

HØJ LIVSKVALITET PÅ DEMENSPLEJEHJEMMET • HØVDINGEN FRA RIGET

SYGGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 9 » 1. MAJ 2009 » 109. ÅRGANG

Stil ind
på dig selv
– 4 yogaøvelser

KORT NYT

Connie Kruckow:
Det har været en
fantastisk kamp

Sundhedsplejersker
overtager
skolelægers job

FIK HUKOMMELSESTAB EFTER SEKSUELT OVERFALD

BRYSTOPEREREDE HURTIGT HJEM • SYGDOMSKOREOGRAFI SOM DIAGNOSTISK REDSKAB

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

26 På job – Høj livskvalitet på demensplejehjemmet

17 svært demente bor på et gammelt slot med antikke møbler og udsigt til årstidernes skiften i slotshaven med voldgrav. Boller Slot er kåret til Danmarks bedste demensplejehjem.

28 Mit holdepunkt – Høvdingen fra Riget

Anne Sofie Lunau blev landskendt på tv i programmet "Høvdingebold". Til daglig er hun sygeplejerske på Rigshospitalets afsnit for knoglemarvstransplantation.



Månedens gode råd



LÆS SÅDAN SIDE 33



Sygeplejerske Berit Bendtsen gik i chok, da hun blev overfaldet og krænket seksuelt af en patient på Sønderborg Sygehus. Hun blev truet til tavshed. I mange år havde hun ingen konkret erindring om hændelsen, men fik jævnligt flashbacks. Hun blev førtidspensioneret som 38-årig uden erstatning, fordi Højesteret afgjorde, at anmeldelsen kom for sent. En ny voldspolitik på Sygehus Sønderborg skal sikre, at alle ved, hvad man skal gøre, hvis en medarbejder kommer ud for vold eller trusler.

HÆNDELSEN DUKKEDE OP I UBEHAGELIGE FLASHBACKS

LÆS SIDE 18

STIL IND PÅ DIG SELV

Dybe vejrtrækninger kan give mere energi end kaffe, kage og kollegial snak. Prøv fire yogaøvelser, der lindrer, hvis du har ondt i skuldre eller lænd.



LÆS SIDE 30



>>> FAG

Brystopererede hurtigt hjem igen

Er det forsvarligt at sende en brystopereret kvinde hjem efter halvanden dag på hospitalet?

Få svaret i artiklen "Opereret for brystkræft og hjem efter halvanden dag" side 44.

Det kan være svært at ændre praksis og ikke mindst at holde fast i ændringerne trods tovholdere, målsætninger og retningslinjer. Ugens topartikel beskriver, at ændringer er mulige, når blot processen er grundigt forberedt og gennemdiskuteret i personalegruppen. For brystopererede kvinder på Brystkirurgisk Klinik på Rigshospitalet betyder det, at den gennemsnitlige indlæggelsestid er reduceret med 60 pct.

LÆS SIDE 44

FAG

50 En mentor er midlet, når autorisation er målet

En mentorordning på Sygeplejerskeuddannelsen København støtter udenlandske sygeplejersker, så de kan opnå dansk autorisation.

56 Sygdomskoreografi som diagnostisk redskab

Mennesker med en anden etnisk oprindelse end dansk anvender en anden sygdomskoreografi. Artiklen opfordrer til, at der skrues op for service og forståelse for disse mennesker.



"Den gamle samfundsdebattør fornægter sig ikke, og hans skepsis over for "sundhedsapostle" foldes ud i et skrappt kapitel, hvor han slår fast, at man oftere dør af fattigdom end af sygdom."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 61

"Er det sådan, at det, der fylder mest, også altid betyder mest? Nogle gange er mindre mere! F.eks. aktiv, bevidst brug af musik, dufte, afspænding, meditation, positiv berøring. Ikke kun pga. velvære, forskning understøtter faktisk, at disse tiltag har markante fysiologiske virkninger."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 66

www.sygeplejersken.dk

- Søg i artikelarkivet
- Find manuskriptvejledninger
- Skriv en kommentar til noget, du har læst i Sygeplejersken.



I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 35 Dansk Sygeplejeråd mener
- 36 Debat
- 42 Fagtanker
- 42 Faglig information
- 49 Testen
- 58 Agenda
- 61 Anmeldelser
- 66 5 faglige minutter
- 67 Stillingsannoncer
- 74 Kurser/Møder/Meddelelser

Finanskrisen og yoga

Bliver du åndelig og måske endda mere lykkelig af, at verden er i krise?

Ja, det gør du, hvis man skal tro et væld af artikler i aviser og blade om finanskrisen og vores lykke.

Midt i en krisetid går vi mere på kunstmuseer, vi går mere op i åndelighed og selvrealisering – vi giver langt flere penge til indsamlinger og humanitære organisationer...

Det er ikke fordi, jeg er blind overfor alt det, de skriver. Jeg kan bare ikke mærke, at jeg er blevet mere åndelig eller for den sags skyld lykkelig af, at mit hus er faldet markant i værdi. Det giver mig ligesom ikke så meget i opadgående retning på den åndelige skala.

Jeg bliver heller ikke mere fornøjet af, at verden er i en dyb finansiell sump. Højest en smule bekymret. På vegne af det hele.

At den ene butik efter den anden må dreje nøglen om, gør mig heller ikke gladere, snarere lidt trist på indehavernes vegne.

Til gengæld gør det mig en smule mindre bekymret, at vi nu hører, at det offentlige sundhedsvæsen de seneste måneder har fået nemmere ved at rekruttere personale – herunder sygeplejersker. Flere er også begyndt at melde sig ind i a-kasserne. Folk søger tryk og sikkerhed.

Det kan jeg forstå.

Det gør ikke nødvendigvis folk mere lykkelige. Men måske sover de mere roligt om natten.

Og midt i krisen, kunne det alligevel være, man skulle kaste sig ud i noget nyt. Hvad med yoga?

Min mor praktiserede det, da jeg var barn. Og det skulle være rigtig godt for mange ting. Læs mere om hvad og hvordan i dette nummer af *Sygeplejersken*.

God læselyst.

Sigurd

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dssr.dk



Sundhedsplejersker



AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Fagdiskussion. Københavns Kommune vil spare de fire ud af otte kommunale skolelæger væk og erstatte dem med sundhedsplejersker, som er efteruddannede til opgaven.

En trussel mod børnesundheden eller en kvalitetsforbedring? Sådan lyder de modsatrettede røster i forbindelse med et nyt forslag, Københavns Kommunes Børne- og Ungdomsforvaltning netop har fremsat til Borgerrepræsentationen med høringsfrist den 18. maj.

Fremover skal efteruddannede sundhedsplejersker foretage de lovpligtige helbredsundersøgelser i ind- og udskolingen. Det betyder, at fire ud af i alt otte kommunalt ansatte læger skal fyres, og i stedet får sundhedsplejersker ansvaret for funktionen. Det vil betyde en årlig besparelse på 690.115 kr. for kommunen, som Børne- og Ungdomsforvaltningen foreslår anvendt i den ambulante børneretapi. De resterende fire kommunallægestillinger skal omlægges til sundhedskonsulenter, der med deres lægefaglige baggrund skal tage sig af specialskolerne samt de børn, som sundhedsplejerskerne henviser til dem.

Ifølge en lovændring i sundhedsloven sidste år blev det tilladt for kommunerne frit at vælge, om de vil bruge sundhedsplejerske eller læge, hvis det ikke er muligt at finde en læge til stillingen.

Forslaget fra Børne- og Ungdomsforvaltningen er en rigtig god idé, mener formanden for ledere af sundhedsordninger for børn, Helle Rasmussen.

"Opgørelser fra kommunallægeordningen viser, at 22 pct. af børn i ind- og udskolingen ikke får de lovpligtige undersøgelser i Københavns Kommune. Det kan man nu sikre ved at ansætte sundhedsplejersker. Hvis vi skulle beholde den nuværende kom-

REDAKTIONEN)))

Chefredaktør, ansvarlig efter medlemsvarsloven
Sigurd Nissen-Petersen
snp@dssr.dk
Tlf.: 4695 4193
Mobil: 4013 3802



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



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



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



Redaktionssekretær
Henrik Boesen (DJ)
hbo@dssr.dk
Tlf.: 4695 4189
Mobil: 2121 8770



Journalist
Sine Madsen
sma@dssr.dk
Tlf.: 4695 4190



Journalist
Susanne Bloch Kjeldsen (DJ)
sbk@dssr.dk
Tlf.: 4695 4178
Mobil: 2177 6739



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



overtager skolelægers job



ARKIFOTO, SCANPIX

munallægeordning, vil det betyde, at kommunen skal ansætte en speciallæge mere, men det kan man undgå ved at bruge en engangsudgift på 1,4 mio. til at efteruddanne sundhedsplejerskerne, der kan varetage opgaven,” siger Helle Rasmussen til *Sygeplejersken*.

Uenighed om konsekvenser

Men efteruddannelse skaber ikke læger, ifølge Vibeke Manniche, der er forvinde for foreningen for de kommunale læger.

”Sundhedsplejersker laver ikke lægearbejde, og heller ikke på baggrund af et seksdages efteruddannelseskursus. Jeg frygter, at børnene bliver de store tabere i det her, fordi en sundhedsplejerske af gode grunde ikke undersøger på samme måde, som en læge vil gøre det. Hun ser f.eks. ikke efter blå mærker på kroppen eller ste-

toskoperer barnet, fordi hun foretager en sundhedssamtale, hvor lægen derimod laver en rigtig lægeundersøgelse,” siger Vibeke Manniche og tilføjer, at en stærk sundhedstjeneste består af læger og sundhedsplejersker med et tæt tværfagligt samarbejde.

Men Helle Rasmussen mener, at forslaget vil være til gavn for børnene.

”Sundhedsplejersken er på skolen hver uge i modsætning til kommunallægen, som kun ser børnene to gange i deres liv. Det vil sige én gang i børnehaveklasse og én gang i 9. klasse. Men det efterlader stadig alle mellemtrinene. Sundhedsplejersken har et tæt samarbejde og er i løbende dialog med lærerne på skolen og kan løse opgaverne ad hoc i løbet af året. F.eks. har gymnastiklæreren altid mulighed for at udtrykke bekymring for børn,

Børne- og Ungdomsforvaltningen i Københavns Kommune foreslår at bruge penge på at efteruddanne sundhedsplejersker til at stå for nogle af de opgaver, som københavnske skolelæger tidligere har haft.

som har blå mærker på kroppen,” siger Helle Rasmussen. Hun er enig i, at sundhedsplejerskerne ikke skal være en erstatning for lægen, og forklarer, at der vil blive udformet nogle retningslinjer, der skal præcisere sundhedsplejerskens arbejde på skolerne.

Men sundhedsplejerskerne vil belaste praksis i det lange løb, fordi de vil sende flere videre end lægerne, mener Vibeke Manniche.

”Sundhedsplejersken kan ikke diagnosticere eller forholde sig aktivt til en behandling, fordi hun ikke er lægeligt uddannet, og derfor bør hun være mere i tvivl og henvise mere end lægerne. Derfor vækker det bekymring, når jeg ser, at sundhedsplejersker ikke henviser oftere end læger, fordi så betyder det, at hun overser noget,” siger Vibeke Manniche.

Men det holder ikke, siger Helle Rasmussen og henviser til en undersøgelse for foreningen af sundhedsledere for børn og unge i Danmark fra marts 2008, der blev foretaget, før loven blev ændret.

”Undersøgelsen viste bl.a., at 11 kommuner, der med dispensation fra Sundheds- og Forebyggelsesministeriet på søgsbasis havde ansat sundhedsplejersker i stedet for læger, havde det samme henvisningsmønster som kommunallægerne. Så der er ingen forskel der,” siger Helle Rasmussen.

Journalist
Christina Sommer (DJ)
cso@dsr.dk
Tlf.: 4695 4264
Mobil: 2344 6279
(På barsel)



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
Mobil: 2360 0277



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



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 2

TARGIN® (oxycodonhydrochlorid/naloxonhydrochlorid) Depottabletter 10 mg/5 mg, 20 mg/10 mg. **Indikation:** Stærke smerter som kun kan behandles tilstrækkeligt med opioidanalgetika. Opioidantagonisten naloxon modvirker opioidinduceret obstipation, idet oxycodons virkning på opioidreceptorerne lokalt i mave-tarm-kanalen blokeres. • **Dosering:** Voksne og børn over 18 år: Doseres hver 12. time. Dosis tilpasses individuelt efter patientens tilstand og under hensynstagen til eventuel forudgående smertebehandling. Den normale initialdosis til opioidnaive patienter er 10mg/5mg hver 12. time, men afhængig af patientens behov for smertedækning kan der være indikation for at starte med højere doser. Den maksimale døgndosis er 40mg/20mg dagligt. TARGIN® er ikke indiceret til behandling af gennembrudssmerter. Depottabletter skal sluges hele. Må ikke deles, tygges eller knuses. Ved ophør efter længere tids behandling reduceres dosis gradvist. Bør ikke anvendes til børn under 18 år. Hos ældre, samt patienter med let nedsat nyre- og leverfunktion bør dosis justeres efter den individuelle kliniske situation. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer, oxycodon og naloxon, eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Enhver situation, hvor opioider er kontraindiceret. Svær respirationsdepression med hypoxi og/eller hyperkæpi, svær kronisk obstruktiv lungesygdom, cor pulmonale, akut svær bronkial astma, ikke-opioidinduceret paralytisk ileus, graviditet og amning, moderat til svær nedsat leverfunktion. • **Advarsler og forsigtighedsregler:** Hos personer, der er afhængige af opioider, vil misbrug af TARGIN® medføre markante abstinenssymptomer eller forværring af allerede eksisterende abstinenssymptomer. Den største risiko ved opioidbehandling er respirationsdepression. Der skal udvises forsigtighed ved administration af TARGIN® til ældre eller svækkede patienter, patienter med opioidinduceret paralytisk ileus, svært nedsat lungefunktion, myokardem, hypothyroidisme, Addisons sygdom, forgiftningssykyose, cholelithiasis, prostatahypertrofi, alkoholisme, delirium tremens, pancreatitis, hypotension, hypertension, allerede eksisterende hjerte-karsygdomme, hovedskader (pga. risiko for øget intrakranielt tryk), epilepsi eller tendens til krampeanfald samt hos patienter, der er i behandling med MAO-hæmmere. Der skal også udvises forsigtighed ved administration af TARGIN® til patienter med let nedsat lever- eller nyrefunktion. Det er især nødvendigt, at patienter med svært nedsat nyrefunktion monitoreres omhyggeligt. Patienter, der er i langtidsbehandling med høje opioiddoser, kan initialt få abstinenssymptomer ved skift til TARGIN®. Sådanne patienter kræver særlig opmærksomhed. Længerevarende brug af TARGIN® kan medføre udvikling af tolerance, hvilket kan føre til brug af højere doser for at opnå den ønskede analgetiske effekt. Kronisk brug af TARGIN® kan medføre fysisk afhængighed. Der kan forekomme abstinenssymptomer ved pludselig seponering af behandlingen. Hvis behandling med TARGIN® ikke længere er nødvendig, anbefales det at reducere den daglige dosis gradvist. TARGIN® indeholder lactose. • **Interaktioner:** Forstærket CNS dæmpende effekt med stoffer som alkohol, andre opioider, sedativa, hypnotika, antidepressiva, sovemidler, phenotiaziner, neuroleptika, antihistaminer og antiemetika. Der er observeret klinisk relevante ændringer i INR (International Normalized Ratio eller Quick-value) i begge retninger hos enkeltpersoner ved samtidig administration af oxycodon og coumarin-antikoagulantia. • **Graviditet:** Bør så vidt muligt ikke anvendes. • **Amning:** Bør ikke anvendes. Mærket med trafiktrækant. • **Bivirkninger:** Meget almindelige: Kvalme, sedation, svimmelhed, hovedpine, opkastning, kløe. Almindelige: Nedsat, evt. manglende appetit, angst, rastløshed, tremor, vertigo, hypotension, rinoré, gaben, abdominalsmerter, mundtørhed, flatulens, pruritus, hudreaktioner, hyperhidrose, muskelkramper, muskeltræknings, myalgi, abstinenssymptomer, følelse af at være varm og kold, kulderystelser, asteni, humorsvingninger og personlighedsforandringer (f.eks. depression, eufori), nedsat aktivitetsniveau, psykomotorisk hyperaktivitet, agitation, nervøsitet, insomnia, abnorme tanker, konfusion, synkope, paræstesi, dyspnø, hikke, dyspepsi, urinretention, dysuri, imperativ vandladning. Sjældne og ikke almindelige bivirkninger: Se fuldt produktresumé. • **Overdosering:** Afhængig af anamnesen kan en overdosis af Targin manifestere sig ved symptomer udløst af enten oxycodon (lopioidreceptor-agonist) eller naloxon (lopioidreceptor-antagonist). Symptomer på overdosering med oxycodon inkluderer miosis, respirationsdepression, somnolens som kan udvikle sig til stupor, skeletmuskelslaphed, bradykardi og hypotension. I svære tilfælde kan der forekomme koma, ikke-kardioget lungeødem og kredsløbskollaps, hvilket kan resultere i dødsfald. Overdosering med naloxon alene er usandsynlig. Behandling: Abstinenssymptomer, som er forårsaget af en overdosis med naloxon, skal behandles symptomatisk under tæt overvågning. Ved symptomer på en oxycodon overdosis kan der indgives en opioidantagonist (f.eks. 0,4-2 mg naloxon intravenøst). Indgift af enkelt-doser skal gentages med 2-3 minutter mellemrum afhængigt af den kliniske situation. • **Farmakologi:** Oxycodon og naloxon udviser affinitet til kappa-, mu- og delta-opioidreceptorer i hjernen, rygmarv og perifere organer (f.eks. tarm). Oxycodon indvirker på disse receptorer som opioidagonist og giver smertelindring ved binding til de endogene opioidreceptorer i CNS. Naloxon er derimod en ren antagonist, der indvirker på alle typer af opioidreceptorer. På grund af en udtalt første-passage-metabolisme er biotilgængeligheden af naloxon efter oral administration <3 %. Det er således usandsynligt, at der er nogen klinisk relevant systemisk effekt. Kompetitiv antagonisme mellem oxycodon og naloxon ved opioidreceptorerne i tarmene bevirker, at naloxon reducerer de bivirkninger fra mave-tarm-kanalen, der er typiske for opioidbehandling. Biotilgængeligheden af oxycodon efter oral administration er høj (op til 87 %). **Pakninger og priser inkl. recepturgebyr pr. 20. april 2009:** TARGIN® depottabletter 10 mg/5 mg: 28 stk. kr. 259,05 (033195), TARGIN® depottabletter 10 mg/5 mg: 98 stk. kr. 819,85 (033206), TARGIN® depottabletter 20 mg/10 mg: 28 stk. kr. 469,00 (033218), TARGIN® depottabletter 20 mg/10 mg: 98 stk. kr. 1538,00 (033229). Dagsaktuelle priser kan findes på www.medicinpriser.dk. **Tilskud:** Der søges enkelttilskud. **Udlevering:** A&A kopieringspligtig.

De med • mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddeltstyrelsen godkendte produktresumé dateret 17. november 2008. Det fulde produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos norpharma a/s • Slotsmarken 15 • 2970 Hørsholm • Tlf.: 4517 4800 • Fax: 4517 4829 • norpharma@norpharma.dk • www.norpharma.dk.

TARGIN® er et registreret varemærke. TARGIN® er et stærkt opioid.



Sundhedsplejersken i ny nøgleposition

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

En krammer. Forebyggelseskommissionen har barslet med 52 forslag til, hvordan danskerne kan leve længere og sundere. Dårlige vaner grundlægges i barndommen, og en stor del af kommissionens anbefalinger retter sig mod børn og unge.

Sundhedsplejersken er tiltænkt en aktiv rolle i Forebyggelseskommissionens udspil, der netop er offentliggjort.

Et af forslagene går således på, at tre-årsundersøgelsen hos familiens læge skal erstattes af et sundhedsplejerskebesøg hjemme hos familien. Besøget skal bruges til at observere familiens levevis og vurdere, om den øger børnenes senere risiko for livsstilssygdomme. Sundhedsplejersken skal specielt være opmærksom på familiens forhold til de fire KRAM-faktorer – Kost, Rygning, Alkohol og Motion.

Hvis der f.eks. ryges i hjemmet, kan det være oplagt at tage en snak om farerne

ved passiv rygning. Er både mor og far overvægtige, er der stor risiko for, at børnene også får vægtproblemer. Her vil en snak om familiens kost- og motionsvaner være formålstjenlig.

Men hvordan tackler sundhedsplejersken denne opgave uden at overskride familiens "grænser"? Familien har jo ikke selv bedt om gode råd.

Formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, Susanne Hede, medgiver, at der bliver tale om en delikat opgave, hvor man må spille med en helt åben dagsorden over for forældrene.

Sundhedsplejerskens force er, at familierne som udgangspunkt har tillid til hende og gerne vil lukke hende ind i deres hjem. Men i de fleste kommuner slutter kontakten til sundhedsplejersken, når barnet er 8-10 mdr.

"Hvis vi vil komme på besøg, når barnet er tre år gammelt, skal vi huske, at det er

"Det har været en fantastisk

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Vagtskifte. Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow stopper efter ni år som formand. Den 55-årige sygeplejerske, der af fagbladet *Dagens Medicin* er blevet kåret som en af de mest magtfulde personer i sundhedsvæsenet, har foreløbig ingen planer for fremtiden.

"Min datter har foreslået mig at lave et loppemarked. Men endnu har jeg ikke truffet en beslutning om fremtiden."

Sådan sagde Connie Kruckow til nyhedsmedierne, efter at hun overraskende havde besluttet at sige stop efter ni år som formand for Dansk Sygeplejeråd:

"Det har været et stort privilegium at stå i spidsen for sygeplejerskerne. Jeg har været i organisationen i mange år, og jeg har fået indfriet mange af de ambitioner, jeg har på sygeplejerskernes vegne."

Beslutningen om at stoppe har været nogle måneder undervejs.

]]] BLÅ BOG

Født: 1953 på Nordfalster.

Privat bosiddende i Hillerød, mor til to voksne børn.

Uddannet sygeplejerske fra Frederiksborg Amts Sygeplejerskole 1976.

Ansæt på Hillerød Sygehus fra 1976 til 1987 bl.a. som afdelingsssygeplejerske på medicinsk, ortopædkirurgisk, gynækologisk og obstetriske afdeling og ambulatorium og i sygeplejeadministrationen på Hillerød Sygehus.

Faglig sekretær i Dansk Sygeplejeråd, Frederiksborg amtskreds, 1987-93.

Amtskredsformand i Frederiksborg amtskreds og medlem af hovedbestyrelsen i Dansk Sygeplejeråd fra 1993-2000.

Formand og chefforhandler for Sundhedskartellet 2000.

Formand for Dansk Sygeplejeråd 2000-2009.



ARKIVFOTO: SCANPIX

længe siden, vi har været i familien sidst, og at vi kommer i en anden rolle. Vi skal melde ud, at vi kommer for at snakke sundhed og forebyggelse med hele familien,” siger Susanne Hede.

”Det vil måske være en god idé at sende listen til familien i forvejen, så de kan forberede sig på samtalen,” siger Susanne Hede. Hun understreger, at det bliver nødvendigt at tilføre kommunerne flere penge,

Sundhedsplejerskerne er tiltænkt en ny delikat opgave, hvor de skal tale med familier om deres kost og motionsvaner.

hvis sundhedsplejerskerne skal på et ekstra besøg hos de treårige.

Forebyggelseskommissionen har især målrettet sine anbefalinger mod børn og unge, fordi dårlige vaner er langt sværere at ændre, allerede når borgerne når 17-18-års-alderen.

Kommissionens udspil indeholder i alt 52 konkrete forslag til, hvordan regeringen kan realisere sin målsætning om at hæve danskernes middellevetid med tre år inden for de næste 10 år.

Læs mere om planen på www.forebyggelseskommissionen.dk

Anerkendende tilgang

Man skal ikke møde op med løftede pegefingre, men derimod have en anerkendende tilgang, hvor man bygger kontakten på de ting, familien gør godt.

Susanne Hede foreslår en slags tjekliste med de emner, som sundhedsplejersken vil bygge samtalen med familien på.

>>> FORSLAG FRA FOREBYGGELSESKOMMISSIONEN:

- Aldersgrænsen for salg af alkohol til unge hæves fra 16 til 18 år.
- Forbud mod alkoholreklamer i alle medier.
- Alle skolebørn skal have en times daglig motion.
- Højere afgift på sukkerholdige varer.
- Gratis frugt til alle børn i folkeskolen hver dag.

kamp”

”Jeg er 55 år, og min valgperiode udløber først om tre år. Hvis jeg venter med at stoppe til den tid, vil der ikke være meget arbejdsliv tilbage for mig. Jeg har brugt 22 år i Dansk Sygeplejeråd, og jeg synes, det vil være ærgerligt at sidde som en gammel dame og ærgre sig over, at jeg ikke prøvede nogle andre muligheder også,” siger Connie Kruckow.

Skridt mod ligeløn

Connie Kruckow blev for alvor landskendt, da hun sidste år ledede sygeplejerskernes kamp for at få mere i løn. Efterfølgende kårede fagbladet Dagens Medicin hende til en af de mest magtfulde personer i det danske sundhedsvæsen kun overgået af den daværende statsminister og finansminister samt regionernes formand Bent Hansen (S).

”Det var en fantastisk kamp. Og det vil jeg huske som en af mit livs oplevelser,” lyder det fra Connie Kruckow, som fremhæver, at Dansk Sygeplejeråd har taget vigtige skridt mod ligeløn i de seneste ni år.

”Senest satte vi i 2008 alle kræfter bag



ARKIVFOTO: SIMON KNUDSEN

kravet om ligeløn til sygeplejerskerne og kollegerne i Sundhedskartellet, og vi kom i hus med et resultat, der sprængte rammen og var med til at bane vejen for ligeløn.”

Connie Kruckow fremhæver, at skiftet

Konflikten i foråret 2008 varede otte en halv uge, hvor Connie Kruckow var konstant i mediernes søgelys, her efter forhandlinger den 9. juni 2008.

kommer på et godt tidspunkt, fordi en ny formand får god tid til at sætte sig ind i de kommende overenskomstforhandlinger i 2011.

Connie Kruckow har sin sidste arbejdsdag som formand den 31. maj. Derefter bliver der tid til en lang sommerferie.

”Jeg har besluttet, at når jeg stopper, skal jeg holde et par måneders fri og få organisationsarbejdet ud af blodet. Først derefter vil jeg tænke nogle tanker om, hvad der skal ske.”

Dansk Sygeplejeråds nye formand udpeges efter en urafstemning blandt medlemmerne senest fire måneder efter Connie Kruckows fratræden. Kredsen af kandidater er kongressens medlemmer. Dansk Sygeplejeråds hovedbestyrelse fastlægger de nærmere frister for formandsvalget den 12.-13. maj.

Sygeplejersken bringer et længere interview med Connie Kruckow i næste nummer.

"Jeg har ikke fået noget at vide om sygdomsrisici ved at gifte sig med en fætter af min familie. Det snakker man overhovedet ikke om," fortæller Tugba Özbudak.



Skamfuldt at gifte sig med sin fætter

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST • FOTO: THOMAS TOLSTRUP

Berøringsangst. Traditionen for fætter-kusine-ægteskaber taler man ikke om i tyrkiske kredse. Det betragtes som gammeldags og skamfuldt, fortæller den tyrkiske sygeplejestuderende Tugba Özbudak.

På en café i den gamle by Helsingør sidder den 25-årige kvinde, Tugba Özbudak, som snart er færdig med at uddanne sig til sygeplejerske. Hun er tyrkisk-dansk af oprindelse og bærer tørklæde. Hun tager en tår af den te, hun netop har hældt op, mens hun selvbevidst fortæller om, hvordan hun som 20-årig blev gift med den mand, hun elsker. Forinden havde flere af hendes fætre friet til hende, men hun sagde nej, fordi hun ikke var forelsket.

"Jeg har indtryk af, at det kan være svært for nogle unge at sige fra over for familiens pres. Men sådan har det ikke været i min familie. Da jeg sagde nej til mine fætre, respekterede mine

forældre det," siger hun og forklarer, at det er meget gammeldags og skamfuldt at blive gift med en fætter eller kusine i moderne tyrkisk kultur.

"Jeg tror, at mange vil tænke: "Kunne du virkelig ikke finde noget bedre end din fætter?" Eller undre sig over, om det er tvang fra familiens side."

Traditionen har ændret sig

Tidligere var det meget almindeligt i Tyrkiet at blive gift med et familiemedlem, og i Tugba Özbudaks familie er tre ud af syv onkler gift med en kusine. I dag er traditionen for fætter-kusine-ægteskaber på retur, og skikken er mest udbredt i landsbyer med et afgrænset udvalg af udkårne. Dog rejser mange unge væk fra landsbyerne for at studere, så de er mere oplyste og vælger selv, hvem de vil giftes med.

Jordnære kampagner efterlyses

AF BRITTA SØNDERGAARD OG REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALISTER

Oplysning. Regeringens oplysning om risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber har ikke haft gennemslagskraft. Der er brug for mere direkte kampagner, mener den radikale politiker Rabih Azad-Ahmad.

Fætter-kusine-ægteskaber er især udbredt blandt socialt udsatte nydanskere, der hverken læser pjecer eller går på nettet.

Derfor er der brug for oplysning om sundhedsrisikoen ved at gifte sig inden for familien i daginstitutioner, skoler, moskéer og kulturelle foreninger, hvor etniske minoriteter kommer til daglig.

Det mener jurist Rabih Azad-Ahmad, der er byrådsmedlem for Det Radikale Venstre i Århus og daglig leder af Gellerup Parkens Retshjælp.

Regeringen iværksatte i 2003 en oplysningskampagne om risikoen ved ægteskaber inden for familien og udgav en folder. Men ifølge Rabih Azad-Ahmad har kampagnen ikke haft gennemslagskraft.

"Ærlig talt – jeg har ikke hørt om den kampagne, og det tror

jeg ikke, ret mange har. Hvis vi skal ændre noget, er det ikke nok med en folder. Vi er nødt til at gå meget jordnært til værks. F.eks. tale om problemet i børnehaven, hvor forældrene kommer, eller i de etniske foreninger," siger Rabih Azad-Ahmad, der

>>> FLERE SYGE BØRN I INDGIFTEDE FAMILIER

Sygeplejersken beskrev i nr. 8 sundhedsrisikoen ved fætter-kusine-ægteskaber. Hvert år fødes 20-25 børn med sjældne arvelige sygdomme. Hvert tredje af dem kommer fra etniske minoritetsfamilier, hvor far og mor ofte har tætte familieband. Samtidig viser en undersøgelse fra Syddansk Universitet, at tyrkiske, somaliske og pakistanske kvinder har dobbelt så høj risiko for at føde dødfødte børn som danskere. Også her peger forskerne bag undersøgelsen på fætter-kusine-ægteskaber som en af forklaringerne.

”Jeg tror, at mange vil tænke: ”Kunne du virkelig ikke finde noget bedre end din fætter?” Eller undre sig over, om det er tvang fra familiens side.”

Sygeplejestuderende Tugba Özbudak.

”Problemet i Danmark er, at nogle tyrkere er kommet til Danmark fra en landsby i Tyrkiet for 30-40 år siden og holder fast i den samme tankegang,” forklarer Tugba Özbudak.

I tyrkisk kultur er det stadig en meget udbredt opfattelse, at sygdom blandt nyfødte børn er skæbnebestemt.

”Man tænker ikke, hvad har jeg selv gjort, fordi det er man slet ikke herre over,” siger hun.

Kendte ikke risikoen

Som 16-årig hørte Tugba Özbudak for første gang om risikoen for syge børn i indgiftede familier, da hendes dansklærer spurgte hende, om hun skulle giftes, og fortalte om risikoen ved fætter-kusine-ægteskaber.

”Det er vigtigt at tale om risici for genetiske sygdomme. Jeg tror stadig, at der er mange unge piger, som ikke ved noget om det. Jeg fik først noget at vide, da jeg var 16 år, og kunne sagtens risikere at være blevet gift med en fætter uden at ane, at det kunne give problemer,” siger hun og mener, at det er svært at tale om traditionen i etniske minoritetsfamilier, og efterlyser mere oplysning i samfundet, f.eks. fra de praktiserende læger.

”Pigen kommer som regel alene, og derfor kunne det være lægens opgave at fortælle om risici ved at få børn og blive gift med en fætter, da lægen også kender hendes sygdomsbillede.”



ARKIVFOTO: SØREN HOLM

har palæstinensiske rødder og selv har oplevet, at to tanter i Libanon ønskede ham gift med deres døtre. Rabih Azad-Ahmad er ikke i tvivl om, at emnet fætter-kusine-ægteskaber er omgivet af stor berøringsangst i nogle etniske minoritetsmiljøer.

”Men etniske minoriteter er meget forskellige. I nogle miljøer tales der åbent om problemet. I andre ikke. Grundlæggende er fætter-kusine-ægteskaber en tradition, der udspringer af en landkultur,” siger Rabih Azad-Ahmad, som mener, at de religiøse samfund bør inddrages i oplysningen.

Sygeplejersken har ringet til flere imamer, og her er holdningen vidt forskellig. Flere afviser pure at tale om emnet, mens andre som f.eks. imam Abu Bashir fra Det Islamiske Informations- og Rådgivningscenter i Odense råder muslimer til ikke at gifte sig med familiemedlemmer:

”Det er en dårlig idé at gifte sig inden for familien, for det er vigtigt at sprede sine gener. Men vi kan ikke tvinge nogen til noget,” lyder budskabet fra imamen i Odense.

”Det er en dårlig idé at gifte sig inden for familien, for det er vigtigt at sprede sine gener. Men vi kan ikke tvinge nogen til noget,” lyder budskabet fra imamen i Odense.

Tjek din løn

Alle medlemmer, der arbejder i en kommune eller en region, kan tjekke deres løn med den opdaterede lønberegner på portalen. Selvom der skal fyldes mange tal ind i et skema, tåler den ingen sammenligning med den omstændelige konfliktberegner. Kom direkte til lønberegneren med www.dsr.dk/loenberegner

Nyt tema, ny video

Har du aldrig fået et helt styr på det med de kliniske ekspertsygeplejersker? På portalen kan du nu finde et nyt tema, der samler det hele. Du kan bl.a. se en kort video med erfaringer fra udlandet og danske politikeres holdninger til indførelse af den nye type specialuddannelse.

Se tema og video på www.dsr.dk/ekspert



Reception

Dansk Sygeplejeråd siger farvel til formand, Connie Kruckow, der efter 9 år på posten fratræder den 31. maj 2009.

I den anledning afholdes reception

onsdag den 13. maj 2009, kl. 15.00-17.00

i Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30,
1250 København K.



Voldspolitik i hver eneste region

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Overlast. Sygehusenes oplevelser med voldelige og truende patienter og pårørende skal danne grundlag for et landsdækkende sæt af anbefalinger fra Danske Regioner.

Danske Regioner er i fællesskab med Sundhedskartellet netop nu i gang med at indsamle viden om sygehusenes aktuelle erfaringer med vold og trusler mod bl.a. sygeplejersker og om det beredskab, man har til at forebygge overgrebene. Erfaringerne skal udmøntes i et samlet sæt anbefalinger, som til efteråret sendes ud til samtlige landets sygehuse.

Ved overenskomstforhandlingerne i 2008 forpligtede regionerne sig til at lave lokale retningslinjer for, hvordan man identificerer, forebygger og håndterer vold, mobning og chikane.

”Det er ikke acceptabelt, at medarbejderne skal opleve vold og chikane, når de passer deres arbejde. Som arbejdsgivere kan vi heller ikke acceptere, at medarbejderne udsættes for voldelige og truende patienter og pårørende. Derfor er det vores ansvar at lære personalet at blive bedre til at håndtere konfliktfyldte situationer,” siger formand for Danske Regioners sundhedsudvalg, regionsformand i Nordjylland, Ulla Astman.

Hun understreger, at det er ledelsens pligt at være opmærksom på, om medarbejderne har lidt overlast eller trives dårligt som følge af voldsepisoder og trusler.

”En sygeplejerske må aldrig stå alene efter en episode, hvor en patient har udvist voldelig eller truende adfærd.”

Ikke alle afdelinger er lige udsatte for vold og overgreb. Derfor anbefales det, at de enkelte afdelinger lokalt beslutter, hvordan man vil håndtere voldsforebyggelsen,” siger hun.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

Danske Regioner øger fokus på voldsforebyggelsen på landets sygehuse. Sygeplejerskers arbejdspladser skal f.eks. fysisk indrettes så hensigtsmæssigt med flugtveje og lignende, at det ikke er muligt at blive trængt op i en krog.

>>> TRUSLER OG VOLD

7.500 basissygeplejersker udsættes på landsplan årligt for trusler, mens godt 5.000 sygeplejersker hvert år udsættes for korporligheder.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Ifølge Ulla Astman kan man i mange tilfælde planlægge sig ud af de uheldige episoder.

”Vi må i den fremtidige sygehusplanlægning tage højde for, at lange, trange gange kan provokere visse patientgrupper,” siger Ulla Astman.

Aldrig alene på vagt

Gode normeringer er den vigtigste forudsætning for at forebygge vold mod sygeplejersker.

Det fastslår John Christiansen, næst-

formand i Dansk Sygeplejeråds Kreds Syd-danmark.

”Vi ved af erfaring, at risikoen for overgreb øges, når sygeplejersker arbejder alene. Derfor må vi igen og igen understrege, at sygeplejersker aldrig bør være alene på vagt. Samtidig må vi også kræve, at sygeplejerskers arbejdsplads er fysisk indrettet så hensigtsmæssigt med flugtveje og lignende, så det f.eks. ikke er muligt at blive trængt op i en krog,” siger han.

John Christiansen mener, at vold mod sygeplejersker skal have samme konsekvens som vold alle andre steder i samfundet. Det vil med andre ord sige, at det skal anmeldes til politiet.

”Sygeplejersken må aldrig stå alene, men skal på rygmarven vide, hvad hun skal foretage sig. Der skal være en plan, som fungerer døgnet rundt, også fredag nat kl. 3,” siger John Christiansen.

Indretter arbejdstiden efter børnene

Danmark er et af de lande, hvor flest kvinder er i arbejde. Men det er stadig kvinderne, der tilpasser deres arbejdstid for at tage sig af børnene.

Det viser en ny undersøgelse fra SFI, det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

I 2006 arbejdede danske mænd i gennemsnit 36,48 timer om ugen, mens danske kvinder arbejdede 34,13 timer. Samtidig var der stor variation kvinderne imellem.

Det var specielt kvinder med to eller flere børn og kvinder

med små børn, der arbejdede mindre. Mændenes arbejdstid var ikke på samme måde påvirket af, om de havde børn eller ej.

Undersøgelsen viser også, at ansatte i amter og kommuner arbejdede mindre end privatansatte, især kvinderne. Og sundhedsuddannede, både mænd og kvinder, arbejdede mindre end andre.

(kb)

Læs mere på www.sfi.dk

Danske knæ under tysk kniv

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Grænseoverskridende. EU er parat til at give danske patienter ret til at søge behandling i udlandet på statens regning.

Søren Kock, 66-årig pensioneret maskinmester fra Kalundborg, er en af pionererne, når det gælder danske patienters kamp for at nyde godt af de behandlinger, der tilbydes ude i Europa.

Kock har af egen lomme betalt 250.000 kr. for at få sin lungeindekraft behandlet med kemoterapi i Tyskland, og foreløbig nægter Region Sjælland at refundere regningen.

Mediernes omtale af Søren Kocks kamp for at få ret til gratis behandling i Europa faldt sammen med, at et flertal i EU-Parlamentet den 23. april stemte for et forslag om "grænseoverskridende sundhedspleje i Europa". Den nye EU-lov, som skal godkendes af EU's medlemslande i Ministerrådet, fastslår, at

patienter har ret til at søge behandling i et andet EU-land. Og den stadfæster også de rettigheder på sundhedsområdet, som EF-Domstolen i en række domme har sikret EU-borgerne de senere år. Det betyder ifølge Berlingske Tidende, at nationale myndigheder kun undtagelsesvis må kræve, at borgerne søger forhåndsgodkendelse i deres eget land, inden de søger behandling i et andet EU-land.

Økonomi ude af kontrol

Mens patientorganisationerne jubler, så frygter formanden for Danske Regioner, Bent Hansen (S), at patienternes rejsefrihed vil underminere samfundsøkonomien.

Han mener, at den danske model, hvor den praktiserende læge er garant for et sammenhængende patientforløb, går tabt, når medlemslandene ikke automatisk har kontrol med, hvilke patienter der søger behandling i udlandet.

"Det system skrotter du bare, så nu kan du gå ind på nettet, når du har ondt i ryggen, og tage til Sydspanien. Der bliver ikke styr på, om du får den rigtige behandling og genoptræning. Og det skal vi så finansiere," siger Bent Hansen til Politiken og erklærer, at økonomien "kommer helt ud af kontrol".

Til gengæld betegner Pia Christmas Møller, der er nyudnævnt formand for paraplyorganisationen Danske Patienter, i flere medier vedtagelsen som et stort "skridt fremad".

Der venter en række politiske slagsmål, før direktivet endeligt kan vedtages. EU-parlamentariker fra Venstre, Søren Busk, tror ikke, at forslaget vil betyde en sand vandring af patienter i Europa:

"Jeg ser ikke for mig et billede, hvor 480 millioner EU-borgere zapper rundt på nettet for at finde den bedste behandling. De vil selvfølgelig tage forbi deres egen læge først," siger Søren Busk til Politiken.



Palliative patienter bliver forstoppede af opioider

Relistor (Methylnaltrexonbromid)

- 6 ud af 10 patienter får afføring allerede inden for 4 timer
- Smertelindringen bibeholdes
- Når laksantia er utilstrækkelig

RELISTOR[®]
methylnaltrexonbromid
subkutan injektion

MO00324REL.DK

Ny uddannelse til hjemmesygeplejersker

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

Specialdesign. En ny efteruddannelse skal opruste hjemmesygeplejersker til at håndtere nye opgaver i primær sektor.

Korte indlæggelsesforløb på hospitalerne giver hjemmesygeplejersker flere udfordringer, når patienten skal hjem til egen bolig. En ny efteruddannelse skal ruste hjemmesygeplejersker til at håndtere de nye opgaver.

Efteruddannelsesforløbet kommer til at foregå over tre uger med start i uge 44, hvor der vil blive stillet skarpt på, hvad der skal til for at skabe et sammenhængende plejeforløb. Uddannelsen bliver indtil videre kun udbudt i Region Syddanmark, men udviklingskonsulent, Martha Højgaard, fra COK (Center for Offentlig Kompetenceudvikling) håber, at den vil blive så stor en succes, at kommuner fra andre regioner vil efterspørge den.

”Vi mener, at der har været et kompetencegab mellem, hvad hjemmesygeplejerskerne skal kunne, og hvilke uddannelses tilbud der reelt er til dem,” siger Martha Højgaard fra COK, som på baggrund af en henvendelse fra Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Primærsektoren har udviklet uddannelsen i samarbejde



Der er brug for mere prestige i hjemmesygeplejerskers arbejde, og det kan en ny uddannelse bidrage til.

med University College Lillebælt, UC Syd og UC Vest. Idéen til uddannelsen kommer oprindeligt fra Fagligt Selskab for Sygeplejersker i Primærsektoren, som i flere år har haft idéen i støbeskeen. Formand Inge Thorup glæder sig over den nye uddannelse.

”Der har ikke været prestige i at søge arbejde i hjemmeplejen, og det håber vi, at den nye uddannelse kan give,” siger hun.

Martha Højgaard kan oplyse, at der har været stor interesse og tilslutning til efteruddannelsen, men der er stadig ledige pladser, hvis flere skulle være interesseret. Læs mere om uddannelsen på www.cok.dk

.....

”Sygehusene har foreløbig nået at redde 1.500 menneskeliv. Det er flot, og vi betragter glasset som halvt fuldt, men vi må erkende, at det tager længere tid at lave ændringer på sygehusafdelingerne, end vi havde regnet med.”

Leder af sekretariatet i Dansk Selskab for Patientsikkerhed Beth Lilja i Jyllands-Posten om status på Operation Life-kampagnen, der løber til udgangen af 2009.



Kliniske ekspertsygeplejersker:

Britiske erfaringer skal danne grundlag for dansk model

Løsningsmodel. Britiske erfaringer viser, at der både er god økonomi i kliniske ekspertsygeplejersker og større patienttilfredshed.

Kliniske ekspertsygeplejersker er både godt for patientsikkerheden, økonomien og patienternes tilfredshed. Sådan blev erfaringerne med kliniske ekspertsygeplejerskers virksomhed bedømt i Storbritannien forud for de seneste udvidelser af sygeplejerskernes selvstændige ret til at undersøge, diagnosticere og behandle patienter. 13.000 engelske sygeplejersker har i dag ret til at ordinere alle godkendte lægemidler, mens andre 30.000 sygeplejersker har ret til at ordinere et begrænset antal lægemidler.

De britiske erfaringer med kliniske ekspertsygeplejersker indgår i det materiale, som de danske myndigheder og politikere har som grundlag for overvejelserne om, hvordan det lovmæssige grundlag skal være for en tilsvarende virksomhed i Danmark.

Blandt de 43.000 britiske sygeplejersker med ret til at ordinere lægemidler har der været et enkelt tilfælde, hvor en sygeplejerske har overtrådt reglerne og derved mistet retten til at arbejde som sygeplejerske.

Blandt de seneste 60.000 tilfælde af medicineringsfejl i Storbritannien i en 18 måneders periode, som blev rapporteret til National Patient Safety Agency (NSPA), kunne ikke en eneste føres tilbage til en sygeplejerske.

Kilder: Latter et al. (2005) *An evaluation of Extended Formulary Independent Nurse Prescribing. Final Report. Policy Research Programme, Department of Health & University of Southampton (UK).*

National Patient Safety Agency (NPSA) under det britiske sundhedsministerium. www.npsa.nhs.uk

Konferencen om kliniske ekspertsygeplejersker og modtagelsen af forslaget om at indføre kliniske ekspertsygeplejersker i Danmark var nærmere omtalt i Sygeplejersken nr. 8, 2009.

Læs mere på www.dsr.dk/ekspert

(sp)

De røde faners dag

Fagforeningstradition. I godt 150 år har 1. maj været arbejderbevægelsens internationale kampdag. Hvad betyder dagen for en dansk sygeplejerske?

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST



FOTO: SØREN SVENDSEN

Louise Hovard, sygeplejerske, Ortopædkirurgisk sengeafsnit T114, Herlev Hospital

Er 1. maj en dag, der betyder noget for dig?

"Nej, ikke rigtig."

Demonstrationer og taler og røde faner, er det overhovedet noget for sygeplejersker i år 2009?

"Nej, det synes jeg ikke. Kampen for arbejderne er vel egentlig vundet. Det, vi skal kæmpe for i dag, må være patienterne, at de får en god behandling. Det er vigtigere, og så må nogle andre tage sig af deres sociale forhold."

Hvad skal du selv lave 1. maj?

"Jeg holder ferie."



FOTO: KISSEN MØLLER-HANSEN

Ulla Brink Floor, sygeplejerske, Kardiologisk afdeling B1, Århus Universitetshospital Skejby

Er 1. maj en dag, der betyder noget for dig?

"Ja. Det er jo den dag, hvor arbejderbevægelsen markerer sig."

Taler og røde faner, er det overhovedet noget for sygeplejersker i år 2009?

"Det synes jeg da, det var sidste år, da vi strejkede. Vi fik vist, at vi stod sammen, og fik gjort opmærksom på os selv."

Hvad skal du selv lave 1. maj?

"Jeg skal i nattevagt, men det kan godt være, jeg også skal ud og se, hvad der sker."



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

Esben Stræde, sygeplejerske, Akut medicinsk modtageafsnit og intensiv afsnit N1, Regionshospitalet Silkeborg

Er 1. maj en dag, der betyder noget for dig?

"Både og. Fagbevægelsen er stadig vigtig, men før i tiden var der nok mere brug for at gå på barrikaderne. Arbejdsgivere og lønmodtagere snakker mere om tingene, og man har ikke brug for de store kampe for at blive hørt.

De politiske modsætninger er jo heller ikke så store mere – partierne går og stjæler hinandens programmer, så det hele samler sig lidt på midten. Måske også fordi danskerne generelt er blevet rigere."

Hvad skal du selv lave 1. maj?

"Jeg skal sandsynligvis arbejde."



FOTO: MORTEN NILSSON

Nezihe Dündar, sygeplejerske, Privathospitalet Hamlet, Søborg

Er 1. maj en dag, der betyder noget for dig?

"Nej, det går jeg ikke så meget op i."

Taler og røde faner, er det overhovedet noget for sygeplejersker i år 2009?

"Nej, det synes jeg ikke. Efter den sidste strejke har jeg ikke så meget tiltro til den slags. Uden at jeg i øvrigt kan sige, hvad der skal til."

Hvad skal du selv lave 1. maj?

"Jeg tror, jeg skal på arbejde."

Når vikaren er syg

Vikarer, der ikke har ret til løn under sygdom, kan have ret til sygedagpenge fra vikarbureauet, hvis beskæftigelseskravene er opfyldte. Dvs. at lønmodtageren har været beskæftiget via vikarbureauet i mindst 74 timer inden for de seneste otte uger og er på arbejde den dag, hvor sygdommen indtræder, eller var på arbejde dagen før og skulle have været på arbejde den dag, hvor sygefraværet begynder.

Det kan være fastsat i overenskomsten, at vikarer har ret til løn under sygdom på planlagte vagter. Du kan finde overenskomsterne på www.dsr.dk Har du spørgsmål, så kontakt dsr@dsr.dk

(sbk)

Ældre sygeplejersker vil gerne arbejde

Oversygeplejerske Lis Nøddeskou blev selv lidt overrasket over reaktionen, da hun søgte seniorsygeplejersker til Medicinsk afdeling, Køge Sygehus.

"Jeg mangler mange sygeplejersker og fik den tanke, at man måske kunne lokke nogle, der var gået på pension eller på efterløn, til at arbejde nogle timer eller en dag om ugen," siger hun.

Annoncer på nettet og i en søndagsavis gav imidlertid flere reaktioner, end hun havde ventet. Fem i første omgang, som blev tiltrukket bl.a. af tilbud-

det om god oplæring og introduktion. "Flere har sagt til mig: Man snakker så meget om det grå guld, men når det kommer til stykket, er der ingen, der vil have os," siger Lis Nøddeskou.

Annoncerne kom på i påsken, og den 20. april ansatte Lis Nøddeskou den første sygeplejerske til 12 timer om ugen. En sygeplejerske midt i 50'erne, som havde været væk fra faget i 20 år. Den næste ansøger kommer til samtale i begyndelsen af maj.

(kb)

PRODUKTINFORMATION FOR ANNONCE SIDE 13

Forkortet Produktresumé. Relistor® (Methylnaltrexonbromid) 12 mg/0,6 ml injektionsvæske, opløsning til injektion. **Indikationer:** Behandling af opioidinduceret obstipation hos patienter med fremskreden sygdom og i palliativ behandling, når respons på behandling med sædvanlige laksantia ikke har været tilstrækkelig. **Dosering:** Kun til voksne. Hvis behandling med sædvanlige laksantia har været utilstrækkelig, bør Relistor tilføjes for at inducere omgående afføring. Anbefalede dosis 8 mg (0,4 ml Relistor) (for patienter, der vejer 38-61 kg) eller 12 mg (0,6 ml Relistor) (for patienter, der vejer 62-114 kg). Det normale behandlingsprogram er en enkelt dosis hver anden dag. Doserne kan også gives med længere interval, alt efter klinisk behov. Patienterne må få to doser med 24 timers mellemrum, men kun hvis der ikke har været afføring efter dosis den foregående dag. Patienter, hvis vægt ligger uden for områderne, doseres med 0,15 mg/kg. Injektionsvolumen for disse patienter beregnes som: Dosis (ml) = patientens vægt (kg) x 0,0075. **Nyrepatienter:** For patienter med svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance mindre end 30 ml/min) skal dosen af methylnaltrexonbromid reduceres fra 12 mg til 8 mg (0,4 ml Relistor) for patienter, der vejer fra 62 til 114 kg, eller fra 0,15 mg/kg til 0,075 mg/kg for patienter, hvis vægt falder uden for området 62 til 114 kg. Der foreligger ingen data fra patienter med nyrsvigt i dialyse, og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Nedsat leverfunktion:** Det er ikke nødvendigt at justere dosis for patienter med mild til moderat nedsat leverfunktion. Der foreligger ingen data fra patienter med svært nedsat leverfunktion (Child-Pugh, klasse C), og Relistor kan ikke anbefales til disse patienter. **Pædiatriske patienter:** Der er ingen erfaring med behandling af børn under 18 år. Methylnaltrexon bør derfor ikke anvendes i den pædiatriske aldersgruppe, for der foreligger yderligere dokumentation. **Ældre patienter:** Det er ikke nødvendigt at foretage dosisjustering på grund af alder. **Indgivelse:** Relistor gives som en subkutan injektion. Det anbefales at bruge skiftende injektionssteder. Det frarådes at injicere på steder, hvor huden er øm, forslået, rød eller hård. Undgå områder med ar eller strækmærker. De tre områder på kroppen, der anbefales til injektion af Relistor, er lår, abdomen og overarme. Relistor kan injiceres uden hensyn til fødeintagelse. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Brug af methylnaltrexonbromid til patienter med kendt eller mistænkt mekanisk gastrointestinal obstruktion eller akut abdomen er kontraindiceret. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Relistor bør ikke anvendes til behandling af patienter med obstipation, der ikke er forbundet med brug af opioider. Opstår svær eller persisterende diarré under behandlingen, skal patienterne rådes til ikke at fortsætte behandlingen med Relistor og kontakte deres læge. Behandling med methylnaltrexonbromid kan medføre hurtig afføring (inden for 30 til 60 minutter i gennemsnit). Methylnaltrexonbromid bør kun anvendes i en begrænset periode. Relistor bør kun anvendes til patienter, der får palliativ behandling. Det bruges i tillæg til behandlingen med sædvanlige laksantia. Relistor kan ikke anbefales til patienter med svært nedsat leverfunktion eller med dialysekrævende terminalt nyrsvigt. Anvendelse af methylnaltrexonbromid til patienter med kolostomi, peritonealkateter, aktiv divertikelsygdom eller fækuli er ikke undersøgt. Relistor bør derfor kun indgives til disse patienter med forsigtighed. Dette lægemiddel indeholder mindre end 1 mmol natrium (23 mg) per dosis, dvs. at det stort set er natriumfrit. **Interaktioner:** In vitro-undersøgelser viser, at methylnaltrexon ikke inhiberer aktiviteten af CYP1A2, CYP2E1, CYP2B6, CYP2A6, CYP2C9, CYP2C19 og CYP3A4, hvorimod det svagt inhiberer metabolismen af et CYP2D6-modelsubstrat. I et klinisk lægemiddelinteraktionsforsøg med raske voksne mænd påvirkede en subkutan dosis methylnaltrexon på 0,3 mg/kg ikke signifikant metabolismen af dextromethorphan, der er et CYP2D6-substrat. Der er ikke observeret nogen relevant ændring af methylnaltrexons AUC, foruden C₁-får og efter flerdosisadministration af cimetidin. **Graviditet og amning:** Graviditet: Der foreligger ikke tilstrækkelige data om brugen af methylnaltrexonbromid hos gravide kvinder. Relistor bør ikke anvendes under graviditet, medmindre det er klart nødvendigt. Amning: Det vides ikke, om methylnaltrexonbromid udskilles i human modermælk. En beslutning om, hvorvidt amning skal fortsættes/stoppes eller behandling med Relistor skal fortsættes/seponeres, skal træffes under hensyntagen til barnets fordel ved amning og kvindens fordel ved behandling med Relistor. **Bivirkninger:** De mest almindelige bivirkninger, som er set i alle faser af placebokontrollerede forsøg, var abdominalsmerter, kvalme, diarré og flatulens. Disse bivirkninger var generelt milde eller moderate. Nervesystemet: Almindelige: Svimmelhed. Mave-tarmkanalen: Meget almindelige: Abdominale smerter, kvalme, flatulens, diarré. Hud og subkutane væv: Almindelige: Reaktionen på injektionsstedet (f.eks. brænden, svien, smerte, rødme, ødem). Overdosering: Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering under de kliniske forsøg. I et forsøg med raske forsøgspersoner blev der konstateret ortostatisk hypotension forbundet med en dosis på 0,64 mg/kg, der blev administreret som en intravenøs bolus. I tilfælde af en overdosis skal tegn eller symptomer på ortostatisk hypotension monitoreres og rapporteres til en læge. Passende behandling bør påbegyndes. Pakning og priser AUP: 324,95. Vnr: 94933 Relistor 7 stk. DKK 2.224,50. Produktinformationen er forkortet/omskrevet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres hos

Wyeth Danmark, Produktionsvej 12, 2600 Glostrup. Tlf.: 4488805. www.wyeth.dk M080717RELIS.DK

Ny diplomuddannelse rettet mod almen praksis

AF ULF JOEL JENSEN, JOURNALIST

E-learning. Region Nordjylland er på trapperne med et nyt uddannelsesstilbud til sygeplejersker, der vil arbejde i almen praksis.

Region Nordjylland vil styrke primær sektor og vil fra januar 2010 udbyde en diplomuddannelse for sygeplejersker og andet sundhedspersonale målrettet arbejdet i almen praksis.

"I grunden er det paradoksalt, at den ikke allerede findes," siger projektkonsulent og en af initiativtagerne til den kommende nye uddannelse, Dorte Jepsen.

"Af alle personalegrupper, som arbejder i en af de almene lægepraksisser, er det kun lægen selv, der har en uddannelse, der er målrettet dette arbejde. Alle andre er uddannet et andet sted og til et andet regi – oftest sygehusverdenen."

Diplomuddannelsen består af i alt seks moduler med en række forskellige studieretninger, og den er udviklet i et samarbejde mellem Region Nordjylland og University College Nordjylland. Den skal bygge på e-learning og en virtuel platform, så sygeplejersker og andet sundhedspersonale fra hele landet kan deltage. Efter planen vil uddannelsen blive udbudt som deltidstudium.

Alle detaljer i uddannelsen er langtfra helt på

►►► UDDANNELSEN KAN FØLGES FRA HELE LANDET

Uddannelsen er udviklet i samarbejde mellem Region Nordjylland og University College Nordjylland og starter efter planen op med første hold i 2010.

Den henvender sig til sygeplejersker og andet sundhedsfagligt personale med min. to års erhvervs erfaring.

Den består af seks moduler og flere forskellige studieretninger, f.eks. børneområdet, kronisk syge, klinisk sygepleje m.m.

Uddannelsen er normeret til ét årsværk, men kan tages ved siden af arbejdet – og strækkes over flere år, højst seks år.

Uddannelsen er baseret på e-learning og kan følges fra hele landet.

Den er brugerbetalt.

Vidste du at ...

... dårlig trivsel og tegn på depression øger risikoen for fald hos ældre?

Kilde: Videncenter på Ældreområdet (ForebyggelsesNyt nr. 62).



ARKIVFOTO: LIZETTE KABRE

Der er stor mangel på læger i praksissektoren, det gør det endnu mere nødvendigt at ruste sygeplejersker til flere selvstændige opgaver.

plads, men lige nu arbejder man med en model, der ud over relevant mellemlang sundhedsfaglig uddannelse kræver minimum to års erhvervs erfaring for at blive optaget.

"Der er et stort perspektiv i det her: I dag arbejder der 3.200 læger i almen praksis på landsplan – og bare 400 sygeplejersker. Der er stor mangel på læger til praksissektoren, og det bliver mere udtalt de kommende år. Derfor skal vi støtte og styrke praksisserne mest muligt – og sørge for, at lægerne ikke anvender deres højtuddannede kliniske medicinske kundskaber til at løse sygeplejefaglige opgaver som f.eks. at tage blodtryk på deres patienter osv.", siger Dorte Jepsen.

Vidste du at ...

... en halv times rask gang daglig kan forlænge livet med tre-fire år?

Kilde: Videncenter på Ældreområdet/Østerbrundersøgelsen.



NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD

Kreds Hovedstaden laver aftale om interne vikarer

Kreds Hovedstaden har netop indgået en aftale om løn og arbejdsvilkår for sygeplejersker beskæftiget som vikarer i det interne vikarkorps.

Vibeke Westh, der er formand for Kreds Hovedstaden i Dansk Sygeplejeråd, er tilfreds med aftalen:

”Det er væsentligt, at vi med aftalen kan bidrage til en endnu bedre kvalitet på hovedstadens hospitaler. Samtidig sikrer det gode arbejdsvilkår for vikarerne, at de fremover kan arbejde på et fast hospital, som de dermed lærer godt at kende. Og det sikrer bedre arbejdsvilkår for de fastansatte på afdelingerne, at vikarerne kender hospitalet og dets særlige systemer og rutiner.”

Vibeke Westh vurderer, at vilkårene i aftalen vil gøre det attraktivt for sygeplejerskerne at være tilknyttet de interne vikarkorps.

Aftalen gælder interne vikarkorps på hospitaler og i psykiatrien i hele Region Hovedstaden. Aftalen kan ses på Kreds Hovedstadens hjemmeside via www.dsr.dk.

Det er nyt, at alle Region Hovedstadens hospitaler og psykiatrien etablerer eller indgår samarbejde omkring vikarkorps – med den nye aftale for vikarer kan ansættelsesprocessen for alvor gå i gang.

(snp)

Se mere om det interne vikarkorps på www.regionh.dk



Har vi ligestilling?

AF TINE BENDIXEN, JOURNALIST • FOTO: JAKOB DALL

Skuespiller Søs Egelind: ”Mænd og kvinder får fanden fløjteme stadig ikke det samme for det samme stykke arbejde, så ligestilling har vi ikke. Og barsel og barns sygedage, som kvinder oftest tager, gør, at kvinder stadig ikke bliver taget alvorligt som arbejdskraft på lige fod med mænd. Jeg går ud fra, at mænd lige så gerne som kvinder vil have børn, så må de også tage de forpulede barns sygedage! Tage ansvaret på sig i stedet for at overlade det til kvinden. Ligestilling eksisterer *heller* ikke i hjemmene. Heller ikke hjemme hos mig. Vi kvinder har automatisk plejeomsorgsjobbet. Vi er mødre af fødsel. Vi råber ikke op af frygt for at ødelægge den gode stemning. Men det bliver på bekostning af vores arbejdsmarkedskræfter. Det er på tide, at vi stikker snotten frem og begynder at råbe! Og så ville det klæde de mandlige politikere, hvis de forbilledligt var med til at opdrage danske mænd til at tage kvinder alvorligt.”

Hvis du var ligestillingsminister?

”Så ville jeg skille det hele ad. Hvor kan vi spare? Hvordan omdirigerer vi de penge? Så mænd og kvinder reelt får ligeløn og har de samme rettigheder? Når arbejdsgiverne åbenbart ikke selv kan finde ud af det, må der mere lovgivning til. Men jeg er imod kvoter. Man vil gerne tages alvorligt som den kapacitet, man er, ikke? Ellers bliver det ligesom grønlandere, handicappede og kvinder over en kam...”

Læs ”Lige-om lidt” på www.dsr.dk



FOTO: HENRIK FRYDKJÆR

Vagtskifte i SLS De Sygeplejestuderendes Landssammenslutning, SLS, har vagtskifte midt i juli, idet Judit Kyed Lundager Jensen (th.) og Anna Nygaard Schjerning bliver ny formand og næstformand for de sygeplejestuderende. De nyvalgte er studerende ved henholdsvis sygeplejerskeuddannelsen i Århus og Silkeborg. Valgene skete ved SLS' årsmøde i Haslev, hvor delegerede fra 11 sygeplejeskoler også prioriterede indsatsområder for det kommende år. Der er i øjeblikket lokale SLS-bestyrelser ved 13 af de 22 sygeplejeskoler rundt i landet.

Fortrængning. Sygeplejerske Berit Bendtsen fik ingen hjælp fra sin ledelse, da hun blev overfaldet og seksuelt krænket af en patient. Bagefter truede voldsmandens søn hende til tavshed. Hun lider i dag af posttraumatisk stress-syndrom og har måttet opgive sin karriere.

SORTE HULLER I HUKOMMELSEN EFTER SEKSUELT OVERFALD

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Kvinden i spejlet forekommer bekendt. Hun ser ned på sine hænder, der klamrer sig til en håndvask, mens kvalmen presser sig på. Om lidt kaster hun op. Hun løfter hovedet, og det går op for hende, at kvinden i spejlet er hende selv ...

Berit Bendtsen havde et liv i overhalingsbanen. Job som sygeplejerske på en hektisk hjerteafdeling, mand, tre drenge på fem, otte og 12 år og et aktivt fritidsliv. Hun var bl.a. suppleant til kommunalbestyrelsen. Hun var 32 år og med seriøse planer om universitetsstudier, når drengene var gamle nok til, at mor gik efter karrieren.

I dag har Berit Bendtsen et liv i nødsportet. Der sker ikke det store, men hun synes selv, hun har et godt liv. At hun er kommet langt siden overfaldet.

”Jeg har været så langt ude, at jeg slet ikke kunne fungere socialt.”

Umiddelbart kan man ikke mærke på

Berit Bendtsen, 47 år, at hun lider af posttraumatisk stress-syndrom.

I mange år vidste hun ikke, at hendes psykiske problemer skyldtes, at hun for år tilbage var blevet overfaldet af en patient.

Oplevelsen var blevet fortrængt. Hændelsesforløbet er – med en psykiaters hjælp – først kommet frem her mange år efter.

Det er en rolig, afbalanceret og velformuleret kvinde, der inviterer *Sygeplejerskens* journalist på frokost i hjemmet i Gråsten en tidlig forårsdag i marts.

Langsomt begynder hun at fortælle sin historie.

Hukommelsestab

Det er tilsyneladende en arbejdsdag som alle andre. Berit Bendtsen er som så ofte før på aftenvagt på hjerteafdelingen på Sønderborg Sygehus, og personalet ligger som sædvanlig vandret.





”Jeg aner ikke, hvad der er sket, fra han klemte mig på halsen, og til jeg står der foran vasken. Det er meget angstprovokerende, at jeg intet kan huske. Jeg ved ikke, hvorfor jeg står der. Jeg kan have været bevidstløs, fordi han pressede mig på halsen.”

» Mens hun står i medicinrummet, kommer en midaldrende mand ind til hende. Hun kender ham ikke. Han har kun været indlagt et par dage og hører ikke til i hendes gruppe. Han taler ikke dansk og kan kun få engelske brokker, men hun forstår, at han har ondt i hjertet og vil have en nitroglycerin. Hun lover at komme ind til ham med pillen, så hurtigt hun kan.

Da hun lidt efter kommer ind på stuen, ligger manden på sengen. Hun bøjer sig ned over ham for at give ham nitroglycerinen, som skal placeres under tungen.

Pludselig tager patienten fat om hendes hals og trækker hende ned over sig på sengen. Han holder hende i en skruestik og begynder at kysse hende på munden og halsen, mens han prøver at få hånden ind under hendes tøj. Samtidig siger han flere gange ”love you,” ”love you.” Så langt husker Berit Bendtsen med psykiaterens hjælp. Hun husker også, at han forulemper hende seksuelt og klemmer hende hårdt på halsen. Herefter er alt sort.

I næste nu står hun foran stuens håndvask og stirrer på sit eget spejlbillede. Hun sveder og skal kaste op.

Sengen er tom, patienten er ikke længere på stuen.

Lidt efter finder en kollega hende udenfor på gangen. Her sidder hun på hug med hænderne over hovedet. Hun er forvirret og taler usammenhængende. Kollegaen kan se, at hun er i en choktilstand, men når ikke at gøre noget, fordi hun skal assistere ved et hjertestop. Alle har for travlt til at tage hånd om Berit, der ikke rigtig husker, hvordan hun kom hjem fra job den aften. Hun siger ikke noget til sin mand om overfaldet.

Bagefter er der sorte huller i hukommelsen.

”Jeg aner ikke, hvad der er sket, fra han klemte mig på halsen, og til jeg står der foran vasken. Det er meget angstprovokerende, at jeg intet kan huske. Jeg ved ikke, hvorfor jeg står der. Jeg kan have været bevidstløs, fordi han pressede mig på halsen,” fortæller hun.

Dagen efter overfaldet tager hun en tidligere bus til arbejde for at få tid til at tale med sin afdelingssygeplejerske om det, der er sket aftenen før. Han melder det videre til overlægen, og sammen går de to ind til patienten og siger, at hvis noget lignende gentager sig, vil han øjeblikkelig blive udskrevet.

”Ingen spørger, hvordan jeg har det, og ingen foretager sig videre i sagen.”

Etisk dilemma

Berit Bendtsen er en rutineret og erfaren sygeplejerske. Hun har den ro og det overblik, det kræver at være på en akutafdeling, hvor man døgnet rundt er parat til at håndtere evt. hjertestop.

Som sygeplejerske er hun også vant til fysisk kontakt med patienter. Det kan slet ikke undgås og er ikke noget, man tænker over.

”Du kan ikke være berøringsangst i det her fag. Det er normalt, at hjertepatienter kan blive urolige. I tilfælde af iltmangel kan de gå i panik og klynge sig nærmest aggressivt til dig. Det sker på et splitsekund, og det er noget, alle sygeplejersker kender,” siger Berit Bendtsen.

Derfor falder det hende slet ikke ind, at der kan være tale om et overfald. Hun er jo ikke på en psykiatrisk afdeling, men på en hjerteafdeling. I tankerne gennemgår hun optakten igen og igen. Hun føler, hendes faglige stolthed har lidt et knæk. For burde hun ikke have set det komme? Var der nogle signaler hos patienten, hun havde overset? Og burde hun have reageret anderledes?

På gaden ville hun selvfølgelig reagere, hvis en mand antastede hende. Råbe op og forsøge at forsvare sig. Men som sygeplejerske er det jo hendes ansvar at passe på og hjælpe patienten. Og pludselig er rollerne byttet om. Som omsorgsyder befinder Berit Bendtsen sig i et svært etisk dilemma.

Truet på livet

Få dage efter overfaldet får Berit Bendtsen et nyt chok.

Nogen har fortalt overfaldsmandens søn, hvad der er passeret. Han opsøger hende på gangen og beskylder hende for at lyve. Hun har sat en skamplet på familiens ære. Selvom hans dansk er meget dårligt, er budskabet klart: ”Du må ikke melde det. Hvis du melder det, dør du og dine børn.”

Sønnen understreger i de kommende dage, at han mener sine trusler alvorligt.

Han er hele tiden på sin fars stue, hvor han sidder for åben dør og holder øje med hende. Hver gang hun passerer stuen ude på gangen, løfter han hånden og banker demonstrativt på den store guldring, han bærer, med familiens våbenskjold.

Berit Bendtsen har før læst artikler om æresdrab, og er hunderød for sønnen, der truer hende og hendes børn på livet. Hun har kun tanke for ét, og det er hendes tre små drenge. Hun vil kæmpe for dem og beslutter sig for at afslutte sagen udadtil. Hun vælger at tro på, at hvis hun ikke siger noget, så sker der ikke noget. Hun klapper i som en østers og indvier stadig ikke sin mand i truslerne.

Indadtil får hun det dårligere og dårligere.

»»» POSTTRAUMATISK STRESS-SYNDROM

Posttraumatisk stress-syndrom, også kaldet PTSD, er en psykisk reaktion på en traumatisk oplevelse. PTSD forbindes oftest med flygtninge, som har været udsat for voldsomme oplevelser som krig, tortur og voldtægt. Men PTSD kan også udløses af andre ekstreme og livstruende situationer som f.eks. overfald, bilulykker og naturkatastrofer. Symptomerne er bl.a. flashbacks og mareridt, angst, depression, koncentrationsbesvær og hukommelsesproblemer.

Kilde: Videnscenter for Socialpsykiatri.

gere. Hun arbejder for fuld kraft, men kan ikke sove, når hun kommer fra aftenvagt. Sidder i timevis i stuen, mens resten af familien sover trygt. Hun bliver mere og mere angst og tør efterhånden ikke tage bussen alene hjem efter aftenvagt. Hun taber sig og vejer efterhånden kun 47 kg, og hun er normal af højde.

Overfaldet har hun tilsyneladende lagt bag sig. Både hun og hendes familie tror, at hendes problemer skyldes for meget arbejde og dårligt arbejdsmiljø på hjerteafdelingen.

Flashbacks

Berit Bendtsen har i mange år jævnligt flashbacks, hvor hun i glimt genoplever overfaldet. Hun har fortrængt alt om overfaldet fra sin vågne bevidsthed og forstår ikke, hvad der foregår i hendes hoved.

”Jeg kunne ikke forbinde de billeder, der momentvis dukkede op i min hjerne, med noget, jeg havde oplevet. Jeg troede, jeg var ved at blive sindssyg,” fortæller hun.

Set i bakspejlet kan hun se, at hjerteafdelingen på Sønderborg Sygehus dengang var en utroligt kaotisk afdeling.

”Vi blev hele tiden kaldt ind på fridage. Når vi var på arbejde, foregik det nonstop. Der var ikke tid til pauser, og vi nåede sjældent at spise på vagten. Der var massiv overbelægning, og alt drejede sig om at få vagten til at gå på bedste vis. Der var heller ikke noget, der hed supervision,” fortæller Berit Bendtsen.

Hun synes, det havde været oplagt at tage hændelsen op på morgenmødet næste dag.

”Så var jeg nok brudt sammen og havde grædt. Men så havde det måske været overstået, og jeg havde stadig arbejdet som sygeplejerske.”

I stedet må Berit Bendtsen igennem en årelang kamp med depressioner og arbejdsprøvnings, før hun til sidst giver op. Det hjælper ikke, at hun i 1995 skifter arbejdsplads og begynder på Gigthospitalet i Gråsten, hvor hun er meget glad for at være. Hun vil for alt i verden ikke opgive sit arbejde.

”Gigthospitalet var en fantastisk arbejdsplads, og de gjorde alt, hvad de kunne for at tilrettelægge mine vagter, så de passede til mine kræfter. Her bagefter kan jeg godt se, at jeg slet ikke magtede at arbejde.”

Berit Bendtsen må sygemeldes med depression adskillige gange i løbet af de næste seks år. Efter en langtidssygemelding er hospitalet nødt til at fyre hende. Men hun har en stående aftale om, at hun altid kan komme tilbage.

”Min afdelingsleder sørger hele tiden for at holde kontakt med mig, mens jeg er sygemeldt, og besøger mig herhjemme flere gange. Det er bestemt ikke hospitalets skyld, at det ikke går. De gør virkelig alt for at få det til at fungere.”

I 2001 indvilliger Berit Bendtsen efter megen overtalelse i at lade sig førtidspensionere. Hun er da 38 år.

”Ingen spørger, hvordan jeg har det, og ingen foretager sig videre i sagen.”

”Det er en meget stor sorg, jeg elskede at være sygeplejerske.”

Tilgiver overfaldsmandens søn

I dag er Berit Bendtsen ikke længere bitter på hverken overfaldsmanden eller hans søn, som truede hende.

”Jeg har tilgivet sønnen. Han og hans familie var flygtninge og havde kun midlertidigt ophold i Danmark. Han var selvfølgelig bange for at blive sendt ud af landet og tilbage til det krigshærgede land, de kom fra. Han var selv i en utroligt presset situation,” siger Berit Bendtsen.

Sygehusledelsen på Sønderborg Sygehus har hun derimod meget svært ved at tilgive.

”Jeg er så overbevist om, at jeg kunne have været sygeplejerske i dag, hvis jeg bare havde fået støtte fra min arbejdsplads efter overfaldet. Det er uhyre vigtigt, at en leder holder øje med sine medarbejdere og kan tolke evt. tegn på mistrivsel. Det er des- »



”Min ledelse kunne jo se, at jeg bare fik det dårligere og dårligere. Jeg ændrede totalt karakter fra at være smilende, glad og energisk til at være tavs og indadvendt. Var der ikke en klokke, der skulle have ringet der?”

» værre ikke usædvanligt, at sygeplejersker bliver udsat for vold. Netop derfor skal vore ledere kunne aflæse vores kropssprog. De bør kende de karakteristiske tegn på, at en person befinder sig i en chokfase,” siger Berit Bendtsen.

”Min ledelse kunne jo se, at jeg bare fik det dårligere og dårligere. Jeg ændrede totalt karakter fra at være smilende, glad og energisk til at være tavs og indadvendt. Var der ikke en klokke, der skulle have ringet der?” spørger hun.

Det har taget hende rigtig mange år at acceptere, at hendes arbejdsliv er slut.

”Hvis nogen tror, det er fedt at gå hjemme og lave ingenting og tilmed få penge for det, må de tro om. Man mister sin identitet,

når man ikke er del af et arbejdsfællesskab. Specielt i et land som Danmark, hvor arbejdslivet fylder så meget.”

Men Berit Bendtsen får det bedste ud af sin situation. Hun glæder sig over de fremskridt, der er sket.

”For 10 år siden lå jeg i min seng hele dagen for nedrullede gardiner.”

Det har været hårde år, og også hårdt for ægteskabet. Men de er kommet styrket ud af det.

Berit Bendtsen er grundlæggende et positivt menneske. Det er det, der har båret hende igennem. Det, og så opbakningen fra de nærmeste.

Hun synes, hun har et godt liv med manden, som hun har kendt siden gymnasie-

årene på Bornholm, og med de tre sønner, som nu er voksne. Hun har et godt socialt netværk, hun er en habil maler, og hun kender sig ikke.

Det ærgrer hende bare, at hendes korttidshukommelse er så dårlig.

Hun må hele tiden stille æggeuret for at huske, at hun har en gryde på komfuret eller noget i ovnen.

Berit Bendtsen har posttraumatisk stressyndrom. Man kan ikke se det på hende. Men interviewet har taget så meget på hende, at hun må have absolut ro de næste tre dage. Der er ikke plads til flere indtryk. Nu kan hun ikke rumme mere.

redaktionen@dsr.dk

ANMELDELSEN KOM FOR SENT

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Flashback. Berit Bendtsen kunne ikke få erstatning fra Arbejdsskadestyrelsen, fordi skaden blev anmeldt for sent. Dansk Sygeplejeråd førte hendes ankesag i både Landsretten og Højesteret, men tabte begge steder. Reglerne for at få dispensation for den etårige anmeldelsesfrist er siden ændret.

Lang tids terapi hos en psykiater afslører, at Berit Bendtsen lider af hukommelsestab som følge af posttraumatisk stressyndrom.

Det er dog først, da psykiateren i marts 2001 beder hende skrive dagbog fra tiden på hjerteafdelingen på Sønderborg Sygehus, at hukommelsen langsomt kommer tilbage, og brikkerne falder på plads. Først på det tidspunkt husker hun igen overfaldet og er klar over, at det var her, det hele startede.

Hun beslutter efter samråd med Dansk Sygeplejeråd at anmelde overfaldet til Arbejdsskadestyrelsen.

Den gode nyhed er, at Arbejdsskadestyrelsen anerkender arbejdsskaden under diagnosen: posttraumatisk stress med efterfølgende depression. Den dårlige nyhed er, at hun ikke kan få erstatning, fordi anmeldelsen er indleveret for sent. Fristen for at anmelde arbejdsskader er nemlig ét år. Næste mulighed er Ankestyrelsen, der skal behandle hendes dispensationsansøgning, fordi fristen er overskredet. Men Ankestyrelsen holder fast i etårsfristen og lader sig ikke rokke af en speciallægeerklæring, der

godtgør, at Berit Bendtsen har fortrængt hændelsen og således ikke har kunnet søge om erstatning før i 2001.

Derfor beslutter Dansk Sygeplejeråd at føre sagen for Berit Bendtsen og anke Ankestyrelsens afgørelse til Landsretten med påstand om, at der foreligger særlige grunde til at dispensere fra den etårige anmeldelsesfrist. Sagen føres ved Vestre Landsret i oktober 2005 og ender med et afslag. En anke til Højesteret resulterer i endnu et afslag. Og dermed er ankemulighederne udtømt.

Fast procedure ved vold

Ifølge socialrådgiver i Dansk Sygeplejeråd, Anders Mølbak, ville Berit Bendtsen have gode muligheder for at vinde, hvis hendes sagsforløb havde fulgt de nye og nuværende regler.

Dispensationsmulighederne er – efter pres fra en samlet fagbevægelse – blevet lempet i forbindelse med en reform af arbejdsskadelovgivningen.

”I den gamle lov skulle man kunne dokumentere, at man havde en særlig god grund til, at sagen ikke var blevet anmeldt



inden for etårsfristen. Den bestemmelse er nu faldet bort. Berit Bendtsens sag faldt på, at hverken Ankestyrelsen, Landsretten eller Højesteret fandt, at hendes hukommelsestab var en tilstrækkelig god begrundelse for den sene anmeldelse,” fortæller Anders Mølbak.

Det er op til den enkelte sygeplejerske selv eller hendes afdelingsledelse at anmelde evt. arbejdsskader. Dansk Sygeplejeråd går først ind i en sag, hvis et medlem opfordrer til det. Antallet af verserende sager ligger konstant omkring 500-600. Hovedparten af sagerne drejer sig om somatiske skader som f.eks. eksem og rygsår. Men ifølge Anders Mølbak fylder de stressrelaterede psykiske skader efterhånden mere og mere i sagsbunken.

”Vi regner med, at vi har kontakt med 2/3 af de sygeplejersker, der kører en erstatningssag. Den sidste tredjedel kører deres sag på egen hånd,” siger Anders Mølbak.

Han opfordrer afdelingerne til at have en fast procedure i tilfælde af vold og overgreb på personalet.

redaktionen@dsr.dk

17 pct. af basissygeplejerskerne oplever inden for et år at blive skubbet, slået, sparket eller bidt.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Hver ottende sygeplejerske bliver udsat for seksuel chikane.

Kilde: Undersøgelse om seksuel chikane gennemført af analysebureauet Catinét for Sygeplejersken i 2005.

Hver fjerde af landets sygeplejersker har inden for det seneste år været udsat for trusler.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

FAST TILBUD OM KRISE

Debriefing. Sygehus Sønderjylland tager i dag rutinemæssigt hånd om medarbejdere, der oplever overgreb eller trusler fra patienter.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Hvis Berit Bendtsen eller en af hendes kolleger i dag var blevet udsat for et overgreb på Sønderborg Sygehus, ville de omgående få tilbud om hjælp fra en krisepsykolog. Det garanterer HR-chef Tore Østergaard, Sygehus Sønderjylland. Tore Østergaard har kun været ansat som HR-chef siden 1999 og kender ikke Berit Bendtsens sag.

”Vi har aldrig været involveret i sagen, som heller ikke har været ført mod os,” siger Tore Østergaard og afviser, at Sønderborg Sygehus skulle have mulighed for at kompensere Berit Bendtsen for overgrebet.

”Når en erstatningssag, som i det her beskrevne tilfælde, er afgjort af en offentlig myndighed, så har vi ikke nogen mulighed for at yde erstatning på egen hånd. Vi har slet ikke hjemmel til at bruge skatteborgernes penge på den måde,” fortæller Tore Østergaard.

”Men jeg håber, vores system er så meget bedre i dag, at Berit Bendtsens ubehagelige oplevelser på Sønderborg Sygehus ikke vil kunne gentage sig. Det er en meget ulykkelig sag, og jeg kan kun beklage, at hun ikke har fået hjælp,” siger HR-chefen. Når det er sagt, vil han ikke give sig af med at vurdere sagsforløbet her 15 år efter.

”Det er umuligt for mig at bedømme, om ledelsen gjorde, hvad den skulle i situationen. Et forløb som det her beskrevne er kun

muligt, hvis den pågældende sygeplejerske omgiver sig med total tavshed. Og det blev hun jo desværre truet til at gøre. Jeg kan kun opfordre medarbejdere, der kommer ud for overfald, vold eller forsøg på det, til at fortælle kolleger og ledelse om det. Det er absolut ikke noget, man skal gå alene med,” siger HR-chefen.

Nær ved-hændelser

Sygehus Sønderjylland var et af de første danske sygehuse, der blev arbejdsmiljøcertificeret, og sygehusene har ifølge Tore Østergaard stort fokus på sygehuspersonalets sikkerhed.

”Vi opererer ikke kun med deciderede overgreb og trusler, men også med begrebet ”nær ved-hændelser”. I dag vil ethvert overgreb eller tilløb til noget lignende blive noteret, og der vil også ske en opfølgning. Desværre har Berit Bendtsens sag aldrig været registreret på Sønderborg Sygehus. Det kan jeg forsikre, at den ville blive, hvis det var sket i dag. Der er heldigvis meget mere åbenhed omkring seksuelle krænkelser, end der var tilbage i 1994. Det er afgørende, at medarbejderne ikke plages af skyldfølelse, hvis de udsættes for et overgreb. Og det er vigtigt, at hændelsen bliver talt igennem med de involverede,” siger HR-chef Tore Østergaard.

Ny voldspolitik

Sygehus Sønderjylland er i øjeblikket i gang med at implementere en helt ny voldspolitik. HR-konsulent Stine Juel Christoffersen har udarbejdet en skabelon, som kan tilpas-

Risikoen for at møde truende eller voldelige patienter er lige stor i alle fem regioner.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

Omtrent hver anden sygeplejerske, som har været udsat for seksuel chikane, er krænket af en patient, hver fjerde af en kollega, og omtrent hver tiende af en leder.

Kilde: Undersøgelse om sexchikane gennemført af analysebureauet Catinét for Sygeplejersken i 2005.

PSYKOLOG

ses hverdagen på de mange forskellige afdelinger.

”Der er brug for helt klare retningslinjer, så alle ved, hvad de skal gøre, den dag situationen opstår. Hvad kan man forvente af kollegerne, og hvad skal man selv gøre? Hvem i ledelsen har ansvar for at anmelde mulige overgreb? Og hvem tager sig i den aktuelle situation af den kollega, der måske er blevet truet? Etc.”

Hvis der er behov for det, kan der også

tilbydes psykologhjælp via et nystartet psykolognetværk i det sønderjyske. Stine Juel Christoffersen fortæller, at en enkelt afdækkende samtale helt tidligt i forløbet i mange tilfælde kan være tilstrækkelig. Men der er også mulighed for længere psykologforløb, hvis det skønnes nødvendigt.

”Kollegial debriefing har også vist sig at være et værdifuldt redskab. Det er vigtigt, der er nogle kolleger at læsse af til, lige når skaden er sket, så den forurettede kan få

tømt sit hoved for alle de tanker, der myldrer rundt lige efter hændelsen. Når det første chok har lagt sig, kan der være behov for yderligere samtaler. Offeret er måske blevet bange for at vende tilbage til arbejdet og har brug for at vende sine tanker endnu en gang med en kollega,” siger Stine Juel Christoffersen.

redaktionen@dsr.dk

»» OPLÆG TIL VOLDSBEREDSKAB

Sygehus Sønderjylland, der omfatter sygehusene i Aabenraa, Haderslev, Sønderborg og Tønder, er i gang med at implementere en ny voldspolitik. Planen indebærer, at hver enkelt sygehusafdeling gennem sit lokale MED-udvalg skal udarbejde en individuel handlingsplan. Oplægget til afdelingerne ser sådan ud:

Under episoden:

- Når en situation tilspidser, vil vi ...
- Hvis en medarbejder bliver truet, chikaneret eller angrebet, skal han/hun ...
- Hvis man ser en kollega blive truet, chikaneret eller angrebet, skal man ...

Umiddelbart efter episoden:

- Nærmeste leder orienteres inden for ... minutter/timer.
- X har ansvar for at indkalde erstatningspersonale.
- Vi sikrer, at den skadelidte medarbejder ikke er alene, når han/hun kommer hjem.
- Vi sørger evt. for hjemtransport.

Forebyggelse af vold, trusler og chikane:

- Forsøg med konflikt-dæmpende kommunikation.
- Grundig instruktion af nyansatte.
- Kortlæg, om der er et mønster for, hvornår truende situationer opstår: Er det i vagtskiftet? Når patienter skal vente? Når der uddeles medicin? Kan arbejdet evt. tilrettelægges anderledes for at bryde dette mønster?
- Vær opmærksom på, hvilke signaler der indikerer, at en situation er potentielt farlig. Kropssprog, sprog, stemning, stressniveau hos patient, kolleger og én selv. Hvad skal man holde øje med?

Kilde: Sygehus Sønderjylland.

►►► HVAD ER DIN BEDSTE OPLEVELSE MED EN BEBOER I LØBET AF DEN SIDSTE UGE?

"Jeg var ude at gå en lang tur i skoven i søndags med Britta og Verner – to af vores mobile beboere. Britta mente, at vi skulle grave nogle vintergækker op, så vi tog en plastikbøtte med. Og der stod vi så med bagen i vejret og gravede og fik sorte fingre. Den tur og deres kommentarer til alt, hvad vi så, det er for mig indbegrebet af livskvalitet i den tredje alder, når man er ramt af en demenssygdom."



Ikke to rum eller gange på Boller Slot er ens, og det er en fordel for de demente. "De kan godt huske, at de bor ved siden af den store fine kommode. Her er ikke nogen lang gang med 16 ens døre, hvor de har svært ved at finde rundt," forklarer Else Marie Rasmussen.

Fint skal det være. 17 svært demente bor på et gammelt slot med antikke møbler og udsigt til årstidernes skiften i slotshaven med voldgrav. Boller Slot er kåret til Danmarks bedste demensplejehjem.

HØJ LIVSKVALITET PÅ DEMENSPLEJE

AF CHRISTINA KABEL, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Vera Nielsen er ikke meget for at bytte "Lille Knud" ud med millionbøf. Først skal demensdukken nusses og trøstes, og da den endelig er puttet ned ved siden af hende, er der Hundi – en stor tøjhund, som også skal være med.

"Det tager 20-30 minutter for Vera at spise, men den tid er der også sat af til det," fortæller Else Marie Rasmussen. Hun er eneste sygeplejerske på Boller Slot ved Horsens, der har 17 plejehjemspladser. De tre er reserveret til frontotemporaldemente, men der er ofte flere. Over halvdelen af beboerne er blevet overflyttet fra andre demensplejehjem, som ikke længere kunne have dem, og de skal enten være udadretagerende eller ambulerende for at få plads.

"Normeringer passer her. Det hører du

vist ikke ret mange steder i plejesektoren i dag, og det er med til at give en enorm arbejdsglæde," forklarer Else Marie Rasmussen.

Plejehjemslederen er uddannet socialpædagog, og det afspejler sig i hele plejen.

"Vi arbejder ud fra Maslows behovspyramide. Det er en selvfølge, at bunden i pyramiden, alt det pleje- og behandlingsmæssige, er i orden. Derefter prøver vi hele tiden at se, hvor højt vi kan komme op i pyramiden for hver enkelt beboer. Det er der, det spændende arbejde ligger," siger Else Marie Rasmussen.

Personalet på Boller Slot laver bl.a. videooptagelser af svære plejesituationer, som bagefter bliver analyseret efter Marte Meo-metoden. Som med Børge Christen-

sen, som lider af apraksi og kunne være svært at få ud af sin seng.

"Ved at kigge optagelserne igennem, fandt vi ud af, at hvis vi klappede på sengekanten, så kunne han bedre orientere sig, og vi fik en glad Børge op at sidde på sengekanten. I stedet for en vred Børge, som evt. skulle sederes med medicin," forklarer Else Marie Rasmussen.

Vera er den ene af de tre beboere, som hun har ansvaret for i dag. I modsætning til resten af plejepersonalet har Else Marie Rasmussen nemlig forskellige beboere hver dag. En del af hendes arbejde er nemlig at lave en individuel plejeplan for hver beboer sammen med de pårørende og de to kontaktpersoner, hver beboer får blandt personalet. Plejeplanen skal finde frem til

"Vi ser de pårørende som noget ubetinget positivt. De kommer jo og besøger vores beboere og giver dem en dejlig oplevelse. Og det gør det lettere for os at pleje vedkommende," forklarer Else Marie Rasmussen.





HJEMMET



Mens Else Andersen stadig havde en del sprog tilbage, forklarede hun, at "vinden ligesom blæste alt det dårlige væk," og i år er det for første gang lykkedes at undgå den vinterdepression og antidepressive medicin, som ellers har fulgt hende lige siden, at hun fik Alzheimers sygdom.



Uden for spirer foråret og årstiden markeres med påske-papirklip.

Demensdukken "Lille Knud" og et glas portvin hver dag er nogle af de ting, som er med til at gøre Vera Nielsens hverdag lidt bedre. Så Else Marie Rasmussen og middagsmaden må pænt vente på, at Vera har fået puttet "Lille Knud" ordentligt.

den bedst mulige hverdag for den enkelte beboer og sikre kontinuiteten i den daglige omsorg.

"Det kan godt være, at nogle ansatte ikke synes, det er en god idé, at Else skal sove til middag udenfor på terrassen året rundt. Men i plejeplanen har vi fundet frem til, at det er den bedste løsning for hende, og så er det bare sådan," forklarer Else Marie Rasmussen.

Hvad skal man kunne som sygeplejerske for at arbejde her?

"Jeg synes, at tålmodighed og nysgerrigheden på mennesket er det vigtigste, når man arbejder med demente. At vi hele tiden sætter mennesket først.

redaktionen@dssr.dk



Sang er ofte på hyggeprogrammet om formiddagen, hvor mange af beboerne samles i den gule stue med herskabsmøblerne.

TING, SOM ER VIGTIGE FOR MIG

”At løbe er en vitaminpille for mig. Hvis jeg har en dårlig dag, så bliver den god, når jeg har været ude og løbe. Det giver mental styrke og en masse energi.”



”Jeg svømmer i havet, men det er mest fra omkring maj måned. Jeg elsker den friske fornemmelse, man får af det kolde vand og huden, der prikker på hele kroppen bagefter.”



”Jeg vinterbader og forsøger at gøre det dagligt i en klub på Dragør, jeg er medlem af. Det giver mig et kick, og så får man flot hud af det.”



”Den er helt uudværlig. Jeg er ikke så meget hjemme, så det betyder meget for mig, at jeg kan komme i kontakt med folk.”



”Jeg kan ikke undvære min kalender i et job med mange skiftende vagter. Det kræver nogle gange et større koordineringsarbejde.”



”Hvis min lejlighed brændte, ville jeg redde mit armbåndsur. Det er fra 1968, og jeg fik det af mine forældre, da jeg blev færdig som sygeplejerske.”



”Jeg læste om en kemikalietest fra Greenpeace, hvor otte kendte danske kvinder deltog. De var alle fyldt med kemikalier, og siden da har jeg kun købt ”rene” produkter.”



Anne Sofie Lunau var høvding for sygeplejerskeholdet i DR's underholdningsshow ”Høvdingebold”. De syv sygeplejersker fra Rigshospitalets afsnit for knoglemarvstransplantation gik dog ikke videre i konkurrencen.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN



Anne Sofie Lunau, 29 år, blev landskendt på tv i succesprogrammet ”Høvdingebold”, den gamle stikboldsleg fra gymnastiksalen i folkeskolen. Hun havde rollen som høvding i gruppen ”Sygeplejerskerne”, som bestod af syv deltagere fra knoglemarvstransplantationsafsnittet på Rigshospitalet.

Da kampen gik løs søndag den 15. marts 2009, var der ikke en eneste klokke, der ringede på afdelingen, der huser kræftpatienter, som er indlagt under en knoglemarvstransplantation eller på grund af komplikationer til transplantationen.

Desværre lykkedes det ikke holdet at komme videre, men til gengæld har den intensive træning før tv-programmets start betydet, at samarbejdet på afdelingen er blevet styrket.

Til daglig arbejder Anne Sofie Lunau med patienter, som lider af forskellige former for leukæmi. Patienterne bliver indstillet til behandling alt efter, hvilken form for leukæmi de har, og hvor de tidligere har responderet på kemoterapibehandling. Det er den eneste afdeling i landet, der arbejder med knoglemarvstransplantation. Afdelingens tre transplantationskoordinatorer har bl.a. til opgave at søge en donor til patienten, som kan være beslægtet eller ubeslægtet. Hvis donoren er ubeslægtet, rejser Anne Sofie Lunau ud og henter stamcellerne til transplantationen. Sidste gang, hun rejste, var hun i Hannover i Tyskland.

Min funktion

”Noget af det spændende ved arbejdet er, at jeg kan være med til at gøre kritisk syge mennesker sygdomsfrie med kun få komplikationer af forskellig sværhedsgrad. Men arbejdet stiller også nogle høje krav til os sygeplejersker, fordi komplikationer til transplantationer kan forekomme i alle organer, og derfor skal vi være opmærksomme på symptomer fra hele kroppen.”

Lige nu

”I øjeblikket arbejder vi med et projekt, hvor alle patienter, der har fået anlagt et centralt venekateter, CVK, lige under kravebenet, selv skal lære at tage blodprøver fra kateteret. Vi trækker normalt blodprøver på CVK’et, men patienterne er ofte meget følsomme over for fremmede bakterier, fordi deres immunforsvar er helt nede. Og fordi det er svært for os at undgå at komme i kontakt med bakterier på arbejdet, er det bedre, at patienterne gør det selv og i højere grad kun kommer i kontakt med deres egne baciller.”

Om fem år

”Jeg har en drøm om at komme ind på jordemoderskolen – det må være fantastisk at arbejde med det akutte, hvor det er nu og her, der skal handles ved f.eks. en fødsel. Det stiller nogle høje krav til den, der står med det, fordi man skal holde hovedet koldt.”

sma@dsr.dk

HØVDINGEN FRA RIGET

>>> YOGA ER BEVÆGELSE

"Yoga er ikke motion, det er bevægelse, der kræver stor koncentration," siger Maibrith Thomsen, formand for foreningen Dansk Yoga, som uddanner yogainstruktører og har tilpasset yoga den danske livsform og mentalitet. Derfor arbejder de især med fysiske øvelser i yoga: "Asanas".

To helt afgørende elementer i yoga er åndedræt og afspænding – uden dem er øvelserne blot gymnastik – og generelt gavner øvelserne kredsløbet og giver kropsbevidsthed.

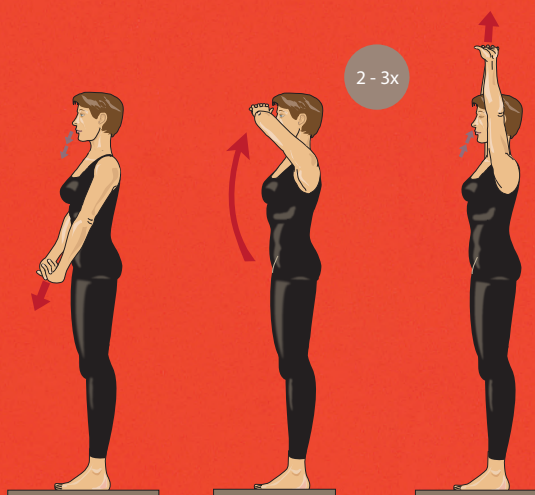
"Mange tror stadig, at yoga handler om at stå på hovedet eller sidde i lotusstilling med lukkede øjne," siger Maibrith Thomsen.

"Men de fleste kan dyrke yoga og opleve, at det giver ro i kroppen og løsner spændinger."

STIL IND PÅ DIG SELV

AF KIRSTEN OLESEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

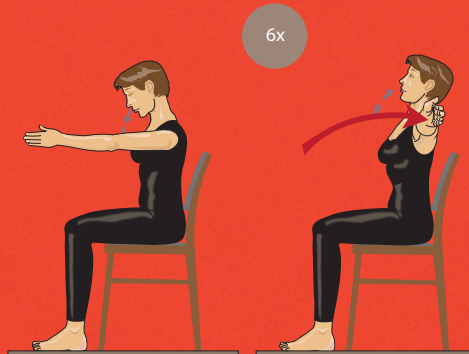
Pust ud. Dybe vejrtrækninger kan give mere energi end kaffe, kage og kollegial snak, når man trænger til at lade op eller få pulsen ned efter en travl dag på jobbet. Og bliver vejrtrækningen kombineret med nogle enkle øvelser, kan den gøre underværker for et stift led, en øm muskel og et værkende hoved. Nogle øvelser kan laves i en pause og på den måde give dig en lille sundhedsindsprøjtning. Her er fire yogaøvelser, der giver energi og lindrer, hvis du har ondt i skuldre eller lænd.



Stræk kroppen igennem

Denne øvelse strækker kroppen og er f.eks. god, når du føler, at du er faldet lidt sammen, har ondt i lænden eller simpelthen mangler energi. Husk, at i yogaøvelser går åndedrættet altid gennem næsen:

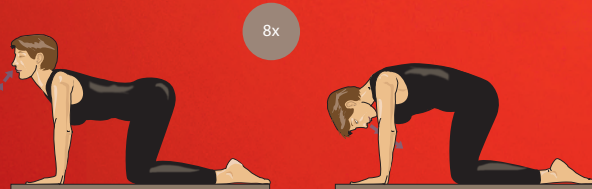
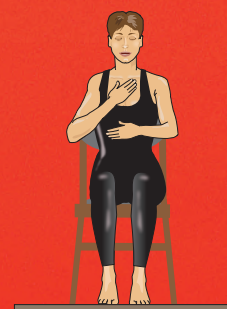
- Stå med fødderne lidt fra hinanden, træk navlen ind mod rygsojlen og vip bækkenet opad.
- Fold hænderne foran og vend håndfladerne ned mod jorden.
- Før armene langsomt op langs ørerne på en indånding.
- Når du ånder ud, falder skuldrene på plads – fornem at skulderbladene bliver trukket lidt ned ad ryggen.
- Mens håndfladerne vender opad, så tag en rigtig lang indånding.
- I udåndingen strækker du hænderne opad og presser samtidig fødderne nedad, så du næsten fornemmer, at du skiller ved taljen.
- Gentag et par gange.



Få skuldrene på plads

En skulderøvelse, der åbner brystkassen. Den er god, hvis du har en tendens til at skutte dig lidt psykisk. Brug den også, hvis du føler dig stressest.

- Sid helt fremme på stolen med rank ryg og begge fødder i gulvet. Træk navlen ind.
- Før armene frem i skulderhøjde og sæt håndfladerne sammen.
- Træk hagen ned mod brystet, så nakken bliver strakt.
- På en indånding (gennem næsen) fører du armene ud til siden og løfter hovedet opad, så hagen vender opad, og du mærker et stræk foran på halsen – armene skal så langt bagud, at skulderbladene når sammen.
- På udåndingen (gennem næsen) fører du armene frem igen og lader hagen falde ned mod brystet.
- Gentag seks gange.



Afspænd din lænd

- Lig på alle fire.
- I en indånding (gennem næsen) sender du sædet op mod loftet og løfter hoved og hage opad – så du svajer i lænden.
- I udåndingen begynder du med at trække sædet ind og krumme ryggen og slipper til sidst i nakken, så hovedet hænger tungt.
- Gentag otte gange.
- Sæt dig derefter tilbage på hælene og læg din pande i underlaget, mens armene ligger langs benene med håndfladerne opad.

Ro i krop og sind

En øvelse, der giver ro i krop og sind og får pulsen ned. Du kan øve dig i at lukke lyde ude og i stedet mærke dig selv. Dermed kan du måske forhindre at blive stressest.

- Sid på en stol som beskrevet ovenfor.
- Læg venstre hånd på navlen og højre hånd på brystbenet, så fingerspidserne lige rører kravebenet. Luk øjnene og slip skuldre og kæbe.
- Lyt til dit åndedræt – koncentrer dig.
- Træk vejret indad lidt efter lidt, så det når helt ned i maven.
- Føl, at udåndingen også starter i maven.
- Gentag syv gange.
- Træk derefter vejret normalt og mærk, at der er meget mere "plads" i kroppen.

Kilde: Maibritt Thomsen, formand for foreningen Dansk Yoga, som uddanner yogainstruktører.



ARKIVFOTO: ISTOCK

Vidste du at ...

... pjecer om at kommunikere med mennesker med dårligt syn og/eller hørelse kan bestilles eller downloades på www.dbcent.dk? Pjecerne er udgivet af Videncentret for Synshandicap, Videncentret for hørehandicap og Videncentret for Døvblindblevne.



Vidste du at ...

... mange kvinder, der går i høje sko, med tiden får problemer med smerter i forfoden? I høje hæle bliver trykket for hvert skridt lagt på forfoden, som kun har 1,2 cm polstring. Det smidige fedtkammersystem under hælen er to cm tykt, og det er beregnet til at skulle tage 60 pct. af trykket.

Kilde: Ledende fodterapeut Bent Nielsen, Gentofte Hospital.

NÅR PATIENTEN HØRER DÅRLIGT

- Tal tydeligt og i enkle sætninger, men råb ikke.
- Peg på genstande eller steder, du taler om.
- Sørg for, at lyset falder på dit ansigt, når du taler.
- Luk døre og vinduer for at dæmpe baggrundsstøj.
- Sluk for radio og tv.
- Gør opmærksom på emneskift i samtalen.
- Spørg, om patienten har forstået.

Husk, at halvdelen af alle danskere over 75 år har nedsat syn eller hørelse.

Kilde: God kommunikation med patienter, der har nedsat syn og/eller hørelse. Hent på www.dbcent.dk



NÅR PATIENTEN SER DÅRLIGT

- Præsenter dig, når du kommer ind.
- Sig navnet på den, du taler til, hvis der er flere til stede.
- Fortæl, hvad du foretager dig.
- Beskriv med ord i stedet for at sige "den her".
- Sørg for, at patienten ikke får lys i øjnene.
- Sig til, når du forlader rummet.

Kilde: God kommunikation med patienter, der har nedsat syn og/eller hørelse. Hent på www.dbcent.dk



Sygeplejersker er vilde med coaching

Evaluering af et coachingforløb blandt 110 mellemledere på Nordsjællands Hospital viser, at et flertal af lederne mener, at de bliver bedre til at håndtere akutte udfordringer, når de bruger en coach. 90 pct. foretrækker, at coachen er ekstern, frem for at det er en person fra HR-afdelingen. Over halvdelen af mellemlederne er blevet så begejstrede for coaching, at de er begyndt at bruge en coachende ledelsesstil. De er gået ind i coachingforløbet netop ud fra et ønske om at få inspiration til at gøre deres ledelsesstil mere nuanceret.

Kilde: Evalueringsrapport af projekt med ledercoaching på Nordsjællands Hospital.



(sbk)

Mere uddannelse – ja tak!

Sygepleje bliver i disse år mere og mere specialiseret og avanceret. I takt med den udvikling er der brug for, at sygeplejerskerne øger kompetencerne. Med andre ord: Der er brug for mere efter-, videre- og specialuddannelse til sygeplejerskerne.

I dag findes der en meget bred palet af uddannelses tilbud til sygeplejerskerne. Det er godt, at der er mange muligheder, men paletten er også meget broget. Det betyder f.eks., at en sygeplejerske ikke kan være sikker på, at hun automatisk kan tage den efteruddannelse, hun har fået på én afdeling, med sig til et nyt job.

Derfor synes jeg, der er behov for at give hele feltet af efter-, videre- og specialuddannelse et grundigt servicetjek.

Hvordan kan det f.eks. være, at de specialuddannelser, vi har i dag, ikke følger de internationalt anerkendte uddannelsesstandarder og f.eks. giver ECTS-point? Hvorfor har

Sundhedsstyrelsen ikke udviklet fælles, landsdækkende uddannelses tilbud til f.eks. konsultationssygeplejersker, kardiologiske sygeplejersker eller nefrologiske sygeplejersker, så patienterne kan være sikre på at få ensartet høj kvalitet overalt i landet? Og hvorfor er der brugerbetaling på en række videreuddannelser, som sygeplejersker bliver nødt til at tage, for at patienterne kan få sygepleje af høj kvalitet?

"Hvordan kan det f.eks. være, at de specialuddannelser, vi har i dag, ikke følger de internationalt anerkendte uddannelsesstandarder og f.eks. giver ECTS-point?"

terne kan få sygepleje af høj kvalitet?

I Dansk Sygeplejeråd arbejder vi målrettet på at sikre, at sygeplejerskerne har så gode muligheder for at udvikle kompetencerne som muligt. Ikke kun for sygeplejerskernes skyld. Men også fordi patienterne har krav på høj kvalitet og patientsikkerhed.

Et godt eksempel er akutområdet. Det undergår i øjeblikket store forandringer, bl.a. med nye, fælles akutmodtagelser. Det stiller nye krav til sygeplejerskerne, og derfor kæmper Dansk Sygeplejeråd for, at der bliver oprettet en ny specialuddannelse i akut sygepleje. Et andet eksempel er de kliniske ekspertsygeplejersker, som regeringspartierne vil indføre. En af forudsætningerne er, at der bliver etableret en videreuddannelse, som ligger på et niveau over grunduddannelsen.

Der er faktisk rigtig meget at tage fat på, ikke mindst for Sundhedsstyrelsen, der bør tage førertrøjen på. Men også for regionerne og kommunerne – og Finansministeriet, der sidder på pengekassen.

En ting er i hvert fald helt sikker: Sundhedsvæsenet har brug for flere kompetencer – ikke færre.

Dorte Steenberg

Dorte Steenberg,
2.-næstformand



PRODUKTINFORMATION FOR ANNOUNCE SIDE 32

**Forkortet Produktresumé.**

Gardasil[®] Human Papillomavirusvaccine [type 6, 11, 16, 18] (rekombinant, adsorberet). Gardasil er en quadrivalent vaccine, der består af højt oprensede 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 HPV 6 (20 mikrogram), HPV 11 (40 mikrogram), HPV 16 (40 mikrogram) og HPV 18 (20 mikrogram). **Indikation:** Gardasil er en vaccine til forebyggelse af præmaligne genitale læsioner (cervikal, vulva og vaginal), cancer i livmoderhalsen og udvendige kønsvorter (condyloma acuminata), der er kausalt relateret til HPV 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. Synkope kan forekomme ved alle vaccinationer, især hos teenagere og unge voksne. Derfor bør den vaccinerede overvåges nøje i cirka 15 minutter efter indgivelse af Gardasil. 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 vaccinemottagere. **Graviditet og amning:** Data er ikke tilstrækkelige 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. **Pakning og pris (ESP) 17.04. 2009:** 1 dosispakning indeholdende 0,5 ml suspension i en forfyldt sprøjte og to kanyler. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 098722) kr. 1.147,35. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Sanofi Pasteur MSD SNC, 8 rue Jonas Salk, F-69007 Lyon, France. Fuldstændigt produktresumé kan rekvireres hos den danske repræsentant: Sanofi Pasteur MSD, Parallelvej 12, 2. Sal, DK-2800 Kgs. Lyngby eller på nedenstående internetadresse. Marts 2009. www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm

sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Fremmedfjendsk menneskesyn

Af Henrik Nielsen, sygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform" i Sygeplejersken nr. 7/2009.



Rachel Adelberg Johansen (RAJ) fremfører et fremmedfjendsk menneskesyn, som jeg naivt troede ikke var muligt i vores "hvide verden". En række sygeplejersker på OUH, som påkalder sig, på majoritetens vegne, lov til at ytre sig på patienternes vegne og fremfører en uhyggelig menneskefjendsk holdning, blottet for menneskekendskab og lysten til denne.

At påstå, denne sag tjener patienterne, er at forskyde fokus væk fra kernen, vær nu ærlig ... Hvis man vil tale patienternes sag, er det vel disse sygeplejerskers faglighed, som er vigtig, og ikke en eller anden tilfældig hovedpåklædning, som jo sagtens kan være neutral.

Som underviser på en SOSU-skole på Sjælland, hvor jeg underviser SSA-elever, har jeg elever med forskellige former for hovedbeklædning. Disse elever (som alle er mindst lige så dygtige som deres elevkammerater uden hovedbeklædning) kommer af og til tilbage fra deres praktikker, hvor de har mødt personer med RAJ's holdninger. Disse har påført eleverne fremmedfjendske fordomme med en sådan magt, at selv meget dygtige elever begynder at tvivle på sig selv og deres færdigheder. Det, vil jeg påstå, er pinligt og beskæmmende for vores profession.

RAJ påstår at tale på majoritetens vegne, det er muligt? Jeg håber ikke, at du taler for majoriteten af Danmarks sygeplejersker!

Henrik Nielsen er sygeplejelærer på Social- og Sundhedsskolen Vestsjælland.

Nogle ser det, de vil se

Af Birgit Morthorst, primærpsygeplejerske

Kommentar til debatindlægget "Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform" i Sygeplejersken nr. 7/2009.



Det fremgår af indlægget, at modstanden mod hijab skyldes hensynet til patienterne.

Men der er jo også patienter, som bærer hijab, de ville jo nok opleve lidt genkendelighed.

Derudover er tørklædet kendt både i kristendom og jødedom. F.eks. har diakonisser jo båret hovedbeklædning. Og det gør man også på operationsafdelinger eller på afdelinger, hvor patienter er i steril miljø – af hygiejnehensyn. Der hører også hovedbeklædning til alle vores gamle folkedragter. Og skal man til derby, er hat nærmest påkrævet.

Ja, det er svært at vænne sig til, at kvinder – igen – bærer tørklæde i Danmark. Men når jeg møder én med tørklæde, og det viser sig, at hun er åben, vidende og fagligt dygtig, så ser jeg slet ikke tørklædet. Samtidig er der – desværre – også danske kvinder uden tørklæde, som er undertrykte.

Om tørklædet er et stærkt religionspolitisk symbol, afhænger både af øjnene, der ser, og den, som bærer tørklædet. Nogle ser det, de vil se.

Man må selvfølgelig stille krav om, at ansigtet og dets mimik kan ses af hensyn til kommunikationen.

Uniformens udseende bliver jævnlige justeret. Den skal passe til to køn, til mange forskellige forhold samt lidt modehensyn. Måtte diskussionen herom forløbe lødig, værdig og rummelig.

Birgit Morthorst er ansat i Morsø Kommune.

Forkortet Produktresumé.

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

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

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

RotaTeq kan gives uden hensyntagen til indtagelse af føde, væske eller modermælk.

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

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

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

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

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

Pakning og pris (ESP) 17. 04. 2009: 1 dosispakning indeholder 2 ml opløsning i en fortyldt tube, der kan presses, med afdrejelig hætte i en beskyttende pose. Opbevares i køleskab (2°C - 8°C). (Vnr. 066678) kr. 442,00. Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Udlevering A.

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

Protest mod ubehagelig attitude

Af Birgit Bidstrup Jørgensen, sygeplejerske, forlagsredaktør

Kommentar til Eftertanker "Sygeplejersken – kun for medlemmer" i Sygeplejersken nr. 6/2009.



Jeg er medlem af DSR og kan logge på *Sygeplejerskens* artikelarkiv så tit, jeg har lyst. Men jeg har et principielt problem på sygeplejefagets vegne med, at adgang til artikler er lagt bag login. Jeg ønsker redaktionens begrundelser herfor.

For mig tager det sig ud som ubehageligt kniberi, der kan skade fagets interesser. Sygepleje er en samfundstjeneste og et selvstændigt vidensudviklende fag med *Sygeplejersken* som ét af de centrale organer for vidensdeling. Hvilken interesse kan sygeplejersker have i at formene andre, fagpersoner og offentlighed adgang til dokumentation om deres funktion og viden?

Risikerer den tværfaglige informerede debat og udvikling, der er politisk krav om, at blive svækket? Andre fagprofessionelle har i tidens løb rejst tankevækkende debatter på baggrund af artikler i *Sygeplejersken* læst med deres faglige briller. Skal vi miste det?

Jeg har endvidere et problem med, at studerende fra sundhedsfag generelt ikke har adgang til den "låste" viden. Signalet er, at man principielt skal være medlem af DSR, selv om man på skolerne nok finder ud af at skaffe studerende adgang. For studerende er viden, de kan hente fra *Sygeplejersken*, et billede af faget lige nu; helt uundværligt som supplement til lære- og fagbøger. Studerende og færdiguddannede fra andre sundhedsfag er kolleger og tværfaglige samarbejdspartnere til medlemmer af DSR. I lukker af for vidensdeling. Hvem gavner det?

Jeg har ofte hentet både faglig viden og "hvad taler de om"-viden fra andre gruppers fagtidsskrift uden problemer med onlineadgangen. For mig at se udviser det en værdifuld åbenhed professionerne imellem samt professioner og offentlighed imellem. Har *Sygeplejersken* ved at låse andre ude fra sygeplejeviden taget første skridt til at indføre et jerntæppe mellem professionerne?

Jeg ville gerne forstå, hvad meningen er, og hvem det er meningsfuldt for.

Birgit Bidstrup Jørgensen er tidligere lektor på Sygeplejerskeuddannelsen Roskilde og er nu forlagsredaktør i Gads Forlag.

Svar

Af Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør

Kære Birgit Bidstrup Jørgensen!

Tak for dit indlæg.


Det er medlemmerne, der betaler for de ydelser, Dansk Sygeplejeråd leverer. *Sygeplejerskens* artikler og tilhørende arkiv er centrale medlemsydelser. Der skal være forskel på, om man er medlem eller ikke medlem. Det er et knæsat princip for os. Derfor ligger vores arkiv bag login. Det er rigtigt, at vores faglige artikler er med til at styrke den fælles faglige platform for de sygeplejersker, der er medlemmer af Dansk Sygeplejeråd. Vi formener ikke adgang til vores arkiv – det er muligt at se det, hvis man er medlem, hvis man køber et abonnement, eller hvis man har adgang til andre databaser som f.eks. infomedia.dk

Jeg anser det desuden for selvfølgeligt og uproblematisk, at de sygeplejestuderende melder sig ind i Dansk Sygeplejeråd og for 37 kr. om måneden får adgang til arkivet og kan modtage *Sygeplejersken* 23 gange om året. Hvis man ikke er medlem og ønsker specifik adgang til bestemte artikler, kan man altid henvende sig til redaktionen, og så hjælper vi gerne. Det er meningsfuldt, at de medlemmer, der betaler, har eksklusiv ret til en række af de ydelser, som Dansk Sygeplejeråd udbyder.

Skal kunne rumme personaler og patienter, som vi møder

Af Kirsten Lildholdt, oversygeplejerske

Kommentar til "Hijaben skal væk fra den neutrale hospitalsuniform" i Sygeplejersken nr. 7/2009.

 Som oversygeplejerske på Plastikkirurgisk Afdeling Z, Odense Universitetshospital, vil jeg komme med kommentarer til indlægget.

Afdeling Z består af fire afsnit med i alt 85 ansatte plejepersoner. Dvs. at de 12 personer, som Rachel refererer til i sit indlæg, på ingen måde udgør 1/3 af personalegruppen på Afdeling Z. En stor del af personalet på Afdeling Z har opfordret mig til at skrive dette indlæg, idet de ikke ønsker at tages til indtægt for holdningen, at hijaben skal væk fra hospitalsuniformen.

Der har i en periode været en del indlæg i vores personaleblad om dette emne, og vi har som afdelingsledelse tidligere taget afstand fra de synspunkter, som Rachel og de øvrige 11 ansatte har fremført her, og som Rachel genfremfører i *Sygeplejersken* nr. 7/2009.

Rachel skriver i sit indlæg, at de har modtaget overstrømmende med positive tilkendegivelser på deres indlæg, det samme har vi fra ledelsen modtaget på det modsatte synspunkt, og det også fra patienter.

I afdelingens værdigrundlag, som er udarbejdet og vedtaget i vores samarbejdsudvalg, har vi skrevet ord som bl.a. respekt, professionalisme og rummelighed som ord, der er kendetegnende for de værdier, vores arbejde udføres ud fra i afdelingen. Man kan

sætte spørgsmålstegn ved, om de holdninger, der lægges for dagen i indlæggene om hijaben væk fra hospitalsuniformen, lever op til dette værdigrundlag.

Afdelingsledelsen i Afdeling Z mener, at vi som offentlig organisation må agere i den omverden, vi er en del af, og at vi skal kunne rumme de personaler og patienter, som vi møder. Vi mener, at man godt kan tage hensyn til patienterne, selvom man bruger tørklæde.

Vi er helt enige i, at vi skal sikre patienternes tarv, men vi mener ikke, at patienternes tarv sættes i fare ved at blive plejet eller behandlet af personale med tørklæde.

Kirsten Lildholdt er oversygeplejerske på Plastikkirurgisk Afdeling Z, Odense Universitetshospital.

»»» HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er 1. maj en dag, der betyder noget særligt for dig?

Læs "De røde faners dag" side 15.

Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 7/2009:

Er sygeplejersker gode til at markere sig i sundhedsdebatten?

Svar	antal	pct.
Ja	10	10,3
Nej	85	87,6
Ved ikke	2	2,1
I alt	97	100



Konference om medicinske patienter - 18. maj 2009

Dansk Sygeplejeråd afholder den 18. maj 2009 en konference på Christiansborg om "Bedre sundhedstilbud til de medicinske patienter". Konferencen sætter fokus på, hvordan der sikres bedre sundhedstilbud til de medicinske patienter, hvilken rolle sygeplejerskerne kan spille og hvad politikerne agter at gøre for at sikre bedre sundhedstilbud til de medicinske patienter. Tilmeldingsfristen er den 4. maj 2009. Læs mere om konferencen og tilmeld dig på www.dsr.dk/mpkonf.



Ekstraordinær generalforsamling



LEDERFORENINGEN I DSR

Lederforeningen i DSR indkalder alle medlemmer (ledende sygeplejersker som er medlem af DSR) til ekstraordinær generalforsamling d. 27.05.2009 Kl. 16.30 til ca. kl. 19.00 i DSR Kreds Syddanmarks lokaler Vejlevej 121, 2. sal, Fredericia. På dagsorden er bl.a. drøftelse af forhandlingsretten for ledende sygeplejersker, drøftelse af strategi for lederløn, samt forslag til vedtægtsændringer i forhold til bestyrelsens sammensætning, tidspunkt for afvikling af valg mv.

Alle medlemmer vil modtage en indkaldelse med posten senest 14. dage før den ekstraordinære generalforsamling. Heraf vil den fulde dagsorden fremgå.

Tilmeldingsfrist til den ekstraordinære generalforsamling er 19. maj på mail til Lederforeningen@dsr.dk

NB!

I forbindelse med den ekstraordinære generalforsamling inviteres til indledende oplæg med Benedicte Achen, ledelseskonsulent og MA i organisationspsykologi: "Egne muligheder for at påvirke løn og omgivelser" kl. 14 - 16.

Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd
Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K
Tlf. 33 15 55 · dsr@dsr.dk · www.dsr.dk



SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	42
Faglig information >>	42
Testen >>	49
Agenda >>	58
Anmeldelser >>	61
5 faglige minutter >>	66

En mentor er midlet, når autorisation er målet >> 50

Sygdomskoreografi som diagnostisk redskab >> 56

Opereret for brystkræft og hjem efter halvanden dag >> 44

>>> FAGTANKER

Ændringer fører til ændringer

Hvad med den psykosociale sygepleje, hvis den brystopererede patient bliver udskrevet efter halvanden dag på hospitalet?

Mange sygeplejersker vil være betænkelige over at udskrive en brystopereret kvinde uden at have talt med hende om de fysiske, psykiske og sociale aspekter ved at få kræft.

Men betænkelighederne bliver gjort til skamme, for i realiteten bliver der mere tid til psykisk pleje, når den foregår i ambulante regi. Her er det muligt at tale med den enkelte kvinde om det, der fylder, uden de evindelige afbrydelser, som ofte præger en sengeafdeling. Det kan man læse i artiklen "Opereret for brystkræft og hjem efter halvanden dag" side 44. Når sygeplejersker udfordrer faste rutiner og mønstre, kommer det med andre ord patienterne til gode. Det er helt i tråd med temaet for International Nurses Day den 12. maj, "Nurses Leading Care Innovations".

På brystkirurgisk klinik har ændringerne kastet flere projekter af sig. Man vil bl.a. fremme et mere præcist sprog til dokumentation af patientens reaktioner, udarbejde en klinisk retningslinje for dokumentation af pleje af den psykisk belastede patient og anvende et screeningsinstrument til identifikation af særligt belastede patienter tidligt i forløbet som kræftpatient.



Jette Bagh

Jette Bagh,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Nye jobprofiler i sundhedsvæsenet

AF EVA JUST, CAND.SCIENT.SOC., PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for kommunikation, læring og dialog. Den beskriver en social- og sundhedsfaglig diplomuddannelse i supervision og vejledning.

Klinisk vejleder, coach, faglig vejleder og sundhedsfaglig supervisor er nogle af de mange titler, der er ved at blive en fast del af sundhedsvæsenets jobprofiler. Fælles for dem er, at teori og træning i kommunikation, læring og dialog er meget centralt i uddannelserne, mens opgavefeltet rummer en del forskelle.

Kliniske vejledere er især uddannet til at varetage vejledningsfunktioner i forhold til studerende, og uddannelser i coaching knytter indtil videre især an til ledelsesområdet. En social- og sundhedsfaglig supervisor dækker et bredere felt og rummer også begrebet faglig vejledning.

Uddannelsen i supervision og vejledning er en fleksibel diplomuddannelse. En supervisor er uddannet til at give supervision til grupper, såvel monofaglige som tværfaglige. Det kan være kolleger, studerende, ledergrupper eller team. Gruppen udgør et afgrænset læringsrum, hvor deltagerne via dialog, anerkendelse og udfordrende refleksioner får hjælp til at afklare faglige dilemmaer og ufærdige problemstillinger, som kan omhandle patienter, pårørende, kolleger og samarbejdspartnere.

En supervisor vil også være i stand til at fungere som proceskonsulent i hverdagen i en afdeling og f.eks. give ad hoc-supervision, gennemføre debriefing efter voldsomme begivenheder, drøfte læring efter utilsigtede hændelser, håndtere konflikter, bidrage til udvikling af en mere refleksiv mødekultur samt deltage i mere vanskelige samtaler med patienter og pårørende.

Uddannelsen i social- og sundhedsfaglig supervision og vejledning er tværfaglig, og deltagerne er f.eks. kliniske vejledere, uddannelsesansvarlige sygeplejersker, terapeuter, jordemødre og radiografer. Uddannelsen kan være et kompetencegivende alternativ eller et supplement til diverse coachinguddannelser.

Diplomuddannelsen bygger på både sundhedsfaglige og pædagogiske moduler og består af seks moduler, heraf efterfølges de to supervisionsmoduler hver af 60 timer i træningsgrupper med en fast supervisor. Endvidere etableres egen øvegruppe under supervision. Samtidig med træningsforløbene kan kursisterne deltage i andre moduler efter eget valg, så uddannelsen skræddersyes til eget jobområde, f.eks. kvalitetsudvikling, klinisk vejledning eller ledelse.

Eva Just er ansat som underviser på
VIA University College, Århus; eva@justeva.dk

Se www.viauc.dk > Efteruddannelse > Sundhed > Supervision og vejledning

>>> FORM OG INDHOLD

Form og indhold i diplomuddannelsen i social- og sundhedsfaglig supervision og vejledning.

Det obligatoriske grundmodul (SD) 9 ECTS-point

Kollegial vejledning og supervision (PD). 9 ECTS-point (valgmodul).	Sundhedsfagligt modul (SD). 9 ECTS-point (valgmodul).
Træningsforløb 1: Deltage i supervisionsgruppe svarende til 60 timer.	
Vejledningsmetodik (PD). 9 ECTS-point (valgmodul).	Sundhedsfagligt modul (SD). 9 ECTS-point (valgmodul)
Træningsforløb 2: Egen træningsgruppe i 40 timer og 60 timer til supervision på egen praksis	

Det obligatoriske modul (SD) Afgangprojekt – 15 ECTS-point

Kilde: VIA-sundhedsfaglig supervision og vejledning.

Den nye uddannelse afvikles ved professionshøjskolerne i Aalborg, Århus og København.

J. P. Kotters ottetrinsmodel for forandringsledelse

Etablering af
en oplevelse af
nødvendighed

Oprettelse
af en styrende
koalition

Udvikling af
en vision og
en strategi

Formidling
af forandrings-
visionen

Styrke
medarbejdernes
kompetencer

Generering
af kortsigtede
gevinster

Konsolidering
af resultater
og produktion
af mere
forandring

Forankring
af nye
arbejds måder
i kulturen

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med brystkræftopererede patienter.

Den er baseret på et konkret projekt fra Rigshospitalet og beskriver en velforberedt organisatorisk ændringsproces, som har reduceret indlæggelsestiden med 60 pct. i gennemsnit.

Opereret for brystkræft og hjem efter halvanden dag

AF BIRGITTE GOLDSCHMIDT MERTZ, JEANETTE ØLAND NIELSEN OG HELENE WILLIAMS, SYGEPLEJERSKER

Brystkirurgisk Klinik på Rigshospitalet opererer årligt 800-900 kvinder for brystkræft. Klinikken er opbygget omkring et enstrengt kontaktsygeplejerskesystem. Det betyder i praksis, at den enkelte patient får tildelt en kontaktsygeplejerske ved første forambulante besøg i klinikken. Kontaktsygeplejersken følger patienten ved efterfølgende forambulante besøg (udredning, diagnose og operationsforberedelse), passer patienten under indlæggelsen og møder igen patienten i det efterambulante forløb.

Kontaktsygeplejersken ringer desuden til patienten på fastlagte tidspunkter i forløbet. Alle sygeplejersker i klinikken arbejder både i ambulatorium og sengeafsnit. Kontaktsygeplejerskesystemet har sammen med en tilsvarende kontaktlægeordning fungeret siden klinikkens åbning i 1996 og er således veletableret. Personkontinuiteten i forløbet giver mulighed for at etablere en tæt relation til patienten og sætte fokus på de psy-

kosociale aspekter ved at få diagnosticeret en kræftsygdom.

Gennem et samarbejde med Enhed for Kirurgisk Patofysiologi er det perioperative forløb bedret betydeligt for patienterne gennem de seneste år. Bl.a. er et effektivt regime for forebyggelse af kvalme og smerter gennemført (1,2). Det nye, optimerede forløb betyder, at patienterne er fysisk velbefindende allerede få timer efter operationen for brystkræft.

Som en konsekvens af dette forhold har man derfor drøftet en forkortelse af indlæggelsestiden i klinikken. Praksis har hidtil været, at patienterne typisk blev udskrevet 2-5 dage efter operationen, primært afhængigt af hvilken type operation patienten havde gennemgået. Brystkirurgiske patienter kan efter operationstype opdeles i fire hovedgrupper (se figur 1 side herunder).

Set ud fra et biomedicinsk perspektiv er der ikke længere grund til, at patienterne forbliver indlagt mere end 1-2 dage. Patienterne er hurtigt oppegående og selvhjulpne og ikke plaget af kvalme eller smerter. Der findes endvidere evidens for, at et op-

))) FIGUR 1. BRYSTKIRURGISKE PATIENTER OPDELT EFTER OPERATIONSTYPE

Mastektomi	Indlæggelsestid (gns. i 2007)	Indlæggelsestid (gns. jan.-feb. 2009)
Fjernelse af hele brystet med rømning af lymfeknuder i armhulen. (Mastektomi med aksildissektion)	5 dage (n=126)	2,2 dage (n=24)
Fjernelse af hele brystet med fjernelse af en enkelt lymfeknude i armhulen. (Mastektomi med sentinel node-diagnostik)	4,5 dage (n=95)	1,7 dage (n=36)
Lumpektomi	Indlæggelsestid (gennemsnitlig)	
Brystbevarende operation med rømning af lymfeknuder i armhulen. (Lumpektomi med aksildissektion)	4,1 dage (n=50)	1,0 dage (n=12)
Brystbevarende operation med fjernelse af en enkelt lymfeknude i armhulen. (Lumpektomi med sentinel node-diagnostik)	1,4 dage (n=122)	1,0 dage (n=25)

Brystkirurgiske patienter kan efter operationstype opdeles i fire hovedgrupper. Figuren viser de fire hovedgrupper samt den gennemsnitlige indlæggelsestid for hver enkelt gruppe før og efter indførelse af det optimerede patientforløb.

”Alle sygeplejersker i klinikken arbejder både i ambulatorium og sengeafsnit. Kontaktsygeplejerskesystemet har sammen med en tilsvarende kontaktlægeordning fungeret siden klinikens åbning i 1996 og er således veletableret.”

]] timeret patientforløb med hurtig udskrivelse er til gavn for patienten (3,4).

Betænkelige sygeplejersker

De psykosociale aspekter ved at få en kræftsygdom har altid været et fokusområde i Brystkirurgisk Klinik og er således en vigtig del af klinikens kultur. Sygeplejerskerne i klinikken har derfor helt naturligt givet udtryk for store betænkeligheder ved at udskrive patienterne allerede på operationsdagen eller dagen efter. De har rejst en række spørgsmål: Hvad med hele det psykosociale aspekt? Hvordan sikrer vi os, at patienterne også psykisk er klar til at komme hjem? Er det forsvarligt at udskrive en patient, der er krisepræget og ulykkelig? Kan indlæggelse erstattes med ambulante besøg?

Den reducerede indlæggelsestid stiller nye krav til sygeplejen og medfører, at sygeplejersken har kortere tid til at informere patienten og forberede hende på både fysiske og psykosociale følger af brystkræftdiagnose og behandling, f.eks. at få stillet en malign diagnose, udsigten til evt. kemoterapi og strålebehandling, angsten for tilbagefald og død, kroniske smerter, armmobilitet, bodyimage, seksualitet, håndtering af vanskeligheder i hverdagen etc.

Udenlandske erfaringer

Litteratursøgning viste, at andre brystkirurgiske afdelinger i Europa med held havde indført korte indlæggelser og sammedagskirurgi. I et engelsk randomiseret studie, hvor patienterne blev udskrevet anden postoperative dag, fandtes en måned efter udskrivelse ikke psykosociale konsekvenser, men en gevinst ved, at armmobiliteten blev bedre, og sårsmarter reduceret (5). I Holland har man i ganske mange år arbejdet på at optimere patientforløbet og dermed forkorte indlæggelsestiden, og resultaterne herfra er overbevisende (6-8).

På baggrund af ovenstående besluttede man i klinikens ledelse at undersøge muligheden for at reducere indlæggelsestiden. Der blev etableret en styregruppe, hvis første opgave var at tage på studiebesøg i Maastricht i Holland for at se nærmere på organisering af sygeplejen og konsekvenser for patienterne. Resultaterne var positive, og det blev besluttet at arbejde videre med en reduktion af indlæggelsestiden i klinikken.

At gennemføre en ændring

Det er velkendt både fra praksis og fra litteraturen, at mange rigtig gode ændringsforslag kuldsejler. Årsagerne hertil kan bl.a. være dårlig forberedelse og opfølgning, manglende ledelsesopbakning, modstand i personalegruppen, utilstrækkelig viden hos

de involverede og meget andet. En veltilrettelagt ændringsproces består af en række forskellige faser. John P. Kotter beskriver en proces med otte trin som vejen til at skabe større forandringer (9). Klinikken har i praksis gennemgået alle J. P. Kotters otte trin, men for overskuelighedens skyld vil vi her beskrive tre hovedfaser: 1) forberedelse, 2) afprøvning i praksis og endelig 3) implementering.

Forberedelse

Forberedelsen har taget tid. Fra ledelsen første gang fremkom med idéen om at reducere indlæggelsestiden for patienterne, til ændringen rent faktisk er gennemført, er der gået mere end et år. Den lange forberedelsestid er bl.a. brugt til at søge og gennemlæse eksisterende litteratur og se kritisk på eksisterende praksis. Gamle normer er nedbrudt, og nye tiltag diskuteret. Det har været nødvendigt at

- nedsætte en styregruppe
- foretage audit på sygeplejerejournaler
- udarbejde supplerende kvalitetsmål, kliniske retningslinjer samt guide til udskrivelsessamtale
- revidere og supplere eksisterende patientinformationsmaterialer
- omskrive plejeplaner, kliniske retningslinjer og instrukser inden for områderne bodyimage, telefonkontakt, smerter, sårpleje, dræn m.m.
- omlægge ambulatorieprogrammer og forøge antallet af postoperative sygeplejekonsultationer
- definere den ideelle indlæggelsestid for de enkelte patientgrupper
- revidere klinikens hjemmeside.

For at sikre, at ingen patienter blev udskrevet uden en nøje faglig vurdering, blev der desuden udarbejdet et sæt udskrivelseskriterier (se figur 2 side 47). I de tilfælde, hvor patienten ikke opfyldte udskrivelseskriterierne, skulle det dokumenteres i sygeplejerejournalen, hvilken form for sygepleje der var behov for, og hvordan den er blevet udført.

Forsøg med ny praksis

Da alle disse ting var på plads, og personalet var grundigt informeret og vejledt i de nye tiltag, var det tid til at afprøve idéen i praksis. Den 1. november 2008 blev ændringen sat i værk.

Der blev lavet en mappe med alt materiale om de optimerede patientforløb, så personalet altid havde let adgang til relevante papirer.

Under afprøvningen er det fortsat afgørende, at alle får mulighed for at komme til orde, ligesom det er vigtigt at kunne foretage småændringer løbende i processen. For at sikre at personalet oplevede at blive hørt, indførtes en logbog, hvori alle kunne skrive ris

FIGUR 2. UDSKRIVELSESKRITERIER

Hvis patienten ikke opfylder udskrivelseskriterierne, skal sygeplejersken dokumentere i sygeplejeturnalen, hvilken sygepleje der er behov for, og hvordan den er blevet udført.

Praktiske ting
Aftalt telefonkontakt
Aftalt ambulante tider i 3104
Pårørende er informeret om udskrivelsesplanen
Den pårørende kan blive hos patienten den første nat <i>(udfyldes kun, hvis patienten udskrives på operationsdagen)</i>
Information
Pjecen "Information om tiden efter din udskrivelse" er udleveret og gennemgået
Mentalt og psykisk
At patienten er klar og orienteret og accepterer udskrivelse
Patienten vurderes til at være psykisk klar til udskrivelse
Observationer
Tilladeligt ødem/hæmatom
Sufficient smertebehandlet (tabletbehandling)
Patienten er fri for kvalme/opkast
Kan gå selv
Tør sårforbinding
Andet
Kun patienter, der er mastektomerede
Udleveret midlertidig protese
Kun patienter, der er aksilrømmede/mastektomerede
Instrueret i fysiurgiske øvelser af arm (pjece udleveret, tid aftalt med fysioterapeut)
Dræn
Er dræn fjernet?
<i>Hvis "nej" ovenfor:</i> Accepterer patienten udskrivelse med dræn? Er patienten instrueret i observation og tømning af dræn?
Ud over ovennævnte spørgsmål er skemaet med udskrivelseskriterier forsynet med fire kolonner med betegnelserne ja, nej, kommentarer, dato og signatur.

og ros til den nye praksis. Styregruppen har været ansvarlig for, at logbogen blev læst, og at der blev foretaget nødvendige modifikationer undervejs i forløbet. Nogle af kommentarerne i logbogen krævede hurtig handling, andre kunne drøftes ved personale-møder eller i andre relevante fora. I logbogen er der skrevet om mange små praktiske ting f.eks. forbindelse over cikatricen, men der er også taget hul på større diskussioner, bl.a. om behovet for en klinisk retningslinje for den psykosociale del af sygeplejen.

Det er velkendt, at kvaliteten kan svinge drastisk under forløbet af en ændringsproces. Der er derfor i hele forløbet foretaget løbende målinger på ændringens succeskriterier. Resultaterne er lagt åbent frem.

For at belyse patientperspektivet foretog vi inden indførelsen af de korte indlæggelser interview med 25 patienter mhp. at udarbejde en før-måling af patienternes oplevelser i forbindelse med udskrivelse og den første tid hjemme. Målingen gentages for at få et billede af patienternes oplevelse af udskrivelse efter indførelsen af det optimerede forløb.

”Den reducerede indlæggelsestid stiller nye krav til sygeplejen og medfører, at sygeplejersken har kortere tid til at informere patienten og forberede hende på både fysiske og psykosociale følger af brystkræftdiagnose og behandling.”

”Mest overraskende er måske, at flere har givet udtryk for, at de psykosociale aspekter faktisk får bedre vilkår i ambulatoriet, idet der i ambulatoriet er fastsat god tid og ikke er afbrydelser på samme måde, som det let kan ske i en sengeafdeling.”

]] Implementering

Klinikken er nu nået så langt, at det optimerede forløb kan betragtes som indført i praksis. Der har været mange faglige diskussioner i personalegruppen, og der er foretaget løbende justeringer.

De seneste målinger viser, at den gennemsnitlige indlæggelsestid nu ligger konstant på 1,4 dage, hvilket svarer til en samlet reduktion på ca. 60 pct. Sygeplejeambulatoriet er udvidet, så alle patienter har som minimum et ekstra besøg og en ekstra telefonopringning. Det er muligt at planlægge yderligere besøg og opringninger efter patientens behov.

Det er vores oplevelse, at ændringen meget hurtigt slog an, og allerede efter den første måned kunne vi se på kontrolmålinger, at indlæggelsestiden var reduceret kraftigt. Det er vores overbevisning, at den hurtige tilpasning til ny praksis er et resultat af den lange og grundige forberedelse. En anden vigtig faktor er, at personalet har følt sig medinddraget i processen og dermed oplevet ejerskab over for ændringen. Der har i hele processen været fokus på synliggørelse af sygeplejen, hvilket også har virket motiverende på personalet.

Personalet har givet udtryk for flere overraskende sidegevinsten ved de optimerede forløb. Mest overraskende er måske, at flere har givet udtryk for, at de psykosociale aspekter faktisk får bedre vilkår i ambulatoriet, idet der i ambulatoriet er fastsat god tid og ikke er afbrydelser på samme måde, som det let kan ske i en sengeafdeling. En anden konsekvens er fornyede faglige drøftelser af god sygepleje, dokumentation, patientinddragelse m.m. Endelig har mange sygeplejersker givet udtryk for, at patienterne faktisk har været positivt overraskede over at få lov til at komme hurtigt hjem.

Perspektiver for fremtidig praksis

Indførelsen af optimerede forløb for kvinder med brystkræft har endnu en gang gjort det tydeligt for

os, at det er vigtigt at få systematik og stringens i de psykiske aspekter af sygeplejen. Ikke blot mangler vi et præcist sprog til at beskrive vores observationer af patientens reaktioner, det er også for tilfældigt, hvad den enkelte sygeplejerske vælger at fokusere på og at dokumentere. Så den næste store opgave er, måske i samarbejde med center for kliniske retningslinjer, at udarbejde en klinisk retningslinje for observation og pleje af den psykisk belastede patient.

Et andet fokusområde er at forsøge med et enkelt screeningsinstrument at blive i stand til på et tidligt tidspunkt i forløbet at identificere de særligt belastede patienter. Det ville give mulighed for målrettede rehabiliteringstiltag tidligt i patientens forløb som kræftpatient. Et sådant screeningsinstrument afprøves for øjeblikket i klinikken i samarbejde med Kræftens Bekæmpelse.

*Birgitte Goldschmidt Mertz,
udviklingsygeplejerske,*

Jeanette Øland Nielsen, projektsygeplejerske,

Helene Williams, oversygeplejerske,

*i Brystkirurgisk Klinik på Rigshospitalet;
birgitte.goldschmidt.mertz@rg.regionh.dk*

Litteratur

- Gartner R, Callesen T, Kroman N et al. Optimering af det tidlige postoperative forløb efter brystkræftkirurgi. Ugeskr Laeger 2008;170:2032-4.
- Gartner R, Kroman N, Callesen T et al. Multimodal smerte- og kvalmebehandling ved brystkræftkirurgi. Ugeskr Laeger 2008;170:2035-8.
- Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. Ann.Surg. 2008;248:189-98.
- Jakobsen DH, Sonne E, Andreasen J et al. Convalescence after colonic surgery with fast-track vs conventional care. Colorectal Dis. 2006;8:683-7.
- Bundred N, Maguire P, Reynolds J et al. Randomised controlled trial of effects of early discharge after surgery for breast cancer. BMJ 1998;317:1275-9.
- de Kok M, Frotscher CN, van der Weijden T et al. Introduction of a breast cancer care programme including ultra short hospital stay in 4 early adopter centres: framework for an implementation study. BMC.Cancer 2007;7:117-26.
- de Kok M, van der WT, Kessels A et al. Implementation of an ultra-short-stay program after breast cancer surgery in four hospitals: Perceived barriers and facilitators. World J.Surg. 2008;32:2541-8.
- Frotscher CN, Beets GL, Meyenfeldt MFv. Breast cancer surgery in a day case setting: Where do the Netherlands stand in 2004. Ambulatory Surgery 2005;12:61-5.
- J. P. Kotter I spidsen for forandringer, 1. udgave. København: Peter Asschenfeldts nye Forlag, 1999.

]]] ENGLISH ABSTRACT

Mertz BG, Øland J, Williams H. Breast cancer surgery and home discharge after 36 hrs. Sygeplejersken 2009;(9):44-8.

In the breast surgery clinic at Rigshospitalet (Copenhagen University Hospital) the total length of inpatient stay for women with breast cancer has been reduced from an average of 3.6 days to 1.4 days. The project was kick-started by a new regime for preventing postoperative nausea. The article describes the introduction of an optimised patient care, and it focuses on aspects of care considered significant in terms of achieving a successful change in nursing practice.

Key words: Breast surgery, breast cancer, psychosocial nursing, change process.

>>> TESTEN



Temaet er permanente blærekatetre, test dig selv eller en kollega

5 pct. af mændene og 0,3 pct. af kvinderne på danske plejehjem skønnes at have et permanent uretralt blærekateter. Har du styr på kateterets historie og mandens urinrør?

- 1** Siden oldtiden har et af de problemer, datidens læger stod over for, været en overfyldt blære, og de første kateterisationer blev foretaget med strå og rørformede palmeblade. Men hvor stammer ordet "kateter" egentligt fra?

 - a. Fra det græske ord "at føre ind i".
 - b. Sludder, kateter betyder "at leve med rindende vand".
- 2** Sygeplejersker er ofte enige om, at det er nemmere at anlægge et kateter på en kvinde end på en mand grundet urinrørets længde. Hvor langt er mandens urinrør?

 - a. 20 cm.
 - b. 30 cm.
- 3** Kroniske kateterbærere kan opleve problemer med kateterstop pga. kalkudfældninger på kateterspidsen eller blæresten. Hvorfra stammer disse kalkudfældninger?

 - a. En overproduktion fra de små kirtler i urethra, som udskiller sekret, der hæmmer bakteriernes vækst og bevægelighed, giver øget kalkudfældning.
 - b. Fra infektioner forårsaget af især *Proteus mirabilis*, der gør, at urinen bliver basisk, hvorved der udfældes kalkkrystaller, der sammen med bakterierne danner et voksende lag omkring kateteret.
- 4** Har de kateterbærere, som får skiftet deres kateter hos egen læge eller på sygehuset, hyppigt et ønske om, at hjemmeplejen overtager opgaven?

 - a. Ja, Sundhedsstyrelsens Teknologivurdering viser, at det er et stort ønske.
 - b. Nej, få ønsker, at kateterskiftet skal overtages af personale fra hjemmeplejen.
- 5** Omfatter en personlig bevilling på baggrund af § 112 i serviceloven vedr. blærekatetre og tilbehør også sterilt skiftesæt, sterile handsker, sterile væsker og gel?

 - a. Ja, det hele følger med.
 - b. Nej, hvorfor disse materialer skal leveres af lægepraksis/hjemmepleje/plejehjem, og i nogle kommuner er det patienten selv, der skal betale.

(er)

Se svarene på TESTEN side 58.

circuscom.se



Hvad betyder
valgfrihed indenfor
sårbehandling med
negativt tryk
for dig

RENASYS er mere end en helhedsløsning for sårbehandling med negativt tryk. Det er også et behandlingsalternativ for patienten, såret og dig som behandler – uden at skulle give afkald på resultatet, egenskaber eller service.

RENASYS – helt enkelt.

smith&nephew
RENASYS[®]
Negative Pressure Wound
Therapy





ARKIVFOTO: ISTOCK

En mentor er midlet, når autorisation er målet

AF ULLA GARS JENSEN, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SOC.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder sammen med udenlandske sygeplejersker på vej til dansk autorisation. Den beskriver etableringen og organiseringen af en mentorordning, som støtter udenlandske sygeplejersker, så de opnår dansk autorisation.

Sygeplejerskeuddannelsen København har siden august 2005 haft succes med at kvalificere udenlandske sygeplejersker fra lande uden for Norden og EU til at opnå dansk autorisation (se boks 1 side 51).

To hold har afsluttet uddannelsen, og 21 ud af 22 sygeplejersker har opnået dansk autorisation og arbejder i dag som sygeplejersker. Et tredje hold med 16 sygeplejersker påbegyndte uddannelsen i august 2008.

En af årsagerne til den høje gennemførelsesprocent er den mentorordning, som denne artikel beskriver.

Som en del af integrationsarbejdet med de udenlandske sygeplejersker, der starter på kvalificeringsuddannelsen, tilbydes den enkelte sygeplejerske en mentor. Ordet mentor stammer fra Odysseus' ven og lærer for hans søn Telemakos. Da Odysseus drog på rejse, overlod han Mentor at være rådgiver for sønnen, mens han selv var væk. Mentor var altså i Odysseus' betydning en ældre person, som med sin store erfaring og kundskab kunne vejlede en yngre person uden særlig livserfaring (1).

I dag har mentorrollen fokus på den udviklende rolle, hvor mentor via sin erfaring, viden og menneskelige kundskab på forskellig måde bidrager til den anden persons udvikling, både som vejleder og ekspert, sparringspartner, coach, kritiker og interesse-

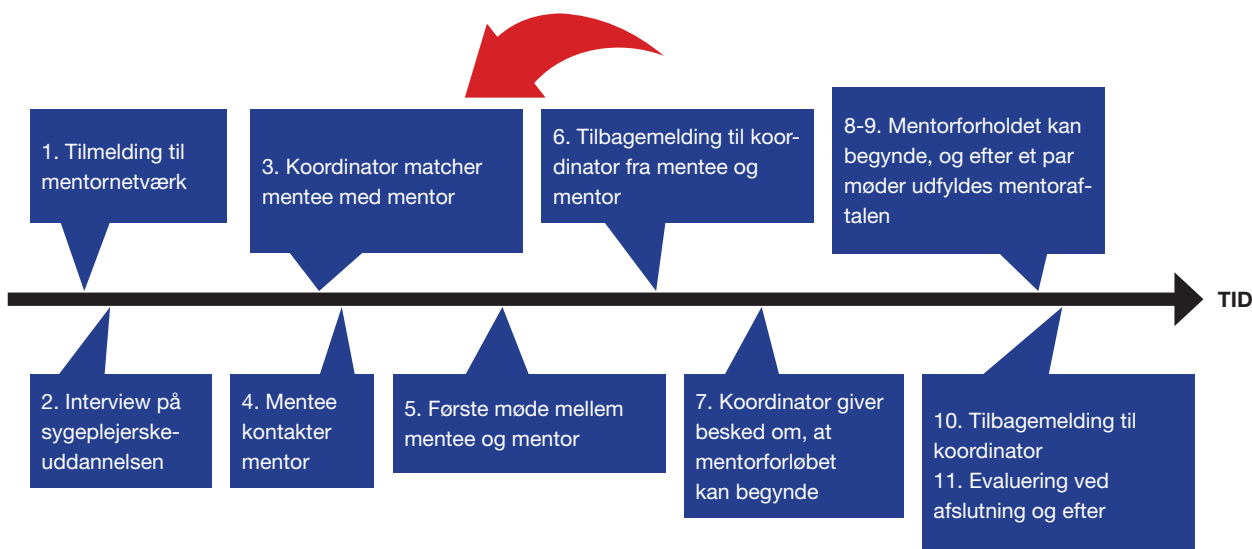
ret lytter. Mentorbegrebet blev taget i brug i Danmark i 1990'erne (2), og siden er der set en stigende interesse i at anvende mentorordninger.

Mange års erfaringer på Sygeplejerskeuddannelsen København har vist, at det er svært for de udenlandske sygeplejersker at blive integreret i uddannelsen, som mange har vanskeligt ved at gennemføre. Vores oplevelse er, at de udenlandske sygeplejersker har behov for støtte til at udvikle deres interkulturelle kompetencer. Lektor Iben Jensen fra Roskilde Universitetscenter definerer interkulturel kompetence som "at have en overordnet bevidsthed om, hvordan og hvornår man skal være opmærksom på, at kultur spiller ind i folks handlen. I forhold til arbejdslivet drejer det sig om at have en faglig indsigt i fagområdet, der dækker kultur, etnicitet, globalisering, etnisk ligestilling og sammenhænge mellem sprog, identitet og magt" (3).

Der er opmærksomhed på disse interkulturelle kompetencer, når de udenlandske sygeplejersker gennemfører kvalificeringsuddannelsen. Sideløbende med den teoretiske og kliniske undervisning tilrettelægges kursus i dansk sprog med fokus på fagdansk. Derudover tilbydes hver udenlandsk sygeplejerske en mentor.

I en artikel i *Sygeplejersken* i 2006 er nogle af de udenlandske sygeplejersker fra hold august 2005 blevet interviewet, og heraf fremgår det, at det er på det

»»» FIGUR 1. SYGEPLEJERSKEUDDANNELSENS MENTORFORLØB



Forløbet kan ændre sig lidt fra person til person og fra par til par, men generelt ser det sådan ud.
Læs mere på www.kvalificeringsuddannelsen.dk

kulturelle felt, både i omgangen med patienter og kolleger, at alle kursister føler, de virkelig kommer til kort som udenlandske sygeplejersker (4).

Af artiklen fremgår, at kursisterne synes, at kvalificeringsuddannelsen har været en stor gevinst. De har kunnet diskutere alle mulige problemstillinger, også kulturforskellene, med hinanden, men også med deres undervisere og mentorer, som kursisterne alle har brugt flittigt. En filippinsk sygeplejerske udtrykker det således:

”Jeg ringer tit til min mentor, måske for meget, men jeg var f.eks. meget nervøs, før jeg skulle begynde i praktik, og her var min mentor en stor hjælp” (4).

Mentorordningen er med til at støtte de udenlandske sygeplejersker i forhold til en bevidsthed om egne værdier over for andres og refleksion over disse forskelle.

Mentor er brobygger

Mentorerne skal være med til at fastholde de udenlandske sygeplejersker gennem kvalificeringsuddannelsen og senere på arbejdsmarkedet. Mentorordningen drejer sig om at skabe en relation, hvor der lyttes og tales med respekt for hinanden, i dette tilfælde mentor og den udenlandske uddannede sygeplejerske, som i mentorordningen kaldes mentee. Mentor er uddannet sygeplejerske med dansk autorisation. I studieordningen for kvalificeringsuddannelsen beskrives mentors funktion på følgende måde: ”Mentor har ikke uddannelsesmæssige, vejlednings- eller evalueringsopgaver i forhold til mentees uddannelsesforløb, men fungerer som brobygger i faglige, sproglige, sociale, institutionelle og kulturelle henseender. Mentors opgave er således at være støtte for sygeplejerskens mulighed for at realisere sine faglige og personlige potentialer” (5).

At være mentor er en frivillig opgave, hvor driv-

kraften er den enkeltes interesse for mentee og for at støtte hende i fastholdelse i uddannelsen.

I forbindelse med udvikling og etablering af mentorordningen har der været bevidsthed om, at mentorordningen skal være med til at udvikle de udenlandske sygeplejerskers interkulturelle kompetencer, f.eks. i form af evne til at kommunikere, til at sætte sig i andres sted, til at indgå i nye grupper, at kunne samarbejde med mennesker med en anden baggrund end én selv samt evnen til at handle selvstændigt og reflektivt i komplekse, uforudsigelige situationer. Det indebærer, at de sygeplejersker, som skal være mentorer, har forståelse for dette, for at de kan hjælpe mentee.

Rollemodel, kritiker og ven

Igennem udviklingen af mentorordningen har jeg været bevidst om, at mentor og mentee har forskellige roller. Mentors rolle er at støtte mentee til læring »

»»» BOKS 1. KVALIFICERINGSUDDANNELSEN

Uddannelsen består af to forløb. Forløb 1 varer ca. 10 måneder og er for sygeplejersker, som Sundhedsstyrelsen har vurderet egnede til at kunne gennemgå et prøveansættelsesforløb for at opnå dansk autorisation. Forløb 2 varer ca. 14 måneder og er målrettet de sygeplejersker, som Sundhedsstyrelsen har vurderet skal gennemgå et supplerende uddannelsesforløb. På begge forløb modtager kursisterne målrettet sprogundervisning i dansk i samarbejde med Hellerup Sprogcenter. Alle kursister har en personlig mentor.

Læs mere om kvalificeringsuddannelsen på www.kvalificeringsuddannelsen.dk

”Ordet mentor stammer fra Odysseén, hvor Mentor var Odysseus’ ven og lærer for hans søn Telemakos. Da Odysseus drog på rejse, overlod han Mentor at være rådgiver for sønnen, mens han selv var væk.”

» og udvikling. Erfaringen er, at det har stor betydning for mentorforholdet, at mentor ikke har nogen formelle, uddannelsesmæssige forpligtelser i forhold til mentees gennemførelse af kvalificeringsuddannelsen. Undervejs i mentor/mentee-relationen påtager mentor sig mange forskellige roller, f.eks. som facilitator, rollemode, historiefortæller, sparringspartner, rådgiver, videndeler, coach, kritiker, netværker, døråbner og ven. Mentee er en person, som indgår i et ligeværdigt samarbejde med mentor. Mentee har et selvstændigt ansvar for egen læring og resultater af mentorskabet. Derfor er det vigtigt, at mentee præsenterer sine forventninger og behov åbent og ærligt for sin mentor (1). Der er altså forskel på, hvilke kompetencer man skal være opmærksom på, afhængigt af om man er orienteret mod mentor eller mentee.

Etablering og opbygning af mentorordningen

Som basis for etableringen af mentorordningen er anvendt engelsk litteratur (6,7) skrevet af David Clutterbuck, engelsk professor, som har udviklet mentorbegrebet siden 1980’erne og er meget anerkendt inden for dette felt. Herudover er der anvendt dansk litteratur (2,8). Den bygger på Clutterburgs teori om fire forskellige hjælperelationer, som mentoren kan bevæge sig inden for: coaching, rådgivning, netværk og anbefaling.

Ud over teoretisk viden om mentorbegrebet har Center for Kvinde- og Kønsforskning (KVINFO) mentornetværk haft stor betydning for udviklingen af mentorordningen. KVINFO har mange års erfaring med etablering af mentorordninger. (9).

»»» BOKS 2. ET EKSEMPEL PÅ EN MENTOR/MENTEE-RELATION

Mentorforholdet tager udgangspunkt i mentees ønsker og behov. En mentee fra Asien havde en vejleder i afdelingen, der hele tiden tog over ved stuegang, hvor det var mentee, som skulle have den styrende rolle. Mentee var meget autoritetstro og havde svært ved at sige til vejleder, at det var hende, der gik stuegang nu. Dette snakkede mentee med sin mentor om, og de øvede situationen igennem ved deres møde, hvor mentor spillede vejleder og mentee så skulle øve sig i at afbryde sin vejleder og lede stuegangen. Næste dag i afdelingen følte mentee sig stærkere i situationen, hun havde fået nogle redskaber til at afbryde vejlederen på en måde, så begge parter fik forståelse for situationen. Om eftermiddagen sendte hun sin mentor en sms med ordene ”det virkede, jeg gjorde det.”

Som det ses af figur 1 side 51, består mentornetværket af mentor, mentee og en koordinator. Koordinatoren er forbindelsesleddet mellem mentorparret og sygeplejerskeuddannelsen og er mentorordningens organisator (10). Det er koordinator, der afholder interview med mentor og mentee, udarbejder de forskellige match mellem mentor og mentee samt arrangerer netværksmøder for parterne.

Et mentorforløb varer fra ét til halvandet år. Herefter afsluttes mentorforholdet, og nogle af mentorparrene holder herefter kontakt som venner. Mentor og mentee mødes ca. en gang om måneden i halvanden til to timer. Mellem møderne holdes der kontakt via sms eller mail.

Et bredt mentornetværk

I forbindelse med rekruttering af mentorer har det været vigtigt, at information om mentorordningen kom ud til mange sygeplejersker, både i den primære og den sekundære sundhedssektor og i uddannelsesmiljøet. Der skulle oprettes et mentornetværk med bred repræsentation af sygeplejersker på mange forskellige niveauer, så der var grundlag for at foretage nogle gode match mellem mentor og mentee ud fra mentees behov.

Sygeplejersker, som ønsker at blive tilknyttet mentornetværket, kommer alle til en personlig samtale hos koordinatoren. Formålet med samtalen er at orientere sygeplejersken om mentorordningen og danne sig et billede af sygeplejerskens kompetencer til senere brug ved match af mentor og mentee. To mentornetværksforløb er gennemført siden august 2005, og et tredje er i gang. I alt 35 sygeplejersker har været tilmeldt mentornetværket. Nogle af de mentorer, der blev brugt ved de første hold i august 2005 og august 2006, har meldt sig som mentorer igen i august 2008. Mentornetværket har stor glæde af deres erfaringer fra tidligere forløb. De sygeplejersker, som er tilmeldt mentornetværket, er både fra hospital, hjemmepleje, plejehjem og undervisningsmiljø, og der er både ledere og ikkeledere. Det vil sige, der er et bredt og anderledes netværk, end vi normalt oplever i sygeplejen, hvor man ofte er meget specialorienterede.

Ønsker til mentor

Koordinatoren holder personlige samtaler med hver enkelt udenlandsk sygeplejerske. Denne samtale gi-



ARKIVFOTO: ISTOCK

ver et billede af, hvilke kompetencer den udenlandske sygeplejerske efterspørger hos en mentor, f.eks. hvilken viden, hvilke færdigheder og personlige holdninger mentee ønsker hos den person, der skal være mentor.

Match af mentor og mentee

Alle 38 sygeplejersker, som har været eller er i gang med kvalificeringsuddannelsen, har taget imod tilbuddet om at få en mentor. Alle match er foretaget ud fra personlige samtaler med mentees og mentorer. I perioder har mentornetværket haft flere mentorer, end der har været mentees til, det har givet muligheder for at ændre match, hvis mentee og mentor ikke synes, at deres match har været brugbart.

Det er især de personlige og holdningsmæssige kompetencer, der vægtes af mentee og mentor ved første møde. De skal føle, at det er rart at være sammen. Efter første møde er reglen, at mentor og mentee ikke må udarbejde nogen ny mødeaftale, idet de hver især skal tænke over, om matchet er i orden. Et par dage efter første møde skal både mentor og mentee kontakte koordinatoren og meddele, om de synes, at matchet fungerer. Herefter tager koordinatoren kontakt til dem begge, og de kan påbegynde deres mentorforhold. Det kan være svært at sige fra over for hinanden i situationen, specielt for mentee, derfor er det vigtigt, at det foregår gennem koordi-

natoren. Ud af de 38 mentorpar, der er matchet, har der kun været et enkelt par, som skulle ændres. Mentee følte ikke, at kemien med mentor var god. Der blev foretaget et nyt match, som kom til at fungere godt. For at mentor og mentee kan opnå de bedste læringsmuligheder er det vigtigt, at der er en god relation. Det skal opleves værdifuldt at bruge tiden sammen.

Netværksmøder

Der afholdes netværksmøder for mentorer tre gange hvert halvår, og en gang hvert halvår deltager mentee. Netværksmøderne skal styrke mentorfunktionen. Det foregår bl.a. ved at formidle teoretisk viden på netværksmøderne samt udveksle erfaringer med de andre mentorer, f.eks. oplæg om mentors mange roller og om kulturforståelse.

En klinisk vejleder fra klinikken har fortalt om sine erfaringer med at have udenlandsk uddannede sygeplejersker i afdelingen, og sproglærerne har fortalt, hvordan mentorerne kan støtte deres mentee sprogligt. Evalueringen af det første mentorforløb i perioden 2005-2007 viste, at noget af det mest værdifulde ved netværksmøderne er erfaringsudveksling. (11).

Ved de to netværksmøder, hvor mentee deltager, har det ene faglig karakter, det andet social karakter.

”Mentorordningen drejer sig om at skabe en relation, hvor der lyttes og tales med respekt for hinanden, i dette tilfælde mentor og den udenlandske uddannede sygeplejerske, som i mentorordningen kaldes mentee.”

Ved det faglige netværksmøde er der fokus på erfaringsudveksling mellem mentor og mentee. Ved det første faglige netværksmøde for mentor og mentee fra hold 2005 blev begge parter spurgt, hvad de har lært af hinanden:

Mentee nævnte f.eks.:

”Specielle sprogudtryk, dansk kultur, selvtillid, arbejdskultur, hvordan man forholder sig til andre, samarbejde, at kommunikere, åbenhed, og så er sygeplejefaget diskuteret.”

Mentor nævnte bl.a.:

”Ydmyghed over for mentees opgaver, opmærk-

”Ud af de 38 mentorpar, som er matchet, har der kun været et enkelt par, der skulle ændres. Mentee følte ikke, at kemien med mentor var god.”

» som på, at mentee er uddannet sygeplejerske, se egen kultur udefra, hvor vigtigt det er at lytte og lade mentee tale, se egen arbejdskultur med andres øjne, tænke over de råd, jeg giver, at fokusere på det positive, og hvor udfordrende det er at koble faglighed og kultur.”

Erfaringer fra dette møde har været brugbare for hold 2006 og 2008, når jeg har skullet give eksempler på, hvad mentor og mentee kan lære af hinanden. Begge parter lærer i relationen, og ud fra mentees eksempler kan man se, hvor stor betydning mødet med mentor har for integrationen (se boks 2 side 52).

Mentorforholdet tager udgangspunkt i mentees ønsker og behov. Som koordinator for både kvalificeringsuddannelsen og mentorordningen er der god

mulighed for at få hvert enkelt mentorpar godt i gang. Det er altid svært for mentor og mentee at holde deres første møde. Det er mentee, der skal indkalde til mødet, og hvad skal man lige snakke om første gang?

Erfaringer viser, at det er godt at få etableret en god kontakt til mentor, inden mentee skal ud på hospitalet, da det specielt er i den periode af uddannelsesforløbet, mentee har brug for støtte. Så længe mentee er på skolen, har man hinanden, skolens undervisere samt koordinator, som man kan få støtte af. Når de udenlandske sygeplejersker kommer ud på hospitalerne, hvor de bliver konfronteret med de kulturelle forskelle, kan de føle sig meget alene. Så er det rart at have kontakt til sin mentor.

Ulla Gars Jensen er ansat som lektor og koordinator for kvalificeringsuddannelsen og mentorordningen ved Sygeplejerskeuddannelsen København; ullagars@post10.tele.dk

» ENGLISH ABSTRACT

Jensen UG. A mentor is the solution when registration is the aim. *Sygeplejersken* 2009;(9):50-4.

This article describes Sygeplejerskeuddannelsen København's (the School of Nursing Copenhagen) experience of using a mentorship system to help foreign-trained nurses achieve nurse registration in Denmark. The background to the mentorship system and its purpose – i.e., retaining foreign-trained nurses on the training course, is described. The mentorship scheme is based on building a mutually respectful relationship based on listening and discussion – in this case between the mentor and the foreign-trained nurse, who in the mentorship system is referred to as the “mentee”. The mentor is a trained nurse qualified in Denmark. The role of the mentor is a voluntary one – the motivation is the individual's interest in the mentee and focus is on providing support, and keeping the mentee on the training course. The mentorship scheme is an important factor in developing the intercultural competencies of foreign-trained nurses. The article describes the establishment of the mentorship scheme, the mentorship process, and the composition of the mentoring network. It describes how mentors are recruited, how interviews with mentors and mentees are held and it explains how mentors and mentees are matched up. Finally, the article describes networking meetings for mentors and mentees; including examples of what mentors and mentees feel they have learned from each other during the period of mentorship. This lasts from 12 to 18 months, where mentor and mentee meet approximately once a month for one and a half to two hours. Contact is also maintained between meetings by SMS and e-mail. Several mentor-mentee pairs continue to remain in contact after concluding the mentor relationship.

Key words: Mentor, mentee, mentorship process, foreign nurses, Danish registration.

Litteratur

1. Poulsen K. Mentor+Guiden – om mentorskab og en-til-en-relationer. KMP+; 2008.
2. Toft BS. Mentor en hjertesag. København: Børsens Forlag; 2004.
3. Jensen I, Løngreen H. Kultur og kommunikation. København: Samfundslitteratur; 1995.
4. Sommer C. Vi er som en stor kernefamilie. *Sygeplejersken* 2006;(24):18-21.
5. www.kvalificeringsuddannelsen.dk : Studieordning for kvalificeringsuddannelsen for udenlandske sygeplejersker uddannet uden for Norden og EU. Besøgt den 19. marts 2009.
6. Clutterbuck D. Everyone Needs a Mentor. *Fostering Talent at Work*. London: Cipd; 1985.
7. Clutterbuck D. *Learning Alliances*. London: Institute of Personnel and Development; 1998.
8. Ott L et al. *Mentorskabets muligheder til brug i praksis*. København: Børsens Forlag; 2004.
9. www.mentor.kvinfo.dk. Besøgt den 19. marts 2009.
10. www.kvalificeringsuddannelsen.dk. Mentorforholdets forløb. Besøgt den 19. marts 2009.
11. www.kvalificeringsuddannelsen.dk : Evaluering af Kvalificeringsuddannelsen. Besøgt den 19. marts 2009.



Sygdomskoreografi som

AF KAREN ELLEN SPANNOV, SYGEPLEJERSKE, MAG.ART., PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som arbejder med mennesker med anden etnisk oprindelse end dansk. Den beskriver, hvordan og hvorfor disse mennesker anvender en anden sygdomskoreografi end danskere, og opfordrer til, at der skrues op for service og forståelse over for disse mennesker. Artiklens hovedbudskab er baseret på forfatterens arbejde i Asien, Mellemøsten og Afrika.

I tværkulturelle situationer kan det være svært at vurdere patienternes tilstand på baggrund af den adfærd, de synes passer til deres sygdom.

Med udtrykket sygdomskoreografi mener jeg de tegn og det minespil, som man kan se hos patienter, og som i en given kultur opfattes som den rigtige eller normale måde at vise omverdenen i almindelighed og sundhedsvæsenet i særdeleshed, at ens helbred er kompromitteret. Det drejer sig om den adfærd, man kan iagttage, og som ligger ud over de kliniske tegn på sygdom som f.eks. hudfarve, temperatur, specifik ømhed og svedtendens. Mere eller mindre bevidst bruger de fleste sundhedspersoner patientens mimik og øvrige adfærd som en supplerende information, når de forsøger at stille en diagnose. Tegn på stærke smerter og motorisk uro er eksempelvis væsentligt, når der diagnosticeres en ekstrauterin graviditet. Men også i mindre oplagte tilfælde er sygdomskoreografien en vigtig informationskilde, fordi mange symptomer er og bliver subjektive fænomener, således at det primært er de udtryk, som patienten giver, der bliver retningsangivende.

I en monokulturel sammenhæng er der sjældent problemer med at bruge patientens sygdomskoreografi som en rettesnor i diagnosticeringen, men når der præsenteres en ukendt sygdomskoreografi fra en anden kulturel sammenhæng, kan det være noget af en udfordring, og det kan i værste fald lede til både over- og underbehandling.

Et mimeteater understreger alvoren

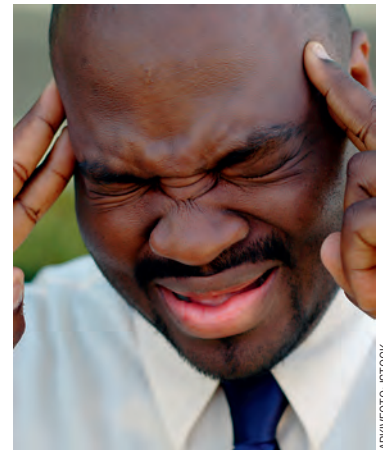
Jeg har i forbindelse med diverse evalueringer og andet konsulentarbejde besøgt talrige hospitaler og skadestuer i Asien, Mellemøsten og Afrika. Der har jeg haft rig mulighed for at observere den adfærd, der udfoldes i skadestuer og klinikker. Især i Asien og Mellemøsten kommer de syge ikke bare ind på skadestuen. Næh, de ledsages af mindst to personer, der holder dem eller nærmest slæber dem af sted. Der udfolder sig et mindre mimeteater, der tjener til at understrege alvoren i situationen og nødvendigheden af øjeblikkelig opmærksomhed fra personalets side.

Observerer man længe nok, kan man sagtens opleve den næsten hjælpeløse patient komme ud igen på egen hånd og med raske skridt. Hvis der ikke var noget særligt i vejen, så kan den til sygdom knyttede adfærd uden varsel aflæses. Men somme tider er det rigtigt alvorligt, og for den, der ikke er vant til en dramatisk sygdomskoreografi, kan det selvfølgelig være vanskeligt at skelne mellem skuespil og ægte symptomer.

Værdsætter beherskede smerteytringer

I den nordeuropæiske kulturkreds værdsættes selvkontrol og beherskede smerteytringer. Derfor oplever man mange syge, der er præget af sammenbidte tænder, og hører ofte højlydte protester over for megen bekymring. Ældre vil ikke sjældent forhøre sig om, hvorvidt en videre indsats for deres vakkende helbred nu også kan svare sig. De, der skal på skadestuen, humper så vidt muligt blege og fattede af sted og forsøger at undgå postyr eller at gøre (for meget) ulejlighed. Høj jamren og gråd tåles dårligt. Men det kan således også være en vanskelig balance at præsentere sig selv som syg nok til at få opmærksomhed uden at overspille. Mange kender sikkert til overvejelser over, hvorvidt man selv skal indtelefonere sin sygemelding eller overlade det til bofællerne. Lyder

”Med udtrykket sygdomskoreografi mener jeg de tegn og det minespil, som man kan se hos patienter, og som i en given kultur opfattes som den rigtige eller normale måde at vise omverdenen i almindelighed og sundhedsvæsenet i særdeleshed, at ens helbred er kompromitteret.”



ARKIVFOTO: ISTOCK

diagnostisk redskab

ens stemme nu tilstrækkelig syg, eller giver den indtryk af, at man i virkeligheden er (for) frisk.

Fru bankdirektør Varnæs' migræne

Men selvfølgelig er der i den nordeuropæiske kultur mange tilladelige, diskrete udtryk for smerte og ubehag, som vi er gode til at aflæse og reagere på. Den næsten ubevidste hånd til lænden som afslører, at brug af haveredskaber eller støvsuger kan mærkes i ryggen. Den undertrykte humpen, der indikerer, at den pågældende har ondt i benet. De diskrete suk, det uforvarende "äh" eller "av" og en let panderynken er alt sammen noget, der er velkendt fra den nordiske sygdomskoreografi, og som også kan betragtes, når der skal spilles sygdom i film og på teateret. Tænk blot på den lette berøring af panden, inden fru bankdirektør Varnæs går til sengs med migræne.

I overensstemmelse med den i Danmark fremherskende diskrete sygdomskoreografi, som kun børn, berusede og særligt plagede fødende kvinder forventes at overskride, er mange af os dybt skeptiske over for mere dramatiske udtryk for smerte og vånde. Dertil kommer, at den danske kultur implicerer en dyb ængstelse ved det, der er anderledes, og at det i sig selv kan føre til afvisning af andre kulturers sygdomskoreografier eller i hvert fald gøre det vanskeligt at inddrage sygdomskoreografien som det vigtige supplement i diagnosticeringen, det ellers er. Med andre ord, det kan volde store problemer at tolerere den mere udadvendte dramatiske kropslighed, som indgår i mange etniske minoriteters præsentation af sygdom og symptomer.

Brug for drama

Der er imidlertid andet end kulturforskelle på spil. Den vestlige biomedicin fokuserer i jagten på diagnose primært på symptomer, som ikke kan påvirkes med vilje, og der er måske, hvor dette videnska-

"I overensstemmelse med den i Danmark fremherskende diskrete sygdomskoreografi, som kun børn, berusede og særligt plagede fødende kvinder forventes at overskride, er mange af os dybt skeptiske over for mere dramatiske udtryk for smerte og vånde."

belige fokus hersker, mindre behov for at involvere noget drama i formidlingen af sygdommens alvor og akuthed.

Derimod er der på steder, hvor biomedicinsk omhu og et velfungerende sundhedssystem ikke er en selvfølgelig rettighed, sandsynligvis større bestræbelser på at overbevise omgivelserne om, at ens tilstand fortjener behandling og opmærksomhed her og nu.

Som jeg ser det, er dette præcis humlen. I det danske sundhedssystem er der indbygget en vis retfærdighed, således at man kan regne med, at de lidelser, der vurderes at være de mest alvorlige, vil blive prioriteret og komme først til. Men i lande med lave lønninger og dertil knyttet korrupsion er det meget sandsynligt, at det primært er penge under bordet, der afgør, hvor hurtigt patienten behandles. Har man ingen penge, må man forsøge at tiltrække behandling på anden måde, og der er grænser for, hvor meget dramatik personalet kan udsættes for uden at gribe til en eller anden form for behandling. Skadestuer er åbne steder, hvor mange mennesker færdes, og selv om personaleforsømmelser er meget almindelige disse steder, så er der som regel et minimum af anstændighed til stede, som man kan påkalde sig. Når patienten sætter trumf på sin performance, er det således også for at tiltvinge sig en lægelig vurdering.

Man kan indvende, at dette ikke er nødvendigt i det danske sygehusvæsen, men vaner og adfærd for-

Den hemmelige dag

12. maj 2009 står snart for døren, og så er det tid. Tid til hvad? Til at fejre International Nurses Day, der i år har titlen "Delivering Quality, Serving Communities. Nurses Leading Care Innovations," lyder svaret fra International Council of Nurses, bedre kendt som ICN.

Af uransagelige årsager er det ikke en dag, vi fejrer i Danmark, selv om den akutte og kroniske mangel på sygeplejersker egentlig er grund nok.

Gør dog 12. maj til en rigtig festdag med talrige store og små arrangementer for landets borgere, unge som gamle, patienter som raske, gør Danmark til en hvid zone.

Hensigten med årets tema er, at sygeplejersker skal promovere og dele innovation gjort af sygeplejersker med omverdenen. "Kreativitet er at tænke nye tanker. Innovation er at føre dem ud i livet," hedder det i introduktionen til temaet.

Læseren behøver faktisk ikke gå længere end til den faglige topartikel i dette nummer, her har sygeplejersker været innovative.

Hvorfor er alle faglige selskaber og hver enkelt arbejdsplads for sygeplejersker ikke allerede nu i gang med at planlægge et større eller mindre kreativt arrangement for at fejre årets tema? "Det plejer vi ikke," er verdens dårligste svar på det spørgsmål.

Læs mere på www.icn.ch

(jb)

Get a Buddy and learn Primary Care in Svendborg

Det er dejligt at se, hvordan stadigt flere områder inden for dansk sygepleje åbner sig mod en international vinkel i sygeplejen. Et eksempel kommer fra University College Lillebælt, Sygeplejerskeuddannelsen i Svendborg, Odense og Vejle. Her tilbydes internationale studerende en bred vifte af kliniske områder, inklusive hjemmepleje og psykiatri, hvor sygeplejersker med gode engelskkundskaber står parat til at vejlede. Ved ankomsten til Danmark står en personlig buddy klar med hjælp til indflytning, rundvisning og bogindkøb, og ud over de kliniske studier er der mulighed for både et dansk-kursus samt et 14-dages engelsksproget teoretisk kursus (modul 6) med emnet: "Care for the chronically ill person". Her deltager også danske studerende under det, man ofte benævner IaH (Internationalization at Home).

Det må være skønt at være sygeplejestuderende i dag, og de kompetencer, de studerende tilegner sig, vil uden tvivl bidrage til at mindske den store sociale ulighed i sundhed, vi ser blandt forskellige befolkningsgrupper herhjemme og internationalt.

Læs mere om de internationale tiltag i University College Lillebælt på www.ucl.dk/international

(er)

Svar på Testen side 49

1.a. 2.a. 3.b. 4.b. Brugerne (otte personer i en kvalitativ undersøgelse) forventede, at for mange forskellige mennesker uden de nødvendige kompetencer ville blive involveret i opgaven. 5.b.

))) andres ikke fra den ene dag til den anden. Der skal givetvis mange positive erfaringer i det danske sundhedsvæsen til, før det bliver helt klart for folk med en anden kulturel baggrund, at de ikke bliver syltet og glemte, selv om de beretter om deres symptomer på en mere stille måde. Måske skal der oven i købet skrues op for servicevilligheden, empatien og den mellemkulturelle forståelse i det nuværende sundhedsvæsen, før jammeren for alvor bliver overflødig.

Karen Ellen Spannow er etnograf og selvstændig konsulent; kspannow@mail.dk

Supplerende litteratur

Herlitz G. Kunsten at møde andre kulturer. København: Munksgaard Danmark; 2008.

Rey R. Boston: History of Pain; Harvard University Press. 1995.

Jørgensen LH. Kroniske smerter – en udfordring i sundhedsvæsenet. In: Skulte lidelser, editors Susan Schlüter og Vibeke Søndergaard. København: Dansk Psykologisk Forlag; 2009.


))) ENGLISH ABSTRACT

Spannow KS. Choreography of disease as diagnostic tool. Sygeplejersken 2009;(9):56-8.

When observing a patient in the endeavour to reach a diagnosis, the clinical symptoms are not the only factors that make an impression. The patient's facial expressions, gestures and articulations, in this article referred to as the choreography of disease, also play a crucial role when assessing the severity and nature of the disease. In a homogenous cultural context, problems are rarely encountered when interpreting the choreography of disease and including it in the total assessment of the case. In intercultural situations it can, on the other hand, be difficult to use the choreography of disease, because the culture of the person concerned is unknown, and therefore one does not know what emphasis should be placed on a dramatic performance that differs significantly from the self-control, which is the cultural norm in Denmark.

Key words: Choreography of disease, cultural encounters, intercultural situations.

Fra en gammel misantrop og livskunstner

 Tage Voss beskriver sine 90 år: 65 år som læge og 20 år som olding i en bog og en film, der viser flere sider af den gamle, stolte knark. Filmen er smuk i sine visuelle virkemidler. Med morbide humor og knivskarp realisme fortæller Tage Voss til filmens instruktør og sit barnebarn Susanne om kroppens forfald og sansernes bortfald. Med glimt i øjet spiller han "Internationale" på spilledåse, samtidig med at han fortæller om alderdommen som den totale formørkelse. Tage Voss koketterer, glæder sig i filmen og har finurlige udtryk, mens han bringer det mørke budskab om kroppens, hjemmets og klædernes forfald. Mens han fortæller, ser man ham tage fat i musene, der er gået i fælden, og med et satanisk glimt i øjet kommer han dem i kakkelovnen. Han fortæller om sig selv som en Galapagos-skildpadde, den sidste overlevende af sin slags.

Hvor filmen er munter i sin grundtone, er bogen dystre. En gammel veninde sagde: "Man bliver noget trist til mode ved at læse den." Det gjorde jeg også. Gamle mennesker bliver gjort til en massebetegnelse, hvor ligheden er nærhed til døden; i det sidste kapitel husker Voss os dog på, at også pensionistgruppen er klassedelt, og at en fjerdedel lever af den nøgne folkepension. Voss skelner i bogen mellem at være gammel og at blive gammel. At være gammel anser han for en social situation, som han andre steder i bogen beskriver som sølle, uden prestige og uden social funktion. At blive gammel er for ham processen at rejse fra tidligere til sent. Det betyder økonomisk

deroute, tab af adræthed, hurtighed og kræfter. Og det betyder en voksende afstand mellem sig selv og virkeligheden. På trods af det filmen viser, fremhæver Voss i bogen senilitetsspiralen, hvor det sidste stadie er vegeteren. Den gamle samfundsdebattør fornægter sig ikke, og hans skepsis over for "sundhedsapostle" foldes ud i et skrap kapitel, hvor han slår fast, at man oftere dør af fattigdom end af sygdom. Voss gør sig munter over sundhedskampanjer, moraliserende påbud, forebyggende helbredsundersøgelser og den sygdomsfiksering, som de giver anledning til, og han undrer sig over, at så mange mennesker underkaster sig indgreb i deres dagligliv. Voss' bedste sundhedsråd er:

"Læs aldrig om sundhed, glem alt om det."

Bogen er i det hele taget spækket med markante sætninger, f.eks.:

"Alderdommens svækkelse aflæses på balancen mellem handlingens nødvendighed og besværet ved at udføre den." Hvis man har set filmen først, vil sætningen blive udtalt med et skævt smil. I disse tider, hvor det ikke er populært at dvæle ved skyggesiderne ved at blive gammel, hvor vi anbefales fitnesscenter i højt humør flere gange om ugen, kan det være godt at læse en gammel, finurlig misantrops mere dystre synspunkter.

Af Marianne Mahler, ansat som sygeplejefaglig konsulent på Ældrekontor Østerbro.



Tage Voss

At visne lige glad

– om aldring og alderdom

Forlaget Vandkunsten 2008

160 sider – 229 kr.

ISBN 978-87-7695-099-6

Gunvor Bjerre

Sidste kapitel

– om aldringens vilkår med

Tage Voss

Spor Media 2008

Dvd 29 minutter – 148 kr. inkl.

forsendelse


Dvd'en kan købes hos

spor@spormedia.dk eller på

telefon 3536 0940

ISBN 978-87-9911-925-7

Da åndelig omsorg var et forbudt emne

 Dansk Kristelig Sygeplejeforening, DKS, har fejret 50-års jubilæum, og i den anledning har foreningen udgivet en jubilæumsbog. Om nogen har denne forening gennem årene sat fokus på værdierne i sygeplejen og på forholdet mellem tro og fag. Den åndelige dimension har altid haft en central plads hos DKS, og foreningen har fulgt udviklingen inden for den åndelige omsorg og nu også beskrevet den. Det gøres så glimrende i artiklen "På rejse med åndelig omsorg", skrevet af hospicesygeplejerske og tidligere sygeplejekonsulent i DKS, Grete Schärfe. På denne rejse i tid er der virkelig sket en udvikling, fra forfatteren i 1971 fik forbud mod at skrive opgave om åndelig omsorg på Sygeplejerskehøjskolen i Århus og til i dag, hvor de studerende bliver påbudt at lære om åndelig omsorg, idet emnet er med i deres fagbeskrivelse. Man kunne sige en udvikling fra skepsis til interesse. I dag er der vel ingen, der betvivler den åndelige omsorgs berettigelse, om end vi endnu har meget at lære, inden åndelig omsorg forhåbentlig bliver en naturlig del af sygeplejen i praksis.

Den historiske del af foreningens liv kommer man i øvrigt let om ved i bogen. På tre sider gives et kort og udmærket historisk rids, skrevet af sygeplejefaglig

medarbejder Anette C. Langdahl. Det er tydeligt, at man ikke i jubilæumsåret har været mest optaget af den historiske del. Ud over de to nævnte artikler er bogens øvrige artikler alle gamle, dvs. de har tidligere været bragt i DKS's blad Forum. Man har samlet ikke mindre end 20 forskellige artikler, som alle omhandler de bløde værdier i sygeplejen. Det er ikke et bredt udsnit fra alle årene, men alle artiklerne er af nyere dato. Det er tydeligt, at man har bestræbt sig på at finde de væsentligste artikler frem, som samtidig fortsat er aktuelle. Det er lykkedes godt. Forfatterne er næsten alle danske sygeplejersker, som har eller har haft en tilknytning til DKS. Der er artikler om håb, etik og menneskesyn for blot at nævne nogle af emnerne. Artiklerne er inspirerende, velskrevne og veldokumenterede med mange henvisninger til diverse undersøgelser og litteratur. På trods af artiklernes lødighed kunne man måske sige, at man er kommet lidt nemt om ved jubilæumsbogen ved stort set kun at genoptrykke gamle artikler. Men det er altid et valg.

Af Rita Nielsen, klinisk sygeplejespecialist, ansat på Diakonissestiftelsens Hospice, Frederiksberg.



Anette Langdahl (red.)

Omsorg i tid og rum

50-års jubilæumsbog

Dansk Kristelig Sygeplejeforening – DKS 2008

98 sider – 80 kr. inkl.

administration og forsendelse

Bogen kan købes på

www.dks-forum.dk

Gode intentioner bremses af systemets struktur



Patricia Minuchin,
Jorge Colapinto og
Salvador Minuchin

**Udsatte familier i et
ressourceperspektiv**

Hans Reitzels Forlag 2008
262 sider – 298 kr.
ISBN 978-87-412-5202-5

★ Når udsatte familier har behov for hjælp, har vi et system, som skal hjælpe familierne i en svær situation. Desværre er det ikke altid, at familierne oplever, at de får den hjælp, de har brug for. Ikke mindst fordi der ofte benyttes metoder, som er udviklet på tidspunkter, hvor samfundet fungerede på en anden måde. Det moderne samfund er til stædighed under forandring, og derfor bliver det nødvendigt at udvikle nye metoder til at støtte familier, som har behov for det.

Bogens forfattere har erfaring med arbejdet inden for systemisk familierterapi. Ud fra den systemiske tilgang giver de dels en beskrivelse af den systemiske og familieorienterede forståelsesramme, dels en mere konkret beskrivelse af metodens anvendelighed i arbejdet med psykisk syge, misbrugere og familier, hvor børnene anbringes uden for hjemmet.

Forfatterne er meget opmærksomme på de ressourcer, som alle familier indeholder, og vigtigheden af, at der tages udgangspunkt i disse, hvilket udtrykkes meget klart: ”Der skal først tænkes på familien, derefter hvad de har brug for hjælp til.”

Der gøres også opmærksom på, at selv nok så kompetente medarbejdere er en del af et større system, som det ikke altid er let at agere i. Hvorvidt arbejdet lykkes afhænger således ikke kun af den enkelte professionelle, men også af, hvordan de overordnede systemer er struktureret.

Selvom dette lyder ganske indlysende, beskrives eksempler på, hvordan der kan opstå situationer, hvor den professionelle gode intentioner bremses af systemets struktur. Det fører i sagens natur til både

frustrationer for de professionelle, hjælp til de udsatte familier som ikke tager udgangspunkt i familiernes behov og dermed risiko for, at familiernes problemer bliver større frem for mindre. Bekymrende at strukturelle faktorer har så stor betydning, men positivt at det bliver klart, hvad det betyder for de familier, der har behov for hjælp.

Forfatterne gør opmærksom på, at det tager tid at ændre gamle vaner, ikke mindst hvis det er en stor og tung organisation, som skal indføre nye arbejdsmetoder. Det er nødvendigt at have en forståelse for, at sådanne systemer måske kun ændres over lang tid.

Forfatterne er meget konkrete i forhold til, hvilke faktorer der gør sig gældende, hvis familier skal hjælpes ud fra en ressourceorienteret tilgang: Praktikerne skal være kompetente og have mulighed for supervision og relevant videreuddannelse. Der skal være klare retningslinjer, og der skal fokuseres på forskellen mellem system og klient. Organisationen skal være familieorienteret, ledelsen skal støtte medarbejderne, og nye tiltag skal kunne implementeres, uden at grundprincipperne går tabt.

Socialpolitisk skal der naturligvis være støtte til de familieorienterede metoder.

Bogen er interessant inspiration til det tværfaglige samarbejde omkring udsatte familier.

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

En redningskrans i den unges liv



Per Straarup Søndergaard
**Skrig & fred
– om selvmordsforsøg
blandt unge**
Turbine Forlaget 2008
136 sider – 249 kr.
ISBN 978-87-92208-96-5

★ ”Det var meget impulsivt, og jeg ved ikke, hvad jeg ville opnå, men det var i hvert fald ikke at dø.” Det er bare et af de fængende citater i ”Skrig & fred”.

I rapporten ”Selvmord i Danmark” hedder det, at der i 2004 var ca. 4.000 skadestuekontakter som følge af selvpåført skade, men i rapporten anslås det samlede antal selvmordsforsøg til 15.000. Det billede bekræftes af interviewene i denne bog, hvor flere unge fortæller om selvmordsforsøg, som kun de selv og måske en ven eller veninde er vidende om.

Det er forfatterens hensigt, at bogen kan bruges bredt og på forskellige niveauer. Den kan give fagfolk, som arbejder med unge, en indsigt og en baggrundsviden, som kan være værdifuld i samtaler med unge, som mistrives. Forældre og pårørende, som interesserer sig for temaet eller er berørt af det, kan også have gavn af at læse bogen.

Forfatteren når sine mål gennem levende og nærværende interview med ni unge, som har forsøgt selvmord. Deres autentiske beretninger fanger læse-

ren, så man ikke kan undgå at blive påvirket af de bevægende beretninger. Forfatteren har også interviewet eksperter, som har arbejdet med og forsket i temaet. Det er med til at give bogen et fagligt indhold.

Bogen efterlader et indtryk af, at det er muligt for lærere og frontpersonale at gøre en forskel i den unges liv. Bogen viser med flere eksempler, at mennesker har været redningskrans i den unges liv, og forfatteren opfordrer sundhedspersonale til at være direkte i kommunikationen med den unge. Det medfører i praksis, at sundhedspersonalet bør konfrontere den unge med, at indtagelse af 10 Panodil er alvorligt, og at det er et selvmordsforsøg. Desuden kræver det, at den unge ikke forlader sygehuset, før der er udarbejdet en eller anden form for opfølgning.

Bogen viser med skræmmende eksempler, at der er rigtig mange selvmordsforsøg og selvskadende handlinger, som ikke er kendt af andre end den unge selv. Den berører også, hvordan det er at være pårø-

rende, og at de ofte føler sig uendelig magtesløse og efterladt alene i et tomrum.

Bogen giver på den ene side mod på at gøre en indsats, og man sidder tilbage med en følelse af, at bare lidt øget opmærksomhed kan få afgørende betydning. På den anden side tydeliggør bogen, at det er vigtigt at have en koordineret indsats på området, da det ofte handler om sårbare unge, som har været udsat for svigt og har traumatiske oplevelser i bag-

gen. Bogen henviser til supplerende materialer, for dem der er interesseret i at gå dybere ned i emnet. Den bør læses af alle, der på den ene eller anden måde er i berøring med unge mennesker.

*Af Annette Bech Vad, SD, ansat som
assisterende afdelingssygeplejerske,
Akutmodtagelsen,
Regionshospitalet Herning.*

Relationsorienteret pleje tilsat samfundskritik

Kan bogen "Perspektiver på pleje" leve op til sin forgænger "Grundlagsproblemer i sygeplejen" fra 1990? Ja, den er spændende, vedkommende og til at blive klog af. Bogens grundspørgsmål er: Hvad er god pleje? Vi får mangfoldige svar fra en række fagfolk, der praktiserer, filosoferer over eller forsker i pleje. I alt 15 forfattere har i 14 dybdegående eller lettilgængelige kapitler skrevet vigtige bidrag. Det drejer sig om kendte forfattere som bl.a. Lise Hounsgaard og Birthe D. Pedersen, men også mere ukendte er på banen.

Der tages overvejende udgangspunkt i demente, psykisk syge eller rygmarvsskadede mennesker for at finde frem til den gode pleje.

Bogen er bygget over temaer som grundlæggende sygepleje, sygeplejekulturen, mad, magt og rum samt ledelse og samfund.

Filosoffen Torben E. Andreasen er redaktør, men han bidrager også selv med kapitler. Han indleder med at skrive om "Det filosofiske grundlag for god pleje", et kapitel, der kan opfattes som et debatoplæg om sygepleje, tankevækkende, fornyende og provokerende, men til tider også omstændeligt og med påstande uden belæg.

Torben E. Andreasen vover sig ud i at skrive om pleje til demente. Hans udgangspunkt er filosofisk, og han kredser om det tænkende menneske i relation til at være dement. Han får skabt et billede af demente som mennesker, der står uden for livet, fordi de mister en tænkende bevidsthed. Men overser han ikke, at demente er i livet som følende mennesker, der kan opleve og udtrykke følelser trods tab af kognitive færdigheder?

Pia Drejer og Bente Martinsen skriver om "Kunsten at hjælpe", hvor de på en fin måde, via udtryksfulde, korte fortællinger fra deres forskningsinterview reflekterer over hjælperollen kontra den professionelle sygepleje.

Karin Naldahl videregiver tanker om mad og måltider til demente. Hendes ønske er at bidrage til at udvikle en måltidskulturel praksisteori i modsætning til en tænkning, hvor fokus alene er den sunde krop og sygdomsforebyggelse. Naldahl gør sig her til talsmand for en anerkendende tilgang, der skal modvirke krænkelser i måltidssituationen.

Det er ikke kun den relationsorienterede pleje, der skrives om i bogen, også en samfundskritik relateret til plejen får plads. Morten Dige problematiserer konsekvenserne af det "Det brugerdrevne sundhedsvæsen", og Kirsten Frederiksen og Kirsten Beedholm forsvarer en bred anvendelse af Michel Foucaults tanker i sygeplejen til både at forstå komplicerede forhold og protestere over urimelige rammer.

Det er ikke forskningen, videnskaben eller det filosofiske, som bærer bogen, men derimod det praksisnære om syge og deres professionelle hjælpere. Herved gives der forskellige perspektiver på værdier i plejen, og man kommer tættere på, hvad god pleje er.

Udvalgte dele af bogen kan oplagt anvendes i sygeplejerskeuddannelsen eller i et videreuddannelsesforløb. Det er ikke en bog, man læser fra a til z, lad lyst og interesse styre valget.

*Af Helle Barbesgaard, sygeplejerske, cand.cur.
Ansæt som lektor ved Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev,
Professionshøjskolen Metropol.*



Torben E. Andreasen (red.)
**Perspektiver på pleje
– værdier i praksis**
Forlaget Philosophia 2008
410 sider – 279 kr.
ISBN 978-87-88663-61-7

AARHUS
UNIVERSITET

EFTER- OG VIDERE-
UDDANNELSE VED
AARHUS UNIVERSITET

- Master i klinisk sygepleje
- Master of Public Health
- Den sundhedsfaglige suppleringsuddannelse
- Master i humanistisk sundhedsvidenskab og praksisudvikling
- Master i sundhedsantropologi
- Master i etik og værdier i organisationer, modul 3
- Master i social integration
- Master i retorik og formidling, modul 3
- Projektorienteret videnskabs-teori og forskningsmetodik


Ansøgningsfrist 2. juni 2009
Studiestart september 2009

www.au.dk/evu
eller tlf. 8942 6761

Spidsformuleringer sikrer forståelse



Birgitte Jepsen
Coaching i praksis
 Academica 2008
 268 sider – 325 kr.
 ISBN 978-87-7675-716-8

 Bogen bygger på forfatterens mangeårige praksis med coaching, og den indeholder mange eksempler på, hvordan de forskellige værktøjer kan anvendes i praksis.

Forfatteren forholder sig både til individuel coaching og coaching i grupper.

Bogen er inspirerende, hvis man selv arbejder i feltet. Der er mulighed for ny inspiration i forhold til de værktøjer, forfatteren har udviklet/videreudviklet, og bogen er meget brugbar til undervisning på området. Den er fyldt med tydelige og instruktive modeller, som er fulgt op med eksempler fra praksis.

Forfatteren forholder sig også til coachens kvalifikationer, kompetencer og etiske overvejelser i sin praksis samt betydningen af de forandringer, der er i den tid, vi lever i, i forhold til coaching.

”Alt liv er møder”, skriver filosofen Martin Buber. Det vil sige, at møder skaber liv.

Således også med coaching.

Omdrejningspunktet for coachen er at skabe en igangsættelse, som for fokuspersonen medfører en mental bevægelsesproces, hvor refleksioner kan folde sig ud og give mulighed for at ende i en kontrolleret form eller afprøvning.

Det er den kognitive psykologi og den systemiske teori, der ligger til grund for bogen. I den kognitive teori ser man læring som en proces, hvor den lærendes erkendelse udvikles gennem omdannelse af oplevelser. Derved skaber den lærende selv struktur og forståelse i løbet af læreprocessen. I systemisk teori tænker man i helheder, relationer og sammenhænge. Virkeligheden ses i høj grad som en social konstruk-

tion skabt af mennesker, der kommunikerer med hinanden.

Coaching er en meget struktureret proces. Forfatteren præsenterer sin egen model for en coachsamtale, og modellen gennemgås trin for trin.

Derudover præsenteres en række forskellige kommunikationsværktøjer, som handler om opmærksomhed i forhold til det verbale sprog, kropssproget og måder at stille spørgsmål på. Træning af disse vil give coachen en skærpet høreelse og opmærksomhed i sin kontakt med fokuspersonen/personerne.

Et eksempel er spidsformuleringer.

Teknikken går i al sin enkelthed ud på, at coachen stiller præcise, korte og konkrete spørgsmål, som kan være med til at sikre, at spørgsmålet forstås og også besvares. Det er en teknik, der kan medvirke til at fastholde fokuspunkter, ideer og mål.

Der er yderligere inspirationsværktøjer til coaching, både til refleksion over egen praksis som coach og til brug i forhold til fokuspersonen. Jeg er bl.a. blevet meget inspireret af den måde, Joharis vindue bliver præsenteret på, og der er videreudviklet flere modeller ud fra Johari-vinduets principper.

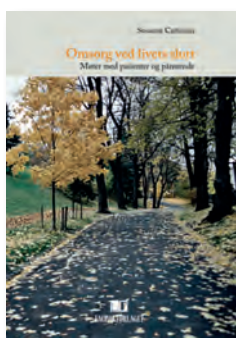
Afslutningsvis er der et veludbygget kapitel om betydningen af værdier og af at være bevidst om egne værdier, fordi de styrer vores handlinger.

Der er forskellige konkrete bud på, hvordan man som coach kan arbejde med værdier.


Rigtig god læselyst!

Af Vibeke Thorsen, konsulent og supervisor.

Den lidende har brug for en ledsager, der kan gå i takt



Susanne Carlenius
Omsorg ved livets slutt
 – møter med pasienter og pårørende
 Fagbokforlaget 2008
 139 sider – 229 kr.
 ISBN 978-82-450-0780-0

 Susanne Carlenius er teolog og sygeplejerske og har gennem de seneste ni år arbejdet på Hospice Lovisenberg i Oslo. Hun har i bogen ”Omsorg ved livets slutt” konstrueret 30 gribende fortællinger ud fra egne erfaringer, tanker og følelser fra arbejdet på hospice. Hver enkelt fortælling rummer et tema eller et dilemma, som er meget genkendeligt for sygeplejersker, der arbejder med uheldeligt syge og døende mennesker. Gennem fortællingerne fokuserer den erfarne sygeplejerske på livet inden døden og på selve dødsprocessen set fra den døendes, de pårørendes og plejepersonalets perspektiv.

Susanne Carlenius formår at løfte fortællingerne op over det skønlitterære plan, idet hun undervejs gør brug af reflekterende spørgsmål, som hun også forsøger at give svar på.

Vi bliver præsenteret for mennesker, der møder døden på forskellige måder. Susanne Carlenius skriver om den værdige, smukke og fredfyldte død, men også om situationer, hvor døden opleves ond og vanskelig. I bogen møder vi mennesker, der har forsonet

sig med døden og måske føler håb for det, der er på den anden side. Modsat møder vi også mennesker, der dør i stærk protest, vrede eller dyb fortvivelse og mennesker, der til det sidste fornægter sygdommens alvor og dødens nærhed. Ambivalens og pendulering mellem håb og håbløshed, mellem længsel efter livet og længsel efter døden indgår som tema i flere af fortællingerne. Ligesom angsten og sorgen. Den åndelige, eksistentielle angst, angsten for at blive kvalt, angsten for at blive forladt og sorgen over at skulle forlade sine nærmeste og det liv, man elsker. I fortællingerne oplever vi også de udmattede pårørende: ægtefællen og de mindreårige børn, der skal tage afsked. Kærlighed som skal omformes fra nærvær til minder.

Det er i dette svære rum, at sygeplejersken arbejder, og det er her, at Susanne Carlenius omsætter hospicefilosofiens budskaber i praksis. Hun siger bl.a., at når man er svært lidende, er det ikke ligegyldigt, hvor man er, eller hvem man er sammen med. Lindrende nærvær stiller krav til sygeplejerskens

mod og ro til at være fysisk og følelsesmæssigt til stede, tage imod smerten og dele den. Den lidende har mest af alt brug for en ledsager, der kan gå i takt med ham eller hende. Smukkere kan man næsten ikke formulere budskabet.

Jeg kan varmt anbefale bogen til både den erfarne sygeplejerske og til den sygeplejestuderende. "Omsorg ved livets slutt" er et værdifuldt bidrag til den, der ønsker øget indsigt i palliativ omsorg og pleje. Bogen slutter med tre overordnede spørgsmål til eftertanke. Spørgsmål, som kan anvendes på den en-

kelte fortælling, og som kan bruges til at indfange og reflektere over mødet med lidelsen, fortvivlelsen og håbet hos den, der skal dø og hos den, der skal miste.

Jeg håber, at bogen bliver oversat til dansk, så flere kan få glæde af den.

Af Susanne Ardahl, sygeplejelærer, ansat på Social- og Sundhedsuddannelsescentret Brøndby. Vikar på hospice.

Vi lever i en frygtkultur

Den norske filosof Lars Svendsen, der tidligere har skrevet om kedsomhed, har begået en tæt lille bog om frygten, som han på mange måder ser som kedsomhedens følgesvend. Således kan den udbredte fascination af ekstremsport og den endnu mere udbredte optagethed af underholdningsgys bedst forklares i skæret af den moderne kedsomhed.

Bogen er båret af en dybfølt irritation eller ærgrelse over, at vi, som lever i den sikreste af alle verdener og tider, konstant bruger energi på at ængste os for alt fra terrorisme og fugleinfluenza til ikkeøkologiske gulerødder. Hvor frygten før i tiden ofte kunne henføres til uvidenhed og religiøst betonedede forestillinger om helvede og det, der ligner, er nutidens frygt, ifølge Svendsen, bygget op på viden. Men denne viden serveres løsrevet fra sammenhængen og giver derfor anledning til en lang række forkerte forestillinger om de faktuelle farer. Medierne lever højt på at beskrive alle de ulykker, som man i værste fald kan blive udsat for, og er, efter Svendsens mening, alt for lidt optaget af at proportionere rædselsvækkende beretninger med statistiske informationer.

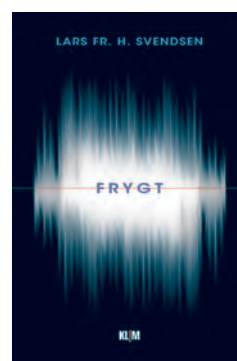
Svendsen har garderet sig bag mange seriøse referencer, når han langer ud efter den overflødige panik over ebola, gift i maden, SARS og terrorangreb. Han er også oppe mod nogle af de mere seje dogmer, når han f.eks. hævder, at ingen nogensinde har bevist, at økologisk mad er sundere end alt det andet, vi putter i hovedet. For rigtig mange mennesker er økologisk levevis en vej til sekulær frelse, som de meget nødtigter udfordret.

Svendsens vigtigste budskab er imidlertid, at al den ængstelse og forsigtighed, som moderne vestlige mennesker lægger for dagen, jævnlige udgør en forhindring for en passende videreudvikling af samfundet, dels fordi frygten bærer mistillid til næsten i sit væsen, dels fordi der er en tendens til, at forsigtighedsprincippet får al for stor indflydelse på politiske afgørelser.

Verden anvendte 200 mia. kr. på SARS, som kostede ca. 700 mennesker livet, og det indebar brugen af et beløb, som på verdensplan kunne have udryddet tuberkulose, der hvert år slår millioner ihjel. Andre oplagte tilfælde er kampen mod kogalskab, som, trods en europæisk udgift på to mia. årligt, næppe har reddet ét eneste liv. Også her får forsigtigheden lov til at råde på bekostning af fornuften. Lidt i samme gade har man også regnet ud, at 1.200 personer efter terrorbombningen af New York blev dræbt i biltrafikken, fordi de ikke turde tage en flyver.

Men Svendsen fastholder, at den ureflekterede frygts værste konsekvenser er tabet af tillid til institutioner og andre mennesker. For der er ikke, mener han, noget mere uklogt end at gå gennem livet med en konstant mistillid til alt og alle. I samme åndedræt kritiserer han bølgen af bøger, der slår på, at vi (især kvinder) elsker for meget, og som gør forelskelse til en sygdom. Vi bør huske, mener Svendsen, at hvis vi generelt erstatter tillid med mistro, er vi henvist til et ensomt liv i frygtens verden, hvor masser af kontrolforanstaltninger mere tjener til at øge frygten end til at reducere den.

Af Karen Ellen Spannow, sygeplejerske og etnograf.



Lars Fr. H. Svendsen

Frygt

Forlaget Klim 2008

196 sider – 239 kr.

ISBN 978-87-7955-616-4

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



Maja Skau-Olsen er 42 år og uddannet sygeplejerske ved Århus Kommunehospital i 1993. Hun har mest arbejdet med ældre og i hjemmeplejen og er uddannet i Rosenmetoden (en form for afspændingsmassage). Hun arbejder nu med dette, dels i privat klinik, dels på en institution for udviklingshæmmede. Er medlem af Fagligt Selskab til fremme og integration af komplementære terapiformer i sygeplejen.

Når mindre er mere

Vestlig medicin virker. Ingen tvivl om det. Den redder liv og er en forbedring af tidligere tiders muligheder. Men fremskridtene er ikke gratis! Og jeg mener ikke kun pengemæssigt. Selv om operationer er hverdagsforeteelser, er de ikke risikofri. Og lægemidler har ikke kun ubehagelige bivirkninger, men er også direkte årsag til dødsfald, ikke mindst når mange forskellige stoffer blandes i den samme krop.

Så hvad nu hvis vi ved hjælp af lavteknologiske og ikke-invasive midler kunne opnå det samme som gennem regulering via medicin? Ved bevidst at aktivere kroppens egne selvhelbredende kræfter? Denne tanke, der mere og mere understøttes af nutidig forskning, har rødder tilbage til Hippokrates og er også central i sygeplejens historie. Som Florence Nightingale udtrykker det: "Så rodfæstet og universel er overbevisningen, at det at give medicin er at gøre noget, eller rettere at gøre alt. At give luft, varme, renhed, det er derimod at gøre ingenting. Sygeplejens grundlæggende element er så lidt forstået!"

Er det sådan, at det, der fylder mest, også altid betyder mest? Nogle gange er mindre mere.

F.eks. aktiv, bevidst brug af musik, dufte, afspænding, meditation, positiv berøring. Ikke kun pga. velvære, forskning understøtter faktisk, at disse tiltag har markante fysiologiske virkninger. F.eks. ved vi, at berøring, som opleves respektfuld og nærværende, har fantastisk god virkning og er essentiel for børns normale udvikling. Bl.a. pga. den frigivelse af endorfiner og oxytocin, som det udløser. Den svenske læge Kerstin Moberg har i traditionelle forsøg med rotter forsket i oxytocins virkning, og hendes resultater er bemærkelsesværdige. Oxytocin har ikke kun betydning ved fødsel og amning, men fungerer overordnet som et antistresshormon hos både mænd og kvinder. Det sænker blodtrykket og kortisolniveauet, hæver smertetærsklen samt stimulerer vækst, heling og næringsoptagelse. Det dæmper angst og fremmer nysgerrighed. Selv det sociale styrkes, idet tillid og omsorg mellem mennesker øges.

Hm, noget, der kan få trivsel og vækst til at stige, mens angst og smerte dæmpes? Ka' vi få det som en pille?

Men hvorfor ikke få kroppen til selv at udløse disse stoffer? At give lægemidler, der efterligner kroppens naturlige funktion, er og bliver en forenkling. De naturlige stoffer er flygtige og nedbrydes straks efter deres mission for at erstattes af andre i en elegant vekslen. Lægemidler skabt med lang levetid for øje er kendt for at give bivirkninger. Et godt eksempel er morfin, som vi alle kender bivirkningerne af, mens de naturlige endorfiner, som kroppen selv producerer, ikke giver bivirkninger.

Lad os omfavne den hastigt voksende mængde viden, og lad vores patienter få gavn af den. Mere forskning i de allerede eksisterende komplementære terapier. Udvikling af nye, der trækker essensen af det, der virker, frem, uden nødvendigvis at skulle indbefatte f.eks. en østlig kulturel forståelse. Det er en spændende tid, vi lever i. Mon vore tipoldebørn en dag vil se på vores nutidige sygdomsvæsen med undren? Tænk engang, man forsøgte at helbrede med klodset medicin i stedet for med velvalgte påvirkninger at stimulere kroppen til at finde ligevægt igen.

redaktionen@dssr.dk

Maja Skau-Olsen