

KLINISK SYGGELEJE: RESPIRATIONSØVELSER TIL PATIENTER MED LUNGEKANCER

# SYGGELEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 17 » 22. AUGUST 2008 » 108. ÅRGANG

TEMA

**Psykiatrien glemmer patienternes børn**

KORT NYT

**Personalemangel lukker senge i psykiatrien**

 **Gidsler i et ydmygende magtspil**



# OPERATION HELMAND

Sygeplejersken rapporterer fra Afghanistan om feltsygepleje med skudsår, blodtud og lejrball

FOKUS PÅ DET PRÆHOSPITALE LANDKORT: DANMARK UNDER AKUT FORANDRING



## ARTIKLER

### SYGEPLEJERSKEN I AFGHANISTAN

#### 22 Ørkenkrigens danske sygeplejersker

Krig kræver pleje og behandling af sårede soldater. Flere danske sygeplejersker hiver tre måneder ud af kalenderen for at tage deres tjans i det danske militær i Afghanistan. Fagbladet Sygeplejersken tog i juli med Hærens Operative Kommando til Helmandprovinsen for at følge de danske sygeplejersker.

#### 27 Traumer i teltet

35 Sygeplejersker går i skjul. Sindene blev for alvor bragt i kog, da det radikale medlem af regionsrådet i Region Midtjylland, sygeplejerske Ulla Fasting, ud fra en faglig vurdering stemte for at placere det nye akutsygehus i Herning. Selv bor hun i Holstebro Kommune.

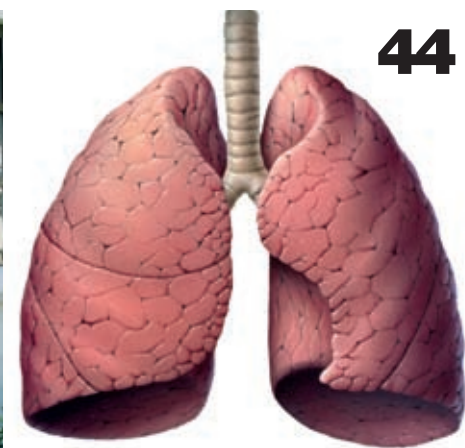
### DET AKUTTE DANMARK

#### 28 Danmark under akut forandring

Det har været et større puslespil at få brikkerne til at falde på plads i det nye akutte Danmark.

#### 30 Sådan bliver det

#### 32 Nye opgaver for sygeplejersker



44



52



56

#### TEMA SIDE 14-21: BØRN AF PSYKISK SYGE

### 14 Psykiatrien glemmer patienternes børn

Mindst 30.000 børn vokser op i familier, hvor far eller mor har en sindslidelse, og alt for mange af disse børn får ingen hjælp. En ny undersøgelse fra Århus viser, at forældres psykiske sygdom i mange tilfælde holdes skjult for sundhedsplejen.

### 16 Far og mors psykiske sygdom holdes skjult

Dårlig kontakt mellem en psykisk syg mor og hendes spædbarn kan have livslange konsekvenser for barnet. Men der er hjælp at hente. Ny undersøgelse fra Århus Kommune viser, at intensiv sundhedsplejeindsats kan afdække skjulte psykiske lidelser.

### 18 "Politiet kom og hentede mor i nat"

Den 11-årige pige var blevet usædvanlig tynd. Sundhedsplejersken opdagede tilfældigt, at hendes søskende var blevet tæsket med en bøjle i årevis. Socialforvaltningen og distriktpsikiatrien havde glemt at fortælle skolen og sundhedsplejen, at der var psykisk sygdom og vold i familien.

### 21 Børn af psykisk syge overlades alt for ofte til sig selv

Sundhedsplejersker efterlyser formaliseret samarbejde med voksenpsykiatrien, når forældre til mindreårige børn indlægges med psykisk sygdom.

#### I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 36 Dansk Sygeplejeråd mener
- 37 Debat
- 39 Navne
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 43 Resuméer
- 55 Testen
- 60 Agenda
- 61 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser

#### FAG

### 44 Klinisk sygepleje

#### Respirationsøvelser til patienter med lungecancer

Dyspnø opleves af mellem 29 og 74 pct. af alle patienter med lungecancer og er derfor et altoverskyggende og invaliderende symptom, som medfører angst og forringet livskvalitet. På baggrund af en systematisk litteratursøgning efter kliniske, randomiserede undersøgelser og systematisk litteraturgennemgang af kontrollerede undersøgelser er der udarbejdet graderede anbefalinger, som danner grundlag for udarbejdelse af en klinisk retningslinje.

### 52 Evidensbaseret praksis styrker sygeplejerskers fagidentitet

På Odense Universitetshospital er der i perioden 2004-2006 gennemført et pilotprojekt i evidensbaseret praksis for fem udvalgte afdelinger. En styregruppe opstillede krav og anbefalinger til kliniske retningslinjer, opkvalificering af personalet, informationssøgning og Journal Clubs, og afdelingerne fik tilbudt kurser og it-udstyr. En evaluering af projektet viser, at det især var afdelingernes sygeplejersker, som profiterede af det toårige projekt.

### 56 Diffust indhold i undervisningen giver diffus fagidentitet

Artiklen beskriver håndteringen af de sygeplejestuderendes livshistoriske omsorgsforudsætninger i mødet med sygeplejerskeuddannelsen og gengiver en undersøgelse af det sygeplejefaglige indhold i undervisningen. Konstruktionen viser, at der etableres en diffus sygeplejefaglig identitetsdannelse, der kommer til udtryk som en reproduktion af den etablerede uddannelseskultur, dvs. at sygeplejen til ældre bliver gjort sproglig, ikke handlingsrettet. Læreprocesserne veksler mellem at have en logisk rationel karakter og en livshistorisk og emotionel karakter, som til stadighed indrammes af bestemte akademiske krav til faget sygepleje.

## Den travle tid er kommet

Kære læser.

Så er sommeren vist for alvor ved at være overstået. Selvom nogle påstår, at august også er en sommermåned i Danmark med gode muligheder for varme og solskin, ser det ud til, at det er slut – nu var vi ellers så godt i gang.

Så her i august – midt i regnbyger og blæsevejr – kom det første tegn så også på, at det er ved at være slut med lediggangen efter en god og varm juli måned.

Op til partiets sommergruppemøde erklærede statsminister *Anders Fogh Rasmussen (V)*, at han er med på idéen om en lønkommission. Han brugte godt nok ikke det lille ord "lige" før lønkommission, men det er alligevel et skridt på vejen. Anders Fogh vil bl.a. have, at en lønkommission skal se på lønforholdene mellem kønnene i det offentlige, og han lægger nu op til dialog med de faglige organisationer om kommissionen. For de, som ikke har glemt forårets overenskomstforhandlinger, inden der gik koldskål og rosévin i den, kan nok huske, at en ligelønskommission var et af Sundhedskartellets hovedkrav. Og efter ferien i det sydfranske er statsministeren tilsyneladende med på den idé. Eller måske en del af den. Det bliver i hvert fald spændende at følge.

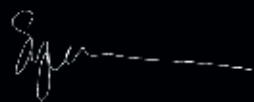
Slutningen af juli og begyndelsen af august bød også på de nye tal for optagne studerende på sygeplejerskeuddannelserne, og her var optaget endnu en gang faldet. Visse steder helt op til ca. 50 pct.

Det ser ud til, at der er nok at tage fat på i den kommende tid.

Det er der også for os her på redaktionen. I denne udgave af *Sygeplejersken* bringer vi historien om, at sundhedsplejersker kan gøre en afgørende forskel, hvis de rykker tidligt ind med en indsats i belastede familier. Det bekræfter en undersøgelse fra Århus, som vi omtaler inde i bladet.

Vi har også været i det krigshærgede Afghanistan. Der er nemlig også sygeplejersker med dernede til at pleje og behandle de sårede og syge. Den danske lejr ligger i et område, hvor klimaet er varmt, råt og ugæstfrit, lyder det fra vores udsendte medarbejder. Respekt for de mennesker, der tilbringer mange måneder i en meget barsk og urolig del af verden i forsøget på at hjælpe andre!

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dssr.dk



## Livline til



AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST  
MODELFOTO: CHRISTOFFER REGILD

**Sundhedspleje.** Tusindvis af børn får ingen hjælp, selvom deres forældre er psykisk syge. Psykiatere foreslår nu, at de psykiatriske afdelinger kontakter sundhedsplejersken, når forældrene indlægges.

Mindst 30.000 danske børn vokser op i hjem, hvor enten mor eller far er psykisk syg. På trods af forældrenes sygdom får mange af disse børn ingen form for professionel hjælp. Danske psykiatere vil nu drøfte, hvorledes de kan forbedre kommunikationen med landets sundhedsplejersker, så børn af sindslidende ikke lades i stikken.

Det nøjagtige antal børn af psykisk syge kendes ikke, men det skønnes, at omkring 30.000-50.000 børn lever i familier, hvor enten mor eller far har en psykisk lidelse.

Alligevel er der i øjeblikket ingen fast praksis for at etablere kontakt til sundhedsplejersken, når forældre til mindreårige børn indlægges på psykiatrisk afdeling.

"Men her er afgjort et område, hvor der er brug for en fælles holdning," siger formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, overlæge *Anders Fink-Jensen*, som har bragt emnet på bane i psykiaternes faglige selskab.

"Børn af psykisk syge er en voldsomt udsat gruppe. Det gælder både spædbørnene, som er helt afhængige af forældrenes omsorg

### Vidste du at ...

... flere børn bliver vaccineret for mæslinger i Danmark end i Norge, men stadig færre end i Finland? Den finske vaccinationsrate er 97 pct., den danske er 95 pct., den norske er 90 pct.

Kilde: WHO 2007.

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



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



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



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



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



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



# børn af psykisk syge



Mindst 30.000 danske børn har en far eller mor, der er psykisk syg, og i mange tilfælde får børnene ingen hjælp, selvom sundhedsplejersken faktisk har mulighed for at træde til. Formanden for Psykiatrisk Selskab, overlæge Anders Fink-Jensen, foreslår nu, at de psykiatriske afdelinger kontakter sundhedsplejersken, når forældre udskrives.

og pleje for at kunne udvikle sig rigtigt fysisk og psykisk. Og det gælder de lidt større børn og teenagerne, som let bliver isoleret fra kammeraterne, hvis der er psykisk sygdom i hjemmet,” siger Anders Fink-Jensen og fortsætter:

”Det vil være en fordel for alle parter at involvere sundhedsplejersken på et tidligt tidspunkt, da hun som udgangspunkt er en person, forældrene har tillid til.”

## Juridisk i orden

Rent juridisk er der intet til hinder for, at forældre ved udskrivelse fra psykiatrisk afdeling bliver spurgt, om afdelingen må kontakte sundhedsplejersken.

Det oplyser sundhedsplejerske i Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse, *Annette Poulsen*. I dag bliver patienterne typisk spurgt, om afdelingen må kontakte egen læge. Læger og sygeplejersker har tavshedspligt og må ikke underrette andre myndigheder uden patientens tilladelse, med mindre der er mistanke om, at et barn er nødlidende.

”Sundhedsplejerskerne er en del af sundhedssystemet, og der gælder samme regler for dem som for lægerne. De enkelte afdelinger – også de psykiatriske – kan altså selv beslutte, om de i forbindelse med udskrivning vil spørge patienter med børn, om børnenes sundhedsplejerske må kontaktes,” fortæller Annette Poulsen.

Ifølge psykiateren *Søren Blinkenberg* vil det være oplagt at orientere sundhedsplejersken, når forældre indlægges. Forudsat selvfølgelig at forældrene indvilliger.

”Sundhedsplejerskens store force er, at hun besøger alle familier med nyfødte børn. Man bliver ikke marginaliseret af at få besøg af sundhedsplejersken,” siger Søren Blinkenberg. Han fortæller, at kontakten mellem psykiatrien og f.eks. socialrådgiver, egen læge eller sundhedsplejerske i dag typisk afhænger af enkelte ildsjæle rundt om på afdelingerne.

”De ansatte i psykiatrien har et særligt ansvar for at medtænke børn af psykisk syge i behandlingen af forældrene. Når det ikke altid sker, kan det skyldes berøringsangst. Man er måske bange for at skade den ofte skrøbelige behandlingsalliance med den psykisk syge, hvis man begynder at tale om patientens børn. Det er en delikat balancegang. De fleste voksne er i forvejen en smule utilbøjelige til at blive kigget efter i kortene, når det gælder forholdet til deres børn,” fortæller Søren Blinkenberg. Han fremhæver, at psykiatrien mange steder i landet er i gang med at udvikle samarbejdet med de voksne pårørende:

”Næste skridt – som allerede er taget flere steder i landet – er at inddrage børnene som pårørende,” siger Søren Blinkenberg, der er medforfatter til rapporten ”Børn af forældre med psykisk sygdom”. Den indeholder en række anbefalinger til, hvorledes den psykiatriske behandling dels kan foregå i et familieperspektiv, dels på tværs af sektorer.

Læs også temaet side 14.

## It for milliarder til sygehuse

En ny prognose fra Center for Digital Forvaltning viser, at markedet for salg af it-løsninger til det offentlige sundhedsvæsen i år vil udgøre 1,2 mia. kr. Og frem til 2011 vil markedet vokse til 1,5 mia. kr. Et beløb, der svarer til prisen på et nyt sygehus i Næstved med 340 sengepladser.

(kbc)

## Vidste du at ...

... antallet af hospitalssygeplejersker pr. 1.000 danskere på godt 20 år er steget fra 3,2 til 5,6? I samme periode (1981-2003) er antallet af somatiske senge pr. 1.000 indbyggere faldet fra 6,0 til 3,7.

Kilde: WHO.

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



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



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



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



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



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



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



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



## Lønkommission er en vigtig sejr

"Vi er parate til at se på, om lønstrukturerne i det offentlige afspejler nutidens forhold," sagde statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (V), da han bebudede, at regeringen agter at nedsætte en lønkommission, der skal kortlægge lønforholdene. Dermed imødekommer han kravet om en kortlægning af de offentligt ansattes lønforhold, som ikke mindst Sundhedskartellet har stået fast på både før og under den langvarige konflikt.

Statsministeren sammenkæder arbejdet i en lønkommission med ønsket om at udvikle "mere spændende lønsystemer" i den offentlige sektor for at styrke sektoren i konkurrencen med det private arbejdsmarked.

Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand *Grete Christensen* slår fast, at Sundhedskartellets vedvarende krav om en ligelønskommission og det langvarige pres, som Dansk Sygeplejeråd og de øvrige 10 fagorganisationer i Sundhedskartellet lagde på de offentlige arbejdsgivere under den rekordlange strejke, har en væsentlig del af æren for, at kommissionen nu bliver en realitet.

*Grete Christensen*: "Det er meget positivt, at vi er nået så langt. I lang tid har det været meget vigtigt for os, at der blev sat et arbejde i gang, så vi kan få udredet lønforhold og lønforskelle mellem den private og offentlige sektor, mellem mænd og kvinder og mellem sammenlignelige uddannelsesniveauer. Derfor er statsministerens udmelding rigtig positiv."

*Grete Christensen* gør opmærksom på, at Danmark i en aktual rapport fra den europæiske arbejdstagersammenslutning ETUC får dårlige karakterer, hvad angår ulighed mellem mænd og kvinder, idet lønforskellene er øget med 2 pct. i den undersøgte periode, mens andre europæiske lande har formået at indsnævre lønforskellene.

Det var ved redaktionens slutning ikke muligt at få nærmere oplysninger fra Statsministeriet om tidshorisonten for nedsættelsen af den bebudede lønkommission, kommissionens sammensætning eller dens kommissorium.

(sp)

### Vidste du at ...

... Belgien, Holland, Norge og Irland har betydelig flere sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere end Danmark, som til gengæld har flere end lande som Tyskland, Frankrig, Schweiz, Østrig, Spanien og Italien? Blandt de større europæiske lande har Irland rekorden med 15,4 sygeplejersker pr. 1.000 indbyggere, Danmark og Sverige har henholdsvis 9,8 og 10,2, mens Tyskland har 7,7 Frankrig 7,5 og Spanien 3,7.

Kilde: WHO.



FOTO: HEINE PEDERSEN

På trods af faldende ansøgertal til sygeplejerskeuddannelsen, kan sygeplejestuderende forvente undervisning af høj faglig kvalitet, vurderer uddannelseschefen på sygeplejerskoler.

## Sygeplejerskoler upåvirket af faldende ansøgertal

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

**Økonomien holder.** *Det massive ansøgerfald til sygeplejerskeuddannelsen kommer ikke til at true kvaliteten i undervisningen, vurderer Rektorforeningens formand, Aase Holdgaard.*

Selvom der er færre studerende på sygeplejerskeuddannelsen og dermed færre penge til rådighed til uddannelsesinstitutionerne, vil kvaliteten af undervisningen stadig være den samme, vurderer *Aase Holdgaard*, formanden for Sygeplejerskeuddannelsens Lederforsamling:

"Hvis der er færre studerende, så skal vi i princippet også bruge færre folk. Så må vi f.eks. lade være med at nybesætte stillinger sådan, at vi får udgifter tilpasset i forhold til indtægterne."

Alle videregående uddannelser er taxameterstyrede, herunder også sygeplejerskolerne, og derfor får skolerne penge i forhold til det antal aktive studerende, der er på uddannelsesstedet. Skolerne får dermed færre penge at drive skole for, hvis der er færre studerende. I år er optaget på sygeplejerskeuddannelsen igen faldet. Visse steder helt op til 50 pct. Men kvaliteten af undervisningen bliver ikke forringet af den grund, vurderer de sygeplejerskoler, *Sygeplejersken* har talt med.

*Pia Ramhøj*, rektor for Sygeplejerskolen i Hillerød, mener, at den umiddelbare konsekvens bliver, at skolen opretter et hold mindre i forhold til, hvad de havde forventet.

På Sygeplejerskolen i Holstebro vur-

derer uddannelseschef *Lisbeth Sørensen*, at det måske bliver en fordel, at der er færre elever på holdet:

"Vi prøver i stedet at sælge flere ydelser til efteruddannelses- og udviklingsdivisionerne og til de andre sundhedsfaglige grunduddannelser i VIA, altså bruge vores lærerressourcer på nogle andre ting. På den måde kan vi kan bibeholde de undervisere, vi har. Vi kan derfor tilbyde den samme undervisning til vores studerende, fordi vi så også tjener pengene nogle andre steder end via taxameterpengene."

Sygeplejerskolen i Viborg kan komme til at stå i samme situation som Holstebro. *Kirsten Berg*, uddannelseschef på sygeplejerskeuddannelsen i Viborg, fortæller, at hvis der ikke kommer flere studerende til forårsoptaget, vil der være mulighed for at omorganisere undervisere således, at de underviser i efter- og videreuddannelse af færdiguddannede sygeplejersker i stedet for de sygeplejestuderende.

Sygeplejerskeuddannelsen hører ind under professionshøjskolerne sammen med bl.a. pædagog- og lærerseminarierne. Det betyder, at uddannelsens økonomi og faldet i ansøgere ikke kun er sygeplejerskeuddannelsens økonomiske ansvar alene.

"Det skulle være noget af det, professionshøjskolerne skulle kunne afbøde virkningen af, fordi jo større enheder der er, jo mindre sårbar er man i forhold til fald i ansøgere," siger *Aase Holdgaard*, formand for Sygeplejerskeuddannelsens Lederforsamling.

# Ny SLS-formand vil have flere lokalbestyrelser

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

**Sygeplejestuderende.** Den nye formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), Anja Skov Refsgaard, vil have lokalbestyrelser på alle landets sygeplejeskoler. Lige nu mangler seks skoler en bestyrelse.

Smilende, energisk og imødekommende er nogle af de ord, der kan beskrive den nye formand for de Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), Anja Skov Refsgaard. Hun skal være formand et år – frem til den

14. juli 2009. "Jeg kan godt lide det studenterpolitiske og organisatoriske arbejde, og fordi jeg har været hele uddannelsen igennem, ved jeg noget om, hvad der kan gøres bedre, og hvad der fungerer," siger hun.

Selv om Anja Skov Refsgaard ikke er helt grøn inden for studenterpolitisk arbejde, har hun en masse at lære:

"Jeg er initiativrig og handlekraftig. Men jeg har haft problemer med at huske at tænke, før jeg taler, og det er en ting, jeg

skal lære som formand," fortæller hun.

I samme åndedrag fortæller hun ivrigt om sin første vision som formand; nemlig at der skal være SLS-lokalbestyrelser på alle landets sygeplejeskoler.

"Det er vigtigt, at SLS kommer tættere på de studerende. På nuværende tidspunkt mangler der lokalbestyrelser på seks forskellige sygeplejeskoler i Danmark," siger hun.

## Målsætninger for året

Et andet af Anja Skov Refsgaards mål er at sørge for, at der kommer flere kliniske vejledere til de studerende, når de har klinisk undervisning (tidligere betegnet praktik).

"Der er undersøgelser, der viser, at der er et frafald på 35 pct. på sygeplejerskeuddannelserne rundt om i landet. En del af det skyldes den kliniske vejledning, og derfor skal der være flere og veluddannede kliniske vejledere,



FOTO: SOREN SVENDSEN

"Jeg er vant til at skulle finde på nye ting, være kreativ og hele tiden have medlemmerne i fokus," fortæller den nye SLS-formand, Anja Skov Refsgaard.

så vi sikrer en bedre klinisk uddannelse, end den er i dag," forklarer hun.

SLS har i et par år kæmpet for at skaffe bedre løn og overenskomst med DSR til de sygeplejestuderende i studierelevante job, og det vil Anja Skov Refsgaard også fortsætte med at arbejde for.

"Jeg tror, at flere studiejob til sygeplejestuderende kan få flere til at søge ind på sygeplejerskeuddannelsen," siger hun.

## BLÅ BOG:

Alder: 32 år

Civilstatus: Gift på niende år

Børn: Søn på 5 ½ år

Uddannet: Sygeplejerske anno juni 2008

Uddannelsessted: Sygeplejeskolen i Slagelse

Erfaringer: Bestyrelsesmedlem på Sygeplejeskolen i Slagelse, bl.a. initiativtager til studieblad

Interesser: Familien, USA, sport

"Det er måske en konsekvens af brug og smid væk-samfundet. Folk tror, at de selv kan træffe alle beslutninger, og kan ikke forstå, at de ikke er herrer over alting."



Overlæge og lektor Charlotte Wilken-Jensen i en kommentar til ønsker om sene aborter, som omtales i abortankenævnets årsberetning 2007 Nyhedsavisen den 12. august 2008.

# Ros til sundhedscenter for hiv-smittet sundhedspersonale

Det danskstøttede sundhedscenter i Swaziland har vakt international opmærksomhed. Nu i form af en artikel i det kendte medicinske tidsskrift The Lancet.

Sundhedscenteret, som er specielt beregnet på hiv-smittet sundhedspersonale og deres familier, er oprettet af Swaziland Nurses' Association bl.a. med støtte fra Dansk Sygeplejeråds solidaritetsfond.

Baggrunden er, at landets sundhedspersonale både er udsatte på deres arbejde og som almindelige borgere i et land, hvor hiv-smitte er udbredt. Konsekvenserne er også dobbelte: Når sundhedspersonale får hiv og aids, går det ikke kun ud over dem og deres familier, det truer hele sundhedsvæsenet.

Ifølge artiklen i The Lancet har både WHO og organisationen Physicians for Human

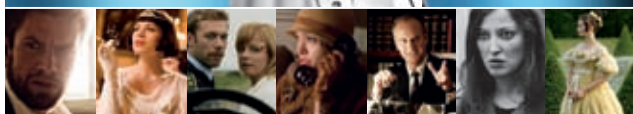
Rights fremhævet modellen som en målrettet og effektiv reaktion på manglen på sundhedspersonale i det sydlige Afrika.

Tilsvarende centre er under oprettelse i andre afrikanske lande, senest har Ugandas sundhedsminister lovet at oprette et sundhedscenter for sundhedspersonale inden årets udgang.

(kb)

www.biografklubdanmark.dk

## 7 store film til halv pris i biografen



Glæd dig til den nye filmsæson i Biografklub Danmark. På programmet står 7 fantastiske film, specielt udvalgt til klubbens medlemmer.

Se mere på [www.biografklubdanmark.dk](http://www.biografklubdanmark.dk), hent en brochure i din lokale biograf eller ring 33 74 36 36.

KANDIDATEN / GENSYN MED BRIDESHEAD / FRYGTELIG LYKKELIG / CHANGELING / KÆRESTESORGER / DER BAADER-MEINHOF KOMPLEX / THE YOUNG VICTORIA

**BIOGRAFKLUB**  
DANMARK

## Japan køber indonesiske sygeplejersker

**Indkøbsaftale.** Et hold på 205 indonesiske sygeplejersker er netop fløjet til Japan for at arbejde. De er den første femtedel af de 1.000 sygeplejersker, som Japan har bestilt fra Indonesien.

Mens de vestlige lande rekrutterer sygeplejersker i små puljer fra fattigere landes hospitaler, har Japan nu taget skridtet fuldt ud og indgivet en masseordre på sygeplejersker "pr. postordre" fra Indonesien.

Indonesien og Japan indgik i starten af året en form for handelsaftale, der bl.a. består i, at Indonesien leverer 1.000 sygeplejersker inden 2009 til Japan, mens Japan til gengæld investerer penge i Indonesien. Og i Indonesien er handelsministeren svært tilfreds med aftalen.

"Den japanske regering sagde, at den var glad for at byde det indonesiske sundhedspersonale velkommen. Og for os er dette en mulighed for at vise verden, at vi har høj kvalitet af arbejdere," sagde den indonesiske handelsminister *Erman Suarno* til den indonesiske avis *The Jakarta Post*, da han så de 205 første sygeplejersker drage af sted til Japan.

Japans støt aldrende befolkning og dalende fødselstal gør, at landet tørster efter sundhedspersonale til sygehuse og plejehjem. Ifølge *The Jakarta Post* har Japan informeret de indonesiske myndigheder om, at Japan over de næste syv år har brug for 600.000 sundhedspersonaler til en befolkning, der samlet består af 127 millioner mennesker.

(kbc)

## Gode råd om hjemmebesøg til ældre

Hvordan tilrettelægger og gennemfører kommunerne bedst forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år, og hvad stiller man op i forhold til ensomme ældre, kronisk syge eller ældre med anden etnisk baggrund end dansk?

Det giver en ny håndbog, som Ankestyrelsen udsender på vegne af Velfærdsministeriet, svar på. Håndbogen udsendes til alle landets kommuner og udkommer sidst på året, men kan allerede nu bestilles på Ankestyrelsens mailadresse: [ast@ast.dk](mailto:ast@ast.dk) Håndbogen er gratis. Materialet bygger på kommunernes egne gode erfaringer med forebyggende hjemmebesøg. Håndbogen handler bl.a. om den indledende kontakt, gennemførelse af samtalerne samt særlige problemstillinger i forhold til sundhed, ensomhed og kronisk syge ældre.

Loven om forebyggende besøg hos ældre er fra 1995. Det er de enkelte kommunalbestyrelser, som har ansvaret for, at der tilbydes forebyggende hjemmebesøg til alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen. Kommunerne tilrettelægger besøgene efter behov. Borgeren har altid ret til tilbud om mindst to årlige forebyggende hjemmebesøg. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage de borgere fra ordningen, som modtager både personlig og praktisk hjælp efter § 71 i lov om social service.

(sp)



# Skejby skal nedlægge 100 stillinger

**Sparekniven.** Sygehuset i Skejby skal spare 69 mio. kr. til næste år.

100 stillinger er i fare på Skejby Sygehus. Et stort underskud på Region Midtjyllands budget har nemlig betydet, at sygehuset er blevet præsenteret for et krav om at spare 69 mio. kr. årligt.

"Sparekravet er større, end vi nogensinde har været udsat for før, men vi prøver at løse opgaven så godt, vi kan. Vi forsøger at beskytte de højt specialiserede lands- og landsdelsfunktioner samt forskning og uddannelse. Men det vil ikke undre mig, om bespareelserne vil føre til, at vi bliver 100 færre ansatte," siger

Per Askholm Madsen i en pressemeddelelse. Han fremhæver samtidig, at store personalegrupper som sygeplejersker har så massiv gennemstrømning, at nedlæggelsen af stillinger formentlig kan ske ved naturlig afgang.

Ifølge den foreløbige spareplan regner hospitalet med at finde besparelser for 30,7 mio. kr. ved bl.a. at lukke fertilitetsklinikken, indføre et stop for at sende hjertepatienter til Odense Universitetshospital og Hjertecenter Varde samt ved at droppe en planlagt udvidelse af kapaciteten til behandling af urinvejskirurgiske patienter.

De resterende 38,3 mio. kr. forventer hospitalet at finde ved at spare mellem 3 pct. og

5 pct. af lønbudgettet på hospitalets afdelinger.

Sygeplejerskernes fællestillidsmand Leon Sørensen kritiserer spareoplægget, der skal diskuteres internt på sygehuset, inden det sendes til Region Midtjylland d. 28 august.

"Jeg troede, vi var enige med politikerne om, at sundhedsvæsenet skal gøre sit yderste for at imødekomme patienternes behov. I stedet smadrer de det. Nu drejer det sig ikke længere om aktivitet, men om planøkonomi, og pludselig skal patienterne igen stå på lange ventelister," siger Leon Sørensen.

(bso)

## Personalemangel lukker senge i psykiatrien

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Indisponibel.** Manglen på både sygeplejersker og speciallæger i psykiatrien tvinger sygehuse landet over til at lukke afdelinger midlertidigt ned. Og der er ingen udsigt til, at det vil ændre sig på sigt.

69 psykiatriske senge landet over er lukket, fordi der mangler personale til at tage sig af de psykiatriske patienter. Et tal, der ikke har ændret sig i løbet af det seneste halve år, viser en aktindsigt, som Sygeplejersken har anmodet om.

Og regionerne forventer ikke,

at manglen vil ændre sig lige foreløbigt.

"Desværre må vi forudse, at det også i fremtiden kan blive nødvendigt at lukke senge midlertidigt, fordi rekrutteringssituationen i psykiatrien er vanskelig og efter alt at dømme bliver værre i de kommende år," siger Jens Peter Ilsøe, kontorchef i psykiatri- og socialstaben i Region Midtjylland, der netop nu har 24 senge midlertidigt nedlagt pga. mangel på hænder i psykiatrien.

Også økonomi- og planlægningschef, Sven Knudsen, i Region Hovedstaden, der har sat

28 senge midlertidigt ud af drift, mener, at situationen er mere eller mindre permanent.

"Jeg tror ikke, at det ændrer sig, før beskæftigelsessituationen ændrer sig," siger Sven Knudsen.

### Man når en smertegrænse

I foråret 2008 havde psykiatrien i Region Hovedstaden 85 ledige sygeplejerskestillinger og 64 ubesatte social- og sundhedsassistentstillinger, der har medført, at 28 senge nu er lukket ned. Det svarer til 2 pct. af sengekapaciteten i psykiatrien i hovedstadsområdet. I Region Midtjylland har manglen på speciallæger også været medvirkende årsag til at lukke senge.

"Når der mangler sygeplejersker og sosu'er, så er spørgsmålet, om man kan bemane afdelingerne forsvarligt. Det er ikke altid god kvalitet at have for mange vikarer på samme afdeling ad gangen," siger Sven Knudsen, og tilføjer: "Man når en smertegrænse for, hvor dyrt og hvor dårligt det kan blive, og så overvejer man at lukke afsnittet."

Men ingen af regionerne lukker senge med deres gode vilje.

"Normalt viger vi tilbage fra at lukke senge. Det er et stød i maven for en afdeling at blive lukket



ARKIVFOTO: SCANPIX

Der bliver nedlagt senge på flere af landets psykiatriske afdelinger. En aktindsigt, som Sygeplejersken har fået, viser, at 69 senge er nedlagt. Den primære grund er mangel på personale. Det er svært at rekruttere, lyder det fra regionerne.

ned, også selvom det er midlertidigt," siger Jens Peter Ilsøe fra Region Midtjylland.

Formand for PsykiatriFonden, Jes Gerlach, ser ikke omfanget af sengelukninger som alarmrende.

"Set i det store perspektiv er antallet af senge, der er lukket pga. personalemangel, beskedent. Men for den enkelte patient, der måske skal vente tre uger ekstra på at blive indlagt med en svær depression, er det selvfølgelig uheldigt," siger han.

Antal senge i psykiatrien lukket pga. personalemangel		
	dec. 2007	juli/aug. 2008
Region Hovedstaden	44	28
Region Sjælland	17	17
Region Syddanmark	0	0
Region Midtjylland	12	24
Region Nordjylland	0	0
I alt	73	69

Kilde: Sygeplejerskens aktindsigt hos fem regioner.



ARKIVFOTO: SCANPIX

The Peking University First Hospital den 8. august 2008. Oversygeplejerske Liu Bin holder i armene et nyfødt barn født klokken 10.48 på OLS åbningsdag i Beijing. Sent på formiddagen havde hospitalet bragt ni børn til verden og tre ventedes at komme senere på dagen. Det nyfødte barn skal ifølge faderen, Wu Hongbin og moderen Shi Yanmin, hedde "Ao Youn" hvilket betyder olympisk på kinesisk. (Kilde: AFP)

### Vidste du at ...

... Holland, Norge og Korea er de eneste OECD-lande, der har en lavere arbejdsløshed end Danmark? Med 3,3 pct. arbejdsløse ved udgangen af 2007 lå Danmark betydelig bedre i statistikken end Slovakiet med 10,3 pct. og Polen med 8,2 pct. arbejdsløse. Men begge lande har oplevet en stor forbedring i de seneste år. I 2005 var der 16,3 pct. arbejdsløse i Slovakiet og 17,7 pct. i Polen.

Kilde: [www.oecd.org](http://www.oecd.org)

### Vidste du at ...

... flere børn bliver vaccineret for mæslinger i Danmark end i Norge, men stadig færre end i Finland? Den finske vaccinationsrate er 97 pct., den danske er 95 pct., den norske er 90 pct.

Kilde: WHO 2007.

## Gode tip til bedre udnyttelse af ressourcerne

Har I på jeres afdeling fundet på idéer til, hvordan man kan anvende ressourcerne på en bedre måde, så man kan spare tid eller penge til gavn for patienterne? I så fald hører vi gerne om sygeplejerskers egne kreative idéer til, hvordan sundhedsvæsenet kan udnytte ressourcerne bedre.

Kontakt journalisterne Christina Sommer på tlf. 4695 4264 eller mail: [cso@dsr.dk](mailto:cso@dsr.dk) eller Susanne Bloch Kjeldsen på tlf. 4695 4178 eller mail: [sbk@dsr.dk](mailto:sbk@dsr.dk)

## Bagsiden af sundhedsforsikringer

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

### ◀◀ TILBAGEBLIK

**Fejlbehandling.** Antallet af borgere med sundhedsforsikring stiger eksplosivt. Men i Sønderjylland har 27 fabriksarbejdere været helt meningsløst under kniven på et privat-hospital på arbejdsgiverens regning.

De bliver flere og flere. Antallet af borgere, der får en arbejdsgiverbetalt sundhedsforsikring. I løbet af de seneste tre år er dobbelt så mange blevet forsikret, hvilket bragte antallet op på 750.000 sundhedsforsikrede mennesker i 2007, skriver MetroXpress.

Og det lyder jo tillokkende med hurtig diagnose, hurtig behandling og mulighed for at vende hurtigt retur til arbejdet – uden i øvrigt selv at betale en klink. Men Fagbla-

det beskriver i det seneste nummer, hvordan en række ansatte på batterifabrikken Linak på Als er blevet opereret helt unødigt – fordi de havde sundhedsforsikring.

De ansatte blev, ifølge Fagbladet, opereret på privathospitalet Kollund, fordi de led af slidskader og smerter i skulderen. Men frem for at fjerne smerterne i skulderen og skaffe de syge medarbejdere tilbage på arbejdet er 26 ud af de 27 enten stoppet på Linak eller er blevet fyret fra fabrikken.

### Den gavnlige effekt tvivlsom

Flere læger advarer mod at operere i skulderen med henblik på at fjerne smerter efter hårdt industriarbejde og kalder operationerne "spild af penge".

Men her er pointen måske, at der faktisk ikke er nogen, der oplever, at de "spilder" penge. Arbejdsgiveren har betalt forsikrin-

gen, så han har ingen ekstra omkostninger, når medarbejderen bliver syg og benytter forsikringen. Hospitalet scorer gevinsten ved at behandle medarbejderen, og arbejderen har ikke haft personlig udgift til behandlingen. Alt i alt burde alle jo være tilfredse.

Men sagen i Fagbladet viser, at overbehandling eller fejlbehandling kan være en konsekvens, når det private sundhedsvæsen skal tage sig af de sundhedsforsikrede borgere.

"Der kan være en tendens til, at hvis der kommer penge på bordet, så har man også et incitament til at lave nogle flere operationer, og så opererer man også dem, hvor det er tvivlsomt, om de kan have gavn af operation," siger Jens Peder Haahr, overlæge på arbejdsmedicinsk klinik i Herning til Fagbladet.

# PSYKIATRIEN GLEMME PATIENTERNES BØRN

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST  
MODELFOTO: CHRISTOFFER REGILD



**Alene.** Hun var en alt for stille pige på 11 år. Helt tilfældigt opdagede sundhedsplejersken, at pigens mor var psykisk syg, og at pigen og hendes søskende i årevis var blevet tæsket og holdt isoleret fra almindelige fritidstilbud. Mindst 30.000 børn vokser op i familier, hvor far eller mor har en sindslidelse, og alt for mange af disse børn får ingen hjælp. En ny undersøgelse fra Århus viser, at forældres psykiske sygdom i mange tilfælde holdes skjult for sundhedsplejen. De psykiatriske afdelinger kontakter nemlig hverken skole eller sundhedspleje. Erfaringerne fra Århus viser også, at flere besøg af sundhedsplejersken rent faktisk kan hjælpe psykisk syge forældre og deres børn.



# FARS OG MORS PSYKISKE SYGDOM HOLDES SKJULT

**Mørketal.** Dårlig kontakt mellem en psykisk syg mor og hendes spædbarn kan have livslange konsekvenser for barnet. Men der er hjælp at hente. Ny undersøgelse fra Århus Kommune viser, at intensiv sundhedsplejeindsats kan afdække skjulte psykiske lidelser. Kommunen har foreløbig bevilget 2 mio. kr. årligt til flere sundhedsplejerskebesøg i udsatte småbørnsfamilier.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Selvom en tredjedel af de nybagte forældre havde en kendt psykiatrisk diagnose, anede sundhedsplejersken i mange tilfælde intet om problemerne, da hun første gang kom på barselsbesøg i hjemmet.

En helt ny undersøgelse fra Århus Kommune afslører, at intensive sundhedsplejerskeforløb kan være med til at afdække skjulte psykiske lidelser hos forældrene. Sundhedsplejen i Århus undersøgte forholdene i 94 børnefamilier, som alle fik bevilget ekstra besøg. Det viste sig, at 14 forældre led af depression, og at 20 forældre havde en psykiatrisk diagnose som f.eks. borderline, skizofreni og posttraumatisk stress.

Sundhedsplejerske *Susanne Hede*, der står bag undersøgelsen, fortæller, at det hverken er fars depression eller mors angstneurose, der først kommer på bordet, når sundhedsplejersken aflægger barselsbesøg hos den nyfødte.

## ))) EKSTRA BESØG

Sundhedsplejen i Århus Kommune har undersøgt forholdene i 94 børnefamilier, som alle fik bevilget ekstra besøg efter de ordinære barselsbesøg.

Undersøgelsen viste, at

- 14 forældre led af depression.
- 20 forældre havde en psykiatrisk diagnose som borderline, skizofreni, posttraumatisk stress-syndrom, OCD, DAMP og social fobi.
- En stor del af familiernes psykiske problemer var ukendte for sundhedsplejen i forvejen.

*Rapporten "Sundhedsplejens besøgs-pakker. Evalueringsrapport" udkommer 1. september. Den bliver debatteret ved en konference på Hotel Marselis i Århus 23. september.*

Det er kun i de helt hardcore tilfælde, at sundhedsplejersken på forhånd er underrettet om en forælders psykiatriske diagnose.

”Der skal lang tid til, før det åbenbares, at der er psykiske problemer i familien. Derved risikerer vigtig tid at gå tabt i barnets første levetid. Det er netop i de første måneder, barnets tilknytning til mor og far etableres. Men psykisk syge, f.eks. skizofrene, evner ikke altid at etablere den nære fysiske og psykiske kontakt med barnet, der er nødvendig, hvis barnet skal udvikle sig til en harmonisk person, som evner at knytte sig til andre. Netop derfor er en tidlig og meget omfattende sundhedsplejeindsats så afgørende,” fortæller Susanne Hede, der også er formand for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker.

### Ekstra besøg

Århus Kommune har bevilget 2 mio. kr. om året til den særlige indsats med ekstra sundhedsplejerskebesøg. Alt efter familiens situation kan der blive tale om en besøgspakke med fem, 10 eller 15 ekstra besøg.

Besøgspakken udløses i de tilfælde, hvor de syv normale barselsbesøg er brugt op. Det drejer sig tit om familier, hvor sundhedsplejersken har på fornemmelsen, at der er problemer, men er i tvivl om, hvad der er på spil.

I kendte misbrugsfamilier og hos familier med anbragte børn er man i forvejen opmærksom på, at ekstra sundhedsplejerskebesøg kan blive nødvendige.

Før besøgspakken iværksættes, indgår sundhedsplejersken og den enkelte familie en samarbejdsaftale.

”Tidligere var arbejdet i familierne mere præget af tilfældighed. Ved hjælp af metoden mindmapping (se boks nederst på siden) får vi alle hjørner af familiens historie med, og arbejdet i den enkelte familie bliver mere struktureret.

Det nye er, at sundhedsplejersken bliver nødt til at skrive sine intentioner ned. Dermed tvinges hun også til at have en åben dagsorden over for familien, og det øger den gensidige tillid,” fortæller Susanne Hede.

Familien føler, det er deres dagsorden, der gælder, og at de selv kommer til orde.

Det udvidede antal besøg betyder samtidig, at sundhedsplejersken efterhånden får forældrenes fortrolighed.

### Komplekse problemer

Århus-undersøgelsen har afsløret, hvor kompleks problemstillingen er i familier med psykisk sygdom. Susanne Hede fortæller, at der går lang tid, og ofte skal der mange besøg til, før man opdager, at alt måske ikke er, som det skal være.

Første advarselstegn kan være, at barnet ikke udvikler sig, som det skal. Barnet er enten uroligt eller alt for stille. Måske fordi det ikke får mad nok.

Sundhedsplejersken lægger måske mærke til, at moderen ikke ”ser” sit nye, lille barn.

Spædbarnets kontakt til andre etableres, når det er helt lille og kigger sin mor i øjnene. Men hvis moren ikke formår at have øjenkontakt med sin nyfødte, sættes spædbarnet tilbage i sin udvikling og lærer i værste fald aldrig at knytte nære relationer.

”Børn, der er omsorgssvigtet i starten, tager det rigtig lang tid at hjælpe,” fortæller Susanne Hede.

”Det ville afgjort hjælpe os at kende til familiens sygehistorie på forhånd. Så ville vi vide, hvad vi skulle være opmærksomme på, og kunne tidligt i forløbet sætte ind med ekstra indsats over for mor og barn. Når det gælder skolebørn, ved vi ofte heller ikke, at der er psykisk sygdom i familien. Børnene fortæller det ikke selv på skolen,” siger Susanne Hede og fortsætter:

”Er du syv-otte år, og din mor ligger under dynen hele dagen med en depression, så er det svært at have kammerater med hjem. Børnene risikerer at blive ensomme og lukket ude af fællesskabet, fordi de ikke kan fortælle, hvad der foregår derhjemme. Alle sundhedsplejersker i Danmark kender de børn,” siger Susanne Hede og efterlyser en bedre kommunikation mellem sygehuse og kommuner:

”Mange problemer for børn og forældre kunne forebygges med øget information. Det ville være optimalt, hvis enten sygehusvæsenet eller den sekundære sektor kunne sende besked til sundhedsplejersken, når far eller mor bliver indlagt med en psykisk sygdom,” siger Susanne Hede.

Hun fremhæver, at skjulte problemer i familien bliver meget tydelige, når man får tal på:

”Vi har i sundhedsplejen ikke tidligere været klar over, hvor mange skjulte problemfamilier vi har her i kommunen.”

*redaktionen@dsr.dk*

”Er du syv-otte år, og din mor ligger under dynen hele dagen med en depression, så er det svært at have kammerater med hjem. Børnene risikerer at blive ensomme og lukket ude af fællesskabet, fordi de ikke kan fortælle, hvad der foregår derhjemme.”

*Susanne Hede, sundhedsplejersker.*



### ]]] MINDMAPPING

Udefra set er det her en helt almindelig familie.

Det banker på døren.

Sundhedsplejersken kommer på besøg og laver en tegning sammen med familien. I fællesskab sætter de familiens historie, ressourcer, problemer og drømme på papir. To timer efter vil vi se en helt anden historie om familien. Positiv såvel som negativ. Når sundhedsplejersken er tilbage på sit kontor, hænger hun tegningen op på væggen og sparrer med sine kolleger: ”Når I ser den her familie, hvad tænker I så?”

Metoden hedder mindmapping og er blevet et brugbart værktøj, når sundhedsplejerskerne i Århus Kommune skal tilrettelægge deres indsats over for de enkelte familier.

Samtlige kommunens sundhedsplejersker blev ved indførelsen af mindmapping i 2005 tilbudt tre temadage for at lære den nye metode at kende.

**Familietragedie.** Den 11-årige pige var blevet usædvanlig tynd. Sundhedsplejersken opdagede tilfældigt, at hun og hendes søskende var blevet tæsket med en bøjle i årevis. Socialforvaltningen og distriktspsykiatrien havde glemt at fortælle skolen og sundhedsplejen, at der var psykisk sygdom og vold i familien.



# ”POLITIET KOM OG HENTEDE MOR I NAT”

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • MODELFOTO: CHRISTOFFER REGILD

Var hun ikke blevet lovlig tynd hen over sommeren, den 11-årige?

Sundhedsplejersken studsede, da pigen trådte ind på hendes kontor på en mindre københavnsk skole efter sommerferien. En tur på vægten afslørede, at pigen var røget under vægtkurven i sommerens løb.

”Har du haft mad med i skole i dag?”

Ja, nikkede pigen.

”Hvem har smurt madpakken?”

”Det har jeg selv,” svarede pigen, der er kendt som en ekstremt stille pige, som det er svært at slå ret mange ord af.

”Plejer du selv at smøre din madpakke?”

”Hvis nogen havde grebet fat i os, kunne de børn måske have undgået års tæsk og ydmygelser. Hele familien påvirkes, hvis en forælder er psykisk syg. Som sundhedsplejersker kan vi gøre en forskel på et tidligt tidspunkt, før familien bliver en sag for forvaltningen.”

ville sundhedsplejersken vide. ”Nogle gange. I dag var det, fordi politiet kom og hentede mor i nat,” fortalte pigen videre.

Ved at henvende sig til de sociale myndigheder finder sundhedsplejersken ud af, at familien er godt kendt i systemet. Moren er svært psykisk syg med diagnosen skizofreni.

”Som sundhedsplejersker har vi ifølge Sundhedsstyrelsens retningslinjer underretningspligt, hvis vi har mistanke om, at et barn mistrives, eller der er noget galt i hjemmet. Vi har ingen mulighed for at gribe ind på egen hånd, men skal kontakte socialforvaltningen,” fortæller sundhedsplejersken, der af hensyn til

pigen og hendes familie ønsker at være anonym. Vi kalder for nemheds skyld sundhedsplejersken Charlotte.

## Vold i årevis

Charlotte kontakter kommunen, og da det er gjort, kan hun ikke gøre andet end at holde øje med pigen, så godt hun kan, når hun alligevel er på skolen.

”Da pigen finder ud af, at jeg lytter til hende, kommer hun igen, og for hvert besøg åbner hun mere og mere op for, hvad der foregår i hjemmet.”

Pigens fortælling er så chokerende, at sundhedsplejersken beslutter sig for at underrette socialforvaltningen endnu en gang.

Det viser sig ved nærmere undersøgelse, at hjemmet har været præget af vold i mange år. Far slår mor, og far slår alle børn med en bøjle. Det handler om en familie uden netværk, som trods morens psykiske sygdom har fået lov at passe sig selv i årevis.

”Det, der chokerer mig, er, at andre offent-

Charlotte, anonym sundhedsplejerske.

lige instanser har været inde over familien og morens sygdom. Men alligevel er der ingen, der har fundet anledning til at kontakte hverken skole eller sundhedsplejerske. Distriktspsykiatrien henholder sig ofte til, at de har tavshedspligt og skal beskytte den psykisk syge. I det aktuelle tilfælde venter man bare på, at moren skal blive så dårlig, at hun kan tvangsindlægges,” fortæller Charlotte.

Det frustrerer Charlotte, at ingen i det psykiatriske system tilsyneladende har haft tanke for, at der kunne være børn i hjemmet, og at disse kunne have brug for en håndsrækning.

”Hvis nogen havde grebet fat i os, kunne de børn måske have undgået års tæsk og ydmygelser.

Hele familien påvirkes, hvis en forælder er psykisk syg. Som sundhedsplejersker kan vi gøre en forskel på et tidligt tidspunkt, før familien bliver en sag for forvaltningen. Vi er ofte kommet i familien, mens børnene var små. Derfor har familien som udgangspunkt tillid til os.

Vi kan snakke med familien, lytte til dem, rådgive dem og forhåbentlig overtale dem til at opsoge fagfolk, der kan hjælpe dem i den aktuelle situation, som f.eks. psykologer, parterapeuter og læger,” siger Charlotte.

I tilfældet med den 11-årige pige involverer Charlotte skolens tværfaglige team, der foruden hende selv også består af sagsbehandler og psykolog.

Teamet går i dialog med familien.

Tidligere måtte børnene ikke gå ud efter skoletid. De skulle gå lige hjem og blive i lejligheden, hvor de ikke kunne foretage sig meget andet end at slås med hinanden.

Efter nogen tid lykkes det på trods af megen modstand at overtale forældrene til at lade børnene komme ud blandt andre børn i fritiden. Alle tre søskende får et kommunalt tilbud svarende til deres alder. Og moren kommer i behandling.

Et år efter besøget, der satte det hele i gang, kommer pigen op til sundhedsplejersken med store, strålende øjne:

”Jeg er startet i fritidshjem, og de tog os med til stranden.”

”Tænk, hun var 12 år og havde aldrig nogensinde været på en strand,” fortæller Charlotte.

*redaktionen@dsr.dk*

*Sundhedsplejerskens rigtige navn er redaktionen bekendt.*

### ))) PSYKISK SYG MOR FIK HJÆLP TIL AT KLARE SPÆDBARNES DIÆT

En enlig mor med socialfobi føder barn med sjældnen medfødt sygdom. Lidelsen kræver streng diæt og kontrol på et universitetshospital. Den unge mor har kun et tyndt netværk i sin egen familie og magter ikke at styre barnets diæt på egen hånd. Hun har selv manglet rollemodeller i barndommen og ved ikke, hvad det vil sige at vise omsorg og tolke barnets signaler.

Her bevilger Århus Kommune 15 ekstra besøg.

På grund af de ekstra besøg får sundhedsplejersken mulighed for at komme ind på livet af denne mor. Der er også tid til, at sundhedsplejersken kan gå med i køkkenet og lære hende at lave mad efter diætforskrifterne.

”Mange unge mødre kan ikke lave mad. Tidligere lærte sundhedsplejerskerne de nybagte mødre nogle grundlæggende færdigheder som at lave f.eks. modermælkserstatning eller havresuppe, men det er der normalt slet ikke tid til i dag,” fortæller formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, *Susanne Hede*.

### ))) SKÆRPET INDBERETNING

Der er ca. 1.700 sundhedsplejersker i Danmark. Sundhedsplejerske er en beskyttet titel, som forudsætter, at man er sygeplejerske og videreuddannet i et år.

Sundhedsplejerskernes arbejde er reguleret i sundhedsloven (Lov nr. 546 af 24. juni 2005), og der findes en tilhørende ”Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge” (Bekendtgørelse nr. 1183 af 28. november 2006), og endelig har Sundhedsstyrelsen (senest i 2007) udgivet ”Forebyggende sundhedsydelse til børn og unge – Anbefalinger”.

Sundhedsplejersken har som offentligt ansat skærpet underretningspligt og er omfattet af den skærpede tavshedspligt, som følger med indsigt i medicinske data i barnets journal. Hun har pligt til at føre journal over sit arbejde, og journalerne er fortrolige papirer/dokumenter.

### ))) 200.000 PSYKISK SYGE

Ifølge PsykiatriFonden har mindst 200.000 danskere en alvorligere psykisk sygdom. Hvis en fjerdedel af de psykisk syge også er forældre, betyder det, at mindst 50.000 danske børn lever med en psykisk syg forælder.

En igangværende dansk registerundersøgelse vil i 2009 give det nøjagtige svar på, hvor mange psykisk syge der har mindreårige børn.

### ))) EN FJERDEDEL HAR BØRN

De fleste opgørelser fra psykiatriske afdelinger i de nordiske lande finder, at ca. 25 pct. af de til enhver tid henviste patienter også er forældre.

En dansk registerbaseret undersøgelse af to fødselsårsgange (1966 og 1973) fandt, at 7,8 pct. af børnene havde oplevet, at én eller begge forældre havde været indlagt på en psykiatrisk afdeling (*Christoffersen, 1999*).



”Som sundhedsplejersker skal vi nok også blive bedre til at gøre opmærksom på os selv og tage action, hvis vi får mistanke om, at noget er galt i en familie.”

*Hanne Duer sundhedsplejerske, Københavns Kommune.*

### »»» SUNDHEDSPLEJEN

Sundhedsplejen er et tilbud til alle børnefamilier i Danmark og gælder, fra barnet bliver født, til det fylder 16 år.

99 pct. af alle hjem tager imod tilbuddet om besøg af sundhedsplejersken, når der har været familieforøgelse. Alle danske børn indkaldes til skolesundhedsplejersken flere gange i løbet af deres skoletid. Typisk seks gange på ni år.

Børn med særlige behov indkaldes oftere til skolesundhedsplejersken. 99 pct. af alle børn benytter skolesundhedsplejersken.



De børn, der har problemer med en psykisk sygdom og mor, kommer typisk igen og igen til sundhedsplejersken med småskavanker, fortæller sundhedsplejerske Suzanne Agerholm fra Albertslund Kommune. Hun foreslår, at hospitalerne pr. automatik tænker sundhedsplejersken ind, når en forælder udskrives fra en psykiatrisk afdeling.

# BØRN AF PSYKISK SYGE OVERLADES ALT FOR OFTE TIL SIG SELV

**Tabu.** Sundhedsplejersker efterlyser formaliseret samarbejde med voksenpsykiatrien, når forældre til mindreårige børn indlægges med psykisk sygdom.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • MODELFOOTO: CHRISTOFFER REGILD

Ondt i maven den ene uge, hovedpine den næste og ugen efter igen en splint i fingeren.

Børn med problemer på hjemmefronten bruger mange overspringsmanøvrer, når de prøver at fortælle de voksne, at noget er galt.

Hos sundhedsplejerske *Suzanne Agerholm* fra Albertslund Kommune står døren altid åben de dage, hun holder til på en af kommunens folkeskoler.

Skolebørnene i Albertslund får seks besøg hos skolesundhedsplejersken i løbet af deres ni år i folkeskolen, men der er altid tid, hvis børn har behov for at snakke uden for aftalt tid.

”De børn, der har problemer i hjemmet f.eks. med en syg mor eller en far, der slår, kommer typisk igen og igen med en lang række småskavanker. De skal lige se mig an, før de

betror sig til mig. Børnene prøver os af med de banale ting, før de tør fortælle, hvad der virkelig trykker dem,” fortæller Suzanne Agerholm.

Hun efterlyser en fast procedure, så forældre, der indlægges, automatisk bliver spurgt, om hospitalet må kontakte deres børns skole og sundhedsplejersken. Forældrene bliver jo i forvejen spurgt, om hospitalet må sende besked til deres egen læge.

”Det kunne være rigtig rart med et formaliseret samarbejde med voksenpsykiatrien, så sundhedsplejersken fik besked, når forældre til mindreårige børn bliver indlagt med en psykisk lidelse. Der er jo ikke altid tale om problemfamilier, som i forvejen er kendt af socialforvaltningen, og hvor der automatisk bliver taget hånd om børnene. Men i de familier, som

måske befinder sig i en gråzone og søger at klare deres problemer selv, risikerer børnene at blive overladt til sig selv, hvis forældrene rammes af en psykisk sygdom. Især hvis der er tale om enlige forældre,” siger Suzanne Agerholm.

## Frygter stemping

Det er Suzanne Agerholms erfaring, at psykisk sygdom stadig er så stort et tabu, at mange forældre kvier sig ved at fortælle det til skolen.

”Mange helt almindelige borgere har også problemer med at henvende sig til en sagsbehandler for at få hjælp, hvis familien i en periode er ramt af psykisk sygdom. De er bange for at havne i et offentligt register, stemplet som psykisk syge.

Hvis vi nu vidste, at der f.eks. var psykisk sygdom i familien, ville de her børn ikke behøve at komme til sundhedsplejersken så mange gange, før vi opdagede, at de havde problemer,” siger Suzanne Agerholm. Hun fremhæver, at sundhedsplejersken er den eneste faggruppe ude i kommunerne, der ser alle børn. Sundhedsplejersken kommer i hjemmet på barselsbesøg og kan siden følge ”sine” børns udvikling og trivsel gennem et helt skoleforløb.

”Det giver os en enestående mulighed for at være parate og til stede, når problemerne opstår,” mener Suzanne Agerholm.

Hun foreslår, at hospitalerne pr. automatik tænker sundhedsplejersken ind, når en forælder udskrives fra psykiatrisk afdeling:

”Hvis der er børn i hjemmet, vil det være oplagt at spørge, om man må underrette sundhedsplejersken. Når det gælder skolebørn, bliver vi i øjeblikket slet ikke brugt.”

Sundhedsplejerske i Københavns Kommune, *Hanne Duer*, er enig.

”Vi sundhedsplejersker kunne bruges meget mere. Det ville være en rigtig god idé at oplyse forældrene om, at de har ret til at benytte sundhedsplejersken, til og med barnet fylder 16 år. Vi skal sende et signal til familien om, at de kan bruge os. Vi kan f.eks. sagtens tage på hjembesøg, selvom børnene er blevet store,” fortæller Hanne Duer.

Hun opfordrer samtidig sine kolleger til at være mere udfarende:

”Som sundhedsplejersker skal vi nok også blive bedre til at gøre opmærksom på os selv og tage action, hvis vi får mistanke om, at noget er galt i en familie,” siger Hanne Duer og fortsætter:

”Men vi har ingen sanktionsmuligheder. Vi kan kun blive ved og ved med at underrette de sociale myndigheder, hvis vi har mistanke om omsorgssvigt eller overgreb. Men det er kommunen, der skal gribe ind.”

redaktionen@dssr.dk

Soldater puster ud i 45-50 graders varme efter patrulje på landevejen i Helmand. Livet i lejrene er primitivt, og plejen af soldaternes skader og skavanker foregår ofte enten i bunkeren eller i infirmeriets telt.



# Ørkenkrigen





# danske sygeplejersker

**Sygeplejerskesoldater.** Krig kræver pleje og behandling af sårede soldater. Flere danske sygeplejersker hiver tre måneder af kalenderen ud for at tage deres tjans i det danske militær i Afghanistan. Fagbladet Sygeplejersken tog i juli med Hærens Operative Kommando til Helmandprovinsen for at følge de danske sygeplejersker og sygehjælpere i deres støvede, varme og udfordrende hverdag.

TEKST OG FOTO: KATRINE BIRKEDAL  
CHRISTENSEN, JOURNALIST



Larmen i en pansret mandskabsvogn, der snor sig gennem den stegende hede ørken i Helmandprovinsen i Afghanistan, er øredøvende. Støvet står ind fra alle sider, og metaldelene i vognen brænder mod huden, hvis man glemmer at iføre sig sine handsker. Vognen stopper brat, og soldaterne fra den lille karavane af militære køretøjer gør klar til at patruljere på en vej. Så langt øjet rækker, strækker sig kilometervis af grågul, stenet afghansk ørken, der gold og uvejsom gør hvert et skridt med op mod 30 kg tung udrustning til en kraftanstrengelse.

Mens de danske soldater stiller sig op på vejen for at visitere de afghanere, der kører forbi, holder sanitetsvognen klar ved de øvrige køretøjer til at yde førstehjælp til sårede, hvis soldaterne skulle komme i kamp. De fire sanitetsfolk, der er med i vognen, falder til ro med at vente. "Hurry up and wait," som de siger i militæret. Man skal skynde sig at være klar – til at vente. Og det gør man så. Venter på, at andre udfører deres del af missionen. Venter på, at noget forhåbentlig ikke sker. Men er klar – hvis nu.

## Testosteron og ørkenstøv

Med ansigtet dækket af et fint lag rødligt støv, der klæber til den svedige hud, ryger sygepasser *Heine* en smøg i skyggen af sanitetsvognen. Sygehjælper *Joachim* tager sig en lur på den ene af vognens to bærer, mens sygehjælper *Chanette* hælder kogende vand over sin feltration, der i dag består af spaghetti bolognese – eller rettere en tyk grød, der smager vagt af italiensk pasta på en dårlig dag. *Dennis*, der er gruppefører for enheden, holder sig ved radioen og følger med i soldaternes færden på patruljen ved vejen knap 100 m fra dem. I kikkertsigtet på hans gevær kan han følge, hvordan 11 afghanske mænd gennes ud af en meget lille jeep og visiteres.

I dag sker der ingenting. Ingen kamp, ingen sårede. En soldat får lidt papir til en blodtud, som ofte

» forekommer i ørkenen, fordi sandet blæser næsens slimhinder tynde, sanitetsvognen pakkes sammen og kører sammen med delingen tilbage til den fremskudte base nordligt i Helmandprovinsen ved navn Armadillo, hvor de danske kamptropper holder til. Et fort bygget op af sand, sten og kreativ opfindersnilde, der huser godt 150 danske soldater, sanitetsfolk og en læge. Her lever sygehjælper Chanette på 23 år side om side med en flok unge drenge i bare maver, der har skabt en velordnet Femølejr for mænd.

### Primitivt og basalt

Luften er tung af ørkenstøv og testosteron. Ud af en gammel lerklinet gård, der har huset en afghansk familie på 10 personer, har fortet forgrenet sig til adskillige primitive bunkere, hvor soldaterne lever i tæt fællesskab i godt seks måneder ad gangen. Bad foregår med en sæk, der hænges op i et stativ, maden består af feltrationer med tørret føde, der blandet med kogende vand udgør et måltid grød af varierende smag, og nattesøvnen foregår for mange under den frie, stjernefyldte nattehimmel – i øvrigt ganske frivilligt, da bunkerne er stegende hede både dag og nat.

Infirmeriet er, ligesom resten af lejren, bygget op af militærets universalmateriale hesco – en form for sandsæk, der består af flammehæmmende, gråligt stof med en ydre skal af

## ”Når man lever under de her forhold, opdager man, hvor små ens behov egentlig er. På en måde er det let.”

*Anne-Marie Agerlund, Sygeplejerske.*

metaltrådsnet. Sækkene fyldes op og stables til bunkere, boliger, stole, sofaer, og alt hvad hjertet kan begære på et fort. Alt, bortset fra det medicinske udstyr, som primært befinder sig i sanitetsvognen, har personalet hernede selv flikket sammen.

For det meste behandler infirmeriet småskader og skrammer på soldaterne. Somme tider bliver danske soldater såret ved fronten. Og så holder den danske læge åben konsultation hver eftermiddag i to timer for de lokale i området – hvilket mellem 10 og 50 mænd dagligt benytter sig af. Kvinderne er endnu ikke begyndt at komme til klinikken.

### Frontlinjens ambulance

Chanette har siden februar været en del af sanitetsteamet i den lille lejr. Selv om hun befinder sig midt i en krigszone omgivet af et drenge miljø uden adgang til rindende vand, synes den unge pige fra Aalborg godt om livet i Armadillo.

”Man lever meget primitivt og meget socialt. Her bygger man sit eget sted, og man får det, som man vil have det. Forleden bagte vi pandekager over bålet og hyggede os. Der er lidt lejrskole over det,” siger Chanette.

Men selv om lejrens soldater og sanitetsfolk

har lettere til smil og sjove historier end til tunge miner, skal der ikke være nogen tvivl om, at Chanette sammen med resten af holdet står allerforrest i krigens præhospitale indsats, når kuglerne falder, eller bomberne springer, som de gør stort set dagligt i Helmandområdet. Af sårede danskere har der siden marts været otte svært sårede, og Chanette var med til at behandle flere af dem.

”En af dem, der blev såret, var jeg ret tæt på. Det mærkelige var, at han var så fattet, og det endte med, at det var ham, der sad og trøstede mig. Alting er meget tæt på, når man er herude. Vi behandler soldaterne og ser dem som patienter. Men vi har været sammen længe, og derfor er de både venner, kollegaer og patienter på én gang. Det er en mærkelig verden, vi er i, men sådan er det herude,” fortæller den spinkle lyshårede pige, der gerne vil læse til sygeplejerske, når hun er vel hjemme i Danmark igen.

### Sygeplejerskernes udfordring

På infirmeriet i lejren Price, godt 20 km syd for Armadillo, er forholdene mere strukturerede. Her ligger telte på snorlige rækker med adgang til aircondition, rindende vand og varm mad i kantinen. To danske læger, to sygeplejersker og et antal sygepassere og sygehjælpere har ansvaret for infirmeriet, der har til huse i et telt med plads til tre patienter ad gangen.

Mens sanitetsfolkene i Armadillo er med på patruljer, venter sygeplejersker og læger i Price på, at de sårede i området bringes ind til stabilisering eller lettere behandling. *Lisbeth Bjerre*, 35 år, er én af de to sygeplejersker, der har hevet tre måneder ud af hverdagen på skadestuen i Århus for at tage sig af soldaterne i Afghanistan. Hun lever side om side med de øvrige kvinder i et telt i lejren, og med en baggrund på syv år som soldat trives hun godt i felten.

”Det her er anderledes end i Danmark. Jeg kan sagtens stå alene med to af patienterne, og det er en tillids erklæring. Derhjemme ville man være smasket til i læger, men her er der en fin fordeling af ressourcer, for jeg har fuldt styr på det,” siger hun.

Selv om infirmeriet er veludrustet, er der langt fra Price til forholdene på en dansk skadestue. Teltet, der huser infirmeriet, er på størrelse med en mellemstor dagligstue og rummer både bærer, medicin, en hyggekrog til de ansatte, skrivebord og bogreoler. Ørkenens støv lægger sig fint på alle overflader, og som sygeplejerskerne siger, er intet sterilt – rent, hvis man er heldig. Herude er det lille infirmeri en hybrid mellem en lægeambulance, en skadestue og ”det at være på stedet”.

”Vi kan ingenting helt – men lidt af det hele,” beskriver Lisbeth Bjerre.

Et faktum, der betragtes som en kreativ udfordring af overlægen for den danske indsats i Helmand, *Nina Rummer*, der også er udstationeret i Price.

”Man lærer at bruge det, man har, uden at kompromittere behandlingen. F.eks. kan vi bruge en saltvandspose i stedet for en hovedpude, hvis det lige er det, vi står og mangler. Måske er det også lidt af charmen ved at være herude,” siger Nina Rummer.

### Livet er jo risikofyldt

Anæsthesisygeplejerske *Anne-Marie Agerlund*, 55 år, der til daglig arbejder på Bispebjerg Hospital, har været ude som sygeplejerske i både Irak og Kosovo. Hun synes også, at en stor fordel ved militæret er de faglige udfordringer.

”Det er spændende at se nogle andre sider af sygeplejefaget. Det er fagligt udfordrende, og det er meget klinisk sygepleje. Vi har ikke så meget udstyr, så det er helt basal monitoring af patienten. Det er fingeren på pulsen,” siger Anne-Marie Agerlund, mens mørket sænker sig over teltet i lejren.

Temperaturen daler ulideligt langsomt fra dagens 45-50 grader til godt 30 grader under stjernehimlen.

Livet i lejren er simpelt. Her slutter hverdagen sig trygt om den funktion, man hver især indtager i krigens logistiske myretue.

”Jeg trives her. Der er mad at spise, et sted at sove og mulighed for at få et bad. Når man lever under de her forhold, opdager man, hvor små ens behov egentlig er. På en måde er det let,” siger Anne-Marie Agerlund, der aldrig føler sig utryg, når hun rejser ud med hæren.

”Her i lejren er der trygt. Men bevæger man sig udenfor, så ved man selvfølgelig aldrig, hvornår en vejsidebombe eksploderer. På den anden side så ved man jo heller ikke, hvornår én eller anden idiot derhjemme kører én ned. Livet er jo risikofyldt,” siger Anne-Marie.

### Hærens dronning

Hvis lejren i Armadillo betragtes som den sårbare myre på toppen af tuen, der svedende slæber græsstrå på ryggen, er lejren i Price den myre, der er nået ned i sikkerhed med sine småsten i favnen. Camp Bastion, derimod, er den fede, strategiske dronning, der sidder tungt på logistik og undersætter i midten af tuens trykke hulrum.

I Camp Bastion, 33 km syd for Price, ligger Helmands største felthospital, der huser 150 sygeplejersker, læger og sanitetsfolk. Kapaciteten svarer til et mellemstort regionalt hospital i Danmark, og faciliteterne er nye, svalt kølende og rene. Gangene i hospitalet snor sig praktisk fra venteværelse til skadestue, gennem operationsstue og til de to sengeafsnit, der hver har plads til 15 indlagte patienter. Våben efterlades ved indgangen, og personalet bevæger sig omkring med blide skridt og dæmpede stemmer.

Sygeplejerske *Monica Schulz*, 34 år, har sammen med det britiske personale sin daglige gang på den ene af felthospitalets senge-stuer. Det er første gang, hun er af sted med forsvaret og har forladt hverdagen på intensivafdelingen på Gentofte Sygehus for at arbejde tre måneder på felthospitalet i Camp Bastion.

Monica føler sig godt beskyttet og sikker i lejren og synes sommetider, det er svært at fornemme, at hun befinder sig i en krigszone.

”Vi er godt beskyttet her. Men når jeg ser soldaterne komme ind på båre fulde af blod og foden, der hænger slapt ned, så tænker jeg over, at der sker dramatiske ting på den anden side af muren. Så kan jeg godt mærke, at det her er krig,” siger hun.

### Smilets sygeplejerske

Skudsår er den primære skade, som *Monica Schulz* behandler på det store felthospital. Det er sårede soldater, der flyves ind fra kampe og ulykker med de britiske sanitetshelikoptere til felthospitalet.

”Vi har set mange sørgelige ting. I de store katastrofale masseskader, hvor soldaterne f.eks. har fået amputeret begge ben, har vi kunnet hjælpe dem og har til og med fået dem til at smile. Det giver mig fornemmelsen af, at jeg har hjulpet nogen videre,” siger den spinkle sygeplejerske.

Hendes dage på felthospitalet består af 12-timers vagter og herefter 24 timers hvil. Så ud over arbejdet på sengestuen, bliver der også tid til at spille volleyball, se film, drikke cola og se på nattehimmels stjernevrimmel. Det sociale er i højsædet, når der kobles af efter en lang vagt.

”Efter en hård dag på arbejde med mange sårede mødes jeg med drengene og drikker kaffe, og så sidder vi 10 mennesker rundt om en bærbar computer og ser en film. Så får man det godt igen,” siger *Monica*.

Et af de steder, hvor *Monica* og soldaterne finder ro og hvile, er hos 55-årige *Ruth Brik Christensen*, der er leder af KFUM's soldaterhjem i Camp Bastion. I en container har hun skabt en café med hjemmebagt kage, kaffe, kolde colaer, brætspil og tv-stue.

Solen står højt på himlen, termometeret sniger sig op over de 45 grader, og udenfor kæmper danskerne med sveden, der hagler af kroppen som fedt fra en velstegt julegås. Indenfor på soldaterhjemmet er der køligt. Kri-gen føles langt væk, og *Monica* sludrer med et par af drengene fra infirmeriet i lejren. Den stille ventetid kan sagtens fordrives på hyggelig vis, selv om man befinder sig midt i en krigszone.

*Afhensyn til egen og pårørendes sikkerhed præsenteres flere af personerne ved frontlinjen kun med fornavn i artiklen.*

*kbc@dsr.dk*



FOTO: MORTEN FREDSLUND

*Lisbeth Bjerre*, sygeplejerske i Camp Price i Helmandprovinsen, tilses sammen med den danske læge *Ilija Ban* en afghansk dreng, der er kommet ind på klinikken med skudsår i benet. Tre gange om ugen holder klinikken i Price åbent for de lokale afghanere, og særligt mænd og børn kommer langvejsfra for at tage imod tilbuddet om behandling i militærlejren. Denne tirsdag kommer der på tre timer godt 30 patienter med alt fra gigtsymptomer og ondt i maven til brand- og skudsår. *Lisbeth Bjerre* er glad for, at hun også bruger noget af tiden i Afghanistan på at hjælpe de lokale.

### ))) SUNDHEDSPERSONALE I AFGHANISTAN

**Sygehjælper.** En sygehjælper er en menig eller konstabel, der har en funktionsuddannelse inden for sanitetstjenesten. Uddannelsen sigter mod at give soldaten bedre forudsætninger for at yde kvalificeret hjælp til syge og sårede ved at give viden og færdigheder, der strækker sig ud over det almindelige førstehjælpskursus. Sygehjælperen er med ved fronten sammen med soldaterne i samme periode, som soldaterne er udstationeret (seks måneder).

**Sygepasser.** En sygepasser er en menig eller konstabel, der har en funktionsuddannelse inden for sanitetstjenesten. Uddannelsen er møntet på, at sygepasseren skal kunne assistere lægen i tilfælde, hvor det ikke er muligt at have sygeplejersker tilknyttet enheden. Tillige har sygepasseren et højere fagligt niveau end sygehjælperen, jf. de civile social- og sundhedshjælpere og -assistenter. Sygepasseren er med ved fronten sammen med soldaterne i samme periode, som soldaterne er udstationeret (seks måneder).

**Sygeplejerske.** En sygeplejerske i forsvaret er tilknyttet med en fireårig rådgighedskontrakt, der forpligter sygeplejersken til i perioden at tage ud to gange tre måneder med hærens internationale missioner. Det kræver minimum tre til fem års erfaring som sygeplejerske, dansk autorisation og gode engelskkundskaber at blive taget i betragtning af forsvaret. Dertil kommer nogle krav til fysikken. Sygeplejerskerne gennemfører fire ugers basistræning i militæret inden udsendelse.

### ))) KRIGEN KORT

I efteråret 2001 angreb USA Afghanistan som første led i amerikanernes ”krig mod terror”. Efterfølgende indsatte USA en regering under ledelse af *Hamid Karzai*, der i oktober 2004 blev valgt som præsident ved Afghanistans første demokratiske valg. Siden 2001 er ansvaret for indsatsen i Afghanistan blevet gradvist overtaget fra amerikanerne af en NATO-ledet international styrke, kaldet ISAF, der medio 2008 består af 40 lande. Den samlede styrke er ifølge Udenrigsministeriet på ca. 47.000 soldater. Den overordnede opgave for ISAF er at hjælpe den afghanske regering med at udbrede og udøve kontrol med landet, så der skabes betingelser for stabilisering og genopbygning, skriver Hærens Operative Kommando på sin hjemmeside. Danmark bidrager militært med i alt ca. 700 personer i Afghanistan.

### ))) MILITÆRETS SYGEPLEJERSKER

Af hensyn til sikkerheden kan militæret ikke oplyse, præcis hvor mange sygeplejersker der netop nu er udstationeret i Afghanistan. Men Forsvarets Personeltjeneste oplyser, at siden 2001 og frem til i dag har i alt 83 sygeplejersker været udsendt til Afghanistan. Heraf har godt halvdelen været ude i tre måneder eller mere. Netop nu har forsvaret reaktionsstyrkekontrakt med i alt 106 sygeplejersker.



Mandag morgen kl. 8.30. Sygeplejerske Lisbeth Bjerre (i midten af billedet) er lige stået op og kommet ud af badet, da der kommer besked om, at tre sårede er på vej ind til Camp Price. Hun skynder sig op til infirmeriet, hvor de øvrige danske og britiske læger, sygeplejersker og sygepassere er ilet til. Da de tre sårede afghanske soldater ankommer, klippes tøjet af dem og stabiliserende behandling sættes i gang.



Mens lægerne fokuserer på den sværest sårede af de tre afghanske soldater, tager Lisbeth Bjerre ansvaret for at stabilisere den anden patient, der er kommet ind med to skudsår i det ene ben og ét i det andet. Tolken ved hovedgærdet hjælper Lisbeth med at få oplysninger fra den sårede om hans smertetilstand. Den tredje sårede er skudt i foden.



De sårede soldater bringes efter at være blevet stabiliseret så hurtigt som muligt til felthospitalet i Camp Bastion, hvor der er mulighed for operation, scanning og røntgenfotografering. Lisbeth gør hurtigt patienten klar til transporten fra infirmeriet til helikopterlandingspladsen.



Den britiske helikopters propel skærer gennem luften med tunge, rytmiske og øredøvende dunk. Lisbeth forsøger at råbe informationer videre til de britiske soldater, som bringer de sårede videre til felthospitalet længere sydpå, der er bemannet med 150 sundhedsfaglige personaler.



Helikopteren letter, få minutter efter den sårede soldat er vel om bord. Fra patienten kom ind på det danske infirmeri, til han er på vej til felthospitalet i Camp Bastion, går der 45 minutter. Ambulancen kører tilbage til infirmeriet, hvor tre nye patienter – afghanske soldater ramt af en vejsidebombe – er under behandling.



Lisbeth har eneansvar for den sårede afghanske patient, mens resten af holdet kæmper med den anden patient. Det er ikke ualmindeligt, at sygeplejerskerne i klinikken tager et stort ansvar og træffer afgørelser om medicinering mv., når der er travlhed. Her gør hun klar til at give patienten morfin.

Overlæge for den danske indsats i Afghanistan, Nina Rummer (i forgrunden af billedet) tager fat ved den ene af infirmeriets to bårer. Her er Lisbeth og resten af holdet i fuld gang med at stoppe blødningerne fra skudsår i hals og arm hos en soldat fra den afghanske hær, der kom i kamp natten til mandag.

# Traumer i teltet

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: HARALD HENDEN



## Sårede soldater

I alt 27 danskere er blevet såret i Afghanistan fra 2001 og frem til juli 2008. De er alle behandlet på infirmeriet eller felthospitalet og derefter hjemsendt til Danmark, oplyser Forsvarets Sundhedstjeneste.



# DANMARK UNDER AKUT FOR

**Akut beredskab.** Det har været et større puslespil at få brikkerne til at falde på plads i det nye akutte beredskab i Danmark. Men nu begynder det nye danmarkskort at tage form.



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Hjælp mig – og det skal være nu!

Alle kan blive enige om, at et rigt land som Danmark skal yde sine borgere den optimale hjælp, når der er brug for akut sundhedsfaglig assistance. Men temperamerterne koger nemt over, når det diskuteres, hvordan det akutte beredskab skal se ud i praksis. Det har de seneste års debat om reformerne af de fem nye regioners akutte beredskaber vist.

Det er væltet ind med kritik fra hr. og fru Jensen, organisationer og fagpersoner, når planerne har været i høring, og debatten har afsløret, at det ikke altid er stringent sundhedsfaglige argumenter, der driver processen. Det gør følelser også, ligesom fag- og lokalpolitiske hensyn.

Borgerne har ikke altid lyst til at miste en lokal skadestue. Heller ikke selv om de kan få en mere kvalificeret service på en akutmodtagelse i nabobyen, der har backup af flere specialister.

Politikerne har typisk ikke lyst til at lægge sig ud med borgerne i deres eget lokalområde, og nogle steder kæmper de bravt for at få flest mulige funktioner til deres egn. Alternativt går de efter en god erstatning for det, de mister. Det kan være i form af nye tilbud som ”skadefunktioner” til behandling af mindre skader eller en ny akutbil i byen.

Endelig strides faggrupper – læger, sygeplejersker og reddere – om, hvem der er de rette til at køre ud med akutbilerne, som bliver vig-

tige elementer i det nye beredskab. Sådan er det, fordi færre akutmodtagelser betyder længere transport fra nogle områder på landkortet. Her skal akutbilen og dens bemanning yde den første hjælp, så den tilskadedkomne kan holde til transport til akutmodtagelsen.

Planlæggere og politikere har døjet og døjer stadig i nogle regioner med at få de nye planer på plads inden for de praktiske og økonomiske begrænsninger, som nu engang findes. En af de store udfordringer er, at der jo gerne skulle være både penge, personale og faglige grunde til de beslutninger, der tages. Dertil kommer de udfordringer, som de eksisterende bygninger giver, når sygehusenes tilbud lægges om. I f.eks. Gråsten, Aalborg og Gødstrup ved

## >>> SUNDHEDSSTYRELSENS ANBEFALINGER

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til akut beredskab (i uddrag). Anbefales indført inden for 5-10 år:

- Ét landsdækkende telefonnummer til vagtlægen.
- Al henvendelse til akutmodtagelse bør være visiteret.
- Alarmcentralers personale opkvalificeres og gives sundhedsfaglig støtte.
- De telemedicinske muligheder udvikles og udnyttes.
- Der skal etableres en lægehelikopterordning i Danmark.
- Personale involveret i den præhospitale indsats skal have modtaget målrettet undervisning heri, have skadesteds erfaring og have mulighed for løbende opretholdelse af rutine.

Følgende specialer skal være på samme matrikel som akutmodtagelsens: intern medicin, ortopædisk kirurgi, kirurgi (parenkym), anæstesiologi med intensiv afdeling niveau 2, diagnostisk radiologi, klinisk biokemi ved fødsler: gynækologi og obstetrik samt pædiatri. Ved modtagelse af børn (bortset fra mindre skader): pædiatri.

Befolkningsgrundlaget for fælles akutmodtagelser bør være 200.000-400.000 personer.

Kilde: ”Gennemgang af akutberedskabet 21. december 2006”, Sundhedsstyrelsen.



# ANDRING

Herning bygger man nyt. Det kan man af økonomiske grunde ikke gøre alle steder, hvor man ellers kunne have lyst.

Efter møje og diskussion er brikkerne til det nye akutte danmarkskort ved at falde på plads, om end det ikke er helt færdigt endnu. Især i Region Sjælland og Region Midtjylland er fremtiden usikker. Du kan se kortet på de næste sider.

I kommende numre af fagbladet *Sygeplejersken* (Perspektiv) følger artikler om, hvem der optimalt skal køre ud med akutbiler – læger, sygeplejersker eller paramedicinere – og hvem borgeren skal få i røret, når han eller hun ringer 112 med et sundhedsfagligt problem. En politimand eller en person med en sundhedsfaglig uddannelse?

*redaktionen@dsr.dk*

*Kilder: Medarbejdere med ansvar for det præ-hospital område i alle fem regioner. Diverse hospitalsplaner, akutplaner, høringsvar og pressemeddelelser fra regionernes hjemmesider. Dagspressen.*

## ))) AKUTTE TENDENSER

Der vil i fremtiden – som i dag – være geografiske forskelle på de tilbud, borgerne møder, når de har brug for akut hjælp fra sundhedssystemet. Men generelt er der disse tendenser i det akutte beredskab:

### Sundhedsfaglig bemanning på vagtcentraler

Der vil ske en opkvalificering af servicen, når man ringer 112 med et sundhedsrelateret problem. Det er ønsket, fordi 80 pct. af alle opkald drejer sig om sundhed. Derfor skal borgerne i fremtiden hurtigt kunne få fat i en person, der har en sundhedsfaglig uddannelse. Men det praktiske er langt fra på plads. Aktuelle udbud af vagtcentralernes arbejde skal først afgøres, og der skal desuden indgås aftaler med alarmcentralerne, som i dag drives af politiet alle steder på nær i Storkøbenhavn.

### Længere til akutmodtagelse

Mange borgere får længere til en akutmodtagelse, og der bliver færre af dem – om end ikke så få, som Sundhedsstyrelsen har lagt op til i sine anbefalinger om et vist befolkningsgrundlag pr. modtagelse (se kort side 30-31). Til gengæld for længere afstand får borgerne flere akutbiler til at yde den første hjælp, og på nogle akuthospitaler får borgerne adgang til specialistbehandling på flere områder end i dag.

### Bedre hjælp på skadestedet

Fleere akutbiler skal sikre mere kvalificeret hjælp på skadestedet, bl.a. for at patienten kan transporteres den længere vej til akutmodtagelsen. I dag er det meget forskelligt, hvilken faggruppe der yder den første sundhedsfaglige hjælp. Også i fremtiden vil "hjælperens" uddannelse være forskellig alt efter skadested. Det kan være en redder, en paramediciner, en anæstesisygeplejerske eller en læge. Generelt planlægges der en opkvalificering. Samtidig bliver akutbilerne generelt døgnbemandede – i dag er der visse steder ikke bemanning om natten.

### Nye skademodtagelser til mindre skader

Hvor den lokale skadestue lukker – eller hvor der er langt til akutmodtagelse – dukker flere steder skademodtagelser op. De har forskelligt navn, forskellig bemanning og forskellige åbningstider alt efter lokalitet. Idéen er, at folk med mindre skader kan modtage behandling her – ofte af en sygeplejerske.

### Visitation før akutmodtagelser

Sundhedsstyrelsen anbefaler visitation af patienterne til akutmodtagelsen. Det indføres eller videreføres i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Det betyder, at borgeren skal henvises fra læge, lægevagt, 112 eller anden visitator. I Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark vil der være åbne akutmodtagelser.



# SÅDAN BLIVER DET

**Puslespil.** Brikkerne, som tegner det nye akutte Danmarkskort, er efterhånden ved at falde på plads. Fagbladet Sygeplejersken har samlet de seneste oplysninger om, hvordan den akutte hjælp tilbydes i hver af de fem regioner. Af kortet fremgår, at regionerne har valgt meget forskellige løsninger.

På [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under denne artikel findes de oplysninger, som ligger til grund for denne grafik.

## >>> ORDFORKLARING



### Skadeklinik

Klinikker med begrænsede skadestuefunktioner til behandling af mindre skader. Forskellige tilbud forskellige steder i landet.

Nogle bemandet med sygeplejersker. Ikke alle døgnåbne.



### Fælles akutmodtagelse

Er den lokalitet, hvor akut syge eller tilskadede kommer døgnet rundt tilbydes diagnostik og akut behandling på samme matrikel fra en række specialer.



### Fælles akutmodtagelse med traumecenter

Kan modtage svært tilskadede og multitraumatiserede patienter døgnet rundt.



### Lægebil

Specialudrustet bil med læge, der varetager den første indsats på skadestedet, indtil ambulance kan transportere den tilskadede til akutmodtagelse.

### Akutbil

Specialudrustet bil med forskellig bemanding alt efter lokalitet. Varetager den første indsats på skadestedet, indtil ambulancen kan transportere den tilskadede til akutmodtagelse. De fleste, men ikke alle, er døgnbemandede.



### Akutbil med ambulancebehandler



### Akutbil med paramediciner



### Akutbil med anæstesisygeplejerske

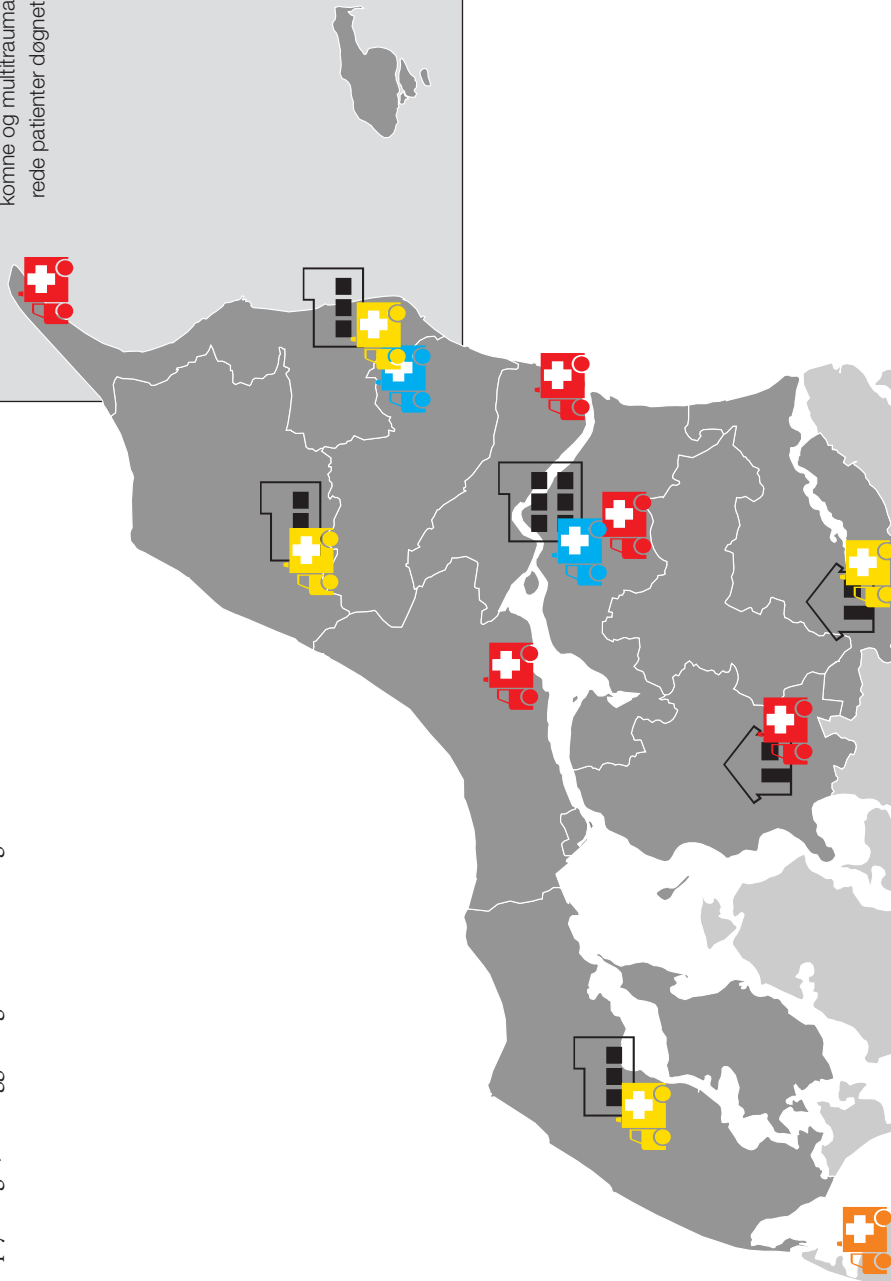


### Akutbil med paramediciner og anæstesisygeplejerske

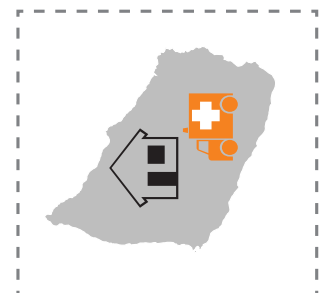


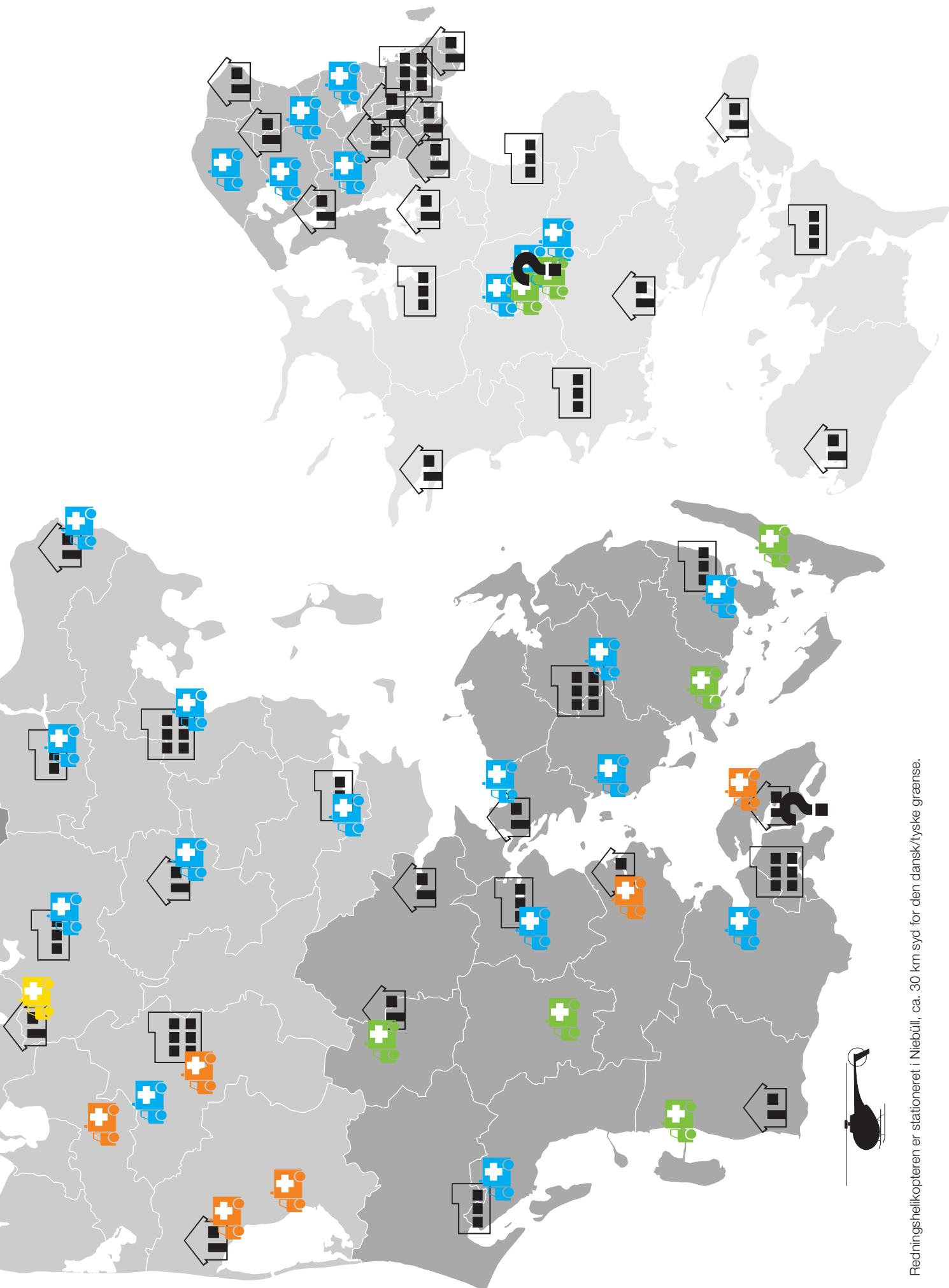
### Redningshelikopter

En fremtidig landsdækkende helikoptertjeneste er under udarbejdelse. Indtil da samarbejder regionerne med forsvaret om at trække på forsvarets redningshelikoptere i visse egne.



Kilder: De fem regioner.





Rechningshelikopteren er stationeret i Niebüll, ca. 30 km syd for den dansk/tyske grænse.

# NYE OPGAVER FOR SYGEPLE



AF MARIANNE BOM, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

## REGION NORDJYLLAND

Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges i store træk.

### Nye opgaver for sygeplejersker

Der indføres funktion som triage-sygeplejerske, der inddeler patienter i akutmodtagelsen efter hastegrader. Anæstesisygeplejersker skal rykke ud på rød (dvs. særlig alvorlig) alarm med akutbiler. Sygeplejersker forventes desuden at deltage i disponering af de præhospitale ressourcer. De skal endvidere samarbejde med paramedicinere i akutmodtagelser, fordi paramedicinere skal arbejde her, når de ikke er i akutbiler.

### I øvrigt

Somatiske patienter og psykiatriske patienter får fælles modtagelse på nyt hospital i Aalborg. Modtagelse uden om fælles akutmodtagelse: Fortsat selekterede og visiterede akutte interne medicinske patienter på sygehuse uden fælles akutmodtagelse, f.eks. i Hobro og Frederikshavn. Samt mulighed for akut indlæggelse på "enkeltafdelinger" for visse patientkategorier: Fødende, hjertepatienter og patienter med apopleksi, der er visiteret præhospitalt.

### Sådan er det i dag

#### Akutmodtagelser

Aalborg, Hjørring, Thisted samt skadestuer i Hobro og Farsø (alle døgnåbne).

#### Akutbiler

Fem akutbiler bemanded med ambulancebehandlere i Brovst (døgnåben), Farsø (døgn-

åben), Hals (8.00 til 22.00), Skagen (8.00-19.00) og Støvring (8.00-19.00).

#### Lægebiler

En i Aalborg, der kører kl. 08.00-22.00 med anæstesioverlæge, og én på Flådestation Frederikshavn med læge, der kører hverdage kl. 7.40-15.00. Desuden to specialbiler til akut transport mellem hospitaler. En til børn og én til voksne.

## REGION MIDTJYLLAND

Sundhedsstyrelsens anbefalinger forventes i store træk at blive fulgt.

### Nye opgaver for sygeplejersker

Nye arbejdsopgaver på akutmodtagelser. Flere anæstesisygeplejersker skal arbejde i akutbiler og sygeplejerskebemanning på vagtcentralen, som regionen selv vil drive. Sygeplejersker skal medvirke til visitering til akutmodtagelser i fremtiden.

### I øvrigt

Modtagelse uden om fælles akutmodtagelser: I Silkeborg modtages akutte medicinske patienter.

### Sådan er det i dag

#### Akutbiler

Herning, Holstebro, Tarm, Lemvig, Ringkøbing – alle fem steder døgnbemandet med anæstesisygeplejersker, der kan rekvirere lægebil, hvis behov. Karup (dagtid på hverdage med flyvevåbenets læger, øvrig tid: brandfolk).

#### Lægebiler

Århus og Grenaa (begge døgndækkende) samt Randers og Silkeborg (deldøgn). Lægebil i Herning og Holstebro (døgndækkende på skift). Desuden kører tre praktiserende læger ud i egen bil i det tidligere Vejle Amt og én på Djursland.

#### Akutmodtagelser

Århus, Randers, Horsens, Silkeborg, Viborg, Herning og Holstebro samt akut medicinsk modtagelse i Skive.

## REGION SYDDANMARK

Sundhedsstyrelsens anbefalinger følges i store træk. Dog ikke anbefalingen om visitation til akutmodtagelser. Desuden påpeger styrelsen et for lille befolkningsunderlag for akutmodtagelse i både Svendborg og Odense. Mulig konsekvens af det er ifølge styrelsen, at traumecentret i Odense har for lille befolkningsunderlag til at opretholde rutiner.

### Nye opgaver for sygeplejersker

Flere skadesygeplejersker på skadeklinikker. Sygeplejersker skal i højere grad samarbejde med paramedicinere, som kører akutbil, assisterer på lægebiler og er tilknyttede akutmodtagelser.

### I øvrigt

Der er politisk ønske om fælles modtagelse af somatiske patienter i Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg og på nyt hospital i Gråsten. Men det er uvist, om det kan lade sig gøre alle steder på grund af de fysiske rammer. Modtagelse uden om fælles akutmodtagelse:



# JERSKER

Akutte visiterede interne medicinske patienter i Grindsted og Vejle. Syddanmark har et mål for, hvor lang tid der må gå, før lægebilen er fremme: 15-20 minutter. Hvor det ikke kan lade sig gøre, indsættes akutbiler.

*Sådan er det i dag*

## Akutmodtagelser

Odense, Svendborg, Kolding, Esbjerg, Aabenraa, Vejle (med forskellig specialedækning på hospitalerne). Skadeklinikker i Haderslev og Sønderborg (bemandet med sygeplejersker).

## Akutbiler

Én i Rudkøbing (døgndækkende – niveau 2-redder), Haderslev og Sønderborg (bemandede om dagen med anæstesisygeplejersker).

## Lægebiler

Én i Odense (døgnbemandet), én i Aabenraa (døgnbemandet), én i Svendborg (kl. 7-18). Særlige ordninger med læger: I Trekantsområdet deler tre praktiserende læger og en anæstesiolog vagten. To praktiserende læger på Vestfyn deler vagt. I Esbjerg er der én anæstesiolog, der har vagt i den udstrækning, han kan holde til det. Fra lægehuset i Rødding kan der tilkaldes en praktiserende læge i dagtiden på hverdage. Derudover samarbejde med militær bil i Oksbøl (døgnvagt med en militærlæge) og samarbejde om lægebiler fra Flensborg og Niebüll (begge døgnvagt).

## REGION SJÆLLAND

Sundhedsstyrelsens anbefalinger forventes fraveget på grund af flere akutmodtagelser end

anbefalet i forhold til befolkningens størrelse. Der planlægges 4-6 akutmodtagelser, mens anbefalingen i forhold til befolkningens størrelse er 2-4. Akutmodtagelser er desuden uden den anbefalede visitation.

*Nye roller for sygeplejersker*

Skal på sigt ikke køre akutbil, ny funktion som skadesygeplejersker i samarbejde med lægevagt i yderområder, flere behandlersygeplejersker på skadeklinikker samt sygeplejersker inden for akut medicinsk koordination. Skal muligvis erstatte læger i lægebiler, hvis der ikke kan skaffes læger nok.

*I øvrigt*

Akut psykiatri indarbejdes i ny fælles modtagelse i Slagelse.

*Sådan er det i dag*

## Akutmodtagelser

Holbæk, Slagelse, Køge, Nykøbing F, Roskilde, Nakskov, Kalundborg. Rigshospitalet er regionens traumecenter.

## Akutbiler

Nakskov, Rødby, Saksøbing, Stege, Borup, Sorø, Ruds Vedby (bemandede med reddere eller paramedicinere) samt Nykøbing Sjælland og Kalundborg (sygeplejebemandede).

## Lægebiler

Holbæk og Slagelse (lægebemanding), Vordingborg og Maribo (læger og sygeplejersker på skift).

## REGION HOVEDSTADEN

Sundhedsstyrelsens anbefalinger fraviges, da der bliver et mindre befolkningsgrundlag pr. akutmodtagelse end anbefalet. Der bliver ikke visitation til akutmodtagelse, og fælles akutmodtagelse bliver ikke konsekvent i regionen pga. strukturen med nærhospitaler, der tager patienter ind uden om fælles akutmodtagelse.

*Nye opgaver til sygeplejersker*

Sygeplejersker ventes at løse en del af opgaven med den sundhedsfaglige disponering på vagtcentralen. Desuden skal anæstesisygeplejersker bemande ambulance på Bornholm.

*I øvrigt*

Modtagelse uden om fælles akutmodtagelse: Akutte interne medicinske patienter i Helsingør, Frederikssund, Gentofte, Glostrup, på Amager, Frederiksberg og Bornholm. Desuden også akut kirurgi på Bornholm, der i det hele taget får særlig løsning. Regionen afskaffer akutbiler. I stedet kommer ambulancer bemandet med paramedicinere.

*Sådan er det i dag*

## Akutmodtagelser

Hillerød, Herlev, Hvidovre, Bispebjerg, Rigshospitalet, Helsingør, Frederikssund, Gentofte, Glostrup, på Amager, Frederiksberg og Bornholm.

## Akutbiler

Fire.

## Lægebiler

Fire.



# SYGEPLEJERSKE GÅR I SKJUL

**Oprørte.** Sindene blev for alvor bragt i kog, da det radikale medlem af regionsrådet i Region Midtjylland, sygeplejerske Ulla Fasting, ud fra en faglig vurdering stemte for at placere det nye akutsygehus nær Herning. Selv bor hun i Holstebro Kommune.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST



Siden regionerne så dagens lys, har kampen om, hvor de nye akuthospitaler skal placeres, raset overalt i landet. I Vestjylland har regionsrådets beslutning om at erstatte

de eksisterende akutsygehuse i Herning og Holstebro med et stort, nyt sygehus udløst et intenst politisk slagsmål.

Begge byer kræver retten til et nyt akutsygehus til 4 mia. kr. Men det blev den lille by Gødstrup tæt ved Herning, der fik politisk flertal i regionsrådet. Borgerne i Thyborøn er forbitrede, for fremover skal de køre 80 km ved akut sygdom eller 10 km længere, end hvis det nye hospital var blevet placeret i Aulum ved Holstebro.

Stik mod sine byfæller i Holstebro proklamerede det radikale regionsmedlem og sygeplejerske Ulla Fasting (R), at hun ville stemme på byen Gødstrup. Det bragte sindene i kog, og også dele af hendes radikale bagland i Vestjylland var oprørt. Ulla Fasting har modtaget trusler og vrede e-mails. Hun tager kun nødtvungent ind til Holstebro og klæder sig, så hun ikke bliver genkendt.

*Hvorfor har du valgt at gå imod folkestemningen i din egen by og kreds?*

”Jeg satte mit politiske liv på spil på grund af min holdning. Jeg er efter grundige overvejelser nået frem til, at Gødstrup er den bæredygtige løsning, der kan række 50 år frem i tiden. Det gamle Ringkjøbing Amt havde taget nogle beslutninger, som pegede på Herning, fordi man havde besluttet, at al tarmkirurgi skulle samles i Herning, og man havde søgt og fået tilsagn om placering af strålekanoner i Herning. Man vidste, at der ikke i det lange løb var plads til to lige store sygehuse i vest. Desuden krævede Sundhedsstyrelsen et befolkningsunderlag på 200.000-400.000. Det kunne vi kun klare, hvis vi fusionerede de to sygehuse. Det andet krav var, at der skulle være en akutmodtagelse bemandet med speciallæger hele døgnet og hele året rundt. Det kræver mindst 7-8 speciallæger. Skal vi skaffe så mange, skal afstanden til Århus og Trekantsområdet være så kort som muligt. Med motorveje-

ne udbygget vil de kunne komme til Herning på en halv til trekvart time.

*Hvad skal en patient fra Thyborøn så gøre, når han nu får 80 km til nærmeste akuthospital mod i dag 70 km?*

”Afstanden i tid bliver kortere ved placeringen nord for Herning, fordi der er gode tilkørselsveje, og fordi man ikke skal ind i en stor by. Desuden sender vi en lægebemandet

der det vækst i hele det vestlige område og så absolut også i Holstebro og Struer. Nu skal vi bare have lavet et ekstra togspor mellem Struer, Holstebro, Herning og Ikast, så man kan stå af toget et stenkast fra hovedindgangen til det nye Sygehus Vest.”

*Du kan ikke vise dig i byen Holstebro. Kan du godt forstå folks reaktioner?*

”Ja, det kan jeg, for sygehuset er et symbol på



ARKIFOTO: OVE ANDERSEN

Sygeplejerske Ulla Fasting, der er radikalt medlem af regionsrådet for Region Midtjylland og bor i Vinderup nær Holstebro, kan ikke længere færdes frit på gaden i Holstebro. Hun har modtaget trusler og vrede e-mails, fordi hun har stemt for et nyt sygehus nær Herning.

ambulance, som er en hospitalsenhed på fire hjul, ud og møder patienten. Det betyder, at behandlingen er påbegyndt længe før ankomsten til sygehuset.

*Hvis man planlægger efter, at Nordvestjylland ikke har potentiale, bliver det så ikke bare selvopfyldende?*

”Nej, for når der kommer et nyt moderne sygehus i Gødstrup med 5.000 ansatte, bety-

tryghed. Men det er jo ikke bygningen, som skal give tryghed, men de mennesker, som er i bygningen til at tage sig af dig, når du bliver indlagt. Vi kan bemane ét sygehus med tilstrækkeligt kvalificeret personale, ikke to. De to sygehuse er allerede administrativt ét, men specialerne har brug for at være samlet. Derfor fusionerer vi ved at bygge et nyt.”

## Det kan betale sig at stå sammen

Der var rigtig mange, både før og under Sundhedskartellet rekordlange konflikt med arbejdsgiverne, der havde travlt med at slå fast, at hverken sygeplejerskerne eller de øvrige 10 faggrupper i Sundhedskartellet ville få noget ud af konflikten. Der var endda nogen, der mente, at vi under ingen omstændigheder måtte få noget ud af strejken, fordi det ville ødelægge den danske aftalemødel og bringe nationen på fallittens rand.

Alligevel lykkedes det at få taget et vigtigt skridt i retning mod ligeløn. Vi fik brudt den økonomiske ramme, som regeringen havde dikteret de offentlige arbejdsgivere. Vi fik 13,3 pct., det vil sige en halv procent mere end andre. Derfor forekommer det underligt, at mange efterfølgende har haft travlt med at bagatellisere resultatet.

Men angrebsbølgen mod os stopper alligevel ikke. Nu forlyder det, at Dansk Sygeplejeråds medlemmer flygter fra den synkende skude. Realiteterne er, at medlemstallet pr. 1.7. 2008 var 854 højere end på samme tidspunkt året før og over 400 højere end ved nytår 2008. Der er med andre ord ingen basis for at fremstille udviklingen i medlemstallet som den rene faneflugt.

Derfor er der grund til at slå fast, at på trods af, at vi har været oppe mod hårde odds, så har vi opnået et godt resultat. Det gjorde vi, fordi medlemmerne i Dansk Sygeplejeråd viste en fantastisk styrke. Under konflikten blev der ydet en fantastisk og utrættelig indsats af sygeplejerskerne, tillidsrepræsentanter og de sygeplejefaglige ledere. Sammen har vi vist, at vi kan opnå resultater og flytte grænser i organisation, fag og samfund. Vi har, fordi vi er en stærk organisation med en meget stor medlemsopbakning, sat en dagsorden om ligeløn og det offentlige sundhedsvæsen, som fremtidige generationer af sygeplejersker skal arbejde i. Det synes jeg fortsat er værd at kæmpe for.

Overenskomstresultatet 2008 er et skridt i den rigtige retning, men der skal tages mange flere skridt, før vi får reel ligeløn. Derfor fortsætter kampen. Vi finder os ikke i uligeløn, hverken mellem kvinder og mænd, mellem den offentlige og private sektor eller mellem sammenlignelige uddannelser. Sundhedskartellet stillede i løbet af overenskomstforhandlingerne krav om at få nedsat en ligelønskommission. Det har statsministeren nu tilsluttet sig. Vi vil i den kommende tid arbejde hårdt på at påvirke det arbejde. Så vi kan fortsætte kampen for ligeløn i de kommende år.

*"Overenskomstresultatet 2008 er et skridt i den rigtige retning, men der skal tages mange flere skridt, før vi får reel ligeløn."*

*Grete Christensen*

Grete Christensen, 1.-næstformand







## Urimeligt tab af skattefri præmie

Af Inger Lise Rasmussen, sundhedsplejerske

**L** Det er glædeligt og godt, at de erfarne og ældre sygeplejersker bliver tilgodeset med den ny overenskomst – men vi er en gruppe, der, når alt er gjort op, kommer til at tabe penge på konflikten.

Det er de sygeplejersker, der har valgt at følge det politiske ønske om at blive på arbejdsmarkedet, til de er 65 år. Fra 62-65 år optjenes der en skattefri godtgørelse alt efter antal timer, man arbejder. Under konflikt tæller timerne ikke.

For mit vedkommende (jeg blev 64 år i april 2008) betyder det, at jeg mister et skattefrit tillæg på ca. 11.000 kr., når jeg fylder 65 år.

Jeg har været medlem af DSR, siden jeg blev uddannet i 1966, jeg er sikkerhedsrepræsentant og er med i bestyrelsen i Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker. Jeg vil være meget ked af at melde mig ud af DSR, men vil jo kunne spare nogle penge, for "hvad der mistes på karrusellerne, må jo tjenes ind på gyngerne". Regeringens snak om at beholde seniorerne på arbejdsmarkedet lyder noget "hul", når en sådan regel håndhæves så kategorisk!

Jeg er udmærket klar over, at det er et DSA-problem, men vil alligevel bede DSR om at forholde sig til det og overveje, hvordan I kan tilgodese os "gamle" i faget og beholde os som medlemmer i DSR.

Jeg synes, DSR bør friholde sygeplejersker, der er så gamle som mig, fra konfliktkontingent. Vi kommer ikke i ny konflikt og har selv været med til at betale det, der er brugt i denne konflikt.

Jeg undrer mig over, at der ikke er flere sygeplejersker over 62 år, der har ytret sig om dette forhold, men måske er vi ikke ret mange?

*Inger Lise Rasmussen er ansat i Sundhedsplejen, Århus Kommune.*

*Læs svar på dette indlæg "Ingen økonomisk kompensation" andetsteds på siden.*

## En meget dyr konflikt

Af Jette Thorleifsson, sygeplejerske

**L** Som sygeplejerske ansat i en stor kommune i Region Hovedstaden var jeg med i konflikten under Sundhedskartellet. Jeg er så gammel, bliver 65 år primo oktober, at jeg stort set ikke får noget personligt ud af konflikten, og i skrivende stund ser det ud til, at det kommer til at koste mig ekstra dyrt.

Jeg er fuldtidsansat og med i efterlønsordningen. Jeg har, siden jeg var 62 år, sparet op til den skattefrie bonus, som kan udbetales, når jeg runder de 65 år. Der kan i alt opspares 12 perioder, som hver udløser kr. 10.967. Men under konflikten kan man ikke optjene timer til den skattefrie bonus, og derfor kan jeg ikke nå at optjene mere end 11 perioder.

Det betyder at jeg mister 10.967 skattefrie kroner.

Det er brandærgeligt at skulle sige farvel til de penge!

Ifølge DSA, som har rejst denne sag politisk, har beskæftigelsesminister *Claus Hjort Frederiksen* (V) svaret, at det er i overens-

stemmelse med intentionerne bag efterlønsordningen, at man ikke optjener timer til den skattefrie bonus, hvis man er omfattet af en konflikt på arbejdsmarkedet.

I Konflikt-ABC, som blev udsendt i marts 08, er ovenstående beskrevet, men hvem kunne forudse en sådan længde på konflikten? Set i bagklogskabens lys skulle jeg øjeblikkeligt have meldt mig ud af DSR, trods et medlemskab gennem mere end 40 år!

Der må være adskillige andre, der er kommet i samme situation!

DSR/DSA og Beskæftigelsesministeriet bør meget hurtigt få forhandlet en dispensation på plads, så det vil være muligt at opnå de manglende timer ved at arbejde efter de fyldte 65 år og dermed få muligheden for at optjene de manglende timer, der så kan udløse præmien for den sidste periode.

Så vidt jeg er orienteret, er det DSR's holdning, at ingen skal miste penge på denne konflikt. Det håber jeg naturligvis står til troende? Jeg har en klar forventning om, at DSR naturligvis erstatter det økonomiske tab, jeg på grund af konflikten vil få.

Det er på ingen måde rimeligt, at det er os ældre sygeplejersker, der på denne måde kommer til at "betale" så meget for konflikten.

Jeg venter spændt på et udspil fra DSR.

*Jette Thorleifsson er primærsygeplejerske på Genoptræningscentret, Lyngby-Taarbæk Kommune.*

*Læs svar på dette indlæg "Ingen økonomisk kompensation" andetsteds på siden.*

## Svar: Ingen økonomisk kompensation

Af Grete Christensen, 1.-næstformand

Kære *Inger Lise Rasmussen* og *Jette Thorleifsson*!

I beskriver begge en for jer meget kedelig situation vedrørende optjening af skattefri præmie.

Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse (DSA) har rejst den problemstilling, I beskriver, over for Beskæftigelsesministeriet, men udfaldet heraf var desværre negativt. DSA behandler sager for alle medlemmer, der henvender sig herom, og sikrer, at sagerne kommer videre og bliver behandlet af Arbejdsdirektoratet.

Dansk Sygeplejeråd har desværre ikke mulighed for at kompensere økonomisk i forhold til den skattefrie præmie. Det er besluttet i hovedbestyrelsen, at der kompenseres fuldt ud for den normale løn under konflikten, men et eventuelt tab af efterlønspræmie vil ikke kunne sidestilles med løntab. Den skattefrie præmie er blevet indført fra politisk side som separat incitament til, at flere bliver længere på arbejdsmarkedet og ikke som en ekstra lønkompensation.

Jeg har stor forståelse for den situation, som I og andre medlemmer står i, og jeg håber, at så mange som muligt har mulighed for at tage flere vagter for herigennem at optjene de ønskede præmier inden 65-års-alderen.

I kan i øvrigt læse mere på DSA's hjemmeside:


[www.dsa-akasse.dk](http://www.dsa-akasse.dk)



## Intet udbytte af strejken

Af Bodil Drøge Heesche, afdelingssygeplejerske

Til *Connie Kruckow!*

 Undertegnede har været afdelingssygeplejerske siden den 1. maj 1977. Jeg har nu opsagt min stilling pr. 31. juli 2008, da jeg bliver 65 år til september 2008.

Kan det virkelig være rigtigt, at jeg intet får ud af den strejke, der lige har været, og som jeg har betalt bod til?

*Bodil Drøge Heesche er ansat på Øre-næse-hals-afdeling E-511, Gentofte Hospital.*

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

*Kære Bodil Drøge Heesche!*

Dansk Sygeplejeråd hviler på et solidarisk grundlag, hvor sygeplejersker i alle aldersgrupper og stillinger bidrager til kampen for bedre løn- og arbejdsvilkår. Det er ikke mindst det, der gør os til en stærk organisation. I forbindelse med overenskomstforhandlinger og konflikt kan det naturligvis ikke undgås, at medlemmer, der snart går på pension, ikke får samme udbytte af resultatet som de, der fortsætter på arbejdsmarkedet. Tidligere generationer af sygeplejersker har haft de samme vilkår. Når det er sagt, vil jeg understrege, at du får noget ud af konflikten. De lønforbedringer, Dansk Sygeplejeråd har forhandlet hjem, træder i kraft med tilbagevirkende kraft allerede fra den 1. april 2008. Jeg kan derfor afvise, at du ikke personligt får noget ud af konflikten. Samtidig har du med dit bidrag været med til at sætte en dagsorden om ligeløn og det offentlige sundhedsvæsen, som fremtidige generationer af sygeplejersker skal arbejde i. Det synes jeg også er værd at kæmpe for.

## Værd at huske for de hellige

Af Ingeborg Bølling-Ladegaard, oversygeplejerske


*Kommentar til 5 faglige minutter "Vi hellige og de andre" i Sygeplejersken nr. 15-16/2008.*

 Stor ros for gode ord i rette tid om samarbejdet efter strejken! Jeg læste indlægget fra *Birgitte Harild* i "5 faglige minutter" med stor interesse og sympati. Det er svært at være i hverdagen efter kampen, men de, der blev tilbage eller ikke er organiserede, har jo også gjort stor gavn. Værd at huske for de hellige.

*Ingeborg Bølling-Ladegaard er pensioneret oversygeplejerske.*

## Gidsler i et ydmygende magtspil

Af Inge Zink Pedersen, sygeplejerske

 Jeg bebrejder mig selv ikke at have gjort noget i tide. Vi vidste det jo allerede i november, da regeringen under valgkampen æggede til konflikt. Jeg burde have forsøgt at forhindre dét, som jeres sabelraslen uvægerligt ville føre til.

Det, nogle af os frygtede, og som netop skete: en lang, meningsløs, udsigtsløs, resultatløs konflikt, som vi, sygeplejerskerne, skulle betale.

Men jeg gjorde ingenting. Jeg kom ikke til nogen møder, hvor jeg kunne have gjort min indflydelse gældende eller bare udtrykt mit synspunkt. Håbede, det ville gå over af sig selv. At I ville have kløgt og besindelse til at modstå det politiske pres. For vores skyld.

Det nytter ikke at bebrejde jer nu, selvom det, I har gjort, virker mere uintelligent (og usolidarisk), end man næsten kan synes muligt. Men I har sikkert spillet efter reglerne.

Ingen urafstemning før konflikten om opbakningen til så stort et indgreb i vores (jeres lavtlønnede medlemmers) pengepung og arbejds-/levevilkår!

Svært at tilgive – men når ingen regler er overtrådt, er der jo heller ikke tilgivelse behov.

I stedet for 12,8 pct. lønstigning får vi nu en lønnedgang pga. strejkekontingentet. Hvis det ikke er at skyde sig selv i foden!

Vi medlemmer må se at blive klogere og interessere os for fagforeningspolitik = vore egne interesser, så vi ikke igen kommer til at stå som gidsler i et ydmygende magtspil mellem to parter, som ingen respekt har for os. Heller ikke dem, der repræsenterer os. Vi må sørge for at få de rigtige folk valgt ind i hovedbestyrelsen.

Hvis vi vil have DSR som fagforening. Hvis DSR overhovedet er en fagforening?

- I har udhulet vores løn.
- I har undermineret vores fag.
- I har brugt os til at fremme privathospitalerne i Danmark! En skamplet uden lige.
- I har ødelagt min faglige stolthed og frataget mig min arbejds-glæde.

I har forårsaget et utal af personlige ulykkeligheder under konflikten pga. strejke reglerne om ferie f.eks., og de ulige fastsættelser af åbent/lukket på ens arbejde = nogle har arbejdet mere end normalt, og andre har ikke arbejdet. Ikke befordrende for solidaritetsfølelsen. I to måneder! Uendelig lang tid. Især, når man ikke ved, om det faktisk er det – uendeligt. Og selv var man fuldstændig magtesløs. Men det er os, der skal betale.

*Inge Zink er behandler- og visitationssygeplejerske på skadestuen, Århus Sygehus.*

**"I Danmark lever omkring 22.000 børn med vold i hjemmet. Børn, der lever med og er vidne til vold, tager typisk dybt skade af det, hvis de ikke får professionel hjælp og støtte."**

*Vibeke Klarup Voetmann, direktør i Dannerhuset, og Signe Hoffmann Pedersen, psykolog samme sted, i et debatindlæg i Morgenavisen Jyllands-Posten den 12. august 2008.*





## Dårlig overenskomst

Af Ulla Gantzel Frederiksen, sygeplejerske

Åbent brev til *Connie Kruckow!*

Jeg er tosset på dig, Connie. Hvordan kan det være, at du ikke gennemskuede Løkkes spil. Du ser glad ud i dit sidste blad (*Sygeplejersken* nr. 13-14/2008). Det bør du slet ikke være, fordi du har gjort det rigtig dårligt for dine medlemmer. Jeg tror, du har glemt, hvordan det er at arbejde i marken. Men det gør jeg igen, efter at have tjent medlemmerne som FTR i ca. fem år, fra 1995-2000, for derefter at have været afdelingssygeplejerske i ca. fem år. Det sidstnævnte arbejde er dårligt lønnet – set ud fra hvor mange timer man arbejder, og hvor slidsomt det er, da man bliver svinet til nedefra og oppefra. Dårlig overenskomst.

Connie! Du lever ikke op til det, du fik væltet *Jette Søe* på! Skam dig!

Du skulle have gennemskuet Løkkes plan meget før. Nu mister vi nærmest på det, så vidt jeg har forstået! Han griner ad os. At blive sygeplejerske er at vælge et kvindefag. Og jeg har altid vidst, at pengene ikke tjenes i stor stil, men de 13,3 pct., du fik hjem, er slet ikke nok. Du gik efter 15 pct. Du skulle have stræbt efter 20 pct. set ud fra, hvor dyrt alt er blevet. Du får en fed hyre, og den fortjener du måske. Hvorfor blev du ikke ved med at sige nej? Det kan godt være, at du måtte sælge en af de smukke ejendomme – og hvad så?

Jeg er skuffet og rystet, fordi jeg troede trods alt, at du kunne klare at få os nogenlunde med. Desværre nej. Du burde trække dig. Jeg sad i kongressen, da du blev valgt. Jeg stemte på *Jette Søe*, fordi du flirtede for meget med privatisering. Jeg fik ret. Du gør det stadig.

Min analyse er: Havde du holdt ud, så var der nok kommet et regeringsindgreb. Og hvad så! Jeg tror, at vi så havde fået mindre. Og hvad så! Måske var sygeplejerskerne stille og roligt sivet ud i de private bureauer. Og hvad så! Ja, så havde Løkke fået sin vilje, han ønsker jo at privatisere hele den offentlige sektor, og så bliver der for alvor forskel på rig og fattig i Danmark. Det ønsker jeg ikke!

Men – og nu kommer konklusionen, Connie: Resultatet var for ringe, og tænk, at du ikke gennemskuede det før. Du skulle have sagt ja tak samtidig med lærerne, for så havde vi undgået selv at betale regningen for strejken. Som om vi har råd til det! Os sygeplejersker, der knokler i livet, så vi bliver syge af det. Ø!

*Ulla Gantzel Frederiksen er ansat på Bispebjerg Hospital.*

## Fantastisk behandling

Af Leif E. Pedersen, tidligere patient

*Kommentar til artiklen "Jeg følte mig som et tæppe, der er blevet trampet på med beskidte støvler" i Sygeplejersken nr. 13-14/2008.*

Jeg har læst artiklen i *Sygeplejersken* vedrørende Afdeling H22 på Herlev Sygehus (Urologisk afdeling). Det gør mig ked af det, når jeg læser om, hvor dårligt det fungerer.

Jeg har været indlagt der i 14 dage – med cancer i blæren. Jeg kan kun sige, at jeg fik en overordentlig god service på trods af, at jeg lå der i strejkeperioden. Afdelingen fungerede fantastisk, og alle patienter fik en fantastisk pleje på alle niveauer.

*Leif E. Pedersen er tidligere patient og gift med en sygeplejerske.*

## Sygeplejerske leder nyt center for kliniske retningslinjer



FOTO: TONNY FOGHIMAR

Den 3. september er der officiel indvielse af Center for Kliniske Retningslinjer – nationalt clearinghouse for sygepleje. Centeret har til huse ved Institut for Folkesundhed, Afdeling for Sygeplejeviden-skab, Aarhus Universitet. Lektor *Preben Ulrich Pedersen*, sygeplejerske, ph.d., er ansat som daglig leder af centeret og skal forestå opbygningen af centerets virksomhed.

Læs mere om centerets aktiviteter på [www.kliniskeretningslinjer.dk](http://www.kliniskeretningslinjer.dk)



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

Silentia Salgskontor  
Tel 73672011  
[www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

### >>> HVAD MENER DU

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

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

Kunne du finde på at arbejde i en krigszone for det danske militær?

Læs artiklerne om de danske sygeplejersker i Afghanistan på side 22-27.

# SYGEPLEJERSKEN

»» FAG

Fagtanker	»» 42
Faglig information	»» 42
Resuméer	»» 43
Testen	»» 55
Agenda	»» 60
Anmeldelser	»» 61
5 faglige minutter	»» 66

Evidensbaseret praksis styrker sygeplejerskers fagidentitet »» 52

Diffust indhold i undervisningen giver diffus fagidentitet »» 56

## Respirationsøvelser til patienter med lungecancer »» 44

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

## Simple respirationsøvelser hjælper lungecancerpatienter

Min far havde lungecancer, og meget i hans sygdomsforløb ville have været anderledes, hvis han var blevet tilbudt samme professionelle sygepleje som den, der er beskrevet i artiklen "Respirationsøvelser til patienter med lungecancer" side 44.

Som hos mange andre lungecancerpatienter var hans mest invaliderende symptom dyspnø, der ud over angst medførte besvær med at klare de ting i dagligdagen, der betød noget for hans livskvalitet. Han var en handlingens og logikkens mand, min far, og den spontane reaktion var: "Man må da kunne lære at trække vejret ordentligt." Hvorefter vi begav os ud på en resultatløs ørkenvandring i håbet om gode råd til hans åndedræt.

Nu har sygeplejen så fremskaffet mere end gode råd, for artiklen og den beskrevne kliniske retningslinje bygger på en systematisk litteratursøgning af kliniske, randomiserede undersøgelser, hvorefter det kan dokumenteres, at simple respirationsøvelser hjælper patienterne med at håndtere deres dyspnø. Et flot arbejde fra det vestjyske, der vil komme mange lungecancerpatienter til gode.



Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



## Ph.d.-afhandling Sygeplejefaglig metode

AF JETTE SVANHOLM, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SOC.



Sygeplejerske og adjunkt, cand.scient.soc., *Jette Svanholm*, forsvarede fredag den 12. september kl. 13 ph.d.-afhandlingen "Sygeplejefaglig metode. En videnssociologisk analyse på grundlag af en empirisk undersøgelse af sygeplejerskers hverdagsliv." Forsvaret finder sted i lokale 309, University College Nordjylland, Selma Lagerlöfsvej 2, 9220 Aalborg Øst.

Undersøgelsen bidrager med ny viden om, hvordan sygeplejefaglig metode kan defineres, hvordan sygeplejerskers handlemåder konstitueres i sygehusregi og konsekvenserne heraf for sygeplejen som profession.

Afhandlingen er baseret på et multipelt casestudium omfattende et intensivt, et kirurgisk, et medicinsk og et psykiatrisk sengeafsnit. Data er genereret gennem analyse af dokumenter, observationer af sygeplejerskers hverdagsliv samt interview med sygeplejersker, afdelings- og oversygeplejersker.

Undersøgelsen er bygget op gennem tre trin. Først beskrives sygeplejerskernes diskursive og praktiske bevidsthed i forhold til henholdsvis begrebet metode og konkret handlemåde. Sygeplejerskerne anvender kun i ringe grad ordet metode i deres hverdag. Deres handlemåder udspilles i et spændingsfelt mellem reflekterede og upåagtede handlinger. På baggrund af data er det muligt at konstruere fire idealtypiske sygeplejefaglige metoder: Den medicinske, den teknologiske, den bureaukratiske og den medmenneskelige.

Andet trin omfatter en beskrivelse af hver af de fire cases. Beskrivelserne danner grundlaget for en analyse af de faktorer, som sygeplejerskerne henviser til som betydningsfulde for deres handlemåder. Faktorerne relateres til modeldannelser til de fire idealtypiske sygeplejefaglige metoder. Der er en tendens til, at faktorer, der fremmer handlemåder, der kan relateres til bureaukratiske, teknologiske og medicinske idealtypiske sygeplejefaglige metoder, dominerer.

I tredje trin argumenteres for, at en professionsudøvelse, der legitimeres i traditioner og individualisme, er under afvikling og erstattes af forskellige typer af tilpasning til moderne, rationelle krav.

*Jette Svanholm er ansat som adjunkt på University College Nordjylland, Selma Lagerlöfsvej 2, 9220 Aalborg Øst; jes@ucn.dk*

*Opponent/bedømmelsesudvalg:  
Professor Helle Ploug Hansen, Institut for Sundhedstjenesteforskning, IST- Helbred, Menneske og Samfund, Syddansk Universitet, Odense.  
Professor Feiwel Kupferberg, Lärarutbildningen, Malmö Högskola.  
Lektor Jan Brødslev Olsen, Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.*

*Vejledere:  
Lektor Hanne Kathrine Krogstrup, Institut for Sociologi, Socialt arbejde og Organisation, Aalborg Universitet.  
Professor Erik Laursen, Institut for Uddannelse, Læring og Filosofi, Aalborg Universitet.*

# Læring af grundlæggende sygepleje i primær sundhedstjeneste

AF ANNE-MARIE SKOVSGAARD, SYGEPLEJERSKE, MASTER I LÆREPROCESSER, CARSTEN NIELSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.PÆD., BRITTA STENHOLT, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., OG DORTHE SØRENSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.PÆD.

**Artiklen henvender sig til undervisere på sygeplejeskoler og sygeplejersker på plejecentre. Den beskriver et projekt, hvor sygeplejestuderendes læring af grundlæggende sygepleje på plejecentre er undersøgt. Hovedbudskabet er, at de studerendes læring ikke afviger fra den læring, studerende har på somatiske sygehusafsnit, men at de studerende ikke er tilfredse med den kliniske vejledning på plejecentrene.**

Øget specialisering og effektivisering af behandlings- og plejeforløb på somatiske sygehuse gør det vanskeligere at finde egnede studiepladser på sygehuse til sygeplejestuderende, som skal lære grundlæggende sygepleje. Derfor er der gennemført et projekt med det formål at undersøge studievilkår og studerendes læring af grundlæggende sygepleje på plejecentre. Hensigten var at etablere permanente kliniske undervisningssteder.

Der er foretaget empiriske studier i form af observationer, videooptagelser og interview.

Projektet er gennemført i et samarbejde mellem fire plejecentre i Hammel, Randers og Århus Kommune samt VIA University College, Sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg, Randers og Århus.

19 studerende i kliniske studier på 1., 2. og 3. semester indgik i studierne.

Studierne viser, at plejecentrene kan tilbyde relevante sygeplejefaglige udfordringer knyttet til læring af grundlæggende sygepleje. De studerendes læringsudbytte på plejecentre har været på samme niveau som studerendes læringsudbytte på tilsvarende uddannelses-trin på somatiske sygehusafsnit.

De studerende på plejecentre er generelt mindre tilfredse med den kliniske vejledning end deres medstuderende på somatiske sygehusafsnit. Der er knyttet organisatoriske og uddannelsesmæssige problemer til den kliniske vejledning, f.eks. for få sygeplejersker, manglende vejledererfaring og manglende vejledere med formel vejlederuddannelse.

Nogle kliniske vejledere giver udtryk for at savne kollegaer til faglige og pædagogiske drøftelser. Samarbejdet med de studerende har vejlederne oplevet som udfordrende og givende. Personalet i plejecentrene har som helhed udbytte af de studerendes tilstedeværelse i

klinisk undervisning, og beboerne er glade for at modtage pleje af de tilknyttede sygeplejesteruderende.

## Problemer skal løses

Studiet tydeliggør, at en række organisatoriske og pædagogiske problemstillinger skal løses, hvis plejecentre skal gøres til permanente undervisningssteder. Selv om de studerende tilsyneladende har et godt læringsudbytte, er det problematisk, at de som helhed vurderer vejledningsforhold og studiemiljø dårligere end deres medstuderende på somatiske sygehuse. Det kan i værste tilfælde medføre frafald i studiet. Hvis der skal etableres permanente kliniske undervisningssteder på plejecentrene, skal der skabes et studiemiljø. Det kræver ledelses- og personalemæssig motivation og opbakning. Der skal udvikles vejlednings- og tilrettelæggelsesformer, så kvaliteten lever op til de krav til klinisk undervisning, der er beskrevet i bekendtgørelsen (1).

Som opfølgning på studiet er der fra januar 2008 igangsat et toårigt implementeringsprojekt, hvor sygeplejerskeuddannelser i Silkeborg, Randers og Århus samarbejder med seks kommuner om oprettelse af permanente kliniske undervisningssteder. I de to år modtager plejecentrene organisatorisk og pæda-

gogisk støtte fra projektleder, og implementeringsprocessen bliver monitoreret med forskellige indikatorer, der kan sige noget om udviklingen af et studiemiljø på plejecentrene.

*Anne-Marie Skovsgaard er underviser og projektleder ved VIA University College Sygeplejerskeuddannelsen; afre@viauc.dk*

*Carsten Nielsen er pædagogisk koordinator, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.*

*Britta Stenholt er lektor på sygeplejerskeuddannelsen i Silkeborg.*

*Dorthe Sørensen er lektor på Sygeplejerskeuddannelsen i Randers.*

Projektrapporten "Læring af grundlæggende sygepleje i primær sundhedstjeneste" kan downloades på hjemmesiden VIA University College, Den Sundhedsfaglige Højskole, Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.

[www.sygeplejerskolen-aarhus.dk](http://www.sygeplejerskolen-aarhus.dk) > skriv "udgivelser og projekter" i søgefeltet > Udgivelser > Udgivelser 2008

## Litteratur

1. Bekendtgørelse og studieordning for uddannelsen til professionsbachelor i sygepleje. BEK nr. 29 af 24/01/2008.

## Interaktiv psykoedukation ved depression

*Lin M-F, Moyle W, Chang H-J, Chou MH, Hsu M-C. Effect of an interactive computerized psycho-education system on patients suffering from depression. Journal of Clinical Nursing. 2008; 17:667-676.*

**R** *Formål:* At undersøge effekten af et interaktivt computerbaseret psykoedukationssystem (ICPS) versus et traditionelt undervisningssystem hos patienter med depression.

*Metode:* I denne undersøgelse fra Taiwan indgik 32 patienter i alderen 19-54 år. Hos 85 pct. blev depressionen klassificeret til at være mild til moderat. Patienterne var delt i en interventionsgruppe (19 personer) som modtog psykoedukation via ICPS og en kontrolgruppe (13 personer) som modtog traditionel psykoedukation. Effekten blev undersøgt ved hjælp af et selvkonstrueret instrument, der bedømte omfanget af forkert medicinindtagelse, selvregulering af ordineret medicin og opfattede fordelene ved det respektive undervisningssystem. Data er opgjort statistisk.

*Resultater:* Patienterne i interventionsgruppen havde en signifikant bedre kompliance i forhold til ordineret medicin, og resultaterne tydede på, at de havde større indsigt i og forståelse for deres sygdom.

*Bemærkninger:* Undersøgelsen er lille, men den tyder på, at et interaktivt computerbaseret undervisningsprogram ville kunne hjælpe patienter med depression. Artiklen indeholder også en grundig gennemgang af referencerammen for patientundervisning.

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

**ARTIKLENS MÅL ER**

- at læseren bliver opmærksom på, hvorfor og hvordan patienten med lungecancer kan anvende respirationsøvelser
- at læseren får kendskab til anbefalinger for plejen til patienter med lungecancer
- at læseren kan nævne tre principper for intervention, som er baseret på patientens sygdomsstadie.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og studerende, som yder sygepleje til patienter med dyspnø pga. lungecancer. Dele af indholdet er en klinisk retningslinje udarbejdet af forfatteren og anvendt på Sydvestjysk Sygehus. Retningslinjen er udarbejdet på baggrund af et litteraturstudie.

# Respirationsøvelser til patienter med lungecancer

AF GUNHILD HANSEN, KLINISK SYGEPLEJELÆRER • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

**»»» BLÅ BOG**

*Gunhild Hansen er uddannet sygeplejerske i 1986 fra Ribe Amts Sygeplejeskole. Hun har arbejdet på ortopædkirurgisk sengeafdeling, øjenafdeling, ambulatorium og operationsafdeling indtil 1999, hvor hun blev ansat som klinisk sygeplejelærer på Centralsygehuset i Esbjerg ved neurologisk afdeling, øre-næse-hals-kirurgisk afdeling og øjenafdelingen.*

*Siden 2005 har hun været ansat i Hovedorto Området ved Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg (Ortopædkirurgi, øre-, næse- og halskirurgi, øjenkirurgi og kæbekirurgi), hvor hun er beskæftiget med uddannelse og udvikling.*

*Gunhild Hansen har diplom i almen pædagogik fra 2003, hun har deltaget i en tværamtslig uddannelse i projektledelse og evidensbaseret praksis i 2006 og er bestyrelsesmedlem og webmaster i fagligt selskab for øre-, næse- og halskirurgiske sygeplejersker.*



PRIVATFOTO

Dyspnø (åndenød) er et altoverskyggende og alvorligt problem for patienter med lungecancer. Symptomet indvirker på patientens fysiske, sociale og psykosociale velvære, det stresser dem og dominerer deres liv, så de bliver dybt afhængige af andre. Det er det hyppigst forekommende symptom, som af patienten opleves som overvældende og svært at kontrollere. 29-74 pct. af alle patienter med lungecancer oplever dyspnø i deres sygdomsforløb (1,2).

Dyspnø defineres af Sundhedsstyrelsen som: "(...) en ubehagelig oplevelse af åndedrættet" (3). Det vil sige, at patienten har et åndedræt, der opleves som slidsomt, svært og ubehageligt med angst for kvælning og dødsangst (4).

Dyspnø har ofte et fysiologisk grundlag, men forstærkes, når panikangst og respiratorisk panik opstår. Patientens reaktion på og forståelse af dyspnø har be-

tydning for hans håndtering af tilstanden. Dyspnø kan opstå, før diagnosen lungecancer er stillet eller kan optræde undervejs i sygdomsforløbet afhængigt af tumors beliggenhed. De sidste uger af livet øges hyppigheden og intensiteten.

Når patienten får anfald af dyspnø i hjemmet, følger angsten ofte med. Hjælpen må patienten søge hos pårørende, i hjemmeplejen eller hos egen læge, idet patienten ikke selv har lært at håndtere dyspnø. Når der først er opstået en ond cirkel, er det ikke altid let at bryde den, og ofte indlægges patienten (se boks 1 side 45).

Inden for rehabiliteringen af patienter med KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) arbejdes med forskellige former for intervention i hjemmet ved specialister fra hospitalerne, men samme indsats er ikke beskrevet for patienter med lungecancer.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i behandling og pleje fremgår dels i "Faglige retningslinjer for den palliative indsats" (3), dels i "Referenceprogram for Lungecancer" (5). Det anbefales, at de faglige miljøer udvikler et hensigtsmæssigt patientforløb. Interventionen til lungecancerpatienten bør omfatte både farmakologisk og ikkefarmakologisk pleje og behandling. Anbefalingerne for den ikkefarmakologiske intervention omfatter afslapningsøvelser og lungefysioterapi. Herudover nævnes meditation og massage, hvilket ikke hører til sygeplejerskernes sædvanlige fagområde.

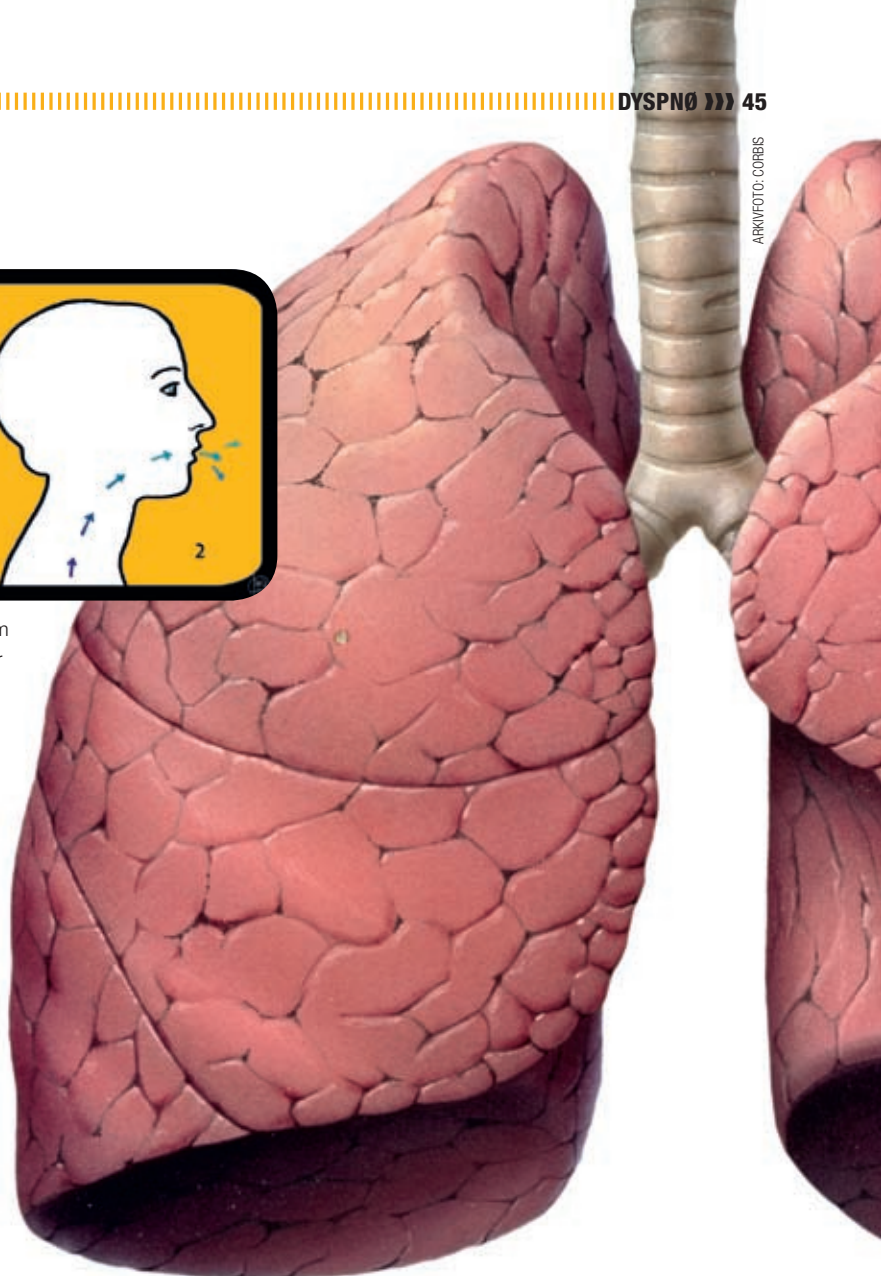
Inspiration til arbejdet med den kliniske retningslinje er fundet både i Danmark og i udlandet, hvor der er arbejdet med og beskrevet, hvad ovenstående interventioner kan indebære, og hvordan de kan udmøntes i praksis (6,7).

**Metode**

Den kliniske retningslinje er udarbejdet på baggrund af et litteraturstudie (9,10). Fokusering af spørgsmålet, »

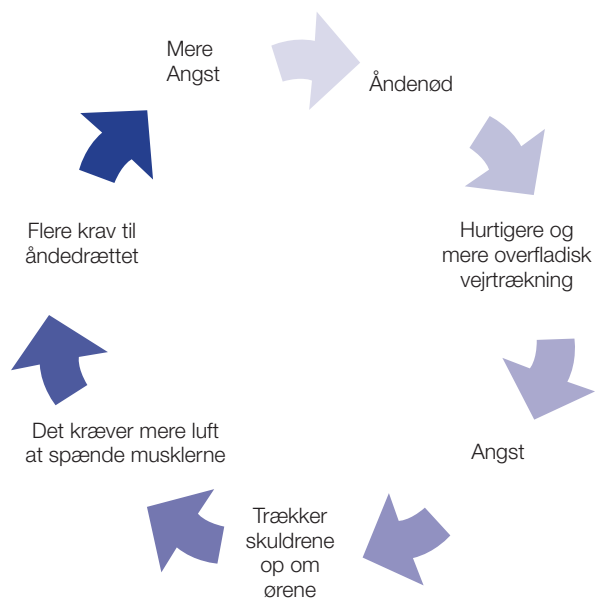


Indånding gennem næsen og langsom udånding gennem spidset mund giver patienten en oplevelse af at kunne kontrollere åndedrættet



### »»» BOKS 1. DYSPNØENS ONDE CIRKEL

Anbefalinger for hvordan dyspnøens onde cirkel brydes. Figuren illustrerer, hvordan dyspnø er et komplekst samspil af fysiske ændringer i lungerne og en følelsesmæssig oplevelse af dyspnø.



Respirationsøvelser medvirker til at bryde den onde cirkel.

Andre interventionsforslag:

- rolig tilstedeværelse hos patienten
- frisk luft (ventilator/vifte)
- afkøling af ansigtet (innervationsområdet af 2. og 3. gren af 5. kranienerve reducerer oplevelsen af åndenød)
- god lejring
- økonomisere med luften (udarbejde dagsprogram)
- hjælp til at finde en rolig vejtrækning
- støtte op omkring vejtrækningsøvelser
- massage/berøring
- at sætte ord på åndenød og angst og dermed at kunne rumme patientens åndenød og angst.



## &gt;&gt;&gt; BOKS 2. INTERVENTION

Problem/patient	Intervention	Alternativ til interventionen	Udbytte
Patienter med diagnosticeret neoplasma malignum pulmones. Inoperable	Respirationsøvelser til lungecancerpatienter	Sædvanlig farmakologisk og ikkefarmakologisk behandling og pleje	<b>Primært udbytte</b> At patienterne <ul style="list-style-type: none"> <li>• kan håndtere deres dyspnø</li> <li>• får færrest mulige anfald af dyspnø</li> <li>• får færrest mulige anfald af angst</li> <li>• kan klare dagligdagen.</li> </ul> <b>Sekundært udbytte</b> At patienterne <ul style="list-style-type: none"> <li>• oplever livskvalitet</li> <li>• har færre indlæggelser i det terminale forløb</li> <li>• opnår større uafhængighed af iltbehandling.</li> </ul>
Fokuseret spørgsmål: Hvordan kan respirationsøvelser hjælpe patienter med lungecancer til at håndtere deres dyspnø, så de får færrest mulige anfald af dyspnø og angst og kan klare dagligdagen?			

- >> som litteraturstudiet skal give svaret på, er fremkommet på baggrund af disse fire spørgsmål:
- Hvilke patienter drejer det sig om?
  - Hvilken intervention drejer det sig om?
  - Hvad er alternativet til interventionen?
  - Hvilket udbytte er der tale om?

Det drejer sig om patienter med diagnosticeret neoplasma malignum pulmones (lungekræft), som er inoperable. Interventionen til lungecancerpatienterne er respirationsøvelser. Alternativet til interventionen er sædvanlig farmakologisk og ikkefarmakologisk behandling og pleje.

Det primære udbytte er, at patienterne kan håndtere deres dyspnø, får færrest mulige anfald af dyspnø og angst og kan klare dagligdagen. Det sekundære udbytte er, at patienterne oplever livskvalitet, får færre indlæggelser i det terminale forløb samt at de opnår større uafhængighed af iltbehandling (se boks 2 herover).

### Litteraturstudiets hovedspørgsmål

Det fokuserede spørgsmål, som ønskes besvaret, er: "Hvordan kan respirationsøvelser hjælpe patienter med lungecancer til at håndtere deres dyspnø, så de får færrest mulige anfald af dyspnø og angst og kan klare dagligdagen?"

Ud fra det fokuserede spørgsmål er der defineret søgeord til den systematiske litteratursøgning samt kriterier for, hvad der inkluderer og ekskluderer artikler (se boks 3 side 47).

Der er søgt litteratur i databaserne Medline, CINAHL, Cochrane og PEDro.

Det endelige resultat er gennemgået med Agree-instrumentet med henblik på intern validering.

### Resultat af litteraturstudiet

Søgningen resulterede i 57 artikler, hvoraf nogle går igen i de forskellige søgedatabaser. Ved gennemlæsning af titel og abstract blev 54 artikler ekskluderet, da de ikke opfyldte inklusions- og eksklusionskriterierne, men omhandlede andre problemstillinger end den aktuelle. Det efterlader tre artikler, der indgår som datamateriale. Den ene af disse artikler er publiceret i 1999, og den er således uden for den angivne søgetidsramme, men artiklen er inkluderet pga. det sparsomme antal artikler.

Hver artikel er læst af to personer, der har udarbejdet et resumé. Efterfølgende er resuméerne sammenlignet, og hvis der er fundet uoverensstemmelser, er artiklen læst igen og diskuteret, til der blev opnået enighed. Til støtte ved gennemlæsningen er der anvendt tjeklister fra Sundhedsstyrelsens vejledning i udarbejdelse af referenciprogrammer (8).

Hånd søgning i litteraturhenvisninger har ikke resulteret i andet relevant datamateriale.

### Diskussion af litteratur

Bredning (10) har gennemført en klinisk randomiseret kontrolleret undersøgelse af effekten af intervention i seks sygeplejeklinikker i England. I interventionsgruppen fik patienter med lungecancer en pakkedløsning bestående af psykosocial støtte, åndedrætskontrol og mestringsstrategier en gang om ugen i otte uger.

Data blev målt ved baseline og efter fire og otte uger. Resultatet tyder på, at patienterne i interventionsgruppen havde forbedret overlevelse i de første måneder.

Flere patienter end i kontrolgruppen oplevede dyspnøen som let, altså en forbedring i dyspnøen, samt forbedring i niveauet for angst, aktivitetsniveau og fysisk lidelse. Patienterne forbedredes signifikant på tre

punkter, nemlig mht. at kunne gå på trapper, gå uden-dørs og på indkøb. Interventionens indvirkning på angst og depression er uklar, men patienternes humør blev forbedret i de otte uger, interventionen blev målt. Forbedringen bygger på, at patienten har lært at håndtere dyspnøen og udnytte mulighederne for at tale om svære følelser og bekymring.

Konkret indhold i interventionsprogrammet var vejledning og anvisninger til patienter og deres familier om, hvordan de kan håndtere dyspnøen, en detaljeret vurdering af dyspnøen, og hvad der forbedrer og forværrer den, forklaringer på, hvad dyspnø betyder for deres sygdom og følelser for fremtiden, målsætning om fuldendelse af vejrtræknings- og afslapningsteknikker, mestringsstrategier samt en tidlig erkendelse af problemer, som kræver lægelig og farmakologisk intervention.

Moore (11) har gennemført en klinisk randomiseret kontrolleret undersøgelse af sygeplejerskers opfølgning på behandling af lungecancerpatienter. Undersøgelsen foregik på et specialiseret cancerhospital med tre tilhørende klinikker i det sydøstlige England. Patienterne blev randomiseret til enten sygeplejeintervention eller til den konventionelle opfølgning i lægeklinik, som forløb uændret. Den bestod i efterbehandlingskonsultationer med 2-3 måneders intervaller efter behov, og indholdet var medicinsk behandling og monitorering af sygdommen.

Sygeplejeinterventionen bestod i konsultation i sygeplejeklinik én gang månedligt, hvor en klinisk vurde-

### »» STOP OP OG TÆNK

1. Hvordan informerer I patienter med dyspnø på din afdeling?
2. Hvordan lærer I patient og pårørende at vurdere dyspnøen, så de selv kan håndtere den?
3. Hvordan taler I med patienten om bekymring og angst for dyspnø?
4. Oplever du usikkerhed (eller ser du kollegaer, som bliver usikre), når patienten bliver angst pga. dyspnø?
5. Har I et tilbud om patientskole, en pjece, en dvd eller lignende med instruktion i vejrtrækningsøvelser på din arbejdsplads?
6. Hvordan samarbejder I med fysioterapeuter om respirationsøvelser til patienterne med lungecancer?

ring blev foretaget, enten ambulant eller telefonisk. Sygeplejerskerne i klinikkerne var specialister og ansvarlige for hele plejen. Patienterne havde åben adgang til at kontakte sygeplejersker i sygeplejeklinikken ved fremmøde (kun mandag til fredag) eller telefonisk, når de havde behov for det. Sygeplejerskerne foretog en vurdering af patientens problemstillinger og symptomer, videregav information, vejledning og koordinerede andre tilbud, således at en hurtig og omfattende kommunikation og visitation til alment praktiserende læge, hjemmeplejen eller speciallæger blev arrangeret.

Patienttilfredshed blev målt baseline samt efter tre, seks og 12 måneder. Patienter, som modtog intervention, havde mindre svær dyspnø efter tre måneder, havde bedre score for emotionel funktion, accepterede sygeplejerskeintervention, fik en mere optimal behandling, »

### »» BOKS 3. LITTERATURSØGNING, STRATEGI

#### Udvælgelseskriterier

#### Inkluderer

##### Patientpopulation

- Patienter, som har diagnosticeret lungecancer
- Patienter, som oplever
- dyspnø
  - angst
  - at de hægges i hverdagen
  - at livskvaliteten er påvirket.

##### Litteraturtyper

- metaanalyser
- systematiske analyser af randomiserede
- kontrollerede undersøgelser.
- randomiserede klinisk kontrollerede forsøg.

##### Nøgleområder

- Dyspnø
- angst
  - livskvalitet
  - håndtering af dagligdagen.

#### Ekskluderer

- Artikler på andre sprog end engelsk og skandinavisk

#### Litteratursøgning fra 2000-2007

##### Søgeord

- dyspnoea
- breathing exercises
- neoplasm lung
- anxiety
- quality of life.

##### Internet hjemmesider

- [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk)
- [www.palliativecare.com](http://www.palliativecare.com)
- [www.ffy.dk](http://www.ffy.dk)

##### Hånd søgning

- søgning i de udvalgte artiklers referencelister.

**»»» BOKS 4**

Macmillan Cancer Relief er et center i London, der i hele United Kingdom arbejder for at forbedre cancerpatienters liv. De yder praktisk, medicinsk, emotionel og finansiel støtte og udarbejder kampagner for bedre liv med cancer. Herudover arbejdes med forskning, uddannelse, udvikling og service til professionelle.

Macmillan Cancer Relief har udviklet tre pjecer:

- Living with breathlessness
- Coping with breathlessness
- Managing the experience of breathlessness.

Pjecerne kan rekvireres på hjemmesiden [www.macmillan.org.uk](http://www.macmillan.org.uk) > Find "Information" > Find "Cancer publications" > Find pjecens titel

**»»» BOKS 5. INTERVENTION PÅ SYDVESTJYSK SYGEGEHUS***Diagnosefasen*

Der er udarbejdet en pjec til patienterne, der anviser konkrete respirationsteknikker som en hjælp til at udføre respirationsøvelserne. Pjecen udleveres, når patienten er til ambulant samtale ved diagnosesvar. Henvielse sendes til fysioterapien med henblik på instruktion i respirationsøvelserne. Patienten kontaktes telefonisk af fysioterapeuten, med henblik på at aftale, om patienten ønsker instruktionen. På idéplan er udarbejdelse af en dvd med anvisninger på de konkrete øvelser og med det samme indhold som pjecen.

Pjecen "Hjælp til bedre vejrtrækning" kan downloades på [www.sydvestjysk-sygehus.dk](http://www.sydvestjysk-sygehus.dk) > "Patienter" > "Om behandlinger og undersøgelser" > "L" > "Lunger" > "Hjælp til bedre vejrtrækning"

*Den fremskredne og terminale fase*

Plejepersonalet skal uddannes, så de kan instruere patienter i brug af respirationsøvelserne.

Telefonisk kontakt med patienterne overvejes. Kontaktsygeplejersken kontakter patienten nogle dage efter udskrivelsen for at følge op på aftaler og afklare, om der er problemer. Det betyder, at patient og pårørende vil opleve kortere vej mellem sygehuset og hjemmet og derved har lettere ved at kontakte afdelingen.

*Perspektiver for fremtidig intervention*

Med hensyn til den fremtidige pleje af patienter med lungekræft har vi følgende overvejelser:

- Etablering af et udgående hospital og samarbejde med hjemmeplejen.
- Patientkursus inspireret af den model, som er anvendt på Odense Universitets-hospital, kaldet "Lungecancerskole". Skolen består af et undervisningsforløb for patienter og pårørende, hvor de konkrete øvelser præsenteres. Herudover indgår konkret viden om lungerne, sygdom, mestring af sygdom og livssituation gennem psykosocial vejledning og fysisk aktivitet.

**»»» BOKS 6. DIAPHRAGMA VEJRTRÆKNING**

Sådan lærer patienten diaphragma vejrtrækning:

Jo mere abdomen bruges, des mere fyldes og tømmes lungen. Lungerne fungerer som en maskine med gasudveksling, hvor indånding af luft og udånding af CO<sub>2</sub> bliver gjort af lungevævet, men gøres mulig ved hjælp af åndedrættet.

Alt, hvad der kan få lungen til at arbejde lettere, vil mindske dyspnøen.

Dyb vejrtrækning med mellemgulvet, sådan gør du:

- Sæt dig i en god stol.
- Slap af i skuldrene.
- Læg hænderne på maven.
- Træk vejret gennem næsen og mærk samtidig, hvordan din mave hæver sig.
- Pust langsomt ud og mærk, hvordan din mave sænker sig.
- Gentag dette 5-10 gange.
- Øv det flere gange om dagen.

» havde færre lægekonsultationer og færre strålebehandlinger. Patienter i interventionsgruppen ville hellere dø hjemme end på hospitalet i forhold til kontrolgruppen.

Den ændrede sygeplejeintervention betød, at der blev taget større hensyn til individuelle behov, det gav øget patienttilfredshed og reducerede antallet af lægekonsultationer på hospitalet.

Thompson (12) har gennemført et systematisk review af ni artikler, hvor der blev inkluderet randomiserede kontrollerede undersøgelser og kontrollerede kliniske undersøgelser, der vurderer noninvasiv intervention til lungecancerpatienter.

Fund i artiklerne viser, at rådgivende intervention har en positiv indvirkning på både emotionelle, psykologiske (angst og depression) og fysiske symptomer, f.eks. dyspnø. Det er vigtigt, at patienten deltager aktivt i egen terapi og får mulighed for at udtrykke og forklare følelser og tanker om deres symptomer, diagnose og fremtid. Intervention skal muliggøre et rådgivende og empatisk forhold med en passende trænet professionel. Det er i studierne uklart, hvem der er den bedste professionelle, men i artiklerne foreslås multidisciplinære team. Disse team skal imødekomme patientens individuelle behov og samarbejde med konventionel medicin for at udvikle behandling og vejledning.

**Kategoriser efter sygdomsstadie**

Studierne er kategoriseret ud fra type af intervention. Thompson (12) foreslår i stedet at kategorisere på basis af sygdomsstadie:

1. Tidlig diagnosefase: Interventionen er præget af undervisning, som forbedrer patientens færdigheder samt guidning i at klare sygdomsrelaterede problemer.
2. Fremskredent sygdomsstadie: Interventionen er rettet mod individuelle behov og emotionel støtte.
3. Terminalt sygdomsstadie: Interventionen er rettet mod at forbedre patientens livskvalitet, udvikling af strategier til at klare eksistentielle problemer samt emner relateret til sorg blandt pårørende og i plejegruppen.

Artiklerne giver ikke svar på, hvilken konkret intervention der er bedst egnet i de enkelte stadier.

Her følger en opsummering i forhold til de hovedområder, der er valgt i udvælgelseskriterierne (se boks 3), og det primære og sekundære udbytte, som er beskrevet under metodeafsnittet.

*Dyspnø*

Det primære udbytte er, at patienterne kan håndtere deres dyspnø og får færrest mulige anfald af dyspnø.

Når patienten lærer at håndtere sin dyspnø, oplever han, at der sker en forbedring i dyspnøen. Det har betydning, at patienten og pårørende har viden om, hvad der forværrer og forbedrer dyspnøen, dvs. kan vurdere dyspnøen og ved, hvad tilstanden betyder for deres sygdom og følelser for fremtiden. Sygeplejerskerne sikrer, at patienten mestrer sin dyspnø ved at opstille mål for, at han

er i stand til at udføre konkrete vejrtræknings- og afslapningsteknikker.

En tidlig erkendelse af problemer, som kræver lægelig og farmakologisk intervention, er betydningsfuld for udviklingen af dyspnø.

#### Angst

Det primære udbytte er, at patienter får færrest mulige anfald af angst.

Interventionens indvirkning på angst og depression er uklart, men patientens humør og emotionelle funktion forbedrede sig i interventionsperioden. Hertil blev anvendt emotionel og psykologisk rådgivning, hvor patienten lærte at håndtere dyspnøen og havde mulighed for at tale om svære følelser og bekymring. Når patienten fik mulighed for at forstå sin sygdom og sygdommens indvirkning på hans livssituation, øgede det patientens deltagelse i egen terapi, idet hans evne til at deltage i sin egen situation blev skabt.

#### Håndtering af dagligdagen

Det primære udbytte er, at patienter kan klare dagligdagen. Når patienten modtager intervention, forbedres aktivitetsniveauet, f.eks. det at kunne gå på indkøb. Endvidere betød interventionen, at patienten havde færre lægekonsultationer.

#### Livskvalitet

Et sekundært udbytte er, at patienter oplever livskvalitet.

Forbedring i dyspnø bedrer patientens tilfredshed med livet og selvagtelsen, hvilket giver livskvalitet. Individuel og mangesidig intervention med mulighed for pleje i hjemmet giver tilfredshed hos patienterne.

#### Implikationer for sygeplejen

Resultaterne fra litteraturstudiet gør det muligt at opstille en række graduerede anbefalinger.

Dyspnø reduceres ved, at patienten får undervisning i at håndtere dyspnø. Konkrete teknikker er åndedrætskontrol vha. teknikker anvendt hos patienter med KOL: Abdominalt åndedræt, udånding med spidset mund, progressiv muskelafslapning samt kontrol af respirationsfrekvensen. Macmillan Cancer Relief har, på baggrund af egen forskning, udviklet et program med konkrete anbefalinger (se boks 4 side 48).

Det anbefales, at patienten (i parentes angives styrken af anbefalinger eller rekommandationsgraden ud fra skalaen A, B og C, hvor A er højeste styrke)

- anvender konkrete teknikker til åndedrætskontrol (A)
- benytter teknikker anvendt hos KOL-patienter (A)
- anvender udånding med spidset mund (A)
- anvender progressiv muskelafslapning (A)
- anvender kontrol med respirationsraten (A).

Dyspnø reduceres ved, at patienten lærer mestringsstrategier, så han ser sammenhængen mellem dyspnø, sygdom og prognose, sætter mål for sociale og funk-

nelle funktioner, får øvelse i at adspredde sig samt får mulighed for at tale om svære følelser og bekymringer. Det anbefales, at patienten

- lærer mestringsstrategier (A)
- ser sammenhæng mellem dyspnø, sygdom og prognose (A)
- sætter mål for sociale og fysiske aktiviteter (A)
- får øvelse i at adspredde sig (A)
- får mulighed for at tale om svære følelser og bekymringer (A).

Interventionen tilrettelægges på basis af en vurdering af, hvad der bedrer og forværrer dyspnø hos den enkelte patient.

Det har betydning, at personalet har tid til patienten.

Det anbefales, at personalet

- afklarer med den enkelte patient, hvad der bedrer og forværrer dennes dyspnø (A)
- har tid til patienten (A).

Når der opstår problemer for patienten, skal der være mulighed for kontakt til professionelle specialister døgnet rundt – specialister, som kan give vejledning og tidligt identificere problemer, der kræver læge eller farmakologisk intervention.

Det anbefales, at

- patienten kan komme i kontakt med professionelle specialister døgnet rundt (A)

#### LÆSERTEST

Find et rigtigt svar på hvert spørgsmål

##### 1. Hvor mange patienter med lungecancer oplever dyspnø?

- a. 25-50 pct.
- b. 50-75 pct.
- c. 29-74 pct.

##### 2. Hvilken faktor forstærker dyspnø?

- a. Væskemangel
- b. Panikangst
- c. Læsning.

##### 3. Respirationsøvelsen "spidse mund" betyder

- a. at udånde med spids mund, så åndedrættet bliver dybere, og patienten oplever at kunne kontrollere åndedrættet
- b. at puste kinderne op og herefter puste langsomt ud gennem munden, så patienten oplever at blive beroliget
- c. at pruste ud gennem læberne, derved koncentrerer patienten sig om andet end dyspnøen, som på den måde mindskes.

##### 4. Hvor kan sygeplejerske, fysioterapeut og patient få viden om respirationsteknikker og øvelser?

- a. På deres lokale sygehus
- b. Sydvestjysk Sygehus har udarbejdet en pjece, "Hjælp til bedre vejrtrækning", der kan downloades fra nettet. Se boks 3.
- c. Hos den ledende overlæge.

- » • problemer, som kræver læge eller farmakologisk intervention identificeres så tidligt som muligt (A).

### Den kliniske retningslinje fuldendes

På baggrund af anbefalingerne for klinisk pleje kan et interventionsprogram udarbejdes, og den kliniske retningslinje kan fuldendes (se boks 5 side 48).

Som nævnt foreslår Thompson (12) en kategorisering af interventionen på basis af sygdomsstadie i stedet for type af intervention. Det kan være inspiration til opbygning af den lokale kliniske retningslinje.

### Diagnosefasen

Principper for intervention i første sygdomsstadie rettes mod, at patienten lærer at anvende forskellige respirationsteknikker samt afslapningsøvelser. Desuden hjælper patient og pårørende med at sætte ord på de svære følelser og evnen til at mestre sygdommen (se boks 6 side 48).

### Den fremskredne fase

Intervention for andet sygdomsstadie rettes mod individuelle behov. Patient og pårørende har eventuelt brug for emotionel støtte, der bygger på principper fra første sygdomsstadie. Patienten bliver ofte indlagt i denne fase, men kan ret hurtigt udskrives til hjemmet igen. Patient og pårørende har behov for at kunne komme i kontakt med professionelle specialister.

### »»» ENGLISH ABSTRACT

Hansen G. Respiratory exercises for patients with lung cancer. *Sygeplejersken* 2008;(17):44-50.

*Background and purpose:* Dyspnoea is experienced by between 29 and 74 per cent of lung cancer patients and is therefore a dominant, invalidating symptom, involving anxiety and reduced quality of life. The purpose of this article is to examine how we can help lung cancer patients to deal with their dyspnoea as well as possible, so as to experience as few attacks of dyspnoea and anxiety as possible and to manage everyday life, as well as experiencing quality of life.

*Method:* A study of the literature has been undertaken. Through systematic literature searches for clinical, randomised studies and systematic examination of the literature relating to controlled studies, three articles were found. These articles were read in relation to checklists.

*Results:* Graduated recommendations have been drawn up which form the basis for the preparation of clinical guidelines.

*Conclusion:* It is documented that simple respiratory exercises help patients to handle their dyspnoea.

Key words: Dyspnoea, clinical guidelines, lung cancer, respiratory exercises.

### »»» SVAR PÅ LÆSERTESTEN

1 c – 2 b – 3 a – 4 b

### Den terminale fase

I den terminale og tredje sygdomsstadie har patienten brug for kærlig, omsorgsfuld og kompetent sygepleje. Patient og pårørende har brug for at udvikle strategier for at klare eksistentielle problemer og emner relateret til sorg og sorgbearbejdelse.

*Gunhild Hansen er klinisk sygeplejelærer, ansat i Hovedorto Området,*

*Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg, Region Syddanmark: gunhildhansen@gmail.com*

### Litteratur

- Hately J. et al. Breathlessness clinics within specialist palliative care settings can improve the quality of life and functional capacity of patients with lung cancer. *Palliat Med.* 2003;17:410-417.
- Jantarakupt P, Porock D. Dyspnoea management of lung cancer: applying the evidence from chronic obstructive pulmonary disease. *Oncol Nurs Forum* 2005;32:785-795.
- Komitéen for Sundhedsoplysning: Faglige retningslinier for den palliative indsats. Vojens: Sundhedsstyrelsen, 1999.
- Krishnasamy M, Corner J, Mredin M, Plant H, Bailey C. Cancer nursing practice development: understanding breathlessness. *J Clin Nurs.* 2001;10:103-108.
- Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG): Referenceprogram 2001. Lungecancer, undersøgelse og behandling. Århus: 2001; www.lungetcancer.dk
- Espersen B. Kvalitetsudvikling af sygepleje til patienter med lungekræft og dyspnø. *Sygeplejersken* 2005 (30):30-4. og tilhørende: Projektbeskrivelse, klinisk retningslinje, registreringsskemaer og pjeces: "At leve med åndenød".
- Gallo-Silver L, Pollack B. Behavioral interventions for lung cancer-related breathlessness. *Cancer Practice* 2000;6:268-273.
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning i udarbejdelse af referenceprogrammer. Sekretariatet for Referenceprogrammer: CEMTV, 2004. [http://www.sst.dk/upload/planlaegning\\_og\\_behandling/cemtv/sfr/sfrvejledning2004\\_2.pdf](http://www.sst.dk/upload/planlaegning_og_behandling/cemtv/sfr/sfrvejledning2004_2.pdf)
- Andersen IB et al. Evidensbaseret medicin. København: Gads Forlag; 2005.
- Bredin M, Corner J, Krisnasamy M, Plant H, Bailey R, A'Hern A. Multicentre randomised controlled trial of nursing intervention for breathlessness in patients with lung cancer. *BMJ* 1999;318:901-4.
- Moore S, Corner J, Haviland J, Wlees M, Salmon E, Normand C, Brada M, O'Brien M and Schmidt I. Nurses led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *BMJ* 2002;325:1145.
- Thompson E, Solá I, Subirana M. Non-invasive interventions for improving well-being and quality of life in patients with lung cancer – A systematic review of the evidence. *Lung Cancer* 2005;50:163-176.

En fuldstændig litteraturliste kan fås hos forfatteren.

# Evidensbaseret praksis styrker sygeplejerskers fagidentitet

AF LISA KORSBEK, MAG.ART., PH.D., LISE KVISTGAARD, CAND.NEGOT., HD-O, OG KRISTIAN KIDHOLM, CAND.RER.SOC., PH.D.

**Artiklen henvider sig til ledere og sygeplejersker, som ønsker at arbejde på at evidensbasere praksis. Artiklen beskriver et pilotprojekt på Odense Universitetshospital og peger på, at det øger sygeplejerskernes faglige identitet at arbejde med evidens.**

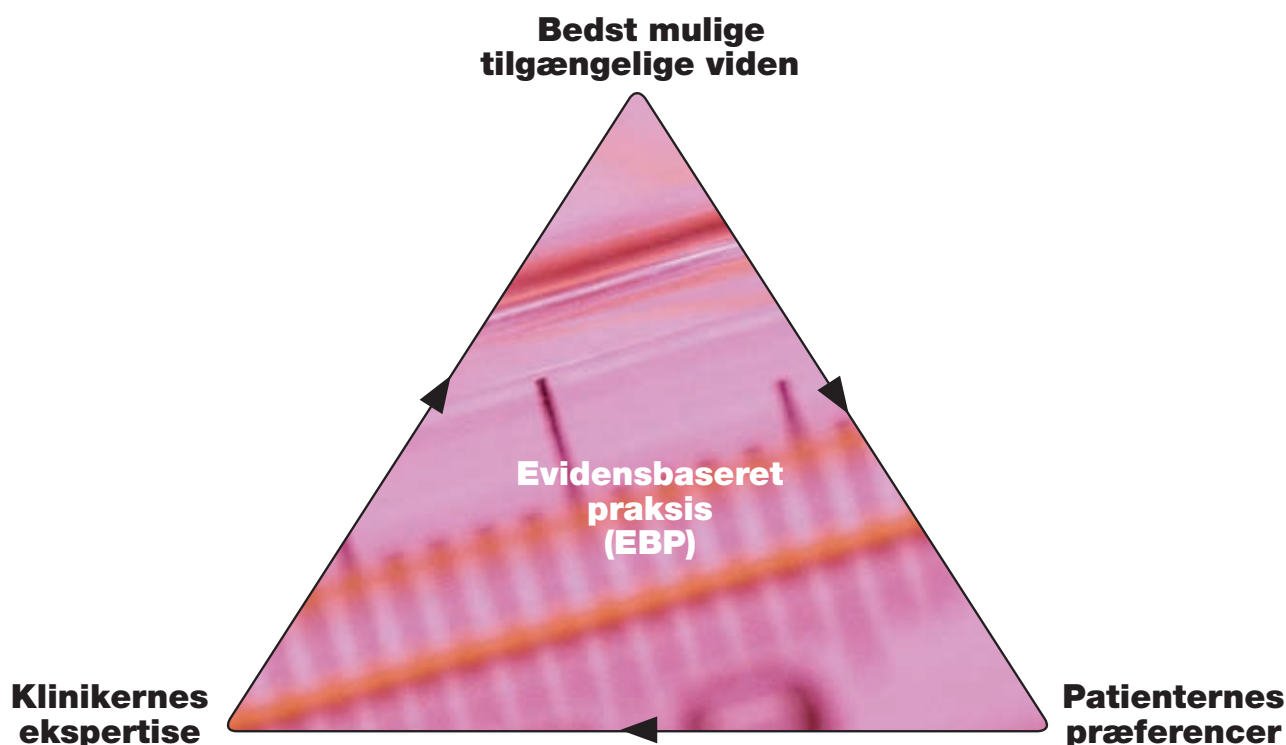
Odense Universitetshospital (OUH) har igennem flere år arbejdet målrettet på at evidensbasere praksis. På OUH defineres evidensbaseret praksis (EBP) som den bedst mulige tilgængelige viden integreret med klinisk ekspertise og patienternes præferencer. I overensstemmelse med sundhedsloven defineres behandling bredt som undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Med EBP menes således, at behandlingstilbud fra alle hospitalets faggrupper skal baseres på den bedst mulige viden, som den fremgår af den videnskabelige litteratur, men samtidig følger OUH den nationale og internationale enighed om, at EBP ikke kun er videnskabelig evidens. Det er væsentligt også at inddrage patienternes perspektiv og klinikernes erfaring.

I 2004 blev der udarbejdet en handleplan for implementering af EBP på Odense Universitetshospital. Hand-

leplanen anbefalede, at EBP skulle afprøves som et pilotprojekt for udvalgte afdelinger i en toårig periode.

Grundlaget var bl.a. erfaringer og råd fra eksperter på McMaster University i Canada, der blev besøgt af OUH's styregruppe for EBP på en studietur i 2002. MacMaster er kendt for implementering af evidens, og eksperter på universitetet anbefaler at satse på afdelinger, der i forvejen er positivt indstillede og allerede i gang med tiltag på området. På den baggrund blev der valgt fem pilotafdelinger, som deltog i hospitalets EBP-pilotprojekt i perioden 2004-2006.

EBP-pilotprojektet blev evalueret i slutningen af 2006. Formålet med evalueringen var at afdække de aktiviteter, afdelingerne havde gennemført i projektperioden, at undersøge følgerne samt at indsamle erfaringer hos personalet til senere brug. Der blev spurgt til faktuelle tiltag (deltagelse i kurser, revision af kliniske retningslinjer, etablering af møder og konferencer) og til betydningen af disse aktiviteter for afdelingens faglige niveau og be-



”Sygeplejerskerne tegnede sig hurtigt for langt hovedparten af deltagerne på kurserne i litteratursøgning, de etablerede deres egne Journal Clubs og arrangerede interne kurser i kritisk læsning.”

handlings- og plejeprocesser. Derudover blev den mere overordnede betydning af at være deltager i EBP-pilotprojektet mht. personalets holdning før og under arbejdet i projektet og de aspekter, der havde hæmmet versus fremmet arbejdet, evalueret. I denne artikel opsummeres de erfaringer og de særlige perspektiver for sygeplejerskers arbejde med evidensbaseret praksis, som fremgik af evalueringen.

### Pilotprojektets metode og formål

I 2001-2002 blev der på alle afdelinger på Odense Universitetshospital gennemført en spørgeskemaundersøgelse om evidensbaseret praksis. Undersøgelsen viste, at interessen samt en del forudsætninger og ressourcer for udøvelse af EBP var til stede i mange af hospitalets afdelinger, men at der var behov for uddannelse, øget bevidsthed om EBP, tid og værktøjer. Dette gjaldt såvel for læger som for sygeplejersker.

Da handleplanen for implementering af EBP på Odense Universitetshospital blev udarbejdet i 2004, blev fem afdelinger udvalgt til at deltage i OUH's pilotprojekt i perioden 2004-2006:

- Medicinsk afdeling C (268 fuldtidsnormeringer)
- Pædiatrisk afdeling H (341 fuldtidsnormeringer)
- Medicinsk Endokrinologisk Afdeling M (118 fuldtidsnormeringer)
- Medicinsk Gastroenterologisk afdeling S (79 fuldtidsnormeringer)
- Anæstesiologisk/intensiv afdeling V (ita) (448 fuldtidsnormeringer).

Rådet fra McMaster om at satse på afdelinger, der i forvejen er positivt indstillede, blev fulgt, idet de fem afdelinger er kendetegnet ved at have engagerede medarbejdere med viden om og interesse for evidensbaseret praksis, der kunne sætte gang i processen og fungere som rollemodeller.

Der blev etableret en overordnet EBP-styregruppe bestående af repræsentanter fra både det kliniske og det administrative niveau (se boks 1 øverst th.) og desuden nedsat en evidensgruppe i hver af de fem afdelinger. Hospitalets cheflæge var EBP-styregruppens formand.

Styregruppen påtog sig de formelle forpligtelser med at udstikke overordnede retningslinjer, samle information, sørge for udbud af kurser og tilførsel af it-udstyr og være sekretariat, men det var evidensgrupperne i de enkelte afdelinger, der havde opgaven med at planlægge, hvordan man kunne nå de ønskede resultater. ]

#### ]]] BOKS 1. STYREGRUPPEN

EBP-styregruppen på OUH blev etableret i marts 2001 og bestod oprindeligt af 13 medlemmer, tværfagligt sammensat fra det kliniske og det administrative niveau. I forløbet frem til 2007 var der enkelte fratrædelser og jobskift. Følgende 15 medlemmer har derfor siddet i styregruppen:

Cheflæge *Peter Frandsen* (formand), centerchef *Inge Skov Andersen*, professor, dekan *Mogens Hørdler*, adm. overlæge *Poul Klint Andersen*, overfysioterapeut *Kirsten Dam*, udviklingssygeplejerske, ph.d.-stipendiat *Bente Hoeck*, overlæge, dr.med. *Ane Friis Bendix*, professor *Steffen Husby*, oversygeplejerske *Grete Kirketerp*, professor *Court Pedersen*, professor *Ove Schaffalitzky de Muckadell*, adm. overlæge *Niels Dieter Röck*, MTV konsulent *Kristian Kidholm*, AC-fuldmægtig *Lise Kvistgaard Jensen* og AC-fuldmægtig *Lisa Korsbek*.

#### ]]] BOKS 2. EVALUERING AF EBP-PILOTPROJEKT

Specifikke resultater vedrørende sygeplejerskernes deltagelse:

124 af de i alt 152 personer, der havde været på kursus i systematisk litteratursøgning, var sygeplejersker.

- Sygeplejerskerne på flere af afdelingerne var gået i gang med at udarbejde deres egne kliniske retningslinjer, en enkelt afdeling havde udarbejdet 12-14 nye sygeplejefaglige retningslinjer.
- Sygeplejerskerne på to af de fem afdelinger havde etableret egen Journal Club, og sygeplejerskerne i en tredje afdeling var med i en tværfaglig Journal Club.
- Sygeplejerskernes holdning til evidensbaseret praksis var overvejende positiv.
- Sygeplejerskerne tog imod projektet som en mulighed for at videreudvikle deres faglige identitet.
- Afdelingernes svar på, om arbejdet med de kliniske vejledninger i projektperioden har haft en betydning for det faglige niveau og for daglig praksis, fremhævede især betydningen for afdelingernes sygeplejersker.

Fire af de fem afdelinger fremhævede især EBP-projektets betydning af arbejdet med kliniske vejledninger i gruppen af sygeplejersker, mens den femte afdeling allerede før EBP-projektet havde påbegyndt udarbejdelse af evidensbaserede kliniske vejledninger.

Repræsentanterne for afdelingerne siger:

- ”Evidensbaserede vejledninger vil fremover få samme store betydning på sygeplejesiden, som de i dag har på lægesiden.”
- ”Arbejdet med kliniske vejledninger har været en revolution for sygeplejerskerne.”
- ”Arbejdet har betydet, at de kliniske sygeplejersker har skullet lære at forholde sig kritisk til egen praksis, søge viden og formidle på skrift.”
- ”Sygeplejerskerne er blevet ekstremt opmærksomme på evidens i daglig klinisk praksis.”

## ”Sygeplejersker synes som faggruppe meget motiverede for at integrere evidensbaseret praksis i dagligt klinisk arbejde.”

- » De overordnede retningslinjer fra styregruppen drejede sig især om den metodologiske tilgang til evidensbaseret praksis ved f.eks. udarbejdelse af kliniske retningslinjer og konkret om opkvalificering af personale, adgang til informationssøgning og etablering af Journal Clubs, der i praksis består af en gruppe fagpersoner, som i et formaliseret forum diskuterer relevante emner og læser og vurderer videnskabelige artikler med det formål
  - at give deltagerne mulighed for at sætte sig ind i den aktuelle viden på et specifikt område
  - at forbedre den kliniske praksis
  - at tilegne sig kompetencen kritisk læsning (1).

Der blev i EBP-pilotprojektet lagt vægt på, at

- der skulle udarbejdes kliniske retningslinjer på grundlag af den nyeste viden
- personalet skulle uddannes og opkvalificeres til et niveau, hvor EBP kan udføres i det daglige kliniske arbejde på grundlag af bl.a. kendskab til klinisk epidemiologi, biostatistik, litteratursøgning og kritisk læsning
- der skulle sørges for en let adgang til informationssøgning i afdelingerne med online adgang til faglitteratur
- der skulle etableres evidensbaserede konferencer og Journal Clubs, hvor aktuelle problemstillinger blev behandlet efter evidensprincipperne om at indhente videnskabelig litteratur og tilrettelægge behandlingen herefter.

Ca. hver anden måned blev styregruppen informeret om afdelingernes arbejde, der blev udbudt gratis kurser i litteratursøgning målrettet pilotprojektet og tilført økonomiske ressourcer til it-udstyr og til deltagelse i nationale og internationale kurser og konferencer. Samtidig blev der udarbejdet materiale til afdelingernes brug, herunder en pjece om litteratursøgning og evidensvurdering og en større web-baseret resourceside om evidensbaseret praksis med bl.a. tjeklister oversat til dansk.

### Sygeplejerskerne profiterer af projektet

I begyndelsen af 2006 havde pilotafdelingerne fungeret i halvandet år. Der blev udarbejdet en statusrapport for at beskrive de tiltag, der var igangsat i de enkelte pilotafdelinger. Afdelingerne havde i den mellemliggende periode fået tilført ressourcer i form af computere, der var reserveret arbejdet med EBP, samtidig med at mange ansatte havde været på kurser i litteratursøgning. Flere af de fem afdelinger havde også etableret Journal Clubs eller netværk, hvor litteraturen gennemgås og evidensvurderes.

Allerede af statusrapporten fremgik det, at det især var afdelingernes sygeplejersker, der syntes at profitere af projektet. Statusrapporten konkluderede, at pilotprojektets succes ikke kun skyldtes, at de fem afdelinger var i gang med konkrete aktiviteter relateret til projektet og i en vis udstrækning anvendte evidensstækningsprincipper i litteratursøgning, kritisk læsning og ved udarbej-

delse af kliniske vejledninger, men i særdeleshed, at sygeplejerskerne i flere af de deltagende afdelinger viste sig at være meget motiverede. Sygeplejerskerne tegnede sig hurtigt for langt hovedparten af deltagerne på kurserne i litteratursøgning, de etablerede deres egne Journal Clubs og arrangerede interne kurser i kritisk læsning. En del sygeplejersker deltog også på kurser uden for hospitalet, der kunne opkvalificere dem i evidensbaseret praksis.

### Evidensbaseret praksis især for sygeplejersker

Da pilotprojektet blev evalueret i slutningen af 2006, blev sygeplejerskernes aktivitet bekræftet. Evalueringsmetoden var kvalitativ med spørgeskemaer og fokusgruppeinterview, og den blev indledt med udsendelse af et spørgeskema til de fem involverede afdelinger. Spørgeskemaet skulle besvares skriftligt af afdelingens repræsentant i den centrale styregruppe sammen med 2-3 personer i afdelingens evidensgruppe, der så vidt muligt repræsenterede flere faggrupper, f.eks. læger, sygeplejersker og terapeuter. Den skriftlige besvarelse blev fulgt op af et semistruktureret fokusgruppeinterview med 3-4 repræsentanter fra afdelingen inklusive repræsentanten fra styregruppen. Ved interviewet blev det udfyldte spørgeskema anvendt som interviewguide ved tilstedeværelsen af en interviewer og en moderatør.

Evalueringen viste bl.a.,

- at i alt 152 personer fra de fem afdelinger har gennemført kursus i systematisk litteratursøgning målrettet EBP-pilotprojektet
- at alle fem afdelinger har arbejdet med udarbejdelse af nye eller revision af gamle kliniske retningslinjer, og at metoderne i nogle afdelinger er blevet mere systematiske
- at Journal Clubs nu er fast etableret i alle fem afdelinger
- at holdningen til evidensbaseret praksis har ændret sig i positiv retning i de afdelinger, hvor holdningen inden pilotprojektet var afventende eller lettere kritisk
- at de afdelinger, der har haft størst udbytte af projektet, har haft en markant ledelsesopbakning i projektperioden.

Derudover viste evalueringen en række specifikke resultater vedrørende sygeplejerskernes deltagelse (se boks 2 side 53).

Alle fem EBP-pilotafdelinger peger på den betydning, projektet har haft for afdelingens sygeplejersker. Der synes via projektet at være sket en generel skærpelse af de deltagende sygeplejerskers fokus på evidens, som i stigende grad bliver en integreret del af selvforståelsen og den faglige identitet.

### En invitation til udvikling

Sygeplejersker synes som faggruppe meget motiverede for at integrere evidensbaseret praksis i dagligt klinisk arbejde. Baggrunden fremgår ikke direkte, men evalueringen tyder på en sygeplejefaglig kultur, der fremmer synet på evidensbaseret praksis som en opkvalificerende mulighed. Såfremt sygeplejersker i den grad synes at tage imod den invitation til udvikling og skærpelse af den faglige identitet, der ligger i evidensbaseret praksis, kan sygeplejersker i væsentlig grad bidrage til evidens-



baseringen på landets hospitaler. Der er således perspektiver for hospitalernes udvikling og sundhedsvæsenets fremtid i at satse på at gøre evidensbaseret praksis til en integreret del af sygeplejerskernes selvforståelse.

*Lisa Korsbek er AC-fuldmægtig/dokumentalist.  
Lise Kvistgaard er AC-fuldmægtig.  
Kristian Kidholm er MTV-konsulent,  
konstitueret afdelingsleder.  
Alle ansat i Forsknings- og MTV-afdelingen  
på Odense Universitetshospital;  
lisa.korsbek@ouh.regionsyddanmark.dk*

Læs mere på OUH's ressourc sider til evidensbaseret praksis via [www.ouh.dk](http://www.ouh.dk) > Udvikling > MTV portalen > nederst på portalen er et link til EBP-ressourc siderne  
Direkte link til siderne: [www.ouh.dk/wm184803](http://www.ouh.dk/wm184803)

#### Litteratur

Mikkelsen AH, Laursen BS. Sygeplejersker mødes om forskningsbaserede artikler. *Sygeplejersken* 2007;(23):54-7.

#### »» ENGLISH ABSTRACT

Korsbek L, Kvistgaard L, Kidholm K. Evidence based practice strengthens nurses' professional identity. *Sygeplejersken* 2008;(17):52-5.

A pilot project 2006 on evidence-based practice was carried out at Odense University Hospital during the period 2004-in five selected departments. Requirements and recommendations regarding clinical guidelines and further training of staff, information searches and Journal Clubs were set by a steering group, and the departments were offered courses and IT equipment. The task was carried out by the departments themselves via an internal evidence group. Evaluation of the project shows that nurses in particular benefited from the two-year project. The majority of participants on the courses in systematic literature searching were nurses, they established their own Journal Clubs, organised courses in critical reading and generally proved to be extremely motivated when it came to acquiring knowledge and integrating evidence into day-to-day clinical practice. The perspectives for the nurses and of future evidence-based practice at the nation's hospitals should be assessed.

Key words: Evidence-based practice, literature searches, clinical guidelines, Journal Clubs Critical reading.

## »» TESTEN



### Temaet er Dansk Sygeplejehistorisk Museum. Test dig selv eller din kollega.

- 1 Dansk Sygeplejehistorisk Museum åbnede ved Dansk Sygeplejeråds 100-års-jubilæum. Det var den daværende formand for DSR, der havde skabt rammerne for museet. Hvem var formanden?
  - a. Marie Madsen (formand 1941-1968).
  - b. Kirsten Stallknecht (formand 1968-1996).
- 2 Forarbejdet viste, at der ikke var indsamlet megen historisk dokumentation om omsorg og sygepleje i Danmark. Gode råd var dyre, hvad gjorde man?
  - a. Der blev iværksat en indsamlingskampagne af ledere, remedier og hjælpemidler mv. gennem en annonce i *Sygeplejersken*.
  - b. Der blev rettet henvendelse til alle landets sygehuse og plejehjem.
- 3 Museet er grundlagt i et gammelt julemærkesanatorium med to tilhørende pavilloner, Fjordglimt og Granly. Hvor ligger museet?
  - a. Ved Kolding Fjord.
  - b. Ved Vejle Fjord.
- 4 Museet tilbyder en fast udstilling, løbende særudstillinger, museumsbutik, bibliotek, arkiv, foredrag, undervisning m.m. Men er tilbuddene kun rettet mod sygeplejersker?
  - a. Nej, der satses på et bredt publikum.
  - b. Ja, der er kun adgang for sygeplejersker og sygeplejestuderende.
- 5 Museet er blevet drevet af en fond, men den 1. januar 2008 er driften overtaget af en uddannelsesinstitution. Hvilken?
  - a. Københavns Universitet.
  - b. Syddansk Universitet.

(er)

Se svarene på TESTEN side 60.

# Diffust indhold i undervisningen giver diffus fagidentitet

AF TINE RASK ERIKSEN, SYGEPLEJERSKE, MAG.ART., PH.D., DORTE SAMSON, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR., OG LISBETH VINBERG, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR. • ILLUSTRATION: LARS PETERSEN

**Artiklen henviser sig til undervisere, kliniske vejledere og uddannelsesplanlæggere. Den præsenterer observationer af undervisning i sygepleje til ældre i en professionsbacheloruddannelse til sygeplejerske. Artiklen diskuterer de principper for sygepleje, der formidles i et konstrueret undervisningsforløb, og de betydninger, det tilsyneladende diffuse indhold har for dansken af en sygeplejefaglig identitet i uddannelsen. Det konstruerede forløb er baseret på observationer og båndoptagelser af 15 lektioner.**

Sygeplejerskemanglen i Danmark er stor. Formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, spår, at det vil gå ud over patienternes sikkerhed, hvis ikke problemet bliver løst (1). Bl.a. på denne baggrund er antallet af studiepladser øget i studieåret 2007/2008. Udfordringerne for uddannelsesstederne består derfor i at rekruttere og fastholde de studerende i studiet.

Men hvad er det for en uddannelse, de studerende møder, og hvad er det for en sygeplejefaglig identitet de erhverver?

Det har en gruppe forskere undersøgt via en forløbsundersøgelse af den kvalificering til omsorg, der etableres i en professionsbacheloruddannelse i en sygeplejeskole i københavnsområdet. Baggrunden for undersøgelsen er en forløbsundersøgelse fra 1987 (2), hvor to hold sygeplejeelever blev fulgt.

De første resultater er præsenteret i artiklen "Sygeplejestuderendes omsorgsforudsætninger ved studiestart i 2002" (3), hvor tre forskellige typer sygeplejestuderende er præsenteret. Resultaterne viste, at de studerende har en række omsorgsforudsætninger, når de møder i uddannelsen. Det er værdier, erfaringer og kundskaber om at stå til rådighed og at hjælpe andre. Samtidig har de omfattende institutionserfaringer fra barndommen, hvor de har lært at være fleksible og handle fleksibelt i forskellige sammenhænge.

Resultaterne viser også, at den største gruppe af studerende på skolen i dag er fra lavere mellemlag (4) med en studentereksamen eller en hf med relativt lave eksamenskarakterer, og at deres kønnede og kropslige omsorgsforudsætninger delvist er sat på standby på grund af en vis umodenhed (3).

I denne artikel præsenteres materiale fra klasserumsobservationer for at vise, hvad der sker i en sygeplejetime i professionsbacheloruddannelsen

hvordan de studerendes omsorgsforudsætninger indrages i undervisningen.

Sygeplejetimen er konstrueret og tager afsæt i udforskning af undervisningen i klasserummet, hvor 15 lektioner er observeret.

## Teoretisk ramme

Projektet er socialvidenskabeligt funderet (5). Socialvidenskab kan forklare, hvordan de sociale sammenhænge er strukturerende for menneskelige relationer og handlemåder i uddannelsessystemet. Uddannelsessystemet fremstilles her som et felt (6), hvor deltagerne kæmper om ressourcer og magt. Det defineres bl.a. af det, der

kæmpes om, f.eks. viden, autoritet, kulturel status, økonomiske ressourcer. I uddannelsessystemet, her sygeplejerskeuddannelsen, videregives ressourcer og vidensformer fra generation til generation, og det betyder, at kulturen vedligeholdes eller ændres af menneskelige handlinger og vilkår. For at det kan lade sig gøre, må uddannelsessystemet og dets lovgrundlag fremtræde med ubestridelig legitimitet. Uddannelsesrettelæggelse og formidling af en faglig identitet er med andre ord en form for symbolsk magtudøvelse i et forsøg på at påtvinge de studerende en bestemt kultur og bestemte former for knowhow. Knowhow skal forstås som den viden, der rent faktisk formidles/etableres i klassen (4).

## Metode og materiale

Materialet fra den empiriske klasserumsforskning er indsamlet via observationer og båndoptagelser af undervisningen i sygepleje i tre klasser med sygeplejestuderende i bacheloruddannelsen. I konstruktionen af en sygeplejelektion indgår der tre udvalgte undervisningslektioner i faget sygepleje (se boks 1 herunder).

Materialet består af underviseroplæg samt af de studerendes fremlæggelser af opgaver inden for temaet *grundlæggende sygepleje til ældre*. Båndoptagelserne har til formål at indfange det, der siges i undervisningen, observationerne har til formål at indfange det, der gøres i undervisningen.

### »»» BOKS 1. DEFINITION PÅ BEGREBET KONSTRUKTION

I dele af den franske videnskabsteori er der tradition for, at videnskabeligt arbejde indebærer konstruktion frem for deduktion eller induktion (6). Her er det især *Gaston Bachelards* opfattelse af det videnskabelige arbejde som et omfattende "bygningsarbejde, der har haft afgørende indflydelse på den socialvidenskabelige teoriudvikling. Forskerens opgave er at arbejde med at konstruere, bygge og skabe. Fra den angelsaksiske fænomenologisk inspirerede sociologi kendes lignende måder at producere viden på, nemlig som: "The social construction and reality" (10).

I konstruktionen af den eksemplariske time består byggeelementerne af typiske mønstre, som er fremanalyseret i de udforskede sygeplejetimer.



Materialet er analyseret med henblik på

- at afdække mønstre i undervisningen
- at rekonstruere de sygepleje- og omsorgskundskaber, der formidles i klasseværelset i forhold til spørgsmålene:
- Hvordan sætter undervisningens vilkår rammer for udfoldelsen af de kvindelige omsorgs erfaringer?
- Hvilke værdier, knowhow og relationer udfoldes i undervisningen?
- Hvilke sociale processer strukturerer de studerendes handlinger i undervisningen?

Analyserne af mønstrene er systematiseret i temaerne (2) *Rammer for uddannelsen, erhvervsocialisering og fagdidaktik* mod en fremstilling af de omsorgs- og sygeplejeværdier samt handlinger, som formidles for at kunne svare på spørgsmålene:

- Hvordan går det med de omsorgsforudsætninger, de sygeplejestuderende bringer ind i klasserummet (3) i professionsbacheloruddannelsen?
- Hvad det er for et sygeplejefagligt indhold, der er på dagsordenen?
- Hvilke læreprocesser og vidensformer udfoldes i forhold til omsorg i sygeplejeundervisningen?

### En konstrueret sygeplejetime

Den konstruerede lektion i faget sygepleje er et empirisk baseret sammenkog af timer fra andet semester på sygeplejerskeuddannelsen i 2003. Timen er en afsluttende del af et fire ugers tema om grundlæggende sygepleje og ældre. De studerende havde modtaget otte lektioners undervisning i faget sygepleje; to lektioner, hvor en underviser gennemgik krav til et skriftligt produkt,

”Der er morgenstille i klassen. Tilhørerne lytter, men tager ikke notater. De fleste har vand eller colaflasker foran sig. Der bruges 13 minutter på at vise statistikker og tal. De studerendes formidling er sproglig og funderet i et eksakt og statistisk univers, hvor man taler om ældre ud fra kurver og tal.”

og en mundtlig fremstilling af en sygeplejeopgave, to lektioner om teori om egenomsorg, to lektioner om sygepleje til ældre samt to lektioner om urininkontinens. Undervejs i de fire ugers arbejde med sygeplejeopgaven fik de studerende undervisning i fagene anatomi og fysiologi, sygdomslære, farmakologi og pædagogik. De studerende udarbejdede gruppevis en skriftlig opgave i grundlæggende sygepleje til ældre, som de fremlagde for de øvrige studerende og underviseren.

I den konstruerede lektion fremlægger en gruppe studerende deres opgave om at trække vejret normalt. De studerende har modtaget en lektionsplan og pensum til opgaven på ca. 125 sider, der stammer fra lærebøger til sygeplejestuderende fra 1990'erne samt en artikel fra 1997 om dokumentation af sygeplejen. Den beskrevne konstruktion af en sygeplejetime er typiske mønstre fra adfærds- og lyddelene af de observerede fremlæggelser samt en fremstilling af de vidensformer, læreprocesser, relations- og magtformer, der angår omsorg, som udfoldes i klasserummet. I materialet indgår de konstruerede sygeplejestuderendes forskellige omsorgsforudsætninger, da konstruktionerne er baseret på de studerende, der deltog i undervisningen (3).

» Det konstruerede forløb er dagens første time. Klokken er 8.30, og de fleste studerende er mødt op. Bordene i klasserummet er placeret i u-form. Foran underviserens bord er der kørt en hospitalsseng frem.

Fem studerende skal fremlægge en opgave. De sidder på sengen. Blandt tilhørerne er piger fra: småborger-skab, mellemlag og lavere mellemlag (3). En studerende med typiske træk fra mellemlaget er med i gruppen. Hun bruger de første 4-5 minutter af timen på at forklare sine medstuderende, hvordan de skal forholde sig i forhold til at komme ud i praktik:

”Øh, jeg skal lige sige noget til dem, der skal i praktik på X hospital, der er syv skabe deroppe ... så I skal gå derop inden mandag og, øh, skriv jer på ...”

Netop det ”at sørge for” (andre), ”at ordne” og ”at finde løsninger” er generelle kønsspecifikke omsorgserfaringer, som piger fra mellemlaget udfolder i skiftende mellem menneskelige sammenhænge (3). Underviseren forsøger at tage over, men kommer ikke igennem. Den studerende ordner således også timens start.

Kl. 8.37 begynder den egentlige fremlæggelse, som ifølge gruppen går ud på at beskrive og forklare sygeplejeproblemet: at trække vejret normalt – med udgangspunkt i ældre mennesker.

De studerende fremlægger på skift og anvender overheads. De præsenterer statistikker og tal, som har forbindelse med ældres åndedrætssygdomme og åndedrætsproblemer. Der er morgenstille i klassen. Tilhørerne lytter, men tager ikke notater. De fleste har vand eller colaflasker foran sig. Der bruges 13 minutter på at vise statistikker og tal. De studerendes formidling er sproglig og funderet i et eksakt og statistisk univers,

”Fremlæggergruppen bliver tilbage for at få evaluering af underviseren. Der er en accept af, at evaluering er en privat sag.”

hvor man taler om ældre ud fra kurver og tal. Læreprocesserne er sproglige, og de anvendte vidensformer er naturvidenskabelige. Der inddrages ikke viden fra pensum, viden om det at være ældre eller viden om, hvordan man skaber relationer til ældre. Der brydes med de studerendes livshistoriske omsorgsforudsætninger: at stille sig til rådighed, at agere handlingsrettet og at være rettet mod det nære i mellem menneskelige relationer (3).

### Nyt emne, debat om rygning

20 minutter inde i timen lægger en ny studerende fra gruppen op til en debat om, hvorvidt en patient skal holde op med at ryge for at modtage behandling for sin sygdom, eller om man skal respektere den værdi, rygning har for en patient. De studerendes udgangspunkt for debatten er en 64-årig kvinde med diagnosen KOL, som har røget i mange år.

Fremlæggergruppen er nu meget aktiv og handler i

forlængelse af deres livshistoriske omsorgsforudsætninger (som er knyttet til mellemlaget), idet den i indledningen omtalte studerende fortsat dominerer gruppen. Gruppen ønsker, at de medstuderende skal forholde sig til patientens rygning. Nogle af de andre i klassen er nu meget aktive og ønsker at deltage i debatten. De markerer og venter på at få ordet. Nogle kan ikke vente, til det er deres tur, og bryder ind. Underviseren forholder sig passivt. Manuskripterne er lagt væk. Udgangspunktet for diskussionen er de studerendes livshistoriske og emotionelle erfaringer.

En studerende siger: ”Det kan godt lade sig gøre. Min mormor startede med at ryge, da hun var 14, og hun holdt op, da hun var 65.”

Det er de studerendes oplevelser med en mormor samt deres livshistoriske erfaringer og egne billeder af det at være ældre, der bruges som argument for, hvad man kan forvente sig af en 64-årig patient. Der er tilsyneladende ingen sammenhæng mellem billedet af ældre, det opgivne pensum og de viste statistikker om, hvornår man er ældre.

En studerende siger: ”Hvis du ligger og er ved at dø af en eller anden sygdom, så skal du ikke bare blive ved med at ryge for andre folks penge. Så må du holde op.”

Den studerende aktiverer igen mellemlagets måder at agere på, hvor værdier som at ”handle” og at ”klare livet”(3) transformeres til, at den enkelte patient må og kan tage ansvar for eget liv herunder rygning.

Klokken er blevet 9. Fremlæggergruppen styrer diskussionen. Underviseren siger intet. Mange studerende er aktive og ytrer sig. Der spises slik indimellem. En studerende bryder ind og bidrager til debatten: ”... der skal simpelthen et større ansvar ud til den enkelte borger.”

En anden studerende bryder ind: ”Pis og lort.”

Den første studerende fortsætter: ”Det kan jeg se bare på mig selv.”

Diskussionen bliver nu politisk. Der bruges bandeord, og mange følelser indgår i debatten om at være menneske i velfærdsstaten. Der argumenteres voldsomt for og imod, hvordan det politiske system fungerer ud fra en livshistorisk tilgang. Alle er opmærksomme og lytter til debatten. De studerendes udsagn afspejler værdier fra mellemlaget om at ”klare sig” (3). Fokus skifter fra at handle om de ældre til at have fokus på de studerende selv.

Den sygeplejefaglige viden om sygepleje til ældre synes fraværende. Vidensformerne er skiftet fra en logisk, rationel karakter til en emotionel og livshistorisk karakter, hvor hverdagslivets erfaringer og vidensformer dominerer. Læreprocesserne fremstår diffuse.

### Ingen kobling mellem erfaringer og pensum

De studerendes debat om at være menneske i velfærdsstaten fortsætter frem mod en evaluering af timen og varer 20 minutter. Som afslutning på fremlæggelsen giver tilhørerne udtryk for, at fremlæggelsen burde have været mere handlingsorienteret med konkrete svar på,

## ”Den sygeplejefaglige viden om sygepleje til ældre synes fraværende.”

hvad man skal gøre, når man yder sygepleje til ældre. Alligevel klapper alle og går.

Fremlæggergruppen bliver tilbage for at få evaluering af underviseren. Der er en accept af, at evaluering er en privat sag. Det betyder, at eventuelle fejl eller mangler samt underviserens syn på fremlæggelsen kun kommer fremlæggergruppen for øre.

Underviseren bliver nu aktiv og evaluerer det skriftlige oplæg, som gruppen har afleveret forud for fremlæggelsen. Underviseren forholder sig udelukkende til det skriftlige produkt ud fra akademiske krav om teori, metode og litteraturliste: ”... det er lykkedes jer på en god måde på de her otte sider at formidle det stof. Og så synes jeg, at det er læservenligt...”

Der er ingen af de studerende, der noterer underviserens kommentarer, men de sidder og ser opmærksomt på hende. Underviseren bryder med de studerendes livshistoriske tilgang, som den foldede sig ud i dele af fremlæggelsen, og etablerer en evaluering inden for de herskende rationaler i faget sygepleje, hvor kropslige, relationelle, emotionelle og handlingsrelaterede aspekter om sygepleje til ældre er fraværende. Underviseren forholder sig til opgave og litteratur, men ikke til de vidensformer, de studerende etablerer i fremlæggelsen. De etablerede læreprocesser og vidensformer fremstår således diffuse for de studerende, idet der ikke etableres en kobling mellem de livshistoriske erfaringer og den viden om sygepleje til ældre, der beskrives i pensum.

Evalueringen fungerer som en form for symbolsk vold, da der lægges vægt på akademisk rationalitet om ældre frem for de kundskaber, værdier og handlinger, der udfoldes i klasserummet. Underviseren forholder sig heller ikke til de studerendes ønsker om mere handlingsorienteret undervisning.

### Diffust indhold giver diffus identitet

Som det fremgår af konstruktionen, er dagsordenen for emnet sygeplejen til ældre diffus. I forhold til læreprocesser og vidensformer pendles der til stadighed mellem de studerendes livshistoriske erfaringer, logiske viden og bestemte akademiske formkrav til skriftlige produkter.

De pædagogiske praksisformers dobbelthed: den konkrete formidling af knowhow i sygepleje til ældre og det, der medlæres i undervisningen, er med til at danne en diffus sygeplejefaglig identitet igennem professionsbacheloruddannelsen. De studerendes erfaringer vil gennem de mange undervisningsforløb over tid leje sig i lag, og resultatet er en sygeplejefaglig identitet, som er diffus. Der mangler mulighed for identitetsdannelse via konkrete rollemodeller.

Dannelsen af de studerendes faglige identitet kan forstås som et teaterstykke, der udspilles i en institutionel ramme i en etableret kultur. I den institutionelle ramme omdanner den herskende uddannelseskultur det praktiske sygeplejefag til et sprogligt, ikke praktisk fag med klasserummet som scene.

I klasserummet er det de mentale omsorgserfaringer,

der aktiveres. Herved kan den livshistoriske praktiske sans, dvs. evnen til at udføre praktiske gøremål i nære sammenhænge, at stille sig til rådighed og handle for at hjælpe andre, ikke komme til udtryk (3). Således er scenen stedet, hvor de studerendes køns- og klassebestemte omsorgsforudsætninger aktiveres i kulturelt bestemte sproglige former.

Det faglige indhold i sygepleje til ældre giver således ikke indsigt i de regler og vidensformer, der ligger bag pleje og omsorg til ældre. Det antyder derimod, at der etableres et diffust omsorgs- og ældrefagligt indhold i undervisningen.

To andre forløbsstudier af sygeplejerskeuddannelsen fra 2000 (7) og 2006 (8) viser ligeledes, hvordan socialiseringen af de sygeplejestuderende igennem uddannelsen er med til at reducere de studerendes omsorgserfaringer.

Det er, ifølge *Carolyn Mackintosh* (8) fra England, nødvendigt for at udvikle en identitet som sygeplejerske under de vilkår, som moderniteten skaber for professionen i dag.

De to forskningsprojekter af den uformelle identitetsdannelse i uddannelsen viser samme tendenser som udforskningen af de sygeplejestuderende fra Danmark. Der er tilsyneladende tale om internationale uddannelses-tendenser i sygeplejen, som er med til at sprogliggøre sygeplejen i undervisningssammenhænge frem for at fremme en mere handlingsorienteret sygepleje til ældre.

I en norsk ph.d.-afhandling (9) er mødet mellem de studerende og uddannelseskulturen i skolen undersøgt via kvalitative interview med de studerende fra starten, i midten og i slutningen af uddannelsen. Her viser materialet, hvordan de nye unge og fleksible studerende kan håndtere modsætningerne mellem skolens undervisning i sygepleje og det at agere i den kliniske praksis som studerende. Men forskningen viser også, hvordan samme modsætningsfyldte identitetsdannelse åbner op for en stadig mere modsatrettet og diffus sygeplejefaglig identitetsdannelse af abstrakt og sproglig karakter.

*Tine Rask Eriksen er lektor på  
Institut for Medier, Erkendelse og Formidling,  
Det Humanistiske Fakultet, Københavns Universitet.*

*Dorte Samson er lektor på  
Den Flerfaglige Professionshøjskole i  
Region Hovedstaden,  
Sygeplejerskeuddannelsen Herlev.*

*Lisbeth Vinberg er lektor på  
Den Flerfaglige Professionshøjskole  
i Region Hovedstaden,  
Sygeplejerskeuddannelsen Herlev;  
lv@syask.dk*

### Litteratur

1. Madsen S. 400 tomme stole på sygeplejeskolerne. Sygeplejersken 2007;(17).
2. Eriksen, TR. Omsorg i forandring. København: Munksgaard; 1992.

## Motion via computerspil

Normalt er computerspil noget, der foregår foran en skærm, og som vi forbinder med børn og unge. Og slet ikke med fysisk aktivitet eller sundhed. Men med den nye generation af computerspil (fra bl.a. Nintendo Wii og Play Station) åbner der sig et hav af muligheder for muskeltræning og lidt sved på panden for alle motionstrængende – fra treårige børn til +100-årige – også i kørestol.

Alene eller gerne i hold kan der spilles golf, bowling, dart, basketball, tennis mv. Spillene foregår foran fjernsynet, så gulvplads er vigtigt. Hver deltager spiller vha. en lille håndholdt fjernbetjening, der svinges i den retning, bolden/pilen skal tage. Sjovt, enkelt og fællesskabsskabende – og et glimrende redskab i sundhedsformidlingen til de grupper, hvor motivationen kan være svær at finde. Selv har jeg set spillene anvendt i et projekt for langtidsledige og på et plejehjem. (er)

## I England mishandler pårørende de gamle

Når en mand mishandler en gammel, er han sandsynligvis pårørende, når en kvinde gør det, er hun muligvis en del af plejepersonalet, og stress og økonomisk eller social afhængighed er potentielle risikofaktorer. Mishandling af gamle er ikke et emne, danske sygeplejersker taler og skriver om, men at det forekommer, viser en artikel fra England.

Her defineres mishandling som en enkeltstående eller gentagne handling eller mangel på indgriben, der skader eller piner et ældre menneske, udført af en person, som den ældre forventer at kunne stole på.

Mishandlingen er hovedsagelig fysisk eller psykisk, men kan f.eks. også omfatte misbrug af den ældres penge.

I artiklen nævnes de risikofaktorer, der kan føre til mishandling, og de tegn på mishandling, sygeplejersker kan observere hos den ældre.

En naturlig reaktion vil være, ”ja, ja det er i England, men sådan noget sker ikke hos os!” Men mon ikke, der også er danske sønner og døtre, som giver deres gamle mor blå mærker eller har fingrene for langt nede i hendes portemonnæ, og dansk plejepersonale, der tager lidt for hårdt fat i en overarm eller overhører et konkret ønske fra fru Jensen?

Læs artiklen ”Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting” i Nursing Standard no 46, july 23-29 2008. (jb)

### Svar på Testen side 55

- 1: b. *Kirsten Stallknecht* foranledigede bl.a. ansættelsen af historikeren *Esther Petersen* i DSR i 1987.
- 2: a. Annoncen i *Sygeplejersken* medførte et hav af fotos, dokumenter og remedier mv. fra medlemmerne.
- 3: a. Sygeplejehistorisk museum er beliggende i to pavilloner. Hovedbygningen rummer i dag et hotel med udsigt over Kolding Fjord.
- 4: a. Museet har bl.a. undervisningstilbud til sygeplejestuderende, folkeskoleklasser og børn.
- 5: b. *Inger-Marie Børgesen* fortsætter som museumsleder, men driften er overtaget af Syddansk Universitet.

Læs mere om museet på [www.dshm.dk](http://www.dshm.dk)

(er)

3. Eriksen TR, Petersen MK, Vedsegaard H. Sygeplejestuderendes omsorgsforudsætninger ved studiestart til en professionsbacheloruddannelse anno 2002. *Sygeplejersken* 2008; (1).
4. Eriksen TR. Professionsidentitet i forandring – komparativ perspektivering. I: Professionsidentitet i forandring. København: Akademisk Forlag; 2005.
5. Bourdieu P, Passeron JC. Reproduktionen. Bidrag til en teori om undervisningssystemet. København: Hans Reitzels Forlag; 2006.
6. Broady D. Sociologi och Epistemologi. Stockholm: HLS Förlag; 1991.
7. Vanhanen L, Janhonen S. Changes in students orientations to nursing during nursing education. *Nurse Educ Today* nr. 20, 2000.
8. Mackintosh C. Caring. The socialisation of pre-registration student nurses: A longitudinal qualitative descriptive study. *Int J Nurs Stud.* 2006;(43).
9. Tveit B. Ny ungdom i gammelt yrke – en studie av sykeplejestudenters motivasjon og fagidentitet i møte med en tradisjonstung utdanning. Senter for professionsstudier. Høgskolen i Oslo. 2008.
10. Berger PL, Luckmann T. Den samfundsskabte virkelighed. København: Lindhardt og Ringhof; 1987.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Eriksen TR, Samson D, Vinberg L. Diffuse instruction content makes for a diffuse professional identity. *Sygeplejersken* 2008;(17):56-60.


The object of the article is to describe how student nurses' life history-related care qualifications are handled during their nursing education and to examine the content in their instruction related to the nursing profession.

The approach to the survey is social-scientific. The empirical material was collected via classroom research consisting of 15 observations and recordings of the instruction of three classes of a random group of student nurses in their second semester of the professional bachelor nursing education.

The material forms part of the construction of a nursing lesson: nursing the elderly. The construction indicates the establishment of a diffuse identity as a nurse, which manifests itself as a reproduction of the established educational structure, i.e. that nursing the elderly is treated a linguistic task rather than one relating to actions. The teaching processes alternate between having a rational character and a life-historic, emotional character, always within a framework of specific academic demands on the nursing profession.

Key words: Nurse education, classroom research, care qualifications, identity as a nurse.

## Arbejdet er en komfortabel rasteplads

 Musikeren og sangskriveren *Lars Lilholt* har for nylig udtalt: "Jeg har ikke en karriere. Jeg har et liv." Den tilgang til livet og arbejdslivet er interessant i en tid, hvor etablering af karrierecentre på universiteterne, kurser i karriereplanlægning og det rigtige cv er på dagsordenen, og jagten efter studierne går ind på det gode arbejde, den høje løn, magten og prestigen.

Problematiksering af det moderne arbejdsliv som det primært identitetsskabende er omdrejningspunktet for denne bog, hvor forfatteren kritiserer, at "... arbejdet har udviklet sig til en komfortabel rasteplads på den livsrejse, der kan indeholde så meget andet."

Forfatteren skriver, at stress, manglende selvværd og angst er direkte forbundet med den moderne forståelse af arbejde, som bl.a. er styret af mål, titler, prestige og frynsegoder. Han argumenterer for, at virksomhederne plæderer for én bestemt livsform og ikke har rum til anderledes tænkende. Afvigelse skaber angst, og ensretning efterstræbes.

Forfatteren kritiserer i den forbindelse den udbredte brug af coaching på arbejdsmarkedet, idet han mener, at coaching, der markedsføres som redskab til personlig udvikling, i virkeligheden er et subtilt redskab til ensretning af medarbejdere efter bestemte mål og værdier.

Denne bog kommer med bud på, hvordan en anden tilgang til livet kan medvirke til, at mennesket begynder at eksperimentere mere med livet og arbejdslivet og over sig i at blive bedre til det, han eller hun er i gang med lige nu,

nemlig at leve livet i stedet for at jage efter mål i horisonten.

Det stærkeste i bogen er diskussionen af den moderne forståelse af arbejdet som identitetsskabende og værdiskabende fænomen. Kritikken af coaching er også relevant, idet hele diskursen på arbejdsmarkedet om selvrealisering, hvoraf coaching som metode kun er én af mange, rummer problematiske elementer som skjulte magtrelationer og ensretning af medarbejdernes værdier og mål i overensstemmelse med den aktuelle virksomheds. Derfor er denne diskussion vigtig i bestræbelsen på at fremme en kritisk bevidsthed hos både medarbejdere og ledere.

Forfatteren præsenterer affirmativ praksis som et bud på en alternativ måde at forstå og organisere arbejde på. Der er nogle interessante overvejelser om bl.a. skabelsen af rum for handlen som udgangspunkt for udvikling.

Afsnittet om den affirmative praksis bærer imidlertid præg af at være en teoretisk konstruktion, og derfor tror jeg, at det kræver mere arbejde at operationalisere tænkemåden i praksis, end denne bog giver mulighed for.

Det gør nu ikke så meget, for som inspiration er denne alternative tænkemåde til forståelse af begrebet arbejde spændende og relevant for både medarbejdere og ledere.

Det bliver interessant at følge forfatterens arbejde og erfaringer med affirmativ praksis som tilgang til en frigørende måde at forstå, organisere og diskutere arbejde på.

*Af Lisbeth Bøggild, sygeplejerske, SD.*



Finn Janning

**Kunsten at arbejde**

Forlaget Klim 2008

65 sider – 189 kr.

ISBN 978-87-7955-605-8

**Labtek**

- laboratoriekurser til sundhedssektoren

Nye udfordringer?

**Lær at tage blodprøver**



Læs mere på vores hjemmeside [www.labtek.dk](http://www.labtek.dk), eller ring og bestil en folder på 70 20 30 31

## Efteruddannelsen: "Tab og traumer - komplicerede livsforandringer"

Efteruddannelsen er godkendt af Psykoterapeutforeningen som et fjerde år i uddannelsen til psykoterapeut MPF.

6 moduler af fire dage over 1½ år. Start februar 2009.

Undervisere er cand.psych., specialist i psykoterapi og supervision Solvej Sangild og socionom og psykoterapeut MPF Lise Nielsen.

Folder om uddannelsen og ansøgningsskema findes på [www.sundhed.dk/info/uddannelsesafdelingen](http://www.sundhed.dk/info/uddannelsesafdelingen)

Yderligere oplysninger fås hos uddannelseskonsulent Karen Thyrtsting tlf.: 7789 2335.

## MARTE MEO

University College Sjælland udbyder i Roskilde med start i september/oktober 2008:

- Marte Meo kursus
- Marte Meo terapeutuddannelse
- Marte Meo brush up-dage

Se hjemmesiden

[WWW.UCSJ.DK/MARTEMEO](http://WWW.UCSJ.DK/MARTEMEO)

eller kontakt

Marte Meo supervisor

Inger Hartelius telefon 2870 7959

e-mail [ih@ucsj.dk](mailto:ih@ucsj.dk)

**University College Sjælland**

Efter- og Videreuddannelsen

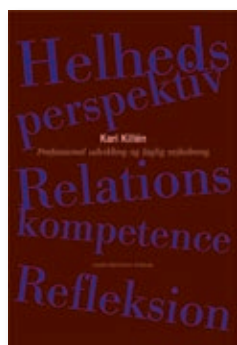
Tlf.: 7248 1000

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

**University College**  
SJÆLLAND



## Om evnen til at opnå god kontakt



Kari Killén

Professionel udvikling og  
faglig vejledning

Hans Reitzels Forlag 2008

248 sider – 320 kr.

ISBN 978-87-412-5159-2

Der var ikke meget tilbage af min grønne markeringstusch, da jeg nåede sidste side i *Killéns* bog. Side efter side har jeg fyldt med grønne streger under sætninger, jeg syntes var vigtige at fastholde.

Bogen henvender sig til vejledere af social- og sundhedspersonale under uddannelse og praktikere inden for feltet, som ønsker at arbejde videre med deres faglige udvikling. Relationskompetence er et centralt begreb bogen igennem. Med relationskompetence forstås evnen til at opnå kontakt med andre mennesker, hvor de føler, at man respekterer og tager hånd om dem. Ifølge Kari Killén er relationskompetence omdrejningspunktet i metodisk socialt arbejde og uløseligt forbundet med vores holdninger og de fagetiske principper for vores arbejde. "Relationen til den, vi hjælper, behandler eller underviser, er af afgørende betydning for arbejdets kvalitet."

Målene i faglig vejledning er udvikling af evnen til at iagttage, reflektere og analysere. Dertil kommer udvikling af relationskompetence, fagetiske holdninger, færdigheder i forebyggelse og problemløsning samt udvikling af en fagidentitet.

Vejen ad hvilken, vi bevæger os frem mod disse mål, går igennem fem faser. Første fase er "selvcenteringsfasen." Her er den vejledte optaget af, om hun er god nok og af, hvordan hun selv fungerer. Hun har en følelse af

utilstrækkelighed, som må gennemlevs, før hun kan vende blikket udad og begynde at engagere sig i klienten. Trin for trin gøres rede for de forskellige læringsfaser, og via cases gives eksempler på vejledninger i de forskellige faser, den vejledte befinder sig i. Kontakten imellem vejleder og den vejledte har stor betydning for den vejledtes måde at forholde sig til klienten på. Den vejledte lærer at behandle klienten, som hun selv behandles af vejlederen. "Det er nok ikke den mest fremtrædende egenskab hos os i Norden at give anerkendelse, og det gælder både vejledere og andre", skriver Killén, hvorefter hun meget detaljeret og konkret fortæller, hvordan det gøres. Hvordan man tilkendegiver, at man er engageret og finder det, samtalepartneren siger, interessant og vedkommende.

Det konkrete og detaljerede er denne bogs styrke, naturligvis sammenholdt med relevansen af indholdet. Den kan være en stor hjælp i opkvalificering af vejledning af studerende og nye kolleger. Sproget er let tilgængeligt, og de mange eksempler illustrerer på levende vis teorierne. Den detaljerede indholdsfortegnelse giver et godt overblik og den fyldige litteraturliste et billede af, at der er vægt bag ordene.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.

## Tilløb til sygepleje



Birgit Peitersen, Mette Arrøe  
og Ole Pryds

Neonatologi  
– det raske og det  
syge nyfødte barn

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busk  
2008

350 sider – 449 kr.

ISBN 978-87-17-03995-7

Bogen er en gammel klassiker og uundværlig i en afdeling, hvor der er indlagt nyfødte børn. Det er neonatalafdelingens opslagsbog, den sygeplejersken griber til som det første, når hun har brug for hjælp til en diagnose eller til en beskrivelse af en neonatal sygdom eller tilstand. Den bør stå i enhver neonatalafdeling, gerne i flere eksemplarer, der kan udlånes til nyt personale.

Bogen er skrevet til læger og sygeplejersker på neonatalafdelinger, fødeafdelinger og barsels gange, dvs. i fagsprog, men ikke desto mindre tror jeg, at mange forældre vil have stor gavn af den, når de søger viden om deres barns tilstand eller diagnose.

Bogen gennemgår barnets udvikling fra undfangelsen til og med den neonatale periode grundigt, dels det normale forløb, dels det abnorme. En bog som denne bør jævnligt opdateres og revideres med den nyeste viden, og denne udgave, som er fornyet på væsentlige områder, lever fint op til dette krav.

Udviklingen på neonatalområdet går hurtigt, både behandlingsmæssigt, plejemæssigt og organisatorisk. Afdelingerne bliver mere og mere afhængige af hinanden, børnene flyttes i stigende grad fra én afdeling til en anden, og der er behov for en fælles base, et holdningsfællesskab. Forældrene skal opleve kvalitet og sammenhæng, uanset om familien har været i kontakt med flere afdelin-

ger, læger og sygeplejersker. Bl.a. derfor er der behov for en fælles grundbog, som alle kan forholde sig til.

Der er dog flere vigtige faktorer i neonatologien, end denne bog beskriver, og som bør indgå heri. Jeg kunne sige, at det er sygeplejen, der mangler, og måske var det ikke hensigten, at den skulle med. Men i dag skal behandling og sygepleje på neonatalområdet gå hånd i hånd.

Der er taget tilløb, specielt sidst i bogen i afsnittet om neonatologiens udvikling og vejledning til forældre, hvor der lægges op til et holdningsskifte. Jeg savner dog en grundig beskrivelse af de vigtigste hensyn, eksempelvis skånsomhed, NIDCAP, forældrekompetence og vigtigheden af, at forældrene er nær barnet.


Netop et fokus på disse ikke så konkrete og sygdomsfokuserende faktorer i neonatologien ville give et bedre billede af de dilemmaer, vi dagligt står i, når f.eks. hensynet til skånsomhed hos det lille skrøbelige barn, en belastende behandling og et forældrepar med behov for ansvarlighed gør beslutningerne svære.

Det vil gøre denne udmærkede bog fuldendt.


Af Harriet Lund, sygeplejerske med  
klinisk specialfunktion,  
ansat på Neonatalafdelingen,  
Sygehus Sønderjylland.



## Gamle diskrimineres, fordi de er gamle

 Aldersdiskrimination eller alderisme er tema for et af de sidste kapitler i bogen og måske det allervæsentligste kapitel. Aldersdiskriminering, ageism eller i dansk udgave alderisme har været et overset fænomen i Danmark i modsætning til i de engelsktalende lande og i en vis udstrækning i de andre nordiske lande. Forfatteren tager grundigt fat på fænomenet og giver via en sociologisk gennemgang sit bud på forskellige indfaldsvinkler, så man kan begynde at forholde sig til det. *Lewinther* beskriver to indgange til alderisme, den ene er en bred opfattelse, der omfatter frygt og fordomme gennem hele livsforløbet som følge af den biologiske aldring, den anden er en snæver tilgang, hvor alderisme er en proces, der stereotyperer og diskriminerer ældre mennesker, fordi de er gamle. De opfattes i generaliseringer og tillader derved yngre generationer at se ældre personer som anderledes end dem selv. Gennemgangen af fænomenet i en sociologisk optik giver stof til eftertanke og forståelse for diversitet og forskellige måder at ældes på. Det er vigtigt, da diskriminering af ældre påvirker deres selvopfattelse og livsstrategier. Der refereres til en undersøgelse, hvor ældre mennesker anvendte forskellige måder at undgå stigmatisering på: En strategi var aktiv aldring for at præsentere sig i et positivt lys, en anden at anstrenge sig for ikke at kunne opfattes som en byrde for andre, en tredje at distancere sig fra de andre, en fjerde konstant at være på vagt over for tegn på sårbarhed. Det udtrykker hverdagsliv for de fleste ældre mennesker.

## Den gamle får ansigt

 Med det bevidste ordvalg "den gamle patient" opnås en æstetisk klang i en sygeplejefaglig sammenhæng. Denne norske bog fremhæver, at geriatrisk sygepleje er det mest udfordrende og spændende arbejde i sygeplejen, et arbejde, der ofte er undervurderet. Forskellige forfattere er enige i, at det, der skal værnes om, er den gamle patients integritet i sammenhæng med videnskabelig kundskab, personlige kundskaber og etiske værdier som grundlæggende præmisser for at yde god, geriatrisk sygepleje. Bogen henvender sig til den gamle patient, dennes pårørende og til sygeplejersker, som arbejder med gamle.

I bogen er kompleksiteten i sygeplejen uddybet og beskrevet læsevenligt, trods det norske sprog. Der er indlæg om biologisk aldring, psykologiske aldringsteorier, hvordan eksisterende sociale rammer, afhængig af konteksten, fordrer individuel sygepleje. Fysiologiske afsnit om diabetes, eliminationsproblemer, træthed og åndelig og eksistentiel sygepleje ved livets afslutning. Samtlige kapitler er godt underbygget med teori, kvantitative såvel som kvalitative forskningsresultater og referencer bagerst i bogen. Afsnittet om juridiske forhold giver anledning til refleksioner over, hvilke juridiske forhold der gør sig gældende i en dansk kontekst. Smukke billeder af gamle er anvendt som optakt til enkelte kapitler på en sådan måde, at netop de værdier, der bør gælde i arbejdet med

I afsnittet om social ulighed og aldring tager forfatteren fat på en anden aldringsvinkel, der har været overset. Den sociale differentiering bliver gennemgået med referencer til andre europæiske lande og USA, hvor der er mere litteratur end i Danmark. Det er de socioøkonomiske vilkår, den kønnede aldring og etnicitet, der er omdrejningspunkter. Den aldrende krop har forfatteren valgt at fokusere på i den del af bogen, der drejer sig om kultursociologiske emner. *Lewinther* hævder, at den aldrende krop i moderniteten er den medicinske krop, ældre menneskers kroppe er blevet afkontekstualiseret og bliver fortolket som biologiske mekanismer. Den proces, der således konstruerer alderdommen som nedgang, er en trussel mod identiteten, som analyser viser, at ældre mennesker imødegår på to måder: Ved at fokusere på det uændrede selv og på den måde udviske kropslig nedgang; og ved at ændre på "masken" via ernæringsregimer, motionsregimer, forsigtigt valg af tøj, makeup og i yderste instans kirurgiske korrektioner.

Den interesserede læser finder også en ganske stor del om aldring og velfærdsstaten.

Sociologi er forfatterens ramme i beskrivelsen af aldring og ældre mennesker, og den vil kunne bidrage til et mere nuanceret syn på aldring og ældre mennesker i Danmark.

*Af Marianne Mahler, sygeplejerske MPH,  
og sygeplejefaglig konsulent ansat på  
Ældrekontoret Østerbro i København.*



**Aldring**  
– sociologisk set  
Forlaget Samfundslitteratur  
2008  
284 sider – 275 kr.  
ISBN 978-87-593-1288-9

gamle patienter, gøres eksplicitte, fordi den gamle får et ansigt, der appellerer og gør det muligt at genkende den gamle patients sårbarhed i faglig overensstemmelse med de konkrete, handlingsanvisende sygeplejefaglige tiltag, der argumenteres for.

Bogen er omfattende og inspirerende, og den er fagligt anbefalelsesværdig, da det lykkes forfatterne at nå målene med bogen ved at inddrage og fremhæve værdierne som det centrale i en faglig kontekst. Bogen er derfor tro mod egne idealer og får på eksemplarisk vis illustreret, at sygepleje til gamle er et udfordrende og komplekst arbejde.

Bogen vurderes at få stor betydning for såvel den kliniske, den ledende, som for den undervisende udøver af sygepleje. Samtidig kan den være kilde til inspiration i at udvikle sygeplejen til gamle patienter. Bogen kan derfor anbefales til de, der allerede arbejder med gamle patienter, hvor bogen i særlig grad kan være med til at højne den status, som geriatrisk sygepleje måske mangler, og som der ofte efterspørges.

Bogen kan bestemt også anbefales og vække faglig interesse for de sygeplejersker, der gerne vil arbejde med kompleks sygepleje – i tråd med forfatterens intentioner.

*Af Helen Frost, adjunkt, cand.cur.,  
ansat på University College Sjælland,  
efter- og videreuddannelsesafdelingen.*



Marit Kirkevold, Kari Brodtkorb  
og Anette Hylen Ranhoff (red.)  
**Geriatrisk sygepleje**  
– God omsorg til den gamle  
pasienten  
Gyldendal Akademisk 2008  
520 sider – 762 kr.  
ISBN 978-82-05357-76-1

## Optimal udnyttelse af den nyeste billedteknologi



Robert Winston og Steve Parker  
**Menneskekroppen**  
 – anatomi, fysiologi  
 og sygdomme  
 Politikens Forlag 2008  
 256 sider – 349 kr. inkl. dvd  
 ISBN 978-87-567-8443-6

I flere år har lærebøger inden for det humanbiologiske felt benyttet sig af billedteknologiens muligheder, så som røntgenbilleder, mikroskopi, MR- og CT-scanninger. Denne lærebog betræder imidlertid nye stier, idet mange af bogens billeder er blevet til ved hjælp af den nyeste computerteknik. Hermed har man kombineret flere røntgenbilleder til præcise, tredimensionale fremstillinger, og ydermere er disse til tider kombineret med MR-scanninger. Resultatet er billeder af den menneskelige organisme med høj detaljerigdom.

Der følger en dvd med bogen, hvor man ved hjælp af flotte animationer og interaktive illustrationer bliver indført i den grundlæggende anatomi og fysiologi på en ny og spændende måde.

Værket har interesse for alle, som er nysgerrige efter at vide, hvordan den menneskelige organisme er opbygget og fungerer, men for sygeplejersker og andre med en professionel interesse skal det påpeges, at værket er et flot

billedligt opslagsværk, der sjældent når længere end til at give et noget overfladisk indblik i de enkelte organsystemers opbygning og virkemåder.

Bogen giver således et overblik over de klassiske anatomiske og fysiologiske områder, men indledningsvis bygges der op til dette ved en beskrivelse, fra molekyler som dna over organeller og celler, til væv og organer. I slutningen af hvert område beskrives behandlingen samt symptomerne på en række almindelige sygdomme og deres betydning for det pågældende organsystem kort. I bogens sidste kapitel beskrives arvelighed og livscyklusen fra forplantningen til senium.

Bog og dvd fremtræder særdeles indbydende, og til den nysgerrige samt familien får man meget for prisen.

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

## Test dig selv i epidemiologi



Ingemar Andersson  
 (oversat af Alice Petersen)  
**Epidemiologi for sundheds-**  
**personale – en introduktion**  
 Gads Forlag  
 2. udgave 2008  
 224 sider – 349 kr.  
 ISBN 978-87-12-04300-3

Bogen er skrevet til studerende på de mellem-lange videregående sundhedsuddannelser, det vil sige, at den dækker undervisningsbehovet på bachelorniveau. Den vil også være velegnet på suppleringsuddannelse i sygepleje og på de sundhedsfaglige diplomuddannelser, for ikke at glemme til alle de sygeplejersker, der kun har fået en overfladisk indføring i epidemiologien, dens begrebsverden og anvendelse inden for sygepleje og kvalitetsudvikling i praksis.

Teksten understøttes af rigtig mange eksempler, der illustrerer epidemiologiens praktiske anvendelse for alle professioner i de mellemlange videregående uddannelser.

Hvert afsnit er opbygget med gode overskrifter, der straks leder læseren ind på, hvad der beskrives i det kommende afsnit. Sproget er klart og let læseligt, og illustrationerne underbygger teksten godt.

Undervejs i hvert kapitel er der en god opsummering under overskriften "værd at vide", og hvert kapitel afsluttes med en række testspørgsmål, læseren kan lege med, for at se om man nu også har forstået kapitlets indhold.

Bagerst i bogen kan man finde de rigtige svar på testspørgsmålene. Derudover er der en hjemmeside på forlaget med yderligere spørgsmål, simuleringsøvelser, quizzes o.a.

Det er en bog, der er oversat fra svensk, men alle relevante oplysninger om registre osv. er tilpasset danske forhold, hvilket øger bogens relevans. Det er dog også tydeligt, at forfatteren har stort kendskab til stofområdet og har undervist forskellige professioners studerende i emnet i en årrække.

For sygeplejersker, der skal til at udarbejde kliniske retningslinjer, vil det være en velegnet bog at orientere sig i før og under arbejdet med at læse videnskabelige artikler og i processen med at omsætte resultaterne til kliniske anbefalinger.

*Af Preben Ulrich Pedersen, lektor, ph.d.,  
 Center for kliniske retningslinjer  
 – nationalt clearinghouse for sygepleje,  
 Afdeling for Sygeplejevidenskab,  
 Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.*

## Udviklingsteoretisk maraton uden åndenød

Har man et ønske om at udvide sin horisont på det udviklingspsykologiske felt uden samtidig at blive udsat for højliterære krumspring, så er her serveret. Jeg vil dog advare om, at dette er en bog på næsten fem hundrede sider. Jeg havde optræk til åndenød ved tanken om alle de timer, udviklingspsykologierne og jeg skulle tilbringe i hinandens selskab, inden jeg vendte første side. Timerne endte dog med at blive opgraderet til fornøjelselæsning.

Bogens formål er at give en introduktion til den moderne udviklingspsykologi og at præsentere en bredde i udviklingssyn.

Freud, Erikson og Mahler repræsenterer psykoanalysen. Deres udviklingsteorier har haft stor indflydelse på opfattelsen af barnets udvikling og har dannet afsæt for mange af de senere udviklede teorier.

Reich, Brückner og Lorenzer, kaldet freudo-marxisterne, vægter de samfundsmæssige aspekter i udviklingen. Bowlby udviklede teorien om barnets evne til tilknytning og betydningen af adskillelse og tab. Skinner repræsenterer adfærdspsykologien og Maslow, Glasser og Frankl den humanistiske teori. Piagets teorier omfatter det kognitive område. Vygotskij, Leontjewa og Elkonin er synonym med den kulturhistoriske skole, der har udgangspunkt i den marxistiske filosofi. Kapitlet om Sterns udviklingsteori, som vægter selvets udvikling i relation til den anden, er den sidste i den nærmest kronologiske række af teorier.

Hvert kapitel er bygget over samme læst, først en biografi, dernæst en præsentation af teoriens grundtanker og syn på barnets udvikling og afslutningsvis en kritisk diskussion.

Inden den udviklingsteoretiske maraton varmes op med et kapitel om udviklingsbegrebet som en guideline til forståelse af de forskellige teorier og deres omsættelighed til praksis.

Bogen igennem bliver de forskellige teorier perspektiveret i forhold til den tid, de blev udviklet i og sat i relation til senere erkendelser og udviklede teorier, hvilket letter forståelsen og gør stoffet levende.

Som opslagsværk er bogen fremragende, opbygningen gør den nem og overskuelig at finde rundt i. Litteraturlisten efter hvert kapitel giver anbefalinger på, hvilken litteratur, der især er velegnet til videre studier. Står begrebet amodal perception f.eks. lidt tåget, kan det genopfriskes i ordlisten bag i bogen.

Dette er 4. udgave. Sidste udgave udkom i 2001. Foruden en almen sproglig revidering, er kapitlet om Bowlbys tilknytningsteori det nye i denne 2008 udgave.

Målgruppen er studerende. Heldigvis er denne gruppe ikke aldersbestemt. Jeg vil give bogen min varmeste anbefaling til studerende i alle aldre.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.



Espen Jerlang (red.)

**Udviklingspsykologiske teorier  
– introduktion**

Hans Reitzels Forlag

4. udgave 2008

492 sider – 398 kr.

ISBN 978-87-412-5154-7

## Det er nok noget kulturelt

Dette er afgjort en nyttig lærebog i antropologi. På letlæst godt norsk! Som sygeplejestuderende og sygeplejerske kan man få forståelse og brugbar viden af den til mødet med patienter fra andre kulturer.

Forfatteren er sygeplejerske og antropolog. To uddannelser som både har mange lighedspunkter og er forskellige. Som undertitlen antyder, er det lige præcis det at finde lighedspunkterne i forskelligheden, der er den røde tråd i bogen og forfatterens bagvedliggende idé. Det kan straks afsløres, at Ragnhild Magelssen når i mål med sit projekt. Det kan også afsløres, at lærebogen, trods de empiriske eksempler fra sundhedsvæsenet først og fremmest sygeplejen, også kan anvendes af andre faggrupper, der møder mennesker fra andre kulturer. Eksemplerne har overføringsværdi, fordi bogen i høj grad handler om tilgang og attituder i mødet med mennesker i almindelighed og indvandrede i særdeleshed.

Magelssens tese er, at mennesker ikke så sjældent mistolter det, de ser som kultur. Man trækker enkeltindividets konkrete handlinger frem, klædedragt, mad m.m. og kalder det kultur.

Kultur er en model, vi ser med, snarere end hvad vi ser. Det, vi ser med, er vore kundskaber, værdier, handlemønstre og regler. Men det mennesker gør, som altså er det, vi ser, er de kulturelle udtryksformer. Sagt på en anden måde: Forholdet mellem kultur og kulturelle udtryksformer er som forholdet mellem trafikregler og tra-

fik. Det, mennesker gør, er ikke nødvendigvis deres kultur. Magelssen foreslår, at sundhedspersonale altid skal kommunikere kultursensitivt, ved at gøre det kan de finde lighederne i forskellighederne og dermed tilpasse ydelserne og handle på en måde, så indvandrerpatienter og andre patienter får den rigtige sygepleje. Et af Magelssens andre metodiske råd til medarbejdere, som arbejder med indvandrere, er at tænke enkelt, når de forklarer årsager, f.eks. adfærds- og kommunikationsproblemer: "Når du skal forklare et fænomen, bør du begynde med de enkleste hypoteser først, hvis de ikke holder, går du videre til de mere omfattende og komplicerede." At forklare en patients adfærd med begrebet kultur er ikke at ty til den enkleste årsagsforklaring. Tværtimod.

Ud over at have fokus på kulturbegrebet er bogen en tour de force gennem nogle af antropologiens begreber og metoder særligt tilpasset sundhedsvæsenet. Begreber og metoder, som det danske sundhedsvæsen kan drage nytte af at tænke ind i den daglige praksis. Kun et enkelt, kort afsnit er specielt rettet mod norske forhold, nemlig afsnittet om migrationen i Norge.

Alt i alt en anbefalelsesværdig lærebog som sygeplejestuderende og sygeplejersker på afdelinger med indvandrere bør have til rådighed.

Af Bodil Ludvigsen,  
konsulent i Ledelsesteamet i Dansk Sygeplejeråd,  
sygeplejerske, SD, SA, og MSA.



Ragnhild Magelssen

**Kultursensitivitet**

**– Om at finne likhetene i  
forskjellene**

Forlaget Akribie

2. udgave 2008

217 sider – 378 nkr.

ISBN 978-82-7950-109-1

**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.

## På randen af faglig selvudslettelse

I begyndelsen af sommeren fik jeg en mail med pæne og anerkendende ord om sygeplejersker, men også med en opfordring mellem linjerne.

"Tusind tak for masterprojektet, som jeg læste i en køre, samme aften jeg modtog det. Meget af det har jeg gennemlevet allerede, men det var pudsigt at se beskrivelser af følelser og oplevelser, som jeg troede mig alene om. Det gør beskrivelserne af det efterfølgende tankevækkende, da jeg, der kan læse, ved, hvad der sandsynligvis venter mig. Jeg har fået meget ud af at læse projektet, og jeg håber, det kan medvirke til positive ændringer i fremtiden."

Det skriver *Ida*, hvis mand i februar blev ramt af en stor blodprop i hjernen. Forløbet var kompliceret og hjælpen og støtten ikke altid optimal, specielt ikke under strejken.

Ida fortsætter:

"Selv efterlyste jeg ofte samarbejdet med hospitalet. Man var ikke dygtige nok til at inddrage den ressource, jeg kunne være, når jeg alligevel var til stede. Jeg ville gerne lære igennem aktiv deltagelse. Det er vigtigt at føle, at man kan gøre en forskel for sine nærmeste. Tak for god inspiration. Jeg vidste ikke, at der var så mange gæve sygeplejersker med overskud til at forske og skrive så meget bare inden for det felt, vi er havnet i."

Jeg havde sendt Ida et masterprojekt om, hvordan raske ægtefæller oplever livet med en apopleksiramt, og Ida har, som det fremgår, kunnet identificere sig med indholdet.

Det er værd at hæfte sig ved, at Ida benytter sygeplejerskernes mest ultimative kampråb: "At gøre en forskel."

Det forekommer meget velvalgt i Idas situation, mens det som sygeplejerskernes favoritudtryk for koncentreret faglighed er for slapt. Når Ida fortsætter med at udtrykke sin undren over sygeplejerskers forsknings- og formidlingsindsats, ligger løsningen lige for.

Begrav "vi gør en forskel" dybt under jordens overflade på et hemmeligt sted. Erstat den udvandede floskel med konkrete beskrivelser af sygepleje. Det handler om selvagtelse og om at tænke sig ind i modtagerens begrebsverden. Der er ikke nogen almindelige borgere, som f.eks. ved, hvad et tryksår er, hvorfor det opstår, og hvordan det kan forebygges. Næste gang du bliver spurgt, hvad du laver, så svar:

"Jeg er sygeplejerske på medicinsk afdeling, og jeg arbejder med at screene og finde ældre mennesker, som er i risiko for at få tryksår. Jeg forebygger tryksår med hjælpemidler som specialmadrasser, korrekt ernæring og hurtig mobilisering."

Når du fortæller, så lad være med at ligne en, der kryber langs panelerne af skam over at sige noget så banalt til et andet menneske. Det er ikke banalt, men yderst basalt, for hvis det ældre menneske først får sit tryksår, er der både lidelse og penge på spil.

Ida minder os om, at udtrykket "at gøre en forskel" er til privat brug. Dermed overlader hun det til de professionelle at bryde tavsheden og sætte jordnære og usentimentale ord på sygeplejen. Idas andet budskab er en påmindelse om, at sygeplejersker lever på randen af faglig selvudslettelse. Et projekt med et relevant budskab til pårørende og hospitalsansatte må kunne finde vej til spalterne eller til hjemmesiden hos en patientforening. Det er synd og skam, hvis et værk, der åbenlyst har haft betydning for en ægtefælle til en apopleksiramt, ikke kommer flere ægtefæller til gode.

Derfor: Fortæl om dit arbejde. Det styrker selvagtelsen og er en god øvelse, og borgerne får vished for, at sygepleje er mere end håndlag og et stort hjerte.

*jb@dsr.dk*