisatorisk perspektiv? Modulopgave, SD. 2006: CVSU, Odense.

Hjemmesidens adresse: www.intensiv-vejle.dk

Velkommen til informationsmøde om Kandidatuddannelsen i Sygepleje & Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje

Tirsdag den 11. november 2008, kl. 14-17
 Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet
 Auditoriet, Høegh-Guldbergs Gade 6, 8000 Århus C

Studieleder Susanne Malchau Dietz og lektor Preben Ulrich Pedersen informerer om Kandidatuddannelsen i Sygepleje og Masteruddannelsen i Klinisk Sygepleje. Herefter fortæller to dimittender anno 2008, hvad uddannelserne kan bruges til. Efter en

pause, hvor Afdeling for Sygeplejevidenskab byder på kaffe og kage, vil der være mulighed for at stille spørgsmål.

Håber at se dig!

Med venlig hilsen
 Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet

Tilmelding

senest fredag d. 7. november 2008
sygeplejevid@sygeplejevid.au.dk
 eller tlf. 8942 4848

A A R H U S U N I V E R S I T E T



Ægtefæller til patienter med AMI har brug for støtte

AF DORTE STERNDRORFF NIELSEN, SYGPLEJERSKE, OG BRITT EGERIS JØRGENSEN, SYGPLEJERSKE, MKS, EX.PHIL.

Artiklen henvender sig til kardiologiske sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at sygeplejen til AMI-patienter også må inkludere behov og reaktioner hos patientens ægtefælle, hvilket bl.a. kan ske gennem målrettede sygeplejesamtaler. Artiklen er skrevet på baggrund af et masterprojekt i klinisk sygepleje.



ARKIVFOTO: SCAMPYX

Nye og bedre behandlingsmuligheder inden for det kardiologiske område har medført kortere indlæggelsestid for patienter med akut myokardieinfarkt (AMI). Indlæggelsestiden i dag er få dage og kan være fordelt på flere sygehuse. Dette kan have betydning for ægtefællers/partneres oplevelser og den støtte, de har brug for i en følelsesmæssigt svær tid

(1). Angsten for at miste, usikkerheden og magtesløsheden kan opleves invaliderende hos partneren, og begivenheden kan påvirke parrets forhold. Manglende kommunikation og åbenhed kan medføre, at parrene lever følelsesmæssigt fra hinanden, mens de samtidig har et ønske om at dele begivenheden med hinanden (2). Det er derfor vigtigt også at have fokus på partnerens reaktioner og behov i sygeplejen.

Ovenstående fund fra litteraturen blev bekræftet ved tre interview

med partnere til patienter med AMI på kardiologisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus, i forbindelse med et masterprojekt i klinisk sygepleje. Dette gav anledning til at lave et projekt, hvor AMI-patienter og deres partner blev tilbudt individuelle og dialogbaserede sygeplejesamtaler. Formålet med samtalerne var at hjælpe parrene til at imødegå den psykiske stress, deres situation medfører, og medvirke til at give håb, trost og støtte.

Samtalerne tager udgangspunkt i parrets særlige situation, forudsætninger og behov, og patientens partner ydes specielt megen opmærksomhed under samtalerne. Samtalerne indeholder både information og rådgivning, og der er fokus på både følelser, reaktioner, sygdom og behandling. Samtaleemnerne og samtalenes struktur bygger på viden fra litteraturen og erfaringer fra kardiologisk afdeling. Der er udarbejdet en samtaleguide som en støtte til samtalerne. Guiden er med til at sikre, at samtalerne lever op til formålet.

Bekymring er en del af den naturlige omsorg fra parternes side, og det at lade denne komme sprogligt til udtryk, blive imødekommet og lyttet til kan være med til at bekræfte og lindre bekymringen (3). Det er derfor af betydning under samtalerne, at begge partnere får mulighed for at udtrykke tanker og følelser. Personalet har også fokus på at fremme åbenhed mellem patient og partner med den hensigt at hjælpe til at mestre livet efter AMI. Ud over de følelsesmæssige aspekter er en grundig information her vigtig, da viden er en forudsætning for at magte situationen efter udskrivelsen.

Øget forståelse for den syges situation

Som evalueringsredskab på sygeplejesamtalerne blev valgt en spørgeskemaundersøgelse. Der blev evalueret på ægtefællens oplevelse af samtalen indhold og struktur, relevansen af samtalen og den umiddelbare gavn af samtalen. Desuden gav spørgeskemaet svar på, hvilken information og viden de pårørende havde forud for samtalerne.

Evalueringen viste, at partnerens udbytte af samtalerne var ny information, nyttig rådgivning, bedre forståelse for egen og den syges situation, ligesom samtalerne medførte, at partnerne følte sig beroligede og mindre utrygge.

Efterfølgende er det derfor besluttet, at samtalerne skal være en prioriteret ydelse i kardiologisk afdeling, Sydvestjysk Sygehus, og samtalerne tilbydes nu til alle patienter og deres partnere eller andre pårørende, hvis patienten ikke har en partner. Samtalerne foregår under indlæggelsen og vil fremover blive evalueret en gang årligt med henblik på evt. justering og prioritering. Yderligere oplysninger, evaluering og samtaleguide kan rekvireres hos forfatterne.

Dorte Sterndorff Nielsen er ansat som sygeplejerske og projektansvarlig.

Britt Egeris Jørgensen er ansat som klinisk sygeplejelærer på

*Sydvestjysk Sygehus, kardiologisk afdeling;
britt.joergensen@svs.regionsyddanmark.dk*

Litteratur

1. Hansen B, Lomborg K. Ægtefællers oplevelser, når deres partner indlægges med AMI. *Klinisk Sygepleje* 2006; 3:12-19.
2. Svedlund M, Danielson E. Myocardial infarction: narrations by afflicted women and their partner of lived experiences in daily life following an acute myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing* 2004; 13:438-446.
3. Forup L. et al. Det er værst for familien – I livet med en kronisk lidelse. *Tidsskrift for sygeplejeforskning* 2007;1:30-37

Hverdagens Usynlige Gøremål

- vær med i debatten fra 6. oktober

Hverdagens Usynlige Gøremål – eller HUG – er de opgaver, sygeplejersker varetager på arbejdspladsen, som ikke er egentlige sygeplejeopgaver. Dem vil vi i Dansk Sygeplejeråd gerne skabe opmærksomhed omkring.

Derfor sætter vi HUG til debat med fem debatoplæg hen over efteråret på en særlig temaside på www.dsr.dk.

Første debatoplæg har temaet: Stil skarpt på din faglighed. Det og de følgende oplæg er tænkt som inspiration til debat fra sygeplejerske til sygeplejerske, og mellem sygeplejersker og politikere i Dansk Sygeplejeråd. Oplæg der også mere bredt fokuserer på sygeplejerskers arbejdsvilkår.

Du kan også sende et elektronisk postkort til dine kolleger, så I sammen kan sætte gang i debatten på arbejdspladsen.

Vær med fra 6. oktober og frem til 12. december på www.dsr.dk/HUG

Vi glæder os til at høre din mening!



Længsel efter helbredelse - oplevelser med bevidstløshed under respiratorbehandling

Karlsson V, Forsberg A. *Health is yearning – Experiences of being conscious during ventilator treatment in a critical care unit. Intensive and Critical Care Nursing*, 2008 2;24 (1):41-50.

R *Formål:* At undersøge oplevelser af at være vågen i forbindelse med respiratorbehandling på intensivafsnit ud fra et patientperspektiv.

Metode: Undersøgelsen fandt sted i Sverige. 10 tidligere intensivpatienter deltog i undersøgelsen. Efter udskrivelsen fra sygehuset blev de interviewet af førsteforfatteren. Interviewene blev optaget på bånd, transskriberet og tilføjet noter om f.eks. intonation og gestikuleren. Det skriftlige materiale blev tematiske analyseret med et fænomenologisk-hermeneutisk udgangspunkt.

Resultater: Informanterne huskede kun delvist deres ophold i respirator. Oplevelserne af at være vågen under respiratorbehandling opdeles i: ”erindringer”, ”mestring af livet på intensivafsnit”, ”mestring af livet efter udskrivelse fra intensivafsnit” samt ”et nyt jeg”. Forskellige stadier af længsel beskrives og sammenholdes med den pleje, patienterne ønsker.

Bemærkninger: I takt med udviklingen mod mere vågne patienter under respiratorbehandling forekommer undersøgelsen meget relevant. De mange citater fra patienterne og fire figurer er med til at gøre området forståeligt. Resultaterne fra denne undersøgelse viser både sammenfald med og modsatrettede oplevelser fra patienterne i forhold til andre studier.

Helle Svenningsen, klinisk sygeplejespecialist ansat på
Anæstesiologisk afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus;
helle.svenningsen@as.aaa.dk

Udskrivelsestræning bevarer egenomsorgskapacitet

Cebeci F, Celik SS. *Discharge training and counselling increase self-care ability and reduce postdischarge problems in CABG patients. Journal of Clinical Nursing*, 2008;17:412-420.

R *Formål:* At undersøge hvilken effekt udskrivelsestræning og vejledning havde på patienternes egenomsorgskapacitet efter koronar bypassoperation (CABG).

Metode: I denne tyrkiske undersøgelse indgik i alt 109 patienter i alderen 50-69 år, der havde gennemgået elektiv koronar bypassoperation for første gang. 52 patienter i kontrolgruppen modtog almindelig rutinesygepleje, hvorimod 57 patienter modtog individualiseret træning og rådgivning af forskeren. Udskrivningsrådgivning og træning blev påbegyndt ved indlæggelsen og fortsatte under hele indlæggelsesforløbet med mulighed for telefonisk rådgivning efter udskrivelsen. Effekten blev vurderet ved hjælp af spørgeskema om egenomsorg. Data blev opgjort statistisk.

Resultater: Interventionsgruppen havde en signifikant højere egen-

omsorgsscore fra udskrivelsen og ved to ambulante besøg end kontrolgruppen. Endvidere oplevede interventionspatienterne færre problemer i det postoperative forløb.

Bemærkninger: Undersøgelsen er gennemført i Tyrkiet, sandsynligvis under andre forhold end i det danske sundhedsvæsen, og patienternes indlæggelsestid var da også ca. 15 dage, hvilket er tre gange så lang tid som i Danmark. På trods af dette kan undersøgelsen inspirere til systematisk udskrivelsesrådgivning, konceptet kan overføres til danske forhold, og det anvendte spørgeskema om egenomsorgskapacitet (eller et lignende) vil kunne anvendes som kontrol af sygeplejehjælperinterventionens effekt.

Af Preben Ulrich Pedersen, sygeplejerske, ph.d.,
Center for Kliniske Retningslinjer
– nationalt clearinghouse for sygepleje,
Afdeling for Sygeplejevidenskab;
pup@sygeplejevid.au.dk

Hjælp til at indtage mad og drikke

Martinsen B, Harder I, Biering-Sørensen F (2008.) *The meaning of assisted feeding for people living with spinal cord injury: a phenomenological study. J Adv Nurs* 62;5 533-540.

R Formålet med denne artikel er at beskrive, hvordan personer, som har behov for hjælp til at spise og drikke, oplever dette. 16 personer med høj cervikal rygmarvslæsion blev interviewet. Data blev analyseret fænomenologisk. I denne metode stræber forskerne efter at beskrive et fænomen, her fænomenet ”at få hjælp til at spise” (eng. assisted feeding), som det opleves. Resultaterne bliver udlagt i en helhedsforståelse og i temaer, der underbygger helhedsforståelsen.

At få hjælp til at spise og drikke betyder, at en person med rygmarvslæsion, som ikke kan bevæge armene, låner hjælperens krop ved måltiderne. Personerne, som oftest er skadede ved ulykker, indser efterhånden, at de er paralytiske, at livet er anderledes, og at måltiderne for fremtiden vil have et andet mønster end før. Vedkommende accepterer successivt kendsgerningen.

Relationen mellem hjælperen og den rygmarvsskadede ved måltiderne beskrives som et partnerskab, hvor den skadede lægger linjen. Ved måltiderne indgår hjælpemidler, f.eks. sugerør, hagesmæk og speciel kop, hjælpemidler som bruges, for at personen skal bibeholde sin selvrespekt og ikke føle sig ydmyget. Dog, brug af hjælpemidler er en balancegang, ikke for meget, ikke for lidt. Der er ligeledes overvejelser om hjælperens rolle ved middagsselskaber og på arbejdspladsen. Personerne vil ikke betragtes som handicappede, patienter eller klienter. De ønsker at leve et ganske almindeligt liv.

Forfatterne konkluderer, at det at få hjælp til at spise og drikke er et individuelt anliggende, hvor samspillet mellem parterne er afgørende. Artiklen er detaljeret og velskrevet. Den udgør et værdifuldt bidrag til forståelse af grundlæggende sygepleje set med modtagerens øjne.

Af Elisabeth Hall, professor emeritus,
Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet;
eh@sygeplejevid.au.dk

Artiklen henvender sig til sygeplejersker generelt. Den beskriver principperne for genoplivning og den konkrete udførelse af behandlingen. I boks 1 og 2 anføres alment anvendte udtryk og forkortelser. Artiklen er baseret på forfatterens teoretiske og praktiske erfaringer med genoplivning.

Hjertestop

- principper for genoplivning

AF BO LØFGREN, LÆGE, TINA ANDERSEN, AFDELINGSSYGEPLEJERSKE, KAREN BOVBJERG MORTENSEN, ANÆSTESISYGEPLJERSKE, OG
NIELS HENRIK KRARUP, LÆGE • FOTO: SØREN HOLM

Overlevelseskæden, Chain of Survival, beskriver de faktorer, der er knyttet til øget overlevelse efter hjertestop (1).

Første led i kæden består i tidlig erkendelse af kritisk sygdom, dvs. før hjertestop indtræder, og tidlig alarmring. Uden for hospital aktiveres ambulancetjeneste, og på hospital tilkaldes relevant personale afhængigt af lokale forhold (f.eks. anæstesiolog, mobilt akut team, m.fl.).

Andet led i kæden betoner vigtigheden af tidligt indsettende hjerte-lunge-redning (HLR) med særligt fokus på kvalitetshjertemassage, dvs. hjertemassage uden afbrydelser og med korrekt kompressionsdybde og frekvens.

Tredje led i kæden består af tidlig defibrillering. Overlevelsen falder markant for hvert minut, defibrillering

forsinkes efter hjertestop betinget af de stødbare rytmer, dvs. ventrikelflimren (VF) og pulsløs ventrikulær takykardi (pVT).

Fjerde og sidste led i kæden udgøres af behandlingen efter succesfuld genoplivning herunder særligt terapeutisk hypotermi samt akut ballonbehandling af blodprop i hjertet.

Overlevelseskæden afspejler således den foreliggende evidens for behandling af hjertestop. Betydningen af kvalitetshjertemassage, minimering af tid til defibrillering samt effekten af terapeutisk hypotermi og akut ballonbehandling er veldokumenteret. Modsat er der ingen evidens for mortalitetsreduktion ved intubation, og dokumentationen for farmakologisk behandling ved hjertestop er yderst sparsom.

]]]] BOKS 1. ORDFORKLARING

Herunder forklares nogle af de ord og vendinger, der optræder i artiklen:

- ABCD vurdering: systematisk vurdering og behandling af det akut syge barn
- Acidose: lav pH (pH <7,35)
- Fibrinolytika: gruppe af farmaka til behandling af blodpropper i bl.a. hjerte og lunger
- Hypokapni: lav kuldioxid-koncentration i blodet (PaCO₂ <4,5 kPa)
- Intraossøs kanyler: kanyler anlagt i røknogle (f.eks. tibia) til indgift af farmaka og/eller væske
- Number needed to treat (NNT): det antal patienter med akut sygdom, der skal have en ny behandling, for at man kan forvente at opnå én ekstra behandlings succes, f.eks. forebygge ét dødsfald
- Somatosensoriske evokerede potentialer: perifer nervestimulation (typisk nervus medianus) til vurdering af cerebral funktion
- Tracheal administration af farmaka: indgift af medicin i trachea via trachealtube.

]]]] BOKS 2. FORKORTELSER

Herunder forklares de forkortelser, som benyttes i artiklen:

- AED: automatisk ekstern defibrillator
- CoSTR: The 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations
- HLR: hjerte-lunge-redning
- ILCOR: The International Liaison Committee on Resuscitation
- NNT: number needed to treat
- PEA: pulsløs elektrisk aktivitet
- pVT: pulsløs ventrikulærtakykardi
- VF: ventrikelflimren.

Evidens

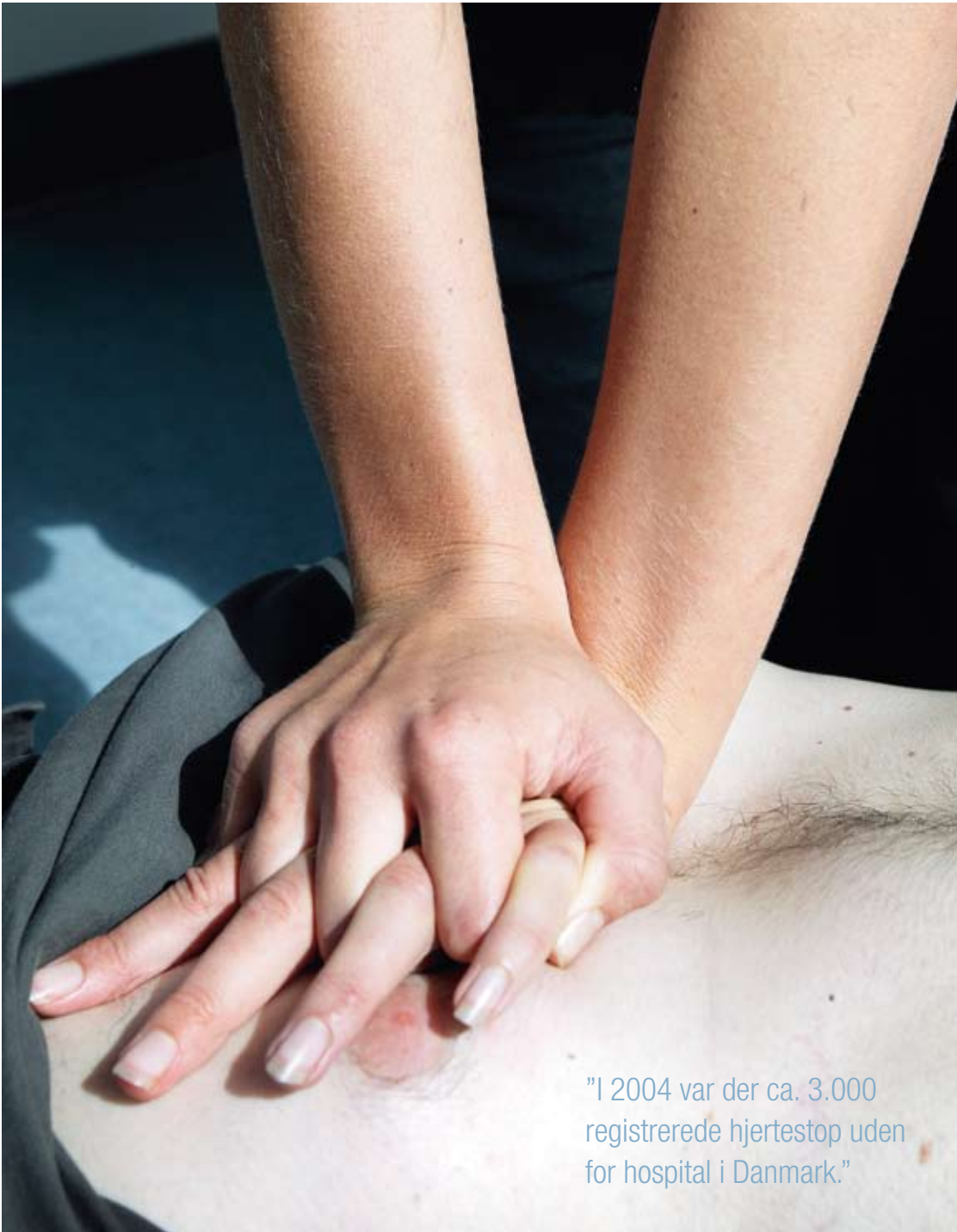
Europæisk Råd for Genoplivning (European Resuscitation Council), Den Amerikanske Hjerteforening (American Heart Association), Det Australiske Råd for Genoplivning (Australian Resuscitation Council) m.fl. nedsatte i november 1992 The International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) (2) med det formål at udarbejde retningslinjer til håndtering af livstruende tilstande med såvel respiratoriske som kardiovaskulære årsager med særligt fokus på genoplivning efter hjertestop. ILCOR har i 2000 (3) og senest 2005 (4) publiceret retningslinjer for genoplivning.

Forud for publikationen af sidstnævnte anbefalinger nedsatte ILCOR et antal arbejdsgrupper til evaluering af den eksisterende evidens. Arbejdsgrupperne foretog en litteraturgennemgang og tildelte alle relevante studier et evidensniveau baseret på de respektive studiers metodologi (3,5). Arbejdet kulminerede i et konsensuspapir, 2005 International Consensus Conference on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations (CoSTR) (4).

CoSTR har tjent som udgangspunkt for udarbejdelsen af 2005 Guidelines for Resuscitation fra Europæisk Råd for Genoplivning (6). Dansk Råd for Genoplivning (www.genoplivning.dk) er en del af Europæisk Råd for Genoplivning (www.erc.edu) og varetager udbredelse og implementering af guidelines i Danmark.

Epidemiologi

Hjertestop har en dårlig prognose. Den totale etårsoverlevelse efter hjertestop på hospital angives almindeligvis



"I 2004 var der ca. 3.000 registrerede hjertestop uden for hospital i Danmark."

til 15-20 pct. (7), mens overlevelsen uden for hospital er ca. 5 pct. (8,9).

I 2004 var der ca. 3.000 registrerede hjertestop uden for hospital i Danmark (8). Andelen af hjertestop uden for hospital, hvor der ved første rytmeanalyse findes VF eller pVT, er aftagende. Årsagen hertil er ukendt. Nyere opgørelser angiver, at stødbare rytmer ved præsentation udgør 25-40 pct. (8,10,11).

Uden for hospital er etårsoverlevelsen 25 pct. efter hjertestop betinget af stødbare rytmer. Derimod er hjertestop med en ikke-stødbar rytme, dvs. pulsløs elektrisk aktivitet (PEA) eller asystoli, korreleret til en etårsoverlevelse på 2 pct. (8).

Incidensen af hjertestop på hospital angives internationalt til 1-5 pr. 1.000 indlæggelser (7). En opgørelse viste, at 48 pct. af alle hjertestop sker på intensivafdelinger, 32


pct. forekommer i almindelige sengeafdelinger, 12 pct. i skadestuen og de resterende fordelt på ambulatorier, operationsstuer, mv. Asystoli og PEA udgør ca. to tredjedele ved første rytmeanalyse (12). Overlevelse til udskrivelse efter hjertestop på hospital rapporteres at være mellem 0 og 42 pct. (7). En opgørelse med ca. 14.000 hjertestop viste, at overlevelsen til udskrivelse ved VF/pVT var 35 pct. og ved PEA og asystoli 10 pct. (12).

Ætiologi

En opgørelse af mere end 21.000 hjertestop uden for hospital viste, at for ca. 82 pct.s vedkommende var årsagen underliggende hjertesygdom. De hyppigste non-kardielle ætiologier var lungesygdom (ca. 4 pct.) og traume (ca. 3 pct.). Lungeembolus udgjorde 0,2 pct. (9).

På hospital er de underliggende årsager til hjertestop

FIGUR 1 A-D. GENOPLIVNING AF VOKSNE**A. MEDICIN OG JOULE**

Præparat Indikation	Voksne IV./IO.	Børn (indtil puberteten) IV./IO.
Adrenalin VF pulsløs VT PEA Asystoli	1 mg bolus hvert 3.-5. min. Endotrachealt: 2-3 mg fortyndet i 10 ml sterilt vand	0,01 mg/kg bolus hvert 3.-5. min. Endotrachealt: 0,1 mg/kg fortyndet i 5 ml sterilt vand
Amiodaron VF pulsløs VT	300 mg bolus lige før 4. stød Evt. gentaget 150 mg bolus lige før 6. stød	5 mg/kg bolus
Atropin Asystoli PEA < 60/min.	3 mg bolus Endotrachealt: 3 mg fortyndet i 10 ml sterilt vand	0,02 mg/kg bolus Endotrachealt: 0,03 mg/kg fortyndet i 5 ml sterilt vand
Calcium Hyperkaliæmi Hypocalcæmi Calciumantago- nistforgiftning	10 ml (5 mmol) calciumchlorid 0,5 mmol/ml bolus Gentaget ved behov	0,1 mmol/kg bolus Gentaget ved behov
Magnesium Refraktær VF / pulsløs VT Torsades de poin- tes Hypokaliæmi Digoxin-forgiftning	4 ml (8 mmol) magnesiumsulfat/ magnesiumchlorid 2 mmol/ml over 1-2 min. Evt. gentaget efter 10-15 min.	0,4 mmol/kg over 1-2 min.
Energimængde ved defibrillering 	Monofasisk: 360 J x 1 Bifasisk: 150-360 J x 1 (Brug producentens anbefaling. Ved tvivl: 200 J x 1)	Mono- og bifasisk: 4 J/kg x 1

IV. = Intravenøs, IO. = Intraossøs

Udarbejdet af DL. Isbye, J. Rosenberg, T. Frost, MK. Jensen, T. Lauritsen, C. Torp-Pedersen og FK. Lippert for ALS-instruktøerne i Danmark, Dansk Råd for Genoplivning og Hjerteforeningen.
 Produktion: Datagraf. April 2007, Bestillingsnr. 273
 Folderen kan rekvireres hos Hjerteforeningen på tlf. 3393 1788,
 www.hjerteforeningen.dk eller hos Dansk Råd for Genoplivning på
 www.genoplivning.dk

Figur 1 A-D. Genoplivning af voksne.

A: Medicin og defibrillering: indikation og dosering.

B: Resumé af hjertelungeredning og behandling af stødbar og ikke-stødbar rytme.

C: Behandlingssekvens ved stødbar hjerterytm.

D: Algoritmen for avanceret genoplivning.

B. AVANCERET GENOPLIVNING**ERC GUIDELINES FOR RESUSCITATION 2005**

ERC
Udarbejdet af
Hjerteforeningen og
Dansk Råd for
Genoplivning

HJERTE-LUNGE-REDNING = HLR

- Ved konstateret hjertestop alarmeres først, og derefter gives cykler af brystkompression og ventilation i forholdet 30:2. Start med brystkompression. Tryk 4-5 cm ned, 100 tryk/min. Skift person til hjertemassage hvert 2. min. Etabler EKG-overvågning og intravenøs adgang. Intubér tidligt.

STØDBAR RYTME – VF/PULSLØS VT

- Der afgives ét stød (monofasisk 360 J, bifasisk 150-360 J), og der fortsættes straks med HLR 30:2 i 2 min. Først herefter vurderes rytmen, og der tages stilling til, om rytmen fortsat er stødbar.
- Ved tvivl om, hvorvidt rytmen er fin ventrikelflimren eller asystoli, skal der ikke afgives stød, men der fortsættes HLR 30:2 i 2 min.
- Hver cyklus består af Medicin-Stød-HLR-Vurdér; de to første cykler er dog uden medicintilførsel.
- Giv adrenalin 1 mg første gang efter 2. cyklus, dvs. lige før 3. stød, herefter hvert 3.-5. min.
- Giv amiodaron 300 mg efter 3. cyklus, dvs. lige før 4. stød, evt. gentaget 150 mg lige før 6. stød.

IKKE-STØDBAR RYTME**– ASYSTOLI OG PULSLØS ELEKTRISK AKTIVITET (PEA)**

- Giv adrenalin 1 mg hurtigst muligt, herefter hvert 3.-5. min.
- Giv atropin 3 mg hurtigst muligt ved asystoli og bradykardi < 60/min.
- Overvej pacing ved bradykardi og asystoli.

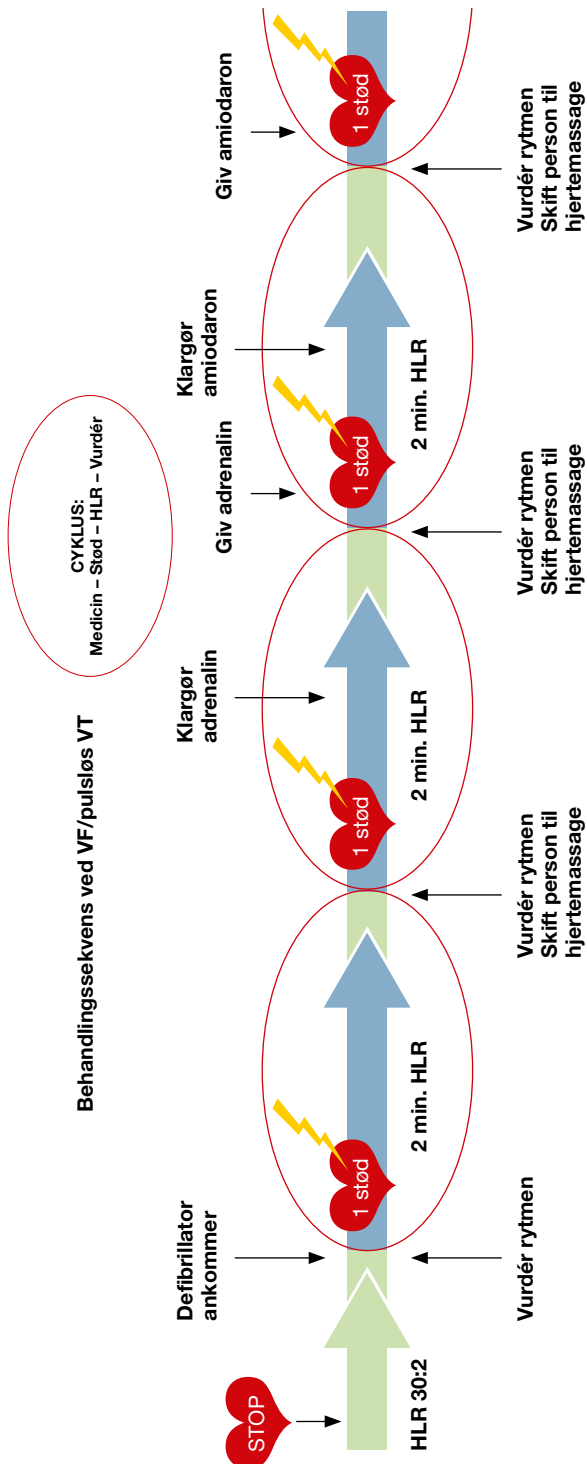
BØRN (INDTIL PUBERTETEN, DOG IKKE NYFØDTE)

- Brug samme algoritme, dog med følgende modifikationer: Start med 5 ventilationer før første kompression. Kompressions-/ventilationsforholdet er herefter 15:2 og energimængden ved defibrillering er 4 J/kg.

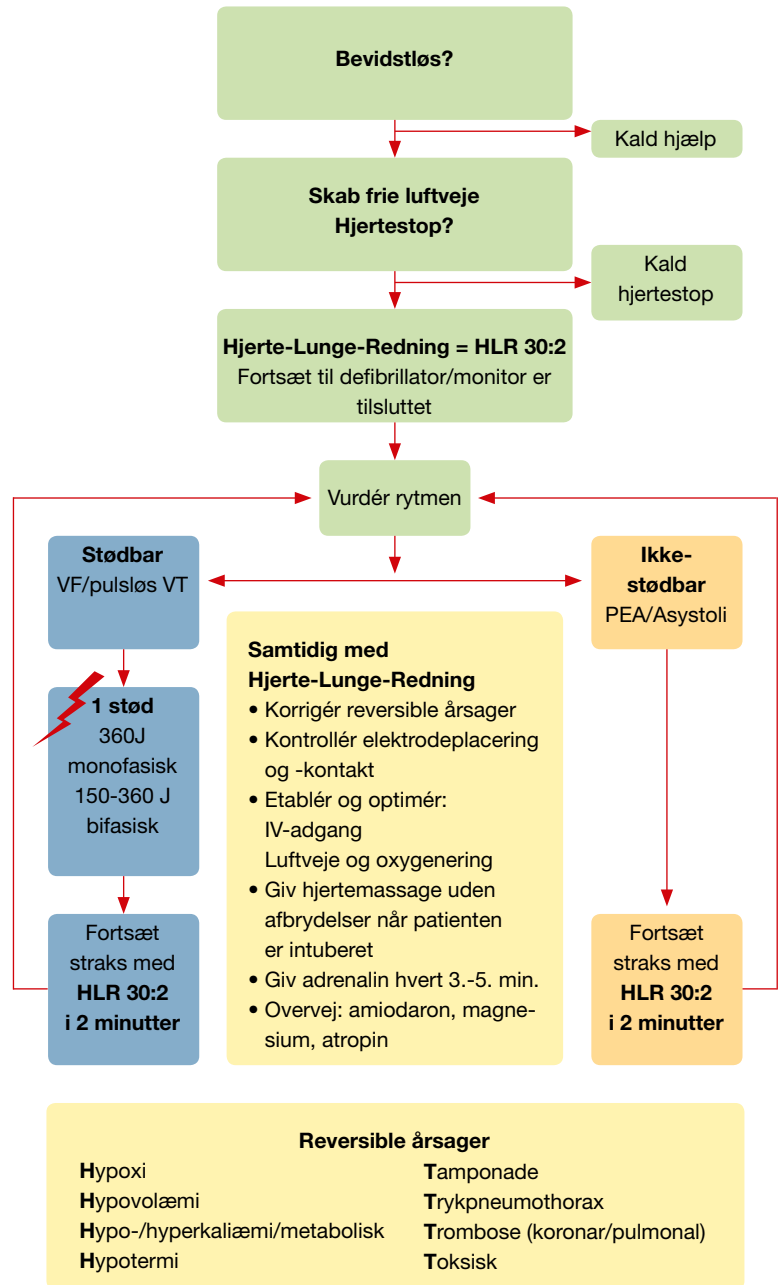
GLEM IKKE

- Overvej magnesium ved ↓K, refraktær VT og torsade. Calcium ved ↑K og ↓Ca.
- Overvej hypotermibehandling af genoplivede, bevidstløse patienter.
- Skab overblik, find udløsende årsag – også de sjældne, som ikke dækkes her.

C. BEHANDLINGSSEKVEN



D. AVANCERET HJERTE-LUNGE-REDNING



» fordelt med ca. 40 pct. grundet hjertesygdom, ca. 40 pct. af anden medicinsk årsag domineret af respirationsinsufficiens, og de resterende fordelt på de kirurgiske specialer, herunder traume (12). Forholdet mellem stødbare og ikke-stødbare rytmer afspejler således fordelingen af de tilgrundliggende årsager, f.eks. præsenterer hjertestop udløst af hjertesygdom sig oftest i form af VF og/eller pVT, mens respirationsinsufficiens, lungeemboli, mv. typisk resulterer i PEA og/eller asystoli.

Patofysiologi

Hjertestop er som ovenfor anført associeret med fire mulige hjerterytmier, de stødbare (VF/pVT) og de ikke-stødbare (PEA/asystoli). Hjertestop kan afhængigt af den bagvedliggende årsag debutere med enten pVT, VF, PEA eller asystoli. I forløbet af et hjertestop kan der ses én eller en kombination af de anførte rytmer. Ultimativt

belse af en kredsløbsgivende hjerterytmie. Efter mere end fire minutters hjertestop kan det derimod ikke forventes, at man ved defibrillering kan opnå spontant kredsløb. Hjertemassage kan genskabe en trykgradient mellem højre atrium og aorta, reetablere et vist flow til koronararterierne og dermed øge mulighederne for succesfuld defibrillering. Ved hjertestop associeret med pVT, PEA og asystoli er de kredsløbsfysiologiske forhold antageligt analoge med det ovenfor anførte (14, 15).

Opretholdelse af normal vævsmetabolisme beror primært på et sufficient kredsløb med et adækvat tilbud af ilt. Utilstrækkeligt ilttilbud resulterer hurtigt i hypoxi og acidose, og som konsekvens heraf indtræder bevidstløshed inden for sekunder. Under VF fortsætter den normale myokardielle metabolisme initialt næsten som normalt, hvorfor den forhåndenværende ilt og de energirige fosfatforbindelser hurtigt opbruges. Acidose opstår som konsekvens af anaerob metabolisme og ophobning af kuldioxid i vævene. Tiltagende acidose i såvel hjernen som hjertet korrelerer til dårligt udkomme, med signifikant forringet mulighed for overlevelse allerede efter 5-6 minutter. Selv efter genetableret spontant kredsløb kan acidose resultere i nedsat kardiell kontraktilitet og forøget risiko for yderligere arytmi (16).

Basal genoplivning

Basal genoplivning indbefatter luftvejshåndtering og kredsløbsunderstøttende tiltag uden brug af hjælpemidler, herunder farmakologiske. Genoplivning med automatisk ekstern defibrillator (AED) betragtes dog som henhørende under basal genoplivning (se afsnittet om "Defibrillering" side 51) (11).

Hjertestop er en klinisk diagnose og stilles ved kombinationen af bevidstløshed og fravær af normal respiration. For den trænede og erfarne behandler gøres tilige forsøg på palpation af pulsation i arteria carotis. Diagnosen skal stilles på maksimalt 10 sekunder. Ved bevidstløshed og fravær af normal respiration, men tvivl om pulsløshed, skal genoplivning iværksættes (11).

Bevidstløshed konstateres ved at råbe til og ruske for sigtigt i patienten. Smertestimulation er forældet (11).

Agonal respiration optræder hos op mod 40 pct. af patienter med hjertestop (13) og mistolkes ofte som adækvat vejrtrækning, hvorfor genoplivning undlades. Skab frie luftveje og se, lyt og føl efter normal vejrtrækning. Gisp, langsom, anstrengt og/eller støjende vejrtrækning er ikke normalt. I tvivlstilfælde påbegyndes genoplivning (11).

HLR udføres som anført i figur 1B og 1D side 48 og 49.

Avanceret genoplivning

Avanceret genoplivning (figurerne 1A-D side 48-49) omfatter bl.a. intubation, manuel defibrillering, farmakologisk behandling samt opsporing og behandling af reversible årsager (17).

Intubation er ikke vist at øge overlevelsen efter hjerte-



”Basal genoplivning indbefatter luftvejshåndtering og kredsløbsunderstøttende tiltag uden brug af hjælpemidler, herunder farmakologiske.”

vil pVT, VF og PEA uden behandling altid degenerere til asystoli.

Hjertestop resulterer i akut kredsløbskollaps. Bevidstløshed og ophør af normal respiration indtræder hurtigt. Hjertestop kan dog initialt være forbundet med agonal respiration (13), dvs. gisp, langsom, anstrengt og/eller støjende vejrtrækning.

Dyreeksperimentelle studier har vist, at der i de første ca. fire minutter efter hjertestop betinget af VF fortsat er flow i arteria carotis samt nogen koronarperfusion. Årsagen hertil er en trykgradient mellem højre atrium og aorta. Denne gradient aftager gradvist, og når trykket udliges, vil det spontane flow ophøre. Selv uden hjertemassage vil forsøg på defibrillering inden for de fire første minutter efter hjertestop oftest resultere i genska-

stop og må således ikke forsinke hjertemassage eller defibrillering. Varighed af forsøg på intubation må ikke overstige 30 sekunder. Efter intubation ventileres 10 gange pr. minut, og hjertemassage skal udføres uafhængigt heraf (17).

Evidensen for farmakologisk behandling er yderst sparsom. Som konsekvens heraf må administration af farmaka ikke forsinke eller afbryde hverken hjertemassage eller defibrillering. Intravenøs indgift foretrækkes, men kan en intravenøs adgang ikke etableres, bør der gøres forsøg på anlæggelse af en intraossøs kanyle. Tracheal administration kan anvendes ved indgift af adrenalin, atropin, lidokain og naloxone, men betragtes som tredje valg og med passende justering af dosis (17).

Overvej brug af fibrinolytika ved hjertestop på baggrund af mistænkt eller verificeret lungeemboli. Pågående hjertemassage er ikke en kontraindikation mod behandling med fibrinolytika. Overlevelse med favorabelt neurologisk udkomme er beskrevet efter hjertestop på baggrund af lungeemboli behandlet med fibrinolytika og mere end 60 minutters HLR. Iværksættes fibrinolyse, bør forsøg på genoplivning tidligst indstilles efter 60-90 minutter (17).

Reversible årsager skal opspores og behandles aggressivt. Overlevelse efter hjertestop betinget af asystoli eller PEA er usandsynlig, medmindre en underliggende årsag kan identificeres og behandles (17).

Algoritmen for avanceret genoplivning af voksne fremgår i øvrigt af figur 1D.

Defibrillering

Definitiv behandling af VF og pVT er defibrillering (figur 1C side 49) (18). Defibrillering skal foretages hurtigst muligt og bør være forsøgt inden for tre minutter på hospital og fem minutter uden for hospital (3). For hvert minut defibrillering forsinkes, øges mortaliteten med 7-10 pct. i fald, der ikke ydes HLR. Ved bevidnet og monitoreret hjertestop betinget af VF/pVF, hvor en defibrillator ikke umiddelbart er til rådighed, kan et enkelt prækordialt slag umiddelbart gives af behandlere trænet i teknikken. Forsinkes tilvejebringelsen af en defibrillator, skal HLR straks påbegyndes, idet overlevelsen i så fald kun reduceres med 3-4 pct. pr. minut (18).

Defibrillering kan foretages manuelt og ved brug af en AED. Sensitivitet og specificitet for en AED's rytmeanalyse er henholdsvis 92 og 100 pct. (19).

Uagtet om der anvendes manuel defibrillator eller AED, skal retningslinjerne for sikker defibrillering følges. Sikker defibrillering indebærer, at direkte og indirekte patientkontakt skal undgås under hjerterytmeanalyse, opladning og afgivelse af stød. Ventilation med ilttilskud afbrydes, og iltkilden fjernes minimum én meter fra patienten. Før stødafgivelse skal behandleren advare omkringstående. Selvklæbende elektroder anbefales brugt frem for stødpadler, idet selvklæbende elektroder muliggør defibrillering på afstand af patienten. Efter defibrillering skal der ikke gøres rytmekon-

trol eller puls palpation, men straks fortsættes med HLR (20).

Genoplivning af børn ældre end nyfødt

Hjertestop hos børn opstår hyppigst sekundært til anden sygdom og er oftest betinget af hypoxi. Prognosen ved hjertestop hos børn er dårlig. Iværksættes genoplivning ved respiratorisk arrest, men hvor hjertet stadig pumper, er langtidsoverlevelsen 50-70 pct. Derimod er overlevelsen uden neurologiske sequelae kun 5 pct. ved hjertestop betinget af asystoli (21).

Tidlig erkendelse, vurdering, gennemgang og behandling af det akut syge barn er afgørende for succesfuldt udkomme. Ved den primære gennemgang anvendes ABCD-vurdering, som gengivet i figur 2C side 53.

Diagnosen hjertestop stilles på baggrund af bevidstløshed, fravær af normal respiration samt manglende puls/tegn på liv, dvs. bevægelse, host og normal respiration. Agonal respiration forekommer også hos børn og må ikke forveksles med normal vejtrækning. Hos børn under et år palperes pulsen i arteria brachialis eller arteria femoralis og hos børn over et år i arteria carotis. Der må maksimalt bruges 10 sekunder (22).

Kunstigt åndedræt gives til et barn under et år ved at give mund til mund og næse. Er dette ikke muligt grundet barnets størrelse, blæses gennem enten mund eller næse. For børn over et år gives mund til mund (22).

Hjertemassage til et barn under et år udføres med to-fingerkompressioner for én behandler og to-tommelfingerteknik, når der er mere end én behandler til stede. Hos et barn over et år komprimeres med én eller to hænder afhængigt af barnets størrelse og alt efter behandlerens skøn. Hos alle børn komprimeres den nederste halvdel af sternum til en 1/3 af brystkassens anteroposteriore diameter (22).

Algoritmen for basal genoplivning af børn er gengivet i figur 2D side 53.

Automatisk ekstern defibrillering anbefales til børn over et år. For nuværende er der utilstrækkelig evidens for at anbefale eller fraråde brugen af AED til børn under et år. AED'en tilsluttes efter ét minuts HLR. Forefindes særlige børneelektroder, anvendes disse, ellers anvendes forhåndenværende, evt. anteroposteriort placeret (22).

Avanceret genoplivning af børn (figurerne 2A-D side 52-53) indebærer ventilation med 100 pct. ilt og eventuelt intubation. Der anlægges intravenøs adgang, dog således at der maksimalt gøres tre forsøg eller højst anvendes 90 sekunder, før intraossøs adgang etableres. Intraossøs adgang rekommanderes endvidere som førstevalg ved asystoli og PEA. Energimængde ved defibrillering, medicin og væske doseres efter vægt (figur 2A). Kvalitetshjertemassage skal opretholdes, og reversible årsager korrigeres (22).

Algoritmen for avanceret genoplivning af børn fremgår af figur 2B side 52.

Efterbehandling

Behandling efter genvunden spontan cirkulation har afgørende betydning for patientens endelige udkomme.)

»»» FIGUR 2 A-D. GENOPLIVNING AF BØRN

A. NORMALVÆRDIER OG BEHANDLINGSDOSER

Normalværdier

RF (min⁻¹)

< 1 år: 30-40
 2-5 år: 24-30
 5-12 år: 20-24
 >12 år: 12-20

HR (min⁻¹)

< 1 år: 80-180
 > 1 år: 60-160

Systolisk BT (mmHg)

0-1 år: > 60
 > 1 år: 90 + (år x 2)

Vægt (kg)

> 1 år: (år + 4) x 2

Behandlingsdoser

Energi:	4 J/kg
Volumen:	20 ml/kg (NaCl el. Ringer-laktat)
Glukose:	5 ml/kg (10% glukose)
Tube-størrelse:	Præmature: (GA/10) 0-1 år: 3,5 - 4,0 > 1 år: (år/4) + 4
Adrenalin:	10 µg/kg
Amiodarone:	5 mg/kg
Atropin:	20 µg/kg (mindst 100 µg, højst 3 mg)

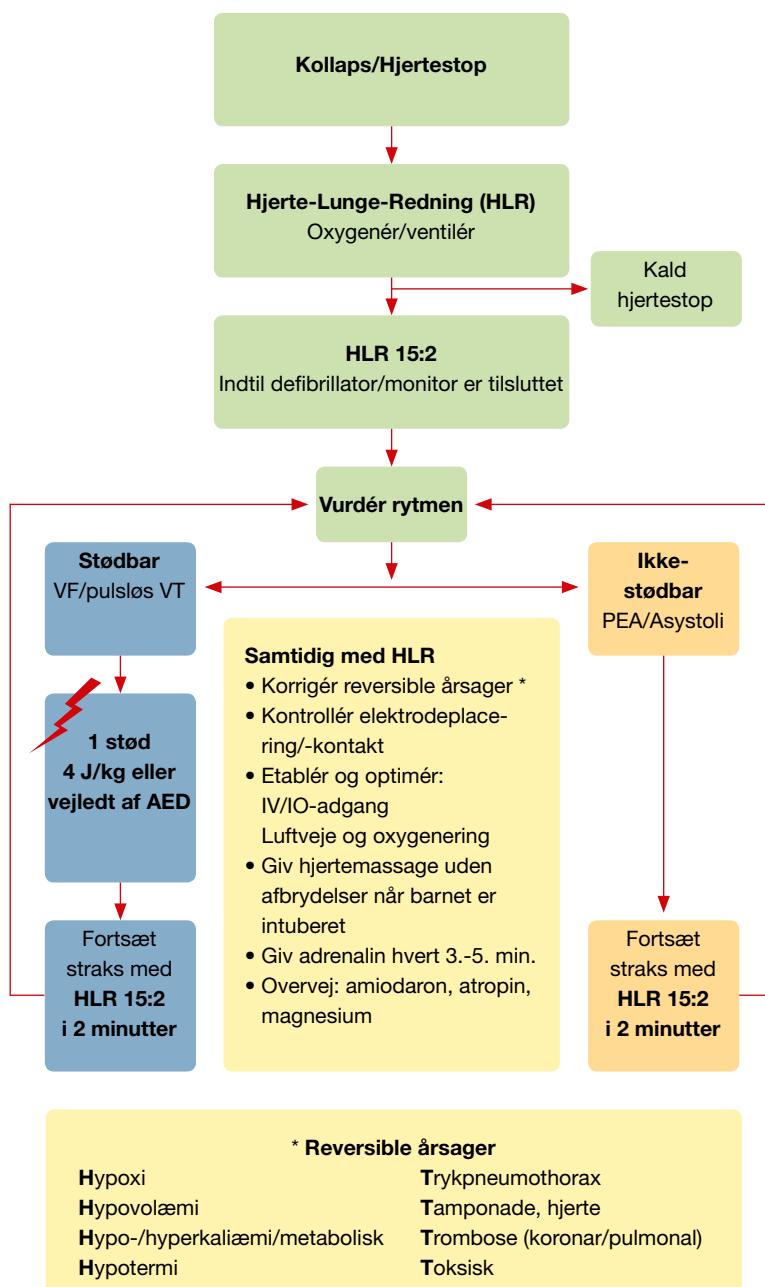
Udarbejdet af Henrik Vendelbo Nielsen, Bo Løfgren, Birgitte Uldall Duch og Torsten Lauritsen for Hjerteforeningen og Dansk Råd for Genoplivning.
 Produktion: Datagraf. November 2007.
 Bestillingsnr.: 273
 Folderen kan rekvireres hos Hjerteforeningen på tlf. 3393 1788 eller
 www.hjerteforeningen.dk eller hos Dansk Råd for Genoplivning på
 www.genoplivning.dk

B. AVANCERET GENOPLIVNING AF BØRN

ERC GUIDELINES 2005



Udarbejdet af Hjerteforeningen og
 Dansk Råd for Genoplivning



Figur 2 A-D. Genoplivning af børn.

A: Fysiologiske normalværdier. Dosering af medicin, og væske, tube-størrelse samt defibrillering.

B: Algoritmen for avanceret genoplivning.

C: Primær gennemgang og behandling af det akut syge barn.

D: Basal genoplivning af børn ældre end nyfødt.

C. PRIMÆR GENNEMGANG OG BEHANDLING AF DET AKUT SYGE BARN

	Undersøgelse		Behandling
Airway	Se – lyt – føl	– Fri? – I risiko? – Obstrueret?	Sug, fjern synlige fremmedlegemer Luftvejsmanøvrer: Kæbeløft Nasal airway Nåletrakeotomi
Breathing	Respirationsfrekvens Tidalvolumen: Thoraxbevægelser, stetoskopi, sideforskøl Respirationsarbejde: Spil af alae, indtrækninger, brug af accessoriske muskler, paradoks respiration Oxygenering: Saturation, cyanose		Ilt på maske CPAP Maskeventilation Intubation og ventilation
Circulation	Hjertefrekvens BT Pulsqualitet: Central og perifer Perfusion: Kapillærfyldningstid, hudtemperatur, hudfarve Preload: Halsvenestase, hepatomegali, kreptation		Volumen Inotropi Ventilation Hjertemassage
Disability	Bevidsthedsniveau – AVPU: Alert Responding to Voice Responding to Pain Unresponsive	Pupilstørrelse/lysræspons Motorisk respons	U eller P: Intubation overvejes Elevation 15-20° Hyperventilation (pCO ₂ : 4-4,5 kPa)

Intravenøs adgang: Maksimalt 90 sekunders forsøg på IV-anlæggelse før intraossøs adgang overvejes.

D. BASAL GENOPLIVNING AF BØRN ÆLDRE END NYFØDT



Efter 1 minut: Kald hjertestopholdet og fortsæt hjerte-lunge-redning.

Shock er en tilstand med utilstrækkelig iltforsyning og perfusion af vævene. **Kompenseret shock** er en tilstand, hvor kroppen er i stand til at opretholde ilttilførslen til hjerne og hjerte ved øget respiration og/eller cirkulation. **Inkompenseret shock** er en tilstand, hvor de metaboliske krav fra hjerne og hjerte ikke opfyldes.

Tegn kan være: ↓BT, ↓RF, kramper, påvirket bevidsthed, koma, anuri.

”Avanceret genoplivning omfatter bl.a. intubation, manuel defibrillering, farmakologisk behandling samt opsporing og behandling af reversible årsager.”

» Efterbehandlingen påbegyndes på stedet, men indebærer efter initial stabilisering oftest overflytning til intensivt afsnit eller hjerteafsnit. Findes akut ballonbehandling indiceret, bør overflytning ske til center med invasiv funktion (23).

Hypokapni inducerer cerebral vasokonstriktion og dermed risiko for yderligere cerebral iskæmi, hvorfor der tilstræbes ventilation til normokapni (17).

Voksne, som forbliver bevidstløse efter genvundet spontant kredsløb efter hjertestop uden for hospital betinget af VF, anbefales kølet til 32-34° C i 12-24 timer. Hjertestop betinget af andre rytmer end VF, hjertestop på hospital samt børn genoplivet efter hjertestop kan potentielt have gavn af terapeutisk hypotermi. Behandlingen skal antageligt påbegyndes hurtigst muligt, men synes også at have effekt trods forsinket initiering. Terapeutisk hypotermi er associeret med et number needed to treat (NNT) for favorabelt cerebralt udkomme på 4. Mortalitet som endepunkt er korreleret til et NNT på 7 (24).

Krampeanfald kan resultere i respirations- og hjertestop. Krampeanfald efter genoplivning skal behandles aggressivt (17).

Stram blodsukkerkontrol, dvs. 4,4-6,1 mmol/l, med brug af insulin reducerer mortaliteten hos kritisk syge patienter. Der er endvidere påvist en association mellem hyperglykæmi efter hjertestop og forringet neurologisk udkomme. Normoglykæmi bør tilstræbes efter genoplivning (17).

Neurologisk undersøgelse, herunder vurdering af pupilforhold, i forsøg på prognostisering under pågående genoplivning, er ikke valid. Først på tredje døgn efter genvundet spontant kredsløb hos patienter, der fortsat er bevidstløse, er lysstive pupiller og fravær af reaktion på smertestimuli uafhængige prædiktorer for et dårligt udkomme (17).

En række biomarkører er under evaluering til brug ved prognostisering, men ingen kan endnu anbefales til rutinemæssigt brug. Somatosensoriske evokerede potentialer med specifik amplitude og latenstid er hos normotermie patienter, der fortsat er bevidstløse minimum 72 timer efter hjertestop, med 100 pct. specificitet korreleret til en dårlig prognose (17).

*Bo Løfgren og Tina Andersen er begge ansat på
Hjertemedicinsk Afdeling B,
Århus Universitetshospital, Skejby;
bo.loefgren@ki.au.dk*

*Karen Bovbjerg Mortensen er ansat på
Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Herning.
Niels Henrik Krarup er ansat på
Anæstesi-/Operationsafdeling,
Regionshospitalet Viborg.*

Litteratur

1. Nolan J. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 1. Introduction. Resuscitation 2005 Dec;67 Suppl 1:S3-S6.
2. Chamberlain D. The International Liaison Committee on

- Resuscitation (ILCOR)-past and present: compiled by the Founding Members of the International Liaison Committee on Resuscitation. Resuscitation 2005 Nov;67(2-3):157-61.
3. Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care – An International Consensus on Science. Resuscitation 2000 Aug 23;46(1-3):1-448.
4. Proceedings of the 2005 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Resuscitation 2005 Nov;67(2-3):157-341.
5. Morley PT, Zaritsky A. The evidence evaluation process for the 2005 International Consensus Conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations. Resuscitation 2005 Nov;67(2-3):167-70.
6. European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2005. Resuscitation 2006 Dec;67(Suppl 1):S1-S190.
7. Sandroni C, Nolan J, Cavallaro F, Antonelli M. In-hospital cardiac arrest: incidence, prognosis and possible measures to improve survival. Intensive Care Med 2007 Feb;33(2):237-45.
8. Årsrapport 2005 – Dansk Hjertestopregister – Hjertestopbehandling uden for hospital i Danmark. 2005.
9. Pell JP, Sirel JM, Marsden AK, Ford I, Walker NL, Cobbe SM. Presentation, management, and outcome of out of hospital cardiopulmonary arrest: comparison by underlying aetiology. Heart 2003 Aug;89(8):839-42.
10. Cobb LA, Fahrenbruch CE, Olsufka M, Copass MK. Changing incidence of out-of-hospital ventricular fibrillation, 1980-2000. JAMA 2002 Dec 18;288(23):3008-13.
11. Handley AJ, Koster R, Monsieurs K, Perkins GD, Davies S, Bossaert L. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 2. Adult basic life support and use of automated external defibrillators. Resuscitation 2005 Dec;67 Suppl 1:S7-23.
12. Peberdy MA, Kaye W, Ornato JP, Larkin GL, Nadkarni V, Mancini ME, et al. Cardiopulmonary resuscitation of adults in the hospital: a report of 14720 cardiac arrests from the National Registry of Cardiopulmonary Resuscitation. Resuscitation 2003 Sep;58(3):297-308.
13. Clark JJ, Larsen MP, Culley LL, Graves JR, Eisenberg MS. Incidence of agonal respirations in sudden cardiac arrest. Ann Emerg Med 1992 Dec;21(12):1464-7.
14. Frenneaux M. Cardiopulmonary resuscitation-some physiological considerations. Resuscitation 2003 Sep;58(3):259-65.
15. Steen S, Liao Q, Pierre L, Paskevicius A, Sjöberg T. The critical importance of minimal delay between chest compressions and subsequent defibrillation: a haemodynamic explanation. Resuscitation 2003 Sep;58(3):249-58.
16. Bar-Joseph G, Kette F, von Planta M, Wiklund L. Acid-base considerations and buffer therapy. In: Paradis NA, Halperin HR, Kern KB, Wenzel V, Chamberlain DA, editors. Cardiac Arrest – The Science and Practice of Resuscitation Medicine. 2 ed. Cambridge University Press; 2007. p. 674-97.
17. Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Bottiger BW, Smith G. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation 2005 Dec;67 Suppl 1:S39-S86.
18. Deakin CD, Nolan JP. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 3. Electrical therapies:

automated external defibrillators, defibrillation, cardioversion and pacing. Resuscitation 2005 Dec;67 Suppl 1:S25-S37.

19. Dickey W, Dalzell GW, Anderson JM, Adgey AA. The accuracy of decision-making of a semi-automatic defibrillator during cardiac arrest. Eur Heart J 1992 May;13(5):608-15.
20. Defibrillation. In: Nolan J, Gabbott D, Lockey A, Mitchell S, Perkins G, Pitcher D, et al., editors. Advanced Life Support. 5 ed. Antwerp: European Resuscitation Council; 2006. p. 75-84.
21. Aetiologies of Cardiorespiratory Arrest – Characteristics of Children. In: Biarent D, Bingham R, editors. European Paediatric Life Support. 3 ed. European Resuscitation; 2006. p. 1-5.
22. Biarent D, Bingham R, Richmond S, Maconochie I, Wyllie J, Simpson S, et al. European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 6. Paediatric life support. Resuscitation 2005 Dec;67 Suppl 1:S97-133.
23. Post-resuscitation Care. In: Nolan J, Gabbott D, Lockey A, Mitchell S, Perkins G, Pitcher D, et al., editors. Advanced Life Support. 5 ed. Antwerp: European Resuscitation Council; 2006. p. 139-46.
24. Nolan JP, Morley PT, Vanden Hoek TL, Hickey RW, Kloeck WG, Billi J, et al. Therapeutic hypothermia after cardiac arrest: an advisory statement by the advanced life support task force of the International Liaison Committee on Resuscitation. Circulation 2003 Jul 8;108(1):118-21.

))) ENGLISH ABSTRACT

Løfgren B, Andersen T, Mortensen KB, Krarup NH. Cardiac arrest – principles of resuscitation. Sygeplejersken 2008;(20):46-55.

Cardiac arrest carries a poor prognosis. One-year survival following in-hospital cardiac arrest is 15-20 percent, while survival from out-of-hospital cardiac arrest is approximately 5 percent. The Chain of Survival describes factors associated with improved outcome following cardiac arrest. The significance of quality chest compressions, early defibrillation, therapeutic hypothermia and primary percutaneous intervention are well-documented. Cardiac arrest is a clinical diagnosis based on the combination of unconsciousness and the absence of normal breathing. Basic life support consists of maintaining airway patency, delivering rescue breaths and circulatory support without the use of equipment. Advanced life support includes intubation, manual defibrillation, administration of drugs and identification and correction of reversible causes. Cardiac arrest is associated with shockable and non-shockable heart rhythms. Pediatric cardiac arrest is most often secondary to hypoxia. Postresuscitation care is pivotal to the outcome of the patient.

Key words: Cardiac arrest, resuscitation, defibrillation, chest compressions.

))) TESTEN



Temaet er alkohol, test dig selv eller din kollega.

I denne uge gennemfører Sundhedsstyrelsen sin vanlige alkoholkampagne. Hovedbudskabet er, at vi voksne maksimalt skal drikke fem genstande ved samme lejlighed. Men hvordan ser det ud med de unges alkoholvaner?

- 1 *Hvornår drikker danske unge typisk alkohol første gang?*
 - a. De er mere børn end unge – 13 år.
 - b. Når de er 15 år.
- 2 *Sundhedsstyrelsen anbefaler, at børn under 16 år slet ikke drikker alkohol. Hvorfor egentlig det?*
 - a. Undersøgelser viser, at unge, som ofte drikker sig fulde, har størst risiko for at komme ud for en ulykke/skade og komme til at drikke mere, end godt er, når de bliver voksne.
 - b. Hjernen hos unge under 16 er ikke færdigudviklet, hvorfor de har en høj risiko for en hjerneskade, hvis de drikker alkohol.
- 3 *Unge drikker anderledes end ældre. De "sparer genstande op" og drikker så igennem i løbet af en aften. Er dette drikkemønster mindre skadeligt for kroppen?*
 - a. Ja, et dagligt indtag skader mest.
 - b. Tværtom. Et stort alkoholindtag over kort tid skader kroppen mere, end hvis indtaget fordeles over dage.
- 4 *Ud over de kropslige skader ved et stort alkoholindtag er der sociale og psykiske følger. Hvilke ses hyppigt?*
 - a. Oprin med dørmænd ved diskoteker og barer.
 - b. Ubeskyttet sex, skænderier med vennerne, selvmordsforsøg.
- 5 *I værste fald kan man dø af en alkoholforgiftning. Hvor mange unge bliver indlagt med alkoholforgiftning pr. år?*
 - a. Ca. 2.000.
 - b. Ca. 1.000.

(er)

Se svarene på TESTEN side 59.

Forskning på tværs

AF VIBEKE LORENTZEN, CAND.CUR., PH.D.

Artiklen henvender sig til undervisere og ledere. Hovedbudskabet er, at et forpligtende samarbejde om forskningsprojekter mellem uddannelsesinstitutioner, praksis og forskere inspirerer alle parter og fastholder nyuddannede bachelorer i sygeplejen. Artiklen er baseret på tre års erfaringer fra Center for Sygeplejeforskning - Viborg.

Da Center for Sygeplejeforskning – Viborg (CSF-V) blev etableret i 2005, blev der skabt mulighed for at kombinere uddannelse og kliniske kompetencer med forskningskompetencer. Denne artikel formidler, hvordan dette arbejde har formet sig, og hvilke initiativer der er taget i løbet af de første tre år.

Først vil baggrunden for oprettelsen af forskningscenteret blive omtalt (se boks 1 herunder), herefter vil aktiviteter i forbindelse med centeret blive præsenteret, og til slut vil et projekt, der rummer de forskellige elementer i samarbejdet mellem uddannelse, klinik og forskning, blive gennemgået.

Ved etableringen af centeret blev artiklens forfatter ansat som forskningslektor, en ansættelse, som indebærer, at 50 pct. af arbejdstiden anvendes til at være aktiv forsker i klinikken, og 50 pct. af arbejdstiden udgøres af undervisnings- og vejledningsopgaver ved sygeplejerskeuddannelsen. Sidstnævnte indebærer bl.a. undervisnings- og vejledningsopgaver på bachelorniveau og på videreuddannelser som Sygeplejefaglig Diplomuddannelse (SD) og masteruddannelser, herunder Master of Health Science (Nursing)Viborg/Deakin. Som forskningslektor ansat i CSF-V oppebæres også en ansættelse som ekstern lektor ved Deakin University.

Tre indsatsområder

Aktiviteterne fordeler sig på tre indsatsområder med forskning som det overordnede, centrale tema:

- Det første område er sygeplejestuderende.
- Det andet område er nyuddannede sygeplejersker.
- Det tredje område er sygeplejersker i praksis, undervisere ved sygeplejerskeuddannelsen og sygeplejersker på videreuddannelse.

Sygeplejestuderende med interesse for forskning

I samarbejde med uddannelsesinstitutionen søger CSF-V gennem grunduddannelsen at etablere aktiviteter for studerende med speciel interesse for forskning og udvikling. Dette kan bl.a. ske ved optagelse i ”De studerendes dataindsamlerteam”.

Teamets medlemmer deltog i dataindsamling m.m. i nye projekter. I dagligdagen fungerer arbejdet med teamet på den måde, at en projektansvarlig retter henvendelse til CSF-V vedrørende assistance til f.eks. dataindsamling eller transskribering i et konkret projekt. Når CSF-V har

vurderet projektet som relevant og studieegnet, rettes henvendelse til teamet, hvor den enkelte studerende kan melde tilbage, om vedkommende ønsker at deltage i det pågældende projekt. Den projektansvarlige uddanner de studerende til opgaven. Deltagelsen er ulønnet, men den studerende får bonus i form af kompetencer, som siden kan benyttes i udarbejdelse af f.eks. bachelorprojektet. Efter oplæring og deltagelse i et projekt får den studerende skriftlig dokumentation for sin deltagelse.

Studerende kan indgå i dataindsamlerteamet fra tredje semester, og indtil de er færdige med uddannelsen. For at blive optaget skal den studerende have interesse for forskning. Rekruttering til teamet sker løbende, idet ansøgningsskema kan hentes på CSF-V's hjemmeside (1). Ansøgere bliver indkaldt til en samtale, hvor det vurderes, om vedkommende har det overskud og de faglige kvalifikationer, der skal til for at blive en del af teamet.

De studerendes dataindsamlerteam er et forum på tværs af uddannelsen, og ud over at deltage i projekter mødes teamet hver anden måned i CSF-V. At teamet fungerer som et netværk, har vist sig at være af stor betydning i forhold til formidling af viden og læring på tværs af de studerendes uddannelsesafsnit.

Aktuelt består teamet af fem studerende, og alle har deltaget i to-tre projekter.

Vækstmiljø for nyuddannede sygeplejersker

I det andet indsatsområde går indsatsen på at etablere et vækstmiljø for nyuddannede bachelorer. I den forbindelse arrangeres åbne, annoncerede forelæsnings, hvor nyuddannede sygeplejersker kan præsentere deres bachelorprojekter. På uddannelsesinstitutionens hjemmeside (2) kan man læse disse projekter. Desuden er det muligt at købe dem ved henvendelse til skolen. På den måde er det muligt at referere til projekterne ved artikel-skrivning. Til disse åbne forelæsnings deltager studerende fra grunduddannelsen, ansatte ved uddannelsesinstitutionen, tværfagligt personale fra klinikken, sygeplejersker på videreuddannelse og af og til mennesker fra gaden, der stiller forfriskende spørgsmål, vi som faggruppe ikke er vant til.

I dette indsatsområde afvikles desuden artikelworkshopper, hvor nyuddannede får støtte til at skrive artikler med udgangspunkt i deres bachelorprojekt. Målet er at sætte viden i spil, motivere til udvikling af sygepleje og at give de nyuddannede sygeplejersker muligheder for at dokumentere deres faglige aktiviteter.

Det er erfaringen, at det kræver en ekstra indsats af fastholde de nyuddannede sygeplejersker. Det kræver meget af dem at starte i en ny og travl hverdag som sygeplejerske, og det efterlader ikke meget overskud til at skrive en artikel. Men hvis det er muligt at nære og fastholde de unge, meget dygtige sygeplejerskers motivation de første 3-4 måneder, har vi erfaret, at der er gode chancer for, at de fortsat bliver i miljøet omkring CSF-V. Her deltager de bl.a. i projekter, i artikelskrivning, og ofte påbegynder de – med opbakning fra sygehusledelsen – deres videreuddannelse i løbet af de første 1-2 år efter bacheloreksamen.

»»» BOKS 1. CENTER FOR SYGEPLEJEFORSKNING – VIBORG

Center for Sygeplejeforskning – Viborg (CSF-V) blev etableret den 1. april 2005. Det skete via en partnerskabsaftale mellem Deakin University i Australien, Sygeplejerskolen i Viborg Amt (efter den 1. januar 2008 er betegnelsen VIA University College Sygeplejerskeuddannelsen i Viborg) og Sygehus Viborg (der efter regionsdannelsen har fået betegnelsen Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup). Formålet med oprettelsen af CSF-V var at etablere og udføre sygeplejefaglige forskningsprojekter samt udvikle et forskningsmiljø og en forskningskultur blandt sygeplejersker og studerende på alle niveauer i klinik og i uddannelse.



Erfaringen fra de første tre år med CSF-V er, at det for en årgang nyuddannede sygeplejersker drejer sig om ca. 5 pct.

Sygeplejersker fra praksis er med til at forske

I det tredje indsatsområde inddrages sygeplejersker fra praksis i forskningsprojekter. Dette vil blive uddybet i næste afsnit, hvor et eksempel på et projekt bliver præsenteret.

CSF-V bliver jævnligt kontaktet af sygeplejersker med interesse for forskning. Sygeplejersker, som for en begrænset periode og uden udgifter for centeret vil prøve at være en del af miljøet. Sådanne ildsjæle kan få mulighed for at indgå i "Ad Hoc Teamet," se senere.

CSF-V har desuden kontakt med studerende på SD og masteruddannelsen, som kan benytte De studerendes datainsamlerteam ved udarbejdelse af afsluttende projekter.

Kvinder og hjertesygdom

For at give et eksempel på, hvordan sygeplejersker fra praksis og studerende kan inddrages i projekter, vil projektet "Mænd og kvinders indlæggelsesforløb i forbindelse med akut koronart syndrom", der startede op i efteråret 2007, blive beskrevet. Projektet er etableret i et

samarbejde med Box Hill Hospital/Deakin University Australien, CSF-V og medicinsk afsnit ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup. Projektet planlægges som et basisprojekt i forhold til et eller flere projekter vedrørende kvinder og hjertesygdomme og finansieres af Hans Juulsgaard Jensens Fond.

Baggrunden for projektet er, at der er konstateret store forskelle på kvinders og mænds symptomer, indlæggelsesmåde, behandling og rehabilitering i forbindelse med akut koronart syndrom (AKS), samt at der i hidtidige undersøgelser om hjertesygdomme mangler fokus på netop kønspektivet.

Formålet er således ud fra et kønspektiv at undersøge det forløb, patienter med akut koronart syndrom har oplevet fra symptomdebut til indlæggelse på hospital.

Metode: 15 kvinder og 15 mænd, der indlægges med ▶

Indsatsområderne for Center for Sygeplejeforskning – Viborg. Aktiviteterne omfatter studerende og sygeplejersker med særlig interesse for forskning og udvikling.

"Det er erfaringen, at det kræver en ekstra indsats at fastholde de nyuddannede sygeplejersker. Det kræver meget af dem at starte i en ny og travl hverdag som sygeplejerske, og det efterlader ikke meget overskud til at skrive en artikel."

”CSF-V bliver jævnligt kontaktet af sygeplejersker med interesse for forskning. Sygeplejersker, som for en begrænset periode og uden udgifter for centeret vil prøve at være en del af miljøet.”

- » blodprop i hjertet på henholdsvis Regionshospitalet Skive og Regionshospitalet Viborg, indgår i kvalitative dybdeinterview vedrørende deres oplevelse fra debut af symptomer til 72 timer efter indlæggelse.

Forskningslystne sygeplejersker fra praksis

Efter udarbejdelse af projektbeskrivelse og bevilling af fondsmidler blev der i juni 2007 annonceret efter sygeplejersker til dataindsamlingen. Ansøgerne skulle være ansat på Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup, og opfylde følgende kvalifikationer: Have autorisation som sygeplejerske, have sygeplejefaglige kvalifikationer vedrørende patienter med hjertesygdomme, være en ildsjæl og have lyst til at deltage i forskning.

Aflønningen i denne type projekter sker på timebasis, og deltagelse i projektet foregår sideløbende med jobbet i praksis.

Inden ansøgningsfristen udløb, blev der afholdt et informationsmøde for alle interesserede. Efter fremsendelse af skriftlig ansøgning blev potentielle dataindsamlere indkaldt til en ansættelsessamtale, hvor det planlagte undervisningsprogram med fastsatte datoer blev præsenteret.

Oplæring i at interviewe

I dette projekt blev der ansat fire sygeplejersker, som skulle oplæres i at foretage et kvalitativt interview efter en interviewguide. I denne oplæring bidrog en sygeplejerske fra Ad Hoc Teamet og fire studerende fra De studerendes dataindsamlerteam, og det havde følgende forløb:

1. En sygeplejerske fra Ad Hoc Teamet, som også havde deltaget i litteratursøgningen i forbindelse med udarbejdelse af projektbeskrivelsen, havde samlet materiale til hver af de fire sygeplejersker. Hun samlede en mappe med projektbeskrivelse, interviewguide, relevante artikler om kvinder og hjertesygdomme på dansk og engelsk samt litteratur om interview.
2. Desuden samlede hun materiale til fire studerende ansat i De studerendes dataindsamlerteam. Disse studerende skulle i det første af to pilotinterview agere patienter med AKS, og som led i deres forberedelse fik de litteratur og undervisning i at varetage opgaven.
3. Herefter mødtes de studerende og dataindsamlerne, og de første fire pilotinterview blev foretaget. De studerende viste, at de havde erhvervet stor indsigt i at agere patient med AKS, og sygeplejerskerne erfarede,

at det at udføre et interview ikke bare er noget, man kan. Ud fra forløbet og evalueringen blev interviewguiden justeret.

4. Inden de næste fire pilotinterview, som skulle foregå i klinikken med patienter indlagt med AKS, blev dataindsamlerne introduceret til optageudstyret. Efter disse pilotinterview, der blev gennemlyttet og kommenteret af den projektansvarlige, blev interviewguiden og dataindsamlernes interviewkompetencer vurderet til at være i orden.
5. Herefter blev der udarbejdet mapper med projektbeskrivelse og litteratur til de involverede afsnit, som også fik en præsentation af projektet på henholdsvis personale- og morgenmøder.
6. På dette tidspunkt i projektplanlægningen blev det synligt, at det ville være en fordel at tilknytte en udviklingsmedarbejder fra det medicinske område til projektet. Hun fungerer bl.a. som koordinator mellem indlagte patienter, som kan indgå i projektet, og de dataindsamlere, der skal interviewe dem inden for de første 72 timers indlæggelse.

Medio november 2007 gik dataindsamlingen i gang. I første omgang blev der foretaget seks interview ud af de i alt 30 planlagte interview. Tre med kvinder og tre med mænd. Disse seks interview blev transskriberet og efterfølgende læst af alle i projektteamet, dvs. af de fire dataindsamlere, udviklingsmedarbejderen og den projektansvarlige. Det er her, kombinationen af kliniske kompetencer og forskningskompetencer kommer til sin ret. Inden de følgende 24 interview skulle foretages, blev temaer via drøftelser i projektteamet identificeret, og interviewteknik diskuteret og evalueret. Nu arbejder vi med at foretage de resterende interview, som forventes afsluttede ved indgangen til 2009, hvorefter analyser og publicering kan foregå.

I november 2007 blev baggrunden for projektet samt opstart præsenteret på Sygeplejesymposiet ved Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup, bl.a. med deltagelse af dataindsamlerne. Der arbejdes således på, at bl.a. sygeplejerskers deltagelse i selve projektopstarten, dataindsamlingen og formidlingen giver deltagerne ejerskab til projektet og får betydning for udviklingen af praksis. En sygeplejerske ansat i projektet berettede f.eks. efterfølgende om, at hun havde overført sin erfaring fra interviewsituationen til sin kliniske praksis ved, at hun var 100 pct. til stede i situationen, lod patienten fortælle på sine betingelser og ikke samtidig redte seng eller målte temperatur. Hun oplevede, at patienten, der havde siddet sammensunken med nedslået blik, rettede sig op, kikkede hende i øjnene og fortalte om væsentlige områder fra sit liv. En oplevelse, der, ifølge sygeplejersken, havde været unik.

Forskningens sidegevinster

Sygeplejersker, som har erfaringer som dataindsamlere ved CSF-V, har taget flere initiativer bl.a. i form af etablering af tværfaglige grupper på afdelingsniveau, som hver

”En sygeplejerske ansat i projektet berettede f.eks. efterfølgende om, at hun havde overført sin erfaring fra interviewsituationen til sin kliniske praksis ved, at hun var 100 pct. til stede i situationen, lod patienten fortælle på sine betingelser og ikke samtidig redte seng eller målte temperatur.”

anden måned mødes privat for at drøfte faglige artikler med efterfølgende socialt samvær; en model der lokalt ser ud til at brede sig.

Denne korte gennemgang vedrører nogle af CSF-V's aktiviteter fra perioden 2005-2008. Ved årsskiftet 2008 blev centeret udvidet ved ansættelse af endnu en forskningslektor, *Birte Hedegaard Larsen*, cand.cur., eksamen art. filosofi, ph.d., og i den forbindelse vil en del nye aktiviteter og projekter se dagens lys, bl.a. en større involvering af ansatte på sygeplejerskeuddannelsen. Interesserede kan holde sig orienterede på hjemmesiden www.centerforsygeplejeforskning.dk

Vibeke Lorentzen er forskningslektor på Center for Sygeplejeforskning – Viborg; vibeke.lorentzen@viborg.rm.dk

Tak til følgende for at have gennemlæst og kommenteret artiklen:

Deltagere på FASID's artikelworkshop i Antalya, maj 2008: Christina Bagger, Grete Kirketerp og Lisbeth Hybholt.

Deltagere fra Ad Hoc Teamet og De Studerendes Dataindsamlerteam: Birgitte Lind Amdisen, Karina Fly Nygaard, Marlene Fjeldsted, Lone Seisbøll og Tina Varnum.

Min kollega Birte Hedegaard Larsen.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Lorentzen V. Cross-disciplinary collaboration. *Sygeplejersken* 2008;(20):56-9.

This article presents the results of the first three years of co-operation established in 2005 between Deakin University in Australia, Viborg School of Nursing and Viborg Hospital. The co-operation resulted in the establishment of the Centre for Nursing Research in Viborg which has facilitated the establishment and accomplishment of nursing research projects with the involvement of students from basic professional education advanced education, nurses at the clinic and nursing instructors. A budding research environment has thus been created for nurses and students at all levels in clinics and education. The potential for combining education and clinical competences research competences at CSF-V is described on the basis of the specific project.

Key words: Nursing research, education, development, research competences.

Maks. fem genstande ad gangen

Danskerne er blandt de mest drikkende folk i Europa, og trods den omfattende dokumentation om alkohols sundhedsskadelige og menneskelige følgevirkninger drikker vi ubekymret videre. I forsøget på at vende dette billede har Sundhedsstyrelsen siden 1990 hvert år gennemført en landsdækkende alkoholkampagne i uge 40, og i år er omdrejningspunkterne rusdrikkeri og kommunernes alkoholpolitik.

Rusdrikkeri optræder, når man drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, hvilket 49 pct. af os gør mindst én gang om måneden. Rusdrikkeri øger risikoen for blandt andet hjerte-kar-sygdomme, ulykker og skader, og hvis denne beruselsesorienterede drikkekultur skal ændres, udgør kommunerne og de kommunale arbejdspladser centrale arenaer.

Sundhedsstyrelsen har her udgivet et kommunalt rettet kampagnemateriale, der kan guide en alkoholpolitik på vej og vejlede ved eksisterende alkoholproblemer. Materialet kan hentes gratis på www.altomalkohol.dk

(er)

Bryd reglerne og få en smiley

En talende kaptajn har taget ophold i hovedet, og patienten er i 10 år indlagt som skizofren. Selvdestruktiv. Nu og da bæltefikseret. I dag er hun forfatter og klinisk psykolog i Oslo. Forklaringen er en støttende familie og personale som formidlede håb.

Venlighed og nysgerrighed er andre væsentlige elementer, og man kan godt være venlig, mens man bæltefikserer en person, fortæller psykologen i dag.

"Og personalet skal stå ved det, når de siger, at patienten er værdifuld. Så skal patienten behandles som værdifuld og ikke som det rene ingenting," tilføjer hun.

En af dem, som betød mest for helbredelsen og uddannelsen til psykolog, var en person, der spurgte: "Hvad vil du gerne være?" og tog svaret "psykolog" alvorligt.

"Så må vi lægge en plan, så det kan lade sig gøre," sagde hun til den skizofrene patient.

Og efter års slid blev det sådan. Andre signifikante personer var ham, der gav en kop kaffe, selv om det ikke var kaffetid, og hende, som gættede krydsogtværs med den syge, og glemte, at hun var patient. Personalet skal nu og da bryde reglerne for at få en smiley, mener psykologen i dag.

Læs beretningen om patienten, nu psykologen, i bogen "I morgen var jeg altid en løve" af *Arnhild Lauveng*, som netop har gæstet Danmark.

(jb)

Svar på Testen side 55

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


(er)

Kilde: www.altomalkohol.dk

Bogen til den nyansatte leder



Nethe Plenge
Mød konflikten
– om konflikter på
arbejdspladsen
Hans Reitzels Forlag 2008
268 sider – 275 kr.
ISBN 978-87-412-5136-3

 *Nethe Plenge* har igen skrevet en god og særdeles brugbar bog om konflikthåndtering. I bogen tages der udgangspunkt i forfatterens mange erfaringer som professionel hjælper med konfliktarbejde i institutioner. "Mød Konflikten" er Nethe Plenges egen professionelle redskabsamling, og den er målrettet til konflikthjælpere på arbejdspladsen.

Konflikter er uundgåelige, men kan befordre udvikling, hvis de tackles konstruktivt. Konflikter, som ikke håndteres hensigtsmæssigt, kan derimod være demotiverende og ødelæggende for enhver arbejdsplads.

På arbejdspladser, hvor man bruger sig selv og sin personlighed som redskab i opgaveløsningen, er der behov for indsigt i konflikters opståen, konflikters dimensioner og ikke mindst indsigt i, hvordan konflikter løses konstruktivt. Ledere og tillidsansvarlige har en særlig forpligtelse til at bistå med konfliktløsning og til forebyggelse af unødige konflikter. Men alle medarbejdere kan være konflikthjælpere, og alle vil derfor kunne have glæde af at læse "Mød Konflikten".

Ved at læse den kan man blive klogere både på sig selv, på sine kollegaer og på brugerne, og man kan blive mere bevidst om, hvordan man generelt kan løse og eventuelt forebygge spændinger og konflikter på en konstruktiv måde.

"Mød Konflikten" bærer præg af forfatterens store erfaring med konfliktarbejde i praksis, primært i institutioner, hvor der arbejdes med voksne.

Holdningen til konflikter er, at de opstår på grund af

ønsket om noget bedre, og motivet er at ville det bedste.

Forfatteren beskriver bl.a. konfliktens bestanddele, sprogets og samtaleformens betydning samt de dilemmaer, som f.eks. en leder kan komme til at stå i som konflikthjælper. Vi får med bogen foræret brugbare fremgangsmåder til at tackle svære problemstillinger og til at give god feedback i en kompleks verden, hvor det gælder om at være skarp og konkret i forhold til sagen, men nænsom i forhold til personen. At fokusere på hvad personen gør, frem for hvordan man mener, at personen er.

Alle teorier i bogen er understøttet af praktiske eksempler og øvelser, der inspirerer og opfordrer læseren til at reflektere, evt. sammen med kolleger. Bl.a. derfor vil man kunne læse bogen flere gange og opleve, at man får noget nyt med hver gang. Det er som om, forfatteren står ved siden af og superviserer, mens man læser.


Bogen kan være et godt redskab på arbejdspladser, hvor der pågår struktur- og organisationsforandringer. Især finder jeg den meget relevant på arbejdspladser, hvor personalets personlige kompetencer er afgørende for opgaveløsningen, og bogen kan med fordel foræres til alle nyansatte ledere og nvalgte tillids- og sikkerhedsrepræsentanter.

Af Mette Christensen, afdelingssygeplejerske på Geriatrik Afdeling A, Sygehuset i Nykøbing Falster.

Behandling af alkoholmisbrug med dokumenteret effekt



Anette Søgaard Nielsen
Alkoholbehandling i praksis
– Redskaber i den ambulante,
psykosociale alkohol-
behandling
Hans Reitzels Forlag 2008
376 sider – 425 kr.
ISBN 978-87-412-5171-4

 Alkoholmisbrug kan forstås uhyre simpelt, selvom det drejer sig om en kompliceret tilstand: "Der er tale om et alkoholproblem, når alkoholbruget skaber problemer for nogen eller påvirker nogen negativt."

Sådan afrunder forfatteren et fremragende kapitel om, hvordan alkoholmisbrug og -afhængighed kan betragtes med vidt forskellige perspektiver.

Forfatteren er centerleder ved Alkoholbehandling Odense, cand.phil., ph.d. og tilknyttet Statens Institut for Folkesundhed.

Formålet med bogen er at samle og fremstille nogle af de behandlingsmetoder, som international forskning har vist, har effekt. Behandlingsmetoderne er omsat til daglig praksis og tilpasset dansk kultur. Fokus i behandlingen er den motiverende og kognitive referenceramme. Da det drejer sig om ændring af vaner, bliver forståelsen af ændringsprocesser betragtet som fundamentet for alkoholmisbrugsbehandling.

Der er derfor udførlige beskrivelser af forandringsprocessen og det generelle grundlag for psykosocial alkoholbehandling. Disse afsnit kan med fordel læses, også selvom læserens fokus ikke er alkoholmisbrug, men andre livsstilsproblemer. I kapitlet om generelle behandlingsfærdigheder beskrives f.eks., hvordan behandlerens oprigtige tiltro til, at klienten kan forandre sin situation, har betydning for, om klienten kan ændre adfærd, og der gives konkrete eksempler på, hvordan modstand kan håndteres. Her som overalt i værket, hvor det er relevant, kommer forfatteren med eksempler på dialog med klienten.

Den primære målgruppe er alkoholbehandlere, og derfor er der størst vægt på en grundig gennemgang af 15 elementer i et individuelt behandlingsforløb. Men der præsenteres bunker af viden og eksempler på god klinisk praksis, som sygeplejersker kan have nytte af. F.eks. hvor vigtigt det er allerede i afrusningsfasen at påbegynde motivationsarbejdet ved at skabe god kontakt, yde omsorg, vise forståelse og empati. Det understreges, at det er individuelt, hvad der opleves som god omsorg. Da koncentrationsbesvær ofte er et problem, anbefales det at udlevere skriftligt materiale. Det er vigtigt at huske, at det er patientens egen beslutning at ændre adfærd.

Ud over fremstillingen af selve alkoholbehandlingen kommer forfatteren rundt om andre væsentlige aspekter af alkoholområdet, som er relevante ikke kun for sygeplejersker, men for alt klinisk personale. F.eks. gennemgås fysiske og psykiske følgevirkninger af alkoholmisbrug.

Bogen, som har et fint register, er velegnet som opslagsværk og bør være tilgængelig på alle kliniske afdelinger.

Selvom anmelderen ikke kan vurdere tyngden af de anvendte forskningsresultater, synes forfatterens intention, at fremstille alkoholbehandlingsmetoder med dokumenteret effekt, at være nået med denne overskuelige og velkrevne bog.

Af Anne Vibeke Jørgensen, tidligere forebyggelseskonsulent, nu patientvejleder, ansat i Patientservice, Århus Sygehus, Århus Universitetshospital.

Respektfuld film om Helle og Emil

I denne film følger vi 26-årige *Helle* og 24-årige *Emil*, som åbenhjertigt fortæller, hvordan de har oplevet at få stillet diagnosen skizofreni. Hvordan symptomerne har udviklet sig, og hvordan de lærer at håndtere dem. Vi møder også deres nærmeste pårørende, som indvier os i deres oplevelse af tingene, mødet med hospitalssystemet, betydningen af at blive inddraget i behandlingen og blive betragtet som en væsentlig ressource.

Filmen er et glimrende bidrag til at opnå viden om en sygdom, der rammer 1 pct. af befolkningen, men som påvirker langt flere i netværket. Et af filmens væsentligste budskaber er nødvendigheden af et tæt samarbejde med de pårørende. Mange mennesker har et yderst sparsomt kendskab til psykiske lidelser, f.eks. Helles far, som udtrykker det således: ”Det eneste, jeg vidste om skizofreni, var, at det var forældrenes skyld, det lærte jeg på seminariet for 30 år siden.”

Helle, Emil og deres familier har været tilknyttet OPUS og flerfamiliegrupper, hvor de har modtaget undervisning i sygdommens forløb, årsager, behandlingsmuligheder og i, hvordan man bedst muligt støtter den pågældende og forhindrer forværring af symptomerne.

Filmen veksler imellem indslag, hvor Helle og Emil og deres pårørende fortæller, og indslag, hvor den professionelle vinkel repræsenteres ved overlæge *Gertrud Krarup* fra Risskov samt psykolog *Vibeke Bliksted* fra OPUS.

Begge understreger helhedssynet i behandlingen forstået sådan, at både den medicinske behandling, den kognitive terapi og de sociale forhold, f.eks. bolig og økonomi, er nødvendige elementer at inddrage. Åbenhed

spiller en stor rolle for, at de pårørende kan opleve, at de har nogen at dele problemer og ansvar med. De er aktive medspillere i behandlingen.

Åbenhed er nøgleordet, når det drejer sig om at formidle håb til patienter og pårørende via psykoedukation. Håb om at der kan ske fremskridt og forbedringer.

De to forløb, vi følger, er begge karakteriseret ved at have et stærkt netværk omkring sig. De understreger begge familiens støtte som en vigtig faktor. Vel vidende at andre forløb kan se meget anderledes ud, er det min overbevisning, at filmen vil være rigtig god i undervisningssammenhæng for patienter, pårørende, sundhedsfagligt personale, ja for alle, der har gavn af at få en større forståelse for mennesker med skizofreni og for de store vanskeligheder, disse mennesker må kæmpe med. Det er vigtigt at få formidlet, hvad der virker, og hvilke faktorer, patienterne selv oplever som helbredende, og det er vigtigt at få nuanceret den ensidige og forenkede opfattelse, som bl.a. medierne har et ansvar for, nemlig at mennesker med skizofreni er ”sådan nogle, der går rundt og kaster med økser om natten.” (Emil).

Som et supplement til filmen følger et lille hæfte med yderligere bidrag fra Helle og Emil samt implicerede fagfolk.

En meget informativ og lærerig dvd med en positiv tilgang til en af de rigtig svære diagnoser. Troværdig, autentisk og meget respektfuld.

Og så er det en sygeplejerske, der har født ideen til den.

Af Sonja Bech, afdelingssygeplejerske i Distriktspsykiatrien i Virum.



**Åbenhed gør stærk
– om skizofreni i familien**
PsykiInfo Forlaget 2008
Dvd – 48 minutter
100 kr. + ekspedition og
forsendelse
Filmen kan købes hos
www.psykiinfo.dk
eller 77 89 32 30

Grundig uden nogensinde at blive kedelig

Det har været en succes at sætte det psykiske arbejdsmiljø på dagsordenen, bagsiden er desværre, at mange arbejdspladser efterhånden har udviklet den forestilling, at det er noget, der foregår uden for den normale arbejdstid, og ikke noget der indgår i den travle hverdag. Det bliver sikkerheds-organisationerne, HR-afdelingen og konsulenter, der får ansvaret, fordi mange oplever det psykiske arbejdsmiljø som vanskeligt at håndtere. Men et dårligt psykisk arbejdsmiljø forhindrer en effektiv drift, og derfor er det vigtigt, at ledere og medarbejdere arbejder sammen om at udvikle og forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Mange arbejdspladser går i stå i processen med at forbedre det psykiske arbejdsmiljø. Kortlægningen lykkes, men følges sjældent op af handlinger, der kan forbedre miljøet.

16 arbejdslivsforskere har samarbejdet med 14 virksomheder og institutioner; en hjemmepleje med 500 ansatte og en sundhedspleje indgår også for at finde frem til, hvad der skaber det gode psykiske arbejdsmiljø. Projektet kaldes VIPS, der står for ”Virksomheders Indsats for et bedre Psykisk arbejdsmiljø”. I tre år har forskerne fra projektet fulgt virksomhederne i en interventionsforskning, hvor det psykiske miljø kortlægges, svarene fortolkes og eventuelle handlinger iværksættes og evalueres. Som konklusion på projektet når de 16 forskere frem til 13 teser, som kan bedre det psykiske arbejdsmiljø. Det er enkle sætninger, som forklares, så de kan blive rettesnor for leder og medarbejdere. Her er et par eksempler:

- De langsomme forandringer er de hurtigste.
- Mistillid til andres motiver lammer processen.
- Nej til kærlighed – ja til anerkendelse og respekt.
- Se manglerne i øjnene og dyrk mulighederne.
- Det er svært at holde skruen i vandet, når bølgerne går højt.
- Ingenting kommer af ingenting.

Bogen beskriver processen i de 14 virksomheder og forholder observationerne til organisationsteorier. Forskerne arbejder tæt sammen med virksomhederne, og metoderne afpasses til det enkelte sted, så leder og medarbejdere selv tager ansvar for processen. Det giver variation i læsningen, og det er muligt at lære af at læse om andres erfaringer.

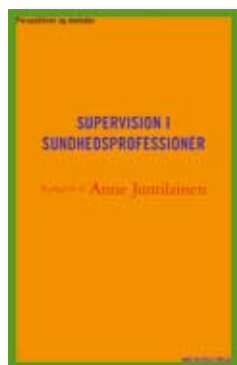
Alle virksomhedernes processer beskrives og analyseres. Der er flere virksomheder, som ikke finder frem til nogen løsning, og hvor processen går i stå. Disse situationer er grundigt analyseret, så det er muligt for læseren at forstå, hvad der kan stoppe processen mod et bedre arbejdsmiljø. Bogen er velskrevet og grundig uden nogensinde at blive kedelig. Det er svært at se, hvor den ene forfatter holder op, og den næste begynder. Den kan anvendes som inspiration for alle, som ønsker at forbedre deres psykiske arbejdsmiljø.

Af Berit Fekkes, supervisor og sygeplejerske.



Ole H. Sørensen, Anita Mac,
Hans Jørgen Limborg og
Merete Pedersen (Red.)
**Arbejdets kerne
– om at arbejde med psykisk
arbejdsmiljø i praksis**
Bogforlaget Frydenlund 2008
263 sider – 269 kr.
ISBN 978-87-788-7638-6

Det kræver arbejde at få kontakt med teksten



Anne Juutilainen (red.)
Supervision i sundhedsprofessioner
 Hans Reitzels Forlag 2008
 210 sider – 250 kr.
 ISBN 978-87-412-5071-7

Der er skrevet meget lidt litteratur på dansk om sygeplejefaglig vejledning. Det råder *Anne Juutilainen* bod på ved at redigere bogen "Supervision i sundhedsprofessioner", hvor hun har fået otte sygeplejersker med stor faglig viden og erfaring inden for faglig vejledning/supervision til at skrive en artikel om deres metoder. Omdrejningspunktet for artiklerne er den socialkonstruktivistiske tankegang.

Annemette Olsen fortæller om den historiske udvikling af supervision i sygeplejefaget, om behovet for supervision, som har været stigende, fordi kravene til den enkelte fagperson er steget. Forfatteren redegør også for forskellen mellem faglig vejledning, supervision og coaching. Der er ikke den store forskel på de tre metoder, men ordet coaching appellerer til en større målgruppe p.t.

Helle Merethe Nordentoft redegør for sit ph.d.-projekt "Sprogspil om følelser i supervision". Forfatterens projekt bygger på analyse af videooptagelser fra et supervisionsforløb på palliativ afdeling over 13 gange. Supervisor fungerede her som rollemodel og hjalp deltagerne til at fokusere og sætte følelsesmæssige temaer på dagsordenen, hvilket udviklede gruppe medlemmerne fagligt.

De andre artikler handler om metoder og om gruppeprocessen. De artikler, som optog mig mest og indeholdt nytænkning, var: *Marion Thornings* artikel om

konflikter i supervisionsgruppen. Her giver forfatteren inspiration til, hvordan supervisor kan strukturere og støtte den direkte konfliktløsning i gruppen. I *Dorte Lund Jacobsens* artikel om narrativ bevidning som refleksionsform beskriver hun metoden, der kræver stor metodisk viden og god strukturering af arbejdsgangen i gruppen. Anne Juutilainen skriver om kreative redskaber anvendt i supervision. Det drejer sig om tegninger, billeder, sten, tekstiler eller andre materialer. Deltagerne vælger f.eks. en sten og foretager herved en symbolsk eksternalisering med stenen, gennem interview kan de så frit reflektere og herved flytte eget problem over til stenen, for til sidst at tage det sagte tilbage igen og forholde det til egen praksis.

Bogen er skrevet til uddannede supervisorer i sundhedsvæsenet. Alle artikler er grundige i deres beskrivelse af metoden og forholder sig til de bagvedliggende teorier. Jeg læste bogen samlet, og læsningen var indimellem meget tør. Jeg blev glad, da jeg i en artikel af *Anne Morsing* fra bogen fandt følgende sætning "Struktur og metode må aldrig blive på bekostning af nærvær, indlevelse og kontakt." Når der er så meget fokus på metoden, som der er i denne bog, er det op til læseren at finde nærværet og kontakten i teksten, og det kræver lidt arbejde.

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

Du skal ind til en af vores dygtige polske læger ... eller hvordan man styrer patientens forventninger



Helle Petersen
Det kommunikerende hospital
 Børsens Forlag 2008
 126 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-7664-317-1

Et troværdigt omdømme starter indefra, og derfor er intern kommunikation meget vigtig, den smitter af på patienttilfredsheden, fordi kommunikationen mellem personalet foregår i patienters påbør.

Forfatteren har et klart budskab om at være bevidst om kommunikationen på afdelingsniveau og medtænke patienternes oplevelse ind i den interne kommunikation.

Det illustrerer forfatteren ved et levende eksempel: Hospitalsgangen er som et teater, hvor der ikke altid er fred og harmoni mellem skuespillere, instruktør og ledelse. Magtkampe og rituelle argumenter svirrer i luften, når tæppet går. Kendetegnende for kommunikationen på en hospitalsafdeling er, at der ikke er noget tæppe, som går op og ned. Grænsen mellem personalets interne kommunikation og patienternes oplevelse flyder ud, idet store dele af kommunikationen foregår i patienternes nærvær.

Kommunikation på et hospital er en vanskelig opgave, da der ikke er nogen bestemt målgruppe. Patienter og pårørende kommer fra forskellige sociale lag, kulturelle baggrunde og trosretninger, og der er høj aldersspredning. Derfor skal der arbejdes strategisk med kommunikation. Strategisk vil sige, at man kobler sit kommunikationsarbejde til en overordnet strategi og ledelse. Man kommunikerer ikke for kommunikationens egen skyld, men for at nå et overordnet mål.

Bogen indeholder et interessant emne, forventningsstyring. Forventninger skal styres og ledes. Forventninger kan betragtes som de briller, vi på forhånd er iført i

forskellige sammenhænge. Har patienter hørt om lang ventetid i ambulatoriet, præger det deres forventninger. Der skal ikke meget ventetid til, før det konkluderes, at der er en lang, irriterende ventetid.

Når patienterne møder personalet med disse forventninger, er det vigtigt at forholde sig til det. Ikke at man kan løse problemet, men patienternes forventninger skal styres. F.eks. kan patienterne blive informeret om, at det er en god ide at tage en bog med, da der kan opstå ventetid. Et andet eksempel fra bogen er, at en smilende social- og sundhedsassistent byder patienten velkommen med et fast håndtryk, og mens de går ned ad gangen, siger: "Du skal ind til en af vores dygtige polske læger, og jeg er til stede og kan hjælpe, hvis der opstår sproglige problemer."

Patienternes forventninger bliver dels styret, når de ved, at der kan opstå ventetid i ambulatoriet, dels når de informeres om, at det er en dygtig læge, men at det danske sprog måske ikke er i top – endnu.

Forventningsstyring er nøglen til god hospitalskommunikation.


En lærerig bog, hvor forfatteren rundhåndet deler ud af gode erfaringer med kommunikation.

Eksemplerne er så levende fortalt, at der kører en indre film for øjet, når man læser bogen.

En velskrevet, hurtigt læst bog med gode eksempler.

Af *Gitte Lindermann*, cand.scien.pol. og sygeplejerske. Er ansat som specialkonsulent ved Region Hovedstaden.

Om at fremme flow og reducere stress

 Materiale til undervisning bestående af dvd med videoklip, cd-rom med introduktion og Powerpoint-præsentationer samt undervisermanual svarende til fire timers undervisning med dialog.

Flow er en metafor, som den amerikanske psykolog Csikszentmihalyi anvender om oplevelsen af at være ét med en aktivitet, en oplevelse af lethed, at det flyder, velvære og glæde. Det er en evne, alle er i besiddelse af. Det handler om en særlig opmærksomhedsform, hvor man koncentrerer sig dybt, mister tidsfølelsen og oplever virkelyst, fordybelse og engagement.

Det pædagogiske forløb er bl.a. planlagt af scenerne:

- morgenrapporten, hvor dagsarbejdet fordeles, samtidig med at sygemeldingerne ringes ind
- det overbookede ambulatorium, hvor bl.a. en uerfaren læge tilkaldes
- den sengeliggende dialysepatient, der vil tale med en læge den dag, stuegangen er aflyst på grund af lægemangel
- patienthotellets receptionist, der møder andre fagpersoners undladelser.

Materialet anskuer de samme scener på dårlige dage og på gode dage. Den, der modtager undervisningen, får derved perspektiv på, at de samme situationer kan udvikle sig både i god og dårlig retning afhængigt af eksempelvis lederens handlekraft, overblik og styrke til selv at tilrettelægge sine arbejdsgange, evne til at kunne lægge professionel distance til plejepersonalets oplevelser og at vælge at hjælpe med omtanke, når man møder andre medarbejders undladelser.

Film, Powerpoints og manual fremstår som et hele, der understøtter hinanden visuelt og indholdsmæssigt. At benytte undervisning for at tilføre viden er en kendt metode. Hvorvidt det lykkes, er en anden sag, og hvad den nye viden bruges til, er en tredje. Et godt, sammenhængende materiale kan være ét middel, og som sådan er materialet glimrende.


Scenerne virker troværdige og skåret ud af sygeplejerskers hverdag. Derfor er materialet anvendeligt til at drøfte, hvilke problemer vi skaber for os selv på sygeplejerskearbejdspladserne, og hvilken samarbejdskultur vi ønsker at fremme. Materialets pædagogiske filosofi synes at være, at i dialog om stressfremkaldende faktorer ligger kimen til at reducere stress og fremme den enkelte medarbejders flowoplevelse. Undervisningsmaterialet sigter på at tilføre organisationen viden om flowbegrebet og de forudsætninger i arbejdslivet, der gør det muligt at skabe flow på arbejdspladsen. Materialet kan fungere som en øjenåbner, der hjælper med at definere og italesætte de aspekter i arbejdsdagen, der blokerer for flow. Målgruppen er det sundhedspersonale, der ønsker et velfungerende samarbejde og arbejdsglæde i hverdagen, baseret på viden om hvad der forekommer uhensigtsmæssigt. Materialet er let at håndtere.

Af Grete Mygind, cand.comm. med speciale i psykologi, sygeplejerske og praktikvejleder på Frederiksberg Hospital, Rehabiliterende Klinik, Geriatrisk Afdeling.



Odense Universitetshospital
Patienthotellet
Et spørgsmål om flow
OUH 2008
Dvd-film og cd-rom

Danskerne er storforbrugere af stearinlys og undgår regelmæssig kirkegang

 I denne bog har en trio bestående af en teolog, en religionssociolog og en sociolog sat sig for at indfange de mentale mønstre, som tilsammen danner det særligt danske, som så mange for tiden er vildt optaget af.

Forfatterne har identificeret syv områder: familien, skolen, velfærdssamfundet, dagliglivet, civilsamfundet, religionen og nationen, og siden udviklet en spørgeguide, som 36 repræsentativt udvalgte danskere har svaret på. Materialet fra disse interview trianguleres med informationer fra større spørgeskemaundersøgelser og andre skriftlige kilder. De forskellige kanonprojekter, som kan anskues som alternative forsøg på at indfange det danske, og som har skabt febrilsk debat i den hjemlige andedam, præger også det anvendte materiale.

Citater fra de 36 interview fylder godt op i bogen, og det er jo altid interessant at høre "folkets stemme", selv om man ikke kan påstå, at informanterne siger noget nyt eller uventet. Bogen er spækket med spredte informationer. Danskerne forsøger at holde familien samlet omkring middagsbordet, er storforbrugere af stearinlys og undgår regelmæssig kirkegang. Danskerne oplever sig selv som lykkelige og privilegerede på grund af tætte sociale bånd og overordnet tillid til samfundets institutioner. Familien sættes højt blandt danskerne, f.eks. taler 40 pct. af de nybakte mødre med deres mor dagligt. Arbejdet er i praksis lige så vigtigt, og for mange er der tale om en konstant afvejning af tiden til det ene og det andet.

Det hele forekommer for denne danske læser meget

hjemligt, trygt og bekendt og ligner på mange måder en upåfaldende snak hen over ligusterhækken. Spørgsmålet er, om vi bliver så hulens meget klogere på, hvad det danske er, ved at blive fedtet mere ind i det. Måske ville det være mere fremmende for vor forståelse af danskheden, hvis vi fik præsenteret det selvfølgelig og naturlige fra en vis distance.

Resultaterne af bogens undersøgelser fremlægges med stor forsigtighed, og man kan indimellem sukke efter et større analytisk vovemod og nogle mere dristige forsøg på at beskrive de mærkelige danskere, der i al beskedenhed mener, de tilhører en særlig udvalgt art. Forskerne kunne i højere grad have inddraget den komparative metode, der ved sammenligning med andre mentale mønstre kunne have sat det danske mere i relief. Formodentlig kan de foreliggende data, som bogen bygger på, vendes en gang til og frembringe et lidt skarpere og mere retningsanvisende billede.

At der er behov for en bedre og mere banebrydende indsigt i det danske, kommer tydeligt frem i bogens afslutning, hvor tre herboende danskere med anden etnisk baggrund kommer til orde, da andre etniske medborgere ikke er inddraget i datasamlingen. Bedre sent end aldrig kunne man lidt spydigt tilføje. Disse indlæg demonstrerer klart den mangfoldighed, som danskerne i fremtiden skal flette ind i deres hjerter, hvis de fortsat skal kunne føle sig som verdens lykkeligste.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



Peter Gundelach, Hans Raun Iversen og Margit Warburg
I hjertet af Danmark
Hans Reitzels Forlag 2008
296 sider – 325 kr.
ISBN 978-87-412-5173-8

Gennemstrømmes af glæde over valget af fag



Else Pedersen

Sygepleje i gamle dage
– en sygeplejerske ser tilbage

Forlaget Lysias 2008

100 sider – 125 kr.

ISBN 978-87-992377-2-2

I en tid hvor aviserne til tider strømmer over med alle de problemer, det danske sygehusvæsen kæmper med i disse år, er det helt befriende at sætte sig tilbage i stolen og lade sig føre tilbage til en tid, hvor rytmen og problemerne så lidt anderledes ud.

Else Pedersens fortælling om sit liv som sygeplejerske rækker over en periode i sundhedsvæsenet, der har medført total forandring.

Bogen gennemstrømmes af glæde over valget af fag og de muligheder, det har givet hende, men den afspejler også den bekymring og de krav, de voldsomme omstillinger har medført for den enkelte sygeplejerske.

Det vil nok være næsten ufatteligt for fagets yngre medlemmer at forestille sig en tid, hvor sengene bl.a. kunne bruges til at give ly for en hjemløs vagabond i lange perioder, eller til at en "ikkelevstruet" patient kan melde sin ankomst til jul med "bestilling" af sin egen stue.

Der er en række morsomme episoder i bogen, som både giver stof til eftertanke og fortæller noget om tidsånden og stemningen i sundhedsvæsenet i perioden.

Bogens beretninger om arbejdstider, rengøringsarbejde og disciplin blandt fagets udøvere afspejler, at ikke alt var godt i de "gode gamle dage", men samtidig kan i

hvert fald min og ældre generationer af sygeplejersker nikke genkendende til meget og meget.

Kun indirekte via et avisudklip får læseren noget at vide om, hvor i landet uddannelsen og den efterfølgende karriere udspiller sig, men den anonymiserede fremstilling afskærer ikke læseren fra at få et billede af betydningen af samspillet med kolleger og ledere, og det gør det lettere at sammenligne det, patienter og pårørende oplever i dagens sygehus, både når det gælder ligetid, behandlings- og undersøgelsesmuligheder og ikke mindst maden og hygiejnen.

Forfatterens bekymring er vel, om sygeplejerskeuddannelsen og faget er blevet for akademisk med for lidt vægt på det håndværk, sygeplejen kræver, og om de yngre generationer fortsat kan samles om den faglige identitet og fagets kerneydelse: "at yde en patientrelateret god personlig pleje og omsorg" og dermed opnå den glæde og tilfredshed i faget, som forfatteren selv har haft.

Bogen er letlæselig og bør indgå i den samling af sygeplejerindringer, der efterhånden har set dagens lys.

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

Ledere tåler meget ubehag



Henrik W. Bendix, Annemette Digmann, Per Jørgensen og Kjeld Møller Pedersen

Hospitalsledelse
– organisatorisk fænomen og faglig disciplin

Børsens Forlag 2008

364 sider – 299 kr.

ISBN 978-87-7664-310-2

Ledelse er et fag. Det er ikke længere tilstrækkeligt blot at være dygtig til sit primære fag. Hvis man vil være leder, må man vide noget om ledelse. Alle, der udøver ledelse i den offentlige sektor, skal være rustet til at forstå, hvad der foregår på samtlige niveauer i det politiske system.

Dette er forfatterens vinkel, grundholdning og indledning til bogen.

Bogen er skrevet som en antologi, og emnerne spænder bredt og fokuserer på forskellige aspekter af hospitalsledelse.

De generelle udfordringer, som hospitalsvæsenet står over for, såsom ny teknologi, modsætninger mellem faggrupper og den demografiske udvikling, beskrives. Ligeledes fremstilles den interne organisering i form af arbejdstilrettelæggelse og kvalitetssikring samt styringen deraf.

Afslutningsvis anskues hospitalsledelse i et bredere samfundsmæssigt og historisk perspektiv, og der skues ind i fremtiden omkring rekruttering og uddannelse af lederne.

Når ledelse er et selvstændigt fag, hvor dygtige er sundhedspersonalet så til at lære og udøve ledelse?

Bogen fremhæver forskningsresultater, sygeplejersker kan være stolte af. Sygeplejersker er nemlig dygtige til at gøre sig fri af det faglige tunnelsyn og personlige agendaer. Ligeledes kan sygeplejersker handle i det lokale magtråderum. Kompetencer, som lægerne har meget svært ved at lære og praktisere.

Ledernes hverdag vides der meget lidt om. Forfatterne har dog fundet forskningsresultater, der kan beskrive

ledernes dagligdag. Det er en interessant vinkel, fordi mange bøger om ledelse handler (normativt) om, hvordan den gode ledelse bør udøves over for medarbejderne. I denne bog er der et afsnit, hvor perspektivet er lederne, deres vilkår og ageren i organisationen.

Undersøgelserne viser, at lederne sjældent organiserer deres arbejde selv. De er styret af ydre forhold. Lederne håndterer ligeledes et miljø uden megen støtte og opbakning, og de tåler generelt meget ubehag.

Alle bøger om ledelse fremhæver, at det strategiske arbejde er vigtigt. Denne type arbejde kan forskerne ikke spore. Strategiske overvejelser og udarbejdelse af visioner bliver i stedet erstattet af de daglige sager, som ruller ind i organisationen.

Sundhedsvæsenet skiller sig kun ud fra disse forskningsresultater på ét punkt:

I sundhedsvæsenet indgår lederne i driften. Dette ses ikke i så høj grad andre steder. Hvorfor? Lægerne mener, at

- de faglige opgaver er de mest spændende
- de er de bedste til at udøve faget og ønsker at bevare hånddelaget
- at delegering er vanskeligt.

En velskrevet bog med solide referencer.

Af Gitte Lindermann, cand.scient.pol. og sygeplejerske. Er ansat som specialkonsulent i Region Hovedstaden.

Forbilleder i døden

Den største glæde, jeg oplevede som hospicesygeplejerske, var, når de efterlevende sagde farvel og fortalte, at de fremover ville leve deres liv med mindre angst for døden. De havde oplevet det værste og fundet vejen til det bedste. Deres kære havde vist en vej, så de i døden blev et forbillede. Man kan være et eksempel på, hvordan man skal dø. Man kan være rollemodel for sine børn og sine venner ved at møde døden med mod og værdighed.

Det er *Irvin Yaloms* ærinde med bogen "Som at se på solen – at leve med døden".

I en alder af 75 år har han skrevet denne bog om døden, fordi han vil formidle det, han har lært om at lindre dødsangst.

For mere end tredive år siden var Yalom pioner bag samtalegrupper for døende patienter. Siden har han inspireret fagfolk verden over til at etablere samtalegrupper.

Han er psykiater, professor ved Stanford Universitet og privatpraktiserende psykoterapeut. Han har skrevet flere bøger om emnet, mange er oversat til dansk, specielt skal "Eksistentiel psykoterapi" fremhæves.

Hans budskab er, at når vi ser døden i øjnene, dæmper det ikke alene dødsangsten, men giver livet større fylde, værdi og vitalitet.

Livet igennem lever vi alle med dødsangst, som vokser og aftager gennem vores livscyklus.

Det er uudholdeligt for os at leve hvert øjeblik i fuld bevidsthed om døden. Det er ligesom at se på solen: Det er begrænset, hvor meget vi kan klare.

Frygten for døden kan begrænse livet eller forårsage en så voldsom angst, at den ødelægger vores liv. Dødsangst optræder ofte tilsløret i form af overforbrug af alkohol, prestige, penge, sex, magt eller et undgået engagement i livet.

Det er muligt at ændre dødsangst til håndterbar hverdagsfrygt.

Sundhedsvæsenet kan lære af folkeskolen

Bogen handler om betingelserne for ledelse. Forfatterens udgangspunkt er, at det i højere grad er betingelserne for ledelse, der afgør mulighederne for ledelse, end det er beslutninger, der skaber ledelse. Det drejer sig om de betingelser, der er givet på et strukturelt plan, politisk plan og de betingelser, ledelsen selv skaber.

Beskrivelserne af de forskellige betingelser giver læseren (lederen) en forståelse fra et helt andet perspektiv, et perspektiv, der er langt væk fra deres daglige arbejde. Gennem bogen er der megen fokus på konsekvensen af den daglige italesættelse af velfærdsydelse og modtagerne af disse ydelser.

Kapitlerne viser, at tilvejebringelse af velfærd træffes på det overordnede politiske niveau. Udformningen og implementeringen diffunderer rundt i forvaltningssystemet sammen med de udførende specialister.

Bogen er skrevet som en antologi, og kapitlerne kan læses adskilt, men det overordnede tema om betingelser for ledelse er gennemgående.

Der er bl.a. et illustrativt eksempel fra folkeskolen.

Undersøgelsen viser, at relationen mellem skole og hjem er under markant forandring, uden at der er ledelseskapa-citet til at håndtere de forventningssammenstød og magt-former, som følger denne udvikling. Undersøgelsen har fokus på betingelserne for samtalen mellem skole og hjem.

Selv om døden som fysisk realitet udsletter os, kan forestillingen om døden frelse os.

Et fantastisk paradoks!

Tvingende omstændigheder i livet, f.eks. tab og sorg, skaber en mulighed for eksistentiel opvågning. Det kan få os til at sætte større pris på livet, opnå et tættere forhold til andre mennesker og i sidste ende skabe en mere meningsfuld tilværelse, der kan sprede sig som ringe i vand gennem generationer.

Bogen er sammensat af filosofiske betragtninger, patientfortællinger og Yaloms egen konfrontation med døden.

I bogens forord takker han patienter, kollegaer og sin kone *Marilyn*, som altid ansporer ham til at skrive bedre. Det har hun formået, han skriver frydefuldt.

Jeg er begejstret. "Som at se på solen" får fem læseheste.

Et must for sygeplejersker, obligatorisk læsning for sygeplejestuderende.

Epilog: Hver sommer begrænser jeg familiens Tivoli-udflugt til én, til specielt min søns store ærgrelse. Det er jeg opdraget til, så det er en af de ringe, jeg spreder, én årlig tur. Bogen har sat gang i refleksioner, der gør, at jeg kan forklare ham, hvorfor denne begrænsning er nødvendig:

Yalom læner sig op af *Freud*. Han mente ikke, at forgængelighed ophæver tingenes værdi.

Tværtimod, at muligheden for at nyde er begrænset, gør blot nydelsen mere værdifuld. Som med Tivoli, ligeså med livet.

Af *Jorit Tellervo*, uddannelseskonsulent, ansat i kursusafdelingen SOSU- Uddannelser Greve; jorit@tellervo.dk



Irvin D. Yalom

Som at se på solen

– at leve med døden

Hans Reitzels Forlag 2008

240 sider – 298 kr.

ISBN 978-87-412-5127-1



Camilla Sløk og Kaspar Villadsen (red.)

Velfærdsledelse

– i den selvstyrende

velfærdsstat

Hans Reitzels Forlag 2008

272 sider – 298 kr.

ISBN 978-87-412-5168-4

Af *Gitte Lindermann*, cand.scient.pol. og sygeplejerske, ansat som specialkonsulent i Region Hovedstadens Psykiatri.

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:



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



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



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



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

Midt i en kritiktid

Anerkendelse er den største trivselsfaktor i dit arbejdsliv. Glem lønkamp, glem ferie og arbejdsmiljø, det handler om, at dit indre barn skal være trygt. Og du er tryk og glad, når du føler dig værdsat og accepteret. Så åbner du for kagedåsen, og kreativiteten sprøjter ud, mens chefen gnider sig i hænderne, for produktiviteten stiger måleligt, mens sygefraværet falder.

Så hvor svært kan det være at banke en velfungerende organisation op, når man kender midlet? Lidt ros her, lidt stjerner dér, og medarbejderne er stort set selvkørende og flyvende.

Indtil telefonen ringer, verden udefra banker på: "Hvad sidder du og laver nede på kontoret, kan du overheadet finde ud af noget som helst – der var stavfejl i det brev, jeg modtog," siger stemmen.

Kritik og brok har altid eksisteret. Men aldrig i en mængde og styrke, som i de seneste år, hvor det er fremherskende i en grad, at man forestiller sig emnet sat i rammer på bachelorniveau. Når vi så ved, at der skal tre gange respekt til at opveje én næstestyver, så ligger det lidt tungt med flyveriet.

Allerede i skolen erfarer vi, at læreren kan og bør skydes ned. Forældre luffer deres opfattelse af læreren i tide og utide (utide er, når børnene lytter med), og ofte er den personlige vinkel fremherskende: Han er sur, hun hakker, han er streng: sådan en møglærer! Pludselig er fokus personligt og det faglige i baggrunden. Den oplevelse tager vi med os, når vi går ud i samfundet og møder møgkassedamer, møgkorelærere, møglæger og møgsygeplejersker.

Det grænseoverskridende i nutiden er det skred, der er sket, fra kritik af dine handlinger og praktik til kritik af din person. Fokus har flyttet sig, og borgere og patienter oplever ikke længere, at de kun har ret til din faglige service, men også til dig som privatperson.

Helt galt bliver det, når fagets repræsentanter sætter grænser ("Nej, jeg vil ikke kysses af din hund eller ligge på ryggen på gulvet og skifte din hæl"). Så kan du risikere at blive nedgjort på både ansættelse, fag og person. Det er faktisk dybt ærekrænkende og udtryk for et mentalt hul i almindelig omgangstone.

Alle kan få ret i betydning af retfærdighed i forhold til loven, men alle kan ikke få det, de ønsker. Så kan man heldigvis kritisere afslaget sønder og sammen, for i dag er alle specialister i service. Men det er her, filmen knækker. For service er et fagligt tilbud og har derfor rammer, og du har ikke solgt din sjæl og din mening, fordi du leverer sygepleje og faglig omsorg.

Desværre har tv grebet dillen og kører program efter program, hvor helten er en sarkastisk model, der kritiserer og nedgør velmenende bedsteborgere, som stiller op med deres alternative talenter. Det er hot og god underholdning at kritisere – og de bliver ikke kun kritiseret på deres talenter, men også på deres person, deres tøj og deres adfærd. Og her bliver det farligt, for det smitter.

Når *Blachmann* og *Ålen* kan behandle folk i fjernsynet, så deres afsky for præstationerne forplanter sig fysisk igennem skærmen, så bliver det hurtigt normen, at sådan kan man godt være bekendt at tale til andre.

Istiden var kold. Stenalderen var fuld af sten – men kritiktiden er virkelig ned ad bakke. Jeg vil gerne snart have respekttiden, anerkendelsestiden og tillidstiden – den tid, hvor der ikke skal syntetisk gødning og ros til, for at vi kan blomstre, og hvor vi ikke er i risikozonen for at blive høstet med en mejetærsker, hver gang vi vover og mister fodfæste, for det er dér, al udvikling stopper.

"Når Blachmann og Ålen kan behandle folk i fjernsynet, så deres afsky for præstationerne forplanter sig fysisk igennem skærmen, så bliver det hurtigt normen, at sådan kan man godt være bekendt at tale til andre."

redaktionen@dsr.dk