

# SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 10 » 18. MAJ 2007 » 107. ÅRGANG

**FORVEKSLINGSKIRURGI**

**Fem enkle trin  
hindrer fejloperationer**

**Patientambassadør  
fortæller sin  
egen historie**

**LÆSERNES REDAKTØR**

**Fredag, kold cola  
og Sygeplejersken**

**Definér nye og  
mere ambitiøse  
mål for succes**

**Skal mit  
arbejde betale  
konsultationen?**

## Når fejlen er sket

**FAG**

**Store krav til  
kontaktpersonens rolle**

**Forældre skal bruge  
deres forskelligheder  
konstruktivt**



## ARTIKLER

### 22 Historier, der bider sig fast

Beretninger fra mennesker om, hvordan de har været tæt på at dø, eller hvordan de har mistet deres nærmeste pga. en unødvendig fejl, går ind under huden og bider sig fast. Ud fra den filosofi har Dansk Selskab for Patientsikkerhed dannet et korps af 15 patientambassadører, der skal tage ud og fortælle om deres erfaringer.

### 22 Et ansigt på statistikken

Birgit Hartoft er en af de 15 nye patientambassadører, og hendes mission er at fortælle sin egen historie.

### 24 Timeout før operationen

På Centraloperationsgangen på Frederiksberg Hospital arbejder sygeplejersker og kirurger systematisk på at mindske risikoen for forvekslingskirurgi bl.a. ved at holde timeout lige før operationen.

### 26 Fem enkle trin hindrer fejloperationer

Forvekslingskirurgi kan forebygges ved hjælp af fem enkle tiltag, og på hospitalerne i hovedstadsregionen har man med succes arbejdet med metoderne siden maj 2005.

### 28 Få de fem trin ind under huden

### 30 Sygeplejersker bag national sundhedshotline

Den britiske sundhedstelefonrådgivning er på få år blevet en solid succes. Den bidrager til en bedre udnyttelse af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen og frigiver sygeplejerskernes talenter.

### 34 Fredag, en kold cola og Sygeplejersken

Læsernes redaktør forholder sig til relanceringen af fagbladet Sygeplejersken.

## TEMA

### 16 Ulykkens andet offer

Arbejdet handler om liv eller død. En tilfældig forstyrrelse på et forkert tidspunkt, en simpel regnefejl eller en tanketorsk kan få katastrofale følger – for både patient og sygeplejerske.

### 18 Det forkerte medicinglas fik fatal konsekvens

Frygt, flovhed og mindreværd. Følelserne er mange og nogle gange vanvittige, fortæller en anonym sygeplejerske. Hun kom for fem år siden til at give en patient forkert medicin, som patienten efterfølgende døde af.

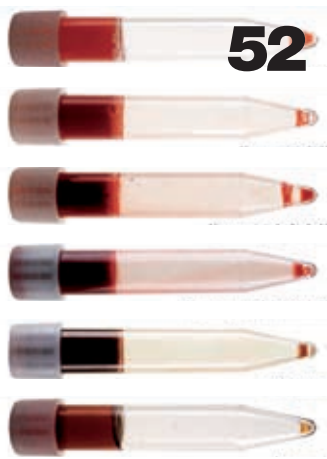
### 20 De rigtige ord

Som leder har man ofte kun ét skud i bøssen til at få sagt det rigtige. Et forkert ord til medarbejderen, og tilliden er svær at genoprette.





46



52



56



## FAG

## 46 Storekrav til kontaktpersonens rolle

Skærmning af psykiatriske patienter bygger på, at patienten frivilligt og efter samtykke indvilger i behandlingen, da skærmning ikke er reguleret i lovgivningen. Det er derfor essentielt, at der til psykiatriske patienter findes personale, som er særdeles veluddannede inden for relationsarbejde og kommunikation.

## 52 Farveplanche i vurderingen af hæmaturi

Studiet handler om brugen af en farveplanche med seks grader hæmaturi. Formålet har været at afprøve farveplanchen og teste reliabiliteten udtrykt som interobservervariation ved fastsættelse af hæmaturigrad efter en systematisk metode.

## 56 Ingen akut mangel på anæstesisygeplejersker

Artiklen beskriver en undersøgelse, som kortlægger, hvor mange anæstesisygeplejersker der er i Danmark. Undersøgelsen viser deres nuværende aldersfordeling og den nuværende uddannelseskapacitet pr. år med henblik på at vurdere fremtidige rekrutteringsproblemer.

## I HVERT NUMMER

- 6 Kort nyt
- 36 Dansk Sygeplejeråd mener
- 37 Debat
- 40 Resuméer
- 42 Fagtanker
- 43 Faglig information
- 51 Testen
- 55 Agenda
- 60 Anmeldelser
- 64 Fem faglige minutter
- 65 Stillingsannoncer
- 75 Kurser/Møder/Meddelelser

# Der er fejl, og så er der fejl

Jeg sidder og skriver denne klumme hjemme i min stue klokken lidt over 10 om aftenen. Jeg havde fuldstændig glemt at lave den i arbejdstiden. Nogen måtte derfor minde mig om det, og heldigvis kunne min forglemmelse gøres god igen. Fejlen gik ikke umiddelbart ud over nogen.

Helt anderledes ser det ud i sundhedssektoren, hvor bl.a. læger og sygeplejersker har deres arbejdsliv. Her kan fejl få alvorlige konsekvenser for patienter og personale. Der er stor forskel på stavfejl og glemte klummer sammenlignet med en fejl dosering af medicin eller fejl i forbindelse med en operation. Arbejdet i sundhedsvæsenet handler ofte om liv eller død. Det gør mit arbejde mindst talt ikke.

I denne udgave af *Sygeplejersken* sætter vi fokus på fejlkultur i sundhedssektoren og særligt de følger, fejl kan få for en sundhedsperson, som efterfølgende føler sig ansvarlig for hændelsen. Sygeplejersken kan let blive fejlens andet offer.

På engelsk kalder man også fænomenet "The second Victim." Fejl kan have store konsekvenser for den, som begår dem, og kan drive sundhedspersoner ud i f.eks. skyld, flovhed og frygt for at begå nye fejl. I værste fald kan det drive folk helt ud af faget.

Den situation bliver der arbejdet seriøst med at forebygge. Bl.a. i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Selskabet har flere anbefalinger til, hvordan man takler fejl og kommer videre. Læs mere om dem inde i bladet.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør  
snp@dssr.dk

**"Fejl kan have store konsekvenser for den, som begår dem, og kan drive sundhedspersoner ud i f.eks. skyld, flovhed og frygt for at begå nye fejl."**



## REDAKTIONEN )))

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



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



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



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



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



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



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



# Patienter med anden etnisk baggrund klager ikke



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN,  
JOURNALIST

**I orden.** Forskelsbehandling? Nej, ikke i det danske sundhedsvæsen, svarer ni ud af 10 patienter med anden etnisk baggrund i en ny undersøgelse fra Catinét.

"Det er enormt positivt, set ud fra patienternes synspunkt, og det kan betyde, at kulturmødet mellem patienter med anden etnisk baggrund og sundhedspersonalet er blevet meget bedre," siger læge og kampagneinitiativtager *Imran Rashid*.

For bare et år siden viste en undersøgelse foretaget af fagbladet *Sygeplejersken*, at ni ud af 10 sygeplejersker opfattede mødet med patienter af anden etnisk baggrund som problematisk. Men samme patientgruppe oplever altså ikke, at de udenlandske rødder giver anledning til forskelsbehandling i det danske sundhedsvæsen, viser en tilfredshedsundersøgelse fra analysebureauet Catinét.

Patienternes oplevelse kan skyldes, at de



ARKIVFOTO: THOMAS TOLSTRUP

Etniske patienters positive oplevelser kan skyldes en større forståelse for presset på sundhedspersonalet.

har forståelse for presset på sundhedspersonalet, forklarer ekstern forsker ved Institut for Folkesundhedsvidenskab på Københavns Universitet, *Anette Sonne Nielsen*.

"Rammerne i sundhedsvæsenet lægger stort pres på sundhedspersonalet. Det gør

det sværere at håndtere vanskelige situationer. En samtale ved hjælp af tolk tager eksempelvis 2-3 gange så lang tid som en samtale uden. Det kan godt være et stressmoment for personalet, men patienterne forstår det godt, og mange viser stor tålmodighed," siger Anette Sonne Nielsen.

## >>> INGEN DISKRIMINATIONSFØLELSE

Analysebureauet Catinét gennemførte i andet halvår af 2006 en undersøgelse blandt 1.084 flygtninge, indvandrere og deres efterkommere i Danmark.

Følgende svarede de respondenter, der havde været patienter inden for de sidste år:

- 87,2 pct. havde *ikke* i mødet med det danske hospitalsvæsen oplevet at blive forskelsbehandlet på grund af etnicitet
- 11 pct. havde oplevet, at der ikke blev bestilt en tolk, når vedkommende bad om det
- 7,9 pct. havde oplevet, at sundhedspersonalet misforstod dem
- 6,5 pct. havde oplevet, at andre patienter var bange for dem pga. den etniske baggrund.

Respondenterne er geografisk bosiddende i hele landet og kommer oprindeligt fra Pakistan, Tyrkiet, Irak, Iran, Somalia, Eksjugoslavien, Palæstina og Libanon. Interviewene er gennemført på modersmål eller dansk alt efter ønske.

## Større fokus giver bonus

Imran Rashid håber, at undersøgelsen er udtryk for, at det større fokus på patienter med anden etnisk baggrund har motiveret sundhedspersonalet til at søge kompetencerne til at kunne håndtere kulturmødet bedre.

"Det er glædeligt, at der er en stor tilfredshed blandt patienter med anden etnisk baggrund. Hvis man også kan få bragt den faktiske sygelighed hos denne gruppe ned, så tilfredshed og effekt følges ad, så har vi nået en situation, hvor vores sundhedsvæsen faktisk kan rumme alle gruppers behov," siger Imran Rashid.

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





# FTF forudser voksende sygeplejerskemangel

**Ildevarslende.** Det offentlige arbejdsmarked kommer til at mangle medarbejdere i 2015, advarer FTF. Problemet er størst på sundhedsområdet.

Om otte år vil det danske sundhedsvæsen mangle knap 7.000 sygeplejersker. Det viser beregninger, som Arbejderbevægelsens Erhvervsråd har foretaget for FTF.

I perioden 2006-2015 vil der ganske vist blive 2.900 sygeplejersker flere i den offentlige sektor. Men behovet vil stige endnu mere, fordi der bliver flere ældre, og fordi der løbende sker en kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet, som kræver flere højtuddannede.

"En katastrofe for patienterne og de sygeplejersker, der er tilbage på arbejdspladserne," siger Dansk Sygeplejeråds formand *Connie Kruckow* om FTFs prognose.

"Vi ved, det vil gå ud over patienternes sikkerhed og arbejdsmiljøet. Vi vil få en negativ spiral, hvor sygeplejersker må arbejde mere og mere, og flere og flere vil falde fra."

*Connie Kruckow* forventer, at regeringen og arbejdsgiverne allerede i år vil forpligte sig til at uddanne op til 400 sygeplejersker mere om året.

"Der er også taget initiativer til at mindske frafaldet på uddannelsen, og her er det meget vigtigt, at regioner og kommuner



Sygeplejersker risikerer at skulle arbejde endnu mere i fremtiden, fordi der bliver færre af dem.

sørger for tilstrækkeligt med kliniske vejledere til at tage sig af de studerende i praksis. Vi ved, det ofte er der, det kniber."

Seniorpolitik skal fastholde sygeplejerskerne, men det er lige så nødvendigt at gøre noget for arbejdsmiljøet bredt:

"Dvs. løn, anerkendelse, faglige udviklingsmuligheder – alt hvad der motiverer sygeplejersker til at være i deres fag," uddyber *Connie Kruckow*.

"Og så må man kigge på opgavefordelingen. Sygeplejersker må slippe af med de opgaver, de er kommet til at hænge på, når der er sparet på lægesekretærer og servicemedarbejdere."

*Du har talt for, at sygeplejersker skal overtage lægeopgaver, hvordan hænger det sammen med den voksende sygeplejerskemangel?*

"Det er opgaver, sygeplejersker i forvejen har, som de udfører med høj kvalitet til patienternes tilfredshed og selv er tilfredse med at have. F.eks. på skadestuer og i diabetes- eller hjerteambulatorier. Jeg vil bare have det formaliseret, så det ikke afhænger af, hvad den enkelte sygehusledelse synes.

Det må vi have Sundhedsstyrelsen til at kigge overordnet på. Og selvfølgelig må assistenter også overtage nogle af de opgaver, sygeplejersker har i dag, når det kan ske med samme kvalitet og patientsikkerhed. Den udvikling er allerede i fuld gang."

(kb)

Se notatet "Ubalancer på det offentlige arbejdsmarked frem mod 2015" på [www.ftf.dk](http://www.ftf.dk)

"Det ser deprimerende ud for den danske velfærd, når vi kommer til at mangle så mange mennesker til at udføre opgaverne. Vi er nødt til at gøre noget drastisk i forbindelse med den kommende kvalitetsreform."

Formand for hovedorganisationen for offentligt og privatansatte, FTF, *Bente Sorgenfrey*, til *Berlingske Tidende*.

## Vidste du at ...

... de 34 faglige selskaber, der er knyttet til Dansk Sygeplejeråd, i alt har godt 18.000 medlemmer? Størst er Fagligt Selskab for Anæstesi-, intensiv- og opvågnings-sygeplejersker med 3.222 medlemmer. Knap 3.000 sygeplejersker er tilknyttet mere end ét fagligt selskab.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd. Medlemsstatistik – januar 2007.

## Varmer op til lokale valg 2007

**Nye bestyrelser.** 222 sygeplejersker stillede op ved det seneste valg til Dansk Sygeplejeråds lokale bestyrelser i maj 2006. 29 pct. af de stemmeberettigede medlemmer brugte deres stemmeret. Nu varmes der både lokalt og centralt op til valgene til de fem nye kredsbestyrelser, som finder sted i perioden 15. oktober – 8. november 2007. Sidstnævnte dato bliver samtidig premieredagen for Dansk Sygeplejeråds nye struktur med fem store kredse. For Dansk Sygeplejeråd er det et succeskriterium, at såvel antallet af kandidater som stemmedeltagelsen stiger. Antallet af kandidater steg faktisk 10 pct. sidste gang i forhold til de lokale bestyrelsesvalg i 2003. Værre var det, at valgdeltagelsen faldt fra 36,6 pct. ved valgene i 2003 til 29 pct. i 2006.

Hovedbestyrelsen har netop godkendt køreplanen for de lokale valg 2007. Der skal vælges kredsformænd, kreds næstformænd og bestyrelsesmedlemmer, og valgene foregår i 17 valgkredse, som stort set svarer til de nuværende amtskredse. Valgbare kandidater kan stille op til alle de nævnte tillidsposter. Kandidaterne skal senest den 10. september 2007 kl. 15 meddele deres kandidatur elektronisk via Dansk Sygeplejeråds hjemmeside. (sp)

## Rettelse

I svar nr. 2 i testen om medicin-tilskud i *Sygeplejersken* nr. 9/2007 har der indsneget sig en fejl under emnet tilskud til kronisk syge. Det korrekte svar er fortsat b, men udgiften for den kronisk syge skal overstige 3.410 kr. pr. år, før det offentlige overtager alle udgifter.

Redaktionen.

Produktinformation for annoncen side 11.

### Forkortet Produktresumé.

**Gardasil Human Papillomavirusvaccine** [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højtoprensede viruslignende partikler (VLP'er) af kapsidprotein L1 fra HPV-typerne 6, 11, 16 og 18. VLP'erne indeholder ikke virus-DNA. De kan ikke inficere celler, reproducere sig eller forårsage sygdom. De fire typer indeholdt i vaccinen er 6 (20 mikrogram), 11 (40 mikrogram), 16 (40 mikrogram) og 18 (20 mikrogram).

**Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af high-grade cervikal dysplasi (CIN 2/3), cancer i livmoderhalsen, high-grade dysplastiske læsioner i vulva (VIN 2/3) og uvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til human papillomavirus af typerne 6, 11, 16 og 18. Indikationen er baseret på påvisningen af effekt hos voksne kvinder i alderen fra 16 til 26 år og på påvisningen af Gardasil's immunogenicitet hos 9 til 15-årige børn og unge. Gardasil anbefales ikke til børn under 9 år.

**Dosering og indgivelsesmåde:** Den primære vaccinationsserie består af 3 separate 0,5 ml doser, der bliver indgivet i henhold til følgende plan: 0, 2, 6 måneder. Hvis det ikke er muligt at følge den givne tidsplan, skal den anden dosis indgives mindst en måned efter den først dosis, og den tredje dosis skal indgives mindst 3 måneder efter den anden dosis. Alle tre doser skal gives inden for en periode på 1 år. Vaccinen skal gives som intramuskulær injektion.

**Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller de anvendte hjælpestoffer. Indgivelse af Gardasil skal udsættes hos personer, der lider af akut sygdom med feber.

**Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Som med alle injicerbare vacciner skal relevant medicinsk behandling være umiddelbart tilgængelig for det tilfælde, at der opstår anafylaktiske reaktioner efter indgivelse af vaccinen. Gardasil bør gives med forsigtighed til personer med thrombocytopenia eller koagulationsforstyrrelser, da der kan opstå blødning efter intramuskulær administration. Der findes ikke data vedrørende brug af Gardasil hos personer med svækket immunforsvar. Som med andre vacciner vil vaccination med Gardasil ikke nødvendigvis yde beskyttelse til alle vaccinemodtagere.

**Graviditet og amning:** Der er ikke tilstrækkeligt med data til at anbefale brug af Gardasil under graviditet. Vaccination bør derfor udsættes til graviditeten er afsluttet. Gardasil kan gives til ammende mødre.

**Bivirkninger:** Meget almindelige: pyreksi, og på injektionsstedet: erythem, smerte, hævelse. Almindelige: blødning og kløe på injektionsstedet. Meget sjældent er bronchospasme blevet rapporteret.

**Pakning og pris (ESP) 8. maj 2007:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte med kanyleafskæringsanordning og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 058397) kr. 1.154,90. Se dagsaktuel pris på [www.medicinpriser.dk](http://www.medicinpriser.dk). Udlevering A.

**Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Lautruphøj 1-3, DK-2750 Ballerup eller på nedenstående internetadresse. Maj 2007. [www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm](http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm)

# Ét tværfagligt sprog

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Opfordring.** Sundhedsstyrelsen har gennem det seneste år oversat 120.000 kliniske begreber fra engelsk til dansk. Godt halvejs i arbejdet opfordrer styrelsen nu sygeplejersker til at komme med feedback.

Hvorfor var hr. Hansen uden smerter få dage efter operationen, når hr. Sørensen ikke var det? Var der forskel på smertedækningen, plejen eller behandlingen? Spørgsmål som disse kan man ikke få systematisk svar på i dag, men i fremtiden vil man få dem med bare et par klik med musen.

"I dag kan man spørge personalet på en afdeling, hvordan de gør, og så vil de fortælle, hvordan de mener, de gør. Eller man kan bladde journalerne igennem, og opnå et lidt tilfældigt resultat. Men når data ligger struktureret i den elektroniske journal, kan man få systematiske og præcise oplysninger og ydermere mulighed for udveksling af data," forklarer Janni Lerche, der er sygeplejerske og projektkoordinator for Sundtermprojektet i Sundhedsstyrelsen.

Det nye instrument er den tværfaglige sundhedsterminologi SNOMED CT, der skal være på plads i 2008. Den vil give adgang til detaljeret og systematiseret viden om afdelingens håndtering af patienter med bestemte sygdomme, problemer eller plejebestand. Det er slet ikke muligt i dag.

"I dag registrerer man kun medicinske diagnoser. Den oplysning kan man bruge statistisk, men den siger ikke noget om, hvad der er sket undervejs i behandlingsforløbet. Det, vi gør nu, er, at vi giver personalet,

på tværs af faggrænserne, et fælles fagsprog, hvor alle oplysninger kan genfindes og genbruges i mange sammenhænge," forklarer Janni Lerche.

Godt 120.000 begreber er allerede nu blevet oversat i SNOMED CT, der oprindeligt er engelsk/amerikansk, og nu er overtaget af en international forening med hovedkontor i Danmark. SNOMED CT skal på længere sigt erstatte Sundhedsvæsenets Klassifikations-system (SKS), men først skal den diskuteres med faggrupperne, så man kan sikre, at de afspejler hverdagens sprog.

Terminologien skal kunne dække de forskellige behov for fagsprog og synonymmer. Det vil betyde, at sygeplejersken frit kan vælge, om hun vil skrive f.eks. "liggesår" eller "tryksår" – dokumentationen vil være den samme, uden at det ensarter sygeplejerskerne. Sygeplejersker har allerede vist stor interesse for en fælles terminologi. I slutningen af marts afholdt Sundhedsstyrelsen og Dansk Sygeplejeråd sammen en udsolgt konference om netop begrebssystemet SNOMED CT.

"Vores indtryk er, at mange sygeplejersker leder efter en struktureret terminologi, når de første gang begynder at bruge den elektroniske patientjournal. Hvis ikke systemet stiller den til rådighed, begynder mange selv at opfinde en systematik," forklarer sygeplejerske Lene Asholm, projektmedarbejder i Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen regner med, at den samlede danske oversættelse vil ligge færdig i starten af 2008.

## ]] VERDENS STØRSTE SUNDHEDSTERMINOLOGI

"SNOMED CT" er en forkortelse for "Standardized Nomenclature of Medicine – Clinical Terms." Det blev oprindeligt taget i brug af College of American Pathologists og har med tiden udviklet sig til at være verdens største sundhedsterminologi. Den kan rumme flere kendte, internationale sygeplejeterminologier, f.eks. NANDA, NIC og NOC; ICNP. SNOMED CT er derfor den tværfaglige terminologi, der ifølge Dansk Sygeplejeråd og Sundhedsstyrelsen bedst dækker sygeplejerskers behov for et fælles sprog i sygeplejen.

Læs mere om sundhedsterminologi på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside om emnet: [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Fag > EPJ & IT

Læs mere om Sundtermprojektet: [www.sst.dk/sundterm](http://www.sst.dk/sundterm)

## ]] KOM TIL WORKSHOP

Alle elektroniske patientjournaler vil fra efteråret 2008 kunne trække på den fælles sundhedsterminologi. Inden da skal alle termer kvalitetssikres af de personer, der bruger begreberne i hverdagen. Derfor opfordrer Sundhedsstyrelsen allerede nu sygeplejersker til at byde ind i processen via de faglige selskaber i Dansk Sygeplejeråd. Desuden afholdes der workshop i forbindelse med projekt Sundterm hver sjette uge hos Sundhedsstyrelsen, hvor alle er velkomne.

## Undervisningsministeren Flere praktikpladser til provinsen

AF CLAUS DJØRUP, JOURNALIST

**Sygeplejerskemangel.** Sygeplejeskolerne får lov at optage flere studerende, hvis undervisningsminister Bertel Haarder realiserer sin idé om flere praktikpladser i de mindre provinsbyer.

"Der er for mange, som vil uddanne sig til sygeplejerske i de store byer, og der er for få, der vil uddanne sig i nærheden af mindre provinsbyer. Det emne er vi nødt til at drøfte. Man kunne tænke sig at optage nogle studerende på visse vilkår, men det er en strøtanke, og det er absolut ikke en, jeg tromler frem med," sagde undervisningsminister Bertel Haarder (V) i Folketingets spørgetid den 2. maj.

Anledningen var et spørgsmål fra Charlotte Fischer (R) om, at der nu mangler 1.500 sygeplejersker ifølge en undersøgelse fra Dansk Sygeplejeråd.

Bertel Haarder mødes i nær fremtid med DSR om problemstillingen, og han prøver at overtale regionerne til at oprette flere

praktikpladser, som er forudsætningen for flere uddannelsespladser. Han håber, at uddannelseskapaleten udvides allerede fra næste optagelsesrunde:

"Der er ingen tid at spille," kommenterede han.

Connie Kruckow er enig med undervisningsministeren i, at der skal uddannes flere sygeplejersker.

"Optaget på sygeplejerskeuddannelsen skal øges med omkring 400, hvis det skal lykkes at gøre noget ved sygeplejerskemanglen. Det er en utrolig vigtig del af regeringens Kvalitetsreform, både for patienternes sundhed og sikkerhed og for at mindske sygeplejerskernes arbejdspress," siger hun.

Regionernes krav om et praksistaxameter – dvs. penge fra Undervisningsministeriet for at beskæftige sygeplejestuderende – mødes med undervisningsministerens skepsis, men forslaget vil blive analyseret:

"Det er nyt for mig, at sygehusene me-

ner, at udgiften er større end den arbejdsværdi, de studerende har."

"Hvordan kan man blive ved med at afvise kvalificerede ansøgere i en situation med hastigt voksende mangel på sygeplejersker?" lød Charlotte Fischers opfølgende spørgsmål.

"I en situation med udsigt til endnu større sygeplejerskemangel skal vi naturligvis gøre alt for at undgå, at kvalificerede ansøgere bliver afvist. Vi er blot nødt til at have praktikpladser nok, og vi er nødt til at sikre, at de optagede også er villige til at tage de praktikpladser, der ligger lidt længere væk," svarede Bertel Haarder.

Bertel Haarder sluttede med en bemærkning om, at det kunne blive nødvendigt at lade social- og sundhedsassistenter overtage nogle af sygeplejerskernes funktioner:

"Det er et emne for sig, og jeg forstår, at Dansk Sygeplejeråd har et åbent sind over for den tankegang."

## Skru op og ned for arbejdstiden i tidsbanken

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST

### ««« TILBAGEBLIK

**Knokl løs.** Tag ekstra vagter og spar timerne op i en tidsbank, før du får børn, og brug tiden, når du måske senere har små børn. Der er pustet nyt liv i idéen om tidsbanker.

Med rundstykker, Gammel Dansk og Arbejdersangbogens "Når jeg ser et rødt flag smælde" blev 1. maj skudt i gang over hele landet. Formanden for Socialdemokraterne, Helle Thorning Schmidt, benyttede 1. maj-dagen til at lancere sit forslag om en tidsbank til alle offentligt ansatte. Idéen med tidsbanken er, at man kan spare fritid op. Man kan f.eks. knokle igennem, før man får børn, og have nedsat tid, mens børnene er små.

Forslaget om tidsbanker har været på dagsordenen med

jævne mellemrum. Men nu mener Socialdemokraterne, at tiden er moden til at prøve det af i praksis. Forslaget blev positivt modtaget af statsminister Anders Fogh Rasmussen (V) i Nyhedsavisen den 2. maj.

Derudover har formanden for kommunernes landsforening, Erik Fabrin (V), direktør i Dansk Arbejdsgiverforening, Jørn Neergaard Larsen, og formand for hovedorganisationen for de offentligt og privatansatte, FTF, Bente Sorgenfrey, bakket forslaget op.

Regeringens Familie- og Arbejdslivskommission anbefaler også tidsbanker som et af de 31 forslag til at lette hverdagen for danske familier, som de fremlagde den 9. maj. Formand for kommissionen, dr. jur. Linda Nielsen, har tidligere talt varmt for tidsbanker på det danske arbejdsmarked.

"Mange børnefamilier er hårdt presset, når det gælder tid, og der må vi overveje, om vi kan finde en løsning, så man i højere grad kan fordele sin arbejdstid over et helt livsforløb. I dag er det sådan, at mange mennesker får børn forholdsvis sent i livet, og derfor kunne man godt forestille sig, at man som ung knoklede løs på arbejdsmarkedet og gjorde karriere," sagde Linda Nielsen til dagbladet Politiken sidste sommer.

Tidsbanken er dog ikke helt uproblematisk. Hvis eksempelvis en sygeplejerske sparer mange timer op i banken, kan det blive svært at finde nyt arbejde, fordi den nye arbejdsgiver vil forsøge at undgå de medarbejdere, der har ret til at gå på nedsat tid. Næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg har været én

af de få kritikere af idéen om tidsbanker i den seneste debat.

"En tidsbank kan give en falsk fornemmelse i forhold til at få løst de store problemer, der er med stress og nedslidning i den offentlige sektor. Tempoet skal ned. Det er ikke nogen løsning på de arbejdsmiljøproblemer, der er, at medarbejderne kun får lov at arbejde mindre, hvis de på andre tidspunkter skal arbejde mere," sagde næstformand i Dansk Sygeplejeråd Dorte Steenberg til Politiken den 7. maj.

Falske fornemmelser eller ej, tidsbankidéen lever, og statsministeren vil nu drøfte sagen med arbejdsgivere og fagforeninger.



# Ville du anbefale din egen datter at blive sygeplejerske?

**Drømmejob.** Sygeplejerske ligger nr. 2 på danske pigers hitliste, kun overgået af pædagog. Det er heldigt set i lyset af sygeplejerskemanglen, hvor der mangler 1.500 sygeplejersker på landsplan. Det problem vil regeringen løse ved at uddanne flere sygeplejersker. Vi har spurgt fire sygeplejersker, om de ville anbefale deres egen datter at blive sygeplejerske.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

**Mette Nielsen, sygeplejerske på Reumatologisk Afsnit på Skive Sygehus.**

"Ja. Jobbet giver utroligt mange muligheder for at vælge, hvad man vil arbejde med inden for mange forskellige områder. Der er den tætte kontakt til patienterne og det tætte samarbejde med kollegerne. Det er et job, hvor der virkelig er

brug for én. Det er til gengæld også medvirkende til, at mange får stress, fordi det virkelig slår hårdt, når man føler, at man ikke kan leve op til det, der er brug for. Jeg har aldrig mærket den slags stress, og risikoen er ikke stor nok til, at jeg vil afholde mig fra at anbefale jobbet som sygeplejerske til andre."

**Anna Nygård, sygeplejerske på Reumatologisk Afsnit på Skive Sygehus.**

"Det vil jeg godt anbefale, og jeg har også gjort det, men det har ikke haft interesse. Jeg har også anbefalet det til andre. Det er et dejligt fag, hvor man kan få lov at arbejde inden for mange forskellige områder. Hvis man synes, at et eller andet ikke lige var mig, så kan man prøve noget andet. Nogle ser mere på økonomien frem for, hvad jobbet indeholder. Og jeg må indrømme, at det ville da være rart nok at få mere i løn, men det skal ikke stå alene."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

**Gitte Kragh, sygeplejerske på Lungeambulatoriet, Skive Sygehus.**

"Hvis man ser på lønnen, så nej. Men er det arbejdsglæden og det faglige, så ja. Det er et spændende job med mulighed for at udvikle sig. Jeg er enormt glad for mit job, men lønnen svarer ikke til det store ansvar og de skæve arbejdstider.

Hvis man skal lokke flere til faget, så skal sygeplejersker have mere indflydelse på deres eget arbejde. Det handler om fleksible arbejdstider og teamarbejde med andre faggrupper frem for, at arbejdet er stift opdelt. Mulighederne for at videreuddanne sig skulle være bedre, det er noget, der betyder rigtig meget for mig og mine kolleger."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

**Jane Røndbjerg, sygeplejerske på Akut Visitationsafsnit, Vejle Sygehus.**

"Jeg ville ikke sige, at det skal du i hvert fald aldrig, men jeg ville heller ikke opfordre hende til det. Der er mange let håndgribelige ting, der gør, at jeg ikke ville. Det er lønnen, arbejdstiderne og karrieremulighederne – afhængigt af hvilken vej man vil gå. Arbejdstiderne kan være både en fordel og ulempe. Jeg er glad for, at jeg kan få tid til nogle ting om dagen, som andre mennesker er nødt til at ordne om aftenen.

Fordele ved jobbet er udfordringen ved at yde service til patienter og pårørende og samarbejdet med andre faggrupper, som man kan lære af. Man skal være god til at omgås andre og samarbejde. Jeg kan godt lide, at man skal bruge sig selv."



FOTO: THOMAS SØNDERGAARD



AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST  
FOTO: THOMAS TOLSTRUP

**Selvbebrejdelser.** Arbejdet handler om liv eller død. En tilfældig forstyrrelse på et forkert tidspunkt, en simpel regnefejl eller en tankeforsættelse kan få katastrofale følger. For både patient og sygeplejerske.

# ULYKKENS ANDET

Ét er, at man kan risikere påtaler fra Patientklagenævnet eller straf fra domstolen. Men følelsen af skyld og skam, når man har begået en fejl, kan også være svær at bære. Kommer patienten noget til, er patienten ulykkens første offer. Men sundhedspersonen, der føler sig ansvarlig for hændelsen, er ulykkens andet offer. I internationale og danske patientsikkerhedsfora kaldes begrebet for "The Second Victim," og fagfolk diskuterer, hvordan man opbygger en kultur, der tager hånd om det andet offer. Mange kommer nemlig i tvivl, om de overhovedet magter faget, når de har været involveret i fejl.

"Læger og sygeplejersker er ufejlbarlige, der må ikke ske fejl. Det er noget, der ligger i kulturen, når man arbejder med liv og død. Når det alligevel sker, er man både hård over for sig selv og andre," siger konsulent i Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, Lykke Østerlin Koch.

Konsulenterne i a-kassen har erfaring fra flere sager, hvor sygeplejersker har måttet droppe ud af faget, fordi de har mistet troen på sig selv. Lykke Østerlin Koch husker en yngre sygeplejerske, som kom til at give forkert medicin.

"Arbejdspladsen puttede al skylden over på sygeplejersken. Senere viste det sig, at det var lægen, der havde ordineret en for høj dosis. Sygeplejerskens andel i fejlen var, at hun havde givet medicinen uden at reflektere over dosis. Fejlen fik ikke alvorlige konsekvenser for patienten, men det kunne den have haft. Sagens alvor og den måde, arbejdspladsen tacklede hændelsen på, knækkede sygeplejersken, og hun arbejder nu i et andet fag," siger Lykke Østerlin Koch.

## Stemplet som kriminel

Advokat Else Præstegaard har i over 15 år ført sager for Dansk Sygeplejeråd i de tilfæl-

de, hvor politiet er indblandet, og hvor sygeplejersker kan risikere straffesag på grund af fejl, der karakteriseres som alvorlige. Sagerne strækker sig typisk over 2-3 år, og de påvirker sygeplejerskerne hårdt.

"Det er klart, at det er psykisk belastende at blive tiltalt for uagtsomt manddrab, men uanset at sagen ikke har haft konsekvenser for patienten, er det en alvorlig fejl at bytte om på to poser blod eller at give en forkert dosis af noget farlig medicin. For den enkelte er det belastende at sidde oppe hos politiet eller i en offentlig retssal omgivet af anklagemyndighed og dommere," siger Else Præstegaard.

Hun er kritisk over for, at sygeplejersker havner i det strafferetlige system på linje med kriminelle, når de begår fejl på deres arbejde.

"De begår ikke flere fejl end andre mennesker, men deres arbejdsvilkår er, at de arbejder

## >>> FRYGT FOR FEJL

En undersøgelse fra Risø, DSI Institut for Sundhedsvæsen og Dansk Institut for Medicinsk Simulation i 2002, har vist, at alene tanken om at begå en fejl, der får alvorlige konsekvenser for en patient, påvirker holdningen til arbejdet og opgaverne. En ud af tre påvirkes i en grad, så de overvejer at opgive deres arbejde.

En ny elektronisk spørgeskemaundersøgelse, Analyse Danmark har foretaget via fagbladet *Sygeplejerskens* online-panel, viser, at mere end hver anden sygeplejerske ofte tænker over risikoen for at begå fejl på arbejdet. Hver tredje har afstået fra at løse en arbejdsopgave for ikke at komme til at begå fejl. Ni ud af 10 svarer, at de taler åbent med kollegerne om at begå fejl på arbejdet. Undersøgelsen er baseret på 391 respondenter efter rensning for respondenter uden for målgruppen.

# OFFER

med liv eller død, og derfor kan deres fejl få mere alvorlige konsekvenser. På mine klienters vegne kunne jeg godt ønske mig, at man kunne afgøre disse sager uden om det strafretlige system,” siger Else Præstegaard.

## Systemet er fejlen

Hendes erfaring er, at fejlene ofte opstår pga. ekstraordinær travlhed med underbehandling på grund af sygdom og overbelægning af patienter.

”Jeg har aldrig oplevet, at fejlene skyldes sjusk. Det kan være en tanketorsk, men det er oftest de pressede arbejdsforhold – det, at arbejdsmængden og normeringen ikke er tilrettelagt fuldt forsvarligt, der er den egentlige fejl. På den måde minder mange af sagerne om arbejdsskadesager,” siger hun.

*sbk@dsr.dk*





**Forfærdeligt.** Frygt, flovhed og mindreværd. Følelserne er mange og nogle gange vanvittige, fortæller en anonym sygeplejerske, der for fem år siden kom til at give en patient forkert medicin, som patienten efterfølgende døde af.

# DET FORKERTE MEDICINGLAS FIK FATAL KONSEKVENNS



AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST  
FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Hun er 55 år, sygeplejerske og ringer selv til redaktionen for at fortælle, at hun for fem år siden kom til at give en ældre patient forkert medicin på en aftenvag.

Alle patienternes medicinglas stod på samme medicinbakke, og hun kom simpelthen til at tage det forkerte glas, som indeholdt langt mere potent medicin, end det patienten skulle have. 10 minutter efter opdagede hun fejlen. Hun var overbevist om, at patienten ville tage skade og gjorde alt for at rette op på fejlen. Hun kontaktede bl.a. flere læger, men uden held. Da patienten ikke umiddelbart reagerede på fejlmedicineringen, afviste de at behandle. Senere samme nat døde patienten. Redaktionen kender hendes navn, men hun ønsker ikke at stå frem med det eller en detaljeret beskrivelse af hændelsen. Alligevel har hun reageret på *Sygeplejerskens* efterlysning af sygeplejersker, der har prøvet at begå eller få skyld for en alvorlig fejl.

”Jeg har mest lyst til at lægge episoden bag mig. Den berører mange uskyldige kolleger, som jeg ikke vil gøre mere fortræd, end jeg allerede har. Men omvendt kan andre måske lære noget af mine erfaringer,” siger hun.

## Frygt og logik

Den aften, hvor det gik galt, måtte hun gå hjem fra arbejde vel vidende, at en patient var i fare pga. af en fejl, hun havde begået. Den efterfølgende nat blev den første af mange søvnløse nætter og timer præget af følelser som frygt, usikkerhed, utilstrækkelighed og faglig inkompetence. Selvom hun havde aftenvag den dag efter, kunne hun alt andet end sove længe.

”Jeg sov vældig dårligt om natten. Jeg var

nervøs, og som det første ringede jeg til mit arbejde for at høre, hvordan patienten havde det. Det var her, jeg fik at vide, patienten var død,” siger hun.

Første reaktion på den besked var frygt.

”Jeg reagerede ved at blive bange ud over alle grænser. Men jeg følte også en form for klamt svedende nøgternhed. Jeg tænkte også logisk. Min første tanke gik til en kollega, som uskyldigt også var blevet blandet ind i sagen. Jeg ringede straks til hende, og hun blev også meget bange, da hun hørte, patienten var død. Jeg tilbød hende, at vi kunne sige, det kun var mig, der havde begået fejlen, men det afviste hun senere.”

## Vigtigt at gennemføre en vagt

Trods den skemasatte aftenvag mødte hun allerede kl. halv otte om morgenen dagen efter og fik derved mulighed for at deltage på det møde, som ledelsen havde indkaldt til om episoden.

”Jeg er meget glad for, at jeg var med. Jeg havde behov for at høre, hvordan andre så på sagen og ikke mindst at give min version. Det gav mig mulighed for at påvirke den videre håndtering af sagen. Der var f.eks. en kollega, der syntes, at vi skulle melde klart ud til alle, hvad der var sket. Men det fik heldigvis ikke opbakning. Jeg tror, det ville have været endnu sværere for mig at komme videre, hvis jeg vidste, at alle, ikke kun mine kolleger, kendte til sagen.”

Kollegaen kom også på arbejde, og de gik begge to først hjem kl. 22.

”Det var en lang og udmattende dag, men det var meget vigtigt, at vi havde hinanden, og at vi beviste over for kolleger og os selv, at vi kunne gennemføre en vagt.”

## Ville ikke være til besvær

I tiden lige efter episoden fik hun massiv støtte og opbakning fra kolleger og ledelse.

”Alle syntes, jeg havde handlet rigtigt, og mente, at det kunne være sket for alle og

enhver, og det var det faktisk også, bare ikke med dødelig udgang.”

Et par uger efter tilbød ledelsen hende psykologhjælp, hvilket hun dog afslog.

”Jeg følte simpelthen ikke, at jeg kunne sige ja. De skulle ikke have mere besvær med mig. Nu har jeg det faktisk godt, jeg er stadig ansat det samme sted, jeg er glad for mit arbejde og har søde kolleger. Men skal jeg være ærlig, synes jeg fagligt set ikke, at jeg skulle have haft lov til at sige nej til psykologhjælpen. For episoden kom også til at betyde en masse på hjemmefronten, hvor jeg blev sårbar og fik sværere ved at håndtere en række situationer. Mit selvværd var meget lavt.”

*Burde ledelsen have tvunget dig til psykolog?*

”Tvinges og tvinges ... selvom jeg har fået utrolig stor opbakning fra mine kolleger, skal man også have en hverdag med dem igen. Der er derfor grænser for, hvor meget man kan indvie dem i, hvor forfærdeligt det er at bære rundt på det her. Man kan ikke fortælle dem, hvor hæsligt det er at være skyld i et andet menneskes død. Det gjorde jeg i hvert fald ikke, ikke på samme måde som jeg gjorde over for psykologen,” siger hun.

For til psykolog kom hun, men først senere og på eget initiativ og for egen regning.

”Jeg endte med selv at opsøge psykologbehandling. Jeg var der fire-fem gange og betalte selv. Det hjalp mig utrolig meget at få det hele talt igennem med udenforstående.”

## Ikke krav på noget

I den forbindelse mener hun, at tilbuddet om psykologhjælp bør gentages, også lænere tid efter episoden.

”Jeg gennemgik alle mulige følelser af skyld og angst, og jeg var også bange for, hvad der ville ske med mig som sygeplejerske – kunne jeg beholde mit job, skulle jeg aflevere nøglen til medicinskabet etc. Jeg havde brug for bistand fra faglige professionelle personer ikke kun 14 dage efter. Man

synes ikke, man har krav på noget, når man har været årsag til et andet menneskes død. Ikke på samme måde, som man måske kan føle, hvis man er blevet slået af en patient eller har fundet en patient, der har begået selvmord, det vil sige noget, man ikke selv er skyld i. Behovet var der, men jeg følte ikke, jeg kunne kræve noget, jeg var jo skyldig,” siger hun.

#### Under skærpet overvågning

Sagen endte i Patientklagenævnet. Først to år efter hændelsen var sagen færdigbehandlet, og resultatet blev, at Sundhedsstyrelsen rejste kritik, og at hun kom under skærpet overvågning i et år.

”Det tog forfærdelig lang tid. Jeg mærkede ikke konkret noget til, at jeg var under skærpet overvågning, men det var ikke sjovt at leve med. En anden frygtelig ting i den her sag er, at en række personer, der ikke har haft noget med sagen at gøre, eller kun perifert, også har fået en sag i Patientklagenævnet. F.eks. min afdelingsleder, der sad og så fjernsyn, da det gik galt. Hun fik en sag for den overordnede håndtering af medicin på arbejdspladsen, bl.a. bemærkede de, at vi ikke havde navn og cpr-nummer på bægrene. Det var frygteligt, at jeg også var skyld i det, jeg ville hellere have båret det hele alene,” siger hun og fortæller, at reglerne og procedurerne for medicinhåndtering blev skærpet efterfølgende.

*Hvordan er du kommet videre?*

”Min familie støttede mig også fuldt ud. Jeg arbejder stadig det samme sted og har taget en del efteruddannelse på området. Det er forfærdeligt at have taget et andet menneskes liv, men det er også forfærdeligt at føle, at jeg samtidig er blevet konfronteret med en del forfængelighedsfølelser rent fagligt. Jeg syntes, det var pinligt, at jeg, som vidste så meget om medicin, skulle begå sådan en fejl. Omvendt tror jeg også, at min viden har reddet mig fra at gå helt

ned. Jeg fratog jo ikke patienten muligheden for at blive behandlet, efter fejlen skete. Jeg gav patienten muligheden, som andre fagfolk så desværre valgte at afvise. Og det har betydet noget, for mig selv personligt, men også min sag i Patientklagenævnet, tror jeg,” siger sygeplejersken, der jævnligt, men ikke længere dagligt tænker over den fatale fejl, hun begik for fem år siden.

”Nogle mente, at det var godt, at patienten døde – pga. af alder og sygdom. Patienten var ganske vist gammel, men jeg tror, at patienten gerne ville have levet videre.”

*cso@dsr.dk*



# DE RIGTIGE ORD

**Handlingsplan.** Som leder har man ofte kun ét skud i bøssen til at få sagt det rigtige. Et forkert ord til medarbejderen, og tilliden er svær at genoprette.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Ledere skal veje deres ord på en guldvægt, når det er gået galt, og der er sket en fejl. Den typiske reaktion for en sundhedsperson er at bebrejde sig selv, men ingen har gavn af de følelser. Det handler derfor om at fokusere på, hvad der skete, frem for hvem der havde skylden, mener man i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Tillid til lederen og arbejdspladsen betyder meget for, om medarbejderen kan komme videre efter en alvorlig hændelse.

”Lederens første reaktion er afgørende, og hvis fokus er på skyld og skam, påvirker det medarbejderen utroligt hårdt,” siger konsulent i Dansk Sygeplejeråd *Susanne Richter*, der er medlem af en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som har udarbejdet nye anbefalinger til, hvordan ledere kan håndtere sundhedspersoners reaktioner, når de er involveret i en utilsigtet hændelse.

## Kollegial førstehjælp

Ifølge anbefalingerne skal alle hospitalsledere have en politik for, hvordan ledere og kolleger skal reagere, når noget er gået galt. Alle afdelinger og afsnit skal have handlingsplaner parat. Lederen skal klart og tydeligt støtte og bakke det involverede personale op. Kollegerne skal yde kollegial førstehjælp.

”Som leder har man kun ét skud i bøssen til at få sagt det rigtige. Hvis lederen f.eks. siger: ”Hvorfor gjorde du det?” Eller: ”Du vidste jo, at vi skulle tjekke hvert kvarter,” så kan det være umuligt at genskabe tilliden,” siger *Susanne Richter*.

Hun kender ikke til hospitaler, der i dag har en systematisk politik for, hvordan man håndterer sundhedspersoners reaktioner på utilsigtede hændelser. Nordsjællands Hospital og anæstesiafdelingen på Gentofte Hospital vil indføre en ”Second Victim-kultur,” som er fælles retningslinjer for, hvordan man skal handle, når der sker fejl, både store og mindre. Det første hold af mellemledere bliver i maj måned undervist på Dansk Institut for Medicinsk Simulation, DIMS, hvor de bliver trænet i, hvordan man udfører struktureret debriefing af personalet, når der er sket en fejl.

”Jeg mener helt klart, at der er brug for, at alle ved, hvordan de skal forholde sig, når

ulykken sker. Hvem der tager hånd om patienten og personalet og hvordan. Og hvem der sikrer, at der sker en opfølgning på hændelsen.

Hvis personalet oplever, at hændelsen bliver tacklet perfekt, vil den lærende organisation få optimale vilkår. Det vil være trygt og legalt for alle at sige, at de har været involveret i en utilsigtet hændelse, fordi det ikke bliver forbundet med skyld og skam,” siger *Susanne Richter*.

## Systemtilgang

Ifølge overlæge og institutleder for DIMS, *Doris Østergaard*, er det i de fleste tilfælde ikke et kriseberedskab med mulighed for

psykologisk bistand, hospitalerne har brug for, når de skal tage hånd om ulykkens andet offer.

”Det her handler om at få talt hændelsen igennem, hvorfor det skete, både når det gælder små og store hændelser. Der er brug for at indføre en systemtilgang, så man vænner sig til at tænke sådan, hver gang der sker fejl,” siger *Doris Østergaard*.

En arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Patientsikkerhed er ved at udarbejde et lærings sæt til ledelser, der vil indføre fælles retningslinjer for, hvordan man skal handle, når personale er involveret i utilsigtede hændelser.

*sbk@dsr.dk*

### ))) TAG HÅND OM ULYKKENS ANDET OFFER

En handlingsplan for, hvordan ledelsen skal håndtere personalets reaktioner på fejl, skal ifølge anbefalingerne fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed indeholde en klar opgave og ansvarsfordeling i forhold til patienter, pårørende og personale. Tiltagene er inspireret af den måde, man arbejder på i politiet, bankvæsenet og luftfarten.

*I den akutte fase skal den ansvarshavende eller nærmeste leder:*

- vurdere hændelsen og behovet for tiltag. Den involverede person bør aldrig selv blive pålagt den opgave
- sørge for at informere patient og pårørende på et relevant tidspunkt om den eventuelle skade og mulige konsekvenser
- tage hånd om de involverede medarbejdere og vurdere, om der skal tilkaldes andre ledere.

*Den involverede medarbejder har brug for lederes og kollegers omsorg og førstehjælp:*

- Tag stilling til, om det involverede personale kan fortsætte vagter eller evt. kan tage et par timer eller mere ud.
- Overvej, om det vil være en god idé at bede den involverede om at dele hændelsen med andre – under hensyntagen til tavshedspligten.
- Sørg for, at den involverede medarbejder kommer hjem på en ordentlig måde.
- Aftal, hvem den involverede kan kontakte, hvis der bliver behov for det. Det kan være en kollega eller en leder.
- Tag kontakt til den involverede dagen efter.
- Opfordr det involverede personale til at skrive hændelsesforløbet ned. Det hjælper til at få bearbejdet oplevelsen.

*Professionel hjælp i de mere alvorlige sager:*

- Fælles bearbejdning ved psykologisk debriefing af hændelsen mellem involveret personale og nærmeste leder.
- Tilbud om psykologhjælp hvis hændelsen er meget traumatiserende for den involverede.

Kilde: Rådene er plukket ud fra ”Håndtering af sundhedspersoners reaktioner på involvering i en utilsigtet hændelse.” Læs mere på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) under ”anbefalinger.”



# Historier, der bider sig fast

AF SUSANNE BLOCH KJELDSSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

**Beretninger** fra mennesker om, hvordan de har været tæt på at dø, eller hvordan de har mistet deres nærmeste pga. en unødvendig fejl, går ind under huden og bider sig fast. Ud fra den filosofi har Dansk Selskab for Patientsikkerhed dannet et korps af 15 patientambassadører, der skal tage ud og fortælle om deres erfaringer på temadage og konferencer.

De kan også bruges som bisiddere af andre patienter. Patientambassadørerne er kommet med anbefalinger til, hvordan sundhedsvæsenet kan inddrage patienter og pårørende. Og tage ansvar, når skaden er sket.

## »»» TAG ANSVAR OG SIG UNDSKYLD

Vis os patienter og pårørende respekt.

- Tal med os, mød os som vi er, se os i øjnene.
- Brug vores viden og erfaringer.
- Samarbejd med os.

Når skaden er sket, så håndtér skaden her og nu.

- Tag ansvar, også når vi oplever, at der er noget galt.
- Begræns skadens omfang og følgevirkninger.

Fortæl os sandheden og tilbyd hjælp.

- Sig undskyld.
- Tilbyd krisehjælp.
- Giv os mulighed for at tale uforstyrret med lederen og de involverede.
- Følg op, når I ved mere.
- Inddrag os i jeres kerneårsagsanalyse.
- Forebyg at skaden sker for en anden patient.

*Patientambassadørernes samlede anbefalinger kan læses på [www.patientsikkerhed.dk](http://www.patientsikkerhed.dk) Spørgsmål om patientambassadørerne kan rettes til Dansk Selskab for Patientsikkerhed på 3632 2171.*

## Et ansigt på statistikken

**Patientambassadør.** Birgit Hartoft er en af de 15 nye patientambassadører. Hendes mission er at fortælle sin egen historie. For at sundhedsvæsenet kan lære af sine egne fejl.

Birgit Hartoft mistede 9. april sidste år sin mand *Henning*. Han var terminal kræftpatient, men indtil sin død var han stadig i stand til at passe sit arbejde på mere end halv tid og gå ture med hunden. Han blev indlagt på sygehus pga. et voldsomt smertegennembrud. Han døde i løbet af to uger. Birgit Hartoft mener, at hendes mand havde haft gode muligheder for at gennemføre den livsforlængende behandling, han skulle starte på, hvis han havde fået den rigtige smertebehandling, og hvis han ikke var blevet trappet så hurtigt ud af sin prednisolonbehandling.

”Han var først indlagt på en kirurgisk afdeling, hvor han alene blev behandlet med morfinplastre. Selvom der stod i journalen, at han tålte morfin dårligt,” siger Birgit Hartoft.

### Glemte medicin

Hun oplevede, at flere ting gik galt med smertebehandlingen under de første dages indlæggelse. Den pose med hans medicin, som hun selv havde taget ind på hospitalet og efter aftale med en sygeplejerske stillet i sengebordet, blev ikke åbnet. Sygeplejersken forklarede, at der stod i papirerne, at Birgit

Hartofts mand var ”selvadministrerende,” men Birgit Hartoft mener, at han pga. sin tilstand ikke var i stand til det.

”Vi kunne ikke forstå, hvorfor Henning reagerede, som han gjorde, og hvad der skete med ham. Jeg forsøgte at komme til at tale med en læge, men fik at vide, at det ikke kunne lade sig gøre,” fortæller hun.

### Tidspres

En dag overværede hun, at hendes mand spurgte sygeplejersken, om man havde fundet ud af, hvad der var galt.

”Sygeplejersken sagde: ”Kan du ikke fatte dig i korthed, jeg er allerede 10 min. forsinket til et møde.” Det var tydeligt, at personalet var meget presset på tid.”

Hendes mand gik i koma pga. en overdosis morfin og blev behandlet med modgift.

”Samtidig blev han alt for hurtigt trappet ud af den medicin, han var vant til at få,” siger Birgit Hartoft.

Da hendes mand var bragt ud af koma, blev hun tilbudt en samtale med lægen.

”Jeg spurgte, om de havde kontaktet Rigs-hospitalet eller Sankt Lukas Stiftelsen, hvor

min mand sidst var blevet behandlet. Men lægen sagde, at det intet havde med medicineringen at gøre. Det skyldtes kræftens fremmarch,” siger Birgit Hartoft.

Resultatet af CT-skanningen betød, at hendes mand skulle flyttes til den urologiske special-afdeling, hvor han selv havde ønsket at blive indlagt. Efter en kort indlæggelse her blev han overflyttet til hospice, hvor det lykkedes at gøre ham smertefri.

”Men det var desværre for sent,” siger Birgit Hartoft.

”Hvis de havde inddraget os fra starten, så kunne vi have forebygget, at det gik, som det gjorde. Henning var hundeanngst, havde mareridt og stolede ikke på personalet. Det var en meget voldsom oplevelse for os begge to,” siger Birgit Hartoft.

Hun har ikke konfronteret personalet på de forskellige hospitalsafdelinger med sine oplevelser. Men hun har klaget til Patientklagenævnet og Patientforsikringen.

”Mit formål er ikke at hænge nogen ud, jeg vil bare gerne forebygge, at det samme sker for andre,” siger hun.

*sbk@dsr.dk*

"Mit formål er ikke at hænge nogen ud, jeg vil bare gerne forebygge, at det samme sker for andre," siger Birgit Hartoft, der mistede sin mand Henning i april sidste år.





Arne Borgwardt og Mai Innesbeer ved pulten og dokumentationsprotokollen, hvor der bl.a. noteres, hvem der har identificeret patienten.



Ved dagens første operation har Mai Innesbeer gulvtjansen og mere travlt end normalt, da alt har været ryddet til side på stuen i forbindelse med hovedrengøring i påsken.



Hanne Sørensen foretager kirurgisk håndvask, før hun skal assistere de to kirurger ved hofteoperationen.



Steriliteten er i højsædet, og efter den kirurgiske håndvask er Hanne Sørensen og Arne Borgwardt ret afhængige af Mai Innesbeer.



# TIMEOUT FØR OPERATIONEN

**Det korrekte snit.** På Centraloperationsgangen på Frederiksberg Hospital arbejder sygeplejersker og kirurger systematisk på at mindske risikoen for forvekslingskirurgi bl.a. ved at holde timeout lige før operationen.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

Det er første arbejdsdag efter påske. Operationssygeplejerske *Mai Innesbeer* og hendes kolleger løber ekstra stærkt for at få alt linet op til dagens første hofteoperation på stue seks på Centraloperationsgangen på Frederiksberg Hospital. Lidt forsinket bliver patienten, en midaldrende kvinde, kørt ind i lokalet, der grænser op til operationsstuen. Sammen med anæstesisygeplejerske *Ane Høst Sode* går Mai Innesbeer hen og præsenterer sig, før patienten bliver kørt ind på operationsstuen og løftet over på operationslejet. Samtidig bliver operationsteamet, der foruden de to sygeplejersker består af klinikchef, ortopædkirurg *Arne Borgwardt*, læge, ortopædkirurg *Susanne Schaarup* og operationssygeplejerske *Hanne Sørensen*, komplet og hilser også venligt på patienten. Derefter beder Mai Innesbeer og Arne Borgwardt hende om at sige sit fulde navn og cpr-nummer, der naturligvis skal stemme overens med oplysningerne på bl.a. id-armbåndet og i journalen. De bliver også enige med patienten om, at det er højre hofte, den er gal med.

"Godt, så er det i orden," siger Arne Borgwardt.

Han afslutter dermed det tredje af i alt fem trin i metoden "De Fem Trin – En metode til at forhindre forvekslingskirurgi." Efter trin tre "Patienten identificeres" bevæger operationsteamet sig videre til trin fire og fem, der finder sted i de sidste minutter før indgrebet. Patienten er nu blevet bedøvet, desinficeret og lejret til operationen, og operationsteamet holder en lille timeout, hvor de bekræfter over for hinanden, at der er tale om den korrekte patient, hofte og lejrning, ligesom Arne Borgwardt og

Mai Innesbeer gennemgår røntgenbillederne og opsummerer forløbet en sidste gang.

"Det vil sige, at vi skal foretage en hofteproteseoperation. Har I protese og instrumenter klar på stuen?" spørger Arne Borgwardt.

Kollegerne bekræfter, og kirurgerne kan nu gå i gang vel vidende, at de sammen med resten af operationsteamet har gjort, hvad de kan for at forhindre forvekslingskirurgi. Og "sammen" er netop kodeordet.

"De fleste af De Fem Trin har vi jo praktiseret længe. Vi har altid identificeret patienten og sikret os, at der var indhentet informeret samtykke osv. Før gjorde vi det bare i højere grad hver for sig i de forskellige faggrupper, men nu skal vi gøre det minimum to og to eller hele operationsteamet sammen for at sikre os og patienterne bedst muligt mod fejl," siger Mai Innesbeer.

Og at der er kommet et par ekstra opgaver til i en allerede travl arbejdsdag, bl.a. krav om tydelig markering af operationsstedet og den omtalte timeout-seance, er i orden, mener Mai Innesbeer:

"Det sker jo alt sammen af sikkerhedsmæssige årsager. Vi skal hele tiden arbejde hurtigere og hurtigere, så vi kan aldrig tjekke for meget. For patientens sikkerheds skyld skal vi være sikre på, at det, vi gør, er korrekt."

Operationen tog lidt over en time og forløb helt uden forvekslinger trods opstarts-travlhed efter påske.

*cso@dss.dk*

*Læs også artiklerne om forvekslingskirurgi på de følgende sider.*



Hanne Sørensen gør sig helt klar til operationen, mens Ane Høst Sode i baggrunden sørger for, at patienten sover stille og roligt ind.



Under timeouten kigger Arne Borgwardt og operationskollegerne på patientens røntgenbilleder en ekstra gang.



Når operationen er gået i gang, foregår kommunikation og tilvejebringelse af evt. manglende instrumenter gennem den lille låge.

**Fuldt forebyggelig.** Forvekslingskirurgi kan forebygges ved hjælp af fem enkle tiltag, som det bl.a. beskrives i en vejledning fra Sundhedsstyrelsen fra juni 2006. På hospitalerne i hovedstadsregionen har man med succes arbejdet med metoderne siden maj 2005.

# Fem enkle trin hindrer fejl

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

De kan tælles på ganske få hænder, men går det galt, går det virkelig galt. Vi taler om forvekslingskirurgi, altså operationer, hvor kirurgen kommer til at operere en forkert patient eller på det forkerte sted. Trods fænomenets ganske sparsomme udbredelse, gælder det om at forebygge det mest muligt, naturligvis af hensyn til patienternes sikkerhed, men ikke mindst fordi forvekslingskirurgi faktisk er fuldt forebyggelig og derfor helt uacceptabel.

Det var bl.a. de tanker, der lå bag kampagnen "De Fem Trin" (se boks), som direktionen i det daværende Hovedstadens Sygehusfællesskab iværksatte i maj 2005. De seneste to år har personalet på de kirurgiske afdelinger på hovedstadens hospitaler således målrettet arbejdet på at implementere De Fem Trin, og det med succes, viser en evaluering fra efteråret 2006. Heri fremgår det bl.a., at to ud af tre medarbejdere på operationsafdelingerne mod tidligere hver tredje anvender De Fem Trin altid eller næsten altid, også på Centraloperationsgangen på Frederiksberg Hospital. Det fortæller klinisk udviklingssygeplejerske *Lisa Kofoed*.

"Metoden var forholdsvis nem at indføre på vores afdeling. For det første arbejdede vi allerede med et lignende system, hvor kirurger og sygeplejersker gjorde mange af tingene hver for sig. Derudover har vi kun planlagte operationer, og vi har derfor ideelle forhold til at arbejde systematisk og konsekvent med De Fem Trin," siger Lisa Kofoed.

## Systematik minimerer risiko

Kort fortalt går De Fem Trin ud på, at patienten og operationsteamet flere gange i forløbet bekræfter hinanden i, at der er tale om den korrekte patient, hvad patienten fejler og hvor på kroppen, operationen skal foretages. Tre af trinene har været fasttømrede rutiner i mange år, mens to af trinene var nye for de fleste, og måske også derfor sværere at indføre. Det drejer sig om trin to "Markering af operationsstedet" og især trin fem "Time out."

"I begyndelsen syntes mange, at det var lidt tåbeligt, at man skulle holde timeout lige før operationen, måske fordi det "bare" er en opsummering af alle de ting, man allerede har gennemgået. Det virkede fjollet på mange, men det er ingen undskyldning for at udelade timeouten," siger Lisa Kofoed og uddyber det med et konkret eksempel, hvor det var tæt på at gå galt:

"Efter kampagnen var gået i gang, stod vi med en patient, der skulle opereres i skulde-

ren. Stedet var blevet markeret med tusch, men man var alligevel kommet til at dække den forkerte skulder af, og det blev opdaget under timeouten. Så selvom tingene tit er åbenlyse, og mange ting er sagt før, mindskes risikoen for forvekslinger ved at systematisere det endnu mere. Og det er det, De Fem Trin gør," siger Lisa Kofoed.

Og især den systematiske markering af operationsstedet med tusch tjener sit formål på Centraloperationsafdelingen, som ud over

## >>> DE FEM TRIN

### Trin 1:

Gå journalen igennem og kontrollér, at informeret samtykke er indhentet og dokumenteret, at indgrebstype og -sted er defineret, og at øvrige notater er i overensstemmelse med hinanden.

### Trin 2:

Markér det rette sted: Operatøren eller en stedfortræder – dvs. en fra operationsteamet eller en anden læge – skriver med en vandfast tusch eller pen sine initialer på stedet for indgrebet eller i umiddelbar nærhed heraf. Såfremt det er muligt, deltager patienten aktivt ved at udpege stedet eller svare bekræftende på, at det er rette sted.

### Trin 3:

Verificér. Patienten identificeres ved, at patienten selv på forespørgsel siger sit fulde navn og cpr-nummer samt oplyser om, hvor operationen skal foretages. Det er ikke tilstrækkeligt, at patienten konfirmerer egne data. Svaret fra patienten sammenholdes med identifikationsarmbånd, markering af rette sted samt oplysningerne i journalen.

### Trin 4:

Tjek. Mindst to personer kontrollerer, at den korrekte billedokumentation er ophængt rigtigt og er i overensstemmelse med øvrige data for den pågældende patient.

### Trin 5:

Hold timeout. I sekunderne før indgrebet påbegyndes, konfirmerer alle medlemmer af operationsteamet, at det drejer sig om korrekt patient og procedure, og der informeres om det forventede forløb af indgrebet.

### Kilder:

Det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab udarbejdede den tværgående vejledning "Forebyggelse af forvekslingskirurgi – De Fem Trin – Time out" på baggrund af analyser af en række rapporterede hændelser vedr. forvekslingskirurgi samt initiativer fra Veterans Affairs og Joint Commission International. I juni 2006 udsendte Sundhedsstyrelsen vejledningen "Sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb: De Fem Trin." Læs mere på [www.de5trin.dk](http://www.de5trin.dk) og [www.sst.dk](http://www.sst.dk) under menupunktet Regler og vejledninger 2006.



# operationer



FOTO: MORTEN NILSSON

For Lisa Kofoed er De Fem Trin en pligt, ikke et valg.



FOTO: MORTEN NILSSON

Forvekslingskirurgi forekommer, og De Fem Trin er derfor mere end velkomne, mener Arne Borgwardt.

ortopædkirurgi udfører urologiske og gynækologisk-obstetriske indgreb:

”Den konsekvente markering er en vigtig og rigtig god metode til at forhindre forvekslinger, især på en afdeling som vores, hvor der tit er to af hvert organ, samtidig med at mange patienter har dobbeltsidede lidelser, f.eks. dårlig hofte i både højre og venstre side. Her kan patienten måske fra dag til dag eller time til time selv være i tvivl om, hvor det smerter mest, og derfor komme til at udpege den forkerte hofte,” siger Lisa Kofoed.

## Gennemsyret af patientsikkerhed

For at få De Fem Trin ind under huden på personalet, som bl.a. tæller 41 operationssygeplejersker, afholdt Centraloperationsgangen bl.a. en temaaften om patientsikkerhed og De Fem Trin i efteråret 2005. Derudover hænger der stadig kampagne-plakater på gangene og laminerede opslag med De Fem Trin på de otte operationsstuer, så alle nemt kan få opfrisket deres viden, hvis der er behov for det.

Lisa Kofoed er desuden overbevist om, at afdelingens kultur har været medvirkende til, at De Fem Trin er blevet hverdag for hende og kollegerne.

”Det spiller en stor rolle, at vores arbejde her på afdelingen er gennemsyret af et ønske om høj patientsikkerhed. Vi kan naturligvis ikke forudse alt, men hver gang vi står over for nye udfordringer eller opgaver, tænker vi i patientsikkerhed. Og i den forbindelse ser jeg

ikke De Fem Trin som et valg, men en pligt, især fordi Sundhedsstyrelsen jo ligesom HS også er kommet med en vejledning. Men også fordi det er en metode, der øger patientsikkerheden,” siger Lisa Kofoed.

Det er klinikchef og ortopædkirurg *Arne Borgwardt* enig i.

”Nogle af trinene har været lidt svære at indføre, bl.a. timeout, især under mindre indgreb, hvor lægen ofte arbejder alene. Et andet problem kan være, at anbefalingen går på, at

man skal markere operationsstedet i god tid. Det er jo lidt svært, hvis patienten kommer ind akut eller til dagkirurgi, som det er tilfældet på andre afdelinger. Men der er ingen tvivl om, at De Fem Trin er en vældig god idé. Forvekslingskirurgi forekommer, og vi skal gøre alt, hvad der står i vores magt for at forhindre det,” siger Arne Borgwardt.

Hverken han eller Lisa Kofoed har dog oplevet konkrete tilfælde af forvekslingskirurgi på Centraloperationsgangen.

*cso@dsr.dk*

”Selvom tingene tit er åbenlyse, og mange ting er sagt før, mindskes risikoen for forvekslinger ved at systematisere det endnu mere.”

## ))) PROBLEMETS OMFANG

Hospitalerne i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab gennemfører ca. 90.000 invasive indgreb om året. Overføres internationale erfaringer med udbredelsen af forvekslingskirurgi, kan der forventes 3-6 tilfælde af forvekslingskirurgi om året. På landsplan indberettede de danske sygehuse i 2005 i alt 98 tilfælde, hvor der skete eller var tæt på at ske en forveksling. Fra 2003 til september 2006 har personalet i det tidligere Hovedstadens Sygehusfællesskab indrapporteret ni egentlige forvekslingsindgreb og 13 nærhændelser.

Kilde: "Evaluering af kampagnen vedr. De Fem Trin. Rapport udarbejdet af HS Enheden for Patientsikkerhed, September 2006.



# Få De Fem Trin ind under

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

## Hvilken slags pen skal bruges til markering?

Man kan bruge en hvilken som helst slags pen, hvor blækket ikke vaskes af, når stedet desinficeres. Kirurgiske penne kan købes hos firmaer, der sælger kirurgisk udstyr.

## Er det i orden at genbruge pennene? Skal pennen være steril?

Der findes ikke dokumentation for, at penne har overført sygdom fra én patient til en anden. Desuden bliver stedet desinficeret, efter det er markeret. For en sikkerheds skyld vil det være fornuftigt at kassere en pen, der er blevet brugt, hvor huden ikke er intakt, eller hvor man ved, at patienten har en smitsom (hud)sygdom.

## Kan andre end den opererende læge markere det rette sted?

Ja. Er operatøren ikke selv til stede til at markere operationsstedet, kan en stedfortræder markere. Det kan enten være en person fra operationsteamet eller en anden læge.

## Hvilke markeringer kan anvendes?

Det anbefales, at operatøren eller den, der har fået delegeret opgaven, bruger sine initialer.

## Hvor skal man markere?

Markeringen skal være så tæt som muligt på det sted, hvor incisionen skal foretages. En betydende brøkdæl af forvekslingskirurgiske hændelser sker på steder tæt på det korrekte sted, f.eks. det forkerte intervertebrallrum, den forkerte finger på den korrekte hånd eller den forkerte side af knæet. Markering tæt på stedet (f.eks. på den korrekte finger) i stedet for et område i nærheden (på f.eks. håndryggen) kan være med til at forebygge indgreb på det forkerte sted.

## Skal man også gennemføre De Fem Trin, hvor man har kontinuerlig kontakt med patienten, fra indikationen stilles, til indgrebet udføres som ved f.eks. akut kejsersnit?

Nej. I så fald er markering ikke nødvendig. Det er dog stadig obligatorisk at sørge for informeret samtykke, at sørge for korrekt ophængning af evt. billeddokumentation og at afholde timeout, så alle i teamet er helt klar over, hvad der skal foregå, og hvilke problemer der kan blive undervejs.

## Er det ikke nok, at patienten bekræfter oplysninger fra personalet om f.eks. cpr-nummer og operationssted?

Det er ikke nok, at en patient bekræfter data. Patienten skal deltage aktivt. Kun derved sikrer man sig, at f.eks. en meget nervøs patient ikke kommer til at bekræfte forkerte oplysninger.

## Hvad forventes det, vi gør, når vi kontrollerer billeder?

Kontrollér, at det er den rette patient, rette side og rette billede (f.eks. det nyeste billede frem for et ældre billede), samt at billedet er ophængt korrekt og mærket med patientens cpr-nummer og side.



# huden

## Skal patienten være vågen under timeout?

Nej, ikke nødvendigvis. Den interaktion, der sker under timeout, involverer alene personalet på operationsstuen. Omvendt kan patienter, der ikke er i universel anæstesi, godt overvære proceduren.

## Hvordan kontrollerer vi implantater i de tilfælde, hvor de ikke skal være i lokalet ved påbegyndelse af proceduren?

Det er klart, at man ikke kan kontrollere noget, der ikke er til stede. Man må være opmærksom på denne særlige omstændighed. Forud for proceduren vil det da være vigtigt særskilt at kontrollere, at implantater eller

proteser er tilgængelige i umiddelbar nærhed af operationsstuen. Det er vigtigt, at afdelinger og klinikker bevarer deres hidtidige sikkerhedsprocedurer eksempelvis korrekte implantater. F.eks. afløser det trin ikke, at afdelingen tjekker, hvilke implantater der skal anvendes den følgende dag.

## Skal der afholdes timeout, selvom operationsstedet ikke er markeret?

Ja, der skal altid afholdes timeout.

## Hvem skal deltage i timeout?

Det skal alle teamets medlemmer. Det er afgørende, at der ikke er barrierer mod at medvirke aktivt i processen.

## Hvis der kun er én person involveret i at udføre proceduren, skal der da alligevel foretages timeout?

Ja, der skal være en kort pause, hvor det sikres, at det drejer sig om den korrekte patient, procedure og sted.

## Omhandler De Fem Trin også invasive procedurer som f.eks. anlæggelse af lungedræn?

Ja. Den tværgående vejledning omhandler også indgreb uden for operationsstuen. En tommelfingerregel kunne være, at indgreb, der kræver informeret samtykke, indebærer fast brug af De Fem Trin; f.eks. at man indhenter samtykke, markerer stedet (hvis man ikke er kontinuerligt til stede på stuen, efter diagnosen er stillet), og kontrollerer patientens identitet, før et indgreb udføres på sengstuen.

*Spørgsmålene er opstået i forbindelse med afprøvningen af De Fem Trin på udvalgte kirurgiske afdelinger og klinikker i HS. Desuden er en del af spørgsmålene og svarene hentet fra VA National Center for Patient Safety, [www.patientsafety.gov](http://www.patientsafety.gov) Kilde: [www.de5trin.dk](http://www.de5trin.dk)*

*sco@dsr.dk*



## Dansk Sygeplejeråds forslag Lettere adgang til professionelle sundhedsråd

Dansk Sygeplejeråd har i forbindelse med kvalitetsreformen af den offentlige sektor netop foreslået, at der etableres en døgnåben, landsdækkende sundhedshotline. Målet er en bedre og lettere adgang til professionel sundhedsrådgivning, som kan støtte borgerne i at træffe beslutninger om egen sundhed.

En sundhedsrådgivning som den britiske NHS Direct vil efter Dansk Sygeplejeråds mening give borgerne adgang til professionel sundhedsinformation, støtte til at træffe beslutninger om egen sundhed og hjælp til at bruge det frie valg. Sundhedsrådgivningen kan betyde en bedre udnyttelse af sundhedsvæsenets ressourcer, f.eks. ved at nedbringe antallet af unødige besøg på skadestue eller lægevagt.

Konkret foreslår DSR en landsdækkende telefonlinje, der er åben 24 timer i døgnet, med regional forankring i fem callcentre. Rådgivning skal være baseret på et elektronisk beslutningsstøttesystem, der hurtigt guider fagpersonen frem til problemets kerne. Rådgivningen skal være en integreret del af sundhedsvæsenet, dvs. omfattet af Den Danske Kvalitetsmodel. Bemandingen skal være callcentermedarbejdere i forreste linje, mens den direkte rådgivning bemannes med erfarne sygeplejersker, der har gennemgået et særligt uddannelsesforløb.



Sygeplejerske Devika Vaithilingam besvarer et opkald fra det lokale område. På væggen bag hende en af fladskærmene, der fortæller om telefontraffikkens omfang og afvikling.

# Sygeplejersker

**Hjælp.** Den britiske sundhedstelefonrådgivning er på få år blevet en solid succes. Rådgivningen bidrager til en bedre udnyttelse af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen og frigiver sygeplejerskernes talenter, fastslår en af de sygeplejersker, der har været med fra starten.

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: ROGER ELDRIDGE

Det er ingen hemmelighed, at den britiske sundhedshotline *NHS Direct* er den store inspirationskilde til det forslag, Dansk Sygeplejeråd netop er fremkommet med til danske politikere som led i arbejdet med kvalitetsreformen. Og det er en solid succes i det britiske sundhedsvæsen, som Dansk Sygeplejeråd peger på.

60 pct. af den engelske befolkning kender umiddelbart telefonnummeret 08 45 46 47 som nummeret til NHS Direct. Det er ikke helt så mange som nummeret til den engelske pendant til vores alarmnummer 112 (911), så der er stadig noget at arbejde med. Men det er alligevel flot, eftersom de første geografisk begrænsede forsøg med en sund-





Sygeplejedirektør Denice Wray: "Sygeplejerskerne visualiserer patienten, og det er de rigtig dygtige til."



Det store sundheds call-center i Southampton, Sydengland. I forreste linje sygeplejerske Joan Watts.

"Store fladskærme på væggene viser, hvor mange telefonopkald der har været siden døgnets begyndelse. Her først på eftermiddagen er tallet 1.365."

# bag national sundhedshotline

heds-telefonrådgivning begyndte for bare ni år siden. I dag er NHS Direct et fuldt integreret led i det britiske sundhedsvæsen, støttet af 22 organisationer og med officiel status som sundhedsmyndighed.

Adgangsvejene til NHS Direct er i dag telefon, internet og digitalt tv, og en sms-tjeneste er på vej. 650.000 opringninger om måneden, 1,7 mio. besøg på nettet om måneden og 500.000 besøg pr. måned via digitalt tv. Folk ringer om alt fra en splint i fingeren, børn med feber til et truende hjertetilfælde, og så skal sundhedshotlinen være i stand til at prioritere lynhurtigt og om nødvendigt tilkalde ambulance. NHS Direct har åbent døgnet rundt. Borgere, der ringer, bliver spurgt om navn, adresse, telefonnummer og navn på praktiserende læge, men de kan også få hjælp anonymt.

Sygeplejedirektør i sydvestregionen med hovedsæde i Southampton, *Denice Wray*, har været med fra starten af NHS Direct. Hun er stolt af sygeplejerskernes rolle i udviklingen af NHS Direct.

"Sygeplejerskerne har været med til at udvikle NHS Direct lige fra begyndelsen. Det har været fantastisk for engelsk sygepleje at være med til at sikre, at befolkningen får den

sundhedsrådgivning og hjælp, de har brug for, i deres hjem eller dér, hvor de ringer fra," siger hun.

Hun tager imod *Sygeplejersken* i sit kontor i den midterste af de tre forholdsvis nye rødstensbygninger i en forstad til Southampton. Husene i Southampton er et af i alt 22 NHS Direct-centre i England, Wales og Skotland. Alle med samme telefonnummer med undtagelse af Skotland. Dertil kommer et center for forespørgsler via internettet.

## Svar på få sekunder

I et stort lokale sidder sygeplejersker og andre NHS Direct-medarbejdere i grupper på fire og tager imod de indkommende telefoniske henvendelser. Store fladskærme på væggene viser, hvor mange telefonopkald der har været siden døgnets begyndelse. Her først på eftermiddagen er tallet 1.365. Et felt på skærmene viser, hvor mange ubesvarede opkald der er. Tallet skifter hele tiden mellem 1 og 0. Teknikken sladrer også om, hvor mange sekunder der ventes, før opkaldet besvares. Dette tal når ikke op på mere end 9, mens vi ser på skærmen. Længst til højre fortæller et rundt 0, at ingen telefonopkald er afsluttet, uden at den, der ringede, fik svar.

Ingen, der ringede, gav op på grund af ventetid. Her er der noget at arbejde med for mange danske virksomheder!

Den første, som folk får forbindelse til, når der ringes til NHS Direct, er en *health adviser*. Titlen dækker over telefonmedarbejdere, der er ansat, fordi de er gode til at lytte og prioritere. De har forskellig uddannelsesmæssig baggrund, men er ikke sygeplejersker. Health adviseren beder den, der ringer, om en række oplysninger, så det hurtigt står klart, om der er tale om en hastende situation, der kræver tilkald af ambulance eller henvisning til egen læge, et prioritet 1-opkald, hvor der straks viderestilles til en sygeplejerske, eller et prioritet 2- eller 3-opkald, hvor en sygeplejerske ringer tilbage. Health adviseren/telefonmedarbejderen efteruddannes løbende, fordi der hele tiden kommer ny viden på det sundhedsmæssige område. Alle led i den direkte sundhedslinje opgraderes løbende med de seneste anbefalinger fra de centrale sundhedsmyndigheder og faglige ekspertfora.

Sygeplejerskerne, der taler med folk om deres problemer, støttes af teknikken med sundhedsfaglige oplysninger inden for alle mulige specialer. Sygeplejerskerne stiller

## ►►► RÅDGIVNINGEN I TAL

Den engelske sundhedsrådgivning modtager mellem 15.000 og 25.000 daglige telefonopkald eller omkring 650.000 pr. måned. Omkostningen er beregnet til ca. 25 kr. pr. borger om året.

Antallet af besøg på NHS Directs hjemmeside var i 2006 gennemsnitligt 52.820 pr. dag, heraf omkring 20 pct. fra udlandet.

» spørgsmål ud fra en detaljeret interviewguide CAS (Clinical Assessment System). Sygeplejersken kan også hente støtte hos de tilstedeværende kolleger, som har erfaring fra forskellige sygeplejefaglige områder, herunder psykiatrien, ligesom der er en jordemoder på stedet.

”Regeringen har anerkendt sygeplejerskernes kompetencer og har med NHS Direct frigjort sygeplejepersonalets talenter – ja, alle medarbejdergruppernes talenter. Derved udnytter vi ressourcerne bedre,” siger sygeplejedirektør Denice Wray. Hun tilføjer med slet skjult stolthed, at borgerne, der ringer eller spørger over internettet, elsker NHS Direct. Den seneste tilfredshedsundersøgelse siger, at 97 pct. er tilfredse.

Sundhedshotlinen har fra starten søgt at etablere samarbejde med alle andre aktører i sundhedsvæsenet, og stadigt flere samarbejdspartnere kommer til. Mange private

lægepraksis har i dag automatisk omstilling til NHS Direct efter lukketid, og hos NHS Direct kan man se, når samtaler viderestilles fra en lægepraksis. Telefonrådgivningen kan på sin side henvise borgerne til at søge yderligere hjælp hos specialister, den lokale hjemmesygepleje, tandlæger, apotekere m.fl.

Antallet af sygeplejersker, der arbejder ved NHS Direct, er i de seneste år faldet fra 1.100 til i dag omkring 1.000. Til gengæld er antallet af telefonmedarbejdere, der som de første besvarer og prioriterer telefonopringningerne, øget.

Man skal have mindst tre års erfaring som færdiguddannet sygeplejerske for at blive tilknyttet NHS Direct.

”I starten søgte mange sygeplejersker til NHS Direct, fordi det var nyt, og de ville være med til at udvikle denne sundhedstjeneste,” siger Denice Wray. ”I dag er mange hos os, fordi de gerne vil følge patienterne

gennem et helt forløb, så at sige. Mange sygehusafdelinger er så specialiserede, at sygeplejerskerne kun oplever fragmenter af den samlede pleje. Her kan de følge patienten hele vejen, selv om de ikke ser patienten direkte. De visualiserer patienten, og det er de rigtig dygtige til. Sygeplejerskerne skal være kritiske tænkere, der også skal kunne opfatte signaler om ting, som ikke bliver sagt direkte.”

Ville det britiske sundhedsvæsen kunne undvære den direkte sundhedshotline? Ja, siger Denice Wray: ”For ni år siden eksisterede dette tilbud ikke. Men vi bidrager til, at de samlede ressourcer i sundhedsvæsenet udnyttes bedre,” siger hun.

Læs mere om Dansk Sygeplejeråds sundhedspolitiske udspil i næste nummer af Sygeplejersken. Se også [www.nhsdirect.nhs.uk](http://www.nhsdirect.nhs.uk)

*sp@dsr.dk*

## Ny mulighed med dit DSR MasterCard

Afbestillingsforsikring - Bagageforsinkelse - Rejseassistance - Sygdom og hjemtransport - Evakuering



DSR bank A/S L (ån & Spar Bank A/S), København K, CVR 13538530

Få årsrejseforsikring knyttet til dit gratis MasterCard for kun 395 kr. om året, så er hele din husstand dækket på alle rejser i hele verden i op til 60 dage.

Rejseforsikringen gælder kun, hvis den er købt, inden du bestiller din rejse.

Gå ind på [www.dsrbank.dk](http://www.dsrbank.dk) eller ring på telefon 3378 1927

## STRESSBREVKASSEN



Kirsten Holmboe svarer på spørgsmål om arbejdsrelateret stress. Hvis du ønsker at være anonym, skal du blot gøre opmærksom

på det. Vi skal dog kende dit navn og adresse.

Skriv til [brevkasse@dsr.dk](mailto:brevkasse@dsr.dk) Skriv kort.

Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte indlæg.

### Skal mit arbejde betale?



Jeg er gennem arbejdsmedicinsk afdeling sendt videre til stressklinik, som min arbejdsplads skal godtage og betale. Men hvor står jeg, hvis de ikke vil det eller beder mig selv betale det halve?

Jeg er nu sygemeldt og har sat mit job på spil, da jeg har meddelt, at jeg ikke kommer tilbage, hvis de ikke vil hjælpe mig. Jeg ved ikke, hvilke rettigheder jeg har? Om jeg har nogen? Og om jeg kan bruge min fagforening i sådan en sag? På forhånd tak.

Hjemmesygeplejerske, 41 år

### Kære hjemmesygeplejerske, 41 år

De rettigheder, du som sygemeldt har på din arbejdsplads, er formentlig beskrevet i jeres personalepolitik. I har højst sandsynligt en syge- og fraværspolitik og måske også en stresspolitik. Her er bl.a. beskrevet, hvordan arbejdspladsen forholder sig til sygdom og stress, samt hvilken hjælp den syge eller stressramte kan forvente. Personalepolitikker bør løbende genforhandles og forbedres, så de tilgodeser de behov, der opstår på en arbejdsplads.

På nogle arbejdspladser omfatter hjælpen til den stressramte tilbud om 5-10 psykologsamtaler. På andre arbejdspladser vil man kunne forhandle sig frem til anden form for behandling, som f.eks. behandling på stressklinik.

Sammenlignet med de store omkostninger – såvel menneskelige som økonomiske – der er forbundet med langvarig sygemelding på grund af arbejdsrelateret stress, forekommer udgifterne til behandling relativt lave.

Set ud fra et ressourcemæssigt synspunkt vil der således være sund fornuft i, at en arbejdsgiver betaler behandling, hvis ikke der findes tilsvarende gratis tilbud i den region, man bor i. Målet må være at få den stressramte tilbage i arbejde igen.

Jeg synes, du skal bede din tillidsrepræsentant og din amtskreds om hjælp til at argumentere for økonomi til den nødvendige behandling. De har endvidere kendskab til Dansk Sygeplejeråds Hjælpefond, hvis det mod forventning ikke skulle lykkes.

Jeg ønsker jer held og lykke med det.

Venlig hilsen  
Kirsten Holmboe



## Er du leder i sundhedssektoren?

Eller vil du gerne være det?

Så er DLS noget for dig

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

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2007 starter vi hold i:

Gentofte  
Hillerød  
Odense  
Aalborg  
Århus

Der er tilmeldingsfrist 1. juni 2007.

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

tlf. 54 888 224 • [www.ceus.dk](http://www.ceus.dk)



## Fredag, en kold cola og Sygeplejersken

"Når min mand ser bladet ligge fremme, har han en enkelt gang bladret det hurtigt igennem og spurgt mig, om det er det nye "Q." Det støder min faglighed en smule," skriver psykiatrisk sygeplejerske *Gitte Nørreskov Vase* fra Middelfart.

Hun er en af de læsere, som jeg i april bad om tilbagemeldinger på *Sygeplejerskens* nye udseende og den nye opdeling i to versioner: *Sygeplejersken Perspektiv* og de øvrige numre af bladet, der mest indeholder det, redaktionen kalder "for dig-stof."

For at få input udefra sendte jeg e-mails rundt til nogle af de læsere, som tidligere har skrevet til mig eller deltaget i debatten om *Sygeplejersken* på bladets hjemmeside.

Gitte Nørreskov Vase skriver, at hun "til daglig lægger en stor indsats i mit arbejde med at passe meget syge mennesker" og derfor ikke vil sammenlignes "med botox og appelsinhud." Hun mener dog ikke, at layoutet skal ligne *Statstidende*, roser, at bladet nu går mere i dybden i *Sygeplejersken Perspektiv*, og kalder fagstoffet "godt, relevant og velskrevet."

Og så leverer hun overskriften til denne kommentar – tak for den – ved at slutte sin e-mail: "... og fredag er da helt klart "en kold cola og *Sygeplejersken*".")

*Ulla Mølvig Sekkelund* roser opdelingen i to forskellige versioner. Men hun spørger, om det er gennemført konsekvent. For *Sygeplejersken Perspektiv* indeholder også kortere historier, mens det almindelige *Sygeplejersken* også går i dybden (hun nævner temaet om at tale om sex i nr. 6). Alt i alt er hun dog positiv og glæder sig over et bedre overblik efter relanceringen.

*Mari Holen*, der er adjunkt ved Institut for Pleje og Omsorg ved Sygeplejerskedannelsen i København og amtsbestyrelsesmedlem i Hovedstaden, er kritisk over for, at *Sygeplejersken* forsøger "at gøre sig om til "dameblad."" Hun finder det "mærkeligt at sammenligne et fagblad med et dameblad. Hvad hvis medlemmerne er glade for krimier? Skal så fagbladet laves om til det?" spørger hun.

Også *Mari Holen* roser idéen om at opdele *Sygeplejersken* i to versioner. I hendes optik går skillelinjen dog ikke mellem *Perspektiv* og "for dig-stof," men mellem politisk og fagligt stof.

Faktisk er *Sygeplejersken* efter relanceringen i marts opdelt ikke bare i *Perspektiv* og "for dig-stof." Skellet mellem sygeplejefagligt og andet stof er også blevet skarpere. Den faglige sektion har nu fået en egentlig forside med billede og bladhovedet "*Sygeplejersken Fag*." Dermed er der faktisk ikke to, men tre forskellige versioner af *Sygeplejersken*, hvilket kan rumme en risiko for forvirring.

Jeg har gennem et stykke tid undret mig over, at de sygeplejefaglige artikler var forvist til en særlig ghetto i bladet. Denne skillelinje er for mig at se ikke naturgiven. Men måske sidder der inde på Sankt Annæ Plads i København nogle sygeplejersker, der ikke vil tage medansvar for journalisternes grove forenkling af den komplicerede virkelighed. Og omvendt nogle journalister, der ikke vil have skyld for sygeplejerskerne knudrede sætninger og komplicerede fagtermer (som journalist kan jeg f.eks. godt komme i tanker om et mere ligetil og samtidig dækkende udtryk for den "defækationsstilling," der er udførligt omtalt i nr. 9).

En opdeling kan fungere, hvis den er klar og velmotiveret, men man skal nok ikke operere med en opdeling både på kryds og tværs, så man reelt har tre versioner af bladet. Og hvis man deler op, skal det gøres konsekvent, så læseren ikke er i tvivl om, hvilken af versionerne hun sidder med.

**"Jeg har gennem et stykke tid undret mig over, at de sygeplejefaglige artikler var forvist til en særlig ghetto i bladet. Denne skillelinje er for mig at se ikke naturgiven."**



Niels Rohleder

Niels Rohleder. Lærer i journalistik på Kommunikationshøjskolen Vallekilde. 25 års erfaring i journalistfaget, heriblandt 17 år som journalist på dagbladet *Information*.



**RING ELLER SKRIV TIL  
LÆSERNES REDAKTØR:**

Niels Rohleder  
Højskolevej 11 A  
Vallekilde  
4534 Hørve  
Mobil: 6167 0662  
niels@vallekilde.dk

## Ny indgang til sundhedsvæsenet

Borgernes adgang til professionel sundhedsrådgivning er i dag alt for vanskelig og harmonerer ikke med et moderne velfærdssamfund. F.eks. fastslår Sundhedsstyrelsen, at der er væsentlige problemer med praktiserende lægers akutte tilgængelighed i dagtiden. På landsplan er det mere end hver fjerde af alle telefoniske henvendelser, der ikke kommer igennem til egen læge.

Jeg synes, borgerne har krav på bedre, lettere og hurtigere adgang til sundhedsvæsenet. Ikke mindst, når det handler om at få sundhedsprofessionel hjælp til en række sundhedsproblemer, som ikke nødvendigvis er af alvorlig karakter, men alligevel har stor betydning for den enkelte – f.eks. feber, opkast og småskader hos småbørn.

Derfor har Dansk Sygeplejeråd netop fremsat et forslag om at etablere en landsdækkende sundhedshotline, der er åben 24 timer i døgnet.

Det danske sundhedsvæsen behøver ikke at opfinde den dybe tallerken, for det har andre allerede gjort for os. I England har der eksisteret en sundhedshotline siden 1998. Den får omkring 650.000 opkald om måneden og 1,7 mio. besøg på sin hjemmeside i samme tidsrum.

Der er gode erfaringer med sundhedshotlinen: Erfarne sygeplejersker giver konkrete råd og vejledning om en lang række sundhedsproblemer og sparer derfor bl.a. unødige opkald til vagtlæge eller besøg på skadestue. 40 pct. af opkaldene afsluttes direkte af hotlinen, mens 5 pct. er så alvorlige, at hotlinen bestiller en ambulance direkte. Hotlinen understøtter borgernes frie valg, bl. a. fordi den kan bestille tider til forundersøgelser og operation. Patientsikkerheden er meget høj. Og borgerne er ovenud tilfredse med sundhedsrådgivningen. De seneste tal siger en patienttilfredshed på 97 pct.

Oven i købet er sundhedshotlinen billig: Den koster ca. 25 kr. pr. borger at drive om året. Til sammenligning er der ca. 330.000 unødige skadestuebesøg i det danske sundhedsvæsen – og de koster knap 1.000 kr. hver.

Kvalitetsreformen er regeringens mulighed for at vise, at den vil og tør noget med sundhedsvæsenet. At den vil indrette et sundhedsvæsen på borgernes præmisser – ikke på systemets.

En landsdækkende sundhedshotline er ét af de tiltag, der skal til. Den giver borgerne bedre, lettere og hurtigere adgang til professionel sundhedsrådgivning. Den støtter borgerne til at træffe beslutning om deres egen og familiens sundhed. Og den hjælper patienterne med at bruge det frie valg.

Min opfordring til regeringen er klar: Lær af de engelske erfaringer. Etablér en sundhedshotline. Tænk nyt!

**"Kvalitetsreformen er regeringens mulighed for at vise, at den vil og tør noget med sundhedsvæsenet. At den vil indrette et sundhedsvæsen på borgernes præmisser – ikke på systemets."**



Connie Kruckow, formand



## Både pension, løn og arbejdsliv er vigtige emner

Af Susanne Lynnerup, sygeplejerske

I går fik jeg med posten et brev, hvori der lå "Krav til overenskomst 2008." Brevet starter med: "Skal vi overhovedet have mere i løn? Eller vægter du forbedringer i dit arbejdsliv eller pension højere?"

Endvidere står der også i brevet, at jeg skal prioritere fra 1-3, hvad jeg synes, der skal være særligt fokus på ved overenskomstforhandlingerne: pension, løn, arbejdsliv. Det undrer mig dybt, at der overhovedet kan stilles spørgsmål ved disse tre punkter, eller at vi skal prioritere ét af disse områder. Alle tre områder er vigtige og skal, efter min mening, prioriteres lige højt – også set i lyset af, at der er brug for at få flere til at uddanne sig til sygeplejersker og at holde på dem, som stadigvæk er i faget.

Vi har en formand, som efter eget udsagn skal være den bedst lønnede kvinde i Danmark, så nu er det på tide, Connie, at du træder i karakter og viser os, at du også kan give sygeplejerskerne en væsentlig lønstigning, bedre pension og arbejdsliv. Vores vilkår som sygeplejersker er ikke blevet bedre i de år, hvor jeg har været sygeplejerske, så nu er det på tide, at I i vores fagforening virkelig viser, I kan gøre noget for os og bruger manglen på sygeplejersker til at lægge et pres på ved forhandlingerne.

For øvrigt undrer det mig, at der står i brevet, man kan sende eller maile kravene ind, men at der hverken står adresse eller mailadresse på brevet.

*Susanne Lynnerup er psykiatrisk sygeplejekonsulent på Nordsjællands Hospital, Hillerød.*

### Svar 1

Af Connie Kruckow, formand

Kære Susanne Lynnerup

Det brev, du henviser til, er udsendt af din

lokale amtskreds i Frederiksborg Amt. Jeg har derfor bedt Dansk Sygeplejeråd i Frederiksborg amtskreds om at besvare din henvendelse.

### Svar 2

Af Lisbeth Torp Kastrup, amtskredsformand

Kære Susanne Lynnerup

Jeg er ganske enig med dig i, at alle de tre skitserede områder er vigtige, og det er påkrævet, at vi får en væsentlig udvikling på alle tre områder.

Når vi alligevel i Frederiksborg amtskreds valgte at udsende det brev, du beskriver, er det for at høre din og de øvrige medlemmers mening.

Oftentimes er arbejdsgiverne nemlig ikke enige med os i definitionen på væsentlig udvikling og har ikke været villige til at indgå overenskomster, der kunne dække de, efter vores mening, rimelige krav. Det har derfor før været nødvendigt for Dansk Sygeplejeråds forhandlere at vide, hvilke krav der er vigtigst. Vi mener, at den prioritering skal baseres på medlemmernes holdninger og ikke kun HBs eller ABs mening.

For at få medlemmernes mening valgte vi i Frederiksborg amtskreds at udsende brevet som supplement til Dansk Sygeplejeråds centrale debatoplæg. Målet er at igangsætte en debat mellem medlemmerne og få klarhed over, hvad medlemmerne vil prioritere højt, hvis vi igen kommer i en situation, hvor arbejdsgiverne ikke vil imødekomme vores krav. Vi håber at få rigtig mange svar, både individuelle og opsamlinger fra arbejdspladserne, som TR melder ind, så vi klart kan meddele Hovedbestyrelsen, at de indsamlede krav og prioriteringer kommer fra medlemmerne i Frederiksborg amtskreds.

Af brevet fremgår det, at det kommer fra Frederiksborg amtskreds, men af pladshensyn satte vi ikke adresse eller e-mail på. Begge dele kan nemt findes i tidsskriftet.

"Kære regioner. Kære regering. Vi er bekymrede for sygehusvæsenets fremtid. Vi mangler i tiltagende grad personalemæssige ressourcer, sygehuse nedslides og forældes, mens behandlingsmuligheder, krav og forventninger fra patienter og politikere øges."

Lone Arentoft Bondo, Cæcilie Buhmann, Ditte Dragsted, Henrik Koldborg Jepsen og Marianne Karpf, læger, i Dagbladet Politiken.

HVAD MENER DU  
www.sygeplejersken.dk



Denne uges spørgsmål på  
www.sygeplejersken.dk:

Har du nogensinde talt med en kollega om en fejl/utillsigtet hændelse, du har lavet?

Svar på spørgsmål stillet i  
Sygeplejersken nr. 8/2007:

Synes du, det er svært at tale med patienterne om deres seksualitet?

Svar	antal	pct.
Ja	94	48,5
Nej	75	38,7
Ved ikke	25	12,9
<b>I alt</b>	<b>194</b>	<b>100,1</b>



bliv

## VÆRTSFAMILIE for en udvekslingsstudent

... og oplev en anden kultur på tæt hold

AFS Interkultur modtager til august omkring 140 udvekslingsstudenter i alderen 15-18 år fra hele verden.

De kommer hertil for at lære dansk sprog og kultur at kende og skal tilbringe næste skoleår her i landet.

Grib chancen og bliv værtsfamilie i 5 eller 11 måneder for én af de mange spændende unge.

Ring til os på 38 34 33 00 eller besøg

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

AFS Interkultur er  
Danmarks største  
non-profit udvekslings-  
organisation.



50 års jubilæum i 2007





unplugged.dk

– omsorgsfuld  
hudpleje

Køb  
DANATEKT®  
på apoteket

## DANATEKT® Creme

DANATEKT® Creme er særligt velegnet til tør, sart eller udsat hud, der trænger til ekstra og beskyttende pleje.

- Konserveret uden parabener
- Indeholder ikke parfume, farvestoffer eller lanolin
- Indeholder naturlige vegetabiliske olier, der virker blødgørende og tilfører fugt
- Indeholder glycerin, der bevarer hudens fugtighed
- Lægger en vandafvisende hinde på huden
- Hurtig absorberende
- Hudneutral pH-værdi på 5
- Kan bruges daglig af hele familien over hele kroppen



www.orionpharma.dk

DANATEKT®

## God ledelse er en investering værd

Af Bente Sorgenfrey, formand for FTF

FTF, Funktionærernes og Tjenestemændenes Fællesråd, har i længere tid arbejdet for at sikre alle offentlige ledere ret til en anerkendt og kompetencegivende lederuddannelse på diplomniveau. Regeringen skal vise lederne, medarbejdere og borgere, at ledelse er så vigtig en opgave, at man i forbindelse med trepartsforhandlingerne vil investere i at sikre alle ledere en anerkendt lederuddannelse på diplomniveau i det eksisterende uddannelsessystem. Vi kender alle sammen eksemplerne på, når det går galt – og hvor dårlig ledelse går ud over borgere eller ansatte eller bare forhindrer, at der tænkes nye tanker.

FTF repræsenterer 30.000 ledere fra især den offentlige sektor, og en ny undersøgelse blandt disse, bl.a. skoleledere, institutionsledere, plejehjemsledere og afdelingssygeplejersker, viser, at under halvdelen af lederne i den offentlige sektor har fået en længerevarende lederuddannelse.

Der er derfor behov for en samlet og helhedsorienteret investering i uddannelse på ledelsesområdet. Vi mener, at lederuddannelse til alle ledere i den offentlige sektor bør anses som en investering i fremtiden og ikke som en udgift. Investeringen vil komme godt igen i form af bedre kvalitet, bedre arbejdsmiljø, større medarbejderinddragelse, større innovationskraft samt bidrage til at skabe attraktive arbejdspladser, der kan tiltrække medarbejdere.

Investeringen bliver stor, og den vil kunne mærkes. FTFs beregninger viser, at der vil være behov for, at der i første omgang skal uddannelse til op imod 15.000 FTF-ledere. Det vil koste mindst 1 mia. kr. om året de næste 5-6 år. Men investeringen vil kunne betale sig – ikke mindst hvis vi samtidig sikrer, at lederne gives indsigt og kompetencer i offentlig innovation og lærer værktøjer til at nedbringe sygefravær og stress, der hvert år koster samfundet kolossale midler.

Trepartsforhandlingerne og kvalitetsreformen bør også sikre midler til et Akademi for Praktisk Ledelse. Det skal ikke være en ny akademisk forskningsinstitution, men et analyse- og formidlingshus med fokus på praktisk ledelse og afsæt i erfaringer fra lederne selv. Der er behov for et sted, hvor ledernes erfaringer kan samles og analyseres, og hvor forskning kan formidles og ny viden spredes.

Vi foreslår konkret, at regeringen afsætter 100 mio. kr. om året til det formål, og at et Akademi for Praktisk Ledelse tilknyttes de kommende syv professionshøjskoler, hvor både grunduddannelser og efteruddannelser samles fremover. Lad os for en gangs skyld være ambitiøse, så det kan mærkes.

*FTF er hovedorganisation for 450.000 offentligt og privatansatte, bl.a. 30.000 ledere. Dansk Sygeplejeråd er medlem af FTF.*

### >>> SKRIV KORT

Skriv kort, når du vil deltage i debatten i *Sygeplejersken*.

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Længere indlæg forkortes af redaktionen.

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under "Manuskriptvejledning."

**Debatindlæg sendes til:** *Sygeplejersken*, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K, eller via e-mail til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)

## Definér nye og mere ambitiøse mål for succes

Af Ronnie Siegumfeldt Andersen, sygeplejerske

### Åbent brev til *Connie Kruckow!*

Efter at en stor del af TR-kollegiet på Århus Universitetshospital, Skejby, var til kickoff den 11. april om de nye overenskomstforhandlinger, har der været stor forundring i kollegiet over de udmeldte kriterier for succes.

Ser vi på undersøgelsen foretaget under selve konferencen, angav et markant flertal af deltagere, at lønnen var det vigtigste at prioritere ved OK08. Forhandlingsudvalgets succeskriterium for forhandling af løn var en lønstigning på 4 pct. eller sagt på en lidt flottere måde: 12 pct. over tre år. LO har netop afsluttet deres overenskomstforhandlinger med omkring en 4-pct.-stigning årligt, hvilket også svarer til de førnævnte 12 pct. over tre år.

Ser vi på Sundhedskartellet's langsigtede strategi ift. at skabe ligeløn mellem den private og den offentlige sektor, for herved også at skabe ligeløn mellem mænd og kvinder, kan vi ikke se, hvorledes forhandlingsudval-

gets ambitionsniveau kan være tilstrækkeligt ift. at opnå egne målsætninger.

Det er kollegiets opfattelse, at vi ikke kan opfatte et forhandlingsresultat, der svarer til overenskomsten indgået på det private område, som en succes. Vi vil kraftigt opfordre forhandlingsudvalget til at definere nye og mere ambitiøse mål for succes. Disse skal stille mod at få indhentet det lønsforspring, de privatansatte har i forhold til en offentligt ansat for derved at sikre en reel ligeløn i det danske samfund samt sikre det offentliges konkurrencedygtighed.

Det er kollegiets opfattelse, at langsigtede mål intet er værd, såfremt man ikke i nutiden stræber efter at opnå disse.

*Indsendt på vegne af TR-kollegiet Skejby.*

*Ronnie Siegumfeldt Andersen er ansat på Århus Universitetshospital, Skejby, tillidsrepræsentant for B3-B4 og suppleant for fællestillidsrepræsentanten.*

## Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære *Ronnie Siegumfeldt Andersen*  
Jeg er ked af, at I på konferencen har fået

det indtryk, at vi i Sundhedskartellet's Forhandlingsudvalg ikke har høje ambitioner.

Lad mig gøre det helt klart: Vi sætter overliggeren højt, når det handler om medlemmernes løn.

Sundhedskartellet's medlemmer har afgørende betydning for patienternes sundhed og sikkerhed. Det skal lønnen selvfølgelig afspejle. Her er der ingen slinger i valsen.

Afsættet for OK08 er vores langsigtede ligelønsstrategi. For at vi kan indfri den, er det nødvendigt, at vi haler ind på de privatansattes løn – i hver overenskomstrunde. Så det går Forhandlingsudvalget benhårdt efter.

Jeg kan også fortælle dig, at jeg arbejder for bedre løn til medlemmerne mange andre steder end ved de traditionelle forhandlingsborde.

Senest har jeg givet både statsministeren og finansministeren den klare opfordring, at Kvalitetsreformen også skal være en ligelønsreform.

Hvis regeringen vil have et sundhedsvæsen i verdensklasse, skal den følge kontant op på de flotte – men alt for uforpligtende – ord om motivation og anerkendelse af medarbejderne.



Fremtidens sundhedsuddannelser og verdens bedste sundhedsvæsen

Konference den 18. juni 2007 i Odense Congress Center  
Tilmelding på [www.sundhedskartellet.dk](http://www.sundhedskartellet.dk)



Sundhedskartellet



Ring efter vor nye brochure!

### Ny Silentia Silver Line

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



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



3-delt mobil gavlskærm

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg  
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012  
E-mail: [info@silentia.se](mailto:info@silentia.se) • [www.silentia.dk](http://www.silentia.dk)



**MEN'S  
HEALTH  
WEEK**

**11. - 17. JUNI 2007**

**Invitation til  
sundhedssektoren:**

## Uddannelse i kommunikation og dialog med mænd

Kurserne er en del af de aktiviteter i Men's Health Week 2007, som finder sted fra den 11. juni til den 17. juni 2007, og som i år arrangeres af Selskab for Mænds Sundhed, Sundhedsstyrelsen og Rigshospitalet, i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd og 3F Fagligt Fælles Forbund.

Der afholdes 3 forskellige kurser på følgende dage kl. 9-16:

- **Tirsdag 12. juni 2007 i København**
- **Onsdag 13. juni 2007 i Kolding**
- **Torsdag 14. juni 2007 i Århus**

Programmet indeholder om formiddagen oplæg om mænds sundhed og sygdomme og mænds sundheds- og sygdomspsykologi. Eftermiddagen byder på valgfrie workshops om bl.a. mænd og seksualitet, mænd i kræftrehabilitering, ældre mænd og depression, mænd med psykiske problemer, samspil mellem mænd og kvinder, mænd og overvægt og mænd som fædre.

**Pris: kr. 700,- + moms pr. dag.**

**Tilmelding: [www.sak-seminarer.dk](http://www.sak-seminarer.dk)**

**- eller ring til [seminarer.dk](http://seminarer.dk) på tlf. 66 15 90 43**

**Se hele programmet på [www.seminarer.dk](http://www.seminarer.dk)  
eller [www.sundmand.dk](http://www.sundmand.dk)**

 **Sundhedsstyrelsen**

 **Rigshospitalet**

 **FAGLIGT FÆLLES FORBUND**



**SMSdk** Selskab for Mænds Sundhed

## Unuanceret fokusering bidrager til stigmatisering

Af Anya Wærum, afdelingssygeplejerske

*Kommentar til artiklen "Alkoholikere mødes af fordomme" i Sygeplejersken nr. 6/2007.*

**U** Artiklen rammer et centralt punkt – om behandlingssystemet i bred forstand. Men en unuanceret fokusering blandt specialisterne bidrager også til en stigmatisering. Her har Alkoholenheden som videnscenter en forpligtelse til at støtte og synliggøre udviklingen på området.

Især når centret har sit daglige virke som tilsynsfunktion på de psykiatriske skadestuer. Er forståelsen og den professionelle tilgang på de psykiatriske skadestuer så ringe, som klinisk oversygeplejerske *Marianne Gunst-Møller* beskriver det, så kan det undre, at dialog og læring ikke vægtes ved de daglige tilsyn. Kritikken kommer bag på mig. I samme nummer af *Sygeplejersken* understøtter en anden artikel, "Alkoholikere kritiserer behandling," påstanden om, at behandlingen af alkoholikere ikke er god nok. Artiklen tager sit udgangspunkt i to sygeplejestuderendes afsluttende opgave. Som afdelingssygeplejerske i Psykiatrisk skadestue på Bispebjerg Hospital bliver jeg ved en opringning inddraget i artiklen. Jeg ville gerne have læst opgaven først eller blot set, hvilke spørgsmål der lå til grund.


Det har jeg fået lejlighed til senere. Fokus i opgaven er de negative aspekter i sygeplejen, nemlig den manglende respekt. Aspekterne er fremhævet bl.a. ved citater, der er udtalt af sygeplejersker fra Havehuset på Bispebjerg Hospital. Et sted, hvor alkoholikere behandles ambulant. Problemet er bare, at Havehuset ikke har eksisteret i seks år.

Fastholdes negative udtalelser på den måde, så fastholdes stigmatiseringen. Holdepunkterne i sådan en opgave må af fagfolk, når det bringes frem i et fagblad, bære præg af den udvikling, der er, ligesom der bør stilles kritiske spørgsmål ved opgavens udsagn. Hvis ikke, kunne artiklerne lige så godt have været skrevet i Ekstra Bladet.

*Anya Wærum Nielsen er ansat på Psykiatrisk skadestue, Bispebjerg Hospital.*

*Indlægget er forkortet af redaktionen. Du kan læse den fulde ordlyd af Anya Wærum's kommentar på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) under artiklen "Alkoholikere mødes af fordomme."*

## Else Schantz

 Sygeplejerske *Else Schantz* døde den 6. april, 74 år gammel, på Anker Fjord Hospice i Hvide Sande. Else Schantz, født i Holstebro, fuldførte i 1954 sin sygeplejerskeuddannelse på Skanderborg Sygehus. Kort efter hun blev færdiguddannet, tog hun til Etiopien for at arbejde som sygeplejerske. Det blev til 15 år i Afrika, hvor hun de første år var leder af et hospital i Debre Tabor, og de sidste år leder af et stort hospital i hovedstaden Addis Abeba.

Efter hjemkomsten fra Afrika var hun en årrække forstanderinde på det daværende Skodsborg Badesanatorium. Under sine ferier fra Afrika i Danmark tog hun både 1. og 2. del på Danmarks Sygeplejerskehøjskole, og hun var en overgang underviser samme sted. Efter tiden i Skodsborg blev hun forstanderinde på Holstebro Sygehus, hvor hun var i 13 år. Hun afrundede sin professionelle karriere med at være leder af hjemmesygeplejen i den daværende Egvad Kommune i Vestjylland.

Selv i sit otium var Else Schantz aktiv som leder af besøgstjenesten i Holstebro. Else Schantz har haft et spændende og indholdsrigt liv, hun var en ildsjæl, som brændte for sygeplejefaget.

*Birgitte Schantz Laursen*



# SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	42
Faglig information >>	42
Testen >>	51
Agenda >>	55
Anmeldelser >>	60
Fem faglige minutter >>	64



## Store krav til kontaktpersonens rolle >> 46

Farveplanche i vurderingen af hæmaturi >> 52

Ingen akut mangel på anæstesisygeplejersker >> 56

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

Det går helt enkelt den forkerte vej. 21 pct. af alle patienter indlagt på psykiatriske afdelinger var ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelser over tvangsforanstaltninger berørt af tvang sidste år. Samtidig er antallet af personer berørt af fikseringer og anden fysisk magtanvendelse steget med 3,2 pct. fra 2004 til 2005.

Det er derfor godt at læse i topartiklen i dette nummer af *Sygeplejersken*, "Store krav til kontaktpersonens rolle" side 46, at man inden for psykiatrisk sygepleje i stadig højere grad anvender skærmning som forebyggelse af voldelige situationer og samtidig arbejder professionelt med den gråzone, der eksisterer mellem skærmning og tvang.

I artiklen findes et kvalificeret bud på kerne i skærmning og vigtigheden af kontaktpersonens kvalifikationer. Desuden fremhæves ikke mindst behovet for en vis professionel ydmyghed i arbejdet med de psykotiske patienter.

En topartikel, der kan bevæge den sygeplejefaglige udvikling inden for psykiatrien et godt skridt fremad, hvor dialogen og relationen ikke trives, hvis magten råder.



*Evy Ravn*

Evy Ravn,  
sygeplejerske,  
fagredaktør.

**Artiklen henvender sig til hjemmesygeplejersker og andre med interesse for utilsigtede hændelser i hjemmeplejen. Den er baseret på en rapport om emnet, og hovedbudskabet er, at hjemmesygeplejersker gerne vil indberette utilsigtede hændelser, hvis bestemte betingelser bliver opfyldt.**

AF MAJBRIIT CHRISTENSEN, SPECIALLÆGE I SAMFUNDSMEDICIN

DSI Institut for Sundhedsvæsen gennemførte i 2006 et pilotprojekt, hvor vi undersøgte patientsikkerheden i to tilfældigt udvalgte hjemmeplejeområder med udgangspunkt i et østdansk og et vestdansk områdekontor.

Baggrunden var, at det i lov om patientsikkerhed, der trådte i kraft den 1. januar 2004, i § 1 stk. 2 er anført, at Indenrigs- og Sundhedsministeriet kan udstrække lovens gyldighedsområde til også at omfatte den primære sundhedssektor. Der er ikke danske undersøgelser, der tidligere har beskæftiget sig med utilsigtede hændelser i hjemmesygeplejen.

Vi gennemgik i alt 600 sygeplejeturnaler, og over en seks måneders periode kunne vi identificere i alt 671 utilsigtede hændelser. Antallet af utilsigtede hændelser varierede fra én til 11 pr. borger i den seks måneders periode (se tabel 1).

Som det ses, er hændelserne hyppigst knyttet til medicineringsprocedurer. Næsthøypigst forekommer faldulykker.

234 (34 pct.) af de utilsigtede hændelser fik konsekvenser i form af iværksættelse af øget hjemmesygepleje, at der blev skabt kontakt til praktiserende læge/vagtlæge, at der indtraf en forandring i patientens tilstand og i nogle tilfælde indlæggelse. På grund af journalføringen i de to områdekontorer var det ikke muligt at identificere, hvilke fag-

>>> TABEL 1. TYPER AF UTILSIGTEDE HÆNDELSER I HJEMMEPLEJEN

	Andel af utilsigtede hændelser	Antal af utilsigtede hændelser
Medicineringsprocedure	35,6 pct.	239
Tryksår	4,9 pct.	33
Sårinfektion	4,2 pct.	28
Urinvejsinfektion	6,9 pct.	46
Infektion via kateter anlagt ved gennembrud af hud	0,1 pct.	1
Fald	30,4 pct.	204
Uheld/ulykke	3,3 pct.	22
Andet	14,6 pct.	98
I alt (n=671)	100,0 pct.	671

Typen og antal af utilsigtede hændelser registreret på to regionale hjemmeplejekontorer i 2006.



# Hjemmesygeplejersker vil gerne indberette utilsigtede hændelser



ARKIVFOTO: SCANPIX

grupper der tegnede sig for de utilsigtede hændelser.

En række fokusgruppinterview med plejepersonalet på de to hjemmesygeplejekon-

torer samt solointerview med lederne viste, at der blandt de interviewede generelt var vilje til at forbedre patientsikkerheden, forbedre dokumentation af plejen og til at ind-

berette til et eventuelt fremtidigt rapporteringssystem for utilsigtede hændelser. De interviewede lagde vægt på læring gennem mønstergenkendelse og hurtig tilbagemelding fra lederen efter indberetning af en utilsigtet hændelse.

Det viste sig i interviewene, at deltagerne ikke var enige om, hvad der var en utilsigtet hændelse, så en af de første opgaver vil blive at opnå konsensus om begrebet. Samtidig anførte personalet, at rapportering vil tage tid fra borgeren, og at der derfor må være faste kriterier for, hvad der skal indberettes.

De utilsigtede hændelser hænger både sammen med borgerens livsform og personalets arbejdsforhold, der jo bestemmes af rammerne i borgerens hjem. Utilsigtede hændelser opstår og forebygges derfor i samspil med borgeren. Et andet forhold, der er forskelligt fra sygehussektoren, er, at personalet arbejder alene og ikke i en akut situation kan konferere med kolleger. Endelig fremhæves det i interviewene, at det er vanskeligt at rekruttere faglært personale til hjemmesygeplejen, og at man ofte må betjene sig af vikarer uden relevant uddannelse.

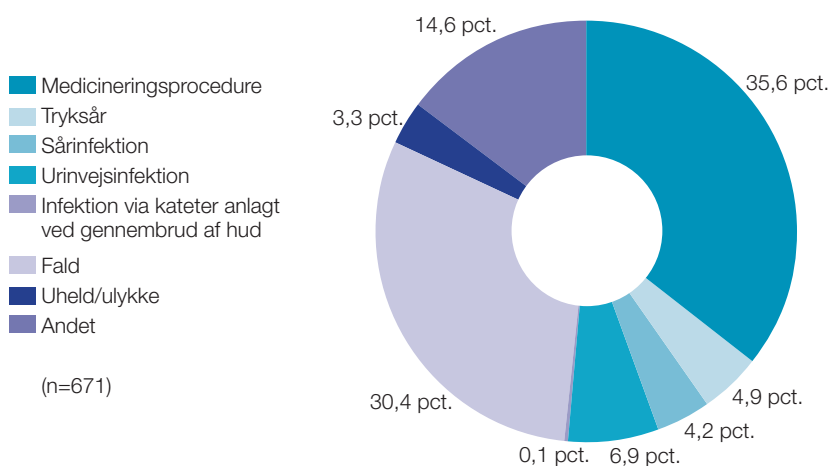
Rapporten afsluttes med nogle anbefalinger:

- Der bør indledes med obligatorisk registrering af højst tre hændelseskategorier (f.eks. medicinering).
- Rapporteringsproceduren skal være enkel.
- Hurtig tilbagemelding til den, der indberetter.

Rapporten "Patientsikkerhed i primærsektoren – rapport fra arbejdsgruppe om utilsigtede hændelser i primærsektoren" kan downloades fra [www.DSI.dk](http://www.DSI.dk)

*Majbritt Christensen er speciallæge i samfundsmedicin og seniorprojektleder i DSI Institut for Sundhedsvæsen, [mc@dsi.dk](mailto:mc@dsi.dk)*

))) ANDEL AF UTILSIGTEDE HÆNDELSE I PCT.





# Sundhedstiltag og folkeskoleelevers dagligdag

AF LENA NOBOA ENGBERG, ANTROPOLOG

Artiklen henvender sig til sundhedsplejersker og sygeplejersker beskæftiget med børn og unge. Hovedbudskabet er, at der mangler et samspil mellem folkeskolens sundhedstiltag og elevernes dagligdag. Artiklen er baseret på forfatterens antropologiske speciale.

Sundhedstiltag i folkeskolen har i dag fokus på selvdisciplin og ansvar for egen sundhed. Det hviler på individet at gøre noget ved det; man skal selv gøre sig sund. I dette studie er undersøgt, om og hvordan sundhedstiltag bruges af folkeskoleelever i deres dagligdag. Undersøgelsen er baseret på observation af undervisning, hvor sundhed indgik, fokusgruppediskussioner, interviews af elever i 8. og 9. klasse samt interviews af lærere og sundhedsplejersker. Det viste sig, at sundhed i sig selv ikke er afgørende for, hvordan eleverne handler. Derimod er samvær, fællesskab, skønhedsideal, hyggespisning og sport som fornøjelse vigtige og står i modsætning til skolens krav om selvdisciplin.

## Pigernes fedmesnak

Idealet om den flotte krop var afgørende for pigernes måde at handle på, ligesom det også var et vigtigt element i pigernes interaktion med hinanden. Pigernes fokus på krop og vægt var derved kun i mindre grad motiveret af en bevidsthed om sundhed.

Pigerne var meget optaget af at snakke om overvægt, men praktiserer ikke nødvendigvis vægtkontrol, selvom de deltager i fedmesnak. Fedmesnak var et middel til at øge hinandens selvfølelse ved at give social støtte. Responset på udsagnet ”jeg er så fed” er en bekræftelse af, at det ikke er så slemt, som det ser ud til. Paradoksalt nok viste undersøgelsen også, at

fedmesnak indebærer et element af selvnedgørelse og bidrager dermed til en negativ selvopfattelse.

## Skolefjerne drenge

En gruppe af skolefjerne drenge slog sundhedsbudskaberne af sig i en generel distancering og afvisning af skolens budskaber. Det var også denne gruppe af drenge, der udviste modstand mod undervisningen i idrætstimerne, og som af andre elever blev betegnet som ”ballademagere.”

”Ballademagerne” samt de skolefjerne indvandrer-drenge anvendte ironi og opposition som en reaktion på skolens opdragende funktion (selvdisciplin). De har med andre ord udviklet en kultur domineret af det private liv, som står i et modsætningsforhold til skolens institutionelle mål.

## Gør det sunde mad sejt

Studiet viste, at det er nødvendigt at relatere oplysning om hensigtsmæssige mad- og motionsvaner til noget, som optager eleverne. Spisning og motion er for pigerne tæt relateret til et skønhedsideal. En udfordring her er at give pigerne et alternativ til Barbie-skønhed og anerkende de forskellige kropsformer, der eksisterer. For mange piger er udseende og følelser omkring kroppen følsomme emner, hvorfor undervisningen med fordel kunne finde sted uden for skolen, f.eks. i en klub, hvor det er muligt at diskutere intime spørgsmål og stille ”dumme spørgsmål” og med eventuel deltagelse af en diætist eller en fitnessinstruktør.

Studiet viste også, at fremtidig sundhedsoplysning bør fjerne fokus på elevens eget ansvar for sundhed og i stedet anerkende, at det er en samfundsmæssig opgave at forebygge overvægt. Dette kunne ske ved i højere grad at inddrage elevernes levkår i sundhedsundervisningen og gennem øget regulering, f.eks. i form af forbud mod salg af usunde produkter på skolen.

At skabe flere og bedre rammer for spisning og fællesskab på skolen kunne også være et middel til at ændre elevernes madpraksis. Det kunne ske gennem etablering af cafélignende kantiner, som samtidig udbød sund moderne mad. Ved at gøre det sunde mad sejt ville også gruppen af skolefjerne drenge lade sig friste af det sunde på skolen.

Lena Noboa Engberg kan kontaktes på [lne@dadlnet.dk](mailto:lne@dadlnet.dk)

Specialet ”Mad og motion: Sundhedstiltag og danske elevers praksis.” Specialerække nr. 411, Institut for Antropologi, Københavns Universitet 2006, kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren eller Københavns Universitet.





ARKIVFOTO: SCAMPX

# KRAM-kontrolgruppe søges

AF HANNE OURØ, SUNDHEDSPLEJERSKE, MPH

**Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med forebyggelse. Den beskriver et konkret projekt og er en opfordring til samarbejde om forebyggelse på områderne kost, rygning, alkohol og motion.**

"Livsstilsteamet" under Sundhedscenter Odsherred er et udviklingsprojekt finansieret af Odsherred Kommune og Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til forsøg med sundhedscentre. Formålet er at udvikle og afprøve effektive metoder til forebyggelse af kroniske sygdomme og rehabilitering af mennesker med disse sygdomme.

Projektet tilbyder en tværfaglig indsats ved diætist, fysioterapeut og sygeplejerske.

Projektet skal arbejde med risikofaktorerne inden for KRAM (kost, rygning, alkohol og motion). Målgruppen er borgere mellem 16 og 75 år med en eller flere risikofaktorer for iskæmisk hjerte-kar-sygdom og diabetes.

Livsstilsteamet er i gang med at udvikle og afprøve tre interventionsmetoder, der har til formål at hjælpe borgerne med at foretage vedvarende livsstilsændringer.

De tre interventionsmetoder er "Sundhedssamtalen," "Livsstilskursus" og "Åbent hus."

*Sundhedssamtalen* er en indledende og afklarende samtale, der tager udgangspunkt i borgerens motivation og ambivalens i forbindelse med vaneændring. Den består af to dele, hvoraf den første del har karakter af en afklarende samtale, og anden del er et sundhedstjek, hvor der tages forskellige effektmål såsom blodtryk, body mass index (BMI), konditionstal osv.

Sundhedssamtalen gentages efter tre måneder og et år.

Spørgeskemaet SF 36 sendes ud forud for alle sundhedssamtaler.

*Livsstilskurset* er et kursusforløb, der strækker sig over otte gange, og her arbejdes der videre med forandring af vaner. De pædagogiske overvejelser bag livsstilskurset tager bl.a. udgangspunkt i psykologen *Albert Banduras* teori om mestringsevne og bygger på en empowermenttankegang, hvor deltagerne er aktive i udformningen af kursusforløbet.

*Åbent hus* er et tilbud, hvor borgerne kan komme uvisiterede og få råd og vejledning i forhold til fastholdelse af livsstilsændringer.

Vi tilbyder i princippet de samme interventioner til kronisk syge patienter, til borgere med risikofaktorer for iskæmiske hjerte-kar-sygdomme samt diabetes. Det fælles fokus for livsstilskurserne er forandring af fasttømrede vaner, om det så gæl-

der rygning, overvægt eller inaktiv levevis.

Der er flere succeskriterier for projektet. Bl.a. skal borgeren opleve en bedring af fysisk og psykisk velbefindende (målt via SF 36). Desuden skal der kunne ses en tendens hen imod de evidensbaserede effektmål som totalt rygeophør, BMI < 25, drikkevaner under Sundhedsstyrelsens anbefalinger, BT < 140/80, bedre kondition (målt via Å-strands etpunktstest eller seksminutterstest), taljemål under 80 cm for kvinder og 94 cm for mænd.

Projektet evalueres af ekstern evaluator. Projektperioden løber indtil den 1. maj 2008, og de foreløbige resultater vedrørende brugertilfredshed og den tværfaglige model forventes at foreligge sidst på sommeren 2007.

Projektet mangler en kontrolgruppe, og vi er derfor meget interesserede i at høre fra nogen, der arbejder med samme målgruppe og indsatser over for KRAM.

Hanne Ourø er projektleder i  
Sundhedscenter Odsherred,  
hanou@odsherred.dk

# Store krav til kontaktpersonens rolle

AF CHARLOTTE SCHMIDT OG JØRGEN BENDSEN, SYGEPLEJERSKER

**Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker med interesse for skærmning og kontaktpersonens rolle i den forbindelse. Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med begreberne. Hovedbudskabet er, at det kan tage lang tid at opnå en relation til en psykiatrisk patient, og at det kræver veluddannede kontaktpersoner at opnå og opretholde denne**

Nogen går over åen efter vand. Andre finder en kilde lige i nærheden. Antagelsen er, at det virker temmelig fjollet at gå over åen efter vand. Men sådan er det ikke med kontakten til psykiatriske patienter. Nogle patienter magter den direkte kontakt til personalet. Andre skal have mere tid og rum. De skal kontaktes via en omvej.

Skærmning anvendes i stigende grad på de psykiatriske afdelinger. Men hvad er kernen i skærmning, hvilke kvalifikationer og kompetencer kræver det af personalet?

Krav til kontaktpersonernes kvalifikationer og kompetencer skal være meget høje. Det kræver specialviden med fokus på det relationelle og kommunikative, som er centrale elementer i skærmning. Kan og vil kontaktpersonen gå over åen efter vand?

## Nøglebegreber skal defineres

Skærmning som metode i den psykiatriske behandling er ikke veldefineret forstået på den måde, at man finder forskellige fortolkninger af begrebet, alt efter hvilket psykiatrisk sygehus man arbejder på.

Skærmning i psykiatrien kan defineres således: "Psykiatrisk skærmning er en intensiv interventionsmetode, der praktiseres i en relation" (1).

Metoden bygger på et frivillighedsprincip, der har til formål at støtte, vejlede og aflede patienten, inden tvang bliver nødvendig.

Der er i Region Nord-samarbejdet (de tidligere Nordjyllands, Århus, Ringkøbing og Viborg Amter) enighed om, at skærmning indeholder tre elementer: *omsorg*, *ansvarsovertagelse* og *kompensation*. Hvert enkelt af disse elementer er defineret som følger:

- *Omsorg* bygger på ligeværdighed og respekt for patienten samt på mindstemiddelsprincippet, det vil sige princippet om at vælge den mindst indgribende intervention først. Målet er egenomsorg.
- *Ansvarsovertagelse* betyder, at man i mere eller mindre grad overtager det ansvar, patienten normalt ville tage for sig selv, når vedkommende ikke selv kan, magter eller evner dette. Målet er autonomi.
- *Kompensation* indebærer hjælp til patienten i forhold til ikke-intakte jeg-funktioner. Målet er, at det ikke længere er nødvendigt at kompensere.

De tre centrale elementer vurderes løbende og kan kun understøttes i en tæt relation mellem patienten og kontaktpersonen.

I forbindelse med skærmning af den svært psykotiske patient, der ikke magter autonomi, er der tale om genuin paternalisme, såfremt personalet handler på patientens vegne og med dennes accept (2). Hvis personalet er nødt til at handle mod patientens vilje for at undgå, at patienten er til fare for sig selv eller andre, er der tale om tvang i henhold til lovgivningen (3).

## Grænsen mellem skærmning og tvang

Kontaktpersonen befinder sig nu og da i situationer, hvor der er behov for at handle på patientens vegne, men hvor det afhænger af patientens accept eller ikke-accept heraf, om interventionen må opfattes som paternalistisk omsorg eller tvang.

Ud over disse problemer er iværksættelse og praktisering af skærmning ikke reguleret i den nuværende lovgivning.

Skærmning kræver som behandlings- og plejetilbud informeret samtykke, da det ellers er en tvangsforanstaltning, der er reguleret af lovgivningen. Denne kan iværksættes uden patientens umiddelbare samtykke (4). Virkeligheden i de psykiatriske afsnit er imidlertid, at der mellem det informerede samtykke og de lovgivningsmæssige tvangsforanstaltninger er en gråzone, hvor det på grund af patientens psykiske tilstand (f.eks. ambivalens) kan være uklart for patienten og kontaktpersonen, om der er givet det helt nødvendige informerede samtykke.

Denne ikke specielt veldefinerede tilstand kræver kontaktpersoner, der har en høj etik og er kendt med de værdier og holdninger, der er vedtaget i afsnittet eller på sygehuset. Det fordrer velkvalificerede kontaktpersoner, der kan vurdere patientens tilstand samt beskrive og reflektere over sine overvejelser i et åbent og trygt arbejdsmiljø. Patienten befinder sig i et retsløst vakuum.

Skærmning af patienten i et psykiatrisk afsnit er langtfra en eksakt videnskab, og dertil kommer, at der er meget lidt forskning på området.

## Kontakt mellem patient og kontaktperson

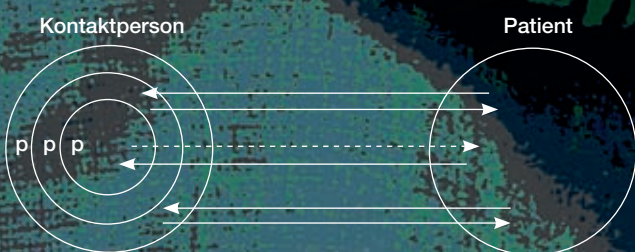
I Region Nord-samarbejdets vejledning om skærmning (1) er en relation defineret som kontakt mellem patient og kontaktperson, dvs. kontaktpersonens vurdering af behov for nærhed og afstand til patienten i forhold til dennes ønsker, tilstand og sikkerhed. Det hedder endvidere, at relationen skal kunne bære konflikter, da patienten kan have opsparet en betydelig mængde vrede og angst. Vejledningen indeholder ikke yderligere in-

"Skærmning af patienten i et psykiatrisk afsnit er langtfra en eksakt videnskab, og dertil kommer, at der er meget lidt forskning på området."





»» FIGUR 1. RELATIONEN MELLEM PATIENT OG KONTAKTPERSON



De tre p'er ved kontaktpersonen henviser til dennes henholdsvis private, personlige og professionelle sfære. Patienten henvender sig til kontaktpersonens tre sfærer. Den professionelle relation er kendetegnet ved, at kontaktpersonen giver tilbage til patienten fra den personlige og professionelle sfære, ikke fra den private.

» formation om eller anvisning på, hvordan denne relation opbygges, vedligeholdes og afvikles. Relationen er dog et helt centralt begreb i skærmning. Det kræver derfor en præcis beskrivelse af, hvad der konkret er i spil, samt – i naturlig forlængelse heraf – en diskussion af de krav, der stilles til det personale, der skal varetage skærmningen.

Relationer er alment menneskelige. Vi kan ikke overleve uden relationer. Vi påvirker og påvirkes. Den psykiatriske patient med skærmningsbehov har ikke evnen til at etablere sociale kontakter og er kendetegnet ved at have en meget diffus holdning til – eller måske direkte afvise etablering af – en relation. En relation til et andet menneske forbindes med smerte for patienten pga. angst for at miste relationen igen. Angsten giver sig til kende i form af paranoia, mistro, vrede, opgivelse eller lignende.

At etablere en relation under sådanne forudsætninger kræver højt specialiserede kommunikationsværktøjer, hvor man professionelt er i stand til at analysere og håndtere mekanismerne i relationen samt patientens forsvarsmekanismer. Patientens forsvar bearbejdes, uden at patienten mister grebet om sig selv. Kontaktpersonen stiller alternativer op, der kompenserer for tabet af forsvaret. Denne kompensation eksternaliseres ved at vise patienten tillid, være nærværende, skabe struktur og forudsigelighed og sætte grænser.

#### Personalet skal kunne bruge sig selv

For at sætte disse værdier i spil kræves specialiseret viden om overføring og modoverføring i den interpersonelle relation. Men grundlaget for at kunne anvende denne viden kræver personale, der kan bruge sig selv aktivt i relationen (se figur 1 side 47).

Figuren illustrerer relationen mellem patient og kontaktperson (5). Kontaktpersonen til venstre indeholder tre per. Inderste lag er det private, det midterste lag det personlige og yderste lag det professionelle. Patienten er illustreret til højre. Pilene indikerer det, der foregår i relationen. Det professionelle og personlige er omdrejningspunktet i det relationelle arbejde. Det private hø-

”Generelt trives dialogen ikke, hvor magten råder.”

rer ikke hjemme her. Men – som det ses – påvirker patienten også kontaktpersonens private sfære, men den stiplede linje viser, at der ikke kommer noget tilbage til patienten herfra. Det transformeres til en del af den personlige involvering, inden det gives tilbage. Det professionelle lag filtrerer og analyserer indtryk fra patienten og udtryk fra det personlige. Det personlige lag beskytter det private mod invasion og forhindrer det private i at komme til udtryk.

De enkelte lag bliver tyndslidte, hvis de ikke holdes ved lige ved hjælp af supervision eller faglig vejledning. Følgen af tyndslidte barrierer er udbrændthed og privatisering af behandling.

Omsat i en skærmningskontekst skal det forstås sådan, at det professionelle lag – og også det filtrerede personlige lag – indgår i relationen til patienten. I det professionelle indgår de teoretiske overvejelser, analyserne og tolkningerne over relationen tilsat det personlige og mellemmenneskelige i forhold til patienten. Sagt på en anden måde vil det professionelle være styrende for relationen, men det filtrerede personlige er det, der styrer og vejleder patienten til ansvarsovertagelse, kompensation og egenomsorg. Kontaktpersonen forholder sig analytisk, systematisk og struktureret til sagen.

#### Invadér ikke patienten

De personlige krav til kontaktpersonen er, at man er bevidst om egne reaktioner, dvs. at kontaktpersonen er bekendt med, hvad der kommer fra hende selv, og hvad der er patientens. Det fordrer, at man som kontaktperson kan være tæt-væk, da kontaktpersonen er i en så tilpas nærhed til patienten, at denne mærker støtte og omsorg uden at blive invaderet. Denne kompetence er kendetegnet ved viden og indsigt i de nævnte relationelle forhold. Kontaktpersonen arbejder selvstændigt i dette virksomhedsfelt, men med en forståelse af det helt nødvendige kollegiale med- og modspil (se boks 1 herunder).

#### Kommunikation et centralt element

Lige så vel som relationen er et centralt element i skærmning, er kommunikation det. Virkeligheden konstrueres i relationen via kommunikation (6).

Generelt trives dialogen ikke, hvor magten råder (7). I den professionelle relation er dialogen asymmetrisk (8), og målet er at fremme patientens integritet og auto-

#### »»» BOKS 1. ET EKSEMPEL PÅ KONTAKTPERSONENS ROLLE OG INDSATS

Stuen er i et syndigt rod med mange medbragte sager. Patienten kan ikke finde ro, henvender sig til flere personalemedlemmer, græder og skælder ud, alt imens han associerer på alt det, han registrerer. Han er tydeligt forpint, da han mener sig offer for et terrorkomplot. Han vil have sin madras på gulvet for at sove, evner ikke at varetage basale behov for væske, mad, hvile og hygiejne. Patienten accepterer at være på sin stue med kontaktpersonens nærhed og opmærksomhed. Kontaktpersonen er til stede, lytter empatisk og rummer patienten, stiller ikke krav, men handler på patientens vegne uden ord. Efter nogen tid er det muligt for patienten at være alene i fem minutter. Det er hele tiden tydeligt, hvem kontaktpersonen er, og hvornår kontaktpersonen er til stede.



nomi ved at minimere magten i relationen. Via målrettet dialog, information og medinddragelse sikrer kontaktpersonen sig kontinuerligt at være på forkant med patientens tilstand, og formålet med samtalen er at vurdere patientens behov for ansvarsovertagelse, kompensation og omsorg samt at fastsætte det dertil hørende skærmningsniveau.

Kommunikationen i relationen er kompleks (se figur 2 herunder). Figuren illustrerer, at der kontinuerligt sendes budskaber mellem personerne, budskaber, der både er digitale (ord, vendinger og sætninger) og analoge (tonefald, stemmeføring, gestik, tavshed, kropsholdning). Hensigten med afsenders budskab er i høj grad i overensstemmelse med det, der reelt udtrykkes, men modtagerens opfattelse er ikke altid identisk hermed. Budskaberne filtreres via personernes perception, der altid er selektiv og under indflydelse af kontekstuelle forhold såsom kultur og livshistorie samt personernes egne tolkninger. Personerne forholder sig til sagen og budskabet ud fra deres perspektiver. Parallelt med at personerne kommunikerer, er personerne i indre dialog med sig selv (digitalt) og i kontakt med egne indre emotioner (analogt).

En faldgrube i kommunikationen er, at budskaberne kan opfattes som kendsgerninger, der ikke står til diskussion. Det stiller krav til kontaktpersonens evne til at metakommunikere med henblik på at opnå tydelighed og kongruens i kommunikationen mellem de sendte og modtagne budskaber.

Udfordringen i psykiatrien er, at der er særlig risiko for fordrejning i kommunikationen mellem kontaktperson og patient, når den psykotiske patients tilstand er præget af vrangforestillinger, hallucinationer og primitive forsvarsmekanismer. Kontaktpersonen skal derfor bevare sit eget perspektiv. Ved vurdering af patientens behov for kompensation, ansvarsovertagelse og omsorg søger kontaktpersonen at forstå patientens indre referenceramme så præcist som muligt via en empatisk, nysgerrig, undersøgende og udforskende tilgang. Det er derfor nødvendigt, at kontaktpersonen magter aktiv lytning med empati og engagement.

Det betyder, at kontaktpersonen evner at sætte sine fordomme i spil. Kontaktpersonen er kontinuerligt i dialog med patienten og ikke mindst med sig selv. Kontaktpersonen bruger sine erkendelser af og bevidsthed om egne fordomme (viden, erfaringer og holdninger)

”I psykiatrisk sygepleje er det kontaktpersonen, der har magten på godt og ondt. Høj grad af bevidsthed om og ydmyghed i forhold til denne magt er strengt nødvendigt.”

konstruktivt, så kontaktpersonens tilgrundliggende antagelser og forståelser nuanceres og evt. forandres. Det er væsentligt, at kontaktpersonen er bevidst om egne tilgrundliggende antagelser i forhold til at bevare sin optagethed af og nysgerrighed på det, patienten udtrykker. Kontaktpersonen sikrer på den måde, at dialogen holdes åben og fokuseret.

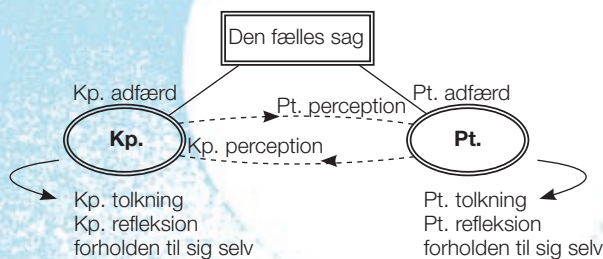
Kontaktpersonen skal arbejde med analyse og fortolkning af egen adfærd og samtidig kunne analysere og fortolke de perciperede signaler fra patienten.

Dette stiller krav til kontaktpersonen om – specielt i kritiske situationer – at tænke metafagligt, hvilket indebærer analytisk, systematisk og struktureret forholden sig til sagen med henblik på at kunne argumentere for, om der er tale om frivillighed, genuin paternalisme eller tvang. I den sammenhæng er det nødvendigt, at patienten hele tiden er medinddraget på den måde, det er muligt i situationen, med henblik på at fremme autonomi og minimere patientens oplevelse af tvang og krænkelse.

**Ydmyghed er en nødvendighed**

I psykiatrisk sygepleje er det kontaktpersonen, der har magten på godt og ondt. Høj grad af bevidsthed om og ydmyghed i forhold til denne magt er strengt nødvendigt. Især i den opkørte og akutte situation, hvor kontaktpersonen står på knivsæggen mellem kyndig og professionel omsorgsfuld brug eller misbrug af denne magt. Det er her afgørende, at viden, erfaring og kompetencer i relation og kommunikation sættes i spil og står deres prøve. Kontaktpersonen skal ved hjælp af kommunikative redskaber skabe en relation til patienten, så skærmmingen opleves tryk og tillidsskabende. »

»»» FIGUR 2. KONTAKTPERSONEN, PATIENTEN OG DEN FÆLLES SAG



Kommunikationsmodellen viser relationerne mellem personerne og den fælles sag, samt personernes perception og refleksion.



» Det er formålet med de gode skærmningsforløb, at patienten opnår så høj grad af autonomi som muligt. Baggrunden for de vellykkede skærmningsforløb er kontaktpersoner, der er meget bevidste om egne evner i det relationelle og kommunikative arbejde. Kontaktpersonerne skal samtidig kontinuerligt deltage i undervisning og supervision med henblik på videreudvikling af færdighederne.

*Charlotte Schmidt er souschef og ansat på  
Aalborg Psykiatriske Sygehus,  
nygaard\_schmidt@hotmail.com*

#### >>> ENGLISH ABSTRACT

Schmidt C, Bendsen J. Role of contact person an enormous responsibility. Sygeplejersken 2007;(10):46-50.

Admission of a psychiatric patient to a secure ward requires his or her voluntary consent, since such admissions are not regulated by legislation. The article highlights how vital it is that staff treating psychiatric patients are well trained in communication and patient relations. A good relationship with a patient makes it possible to analyse and interpret the patient's condition, as well as to deal with his or her defence mechanisms. Proper communication enables staff to deliberately work on different aspects of the dialogue so as to minimise conflict and the use of compulsion. Together, knowledge and practical experience of relationships and communication constitute the fulcrum of successful admission to secure wards of psychiatric patients with a view to re-establishing the patients' autonomy.

Key words: Secure wards, contact person, relationship, communication, psychiatry.

*Jørgen Bendsen er freelance sygeplejerske og  
sundhedsinformatiker (MI)  
mjsj@privat.dk*

#### Litteratur


1. Kielberg P, Jensen A. Projekt skærmning i Region Nord. Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Viborg Amt og Århus Amt; 2003.
2. Hansen M, Højmann Larsen B. Sygeplejevidenskab – teori og metode. København: Nyt Nordisk Forlag; 1999.
3. Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. LBK nr 849 af 02/12/1998.
4. Mørch Jensen H, Day Poulsen H. Ekstralegale tvangsforanstaltninger i psykiatrien – et patientperspektiv. Ugeskrift for Læger. 168/6; 2006.
5. Falk S. Metoder og teori i miljøterapeutisk arbejde i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Psykiatrien i Nordjyllands Amt; 2004.
6. Haslebo G. Relationer i organisationer. En verden til forskel. København: Dansk psykologisk Forlag; 2006.
7. Ahlgren IM. (ed.) Kommunikationsspor i pædagogik. Socialpædagogiske tekster. København: Socialpædagogisk højskole; 1993.
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 1. utgave. Oslo: Gyldendal; 1997.
9. Alrø H. Organisationsudvikling gennem dialog. Aalborg: Aalborg universitetsforlag og institut for kommunikation; 2000.



**VIL DU ARBEJDE MED  
MENNESKER OG TRO?**

**Kirkefaglig Videreuddannelse.dk**  
Diakonissestiftelsens sognemedhjælperuddannelse  
SU-berettiget uddannelse • Tlf. 38 38 41 20

**Brug for et kompetenceløft og en udvidelse af dit netværk?**



**MPP MASTER OF PUBLIC POLICY**  
– en forskningsbaseret videre- og efteruddannelse

Udover public policy kan du nu specialisere dig i Socialt Arbejde eller Migration og Integration.  
Nyt program for 2008-2009  
Ansøgningsfrist 1. november 2007

Roskilde Universitetscenter  
Institut for Samfund og Globalisering  
Tlf: 4674 2597  
E-mail: mpp@ruc.dk  
www.ruc.dk/mpp

»» **TESTEN**



**Temaet er krop, sygdom og seksualitet, test dig selv eller din kollega**

- 1** *Er der sammenhæng mellem rejsningsevnen hos manden og brugen af medicin til behandling af lungesygdomme?*
  - a. Nej, de præparater, der hyppigt anvendes, har ingen indvirkning på evnen til at få rejsning.
  - b. Ja, binyrebarkhormoner og blodtrykssænkende midler virker hæmmende.
  
- 2** *Bør sygeplejersken altid spørge til seksualitet og parforhold, når patienten er alvorligt syg?*
  - a. Ja, det er vigtigt at signalere åbenhed om emnet.
  - b. Nej, undersøgelser viser, at patienten altid vil bringe emnet op, hvis han/hun synes, det er vigtigt.
  
- 3** *Undgår sygeplejersker at tale med patienterne om deres seksualitet, fordi*
  - a. De frygter at krænke patienternes blufærdighed?
  - b. De ikke har tid, kompetence og ressourcer?
  
- 4** *Findes der en model, der viser, hvilket niveau sygeplejersken kan indlede en samtale om seksualitet på?*
  - a. Nej, det ødelægger dialogen, hvis den type samtaler sættes ind i en model.
  - b. Ja, det gør der.
  
- 5** *Patienter med anden etnisk baggrund frembyder ofte andre seksuelle problemstillinger end danske patienter?*
  - a. Nej, det er de samme problemer, de to grupper nævner.
  - b. Ja. Patienter med indvandrerbaggrund klager ofte over problemer af meget mekanisk og somatisk karakter.
  
- 6** *Er kvindelige hjertepatienter mindre afklarede om deres seksualitet end mandlige medpatienter?*
  - a. Nej, tværtimod, et halvt år efter sygdommens debut har kvinderne et godt sexliv trods hjertesygdom.
  - b. Ja, det er de.

Se svarene på TESTEN side 55.

**Livsmod, Livsglæde og Eksistens**

Et kursusforløb, der henvender sig til alle med interesse i personlig og faglig udvikling.

Der arbejdes respektfuldt med den enkelte deltagers livskvalitet, ønsker og mål. Dermed øges handlekraft og livsglæde i hverdagen.

Kursuslederne er universitetsuddannede psykologer og psykoterapeuter med 15 års erfaring i at afholde kurser. Vi arbejder med coaching samt ud fra moderne gestalt-terapeutiske og kognitive metoder.

Kurset er et selvstændigt forløb og samtidig adgangsgivende til vores terapeutiske efteruddannelse.

**Kursusstart og slutning:** 04 oktober 2007  
**Omfang:** 3 x 3 døgn samt 2 x 1 døgn  
**Pris:** 8.500,- (7.225 til privatpersoner)



**ESSENS**  
 Få det bedste ud af dit liv



Lilian Tarp 86 85 60 90 • Michael Fitzgerald 86 23 23 91 • www.ikg.dk

**Uddannelser på Sundheds CVU Nordjylland**

**Komplementær terapi – Alternativ behandling.** Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 5. november - 14. december 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**Udvikling af professionspraksis i relation til patienter med kroniske lidelser** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**Hjælpemiddelformidling, kompenserende foranstaltninger og tilgængelighed** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 3. september - 12. oktober. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000

**Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis** – Valgmodul til alle SD. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**MR-scanning** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 10.000.

Yderligere oplysninger og tilmelding til Viden- og udviklingscentret, Selma Lagerlöfs Vej 2, 9220 Aalborg Øst. Tlf: 96 33 14 35. Mail: videnogudviklingscentret@scvun.dk

Læs mere på [www.scvun.dk](http://www.scvun.dk)



Viden- & udviklingscentret

Sundheds CVU Nordjylland  
 University College

# Store krav til kontaktpersonens rolle

AF CHARLOTTE SCHMIDT OG JØRGEN BENDSEN, SYGEPLEJERSKER

**Artiklen henvender sig til psykiatriske sygeplejersker med interesse for skærmning og kontaktpersonens rolle i den forbindelse. Artiklen er baseret på forfatterens arbejde med begreberne. Hovedbudskabet er, at det kan tage lang tid at opnå en relation til en psykiatrisk patient, og at det kræver veluddannede kontaktpersoner at opnå og opretholde denne**

Nogen går over åen efter vand. Andre finder en kilde lige i nærheden. Antagelsen er, at det virker temmelig fjollet at gå over åen efter vand. Men sådan er det ikke med kontakten til psykiatriske patienter. Nogle patienter magter den direkte kontakt til personalet. Andre skal have mere tid og rum. De skal kontaktes via en omvej.

Skærmning anvendes i stigende grad på de psykiatriske afdelinger. Men hvad er kernen i skærmning, hvilke kvalifikationer og kompetencer kræver det af personalet?

Krav til kontaktpersonernes kvalifikationer og kompetencer skal være meget høje. Det kræver specialviden med fokus på det relationelle og kommunikative, som er centrale elementer i skærmning. Kan og vil kontaktpersonen gå over åen efter vand?

## Nøglebegreber skal defineres

Skærmning som metode i den psykiatriske behandling er ikke veldefineret forstået på den måde, at man finder forskellige fortolkninger af begrebet, alt efter hvilket psykiatrisk sygehus man arbejder på.

Skærmning i psykiatrien kan defineres således: "Psykiatrisk skærmning er en intensiv interventionsmetode, der praktiseres i en relation" (1).

Metoden bygger på et frivillighedsprincip, der har til formål at støtte, vejlede og aflede patienten, inden tvang bliver nødvendig.

Der er i Region Nord-samarbejdet (de tidligere Nordjyllands, Århus, Ringkøbing og Viborg Amter) enighed om, at skærmning indeholder tre elementer: *omsorg*, *ansvarsovertagelse* og *kompensation*. Hvert enkelt af disse elementer er defineret som følger:

- *Omsorg* bygger på ligeværdighed og respekt for patienten samt på mindstemiddelsprincippet, det vil sige princippet om at vælge den mindst indgribende intervention først. Målet er egenomsorg.
- *Ansvarsovertagelse* betyder, at man i mere eller mindre grad overtager det ansvar, patienten normalt ville tage for sig selv, når vedkommende ikke selv kan, magter eller evner dette. Målet er autonomi.
- *Kompensation* indebærer hjælp til patienten i forhold til ikke-intakte jeg-funktioner. Målet er, at det ikke længere er nødvendigt at kompensere.

De tre centrale elementer vurderes løbende og kan kun understøttes i en tæt relation mellem patienten og kontaktpersonen.

I forbindelse med skærmning af den svært psykotiske patient, der ikke magter autonomi, er der tale om genuin paternalisme, såfremt personalet handler på patientens vegne og med dennes accept (2). Hvis personalet er nødt til at handle mod patientens vilje for at undgå, at patienten er til fare for sig selv eller andre, er der tale om tvang i henhold til lovgivningen (3).

## Grænsen mellem skærmning og tvang

Kontaktpersonen befinder sig nu og da i situationer, hvor der er behov for at handle på patientens vegne, men hvor det afhænger af patientens accept eller ikke-accept heraf, om interventionen må opfattes som paternalistisk omsorg eller tvang.

Ud over disse problemer er iværksættelse og praktisering af skærmning ikke reguleret i den nuværende lovgivning.

Skærmning kræver som behandlings- og plejetilbud informeret samtykke, da det ellers er en tvangsforanstaltning, der er reguleret af lovgivningen. Denne kan iværksættes uden patientens umiddelbare samtykke (4). Virkeligheden i de psykiatriske afsnit er imidlertid, at der mellem det informerede samtykke og de lovgivningsmæssige tvangsforanstaltninger er en gråzone, hvor det på grund af patientens psykiske tilstand (f.eks. ambivalens) kan være uklart for patienten og kontaktpersonen, om der er givet det helt nødvendige informerede samtykke.

Denne ikke specielt veldefinerede tilstand kræver kontaktpersoner, der har en høj etik og er kendt med de værdier og holdninger, der er vedtaget i afsnittet eller på sygehuset. Det fordrer velkvalificerede kontaktpersoner, der kan vurdere patientens tilstand samt beskrive og reflektere over sine overvejelser i et åbent og trygt arbejdsmiljø. Patienten befinder sig i et retsløst vakuum.

Skærmning af patienten i et psykiatrisk afsnit er langtfra en eksakt videnskab, og dertil kommer, at der er meget lidt forskning på området.

## Kontakt mellem patient og kontaktperson

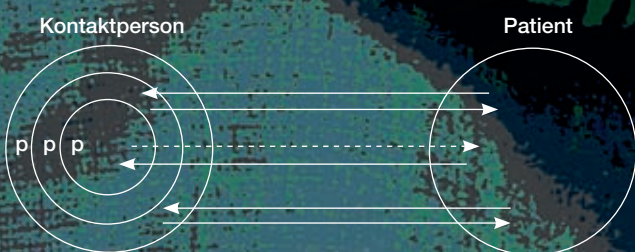
I Region Nord-samarbejdets vejledning om skærmning (1) er en relation defineret som kontakt mellem patient og kontaktperson, dvs. kontaktpersonens vurdering af behov for nærhed og afstand til patienten i forhold til dennes ønsker, tilstand og sikkerhed. Det hedder endvidere, at relationen skal kunne bære konflikter, da patienten kan have opsparet en betydelig mængde vrede og angst. Vejledningen indeholder ikke yderligere in-

"Skærmning af patienten i et psykiatrisk afsnit er langtfra en eksakt videnskab, og dertil kommer, at der er meget lidt forskning på området."





»» FIGUR 1. RELATIONEN MELLEM PATIENT OG KONTAKTPERSON



De tre p'er ved kontaktpersonen henviser til dennes henholdsvis private, personlige og professionelle sfære. Patienten henvender sig til kontaktpersonens tre sfærer. Den professionelle relation er kendetegnet ved, at kontaktpersonen giver tilbage til patienten fra den personlige og professionelle sfære, ikke fra den private.

» formation om eller anvisning på, hvordan denne relation opbygges, vedligeholdes og afvikles. Relationen er dog et helt centralt begreb i skærmning. Det kræver derfor en præcis beskrivelse af, hvad der konkret er i spil, samt – i naturlig forlængelse heraf – en diskussion af de krav, der stilles til det personale, der skal varetage skærmningen.

Relationer er alment menneskelige. Vi kan ikke overleve uden relationer. Vi påvirker og påvirkes. Den psykiatiske patient med skærmningsbehov har ikke evnen til at etablere sociale kontakter og er kendetegnet ved at have en meget diffus holdning til – eller måske direkte afvise etablering af – en relation. En relation til et andet menneske forbindes med smerte for patienten pga. angst for at miste relationen igen. Angsten giver sig til kende i form af paranoia, mistro, vrede, opgivelse eller lignende.

At etablere en relation under sådanne forudsætninger kræver højt specialiserede kommunikationsværktøjer, hvor man professionelt er i stand til at analysere og håndtere mekanismerne i relationen samt patientens forsvarsmekanismer. Patientens forsvar bearbejdes, uden at patienten mister grebet om sig selv. Kontaktpersonen stiller alternativer op, der kompenserer for tabet af forsvaret. Denne kompensation eksternaliseres ved at vise patienten tillid, være nærværende, skabe struktur og forudsigelighed og sætte grænser.

#### Personalet skal kunne bruge sig selv

For at sætte disse værdier i spil kræves specialiseret viden om overføring og modoverføring i den interpersonelle relation. Men grundlaget for at kunne anvende denne viden kræver personale, der kan bruge sig selv aktivt i relationen (se figur 1 side 47).

Figuren illustrerer relationen mellem patient og kontaktperson (5). Kontaktpersonen til venstre indeholder tre per. Inderste lag er det private, det midterste lag det personlige og yderste lag det professionelle. Patienten er illustreret til højre. Pilene indikerer det, der foregår i relationen. Det professionelle og personlige er omdrejningspunktet i det relationelle arbejde. Det private hø-

”Generelt trives dialogen ikke, hvor magten råder.”

rer ikke hjemme her. Men – som det ses – påvirker patienten også kontaktpersonens private sfære, men den stiplede linje viser, at der ikke kommer noget tilbage til patienten herfra. Det transformeres til en del af den personlige involvering, inden det gives tilbage. Det professionelle lag filtrerer og analyserer indtryk fra patienten og udtryk fra det personlige. Det personlige lag beskytter det private mod invasion og forhindrer det private i at komme til udtryk.

De enkelte lag bliver tyndslidte, hvis de ikke holdes ved lige ved hjælp af supervision eller faglig vejledning. Følgen af tyndslidte barrierer er udbrændthed og privatisering af behandling.

Omsat i en skærmningskontekst skal det forstås sådan, at det professionelle lag – og også det filtrerede personlige lag – indgår i relationen til patienten. I det professionelle indgår de teoretiske overvejelser, analyserne og tolkningerne over relationen tilsat det personlige og mellemmenneskelige i forhold til patienten. Sagt på en anden måde vil det professionelle være styrende for relationen, men det filtrerede personlige er det, der styrer og vejleder patienten til ansvarsovertagelse, kompensation og egenomsorg. Kontaktpersonen forholder sig analytisk, systematisk og struktureret til sagen.

#### Invadér ikke patienten

De personlige krav til kontaktpersonen er, at man er bevidst om egne reaktioner, dvs. at kontaktpersonen er bekendt med, hvad der kommer fra hende selv, og hvad der er patientens. Det fordrer, at man som kontaktperson kan være tæt-væk, da kontaktpersonen er i en så tilpas nærhed til patienten, at denne mærker støtte og omsorg uden at blive invaderet. Denne kompetence er kendetegnet ved viden og indsigt i de nævnte relationelle forhold. Kontaktpersonen arbejder selvstændigt i dette virksomhedsfelt, men med en forståelse af det helt nødvendige kollegiale med- og modspil (se boks 1 herunder).

#### Kommunikation et centralt element

Lige så vel som relationen er et centralt element i skærmning, er kommunikation det. Virkeligheden konstrueres i relationen via kommunikation (6).

Generelt trives dialogen ikke, hvor magten råder (7). I den professionelle relation er dialogen asymmetrisk (8), og målet er at fremme patientens integritet og auto-

#### »»» BOKS 1. ET EKSEMPEL PÅ KONTAKTPERSONENS ROLLE OG INDSATS

Stuen er i et syndigt rod med mange medbragte sager. Patienten kan ikke finde ro, henvender sig til flere personalemedlemmer, græder og skælder ud, alt imens han associerer på alt det, han registrerer. Han er tydeligt forpint, da han mener sig offer for et terrorkomplot. Han vil have sin madras på gulvet for at sove, evner ikke at varetage basale behov for væske, mad, hvile og hygiejne. Patienten accepterer at være på sin stue med kontaktpersonens nærhed og opmærksomhed. Kontaktpersonen er til stede, lytter empatisk og rummer patienten, stiller ikke krav, men handler på patientens vegne uden ord. Efter nogen tid er det muligt for patienten at være alene i fem minutter. Det er hele tiden tydeligt, hvem kontaktpersonen er, og hvornår kontaktpersonen er til stede.



nomi ved at minimere magten i relationen. Via målrettet dialog, information og medinddragelse sikrer kontaktpersonen sig kontinuerligt at være på forkant med patientens tilstand, og formålet med samtalen er at vurdere patientens behov for ansvarsovertagelse, kompensation og omsorg samt at fastsætte det dertil hørende skærmningsniveau.

Kommunikationen i relationen er kompleks (se figur 2 herunder). Figuren illustrerer, at der kontinuerligt sendes budskaber mellem personerne, budskaber, der både er digitale (ord, vendinger og sætninger) og analoge (tonefald, stemmeføring, gestik, tavshed, kropsholdning). Hensigten med afsenders budskab er i høj grad i overensstemmelse med det, der reelt udtrykkes, men modtagerens opfattelse er ikke altid identisk hermed. Budskaberne filtreres via personernes perception, der altid er selektiv og under indflydelse af kontekstuelle forhold såsom kultur og livshistorie samt personernes egne tolkninger. Personerne forholder sig til sagen og budskabet ud fra deres perspektiver. Parallelt med at personerne kommunikerer, er personerne i indre dialog med sig selv (digitalt) og i kontakt med egne indre emotioner (analogt).

En faldgrube i kommunikationen er, at budskaberne kan opfattes som kendsgerninger, der ikke står til diskussion. Det stiller krav til kontaktpersonens evne til at metakommunikere med henblik på at opnå tydelighed og kongruens i kommunikationen mellem de sendte og modtagne budskaber.

Udfordringen i psykiatrien er, at der er særlig risiko for fordrejning i kommunikationen mellem kontaktperson og patient, når den psykotiske patients tilstand er præget af vrangforestillinger, hallucinationer og primitive forsvarsmekanismer. Kontaktpersonen skal derfor bevare sit eget perspektiv. Ved vurdering af patientens behov for kompensation, ansvarsovertagelse og omsorg søger kontaktpersonen at forstå patientens indre referenceramme så præcist som muligt via en empatisk, nysgerrig, undersøgende og udforskende tilgang. Det er derfor nødvendigt, at kontaktpersonen magter aktiv lytning med empati og engagement.

Det betyder, at kontaktpersonen evner at sætte sine fordomme i spil. Kontaktpersonen er kontinuerligt i dialog med patienten og ikke mindst med sig selv. Kontaktpersonen bruger sine erkendelser af og bevidsthed om egne fordomme (viden, erfaringer og holdninger)

”I psykiatrisk sygepleje er det kontaktpersonen, der har magten på godt og ondt. Høj grad af bevidsthed om og ydmyghed i forhold til denne magt er strengt nødvendigt.”

konstruktivt, så kontaktpersonens tilgrundliggende antagelser og forståelser nuanceres og evt. forandres. Det er væsentligt, at kontaktpersonen er bevidst om egne tilgrundliggende antagelser i forhold til at bevare sin optagethed af og nysgerrighed på det, patienten udtrykker. Kontaktpersonen sikrer på den måde, at dialogen holdes åben og fokuseret.

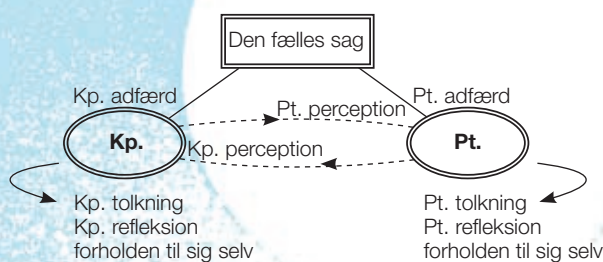
Kontaktpersonen skal arbejde med analyse og fortolkning af egen adfærd og samtidig kunne analysere og fortolke de perciperede signaler fra patienten.

Dette stiller krav til kontaktpersonen om – specielt i kritiske situationer – at tænke metaforligt, hvilket indebærer analytisk, systematisk og struktureret forholden sig til sagen med henblik på at kunne argumentere for, om der er tale om frivillighed, genuin paternalisme eller tvang. I den sammenhæng er det nødvendigt, at patienten hele tiden er medinddraget på den måde, det er muligt i situationen, med henblik på at fremme autonomi og minimere patientens oplevelse af tvang og krænkelse.

**Ydmyghed er en nødvendighed**

I psykiatrisk sygepleje er det kontaktpersonen, der har magten på godt og ondt. Høj grad af bevidsthed om og ydmyghed i forhold til denne magt er strengt nødvendigt. Især i den opkørte og akutte situation, hvor kontaktpersonen står på knivsæggen mellem kyndig og professionel omsorgsfuld brug eller misbrug af denne magt. Det er her afgørende, at viden, erfaring og kompetencer i relation og kommunikation sættes i spil og står deres prøve. Kontaktpersonen skal ved hjælp af kommunikative redskaber skabe en relation til patienten, så skærmmingen opleves tryk og tillidsskabende. »

»»» FIGUR 2. KONTAKTPERSONEN, PATIENTEN OG DEN FÆLLES SAG



Kommunikationsmodellen viser relationerne mellem personerne og den fælles sag, samt personernes perception og refleksion.



» Det er formålet med de gode skærmningsforløb, at patienten opnår så høj grad af autonomi som muligt. Baggrunden for de vellykkede skærmningsforløb er kontaktpersoner, der er meget bevidste om egne evner i det relationelle og kommunikative arbejde. Kontaktpersonerne skal samtidig kontinuerligt deltage i undervisning og supervision med henblik på videreudvikling af færdighederne.

*Charlotte Schmidt er souschef og ansat på  
Aalborg Psykiatriske Sygehus,  
nygaard\_schmidt@hotmail.com*

#### >>> ENGLISH ABSTRACT

Schmidt C, Bendsen J. Role of contact person an enormous responsibility. Sygeplejersken 2007;(10):46-50.

Admission of a psychiatric patient to a secure ward requires his or her voluntary consent, since such admissions are not regulated by legislation. The article highlights how vital it is that staff treating psychiatric patients are well trained in communication and patient relations. A good relationship with a patient makes it possible to analyse and interpret the patient's condition, as well as to deal with his or her defence mechanisms. Proper communication enables staff to deliberately work on different aspects of the dialogue so as to minimise conflict and the use of compulsion. Together, knowledge and practical experience of relationships and communication constitute the fulcrum of successful admission to secure wards of psychiatric patients with a view to re-establishing the patients' autonomy.

Key words: Secure wards, contact person, relationship, communication, psychiatry.

*Jørgen Bendsen er freelance sygeplejerske og  
sundhedsinformatiker (MI)  
mjsj@privat.dk*

#### Litteratur


1. Kielberg P, Jensen A. Projekt skærmming i Region Nord. Nordjyllands Amt, Ringkøbing Amt, Viborg Amt og Århus Amt; 2003.
2. Hansen M, Højmann Larsen B. Sygeplejevidenskab – teori og metode. København: Nyt Nordisk Forlag; 1999.
3. Bekendtgørelse af lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. LBK nr 849 af 02/12/1998.
4. Mørch Jensen H, Day Poulsen H. Ekstralegale tvangsforanstaltninger i psykiatrien – et patientperspektiv. Ugeskrift for Læger. 168/6; 2006.
5. Falk S. Metoder og teori i miljøterapeutisk arbejde i Børne- og Ungdomspsykiatrien. Psykiatrien i Nordjyllands Amt; 2004.
6. Haslebo G. Relationer i organisationer. En verden til forskel. København: Dansk psykologisk Forlag; 2006.
7. Ahlgren IM. (ed.) Kommunikationsspor i pædagogik. Socialpædagogiske tekster. København: Socialpædagogisk højskole; 1993.
8. Eide H, Eide T. Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk. 1. utgave. Oslo: Gyldendal; 1997.
9. Alrø H. Organisationsudvikling gennem dialog. Aalborg: Aalborg universitetsforlag og institut for kommunikation; 2000.



**VIL DU ARBEJDE MED  
MENNESKER OG TRO?**

**Kirkefaglig Videreuddannelse.dk**  
Diakonissestiftelsens sognemedhjælperuddannelse  
SU-berettiget uddannelse • Tlf. 38 38 41 20

**Brug for et kompetenceløft og en udvidelse af dit netværk?**



**MPP MASTER OF PUBLIC POLICY**  
– en forskningsbaseret videre- og efteruddannelse

Udover public policy kan du nu specialisere dig i Socialt Arbejde eller Migration og Integration.  
Nyt program for 2008-2009  
Ansøgningsfrist 1. november 2007

Roskilde Universitetscenter  
Institut for Samfund og Globalisering  
Tlf: 4674 2597  
E-mail: mpp@ruc.dk  
www.ruc.dk/mpp

»»» **TESTEN**



**Temaet er krop, sygdom og seksualitet, test dig selv eller din kollega**

- 1** *Er der sammenhæng mellem rejsningsevnen hos manden og brugen af medicin til behandling af lungesygdomme?*
  - a. Nej, de præparater, der hyppigt anvendes, har ingen indvirkning på evnen til at få rejsning.
  - b. Ja, binyrebarkhormoner og blodtrykssænkende midler virker hæmmende.
  
- 2** *Bør sygeplejersken altid spørge til seksualitet og parforhold, når patienten er alvorligt syg?*
  - a. Ja, det er vigtigt at signalere åbenhed om emnet.
  - b. Nej, undersøgelser viser, at patienten altid vil bringe emnet op, hvis han/hun synes, det er vigtigt.
  
- 3** *Undgår sygeplejersker at tale med patienterne om deres seksualitet, fordi*
  - a. De frygter at krænke patienternes blufærdighed?
  - b. De ikke har tid, kompetence og ressourcer?
  
- 4** *Findes der en model, der viser, hvilket niveau sygeplejersken kan indlede en samtale om seksualitet på?*
  - a. Nej, det ødelægger dialogen, hvis den type samtaler sættes ind i en model.
  - b. Ja, det gør der.
  
- 5** *Patienter med anden etnisk baggrund frembyder ofte andre seksuelle problemstillinger end danske patienter?*
  - a. Nej, det er de samme problemer, de to grupper nævner.
  - b. Ja. Patienter med indvandrerbaggrund klager ofte over problemer af meget mekanisk og somatisk karakter.
  
- 6** *Er kvindelige hjertepatienter mindre afklarede om deres seksualitet end mandlige medpatienter?*
  - a. Nej, tværtimod, et halvt år efter sygdommens debut har kvinderne et godt sexliv trods hjertesygdom.
  - b. Ja, det er de.

Se svarene på TESTEN side 55.

**Livsmod, Livsglæde og Eksistens**

Et kursusforløb, der henvender sig til alle med interesse i personlig og faglig udvikling.

Der arbejdes respektfuldt med den enkelte deltagers livskvalitet, ønsker og mål. Dermed øges handlekraft og livsglæde i hverdagen.

Kursuslederne er universitetsuddannede psykologer og psykoterapeuter med 15 års erfaring i at afholde kurser. Vi arbejder med coaching samt ud fra moderne gestalt-terapeutiske og kognitive metoder.

Kurset er et selvstændigt forløb og samtidig adgangsgivende til vores terapeutiske efteruddannelse.

**Kursusstart og slutning:** 04 oktober 2007  
**Omfang:** 3 x 3 døgn samt 2 x 1 døgn  
**Pris:** 8.500,- (7.225 til privatpersoner)



**ESSENS**  
 Få det bedste ud af dit liv



Lilian Tarp 86 85 60 90 • Michael Fitzgerald 86 23 23 91 • www.ikg.dk

**Uddannelser på Sundheds CVU Nordjylland**

**Komplementær terapi – Alternativ behandling.** Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 5. november - 14. december 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**Udvikling af professionspraksis i relation til patienter med kroniske lidelser** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**Hjælpemiddelformidling, kompenserende foranstaltninger og tilgængelighed** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 3. september - 12. oktober. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000

**Udviklingsbaseret og forskningsorienteret praksis** – Valgmodul til alle SD. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 8.000.

**MR-scanning** – Valgmodul til SD i Professionspraksis. Den 22. oktober - 30. november 2007. Tilmeldingsfrist den 18. juni 2007. Pris kr. 10.000.

Yderligere oplysninger og tilmelding til Viden- og udviklingscentret, Selma Lagerlöfs Vej 2, 9220 Aalborg Øst. Tlf: 96 33 14 35. Mail: videnogudviklingscentret@scvun.dk

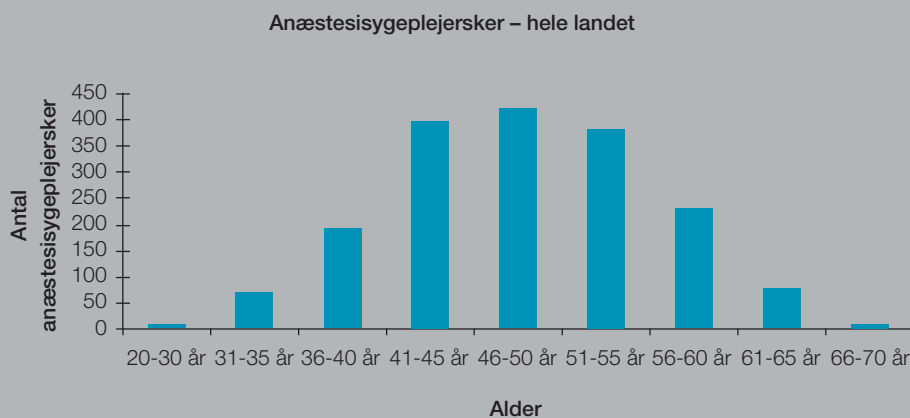
Læs mere på [www.scvun.dk](http://www.scvun.dk)



Viden- & udviklingscentret

Sundheds CVU Nordjylland  
 University College

►►► FIGUR 1. ANÆSTESISYGEPLEJERSKER – HELE LANDET



Anæstesisygeplejersker fordelt på aldersgrupper.



# Ingen akut mangel på

AF ANNE SVENDSEN, INTENSIVSYGEPLEJERSKE • FOTO: KIM EMLINGTON DARLING

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker og beslutningstagere, der er interesseret i at følge variationen i antallet af aktive anæstesisygeplejersker. Hovedbudskabet er, at uddannelseskapa- citeten modsvarer afgang på grund af alder. Alligevel mang- ler halvdelen af amterne anæstesisy- geplejersker. Artiklen er baseret på en kort- lægning af området.**

Anæstesisygeplejersken er en gråhåret dame, og hun skal snart pensioneres. Sådan var den generelle forestil- ling, da Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Op- vågningssygeplejersker (FSAIO) i 2005 gennemførte en undersøgelse med titlen ”Anæstesisygeplejersken går på pension – Fup eller Fakta?” (se boks 1 side 58).

Vi vidste samtidig, at behovet for anæstesisygeplejer- sker ikke vil blive mindre i fremtiden, fordi nye aktivite- ter som f.eks. præhospital behandling og akutbiler sammen med flere operationer og dermed flere anæste- sier vil øge det (1,2,3,4).

Formålet var at undersøge:

- hvor mange anæstesisygeplejersker, der på undersø- gelsestidspunktet var beskæftiget med anæstesi i Danmark
- om der vil opstå problemer med at rekruttere special- uddannede anæstesisygeplejersker, når man ser på anæstesisygeplejerskernes nuværende aldersfordeling og den nuværende uddannelseskapa- citet pr. år.

## Metode

For at kunne belyse problemstillingen er der benyttet to metoder. Dels har vi i samarbejde med de amtslige ar- bejdsgrupper under FSAIO gennemført en registrering af antallet af anæstesisygeplejersker og deres alder, dels har vi gennemført en spørgeskemaundersøgelse.

Første del af undersøgelsen var en optælling af anæ- stesisygeplejersker foretaget i samarbejde med de amts- lige arbejdsgrupper. Indsamlingen af data forløb fra

foråret 2005 til efteråret 2005. En undtagelse herfra er data for det tidligere Københavns Amt og HS, hvor der er benyttet data fra en tilsvarende undersøgelse fra 2003, fordi det var vanskeligt at finde lokale kontaktpersoner, som ville deltage i dataindsamlingen. Samti- dig skønnede vi, at det ikke ville påvirke undersøgelsens resultat.

Data fra København og HS var opgjort i intervaller på et år. Disse data er fremskrevet, så de kan sammen- lignedes med de data, der er indsamlet i 2005. Antallet af sygeplejersker er opgjort i femårsintervaller. Optællin- gen har fokuseret på personer, ikke ansættelsesbrøker, normeringer eller lønkroner.

Antallet af anæstesisygeplejersker er gjort op og fremskrevet hhv. fem og 10 år.

## Spørgeskemaundersøgelsen

Undersøgelsens anden del var en spørgeskemaundersø- gelse. Målet var at kortlægge uddannelseskapa- citeten og eventuelle ledige stillinger. Derudover var målet at få en subjektiv vurdering af uddannelseskapa- citeten og den fremtidige afgang af anæstesisygeplejersker fra per- soner placeret på ledelsesniveau.

Spørgeskemaet blev udsendt til formanden for de amtslige specialuddannelsesråd eller, hvor dette ikke var muligt, til en centralt placeret oversygeplejerske/le- dende overlæge. Udsendelsen af spørgeskemaet foregik i andet halvår af 2005. Ved manglende respons blev nyt spørgeskema udsendt, hvilket førte til en svarprocent på 100.





# anæstesisygeplejersker

## Resultater

Optællingen af anæstesisygeplejersker viser, at der på opgørelsestidspunktet i 2005 var i alt 1.771 specialuddannede anæstesisygeplejersker beskæftiget med anæstesi i Danmark.

Optællingen viste, at den største andel af anæstesisygeplejersker befinder sig i aldersgrupperne fra 41-45 år, 46-50 år, og 51-55 år, med ca. 400 sygeplejersker i hver gruppe. I aldersgruppen 56-60 år er der ca. 230 sygeplejersker, og i aldersgrupperne over 60 er der kun få sygeplejersker.

Variationen fra amt til amt er ikke stor, og det er en generel tendens, at de fleste anæstesisygeplejersker findes i aldersgrupperne fra 41 til 55 år (se figur 1 side 56).

Først når gruppen på 51-55 år nærmer sig pensions- og efterlønsalderen, dvs. i løbet af 5-10 år, vil vi se, at afgangenen af anæstesisygeplejersker for alvor vil tage til.

## Uddannelseskapacitet

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at der på landsplan er 87 uddannelsespladser pr. år. Kun i to tidligere amter (Bornholms Regionskommune og Sønderjyllands Amt) er der planer om at øge kapaciteten med en enkelt plads hvert sted, hvilket giver i alt 89 pladser på landsplan. Storstrøms Amt angiver, at man over en seksårs periode har bevilling til ni ekstra uddannelsesforløb (se boks 2 side 58).

Antallet af uddannelsespladser viser meget store udsving i de tidligere amter. HS uddanner med 15 pladser

årligt flest anæstesisygeplejersker. Roskilde Amt, Frederiksborg Amt og Bornholms Regionskommune uddanner færrest (se tabel 1).

## Fremtidigt behov for anæstesisygeplejersker

I spørgeskemaundersøgelsen vurderer fire respondenter (HS, Fyns, Københavns og Storstrøms Amter), at amtets uddannelseskapacitet er passende i forhold til behovet. Disse fire amter har, ikke overraskende, også en stor uddannelseskapacitet.

I HS begrundes dette yderligere med en analyse af uddannelseskapacitet vs. aldersfordeling foretaget i 2003. Konklusionen på analysen var, at kapaciteten var passende.

To af de fire respondenter, som vurderer amtets uddannelseskapacitet til at være passende, angiver, at der er ledige stillinger i amtet. Man forudser dog, at dette vil løse sig, når de næste kursister er færdiguddannede.

Ni respondenter vurderer, at amtets uddannelseskapacitet er for lille eller meget for lille i forhold til det fremtidige behov. Af disse angiver seks, at der er ledige stillinger på en eller flere afdelinger i amtet.

En enkelt respondent erkender, at der i løbet af en årrække vil opstå store rekrutteringsproblemer pga. alder. Alligevel vurderer respondenterne, at den nuværende kapacitet er passende, fordi man ganske enkelt ikke kan tilbyde de færdiguddannede anæstesisygeplejersker beskæftigelse inden for specialet på nuværende tidspunkt.

Fire respondenter peger på, at amternes nedlæggelse

►►► TABEL 1. UDDANNELSESPLADSER SAMMENHOLDT MED AFGANG PGA. ALDER

Amt	Antal uddannelsespladser pr. år	Antal uddannede på 10 år	Afgang pga. alder efter 5 år	Afgang pga. alder efter 10 år
Roskilde	2	20	2	8
Århus	12	120	14	39
Ringkøbing	4	40	2	14
Vejle	6	60	7	23
Sønderjylland	5	50	3	15
Bornholm	1	10	0	2
Ribe	3	30	5	16
Frederiksborg	2	20	12	22
Fyn	8	80	9	32
Storstrøm	8	80	2	13
Vestsjælland	3	30	1	19
H:S	15	150	17	48
København	8	80	4	16
Viborg	4	40	1	11
Nordjylland	8	80	5	33

Antallet af uddannelsespladser er angivet pr. år og over 10 år. Antallet af anæstesisygeplejersker, som pensioneres, er fremskrevet hhv. 5 og 10 år.

## ►►► BOKS 1. FSAIO

Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings- og sygeplejersker (FSAIO) har mere end 3.000 medlemmer beskæftiget inden for anæstesi-, intensiv- og opvågnings- og sygepleje.

Læs mere om FSAIO og undersøgelsen på [www.dsr.dk/fsaio](http://www.dsr.dk/fsaio)

## ►►► BOKS 2. UDDANNELSESKRAV

Specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje:

Adgangskrav: Dansk autorisation som sygeplejerske og mindst to års klinisk erfaring fra en sengeafdeling.

Uddannelsens opbygning: Seks måneders introduktion på en anæstesiafdeling. 1½ års specialuddannelse, som omfatter ca. otte ugers teorikursus med en efterfølgende eksamen. Den praktiske uddannelse foregår på mindst to forskellige anæstesiologiske afdelinger/afsnit samt på et opvågningsafsnit.

Sideløbende med den praktiske uddannelse er der gerne 1-2 timers teoretisk undervisning om ugen og supervision af en klinisk vejleder. Uddannelsen afsluttes med en skriftlig opgave. Opgaven har fokus på en klinisk, anæstesiologisk, sygeplejefaglig problemstilling (5).

» og regionernes oprettelse medfører en betydelig usikkerhed om behovet for uddannelsespladser.

En enkelt respondent nævner muligheden for sygehusslukninger som noget, der vil få indflydelse på det fremtidige behov for uddannede anæstesisygeplejersker.

En respondent angiver tilgangen af nye aktiviteter, f.eks. præhospitalsordninger, som et større problem for kapaciteten end naturlig afgang.

Hvis man ser på antallet af uddannelsespladser på landsplan – 89 årligt – og sammenholder dette med antallet af anæstesisygeplejersker, som forsvinder fra specialt pga. alder, er kapaciteten stor nok (se tabel 1).

Dog dækker dette over store forskelle fra det ene amt til det andet. I Frederiksborg Amt har man f.eks. to uddannelsespladser årligt i forhold til 93 ansatte anæstesisygeplejersker (ratio 1:46,5). I den anden ende af skalaen finder man Storstrøms Amt med otte uddannelsespladser årligt i forhold til 69 ansatte anæstesisygeplejersker (ratio 1:8,6).

### Diskussion

Anæstesisygeplejerskerne er ikke helt så gråhårede, som vi troede. Først i løbet af 5-10 år kommer der for alvor skred i afgang pga. alder. Uddannelseskapa- citeten på landsplan er passende, når den udelukkende vurderes i forhold til afgang pga. alder. Afgang på grund af alder kan altså ikke alene forklare det rekrutterings- problem, som over halvdelen af amterne har.

Undersøgelsen tager ikke højde for, at en del anæstesisygeplejersker ikke bliver i specialt til pensionering, hvilket stemmer med, at ni ud af 15 respondenter vurderer uddannelseskapa- citeten til at være for lille eller meget for lille.

Der er store forskelle på uddannelseskapa- citeten fra amt til amt. Visse amter er meget aktive med at uddanne anæstesisygeplejersker, andre ikke.

Man kan tænke sig, at visse amter har nydt godt af naboamternes store uddannelsesaktivitet og dermed selv har undgået at investere i uddannelse af anæstesisygeplejersker. Dette gør sig måske mest gældende på Sjælland. Når uddannelsesplanlægningen overgår til regionerne, kan dette ændre sig, og man må forvente, at det udligner sig.

Næsten halvdelen af amterne har ledige stillinger på en eller flere afdelinger. Det kan være en af grundene til, at problemet med afgang pga. alder overvurderes. I undersøgelsen har vi ikke set på variationer inden for det enkelte amt, men rekrutteringsproblemer eller ledige stillinger kan også skyldes, at den enkelte arbejdsplads ikke vurderes som attraktiv. Disse forhold har vi ikke belyst.

Det er dog klart, at hvor der ikke i øjeblikket er ledige stillinger, kan man ikke på nuværende tidspunkt ud- danne sygeplejersker, som først skal bruges i løbet af 5-10 år.

Endelig kan nye aktiviteter som f.eks. præhospital behandling medføre et øget behov for anæstesisygeple-

"Anæstesisygeplejerskerne er ikke helt så gråhårede, som vi troede. Først i løbet af 5-10 år kommer der for alvor skred i afgangens pga. alder."

gersker, og det kan udgøre et større problem end afgang på grund af alder.

### Svagheder ved undersøgelsen

Optællingen af anæstesisygeplejersker viser, at der på opgørelsestidspunktet var i alt 1.771 specialuddannede anæstesisygeplejersker beskæftiget med anæstesi i Danmark. Opgørelsen er ikke foretaget med en bestemt dato som skæringsdato, hvilket kan betyde, at nogle er talt med to steder. Derudover er der muligvis beskæftiget nogle i den private sektor, som ikke er talt med. Det kan give en lille skævvridning.

I undersøgelsen belyser vi kun den afgang fra speciallet, som skyldes pensionering. Det er ikke sandsynligt, at alle anæstesisygeplejersker forbliver i speciallet til pensions- eller efterlønsalderen. En vis afgang til andre job eller andre specialer er forventelig.

### Konsekvenser for praksis

Mangel på anæstesisygeplejersker på grund af snarlig pensionering er en myte. Men det er dog et faktum, at der i over halvdelen af landets amter er ledige stillinger og/eller rekrutteringsproblemer. Derfor skal problemstillingen tages alvorligt. Denne undersøgelse er med til at vise, at regionerne bør udarbejde prognoser for anæstesisygeplejerskernes afgang pga. alder og ikke mindst afgang til andre specialer eller stillinger. Målet er, at uddannelseskapaciteten hele tiden modsvarer behovet for anæstesisygeplejersker.

En vurdering af uddannelsesbehovet bør også tage udgangspunkt i et skøn over det fremtidige behov for anæstesisygeplejersker. Faktorer som omstrukturering af sygehusvæsenet, placeringen af de enkelte specialer, udviklingen i accelererede patientforløb og udviklingen af nye anæstesimetoder, opgaveglidning og nye aktiviteter som f.eks. præhospital behandling vil påvirke det fremtidige behov for anæstesisygeplejersker.

### Nye spørgsmål

I hvor høj grad søger anæstesisygeplejerskerne til andre specialer eller job? Hvilke faktorer er med til at tiltrække og fastholde anæstesisygeplejerskerne i anæstesen? Det er nogle af de spørgsmål, denne undersøgelse rejser, og som det kunne være spændende at få svar på i en fremtidig undersøgelse.

Anne Svendsen er intensivsygeplejerske og sygeplejerske med specialfunktion i klinisk sygepleje ved Kirurgisk Center, Anæstesiologisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro, [annes@kabelmail.dk](mailto:annes@kabelmail.dk)

Rapporten kan downloades fra [www.dsr.dk/fsaio](http://www.dsr.dk/fsaio)

Tak til Anæstesisygeplejerske Kirsten Høgh Jensen, bestyrelsesmedlem i FSAIO, for hjælp til at gennemføre undersøgelsen og tak til FSAIOs bestyrelse og amtslige arbejdsgrupper inden for anæstesi for hjælp til dataindsamling. Artiklens konklusioner er helt og holdent forfatterens egne.

### Litteratur

1. Rosenmeier R, Aagaard P, Tarm, Lemvig, Skive, Ringkøbing, Odder, Grenaa og Brædstrup. Dagens Medicin 11.11.2005.
2. Rosenmeier R, Der opstår hele tiden forandringsbehov. Nærmere kan jeg ikke komme det. Dagens Medicin 11.11.2005.
3. Sundhedsstyrelsen, Specialeplanlægning, København 2006. [http://www.sst.dk/Planlaegning\\_og\\_behandling/Specialeplanlaegning.aspx?lang=da](http://www.sst.dk/Planlaegning_og_behandling/Specialeplanlaegning.aspx?lang=da)
4. Christensen KB, Redderne vil erstatte sygeplejersker. Sygeplejersken 2006;20:10-11.
5. Sundhedsstyrelsen, Specialuddannelser for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje. Cirkulære om specialuddannelsen for sygeplejersker i anæstesiologisk sygepleje; CIR nr. 93 af 26/06/1997 <http://www.retsinfo.dk/DELFIN/HTML/C1997/0009309.htm>

### ))) ENGLISH ABSTRACT

Svendsen A. No acute shortage of anaesthesia nurses. *Sygeplejersken* 2007;(10):56-9.

The article describes a survey carried out by the Association of Danish Anaesthesia, Intensive Care and Recovery Nurses in 2005. With a view to evaluating future recruitment problems, the survey charted the number of anaesthesia nurses in Denmark, their current distribution in terms of age and the current annual training capacity.

Method: A count was made of the number of anaesthesia nurses and a questionnaire distributed to all the previous counties (the counties per se have disappeared as the result of a reform, ed.).

Result: Retirement is not the sole explanation of the shortage of anaesthesia nurses. Training capacity is appropriate relative to the number of anaesthesia nurses retiring from the profession. Substantial differences exist between training capacity and recruitment problems in the different regions.

It is recommended that the following factors be included in future planning training capacity: The number of nurses retiring from the profession, the number changing speciality or taking other positions, location of the individual specialities, the development of accelerated patient treatment and that of new anaesthesia methods, task slippage and new activities such as pre-hospital treatment.

Key words: Anaesthesia nurse, training capacity, nurse shortage.



## Unge drikker for at blive berusede



Redigeret af:  
Peter Gundelach,  
Margaretha Järvinen  
**Unge, fester og alkohol**  
København:  
Akademisk forlag 2006  
200 sider, 199 kr.  
ISBN 87-5003-906-7

★ Danske unge har Europarekord i alkoholdebut og indtag, uanset om de bor i Skagen eller København. Det faktum er baggrunden for forskningsprojektet "Unge, fester og alkohol," en undersøgelse af, hvorfor danske unge drikker mere end europæiske jævnaldrende, og hvorfor nogle danske teenagere drikker betydeligt mere end andre. Projektet er baseret på tre forskellige datasæt, et spørgeskema udsendt til 2.000 tilfældigt udvalgte unge i 9. klasse, som blev spurgt om drikkevaner, holdninger til alkohol og venskabsrelationer. Forældrene fik tilsendt et andet spørgeskema, som spurgte ind til deres børns alkoholforbrug, familiens alkoholregler og forældrenes egne drikkevaner. Ud over spørgeskemaerne blev der udført 28 fokusgruppeinterview med unge sammensat på forskellig vis med hensyn til køn og relationer.

Undersøgelsen viser, at de unge drikker med det formål at blive fulde. Skeler man til ældre undersøgelser af unges alkoholforbrug, kan man se, at nutidens unge drikker mere, end deres forældre gjorde, da de var unge. Det ser ud til, at den beruselsesorienterede alkoholkultur, de danske unge har i dag, udviklede sig op gennem 90'erne, og at den er uafhængig af forældrenes sociale status.

Hvorfor er unges forbrug af alkohol så stort? Undersøgelsen angiver tre væsentlige grunde:

- den danske alkoholkulturs lethed
- den liberale holdning til alkoholforbrug blandt forældre og unge
- alkoholens sociale nødvendighed for de 15-16-årige.

De unge er udsat for et betydeligt pres for at drikke og drikke meget. De unge, som debuterer tidligt og fester og drikker meget, er i egen optik og af kammeraterne anset som mere modne end unge, som ikke drikker. De har flere venner end de unge, som ikke drikker, eller som kun har sparsom erfaring med alkohol. Unge uden

alkoholerfaring bliver anset for at være nørdede og barnlige. Deltagelse i fester og interesse for at drikke sig fuld bliver dermed en social nødvendighed for mange, hvis de ikke vil mistænkes for at være barnlige eller ikke at ville fællesskabet. De unge ser kun få risici forbundet med alkoholforbruget, hvilket er i modstrid med de oplevelser, de har haft i forbindelse med alkohol i form af konflikter med forældre og venner og uønsket sex.

Hos både de unge og deres forældre hersker der en udbredt opfattelse af, at forældrekontrol på alkoholområdet ikke kan betale sig. Fester og fuldskab ses som en naturlig del af ungdomslivet, og de unge forventes at få et fornuftigt forhold til alkohol ved at prøve sig frem. Flere undersøgelser, inklusive denne, viser imidlertid, at forældreregler har en dæmpende effekt på forbruget. Unge med liberale forældre debuterer typisk i 12-13-års-alderen og er dem, som drikker allermost i 15-16-års-alderen, mens dem med mere restriktive forældre debuterer senere og har et mere moderat forbrug.

Den tredje faktor, som indvirker på de unges høje alkoholforbrug, er det, som forfatterne kalder "den danske alkoholkulturs lethed." I Danmark drikker stort set hele befolkningen, i modsætning til lande vi sammenligner os med, hvilket ikke gør det let for den unge at vælge en livsstil uden alkohol. Ofte får jeg tunge arme, når jeg åbner forskningsprojekter i bogform, og øjnene kører i Formel 1-fart hen over tørre tal, statistikker og bogstaver frem til konklusionerne. Det gælder ikke for denne bog. Forfatterne formidler deres forskning i et sprog, så bogen har appel til både fagpersoner og forældre til børn fra 12-års-alderen og opæfter. En detaljeret indholdsfortegnelse og en overskuelig disponering af stoffet gør det nemt at finde vej.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske,  
ansat i Furesø Kommune.

## En bog der giver livslyst



Jørgen Schiønning  
**Slangetæmmeren**  
Aarhus Universitetsforlag  
168 sider – 168 kr.  
ISBN 978-87-7934-306-1

★ Midt i sit livs højdepunkt som patolog, familiefar og aktiv sportsmand opdager Jørgen Schiønning en lille, sitrende muskel i låret, det er hans første symptom på amyotrofisk lateral sklerose (ALS). Fire år senere er han svært handicappet af sygdommen, sidder i elkørestol, får mad via sonde, og vejrtrækningen styres af en respirator. Bogen er en dybt personlig beretning om denne proces.

Bogen er skrevet i et meget kontant og usentimentalt sprog, og forfatteren forholder sig nøgternt til sin situation. De mange funktionstab kommer som perler på en snor. Først forsvinder muskelstyrken i benene, så forsvinder stemmen, evnen til at synke og til sidst påvirkes respirationen så meget, at han må kæmpe for at få vejret. De mange fysiske tab kommer til at gå hånd i hånd med sociale tab, da sportslivet, arbejdet og til sidst også det at være ægtemand, ikke mere er funktioner, han kan varetage. Smerten er størst, da hustruen gennem 20 år flytter. Hun har svært ved at leve et liv med en mand, der fysisk har ændret sig så meget, hun savner samtalerne og måltiderne, de havde sammen, nu kommunikerer de via lightwriteren. Hjælperne, som i døgn drift er omkring forfatteren, får hende til at føle sig fremmed i eget hus. Børnene er dem, der er bedst til at omstille sig til at have en handicappet far, og de værdsætter, at

han altid er til stede og lyttende. Forfatteren formår på en forbløffende optimistisk måde at omstille sig og finde mening med tilstande, som jeg har svært ved at forestille mig at være i. Forfatteren skriver, at de evner, han har udviklet under sin sygdom, havde han aldrig formået at udvikle, hvis ikke han havde fået ALS. Hans liv var før sygdommen orienteret omkring karrieren, det at vinde og at arbejde målrettet med en opgave. Nu har han lært at dvæle ved tingene og nyde nuet, egenskaber, som han synes, alle skulle have mulighed for at opleve også som raske.

Forfatteren er stort set tilfreds med sundhedsvæsenet, hans eneste klage går på den del af plejepersonalet, der behandler ham som døv og dement. Heldigvis har han sin lightwriter, så han kan gøre opmærksom på deres misforståelse. Forfatteren har grundforsket i nervesystemet, og han forklarer enkelt og præcist om de naturvidenskabelige processer ved ALS. Bogen er let at læse, den er kort og præcis. Selv om ALS-sygdommen virker skræmmende, sad jeg tilbage med en følelse af glæde og livslyst, da jeg var færdig med bogen. Mennesket er forunderligt, vi kan tilpasse os, skabe mening og finde håb, hvor jeg ikke troede, det var muligt.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.

## Tag høretabet i hånden

”Hvad siger du? Kommer *Sonja* i en Cabriolet?”

”Nej, jeg sagde: Der kommer *Thomas* med en café au lait.”

Der kan godt komme sjove oplevelser og gode grin i venners lag ud af et høretab, men man kan også miste nære venner, nye jobmuligheder og blive mere selektiv i sit valg af omgangskreds. Bogen beskriver, hvordan det er muligt at flytte energien fra sorgen over at have mistet noget så væsentligt som evnen til at høre normalt til de forandringer, som man aktivt skal tage på sig for at få et godt liv som hørehæmmet. Det er en lang og krævende proces, som kræver meget af den hørehæmmede, også parathed til at tage imod hjælp. *Lotte Rømer* har med sin bog givet et vigtigt og særligt bidrag til unge og voksne, som må tage udfordringen op. Bogen er baseret på Lotte Rømers egne erfaringer som hørehæmmet igennem 25 år, erfaringer fra opvæksten med en hørehæmmet far, møder med andre hørehæmmede f.eks. gennem en omfattende foredragsvirksomhed og ikke mindst hendes eget arbejde med at tage sit høretab i hånden som en ofte krævende medspiller. Høretab er fortsat et tab, som igennem lang tid ofte bæres i det skjulte og kan være forbundet med en følelse af skam, oplevelsen af at være til besvær, at blive misforstået, at være kikset. Forfatteren vil med sin bog bl.a. give den hørehæmmede redskaber til at forstå sig selv, gøre de psykologiske reaktioner, der kan opstå, almene og bi-

drage med idéer til, hvordan den hørehæmmede aktivt kan skabe sig de bedste betingelser for et godt liv, trods høretabet. Høretaktik, forstået som de metoder, den hørehæmmede anvender for at løse praktiske, tekniske og psykologiske problemer, der skyldes hørenedsættelsen, er beskrevet bl.a. med forfatterens baggrund som scenekunstner. Eksempler og små anekdoter gør problemstillingerne meget nærværende og begribelige, også for os, som kan høre.

Lotte Rømer afslutter bogen med sin personlige beretning om, hvordan hun har bevæget sig hen mod en livsholdning, hvor der er fokus på det, der åbner og giver fremdrift, frem for det, der lukker og afgrænser.

Bogen kan anbefales til familie, venner og kollegaer, idet den beskriver, hvordan høretab kan påvirke relationerne til omgivelserne, og hvordan pårørende kan komme den hørehæmmede til hjælp. Også professionelle, som møder hørehæmmede, kan lære af bogen, især i forhold til forståelse for de sociale og psykologiske udfordringer, den hørehæmmede kan have brug for støtte til.

Af *Anne Brandborg*,  
uddannelsesansvarlig sygeplejerske,  
ansat på Øre-Næse-Hals-Afdeling H,  
Århus Sygehus.



Lotte Rømer  
**Hva' så? – om hørepsykologi og høretaktik**  
EarVision by Widex  
189 sider – 169 kr.  
ISBN 87-991379-0-9

## Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling

Veje til at udvikle og forbedre  
kvaliteten af vort sundhedsvæsen.

Forandring af praksis gennem analyse,  
refleksion og samarbejde.

Hent inspiration og ny viden fra 21 danske  
forskere i kulturforskning, psykologi og  
filosofi. Masteruddannelsen bygger på deres  
tværfaglige forskning tilknyttet Forsknings-  
center Sundhed, Menneske og Kultur(SMK)

Næste hold start: September 2007

Ansøgningsfrist: 1. juni 2007

Yderligere oplysninger om masteruddannelsen  
og SMK:  
[www.smk.au.dk](http://www.smk.au.dk)

Eller ved henvendelse til:  
Studeleder, Lektor  
Karen Munk ([filkpm@hum.au.dk](mailto:filkpm@hum.au.dk))  
eller  
Centerleder, Professor  
Uffe Juul Jensen ([filujj@hum.au.dk](mailto:filujj@hum.au.dk))

HEALTH, HUMANITY AND CULTURE



Anæstesi, intensiv & kirurgi  
Flere end 20.000 artikler



- Blodtryksapparater
- EI-kirurgiapparater
- Endoskopisk udstyr
- Instrumenter
- Instrumentservice
- Kvalitetsstyrings system
- Laserkirurgi
- Euro steril container systemer
- Operations- & diagnostiklamper
- Op kirurgisøjler
- Implantater til: Maxillofacial-, oral-, skulder, albue-, hånd- & fodkirurgi
- Pulsoximetre, prober & kabler
- Røgsug systemer
- Service & montage
- TV-, TFT monitorer & kamerasystemer

Kontakt os venligst for mere  
information ☎ 7026 0004



Efter- og Videreuddannelse

It-baseret  
fjernundervisning  
med seminarer

### Masteruddannelser

- Master i Sundhedsinformatik
- Master i Læreprocesser (feb. 2008)
- Master i Ikt og Læring
- Master in ICT and Learning
- Master i Arbejdsmarked og Personaleforhold
- Master in Public Administration (feb. 2008)
- Master i it, organisation.

### Andre uddannelsesforløb

- Organisatorisk Læring
- UniEngelsk
- UniTysk
- Filosofi
- HD uddannelsen (om aftenen)
- Tompladsordningen (om dagen).

AAU har flere efter- og videreuddannelser.  
Læs om dem på hjemmesiden.

[www.evu.aau.dk](http://www.evu.aau.dk)  
9635 9420 • [evu@aau.dk](mailto:evu@aau.dk)

## Ikke en skodbog



Marie-Louise Breuning  
**Rygestop på en måned**  
 Politikens Forlag 2006  
 120 sider – 129 kr.  
 ISBN nr. 87-5677-846-5

Et nyt rygeafvænningsstilbud, som endda virker muntert, tænkte jeg, da jeg så bogen. Den lægger vægt på vanerne, og man er ikkeryger på en måned. Umiddelbart en anden måde at motivere på, men jeg ryger ikke, så bogen må ud til arbejdsprøvning.

Trods mange års entusiastisk indsats i rygestopinstruktion har jeg mistanke om, at der stadigvæk er nogle standhaftige rygere tilbage i patientskaren i den lægepraksis, jeg arbejder i. Der er da også hurtigt tre, der reflekterer på annoncen i venteværelset, ”Storrygere, som ønsker at holde op med at ryge, søges til afprøvning af bog om rygestop.”

Den mest ihærdige, en sygeplejerske, modtager bogen først. Nu skal det være, hun har prøvet så meget uden virkning. Det er ikke længere hyggeligt at ryge, man er ilde set. Afhængigheden er der, men det er motivationen til ophør også.

Dernæst sendes den ud til en kvindelig topleder i en stor koncern, hun er super motiveret og flov over sin afhængighed. Hun ser en mulighed for at komme fri af nikotinens svøbe.

Endelig får en sygeplejestuderende bogen, hun vil gerne stoppe rygning, men erkender at have travlt og tror ikke på, at denne bog kan gøre underværker, men vil gerne modsiges. Min tolkning er, at hun forfærdelig gerne vil motiveres til at stoppe, helst lidt mirakuløst.

For at begynde med den sidste, så skulle hun aldrig have været tilbudt bogen, ”som ikke er en mirakelkur for nogen, der ikke i forvejen er motiveret,” som hun konkluderer.

Den ihærdige sygeplejerske kommer langt med bogen, som inviterer læseren til at orientere sig i gode fakta om rygning, afhængighed, vaner og erstatningspræparater, hvorefter den lægger op til første rygestopdag. Læsningen udvides med emner som sult, abstinenser, glæde og helbredsfordele ved ophør, og der er indlagt test af størrelsen og typen af afhængighed.

Hun når til 10. rygefri dag, med enkelte smuttere imellem, men så knækker filmen, sygeplejersken bliver ked af det, tager sygedage og må stoppe forsøget, før hun går helt ned med flaget. Om det skyldes hormonerne, hun er i den alder, eller rygestoppet, er ikke til at sige, hendes konklusion er, ”at der ikke er noget nyt under solen i bogen, det handler om motivation, og det er tilfældigt, om man netop er motiveret, den dag man læser denne eller en anden bog.”

Og så er der alligevel noget nyt under solen for den garvede sygeplejerske: Når man ryger, har man mindre insulin i blodet, når man så stopper rygning, kommer der mere insulin, og man bliver mere sulten.

Så er der toplederen, hvor det går strygende. Bogen er god for hende, faktabaseret, der er ikke en løftet pegfinger, man bestemmer selv tempoet, sætter selv dagen. Den er skrevet på en rationel måde. ”Det er en bog, som jeg kan tage frem igen og igen, når jeg synes, det trænger sig på med at ryge i løbet af dagen. Den har, pga. personlige problemer, endnu ikke fået mig til at holde helt op, men dog så meget, at jeg kun ryger om aftenen. Jeg er overbevist om, at når jeg lige er kommet ovenpå igen, så stopper jeg. Helt klart anbefalelsesværdig til rationelt tænkende personer, som vil selv og i eget tempo.”

Bogen lægger vægt på vanerne, men det er ikke det, der fylder hos de tre testpersoner. Motivation er det væsentlige, når man skal ophøre med et misbrug, nogle skal være motiverede, før de går i gang med at læse en instruktionsbog i rygeophør, andre kan få hjælp til at blive motiveret ved at læse en bog, måske netop denne. Den er et tilbud.

En ”skodbog” er ”Rygestop på en måned” ikke.

*Af Michala Schultz-Larsen,  
 konsultationssygeplejerske,  
 ansat i lægepraksis i Virum.*

## &gt;&gt;&gt; KORT OM NYE BØGER

Merete Platz, seniorforsker  
**”Blade af et ældreliv – om at  
 blive gammel, skrøbelig  
 og ensom.”**  
 Skriftserien fra Gerontologisk  
 Institut; nr. 12; 2007.

Gennem citater fra *Fru Ps* dagbog, fra hun er 80, til hun er 95 år gammel, analyseres en kvindes aldring. Dagbogen har almen gyldighed og giver indsigt i en alderdom med tiltagende svækkelse og ensomhed. Den henvender sig både til pårørende og professionelle som f.eks. sygeplejersker, læger og social- og sundhedshjælpere.

(jb)

**”Kvindens hjerter.”**  
 Hjerteforeningen; 2007,  
 tf. 3393 1788.

Der er kønsbestemt forskel på, hvor effektivt og hensigtsmæssigt en hjertepatient behandles. Bogen præsenterer en række eksperter bud på, hvorfor der er forskel, og hvad der skal til for at sikre mænd og kvinder lige god behandling.

(jb)





## Forældre skal bruge deres forskelligheder konstruktivt

For de fleste er det en stor omvæltning at blive familie. Når to voksne skal tage sig af deres barn eller børn og samtidig skal sørge for, at alle i familien trives, står de uvilkårligt over for store omstillings- og udviklingsprocesser. Processer, som ofte bliver under-vurderet, og som kan være medvirkende til, at det ikke lykkes for alle at skabe den velfungerende familie, som er drømmen.

Bogens forfattere er psykologer, som gennem deres daglige arbejde møder de problemstillinger, som familierne let kommer til at stå i. Forfatterens udgangspunkt er, at de fleste ønsker at leve et liv sammen som kernefamilie, og formålet med bogen er at gøre det lidt lettere at være familie med de problemstillinger, det nu indebærer.

Bogen tager udgangspunkt i forældrene og adskiller sig således fra anden litteratur om emnet, som ofte fokuserer på barnet og barnets udvikling og de deraf afledte problemer eller bekymringer. Bogen kommer meget systematisk omkring de temaer, som optager en ny familie, f.eks. arbejdsdeling, børneopdragelse, samliv og den evige kamp om at få tid nok til alle de opgaver, som uvægerligt trænger sig på, og som skal prioriteres på en anden måde end tidligere. Den belyser,

hvilke muligheder der er for at skabe en fælles tilværelse med børnene på en måde, som alle kan trives med. Der gøres en del ud af de konflikter, der opstår, fordi forældre har forskelligt udgangspunkt i deres syn på børn og familie. Forfatterne gør meget ud af at beskrive, hvordan forældrenes forskelligheder kan bruges aktivt og konstruktivt, frem for at bruge dem som konfliktskabere. Men som forfatterne selv er inde på, er det lettere sagt end gjort. Det til trods er der mange gode beskrivelser af, hvordan forældrene kan arbejde konstruktivt med deres forskelligheder. Alene det at være bevidst om forskellighederne kan være en stor hjælp til at skabe den fungerende familie, som alle kan trives godt i.

Gennem hele bogen er der mange konkrete eksempler på de problemstillinger, som forfatterne belyser. Disse eksempler gør teksten meget levende og nærværende. Bogen er let at læse og har en meget realistisk indfaldsvinkel til det at skabe en velfungerende familie. En bog, man bliver glad for at have læst.

Af Anne Marie Detlefsen, sundhedsplejerske,  
 cand.pæd. i pædagogisk sociologi,  
 ansat som udviklingskonsulent i  
 Aabenraa Kommune.



Lisbeth Liebermann, Gitte Haag

### Når to bliver tre

At skabe en familie sammen

København: Gyldendal 2006

280 sider, 299 kr.

ISBN 87-02-04412-9

## Spædbørnsmassage

### Uddannelse til certificeret instruktør i spædbørnsmassage

Er du sundhedsplejerske, fysioterapeut, zoneterapeut, pædagog e.lign., og i tæt kontakt med familier med spædbørn, kan vi tilbyde dig en uddannelse som instruktør i spædbørnsmassage.

Uddannelsen finder sted på Roskilde Pædagogseminarium den 21. - 24. august 2007.

Pris inkl. litteratur, materialer, forplejning og certificering kr. 6.000,00.

Se mere på [www.rossem.dk](http://www.rossem.dk) eller ring på telefon 4636 7010 for at få brochuren tilsendt.

Roskilde  
 Pædagogseminarium  
 Ibsgården 222  
 4000 Roskilde  
 Telefon 4636 7010



## efterår 2007 Nye kompetencer? Nye kompetencer? efter 2007 Nye kompetencer?

### Sundhedsfaglig diplomuddannelse

Moduler efterår 2007

- Det sundhedsfaglige obligatoriske modul
- Forandrings- og læreprocesser
- Strategier for klinisk kvalitetssikring
- Livsstil og levevilkår
- Afgangprojekt

### Pædagogisk diplomuddannelse med et sundhedsfagligt sigte

Moduler efterår 2007

Kost ernæring og sundhed

- Obligatorisk modul
- Sundhed, kostvaner og livskvalitet
- Hormonelle og metaboliske reguleringsmekanismer
- Afgangprojekt

Idræt

- Obligatorisk modul
- Sundhed, krop og bevægelse
- Idræt med særlige målgrupper
- Afgangprojekt

Mere information

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

Anne Regitze Lind-Holm,  
 tlf. 4829 4725, [arh@cvukbh.dk](mailto:arh@cvukbh.dk)

VIDEN · CENTER  
 FOR · SUNDHED · OG  
 SUNDHEDSFREMME : **CVU København**  
 & Nordsjælland

## FAMILIEPLEJEN FREDENSBORG



### WEEKENDFAMILIER SØGES I HOVEDSTADSREGIONEN

Vi søger familier der i en til to weekender om måneden samt eventuelt i ferier har lyst til at være netværks-/afslastningsfamilie for et til to handicappede børn, hvis forældre har behov for et pusterum fra hverdagen.

Familieplejen tilbyder kurser, som vil gøre jer i stand til at løse opgaven. Desuden vil I modtage løbende vejledning og støtte af familieplejekonsulenter og psykologer.

Har I lyst til at høre mere om at være plejefamilie for et handicappet barn, så ring på 4846 0800 til Hanne Schierup, Michael Holmen eller Dennis Madsen, eller send os en mail på [ffa@ffa.dk](mailto:ffa@ffa.dk).

I kan også besøge vores hjemmeside  
[www.ffa.dk](http://www.ffa.dk)

Kongevejen 47 • 3480 Fredensborg  
 Tlf.: 48460800 • [ffa@ffa.dk](mailto:ffa@ffa.dk) • [www.ffa.dk](http://www.ffa.dk)

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,  
Hillerød.



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



Birgitte Harild,  
sygeplejerske.  
Leder af visitations-  
gruppen i Frederiks-  
værk Kommune.

## Fis i en hornlygte og fem trut i trompeten

*Kom så i gang!*

Alt har handlet om fusionen det sidste år, og nu må det være nok. Her i årets femte måned må kommuner og regioner se at gøre sig færdige, for hvor svært kan det være at flytte lidt opgaver i tilpasningsvante organisationer? Det betyder heldigvis, at vi kan tage en dejlig lang sommerferie og så trække i arbejdstøjet, når vi skal implementere kvalitetsreformen. Hvor er det godt, den kommer. Længe nok har kommuner og amter/regioner kun fokuseret på kvantitet, nu er det slut!

*Hvad handler kvalitetsreformen om?*

Det offentlige servicetilbud skal løbende og konstant tilpasse sig nye krav, og et af kravene er øget service – i takt med antal borgere, der har behov for hjælp, og i takt med forventningerne om øget service. Ikke mindst forventningerne er et vigtigt omdrejningspunkt i det politiske manifest, som regeringen præsenterer i deres pjeces "På vej mod en kvalitetsreform – debatpjeces om udfordringerne." Pjecen er suppleret med skriftlige debatoplæg, hvor der fremsættes forslag til initiativer, der skal fremme kvalitet i sundhedsbehandlingen. Fælles for dem alle er, at det er smukke hensigtserklæringer, og at langt de fleste forslag til konkrete initiativer sker på pc'en som en skriftlig og mental oplevelse. Det handler ikke om konkrete kvalitetstilbud til patienter og brugere – det er dokumentation og administration, der igen er løsningen, og det er jo herligt. Så kan vi blive siddende på de polstrede kontorstole og pleje hæmoriderne. For hvert eneste indsatsområde har målinger med som et epokegørende og skelsættende forslag til at ændre kvaliteten – eller måske nærmere borgernes oplevelse af den. Ja, nu skal der måles, dokumenteres, evalueres, informeres, vejledes, sammenlignes og registreres i hoved og hæmoride. Det er nemlig kvalitet.

**"Det mindste, man kan forlange af en kvalitetsreform, er, at den handler om kvalitet."**

*Eksempler på, hvordan kvalitetsreformen vil flytte bjerge*

Mobil teknologi fremhæves som et kvalitetsredskab. Mobile løsninger leverer data og ikke nødvendigvis kvalitet. For rigtig mange borgere er tid med personalet kvalitet, og den leverer mobile løsninger ikke. Alene implementering og vedligeholdelse af system og viden svarer til mange årsværk – men ingen kommune har turdet regne på det eller har kunnet dokumentere, at det har øget kvaliteten i sygeplejen. Andre overraskende og grundvoldsrystende forslag er kortere indlæggelser og evaluering af sundhedsaftalerne. Nærmest genialt og tæt på "tanker, der ikke er tænkt før."

*Det er dybt alvorligt – så forhold dig til det*

Det mindste, man kan forlange af en kvalitetsreform, er, at den handler om kvalitet. Kvalitet kan defineres på mange måder, og i de distribuerede forslag og oplæg er der et meget stort DJØF-fagligt fingeraftryk. Regeringen definerer kvalitet som en blanding af den faglige kvalitet, den oplevede kvalitet og den organisatoriske kvalitet; alle tre dimensioner skal være i orden, siger de. Men det er uendelig svært at få øje på den sygeplejefaglige dimension, ja, den er nærmest fraværende. Med vanlig manglende tillid til, at kvaliteten kan løftes af dem, der kender opgaven, er der igen dømt dokumentation og tal. Og hvem skal så skaffe alle disse data, fodre hjemmesiderne, undersøge, notere og indberette? Det skal du.

*Reformkvalitet*

Derfor skal der nu indføres et ord i din faglige ordbog: *Reformkvalitet*. Det er dækkende for det arbejde, som ikke foregår med og hos borgeren, og – som for størstedelens vedkommende – beskrives i et Excel regneark, i en arbejdsgruppe eller som et notat. Reformkvalitet betyder, at borgerne kan forvente mindre af dig, men i stedet flere hjemmesider, pjecer og budskaber fra topplacerede figurer. Dermed ved du nu, hvad du skal svare, når Hansen ringer og spørger, hvor du bliver af: "For søren, Hansen, jeg har ikke tid til at komme i dag. Jeg laver kvalitet, Hansen. Reformkvalitet."

redaktionen@dsr.dk