

DET GODE MEDICINRUM • TEMA: ANGSTEN KAN VÆRE DIN VEN

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING NR. 10 18. MAJ 2008 108. ÅRGANG



STREJKE PÅ 5. UGE

# VI KÆMPE VIDERE

18 SIDER KONFLIKTREPORTAGE

TAG UD OG GEM: LITTERATURSØGNING I PRAKSIS • PATIENT I EGEN AFDELING





7



34



16-33

**ARTIKLER**

- 42 På job – Familier får hjælp til at finde vej i kemijunglen**  
Sundhedsplejersker på Vesterbro, Vanløse og Kgs. Enghave har titel af miljøambassadører. De rådgiver om kemi i mad og produkter til gravide og babyer.
- 44 Det gode medicinrum**  
Gode fysiske rammer i medicinrummet spiller en stor rolle i forebyggelsen. Derfor har Intensiv Afsnit N1, Regionshospitalet i Silkeborg, bygget et helt nyt medicinrum.
- 46 Lad kollegerne dispensere i ro**
- 48 Mit holdepunkt – Regerer over senge og instrumenter**  
Lisbeth Dela Myrup er afdelingssygeplejerske på Sterilcentralen på Aalborg Sygehus.

**TEMA SIDE 34-41: ANGST**

- 34 Angsten kan være din ven**  
Hvis du vælger at lytte til hverdagsangstens signaler, kan din angst hjælpe dig til at træffe de rette valg.
- 38 Ved at konfrontere angsten kan man overvinde den**  
Sonja Spodek måtte gennem fire forsøg på sygeplejerskeuddannelsen og flere omgange psykoterapi, før det lykkedes. Men i dag har hun lært at overvinde sin angst.
- 41 Kvinder er mest udsatte for angst**  
Forældre skal støtte deres piger i at turde håndtere farlige situationer i barndommen. På den måde kan man ruste dem til at overvinde angst senere i livet.

# VI STÅR FAST

FOTO: ALEX TRAN



### TEMA SIDE 16-33: SYGEPLEJERSKER I KONFLIKT

Medlemmerne af Sundhedskartellet har snart strejket i fire uger, men humøret er stadig højt. Læs temaet om sygeplejerskernes fortsatte kamp for 15 pct. mere i løn og en ligelønskommission.

#### 16 Vi står fast

#### 18 Nye forhandlinger om sygeplejerskernes løn

#### 19 Medicinske afdelinger ud af nødberedskab

#### 19 Strejke betaler sig

#### 20 Jeg har oplevet en fantastisk fællesskabsfølelse

#### 22 Svensk strejke udvidet

#### 23 Norske sygeplejerskers lønforhandlinger brudt sammen

#### 24 Strejken og frustrationen bag den

#### 25 Vi kan sagtens skelne

#### 27 Eksperternes konflikt - TILBAGEBLIK

#### 29 Underskrifter for ligeløn

#### 30 Død sild vakt til live

#### 32 Konflikten er blevet dagligdag

#### 33 Det koster kræfter at konflikte

### MIDTERSIDERNE

### TAG UD OG GEM: LITTERATURSØGNING I PRAKSIS

### FAG

#### 56 Principper for neurorehabiliterende sygepleje

Fokus for den neurorehabiliterende sygepleje er forebyggelse og behandling af komplikationer efter erhvervet hjerneskade samt optimering af funktionsevne og livskvalitet. Sygeplejen er en del af et interdisciplinært samarbejde.

#### 62 Patient i egen afdeling

"Patient for en dag" er en workshop, der giver personalet mulighed for at opleve følelsesmæssigt, hvad det vil sige at være patient i egen afdeling, og artiklen beskriver erfaringer fra en sådan workshop for personalet fra børneafdelingerne på Sønderborg og Kolding Sygehus.

#### 66 Recovery hos sindslidende – evaluering af en metode

Arbejdet med ressourcegruppemøder er evalueret og kvalificeret gennem en evalueringsundersøgelse, som viser, at der blandt alle deltagerne er størst enighed om, at ressourcegruppemøderne medvirker til at styrke brugernes medbestemmelse, skabe håb og optimisme om fremtiden, styrke relationerne til netværket, samt at brugerne og de pårørende opnår indsigt og forståelse.

### I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 50 Dansk Sygeplejeråd mener
- 51 Debat
- 54 Fagtanker
- 54 Faglig information
- 55 Resuméer
- 71 Agenda
- 72 Testen
- 73 Anmeldelser
- 76 5 faglige minutter
- 77 Stillingsannoncer
- 83 Kurser/Møder/Meddelelser



## I kølvandet på konflikten

Kære læser.

Når du står med denne udgave af *Sygeplejersken* i hånden, har du forhåbentlig modtaget et særnummer af *Sygeplejersken* en uge tidligere. Særnummeret handlede om konflikten. Vi lavede det på få dage, så du omkring den 9. maj kunne være så opdateret som muligt på konflikten.

I særnummeret nåede vi også at få nyheden med om, at Sundhedskartellet og Danske Regioner er begyndt at tale sammen igen. De mødtes første gang den 7. maj. I denne helt almindelige udgave af *Sygeplejersken* blev vi færdige med at skrive allerede fredag den 9. maj på grund af pinsen. Vi sluttede altså få dage efter mødet mellem Sundhedskartellet og Danske Regioner. Og vi bringer naturligvis en opdateret historie om forhandlingerne. Men i skrivende stund er de jo først lige kommet i gang. Jeg vil foreslå, at du læser videre om forhandlingerne på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

I denne udgave af *Sygeplejersken* har vi igen valgt at dokumentere konflikten med billeder og tekst. Det er imponerende, hvor mange forskellige ting, i sygeplejersker i forbindelse med konflikten har gang i. Læs om konflikten på side 16-33.

Konflikten fylder meget, men vi har også valgt at bringe et spændende tema om angst – interessant læsning om et emne, der ofte er belagt med tavshed og fortielse. Angsten kan være din ven, lyder postulatet.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
[snp@dsr.dk](mailto:snp@dsr.dk)

## Tidlig deadline på grund af pinsen

Redaktionenens deadline var allerede fredag den 9. maj på grund af pinsen. Find de seneste nyheder om forhandlingerne mellem Sundhedskartellet og Danske Regioner på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

Redaktionen



## De unge har



AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

**Pille-paradoks.** *Angst rammer især de unge, men det er ældre kvinder, der forbruger flest lykkepiller. En årsag kan være, at medicinen bliver udskrevet på for små indikationer for at hjælpe på ældres ensomhed.*

Kvinder har et dobbelt så stort forbrug af de nye antidepressiva, populært lykkepiller, som mænd. Angst og depression, som også særligt rammer kvinder, er én af de psykiske sygdomme, som medicinen bliver ordineret til. Paradoksalt nok viser Lægemiddelstyrelsens statistik, at forbruget af de nye antidepressiva stiger med alderen til trods for, at angst ofte begynder tidligt i livet og fylder mest i 20-40-års-alderen. Kvinder mellem 30-34 år forbruger 56 døgndoser pr. 1.000 indbyggere, mens kvinder mellem 60-64 år bruger 78 døgndoser pr. 1.000 indbyggere. De tilsvarende tal for mænd er hhv. 31 og 47 døgndoser pr. 1.000 indbyggere.

Psykiater på Sct. Hans Hospital *Karin Garde* har forsket i forskelle mellem

### Vidste du at ...

... ældre mennesker har flere kræfter i hænderne, hvis de spiser fed fisk? En engelsk undersøgelse blandt knap 3.000 mænd og kvinder mellem 59 og 73 år viste, at styrke i hænderne afhang af vægt og længde ved fødslen, men også af deltagernes diæt.

Kilde: Journal of the American Geriatrics Society/Nursing Standard nr. 29/2008.

### REDAKTIONEN )))

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



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



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



Journalist  
Sine Madsen  
[sma@dsr.dk](mailto:sma@dsr.dk)  
Tlf.: 4695 4206



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



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



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



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



# angsten, de ældre får medicinen

kønnene mht. angst, og hun undrer sig over, at det er de ældre kvinder, der forbruger mest medicin.

"Det er umiddelbart ulogisk, da angst og depression aftager med årene, hvor også forskellene mellem kønnene bliver mindre," siger hun.

"En forklaring kan være, at mange har stor tiltro til virkningen af de nye antidepressiva. Mange ældre bliver alene og kommer til at føle sig triste og ensomme, og både lægen og patienten vil gerne finde noget, der kan hjælpe. Spørgsmålet er, hvor godt det er. Undersøgelser har vist, at virkningen af lykkepiller er begrænset, den er kun lidt større end ved placebo. Til gengæld er der bivirkninger i form af kvalme og søvnforstyrrelser," siger Karin Garde, som mener, at lægerne skal blive bedre til at tage initiativ til at nedtrappe medicinen, når det er forsvarligt.

## Medicinforbruget skal op

Psykiater og administrerende overlæge for Center for Psykiatrisk Grundforskning på Psykiatrisk Hospital i Århus, *Raben Rosenberg*, har været formand for den arbejdsgruppe, der i 2007 færdiggjorde et referenciprogram for angstlidelser hos voksne. Hans bud på, at ældre har et større forbrug af de nye antidepressiva end unge, er, at



ARKIVFOTO: PHOTOALTO

Danskernes forbrug af de nye antidepressiva er vokset markant i de seneste fem år. Fra 36 døgndoser pr. 1.000 indbyggere i 2003 til 47,2 døgndoser i 2007. Det svarer til, at 285.410 danskere fik medicinen i 2007.

medicinen gives til ældre med depression, og at indikationen for koordination af medicinen er bred.

"Men forholdet mellem unge og ældres forbrug af medicinen er ikke godt nok be-

lyst. Fagligt set er det dog ikke mærkeligt, for fejldiagnosticeringen har været større blandt ældre, fordi symptomerne fejlfortolkes som udtryk for, at de er blevet gamle og ikke har det så godt," siger Raben Rosenberg.

Han deler ikke Karin Gardes bekymring over det stigende forbrug af de nye antidepressiva. Han mener tværtimod, at forbruget skal fortsætte med at stige, fordi der i dag forekommer stor underbehandling af angstlidelser, det er bl.a. dokumenteret i referenceprogrammet, at kun 50 pct. får stillet en diagnose, og kun 25 pct. får behandling.

Referenceprogrammet konkluderer, at der mangler behandlingstilbud i form af psykiatriske speciallæger og psykologer med kognitiv psykoterapeutisk uddannelse, og de praktiserende læger mangler mulighed for at kunne henvise til specifik angstbehandling.

"I den situation er det helt legitimt at anbefale medicinsk behandling til mennesker med angst, for alternativet er at lade dem sejle deres egen sø," siger Raben Rosenberg.

Læs også artiklerne om angst på side 34-41.

## En dags kongres i maj – resten i efteråret

Uanset, om Sundhedskartelletts faggrupper fortsat er i strejke eller ej, får konflikten indvirkning på afviklingen af Dansk Sygeplejeråds ordinære kongres 2008. Kongressen skulle have fundet sted i dagene 19.-22. maj i Falkoner Centret i København. Nu reduceres kongressen i første omgang til en enkelt dag, onsdag den 21. maj.

Hovedbestyrelsen foreslår kongressen, at behandling af langt størstedelen af de fremsatte forslag udskydes til efteråret. Tek-

nisk kan det gøres ved, at kongressen suspenderes efter samlingen den 21. maj og genoptages senere, formentlig over tre dage i november. Det er kongressen, der formelt skal godkende denne fremgangsmåde.

Samme løsning har de svenske sygeplejersker valgt for deres kongres i maj og af samme årsag.

(sp)

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



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



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



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



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



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



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



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



# Danmark bryder børnekonventionen

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • ILLUSTRATION: BOB KATZENELSON

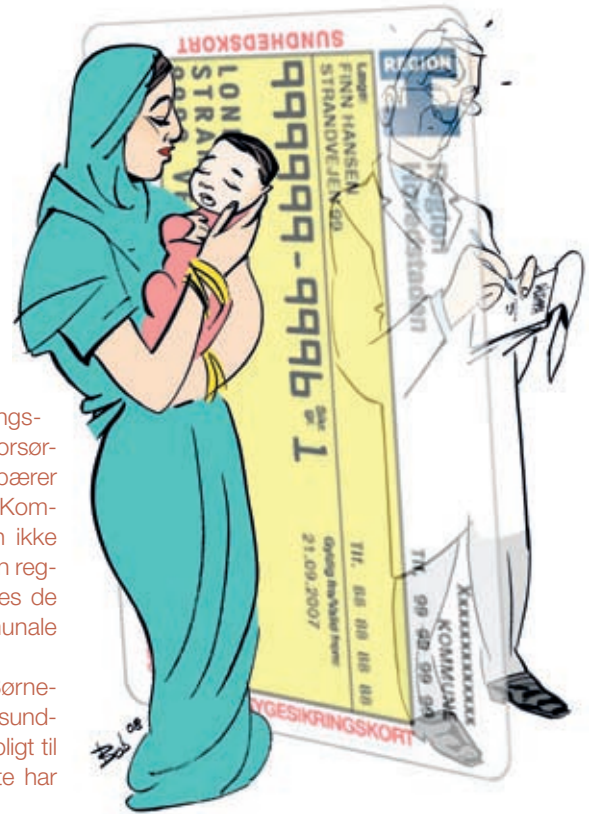
**Lægehjælp.** Børnerådet vil kontakte Integrationsministeriet, så alle flygtningebørn sikres adgang til lægehjælp.

Ingen børn i Danmark må afskæres fra lægehjælp, hvis de er syge.

Det fastslår sundhedsplejerske *Else Guldager*, der er medlem af Børnerådet, efter at *Sygeplejersken* i sidste nummer fortalte, hvordan en lille gruppe flygtningebørn afskæres fra lægehjælp og sociale ydelser. Det er typisk børn, hvor faderen har opholdstilladelse i Danmark, mens moderen kommer til landet for at søge familiesammenføring eller asyl med ét eller flere børn.

Børnene har intet cpr-nummer og kan derfor ikke modtage gratis lægehjælp. Indtil deres familiesammenførings- eller asylsag er afgjort, har faderen forsørgerpligten for familien. Pligten indebærer også betaling af sundhedsydelser. Kommunerne kan træde til, hvis familien ikke har råd til at betale for lægehjælp. Men reglerne er komplicerede, og ofte kendes de hverken af familierne eller de kommunale sagsbehandlere.

"Det er et åbenlyst brud på FN's Børnekonvention. Disse børn har også ret til sundhed som alle andre. Vi har en særlig pligt til at hjælpe flygtningebørn, fordi de ofte har



## Vidste du at ...

... evnen til at vise tillid til dels er medfødt? Selv om miljøfaktorer spiller den største rolle, viser tvillingestudier, at 20 pct. af evnen skyldes arvelighed.

Kilde: The Proceedings of the National Academy of Science/Dagens Medicin.

"Jeg finder det stærkt bekymrende, at man vil nedlægge akutmodtagelsen i en kommune af Silkeborgs størrelse, uden at borgerne sikres en fuldt døgndækkende akutlægebil bemandet med en anæstesi-læge. Når transporttiden til et akutmodtagende hospital bliver væsentlig forlænget, er der behov for, at der kan være en læge til stede i ambulancen."

*Bjarne Larsen*, overlæge og daglig leder af lægebilene i Silkeborg, ved et borgermøde om sygehusplanen i Region Midtjylland, Midtjyllands Avis, den 6. maj 2008.

# Sygeplejersker i klemme efter konkurs

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

**Til gode.** Vikarbureauet *Private Nurse & Doctors ApS* blev erklæret for konkurs den 23. april, og det betyder, at mindst 10 sygeplejersker har penge til gode. Bureauet er hurtigt genopstået under navnet *Private Nurse*, som igen annoncerer efter arbejdskraft.

Omkring 10 sygeplejersker tilknyttet vikarbureauet *Private Nurse & Doctors ApS* er kommet i klemme, efter at vikarbureauet blev erklæret konkurs onsdag den 23. april. Antallet kan dog godt være større, og juridisk konsulent i Dansk Sygeplejeråds medlemsservice *Anne Hjortskov* opfordrer til, at andre medlemmer i klemme også henvender sig til Dansk Sygeplejeråd.

"Vi anmelder deres løntilgodehavender i Lønmodtagernes Garantifond," siger *Anne Hjortskov*.

På bagsiden af det seneste nummer af *Sygeplejersken* var der en helsides jobannonce for vikarbureauet *Private Nurse*, som bl.a. fortæller, at "vikarbureauet er i rivende udvikling og specielt mangler sygeplejersker inden for dialyse, intensiv, akutmodtagelse, hjemmepleje og coronar". Annoncen henviser til hjemmesiden [www.private-nurse.com](http://www.private-nurse.com) som på sin forside den 9. maj 2008 byder de besøgende velkomne til netop "Private Nurse & Doctors ApS". Det ser således ud, som om at *Private Nurse & Doctors ApS* er genopstået som vikarbureauet

*Private Nurse Denmark*. Det bekræfter direktør i *Private Nurse Denmark Christina Bøving*.

"Vi gik desværre konkurs med *Private Nurse & Doctors ApS*, som jeg har været direktør for i 10 år, men det skal ikke gå ud over vikarerne. Kundegrundlaget er godt, og derfor fortsætter jeg vikarbureauet under navnet *Private Nurse Denmark ApS*, i daglig tale *Private Nurse*, med samme medarbejdere," siger *Christina Bøving*.

Hun undrer sig dog over, at en gruppe sygeplejersker har henvendt sig til Dansk Sygeplejeråd, fordi de har penge til gode.

"Vi har været meget åbne om konkursen og sendt breve ud til alle vikarerne, hvori jeg beder dem om at henvende sig til os, såfremt de har timesedler, der ikke er honoreret, og det vil jeg opfordre sygeplejersker, der mener, de har penge til gode, til også at gøre," siger *Christina Bøving*.

*Hvordan kan et konkursramt firma honorere dem?*

"Jeg har måttet bruge nogle af mine sparepenge."

*De sygeplejersker, der har penge til gode, skal altså bare henvende sig til dig?*

"Ja, når de har fået det her brev, skal de gøre, som alle de andre har gjort, vi har fået mange timesedler tilsendt," siger *Christina Bøving*.



dårligere helbred og tænder end andre børn,” siger Else Guldager.

Børnerådet har gennem længere tid arbejdet med flygtninge- og asylsøgende børns rettigheder.

”Derfor vil rådet også rette en henvendelse til Integrationsministeriet i denne sag. Myndighederne er nødt til at tale sammen om dette problem, for det kan løses, hvis man vil,” siger Else Guldager. Kommunernes Landsforening (KL) efterlyste allerede for to år siden, at Integrationsministeriet sender en vejledning ud, der skal klargøre reglerne for, hvilke sociale ydelser de pågældende familier og børn har ret til. Foreløbig har KL ikke fået nogen tilbagemelding på henvendelsen.

## Regnskab godkendt

Dansk Sygeplejeråd må notere et samlet regnskabsmæssigt underskud i 2007 på 7,5 mio. kr. Hovedbestyrelsen godkendte den samlede regnskabsmæssige årsrapport ved sit seneste møde. Regnskabet forelægges Kongressen den 21. maj 2008.

Det har i tidligere år været muligt at henlægge store beløb til forskellige formål, som Dansk Sygeplejeråd efterfølgende har kunnet trække på til særlige projekter og aktiviteter. Hovedbestyrelsen noterede sig, at denne mulighed fremover vil være begrænset, idet henlæggelserne er ved at være brugt.

Ved udgangen af 2007 udgjorde amtskredsens egenkapital 38,9 mio. kr. mod 42,1 mio. kr. året før.

Interesserede kan finde Dansk Sygeplejeråds samlede regnskab på hjemmesiden [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)

(sp)

## Vidste du at ...

... antallet af bypassoperationer er firedoblet siden 1993? I 1993 blev der udført 544 bypassoperationer efter blodprop i hjertet, i 2003 var tallet steget til 2.170.

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)



FOTO: OLE JENSEN

Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand Grete Christensen (billedet) og formand Connie Kruckow var blandt årsmødets gæster. Den igangværende konflikt satte – som det også ses af udsmyningen – sit præg på årsmødet.

## Lettere adgang til studenterpolitik

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

**Sygeplejestuderende.** Årsmødet i Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS) vil styrke det lokale studenterpolitiske arbejde.

”Det er os, der er eksperter i at være sygeplejestuderende, og det skal vi gøre brug af.”

Disse ord fra formanden for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), *Kirsten Salling Rasmussen*, fulgte en opfordring om fortsat tæt samarbejde mellem de sygeplejestuderendes centrale bestyrelse og lokale bestyrelser til gavn for de sygeplejestuderendes sag, da SLS for nylig holdt sit årsmøde i Haslev i april. 13 af 18 lokale bestyrelser var repræsenteret, da den afgående bestyrelse aflagde sin beretning, og nye indsatsområder skulle prioriteres for efterfølgerne.

Det skal være lettere at engagere sig i det lokale studenterpolitiske arbejde. Det tilsluttede årsmødet sig med en vedtagelse af, at der kan udpeges lokale kontaktpersoner på uddannelsessteder, hvor det ikke umiddelbart er lykkedes at få valgt en SLS-lokalbestyrelse. Kontaktpersonerne vil sikre kontakt mellem de lokale studerende og SLS og forhåbentlig bane vejen for valg af en lokal bestyrelse. Der lægges også op til et formaliseret regionalt samarbejde mellem de lokale bestyrelser med fælles møder mindst hvert halve år.

SLS har mange styrker, konstaterede Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand, *Grete Christensen*, der var blandt årsmødets gæster. Hun fremhævede det

lokale engagement i uddannelses- og studenterpolitik og det tætte forhold til Dansk Sygeplejeråd, lokalt såvel som centralt.

### Nye indsatsområder

SLS har prioriteret to indsatsområder for den kommende periode. Dels vil de studerende arbejde for en høj kvalitet i den kliniske undervisning, dels vil de studerende arbejde med øget rekruttering og fastholdelse af medlemmer af SLS.

Der er store regionale forskelle i uddannelsesvilkårene i den kliniske undervisning. Derfor vil SLS arbejde for, at der udarbejdes nationale retningslinjer for den kliniske undervisning.

Det tidligere indsatsområde om at sikre sygeplejestuderende løn efter kvalifikationer lever fortsat. Bestyrelsen har udarbejdet en strategi, som skal klæde de studerende på til selv at forhandle sig til den løn, de er værd. Samtidig forsøges det at forhandle lokale lønftaler med arbejdsgiverne, og enkelte steder er det allerede lykkedes.

Sygeplejestuderendes udgifter til transport under den kliniske uddannelse er et andet velkendt problem, som SLS vil arbejde på at løse.

Ny formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning er med virkning fra 15. juli *Anja Skov Refsgaard*. SLS' næstformand *Mads Dippel Rasmussen* er genvalgt. Tidspunktet for vagtskiftet er nyt og er valgt for at give bedre mulighed for overdragelse af bestyrelsesarbejdet.

# Robot tæller tabletterne

AF LOTTE EDBERG LOVELESS, JOURNALIST

**Medicindosering.** Om få år kan sygeplejersker meget vel være færdige med at hælde piller op. På Skejby Sygehus har en robot allerede overtaget opgaven på en afdeling – foreløbig i et pilotprojekt.

Den er stor og kantet og har absolut intet Florence Nighthingale-agtigt over sig. Ikke desto mindre er skrumlet – en enorm medicinrobot – godt på vej til at bevæge sig ind på en af sygeplejerskefagets opgaver: medicindosering.

Den hypermoderne pilletæller er plantet på Skejby Sygehus' apotek og spiller hovedrollen i et aktuelt pilotprojekt mellem apoteket og hospitalets infektionsmedicinske afdeling. Projektet blev skudt i gang 1. oktober 2007 og løber frem til 1. april 2008.

Lægerne ordinerer medicinen via den elektroniske patientjournal, og en gang dagligt eksperder robotten den enkelte patients tabletter pakket enkeltvis i små plastposer med strekkode. Poserne kommer ud samlet i bundter – al medicin, der skal gives f.eks. kl. 8 på afsnittet, er samlet på en ring.

Når patienten skal have sin medicin, scanner sygeplejersken via en minicomputer først strekkoden på patientens armbånd og derefter den på posen. Systemet skulle minimere risikoen for fejlmedicinering.

Med udviklingsprojektet er Skejby Sygehus blandt de første i verden til at bruge avanceret it-teknologi til at sikre, at patienterne får den rigtige medicin.

Men hvad siger sygeplejerskerne?

"Det betyder faktisk mere, end vi havde regnet med. Mange føler ikke, de har samme overblik," fortæller sygeplejerske Mette Marie Rasmussen.

"Vi er vant til at forholde os kritisk til medicineringen, når vi doserer. Med det nye system skal vi finde ud af, hvor i processen den faglige kompetence nu skal ligge," siger hun.

"Poserne indeholder det, de skal. Systemet er gennemtjekket og holder," siger oversygeplejerske Annette Falkenberg fra afdelingen.

"Men medicinposer må aldrig blive en sovepude. Selvom vi automatiserer, skal medicineringen stadig kobles med refleksioner over patientens aktuelle tilstand. Ellers ryger både patientsikkerhed og faglighed."

Sygeplejerskerne har været med til at udvikle konceptet helt



Få ny inspiration...  
I Bogklubben for sundhedsprofessionelle får du masser af spændende bøger til lave bogklubpriser, der kan udvikle dig professionelt og menneskeligt.

Få 2 bøger for kun **29 kr. stk.**  
+ 39 kr. i porto og eksp.

Vind en rejse til Paris!

**sundhedsprof.dk**





ARKIVFOTO: COBBIS

fra bunden – både på it-området og i forhold til udstyr som medicinborde. Medicinrummet ligner ikke længere sig selv. De fleste piller er væk, og al standardmedicin er i dag også pakket i stregkodeposer med én tablet i hver.

"Alt er nyt. Vi har skullet udrykke mange "børnesygdomme" og er kommet langt, siden vi begyndte," siger Mette Marie Rasmussen.

Forhåbentlig kan andre drage nytte af pionérarbejdet.

"Målet er at lave en beskrivelse af den optimale arbejdsdag. En implementering kræver en kort og veltillægt indkøring. Der er travlt nok på afdelingerne i forvejen. Hvis sygeplejerskerne skal bruge robotter til medicinering i fremtiden, skal de opleve, at det ikke tager tid fra patientplejen. Ellers giver det ingen mening," siger Annette Falkenberg.

De foreløbige målinger i pilotdriften viser en lille tidsbesparelse.

## Europa larmer

Hvert år flytter 10 millioner europæere for at undgå støj, hvor de bor, skriver Politiken. Halvdelen bor i støjende omgivelser, og en tredjedel har oplevet at få deres nattesøvn ødelagt på grund af støj. Det viser undersøgelsen "Noise Report", som er sponsoreret af EAG-Electrolux. Undersøgelsen viser også, at næsten hver femte europæer mener, at naboen støjer for meget, og én ud af seks mener, at livskvaliteten er påvirket af støj, som de selv står for.

(kbc)

## God sikkerhed kræver fælles fodslaw

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

**Fælles ansvar.** Dansk Sygeplejeråd har netop præmieret tre sikkerhedsrepræsentanter.

Det er ikke kun sikkerhedsrepræsentantens bord, når udsugningen i medicinrummet er for dårlig, eller en kollega forløfter sig, fordi pladsen på sengestuen er for trang. Sikkerhed er en opgave for alle sygeplejersker på afdelingen. Sådan lyder budskabet fra de tre sygeplejersker, der netop har vundet Dansk Sygeplejeråds konkurrence om det bedste indlæg fra en sikkerhedsrepræsentant.

"Før hørte jeg kommentarer som: "Er det ikke noget, vi har en sikkerhedsrepræsentant til?" Jeg valgte derfor at gennemgå den del af arbejdsmiljøloven, der fortæller om medarbejderens ansvar og pligter. Kollegerne blev faktisk meget overraskede over, at de har pligt til at rapportere videre i systemet, hvis de f.eks. finder løse ledninger eller andre fejl," siger den ene af vinderne, sygeplejerske *May-Brit Moberg*, der er sikkerhedsrepræsentant på operationsafdelingen ved Sygehus Sønderjylland i Sønderborg.

De to øvrige vindere er sygeplejerske *Tina Kolmos* fra Hospice Sønderjylland og



FOTO: SYGEHUS SØNDERJYLLAND

Dagen inden strejken var sygeplejerske *May-Brit Moberg* midt i en travl arbejdsdag på operationsgangen på Sygehus Sønderborg, da hun blev overrasket med blomster og et gavekort til et kroophold. *May-Brit Moberg* er en af de i alt tre sygeplejersker, der er præmieret af Dansk Sygeplejeråd for at have lavet den bedste beretning om arbejdet som sikkerhedsrepræsentant.

sygeplejerske *Kirsten Hjort Streich* fra thorax kirurgisk afdeling på Odense Universitetshospital.

"Den eneste måde, hvorpå man kan påpege de til tider meget u hensigtsmæssige arbejdsforhold på et nedslidt universitetshospital, er ved igen og igen at anmelde arbejdsskader," lyder det fra *Kirsten Hjort Streich*, der de seneste måneder har brugt meget tid på de massive udluftningsproblemer i afdelingens nyoprettede medicinrum. Det betød store lugtgener, og en sygeplejerske har anmeldt en allergisk reaktion som arbejdsskade.

*Tina Kolmos* fra Hospice Sønderjylland har oplevet, hvordan det er at starte sikkerhedsarbejdet helt fra bunden på en nyoprettet arbejdsplads. For at gøre sikkerheden mere synlig udsender hun en nyhedsmail hver tredje måned.

"Et godt arbejdsmiljø kommer ikke af sig selv. Det kræver opbakning og medansvar i hele personalegruppen og ikke mindst opbakning fra ledelsen," skriver *Tina Kolmos* i sin beretning.

Læs de tre sikkerhedsrepræsentanters beretning på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)



FOTO: SIMON KNILDSEN

**Social ulighed på dagsordenen.** Det danske velfærdssamfund har aldrig været rigere. Alligevel vokser forskellen mellem akademikerens og den ufaglærtes sundhed. Skal den sociale ulighed i sundhed mindskes, kræver det en langt mere målrettet politisk indsats. Der skal bl.a. sættes endnu mere på arbejdsmiljøet, og så skal sundhedssystemet udvise større rummelighed over for socialt udsatte patienter. Sådant lød nogle af budskaberne, da Dansk Sygeplejeråd satte fokus på den voksende sociale ulighed i sundhed ved en konference på Christiansborg. Blandt talerne var 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg (billedet), professor Finn Diderichsen og socialsygeplejerske Nina Brünes.

# Mastergrad i Sundhedsinformatik

- en deltidsuddannelse -

**Er sundheds-it noget for sygeplejersker?  
- betemt JA!**

Kunne du tænke dig at få kvalifikationer i planlægning, udvikling og implementering af it-systemer i sundhedssektoren?  
- så søg ind på masteruddannelsen i Sundhedsinformatik på Aalborg Universitet!

## Masteruddannelsen i Sundhedsinformatik

- er en 3-årig deltidsuddannelse, der giver dig kvalifikationer som nutidens sundhedsvæsen har stort behov for
- er baseret på it-fjernundervisning med fire årlige weekend-seminarer på Aalborg Universitet

**Ansøgningsskema og yderligere information får du hos:**

Virtuelt Center for Sundhedsinformatik  
Fredrik Bajers Vej 7 D1  
9220 Aalborg Ø  
Tlf. 9940 9880  
info@sundhedsinformatik.aau.dk

[www.sundhedsinformatik.aau.dk](http://www.sundhedsinformatik.aau.dk)



# Der skal ikke lovgives om familiens hjælp til ældre

**Om igen, Karen.** Velfærdsminister Karen Jespersen (V) vil forpligte den nærmeste familie til at deltage i omsorgen for de ældre. De skal deltage i visitationsmøderne, når ældre skal have hjælp, så man kan afklare, hvilke opgaver familien vil tage sig af. En række ældrechefer bakker idéen op. Hvad siger sygeplejerskerne?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

## Else Sørensen, hjemmesygeplejerske, Lemvig Kommune

Hvad synes du om Karen Jespersens forslag om at inddrage de pårørende i hjælpen til de ældre?

"Det kommer an på, hvad hun mener. I vores område er der næsten altid pårørende til stede, når der aftales hjælp til ældre. Så det sker allerede.

Men opgaver som rengøring og lignende skal ikke overdrages til private. Det er vores samfund slet ikke bygget op til. Mange mennesker her i området har børn, der bor langt væk, og de kan ikke lige komme fra København for at købe ind og vaske tøj.

De pårørende deltager, fordi de føler sig forpligtede som mennesker. Men det vil være en forkert udvikling af vores velfærdssamfund, hvis kommunen med loven i ryggen kan sige, at vasketøj, det tager vi os ikke af, det må de pårørende klare."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

## Annegrethe Palle, hjemmesygeplejerske, Holstebro Kommune

Hvad synes du om Karen Jespersens forslag om at inddrage de pårørende i hjælpen til de ældre?

"Jeg synes, det kan blive meget problematisk. Hvem siger, at familien har det sådan sammen, at

de ønsker det?

Når familien ikke hjælper de ældre af sig selv, har de det måske sådan, at de ikke kan holde hinanden ud. Der kan være så mange følelsesmæssige ting, som gør det svært. Og så længe de ældre selv kan udtale sig og give udtryk for, hvad de ønsker, skal man respektere det.

Her i Vestjylland er det helt naturligt, at familien hjælper til. Men der skal ikke lovgives om det. Det skulle gerne være naturligt, at man spørger de pårørende om at være med, når hjælpen skal aftales. Ikke: I skal komme, for det siger loven."

## Sine Thejls, sygeplejerske, kardiologisk afdeling B1, Skejby Sygehus

Hvad synes du om Karen Jespersens forslag om at inddrage de pårørende i hjælpen til de ældre?

"Jeg synes måske, det er lige hårdt nok at lovgive om det. Det er jo ikke alle, der har de optimale familieforhold. Det er ikke sikkert, det er familien, der kender de ældres behov bedst. Og det kan også overskride nogle grænser i det forhold, man har til sine forældre.

Jeg har altid sagt, at jeg gerne vil hjælpe mine forældre, når de får brug for det, og jeg synes, det er rigtigt, at familien må hjælpe, når det ikke er muligt at få hjælp fra det offentlige som her under strejken. Men ellers skal man hjælpe med det, man har lyst til, og det, der er naturligt for én."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

## Christina Nielsen, klinisk underviser, ortopedkirurgisk afdeling 7, Næstved Sygehus

Hvad synes du om Karen Jespersens forslag om at inddrage de pårørende i hjælpen til de ældre?

"Både og. Jeg synes generelt, vi skal være bedre til at tage os af vores ældre familiedlemmer. Men det kan være svært at nå det hele, man har jo også sit arbejde og sin egen familie at passe.

Ligefrem at skrive det ind i loven synes jeg ikke, man skal. Mange ældre ville måske også have svært ved at skulle tage mod hjælp fra familien. Det skal være frivilligt, både for familien og for de ældre selv. Og at de pårørende skal være med, når hjælpen aftales – det er de jo allerede, hvis den ældre er dement, eller der hvor de ældre selv gerne vil have, at deres børn deltager."



FOTO: SØREN SVEINSEN

]]] SKRIV EN KOMMENTAR

WWW.SYGEPLEJERSKEN.DK

## Vi kender dine kompetencer, lønkrav og navnene på dine børn

Vi søger dygtige vikarer til vores nye kontor i Midtjylland.

Hos Fibiger kender vi vores medarbejdere lidt bedre end andre vikarbureauer. Måske er det derfor, at vi har mange trofaste vikarer med adskillige år hos os. Du kan blive en af dem. Ring 70 21 41 80 og kom til en personlig samtale.



Læs meget mere om os på [www.fibiger.nu](http://www.fibiger.nu) eller ring 7021 4180

FIBIGER  
Sorø • Silkeborg



FOTO: PALLE PETER SKOV

Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand Grete Christensen ønskede universitetet og museet tillykke med den nye samarbejdsaftale. Blandt tilhørerne ses (som nummer to fra venstre) en af ildsjælene bag museet, Dansk Sygeplejeråds tidligere formand, Kirsten Stallknecht.

## Styrket forskning og formidling af historien

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR

**Sygeplejens historie.** Det ny samarbejde mellem Syddansk Universitet og Fonden Dansk Sygeplejehistorisk Museum markeret officielt.

Dansk Sygeplejehistorisk Museum er et fundament for udvikling af faget. Ikke mindst derfor er museet en vigtig del af sygeplejerskernes fællesskab.

Det konstaterede Dansk Sygeplejeråds 1.-næstformand Grete Christensen, da den nye samarbejdsaftale mellem Syddansk Universitet og det sygeplejehistoriske museum blev markeret officielt ved en lille festlighed på museet i sidste uge. Der knytter sig store forventninger til samarbejdsaftalen med det lokale universitet, sagde Grete Christensen ved samme lejlighed:

"Det er min klare overbevisning, at vi med samarbejdsaftalen sikrer de bedst mulige rammer for museets virke: indsamling, registrering, bevaring, forskning og formidling til sikring af viden om sygeplejens historie og belysning af tilstande og forandringer inden for sygeplejen."

Med samarbejdsaftalen med Syddansk Universitet sammensættes en ny bestyrelse for museet, hvori universitetet får majoriteten. Repræsenteret er endvidere Dansk Sygeplejeråd, Kolding Kommune og Region Syddanmark. Dansk Sygeplejehistorisk Museum hører under det sundhedsvidenskabelige fakultet, men har også via bestyrelsen bånd til det historiske fakultet.

Grete Christensen benyttede lejligheden til at fremhæve det store arbejde med indsamling af materiale til museet, som Dansk Sygeplejeråds seniorsammenslutning tidligt satte sig i spidsen for. Hun nævnte også den store personlige indsats fra Dansk Sygeplejeråds mangeårige formand Kirsten Stallknecht, ligesom den daværende hovedbestyrelse støttede oprettelsen af den fond, som er grundlaget for museet.

"Dansk Sygeplejehistorisk Museum er en enestående institution. Pas rigtig godt på det," sagde Grete Christensen til de nye samarbejdspartnere.



Det er ikke kun godt humør, der smitter

### God håndhygiejne er en hurtig, effektiv og direkte vej til færre infektioner

Det kræver tre ting: Den rette viden, den rette indstilling og en tilpasset håndhygiejnepåklædning.

Se mere på [www.spritmere.dk](http://www.spritmere.dk) eller kontakt os for personlig rådgivning på telefon 6471 2112



plum



# Regionerne overhører hygiejnesygeplejerskers nødråb

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

**Mangelvare.** Hygiejnesygeplejerskernes nødråb om at få et nyt hold gennem uddannelsen er ikke blevet hørt af regionerne. Nu er bolden spillet videre til Sundhedsstyrelsen.

Igen i år er der ikke kandidater nok til, at der kan oprettes et hold på specialuddannelsen i infektionshygiejne. Regionerne har ikke ansat sygeplejersker i stillinger, så de kan starte på en specialuddannelse på trods af, at både Statens Serum Institut og uddannelsesudvalget for specialuddannelsen for sygeplejersker i infektionshygiejne i marts 2008 sendte et nødråb af sted til alle regioner.

Formanden for udvalget *Margrethe Meyer* undrer sig.

"Det er paradoksalt, at vi gang på gang hører politikere og eksperter tale om vigtigheden af kvalitet, hygiejne og patientsikkerhed. Hvorfor kan man ikke drage konsekvensen og sætte uddannelse af hygiejnesygeple-



ARKIVFOTO: SCANPIX

Hvem har ansvaret for, at der også i fremtiden er nogle, der kan rådgive og vejlede om god hygiejne på sygehuse og i hjemmeplejen? Hygiejnesygeplejerskerne efterlyser handling fra regionerne.

jersker i system," siger Margrethe Meyer, der er ansat på Rigshospitalet som hygiejnesygeplejerske.

Sundhedsstyrelsen har ikke mandat til at presse regionerne til at sende kandidater til uddannelsen.

Allerede i dag er der ubesatte stillinger, og flere hygiejnesygeplejersker er på tærsklen til pensionering, heriblandt Margrethe Meyer selv, som går på pension om et år. Samtidig er arbejdsopgaverne vokset støt i takt med, at primær sektor har behov for rådgivning, en arbejdsopgave der ikke bliver mindre i fremtiden med implementeringen af Den Danske Kvalitetsmodel.

"Spørgsmålet om, hvem der har ansvaret for at få uddannet flere hygiejnesygeplejersker, kører i ring i øjeblikket," siger Margrethe Meyer.

## Sygeplejersker skal betjene 112

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Akut.** Akutsygeplejersker og ambulancebehandlere skal fra 2009 modtage alle opkald på alarmcentralen fra borgere, der ringer 112.

Når en borger ringer 112, er sandsynligheden for, at det handler om et brækket ben, et hjertetilfælde eller en anden sundhedsrelateret ulykke, fire gange større end risikoen for, at det handler om brand eller politirelaterede ulykker. 80 pct. af alle opringninger til alarmcentralen handler nemlig om sygdom eller sundhed. Og bl.a. derfor vil Region Hovedstaden fremover bemande alarmcentralen med sundhedspersonale i stedet for politi- eller brandfolk.

"Halvdelen af alle ambulancekørsler rekvireres af 112. Det skal være sundhedsfagligt personale, der modtager opkaldene, for det er dem, der kan gennemskue behovet," siger *Freddy Lippert*, der er leder af Enhed for Akut Medicin og Sundhedsberedskab i Region Hovedstaden.

Region Hovedstaden har ladet sig inspirere til den nye løsning ved at se mod Norge. Her har man bl.a. gode erfaringer med at øge overlevelseschancerne hos borgere, der falder om med et hjertetilfælde uden for hospitalerne. Mens man i Danmark kun redder 6 pct. af disse patienter og i hovedstaden redder 12 pct., har man i Norge formået at redde hele hver fjerde af de patienter, som rammes af akut hjertetilfælde uden for et hospital.

"Tid tager liv, når det handler om hjertestop," siger *Jon Erik Steen-Hansen*, der er sektionsoverlæge ved Vestfold Sykehus i Norge, og forklarer, at sundhedspersonalet på alarmcentralerne kan redde liv ved at sikre "den rigtige hjælp, i det rigtige tempo og med de rette ressourcer."

Med det for øje planlægger Region Hovedstaden altså fra 2009 at samle opgaven med at besvare nødopkald i en enkelt alarmcentral, hvor sundhedspersonale skal besvare borgernes nødopkald frem for en brandmand eller politimand, som det er i dag.

### Vidste du at ...

... det vil tage 10-15 år, før det nye universitetshospital i Århus er bygget færdigt? Efter planen kan de første afdelinger fra Århus Sygehus begynde at flytte ud til de nye blokke i Skejby i 2014-15, og først i 2020 vil hospitalet være færdigbygget.

Kilde: Personalemagasinet AS Plus.

### Vidste du at ...

... en forstuvet ankel forøger risikoen for blodpropper i benene? En hollandsk undersøgelse har vist en tydelig sammenhæng mellem blodpropper i ben og lunger og mindre benskader i ugerne forud for blodproppen.

Kilde: Archives of Internal Medicine/ Nursing Standard nr. 27/2008.































































AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST  
MODELFOTO: SIMON KNUDTSEN

**Stop op.** Søvnløs. Kortluntet. Hjertebanken. Tankemylder. Ondt i maven. Du vil måske helst være fri for hverdagsangstens signaler, men hvis du i stedet vælger at lytte til dem, kan din angst hjælpe dig til at træffe de rette valg.

# Angsten kan være

Angst kan paralisere dig, og hvis du har en decideret psykiatrisk angstlidelse, kan den være invaliderende. Hverdagsangsten er en anden. Det er den, der rammer dig, når der er for meget pres på dit liv, og dit ansvar er større, end du kan overkomme. Det kan være angsten for at komme til at overse noget vigtigt på dit arbejde, mistolke en observation eller begå en fejl.

Måske arbejder du i et utrygt arbejdsmiljø, som der er grund til at ændre på. Måske har du påtaget dig et større ansvar, end et menneske kan magte. Din hverdagsangst kan være helt naturlig, fordi faren er reel, og kroppen reagerer, som den skal med at være ekstra lydhør. Du

holder dig vågen, hjertet slår hurtigere, du er parat.

Det er usundt, hvis du er i den tilstand for længe ad gangen, og hverdagsangst kan udvikle sig til angstlidelser eller depression med psykiatriske diagnoser. Hvis man i forvejen er i risikogruppen for at udvikle en psykiatrisk angstlidelse, kan kronisk hverdagsangst være med til at skubbe på.

## Sygepleje kan give angst

I nogle job er risikoen for at udvikle angst og depression større end i andre, og det er især de fag, hvor man yder omsorg og service over for



A woman with blonde hair, wearing a white lab coat, is shown in profile, looking down with her hands clasped in prayer. The background is plain white.

din ven

**))) FRYGT ELLER ANGST**

Det er et hverdagsfænomen, at man kan blive bange og føle frygt. Der er forskel på frygt og angst. Sædvanligvis frygter man noget konkret, veldefineret, mens angst er mere diffust og svært at sætte ord på. Det er vigtigt at prøve at omsætte angsten til frygt ved at konkretisere, hvad det er, man er bange for. Det er nemmere at bearbejde frygt for noget konkret end en diffus og generel angstfølelse.



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Sygepleje er et udsat fag, siger personalepsykolog i Region Midtjylland, Joanna Wieclaw, der har forsket i sammenhængen mellem erhverv, angst og depression.

”Man kan tænke på angsten på forskellig måde. De fleste vil gerne af med deres angst, og de ser den som en fjende. Men hverdagsangst har også den funktion, at den er der for at passe på os.”

» andre mennesker. Jobbet som sygeplejerske er et af de job, hvor risikoen er højest. Det viser resultaterne af et ph.d.-projekt om sammenhængen mellem erhverv, angst og depression, som psykolog *Joanna Wieclaw* har gennemført.

”Sygeplejersker er særlig bange for tre ting:

at overse noget, når de foretager deres observationer, at mistolke observationer og for at begå fejl. Hvis man er meget bange for at begå fejl, måske fordi man har prøvet det før, kan angsten lede til depression, hvis denne alvorlige hændelse forties og forbliver ubearbejdet,” siger Joanna Wieclaw.

### ))) NORMAL ANGST ELLER PSYKISK LIDELSE

Intensiteten i angstfølelsen kan variere fra en følelse af utryghed til en meget intens følelse. Udsættelse for kronisk utryghed og ængstelighed forøger risikoen for at udvikle en psykisk lidelse.

Angstlidelser som social fobi, panikangst, enklifobi og generaliseret angst (kronisk bekymring) er psykiatriske diagnoser, som skal tages alvorligt og behandles.

Alarmsignalerne kan være:

- Du opfører dig hektisk eller isolerer dig pludselig.
- Forøget irritabilitet, du snapper ad andre eller er kort for hovedet.
- Du mangler overblik, struktur, har vanskeligt ved at planlægge og lider af hukommelsesproblemer.
- Træthed. Dog vil en person, der lider af angst, forsøge at kompensere med hektisk opførsel, men bagefter er man træt.
- Undgåelsesadfærd. De ting, du plejer at udføre uden problemer, prøver du nu at slippe for.
- Psykosomatiske symptomer som hjertebanken, hyperventilation og problemer med at trække vejret ordentligt. Sygdomsangst og forøget bekymring.

Mærker du et eller flere alarmsignaler hos dig selv, er det værd at stoppe op.

- Arbejdsrelateret: Overvej at gå til din overordnede og bed om feedback på, hvordan andre opfatter dig.
- Ikke arbejdsrelateret: Brug dine nærmeste og dit netværk. Overvej, om du kan omstrukturere din livsførelse, så der bliver mere plads til energigivende aktiviteter, f.eks. interesser, motion, forkælelse og ligeværdige relationer, hvor du ikke er den givende. Der skal være balance mellem pligt og forkælelse.
- Hvis det ikke hjælper: Overvej at søge hjælp hos din egen læge eller en psykolog.

Kilde: Personalepsykolog i Region Midtjylland *Joanna Wieclaw*.

Som personalepsykolog i Region Midtjylland har hun samtaler med medarbejdere, som lider af angst, heriblandt sygeplejersker.

”Man kan betragte angsten på forskellig måde. De fleste vil gerne af med deres angst, og de ser den som en slags fjende. Men hverdagsangst har også den funktion, at den er der for at passe på os.

Den øger vores påpasselighed. Den sørger for, at vi holder os vågne og forhindrer os i at stivne i rutiner og selvtilstrækkelighed. Den kan hjælpe os til at formindske risikoen for, at vi laver fejl, og at vi mistolker og overser noget. Den kan være vores ven,” siger Joanna Wieclaw.

Hun råder angststramte medarbejdere til at overveje, hvad det er, der gør, at man bliver bange.

”Føler jeg mig kompetent nok? Er situationen sådan, at jeg skal stoppe op eller fortsætte? Skal jeg spørge nogen til råds? Skal jeg overdrage opgaven til en anden? Man skal forsøge at bruge sin angst konstruktivt ved at høre, hvad det er, den siger. Angsten kan hjælpe én til at blive en mere kompetent sygeplejerske, fordi den kan bidrage til, at risikoen for fejl mindskes,” siger hun.

### Støj og menneskemylder

Måske siger angsten også noget om, at det er arbejdsvilkårene, det er galt med.

”Dårlige fysiske rammer kan betyde, at man føler sig klemt. Der sker flere fejl, når der er megen støj og mange mennesker, der passerer forbi. Dårlige sociale relationer har også betydning, hvis man f.eks. ikke føler sig tryk ved sine kolleger, eller hvis man arbejder meget alene. Jo mere utryk man føler sig på sin arbejdsplads, jo mere stiger angsten, og jo større er risikoen for, at det, man er bange for, sker. Angsten for fejl er reel og naturlig,” siger Joanna Wieclaw.

Hun husker en sygeplejerske, som opsøgte hendes hjælp efter en dramatisk hændelse med en patient.



### ))) SÆT FRYGTEN PÅ DAGSORDENEN

Som leder kan du skabe åbenhed om, at det er legalt og normalt at snakke om, hvordan man trives på jobbet. Det er tabubelagt at tale højt om frygt for fejl, for det kan tolkes som inkompetence – men det er vigtigt at få frem.

Angst, der handler om alt andet end arbejdet, skal du som kollega ikke forsøge at behandle. Hvis du har mistanke til, at en kollega har det dårligt, så drag omsorg ved at spørge undrende til konkrete observationer, du har noteret dig. Spørg til, om kollegaen har tænkt på at få noget hjælp, og hvem der evt. kan hjælpe, men lad være med selv at lege behandler.

Kilde: Personalepsykolog i Region Midtjylland, Joanna Wieclaw.

”Sygeplejersken havde stået i en situation, hvor hun havde foretaget nogle observationer, der havde gjort hende i tvivl om en patients tilstand. Uheldigvis var hun i vagt med en person, som hun ikke havde gode samarbejdsrelationer til, og da hun spurgte hende til råds, blev hun afvist. Hun kunne ikke få fat i bagvagten, og der var ikke andre til at bekræfte observationen. Pludselig blev situationen dramatisk, hvor patienten skulle have et udrykningshold.

Hvis nogen havde talt med sygeplejersken, kunne hun måske have handlet hurtigere. Det har altså noget at gøre med arbejdsmiljøet, om der sker fejl, men det har selvfølgelig også noget at gøre med, hvem man er,” siger Joanna Wieclaw.

Hun understreger, at angsten ikke altid er en ven, fordi deciderede angstlidelser kan være så paralyserende, at de er invaliderende for den person, der bliver ramt. Så skal sygdommen tages alvorligt på samme måde som somatisk sygdom.

”Man er nødt til at skelne mellem hverdagsangst og den angst, som er en psykiatrisk lidelse og har en diagnose.”

*sbk@dsr.dk*

”Jeg er nervøs for ansvaret, hovedsageligt mht. at give piller og sprøjter. Er simpelthen nervøs for at gøre det forkerte. Hælde de forkerte doser op, stikke de forkerte steder.”

Nyuddannet sygeplejerske på Mingler.dk (internet-debatforum).





Sonja Spodek blev uddannet i sommeren 2007 og arbejder som gruppeleder i geriatrisk afdeling på Amager Hospital. Hun ærgrer sig ikke over, at angsten kom til at koste hende flere år ekstra på sygeplejerskeuddannelsen, for det er den tid, der har gjort hende til den person, hun er i dag.



**Hjertebanken.** Sonja Spodek var næsten seks år undervejs i sygeplejerskeuddannelsen. Hun gik i stå i et praktikforløb, fordi hun fik hjertebanken og begyndte at svede, når vejlederen var i nærheden. Hun måtte igennem fire forsøg og flere omgange psykoterapi, før det lykkedes, men i dag har hun lært at overvinde sin angst.

# Ved at konfrontere angsten kan man overvinde den

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Præstationsangst har været hendes følgesvend, siden hun var barn. Men stædighed har tidligere hjulpet hende til at overvinde den, og den hjalp hende også til at komme igennem første del af sygeplejerskeuddannelsen. På femte semester gik det galt i slutningen af en praktik på en lukket psykiatrisk afdeling.

”Jeg følte et pres fra min vejleder om, at jeg skulle nå mine mål, at jeg skulle være mere åben og mere på. Men jeg var bange for patienterne, og det var en lettelse, når jeg fik at vide, at én af dem var flygtet fra afdelingen,” siger *Sonja Spodek*.

Det var tre voldsomme begivenheder i løbet af en uge i slutningen af praktikken i 2003, der var afgørende for, at hendes egentlige angstlidelse brød ud. Hendes søster blev alvorligt syg, en studiekammerat døde af brystkræft, og en af de psykiatriske patienter begik selvmord. Sonja Spodek fik en belastningsreaktion, der udløste social fobi.

”Jeg klarede praktikforløbet, men herefter gik det ned ad bakke. Jeg isolerede mig og lavede ikke andet end at gå i skole, se fjernsyn og sove. Jeg forsøgte alligevel at give næste semester en chance, og jeg bestod det teoretiske forløb med syv eksaminer, men i den næste praktik, som var fem måneder på en mave-tarm-kirurgisk afdeling, var jeg et nervevrag,” siger hun. Det værste var, når vejlederen var i nærheden.

”Jeg fik hjertebanken og begyndte at svede. Jeg var angst for at blive bedømt, blive set over skulderen og for at få kritik. Jeg kunne hverken sige eller lave noget, når min vejleder stod ved siden af mig,” siger hun.

Hun fik hjælp fra sit praktiksted, men det var bare ikke nok.

”De prøvede at tale med mig om, hvad det var, der gjorde mig bange, men jeg var ikke engang selv klar over, hvad årsagen var. De vidste ikke, hvordan de skulle håndtere at have en studerende med præstationsangst,” siger hun.

Efter at være stoppet i praktikforløbet skulde hun til en samtale på skolen med studievejlederen.

”Da jeg fortalte, at jeg allerede havde henvendt mig til Studenterrådgivningen, gjorde skolen ikke mere ved det,” siger Sonja Spodek.

## Lukkede sig inde

Der var fem måneders ventetid på at komme til den første samtale hos Studenterrådgivningen i København, og det var i maj 2004. I nogle måneder var hun både i individuel terapi og i gruppeterapi, men hun kunne stadig ikke overskue at vende tilbage til studiet.

”Jeg fik hjertebanken og begyndte at svede. Jeg var angst for at blive bedømt, blive set over skulderen og for at få kritik. Jeg kunne hverken sige eller lave noget, når min vejleder stod ved siden af mig.”

Hun sagde sit fritidsarbejde op, og dagene gik med at komme op at sidde i en stol, se fjernsyn og gå i seng.

”Jeg kunne ikke samle mig om at lave noget og havde heller ikke energi eller overskud til det. Bare det at skulle være sammen med andre mennesker, f.eks. at gå forbi en person på

gaden eller at gå ud at handle, gjorde mig angst,” fortæller hun.

Efter sommerferien i 2005 syntes hun, at det gik bedre, og hun forsøgte at starte på studiet igen i en ny praktik på en anden kirurgisk afdeling. Men angsten tog overhånd, og hun var nødt til at give op. Studenterrådgivningen henviste hende til behandlingsstedet Stolpegården i Gentofte.

## Bange for at tale

Forløbet bestod i samtalerapi i grupper over otte uger med indlæggelse fra mandag til fredag og de sidste to uger med ambulante behandling.

”Det hjalp, men i begyndelsen kunne jeg ikke engang sige noget af bare angst. Jeg fik hjertebanken, svedte og havde mest af alt lyst til bare at løbe ud af lokalet. Men efter nogle uger bad jeg om at blive skrevet på som en af de før-

ste, der skulle sige noget, og langsomt kunne jeg sige mere og mere,” siger Sonja Spodek.

Efter Stolpegården fik hun i foråret 2006 tilbud om at gøre sin fem måneders praktik færdig på et ortopædkirurgisk ambulatorium i et særligt komprimeret forløb, fordi hun allerede havde en del erfaring fra kirurgisk af-

» deling. Hun startede, men for tredje gang måtte hun udsætte sin femmåneders praktik.

”Kontrasten mellem at være indlagt på Stolpegården og være hjemme var stor. Jeg kendte til et ambulante behandlingsforløb på Bispebjerg Hospital, hvor man kommer to gange om ugen i tre timer, men for overhovedet at blive henvist var jeg nødt til at gå via psykiatrisk skadestue. Min egen læge mente ikke, at det var nødvendigt med yderligere terapi,” siger hun.

### Jeg klarer det aldrig

Sonja Spodek kombinerede den ambulante behandling på Bispebjerg Hospital med et job i Føtex, hvor hun tidligere havde haft fritidsarbejde i Kundeservice.

”Tidligere havde jeg haft ledende funktioner, men nu begyndte jeg med nogle enkle arbejds-

”Når jeg blev angst, tænkte jeg typisk ”åh nej, jeg klarer det aldrig” eller ”jeg kan ikke sige noget,” men hvor realistisk var det egentlig? Og hvad var det værste, der kunne ske? Jeg dør jo ikke af at få hjertebanken og en klump i halsen.”

opgaver. Når jeg kunne mærke, at jeg kunne klare mere, sagde jeg selv til. Jeg havde en chef, der gav mig ro og tid til langsomt at stå på egne ben.

Jeg mærkede en accept af, at det var o.k., at der var plads til mig,” siger Sonja Spodek.

Behandlingen på Bispebjerg Hospital bestod både i samtalerapi og medicin. Samtalerapien handlede bl.a. om at se på angsten og vurdere, hvor realistisk den egentlig var.

”Når jeg blev angst, tænkte jeg typisk ”åh nej, jeg klarer det aldrig” eller ”jeg kan ikke sige noget,” men hvor realistisk var det egentlig? Og hvad var det værste, der kunne ske? Jeg dør jo ikke af at få hjertebanken og en klump i halsen,” siger hun.

”Ved at forsøge at modbevise angsten er der mindre risiko for at udløse den. Det er tanken, der udløser angsten, derefter kommer de kropslige symptomer, og jeg går i panik,” siger Sonja Spodek, som fandt en måde at konfrontere angsten og dermed overvinde den.

”Når køen ved kassen var meget lang, kunne synet af de mange mennesker gøre mig så angst, at jeg ikke kunne trække vejret. Jeg lærte at vende mig om et øjeblik, hoste og vente et par

minutter, så gik det over, og jeg kunne fortsætte med at betjene kunderne,” siger hun.

Ved at konfrontere sin angst forstod Sonja Spodek, hvad det var, der skulle til, for at hun kunne komme igennem resten af uddannelsen. Hun havde brug for at gøre tingene i sit eget tempo og langsomt overskride sine egne grænser for at overvinde angsten.

### Fjerde forsøg lykkes

For fjerde gang begyndte hun i efteråret 2006 sin femmåneders praktik, denne gang på en reumatologisk afdeling.

”Jeg valgte at starte helt forfra på praktikperioden, selvom jeg allerede havde gennemført det meste af de fem måneders praktik tidligere. Men jeg havde brug for at finde mig selv og lære det nye speciale at kende,” siger Sonja Spodek.

dek, som klarede resten af uddannelsen uden igen at føle sig alt for presset.

Siden hun blev færdig i sommeren 2007, har hun arbejdet på fuld tid på geriatrisk afdeling på Amager Hospital, hvor hun nu er gruppeleder. Ved ansættelsessamtalen fortalte hun om eksamensangsten som forklaring på det lidt usædvanlige praktikforløb, der betød, at hun var næsten seks år undervejs i uddannelsen. Efter et par måneder fortalte hun afdelingssygeplejersken, hvor udtalt angsten havde været.

”Jeg var begyndt at blive lidt stresset, fordi jeg forsøgte at nå mere, end jeg var i stand til. Jeg ville være perfekt. Afdelingssygeplejersken var god til at hive fat i mig og sige ”husk nu at geare lidt ned, ellers brænder du ud,” siger Sonja Spodek.

Hun har valgt at være meget åben om sin

angstlidelse, fordi hun har oplevet, at det hjælper.

”Nogle af mine kolleger havde nok bemærket, at jeg nogle gange virkede stresset, og jeg valgte derfor at fortælle om angsten på et personalemøde. Det blev meget positivt modtaget, og den typiske reaktion var, at ”det havde vi aldrig troet.”

Sonja Spodek kan tydeligt mærke, at hun i dag er mere åben og udadvendt.

”Jeg ville ikke have været de år ekstra under uddannelsen foruden, for det er den tid, der har gjort mig til den person, jeg er i dag,” siger hun. Hun er næsten trappet ud af medicinen og er begyndt at lægge lidt afstand til angsten.

”Jeg sidder jo her og snakker som et vandfald, men der har været perioder, hvor jeg ikke har kunnet tale med andre mennesker. Nu har jeg brug for at give slip på min identitet som angstpatient og komme videre.

En terapeut på Stolpegården sagde engang til mig, at ”du kommer aldrig ud af din angst,” og det fik mig til at tænke ”fandeme nej,” det skal angsten ikke have lov til. Jeg vidste, at hun ikke havde ret.

Det kræver en masse vilje, engagement og gåpåmod at konfrontere angsten. Måske kan man ikke komme helt ud af det, men man kan få det meget bedre ved at søge behandling,” siger Sonja Spodek.

Hun ærgres sig over, at hun ventede længe på at søge hjælp.

”Når man lider af social fobi, er man netop bange for at tale med autoriteter som lægen og studievejlederen. Så er det lettere at lade som ingenting og acceptere, at andre opfatter én som en enspænder.

Jeg tror, at der er rigtig mange, som lider af præstationsangst, og at behovet for særlige tilbud på sygeplejerskolerne til eksamensangste er en rigtig god idé. Det findes på Sygeplejerskolen i Herlev, men desværre ikke på den skole, hvor jeg gik,” siger Sonja Spodek.

sbk@dsr.dk

”Nogle af mine kolleger havde nok bemærket, at jeg nogle gange virkede stresset, og jeg valgte derfor at fortælle om angsten på et personalemøde. Det blev meget positivt modtaget, og den typiske reaktion var, at ”det havde vi aldrig troet.”



# Kvinder er mest udsatte for angst

**Dobbelt risiko.** Forældre skal støtte deres piger i at turde håndtere farlige situationer i barndommen. På den måde kan man ruste dem til at overvinde angst senere i livet, mener psykiater Karin Garde.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

Dobbelt så mange kvinder som mænd lider af angst, og forskellen er særlig stor for nogle former for angst. En af forklaringerne skal findes i opdragelsen, mener psykiater *Karin Garde* fra Sct. Hans Hospital, der har beskæftiget sig med kønsforskelle i angst og har skrevet flere bøger om emnet.

”Forældre tolererer mere vovemod hos drenge, og instinktivt beskytter de piger mere. Den tendens forstærkes kun i omgivelsernes forventninger, se blot på forskellen i legetøj til piger og drenge. Det er relevant i forhold til angstlidelser, for ved at udfordre angst og føle angst kan man overvinde den, men det beskytter man piger imod. Jeg taler for, at man skal fremme børns muligheder for at håndtere farlige situationer,” siger Karin Garde.

Mens forældre skal fremme pigers mulighed for at håndtere farlige situationer, er der måske grund til at beskytte drenge lidt mere, mener hun.

”Ser man på ulykkesstatistikkerne, og hvem der havner i fængsel, er drenge og mænd jo i overtal. De kommer galt af sted på grund af deres risikoadfærd,” siger Karin Garde.

Senere i livet spiller kønsforskelle en rolle i forhold til angst på den måde, at piger og kvinder ofte har et skarpt blik for de psykiske mekanismer, der udspiller sig i grupper af kvinder.

”Ligeværdighed og enshed forveksles. Hammeren falder, hvis man stikker næsen frem, og man risikerer at blive beskyldt for at være selvhævdende,” siger Karin Garde.

Den form for angst, hvor forskellen mellem kønnene er mest udtalt, er ifølge Karin Garde social fobi. For hver mand, der lider af

## ))) KVINDER LIDER AF SOCIAL FOBI, MÆND AF DAMP

Blandt psykiske sygdomme generelt er kvinder overrepræsenteret i forhold til mænd. Depression, social fobi og spiseforstyrrelser er typisk kvindesygdomme, mens mænd har DAMP (i dag betegnet ADHD) og lider af ludomani, psykopati og misbrugsproblemer. Det kan man læse om i bogen ”Psykiske sygdomme – forskellen mellem mænd og kvinder” af *Karin Garde* og *Jes Gerlach*.



FOTO: POUL RASMUSSEN

Kvinder fortæller mere om deres symptomer, og de bliver til gengæld i mange tilfælde behandlet på for små indikationer og for tynde forudsætninger, mener psykiater Karin Garde, der har forsket i kønsforskelle i angst.

hvis man hele tiden synes, at man forsømmer noget, og oplever en utilstrækkelighedsfølelse, kan det udløse stress, som også kan fremprovokere angst og depressioner,” siger Karin Garde.

Mænds og kvinders fysiologiske udtryk for angst er også forskellige.

”Mænd får oftest blodtryksstigning, som ikke registreres subjektivt, mens kvinder mærker hjertebanken og derfor får gjort noget ved det,” siger Karin Garde.

Der er flere forklaringer på, at flere kvinder end mænd lider af angst, bl.a. den, at mænds angst er underrapporteret. For at angsttilfælde kan registreres, skal man synes, at det er slemt nok til, at man henvender sig til lægen for at få medicin.

”Mænd har måske en højere tærskel for, hvor meget angst de kan tåle, før de henvender sig til lægen, end kvinder, og de behandler måske i højere grad sig selv med alkohol. Kvinder fortæller mere om deres symptomer, og de bliver til gengæld i mange tilfælde behandlet på for små indikationer og for tynde forudsætninger,” siger Karin Garde.

sbk@dsr.dk

## ))) ANGST KAN BEHANDLES

250.000 danskere lider af angst, og mange skjuler sygdommen og undgår situationer, der forstærker angsten, eller de dulmer den med alkohol, stoffer og medicin. Med støtte og rigtig behandling er der gode muligheder for at helbrede mange angstsygdomme. I 2007 har Psykiatrifonden igangsat en landsindsats mod angst, der skal sætte fokus på, at angst kan behandles. Læs mere på [www.psykiatrifonden.dk](http://www.psykiatrifonden.dk)

## De fertile år er hårde

Kvindes angst begynder tidligere i livet end mænds, og kvinders angstlidelser har oftere end hos mænd sammenhæng med depression. Angsten er mest udtalt i de unge år og i de fertile år. ”De fertile år kan være hårde. Kvinder, der har børn, har reelt to job, og

”Ved at udfordre angst og føle angst kan man overvinde den, men det beskytter man piger imod. Jeg taler for, at man skal fremme børns muligheder for at håndtere farlige situationer.”

## ►►► HVAD VAR DIN BEDSTE OPLEVELSE HOS EN FAMILIE I SIDSTE UGE?

"Det var hos en familie med en ottemåneders baby, hvor barnet de første par måneder havde været meget urolig, hvilket havde udløst en del behovsbesøg. De havde brug for støtte til at lære at aflæse barnets signaler. Det var dejligt at se, hvor meget far og mors forældre havde udviklet sig. Barnet var fuldstændig psykisk, fysisk og socialt alderssvarende. Det er godt, når man kan mærke, at man har gjort en forskel hos en familie."

Liselotte Mikkelsen har titel af miljøambassadør, efter hun har været på kursus i miljørigtig adfærd hos Miljøkontrollen i Københavns Kommune. Kurset udbydes til alle sundhedsplejersker i kommunen.



Sundhedsplejerske Liselotte Mikkelsen har sat halvanden time af til det første etableringsbesøg hos den nybagte familie på kvisten på Vesterbro. De vigtigste emner på dagsordenen er søvn og amning, derefter bliver der også tid til at tale om god kemi i babyens omgivelser.



## FAMILIER FÅR HJÆLP TIL AT FINDE VEJ

**Svanemærket sundhedspleje.** Sundhedsplejersker på Vesterbro, Vanløse og Kgs. Enghave har titel af miljøambassadører. De rådgiver om kemi i mad og produkter til gravide og babyer.

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: CHRISTOFFER REGILD

Der er stille i kvisteligheden på Vesterbro. Lille *Magda* på syv dage ligger og sover i sin hængevugge i et hjørne af stuen, mens far og mor, *Kristian Bang Nørgaard* og *Kristina Green Bonne*, har besøg af sundhedsplejerske *Liselotte Mikkelsen*.

En gang imellem lyder der bittesmå suk og grynt bag vuggens forhæng. Det er det første etableringsbesøg. Liselotte Mikkelsen fortæller om sundhedsplejerskens rolle og formålet med besøgene i barnets første leveår. Som standard udleverer hun "Barnets Bog" og Sundhedsstyrelsens bog "Sunde Børn", men også pjecer, der handler om alt fra kost, vaccinationer og amning.

Københavns Kommune ruste sundhedsplejerskerne til at rådgive børnefamilier i miljørigtig adfærd, derfor ligger pjecen "God kemi er ikke altid nok" også i stakken. Sund-

hedsplejerskerne på Vesterbro, Vanløse og Kgs. Enghave har fået titel af miljøambassadører, efter de har været på kursus i miljørigtig adfærd hos Miljøkontrollen i Københavns Kommune.

De rådgiver om kemi i kost og produkter til gravide og babyer, selvom emnet strengt taget ikke er med på listen over de ting, de skal omkring i deres besøg.

Magdas forældre har allerede fået pjecen om kemi af deres jordemoder, men dengang blev den ikke fulgt op af rådgivning om de gode vaner, som kan beskytte de små mod skadelige påvirkninger. Forældrene er dog meget bevidste om skadelige stoffer. Kristian Bang Nørgaard lider af eksem og astma, og han undgår parfumerede produkter.

"Jeg er blevet mere opmærksom på det i forbindelse med min graviditet," siger Kristina

Green Bonne, som også er gået over til creme og makeup uden parfume.

Forældrene har allerede vasket det stofleggetøj, som ligger i fodenden af vuggen.

"Amerikanske undersøgelser har vist, at der er spor af kemi i blodet hos hver tiende drengebarn, og man ved ikke, hvilken betydning det har på længere sigt," siger Liselotte Mikkelsen. Hun råder til, at man går efter de miljømærkede produkter og er omhyggelig med at tjekke varedeklarationer.

"Det er en lykkelig begivenhed at blive forældre, og spørgsmålet om kemi skal ikke overskygge," understreger hun.

*sbk@dsr.dk*

Se listen over gode vaner på [www.babykemi.dk](http://www.babykemi.dk) og flere råd på [www.ecolabel.dk](http://www.ecolabel.dk).





Legetøj og tøj skal vaskes før brug, men forældrene skal undgå vaskepulver med parfume og skyllemiddel.



Det kan være svært at gennemskue, om der kan være hormonforstyrrende eller allergifremkaldende stoffer i cremer, olier og bleer. Naturprodukter er ingen garanti. Sundhedsplejerskerne råder forældrene til at se efter Svanemærket eller spørge på apoteket.

## I KEMIJUNGLLEN



Det er helt naturligt, at nyfødte Magdas hud skaller, for hun er kommet fra et vådt miljø til et tørt. Ingen grund til olie og creme, forklarer Liselotte Mikkelsen.



Ammepuden er hverken forsynet med miljømærker eller varedeklaration, og dermed er det uvist, om indholdet evt. udgiver skadelige dampe. Liselotte Mikkelsen råder dog ikke forældrene til at smide den ud, men derimod til altid at være kritisk over for produkter uden deklaration.

En almindelig bolig er fyldt med ting, der afgiver skadelige dampe som polstring i møbler, elektroniske ting og maling. Liselotte Mikkelsen råder forældre til at lufte ud i boligen hver dag og undgå sprayflasker med f.eks. hårlak og imprægnering til sko.





Afdelingssygeplejerske Karen Meldgaard ønskede kun 40 cm dybe borde, så ingen gulvplads gik til spilde. Håndværkerne var uenige med hende, men hun stod fast. Der er lige præcis plads til en pc-skærm og et tastatur, og sygeplejerskerne har stadig masser af bordplads. På billedet ses sygeplejerskerne Lene Møller og Esben Stræde.



**Den rette dosis.** Når patienter bliver fejlmedicineret, sker fejlen ofte i medicinrummet. Gode fysiske rammer spiller en stor rolle i forebyggelsen, derfor har Intensiv Afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg, bygget et helt nyt medicinrum.

# Det gode medicinrum

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Fejlmedicinering skyldes ikke altid fejl i ordinationerne, dispensering og uddeling er også processer, der skal sikres mod fejl.

Og korrekt dispensering kræver ro, overblik og god plads – det har Intensiv Afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg taget konsekvensen af.

Her indviede sygeplejerskerne i oktober 2007 et helt nyt, lyst, rummeligt og tempereret medicinrum til erstatning for det gamle, som var alt for lille og lå ret forstyrret, fortæller afdelingssygeplejerske *Karen Meldgaard*.

”Det gamle rum var højest seks kvadratmeter stort med et lille bitte arbejdsbord, selvom vi er en meget travl afdeling, hvor der nogle gange kan stå op til fem personer i medicinrummet på én gang.

Derudover lå det i forlængelse af et af vores kontorer. Døren kunne lukkes, men sygeplejerskerne blev alligevel ofte generet af den megen trafik og støj,” siger *Karen Meldgaard*.

Afsnit N1 har fælles medicinrum med Akut Medicinsk Modtageafsnit, der ligger ved siden af, og et nyt medicinrum havde stået på ønskesedlen længe. De to afsnit behandler næsten alle patientgrupper og skal derfor have stort set al slags medicin på lager. Det fylder, og gang på gang afslørede arbejdspladsvurderingerne utilfredshed med det gamle medicinrum.

Den trange plads stressede folk, og risikoen for fejl var store, da man ofte stod så tæt, at man skulle koncentrere sig om ikke at støde ind i hinanden, fortæller sygeplejerske og kursus- og specialeansvarlig på Intensiv Afsnit N1, *Esben Stræde*.

”Det var meget stressende, og risikoen for at vælte medicinglas eller stikke sig selv var ret stor,” siger *Esben Stræde*, der én gang selv kom galt af sted med en ren kanyle i det gamle medicinrum.

”Men ellers er der ikke sket fejl,” pointerer han.

## Stress forsvundet

Begejstringen var derfor stor, da afdelingen fik mulighed for at lave et nyt medicinrum i et tidligere kontor. Rummet er over dobbelt så stort som det gamle.

Med sine hvide vægge, masser af bordplads, overskuelige skuffer, lige og skrå hylde samt vinduer, der trods skærmede ruder lader masser af dagslys komme ind, lever det nye medicinrum op til alle de tænkelige krav og retningslinjer, der findes til medicinrum.

Men vigtigst af alt, det opfylder sygeplejerskernes behov, og det giver glade og tilfredse medarbejdere og større patientsikkerhed.

”Jeg kan mærke, at jeg har mere ro til at dispensere medicin nu. Det roder ikke, og her er lyst og lækkert. Tidligere blandede vi ofte me-



## SÅDAN GJORDE DE I SILKEBORG

Det nye medicinrum på Intensiv Afsnit N1 er blevet til i et samarbejde mellem afdelingssygeplejerske Karen Meldgaard, et par medarbejdere og Regionshospitalet Silkeborgs farmaceut og håndværkere.

Arbejdsgruppen har naturligvis forholdt sig til loven om arbejdsmiljø og de eksisterende retningslinjer for indretning, arbejdstilrettelæggelse og adfærd i medicinrum på sygehuse. Men Karen Meldgaard har også hentet stor inspiration på Intensiv afdeling på Regionshospitalet Randers, som har fået bygget nyt medicinrum for nylig.

### ))) GODE RÅD FRA SILKEBORG

- Søg inspiration, besøg velfungerende medicinrum på afdelinger, der ligner jeres.
- Lad idéerne få frit løb, kan man ikke købe det ønskede element, kan håndværkerne måske lave det.
- Lad nogle få personer styre projektet, og lad eksperter på tværs af faggrupper indgå i planlægningsfasen, f.eks. sygehusets farmaceuter/farmakonomet, der ved, hvordan medicin skal opbevares.
- Evaluér det nye medicinrum, når det har fungeret nogle måneder. Lad alle brugere komme til orde. Ret det til, der er muligt, og forklar hvorfor noget evt. er umuligt at lave anderledes. I Silkeborg har der ikke været en eneste klage fra medarbejderne efterfølgende.



Tidligere var en af natsygeplejerskerne ansvarlig for at bestille medicin, men den opgave er nu overgået til hospitalets farmakonomet, som dagligt tjekker medicinbeholdningen, bestiller medicin og fylder hylder og skuffer op. På hylderne er medicinen organiseret i kolonner efter ATC-systemet.

Der blev valgt skuffer under bordet i stedet for åbne hylder. Åbne hylder tiltrækker støv, og skufferne giver et mere roligt og sterilt udtryk, hvad der får medarbejderne til at rydde bedre op efter sig. Skufferne indeholder bl.a. sprøjter og kanyler og gemmer også på præparater i N-gruppen som morfin.



Medicinrummet har naturligvis et køleskab, men også et decideret klimaanlæg, som sørger for, at temperaturen ikke overskrider 25 grader celsius, selv om køleskab og it-udstyr giver ekstra varmeudvikling.

Hylderne med akutmedicin er markeret med orange mærkater, som gør det overskueligt og nemt at finde dem hurtigt.



dicinen inde på stuerne, men det gør ingen nu, selv om medicinrummet ligger lidt længere væk," siger Esben Stræde.

Det nye rum ligger altså mere isoleret end det gamle og er udstyret med en automatisk glasskydedør, som medvirker til, at kollegerne lader hinanden være, når de er i medicinrummet.

"Det kan føles helt afstressende. Det er nogle gange et pusterum at gå i medicinrummet, man bliver ikke forstyrret af kolleger på samme måde som i det gamle, hvor døren nogle gange stod åben.

Vi er meget kollegiale og elsker at tale sammen, men ser man sin kollega stå inde i medicinrummet i dag, lader man hende lige blive færdig," siger Esben Stræde.

*cso@dsr.dk*



Det nye medicinrum er aflåst hele tiden, og den automatiske glasskydedør kan kun åbnes med en nøgle udefra, mens der er installeret sensor indvendigt. Efter planen skal nøglesystemet med tiden afskaffes, så personalet kan bruge deres id-kort i stedet.

# Lad kollegerne dispensere i ro

**Sschh.** De fysiske rammer kan være nok så gode – har man ikke en god arbejdskultur i medicinrummet, er man lige vidt.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: THOMAS SØNDERGAARD

Der findes ikke nogen entydig opskrift på det patientsikre medicinrum, men ifølge projektleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed, *Elisabeth Brøgger Jensen*, spiller to hovedfaktorer ind: De fysiske rammer og ikke mindst arbejds-kulturen.

”På alle hospitaler eksisterer der en faglig kultur, som gør det acceptabelt at afbryde kolleger, der er midt i noget, f.eks. medicindispensering. Afbrydelse er et meget stort problem for patientsikkerheden generelt, og selvfølgelig også i forhold til medicineringsprocessen,” siger *Elisabeth Brøgger Jensen*.

Det er altså vigtigt, at der på alle sygehuse aftales og ikke mindst respekteres spilleregler, som sikrer sygeplejerskerne en ”afbrydelsesfri zone” og dermed fred og ro, når de dispenserer medicin.

I 2007 udgjorde fejlmedicinering ifølge Dansk Patientsikkerhedsdatabases årsrapport 35 pct. af de mere end 20.000 indrapporterede utilsigtede hændelser til Sundhedsstyrelsen.

”Medicineringsfejl er således blandt de hyppigst forekommende hændelser, og ofte har rapportøren som årsag til hændelsen angivet, at han/hun blev forstyrret,” siger *Elisabeth Brøgger Jensen*.

*cso@dsr.dk*

## >>> EKSISTERENDE MEDICINRUM KAN FREMTIDSSIKRES

Er der ikke mulighed for at bygge et nyt medicinrum, kan man med fordel fremtidssikre det nuværende. Som et godt eksempel på dét nævner projektleder i Dansk Selskab for Patientsikkerhed *Elisabeth Brøgger Jensen* en ny undersøgelse om design og arbejdskultur i medicinrummet på afdeling M3 på Fredericia Sygehus. Derudover anbefaler hun, at man som første skridt før en renovering risikovurderer medicinrummet ved at lave en fejlkildeanalyse. Ved at identificere evt. huller og vurdere sandsynligheden for og alvorligheden af eventuelle fejl kan man langt nemmere lukke hullerne i arbejdsprocesserne og minimere risikoen for fejl. Konkrete tegn på uhensigtsmæssigheder er f.eks. håndskrevne sedler med ”Pas på”, ”OBS” etc. De er ofte her og nu-løsninger på et sikkerhedsproblem og derfor vigtige data at tage med, når man skal sikre det nuværende medicinrum. På [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk) findes der et læringssæt om fejlkildeanalyse.

*Undersøgelsen ”Optimeret medicinrumsdesign på afdeling M3, Fredericia Sygehus, Human Factors Analyse” kan hentes på [www.forcetechnology.com](http://www.forcetechnology.com), søg efter ”Fredericia Sygehus”.*

## >>> LÆS MERE

Søg mere inspiration om indretning af medicinrum og patientsikkerhed på:

- [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) (Dansk Selskab for Patientsikkerheds hjemmeside)
- [www.sikkerpatient.dk](http://www.sikkerpatient.dk) (Undervisningsmateriale og cases om utilsigtede hændelser)
- [www.godtsygehusbyggeri.dk](http://www.godtsygehusbyggeri.dk) (Danske Regioners hjemmeside om sygehusbyggeri)
- [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) (Sundhedsstyrelsens hjemmeside om patientsikkerhed)
- [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) – søg efter ”Infektionshygiejne i medicinrum på sygehuse. Informationsmateriale vedrørende indretning, arbejdstilrettelæggelse og adfærd”. (Det Centrale Afsnit for Sygehus-hygiejne (CAS), Statens Serum Institut).
- [www.npsa.nhs.uk](http://www.npsa.nhs.uk) – søg efter ”Design for patient safety: a guide to the design of the dispensing environment”.





# Regerer over senge

1

## TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG

1. Vi skal bare på skiferie en gang om året. Det er den ferie, vi slapper af i, og den ferie, vi har haft børnene med på allermest. Det er et godt tidspunkt at tage af sted på, når man har dyr. Den ene uge er hellig.
2. Jeg har noget med hav og fjord. Føler jeg, at jeg har lidt for meget i hovedet, skal jeg enten til vandet eller i vandet. Jeg har vinterbadet de seneste tre år, indimellem med pauser, men indimellem er det også et must, jeg kommer ud og bliver renset.
3. Jeg bor langt ude på landet, og havde jeg ikke haft mit kørekort, ville jeg ikke kunne have valgt et arbejde, der ligger 37 km væk.
4. Jeg har mange udgaver af flettede kurve, som følger mig under armen, når jeg f.eks. skal ud og handle, i haven eller til

stranden. Jeg er en enkelt gang blevet mødt med, at "det er damen med kurven".

5. Hele familien har altid dyrket meget gymnastik, jeg har selv været instruktør, og gymnastikken giver os en masse fællesskab. Det giver mig også en forbindelse til lokalsamfundet, som jeg ikke har gennem mit job.
6. Manden på postkortet er min mand *Torben*. Han er ikke kun landmand, men sidder også med i diverse bestyrelser, og vi bruger hinanden meget som sparringspartnere også arbejdsmæssigt.
7. Jeg skal passe på mine hænder, men nyder også at passe min have, og jeg tager også handskerne på, når jeg henter brænde ind. De ligger næsten altid i vindueskarmen.



# og instrumenter

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: LARS HORN

Efter 24 år på den anden side af operationsbordet, de sidste syv som souschef, søgte operationssygeplejerske *Lisbeth Dela Myrup* jobbet som afdelingssygeplejerske på Sterilcentralen på Aalborg Sygehus. Lysten til at organisere opgaver og mennesker og glæden ved at få ting til at lykkes var og er drivkraften.

Hun tiltrådte i november 2006 og fik ansvaret for ca. 40 medarbejdere, som bl.a. netop sørger for, at sygehusets operationssygeplejersker kan udføre deres job ordentligt. Medarbejderne rengør og reder bl.a. 800-1.000 senge om ugen, og de rengør, steriliserer, kontrollerer og pakker instrumenter og fleggangsfade fra og til bl.a. sygehusets otte operationsafdelinger. Lisbeth Dela Myrup er 50 år og uddannet sygeplejerske i 1982.

Familie: Bor på Højager Gård ved byen Gundersted i Himmerland med sin mand *Torben* og deres to yngste piger *Katrine*, 20, og *Matilde*, 16. Den ældste datter *Mette*, 24, er flyttet hjemmefra.

## Min funktion

Vi har kontakt til alle operationsafdelingerne og sengeafdelingerne, og jeg skal hver dag få deres behov og ønsker til at gå op i en højere enhed med vores arbejde. Beder en afdeling om flere instrumenter lige nu og her, skal vi hurtigt i fællesskab finde den bedst mulige løsning for både dem og os. Og her mener jeg, at det gør en forskel, at jeg ved, hvordan

en operationsafdeling kører, og forstår, hvorfor det er så vigtigt for dem. Afdelingerne behøver ikke at sætte hårdt mod hårdt, vi taler det samme sprog.

Lidt atypisk er her mange sygeplejersker ansat (12 i alt), det er også med til at skabe et ligesindet samarbejde med sygehusets afdelinger. Jeg må undvære patientkontakten, men har en spændende opgave i at få 40 medarbejdere fordelt på fire faggrupper til at fungere sammen.

## Lige nu

Inden for det næste år skal vi udskifte alle autoklaver. Det er en stor og vigtig opgave, som alle medarbejdere er involveret i, og vi gennemgår samtidig en række arbejdsprocesser. Derudover arbejder jeg for, at vi og alle andre sterilcentraler i Nordjylland får indført et såkaldt sporbarhedssystem, så vi kan spore alle instrumenterne.

## Om fem år

Da kæmper jeg stadig for at få arbejdet til at lykkes for mig og mine medarbejdere. Jeg er nok også stadig aktiv i Dansk Sygeplejeråd, hvor jeg begyndte som tillidsrepræsentant, siden fællestillidsrepræsentant og endelig blev valgt ind i den daværende amtskredsbestyrelse i Nordjylland i 2001, hvor jeg stadig er medlem.

cso@dsr.dk



## Samfundsløsninger til samfundsproblemer

Meget skal man høre, før ørerne falder af. Men det har de til gengæld også været lige ved nogle gange under konflikten, hvor sygeplejerskerne er blevet beskyldt for mange forskellige ting.

Et af de mere grelle eksempler kommer fra en forsker ved Copenhagen Business School. I al sin visdom har hun gentagne gange fremført, at sygeplejerskerne i virkeligheden ikke strejker, fordi vi er utilfredse med lønnen. Nej, i stedet er vi frustrerede over vores arbejdsvilkår. Så hvis bare vi kunne komme af med noget af alt papirarbejdet, ville sygeplejerskernes utilfredshed forsvinde, lyder hendes logik.

Jeg tror ikke, den forsker kan have været i nærheden af ret mange sygeplejersker eller deres lønseddel. Vi er fuldstændig klar over, at arbejdsvilkårene er for dårlige mange steder. Det er bare ikke det, overenskomstforhandlingerne handler om. Sådan set kan det siges meget enkelt: Vi vil have gode arbejdsvilkår. Men det kan ikke stå alene. Sygeplejerskerne vil også have en ordentlig løn.

Et andet grelt eksempel kommer fra Dansk Arbejdsgiverforening (DA). De har bl.a. forsøgt at føre bevis for, at sygeplejersker ikke har noget løn efterslæb. Det er noget af en umulig opgave, da tal fra Danmarks Statistik dokumenterer, at sygeplejerskerne har et løn efterslæb på 27 pct. Men lad nu det ligge.

Værre er det, at DA har været på banen med, at sygeplejerskerne skal slå sig til tåls med lavere løn end privatansatte, fordi vi får flere "bløde pakker" – f.eks. barselsorlov og omsorgsdage. Og vi kunne jo bare vælge at søge over i den private sektor i stedet for at blive i den offentlige sektor, hvor jobbene er "overattraktive" for kvinderne.

Sikke en gang vrøv!

Den type udtalelser er et rigtig godt udtryk for, at de, der er modstandere af ligeløn, forsøger at individualisere problemerne. De prøver at gøre uligelønnen til en sag for den enkelte (kvinde). Med andre ord: Det er sygeplejerskernes egen skyld, at vi har uligeløn.

Det er jeg fuldstændig uenig i. Uligeløn er et samfundsproblem. Derfor skal der samfundsløsninger på bordet. Helt konkret er det afgørende, at Folketinget nedsætter en kommission, der kan analysere ligelønsproblemerne og komme med forslag til, hvordan de kan løses. Det har Sundhedskartellet kæmpet for siden sidste sommer.

Velfærdssamfundet har brug for et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Det kræver, at sygeplejerskernes løn er så god, at de unge har lyst til at søge ind i faget, og at de erfarne har lyst til at blive. Men måske vil modstanderne af ligeløn hellere have et sundhedsvæsen uden kompetente sygeplejersker?

**"Det kan siges meget enkelt: Vi vil have gode arbejdsvilkår. Men det kan ikke stå alene. Sygeplejerskerne vil også have en ordentlig løn."**



Connie Kruckow, formand



## Den bedste fagforening for sundhedsfaglige kandidater

Af Bo Smith, sygeplejerske

**H**vilken fagforening er bedst for sundhedsfaglige kandidater?

Der er lige nu en diskussion om, hvilken fagforening der er bedst for de sundhedsfaglige kandidater. Jeg har modtaget et materiale, som argumenterer for, at mine interesser bliver bedre varetaget i Danmarks Magisterforening end i Sundhedskartellet/Dansk Sygeplejeråd.

Hovedargumenterne er muligheder for at opnå bedre løn og anerkendelse som akademikere.

Vurdering af lønforhold forudsætter en analyse af, hvilke stillinger vi taler om. For de sundhedsfaglige kandidater er der ikke nødvendigvis sammenhæng imellem betegnelsen på uddannelsen og de opnåede stillinger. Nogle stillinger skal konkret forhandles, f.eks. sundhedsfaglige konsulentstillinger, udviklingsstillinger osv. Der er også i disse stillinger mulighed for mere individuelle lønelementer. Andre stillinger som f.eks. underviserne på professionsbacheloruddannelserne er allerede omfattet af AC-lønskalaen som en del af den aftale, Sundhedskartellet har på områ-

det. Ganske få kandidater vil være ansat i basisstillinger, og derfor er det ikke en gyldig præmis for argumentationen at sammenligne mellem AC-lønskalaen og grundlønnen på Sundhedskartellets løn skala.

Andet argument er, at et medlemskab af Magisterforeningen sikrer, at man bliver anerkendt som rigtige akademikere. Sundhedsfaglige kandidater bør udfordre de gængse opfattelser af, hvornår man er en rigtig akademiker. Vi skal ikke ukritisk acceptere, at det er medlemskabet af en fagforening, der afgør det spørgsmål.

Jeg mener, det vil være en forkert strategi, hvis alle sundhedsfaglige kandidater melder sig ind i Magisterforeningen, og jeg savner, at der bliver mere dialog om strategien i et åbent forum.

Jeg vil foreslå, at DSR og de øvrige i sundhedskartellet synliggør en strategi for akademiske medlemmer. Strategien skal omfatte lønforhold, ansættelsesforhold, pensionsforhold, ret til akademiske betegnelser og håndtering af akademiske medlemmer i en professionsforening.

*Bo Smith er studerende på den sundhedsfaglige suppleringsuddannelse, SDU.*

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Bo Smith!*

Dansk Sygeplejeråd er bekendt med, at Dansk Magisterforening meget aktivt søger nye medlemmer blandt de sundhedsfaglige kandidater. For de sundhedsfaglige kandidater, der har taget kandidatuddannelsen efter afsluttet sygeplejerskeuddannelse, og som er ansat i sundhedsfaglige stillinger, er Dansk Sygeplejeråd klart det bedste valg, og vi fastholder forhandlings- og aftaleretten. I modsætning til f.eks. Magisterforeningen arbejder vi aktivt for professionsudvikling og mere forskning i sygeplejen, ligesom vi er med til at sætte den sundhedspolitiske dagsorden.

Overenskomstdækningen for sundhedsfaglige kandidater afhænger af, hvor kandidaten er ansat. Sygeplejelærernes overenskomst bliver forhandlet af COII, som Dansk Sygeplejeråd er medlem af. Her afspejler lønnen det forløb, som også gælder for stillinger, som forhandles af Akademikernes Centralorganisation.

Hvis den sundhedsfaglige kandidat er ansat inden for det regionale eller kommunale område, er det Sundhedskartellet, der har

**BRENTAG**

**Håndhygiejne er den vigtigste enkeltstående faktor til hindring af kontaktsmitte.**

**Idu-San Gel med 82% ethanol.**



Brenntag Nordic - Strandvejen 104A - 2900 Hellerup  
Tlf. 4329 2800/4329 2843 - Fax 4329 2896  
[www.brenntag-disinfection.dk](http://www.brenntag-disinfection.dk)



forhandlet overenskomsten. En sundhedsfaglig kandidat bliver indplaceret i et basisforløb, men efter en individuel lønforhandling, der resulterer i en række tillæg. Vores erfaring er, at lønnen for disse stillinger er på samme niveau, som hvis Dansk Magisterforening havde forhandlet lønnen.

## Hvorfor ikke masseopsigelse?

Af Hanne Brandt, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Connie Kruckow afviser masseopsigelser" i *Sygeplejersken* nr. 7/2008.

Jeg bliver nødt til at knytte en kommentar til Connie Kruckows indlæg i *Sygeplejersken* nr. 7/2008 angående masseopsigelser!

Det har altid undret mig, at vi ikke har gjort det noget før. Vi er så pæne og flinke, og der er alt for meget *Florence Nightingale* over os endnu. "Det har jeg slet ikke hørt om," siger Connie, men hun hører jo heller ikke alt, der bliver talt om rundt om på afdelingerne!

Hvis vi kommer igennem med 15 pct. lønstigning over tre år, svarer det ca. til at få

dækket inflationsstigningen, og hvor er lønforbedringen så blevet af?

Med hvilken begrundelse undlader vi masseopsigelser, når det er det eneste, politikerne har respekt for? De er da ligeglade, om vi skal løbe lidt hurtigere, end vi ellers gør i nogle dage/uger, og om patienterne får børstet tænder eller ej!

De får deres vilje og sparer atter en masse penge. Lur mig, om ikke de griber ind, inden det går helt galt.

Hanne Brandt er ansat på  
Neuromedicinsk Afdeling,  
Roskilde Sygehus.

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Hanne Brandt!

Når Dansk Sygeplejeråd afviser masseopsigelser, skyldes det først og fremmest, at det er et ulovligt kampskrift, som vil koste organisationen og det enkelte medlem en meget stor bod i Arbejdsretten.

Desuden er en lovligt varslet konflikt et meget mere effektivt kampmiddel. Med en konflikt rammer vi arbejdsgiverne der, hvor det gør mest ondt, nemlig på pengepungen.

Det er i øvrigt ikke korrekt, at vores krav om 15 pct. lønforbedringer over de næste tre år kun dækker inflationen. De 15 pct., som udgør den samlede ramme og indeholder elementer, som ikke fremgår direkte på lønsedlen, ligger derimod klart over inflationen, som forventes at være 7,27 pct. i perioden.

## ►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

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

Har du nogensinde lidt af angst i forbindelse med dit arbejde?

Læs artiklen "Angsten kan være din ven" side 34 i dette nr. af *Sygeplejersken*.

### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 8/2008:

Har du nogensinde sagt undskyld til en patient for en fejl, du har begået?

Svar	antal	pct.
Ja	369	91,8
Nej	18	4,5
Ved ikke	15	3,7
<b>I alt</b>	<b>402</b>	<b>100</b>

## Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter



### Et fløjt er nok

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

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

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



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

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

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

AstraZeneca  
VIDEN LÆGER BEDRE

Symbicort®  
budesonid/formoterol

# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

- Fagtanker >> 54
- Faglig information >> 54
- Resuméer >> 55
- Agenda >> 71
- Testen >> 72
- Anmeldelser >> 73
- 5 faglige minutter >> 76

## Principper for neurorehabiliterende sygepleje >> 56

- Patient i egen afdeling >> 62
- Recovery hos sindslidende - evaluering af en metode >> 66

FOTO: SØREN HOLM



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

## Før og efter hjerneskadens

Efter læsning af artiklen "Principper for neurorehabiliterende sygepleje" side 56 står det lysende klart for én, at livet efter en erhvervet hjerneskada er et spørgsmål om før og efter. Heldigvis har vi specialiserede neurorehabiliteringscentre, hvor Hammel Neurocenter, som artiklen udspringer fra, er det ene. Her står et tværfagligt team klar med A-B-C-koncept og nødvendige scoringer og skemaer i forhold til status, forventet forløb og prognose.

En fundamental del af sygeplejen til disse patienter og deres familie må være at bringe håb og mening i den galskab, man utvivlsomt oplever efter hjerneskadens, hvilket ikke altid kan være nogen nem opgave. Vi hører derfor meget gerne mere om denne del af sygeplejen og de nødvendige redskaber til at tackle hjerneskadens følger for patientens personlighed og adfærd.

Log på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) – klik på denne artikel og fortæl om din praksis.

*Evy Ravn*

Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.



# Poster som pædagogisk redskab i sygeplejerskeuddannelsen

AF BETTAN BAGGER, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD., OG  
HÉLÈNE KELLY, SYGEPLEJERSKE, MSC. HEALTH

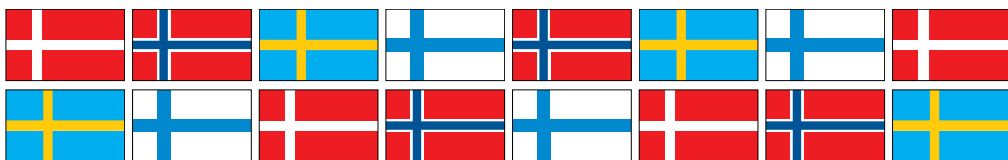
**Artiklen henvender sig til undervisere og beskriver et projekt, hvor formidling vha. poster er blevet en del af pædagogisk praksis. Projektet har bredt sig til sygeplejerskoler i Norden og skal i efteråret 2008 afprøves i praksis på et fællesnordisk intensivt kursus i sundhedsfremme og forebyggelse i København.**

Som undervisere har vi gode erfaringer med, at de studerende anvender posterne som redskab til formidling af viden. Posterne bruges som udgangspunkt for en mundtlig formidling af faglige perspektiver til de øvrige studerende. Formålet med formidling ved hjælp af en poster i undervisningen er, at de studerende tvinges til at sortere, organisere og vurdere de informationer, de skal formidle. På den måde prioriterer vi, at de studerende har tid til at analysere og reflektere over indholdet i deres faglige materiale. De studerende skal kunne præsentere de væsentligste dele af deres budskab på en enkelt side frem for at udarbejde tidskrævende, skriftlige opgaver.

Selve udformningen af posteren er inspireret af de faglige poster, som ofte anvendes ved sygeplejefaglige konferencer. Fremstillingen af posteren foregår ved hjælp af computer. De studerende arbejder med computeren som et kreativt redskab, da de udover at fokusere på det faglige indhold i posteren også arbejder med posterens æstetiske udformning og visuelle virkemidler. Vores undervisning i formidling vha. poster er særlig aktuell på 5. semester, hvor de studerende arbejder med sygeplejerskens rolle i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde. Sygeplejersken har en nøgleposition i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats, så øget fokus på hendes evne til at formidle har særlig relevans her.

### Nordisk samarbejde

I kraft af vores erfaringer med poster i undervisningen indgik vi i 2006 i et nordisk samarbejde med henblik på at udarbejde et intensivt program i sundhedsfremmende og forebyggende sygepleje i Norden. Formålet med samarbejdet er, at det skal tjene til gensidig inspiration i tilrettelæggelse af undervisning i sygeplejerskeuddannelsen samt bidrage til undervisernes faglige udvikling. I det nordiske samarbejde sigtes der mod en systematisk udvikling og spredning af innovative produkter



og processer i uddannelsen, hvor erfaringer vedrørende best practice i tilrettelæggelsen af undervisningen bliver inddraget.

Vores pædagogiske tilgang har vakt stor interesse blandt vores nordiske samarbejdspartnere. De har bedt om vores oplægsmateriale samt eksempler på de poster, de studerende har udarbejdet. Flere af de nordiske undervisere har nu, med stor succes, inddraget formidling vha. poster i deres egen undervisning i sundhedsfremme og forebyggelse. Også deres studerende vurderer posterne som et meget velegnet, konkret og brugbart værktøj med potentiale i, også på sigt, når de studerende er blevet sygeplejersker. Vi er derfor blevet opfordret til at udarbejde mere undervisningsmateriale om formidling vha. poster.

Vi er nu en del af en projektgruppe, som søger midler til en flerårig aftale. Projektet sigter mod en undersøgelse af fagligt indhold og pædagogisk tilrettelæggelse i forhold til de studerendes læring på det sundhedsfremmende og forebyggende felt. Planen er, at projektet skal bidrage til udvikling af nordiske underviseres pædagogiske kompetencer på området. Projektet tager afsæt i det nordiske intensive kursus i sundhedsfremme og forebyggelse, der skal afholdes for første gang i København i efteråret 2008.

Her skal studerende afslutte ugen med fremlæggelse ved hjælp af en poster. Vi afventer spændt evalueringen, som skal vise, om posteren også er velegnet i et tværkulturelt læringsrum.

*Bettan Bagger er lektor, og Héléne Kelly er adjunkt ved  
Professionshøjskolen Sjælland University College,  
sygeplejerskeuddannelsen i Nykøbing Falster og Næstved;  
bettan.bagger@cvusyd.dk*

## Sundhedsadfærd hos unge mennesker, der har overlevet en cancersygdom

Lee Y-L, Santacroce SJ, Sadler L. Predictors of healthy behaviour in longterm survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2007;16(11c):285-295.

**R** **Formål:** At undersøge de faktorer, der fremmer positiv sundhedsadfærd hos yngre mennesker, som har overlevet en cancersygdom i barnealderen.

**Metode:** I denne amerikanske undersøgelse indgik 90 personer, der var i alderen 22-40 år. Alle var blevet behandlet for cancer i alderen 0-19 år i mindst tre år, var fri for aktiv cancer og kunne læse engelsk. Der blev benyttet en række veltestede spørgeskemaer om sundhedsadfærd, usikkerhed, posttraumatisk stressyndrom og demografiske data. Data blev behandlet statistisk ved bl.a. logistisk regression.

**Resultater:** 43 pct. af populationens sundhedsadfærd kunne forklares ved en model, der fastslog en højere grad af usikkerhed, højere grad af symptomer på posttraumatisk stress, en lavere frekvens af kontakt med personer i primær sundhedssektor og dårligere kognitiv formåen disponerende til negativ sundhedsadfærd.

**Bemærkninger:** Lighed i sundhedsydelse kan enten tildeles, så alle modtager lige mange ydelser (materiel lighed), eller så ydelserne giver alle mulighed for at opnå samme sundhedsniveau (moralisk lighed). Denne undersøgelse påpeger uligheder i sundhedsadfærd hos yngre cancerpatienter og forhold, der har betydning for gruppens sundhedsadfærd. Det er således muligt at identificere denne gruppe, som må betegnes svag, og tilbyde en differentieret indsats over for netop de patienter, der har et ekstra behov.

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

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 52

Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) , Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis). **Indikationer:** Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og kortidsvirkende beta2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KØL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2-4 inhalationer daglig dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12-17 år): 1-4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaexacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2-4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer dagligt over længere tid, kontaktes lægen. KØL: Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer x 2 daglig. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne fra 18 år: 1-2 x 2 inh dgl. 12-17 år: 1 inh x 2 dgl. KØL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 1-4 inh. x 2 dgl. 12-17 år: 1-2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophor bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tiltagende forværring af astma eller KØL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkeligt tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en exacerbation. Paradoks bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, phaeochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret. hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanser som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itrakonazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svælg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KØL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 5. maj 2008:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.777,45. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 604,75. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 527,35. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.750,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16+ µg/dosis kr. 595,90. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkortet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S). Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.**



## ►►► BOKS 1. REGIONSHOSPITALET HAMMEL NEUROCENTER, RHN

Regionshospitalet Hammel Neurocenter, RHN, er neurorehabiliteringshospital med landsdelsfunktion for det vestdanske område.

Behandlingen på RHN følger anbefalingen i Sundhedsstyrelsens redegørelse fra 1997 vedrørende behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser (6), og RHN's opgave omfatter således:

- Fase 2 hospitalsbaseret neurorehabilitering for erhvervet svær hjerneskade og erhvervet moderat hjerneskade.
- Universitær tilknytning til Aarhus Universitet med henblik på forskning i neurorehabilitering.
- Professorat i neurorehabilitering.
- Udvikling, uddannelse og formidling af metoder og ekspertise i neurorehabilitering.

RHN har ca. 100 behandlingspladser fordelt på 10 specialiserede afsnit, og arkitektur og indretning er etableret og videreudvikles med udgangspunkt i nyeste viden om neurorehabilitering.

RHN består ud over de kliniske afsnit af et forskningscenter, et uddannelsescenter og en udviklingsenhed og har desuden tilknyttet gangskole med tilhørende ganglaboratorium.

RHN er klinisk uddannelsessted for ca. 140 elever/studerende pr. år.

## ►►► BOKS 2. TVÆRFAGLIG ORGANISERING PÅ RHN

- Tværfaglig centerledelse bestående af cheflæge, oversygeplejerske og ledende terapeut.
- Tværfaglige afsnitsledelser bestående af afdelingssygeplejerske og ledende terapeut.
- Tværfaglig organisering af 17 kliniske udviklingspersoner ansat i afsnittene, på sigt vil alle være på SD-niveau.
- Tværfagligt forskningscenter og udviklingsenhed bestående af professor i neurorehabilitering, seniorforskere, ph.d.-studerende og akademiske forsknings- og udviklingsterapeuter/sygeplejersker.

**Artiklen henvender sig til** sygeplejersker, som arbejder med patienter med erhvervede hjerneskader. Den beskriver rehabilitering af disse patienter, sådan som den foregår på Regionshospitalet Hammel Neurocenter. Hovedbudskabet er, at neurorehabiliterende sygepleje kræver specialviden.

# Principper for neurorehabili

AF TOVE KILDE, METTE JUL JØRGENSEN OG LISBET FOG, SYGEPLEJERSKER • FOTO: SØREN HOLM

Denne artikel har fokus på neurorehabiliterende sygepleje, som den kommer til udtryk på Regionshospitalet Hammel Neurocenter (RHN, se boks 1 og 2 herover).

Patientgrundlaget er personer med erhvervede hjerneskader, som ofte har en kombination af sensomotoriske, kognitive og emotionelle forandringer. Specielt de kognitive funktionsnedsættelser medfører komplekse patientforløb, som fordrer specifikke kompetencer hos sygeplejersken (1). Den neurorehabiliterende indsats har sit teoretiske fundament i internationalt anerkendte principper og metoder. Inden for sygepleje og terapi er der bl.a. inspiration fra behandlingsprincipperne beskrevet af *Affolter* (A) (2), *Bobath* (B) (3) og *Coombes* (C) (4) samt neuropædagogik (5). De tre første principper benævnes ABC-koncepterne, og der er tale om behandlingstilgange, som på hver sin måde søger at hjælpe den senhjerne-

skadede patient til i videst muligt omfang at genvinde mistede færdigheder. Neuropædagogik handler primært om læring, om at styrke og understøtte den enkeltes evne til at klare sig bedre. I kombination med den teoretiske tilgang fordres en individuel tilgang til patienten, bl.a. fordi neurale netværk er individuelle og afhængige af den påvirkning, de tidligere har været udsat for. Derfor ses forskellige reaktioner hos patienterne trods sammenlignelige hjerneskader (5). Den individuelle tilgang afspejles i definitionen på rehabilitering, som er udgangspunktet for den tværfaglige neurorehabilitering på RHN (se boks 3 side 59).

## Neurorehabiliterende sygepleje i praksis

Følgende eksempel er forenklet, men viser, hvordan tværfaglige principper og metoder integreres i sygeplejen i re-



# terende sygepleje

habiliteringsindsatsen til patienten med erhvervet hjerne-skade. Fælles for ABC-koncepterne er, at handlinger skal foregå i naturlige omgivelser, være meningsfyldte og tilpasset den enkelte patient.

## *En finger i isen*

Vi vil tilbyde patienten en portion is. Hvis patienten er liggende, skal han først hjælpes op at sidde. Det foregår ad modum Bobath, hvor det naturlige bevægelsesmønster forsøges efterkommet. Under forflytningen, der ofte sker med hjælp fra to personer, er tempoet roligt, og mellem hver bevægelse skubbes på hoften. Vi kalder dette at søge patienten. Det sker med inspiration fra Affolterkonceptet, hvor personen får hjælp til at søge taktil information om, hvor kroppen befinder sig i forhold til omverdenen. Når patienten sidder, er der fokus på udgangsstillingen. Begge

”Nogle patienter er rent fysisk i stand til at spise, men kognitive skader gør, at de ikke genkender maden og spiseredskabernes funktion.”

fødder skal være stabilt placeret på gulvet og kroppen let foroverbøjet. Et bord placeres foran patienten, og han må gerne have den ene kropshalvdel op ad væggen. Det giver en stabil omverden. Før spisningen gives mundstimulation ad modum Coombes. Patientens hånd guides til munden, og et nøje fastlagt mønster følges, hvor patienten får masseret gummerne. Det øger fokus på den kommende spisesituation, og synkefunktionen stimuleres. Undervejs søges ▶



» på hoften for at sikre, at patienten mærker sig selv i forhold til omverdenen. Når mundstimulationen er udført, kan patienten, afhængigt af funktionsevne, spise sin is selv eller med nødvendig hjælp.

Hvis patienten ikke er bevidst om spisesituationen, stimulerer vi til hypotesedannelse. Nogle patienter får idéen ved direkte berøring med isen. Vi kan guide patientens finger ned i isen og derefter guide patienten til at putte fingeren i munden. En anden tilgang kan være at give skeen i hånden. Nogle danner ikke hypotesen, før isen gives direkte ind i munden. Stopper patienten op i spisningen, fader ud, søges der på hoften. Dette vækker patienten. Efter måltidet udføres der mundpleje.

#### Neurorehabilitering i team

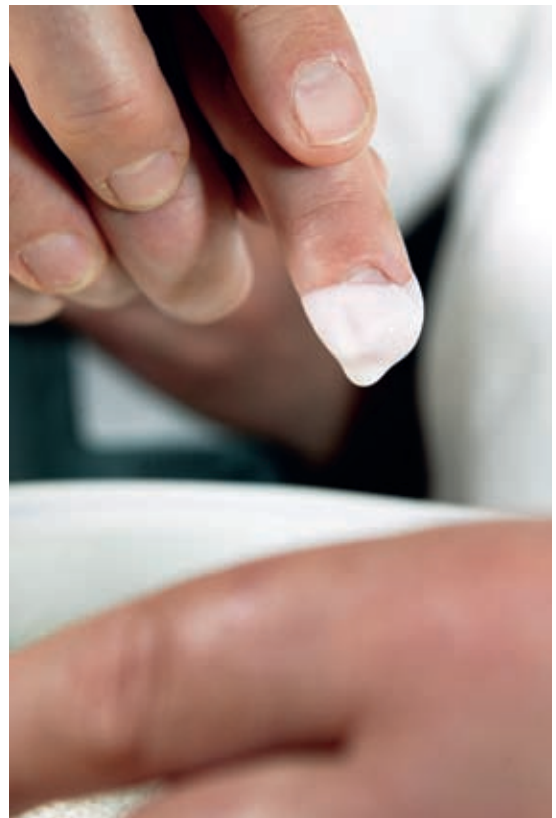
Sundhedsstyrelsen anbefalede i 1997, at der skulle etableres to enheder med landsdelsfunktion til tidligt iværksat rehabilitering af patienter med svære, erhvervede hjerneskader (6). De anbefalede centre etableredes i løbet af 2000 på henholdsvis Hvidovre Hospital og RHN. De to centre har efterfølgende i et samarbejde udviklet rehabiliteringstilbud til denne patientgruppe. Størstedelen af patienterne behandles og rehabiliteres for følger efter blodprop, hjerneblødning, kranietraumer og andre sygdomme i centralnervesystemet, herunder hjerneskade efter hjertestop.

Behandlingen på RHN sker med udgangspunkt i patienten og dennes nærmiljø. Der arbejdes målrettet i teamorganisering, hvilket vil sige, at patientens team består af en speciallæge, en sygeplejerske, en social- og sundhedsassistent, en ergo- og en fysioterapeut, som alle er ansat i de

”Størstedelen af patienterne behandles og rehabiliteres for følger efter blodprop, hjerneblødning, kranietraumer og andre sygdomme i centralnervesystemet, herunder hjerneskade efter hjertestop.”

enkelte afsnit. Teamet kan afhængigt af behov inddrage neuropsykolog, logopæd, socialrådgiver og diætist. Det er patientens aktuelle situation og nærmeste udviklingszone, der afgør, hvilken faggruppe der aktuelt er hovedaktør, det ændrer sig undervejs i rehabiliteringsprocessen. Når teamet arbejder i zonen for den nærmeste udvikling, har behandlingen det sigte at udvikle nye mentale funktioner eller forbedre eksisterende (5).

Fra det tværfaglige team udnævnes en person som patientens og de pårørendes kontaktperson. Kontaktpersonens primære funktion er at have overblik over patientens rehabiliteringsforløb.



Det interdisciplinære samarbejde kræver en fælles berebsdannelse i forhold til patientens funktionsevne og funktionsevnenedsættelse. Patientens rehabiliteringsplan er således bygget op over komponenterne i WHO's internationale klassifikation ICF, ”International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand” (7).

#### Patientens rehabiliteringsplan

I tæt samarbejde mellem patient, pårørende og fagpersoner udarbejdes en rehabiliteringsplan. Målene tager udgangspunkt i patienten og de pårørendes fokusområder. Samarbejdet med de pårørende er essentielt, da et individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb kræver indsigt i patientens tidligere liv.

Der foretages scoringer ved indlæggelsen og undervejs i rehabiliteringsforløbet (se boks 4 side 59). Scoringsresultaterne bidrager til analyse, vurdering, evaluering og fortløbende justering af patientens rehabiliteringsplan. Via rehabiliteringsplanen er det synligt for patienten, de pårørende og alle involverede fagpersoner, hvilke mål der er aftalt, og hvordan de søges indfriet. Den tværfaglige rehabiliteringsplan sikrer på den måde kontinuitet og målrettethed i forløbet.

#### Kerneområder i neurorehabiliterende sygepleje

Kerneområderne, som beskrives nedenfor, er fundamentale for patientens rehabiliteringspotentiale og det videre rehabiliteringsforløb, hvor fokus er forebyggelse og behandling af komplikationer samt optimering af funktionsevne og livskvalitet.

#### Ernæring

Mange patienter har et stort vægttab i den akutte fase. De kan have problemer med kvalme og opkastning, og sufficient ernæring kan være en vanskelig opgave. De fleste

”Hvis patienten ikke er bevidst om spisesituationen, stimulerer vi til hypotesedannelse. Nogle patienter får idéen ved direkte berøring med isen. Vi kan guide patientens finger ned i isen og derefter guide patienten til at putte fingeren i munden.”

patienter har perkutan endoskopisk gastrostomisonde (PEG-sonde) pga. nedsat bevidsthed, synkebesvær og øget udtrætning. Nogle patienter er rent fysisk i stand til at spise, men kognitive skader gør, at de ikke genkender maden og spiseredskabernes funktion.

Der kan ligeledes være manglende fornemmelse for sult og mæthed. Der kan være perceptionsforstyrrelser, som gør, at maden smager anderledes, og nogle oplever det ubehageligt at få mad i munden. Parenteral ernæring er i nogle tilfælde nødvendig.

Spisesituationen er kulturelt set forbundet med socialt samvær. Det kan give problemer for den kognitivt skadede patient, som muligvis skal genindlære sociale og kulturelle normer omkring spisesituationen. Det fordrer en neuropædagogisk tilgang med vægt på empati og etiske overvejelser (5). Omsorgen kan komme til udtryk ved at have fokus på patientens værdighed i situationen.

#### Respiration

Personer, der rammes af en hjerneskade, udvikler ofte respiratoriske problemer. Ved indlæggelsen på RHN har en stor del af patienterne trakealtube, og der er således risiko for udvikling af pneumoni og atelektase. Observation af patientens respirationsmønster, temperatur og saturation er væsentlig. Det er kendt, at en infektionstilstand kan reducere patientens rehabiliteringspotentiale betydeligt (8). Temperaturforhøjelse kan være forårsaget af infektion, men kan også være betinget af hjerneskaden.

#### Cirkulation

En væsentlig sygeplejeopgave er at kontrollere vitale værdier og reagere på uregelmæssigheder og udsving. Ofte ser vi et meget højt blodtryk ved indlæggelsen, som typisk stabiliserer sig i løbet af dage til uger. Hydrocefalus er en anden hyppig komplikation for patientgruppen. Det kan være vanskeligt at observere, hvorvidt patienten er ved at udvikle hydrocefalus, da såvel begyndende hydrocefalus som opvågningsfasen i sig selv er kendetegnet ved ændringer i bevidsthedsniveau. Ved mistanke om hydrocefalus monitoreres jævnfør Glasgow Coma Scale (9).

#### Udskillelse

De fleste patienter har problemer med at kontrollere vandladning og tarmfunktion. Der er risiko for obstipation og afføringsinkontinens. Mange patienter har svært ved at indtage en god defækationsstilling og skal have hjælp til dette. De fleste patienter har desuden behov for laksantia-behandling. Specifikke problemer for patientgruppen er bl.a. manglende genkendelse af defækationstrangen og manglende registrering af denne. Der kan være problemer med at stramme sfinkter, så fæces ikke kan tilbageholdes. Nedsat mobilitet og manglende evne til at presse er ligeledes problemer for mange bl.a. pga. manglende tillukning

af stemmelæberne. I 2005 udarbejdede RHN, på baggrund af litteraturstudier, et struktureret skema til optagelse af tarmanamnese. Udredning og efterfølgende planlægning af plejehandlinger foretages med afsæt i den strukturerede dataindsamling.

Vandladningsproblemer kan bestå i manglende genkendelse eller manglende registrering af vandladnings-trangen. Apraksi og evnen til at finde og genkende toiletet kan mangle. Der kan være polyuri og nykturi. Immobilitet og manglende sygdomsindsigt komplicerer yderligere situationen. Hos andre observeres blæretømningsproblemer, og urinvejsinfektion er en hyppig komplikation. Det er sygeplejerskens ansvar at udrede patientens

#### »»» BOKS 3. DEFINITION PÅ REHABILITERINGSBEGREBET

”Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats.”

Kilde: Marselisborgcentret og Rehabiliterings Forum Danmark 2004: Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet – rehabilitering i Danmark.

#### »»» BOKS 4. RELEVANTE SCORINGSREDSKABER

##### Early Functional Measure (EFA)

Beskriver den tidlige funktionelle formåen i forhold til basale dagligdags funktioner/færdigheder hos patienter med tiltagende vågenhed, som samtidig endnu har betydelige funktionelle motoriske indskrænkninger.

##### Functional Independence Measure (FIM)

Er et måleinstrument til anskueliggørelse af graden af disabiliteten. Graden af nedsat formåen ændres under rehabiliteringsforløbet. FIM-data viser disse ændringer og kan bruges til at analysere effekten af rehabiliteringen.

##### Rancho Los Amigos Scale (RLAS)

Bedømmelse af kognitivt niveau.

##### Barthel

Illustrerer patientens funktionsniveau inden for ADL og gangfunktion/brug af kørestol.

##### The Extended Glasgow Scale (GOS-E).

Vurdering af, hvilke handicap der vil påvirke patientens dagligdag efter udskrivelse.

Scoringerne vil hver for sig og i kombination give informationer om status, forventet forløb og prognose. Derudover er de med til at kvalitetssikre rehabiliteringsforløbet.



”Samarbejdet med de pårørende er essentielt, da et individuelt tilrettelagt rehabiliteringsforløb kræver indsigt i patientens tidligere liv.”

» vandladningssymptomer, så årsagen afdækkes, og de rette behandlingstiltag kan tilbydes.

Sygeplejerskens opgaver i relation til udskillelse fordrer hensyntagen til patientens værdighed og blufærdighed.

#### *Kommunikation*

Patienternes evne til at gøre sig forståelig og forstå er ofte nedsat pga. konfusion, kognitive forstyrrelser, dysartri, afasi eller trakealtube. Tid til at lytte og observere er væsentlig for at vurdere patientens ønsker og behov. I samarbejde med neuropsykolog og logopæd udarbejdes en individuel kommunikationsstrategi.

#### *Psykosociale forhold*

En hjerneskade kan medføre ændring af personlighed og adfærd. Af kognitive forandringer eller forstyrrelser ses neglect, anosognosi, apraksi, nedsat hukommelse og intellektuel reduktion. Ligeledes ses perceptionsforstyrrelser og agnosi i varierende sværhedsgrad. For at kunne

målrette rehabiliteringen er det vigtigt med en grundig kognitiv udredning. I denne proces er neuropsykologen central.

De kognitive ændringer påvirker de sociale relationer. Mange patienter og pårørende erkender først konsekvenserne af hjerneskadens omfang, når de udskrives fra hospitalet. Det fordrer omsorg, empati og viden at hjælpe patienten i erkendelsesprocessen omkring det skete og samtidig være behjælpelig med at pege på muligheder for et måske anderledes liv i fremtiden.

#### **Nye netværk skal dannes**

Sygeplejersken og teamets opgave er at skabe grundlag for netværksdannelse. Et netværk kan være med til at forhindre eller forebygge, at familien oplever ensomhed eller isolation. Netværksdannelse kan ske ved, at teamet, i samråd med patienten og de pårørende, indkalder relevante venner og familie til et netværksmøde. På mødet kan bl.a. drøftes, hvilken form for hjælp og støtte den hjerneskadede og de pårørende kan have brug for efter udskrivelse fra RHN.

Som et tilbud til alle pårørende på RHN afvikles en gang om måneden pårørendeundervisning med forskellige temaer. Dette sker i samarbejde med patientorganisationer.

Specielt hos patienter med kranietraume ses posttraumatisk amnesi (PTA) (8). Symptomerne er følgende: ikke orienteret i tid, sted og dato, nedsat dag-til-dag-hukommelse, konfusion, afledelighed, impulsivitet, agitation, rastløshed, irriterabilitet og aggression. Tilstanden kan beskrives som en forvirringstilstand, hvor bevidsthedens indhold er kaotisk og usammenhængende, specielt i starten af fasen. Patienter i PTA-fasen overstimuleres let, hvorfor tilgangen til patienten i denne fase er væsentlig. Fokus er at etablere ro og sikre, at patienten får de nødvendige hvil og pauser. Patientens tilstand monitoreres via Galveston Orientation and Amnesia Test (GOAT), en test til analyse og vurdering af sværhedsgraden af konfusion og amnesi (10).

Sygeplejeopgaverne skal i nogle situationer udføres til mennesker, som på grund af deres hjerneskade ikke forstår sygeplejerskens hensigt, og reaktionen kan være at væge for sig. Viden, omsorg og empati er forudsætninger for at kunne udføre handlingerne på en for patienten værdig måde. Opgaven skal ligeledes udføres på en sikker måde for sygeplejersken.

#### **Et interdisciplinært speciale**

Neurorehabilitering er et interdisciplinært speciale, og den neurorehabiliterende sygepleje stiller store krav til alle sygeplejerskens dimensioner. Sygeplejen har fokus på den enkelte patients funktionsevne og funktionsevnenedsættelse samt omgivelsernes og de personlige faktoreres henholdsvis fremmende eller begrænsende påvirkning. Fokus

#### **»»» ORDLISTE, SPECIALERELATEREDE ORD**

##### **Afasi**

Erhvervet sproglig kommunikationsforstyrrelse pga. lidelse i talecentret i den sprogdominante hemisfære.

##### **Agnosi**

Manglende evne til at identificere objekter eller lyde trods (relativt) intakt sansfunktion, intellekt og sprog.

##### **Anosognosi**

Manglende sygdomserkendelse.

##### **Apraksi**

Manglende evne til at udføre formålsbestemte handlinger trods normal kraft, sensibilitet og koordination.

##### **Dysartri**

Defekt i talen pga. sygdom i tale/stemmeapparatet ellers dettes koordination. Kognition: Intellektuel eller forstandsmæssig aktivitet, hvorved iagttagelser bliver bevidste og fører til forståelse og erkendelse; ofte overbegreb for tænkning, forestilling, intelligens, problemløsning, begrebsdannelse.

##### **Neglect**

Samlet betegnelse for en lang række forstyrrelser, hvor personen i varierende omfang ikke genkender, reagerer på, orienterer sig imod eller rapporterer om nye eller meningsfulde stimuli i forbindelse med den ene kropshalvdel og/eller den ene halvdel af det omgivende rum. Perceptionsforstyrrelser: Forstyrrelse af sansindtryk.



er forebyggelse og behandling af komplikationer samt optimering af funktionsevne og livskvalitet. Det er hele familien, der er i fokus.

Neurorehabiliteringsspecialiet fordrer, at faggrupperne har specialviden på området. På europæisk niveau er der taget initiativ til beskrivelse af en kompetenceprofil for en Neuroscience Nurse. Projektet NeuroBlend er støttet af Leonardo da Vinci-fonden. I alt otte europæiske lande deltager i projektet, heriblandt Danmark.

*Tove Kilde er udviklings- og uddannelsesansvarlig sygeplejerske, Mette Jul Jørgensen og Lisbet Fog er kliniske udviklings- og sygeplejersker, alle ansat på Regionshospital Hammel Neurocenter; NEUTK@sc.aaa.dk*

#### Litteratur

1. European Competence Profile of the neuroscience nurse. Version 3.2. December 2006. Developed by the NeuroBlend project. (<http://neuroblend.eu>)
2. Affolter F. Perception, Interaction and Language. Interaction of Daily Living: The Root of Development. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag; 1991.
3. Davies PM. Skridt for skridt. En vejledning i behandling af voksne hemiplegikere. København: FADL's Forlag; 1997.
4. Kjærsgaard A. Ansigt, mund og svælg. Undersøgelse og behandling efter Coombes-konceptet. København: FADL's Forlag; 2005.
5. Fredens K. Mennesket i hjernen – en grundbog i neuropædagogik. Århus: Systime Academic; 2004.
6. Sundhedsstyrelsen. Behandling af traumatiske hjerneskader og tilgrænsende lidelser. København: Komitéen for Sundhedsoplysning; 1997.
7. Schiøler G, Dahl T (red). ICF International Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand. København: Sundhedsstyrelsen og Munksgaard Danmark; 2003.
8. Wæhrens E, Winkel A, Gyiring J. Neurologi og neurorehabilitering for ergoterapeuter og fysioterapeuter. København: Munksgaard Danmark; 2006.
9. Jennet B. Severe head injury. Prediction of outcome as a basis for management decisions. *Int Anesthesiol Clin* 1979;17:133-52.
10. Levin HS, O'Donnell VM, Grossman RG. The Galveston Orientation and Amnesia Test. *J Nerv Ment Dis*. 1979;167:675-684.

*En fuldstændig litteraturliste kan fås ved henvendelse til forfatterne.*

**”Det er sygeplejerskens ansvar at udrede patientens vandladningssymptomer, så årsagen afdækkes, og de rette behandlingstiltag kan tilbydes.”**

#### » ENGLISH ABSTRACT

Kilde T, Jørgensen MJ, Fog L. Principles of neurorehabilitative nursing. *Sygeplejersken* 2008;(10):56-61.

The article focuses on neurorehab and describes essential core areas in neurorehab nursing. This patient group often has a combination of sensorimotor, cognitive and emotional changes, with cognitive functional dysfunction in particular complicating treatment. Treatment therefore demands specific skills on the part of nursing staff in the form of specialist knowledge of the physiological function of the body and brain and the ability to receive patients and their families with empathy, care and respect. In addition, e.g. ABC concepts, neuro-educational strategies and methods should be involved.

The focus of neurorehab nursing is on prevention and treatment of complications resulting from acquired brain injury, as well as optimisation of functional capacity and quality of life. Nursing is part of interdisciplinary collaboration. Teamwork takes place in close co-operation with patients and their families. The common conceptual framework selected is ICF – the International Classification of Functioning, Disability and Health. The above-mentioned knowledge, care and empathy are vital prerequisites for the treatment of patients in a dignified fashion. The theoretical foundation of neuronursing lies both in mono and interdisciplinary internationally acknowledged principles and methods.

**Key words:** neurorehabilitation, neuronursing, IDF, interdisciplinary work, acquired brain injury.



# Patient i egen afdeling

AF JETTE AMMENTORP, SYGEPLEJERSKE, PH.D., CAND.SCIENT.SAN., EDEL KIRKETERP, SYGEPLEJERSKE, MEVO, OG POUL-ERIK KOFOED, MED.DOC., M.D. • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

**Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at når professionelle oplever på egen krop, hvad det vil sige at være patient eller pårørende i egen afdeling, bringes følelser i spil, hvilket skaber en anderledes lyst og motivation til at ændre egen praksis. Artiklen udspringer af en workshop for personalet fra børneafdelingerne på Sønderborg og Kolding Sygehuse.**

”Jeg var på arbejde, da min hustru ringede og fortalte, at vores datter var blevet indlagt akut på grund af mavesmerter. Jeg smed alt, hvad jeg havde i hænderne, og skyndte mig til det akutte modtageafsnit på sygehuset.

Det var en oplevelse, som jeg sent vil glemme. Jeg kom ind i en afdeling, der mildest talt var præget af kaos. Jeg forsøgte forgæves at få fat på én, der kunne fortælle mig, hvor jeg kunne finde min datter og min hustru, men der var tilsyneladende ingen, der vidste noget.

Nærmest ved et tilfælde fik jeg pludselig øje på min familie, da jeg kiggede ind på en af behandlingsstuerne. Jeg var lettet, da jeg så, at der allerede var taget hånd om dem. Den lettelse svandt dog som dug for solen, da jeg fik at vide, at man ikke fandt det nødvendigt at undersøge min datter yderligere, men havde besluttet at tilbyde familien en række psykologsamtaler. Jeg var ganske uforstående og prøvede forgæves at få lægen til at forstå, hvordan jeg oplevede situationen.”

## Workshoppen ”Patient for en dag”

Det var en intens oplevelse, ikke kun for os, men for hele det personale, som deltog i workshoppen ”Patient for en dag”. En workshop, hvor læger, sygeplejersker, psykologer m.fl. fra børneafdelingen i Sønderborg agerede personale, medens personalet fra børneafdelingen på Kolding Sygehus agerede patienter og pårørende i egen afdeling. Formålet var at få personalet til at opleve, hvad det vil sige at være patient i egen afdeling.

Scenen var sat af et innovationscenter og var planlagt ned i mindste detalje. Da personalet mødte om morgenen, fik alle deltagere udleveret en kuvert, hvori der var en beskrivelse af den rolle, de skulle spille. Det kunne f.eks. være rollen som en somalisk mor, der var blevet indlagt med sit syge spædbarn, hun forstod ikke dansk og frygtede, at barnet var alvorligt sygt og skulle dø. Lægen, der havde fået rollen at undersøge det somaliske barn, skulle også tage sig af andre børn, der var mere syge end det somaliske barn. Lægen var derfor lidt irriteret på den somaliske mor, som han oplevede som unødvendigt klagende.

For at fremprovokere et bredt spekter af oplevelser og følelser hos deltagerne var hele situationen sat lidt på spidsen. Afdelingen var meget travl. Der var lavet aftale med Falck, der pludselig kom med et meget sygt barn, og seancen var i det hele taget tilrettelagt således, at personalet løbende blev udsat for stresspåvirkninger. Af samme grund blev personalet fra Sønderborg instrueret i, at de ikke skulle være specielt imødekommende og empatiske.

Hele seancen varede ca. tre timer og blev afrundet med en fælles drøftelse af formiddagens oplevelser og brainstorm på, hvad der konkret kunne gøres for at

sikre, at de patienter, der indlægges i vores afdelinger, ikke udsættes for tilsvarende uheldige oplevelser.

## Vi oplever med vores sanser

Som patienter og pårørende erfarede vi, at alle oplevelser var overraskende ligeværdige. Vi så alt, hørte alt og fornemmede alt, hvad der skete. Vi hørte, at der blev sunget fødselsdagssang i personalestuen. På nogle virkede det trygt, medens andre fik en oplevelse af, at personalesammenholdet blev prioriteret højere end de syge patienter.

Det var en ubehagelig og pinlig fornemmelse at opleve, at lægen ikke talte pænt til sin kollega. Vi oplevede manglende respekt, når personalet gang på gang stak hovedet ind på den behandlingsstue, hvor vi sad i en fortrolig samtale med lægen eller sygeplejersken, og vi følte os magtesløse, når lægen eller sygeplejersker ikke viste interesse, og når de ikke lyttede til os. Vi blev stressede og urolige over alt den uro og støj, der var i afdelingen. Og så var der selvfølgelig ventetiden, som ikke bare var ventetiden. Problemet var i lige så høj grad uvisheden om, hvor lang tid vi skulle vente, de uindbydende omgivelser vi ventede i, hvor der overhovedet ikke var nogen beskæftigelsesmuligheder og endelig problemerne med at komme i kontakt med personalet.

## Svært at spille personale

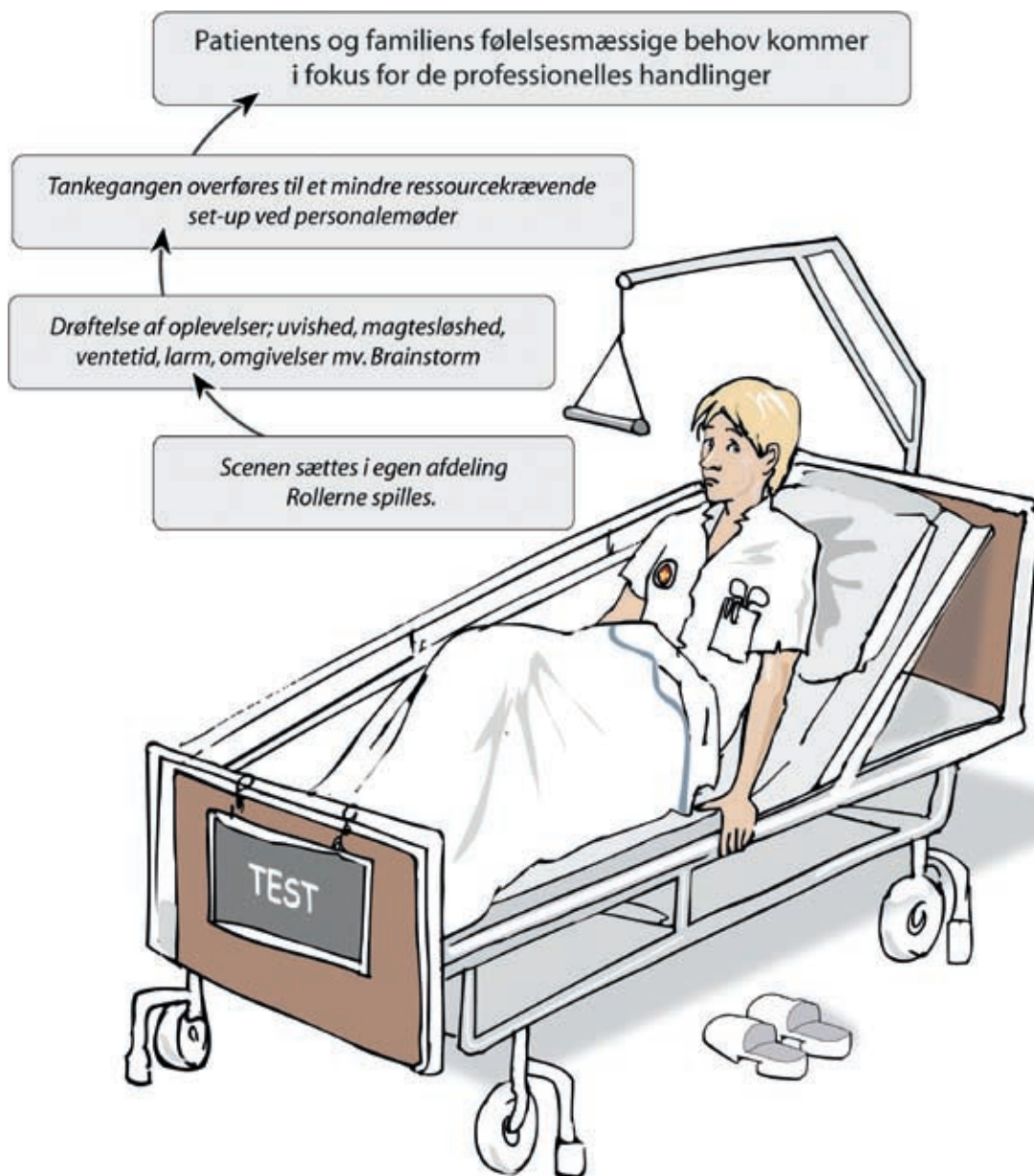
Det viste sig at være lidt af en udfordring at spille personale. Af den efterfølgende drøftelse fremgik det, at det, der specielt var vanskeligt for personalet fra Sønderborg, var, at de ikke fik mulighed for at vise sig fra deres bedste side; fagligt og menneskeligt. Kun få blandt de to personalegrupper fra henholdsvis Kolding og Sønderborg kendte hinanden i forvejen, og der var en lille frygt for, at man kom til at give kollegaerne fra Kolding et helt forkert indtryk af, hvem man faktisk var. Det var imidlertid første gang, konceptet blev afprøvet i sygehusvæsenet, og disse oplevelser har derfor givet anledning til en efterfølgende evaluering af, hvordan konceptet kan forbedres. F.eks. vil der være behov for en mere grundig introduktion af personalet, og der var enighed om, at det vil være oplagt at gentage seancen i en workshop, hvor rollerne som personale og patienter bliver byttet om.

Der var dog også nogle, der oplevede, at det var forholdsvis let at træde ind i en anden rolle, også selvom den var mindre attraktiv. En ahaoplevelse, som en af deltagerne sad tilbage med, var oplevelsen af den magt, som personalet har til at påvirke patienternes oplevelser: ”Personalet har et bredt spekter af tangenter at spille på i mødet med patienten, og det er i meget høj grad deres valg af tangenter, der er bestemmende for, hvilke følelser der bliver anslået i patienten og den pårørende.”

## Hvorfor dette skuespil?

De spørgsmål, der rejser sig, er selvfølgelig, hvad en så forholdsvis ressourcetung aktivitet kan bidrage med. Hvorfor ikke bare spørge patienterne, hvordan de oplever vores afdeling? For at svare på det spørgsmål skal vi

”Det var en oplevelse, som jeg sent vil glemme. Jeg kom ind i en afdeling, der mildest talt var præget af kaos.”



Patienttilfredsheds- og interviewundersøgelser, dialogmøder m.m. er ganske gode input til belysning af den patientoplevede kvalitet, men det er primært input, som vi forholder os til intellektuelt. Helt anderledes er det med de oplevelser, man får ved eksempelvis "Patient for en dag". Her bringes følelser i spil, og disse spiller en helt central rolle i forbindelse med motivation eller mangel på samme.

lige en tur rundt om lidt kvalitetsudviklingsteori. I det 18. århundrede udtalte den tyske filosof *Goethe*: "At omsætte dine idéer til handling er en af de vanskeligste ting i verden," en udtalelse, som lige så vel kunne have været fra en kvalitetschef anno 2008 med ansvaret for, at målsætninger omsættes til målbare resultater.

Problematikken er helt central inden for kvalitetsudvikling, for hvis vi skal gøre os håb om at forbedre vores resultater, så er det nødvendigt at ændre den måde, vi agerer på, og den måde, vi udfører vores handlinger på (1). Man har kaldt problematikken for modstand mod forandring, og fokus har derfor været rettet mod at nedbryde denne modstand. De seneste års forskning på området har imidlertid vist, at det, der gemmer sig bag dette begreb, er følelsesmæssige aspekter som f.eks. manglende tillid, tab af tryghed, angst for at miste so-

**"Oplevelsen af professionalisme er et resultat af hver eneste lille handling og ikkehandling, som finder sted i det interkollegiale møde såvel som i mødet med patienten."**

ciale kontakter, tab af status etc. (2), og hvis man vil forsøge at skabe forandring, så skal man ikke fokusere for meget på at nedbryde modstanden. Det, der er langt vigtigere, er at kunne arbejde konstruktivt med de ting, som personalet oplever som attraktive (de naturlige attraktorer) (3).

Man kan tilføje nok så megen viden, opsætte kvalitetsmål, lave handlingsplaner og evaluere, men hvis der ikke hos den enkelte er en indre motivation til at hand-



”Man kan tilføje nok så megen viden, opsætte kvalitetsmål, lave handlingsplaner og evaluere, men hvis der ikke hos den enkelte er en indre motivation til at handle i overensstemmelse med målene, så er det vanskeligt at nå nogen vegne.”

►► le i overensstemmelse med målene, så er det vanskeligt at nå nogen vegne.

Følelser kan defineres som impulser til handling (4) og spiller en helt central rolle i forbindelse med motivation eller manglen på samme. Det er derfor af afgørende betydning, at følelsesaspektet ikke er den blinde makker, men er en synlig og ligeværdig aktør, som man kan forholde sig til, og som man kan arbejde konstruktivt med. Netop derfor giver det mening at bruge tid og ressourcer på at spille patienter.

Patienttilfredshedsundersøgelser, interviewundersøgelser, dialogmøder m.m. er ganske gode input til belysning af den patientoplevede kvalitet, men det er primært input, som vi forholder os til intellektuelt. Helt anderledes er det med de oplevelser, man får ved eksempelvis ”Patient for en dag”. Her er det umiddelbare udbytte primært en følelsesmæssig oplevelse, der kan berøre os, og som kan medvirke til at skabe en lyst og en indre motivation til at ændre nogle forhold – også når vi sætter oplevelserne ind i en faglig sammenhæng. Endelig vil en tilbagemelding fra patienter og pårørende altid være en beskrivelse af delelementer af det, de har erfaret, medens en oplevelse på egen krop er en totaloplevelse.

### En alternativ model

Det var en generel oplevelse blandt deltagerne, at det var forbavsende let at træde ind i rollen som patienter. Faktisk var det så let, og rollespillet blev taget så seriøst, at vi efterfølgende måtte konstatere, at nogle roller må-

ske havde været for grænseoverskridende og for hårde at spille.

Men netop det forhold, at det var så let at gå ind i rollerne, inspirerede en overlæge fra børneafdelingen i Kolding til at følge op på vores erfaringer fra workshoppen ved efterfølgende at afprøve en anden model i et mindre ressourcekrævende setup. I forbindelse med et personalemøde skulle man i grupper og med udgangspunkt i forskellige patienthistorier drøfte følgende spørgsmål:

- Hvilke følelser rører sig?
- Hvad er barnets behov?
- Hvad er forældrenes behov?
- Hvordan kan barnets behov tilgodeses?
- Hvordan kan forældrenes behov tilgodeses?

Det gav selvfølgelig ikke de samme intense oplevelser, som det var tilfældet i rollespillet. Men vi oplevede alligevel, at det at prøve at sætte sig i patientens sted som menneske er noget helt andet end det professionelt at vurdere, hvad der er patientens behov.

### Mellemmenneskelige relationer

Den Danske Kvalitetsmodel bliver langt hen ad vejen en topstyret og administrativ proces, hvorfor det er vigtigt at fastholde et fokus på de mellemmenneskelige relationer i kvalitetsudviklingen. Workshoppen ”Patient for en dag” har her efterladt mange af os med en helt ny fornemmelse af, hvordan man som patienter oplever professionalisme. Det er langt fra tilstrækkeligt at sikre korrekt udførte procedurer, at sikre fyldestgørende information om pleje og behandling m.m. Patientens oplevelse af professionalisme er et resultat af hver eneste lille handling og ikkehandling, som finder sted i det interkollegiale møde såvel som i mødet med patienten.

*Tak til personalet fra børneafdelingerne på Kolding og Sønderborg Sygehus for deres engagerede medvirken.*

*Jette Ammentorp og Poul-Erik Kofoed er begge ansat som forskningsledere ved Forskningsinitiativet for Sundhedstjenesteforskning, Kolding Sygehus/IRS Syddansk Universitet; jette.ammentorp@fks.regionsyddanmark.dk  
Edel Kirketerp er oversygeplejerske på Børneafdelingen Kolding Sygehus.*

### ►►► ENGLISH ABSTRACT

Ammentorp J, Kirketerp E, Kofoed P-E. Patient on your own ward. Sygeplejersken 2008;(10):62-4.

Emotions can be described as impulses to act and play a crucial role in relation to motivation or the lack of same. It is therefore important that the emotional aspect is not a blind partner, but a visible and equal player to whom one can relate and work constructively with.

”Patient for a day” is a workshop which gives staff the opportunity to experience in emotional terms what it means to be a patient on their own ward and the article describes experiences from such a workshop held for the staff of the paediatric wards at Sønderborg and Kolding hospitals.

Doctors, nurses, psychologists and others assumed the role of staff, patients and relatives on their own wards and experienced how all experiences were surprisingly equal. We saw everything, and sensed everything that happened. The session lasted three hours and was rounded off with a common discussion of the experiences of the staff and a brainstorming session over what could be done to ensure that patients admitted to our wards were not exposed to similar unfortunate experiences.

Key words: Quality as experienced by the patient, quality development, change management.

### Litteratur

1. Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996 Mar 9;312(7031):619-22.
2. Dent EB, Goldberg SG. Challenging “Resistance to Change”. *Journal of Applied Behavioral Science* 1999 Mar 1;35(1):25-41.
3. Plsek PE, Kilo CM. From resistance to attraction: a different approach to change. *Physician Exec* 1999 Nov;25(6):40-4.
4. Goleman D. *Social intelligens*. København: Borgen; 2006.

# Recovery hos sindslidende -

AF BIRTHE KRYGER, SYGPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN., OG LONE GRANN, PSYKOLOG

**Artiklen er den anden** i en serie på to om recovery hos mennesker med en sindslidelse. Denne artikel præsenterer resultater fra en evalueringsundersøgelse i distriktspsykiatrien i Lyngby-Tårnbæk og Søllerød Kommuner, hvor brugere, deres pårørende og samarbejdspartnere har vurderet, om ressourcegruppemøder ud fra en recoveryorienteret referenceramme virker efter hensigten. Første artikel beskriver, hvordan distriktspsykiatrien samme sted arbejder med ressourcegruppemøder.

Distriktspsykiatrien (DP) i Lyngby-Tårnbæk og Søllerød Kommuner har siden 2001 arbejdet med ressourcegruppemøder som en del af behandlingen til en gruppe sindslidende brugere. Dette arbejde er evalueret 2004-2006, hvor brugerne, deres pårørende og samarbejdspartnere inden for det psykiatriske felt har vurderet, om ressourcegruppemøderne virker efter hensigten. Evalueringsundersøgelsen er organiseret i en projektgruppe og finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

I denne artikel præsenteres udvalgte resultater fra undersøgelsen, og resultaterne diskuteres i lyset af, om og hvordan kvaliteten i arbejdet med ressourcegruppemøder kan øges.

Målene for evalueringsundersøgelsen var:

- at undersøge specifikke betydninger af at inddrage ressourcegruppemøder i den distriktspsykiatriske behandling i forhold til recovery
- at udvikle arbejdet med ressourcegruppemøder for den enkelte bruger
- at skaffe materiale til opstilling af retningslinjer for behandlingen ud fra faktorer, som brugere og pårørende finder betydningsfulde.

## Undersøgelsens hypoteser

Reelt er det ikke muligt at måle, om ressourcegruppemøder isoleret set styrker patienternes recovery. Men det er projektgruppens opfattelse, at et systematisk arbejde med ressourcegruppemøder har betydning for forløbet af recoveryprocessen, og vi ønsker ved hjælp af resultaterne fra

evalueringsundersøgelsen at kvalificere denne del af behandlingen.

Gruppen har på denne baggrund udformet hypoteser for, på hvilken måde møderne kan tænkes at medvirke til brugernes recovery. Hypoteserne danner basis for udformningen af indhold og metode i undersøgelsen, bl.a. spørgeskemaer og spørgeguide til fokusgruppeinterview. Vi tror, at ressourcegruppemøder:

1. Medvirker til større håb og optimisme hos brugerne (håb, mening).
2. Styrker brugerens relation til det private netværk (relationer til netværk).
3. Medvirker til at styrke brugerens medbestemmelse i behandlingen (medbestemmelse).
4. Medvirker til at give brugeren og de pårørende indsigt i og forståelse for sygdom og behandling (indsigt og forståelse).
5. Medvirker til, at brugeren bliver bedre i stand til at mestre sine symptomer/egne problemer (mestring).
6. Medvirker til at sikre, at brugeren, de pårørende og de professionelle arbejder i samme retning (arbejde i samme retning).

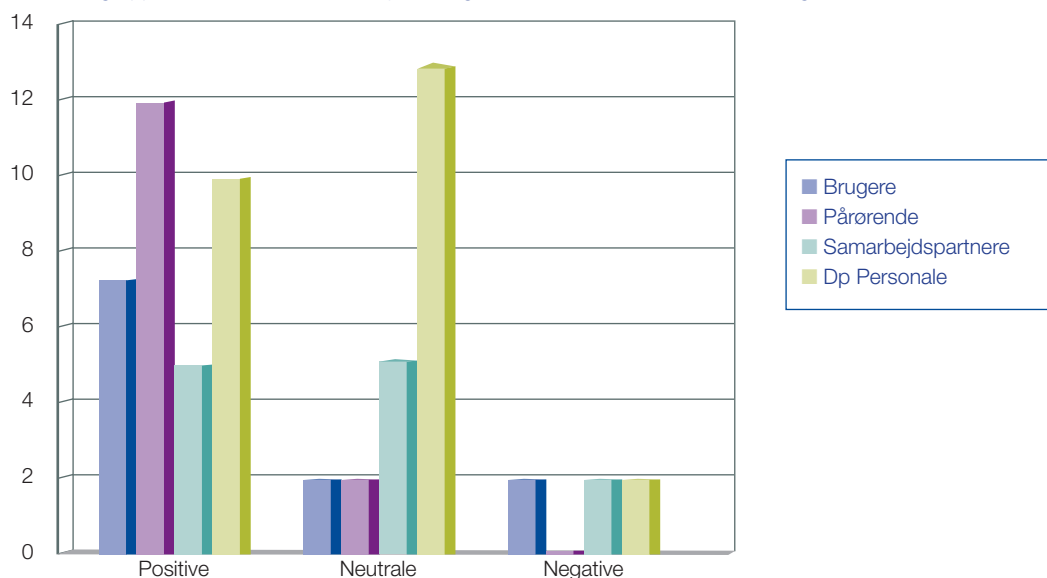
Undersøgelsens materiale og metode er uddybet i boks 1 side 68.

## Resultater

Udvalgte resultater fra spørgeskemaundersøgelsen, hvor alle involverede 11 brugere, 14 pårørende, 12 samar-

►►► FIGUR 1. MEDBESTEMMELSE

Vurderingen fra de 11 brugere, 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien af, om ressourcegruppemøder medvirker til at styrke brugerens medbestemmelse i behandlingen.





# evaluering af en metode



ARKIVFOTO: SCANPIX

”Når brugeren oplever selvbestemmelse, styrkes motivationen for at tage ansvar og komme videre, hvilket medvirker til, at de pårørende tør give mere slip.”

bejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien har vurderet på nedenstående parametre (n=62) er vist i figur 1-4. Svarprocenten for alle områder i spørgeskemaundersøgelsen er 100 pct. Udsagn fra interviews er medtaget i præsentationen af resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen.

#### *Medbestemmelse*

Oplevelse af medbestemmelse er den af vores hypoteser, der bekræftes hyppigst af alle involverede, både i interviewene og spørgeskemaundersøgelsen, hvor 34 ud af de i alt 62 vurderinger er positive i forhold til, at ressourcegruppemøder medvirker til større medbestemmelse hos brugerne (figur 1 side 66). Syv ud af alle 11 brugere og 12 ud af alle 14 pårørende har en positiv vurdering.

#### *Håb og mening*

Oplevelsen af håb og mening bekræftes af knap halvdelen af alle deltagere, som vist i figur 2 side 69. Personalet i DP besvarer spørgsmålet overvejende positivt, men endnu flere medarbejdere (DP) svarer inden for det neutrale felt.

Lidt over halvdelen af de 25 brugere og pårørende bekræfter oplevelsen af håb og mening, der også understøttes i interviewene. En bruger siger: ”Det giver lidt håb og lidt tro på fremtiden. Jeg har nogle gange svært ved at bevare troen på, at jeg får det bedre. Det kan være vanskeligt at være midtpunkt, men det er en balance mellem at have fokus rettet på sig og have brug for nogen til at skubbe lidt på.”

#### *Bevarer og styrker relationer til netværket*

Der er en overvægt af brugere og pårørende i både spør-

geskemaundersøgelsen og det personlige interview, der mener, at møderne positivt medvirker til at styrke brugerens relation til det private netværk (se figur 3 side 69). En bruger siger: ”Nogen gange har der været uoverensstemmelser i familien på grund af emner fra ressourcegruppemøderne. Men det ligger langt tilbage i tiden, og er ryddet af vejen.”

Personalet fra DP giver i fokusgruppeinterviewene udtryk for, at møderne medvirker til, at alle gensidigt lærer hinanden at kende, hvilket giver tryghed for både brugerne og pårørende, og værdien af den fælles viden er stor. Flere familier og distriktspsykiatrien giver udtryk for en lettelse over at have andre at dele ansvaret med.

#### *Indsigt og forståelse*

Hverken i spørgeskemaundersøgelsen eller i de personlige interview med brugerne ses en bekræftelse af hypotesen om, at møderne medvirker til at give brugeren og de pårørende indsigt i og forståelse for sygdom og behandling. Blandt brugerne, samarbejdspartnere og personale er der lige så mange positive vurderinger som negative. De pårørende bekræfter derimod hypotesen stærkt (se figur 4 side 70). En pårørende uddyber i interviewet: ”Jeg ved nu, at sygdomsforløbet er langvarigt, hvilket er forandret fra tidligere, hvor jeg tænkte, at enten var man syg eller rask. Nu er vi (pårørende) klar over, at det tager den tid, det tager, og vi oplever samtidigt, at der sker noget hele tiden.”

#### *Mestring af symptomer/problemer*

Kun 17 svar ud af de i alt 62 afgivne i spørgeskemaundersøgelsen vurderede, at ressourcegruppemøderne positivt medvirker til, at brugeren, de pårørende og de professio- ▶

”Vi er opmærksomme på, at det reelt er umuligt at måle, om ressourcegruppemøder isoleret set medvirker til at styrke patienternes recovery. Men det er gruppens opfattelse, at et systematisk arbejde med ressourcegruppemøder har betydning for forløbet af recoveryprocessen.”

### ►►► BOKS 1. UNDERSØGELSENS MATERIALE OG METODE

#### Materiale

De brugere, der i marts 2004 enten lige havde afsluttet eller var i gang med en afslutning af deres ressourcegruppemødeforløb, indgik ikke i undersøgelsen (28 brugere), mens de brugere (11 brugere), der havde deltaget i minimum to, gerne tre, ressourcegruppemøder, blev inviteret til deltagelse. Alle 11 ønskede at deltage.

Ud over de 11 brugere deltog 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien. I alt 62 personer deltog i fokusgruppeinterviewene og besvarede spørgeskemaer.

#### Metode

I undersøgelsen bruges både kvalitative og kvantitative data for at tilstræbe et nuanceret og grundigt kendskab til de involverede deltageres opfattelse af ressourcegruppemøder (5,6,7,8). Følgende metoder er anvendt:

- Personligt interview med de 11 brugere. Under interviewet udarbejdes en baselinestatus for hver enkelt bruger, og ved afslutning af undersøgelsesperioden udarbejdes en afsluttende vurdering ved hjælp af følgende skalaer: Global Assessment of Function (GAF) anvendes i en delt version med registrering af brugerens symptomer og funktionsniveauer, der scores hver for sig. Skalaen udfyldes af personalet. Role Functioning Scale (RFS), der vurderer den arbejdsmæssige funktion, bofunktion og egenomsorg, relationen til det tætte/nærværende netværk og relationen til det udvidede og det professionelle netværk. Skalaen udfyldes af personalet. Disse data suppleres med brugernes selvoplevede livskvalitet, der vurderes ved hjælp af et Livskvalitetsspørgeskema (QOL), og en ”Syn på fremtiden”-skala (Hopelessness scale) (9,10,11).
- Der udsendes herefter et spørgeskema med lukkede svarmuligheder til samtlige 62 deltagere (11 brugere, 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere, 25 personer fra distriktspsykiatrien), med henblik på en evaluering og en vurdering af ressourcegruppemøderne. Skemaet medbringes til et efterfølgende ressourcegruppemøde (6-8 dage senere), hvor fokusgruppeinterviewet foregår. Alle 62 udsendte spørgeskemaer er afleveret.
- Fokusgruppeinterviews med brugere, pårørende, samarbejdspartnere, behandlere, i alt 62 personer, foregår, som nævnt, på et planlagt ressourcegruppemøde. Hensigten med disse interview er, at de supplerer de lukkede svarmuligheder i spørgeskemaerne. Alle interviewene udføres af projektleder og optages på bånd. Hvert spørgsmål fra den åbne spørgeguide besvares af hver enkelt deltager. Fokusgruppeinterviewene varer i gennemsnit 3/4-1 time. Efterfølgende transskriberes båndene ordret.
- Afsluttende vurdering. Der foretages en ny vurdering af brugerens symptomer og funktionsniveauer i sidste del af projektperioden (GAF, RFS, QOL og ”Syn på fremtiden”). Herudover stilles brugerne følgende spørgsmål: Har du registreret nogen forandringer til det bedre? Til det værre? Hvordan ser du på fremtiden?

Yderligere information om metode og diskussion af denne samt etiske overvejelser m.m. kan læses i den samlede rapport.

### ►►► BOKS 2. UNDERSØGELSE

Undersøgelsen er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2004-2006 og under evalueringsperioden organiseret i en projektgruppe bestående af projektleder Birthe Kryger, psykolog Lone Grann, overlæge og speciallæge i psykiatri Morten Hollnagel samt afdelingssygeplejerske Sonja Bech. Interesserede læsere kan rekvirere rapporten ved henvendelse til Birthe Kryger; bikr@geh.regionh.dk

►► nne arbejder i samme retning, og kun 12 svar er positive i forhold, at møderne medvirker til, at brugeren bliver bedre i stand til at mestre sine symptomer/egne problemer. Ingen af disse to hypoteser kan derved bekræftes.

#### Baseline og afsluttende status

Brugernes symptom- og funktionsniveau vurderet af personalet ud fra GAF- og RFS-målinger ændrer sig ikke meget de 1-1½ år, der er mellem målingerne, men 10 ud af 11 brugere udtrykker ved det afsluttende interview sig i positive og håbefulde vendinger omkring en forandring til det bedre i deres liv og håb for fremtiden. En bruger oplever sig f.eks. mindre rastløs, har et mere positivt syn på fremtiden og er i stand til at koncentrere sig, hvis noget virkelig interesserer hende. Hun har afsluttet sin cand. scient.-eksamen og arbejder på en videnskabelig artikel. En anden siger: ”Jeg føler mig bedre rustet til fremtiden. Jeg har selv medvirket i og taget ansvar for min flytning.”

#### Diskussion

Samlet set har undersøgelsen vist, at ressourcegruppemøder anviser en model, der kan danne udgangspunkt for en fortsat god distriktspsykiatrisk behandling. Resultaterne viser, at der blandt brugere, pårørende, samarbejdspartnere og distriktspsykiatrisk personale er størst enighed om, at møderne medvirker til 1) at styrke brugernes medbestemmelse, 2) større håb og optimisme hos brugerne og 3) at brugeren og de pårørende får indsigt i og forståelse for sygdom og behandling. Disse resultater understøttes gennem mange udsagn i både enkelt- og fokusgruppeinterviewene og bekræftes af resultater fra andre studier, der har beskæftiget sig med recoveryfaktorer (1,2,3).

Hos os er ressourcegruppemøderne et behandlingstilbud til brugere, hvor der er væsentlige problemer internt i familien, problemer i relation til distriktspsykiatrien/andre professionelle eller til brugere med behov for psyko-udvikling og/eller problemløsning af en eller anden art. Når brugeren oplever selvbestemmelse, styrkes motivationen for at tage ansvar og komme videre, hvilket medvirker til, at de pårørende tør give mere slip på den definerede syge. Således får alle familiemedlemmer gensidigt flere muligheder for at leve deres eget selvstændige liv. Distriktspsykiatrien udtrykker også en vis lettelse over at dele opgaverne med flere andre. Det vil sige, at alle bliver lidt mere modige og tør dermed gå nye veje til gavn for brugeren.

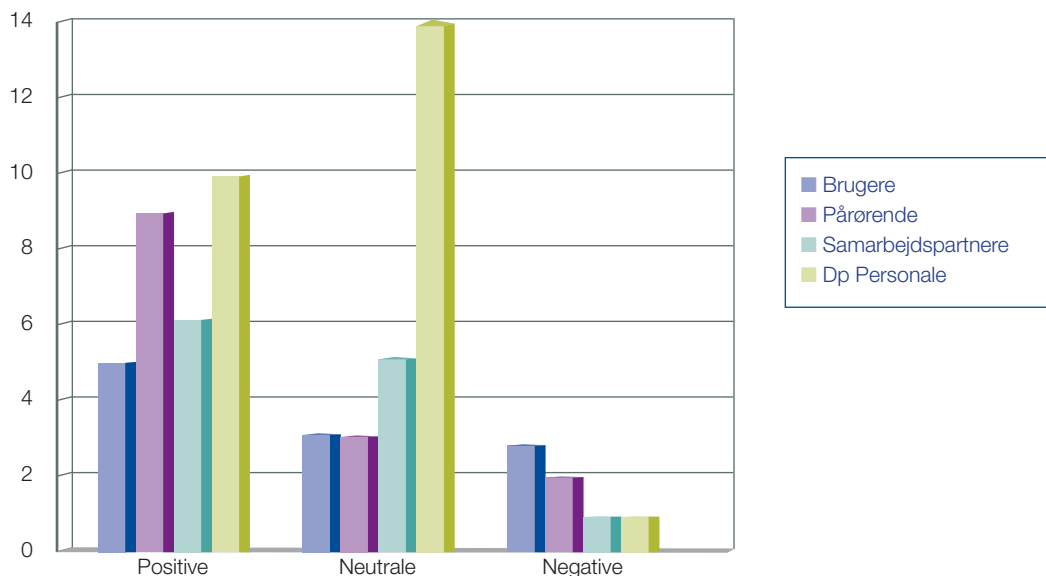
Når brugeren oplever større håb og mening gennem deltagelse i møderne, medfører dette optimisme hos brugeren. Optimismen er relevant i forhold til budskabet inden for recovery om, at skizofreni ofte er en episodisk lidelse, og mere end 50 pct. af patienter med sygdommen skizofreni, der tidligere er set som en udsigtsløs og kronisk lidelse, faktisk kan komme sig på en eller anden måde.

Når brugeren og de pårørende får indsigt i og forståelse for sygdom og behandling, er det muligt at udvikle brugerens mestringsstrategier. Det vil sige at udnytte og



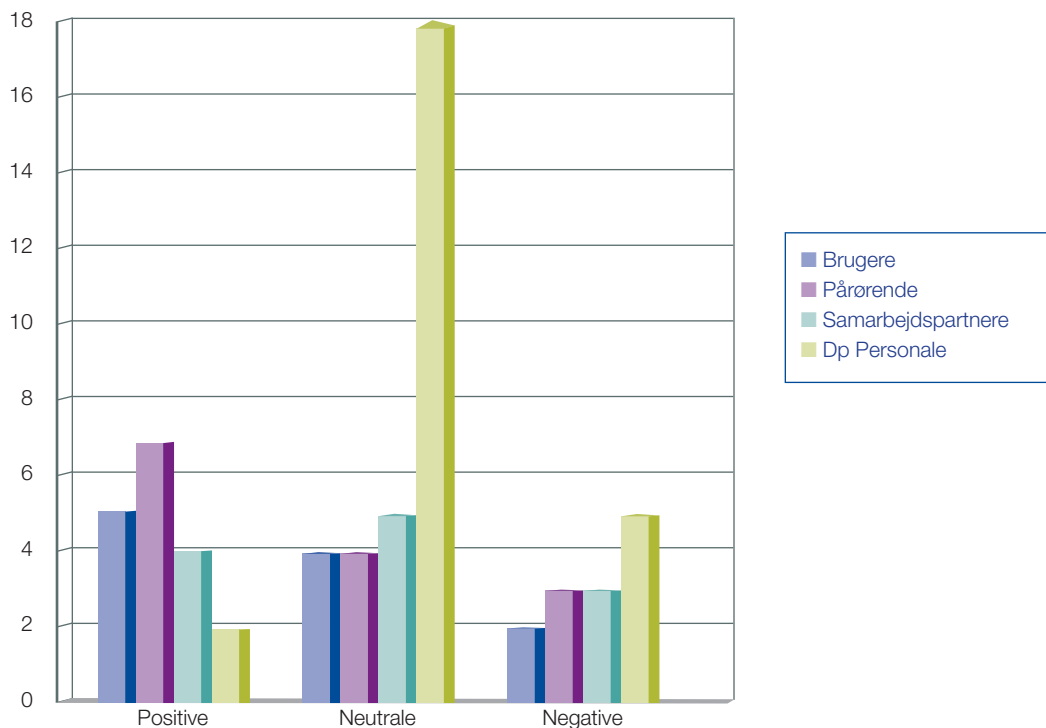
### ))) FIGUR 2. HÅB OG MENING

Vurderingen fra de 11 brugere, 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien af, om ressourcegruppemøder medvirker til større håb og optimisme hos brugerne.



### ))) FIGUR 3. RELATIONER TIL NETVÆRK

Vurderingen fra de 11 brugere, 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien af, om ressourcegruppemøder styrker brugerens relation til det private netværk.



udfylde de gode perioder med et værdigt og aktivt hverdagsliv som samfundsborger (recovery).

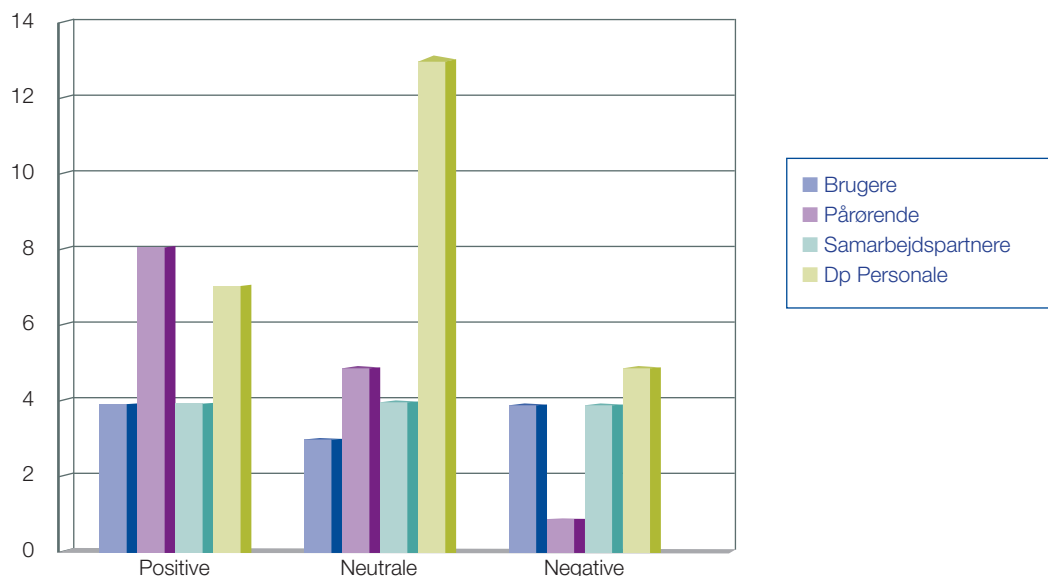
Indholdsmæssigt spænder vores ressourcegruppemøder fra rene planlægningsmøder til familierapeutiske og problemløsende interventioner, og undersøgelsen kan ikke besvare, om den enkelte brugers konkrete behov og problemer har indflydelse på, hvorledes de implicerede oplever udbyttet af møderne. Endvidere vides ikke, hvor-

forholdsvis mange personaler inden for DP svarer neutralt på spørgsmålene, og tillige er uenige.

For en detaljeret metodediskussion henvises til projekt-rapporten, men det skal dog påpeges her, at der i baseline og den afsluttende status ikke spores stabile ændringer hos brugerne. Årsagen er sandsynligvis, at processen med at fatte håb og komme sig for de fleste brugere er langvarig, de valgte måleredskaber for komplicerede, og

## ►►► FIGUR 4. INDSIGT OG FORSTÅELSE

Vurderingen fra de 11 brugere, 14 pårørende, 12 samarbejdspartnere og 25 personer fra distriktspsykiatrien af, om ressourcegruppemøder medvirker til at give brugeren og de pårørende indsigt i og forståelse for sygdom og behandling.



» den målte periode for kort. Hvis man ønsker nuancerede svar på, hvordan brugerne opfatter deres livssituation over tid, kan det derfor være en idé at registrere brugerens selvoplevede livskvalitet ved hjælp af enkle og allerede kvalificerede redskaber (f.eks. Naber og WHO), der kan gentages med længerevarende fastlagte intervaller. De indsamlede data kan således danne sammenligningsgrundlag for senere opfølgingsstudier, f.eks. efter udskrivelse fra DP, med henblik på at dokumentere, hvem og hvor mange af brugerne som fortsat kommer sig.

### Områder til udvikling

Ved afslutningen af det næsten treårige projekt har vi spurgt os selv, om den store mængde data var nødvendig, og om vi fik den viden, vi har brug for. Vi er blevet styrket i, at ressourcegruppemøderne fortsat skal være et tilbud til vores brugere, og i forhold til, at undersøgelsen i høj grad skulle udpege potentielle udviklingsområder i arbejdet med ressourcegruppemøderne, kan resultaterne bruges til en yderligere kvalificering af de områder i undersøgelsen, hvor specielt brugernes og de pårørendes vurderinger er overvejende negative eller neutrale: Det er især hensigten om, at møderne skal bidrage til, at brugeren bliver bedre i stand til at mestre sine symptomer/problemer, hvor der stadig venter et stort arbejde med, i samarbejde med brugeren, at arbejde på at udvide og styrke

brugerens mestringsstrategier, så oplevelsen af kontrol styrkes, hvilket igen medfører håb.

Håbet genererer motivation for forandringer, der ofte sker over lang tid, hvorfor det også er vigtigt at forbedre oplevelsen blandt brugeren, de pårørende og de professionelle om at arbejde i samme retning.

Og selv om flertallet af de pårørende giver udtryk for, at ressourcegruppemøder bidrager til, at de opnår indsigt og forståelse, er der stadig et arbejde at gøre med at styrke brugerens relation til netværket og være yderligere opmærksom på brugernes og de pårørendes behov for viden og information om sygdom og behandling. Disse områder vil blive udviklet i distriktspsykiatriens fremtidige tilbud om ressourcegruppemøder, hvor en vigtig del af sygeplejerskens funktion er at holde håbet i live for brugeren.

*Birthe Kryger er tidligere leder af undersøgelsen "Ressourcegruppemøder i et recoveryperspektiv – brugere, pårørende og professionelles evaluering af en behandlingsmetode" og er nu ansat som afdelingsleder i Distriktspsykiatrien i Gentofte Kommune; bkr@geh.regionh.dk  
Lone Grann arbejder som psykolog i Distriktspsykiatrien i Virum (den tidligere DP i Lyngby-Tårnbæk og Søllerød Kommuner er fysisk flyttet til Virum, deraf navnet).*

Læs også artiklen "Ressourcegruppemøder i distriktspsykiatrien" i Sygeplejersken nr. 9/2008.

### Litteratur

- Noordsy D et al. Recovery from severe mental illness: an intrapersonal and functional outcome definition. *International Review of Psychiatry* 2002; p.318-326.
- Lieberman R P, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a

"Konklusionen er, at ressourcegruppemøder anviser en model, der kan danne udgangspunkt for en god distriktspsykiatrisk behandling, fordi møderne medvirker til, at brugeren og de pårørende oplever større håb og optimisme til fremtiden."



## Diskrimination af ikkedansktalende i forskningen

I mange af de forskningsprojekter, vi modtager artikler om på *Sygeplejersken*, og i forskningen i øvrigt, er ikkedansktalende personer ofte ekskluderet i det aktuelle studie. Vi ved også, at sproget er et problem i patienttilfredshedsundersøgelserne. For de ca. 300.000 borgere i Danmark, der er indvandrere fra ikke-vestlige lande eller er efterkommere af disse, hvoraf en stor del har problemer med at forstå eller tale dansk, er begge dele helt enkelt diskriminerende. I patienttilfredshedsundersøgelserne må det være et krav at få udarbejdet det nødvendige udvalg af fremmedsproget skriftligt informationsmateriale, mens dette i et mindre forskningsprojekt ofte vil være urealistisk.

Her kan en tolk kontaktes. Men begge dele kræver naturligvis, at vi seriøst er interesserede i at få de sprogligt dansksvage borgere repræsenteret i vores demokratiske samfund.

(er)

## En værktøjsbog om trivsel

Psykisk arbejdsmiljø er en diffus størrelse. Vi kan mærke på egen krop, om miljøet er godt eller dårligt, og vi ved, om vi kigger stillingsannoncer for sjov eller for alvor. Bogen "Trivsel i arbejdslivet. Metoder til styrkelse af det psykiske arbejdsmiljø" anviser nye veje til at fastholde medarbejdere og til at skabe et arbejdsmiljø med trivsel og nærvær.

Anerkendelse er lige nu et ord, der bruges meget, og anerkendelse bliver formuleret som et krav. Men hvad mener vi med anerkendelse? Anerkendende kommunikation (Appreciative Inquiry) er en tankegang, der handler om at værdsætte det, der virker, det, vi gør godt, og det, der giver os energi i hverdagen, hedder det i bogen. Kommunikationen er delt op i fire faser, hvor den første fase går ud på at finde frem til de højdepunkter, man har haft i en organisation eller en afdeling. Det er med andre ord medarbejdernes egne oplevelser og fortællinger, der er grundlaget for de øvrige faser i processen.

Bogen byder desuden på opskrifter på kollegial supervision, nærværakademi, involverende lean og teamorganisering defineret som en gruppe på 6-9 medlemmer.

Bogen er på 63 sider, den koster 149 kr. og kan rekvireres på Center for Arbejdsliv; arbejdsliv@teknologisk.dk

(jb)

### Svar på Testen side 72

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

Kilde: Dokumentation og kvalitetsudvikling. Lærebog for sygeplejestuderende. Ingrid Egerod (red.) 2. udgave, Dansk Sygeplejeråd 2007.

challenge from the 21st century. *International Review of Psychiatry* 2002;14:p.245-255.

3. Topor A. Vendepunkter. Videnscenter for Socialpsykiatri; 2002. p.15.
4. Hummelvoll JK. Helt ikke stykkevis & delt. Psykiatrisk sygepleje og psykisk sundhed. København; Hans Reitzels Forlag; 2005. 3. udg. p.41.
5. Hougaard E et al. Psykoterapiens hovedtraditioner, Dansk Psykologisk Forlag. 1998; p.225.
6. Theilgaard A. Sundhedspsykologisk Forskning, Dansk Psykologisk Forlag; 1999.p.361.
7. Holstein B. Medicinsk Sociologi. Arnold Busck. 1996.
8. Schmidt L, Holstein B. Kvalitative forskningsmetoder i sundhedsvidenskabelig forskning. København: FADL;1999:335.
9. Naber D et al. Improvement of schizophrenic patients' subjective wellbeing under atypical antipsychotic drugs. *Schizophrenia research* 2001.
10. Naber et al. *Schizophrenia research* 50, 2001.p.79-88. Oversat til dansk: Nabers Subjective Well-Being skema.
11. Beck P. Hopelessness Scale, (oversat til dansk), Hillerød Sygehus 1974.

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Kryger B, Grann L. Recovery of the mentally disordered – evaluation of a method. *Sygeplejersken* 2008; (10):66-71.

Since 2001, Lyngby-Tårnbæk and Søllerød District Psychiatry has been using resource group meetings as part of it treatment of mentally disordered users. The work with resource group meetings has been evaluated and qualified by means of an evaluation study (2004-2006) with the focus on the involvement of users, their families and partners.

The study involved a total of 62 people: 11 users, 14 family members, 12 partners and 25 representatives of District Psychiatry.

Data has been taken from individual interviews with 11 users, questionnaires from all 62 participants and 12 focus group interviews.

Interview guides and questionnaires were drawn up on the basis of described recovery factors such as hope, codetermination, relationships to networks. Mastering, knowledge and insight and everyone working in the same direction (Topor, Noordsy).

The results show that among all the participants most agree that resource group meetings contribute to: Strengthening codetermination, providing hope and optimism about the future, strengthening relationships with the network and giving the users and their families insight and understanding.

Key words: District psychiatry, resource group meetings, evaluation study, recovery.

## &gt;&gt;&gt; TESTEN



## Temaet er evidens. Test dig selv eller din kollega.

- 1 *Hvordan defineres evidensbaseret medicin?*
  - a. Som en praksis baseret på dokumenteret viden frem for på fornemmelser.
  - b. Evidensbaseret medicin er samvittighedsfuld, eksplicit, velovervejet anvendelse af den bedste foreliggende evidens i beslutningstagning om behandlingen af individuelle patienter.
- 2 *Hvorfor hedder det evidensbaseret medicin?*
  - a. Det er forløberen for evidensbaseret praksis og evidensbaseret sygepleje.
  - b. Fordi det kun er læger, der reelt arbejder evidensbaseret.
- 3 *Hvad består evidensstrekanten af?*
  - a. Patientpræferencer, lokale kliniske retningslinjer og evidens.
  - b. Evidens, patientpræferencer og klinisk ekspertise.
- 4 *Når sygeplejersker ikke implementerer forskningsresultater i praksis, er det fordi:*
  - a. De ikke kender dem, ikke forstår dem, ikke tror på dem, ikke forstår at anvende dem, ikke har lov til at anvende dem.
  - b. De ikke har de nødvendige ressourcer til rådighed og mangler ledelsens opbakning.
- 5 *Kritikken mod evidensbaseret praksis lyder:*
  - a. Evidens dræber fantasi og omsorg i sygeplejen.
  - b. Evidens er ikke noget nyt, det fører til kagebogspraksis og bygger kun på randomiserede kliniske forsøg og er derfor positivistisk funderet.

(jb)

Se svarene på TESTEN side 71.



SILENTIA

Silver  
Line

## 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



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE



### Åbent hus i Kvæsthuset

Vi byder sygeplejersker velkommen til at komme og høre om Kvæsthusets historie og se, hvordan de gamle lokaler nu er indrettet som et moderne og tidssvarende kontormiljø.

Kvæsthuset er et gammelt hus, der for flere hundrede år siden var hospital. I mange år tjente det som DFDS' hovedkvarter, men er i dag Dansk Sygeplejeråds samlingspunkt for medlemsrettede og faglige aktiviteter.

Dansk Sygeplejeråd byder på en kop kaffe/the, småkager, vand og frugt under foredraget.

Tidspunkterne er:

Tirsdag d.25.3. 2008	kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16
Mandag d.2.6. 2008	kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16
Onsdag d.3.9. 2008	kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16
Tirsdag d. 4.11.2008	kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16

Adressen er:

Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Der kan være 50 personer ved hvert arrangement og tilmelding kan ske på tlf.4695 4152 ( DSR's reception) inden 2 dage før hvert arrangement.





## Kæden springer af

”Jeg fik min første cigaret engang i slutningen af 1940'erne af min ateist-onkel på Amager... og dirrede af forventning på vej hjem. For i lommen lå hvad mine forældre ville udråbe som den ultimative synd.” Enhver hardcore ryger over 40, uanset køn og socialklasse, vil elske *Tabita Wulffs* humoristiske og hengivne tilbageblik på de oplevelser Virginia, Lucky, Marlboro og Grøn Cecil har bragt hende gennem mere end 40 år.

Det var således ikke skræmmekampanjer, men rygerens besværlige forhold, hensynet til ikkerygerne i omgangskredsen og stinkende gardiner, der afgjorde forfatterens valg om rygestop. Viljestyrke, Nicorette tyggegummi og brud på vaner førte til målet, samtidig med at kiloen hobede sig op.

Den personlige tilgang, det jordnære og fordomsfri

sprog, de politisk ukorrekte illustrationer og de mange konkrete hverdagsråd om rygestop og vægttab gør, at bogen frem til kapitel otte er oplagt for sygeplejersker at henvise til i deres rygestopvejledning.

Herefter springer kæden af, og forfatter og forlag skyder sig selv i foden i kapitel 9-12, hvor helt almindelige sundhedsråd pustes op i et alternativt skylag. Forfatterens personlige lidenskab for faste- og detox-kure, meditation, visualisering, hypnose, hydro- og aromaterapi og ansigtsmasker som veje til selvtillid, psykisk styrke og sundhed, overhaler helt enkelt de hidtil brugbare råd om vægttab indenom. Langt de fleste rygere, specielt mænd, vil hovedrystende stå af her, og bogen har reelt mistet sin værdi i en professionel rygestopvejledning.

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



Tabita Wulff

**Fri for røg ... Og hva' så?**

**Kvit smøgerne og hold vægten**

Bogans Forlag 2008

152 sider – 129 kr.

ISBN 978-87-7466-487-1

## Dokumentationsstop nu

Lad mig slå det fast fra starten: ”Kvalitetens beskaffenhed” er en svært tilgængelig bog, og jeg er langt fra sikker på, at jeg ikke har overset vigtige pointer. Bogen indeholder talrige referencer til mere eller mindre kendte filosoffer og forfattere fra oldtiden op gennem historien til nutiden. Sproget er nogle steder forbilledligt klart, andre steder så fyldt med fremmedord og indskudte sætninger, at det er vanskeligt at få hold på meningen.

Alligevel er ”Kvalitetens beskaffenhed” en rigtig vigtig og interessant bog, som helt bevidst udkommer samtidig med regeringens kvalitetsreform. Bogens idé er en kritisk analyse af hele den kvalitetsbølge, der ruller over samfundet og ikke mindst offentlige institutioner i disse år. Bogen henvender sig til alle, der interesserer sig for kvalitet. Forfatteren angiver, at bogen i særlig grad henvender sig til de mennesker, der er med til at tilrettelægge, måle, vurdere og udvikle kvalitet i den offentlige sektor, og det må gælde for alle ansat i sundhedsvæsenet.

Bogen indledes med en gennemgang af kvalitetsbegrebet, som det har været opfattet gennem historien. Det betones, at kvalitet som begreb altid må ses i sammenhæng med den samfundsorden, det indgår i.

Siden følger kapitler, der belyser, hvordan moderne offentlige institutioner har taget kvalitetsarbejdet til sig som en ”organisationsopskrift”. Det beskrives, hvordan kvalitetsarbejdet er blevet en integreret del af dagligdagen for alle medarbejdere. Samtidig er der opbygget et kvalitetsbu-

reaukrati med særskilte kvalitetsafdelinger og udvalg, et utal af skriftlige vejledninger, der beskriver kvalitets tiltag, og endelig en stor mængde data fra kvalitetsmålinger.

Kvalitetsarbejdet foregår inden for eksisterende rammer, og kvalitetsarbejdets retorik ignorerer de skjulte omkostninger og det enorme forbrug af personaleresourcer. Kvalitetsarbejde opfattes som nødvendigt, og modstand overses eller betragtes som bagstræberisk. Betydningen af at have indikatorer for kvalitet på en række områder problematiseres. Forfatteren giver eksempler på, hvordan indikatoren ender med at blive målet i sig selv. Praksis kommer alene til at rette sig mod at score højt på den enkelte indikator, måske i sidste ende på bekostning af den gode kvalitet.

Bogens sidste kapitler handler om kvalitetens forskellige perspektiver, og her lægges op til, at det må være helt nødvendigt at have en bred diskussion om meningen med det eksisterende kvalitetsarbejde.

*Peter Dahler-Larsen* afslutter bogen med at foreslå, at der indføres et dokumentationsstop, som principielt skal fungere på samme måde som regeringens skattestop. Indføres nye dokumentationskrav, skal andre fjernes. Det vil tvinge myndighederne til at prioritere, så det kun er de vigtigste dokumentationskrav, der gælder. Mon ikke det kunne få en hel del sygeplejersker til at ånde lettet op?

*Af Birgitte Goldschmidt Mertz, kvalitetskoordinator, ansat på Finsencentret.*



Peter Dahler-Larsen

**Kvalitetens beskaffenhed**

Syddansk Universitetsforlag  
2007

186 sider – 168 kr.

ISBN 978-87-7674-277-5

## Overskuelig introduktion til medicinsk sociologi



Michael Bury  
**Sundhed og sygdom**  
 Akademisk Forlag 2007  
 179 sider – 249 kr.  
 ISBN 978-87-500-3908-2

Formålet med *Michael Burys* bog er at give en introduktion til medicinsk sociologi – specielt med tanke på den læser, der skal stifte bekendtskab med emnet for første gang, og det lykkes ganske godt.

Bogen udgør en fin, overskuelig introduktion, som kommer rundt om mange, måske de fleste, aspekter med relation til emnet. Den balancerer godt mellem at præsentere en sociologisk tilgang og forståelse af begreberne og en kritisk stillingtagen til den traditionelle, medicinske forståelse. Der inddrages mange forskellige forhold som bl.a. sociale mønstre, køn, krop og etnicitet som parametre, der påvirker sundhed og sygdom. Klassiske sociologiske tilgange som f.eks. forståelse af årsagssammenhænge i forhold til forbedret sundhedstilstand og konstruktion af medicinske diagnoser præsenteres.

Selv om bogen er skrevet med udgangspunkt i en engelsk kontekst, er det muligt at overføre de beskrevne forhold til den danske sundhedssektor. Det bliver endda tydeligt, at en række aktuelle udviklingstiltag i sundhedssektoren ikke er nye. Det gælder f.eks. privatisering, akkreditering, standardisering og vækst i systemernes juridiske og politiske styringsrammer.

Særligt interessant er afsnittet om sundhed og lokal-

samfund, specielt i en situation, hvor kommunerne qua strukturreformen er blevet defineret som en del af sundhedsvæsenet i Danmark og har fået ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse. I forlængelse heraf er det ligeledes interessant at blive præsenteret for en historisk beskrivelse af offentlige sundhedstiltags virkning på folkesundheden, f.eks. vandforsyning, kloakering og fødevarekontrol. Beskrivelsen bliver holdt op imod en kritik af aktuelle initiativer i forhold til folkesundheden, f.eks. sundhedskampagner. Kampagner som paradoksalt nok kan have negative sociale konsekvenser, da nogle offentlige kampagner om f.eks. rygning og fedme har størst gennemslagskraft blandt den mere velstillede del af befolkningen. En udfordring som kommunerne står over for at skulle tage op.

Bogen er hele vejen igennem veldokumenteret og indeholder en omfattende litteraturliste, som vil være spændende for den interesserede studerende/læser at dykke ned i.

Af Lone Petersen, *cand.scient.soc.*, sygeplejerske, seniorkonsulent i Competencehouse.

## Velegnet til de første opgaver



Marianne Lindahl og  
 Carsten Juhl  
**Den sundhedsvidenskabelige  
 opgave – vejledning  
 og værktøjskasse**  
 FADL's Forlag 2007  
 220 sider – 195 kr.  
 ISBN 978-87-7749-435-2

Der findes mange bøger om opgaveskrivning i de mellemlange videregående uddannelser. Hvad berettiger så endnu en bog?

Forfatterne er begge fysioterapeuter og Master of Public Health, og de retter bogens indhold mod et behov inden for de sundhedsvidenskabelige bacheloruddannelser.

Bogen er letlæselig med gode metatekster og fin layout, og den har desuden en række eksempler fra opgaveskrivning, fortrinsvis fra fysioterapeutuddannelsen, men også enkelte eksempler fra ergoterapeut- og sygeplejerskeuddannelserne, som letter forståeligheden. Bogen er først og fremmest baseret på en erfaringsudvekslende dialog med læseren. Forfatterne vælger i denne sammenhæng en konsekvent sproglig stil, hvor læseren tiltales med et "du", og forfatterne udtrykker sig med, "vi mener", eller "vi anbefaler". Det medvirker til at svække bogens autoritet, idet der kun henvises til få referencer, og dermed får læseren ikke et tilstrækkeligt indholdsmæssigt og metodisk grundlag med sig.

Bogen indledes med en række kapitler, der indeholder uddybninger af faglig argumentation (*Toulmins* argumentmodel), en opgaves opbygning og den gode opgaves indhold. Disse afsnit har et tilgængeligt, introducerende indhold for studerende i starten af bachelorstudiet. Der er også et lille kapitel om brug af vejleder og en række anbefalinger for studerende, der arbejder med gruppeopgaver. Der lægges hovedvægt på empirisk funderede opgaver, både kvantitative og kvalitative, og teoretiske opgaver og litteraturgennemgang berøres i min-


dre grad. Afsnittet om etik har kun ganske få referencer til et par officielle hjemmesider, mens de kortfattede afsnit om metode og analyse er helt uden referencer. Der savnes desuden et afsnit om betydningen af forskellige videnskabsteoretiske grundlag for en projektopgaves gennemførelse. Forfatterne anviser brug af *Blooms* kognitive taksonomi som et redskab til at sikre et passende niveau til præsentation af teori og resultater. På det punkt kan bogen hurtigt blive uaktuel, idet indførelsen af den nye karakterskala, 7-trins-skalaen, som i øvrigt ikke omtales i bogen, medvirker til, at eksamenspræstationer efter 1. august 2007 skal vurderes ud fra faglige mål og den studerendes kompetencer, hvor SOLO-taksonomien vil blive anvendt.

Bogens sidste halvdel er helliget mange eksempler på anvendelse af tekstbehandlingsprogrammet Word (dog ikke nyeste udgave fra 2007), anvendelse af figurer, modeller og tabeller m.v. samt regnearket Excel.

Bogen skønnes velegnet til de første opgaver i et sundhedsvidenskabeligt bachelorstudium, hvor det kan virke uoverskueligt for nogle studerende at forholde sig til de eksisterende bøger mere detaljerede fremstillinger af opgaveskrivning, men kan ikke være tilstrækkelig til at honorere kravene til metode ved den afsluttende bacheloropgave.

Af Anne-Mette Graubæk, *lektor, cand.cur.*, ansat på Sygeplejerskeuddannelsen i Odense, University College Lillebælt.

## Et fund for en sygeplejerske

 Er en lærebog for medicinstuderende også en mulig lærebog for sygeplejersker?

Første indtryk af bogen er, at den er gedigen.

Vil jeg selv bruge den, og kan jeg anbefale den til mine kolleger?

Den første patient, jeg ønsker at slå op, er 68 år med diabetes, men hun går også til kontroller på sygehuset med sin akromegali. Forståeligt nok forventer hun, at jeg er helt inde i denne sygdoms patogenese.

Det er jeg beklageligvis ikke, det har i flere år naget mig, men i det øjeblik patienten er ude af døren, glemmer jeg at slå diagnosen op. Når hun dukker op til kontrol tre måneder senere, farer jeg ind i kontorets krog og finder Medicinsk Kompendium frem, og så går tiden, og det er den ikke til.

Forbrændinger bør jeg også som konsultationssygeplejerske være 100 pct. ajour med.

Og naturligvis tryksår, et stedbarn i de medicinstuderendes undervisning, i hvert fald i min elevtid.

På få sider giver basisbogen et fuldt ud tilfredsstillende svar på mine spørgsmål om de tre emner. Jeg kommer ikke helt ned i detaljen, men det har jeg heller ikke brug for i

min dagligdag. De medicinske og kirurgiske sygdomme inkl. akromegali, brandsår og tryksår gennemgås kort, kontant og klart. Der er fine illustrationer, dog ikke for tryksår eller ulcus cruris, og det er lidt ærgerligt.

Man skal kunne sin sygdomslære, f.eks. står akromegali ikke i stikordsfortegnelsen, man må slå endokrine sygdomme op for at finde afsnittet.

Der er en klar linje i basisbogens udformning, som gør den læsevenlig, men særligt må afsnittet "Nøglepunkter" fremhæves. I en snæver vending behøver man ikke at læse mere end det for at have overblik over den pågældende sygdom.

Bogen er "en basisbog for medicinstuderende til brug i den første del af den kliniske del af studiet", hedder det i forordet. Jeg vil også anbefale bogen til sygeplejersker, som har behov for at genopfriske et emne. Som opslagsbog er den et fund for en sygeplejerske, som kan nøjes med to sider her i stedet for ti i Medicinsk Kompendium.

*Af Michala Eich Schultz-Larsen,  
konsultationssygeplejerske.*



Torben V. Schroeder,  
Svend Schulze, Jannik Hilsted  
og Liv Gøtzsche (red.)

**Basisbog i medicin og kirurgi**


Forlaget Munksgaard Danmark

4. udgave 2007

852 sider – 978 kr.

ISBN 978-87-628-0573-6

## Social vicevært er en gevinst for beboerne

 Det har været en gevinst for beboerne i ældreboligbebyggelsen Engholmen Nord i Københavns Sydhavn at være sammen med den sociale vicevært *Helen Jeppesen*. Årets gang i bebyggelsen med julepåske- og sommermarkeder, udflugter, fællesspisning, vaccinationer og modeopvisning beskrives afvekslende med personlige portrætter af beboerne i den publikation, som journalist *Ulla Nygaard* har skrevet om projektindsatsen. Heldigvis er fænomenet med en social vicevært i Engholmen Nord ikke mere et projekt, men betales over huslejen som resultat af en afstemning blandt beboerne. Således er der ikke kun sat en god udvikling i gang med mange muligheder for fællesskaber, hvor beboerne kan bidrage på forskellig vis, men indsatsen kan fortsætte. Da Helen Jeppesen startede for seks år siden, lød hendes arbejdsbeskrivelse på, at hun skulle låne værktøj ud, tømme postkasse ved sygdom og gøre en masse praktiske ting, der ikke ligger hos ejendomsfunktionærerne.

"Men det holdt ikke. Beboerne har også andre behov og ønsker, og dem har jeg fulgt". Beboerne i Ældreboligbebyggelsen er ældre og yngre mere eller mindre socialt udsatte mennesker, der har det til fælles, at de efter et virksomt liv er blevet visiteret til en ældrebolig. Med

udgangspunkt i kendskab til beboerne og situationsforståelse har den sociale vicevært bidraget med at bygge bro til den kommunale forebyggelse, hjælp og pleje. Men den væsentligste fortjeneste er dog, at viceværten har været til disposition, arbejdet fleksibelt, respektfuldt, i øjenhøjde og med udgangspunkt i en tro på, at fælles oplevelser skaber samtaler, der får ting til at ske. Initiativer, aktiviteter og det sociale liv i Engholmen Nord beskrives, og dynamikken med det omgivende lokalsamfund inddrages kort. Den sociale vicevært er den sammenhængende kraft, hvilket kan ses både som en styrke og en svaghed; i bogens slutning er der ansat til en kritisk vurdering af den fine balance, der er mellem det personlige og det fælles skabende. Ikke desto mindre kan bogen ses som inspiration til en sundhedsfremmende indsats i kommunerne; viceværten behøver ikke udelukkende at være ansat i ældreboligbebyggelser, man kan også tænke sig, at plejecentre og plejehjem kunne have gavn og glæde af en social vicevært, der får mennesker til at føle sig nyttige og værdifulde på deres gamle dage.

*Af Marianne Mahler, sygeplejerske, MPH,  
sygeplejefaglig konsulent på Ældrekontoret Østerbro.*



Ulla Nygaard

**Sammen i Sydhavnen**

– med en social vicevært

www.ny-journalistik.dk 2007

160 sider – 188 kr.

ISBN 978-87-991679-1-3



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.

## Afhoppernes uensurerede bekendelser

En afhopper er en person, der pludselig forlader sit land eller parti for at gå over til modparten. Det er den besked, man får, når man søger på ordet afhopper på [www.sproget.dk](http://www.sproget.dk)

Det passer nogenlunde på de fem ekssygeplejersker, som fagbladet *Sygeplejersken* portrætterede i 2007. Nogenlunde, for der er ikke tale om sygeplejersker, som pludselig er gået over til modparten, men om sygeplejersker, som af forskellige grunde og efter modne overvejelser har forladt sygeplejen for at blive henholdsvis galleriejer, mavedanser med skole i orientalsk dans, teaterdirektør, praktiserende læge og markedschef i et medicinalfirma. De er ikke alene. Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 8 pct. af alle sygeplejersker har forladt deres fag efter 10 år.

Kætters at beskæftige sig med afhoppere, kan man tænke. Hvorfor ikke tilhoppere, for dem er der også en del af forstået som mennesker med en uddannelse som historiker, grafiker eller økonom, der er hoppet på en sygeplejerskeuddannelse sent i livet?

De historier følger en anden gang. Nu er det afhopperne, der fortæller om det, der for dem er sandheden om sygeplejen og sundhedssektoren. De står frem og taler frit om oplevelser og holdninger uden at slippe den indre kritiker løs. De har ikke længere noget i klemme i det system, de kender indefra, de taler uden selvcensur, og det er der ikke mange sygeplejersker, der gør. Vi kan ikke prale af en blomstrende debatkultur i sygeplejen, og vi er ikke åbenlyst uenige om særlig meget, så det er om at nyde de upolerede meningstillkendegivelser, når de er der.

Vi kan bruge afhoppernes budskaber om fag, patienter, uddannelse og organisering til at gøre tingene bedre. De områder, afhopperne peger på som problematiske, er løn, kreativitet, humor, belønning, omsorg vs. anatomi, ansvar, pjæk og anerkendelse. Afhopperne tegner et billede af en sundhedssektor, hvor der ikke er plads til kreativitet og humor, ikke er belønning for at give den en skalle, og hvor faglige observationer er gået i glemmebogen til fordel for diffuse tanker om omsorg.

Den praktiserende læge peger på, at hvis sygeplejersker skal markere sig og have mere i løn, så går vejen gennem mere ansvar. Desuden er han kritisk over for fokuseringen på omsorg i sygeplejerskeuddannelsen, fordi den er sket på bekostning af fordybelse i naturvidenskaben. Og hjemmesygeplejersker er ikke de bedste i en almen praksis, er hans erfaring. Det er sygeplejersker med erfaring fra specialafdelinger derimod, for de har det overblik og den faglige kunnen, der skal til, og i hans praksis får de lov til at bruge den.

Modbilledet er en sundhedssektor med plads til kreative løsninger, belønning for en særlig indsats, en patientpleje med plads til humor og en ledelse, der siger nej til pjæk.

Man kan vælge at afvise afhoppernes udsagn med et vrissent "sludder", eller man kan sige "de peger på nogle områder, vi ikke har været gode nok til at tage op. Det vil vi gøre i fremtiden". Målet er en offentlig sundhedssektor med glade og stolte medarbejdere og patienter, der synes, at ånden er fantastisk og afspejler den behandling og pleje, de modtager.

Sygeplejerskeuddannelsen er en god basis at have, og de fem afhoppere fortryder ikke, at de har taget den. De bruger uddannelsen, f.eks. når de aflæser andre mennesker, om det så er kunstnere, kunder, etniske mavedansere eller skuespillere.

Men vi vil alligevel gerne have, at sygeplejersker bliver lidt længere.

*jb@dsr.dk*

Serien om afhopperne har været bragt i *Sygeplejersken* nr. 18 side 28, nr. 20 side 28, nr. 22 side 34 og nr. 24 side 30, alle i 2007.