

# SYGEPLEJERSKEN

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 15 » 10. SEPTEMBER 2010 » 110. ÅRGANG



## Når arbejdspladsen fusionerer **Sygeplejersker i ingenmandsland**

### VIDENSKAB & SYGEPLEJE

Udskrivelse af patienter  
med skadeligt  
forbrug af alkohol

INDSTIK  
MEDLEMSTILBUD

TIDLIG OPSPORING AF SEPSIS REDDER LIV

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

# Fusionsramt

## – fortabt eller fortrøstningsfuld

”Det værste er at miste gode kolleger. Nogle af dem har jeg næsten set mere end min egen familie.” Sådan siger en sygeplejerske i temaet om fusioner og forandringer. Det er beretningen om chokket over at få beskeden sort på hvidt, om ønskelisten og om store tudedag på arbejdspladsen. Og gode råd til, hvordan man kan komme ud på den anden side, selv om det aldrig bliver som før.

**LÆS SIDE 10-21**



### 22 **Terapi til de glemte familier**

Foreningen SAVN hjælper familier, hvor far eller mor sidder i fængsel. Sygeplejerske og familierapeut Dorte Bærentzen er én af foreningens frivillige. Hun har især fokus på børnene, som også bliver straffet, når en forælder sidder inde.

### 26 **Formand i praktik**

#### **Bismervægt og Boel-test**

Ny føljeton sender Dansk Sygeplejeråds formand i klinik. Første besøg i rækken er sundhedsplejen i Københavns Kommune.

### 28 **Serie om den nye akutsygepleje**

Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA, arbejder for at gøre akutsygepleje til et nyt nationalt sygeplejespeciale. Sygeplejersker på landets akutafdelinger må stå sammen for at skabe en fælles identitet, mener formand for selskabet, Claus Skriver.

#### **Medlemstilbud og -rabatter**

Som medlem af Dansk Sygeplejeråd får du automatisk adgang til en række særlige tilbud og rabatter. Læs i indstikket midt i bladet, hvordan du kan spare penge, når du handler.

**Indstik**

»» FAG

# Sepsis for begyndere og for øvede

Blodforgiftning hedder det dramatisk blandt lægfolk, sepsis blandt fagfolk. Det sidste er et mere køligt, klinisk ord, men det dækker over en voldsom tilstand, som sygeplejersker kan være i front med at screene for. Tidlig opsporing af patienter med sepsis kan forhindre en række dødsfald, der opstår, fordi tilstanden ikke behandles i tide. Læs mere i artiklen "Tidlig opsporing af sepsis redder liv"

LÆS SIDE 40

"Det er et demokratisk problem, at en stor del af vores 9,5 pct. indvandrere og deres efterkommere ekskluderes i forskningen på grund af sprogproblemer."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 70

## 46 Kommunale lovpligtige tilsyn – udviklingen gennem årene

Gennem de sidste 10 år har det været lovpligtigt at afholde kommunale tilsyn på landets plejecentre. Artiklen præsenterer tilsynets historie og udvikling i Aabenraa Kommune fra 2001 til 2010.

## 54 Hjælp til kvinder med efterfødselsreaktion

Sundhedsplejersker på Nørrebro screener mødre og fædre for efterfødselsreaktion. Hvis screeningen indikerer, at mødrene har en efterfødselsreaktion, tilbydes de et kognitivt gruppeforløb.

## Videnskab & Sygepleje

### 61 Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol – En randomiseret undersøgelse

Alle patienter med skadeligt forbrug af alkohol har et potentiale for at forblive alkoholabstinente efter udskrivelse og bør tilbydes en ekstraordinær indsats.



"Det afsløres tydeligt, hvor meget forskningsbaseret viden specialet rummer, og hvor stor en rolle holdninger og værdier spiller i forhold til at få skabt en alliance mellem patient og behandler."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 67

## I HVERT NUMMER

- 4 Eftertanker
- 4 Kort nyt
- 31 Dansk Sygeplejeråd mener
- 32 Debat
- 33 In Memoriam
- 36 Fagtanker
- 36 Faglig information
- 60 Agenda
- 52 Testen
- 67 Anmeldelser
- 70 5 faglige minutter
- 71 Stillingsannoncer
- 77 Kurser/Møder/Meddelelser

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

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



## Forandringens vinde

I sidste nummer af *Sygeplejersken* filosoferede lektor Eva Hoffmann i klummen "5 faglige minutter" over den ny tids sygeplejerske, Pippi Langstrømpe, som hun mente ville vælge vindmøllerne, når den ny tids vinde blæste over landet. Det tror jeg, hun har ret i.

I dette nummer af bladet fortæller vi så om, hvordan vinden har fejet gennem Villa Villekulla og skilt Pippi, Hr. Nilsson, Tommy og Annika fra hinanden – uden at verden af den grund er gået under. Bevares, der er fældet tårer, der er sket fejl og uretfærdigheder undervejs, og mange sygeplejersker har følt sig ramt af et jordskælv i højere grad end af et blæsevejr. Og det er en ny virkelighed, der venter, når stormen har lagt sig, men der er heldigvis stadigvæk brug for ressourcerne i de nye sammenhænge. Og sygeplejerskerne er fortsat en væsentlig del af denne nye virkelighed.

Vi har valgt at berette om enkelte episoder fra forskellige steder rundt om i landet, hvor nedlægninger og sammenlægninger og nye strukturer har været en del af dagligdagens udfordringer for de involverede medarbejdere. Og i en tid, hvor man både på det offentlige og på det private arbejdsmarked må forudse, at forandringer og tilpasninger til nye mål er kommet for at blive, er det godt at vide, at hvis man som medarbejder og ledelse er fornuftigt klædt på i forhold til et varslet stormvejr, så kan det lade sig gøre at komme nogenlunde helskindet igennem det.

God læselyst.



Henrik Boesen, redaktionschef  
hbo@dsr.dk



## Organisationsæn

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

**Forandringsramt.** *Arbejdsmiljøforskning viser, at man kan blive syg af en usikker jobsituation. Men belastningen bliver mindre, hvis man bliver informeret, inddraget og kan se mening med ændringen.*

En usikker jobsituation giver øget stress og sygefravær. Det har arbejdsmiljøforskningen dokumenteret. Derfor kan det få omkostninger for arbejdsmiljøet, når det danske sundhedspersonale i disse år skal igennem den ene store organisationsændring efter den anden.

En rundspørge i Dansk Sygeplejeråds medlemspanel viser, at to ud af tre sygeplejersker har været ude for, at deres arbejdsplads blev lagt sammen med en anden. En ud af tre har oplevet det mere end én gang. Og det er vel at mærke egentlige fusioner, endnu flere er berørt af andre omlægninger.

Om en organisationsændring får negative konsekvenser i form af stress og sygdom, afhænger imidlertid meget af måden, den bliver gennemført på, understreger seniorforsker Vilhelm Borg, Forskningscenter for Arbejdsmiljø.

"Hvis man er grundigt og relevant informeret om ændringerne, er konsekvenserne mindre. Og de bliver endnu mindre, hvis man også er involveret på den måde, at man har indflydelse på, hvad der sker."

Det sidste er ikke altid muligt i en politisk styret organisation, hvor de politiske processer følger deres egne regler.

"Men så har det betydning, om det, der sker, opleves som meningsfuldt. Det værste er ændringer, som man ikke kan forstå, eller som forekommer urimelige."

Arbejdsmiljøforskere har konstateret, at jobusikkerhed faktisk er mere belastende end at miste jobbet. Så derfor er de lange politiske processer næsten pr. definition en belastning.

### Vidste du at ...

... danske børn er større ved fødslen end tidligere, men vokser langsommere i alderen 1-3 år?

Kilde: [www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk) (Ugens tal, uge 33).

### Vidste du at...

... kvinder, der er ængstelige eller deprimerede, er mere udsatte for at blive ramt af vold end andre? Sammenhængen mellem psykiske problemer og voldsrisiko er mest udtalt, når der er tale om partnervold.

Kilde: [si-folkesundhed.dk](http://si-folkesundhed.dk) (Ugens tal, uge 35)



# dringer kan give stress og sygdom

Medarbejderne kan læse og høre, at der skal ske noget med deres arbejdsplads, men de bliver ikke involveret, og de kan gå lang tid i usikkerhed, før deres fremtid bliver afklaret.

Så meget vigtigere er det, at ledelsen gør noget for at inddrage medarbejderne, når ændringerne skal gennemføres.

”Jo mere topstyret, jo mere hemmeligt, og jo mindre involvering der er, jo mere modstand bliver der, og jo mindre kreative bliver medarbejderne i processen,” siger Vilhelm Borg.

Nogle medarbejdere er mere udsatte end andre i forandringsprocesser. Man kommer bedre igennem, når selvværdet er i orden, og man er typen, som engagerer sig i arbejdspladsen ud over de opgaver, man er ansat til at udføre.

Men ud over at informere og inddrage kan ledelsen også modvirke de negative konsekvenser ved at sikre medarbejderne udviklingsmuligheder i forbindelse med forandringer.

”Det er jo ikke sådan, at folk i almindelighed er imod forandringer,” understreger Vilhelm Borg. ”Hvis de kan se nye muligheder for sig selv, så er det noget, der kan modvirke de negative faktorer.

Jeg har endda hørt folk udtrykke forståelse for, at det er nødvendigt at spare. Hvis de bare selv får mulighed for at søge andre steder hen, og selv kan være med til at bestemme, hvad der skal ske.”

*Læs, hvordan fusioner rammer sygeplejerskers arbejdspladser i temaet ”Fusionsramt – fortabt eller fortrøstningsfuld” på side 10.*



ARKFOTO: SIMON KLEIN-KNUDSEN

## »» FAGLIG VIDEN MÅ IKKE GÅ TABT

Der sker for mange store forandringer i sundhedsvæsenet, og de sker for hurtigt efter hinanden, advarer Dorte Steenberg, 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd.

”Nogle af de politiske beslutninger, vi har set i de senere år, vil jeg simpelthen kalde kyniske, fordi de ikke har taget højde for de mennesker, der er involveret,” siger hun.

Dorte Steenberg synes, det bør give de politiske beslutningstagere stof til eftertanke, at to tredjedele af Dansk Sygeplejeråds medlemmer har oplevet en eller flere store organisationsændringer.

”Vi ved jo, at de betyder tab af viden og kvalitet, både ledelsesmæssigt og i selve sygeplejen,” siger Dorte Steenberg.

Det er nemlig ikke kun arbejdsmiljøet, der lider i de store forandringsprocesser. Hvis faglig ekspertise går tabt i en organisationsændring, så er det meget svært for medarbejderne at se forandringen som fagligt meningsfuld.

”Men vi ser desværre sjældent, at der bliver taget hånd om de faglige erfaringer, når noget bliver lukket. Der er for mange eksempler på, at man overlader det til medarbejderne selv at pakke fagligheden ned i flyttekasserne.”

Se resultatet af rundspørgen om fusioner på [www.dsr.dk>Fag>Tal og analyser](http://www.dsr.dk>Fag>Tal og analyser)



FOTO: SØREN HJØLM

**Vandbærer.** Onsdag den 25. august kl. 13.15. Sygeplejerske Malene Østergaard, som arbejder på skadestuen på Århus Sygehus, Nørrebrogade, henter rent vand til bl.a. vask af sår. Vandet stammer fra den store tankvogn, som fire dage tidligere blev kørt ind til det århusianske sygehus, der ligger midt i det område, hvor drikkevandet blev forurenset af colibakterier. Nu behøver sygeplejersker og andet personale dog ikke længere slæbe vanddunke. Analyser har vist, at drikkevandet i det berørte forsyningsområde igen er rent. Århus Vand kendte ved redaktionens slutning ikke kil-den til forureningen.

(lha)

# Ny arbejdsdeling tur-retur

AF SØREN PALSBØ, JOURNALIST

**Forandringer.** *Konjunkturændringerne trækker både i positiv og negativ retning for sygeplejen på geriatrisk sengeafdeling på Hvidovre Hospital.*

Verden er kommet til at se noget anderledes ud, siden sygeplejersker og sosu-assistenten på Hvidovre Hospitals geriatriske sengeafdeling 210 indledte et fælles projekt om opgaveflytning og kompetenceudvikling. Dengang – i 2008 – var situationen den, at stadigt mere komplekse sygeplejeopgaver skulle klares med meget få sygeplejersker, og alt tydede på, at antallet af sygeplejersker ville blive endnu lavere i fremtiden. I dag er der imidlertid ansat næsten lige mange sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter i afdelingen. Konjunkturændringerne har betydet, at den medicinske sengeafdeling lige nu godt kan rekruttere de sygeplejersker, den har brug for. Det er en faglig gevinst, men samtidig trækker nedskæringer i andre faggrupper i modsat retning.

”Forholdet mellem udbud og efterspørgsel tvinger os til at være kreative,” fastslår Dora Fog, som har været oversygeplejerske på stedet siden nytår 2010.

Hun fortæller, at den medicinske sengeafdeling er privilegeret ved at have 13 sygeplejersker – både nyuddannede og erfarne – men at afdelingen højst tænkeligt vil mangle sygeplejersker igen om få år. Det er derfor, erfaringerne fra opgaveflytningsprojektet er værdifulde – også når forudsætningerne ændrer sig, og det sker, når fire medicinske afdelinger om kort tid bliver slået sammen til én, og antallet af sengepladser ventes reduceret.

”Jo flere sygeplejersker vi er, jo mere fleksibelt kan vi varetage arbejdsopgaverne, og jo mere effektivt arbejder vi. At sosu-assistenten har gennemgået efteruddannelse eller kompetenceudvikling, styrker også afdelingens fleksibilitet. Vi er dog nødt til at foretage en individuel vurdering ved planlægningen af kompetenceudviklingen, for sosu-assistenten har en meget forskellig baggrund,” siger Dora Fog.

## Opgaver vender tilbage

Opgaveglidningen går i øjeblikket tilbage til sygeplejerskerne, konstaterer oversygeplejersken:

”Det større antal sygeplejersker betyder, at opgaveløsningen foregår mere



ARKIVFOTO: POUL RASMUSSEN

fleksibelt og mere hensigtsmæssigt. Men udviklingen trækker i flere retninger. Jo større reduktion der sker i andre faggrupper, jo flere opgaver skal sygeplejerskerne forholde sig til: Portør opgaver, sekretær opgaver, serviceopgaver. Arbejdsglidningen er gået den forkerte vej i den seneste tid.”

Projektsygeplejerske Ella Kirk siger:

”Vi er presset så meget på vores eget fag med det store antal patienter, så jeg skrider indvendigt, når jeg skal være portør og køre patienter til CT-scanning. Alternat-

tivet er, at så kommer patienten ikke til scanning den dag, og det er jo et etisk dilemma i forhold til patienten.”

Og oversygeplejerske Dora Fog tilføjer:

”Den gennemsnitlige liggetid er siden nytår 2010 gået ned fra 19,7 dage til 16,1. Ved udgangen af juli var antallet af sengepladser tæt på det samme som året før, men med 14 færre sengepladser, så vi har holdt en af afdelingens målsætninger, nemlig at opretholde samme produktion som tidligere med færre sengepladser.”

Opgaveglidningen går i øjeblikket tilbage til sygeplejerskerne. Det er erfaringen på geriatrisk sengeafdeling på Hvidovre Hospital, som har særlig fokus på ny arbejdsdeling og kompetenceudvikling.

## ]]]] MILLIARDER TIL BEDRE ARBEJDSMILJØ

Forebyggelsesfonden under Beskæftigelsesministeriet fik som led i velfærdsforliget i 2006 bevilget 3 mia. kr. Fonden uddeler støtte til projekter, der forbedrer arbejdsmiljøet og nedbringer sygefraværet. Hvidovre Hospitals Projekt Kompetenceudvikling løber til udgangen af 2010. Projektet var omtalt i Sygeplejersken nr. 18, 2009.

## ]]]] INSPIRATION TIL NY ARBEJDSDELING

”Sygeplejersker er kompetente og fleksible nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen. De gode eksempler viser, at sygeplejerskerne har kompetencer til at påtage sig et endnu større ansvar for de udfordringer, sundhedsvæsenet står over for.”

Det konstaterer Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen med adresse til den længe ventede rapport om fleksibel opgavevaretagelse, glidende faggrænser og mere hensigtsmæssig arbejdstilrettelæggelse på sundheds- og ældreområdet, som alle landets kommuner og regioner har modtaget fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Socialministeriet.

Rapporten er udformet som et inspirationskatalog med 20 udvalgte eksempler på ny arbejdsdeling i sundheds- og ældreområdet. Den er udarbejdet af den såkaldte task force med repræsentanter fra Kommunernes Landsforening, Danske Regioner, Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet, Undervisningsministeriet og en række personaleorganisationer, deriblandt Dansk Sygeplejeråd.

Læs mere på Indenrigs- og Sundhedsministeriets hjemmeside [www.sum.dk](http://www.sum.dk)

# Sygeplejersker er mere positive over for organdonation

**Liv efter døden.** Antallet af intensivsygeplejersker, der vil give et organ væk, hvis de lider hjernedøden, er steget fra 45 pct. til 67 pct. på 10 år, viser en ny undersøgelse fra Dansk Center for Organdonation. Hvad med sygeplejersker andre steder?

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

**Barbara Dyremose, sygeplejerske og leder, Horsens Kommunes Døgnrehabiliteringsafdeling.**

"Jeg siger ja på mine egne vegne, men jeg kan ikke på forhånd tage stilling på mine fire børns vegne. Rationelt kan jeg godt tænke, det vil være glædeligt, hvis de kunne hjælpe

et andet liv videre. Men jeg er alligevel så ydmyg, at jeg ikke tror, jeg kan tage stilling, før situationen er aktuel. Det handler nok om en fuldstændig forskydning af, at det kan blive min virkelighed. Jeg har faktisk lige haft en oplevelse med min datter på 16 år, der gerne selv vil tage stilling, hvilket irriterede mig lidt. "Jeg er jo så frisk, så skulle det ske i morgen, skal de selvfølgelig bare tage det, de kan bruge, mor," argumenterede hun. Her måtte jeg slå fast, at det jo ikke sker i morgen, og så spurgte jeg, vel vidende at det kunne give hende skyldfølelse, om hun kunne forestille sig den sorg, det kunne bringe os som familie, og så måtte vi stoppe der. Men det er jo en spændende diskussion, som vi selvfølgelig skal fortsætte."



FOTO: SØREN SVENDSEN

**Nina Precht Rosberg, sygeplejerske, Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital.**

"Jeg er positiv og meldte mig som organ donor for 2-3 år siden under uddannelsen. Jeg har sagt ja til det hele på nær hornhinderne,

og det har jeg efterfølgende også grinet lidt ad selv. Det er måske lidt overtroisk, men øjenene betyder meget for mig, jeg ser dem som sjælens spejl. De har meget større værdi end bare lige det organ, de er. Dem vil jeg gerne have bliver hos mig, mens jeg ser de andre organer som mere funktionelle og fysiske, en slags små maskiner, der kan skiftes ud. Vi taler en del om organdonation blandt mine kolleger og prøver også at promovere det til venner og familie, så de tager stilling. Jeg synes, det kunne være smart, hvis man vedtog det meget omtalte forslag om, at man skal melde fra i stedet for at melde til."



FOTO: ALEX FRAN

**Christel Møllegaard, hjemmesygeplejerske, Faaborg-Midtfyn Kommune.**

"Jeg har ikke besluttet mig. Hvis det var mig selv eller mit eget barn, der havde behov for hjælp, ville jeg selvfølgelig sige ja tak, og det er supergodt, at organdonation eksisterer. Men jeg har omvendt meget svært ved at forestille mig, at en del af mit barn måske

skulle leve videre i et andet barn. Det er nok dét, der gør, at jeg ikke har taget stilling på hverken mine egne eller mit barns vegne. Som sundhedsperson burde jeg måske gå forrest, men jeg synes altså, det er meget vanskeligt at tage stilling, når det kommer til organdonation. Jeg har svært ved at tackle tanken om, at noget af mit barn lever videre i et andet, men omvendt ville jeg jo være dybt, dybt taknemmelig, hvis et andet barn kunne redde mit barn. Måske jeg skal stå i situationen, før jeg får taget endelig stilling?"



FOTO: SØREN SVENDSEN

**Heidi Jespersen, konstitueret afdelingssygeplejerske, Ortopædkirurgisk sengeafsnit T 119.**

"Jeg vil gerne donere mine organer, og jeg har også talt med min mand om det, men jeg har ikke fået taget mig sammen til at tilmelde mig registret endnu. Det skyldes nok en form for

dovenskab. Det er svært at sige, hvad der skal til, for at jeg får mig tilmeldt. Jeg ville som sundhedsperson ikke have noget imod nogle tiltag fra arbejdsgiverside, jeg skal nok bombarderes med opfordringer på en eller anden måde. Men omvendt synes jeg ikke, at jeg har pligt til at gå forrest, fordi jeg er sygeplejerske. Det er en privat sag. Måske skulle man blive automatisk tilmeldt ved fødslen, og så skal man melde aktivt fra. Det er så hypotetisk. Men jeg synes også, det er fint, at man har afklaret det med sine nærmeste, og så kan de i sidste ende tage stilling, hvis det værst tænkelige skulle ske."

"Vi vil gerne være med til at aflive fordommen om, at en sygeplejerske bare går i en hvid kittel og aer patienterne på kinden. Vi vil gerne vise, at en sygeplejerske er meget mere end det."



## Rettelse

To fotos er ved en fejl blevet byttet om i *Sygeplejersken* nr. 14, side 33, nemlig billeder af de to akutsygeplejersker Randi Friberg og Lotte Juncker. Begge er ansat på Akut Modtageafdeling, AMA, i Kolding. Redaktionen beklager fejlen.



**NYT FRA DANSK SYGEPLEJERÅD****WWW.DSR.DK****E-mails må flyttes manuelt**

I forbindelse med at Dansk Sygeplejeråd lancerer sin nye portal på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) i slutningen af oktober, bliver e-mail-servicen udfaset. Portalredaktionen har fået mange spørgsmål angående arkivering af vigtige e-mails, og vi beklager, at det ikke er muligt at eksportere e-mails og adresser automatisk. Man er nødt til manuelt at sende de vigtigste e-mails og adresser til den e-mail-adresse, man vil benytte fremover.

**Dansk Sygeplejeråd støtter Pakistan**

Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond har netop sendt 10.000 kr. af sted til det katastroferamte Pakistan.

Pakistan er i øjeblikket ramt af en af de værste katastrofer nogensinde. Oversvømmelserne berører flere end 20 millioner mennesker, og ifølge Red Barnet har otte millioner børn brug for akut hjælp i form af rent vand, medicin og mad.

Derfor har Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond valgt at støtte Red Barnets arbejde i Pakistan med 10.000 kr.

**Fyret uden varsel**

AF SØREN OLUFSEN, JOURNALIST

**Kompensation.** Efter 12 år som souschef på socialpsykiatrisk bocenter Ringbo i København blev Bessie Hejselbak pludselig fyret. Med hjælp fra Dansk Sygeplejeråd fik hun erstatning for usaglig afskedigelse.

På en helt almindelig arbejdsdag i februar 2010 kom Bessie Hejselbak tilbage fra et møde og så en gul seddel ligge på sit bord. Sedlen var fra hendes leder, som spurgte, om hun kunne holde et møde dagen efter klokken 9.

Bessie Hejselbak, 58 år, havde i tolv år været souschef på socialpsykiatrisk bocenter Ringbo, et job, som hun elskede. Derfor blev hun chokeret, da hun til mødet fik at vide af sin leder, at han ikke længere ville have hende som souschef.

"Det kom virkelig bag på mig, og jeg var

rystet. I den tid vi havde arbejdet sammen, havde han ikke på noget tidspunkt givet udtryk for, at han var utilfreds med mig som souschef. Og derfor virkede det meget voldsomt, at jeg fra den ene dag til den anden pludselig blev fyret uden nogen form for varsel og uden mulighed for at gøre noget anderledes," fortæller Bessie Hejselbak.

Hun kontaktede Dansk Sygeplejeråds Kreds Hovedstaden og forklarede sagen for faglig konsulent Birgitte Hastrup.

"Birgitte har været en uvurderlig støtte for mig, fordi jeg på det tidspunkt var i krise. Hun indkaldte til forhandling mellem DSR, socialforvaltningen og chefen for Ringbo," siger Bessie Hejselbak.

Ifølge lederen af Ringbo blev Bessie Hejselbak fyret bl.a. pga. manglende tillid

til håndtering af medicingivning. Men det argument er usagligt, mener Dansk Sygeplejeråd, for Bessie Hejselbak havde bl.a. sørget for at iværksætte uddannelse og procedurer for medicingivning på Ringbo. Samtidig er det ikke i orden at fyre en medarbejder uden varsel. Efter flere forhandlinger, hvor også Dansk Sygeplejeråds juridiske afdeling blev inddraget, indvilligede kommunens socialforvaltning i at fritstille Bessie Hejselbak og give hende 11 ½ måneds løn, hvoraf de tre måneder er bod.

"Jeg er superglad for afgørelsen, så jeg kan få det ud af verden. Dansk Sygeplejeråd har været en helt igennem fantastisk hjælp hele vejen," siger Bessie Hejselbak.

Lederen af Ringbo har ikke ønsket at kommentere sagen til *Sygeplejersken*.

**Sygeplejersker kender ikke arbejdspladsens voldspolitik**

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST

**Slag.** Selv om 5.000 sygeplejersker årligt udsættes for vold på deres arbejdsplads, er der stort ukendskab til arbejdspladsernes voldspolitik.

Mere end 5.000 ud af landets 30.000 sygeplejersker ansat i basisstillinger bliver årligt udsat for korpørligheder såsom skub, mindre slag, spark eller bid på deres arbejdsplads, og 7.500 bliver udsat for trusler. I forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 2008 indgik Dansk Sygeplejeråd en aftale med Danske Regioner om, at alle arbejdspladser skal have indført retningslinjer for at kortlægge, forebygge og håndtere problemer i

relation til vold senest 1. april i år. Men to ud af fem sygeplejersker aner ikke, om deres arbejdsplads har retningslinjer f.eks. i form af en voldspolitik. Det viser en undersøgelse, analysebureauet Megafon har foretaget for Dansk Sygeplejeråd.

"Voldspolitikken skal ikke bare ligge gemt i en skuffe. Tværtimod skal den formidles bredt, så de ansatte kender den og kan bruge den som et forebyggende redskab. Ellers har den jo ingen funktion," siger 2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, Dorte Steenberg.

Sygeplejerskers risiko for at blive udsat for vold er nogenlunde lige stor i hele landet.



# Ny hjemmeside tilpasser sig dine behov

AF KRISTIAN FRISTED ESKILDSEN, JOURNALIST • ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN

**Kendt ansigt.** I slutningen af oktober er der premiere på Dansk Sygeplejeråds nye hjemmeside. Når du logger ind på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) vil du møde din egen personlige forside.

Dansk Sygeplejeråds portalredaktion arbejder i øjeblikket på højtryk med at få den nye udgave af [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) klar til lancering i slutningen af oktober. En stor satsning, der går ud på at bruge teknologien til at servicere medlemmerne bedre.

Når du logger ind, møder du et kendt ansigt – dig selv. Du får din egen personlige forside, hvor Dansk Sygeplejeråd samler nyheder fra din kreds og fra din specialgruppe, alt efter om du f.eks. er studerende, pensionist, leder eller tillidsrepræsentant. Siden giver overblik over debatter, matchende job og indhold, du tidligere har kigget på. Du kan angive, hvilke interesser du har – f.eks. diabetes-sygeplejerske, så vil din personlige side automatisk finde frem til links til artikler, kurser og arrangementer, der kunne have din interesse.

"Princippet er, at jo mere vi ved om det enkelte medlem, jo mere indhold kan vi tilbyde. Allerede når medlemmet logger på, har vi en viden, men vi vil gerne have medlemmerne til at udfylde deres personlige profil," siger portalchef i Dansk Sygeplejeråd, Pia Gede Nielsen.

## Lidt ligesom Facebook

Firmaet Creuna har i samarbejde med Dansk Sygeplejeråd stået for udformin-



gen og teknikken på den nye hjemmeside, der bygger på en teknologi, der f.eks. er kendt fra de internationale mødesteder og professionelle netværk Facebook og LinkedIn.

"Vi ser, at medlemmerne gerne vil udveksle viden, og den nye teknologi understøtter det behov, fordi det relevante indhold finder frem til rette person," siger Pia Gede Nielsen.

Sygeplejersker bruger i stor stil LinkedIn og Facebook til at holde kontakt med deres netværk, men det er ikke nødvendigvis faglige fællesskaber. Visionen er, at

[www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) kan blive det faglige fællesskab, hvor sygeplejersker mødes og udveksler viden.

I udviklingen af den nye hjemmeside er brugerne blevet taget med på råd om alt fra design til de ting, der skal være på siden.

Den nye hjemmeside kræver, at du logger ind med en pinkode, som er trykt på den PBS-opgørelse, du får omkring den 1. oktober.

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

## Gratis medlemskab af DSA for studerende

AF JULIE WINTHER BENGTSOEN, JOURNALIST

Tegn et gratis studiemedlemskab og få ret til dagpenge, fra første dag du er uddannet som sygeplejerske og ledig på arbejdsmarkedet. Tilbuddet kommer fra Danske Sundhedsorganisationers Arbejdsløshedskasse, DSA, og er især rettet mod studerende under 30 år. Betingelsen er bare, at du melder dig ind, senest et år før du er færdiguddannet. Studerende over 30 år kan også omfattes af tilbuddet, hvis de er medlem af en a-kasse eller tidligere har været det.

Direktør for DSA, Merete Nedergaard, ser studiemedlemskabet som en måde at komme i kontakt med de nyuddannede

tidligere end før: "DSA er glad for, at ordningen er blevet iværksat, da det giver os mulighed for at opbygge en dialog med de studerende, som vi tidligere først har fået, når de var færdiguddannede. Vi har fået rigtig god respons på tilbuddet fra både de studerende og studentorganisationerne," siger hun.

Indtil videre har ca. 500 studerende taget imod tilbuddet om gratis studiemedlemskab af DSA.

Læs mere om studiemedlemskabet og betingelserne på [www.dsa.dk/deforgyldte](http://www.dsa.dk/deforgyldte)

# Fusions

## – fortabt eller fortrøstningsfuld?

AF CHRISTINA SOMMER OG KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALISTER • FOTO: SØREN SVENDSEN

”Det værste er at miste gode kolleger. Nogle af dem har jeg næsten set mere end min egen familie.” Sådan siger en sygeplejerske i dette tema om fusioner og forandringer. Det er beretningen om chokket over at få beskeden sort på hvidt, om ønskelisten og om store tudedag på arbejdspladsen. Den dårlige proces koster gode medarbejdere, men der er også historien om den gode proces, der kunne gennemføres næsten uden tårer. Og gode råd til, hvordan man kan komme ud på den anden side, selv om det aldrig bliver som før.



**ramt**

# ”Det er ikke sjovt at



”Det værste er egentlig ikke omstruktureringen, men det at miste gode kolleger. Havde vi haft mulighed for at blive sammen, tror jeg, jeg var blevet. Vores afdeling har fungeret rigtig godt både socialt og fagligt.”

Sygeplejerske Dorte Maigaard.



# vide, de ikke vil have én”

**Opbrud.** Sygeplejerske Dorte Maigaard og mange af hendes kolleger på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus blev mere eller mindre tvunget ud i nye job pga. en omstrukturering, der gav andre sygeplejersker førsteret til jobbene.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Alt i sol og måne tydede på, at lørdag den 15. maj 2010 ville blive en festlig og glad dag for sygeplejerske Dorte Maigaard.

Hendes kusine skulle giftes, og vielsen i Herlufsholm Kirke var præcis så højtidelig, romantisk og festlig, som den skulle være. En tanke murrede dog i den 29-årige sygeplejerskes bagehoved, nemlig at postbuddet med stor sandsynlighed havde leveret et brev samme dag, som skulle bekræfte, at Dorte Maigaard fra den 1. januar 2011 ville være ansat på Ortopædkirurgisk Afdeling på Køge Sygehus i stedet for Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus. Så da der var lidt tid mellem vielse og festen, satte hun og kæresten kurs mod det fælles hjem og postkassen.

”Jeg fik da et lille chok og måtte læse det højt for min kæreste i bilen på vej mod bryllupsfesten for lige at få det helt ind,” husker Dorte Maigaard.

Brevet indeholdt nemlig ikke et stykke papir med en bekræftelse på hendes nye ansættelsesforhold, nærmest tværtimod.

”Der stod, at Sygehus Nord (Køge, red.) og Sygehus Syd (Næstved, red.) ikke var enige, og at Sygehus Nord egentlig ikke var helt klar på aftalen om at modtage personale fra Næstved. Det var forvirrende og ikke særligt sjovt at få at vide, at de ikke ville have én,” fortæller sygeplejersken.

Sagen blev ikke bedre af, at brevet meget ubejlejligt kom op til en weekend, hvor mange holdt fri og derfor stod uden mulighed for at vende evt. spørgsmål med kolleger og ledelse.

”Jeg var slet ikke forberedt på den melding, og for at få luft måtte jeg lige ringe til et par af de andre kolleger, der også havde fået at vide, de skulle til Køge,” siger Dorte

Maigaard, som heldigvis husker dagen bedst for brylluppet.

## Fik det første hint

Dorte Maigaards på det tidspunkt uafklarede jobsituation er et resultat af, at Ortopædkirurgisk Afdeling på Ringsted Sygehus lukker den 1. januar 2011 og flytter de resterende sengepladser til Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus, hvilket igen medfører jobbrokader flere steder. Det første hint om den udvikling fik medarbejderne på et fællesmøde med deres ledende overlæge og oversygeplejerske i marts 2009.

”Vi fik at vide, at det var af politiske og økonomiske grunde. Afdelingen i Ringsted havde haft dalende patientoptag i længere tid, og derfor havde politikerne i Region Sjælland besluttet, at afdelingens sengepladser og nogle personaler skulle flytte her til Næstved,” siger Dorte Maigaard, der gik fra mødet med blandede følelser.

”Det var ikke en særlig sjov besked, men også svært at forholde sig til. Vi havde intet på skrift og tænkte nok: ”Lad os nu se, det kan være, at økonomien vender igen.” Det gik nok først rigtigt op for os, da vi fik et brev med besked om at lave vores ønskelister,” siger Dorte Maigaard.

Nu kunne medarbejderne på tryk se, at omstruktureringen er en realitet. Og de blev alle bedt om at udarbejde en ønskeliste over, hvor de gerne ville arbejde efter den 1. januar 2011. Dorte Maigaard og hendes kolleger kunne vælge mellem seks afdelinger fordelt på sygehusene i Næstved, Køge, Slagelse og Nykøbing Falster, og i brevet stod også, at de akutte ortopædkirurgiske patienter i fremtiden skal fordeles mellem

sygehusene i Køge, Slagelse og Nykøbing Falster. Listen over de mulige afdelinger var dog ikke særligt oplysende, hvilket gjorde det svært at prioritere.

”Der stod intet om, hvad de forskellige afdelinger kunne tilbyde mht. f.eks. mødetider, weekendvagter og lignende. Det var faktisk kun geografisk opdelt, og så skulle vi også notere, hvor mange timer vi ønskede at arbejde. Problemet var også, at mange af afdelingerne selv gennemførte omstruktureringer, f.eks. Slagelse, så de kunne ikke rigtig svare på noget.”

## Kollegerne fik første ret

Brevet om ønskeprocessen kom lige op til påsken, og svarfristen var alt for kort, hvilket Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland gjorde medarbejdere og ledelse opmærksomme på.

”Vi blev også sat grundigere ind i, hvad vi måtte tåle og ikke tåle i sådan en omstrukturingsproces, vi skulle f.eks. ikke acceptere at gå ned i tid eller løn, og fristen blev da også forlænget,” fortæller Dorte Maigaard.

Som mange af sine kolleger ønskede hun at blive på Næstved Sygehus, og hvis det ikke kunne lade sig gøre, ville hun lade Køge komme an på en prøve.

”Da vi skulle til at ønske, blev det hele mere konkret, og der blev lige pludselig meget mere at tænke over, såsom hvad der kunne lade sig gøre familie- og transportmæssigt,” fortæller sygeplejersken.

I løbet af ønskeprocessen får Dorte Maigaard og hendes kolleger i Næstved dog en lidt overraskende besked. Personalet fra Ringsted har første ret til stillingerne på Næstved Sygehus.

### ))) DORTES MAIGAARDS RÅD TIL KOLLEGER I SAMME SITUATION:

- Brug din fagforening.
- Sæt dig ind i dine rettigheder.
- Brug dine kolleger løbende, tal åbent sammen om bekymringer og frustrationer.

”Vejen til accept har ikke været særlig god her, og det værste har helt klart været den dårlige og mangelfulde kommunikation fra ledelsens side.”

Sygeplejerske Dorte Maigaard

» ”Argumentet var, at medarbejderne skulle følge deres specialer. I Næstved har vi haft både akutte og planlagte operationer, mens de i Ringsted kun har haft planlagte. Men nu hvor de akutte operationer bliver flyttet fra Næstved til de andre sygehuse (Køge, Slagelse og Nykøbing Falster, red.), ja så blev vi pludselig til dem, der tager sig af det akutte,” husker Dorte Maigaard.

Hun mindes dog ikke, at hun eller kollegerne har været sure på medarbejderne i Ringsted på grund af deres førsteer.

”Vi har nok mere været nysgerrige på, hvordan de tackler processen. Den har jo også store konsekvenser for dem både jobmæssigt og privat.”

### Store tudedag

Den 10. og 11. maj går over i historien som store tudedag for Dorte Maigaard og hendes kolleger. Her fik de nemlig besked om deres fremtidige arbejdsplads.

”Nogle blev glade og andre kede af det, men stemningen var generelt dårlig. Mange var kede af at skulle væk, men det var dem, som fik lov til at blive, også. De mistede jo nogle gode kolleger. Jeg blev tilbudt en fuldtidsstilling i Køge, og det var egentlig o.k. Udviklings- og transportmæssigt kunne jeg bedre se mig selv i Køge end i Slagelse eller Nykøbing Falster, da det er her, det store akutsygehus skal ligge på sigt,” siger Dorte Maigaard med tryk på ”kunne”.

For hun skal ikke arbejde på Køge Sygehus, selvom sygehuset 14 dage efter det kiksede afvisningsbrev nu havde fundet plads til Dorte Maigaard og de andre kolleger, der var blevet tilbudt job på et af Køge Sygehus’ ortopædkirurgiske sengeafsnit. Hun valgte nemlig at søge og faktisk få job i Næstved Hjemmepleje kort tid efter store tudedag.

”Det værste er egentlig ikke omstruktureringen, men det at miste gode kolleger. Havde vi haft mulighed for at blive sammen, tror jeg, jeg var blevet. Vores afdeling har fungeret rigtig godt både socialt og fagligt,” fortæller Dorte Maigaard og uddyber sit jobskifte.

”Jeg havde brug for selv at kunne vælge, og karrieremæssigt var det måske også på tide at prøve noget nyt. Jeg er også klinisk vejleder, men kunne ikke få lovning på, at jeg ville få noget med studerende at gøre i Køge, men det fik jeg i hjemmeplejen, hvor jeg begynder den 1. august,” fortæller Dorte Maigaard, der føler sig enormt heldig over at have kunnet tage sin karriere i egen hånd.

”Der er jo nærmest ingen stillinger at søge lige nu.”

### Udvikling sat i stå

I dag er det ca. fem måneder siden, medarbejderne hørte om den forestående omstrukturering for første gang.

”Med tiden har vi alle accepteret, at vi skal omstruktureres, og flere skal andre steder hen. Det er et vilkår, vi må forholde os til generelt som offentligt ansatte. Men vejen til accept har ikke været særlig god her, og det værste har helt klart været den dårlige og mangelfulde kommunikation fra ledelsens side,” siger Dorte Maigaard.

Selvom omstruktureringen først træder i kraft næste år, sætter den allerede sine spor på hverdagen på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus.

”Stemningen er lidt mat og svinger lidt, afhængigt af hvor man skal hen. Processerne har ikke kørt helt ensartet, nogle har været til samtaler på deres nye arbejdsplads, mens andre stadig venter på mere information. Alle de udviklingsprojekter, der burde være i en afdeling som vores, er her ikke. Men vi passer vores patienter og har heldigvis også været gode til at passe på hinanden.”

Og det bliver der også behov for i månederne, der kommer, mener hun.

”Jeg håber, at alt ender godt, og at man får stablet nogle gode afdelinger på benene, men jeg tror, det kommer til at tage lang tid, før alt er faldet på plads.”

cso@dsr.dk

### »» FORANDRINGER KRÆVER LEDELSE

Forandringer kræver ledelsesopbakning, og man skal opgradere ledelsen i stedet for at tynde ud. Forandringer kræver forberedelse, f.eks. fælles procedurer og fælles kliniske retningslinjer. De kræver også introduktion af personalet til ny organisation og nye opgaver.

- Gør klart, hvad der er et vilkår, og hvad det er muligt at få indflydelse på.
- Lyt til personalet, de har fingeren på pulsen. Et fusionspersonaleudvalg kan fortælle ledelsen, hvad det er vigtigt at arbejde med, og hvor problemerne ligger.
- Inddrag personalet i arbejdsgruppen om ny organisering. Det rykker først for alvor, når medarbejderne involverer sig.
- Når organisationen er på plads, men ikke før, skal man arbejde på at finde fælles værdier for den nye afdeling.
- Anerkend sorgen over at miste noget, der er tabt. Pres ikke personalet til at komme videre i en fart, det går over.
- Det må ikke blive forbudt at tale om, hvad man gjorde på den gamle arbejdsplads. Giv plads til de gode erfaringer.
- Tal åbent om kulturforskellene, f.eks. når den ene gruppe er vant til at holde sine pauser, mens den anden plejer at løbe frem og tilbage mellem patienterne og rugbrødsmaden.

# Dårlige processer koster gode medarbejdere

**Forvirring.** Sygehusledelserne i Region Sjælland har trukket alt for store veksler på medarbejdernes loyalitet og i forvejen meget positive indstilling til forandringer, og det har kostet gode medarbejdere, mener Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Væsentlige fejl og mangler i omstrukturingsprocessen har uden tvivl kostet Region Sjælland flere gode medarbejdere. Det fastslår kredschef i Dansk Sygeplejeråds Kreds Sjælland, Thorkild Holmboe Hay.

Som eksempel fremhæver han ønskeprocessen, der lå hen over påsken og dens mange helligdage, og som havde alt for kort svarfrist.

”Og processen var uklar. Sygeplejerskerne kunne f.eks. ikke gennemskue, hvor bindende deres svar var, og hvad oplysningerne egentlig skulle bruges til, og det skabte naturligvis stor usikkerhed.”

Han fremhæver desuden det groteske i, at sygeplejersker som Dorte Maigaard blev tilbudt job på Køge Sygehus af sin daværende arbejdsgiver på Næstved Sygehus for et par dage senere at modtage et brev, hvor der stod, at Køge Sygehus ikke var enig i den beslutning.

”Man kan næsten ikke gøre mere for at forvirre sygeplejerskerne, og vi kan kun opfordre til, at Region Sjælland får styr på problemet med flere selvstændige arbejdsgivere. Det nytter ikke, at de træffer forskellige afgørelser, så de et sted siger ja og et andet nej,” siger han.

Som udgangspunkt mener han, at det ikke er forandringerne i sig selv, der skaber frustrationer og modstand, men derimod de dårligt planlagte processer.

”Regionen har forsøgt at gøre sit bedste, men der er sket mange fejl og uhensigtsmæssigheder. Ledelsen har efter min mening ikke været godt nok forberedt, og der har været manglende kendskab til grundlæggende offentlig ret i forbindelse med omstrukturingsprocesser. Der er blevet trukket store veksler på medarbejdernes loyalitet og i forvejen meget positive indstillinger til forandringer til stor gene for både sygeplejerskerne, men også ledelsen selv,” siger han i overbevisning om, at den forvirrende proces har kostet regionen flere gode medarbejdere.

”Det er hævet over enhver tvivl. De stærkeste sygeplejersker sidder ikke og venter i syv måneder på, at skæbnen tildeler dem et job et sted, de måske ikke bryder sig om. De flytter sig selv og søger andre steder hen, det ser vi generelt mange eksempler på i øjeblikket.”

Hans primære råd til sygeplejersker i omstillingsprocesser er, at de hurtigst muligt kontakter deres tillidsrepræsentant og/eller en medarbejder på deres kredskontor.

”Det lyder banalt, men vi bliver ofte først inddraget, når skaden er sket,” siger han.

*cso@dsr.dk*

## ))) BRUG DIN KREDS

Dansk Sygeplejeråds kredse Midtjylland, Sjælland og Hovedstaden har i øjeblikket ekstra fokus på de aktuelle omstrukturings- og fyringsprocesser i deres område. Klik ind på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) > Kredse og find din egen kreds, kredsens åbningstider, kontaktinformationer og tilbud som informationsmøder og rådgivning i forbindelse med omstruktureringer og besparelser.

## KLÆD DIG SELV GODT PÅ

- Brug din tillidsrepræsentant og fagforening.
- Sæt dig ind i dine rettigheder, bl.a. med din fagforenings hjælp.



# Ledelsen siger Der er sket beklagelige fejl

**Klogere.** Omstruktureringsprocessen på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus kunne ikke have foregået meget anderledes, mener ledelsen, der dog også erkender, at der er sket fejl.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Ledelsen på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus har gjort, hvad den kunne for at føre sine medarbejdere godt igennem den aktuelle omstruktureringsproces. Men der er også sket fejl, erkender ledende oversygeplejerske Lone Hartmann bl.a. i forbindelse med den såkaldte ønskeproces, hvor svarfristen i første omgang var for kort.

”Vi har en stram tidsplan, vores endelige deadline er 1. januar 2011. Vi ønskede at give alle medarbejdere seks måneders varsel, og der var både påske- og sommerferie at tage hensyn til. Derfor blev svarfristen uheldigvis så kort i første omgang,” siger hun.

At medarbejderne også blev i tvivl om, hvor bindende deres ønsker om fremtidig arbejdsplads egentlig var, er ærgerligt.

”Vi havde forsøgt mundtligt at informere dem om, at der var tale om tilkendegivelser, som godt kunne ændres bagefter. Vi er efterfølgende blevet meget opmærksomme på, at det ikke skal hedde ”ønske”, da det kan virke mere bindende for begge parter. Med processen ønskede vi som ledelse at få et billede af, hvor medarbejderne kunne se dem selv i fremtiden, for der er ingen grund til at placere en medarbejder i Køge og en anden i Næstved, hvis de egentlig helst vil bytte pladser. Men vi kunne ikke love at tage hensyn til alle ønsker, det kunne vi jo heller ikke, og det kan vi heller ikke fremover.”

Lone Hartmann kan også godt se det utilfredsstillende i, at der næsten kun var geografiske oplysninger om de fremtidige arbejdspladser.

”Størstedelen af medarbejderne i Næstved skulle flyttes til Slagelse, som på det tidspunkt stod midt i en lignende proces, så vi havde simpelthen ikke den detaljerede viden på plads på det tidspunkt. Og sådan har det desværre også været med andre ting, vi har løbende informeret skriftligt og mundtligt, vi har ikke holdt noget hemmeligt. Man kan nok aldrig informere nok, men vi har heller ikke kunnet svare på alt, og det kan jo også tolkes som mangelfuld information,” siger Lone Hartmann.

## Unødvendig usikkerhed

Hun er dog helt med på, at det skabte stor usikkerhed, da nogle medarbejdere først mundtligt fik at vide, de skulle til Køge, for få dage senere at modtage et brev, hvor der stod, at Køge Sygehus ikke var enig i den beslutning.

”Det kan jeg kun beklage, det skulle selvfølgelig have været på plads, før vi gav medarbejderne i Næstved besked, og det kom da også hurtigt på plads efterfølgende.”

At medarbejderne i Ringsted havde forsterket til stillingerne i Næstved, er en simpel konsekvens af en beslutning i april på MEDhovedudvalget i Region Sjælland.

”Her står sort på hvidt i de personalepolitiske retningslinjer vedrørende struktur-

ændringer, at medarbejdere og ressourcer flytter med opgaverne. Ringsted har kun elektive patienter, og da de i fremtiden samles i Næstved, flytter medarbejderne med her.”

Hun er uenig i, at ledelsen har været dårligt forberedt og vidst for lidt om jura.

”Jeg medgiver gerne, jeg ikke kender juraen i detaljer, men vi har heldigvis en god HR-afdeling, og vi har haft tæt kontakt med en chefkonsulent, der også er jurist, gennem hele processen. Nu skal vi i gang med en lignende, men mindre proces på Nykøbing Falster Sygehus, og jeg føler mig afgjort bedre rustet denne gang, fordi vi lige har været igennem det her. Men hvornår er man godt nok forberedt?” spørger Lone Hartmann, der dog ikke er i tvivl om, at processen har kostet gode medarbejdere.

”Omstruktureringsprocesser koster helt sikkert tab af kompetencer. Der går kvaliteter tabt i første omgang, som man skal ud og arbejde for at få op at stå igen, og det skal vi nok få,” siger hun og glæder sig over, at mange af de medarbejdere, der i første omgang var kede af at skulle flytte, er optimistiske igen.

”De så helst, at alt var som før, men nu hvor de har fået kontakt til deres kommende arbejdsplads og ledere, begynder de også at kunne se det mere overordnede og positive i omstruktureringen,” siger hun.

*cso@dss.dk*



### DET, DER TYNGER

manglende information  
manglende indflydelse  
en oplevelse af, at ændringen ikke giver mening.



### DET, DER HJÆLPER

muligheder for udvikling og nye opgaver  
personligt selvværd  
aktivt medansvar for arbejdspladsen.

Kilde: Arbejds miljøforsker Vilhelm Borg.





Var Michaela Nørskov Andersen blevet tilbudt sin 2. prioritet i Slagelse, ville hun som udgangspunkt have takket ja, men nok også begynde at kigge efter andre job. Den ekstra transporttid ville blive svær at forene med et travlt familieleiv med de to sønner på syv og ni år, som bl.a. går til fodbold fire gange om ugen.

# Underligt at blive tilbage

**Heldig.** Selvom sygeplejerske Michaela Nørskov Andersen har fået opfyldt sit ønske om at blive på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus efter den 1. januar 2011, er hun langtfra begejstret.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Sygeplejerske Michaela Nørskov Andersen er stadig ansat på Ortopædkirurgisk Afdeling på Næstved Sygehus fra den 1. januar 2011, hvor hun har været i næsten ni år. Her har hun som ansvarlig klinisk underviser brugt en stor del af sin tid sammen med studerende, en funktion hun i øjeblikket er ved at få papir på på den sygeplejefaglige diplomuddannelse i sundhedsformidling og klinisk uddannelse. Men da en af hendes kolleger allerede er færdiguddannet, havde hun faktisk indstillet sig på, at hun ville blive tilbudt job i Slagelse, som var hendes 2.-prioritet. "Jeg kunne ikke forestille mig, de ville be-

holde os begge, og ledelsen valgte da også at tilbyde den anden underviser job i netop Slagelse, hvilket er trist for hende, men godt for mig. Vi taler heldigvis godt sammen, selvom det var lidt akavet i begyndelsen, især fordi jeg fik besked om mandagen og hun først om tirsdagen," siger den 34-årige sygeplejerske.

At blive tilbage fylder hende dog også med blandede følelser.

"Vi har en rigtig velfungerende afdeling, og det er underligt, at flere af mine kolleger gennem ni år nu skal væk. Nogle af dem har jeg næsten set mere end min egen familie, men det kunne jo også være

sket, hvis de havde valgt at søge job andre steder," siger Michaela Nørskov Andersen.

Både hun og de andre medarbejdere, der fortsætter på Næstved Sygehus, befinder sig dog i øjeblikket i en venteposition.

"Den endelige struktur er ikke på plads endnu. Jeg går ud fra, at de to sengeafdelinger kommer til at køre mere samlet, end de gør i dag. Men jeg ved f.eks. ikke, om der stadig skal være studieenheder på begge afdelinger, eller om jeg egentlig kommer til at arbejde som klinisk underviser, hvilket vil have stor betydning for mig fagligt og privat," siger hun.

cso@dsr.dk

# Næsten uden tårer

**En ny start.** Man kan godt nedlægge en afdeling og flytte medarbejdere og funktioner, uden at det gør for ondt. Det er lukningen af afdeling M3, Køge Sygehus, et eksempel på.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Dette er historien om en afdeling, der blev nedlagt næsten uden tårer. Tre-fire måneder efter lukningen af medicinsk sengeafsnit M3, Køge Sygehus, er de gamle medarbejdere blevet godt integreret i deres nye afdelinger.

”Og når jeg møder dem på gangen, så ser de fleste altså glade ud,” siger tillidsrepræsentant Susan Kjær, som selv var sygeplejerske i det nedlagte afsnit.

Der skulle spares i den medicinske blok, fortæller hun: ”Og afdelingsledelsen havde fundet frem til, at vores senge var dem, der bedst kunne lægges ud til de andre medicinske afdelinger.”

Umiddelbart blev folk en smule chokerede over beslutningen, som afdelingsledelsen præsenterede på et møde i afsnittet midt i marts, husker Susan Kjær: ”Nå, skal vi lukke? Okay! Og hvad så?”

Men afdelingsledelsen havde planlagt processen godt. Susan Kjær fremhæver, at de kom med meget klare udmeldinger, at de kunne begrunde deres beslutning fagligt, og at de kombinerede en hurtig proces med at give medarbejderne indflydelse på deres egen fremtid.

**”På mødet, hvor de fortalte, at vi skulle lukkes, fik vi at vide, at ingen ville blive fyret. Ingen ville gå ned i løn, ingen ville miste deres særlige funktioner**

Tillidsrepræsentant Susan Kjær

”Det var flotte betingelser. På mødet, hvor de fortalte, at vi skulle lukkes, fik vi at vide, at ingen ville blive fyret. Ingen ville gå ned i løn, ingen ville miste deres særlige funktioner. Vi kunne så vidt muligt beholde den slags vagter, vi havde, og vi ville få vores ferie, som vi havde ønsket. Det gav allerede lidt ro.”

Medarbejderne fik en uge til at tænke over, hvilket af de øvrige sengeafsnit de gerne ville arbejde på, og lave en liste med tre ønsker. Da alle havde afleveret, satte oversygeplejerske Lis Nødde-skou sig sammen med Susan Kjær og sosu-personalets

tillidsrepræsentant og så på ønskerne. På nær tre kunne alle få deres første prioritet. De tre fik deres ønske nr. 2 opfyldt.

## Lægeproblem gav ond cirkel

Susan Kjær fik arbejde på akut visitationsafsnit M4 AVA. Det var et skift, hun længe havde haft lyst til, og for hende blev lukningen en god anledning. Sådan var der nok flere, der havde det, mener hun.

”Afdelingen kørte ikke alt for godt, og der var mange, der trængte til nye udfordringer.”

Afsnit M3 havde 16 senge til intern medicinske patienter og otte senge til apopleksipatienter i genoptræningsforløb. De otte senge valgte afdelingsledelsen at bevare som en selvstændig enhed, nu under en anden afdelingssygeplejerske, for at ekspertisen ikke skulle gå tabt. Otte senge blev fordelt på andre afsnit, otte blev reelt nedlagt.

Økonomi var den umiddelbare årsag til lukningen. Men faglige og arbejdsmiljømæssige problemer var medvirkende til, at valget faldt på M3, fortæller oversygeplejerske Lis Nødde-skou.

vikarforbrug. I 2009 brugte Lis Nødde-skou 10 mio. kr. mere, end hun havde budget til, og en hel del af overforbruget skyldtes mistede fridage og dyre vikarer på M3.

”Det var min dyreste afdeling. Og i år skal vi holde budgettet,” siger Lis Nødde-skou.

## Brug for alle

Selv om processen med personalet gik stærkt, var den på andre måder grundigt forberedt.

Afdelingsledelsen havde længe overvejet, hvad de skulle gøre ved M3, og havde tidligere gennemført samtaler med hele personalet om deres syn på situationen. En periode med ansættelsesstop i hele afdelingen forud for lukningen betød, at det ikke var nødvendigt at afskedige personale. Selv om der blev lukket senge, var der brug for alle på de øvrige sengeafsnit i Køge.

”Det har været kærkomment at få det ekstra personale, og folk har følt sig godt taget imod,” siger Susan Kjær.

De afdelingssygeplejersker, der skulle tage imod de nye medarbejdere, var velinformerede og imødekommende, fremhæver hun. Men der var heller ingen af hendes gamle kolleger fra M3, der valgte at sætte sig med armene over kors og synes, at det hele var noget møg. De var opsøgende og snakkede med de forskellige afdelingssygeplejersker, før de traf deres valg.

”Selvfølgelig er man ked af, at man ikke længere skal være sammen med folk, man har arbejdet sammen med i mange år. Og den sidste måned inden lukningen var hård,” siger Susan Kjær.

”Men vi kunne godt forstå, at det måtte være sådan, for vi kunne se, at ledelsen havde tænkt sig godt om, og vi fik deres begrundelser.”

Oversygeplejerske Lis Nødde-skou på sin side fremhæver det gode samarbejde, afdelingsledelsen havde med de to tillidsrepræsentanter, f.eks. da ønskerne var afleveret, og puslespillet skulle lægges.

”Jeg havde besluttet, at det ikke var afdelingssygeplejerskerne, der skulle bestemme, hvem de ville have, og hvem de ikke

”Efter at lægernes uddannelse er lavet om, skal lægerne være grenspecialister, ikke intern medicinere. Så er der ikke så mange læger, der er interesseret i at være i et intern medicinsk afsnit uden et grenspeciale,” siger hun.

”Det kan være svært at pege på, hvor en ond cirkel starter. Men problemer med at få en god lægedækning påvirker patientforløbene og plejen, og så bliver det ikke rart at være i sådan et afsnit.”

Et par langtidssygemeldinger gjorde, at plejepersonalet hele tiden måtte kaldes ind til ekstravagter, og M3 havde et stort



Ledende oversygeplejerske Lis Nøddeskou: "Mine medarbejdere har været rigtig dygtige til at se mulighederne og ikke kun det negative."



Tillidsrepræsentant Susan Kjør: "Vi kunne godt forstå, at det måtte være sådan, for vi kunne se, at ledelsen havde tænkt sig godt om, og vi fik deres begrundelser."

ville have. Det var tillidsrepræsentanterne, der ud fra personalets ønsker kunne sige: Hun vil passe ind der, hvor er det godt, at hun har ønsket det som nummer 1," siger Lis Nøddeskou.

"Men mine medarbejdere har også været rigtig dygtige til at se mulighederne og ikke kun det negative. De er hurtigt blevet godt integreret i de andre afdelinger. Og nogle, der før gik og hang med ørerne, gør det ikke mere, men har meldt sig til arbejdsgrupper osv. i deres nye afdelinger."

En rigtig succeshistorie altså. Men så godt

går det desværre ikke hver gang. Til efteråret lukker endnu et af Lis Nøddeskous sengeafsnit i forbindelse med, at Fakse Sygehus bliver afviklet.

"Og jeg har kun fået lov til at få 11 medarbejdere med. Der skal spares mange millioner, så vi har været nødt til at sige 20 op. Det har været forfærdeligt."

*kbj@dsr.dk*

# Det blev først godt efter to år

**Hold ud.** Selv den barskeste organisationsændring kan ende i et nyt og stærkt fagligt fællesskab. Det er skadestuen på Århus Sygehus et eksempel på. Men det tog et par år.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Da Århus Amtssygehus og Århus Kommunehospital i 2004 fusionerede til Århus Sygehus, var de første år en svær og kaotisk tid for sygeplejerskerne i skadestuen.

Skadestuefunktionen blev samlet på Nørrebrogade (det gamle Århus Kommunehospital), men lokalerne var ikke klar til at tage imod de mange flere patienter. Så flytningen foregik i etaper, mens der blev bygget om, og sygeplejerskerne levede i papkasser.

Indtil alt var samlet i renoverede lokaler i Nørrebrogade, måtte man låne lokaler og flytte frem og tilbage på patienter og hjælpemidler i vagtskiftet. Sygeplejerskerne selv rejste rundt med sko og kitler i deres tasker, fordi de nogle dage skulle være i Nørrebrogade, andre i Tage-Hansens Gade (det gamle Århus Amtssygehus).

Skadestuen på Århus Kommunehospital havde stor ekspertise i traumemodtagelse og var vant til et stort flow af kirurgiske patienter. Århus Amtssygehus modtog mange medicinske patienter og havde en velorganiseret akutmedicinsk modtagelse.

Så sammenlægningen betød ikke bare nye kolleger, men også nye opgaver og arbejdsopgaver, især for sygeplejerskerne fra Tage-Hansens Gade. De skulle pludselig sidde i Nørrebrogade som teamledere og fordele patienter til afdelinger i huset, som de ikke kendte og ikke vidste, hvor lå.

Og personalegruppen blev så stor, over

80 personer, at der kunne gå flere måneder imellem, at man var i vagt med de samme kolleger.

## Svært kulturmøde

Kirsten M. Jørgensen var en af de sygeplejersker, der flyttede til Nørrebrogade fra Tage-Hansens Gade, da skadestuerne blev lagt sammen. Hun har svært ved at sætte en dato på, hvor længe en ny vi-følelse var om at opstå.

”Jeg tror, vi for alvor begyndte at sige ”vi”, da flere af de ældre var rejst, og der blev ansat nye kolleger, der hverken havde været en del af kulturen det ene eller det andet sted,” siger Kirsten M. Jørgensen. ”Og efter et par år fik vi en ny leder, som ikke havde været en del af processen.”

Hun oplevede fusionen som hovedkuls og dårligt forberedt, og hun savnede en proces, hvor man sammen fandt frem til mål og værdier for den nye arbejdsplads. For der var store kulturforskelle. Det var arbejdsopgaver, men også menneskesyn, det handlede om.

”På Århus Amtssygehus havde vi f.eks. en fuldt opdateret medicinsk modtagelse med en akutknap, man kunne trykke på, så kom anæstesi, medicinsk bagvagt, laborant og portør automatisk til stede. Og det lå i vores kultur, at patienten fik en seng og en dyne, man hjalp dem af tøjet, sørgede for, at de lå tørt, fik noget at drikke osv.”

Selv om skadestuens ledelse prøvede at bevare det bedste fra de to afdelinger, oplever hun, at plejen kom til at betale prisen for sammenlægningen.

”Vi havde bedre tid til pleje og omsorg i Tage-Hansens Gade. Til gengæld har vi langt bedre muligheder for at monitorere patienterne tæt i dag. Tiden er simpelthen blevet en anden.”

Så Kirsten M. Jørgensen er stadig glad for sit arbejde. Hun kan lide patientgruppen, hun har fået nye arbejdsopgaver som behandlersygeplejerske og visitationssygeplejerske. Skadestuen er en af de bedste i Danmark til at sikre traumepatienters overlevelse, og i de seneste år er der også satset stort på den sygeplejefaglige udvikling.

”Der er muligheder og spændende opgaver, også for sygeplejersker.”

## Dygtige kolleger blev usikre

To år er et realistisk bud på, hvor lang tid det tager, før ”os og dem” bliver til ”vi”, mener afdelingssygeplejerske Hanne Boyles, der var souschef i Nørrebrogade, da sammenlægningen af de to skadestuer startede.

”Det tager tid, og det må man anerkende. Man skal også anerkende, at det var en sorg for nogle, at deres arbejdsplads blev lukket,” siger hun.

Fusionen var svær for sygeplejerskerne fra Tage-Hansens Gade, fordi de var en

### ))) GIV PLADS TIL SORG OG VREDE

Personalet skal have lov til at blive vrede og kede af det over at miste den arbejdsplads, de kender. Og husk, at det ikke kun er den lille gruppe i en fusion, der kan føle et tab. For den store gruppe i en fusion bliver arbejdspladsen heller aldrig den samme.

Tal med hinanden om jeres sorg og vrede, og spørg ledelsen, hvilke konsekvenser beslutningerne får. Også selv om de måske ikke kan svare.

Stol på, at det, du fagligt har stået for indtil nu, er lige så meget værd som det, du skal hen til. Bring din viden og dine erfaringer og dine normer for god sygepleje med.

Politiske beslutninger er et vilkår, du ikke kan ændre. Husk, at du selv har et ansvar for at få noget godt ud af den nye situation.

Fællestillsidsrepræsentant Charlotte Thaarup, Aarhus Sygehus.

### ))) BRUG IKKE SORGPROCESSEN SOM SOVEPUDE

”Pas på med at opfatte forandringer som en sorg, der bare skal bearbejdes og overstås. Det må ikke blive en sovepude for politisk ansvarlige og ledere.”

2.-næstformand Dorte Steenberg, Dansk Sygeplejeråd.





Sygeplejerske Kirsten M. Jørgensen: "Vi begyndte for alvor at sige "vi", da flere af de ældre var rejst, og der blev ansat nye kolleger, der hverken havde været en del af kulturen det ene eller det andet sted."



Afdelingssygeplejerske Hanne Boyles: "Pludselig skulle tingene gøres på en anden måde, og nogle af de ældre kolleger, som havde været rigtig dygtige og højt respekterede, følte sig usikre og kastet ud på dybt vand."

mindre gruppe, der flyttede ind hos en større. Når der var 10 på arbejde, kunne de otte godt være fra Nørrebrogade, og på mange områder var det Nørrebrogades normer, der kom til at gælde. Men sammenlægningen havde omkostninger for alle, oplevede Hanne Boyles.

"Pludselig skulle tingene gøres på en anden måde, og nogle af de ældre kolleger, som havde været rigtig dygtige og højt respekterede, følte sig usikre og kastet ud på dybt vand. Det kostede i selvfølelse og gejst, og hvor meget lyst har man så til udvikling?"

Hanne Boyles' bekymring dengang var, at skadestuen skulle blive for stor og uoverskuelig, og at mange erfarne sygeplejersker ville rejse. Begge dele kom til at holde stik.

De udviklingsprojekter, der var i gang i skadestuen, fortsatte, for de var besluttet højere oppe i systemet. Men det var svært at få resultaterne indført i dagligdagen.

"Vi kunne f.eks. godt uddanne personalet til behandlersygeplejersker, men når de så kom tilbage fra uddannelsen, havde vi svært ved at komme rigtig i gang med behandlersygeplejen," siger Hanne Boyles.

Vendepunktet? Ja, to år efter fusionen skete der i hvert fald to ting, der pegede fremad. I stedet for én afdelingssygeplejerske fik skadestuen to, så der blev kræfter til lidt mere end dagen og vejen. Kort efter blev den ny ombyggede skadestue indviet.

"Da var vi alle sammen på fremmed grund, selv om det var i nogenlunde samme lokaler, så da fik vi vores fælles arbejdsplads."

I dag kan Hanne Boyles godt se de fordele, hun havde svært ved at få øje på i starten.

"Vi har en stor mangfoldighed, og de sygeplejersker, der er i skadestuen i dag, er samtidig behandlersygeplejersker og visi-

tationssygeplejersker. De modtager akutte medicinske og kirurgiske patienter, de er i Traumecentret, Center for Voldtægts ofre og Skadeambulatoriet. I dag er vi der, hvor personalet er med og vil det hele.

Men man kan ikke være personaleleder for mere end 40-45 personer, og jeg tror heller ikke, vi kan blive ved med at være så meget generalister, at vi kan rumme alt. Jeg tror, vi skal tænke i mindre faglige fællesskaber inden for de store fælles akutmodtagelser, vi skal have i fremtiden."

*kbj@dsr.dk*

Rigtig mange sygeplejersker bruger deres uddannelse til frivilligt arbejde. Vi følger nogle af de mange entusiaster og undersøger, hvad der får dem til at brænde for sagen.

**Uden for fængslet.** Foreningen SAVN hjælper familier, hvor far eller mor sidder i fængsel. Sygeplejerske og familierapeut Dorte Bærentzen er én af foreningens frivillige. Hun har især fokus på børnene, som også bliver straffet, når en forælder sidder inde.

# Terapi til de GLEMTE FAM



AF JULIE WINTHER BENGTSOEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

Det lille lokale er badet i blødt lys. På væggen hænger oliemalerier i stærke farver, og en plante med dekorative runde blade pynter på det hvidmalede bord, hvor familien Rantanen har slået sig ned sammen med Dorte Bærentzen. Men det er ikke bare en hyggevisit, det er en terapisesion i et mødelokale på Frederiksberg.

Dorte Bærentzen er uddannet sygeplejerske og familierapeut, og i sin fritid arbejder hun frivilligt for foreningen SAVN, der hjælper pårørende til indsatte i landets fængsler. Faderen i familien Rantanen sidder i fængsel, og det har fået stor betydning for moderen Mitce, sønnen Mickey, datteren Monique og yngstemand Mikkel på tre. Mikkel er endnu for lille til at være med.

”Jeg var på kontoret tre gange i dag,” svarer Mickey Rantanen på 14 år med et undertrykt smil, da Dorte Bærentzen starter ud med at spørge, hvordan det går i skolen. Og så har de taget hul på dagens første emne: Mickeys kampe med lærerne henne i skolen. Lillesøster Monique Rantanen på 11 år lægger hovedet i armene på bordet. Dorte Bærentzen lader hende ligge. Hun ved, at Monique stadig lytter efter.

Familien Rantanen er kommet her et par gange om måneden i over et halvt år. Men de er ikke Dorte Bærentzens eneste frivillige tjans, for hun giver gratis terapi til to-tre familier ad gangen. De er alle henvist til hende via SAVN og har det til fælles, at den ene forælder afsoner en længere fængselsdom.

Dorte Bærentzen har været frivillig hos SAVN i godt et år. Men det er ikke nyt for hende at hjælpe familier på denne måde. Til daglig er hun leder af en børne- og familieinstitution under Københavns Kommune, og erfaringen herfra giver hende god ballast i forhold til det frivillige arbejde. Desuden har hun en privat praksis, hvor hun ligeledes arbejder med terapi og rådgivning til familier.

## Forebyggende indsats

Terapisamtalerne har som formål at præge familiernes hverdag og syn på omverdenen i en positiv retning.

”Statistikkerne viser, at op mod halvdel af de børn, hvis forældre har siddet i fængsel, selv ryger ind senere i livet. De



"Dorte er god til at lytte, og man kan snakke med hende om alt, også selvom hun ikke altid er enig i det, man siger," lyder det fra Monique Rantanen på 11 år.

# ILIER

vender sig mod systemet og ender ofte med at komme ud på et forkert spor. Derfor ser jeg det som et stykke forebyggende arbejde, jeg laver," siger Dorte Bærentzen.

Det er ikke så væsentligt for Dorte Bærentzen, hvorfor Mickeys og Moniques far er i fængsel. Hun fokuserer mest på, at han er væk hjemmefra, og hvad det betyder for familien.

"Jeg ved godt, hvad han sidder inde for, men i øjeblikket er han ikke en del af terapien," siger hun. "Men f.eks. rådgiver jeg børnene, hvis de gerne vil have hjælp til at finde ud af, hvad de skal sige, når kammeraterne spørger til faderen."

Dorte Bærentzen arbejder ikke med fløjshandsker på, selvom der er mange grunde til at have ondt af børnene i fami-

lien. En del af terapien er at stille kritiske spørgsmål til forkerte mønstre:

"Mickey, jeg vil da gerne høre om, hvad du har gjort for at blive sendt på kontoret tre gange?"

Og da svaret kommer:

"Hvorfor ville du ikke tage fødderne ned fra bordet, da din lærer bad dig om det? Synes du selv, at din adfærd er i orden?"

**"Statistikkerne viser, at op mod halvdelen af de børn, hvis forældre har siddet i fængsel, selv ryger ind senere i livet. De vender sig mod systemet og ender ofte med at komme ud på et forkert spor. Derfor ser jeg det som et stykke forebyggende arbejde, jeg laver."**

Hun inddrager også de andre familie-medlemmer i diskussionen:

"Hvad synes du om det, Mitce?"

Og Mickeys mor synes selvfølgelig ikke, det er i orden. Hun ved bare ikke altid, hvad hun skal gøre.

Ifølge Dorte Bærentzen er det et typisk problem i disse familier, og hun arbejder derfor meget med at styrke moderens autoritet. **▶**



”Det ser ikke sådan ud, når jeg sidder her i mit eget tøj langt fra et sygehus, men jeg tænker ofte som en sygeplejerske, når jeg snakker med familierne,” siger Dorte Bærentzen.



Dorte Bærentzen placerer altid diskret et ur i vindueskarmen for ikke at miste tidsfølelsen under terapi-sessionerne.

» Terapien baserer Dorte Bærentzen både på sin uddannelse som familierapeut og som sygeplejerske, hvor hun har erfaring fra psykiatrien.

”Det ser ikke sådan ud, når jeg sidder her i mit eget tøj langt fra et sygehus, men jeg tænker ofte som en sygeplejerske, når jeg snakker med familierne,” siger Dorte Bærentzen.

”F.eks. kom Mickey tidligere alt for sent i seng i forhold til, at han stadig vokser. Så kunne jeg bruge min viden om hjernens udvikling og søvnbehov til at forklare, hvor vigtigt det er, at han kommer i seng i ordentlig tid. Og siden har han selv taget ansvar for at komme i seng og stå op i god tid om morgenen.”

Dorte Bærentzen bruger også sin viden til psykoedukation og hjælper dermed familien med at forstå deres reaktioner i forskellige situationer. Det kan også bruges til at afhjælpe børnenes frygt for at være anderledes:

”Mickey havde hørt sin far omtalt som en psykopat, og han blev enormt bange for, at han også selv var psykopat. Der kunne

jeg lære ham om, hvad en psykopat er, og hvorfor jeg mener, at han ikke er det,” siger hun.

#### De øver sig

Det bedste for Dorte Bærentzen er, når hun kan se, at familierne udvikler sig og øver sig på at bruge de redskaber, hun giver dem. F.eks. er Mickey blevet mere opmærksom på, når han siger noget, der sårer hans søster. Så da Monique i dag fortæller, at ordet ”luder” for nylig fløj ud af storebrørens mund og ramte hende hårdt, kan Mickey tilføje, at han altså sagde undskyld bagefter.

”Selvfølgelig er det uacceptabelt, at han kalder sin søster for sådanne ting. Men samtidig er det en vigtig udvikling, at Mickey undskyldte bagefter. Han har lært at reflektere over sit ordvalg og anerkender, når han gør noget forkert,” siger Dorte Bærentzen.

Det er alvorlige emner, der bliver taget op i det lille lokale, men alligevel er her plads til humor. Samtalen drejer sig nu om, at Mickey blev smidt hjem fra skole, fordi han nægtede at vende sin kasket rigtigt.

Igen spørger Dorte Bærentzen ind til, hvad han synes om sin opførsel.

”Men det var jo for lærerens skyld, at jeg havde vendt den forkert – så jeg bedre kunne se hende i øjnene,” prøver han.

”Ved du hvad, Mickey, jeg køber ikke dine historier,” griner Dorte Bærentzen. Mickey gengælder med et skævt smil og nikker en smule.

Noget af det, Dorte Bærentzen har været mest forundret over i mødet med disse splittede familier, er, hvor meget samfundets moral præger familien.

”Børnene er ofte præget af skyld og skam, og de kæmper med at skulle forsvare, hvad den indsatte forælder har gjort. De oplever, at omverdenen forventer, at de opfører sig som børn af kriminelle,” påpeger hun og fortsætter:

”På en måde kan man sige, at retten dommer de kriminelle, mens samfundet dommer familien.”

Dorte Bærentzen er i øjeblikket den eneste familierapeut på Sjælland, som hjælper familier med gratis terapi gennem SAVN.

*jwb@dsr.dk*

”På en måde kan man sige, at retten dømmer de kriminelle, mens samfundet dømmer familien.”

Sygeplejerske og familierapeut Dorte Bærentzen.

Læs mere om foreningen SAVN på [www.savn.dk](http://www.savn.dk)



## Nyhed!

# Natusan® first touch. Udviklet til spædbarnets unikke hud.

Forskning viser, at spædbørns hud er næsten en tredjedel tyndere end voksnes hud,<sup>1</sup> og at den taber fugt hurtigere end voksnes.<sup>2</sup> Derudover får 60 % af alle småbørn tør hud i løbet af deres første leveår,<sup>2</sup> og op til 50 % får udslett på numsen i løbet af den tid, de bruger ble.<sup>3</sup> Hudplejeprodukterne i Natusan first touch-serien er udviklet specifikt til spædbarnets unikke hud og indeholder hverken parfume eller farvestoffer. Natusans produkter er baseret på omfattende dokumentation og mere end 60 års klinisk erfaring.



**Dokumenteret mild mod huden**  
Test af ingredienserne  
Test af sikkerhed og tolerance  
Dermatologisk testet



**No More Tears® - mild mod øjnene**  
Test af ingredienserne  
In vitro-test: irritation og lakrimation  
In vivo-test: irritation og svie



Astma-Allergi  
Forbundet

Samtlige produkter  
undtagen vaskeservietter



Zink, Bath, Lotion og Schampo

<sup>1</sup>Stamatas GN et al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and at the cellular level. *Pediatric Dermatology*, 2009; July/Aug issue.

<sup>2</sup>Nikolovski J, et al. Barrier function and water-holding and transport properties of infant stratum corneum are different from adult and continue to develop through the first year of life. *J Invest Dermatol* 2008; 128:1728–36.

<sup>3</sup>Atherton D, Mills K. What can be done to keep babies' skin healthy? *RCM. Midwives* 2004;7:288–290.



**VIS GRETE DIN ARBEJDSDAG**

”Formand i praktik” er en ny føljeton i Sygeplejersken, hvor Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen besøger et bredt udsnit af sygeplejerskernes arbejdspladser og følger en sygeplejerske i løbet af hendes eller hans arbejdsdag.

Kunne du tænke dig, at Grete Christensen fulgte dig i dit arbejde, så send en mail til Lotte Havemann på lha@dsr.dk eller til Mads Krøll på mkc@dsr.dk

Sundhedsplejerske i Københavns Kommune Marie Weitze (tv.) og Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen på vej ud på familiebesej på Amager. Marie Weitze kan have op til tre familiebesej om formiddagen og et par stykker igen i eftermiddagstimerne. ”Vores børnetal er voldsomt stigende, og det skaber udfordringer for os, fordi økonomien ikke helt følger med demografien. Derfor skal vi enten sænke antallet af besej eller være kortere tid hvert sted i fremtiden,” fortæller Marie Weitze.

**FORMANDEN I PRAKTIK**

# Bismervægt og Boel-test

**Visit.** Ny føljeton sender Dansk Sygeplejeråds formand i klinik. Første besej i rækken er sundhedsplejen i Københavns Kommune.

AF MADS KRØLL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTOGRAF: SIMON KLEIN-KNUDSEN

En lille pige, der absolut ikke vil ligge på maven, og BOEL-test af en otte måneder gammel dreng. Det var nogle af de udfordringer, Dansk Sygeplejeråds formand Grete Christensen oplevede, da hun fulg-

tes med sundhedsplejerske Marie Weitze, som er ansat i område Amager, det største distrikt i Københavns Kommunes sundhedspleje.

Første besej er hos Dagmar på 2½ må-

ned og hendes mor Louise. Pigen, der både bliver vejlet og målt under besejet, vil kun ligge på ryggen, og det kan give risiko for fladt og evt. skævt baghoved. Løsningen er dog ligetil, forklarer Marie Weitze:

”Når Dagmar ligger på maven, så rul et håndklæde og læg det under hendes bryst. Så får hun støtte til at løfte hovedet.”

Efter ca. 40 minutter hos Dagmar og Louise cykler Marie Weitze og Grete Christensen videre til næste besej hos Kalle på otte måneder og hans forældre. Formålet med besejet er, at Marie Weitze skal gennemføre en BOEL-test på Kalle. Han klarer testen uden problemer.

Både Dagmar og Kalle kommer til at møde sundhedsplejen igen. Ikke bare i spædbarnsalderen, men også når de starter i skole.

**Ny opgave fra årsskiftet**

”Københavns Kommune har besluttet, at vi sundhedsplejersker skal overtage ind- og udkolingsundersøgelserne af kommunens skolebørn fra 1. januar 2011. Det er en stor udfordring, som vi glæder os meget til,” fortæller Marie Weitze og fortsætter:

**))) SUNDHEDSPLEJERSKEUDDANNELSEN**

Sundhedsplejerskeuddannelsen tager i dag et år, heraf 21 dages klinisk uddannelse. Uddannelsen er en videreuddannelse oven på sygeplejerskeuddannelsen. Både Professionshøjskolen Metropol i København og VIA University College i Århus udbyder den, og det er muligt enten at få SU eller tjenestefrihed med løn under uddannelsen.

Dansk Sygeplejeråd har længe arbejdet for at få gennemført en gennemgribende revision af sundhedsplejerskeuddannelsen, så den afspejler sundhedsplejerskernes udviklede funktionsområde, herunder bl.a. varetagelse af ind- og udkolingsundersøgelser. Uddannelsen forventes at blive etableret som en 1½-årig specialuddannelse på masterniveau.

Kilde: Dansk Sygeplejeråd.

**SUNDHEDSPLEJEN I KØBENHAVNS KOMMUNE**

Københavns Kommune har ca. 190 sundhedsplejersker ansat. Sundhedsplejerskernes grundydelse er at yde sundhedspleje til børn i alle aldre og deres forældre. Der fødes hvert år omkring 8.000 børn i kommunen. Som noget nyt skal sundhedsplejerskerne i Københavns Kommune fra 1. januar 2011 varetage udvidele ind- og udkolingsundersøgelser af kommunens skolebørn. Det drejer sig om ca. 7.500 undersøgelser årligt.

Kilde: Københavns Kommune.





Marie Weitze dokumenterer sine observationer under familiebesøgene på sin bærbare pc og udfylder dermed journalen på stedet. Efterfølgende skrives de samme oplysninger ind i "Barnets Bog".

Lille Dagmar på 2½ måned skal vejes. Vægten viser 5,05 kg, hvilket ifølge Marie Weitze er helt normalt. Dagmars far tager tre måneder af barslen. "Det betyder meget for børnenes udvikling, at fædre tager en del af orloven," siger Marie Weitze.

Marie Weitze og Grete Christensen laver BOEL-test på Kalle på otte måneder. BOEL står for "Blik Orienteret Efter Lyd" og er en standardiseret funktionsundersøgelse, som sundhedsplejersker foretager, når barnet er mellem syv og ni måneder. Kalle klarer testen perfekt.

"For at kunne overtage ind- og udskolingsundersøgelserne fra skolelærerne skal alle kommunens sundhedsplejersker på et seksdages kursus. Selv om det ikke er alle sundhedsplejersker, der kommer til at varetage undersøgelserne, har kommunen alligevel valgt, at vi alle skal på kursus, fordi det skaber fleksibilitet i hverdagen, at alle kan varetage opgaven."

Netop placeringen af ind- og udskolingsundersøgelser hos landets sundhedsplejersker har været en mærkesag for Dansk Sygeplejeråd. Derfor er Grete Christensen glad for, at også landets største kommune, København, har besluttet at lade sundhedsplejerskerne varetage opgaven. Hun siger:

"Mange kommuner landet over gør det allerede. Det er rigtig positivt, at vi har fået

brudt lægernes monopol på det område, selv om det bestemt var en hård kamp. Men nu får alle landets skolebørn de undersøgelser, de har brug for, samtidig med at sundhedsplejerskerne kan anvende deres kompetencer endnu mere."

*mkc@dsr.dk*

**AKUT**  
 Akutsygeplejersker står i front på de mange nye fælles akutmodtagelser, der skyder op på sygehuse landet over. Fagbladet Sygeplejersken sætter i de kommende måneder fokus på akutsygeplejerskens nye udfordringer på vejen mod en ny faglig identitet.

# Akutsygeplejersker må stå sammen

**Fagligt sammenhold.** Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA, arbejder for at gøre akutsygepleje til et nyt nationalt sygeplejespeciale.

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Sygeplejersker på landets akutafdelinger må stå sammen for at skabe en fælles identitet. Så klar er meldingen fra formanden for Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA, akutsygeplejerske Claus Skriver.

DAENA's formand ser et klart modsætningsforhold mellem de politiske ambitioner om øget specialisering, større sygehuse fyldt med sundhedsfaglige specialister og så det faktum, at man ikke har investeret i en national uddannelse af de sygeplejersker, der er nøglepersoner på de kommende fælles akutmodtagelser, FAM'erne.

DAENA blev stiftet i foråret og har allerede fået mere end 200 medlemmer. Det er et uafhængigt selskab, som repræsenterer erfarne sygeplejersker på skadestuer og akutmodtagelser landet over. Formand Claus Skriver arbejder til daglig som udviklings- og kvalitetskoordinator på akutafdelingen på Hillerød Hospital.

## Danmark er bagud

"Akutsygeplejersken skal være specialist i at modtage, diagnosticere, behandle, observere og visitere relevante akutte patienter videre til specialisterne. Den ud-

fordring er ens for sygeplejersker over hele landet, efterhånden som planerne for de fælles akutmodtagelser realiseres. Derfor har vi et påtrængende behov for et nyt sygeplejespeciale. Men hverken fra Sundhedsstyrelsens eller Danske Regioners side har man gjort noget for at definere opgaverne eller hvilket personale, der skal ansættes for at løse disse," siger Claus Skriver. Han efterlyser dels en national uddannelse i akutsygepleje, dels en definition af akutsygeplejerskens arbejdsområde.

"Det er uhørt, at vi i Danmark er så langt bagud, når akutmodtagelserne allerede fungerer flere steder. Anæsthesispecialitet er f.eks. klart beskrevet. Sygeplejersker, der ønsker at arbejde med anæstesi, skal igennem et toårigt uddannelsesforløb, ellers får de ikke lov at bedøve patienter. På samme måde må vi skabe en rollemodel for akutsygeplejersken. Vi må afklare, hvilken identitet og hvilket arbejdsområde akutsygeplejersken skal have."

## Effektive blækspruttesygeplejersker

Claus Skriver ser akutsygeplejersken som en slags "blækspruttesygeplejerske", der i overført betydning skal kunne lægge gips

med den ene arm og håndtere et hjertestop med den anden.

"Alle analyser viser, at skal vi være effektive i sundhedsvæsenet, så er det vigtigt, at vi starter alle forløb rigtigt op. Den måde, vi modtager patienter på, skal være standardiseret, evidensbaseret og af høj kvalitet. Den opgave kan vi kun løse, hvis vi får skabt en national standard for akutsygepleje, hvor uddannelse og kompetencer er nøje afstemt med de faglige udfordringer, som kræves i akutmodtagelserne, når man skal modtage den store gruppe af uafklarede akutte patienter," siger Claus Skriver. Han finder det uheldigt, at hver region i øjeblikket har hver sin akutuddannelse.

redaktionen@dssr.dk

"Alle analyser viser, at vi skal være effektive i sundhedsvæsenet, så det er vigtigt, at vi starter alle forløb rigtigt op. Den opgave kan vi kun løse, hvis får skabt en national standard for akutsygepleje."



”Det er uhørt, at vi i Danmark er så langt bagud, når akutmodtagelserne allerede fungerer flere steder. Vi må afklare, hvilken identitet og hvilket arbejdsområde akutsygeplejersken skal have.”

Claus Skriver, formand for Dansk Selskab for Akutsygepleje, DAENA.



**Værdifuldt fællesskab.** To regioner – Midtjylland og Nordjylland – tilbyder som de første danske regioner en fælles akutuddannelse for sygeplejersker og læger.



## Fælles akutuddannelse i midt og nord

AF ANNETTE HAGERUP, JOURNALIST

Region Midtjylland har i samarbejde med Region Nordjylland udviklet en fælles akutuddannelse for de sygeplejersker og læger, der skal arbejde i fremtidens store fælles akutmodtagelser.

Akutuddannelsen er etårig for sygeplejersker og toårig for læger.

”Den store fordel ved det her uddannelsstilbud er, at det er tværfagligt og omfatter teamtræning, hvor både sygeplejersker og læger deltager. Det giver en utroligt god dynamik, at vi kan stå og træne sammen med de kolleger og faggrupper, vi også arbejder sammen med til hverdag. Vi trænes på kryds og på tværs. Det giver os et fælles fundament og en værdifuld viden om hinandens kompetencer,” fortæller udviklingssygeplejerske på Århus Universitets-hospital, Annette Jakobsen, som er uddannelsesansvarlig for akutuddannelsen i Århus og selv kursusdeltager.

Den etårige akutuddannelse for sygeplejersker består dels af klinisk undervisning, afhængigt af den enkelte sygeplejerskes kompetencer, og dels af 30 teoridage fordelt over året. Derudover skal kusisterne i praktik i ca. fire uger på deres eget sygehus i de specialer, de mangler.

Uddannelsen blev oprindeligt udviklet i Region Midtjylland, hvor den også startede i oktober 2009. Men allerede tidligt i forløbet blev der etableret et samarbejde med Region Nordjylland omkring udviklingen og gennemførelsen af uddannelses tilbuddet. Det betyder, at kursister fra Nord- og Midtjylland jævnligt mødes

til fælles kurser og får mulighed for at udveksle erfaringer.

På længere sigt skal der etableres fælles akutmodtageafdelinger på fem hospitaler i Region Midtjylland samt et antal steder i Region Nordjylland. Århus Universitets-hospital samles i fremtiden på marken ved det nuværende Skejby Hospital. Planen dér er at etablere en akutmodtagelse med i alt 100 senge og 500 ansatte. Men p.t. er der ikke overblik over, hvor mange der skal igennem akutkurset, og hvor hurtigt det skal ske. I første omgang har man valgt at uddanne de erfarne sygeplejersker med

et samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland, og Niels Kristian Villumsen håber, samarbejdet kan virke inspirerende på de øvrige af landets regioner.

”Man regner med, at op mod 70 pct. af alle patienter i fremtiden vil blive færdigbehandlet på akutafdelingerne. Der bliver tale om kæmpeafdelinger, og det øger samtidig behovet for en bred akutuddannelse til de sygeplejersker, der skal arbejde her. Vi får brug for en uddannelsesopbygning, der kan tilgodese alle de patientgrupper, der kommer på en akutafdeling,” siger han.

”Man regner med, at op mod 70 pct. af alle patienter i fremtiden vil blive færdigbehandlet på akutafdelingerne. Det øger behovet for en bred akutuddannelse til de sygeplejersker, der skal arbejde her.”

Niels Kristian Villumsen, uddannelseskonsulent i Region Midtjylland

minimum to års arbejde på en akutafdeling. Ca. et halvt hundrede sygeplejersker og 24 læger fra Nord- og Midtjylland er i gang med uddannelsen.

### Moduler kun for sygeplejersker

En helt ny type modulopdelte akutuddannelse, som kun er for sygeplejersker, vil efter al sandsynlighed kunne tilbydes fra foråret 2011, fortæller uddannelseskonsulent i Koncern HR, Region Midtjylland, Niels Kristian Villumsen.

Den nye moduluddannelse laves også i

Moduluddannelsen vil bestå af et basismodul samt to spor for hhv. akutsygepleje og behandlersygepleje. Niels Kristian Villumsen siger:

”Jeg tror ikke, det er realistisk, at alle sygeplejersker på akutafdelingerne vil få sig en diplomuddannelse. Dét, der er behov for, er en uddannelse for de mange. Mit håb er, at vi får en fælles uddannelse, der betyder, at sygeplejersker uden problemer kan flytte fra en del af landet til en anden.”

redaktionen@dsr.dk

## Kronisk sygdom er en bombe under sundhedsvæsenet

Problemerne med kronisk sygdom har fyldt meget i mediebilledet den seneste tid – og med god grund. Danmark har det højeste antal dødsfald, som kan forebygges, i Europa. Sygehusene er fyldt med patienter med KOL eller hjertesygdomme, som aldrig burde være endt i en hospitalsseng. Og hvert år forlader alt for mange danskere arbejdsmarkedet som følge af komplikationerne af en kronisk sygdom. F.eks. fordi deres diabetes i årevis har været for dårligt reguleret.

Nye tal peger på, at op mod 80 pct. af Danmarks sundhedsudgifter skyldes kronisk sygdom. Det tal vil blive endnu højere, når antallet af kronisk syge stiger fra 1,7 millioner i dag til to millioner i 2020. Det er en skræmmende udvikling. Vi kan simpelthen ikke fastholde kvaliteten i sygepleje og behandling, hvis vi skal håndtere så mange kronisk syge patienter.

**"Nu skal det være slut med fri leg. Indsatsen skal være obligatorisk og systematisk. Forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer skal simpelthen følges."**

Udviklingen kaster skygger ind over hele velfærdssamfundet. I en situation med mange ældre og få unge bliver der hårdt brug for alle kræfter, og det er katastrofalt, at sygefravær og tidlig tilbagetrækning dræner arbejdsmarkedet for medarbejdere. For at sige det rent ud: Kronisk sygdom kan blive en bombe under sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet. Politikerne skal handle – og de skal gøre det nu.

Danmark skal have en national handleplan, som forpligter aktørerne – kommuner, regioner og almen praksis – til at gøre en større indsats. I dag er alt for meget frivilligt, når det kommer til kronisk sygdom. Det er helt håbløst. Kunne man f.eks. forestille sig, at det var frivilligt for kommunerne, om de ville drive en tandpleje? Eller drive børnehaver for den sags skyld? Nu skal det være slut med fri leg. Indsatsen skal være obligatorisk og systematisk. Forløbsprogrammer og kliniske retningslinjer skal simpelthen følges.

Planen skal på den ene side sikre mere borgerrettet forebyggelse, så færre får en kronisk sygdom. Sundhedsplejerskerne skal endnu mere i spil og bruges målrettet i udsatte familier. Kommunerne skal have større incitamenter til at forebygge, og de sunde valg i supermarkedet skal være mere attraktive.

På den anden side skal planen sikre mere patientrettet forebyggelse. Alle, som har en folkesygdom, skal have tilbud om kontrol og justering, så de så vidt muligt undgår følgesygdomme. Patienter, der har behov for det, skal have en forløbskoordinator. Og de, der glemmer en aftale, skal have en opringning, så de kan komme ind og få tjekket deres tal. Vi skal også have en videreuddannelse til sygeplejersker, som arbejder med kronisk sygdom. Dansk Sygeplejeråd har længe presset på for sådan en uddannelse, og vi sidder nu med i en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen, som skal komme med et forslag til uddannelsen.

Sygeplejersker er nøglespillere i forhold til både borgerrettet og patientrettet forebyggelse. Det gælder uanset, hvor i sundhedsvæsenet vi arbejder. Vi er parate til at spille en endnu større rolle. Nu handler det om, at politikerne skal sætte en national indsats i gang. Det har både borgerne, sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet behov for.



*Grete Christensen*

Grete Christensen, formand

## KURSER OG

## EFTERUDDANNELSE

MASSAGE, BERØRING OG  
KONTAKT TIL SPÆDBØRN

– inspiration til at instruere forældre og omsorgspersoner i at give spædbørn massage

**Målgruppe:** sygeplejersker, pædagoger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, massage terapeuter m.m.

**Dato:** 22.-26. november 2010 kl. 9–15

**Sted:** Campus Roskilde, Ibsgården 222, 4000 Roskilde

**Underviser:** Cand.mag. og lektor Inger Hartelius

**Pris:** 7.500 kr.

**Tilmelding:** 1. oktober 2010

Du kan læse mere på [www.ucsj.dk/cv](http://www.ucsj.dk/cv), hvor du også kan tilmelde dig.

For yderligere information kontakt uddannelseskonsulent Inger Hartelius, [iha@ucsj.dk](mailto:iha@ucsj.dk), 7248 1294.

University College  
Sjælland

## Sygeplejerskers seksualitet – er det interessant?

AF ARNE KOLSUM, SYGEPLEJERSKE, CAND.CUR.

*Kommentar til 3.-pladsen i Sygeplejerskens novellekonkurrence, "Snottinggate", præsenteret i Sygeplejersken nr. 13/2010.*

Som mandlig sygeplejerske og bøsse er jeg nødt til at reagere på omtalen af og indholdet i *Sygeplejerskens* novellekonkurrences tredjeplads, "Snottinggate".

Det er prisværdigt, at danske sygeplejersker og DSR sætter fokus på negative fordomme, som måtte ramme sygeplejersker. Men jeg er ret uforstående over, at det er interessant at tage fat på fordommen om, at mandlige sygeplejersker er bøsser. Så vidt jeg ved, er mange mandlige sygeplejersker bøsser, men der er også mange heteroer. Men uanset hvad – hvorfor er det interessant at beskæftige sig med mandlige sygeplejerskers seksualitet, og for hvem er det interessant? Er det for bøsserne, for heteroerne, for kvinderne, for mændene? Og hvis det er interessant, hvorfor beskæftiger man sig ikke også med de kvindelige sygeplejerskers seksualitet, f.eks. de lesbiskes?

Det undrer mig, at Jette Bagh mener, at

"Snottinggate" frimodigt tager fat på en cementeret fordom. Nu kender jeg ikke Jette Baghs opfattelse af begrebet frimodigt, men for mig skal der mere til. For mig tager novellen ikke fat på fordommen. Tværtimod er den med til at cementere forventningen om, at mandlige sygeplejersker skal være til kvinder. Tykke Per er gift og far – hurra! Og ih, hvor er det pinligt, at Lise insinuerer, at Per er til mænd! Hvis I vidste, hvor mange gange jeg er blevet spurgt om ægteskab, kone m.m., uden at det har været det mindste pinligt. En måde at tage fat på fordommen kunne være at gå dybere ned i emnet og sige noget om den reelle fordeling af seksualitet blandt kvindelige og mandlige sygeplejersker – og noget om kønnets og den seksuelle orienterings betydning for valg og udøvelse af profession. Se dét kunne være interessant! Så ville det være realiteter og ikke fordomme, det handlede om.

*Arne Kolsum er forstander på plejehjemmet Søster Sophies Minde, Frederiksberg.*

*Jette Bagh svarer på næste side.*

DET FARMACEUTISKE FAKULTET  
KØBENHAVNS UNIVERSITET



## Evidensbaseret lægemiddelanvendelse i praksis

### - nyt kursus på masterniveau

Kurset henvender sig til personer, der arbejder med evidensbaseret lægemiddelanvendelse, patientsikkerhed og kvalitetssikring af lægemiddelanvendelse, heriblandt sygeplejersker, både inden for den offentlige og den private sektor.

Kurset giver dig overblik over forskellige aspekter af patientsikkerhed i forbindelse med lægemiddelanvendelse, lægemiddelrelaterede problemer og -sygelighed i både primær- og sekundærsektoren. Du får indsigt i kvalitetssikringstiltag i sundhedssektoren og viden om metoder til planlægning, implementering og dokumentation af lægemiddelanvendelse og lægemiddelsikkerhed.

*Kursusdage: 15.-17. november 2010 og 18.-20. januar 2011+ projektarbejde.*

*Tilmeldingsfrist: 17. september 2010.*

Læs mere på: [www.farma.ku.dk/mdm](http://www.farma.ku.dk/mdm) eller kontakt: [master@farma.ku.dk](mailto:master@farma.ku.dk)





## Svar

AF JETTE BAGH, FAGREDAKTØR, SYGEPLEJERSKEN

Kære Arne Kolsum!

Tak for din kommentar. Frimodig betyder frejdig, ubekymret, tilidsfuld, også for mig. Og for mig tager novellen fat på den fordom, at alle mandlige sygeplejersker er bøsser, og den fordom lever i bedste velgående, selv om den generer dig. Læs blot "5 faglige minutter" i *Sygeplejersken* nr. 12/2010. Her spørger den 90-årige skribent to gymnasiedrenge, om de kunne tænke sig eller kender nogen, der kunne tænke sig at blive sygeplejersker. "Nej, i hvert fald ikke. Det er ikke noget for mænd, men hvis de er bøsser, kan det godt være," lyder svaret eftertænksomt.

Jeg synes, novellen er morsom, fordi hovedpersonen prætenderer et frisind, som hun åbenlyst finder politisk korrekt i situationen, og fordi man flere gange overraskes, når historien tager en uventet drejning. Novellekonkurrencen var et forsøg på at åbne spalterne for skrivende sygeplejersker og det, de er optaget af, konkurrencen var ikke ment som en præsentation af kommende forskningsområder. Din løsning, at gå dybere ned i emnet og undersøge den reelle fordeling af seksualitet hos mandlige og kvindelige sygeplejersker, vil være i strid med registerloven. Oplysninger om enkeltpersoners rent private forhold, herunder oplysninger om race, religion og hudfarve, om politiske og seksuelle forhold, må ikke registreres.

## ))) HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



## Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Udfører du frivilligt arbejde?


Læs artiklen "Terapi til de glemte familier" på side 22 i dette nummer af *Sygeplejersken*.Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 13/2010:

Har du i løbet af din sommerferie glædet dig til at komme tilbage på arbejde?

Svar antal pct.

|              |            |             |  |
|--------------|------------|-------------|--|
| Ja           | 53         | 47,7        |  |
| Nej          | 53         | 47,7        |  |
| Ved ikke     | 5          | 4,5         |  |
| <b>I alt</b> | <b>111</b> | <b>99,9</b> |  |

## Lone Gjødsbøl

 Lone Gjødsbøl døde den 29. juli efter en lang sygdomsperiode. Hun døde kun 59 år gammel. Hun blev uddannet i 1974 på Vendsyssel Sygeplejerskole og blev i 1979 ansat her på operationsafdelingen på Vejle Sygehus.

Lone vil altid blive husket for sin store faglige viden og kunnen. Hun deltog altid positivt og aktivt i de forskellige forandringer og omrokninger, der foregår på en operationsafdeling.

Allermest vil vi dog savne hendes altid venlige væsen, hendes omsorg for kollegerne og dejlige humør. Lone var en meget vellidt kollega, og hun efterlader et stort tomrum på afdelingen.

Vores tanker går til hendes mand, Finn, og deres to døtre, svigersønner og børnebørn.

På vegne af Lones kolleger.

*Ilse Hede Hansen, Lotte Hveisel og Bente Grauengaard.*

# Sorbact®

## Grøn sårbehandling



Elektronmikroskopisk billede af Sorbact's overflade med *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Candida albicans* bundet til den unikke overflade.

- ✓ Ingen påvist resistensudvikling
- ✓ Ingen miljøpåvirkning
- ✓ Til alle typer sår
- ✓ Effektivt og økonomisk
- ✓ Veldokumenteret

Vidste du, at der findes et sårbehandlingssortiment, som er bakteriebindende?

**Sorbact-metoden** bygger på, at patogene bakterier og svampe binder til forbindingen gennem hydrofob interaktion.

Fordele er, at man får en effektiv behandling uden risiko for resistensudvikling og negative miljøkonsekvenser.

Sorbact-serien består af kompres, meche, absorptionsforbinding, gazevisker og kirurgisk forbinding med sårpude - alle i flere forskellige størrelser.

- Binder ved væskende, koloniserede og inficerede sår
- Behandler svampeinfektion i hudfolder
- Beskytter og reducerer "rene" sår



Få mere information og en præsentation af hele Sorbact-serien. Kontakt os! ABIGO's dygtige konsulenter/sygeplejersker ser frem til at møde dig!



## Salg &amp; distribution:

Mediq Danmark A/S · Tlf. 36379200  
Abena A/S · Tlf. 74311818  
Danpleje OneMed A/S · Tlf. 86109109

ABIGO Pharma A/S · Kundeservice: tlf. +45 4649 8676 · www.abigo.dk

# KOMPLEMENTÆR OG ALTERNATIV BEHANDLING PÅ VEJ MOD EN INTEGRERET MEDICIN

En videnskabeligt velunderbygget indføring i alternative behandlingsformer for sundhedsprofessionelle. Nu i dansk oversættelse.



**Kr. 348,-**  
(vejl.)  
304 sider

LÆS MERE PÅ [WWW.MUNKSGAARDANMARK.DK](http://WWW.MUNKSGAARDANMARK.DK)

## inpraxis 2011

Tilbyder følgende uddannelsesforløb

- Systemisk og narrativ konsulentuddannelse I – tværfaglig
- Systemisk og narrativ konsulentuddannelse II
- Supervisor- og coachuddannelse - tværfaglig
- Narrativ Supervision og Coaching - overbygningsforløb

### TILMELDING

**www.inpraxis.dk**

Cand. psych. **Annette Mortensen**  
am@inpraxis.dk, 28 89 81 30

Cand. psych. **Ane Wermer**  
aw@inpraxis.dk, 22 62 02 51

Cand. pæd. psych. **Dorte Nissen**  
dn@inpraxis.dk, 22 99 25 60

Sygeplejerske, MARC, **Dorte Lund-Jacobsen**  
dlj@inpraxis.dk, 40 82 84 66



- organisationsudvikling
- behandling
- undervisning
- supervision og coaching

Langesvej 37, 3400 Hillerød



FORSIKRING  
MED OVERSKUD

## 2,6 millioner til sundhedspersonalet

GF Hospital og Sundhed deler årets overskud med bilkunderne. I år fik vores sygeplejersker i gennemsnit hver 871 kr. tilbage fra bilforsikringen.

Vil du også have billigere bilforsikring?  
Ring 86 17 43 44 eller  
tjek [gf-hospitalogsundhed.dk](http://gf-hospitalogsundhed.dk)



\* Prisen varierer efter bil, bopæl og antal år du har kørt skadefrit, samt hvilke andre forsikringer du tegner i GF. For 2009 får nybilister ikke overskudsdeling. Beregn din pris på [gfhospitalogsundhed.dk](http://gfhospitalogsundhed.dk)

GF Hospital og Sundhed · Vestre Strandallé 54 · 8240 Risskov

## ICN KONFERENCE PÅ MALTA 2011 - ÅBEN FOR ABSTRACTS

Malta den 4.-8. maj 2011. Indsend abstract senest den 15. september 2010. Læs mere på ICN's hjemmeside: [www.icn2011.ch](http://www.icn2011.ch).

DSR tilbyder faglig sparring og løbende informationer. Kontakt Charlotte Dam: [cha@dsr.dk](mailto:cha@dsr.dk).

DSR's almindelige retningslinjer for stipendiefonden gælder og kan findes på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk).

ICN - International Council of Nurses er 130 sygeplejerskeorganisationer på verdensplan.

Dansk Sygeplejeråd



# SYGEPLEJERSKEN

»»» FAG

Fagtanker » 36  
Faglig information » 36  
Testen » 52  
Agenda » 60  
5 faglige minutter » 70

## Tidlig opsporing af sepsis redder liv

» 40

VIDENSKAB & SYGEPLEJE » 61

Kommunale lovpligtige tilsyn -  
udviklingen gennem årene » 46

Hjælp til kvinder med efterfødselsreaktion » 54



## FAGTANKER

## Må jeg be' om en Sepsispakke

Om det bliver 6-timers-pakken eller 24-timers-pakken, er op til din faglige vurdering, bare jeg undgår at komme i selskab med de ca. 2.000 danskere, der hvert år dør af sepsis.

Ca. 12.000 danskere udvikler hvert år ifølge artiklen "Tidlig opsporing af sepsispatienten redder liv", side 40, sepsis, og måske er der flere? Reelt kender vi ikke det nøjagtige antal, da ikke alle hospitaler udfører en systematisk screening for sepsis. Der er derfor en høj risiko for at overse tilstanden i det tidlige stadie, hvor helbredelsesmulighederne er de bedste.

Operation Life må siges at have sin berettigelse her, hvilket de også mener på Intensivt Afsnit på Århus Sygehus. For at redde menneskeliv har de indført Operation Lifes sepsispakke, og sygeplejersken spiller en vigtig rolle i forbindelse med den tidlige identificering af sepsis. Sygeplejerskerne tager også selv blodprøver på patienten, da kostbar tid ellers vil gå tabt i forhold til indgift af antibiotika. Det er godt at læse, at patientens tarv og ikke faggrænser styrer tingene. Jeg tog gerne til Århus efter 6-timers-pakken, hvis uheldet var ude.

*Evy Ravn*

Evy Ravn  
Sygeplejerske,  
fagredaktør.



## Klar besked om ventetid

Artiklen beskriver, hvordan personale kan anslå omtrentlig ventetid, f.eks. på en skadestue. Beregningerne kan desuden gøre det klart, hvor stor en kapacitet det enkelte behandlingssted er i besiddelse af.

AF THOMAS LILL MADSEN, CAND.POLIT.

& Som patient har mine oplevelser med det danske sundhedssystem i overvejende grad været positive: omhyggelig behandling og venligt personale. Der er dog et enkelt punkt, hvor jeg mener, at tingene kan gøres bedre: information om ventetid. Det har tit undret mig ved ankomst til et venteværelse, at det oftest er umuligt at fravriste personalet en indikation for, hvor lang ventetiden kan blive.

Egentlig burde det være relativt nemt: jo længere kø, jo længere ventetid. Hvis jeg er nr. 4 i køen, skal der færdiggøres fire patienter, før jeg kan komme til. Har en skadestue f.eks. kapacitet til i gennemsnit at behandle netop fire patienter i timen, så må ventetiden typisk være 60 min.

Lidt sværere bliver det at tilføje den nyttige oplysning om usikkerheden på den middelværdi. Det er jo rart at vide, om man kan nå tilbage fra et byærinde. Det er umiddelbart vanskeligt at forholde sig

## Sygepleje i det virtuelle

Artiklen beskriver et projekt på Frederiksberg Hospital, hvor KOL-patienter "udlægges" til hjemmet og plejes og behandles via en computerskærm.

AF STEFFEN HOGG CHRISTENSEN, PROJEKTSYGEPLEJERSKE, CHRISTINA EMME, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SAN., OG LONE SCHOU, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SOC.

& Egon sidder i sin sofa, klar til stuegang. Foran ham står computerskærmen tændt. Natten til i går havde Egon svær åndenød og blev indlagt på Frederiksberg Hospitals akutte modtageafsnit med KOL i eksacerbation. Allerede samme dag blev Egon udlagt, dvs. indlagt i eget hjem med telemedicinsk udstyr.

Sygeplejersken toner frem på skærmen:  
"God morgen Egon. Hvordan går det i dag?"

Den virtuelle stuegang er i gang.

Tanken om et virtuelt hospital er ikke ny på Frederiksberg Hospital. Gennem flere år har Telemedicinsk Forskningsenhed arbejdet med visionen om at pleje og behandle indlæggelseskrævende KOL-patienter i eget hjem vha. telemedicinsk udstyr.

KOL er en udbredt, kronisk sygdom med store samfundsmæssige omkostninger. Undersøgelser tyder på, at en telemedicinsk indsats i hjemmet kan reducere sundhedsvæsenets udgifter betydeligt (1), men der foreligger endnu ikke evidens for, at telemedicinsk pleje og behandling af KOL-patienter med akut eksacerbation er lige så sikker som konventionel hospitalsindlæggelse.

Projektet "Det Virtuelle Hospital" har netop til formål at un-



til usikkerheden, og jeg gætter på, at netop dette er en væsentlig grund til, at det er så svært at få noget at vide om ventetider.

### Overslag kan beregnes

I praksis er det muligt, at man her må ty til en tabel, men et overslag kan beregnes nogenlunde enkelt i en tilnærmet udregning:

- Hvis kønummeret er lig med 1, er usikkerheden 15 minutter (tro på det!).
- Derefter er usikkerhed proportional med kvadratroden af kønummeret.
- Altså, for kønummer = 4 er usikkerheden  $2 \cdot 15$  minutter.

Derfor kommer jeg i to ud af tre tilfælde til at vente mellem 30 og 90 min., idet  $30 = 60 - 2 \cdot 15$  og  $90 = 60 + 2 \cdot 15$ . Der er 1/6 sandsynlighed for, at ventetiden bliver hhv. kortere eller længere. Tilsvarende hvis køen var ni: I middel 135 min.,  $\pm 15 \cdot 3 = 90$  til 170 min.

Jeg har testet formelen på data for 27.000 patientforløb fra skadestuen på Frederiksberg Hospital (venligt stillet til rådighed af overlæge Allan Kofoed-Enevoldsen) for at efterprøve, om det nu også virker i praksis. Og svaret er både ja og nej. Gennemsnittet bliver rigtigt, men spredningen er dobbelt så stor som ventet, når kønummeret beregnes ud fra ankomstrækkefølgen. Dette holder

kun meget delvist, da visitator prioriterer patienterne. Det kan formelen selvfølgelig ikke tage højde for. Indsætter man derimod det reelle kønummer, finder jeg, at både middelværdi og spredning udregnes rigtigt.

### Formel i et regneark

Derfor, hvis du som sygeplejerske har patienter, som venter i kø, kan du informere om ventetiden efter følgende system:

1. Find én gang for alle ud af, hvor mange tilfælde dit system gennemsnitligt kan klare i timen. Kald det tal for K.
2. Vurdér, hvor mange der kommer før mig, N.
3. Oplys, at jeg i middel skal vente  $60 \cdot N / K$  minutter.
4. Og at usikkerheden er  $\pm$  kvadratrod  $(N) \cdot (60 / K)$  minutter.
5. Informér om specielle forhold, der kan forlænge eller forminske ventetid.

Formlen kan evt. indtastes i et regneark på to min. Patienterne vil være godt tilfredse, og måske bliver din egen afdeling også klogere ved øvelsen, for hånden på hjertet: Ved I allerede i tørre tal, hvor stor jeres kapacitet egentlig er?

*Thomas Lill Madsen arbejder som selvstændig konsulent; thomas.lill.madsen@gmail.com*

## hospital

dersøge sikkerheden ved telemedicinsk pleje og behandling af patienter med KOL i eksacerbation. Blandt de patienter, som ønsker at deltage, trækkes lod om, hvorvidt patienten skal forblive indlagt eller skal udlægges til videre pleje og behandling i eget hjem med telemedicinsk udstyr.

Patienten skal tage aktivt del i behandlingsforløbet og skal kunne foretage måling af saturation og lungefunktion. På hospitalet sikres dette gennem oplæring, inden patienten følges hjem af en sygeplejerske.

Frem til udskrivelsen vil patienten dagligt være i kontakt med en læge og en sygeplejerske via skærmen. Skulle patienten få behov for akut hjælp, kan han døgnnet rundt komme i kontakt med personalet i "Det Virtuelle Hospital" ved et enkelt tryk på skærmen.

### Særlige udfordringer

Telemedicinsk sygepleje indebærer nogle særlige udfordringer, idet sygeplejersken ikke er fysisk til stede sammen med patienten. Især kommunikationen er i fokus. God kommunikation handler om at skabe tryghed og tillid, hvilket også gør sig gældende i et virtuelt miljø. Særligt den nonverbale kommunikation er anderledes. Sygeplejersken skal f.eks. være opmærksom på at kigge ind i webkameraet og ikke på skærbilledet, hvis patienten skal have oplevelsen af øjenkontakt.

Indlæggelse i "Det Virtuelle Hospital" stiller krav til patienten om at kunne tage aktivt del i pleje og behandling. Patienterne skal kunne mestre de problemer, som deres sygdom medfører, f.eks. åndenød og angst, og håndtere situationerne selvstændigt eller vejledt af en sygeplejerske via skærmen.

Den første virtuelle patient blev udlagt i juni 2010 forudgået af en længere periode med testpatienter. Erfaringerne fra "Det Virtuelle Hospital" har vist, at både sygeplejersker og patienter oplever det som positivt at bruge det telemedicinske udstyr. Kontakten mellem patienten og sygeplejersken er mere uforstyrret og fokuseret, hvilket styrker relationen og tillidsforholdet.

I alt 175 patienter skal deltage i projekt "Det Virtuelle Hospital". Tre ph.d.-studier er tilknyttet projektet. Studierne har til formål at undersøge sikkerheden ved interventionen, samt hvordan virtuel indlæggelse påvirker patienternes mestring og kognitive funktioner.

Ud over evidens vil projektet bidrage med vigtig viden om sygeplejerskens rolle ved telemedicinsk pleje og behandling af KOL-patienter.

*Steffen Hogg Christensen er ansat på Telemedicinsk Forskningsenhed, Frederiksberg Hospital; steffen.christensen@frh.regionh.dk  
Christina Emme og Lone Schou er ph.d.-studerende.*

*Læs mere om projekt "Det Virtuelle Hospital" og de tre tilknyttede ph.d.-studier på [www.virtuellehospital.dk](http://www.virtuellehospital.dk)*

### Litteratur

1. Finkelstein SM, Speedie SM, Potthoff S. Home telehealth improves clinical outcomes at lower cost for home healthcare. *Telemed J E*

**Vagifem® (17β-estradiol) 10 mikrogram.****Forkortet produktresumé**

**Lægemiddelform:** Vaginaltabletter. Vagifem® indeholder 10 mikrogram estradiolhemihydrat i en vaginaltablet indsat i en engangsappikator. **Indikation:** Behandling af atrofisk vaginitis forårsaget af østrogenmangel. Erfaring med behandling af kvinder over 65 år er begrænset. **Dosering:** Vagifem® administreres intravaginalt ved hjælp af en appikator. Initialdosis: 1 vaginaltablet daglig i 2 uger. Vedligeholdelsesdosis: 1 vaginaltablet 2 gange om ugen. Behandlingen kan starte en hvilken som helst dag. Hvis en dosis glemmes, bør den tages, så snart patienten husker det. Dobbelt dosis bør undgås. Skift til produkt med højere dosis, Vagifem® 25 mikrogram, kan foretages såfremt der efter 3 måneders behandling ikke er opnået tilfredsstillende symptomlindring. Vagifem® kan bruges af kvinder med eller uden intakt uterus. Ved behandlingen kan der specielt i de første 2 uger observeres en minimal systemisk absorption. Det er ikke anbefalet at give et tilskud af progesteron, eftersom plasmaestradiolniveauerne sædvanligvis ikke overstiger de postmenopausale niveauer. **Kontraindikationer:** Kendt, tidligere brystcancer eller mistanke om brystcancer. Kendte eller mistænkte, tidligere eller mistænkte østrogenafhængige, maligne tumorer, f.eks. endometriecancer, udiagnosticeret genitalblødning, ubehandlet endometriehyperplasi. Tidligere idiopatisk eller aktuel venøs tromboembolisme. Aktuel eller nylig arteriel tromboembolisk sygdom. Akut eller tidligere leversygdom, hvor levertal endnu ikke er normaliserede. Kendt overfølsomhed over for estradiol eller et eller flere af de øvrige indholdstoffer. Porfyri. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Før hormonsubstitutionsbehandling startes eller genoptages, bør der optages en komplet anamnese og indhentes oplysninger om familær disposition. Fysisk (inklusive bækken og bryst) undersøgelse skal sammenholdes med dette og kontraindikationer og advarsler for brug. Regelmæssig kontrol anbefales under behandlingen. Hvor ofte og hvordan afhænger af den enkelte kvinde. Kvinder bør lære, hvilke slags forandringer i brystet, som bør rapporteres til en læge eller sygeplejerske. Undersøgelser inklusiv mammografi bør foretages i henhold til gældende screeningspraksis, tilpasset behovet herfor hos den enkelte kvinde. **Behandlingen bør seponeres i tilfælde af, at en kontraindikation konstateres, og i de følgende situationer:** Gulsot eller svækkelse af leverfunktionen, signifikant forøgelse af blodtryk, nyt anfald af migræne-lignende hovedpine og graviditet. **Endometriehyperplasi:** Kvinder med intakt uterus og unormal blødning af ukendt årsag eller kvinder med intakt uterus, som tidligere er blevet behandlet med østrogen alene, bør undersøges nøje med henblik på at udelukke hyperplasi/malignitet af endometriet før behandling med Vagifem® startes. Generelt bør østrogensubstitutionsbehandling ikke gives mere end 1 år, uden at der foretages en opfølgende gynækologisk undersøgelse. **Da Vagifem® administreres lokalt og indeholder en lav dosis estradiol, er forekomsten af de nedenfor nævnte forhold mindre sandsynlig end ved systematisk østrogenbehandling.** **Brystcancer:** Systemisk østrogen eller østrogen-progesteron behandling kan øge risikoen for brystcancer. **Venøs tromboembolisme:** Systemisk HRT er associeret med en højere relativ risiko for udvikling af venøs tromboembolisme, f.eks. dyb venetrombose eller lungeemboli. **Lidelser i koronararterierne:** Det er i randomiserede, kontrollerede forsøg ikke påvist, at østrogener kombineret østrogen/progesteron beskytter mod lidelser i koronararterierne. **Overieccancer:** Behandling med systemisk østrogen samt progesteron i mindst 5-10 år har været forbundet med en let øget risiko for ovarieccancer i nogle epidemiologiske studier. **Andre forhold:** Østrogen kan forårsage væskeophobning, og patienter med kardial eller renal dysfunktion bør derfor overvåges nøje under de første uger af behandlingen. **Graviditet og amning:** Vagifem® er ikke indiceret under graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Østrogen-relaterede bivirkninger såsom brystsmerte, perifer ødemer og postmenopausale blødninger er rapporteret svarende til placebo og mest til stede i begyndelsen af behandlingen. **Almindelige:** Hovedpine, Mavesmerter, Vaginal hæmoragi, vaginalt udfåd eller vaginalt ubehag Ikke almindelige: Vulvovaginal mycotisk infektion, kvalme, udslæt, vægtstigning, hedeure eller hypertension. **Farmakologisk oplysning:** Østrogen holder pH i vagina på ca. 4,5, hvilket forøger den normale bakterielle flora. **Opbevaring:** Må ikke opbevares i køleskab. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S, Novo Allé, 2880 Bagsværd. **Pakninger og priser (inkl. moms):** Vagifem®, 18 vaginaltabletter i appikator enkeltvis indpakket i blisterpakning Pris 203,35, Dato Maj 2010. Se evt. www.medicinpriser.dk for aktuel dagspris. **Udlevering B:** Lægemidlet er generelt tilskudsberettiget. Komplet produktresumé og yderligere information kan rekvireres vederlagsfrit ved henvendelse til Novo Nordisk Scandinavia AB, Kundeservice tlf.: +45 80200240 Vagifem® er et registreret varemærke af Novo Nordisk. Dato for udarbejdelse: Februar 2010.

# Brug hinanden

Artiklen er skrevet af to sygeplejestuderende, som opfordrer andre studerende til at arrangere udveksling til hinandens afdelinger af et par dages varighed. De har haft stort udbytte af at besøge hinanden og planlægge sygeplejen til to patienter og følte sig efterfølgende rustede til snart at bære titlen "sygeplejerske".

AF ANNE KAMP BUTZBACH OG LINE BANG-OLSEN, SYGPLEJESTUDERENDE



I perioden fra den 1. februar til den 30. juni har vi, to 6.-semester-studerende, været på medicinske rehabiliteringsafdelinger i Region Hovedstaden.

For første gang oplevede vi, at der på vores respektive afdelinger ikke var andre studerende på samme uddannelsesstrin, og det betød mangel på sparring med ligestillede. Med henblik på at opnå sparring, refleksion og diskussion af periodens mål og læringsstrategier opsøgte vi hinanden. At mødes på denne måde var givende og gav mulighed for at diskutere den usikkerhed, som vi begge følte.

Vi arrangerede derfor udveksling mellem afdelingerne af to dages varighed hvert sted. Formålet var at udføre selvstændig sygepleje. Med en uddannet sygeplejerske i baghånden planlagde vi selvstændigt dagene med fokusområder svarende til målene for denne praktik. Rammen for vores sygepleje var at varetage al planlægning, dokumentation, ernæring, medicinering, koordinering, kommunikation, formidling og tværfagligt samarbejde på en patientstue med gennemsnitligt to patienter. Den studerende, som havde besøg, stod primært for planlægningen af de to dage dét sted og vice versa. Herved blev der mulighed for at afprøve hele den komplekse teoretiske og praktiske ballast, som uddannelsen har givet indtil nu.

## Større råderum

Resultatet af udvekslingen blev et frit forløb med gunstige muligheder for udvikling af selvstændighed og kompetencer. Målet for den sidste praktik er, at den studerende gradvist selvstændigt varetager alle sygeplejerskens virksomhedsområder og derved løsriver sig fra sin vejleder. Udvekslingens setup medvirkede til, at vi som studerende fik større råderum samt ansvar for at agere selvstændigt og opnå forståelse for den kompleksitet, sygeplejen indebærer. Netop fordi der intet magtforhold er mellem to ligeværdige, blev det på vores præmisser, men stadig under opsyn og guidning af vores ansvarshavende sygeplejerske. At kunne reflektere med en medstuderende umiddelbart efter udført praksis bidrog til en fri diskussion af alternative handlingsmuligheder og sammenligning af vores afdelingers forskelligheder.

Oplevelsen af at varetage patienternes problemstillinger på kort og på lang sigt medvirkede til at afmystificere sygeplejen, f.eks. det at udskrive en patient på egen hånd.

Udbyttet af de sammenlagt fire dages udveksling blev øget selvtillid og gåpåmod og udvikling af vores faglige skøn. Alt i alt fik vi en oplevelse af, hvilke krav der stilles til os som sygeplejersker, når vi er færdiguddannede, samt en følelse af snart at kunne stå på egne ben.

Såfremt vejlederen vurderer, at den studerende er egnet, og forholdet mellem de udvekslende parter er godt, vil vi opfordre andre i afsluttende praktik til at udveksle, da vi har erfaret, at det kan være det sidste skub i retning af snart at være sygeplejerske.

*Anne Kamp Butzbach og Line Bang-Olsen er sygeplejestuderende på hhv. Metropoli Sygeplejerskole, Tagensvej, og Diakonissstiftelsens Sygeplejerskole; inebangolsen@gmail.com*

# Vagifem® (17β-estradiol) – fås nu i markedets laveste virksomme dosis

Ny, ultra-lavdosisudgave af Vagifem® 10 µg til vaginal atrofi



- Markedets laveste virksomme dosis<sup>1</sup>
- Signifikant langsigtet bedring i vaginal sundhed<sup>2</sup>
- Nøjagtig dosis, administreres lokalt og virker lokalt<sup>3</sup>



Referencer:

1. Lægemiddelstyrelsen, April 2010
2. Simon J et al. Obstet Gynecol 2008;112: 1053-1060
3. Det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé

Vagifem® 10µg  
(17β-estradiol)

# Tidlig opsporing af sepsis reo

AF DORTHE JENSEN, SYGEPLEJERSKE, OG HELLE NIBRO, LÆGE

**Artiklen henviser sig til sygeplejersker på intensivafsnit og på modtageafsnit. Den beskriver etableringen af en sepsis-pakke og en sepsisvogn, der systematiserer henholdsvis observation, identifikation og behandling af patienter med sepsis. Konsekvensen for praksis er, at flere patienter med begyndende sepsis fanges og behandles tidligere i forløbet.**

Intensivt afsnit på Århus Universitetshospital, Århus Sygehus (ITA), er et multidisciplinært intensivafsnit med 12 sengepladser. Langt størstedelen af patienterne modtages akut. Der er tilknyttet specialer som ortopædkirurgi, mave- og tarmkirurgi, almen medicin, lunge- og levermedicin. Flere af disse specialer har lands- eller landsdelsfunktion.

Afsnittet arbejdede i 2006 med en struktureret modtagelse og behandling af den septiske patient. Der blev lavet et afkrydsningsskema for at sikre, at vi kom alle væsentlige punkter i behandlingen af den septiske patient igennem. Der blev også gennemført simulationsøvelser, hvor både læger og sygeplejersker deltog. Efterfølgende gled det lidt ud i sandet, og den systematiske struktur i modtagelsen forsvandt.

Operation Life-kampagnen blev lanceret i efteråret 2008. Den var inspireret af flere udenlandske kampagner, især den amerikanske kampagne med titlen "Saving 100K lives" (3). Tankegangen i Operation Life er at samle en række interventioner, som regnes for "best practice" inden for specifikke områder og udbrede dem til de enkelte afsnit. Man ønskede dermed at bedre kvaliteten af patientbehandlingen og forventede at redde menneskeliv (3).

ITA deltog bl.a. i Operation Lifes sepsispakke. Der blev oprettet et tværfagligt team bestående af en læge, en specialeansvarlig sygeplejerske og en intensivsygeplejerske. Vi var ikke i tvivl om, at mange af de patienter, vi modtog, var septiske i én eller anden grad, men vi havde ingen registreringer, der kunne vise præcis hvor mange. Teamets læge besluttede

derfor systematisk ud fra de kriterier, der definerer sepsis, at screene de patienter, hun modtog i dagvakterne hen over en weekend. Teamlægen modtog fire patienter, og af dem havde to sepsis. Den ene af de septiske patienter ville ud fra en faglig vurdering formodentligt ikke være diagnosticeret med det samme uden den systematiske screening. Dette bekræftede teamet i, at der er risiko for at overse sepsis i det tidlige stadie, hvis man ikke er meget opmærksom på symptomerne. Det blev derfor besluttet, at alle nyindlagte patienter skulle screenes systematisk for sepsis, undtaget dog veneficium-patienter og patienter med kramper indlagt til Phenetoinloadning (se figur 1 side 42).

## Patienter med svær sepsis dør hyppigt

Svær sepsis og septisk shock er de hyppigste årsager til dødsfald blandt patienter på multidisciplinære intensivafdelinger. I Danmark kender man ikke incidensen med sikkerhed, men vurderet ud fra tal fra USA og Norge udvikler mellem 1,5 og 3 af 1.000 danskere sepsis hvert år. Af dem vil 1/3 udvikle svær sepsis eller septisk shock. Det vil sige, at ca. 12.000 danskere udvikler sepsis hvert år, og af dem dør ca. 2.000 (3).

På verdensplan menes incidensen at være nogenlunde den samme, dvs. 3 af 1.000. Det svarer til 18 millioner tilfælde på verdensplan, eller hvad der svarer til befolkningen i Danmark, Finland og Irland til sammen (1,3). For patienter med svær sepsis er dødeligheden mellem 30 og 50 pct., og for patienter med septisk shock er dødeligheden mellem 50 og 60 pct. (3). Internationalt viste en opgørelse fra 2005 omhandlende de første erfaringer med Sepsispakken, at dødeligheden var halveret for de patienter, hvor alle dele af det, der kaldes 6-timers-pakken (se figur 2 side 44) var gennemført i forhold til de patienter, hvor kun dele af elementerne var gennemført. Et fald i dødeligheden fra 49 til 23 pct. blev påvist. Tilsvarende faldt dødeligheden fra 50 til 29 pct. hos de patienter, hvor 24-timers-pakken var gennemført (3,5,6). Ud fra internationale studier er det således påvist, at man kan redde menneskeliv, hvis man systematisk screener for sepsis og behandler den septiske patient struktureret.

## Hvad er sepsis?

Det systemiske inflammatoriske respons-syndrom, SIRS, betegner kroppens reaktion på alvorlig vævsskade (se boks 1 her på siden). SIRS består både af den inflammatoriske reaktion, der er beregnet til at modvirke vævsskaden, og af en modreaktion, der skal sikre, at inflammationen ikke løber løbsk. Balancen mellem vævsskaden, reaktionen og modreaktionen herpå er afgørende for det kliniske billede

### »»» BOKS 1. DEFINITION PÅ SEPSIS

**Systemisk inflammatorisk respons syndrom (SIRS)** betegner en akut fysiologisk reaktion på alvorlig vævsskade. Sepsis er SIRS- udløst af alvorlig infektion.

**Ved SIRS** skal mindst to af nedenstående kriterier være opfyldt:

- Temperatur  $>38,3^{\circ}\text{C}$  eller  $<36^{\circ}\text{C}$
- Hjerterefrekvens  $>90/\text{min}$
- Respirationsfrekvens  $>20/\text{min}$  eller  $\text{PaCO}_2 < 4,3 \text{ kPa}$
- Leukocytaltal  $>12 \times 10^9/\text{ml}$  eller  $<4 \times 10^9/\text{ml}$ .

**Svær sepsis** er sepsis ledsaget af hypotension eller organpåvirkning.

**Septisk shock** er svær sepsis med vedvarende hypotension, hypoperfusion eller organpåvirkning trods behandling med volumensubstitution eller inotropi og pressorstoffer (7,8).

**Når en akut fysiologisk reaktion** på alvorlig vævsskade er udløst af en infektion, er der tale om sepsis. Sepsis graderes i sepsis, svær sepsis og septisk shock ud fra graden af organpåvirkning.



# dder liv



ARKIVFOTO: ISTOCK

”Vi var ikke i tvivl om, at mange af de patienter, vi modtog, var septiske i en eller anden grad, men vi havde ingen registreringer, der kunne vise præcis hvor mange. Teamets læge besluttede derfor systematisk ud fra de kriterier, der definerer sepsis, at screene de patienter, hun modtog i dagvagterne hen over en weekend.”

af SIRS. Patogenesen bag SIRS er uendelig kompleks og kun delvis forstået. Mange celletyper, f.eks. leukocytter og endotelcellerne i karbanen og hundredvis af mediatorer, f.eks. cytokiner, nitrogenoxid (NO) og koagulations- og antikoagulationssystemets mediatorer, er involverede. Både alvorlige infektioner, forbrændinger, akut pancreatitis eller traumer kan udløse SIRS. Uanset den udløsende årsag ses:

- Vasodilatation, hvor patienten med SIRS typisk er meget varm perifert pga. af denne vasodilatation. Vasodilatationen medfører relativ hypovolæmi og hypotension, hvorved kroppens muligheder for at fordele ilt til de organer, der behøver det mest, forringes.
- Kapillær lækage, hvor kapillærene bliver utætte, så væske og små og større molekyler siver fra lumen i kapillærene ud i det omgivende væv. Hermed forværres hypovolæmien og hypotensionen, og cellernes iltforsyning vanskeliggøres pga. vævsødemet.

I forbindelse med svær sepsis og septisk shock kan

der ske en betydelig aktivering af koagulationssystemet samt en efterfølgende nedsat fibrinolyse. Denne kombination kan i første omgang medføre en række mikrotrombedannelser og heraf øget organ dysfunktion. I svære tilfælde kan det også betyde tromboser i større kar. Blødet må så shunte uden om de stoppede kar, og vævets iltforsyning kompromitteres yderligere. Hovedsymptomerne ses i form af takykardi, perifert ødem, varme ekstremiteter, hypoperfusion af organerne og som konsekvens heraf bl.a. højt laktat. Selvom patienten er væskeresusciteret, kan der alligevel være utilstrækkelig iltforsyning til organerne pga. shuntning (høj  $S_{vO_2}$ ) (7,8,9,10) (se boks 2 side 43).

## Screening af den akut syge patient

Som tidligere nævnt indførte teamet systematisk screening af alle patienter, fraset patienter indlagt pga. veneficium og patienter indlagt til Phenetoinloadning. Selve screeningen bliver foretaget af sygeplejerskerne, da det er dem, som ofte modtager og monitorerer patienten.

**FIGUR 1. SCREENING FOR SEPSIS**

Sepsisdiagnose stillet = Start 6 timers pakken straks uanset graden af sepsis.

| Sepsis Diagnosticering   |                                 |                          |   |
|--|---------------------------------|--------------------------|---|
| Kriterier  | JA                              | NEJ                      | Diagnose  |
| <b>Påvist eller begrundet mistanke om infektion</b><br><i>(ex.pneumoni, UVI, akut abd., sår-, knogle-/led- eller kateterrelateret infektion, meningit. Andet eller ukendt fokus)</i><br><br>samt<br><b>Mindst 2 af følgende kliniske tegn:</b><br><br>Temperatur > 38,3°C eller < 36°C<br>Takycardi: HR > 90/min.<br>Takypnø: RF > 20/min. eller PCO <sub>2</sub> < 4,3<br>B-Leucocytter x10 <sup>9</sup> >12 eller <4<br>Hyperglycæmi (Bls >6,6mmol/l) uden kendt diabetes<br>Ændret mental status  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | =<br><b>SEPSIS</b><br><br><b>Ja:</b> <input type="checkbox"/><br>Start 6 timers pakken straks<br><br><b>Nej:</b> <input type="checkbox"/><br>Revurder / observer                |
|  | Infektionsfokus (el. mistanke): |                          |   |
|  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |   |
|  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |   |
|  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |   |
|  | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |   |
| <b>Hvis sepsis ↓</b>   |                                 |                          |   |
| <b>Er der Sepsis med ledsagende Hypotension, Hypoperfusion eller Organ dysfunktion:</b><br><i>(- som følge af den mistænkte infektion, ikke kronisk sygdom)</i><br><br><ul style="list-style-type: none"> <li>• MAP &lt;65mmHg eller Systolisk BT &lt;90mmHg eller</li> <li>• Systolisk BT fald &gt; 40mmHg fra udgangsværdi</li> <li>• Laktat &gt; 2 mmol/l</li> <li>• SpO<sub>2</sub> &lt; 90 uden ilttilskud</li> <li>• PaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub> ratio &lt; 40 kPa</li> <li>• S-kreatinin &gt;178 mmol/l eller urinoutput &lt;0,5ml/kg/t</li> <li>• Bilirubin &gt;35mmol/l</li> <li>• Trombocytter &lt; 100x10<sup>9</sup>/l</li> <li>• INR &gt;1,5 eller APPT &gt;60sek.</li> </ul> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | =<br><b>SVÆR SEPSIS</b><br><br><b>Ja:</b> <input type="checkbox"/><br>Start også 24 timers pakken straks<br><br><b>Nej:</b> <input type="checkbox"/><br>Fortsæt 6 timers pakken |
| <b>Hvis svær sepsis ↓</b>  |                                 |                          |   |
| <b>Er der akut cirkulatorisk svigt med vedvarende hypotension trods behandling med volumensubstitution + inotropi</b><br><i>(MAP&lt;65mmHg eller Systolisk BT&lt;90mmHg eller Systolisk BT fald &gt;40mmHg fra udgangsværdi)</i>   | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | =<br><b>SEPTISK SHOCK</b><br><br><b>Ja + Nej:</b><br>Fortsæt 6 + 24 t. pakken   |

» Da tidsfaktoren spiller en stor rolle i behandlingen, skal screeningen foregå hurtigst muligt. De første dele af behandlingen skal gennemføres inden for en time (3,7), hvorfor vores mål blev, at screeningen skulle udføres i løbet af de første 20 minutter efter patientens ankomst til afsnittet. Mange af de informationer, der skal bruges, registreres i den indledende monitorering, når patientens basale værdier måles. Definitionen af, hvorvidt patienten har sepsis, svær sepsis eller septisk shock, er ikke af betydning i den indledende fase, det vigtigste er at komme i gang med den såkaldte 6-timers-pakke, som er første trin uanset sygdommens sværhedsgrad.

**Behandling af den septiske patient**

Når sepsis er konstateret, startes behandlingsdelen med det samme. Er den vagthavende læge ikke til stede, kontaktes vedkommende for at få stillet den endelige diagnose og startet udredning og behandling. Har patienten ikke fået taget blodtrykninger enten i skadestuen eller på sengeafdeling, skal dette gøres, inden man starter bredspektret antibiotisk behandling.

Øvrige relevante dyrkninger, f.eks. fra urin, cere-

brospinalvæske eller trakealsekret, skal også tages hurtigt, men ikke nødvendigvis før der gives antibiotika. Antibiotika administreret intravenøst vil hurtigt rydde blodbanen for bakterier og dermed hindre en identificering af bakterier, hvis bloddyrkningerne ikke er taget før indgift af antibiotika. Af den årsag har vi valgt selv at tage bloddyrkningerne efter aftale med vores kliniske biokemiske afdeling. Antallet af bioanalytikere i vagterne er begrænset, så der kan gå kostbar tid tabt, hvis man skal vente, indtil prøven er taget, og antibiotika kan gives. Samtidig behøver sygeplejersken ikke bruge tid på at bestille blodprøver i den mest travle tid, lige når patienten er ankommet, og behandlingen skal sættes i gang. Det sidste, der skal gøres inden for den første time, er at få målt et se-laktat.

Den resterende del af 6-timers-pakken sættes i gang, hvis patienten har svær sepsis eller septisk shock. Her starter den essentielle væskeresuscitation, hvis den ikke allerede er indledt. Tommelfingerregelen er, at patienten skal have 20 ml/kg som bolus i den indledende fase. Det skal ikke gives ukritisk, men med tanke på, om patienten kan have hjertesvigt i en eller anden grad. Er bolus ikke tilstrækkeligt til at opnå det ønskede blodtryk, skal man

overveje inotropi eller pressorstoffer. Skal patienten have pressorstoffer, skal der anlægges et centralt venekateter (CVK).

Det centrale venetryk (CVP) bruges som indikator for, om patienten mangler væske. Er der vedvarende hypotension og/eller laktat  $>4$  på trods af bolus, vil man forsøge at øge CVP til over 8 vha. væske, fratrukket patientens PEEP på respiratoren, hvis patienten er intuberet. Det sidste punkt i 6-timerspakken er at opnå en central venøs oxygensaturation (ScvO<sub>2</sub>) på 70 pct. eller derover. Denne værdi er et udtryk for, hvor godt perfunderet patienten er, og om patientens organer får et tilstrækkeligt ilttilbud. Er ScvO<sub>2</sub>  $< 70$ , skal man overveje Dobutrex for at bedre hjertets pumpekraft og dermed flow til organerne. Man kan evt. overveje transfusion af erythrocytter, hvis Hgb er  $<6$ , for at øge blodets iltbærende kapacitet.

Har patienten svær sepsis eller septisk shock, skal 24-timers-pakken gennemføres hurtigst muligt. Der skal tages stilling til, hvorvidt patienten skal have lav-dosis steroid og/eller aktiveret protein-C. Blodsukkerværdierne skal holdes i niveau ifølge afdelingens instruks, hvilket i vores afsnit er  $<10$  (12) mmol/l de første to til fire døgn. Er patienten blevet intuberet, skal man forsøge at holde peaktrykket under 30 cm H<sub>2</sub>O for at ventilere så lungeskånsomt som muligt.

### Implementering af sepsispakken

Implementering af både screenings- og behandlingsskema i et afsnit med omkring 100 ansatte er en stor opgave. I så stort et afsnit skal man gøre sig overvejelser om, hvordan man får nye ting sat succesfuldt i gang. Det nytter ikke bare at lægge et skema i et kontor og så regne med, at tingene bliver indført. Samtidig er intensivafsnittet et afsnit, hvor der hele tiden sker nye tiltag, så personalet er vant til at skulle tage ny viden og nye tiltag til sig. Ud fra en formodning om, at det var nemmest at tage skemaerne og tankerne bag dem til sig, hvis man samtidig fik en forståelse for, hvad sepsis er, og hvorfor behandlingen skal startes så hurtigt, gik vi i gang.

Der var fælles undervisning i de helt generelle principper i tankegangen bag Operation Life. Herefter blev hver enkelt ansat undervist på tomandshånd af sepsisteamets sygeplejerske. På den måde blev der taget udgangspunkt i den enkelte, de behov og det vidensniveau, han eller hun havde. ITA har et relativt stort flow af ansatte. Nogle har været i afsnittet ganske få måneder, andre har 10-

**”Da tidsfaktoren spiller en stor rolle i behandlingen, skal screeningen foregå hurtigst muligt. De første dele af behandlingen skal gennemføres inden for en time (3,7), hvorfor vores mål blev, at screeningen skulle udføres i løbet af de første 20 minutter efter patientens ankomst til afsnittet.”**

20 års erfaring med intensiv sygepleje. Vidensniveauet er derfor meget varierende. Ved at etablere undervisning for hver enkelt kunne de nyansatte få mulighed for at stille spørgsmål uden at være nervøse for at virke uvidende, og de mere erfarne sygeplejersker fik mulighed for at bygge mere på eller genopfriske deres viden.

Der blev brugt mellem 20 og 30 minutter pr. ansat til undervisning. For at understøtte hurtig opstart af behandling sammensatte vi en sepsisvogn, der kan tages med ind på stuen, når man har screenet patienten positiv for sepsis. I vognen er de mest nødvendige ting, der skal bruges til at gennemføre 6-timers-pakken: Der er remedier til gennemdyrkning, blodgasanalyse, de mest anvendte typer antibiotika samt væsker. Det betyder, at den sygeplejerske, som tager imod patienten, ikke behøver gå fra patienten for at sætte behandlingen i gang, for alle nødvendige ting er inden for rækkevidde.

### Det tværfaglige samarbejde er styrket

Der er ingen tvivl om, at arbejdet med sepsispakken har øget afsnittets bevidsthed om sepsis. Rigtig mange har været meget opsatte på at anvende punk-

#### »» BOKS 2. KVINDE MED SVÆR SEPSIS

*En 60-årig kvinde indlægges med pneumoni. De efterfølgende tre dage får kvinden tiltagende besvær med at trække vejret og får brug for ilttilskud. Kvinden bliver tiltagende febril og lavtrykket og virker forvirret og rodende. Hun overflyttes til intensivafdelingen, hvor hun efter få timer vælter nyrefunktion og har brug for inotropi for at opretholde tilstrækkeligt blodtryk. Kvinden får diagnosen svær sepsis.*

I denne case ser man den infektiøse patient, som bliver tiltagende ilt-krævede, hvilket ikke nødvendigvis er alarmerende for en patient med pneumoni. Patienten udvikler dog flere tegn på sepsis, hun bliver lavtrykket, febril og tiltagende konfus. Hun opfylder således kriterierne for SIRS og også for svær sepsis. Ved systematisk screening ville man formentlig have konstateret, at patienten var septisk allerede på sengeafdelingen, og dermed have påbegyndt den relevante behandling langt tidligere.

| <b>»» FIGUR 2. BEHANDLING AF SEPSIS</b>   |   |  |   |  |
|---|---|--|---|--|
| <b>6 timers pakke</b>   |   | Evalueres efter 6 timer:   |   |  |
| <b>Opfyldes hurtigst muligt umiddelbart efter Sepsisdiagnose</b>  |   | <b>JA</b>  | <b>NEJ</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tag Venyler - og anden relevant dyrkning - <b>før</b> antibiotika<br/><i>Bestil 2 sæt venyler = 4 glas</i></li> </ul>  | Taget på stamafd. <input type="checkbox"/>  | Venyler taget for AB<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                          |   |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Giv bredspektret antibiotika <b>inden 1 time</b> efter diagnosen er stillet<br/><i>Brug flere iv adgange</i></li> </ul>          | Opstart på stamafd. <input type="checkbox"/>   | AB givet inden 1 time<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                        |  |
|   |   |  | S-laktat målt<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                                |  |
| <b>Er der hypotension, laktat &gt; 4 mmol/L og / eller organpåvirkning holdes MAP &gt; 65 mm Hg med:</b>  |   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumenbolus med min. 20 ml/kg (krystaloider/kolloider)<br/><i>Behandlingsvægt _____ kg x 20= _____ ml væske</i></li> <li>• Noradrenalin/Dopamin ved manglende effekt af volumenbolus</li> </ul> |   | Er der opnået MAP > 65 mmHg<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                   |   |  |
|   | <b>Er der vedvarende hypotension (MAP &lt; 65 mm Hg) trods volumen bolus og/eller første laktate &gt; 4 mmol/l anlægges CVK og:</b>                                       |  |   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnå central venøs tryk (<b>CVP</b>) ≥ 8 mm Hg. (+ PEEP)<br/><i>Vha. væske</i></li> </ul>  |   | Er der opnået CVP > 8 mmHg<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    |   |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnå central venøs oxygen saturation (<b>ScvO2</b>) ≥ 70%<br/><i>Vha. Væske, dobutrex, overvej Sag-M v. Hgb &lt;6</i></li> </ul> |  | Er der opnået ScvO2 > 70%<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>                    |  |
| <b>24 timers pakke</b>  |   | Evalueres efter 24 timer:  |   |  |
| <b>Opfyldes hurtigst muligt ved vedvarende hypotension trods volumenbolus (= Svær sepsis og Septisk shock)</b>  |   | <b>JA</b>  | <b>NEJ</b>  |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stillingtagen til lav-dosis steroid ifølge ITA's instruks</li> </ul>   |   | Er der taget stilling ifølge steroid instruks<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |   |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stillingtagen til aktiveret protein C ifølge ITA's instruks</li> </ul>   |  | Er der taget stilling ifølge Xigris instruks<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• B-glucose-værdier holdes i niveau ifølge ITA's Bls-instruks</li> </ul>   |   |  | Er Bls. i niveau ifølge Bls-instruks<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>         |  |
|   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspiratorisk peaktryk &lt; 30 cm H<sub>2</sub>O på respiratoren</li> </ul>  | Pt ikke i respirator <input type="checkbox"/>  | Er Ppeak holdt < 30 cm H <sub>2</sub> O<br><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>      |  |

» terne i pakken og ikke mindst få gang i behandlingen så hurtigt som muligt. Der er ingen tvivl om, at der i kraft af den systematiske screening og den øgede bevidsthed er opdaget sepsis hos patienter tidligere, end man måske ellers ville have været i stand til. En anden gevinst i arbejdet med sepsispakken har været det tværfaglige samarbejde. Vi har været afhængige af hinandens arbejde og bidrag til implementeringen, og det giver en fantastisk grobund for det videre tværfaglige samarbejde. Det tværfaglige arbejde omkring patienten bliver nemmere, når der tales samme sprog, og den faglige terminologi er klar, fordi man har samme udgangspunkt i et observations- eller screeningskema.

Noget af det, der nu her to år efter er svært, er at fastholde, at man skal screene alle patienter og ud-

fyldte behandlingsskemaet, når det er aktuelt. Det kræver gentagne undervisningsseancer og gentagen ”gøren opmærksom” på vigtigheden, ikke kun i sygeplejerskegruppen, men også blandt lægerne, men der er ingen tvivl om, at det er godt givet ud. I en travl hverdag i et intensivt afsnit kan det være svært at fastholde at skulle udfylde mange skemaer, men samtidig er det en kæmpe hjælp i akutte situationer, at der er en helt fast struktur at holde sig til. Væsentligt for at fastholde de gode vaner i afdelingen er, at teamet bliver ved med at være til rådighed for spørgsmål og sparring og er opsøgende i modtage-situationerne.

Tankegangen i Operation Life er, at den erfaring, man gør sig inden for det specifikke område, man arbejder med, og den viden, man opnår, skal spre-



des til andre afdelinger. Det kunne derfor være rigtig godt at have mulighed for at undervise i vigtigheden af tidlig opsporing og behandling af sepsis på sengeafdelinger. På en intensivafdeling har vi mange hjælpemidler, der både kan gøre screening og behandling nem at etablere hurtigt. Det har man ikke på sengeafdelingen, så derfor er sygeplejerskernes viden om sepsis om muligt endnu vigtigere der. På Århus Sygehus har man den seneste tid arbejdet meget struktureret med tidlig opsporing af kritisk sygdom, og man vil formentlig kunne opdage nogle tilfælde af sepsis ved hjælp af de screeningsredskaber, der er udarbejdet i den forbindelse.

Det kan ikke understreges nok, at sygeplejersken spiller en vigtig rolle i forbindelse med den tidlige identificering af sepsis. Det er ofte sygeplejersken, der modtager patienten og registrerer de første basale værdier. Sygeplejersken har mulighed for at gøre observationer og indhente informationer, som er afgørende, når patientens tilstand vurderes.

*Dorthe Jensen er intensivsygeplejerske på ITA, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Nørrebrogade; dorthjen@rm.dk  
Helle Nibro er læge på ITA, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Nørrebrogade.*

- shock. N Engl J Med 2001;345:588-95 9: Robertson CM, Coopersmith CM. The systemic inflammatory response syndrome. Microbes Infect. 2006;8:1382-9.
9. Larson A, Rubertsson S. Intensiv Medicin. 1. udg. FADL's forlag. Danmark. 2008; s.589-615.

**"Der er ingen tvivl om, at der i kraft af den systematiske screening og den øgede bevidsthed er opdaget sepsis hos patienter tidligere, end man måske ellers ville have været i stand til."**

## Litteratur

1. www.survivingsepsis.org  
<http://www.survivingsepsis.org/Pages/default.aspx>  
5. marts 2010
2. Larsson A, Tønnesen E. Sepsis patogene. Ugeskr Læger 2000;20:2855-8.
3. www.operationlife.dk  
<http://www.operationlife.dk/Kampagnemateriale.aspx>  
5. marts 2010.
4. Dellacroce H. Surviving sepsis: the role of the nurse. RN 2009;72:16-215:
5. Gao F, Melody T, Daniels D et al. The impact of compliance with 6-hour and 24-hour sepsis bundles on hospital mortality in patients with severe sepsis: a prospective observational study. Crit Care 2005;9:R764-70.
6. Schierbeck J et al. Sepsis kampagnen – øget overlevelse med sepsispakker? Ugeskr Læger 2008;170:1034.
7. Nguyen HB, Rivers EP, Abrahamian FM, Moran GJ et al. Severe sepsis and septic shock: review of the literature and emergency department management guidelines. Ann Emerg Med 2006;48:28-54.
8. Landry DW, Oliver JA. The pathogenesis of vasodilatory



### ))) ENGLISH ABSTRACT

Jensen D, Nibro H. Early identification of sepsis saves lives. Sygeplejersken 2010;(15):40-5.

Every year, 12,000 Danes are affected by sepsis. Of these, approximately 2000 die. The treatment of sepsis depends on the severity of the illness, and the time-factor with regard to such treatment plays a crucial role in patient survival. Systematic screening of patients enables early identification of sepsis and prompt initiation of treatment. Participation in Operation Life in Intensive Care (ITA) at Århus Hospital provided the opportunity to develop a screening and treatment tool, whereby the work in respect of septic patients was systematised and streamlined.

Nurses have an important role in identifying septic patients, since nursing is the primary discipline in admission situations and nurses perform the daily observations. Consequently, there are rich opportunities to obtain the important observations that form the basis for further treatment.

Key words: Sepsis, observation, identification.

# Kommunale lovpligtige tilsyn –

AF LINDA SCHUMANN SCHEEL, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD., PH.D., OG CHARLOTTE ENIG SØRENSEN, SYGEPLEJERSKE

**Igennem de sidste 10 år har det været lovpligtigt at afholde kommunale tilsyn på landets plejecentre. Tilsynene har været foretaget af socialudvalgsmedlemmer, forvaltningschefer, visitatorer, tilsynskonsulenter mv., og indholdet har været meget forskelligartet. Artiklen præsenterer tilsynets historie og udvikling i Aabenraa Kommune fra 2001 til 2010.**

Gennem mange år har Aabenraa Kommune arbejdet med udvikling af de kommunale lovpligtige tilsyn på plejecentrene. Udfordringen har bl.a. været, at tilsynene skal bidrage til systematisk kvalitetsudvikling og ikke blot være en kontrol af, om de ydelser, plejecentrene leverer, lever op til lovkravene og det politisk besluttede serviceniveau og kvalitetsstandarder i kommunen.

Denne artikel beskriver, hvordan de kommunale lovpligtige tilsyn i kommunen har udviklet sig, og hvordan de har været med til at understøtte kvalitetsudviklingen på plejecentrene.

## Måltrettet udvikling af tilsynene

Siden 2001 har der i Aabenraa Kommune været afholdt tilsyn på plejecentrene, og disse har siden undergået forskellige justeringer og metodiske ændringer. I perioden har antallet af plejecentre, der føres tilsyn med, ændret sig som følge af kommunesammenlægningen i 2007. Aktuelt er der 13 plejecentre mod tidligere fem.

I forbindelse med kommunalreformen og på bag-

grund af Bekendtgørelsen om lovpligtige tilsyn fra 2007 (1) blev der i kommunen iværksat en målrettet udvikling af tilsynene. Tilsynsfunktionen fik et mere selvstændigt virke og blev forankret i afdelingen Myndighed og Visitation. Tilsynene blev her tilknyttet enheden Godkendelse og Tilsyn.

I 2007 blev indgået et samarbejde med en ekstern partner, denne artikels førsteforfatter, for at få hjælp til udvikling af et tilsynskoncept, som er kendetegnet ved præcise og målbare parametre. Udviklingsarbejdet har betydet væsentlige ændringer i forhold til bl.a., hvem der udfører tilsynene, metodevalg, vurderingsterminologi og udformning af rapporter. Dette samarbejde er fortsat gennem årene vekslende med perioder, hvor tilsynskonsulenterne i enheden selv har arbejdet videre med konceptet.

I forbindelse med en organisationsændring i 2008 blev tilsynsopgaverne i afd. Handicap og Psykiatri overflyttet til Godkendelse og Tilsyn. Tilsynsenheden skulle fremover også varetage opgaven omkring tilsyn på de socialpædagogiske opholds- og væresteder. Med denne sammenlægning åbnede der sig nye muligheder for metodekongruens, og konceptet blev revideret og videreudviklet, således at det i dag med få justeringer kan virke på samme måde for begge områder.

Igennem årene er kommunen blevet mere klar på, hvad et tilsyn er, og hvad det indeholder. Det kommunale tilsyn skal virke som en kontrol, en vurdering af, om omsorgen, plejen, praktisk hjælp, pædagogiske tiltag m.v. er opfyldt ifølge kommunens standarder. Er de ikke opfyldt, gives en anmærkning med beskrivelse af, hvad der skal gøres. Forholdene for borgerne skal være i orden.

## Tilsynskonceptets historie og udvikling

Denne vurdering forudsætter et struktureret tilsynskoncept, hvor der er opstillet målbare kvalitetsmål. Det fordrer også, at der er en uvildig vurdering og præcise og kortfattede rapporter, der forankres, og at tilsynet følger de udviklingsstrategier, der er besluttet i forvaltningen og på det politiske niveau. Og frem for alt kræver det en sikring af, at genstandsfeltet hele tiden er i fokus. I det følgende beskrives tilsynskonceptets historie og udvikling i perioden i kommunen fra 2001 og frem til 2010.

### Perioden 2001 til 2002

I 2001 og 2002 blev tilsynene afviklet af socialudvalgsmedlemmer og forvaltningschefen, (se tabel 1 her på siden). De uanmeldte tilsynsbesøg i 2001 blev betragtet som gældende for 2002, som var det år, hvor bestemmelserne om, at kommunalbestyrelsen er forpligtet til, at der årligt afvikles ét uanmeldt og ét anmeldt tilsyn, trådte i kraft (2).

**]]]] TABEL 1. TILSYN I 2001 OG 2002**

|                       |  | 2001  | 2002   |
|-----------------------|--|---|--|
| <b>Tilsynsførende</b> |  |   |  |
| Uanmeldt              |  | Socialudvalgsformandskabet og forvaltningschefen for Voksen- og Omsorgsafdelingen       |  |
| Anmeldt               |  |   | Socialudvalgsmedlemmerne   |
| <b>Metode</b>         |  |   |  |
| Uanmeldt              |  | Dialog og samtale med ældrecenterledere, gruppeledere, medarbejdere og enkelte beboere. |  |
| Anmeldt               |  |   | Fælles dialogmøde med ledere, medarbejdere, beboere og pårørende fra de 5 plejecentre.   |
| <b>Fokus</b>          |  |   |  |
| Uanmeldt              | a) Ledelsesforhold<br>b) Samarbejdet mellem pårørende og ansatte<br>c) Indsigt i hvad der foregår på plejecentrene<br>d) Vurdering af kvaliteten |   |  |
| Anmeldt               |  |   | a) Muligheder og begrænsninger i samarbejdet mellem pårørende og ansatte på plejecentrene<br>b) Konsekvenserne af nednormeringen på ældrecentre fra 0,85 til 0,80 fuld tidsmedarbejder pr. beboer. |

# udviklingen gennem årene

Kendetegnende for tilsynene var dialog og samtale, hvor politikerne fik viden om og forståelse for, hvordan der arbejdes på plejecentrene. Der blev anvendt korte spørgeskemaer. Rapporterne var i denne periode en gengivelse af, hvad der var foregået på tilsynene, mere end det var tydeligt, at der var ført tilsyn med, at borgeren får den hjælp, der er bevilget, og at hjælpen løbende tilpasses borgerens behov.

## Perioden 2003 til 2004

I årene 2001-2004 gennemførte Aabenraa Kommune et tværsektorielt akkrediteringsprogram (KISS) på de dengang fem plejecentre, tre hjemmeplejestrakter og to aktivitetscentre (3). Kommunen fik i 2003-2004 tilsagn fra Socialministeriet til at erstatte de anmeldte tilsyn på de fem ældrecentre med et akkrediteringsprogram (4) (se tabel 2 side 48).

De anmeldte tilsyn blev derfor gennemført af eksterne medarbejdere fra akkrediteringsprogrammet samt medarbejdere fra kommunen. Dette viste sig at være et godt mix. De interne medarbejdere kendte de fokusområder og de politisk besluttede kvalitetsstandarder, der blev arbejdet ud fra, og kunne på den måde understøtte den eksterne vurdering (5).

Tilsynene var præget af akkrediteringsprogram-

met, hvor der især blev evalueret, om administrative forhold på plejecentrene var i orden. Der blev lagt vægt på, om der var udarbejdet politikker og procedurer for forskellige områder. En del af akkrediteringsprogrammets affødte procedurer, der anvendes i hjemmeplejen og på plejecentrene den dag i dag, lever derfor også videre i tilsynet (se boks 1 side 48).

Rapporterne for de anmeldte og uanmeldte tilsyn var i perioden meget detaljerede. Spørgsmål og svar blev alle gengivet. Der blev endvidere udarbejdet årsrapporter, hvor plejecentrene blev sammenlignet på tværs.

## Perioden 2005 til 2006

De fem plejecentre i Aabenraa Kommune blev akkrediteret i 2004 med virke frem til 2006. Programmet kørte videre i hjemmeplejen og på de enkelte plejecentre og blev en del af dagligdagen. I forhold til tilsynet blev der i de følgende år arbejdet med, at tilsynsfunktionen skulle blive en del af visitatorernes arbejde (se tabel 3 side 49).

Der blev fortsat fokuseret på elementer, som var affødt af akkrediteringen, men også fokuseret på specifikke områder for det enkelte plejecenter. Rapporterne var kortere, men stadig beskrivende og en



”Det kommunale tilsyn skal virke som en kontrol, en vurdering af, om omsorgen, plejen, praktisk hjælp, pædagogiske tiltag m.v. er opfyldt ifølge kommunens standarder. Er de ikke opfyldt, gives en anmærkning med beskrivelse af, hvad der skal gøres. Forholdene for borgerne skal være i orden.”

**]]] TABEL 2. TILSYN I 2003 OG 2004**

| 2003                  |   | 2004  |
|-----------------------|---|---|
| <b>Tilsynsførende</b> |   |   |
| Uanmeldt              | To medarbejdere fra Forebyggende hjemmebesøg (sygeplejersker)   | To medarbejdere fra Forebyggende hjemmebesøg (sygeplejersker)   |
| Anmeldt               | Eksterne surveyors fra akkrediteringsprogrammet samt egne interne surveyors   | Eksterne surveyors fra akkrediteringsprogrammet samt egne interne surveyors   |
| <b>Metode</b>         |   |   |
| Uanmeldt              | Samtale (individuel) ud fra spørgeskema med leder, 1-3 medarbejdere samt 1-3 beboere på hvert plejecenter   | Samtale (individuel) ud fra spørgeskema med leder, 1-3 medarbejdere samt 1-3 beboere på hvert plejecenter   |
| Anmeldt               | Dokumentgennemgang (kontrol af akkrediteringsprogrammets procedurer/instrukser og implementering af arbejds-gange)  | Dokumentgennemgang (kontrol af akkrediteringsprogrammets procedurer/instrukser om implementering af arbejds-gange)  |
| <b>Fokus</b>          |   |   |
| Uanmeldt              | a) Den enkelte beboers behov for hjælp bliver afdækket og imødekommet<br>b) Opfølgning på beboers behov når disse har ændret sig  | a) Medarbejdernes oplevelse af emnerne fra det anmeldte tilsyn (se nedenfor)  |
| Anmeldt               | a) Opstart af hjælp og pleje (indflytning)<br>b) Beboernes kontakt med omverdenen<br>c) Beboernes medinddragelse og medbestemmelse omkring hjælp og pleje<br>Sjælelig omsorg, sikkerhed mv. | a) Opstart af hjælp og pleje (indflytning)<br>b) Beboernes kontakt med omverdenen<br>c) Beboernes medinddragelse og medbestemmelse omkring hjælp og pleje<br>Sjælelig omsorg, sikkerhed mv. |

**]]] BOKS 1. EKSEMPLER PÅ VIDEREFØRELSE AF AKKREDITERINGSPROGRAMMET**

Akkrediteringsmaterialet, som stadig anvendes, er bl.a. egenkontrol af og procedurer for:

- Registrering af fejl og mangler
- Dokumentation for medicinadministration
- Faldregistrering
- Formkrav\*) til procedure/instrukser og borgerrelaterede dokumentation.

\*) Initialer og dato på hvem og hvornår, det er udarbejdet, ansvarlig for revideringen, godkendt og hvornår og af hvem, de skal revideres næste gang.

]] gengivelse af, hvad der var blevet spurgt til under tilsynet. De uanmeldte tilsyn blev gennemført af uvildige personer, som ikke var en del af udførerledet, men stadig var det politikere, som foretog de anmeldte tilsyn.

*Perioden 2007 til 2010*

Siden bekendtgørelsen om lovpligtige tilsyn udkom i 2007 (1), har den været tilsynskonceptets fundament og byggesten. Konceptet blev på basis af de hidtidige erfaringer og med hjælp og sparring fra ekstern konsulent nu en mere struktureret og systematisk proces (se tabel 4 side 51).

Der blev ved hvert tilsyn sat fokus på borgeren, medarbejderen og ledelsen, og de anmeldte og uanmeldte tilsyn blev nu kun udført af uvildige personer fra samme enhed og uden politisk deltagelse.

I begyndelsen var formålet, ud fra bekendtgørelsens minimumskriterier, at få viden om, hvor langt og hvordan der arbejdes med emnerne på de forskellige plejecentre. Efterhånden som de faktuelle oplysninger var indhentet, blev der sat større fokus på, at tilsynene skulle sikre læring og fremadrettet udvikling. Herunder fokus på de områder, som plejecentrene arbejdede med til daglig. Bl.a. deltog alle kommunens plejecentre fra 2007 til 2009 i projekt "EDEN in Denmark". Tilsynets opgave blev bl.a. at være på forkant med og følge op på de elementer, arbejds-gange og metoder, dette projekt førte med sig.

**Metoder anvendt ved tilsyn**

Siden 2001 og frem til nu er der brugt forskellige metoder under tilsynet. Udviklingen er gået fra mere uformelle dialoger til semistrukturerede interviews med henholdsvis borgere, pårørende, medarbejdere og ledelse. Dette var til dels en konsekvens af bekendtgørelsen (1), men strukturen og præcisionen i tilsynene gjorde det også muligt at krydstjekke ud-sagn og observationer på en valid måde.

Rapporterne gennemgår en markant udvikling. I årene 2001 til 2003 var de relativt korte (3-6 sider), med en gengivelse af de korte spørgeskemaer, der blev brugt, samt en kort formulering af de tilsynsførendes subjektive opfattelse af forholdene for beboerne på plejecentrene.

Fra 2004-2007 blev rapporterne detaljerede og gengav alle spørgsmålene. Der blev givet en kort samlet vurdering ud fra de indsamlede data om,



”I et par år var der tale om iboende interessekonflikter. F.eks. at personale tilknyttet udførerdelen førte tilsyn med ydelser udført af deres egen enhed.”

hvorvidt borgerne fik den hjælp og pleje, som de havde brug for, og om det svarede til det politisk besluttede serviceniveau. Rapporterne fyldte ca. 20-25 sider.

Fra 2007 blev rapporterne mere konkrete og præcise, samtidig med at de ikke længere indeholdt en gengivelse af tilsynet, men en vurdering af og konklusion på, hvad der var fundet under tilsynet. Især fra 2009 fremgår det, at tilsynet indeholder aspekterne kontrol, læring og udvikling. I rapporterne belyses såvel velfungerende som ikke tilfredsstillende forhold i korte træk, og der præciseres, hvad der forventes fulgt op på. Rapporterne kaldes i daglig tale for mangelrapporter.

### Læring og udvikling

Et væsentligt krav til tilsynene er, at de løbende kan bidrage til læring og udvikling på plejecentrene. Fra 2007 og frem til i dag har fokus været på de samme emner, hvorfor udviklingen bl.a. kan ses i kvalitetsmålene (se boks 2 side 50).

Det er det enkelte plejecenters ledelse og medarbejdere, der med støtte fra ledelsen på forvaltningsniveau kobler vurderingen fra det enkelte tilsyn til læring og udvikling. Det sker bl.a. ved at bruge vurderingen aktivt, sætte ord på problemer og udfordringer samt ved at videndele og prøve nye tiltag. Den generelle opfølgning på tværs af kommunens plejecentre understøttes af de kommunale kvalitetsstrategier på området.

### Tilsynsførende

Gennem årene har politikere, planlæggere, visitorer, forvaltningschefer og sundhedsfaglige tilsynskonsulenter stået for tilsynene (se tabel 5 side 50).

Fordele for politikere og borgere var, at de mødte hinanden, og politikerne kunne få indsigt i, hvordan deres beslutninger udmøntede sig ude på de enkelte centre. Tilsynene foregik ikke så systematisk som i dag, idet man vurderede skønmæssigt, om de ydelser, borgerne fik leveret, levede op til kvalitetskravene.

I et par år var der tale om iboende interessekonflikter. F.eks. at personale tilknyttet udførerdelen førte tilsyn med ydelser udført af deres egen enhed. Fordelen var, at personalet kendte til de forskellige plejecentre og på den måde havde indsigt i forholdene og fagligheden. Vores læring/erfaring er imid-

»»» TABEL 3. TILSYN I 2005 OG 2006

|                       |  | 2005  | 2006   |
|-----------------------|--|---|--|
| <b>Tilsynsførende</b> |  |   |  |
| Uanmeldt              |  | Den ledende visitator samt én visitator på hvert tilsyn   | Den ledende visitator og én planlægger.  |
| Anmeldt               |  | Socialudvalgsmedlemmer samt én planlægger som referent  | Socialudvalgsmedlemmerne, formanden for sammenlægningsudvalg (kommunesammenlægning) samt én planlægger som referent  |
| <b>Metode</b>         |  |   |  |
| Uanmeldt              |  | Samtale og interview med ledelse, medarbejdere og beboere   | Dokumentgennemgang; kontrol af samtlige plejeplaner.   |
| Anmeldt               |  | Dialog og samtale med ledelse, medarbejdere og beboere  | Interview med leder og medarbejdere samt beboere.  |
| <b>Fokus</b>          |  |   |  |
| Uanmeldt              |  | a) Indflytningsproceduren   | a) Dokumentation af den samlede pleje- og omsorgsindsats hos den enkelte beboer og definering af formål med indsatsen.   |
| Anmeldt               |  | a) Status for implementering af IT-omsorgs-system og akkrediteringsprogrammet<br>b) Konsekvenser og betydning i praksis for de politisk besluttede serviceniveau<br>c) Småtpisende beboere<br>d) Diagnosticering af demente<br>e) Samarbejdet med gerontopsykiatrien samt kommunens demenskoordinatorer<br>f) Aktiviteter for beboerne. | Forskellige fokusområder på de forskellige plejecentre eks.:<br>a) Sygefravær<br>b) Personalesammensætningen<br>c) Status for akkrediteringsprojektet<br>d) Aktivering af den svage beboer<br>e) Det psykiske arbejdsmiljø |



opholds- og væresteder findes også en del sygeplejemæssige opgaver, som bl.a. administration og håndtering af medicin, personlig pleje og sårpleje.

### Kommunerne kan nu selv vælge

I bekendtgørelsen fra 2007 skulle der ved hvert tilsyn foretages en vurdering ud fra forudbestemte områder: for borgerne f.eks. boligforhold, social trivsel og forplejning, for medarbejderne oplæring, dialog med beboere og ledelse og for ledelsen, udarbejdelse af værdigrundlag og forhold omkring grupper med særlige behov (1). Den seneste lovændring juni 2010 medfører, at indholdet af tilsynet ikke længere er forudbestemt, så kommunen nu selv kan vælge særlige fokusområder for tilsynet (5). Fokus kan nu i stigende grad rettes mod konkrete faglige ydelser, eksempelvis hvordan man kan udføre pædagogiske opgaver, træningsydelser, socialpsykiatrisk hjælp, demensomsorg og lignende pleje- og sociale aktiviteter i det daglige. Det vil fortsat være ud fra borgerens, medarbejdernes og ledelsens perspektiv. Endvidere åbnes mulighed for at anvende andre metoder, f.eks. feltstudier i vurderingen af genstandsfeltet, det faglige, stemningen, og den sociale omsorg for borgerne.

### Forvaltningsmæssig støtte nødvendig

Det er med det strukturerede tilsynskoncept blevet lettere at sætte grænsen for, hvad der er acceptabelt på plejecentrene, og hvad der ikke er. De kommunale lovpligtige tilsyn er en kontrolfunktion, hvis formål er at dokumentere, at kvaliteten på de ydelser, der leveres, og den pleje og omsorg, der gives, er i orden. De har også til formål at sikre en positiv læring og udvikling, hvilket fordrer en anerkendende tilgang i tilsynet. Det betyder også, at ledelsen i forvaltningen støtter op om ledelsen på plejecentre, især når der peges på alvorlige forhold. Her er det vigtigt med det samme at have en plan, der kan sikre den gode kvalitet, og som der kan arbejdes målrettet med.

*Linda Schumann Scheel er ekstern konsulent og har udviklet og gennemført tilsyn på plejecentre, væresteder, bosteder og værksteder i flere kommuner;  
linda-scheel@mail.dk*

*Charlotte Enig Sørensen er ansat som tilsynskonsulent i Aabenraa Kommunes afdeling Myndighed og Visitation, enheden Godkendelse og Tilsyn. ]*

”På de socialpædagogiske opholds- og væresteder findes også en del sygeplejemæssige opgaver som bl.a. administration og håndtering af medicin, personlig pleje og sårpleje.”

))) TABEL 4. TILSYN I 2007-2008 OG 2009

|                       |  | 2007-2008  | 2009 |
|-----------------------|--|--|------|
| <b>Tilsynsførende</b> |  |  |      |
| Uanmeldt              | 1-3 personer vekslede mellem den ledende fagkoordinator, en planlægger og en medarbejder fra sekretariatet i socialforvaltningen samt én sundhedsfaglig tilsynskonsulent   | Den sundhedsfaglige tilsynskonsulent og den pædagogfaglige tilsynskonsulent samt ekstern konsulent (med på udvalgte tilsyn)  |      |
| Anmeldt               | Ledende fagkoordinator samt en planlægger  | Den sundhedsfaglige tilsynskonsulent   |      |
| <b>Metode</b>         |  |  |      |
| Uanmeldt              | Samtaler og interview med plejecenterledelsen, medarbejdere og 2-3 beboere   | Interview med ledelsen, 3 medarbejdere, 2-3 beboere, og observationer under rundgang samt dokumentgennemgang   |      |
| Anmeldt               | Dialogmøde, med deltagelse af plejecenterleder, pårørende, og beboere  | Spørgeskema undersøgelse samt dialogmøde med deltagelse af plejecenterleder, pårørende, og beboere   |      |
| <b>Fokus</b>          |  |  |      |
| Uanmeldt              | a) Formkrav på procedure/instrukser og borger rettet dokumentation<br>b) Værdigrundlag<br>c) Indhentning af forskellige faktuelle oplysninger  | a) Bekendtgørelsens fastlagte emner<br>b) Magtanvendelse<br>c) Træning og aktivitet<br>d) Beboernes individuelle oplevelse af livskvalitet<br>e) Elektronisk dokumentation |      |
| Anmeldt               | a) Beboernes og de pårørende oplevelse af bekendtgørelsens fastlagte emner<br>b) Kontrol af formkrav på procedure/instrukser og borger rettet dokumentation<br>c) Indhentning af og viden om faktuelle oplysninger | a) Beboernes oplevelse af bekendtgørelsens fastlagte emner<br>b) Træning og aktivitet<br>c) Magtanvendelse<br>d) EDEN filosofiens forankring                               |      |

**»» ENGLISH ABSTRACT**

Scheel LS, Sørensen CE. Municipal mandatory inspection – development over time. *Sygeplejersken* 2010;(15):46-52.

Municipal inspection has a monitoring function: an assessment of whether the care, nursing, practical help and pedagogic interventions at care centres is being implemented in accordance with municipal standards. Where this is not the case, comments are made in respect of how the factors in question can be remedied. Consequently, inspections undertaken using a problem-solving approach, will also contribute to positive learning and development.

In Aabenrå Municipality, the municipal mandatory inspections have - since their inception in 2001 - undergone various adjustments and methodological changes. For example, where the inspections have been performed by social services committee members and medical officers, the reports have ranged from 3-5 pages up to 20-25 pages, and have not always been accurate in terms of the information obtained.

A tightening-up of the legislation relating to mandatory inspections in 2007 heralded the development of an inspection concept characterised - amongst other things - by precise and measurable parameters. The inspections are undertaken by impartial inspecting officers, and the reports contain a precise assessment and conclusion in respect of findings stemming from the inspection.

In 2009 the inspection concept was revised and further-developed, such that the sociopedagogic residential- and drop-in centres, together with care centres, today have the same genetic inspection concept.

Key words: Mandatory inspection, care centres, quality assurance, quality development, Aabenrå municipality.

**»» Litteratur**

1. Bekendtgørelse nr. 805 af 29. juni 2007 om tilsyn på plejehjem og i plejeboliger m.v.
2. L 192 2002 Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og lov om embedslægeinstitutioner m.v. § 113.
3. Scheel LS, Knappe JB. KISS projektet 2001-2004. Evalueringsrapport. Kvalitet i Sundhedsvæsenet i Sønderjyllands Amt – et tværsektorielt akkrediterings- og udviklingsprojekt for sygehuse, kommune og praktiserende læger. Sønderjyllands Amt, 2005.
4. Scheel et al. Akkreditering: Kendetegn og erfaringer. KREVI. Juni 2009. Udgivelse COWI A/S.
5. Lov nr. 629 af 11. juni 2010, Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og sundhedsloven samt om ophævelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v.

**»» TESTEN**

## Temaet er hæmorider og analfissur test dig selv eller en kollega

Det er almindelige lidelser, og sygeplejersker vil ofte støde på patienter eller borgere med disse problemer.

- 1 *Hvad er en hæmoride?*
  - a. Udspilede blodårer og eventuelt ansamling af blod uden for blodårerne (koagler) ved endetarmen. Hæmorider kan sidde enten uden for endetarmsåbningen eller inde i endetarmen.
  - b. En vortelignende vævsfortykkelse i endetarmen, som skyldes svamp.
- 2 *Hvad er en analfissur?*
  - a. Fissur betyder lille prop, og proppen, der består af myelin, befinder sig i endetarmen.
  - b. En analfissur er en revne eller rift ved endetarmen, der bryder op, når personen har afføring.
- 3 *Hvordan behandles hæmorider?*
  - a. Med et kortvarigt operativt indgreb, der foretages i lokalbedøvelse.
  - b. Ved at forebygge forstoppelse gennem indtagelse af fiberholdig kost og rigelig væske, eventuelt suppleret med hæmoridecreme og stikpiller. (Som regel helbreder hæmorider sig selv i løbet af dage eller uger.)
- 4 *Hvordan behandles analfissur?*
  - a. Ved at regulere afføringen gennem indtagelse af fibre og væske.
  - b. Ved at sy fissen i lokalbedøvelse.
- 5 *Hvordan kan hæmorider og analfissur forebygges?*
  - a. Gennem daglig indtagelse af et til to afføringsmidler.
  - b. Gennem indtagelse af rigeligt med væske og begrænset indtagelse af koffeinholdige drikke som kaffe, te og cola. Disse virker vanddrivende og kan derfor udtørre afføringen, så den bliver hård.

(jb)

Kilder: Patientvejledningen 9. udgave 2008, [www.patientvejledningen.dk](http://www.patientvejledningen.dk)

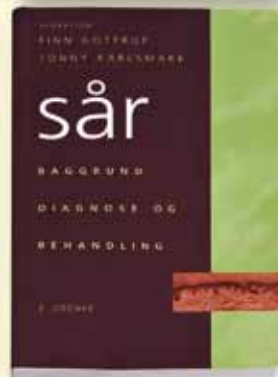
Se svarene på TESTEN side 60





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

Få ny inspiration til dit arbejde og bliv orienteret om tidens vigtigste bøger om sygepleje og personlig udvikling. Spar op til 45% på dine bøger i **Bogklubben for Sundhedsprofessionelle**.



Læs mere om bøgerne og meld dig ind på

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



SILENTIA  
**Silver  
 Line**

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



Gir godt overblik og slipper lyset ind



Mobil eller vægmonteret



Nemme at rengøre



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

SILENTIA SALGSKONTOR • POSTBOKS 63, 6330 PADBORG  
 TEL 736 720 11 FAX 736 720 12 • INFO@SILENTIA.SE  
 WWW.SILENTIA.DK

**Artiklen beskriver**, hvordan sundhedsplejersker på Nørrebro screener mødre og fædre for efterfødselsreaktion. Hvis screeningen indikerer, at mødre har en efterfødselsreaktion, tilbydes de et kognitivt gruppeforløb. Evalueringerne er positive, men forfatterne understreger, at et sådant gruppeforløb kræver, at sundhedsplejerskerne har efteruddannelse i kognitiv terapi.

# Hjælp til kvinder med efterfødselsreaktion

AF MARIANNE JEPPESEN, SUNDHEDSPLEJERSKE, SUNDHEDSFAGLIG SUPERVISOR OG KOGNITIV PSYKOTERAPEUT, OG ANNETTE KORSGAARD, SUNDHEDSPLEJERSKE, KLINISK VEJLEDER OG KOGNITIV PSYKOTERAPEUT

Kvinder med efterfødselsreaktion, herunder fødselsdepression, har siden 2004 været et fokusområde for sundhedsplejen på Nørrebro, Københavns Kommune (se boks 1 herunder). Mødrene er blevet tilbudt screening med Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) samt ved behov mulighed for deltagelse i et gruppeforløb, se boks 2 side 56. Gennem årene har gruppetilbuddet gradvist udviklet sig på baggrund af vores erfaringer og de enkelte kvinders evalueringer. I 2008 besluttede vi som følge af vores fireårige efteruddannelse til kognitive psykoterapeuter at tilbyde kvinderne et gruppeforløb ud fra en kognitiv referenceramme inspireret af den amerikanske psykolog Sheldon Rose (1). Dette har givet et tilfredsstillende forløb både for kvinderne og for os som gruppeledere.

Vi ved, at en efterfødselsreaktion vil aftage over tid, men af hensyn til kvindens tilknytning til sit spædbarn og dermed barnets udvikling og trivsel har vi vurderet, at det er et vigtigt indsatsområde, som dog kræver undervisning, efteruddannelse og supervision af sundhedsplejerskerne. Siden starten

af april 2010 har vi i samarbejde med chefpsykolog Svend Aage Madsen fra Rigshospitalets Klinik for Psykologi, Pædagogik og Socialrådgivning tilbudt både mødre og fædre at blive screenet for fødselsdepression med EPDS og Gotland Male Depression Scale, se boks 3 side 58.

## Efterfødselsreaktioner er tabu

Vi præsenterer tilbuddet om screening i første hjemmebesøg og udleverer samtidig en folder, som informerer om screeningen, symptomerne på en efterfødselsreaktion, samt hvilken hjælp man kan få. Forældrene tilbydes screeningen mellem en og fem måneder efter fødslen, oftest når barnet er omkring to måneder gammelt. Ved tydelige tegn på efterfødselsreaktion tilbydes screeningen tidligere, og den kan gentages senere, hvis det skønnes relevant. Vi har erfaret, at det er godt at sætte emnet efterfødselsreaktion på dagsordenen i hjemmebesøgene, fordi emnet er tabubelagt. Samtalen om forældrenes psykiske velbefindende virker både forebyggende i forhold til udviklingen af en eventuel efterfødselsreaktion og samtidig lindrende, hvis forældrene har det svært. Ud over samtalen i besøget kan mødre henvises til deltagelse i et kognitivt gruppeforløb, og begge forældre kan henvises til sundhedsplejens Anonyme Rådgivning, hvor en sundhedsplejerske med minimum et års efteruddannelse i kognitiv terapi tilbyder fem samtaler.

## Fra åbne til lukkede gruppeforløb

Den enkelte kvinde henvises oftest fra egen sundhedsplejerske til eventuel deltagelse i gruppeforløbet i forbindelse med EPDS-screeningen. Vi kontakter alle henviste kvinder telefonisk og spørger ind til kvindens problemer og forventninger til gruppeforløbet. Samtidig informerer vi om gruppeforløbet rammer, struktur og indhold. Vi sikrer ligeledes, at den enkelte kvinde har børnepasning, da gruppeforløbet som udgangspunkt er uden børn.

Oprindeligt var vores gruppetilbud for kvinder med efterfødselsreaktion en åben gruppe, hvilket betød, at der løbende kom kvinder ind og ud af

### »» BOKS 1. FAKTA OM EFTERFØDSLSREAKTION

At få et barn og dermed blive en større familie er for de fleste en overvældende begivenhed, som ud over glæde også giver anledning til bekymring og uro. Det er helt normalt at have det sådan. Men nogle kvinder vil opleve, at manglende glæde, tristhed, øget irritabilitet, angst, ængstelse og en følelse af at være ulykkelig fylder mere end glæden over barnet og at være blevet mor. Man taler så om at have en efterfødselsreaktion. Det vil ofte opleves skamfuldt, og det kan være svært at erkende, at man ikke er lykkelig, når nu en lykkelig begivenhed som at få et barn og blive mor er indtruffet. Inderst inde har man måske indimellem tanker om at få livet før familieførelsen tilbage. Mange kvinder vil fortælle, hvordan de har det, og vil forsøge at holde facaden i forhold til andre. Og hvis de taler om det, vil reaktionen fra andre måske være, at de bare skal tage sig sammen. Så kvinderne vil desperat forsøge at lade, som om alt er i den skønneste orden, selvom det er meget lidelsesfuldt at have en efterfødselsreaktion. Uden behandling vil en efterfødselsreaktion gradvist aftage over tid, men der er øget risiko for udvikling af en depression i forbindelse med en ny graviditet. Med behandling samt støtte og opbakning fra omgivelserne vil forløbet afkortes, og man vil udvikle nye kompetencer og dermed blive bedre rustet til at klare de udfordringer, som fremtiden vil bringe.



ARKIVFOTO: ISTOCK

”Vi har erfaret, at det er godt at sætte emnet efterfødselsreaktion på dagsordenen i hjemmebesøgene, fordi emnet er tabubelagt.”

gruppen. Af flere grunde besluttede vi i starten af 2008 at forsøge med en lukket gruppe. Der er både fordele og ulemper forbundet med henholdsvis en åben og lukket gruppe, men vi var nået dertil, at vi syntes, ulemperne ved en åben gruppe oversteg fordelene, og at tiden var moden til at afprøve nye idéer i vores gruppertilbud.

Følgende ulemper var udslagsgivende for os:

- Kvinderne i gruppen gav udtryk for frustration over at skulle forholde sig til de nye kvinder, der kom ind i gruppen hen ad vejen. Det påvirkede samhørigheden, tilliden og trygheden i gruppen i negativ retning.
- Der var ikke stabilt fremmøde. Det kan muligvis begrundes i ovenstående.
- Ofte gik der for meget tid med gentagen præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Der var ikke en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet. Det betød, at vi ikke kunne tage udgangspunkt i emner, der allerede var drøftede, og bygge videre på det, vi tidligere havde talt om.
- Vi var ikke i stand til på tilfredsstillende vis at imødekomme kvindernes ønske om at lære kon-

krete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi kunne se følgende fordele ved en lukket gruppe:

- Alle kvinderne startede og sluttede samtidig i gruppen. Det ville påvirke samhørigheden, tilliden og trygheden i gruppen i positiv retning.
- Vi forventede af samme grund et mere stabilt fremmøde.
- Vi skulle kun indledningsvis i gruppeforløbet arbejde med præsentation og introduktion til gruppens rammer, struktur og indhold.
- Vi ville opnå en begyndelse, en arbejdsfase og en afslutning på gruppeforløbet, hvilket ville medføre mulighed for at tage udgangspunkt i allerede drøftede emner.
- Vi kunne imødekomme kvindernes ønske om at lære konkrete redskaber til forandring af tænkemåde og adfærd i en mere hensigtsmæssig retning.

Vi mødes med gruppen hver anden tirsdag kl. 13.30-15.30 bortset fra de tre første gange, hvor vi mødes med en uges interval, i alt ni gange enten hen over efteråret eller foråret. Når vi starter gruppen, udleverer vi et program for gruppeforløbet med en kort

**» BOKS 2. EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE (EPDS)**

De 10 udsagn, som mødrene og fædrene skal forholde sig til

Du har for nylig fået et barn. De følgende 10 spørgsmål skal belyse, hvordan du har haft det i løbet af de sidste syv dage – og altså ikke blot i dag. Sæt kryds ud for det svar, du synes passer bedst på spørgsmålet.

**A. Jeg har været i stand til at le og se tingene fra den humoristiske side**

- (0) Lige så meget som jeg altid har kunnet
- (1) Ikke helt så meget som tidligere
- (2) Afgjort ikke så meget som tidligere
- (3) Overhovedet ikke.

**B. Jeg har med glæde set frem til forskellige ting**

- (0) Lige så meget som jeg tidligere har gjort
- (1) En del mindre end jeg tidligere har gjort
- (2) Afgjort mindre end jeg tidligere har gjort
- (3) Næsten ikke.

**C. Jeg har unødvendigt bebrejdet mig selv, hvis noget er gået galt**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, af og til
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**D. Jeg har været nervøs og bekymret uden god grund**

- (0) Nej, overhovedet ikke
- (1) Meget sjældent
- (2) Ja, nogle gange
- (3) Ja, meget ofte.

**E. Jeg har været angst og panikslagen uden god grund**

- (3) Ja, en hel del
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, ikke meget
- (0) Nej, overhovedet ikke.

**F. Jeg har haft svært ved at overskue min situation**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, det meste af tiden har jeg kunnet overskue min situation
- (0) Nej, jeg har kunnet overskue min situation lige så godt, som jeg plejer.

**G. Jeg har været så ulykkelig, at jeg har haft svært ved at sove**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, nogle gange
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**H. Jeg har været ked af det og ulykkelig**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, ret tit
- (1) Nej, sjældent
- (0) Nej, aldrig.

**I. Jeg har været så ulykkelig, at jeg har grædt**

- (3) Ja, det meste af tiden
- (2) Ja, ret tit
- (1) Nej, kun ved enkelte lejligheder
- (0) Nej, aldrig.

**J. Tanken om at gøre skade på mig selv har strejft mig**

- (3) Ja, ganske ofte
- (2) Nogle gange
- (1) Meget sjældent
- (0) Aldrig.

For kvinder gælder: Mulig depression = 13 point eller højere

For mænd gælder: Mulig depression = 10 point eller højere (9).

**» beskrivelse af de enkelte møder (se boks 4 side 59).**

Som programmet viser, arbejder vi kognitivt hele forløbet igennem. Når man arbejder med kognitiv terapi som referenceramme, indebærer det fokus på sammenhængen mellem den enkeltes negative automatiske tanker, følelser, kropslige fornemmelser og adfærd i en konkret belastende situation. Denne kognitive model kaldes Diamanten (2). Den mening, man tillægger situationen, er bestemmende for, hvad man føler, og hvad man gør. Tankerne kaldes automatiske, fordi de er selvstyrende og ukritisk accepteres som sande og gyldige, selvom de ofte er overdrevne eller ugyldige. De automatiske tanker, som er situationsbundne, konkrete og kan udtrykkes som udsagn eller forestillinger, danner udgangspunkt for en nærmere undersøgelse, hvor man anvender en særlig spørgeteknik, som kaldes sokratiske

dialog (3,4). Gennem spørgsmålene undersøges tankerne, hvilket skaber mulighed for, at alternative tanker (3) kan fremkomme, og tænkningen kan blive mere nuanceret. Dette medfører følelsesmæssig lettelse og giver mulighed for en mere hensigtsmæssig adfærd. Kvinderne hjælper i denne proces hinanden med at få andre perspektiver på konkrete situationer. Et vigtigt element i kognitiv terapi er, at man arbejder meget struktureret med en dagsorden (5). Desuden anvendes hjemmearbejde, hvor den enkelte får mulighed for at arbejde videre med et konkret problem indtil næste møde (3).

**Svært at kommunikere med de nærmeste**

Som det fremgår af programmet, arbejder vi på et af de sidste møder med assertiv kommunikation (6). Det er vores erfaring fra de kvinder, der har deltaget





i vores gruppeforløb, at mange har kommunikative vanskeligheder, som især kommer til udtryk i de nære relationer med kæresten, ægtefæller, venner og forældre. Vi tager udgangspunkt i en konkret uhen-sigtsmæssig situation, og kvinderne får inspiration til andre måder at kommunikere på samt mulighed for at øve sig i at udtrykke sig mere konstruktivt f.eks. i et rollespil.

Vi arbejder også med ”Personlige rettigheder” (2), som er formuleret som universelle rettigheder, der gælder for alle mennesker i deres indbyrdes samspil og kommunikation. Eksempler på disse personlige rettigheder er: retten til at sige fra, retten til at tage fejl, retten til at skifte mening, retten til ikke at vide, retten til at bede om hjælp, retten til at stille krav og retten til at være anderledes. Disse personlige rettigheder gør ofte stort indtryk på kvinderne og hjælper dem til at få øje på, at de ikke behøver at være perfekte og skulle kunne klare alt selv, men at det er i orden at bede om hjælp.

### Lukkede gruppeforløb er en gevinst

Evalueringerne har siden 2008 vist, at det lukkede kognitive gruppeforløb har levet op til vores forventninger om større tilfredshed hos deltagerne, fordi de oplever at få konkrete redskaber til at kunne arbejde mere fremadrettet og konstruktivt med deres problemer i forbindelse med at være blevet mor. Vi har registreret, at kvinderne møder stabilt op. Der er stor samhørighed, kvinderne åbner sig og fortæller om meget private og vanskelige følelser på en måde, som man kun kan gøre, når man føler sig meget tryk. Der er nu en tydelig startfase, en ar-

bejdsfase og slutfase, og det har været meget tilfredsstillende, at vi har kunnet arbejde kontinuerligt med de programsatte emner.

De sidste tre forløb med i alt 18 kvinder er evalueret ved hjælp af EPDS og et evalueringsskema. På evalueringsskemaet skal kvinderne angive de tre vigtigste ting, som de har fået ud af at deltage i gruppen, og give en samlet vurdering ud fra følgende skala: Meget udbytterigt – udbytterigt – mindre udbytterigt – slet ikke udbytterigt. To ud af de 18 kvinder har vi ikke fået en evaluering fra. Af de 16 kvinder har 11 kvinder et markant fald i deres EPDS-point på mellem 40 pct. og 90 pct. målt fra gruppestart til slutning. De resterende fem kvinder har en reduktion mellem 10 pct. og 20 pct. Samtlige kvinder giver udtryk for at have fået redskaber til håndtering af deres vanskeligheder, større accept af sig selv og forståelse for, at de ikke skal være perfekte for at være gode mødre. To tredjedele af kvinderne svarer, at forløbet har været meget udbytterigt, og den resterende tredjedel svarer udbytterigt.

### Gruppeforløb med eller uden børn?

Da vi startede vores gruppeforløb i 2004, var betingelsen for at deltage, at man ikke havde sit barn med, og det var svært for mange. Mødrene kunne enten

**”Det er vores erfaring fra de kvinder, der har deltaget i vores gruppeforløb, at mange har kommunikative vanskeligheder, som især kommer til udtryk i de nære relationer med kæresten, ægtefæller, venner og forældre.”**

ikke finde pasning i de to timer, gruppen varede, eller ikke få sig selv til at overlade barnet til en anden. Vi sad på et tidspunkt med én enkelt mor, som selv foreslog, at det var bedre, hvis der kom nogle flere mødre, og siden har vi accepteret, at man undtagelsesvis kan tage barnet med, men som udgangspunkt skal der være pasning til barnet. Mødrene giver udtryk for, at de får større udbytte af gruppeforløbet, når barnet ikke er med. De seneste år har kvinderne ikke givet udtryk for vanskeligheder ved at komme uden børn, de er oftest hjemme sammen med deres fædre. Derfor er det ikke længere en udfordring, vi

**»» BOKS 3. GOTLAND MALE DEPRESSION SCALE**

Har du selv, eller har andre i løbet af den sidste måned, bemærket, at du opfører dig anderledes, end du plejer, og i givet fald på hvilken måde? (Sæt kryds).

**1. Lavere stresstærskel/mere stresset, end du plejer**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**2. Mere aggressiv, udadreagerende, besvær med selvkontrol**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**3. Følelse af udbændthed og tomhed**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**4. Konstant, uforklarlig træthed**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**5. Mere irriteret, rastløs og frustreret**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**6. Besvær med at træffe almindelige beslutninger i hverdagen**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**7. Søvnforstyrrelser: Sover for meget/for lidt/uroligt, besvær med at falde i søvn/vågner tidligt**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**8. Især om morgenen at have en følelse af uro/ængstelse/ubehag**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**9. Overforbrug af alkohol og piller for at opnå en beroligende og afslappende virkning. At du er overaktiv, eller at du afreagerer ved at arbejde hårdt og rastløst, jogge eller dyrke anden form for idræt, spise for meget eller for lidt.**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**10. Føler du, at din opførelse er ændret på en sådan måde, at hverken du selv eller andre kan genkende dig, og at du er svær at have med at gøre?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**11. Har du følt dig, eller har andre opfattet dig som dystert, negativ eller præget af håbløshed, hvor alt ser sort ud?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**12. Har du selv eller andre bemærket, at du har større tendens til selvmordslidende, til at være klagende eller til at virke ynkelig?**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

**13. Er der i din biologiske familie tendens til misbrug, depression/nedtrykthed, forsøg på selvmord eller tilbøjelighed til en adfærd, der indebærer fare.**

- (0) Slet ikke
- (1) Til en vis grad
- (2) Passer meget godt
- (3) I høj grad.

For både mænd og kvinder gælder: Mulig depression = 13 point eller højere (10).

skal tage hånd om. I de første par år var gruppen åben, og mødrene kunne selv bestemme, hvornår de ville slutte i gruppen, dvs. der kom løbende nye mødre ind, og andre forlod gruppen, når de var klar til det.

### Sæt dagsordenen og hold fast

Den allerførste gang, den enkelte kvinde mødte op i gruppen, præsenterede hun sig for de andre og fortalte, hvorfor hun var kommet i gruppen. De andre, som allerede var i gruppen, fortalte kort, hvem de var, og hvorfor de var startet i gruppen. Det var ofte følelsesmæssigt meget stærke historier, som gjorde et stort indtryk på alle, som var til stede. Alle møder startede med en "siden sidst"-runde, og der kom mange emner op, som vi tog udgangspunkt i, når vi skulle beslutte dagens emne. Vi gav kvinderne meget plads til at være på og til at reagere på hinanden. Til slut var der en runde, hvor man kunne sige noget om, hvordan det havde været at være til stede i gruppen den dag. Vores rolle var at være gruppeledere og sørge for, at alle kom til orde.

Undervejs fandt vi ud af at være mere styrende med hensyn til at sætte en dagsorden, fordi vi kunne se, at der var emner, som de fleste havde glæde af at tale om. Et vigtigt emne var: Hvad vil det sige at være en god mor? Vi oplevede, at kvinderne kredsede meget om at have skyldfølelse, og om de var en god mor for deres barn. Derfor blev det oplagt, at de måtte definere, hvad det ville sige for den enkelte at være en god mor. Emnerne udviklede sig til at omhandle forholdet til egen mor, evt. far, og hvordan egen opvækst havde været.

### Udviklingen af gruppeforløbet

Gruppeforløbet har gradvist udviklet sig gennem årene og udvikles fortsat på baggrund af vores erfaringer og kvindernes evalueringer. Vi justerer ligeledes vores program ud fra, hvordan den aktuelle gruppe fungerer. Kvindernes viden om kognitiv terapi, deres indbyrdes relationer og samspil har betydning for de beslutninger, vi tager som gruppeledere. Vi mener, at det, der har betydning, er, at gruppelederne har en terapeutisk efteruddannelse, som danner referenceramme for arbejdet.

### En risiko for barnets udvikling

Det kan have store konsekvenser for kvinden, hendes barn og hendes familie, hvis hun ikke får tilbudt en behandling af sin efterfødselsreaktion. Hvis moderen gennem længere tid går rundt med en fødselsdepression, og der ikke er en far eller anden voksen

**"Undervejs fandt vi ud af at være mere styrende med hensyn til at sætte en dagsorden, fordi vi kunne se, at der var emner, som de fleste havde glæde af at tale om. Et vigtigt emne var: Hvad vil det sige at være en god mor?"**

til at overtage ansvaret for barnet, vil det betyde, at barnets udvikling og trivsel er truet. En ubehandlet fødselsdepression øger samtidig risikoen for, at kvinden udvikler en ny fødselsdepression i tilfælde af en ny graviditet og fødsel (7,8). En efterfødselsreaktion kan altså udvikle sig fra at være en lidelse, der relativt nemt kan behandles, til at være en begivenhed med store konsekvenser for den pågældende families trivsel og sundhed.

*Marianne Jeppesen og Annette Korsgaard er ansat som sundhedsplejersker på Nørrebro i Københavns Kommune; marianne.jeppesen@live.dk*

### Litteratur

1. Rose SD. (Ikke publiceret) Kognitivt gruppearbejde i praksis – Øvelser med eksempler. Oversat og bearbejdet af Ulla Wattar. Fås ved henvendelse til artiklens forfattere.
2. Oestrich IH. Selvværd og nye færdigheder. Manual til dig i udvikling. 1. udgave København: Dansk psykologisk Forlag; 2008.
3. Mørch MM. & Rosenberg NK. Kognitiv terapi. In: Mørch

### ))) BOKS 4. PROGRAM FOR MØDERNE I GRUPPEFORLØBET

1. møde: Præsentation af programmet, forventninger og rammer for forløbet. En kursist fra et af vores tidligere forløb fortæller om sin efterfødselsreaktion, og hvad det gav hende at deltage i gruppen. Alle udfylder en EPDS.
2. møde: Yderligere præsentation gennem en case. Introduktion til den kognitive model "Diamanten."
3. møde: Alle kvinderne får mulighed for at arbejde med egen "Diamant" ud fra en kritisk situation.
4. møde: Fortsættelse af arbejdet med "Diamanten."
5. møde: Introduktion til og træning i alternative tanker.
6. møde: Fortsættelse med alternative tanker.
7. møde: Introduktion til kerneantagelser, leveregler og livsstrategier. Træning af mere hensigtsmæssig adfærd.
8. møde: Introduktion til og træning af assertiv kommunikation.
9. møde: "Personlige rettigheder" gennemgås. Alle udfylder en ny EPDS. Skriftlig og mundtlig evaluering.

## Barnløs på grund af klamydia

Desværre, du kan ikke få børn. Den besked vil ca. 480 kvinder mellem 16 og 25 år få hvert år, fordi de har haft en ubehandlet infektion med klamydia. Infektion med klamydia er hvert år årsag til 4.000 tilfælde af underlivsbetændelse, 320 tilfælde af graviditet uden for livmoderen og 60 tilfælde af kroniske underlivssmerter. 50-75 pct. af alle klamydiainfektioner er symptomløse, og der er ikke nogen systematisk screening, så den eneste måde at undgå infektion på er ved at benytte kondom.

En overvægt af de i alt 29.825 personer, som fik påvist klamydia i 2009, er bosat i hovedstaden. Her som i resten af landet er der grund til at forbedre kvaliteten af seksualundervisningen, et arbejde som en del sundhedsplejersker er meget involverede i.

Klamydia påvises gennem en urinprøve, og kravet må være, at unge mennesker kender ordet klamydia, smitteveje, konsekvenser af infektion og forebyggelse, inden de forlader folkeskolen. Der må sættes ind med dygtig oplysning på skoler, ungdomsskoler, efterskoler, Facebook m.m., så klamydiakurven kan knækkes.

(jb)

"Infektion med klamydia er en markør for usikker sex," skriver Statens Serum Institut på [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) > seneste nyt > klamydia 2009 > epi-nyt

## Tandbørstning redder liv på plejehjem

En stor amerikansk undersøgelse hos voksne patienter i respiratorbehandling har bekræftet, at grundig mundhygiejne signifikant reducerer hyppigheden af ventilatorassocieret pneumoni (læs bl.a. *Sygeplejersken* nr. 8/2007) og de deraf følgende omkostninger. Men at en god mundhygiejne også kan redde liv på plejehjem, er måske mindre kendt viden.

I en japansk undersøgelse blev 417 plejehjemsbeboere fordelt tilfældigt til en mundhygiejnegruppe og en kontrolgruppe. I den første gruppe hjalp sygeplejersker og sygehjælpere beboerne med at børste tænder efter hvert måltid, og tandlæger eller tandplejere udførte professionel mundhygiejne på beboerne en gang om ugen. I kontrolgruppen fortsatte den almindelige standard for mundpleje.

Undersøgelsen viste et tydeligt fald i forekomst af lungebetændelse i mundhygiejnegruppen, færre dage med feber, og ikke mindst færre dødsfald som følge af lungebetændelse.

Man regner med, at ca. et ud af hvert 10. dødsfald pga. pneumoni blandt plejehjemsbeboere kan forebygges ved en god mundhygiejne, så frem med tandbørsten på plejehjemmene.

(er)

Kilder: Garcia R et al. Reducing ventilator-associated pneumonia through advanced oral-dental care: a 48-month study. *Amer J Crit Care*. 2009;18:523-32.

Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J. A Systematic Review of the Preventive Effect of Oral Hygiene on Pneumonia and Respiratory Tract Infection in Elderly People in Hospitals and Nursing Homes. *Journal of American Geriatric Society* 2008;(56)11:2124-30.

### Svar på Testen side 52

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

- MM. & Rosenberg NK, editor. Kognitiv terapi. Modeller og metoder. 1. udgave København: Hans Reitzels Forlag; 2005.
- 4. Berge T & Repål A. Kognitiv terapi i praksis. København: Akademisk forlag; 2004.
- 5. Beck JS. Kognitiv terapi. Teori, udøvelse og refleksion. København: Akademisk forlag; 2006.
- 6. Oestrich IH. Selvværd og nye færdigheder. Manual til terapeuten. 1. udgave København: Dansk psykologisk Forlag; 2008. p. 97.
- 7. Gullestrup L & Terp IM. Fødselsdepression. 1. udgave København: Psykiatrifondens Forlag; 2008.
- 8. Madsen SAa. Bånd der brister – Bånd der knyttes. København: Hans Reitzels Forlag; 1996.
- 9. Cox J & Holden J. Perinatal Mental Health: A Guide to the Edinburgh Post-natal Depression Scale. London: Gaskell; 2003.
- 10. Rutz W, Rihmer Z. & Dalteg A. The Gotland Scale for assessing male depression. *Nord J Psychiatry* 2002; 56(4): 265-71).

### >>> ENGLISH ABSTRACT

Jeppesen M, Korsgaard A. Nurses help women with postpartum reaction. *Sygeplejersken* 2010;(15):54-60.

Postpartum reaction can have significant consequences for both the woman and her family. The woman's mental vulnerability affects the bond between her and the newborn. Untreated postpartum reaction may impact negatively on the child's development. For many years, health visitors in Nørrebro have worked to identify postnatal reactions using the Edinburgh Postnatal Depression Scale. Two health visitors' supplementary training in cognitive therapy inspired them to develop a cognitive group approach for women with postpartum reaction. A cognitive reference framework involves a focus on the link between negative automatic thoughts, feelings, physical sensations and behaviour in specific situations. Through socratic dialogue, and supported by other participants in the group, the women are helped to gain insight into their own negative thoughts and own undesirable behaviour, and to learn new skills which can be used in the present and later on in life.

The conclusion is that women with postpartum reaction can be helped by participating in a cognitive group setting, whereby the negative consequences of the postpartum reaction on the child, the woman and her family is minimised.

Key words: Postpartum reaction, cognitive therapy, cognitive group setting, health visiting.





# Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol

## En randomiseret undersøgelse

### »»» RESUMÉ

Bager P, Vilstrup H. Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol – En randomiseret undersøgelse. *Sygeplejersken* 2010(15);61-6.

*Baggrund:* Patienter med skadeligt forbrug af alkohol vil ofte udtrykke motivation for at blive alkoholabstinente (tørlagte). Det kan være svært at fastholde dette ønske efter udskrivelse. Kan sygeplejerskerne på hospitalsafdelingerne hjælpe patienterne på vej?

*Formål:* At undersøge om to måneders ekstra indsats baseret på motiverende samtale og kort intervention efter udskrivelse kunne øge chancen for, at patienterne forbliver alkoholabstinente.

*Design:* Et lodtrækningsforsøg med 25 patienter i hver gruppe, hvor den ene gruppe blev tilbudt ekstra indsats, og den anden gruppe blev udskrevet efter normal praksis.

*Resultater:* Flere patienter fra gruppen, der fik tilbudt den ekstra indsats, var alkoholabstinente efter to måneder sammenlignet med gruppen, der blev udskrevet efter normal praksis. Undersøgelsen kunne ikke identificere patientrelaterede faktorer, der kunne forudsige effekt af den tilbudte intervention.

*Konklusion:* Alle patienter med skadeligt forbrug af alkohol har et potentiale for at forblive alkoholabstinente efter udskrivelse og bør tilbydes en ekstraordinær indsats.

*Søgeord:* Alkohol, afholdenhed, motivation, kort intervention, motiverende samtale.

AF PALLE BAGER, KLINISK SYGEPLEJESPECIALIST, MPH, OG HENDRIK VILSTRUP, LÆGE, PROFESSOR

### *Baggrund*

Op mod en tredjedel af de patienter, som indlægges på somatisk afdeling, har alkoholrelaterede helbredsproblemer, og det er uhyre vigtigt, at disse patienter forbliver alkoholabstinente (tørlagte) efter en indlæggelse (1,2). Patienter med skadeligt forbrug af alkohol vil ofte i forbindelse med indlæggelse på sygehus være motiverede for at forblive alkoholabstinente efter udskrivelse fra sygehuset. Afholdenhed fra alkohol vil ofte være den vigtigste faktor, hvis yderligere alkoholrelaterede skader skal undgås, og tilstanden skal forbedres. Trods denne åbenlyse sammenhæng vil op mod halvdelen af de udskrevne patienter blive genindlagt med samme diagnose og være aktivt drikende (3). For at sikre en sammenhængende behandling er relevante alkoholbehandlingstilbud uden ventetid en nødvendighed for disse patienter. Da denne undersøgelse blev gennemført, var der adskillige ugers ventetid på offentlig ambulans behandling for alkoholmisbrug. Samtidig var der ikke på sygehusene tradition for at foretage systematisk opfølgning af patienter med henblik på alkoholindtag.

### **Formål og hypotese**

Undersøgelsens hypotese var, at en ekstraordinær indsats for disse patienter, baseret på "Motiverende

Samtale" og "Kort Intervention" (Brief Intervention), etableret efter udskrivelse, ville øge antallet af alkoholabstinente patienter i opfølgningsperioden. Et andet formål med undersøgelsen var at identificere karakteristika hos patienterne, der kunne forudsige, hvilke patienter der kunne have størst nytte af den ekstraordinære indsats.

### **Metode**

Undersøgelsen var en randomiseret kontrolleret undersøgelse (lodtrækningsforsøg) med fortløbende inklusion af 50 patienter (38 mænd og 12 kvinder mellem 37-75 år) indlagt med et skadeligt forbrug af alkohol (se tabel 1 side 63). Alle patienter havde fysiske manifestationer af deres alkoholproblemer. Patienterne var indlagt på Medicinsk Hepato- og Gastroenterologisk Afdeling V, Århus Universitetshospital, og kom fra hospitalets optageområde på ca. 270.000 indbyggere. For at blive inkluderet skulle patienterne have drukket op til indlæggelsen og udtrykke motivation for at stoppe med at drikke alkohol. Alle patienter gav informeret samtykke til deltagelse i studiet, der var godkendt af Videnskabetisk Komité.

Egnede patienter blev ved lodtrækning (randomisering) i forholdet 1:1 tildelt:

TABEL 1: PATIENTKARAKTERISTIKA

Patientkarakteristika for inkluderede i undersøgelsen: Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol. Afdeling V, Aarhus Universitets Hospital 2003-2006.

|  | Alle inkluderede<br>(n=50) | Interventionsgruppen<br>(n=25) | Kontrolgruppen<br>(n=25) |
|--|----------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Køn  |                            |                                |                          |
| mænd (%)   | 76                         | 84                             | 68                       |
| Gennemsnits alder  | 51                         | 50                             | 51                       |
| Bor alene (%)  | 70                         | 72                             | 68                       |
| Uddannelse > 10 years (%)  | 66                         | 56                             | 76                       |
| I arbejde (%)  | 14                         | 8                              | 20                       |
| Modtog pension (%)   | 44                         | 36                             | 52                       |
| Antabusbehandlede (%)  | 24                         | 12                             | 12                       |
| Drickemønster  |                            |                                |                          |
| Periodevis (%)   | 40                         | 48                             | 32                       |
| Drak hver dag op til indlæggelsen (%)  | 60                         | 52                             | 68                       |
| Gennemsnitlig daglig alkohol<br>konsum de sidste 6 måneder,<br>genstande á 10g alkohol | 15                         | 18                             | 12                       |
| Erfarede bivirkninger til drikkeri   |                            |                                |                          |
| Delirium tremens (DT) (%)  | 36                         | 44                             | 28                       |
| Abstinens-kramper (%)  | 30                         | 40                             | 20                       |
| Black outs (%)   | 58                         | 68                             | 48                       |
| Tidligere behandlet for alkohol problemer (%)  | 66                         | 72                             | 60                       |
| Ingen karakteristika viste statistisk signifikante forskelle                           |                            |                                |                          |

enten 1) en ekstraordinær indsats i en tomåneders opfølgingsperiode som beskrevet nedenfor eller 2) udskrivelse som afdelingens praksis (ofte opfordring til at søge behandling ved alkoholrådgivning eller lignende) og undersøgelsesrelateret opfølgning efter to måneder.

Randomiseringen blev foretaget af ansatte på afdelingen, som ikke var involveret i studiet, og blev gennemført ved hjælp af forseglede kuverter. Interventionen kunne i sagens natur ikke være blindet. I alt 65 patienter blev spurgt om deltagelse. 10 afslog deltagelse, og fem patienter blev skønnet uegnede til at kunne samarbejde i forhold til forskningsprotokollen. Opfølgingsperioden på to måneder var valgt, så deltagerne kunne nå at etablere kontakt med en behandlingsinstitution, hvis de ønskede det. Samtidig skal det understreges, at studiets formål var at sikre overgangen fra indlæggelse til eventuel alkoholbehandling, ikke at behandle patienterne for deres problematiske alkoholforbrug.

25 patienter blev inkluderet i hver gruppe. Fem patienter kunne ikke opspores ved opfølgningen: To patienter i interventionsgruppen (én døde af levercirrose to uger efter inklusion) og tre i kontrolgruppen. Der var ikke den store forskel mellem de to grupper ved inklusion ud over en tendens til et lidt

kraftigere drickemønster og flere alkoholrelaterede bivirkninger hos patienterne i interventionsgruppen, se tabel 1.

### Intervention og kontrol

Interventionen, der var baseret på principperne i "Motiverende Samtale", blev gennemført af enten sygeplejersker eller socialrådgivere, som var trænet i samtaleteknikken (4). Interventionen startede umiddelbart efter inklusion og senest på udskrivelsesdagen. Interventionens indhold var afhængig af den enkelte patients udtrykte behov og strategi for at kunne gennemføre at forblive alkoholabstinent i en tomåneders periode. Indholdet varierede fra korte, regelmæssige telefonkontakter (3) til besøg på afdelingen (1/3) eller i enkelte tilfælde hjemmebesøg. Interventionen var centreret om korte interventioner af 5-10 minutters varighed. Dette redskab blev valgt, da det har vist effekt i forhold til misbrugere og er håndterbart i en travl hverdag på sygehuset (5-6). Både interventionsgruppen og kontrolgruppen blev fulgt i forhold til afdelingens praksis, der som oftest indbefatter ambulante kontrol 2-4 uger efter udskrivelse samt en opfordring til at tage kontakt til et alkoholbehandlingstilbud umiddelbart efter udskrivelse. Kontrolgruppen blev behandlet som

- ]] interventionsgruppen bortset fra interventionen. Begge grupper fik foretaget et opfølgingsbesøg to måneder efter inklusion.

### Data

Før randomiseringen udfyldte alle inkluderede patienter sammen med en sygeplejerske eller en socialrådgiver et spørgeskema omhandlende sociodemografiske data, drikkemønster, tidligere behandlingstilbud og motivation for at forblive alkoholabstinente. Spørgsmålene var baseret på "Addiction Severity Index", der anvendes i mange sammenhænge i alkoholbehandlingen både i Danmark og i udlandet (7). Desuden blev den sundhedsprofessionelles vurdering af patientens motivationsgrad illustreret på en Visuel Analog Skala (VAS), der gik fra "slet ikke motiveret" til "meget motiveret". De første deltagende patienter fik taget blodprøver både ved inklusion og ved opfølgning, der ville kunne afsløre eventuelt genoptaget drikkeri. Da 14 patienter havde gennemført studiet, blev prøveresultaterne sammenlignet med svarene i spørgeskemaet. Da der var fuldstændig overensstemmelse, valgte vi at udelade blodprøver på de resterende 36 patienter og stole på de svar, vi fik, når patienterne blev spurgt. Den tid, de sundhedsprofessionelle brugte på patienterne, blev registreret. Patienter, som ikke kunne spores ved opfølgning, ville blive betragtet som værende aktivt drikkende.

Inklusionsperioden var fra 2003-2006, men var stillet i bero i en periode på ni måneder grundet omorganisering af både afdeling og forskningsstab.

### Statistik

Undersøgelsespopulationens størrelse blev beregnet på baggrund af en risiko for type 1-fejl på 0,05 med 90 pct. styrke for at kunne vise forskelle ved to måneders opfølgning. 23 patienter i hver gruppe ville give den fornødne styrke, under forudsætning af at 25 pct. af patienterne i interventionsgruppen og 75 pct. i kontrolgruppen ville være drikkende ved tomåneders opfølgning. På den baggrund blev det valgt at inkludere 25 patienter i hver gruppe. De statistiske beregninger i bivariate analyser blev foretaget ved hjælp af Chi<sup>2</sup> test og Fisher's eksakte test. Desuden blev både u-parret t-test og analyse af co-varians (ANOVA) anvendt for at sammenligne grupperne ved inklusion i undersøgelsen. Der er foretaget både per-protokol- (PP) og intention-to-treat (ITT)-analyser.

### Resultater

17 patienter i interventionsgruppen var alkoholabstinente ved opfølgning to måneder efter udskrivelse mod 10 patienter i kontrolgruppen, hvilket er statistisk signifikant (se tabel 2 side 65). Hverken ved parret test eller variansanalyse kunne der findes patientkarakteristika eller drikkemønstre, der kunne

forudsige, hvilke patienter der kunne have nytte af intervention (se tabel 3 side 65). Personalet brugte samlet henholdsvis 28 og 49 timer på patientkontakt i undersøgelsen, mest i interventionsgruppen. Forskellen på 21 timer er derfor brugt på at gennemføre interventionen i interventionsgruppen. Den resterende tid blev brugt på administrative procedurer m.m. i begge grupper. Da der var yderligere syv alkoholabstinente patienter i interventionsgruppen, kan omkostningen (inkremental omkostning) pr. ekstra alkoholabstinent patient anslås til tre personaletimer. Der var ingen væsentlige forskelle i patienternes egen og de sundhedsprofessionelles opfattelse af motivationsgraden (hos patienterne) for at ophøre med at drikke. Ca. halvdelen af de mest motiverede patienter (egen monitorering) drak efter to måneder. Af de patienter, som de sundhedsprofessionelle havde karakteriseret som 80-100 pct. motiverede, drak halvdelen efter to måneder. Ved opfølgning havde under 20 pct. af patienterne haft kontakt til et offentligt ambulans alkoholbehandlingstilbud.

### Diskussion

Denne randomiserede kontrollerede undersøgelse viser, at "Kort Intervention" baseret på "Motiverende Samtale" øger andelen af patienter blandt patienter med skadeligt forbrug af alkohol, som er alkoholabstinente to måneder efter udskrivelse. Resultatet er i overensstemmelse med fund fra observationelle studier med tilsvarende intervention (8,9,10,11,12,13,14). Der findes ikke mange sammenlignelige randomiserede studier, og resultaterne er forskelligartede. En metaanalyse af "Kort Intervention" over for patienter med kraftigt alkoholforbrug viser, at interventionen var dobbelt så effektiv som ingen intervention (15). Omvendt viser et randomiseret kontrolleret studie, at "Kort Intervention" versus ingen intervention ikke har effekt for denne gruppe patienter (16).

Randomiseringen af patienter var effektiv og velafbalanceret i den forstand, at der ikke var forskelle grupperne imellem, der kunne give anledning til selektionsbias. Den eneste forskel kunne være, at patienterne i interventionsgruppen måske havde et mere intensivt drikkemønster. I givet fald vil det påvirke effekten af interventionen i positiv retning, så forskellene ville blive endnu større, hvis grupperne også var ens på dette område. Undersøgelsen kunne i sagens natur ikke være blindet, derfor kendte såvel deltagere som sundhedsprofessionelle allokeringen efter randomisering. Da dataindsamling ved inklusion blev indsamlet før randomisering, og kun en lille stab af sygeplejersker og socialrådgivere indsamlede data, er risikoen for informationsbias begrænset. Dog kan undersøgelsen ikke fastslå, hvorvidt det var interventionens karakter eller den ekstraordinære opmærksomhed, patienterne fik, der gav anledning til de fundne resultater. Endelig må det formodes,



at også kontrolgruppen er påvirket af den ekstra opmærksomhed, som deltagelse i undersøgelsen medfører (Hawthorne-effekt), hvilket kan føre til, at flere i kontrolgruppen forbliver alkoholabstinente grundet deltagelse. Denne effekt vil i givet fald også medføre en mindre forskel mellem grupperne, end den reelt ville være. Altså en styrkelse af hypotesen.

Inklusionen var stillet i bero i en periode på ni måneder grundet omorganisering, men der var ingen forskelle i data før og efter denne pause. Som en overraskelse havde under 20 pct. af patienterne etableret kontakt til det offentlige ambulante alkoholbehandlingstilbud (der på undersøgelsestidspunktet havde henvisningsretten til al offentligt støttet alkoholbehandling). Dette fund understreger, at undersøgelsens valgte "bottom-up"-tilgang, hvor patienterne selv definerer interventionsindhold, kan have større styrke frem for mere institutionaliserede og generelle tilbud til denne gruppe patienter med alkoholproblemer. Undersøgelsen blev gennemført på en somatisk afdeling med speciale i leversygdomme. Resultaterne kan ikke nødvendigvis overføres til alle andre afdelinger, f.eks. psykiatriske afdelinger. På den anden side findes der patienter med et skadeligt forbrug af alkohol på de fleste somatiske afdelinger, og undersøgelsens resultater vil kunne anvendes for disse patienter. Interventionen kostede ekstra ressourcer i form af personaletimer. Et af undersøgelsens formål var at kunne identificere karakteristika for de patienter, som ville have størst effekt af interventionen. Formålet hermed var at kunne udnytte ressourcerne bedst muligt på de mest egnede patienter. Desværre kunne sådanne karakteristika ikke findes. Hverken i form af patientbaggrund eller som vurderinger af motivationsgraden (17). Det betyder, at et tilbud som det undersøgte må gives til alle patienter med et skadeligt forbrug af alkohol, da man kan antage, at den umotiverede patient slet ikke findes (18). Hvorvidt en omkostning på tre personaletimer pr. ekstra alkoholabstinent patient er omkostningseffektiv, afhænger af langtidseffekten, som ikke er undersøgt i dette studie. Omvendt er det kendt, at ændringer af adfærd er en proces, der ofte kræver flere forsøg. På den baggrund kan også de ikke-alkoholabstinente have opnået en effekt, der først viser sig senere. For at vurdere langtidseffekten er der uden for protokol foretaget sammenligninger, dels af alkoholrelateret indlæggelse, dels af død 12 måneder efter deltagelse i undersøgelsen. Kaplan-Meier-estimer viser ingen forskelle grupperne imellem. Undersøgelsens formål var trods alt at forsøge at holde patienterne alkoholabstinente to måneder efter indlæggelse, hvilket fortsat har stor betydning i forhold til deres leverlidelse.

### Konklusion

En ekstraordinær indsats baseret på "Motiverende Samtale" og "Kort Intervention" for patienter indlagt med skadeligt forbrug af alkohol på somatisk

**TABEL 2: DRIKKESTATUS**

Drikkestatus to måneder efter inklusion i undersøgelsen: Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol. Afdeling V, Aarhus Universitets Hospital 2003-2006.

|   | Alle inkluderede<br>n=50 | Interventionsgruppen<br>n=25 | Kontrolgruppen<br>n=25 |
|---|--------------------------|------------------------------|------------------------|
| Andel af patienter der var alkoholabstinente efter 2 måneder (%)*                         | 27 (54)                  | 17 (68)                      | 10 (40)                |
| Antal patienter der ikke kunne foretages opfølgning på                                    | 5                        | 2                            | 3                      |
| * ITT analyse (n=45): p< 0.05 (Chi <sup>2</sup> -test); p=0.09 (Fishers exact-test)       |                          |                              |                        |
| Per-protocol analyse (n=50): p=0.05 (Chi <sup>2</sup> -test); p=0.07 (Fishers exact-test) |                          |                              |                        |

**TABEL 3: SAMMENHÆNGE MELLEML PATIENTKARAKTERISTIKA**

Sammenhænge mellem patient karakteristika ved inklusion og alkoholabstiniens ved opfølgning (to måneder) for inkluderede i undersøgelsen: Udskrivelse af patienter med skadeligt forbrug af alkohol. Afdeling V, Aarhus Universitets Hospital 2003-2006.

Per protokol analyser (50 patienter).

|  | U-parret t-test<br>p-værdi | ANOVA<br>p-værdi |
|--|----------------------------|------------------|
| Køn  | 0,76                       | 0,79             |
| Alder  | 0,63                       | 0,56             |
| Bor alene  | 0,59                       | 0,97             |
| Uddannelse >10 years   | 0,92                       | 0,78             |
| I arbejde  | 0,83                       | 0,88             |
| Modtog pension   | 0,29                       | 0,73             |
| I Antabusbehandling  | 0,74                       | 0,37             |
| Periodisk drikkemønster  | 0,99                       | 0,83             |
| Drak hver dag op til indlæggelsen                              | 0,65                       | 0,45             |
| Gennemsnitlig daglig alkohol konsum de sidste 6 måneder > 150g | 0,68                       | 0,52             |
| Tidligere behandlet for alkoholproblemer                       | 0,29                       | 0,34             |
| Intervention i dette studie                                    | 0,05                       | 0,07             |

» afdeling øger antallet af alkoholabstinente patienter i en tomåneders opfølgingsperiode. Ingen karakteristika hos patienterne kunne forudsige, hvilke patienter der ville have størst nytte af indsatsen, hvilket betyder, at indsatsen bør rettes mod alle patienter i kategorien.

*Denne artikel har tidligere været trykt på engelsk i: Journal of Addictions Nursing (19). Denne danske udgave er trykt efter tilladelse fra "International Nurses Society on Addictions".*

*Undersøgelsen er støttet økonomisk af det tidligere Århus Amt og gennemført med entusiastisk hjælp fra Mette Hornum, Anne Marie Nødgaard, Lise Lærke-Møller, Martin Abildgaard, Ulla Bak Jensen, Jette Vilstrup og Lotte Juul.*

*Palle Bager er ansat på medicinsk afdeling på Århus Universitetshospital og ph.d.-studerende ved Aarhus Universitet; pallbage@rm.dk  
Hendrik Vilstrup er professor ved medicinsk afdeling V på Aarhus Universitet; hendvils@rm.dk*

#### Litteratur

1. Roche AM, Freemantle T, Skinner N. From data to evidence, to action: Findings from a systematic review of hospital screening studies for high risk alcohol consumption. *Drug Alcohol Depend* 2006;83:1-14.
2. Nielsen SD, Storgaard H, Moesgaard E, Gluud C.

#### »»» RESUMÉ

Bager P, Vilstrup H. Discharge of patients with harmful use of alcohol – A randomized trial. *Sygeplejersken* 2010(15);61-6..

*Background:* Patients with harmful use of alcohol will often express motivation to remain alcohol abstinent post discharge. It can be difficult to maintain this desire after the discharge. Can nurses in hospital departments help patients to achieve success?

*Aim:* To investigate whether two-month extra effort based on motivational interview and brief intervention after discharge, could increase the chance that patients will remain abstinent post discharge.

*Design:* A randomized trial including 25 patients in each group. One group was offered extra effort and the second group of discharge as normal practice.

*Results:* More patients from the group who were offered the extra effort was alcohol abstinent after 2 months in comparison with the group who received discharge after normal practice. The study could not identify patient-related factors that predict efficacy of the proposed intervention.

*Conclusion:* All patients with harmful use of alcohol has the potential to remain alcohol abstinent after discharge and should be offered an extra effort as they are discharged.

*Keywords:* Alcoholism, Brief Intervention, Motivational Interviewing.

This article was originally published in the *Journal of Addictions Nursing* 21:37-41,2010, and is reprinted with permission of the International Nurses Society on Addictions.

Prevalence of alcohol problems among adult somatic in-patients of a Copenhagen hospital. *Alcohol Alcohol* 1994;29:583-90.

3. Ponzer S, Johansson S, Bergman B. A four-year follow-up study of male alcoholics: factors affecting the risk of readmission. *Alcohol* 2002;27:83-8.
4. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people for change. New York: Guilford Press; 2002.
5. D'Onofrio G, Degutis LC. Screening and brief intervention for alcohol problems in the emergency department: a systematic review. *Acad Emerg Med* 2002;9:627-38.
6. Bien, TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction* 1993;88:315-36.
7. McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G et al. The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat* 1992;9:199-213.
8. Isenhardt CE. Pretreatment readiness for change in male alcohol dependent subjects: Predictors of one-year follow-up status. *J Stud Alcohol* 1997;58:351-7.
9. Demmel R, Beck B, Lammers A. Prediction of treatment outcome in a clinical sample of problem drinkers: self-efficacy, alcohol expectancies, and readiness to change. *German Medical Science* 2003;1:Article 6.
10. Rask MB, Jørgensen T, Jensen JP, Jørgensen KB, Madsen M, Andersen AN et al. Influence of pretreatment coping strategies on the outcome of outpatient treatment of Danish alcohol abusers. *Eur Addict Res* 2006;12:83-90.
11. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P. Brief interventions for alcohol problems: a meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction* 2004;97:279-92.
12. Rubak S, Sandbæk A, Lauridsen T, Christiansen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2005;April:305-12.
13. Shakeshaft AP, Bowman JA, Burrows S, Doran CM, Sanson-Fisher RW. Community-based alcohol counselling: a random clinical trial. *Addiction* 2002; 97:1449-63.
14. Holder HD, Cisler RA, Longabaugh R, Stout RL, Treno AJ, Zweben A. Alcoholism treatment and medical cost from project MATCH. *Addiction* 2000;95:999-1013.
15. Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomised controlled trials addressing brief intervention for heavy alcohol drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;12: 274-83.
16. Sailz R, Palfai TP, Cheng DM, Horton NJ, Freedner N, Dukes K et al. Brief Intervention for medical inpatients with unhealthy alcohol use. *Ann Intern Med* 2007; 146:167-76.
17. Bager P. Støt patienterne i kampen for afholdenhed. *Sygeplejersken* 2009;(2):46-50.
18. Peter M. Den umotiverede patient findes ikke. *Sygeplejersken* 2010;(6):50-5.
19. Bager P. Post-discharge brief intervention increases the frequency of alcohol abstinence – A randomized trial. *J Addict Nurs* 2010;21:37-41.

Redaktionen modtager en del bøger hvert år. Vi sender ikke alle til anmeldelse, men vælger dem, som har et fagligt eller et personligt budskab til sygeplejersker generelt eller til grupper af sygeplejersker, f.eks. sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker eller ledende sygeplejersker. Vi har et fast korps af anmeldere, som har en særlig viden om det emne, de anmelder.

Anmeldelserne bliver redigeret af fagredaktør Jette Bagh

## Anerkendelse er ingen mirakelkur

I 2005 udkom bogen "Børn kan" af den finske psykiater og psykoterapeut Ben Furman. Heri beskrev han "Jeg kan-metoden", som han har udviklet gennem sit arbejde med løsningsfokuserede arbejdsmetoder inden for bl.a. coaching, uddannelse og opdragelse. Bogen "Børn kan – i praksis" er en naturlig efterfølger, som meget konkret beskriver, hvordan "Jeg kan-metoden" kan bruges i praksis, både i forhold til børn i forskellige aldersgrupper og til grupper af børn f.eks. i en skoleklasse.

Bogen er inddelt i tre dele, første del beskriver, hvad metoden går ud på, og hvor inspirationen til metoden kommer fra, anden del gennemgår metoden illustreret gennem eksempler fra praksis, og sidste del fortæller, hvordan metoden i forskellige lande bruges til at hjælpe børn med problemer.

"Jeg kan-metoden" bygger på opfattelsen af, at børn ikke har problemer, blot færdigheder de endnu ikke har lært. Gennem 15 trin beskrives, hvordan problemer kan omformuleres til færdigheder og opbygge barnets motivation, og hvordan færdighederne kan trænes og belønnes efter aftale, og om barnets lyst til at lære nye færdigheder. En af metodens styrker er involvering af et positivt støttende netværk omkring barnet, åbent at inddrage barnet, tage udgangspunkt

i dets succeser og bruge barnets tanker og visioner i arbejdet med at lære nye færdigheder."

Umiddelbart lyder det som ren Antonovsky. Begreberne begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed oversat til praksis på en meget håndgribelig måde. Forfatteren nævner dog ikke selv Antonovsky som sin inspirationskilde, hvilket undrer. Han er ikke engang nævnt som kilde i baggrundslitteraturen. Dette irriterede min læsning, men det ændrer naturligvis ikke det faktum, at bogen giver inspiration til at arbejde sundhedsfremmende.

Bogen er letlæst og kan give inspiration til professionelles arbejde med børn med forskellige vanskeligheder, men den rummer mange gentagelser fra "Børn kan".

Bogen giver indtryk af, at alle problemer kan afhjælpes med en anerkendende tilgang, men glemmer, at der faktisk er børn, som har vanskeligheder, som nok så megen anerkendelse ikke kan afhjælpe.

Forfatteren nævner selv, at der ikke er dokumentation for, at metoden virker.

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



Ben Furman

**Børn kan – i praksis**

Hans Reitzels Forlag 2010

226 sider – 249 kr.

ISBN 978-87-412-5361-9

## Overblik over forskningsprocessen

Bogen adskiller sig positivt fra andre grundbøger inden for forskningsmetodologi ved ikke at ville rumme alt, men koncentrere sig om de paradigmer, der er væsentlige for forskning i organisation og ledelse, uden at andre indfaldsvinkler derved udelukkes.

Indledningsvis gives en kort introduktion til videnskabsteori, hvor centrale begreber som paradigme, ontologi, epistemologi, metodologi og forskellige slutningsformer præsenteres. Derefter uddybes det realistiske og det konstruktivistiske paradigme. Vi bliver bekendt med, hvad det indebærer at analysere egen praksis, og hvilke etiske aspekter der skal medtænkes. Derefter følger selve forskningsprocessen begyndende med den kreative proces med udarbejdelsen af en problemformulering, samt hvordan man arbejder konstruktivt og systematisk med problemformuleringen. Vi får et overblik over de mest anvendte former for undersøgelsesdesign inden for organisation og ledelse, samt hvordan man ud fra egne valg bedst muligt får sine pointer frem i en pro-

jektbeskrivelse. Forskellige dataindsamlingsmetoder bliver gennemgået med udgangspunkt i projektets formål. Her er tale om metoder som: det kvalitative interview, spørgeskemaundersøgelse, observation, dokumentanalyse og det narrative interview, samt hvordan disse metoder kan kombineres.

Analyse- og fortolkningsprocessen bliver gennemgået med udgangspunkt i forskellige cases.

Bogen afsluttes med et kapitel om refleksionsprocessen og forskellige refleksionsniveauer.

Til at sætte bogens pointer i perspektiv tages der udgangspunkt i en case om den ledelsesmæssige og organisatoriske forandring og dynamik inden for de sidste års omstrukturering af Maersk Line.

Bogen kan bevidstgøre læseren om, hvilke valg der ligger til grund for eksisterende undersøgelser inden for organisering og ledelse, så grundlaget for disse analyser kan afdækkes, og der kan træffes kvalificerede valg.

*Af Jens Bydam, sygeplejerske, cand.phil.*



Per Darmer m.fl. (red.)


**Paradigmer i praksis**

**Anvendelse af metoder til studier af organiserings- og ledelsesprocesser**

Handelshøjskolens Forlag 2010

512 sider – 650 kr.

# En gave til ansatte i psykiatrien

 Et digert værk, der med stort udbytte kan læses af alle studerende inden for social- og sundhedsfagene samt professionelle, som har berøring med psykiatriske problemstillinger. Bogen egner sig fortræffeligt som opslagsbog, idet den er systematisk opbygget med tydelige angivelser af indholdet i hvert enkelt afsnit. Alle kapitler indeholder nyttige pædagogiske virkemidler i form af autentiske sygehistorier, bokse og resuméer.

Der er 38 bidragydere til bogen. Langt de fleste er speciallæger i psykiatri eller psykologer med specialviden på området. Kun en enkelt sygeplejerske, Jan Kåre Hummelvoll, er medforfatter med et kapitel om psykiatrisk sygepleje.

Bogens omdrejningspunkt er det enkelte menneske og dets samspil med omgivelserne. Helhedsperspektivet anskueliggøres gennem en biopsyko-social sygdomsforståelse, og psykisk sygdom ses i et sårbarheds-, personligheds- og stressperspektiv, hvor miljøfaktorer og livsbegivenheder spiller en afgørende rolle.

Bogen giver en grundig indføring i undersøgelsesmetoder, diagnostik og psykopatologi inden for samtlige lidelser i ICD-10-diagnoselisten, og de nyeste evidensbaserede behandlingsmetoder beskrives. Det drejer sig om forskellige psykoterapeutiske retninger, miljøterapi, socialpsykiatri og distriktspsykiatri, og det er her, den psykiatriske sygepleje får sit eget afsnit.

De mange bidrag er præget af særdeles høj kvalitet. Det er svært at fremhæve enkelte afsnit frem

for andre, men jeg vil dog nævne Hummelvoll, som præsenterer den psykiatriske sygepleje baseret på en holistisk-eksistentialistisk tilgang. Den psykiatriske sygepleje betragtes som et komplementært perspektiv til det medicinsk-psykiatriske, og de faglige omdrejningspunkter er sundhed, lidelsens subjektive betydning og udtryk i dagliglivet, omsorg og relation. Sygeplejersken forholder sig til det enkelte menneskes reaktioner på sygdomme eller dysfunktioner snarere end til disse fænomener i sig selv. Hummelvoll redegør for de holdninger og handlinger, der bør ligge til grund for et respektfuldt og tillidsfuldt samarbejde med mennesker, der oplever psykoser.

Kapitlet om at lytte til patienten af Møhl og Simonsen læner sig meget op ad Hummelvolls pointe. Grundholdningen er, at patientens oplevelse af sig selv og sin verden er central. Den gode behandler er i stand til ”på en musikalsk og indfølelse måde både at lytte til patienten og til hans sygdom, så han får et klart billede af begge dele”. En forudsætning for en terapeutisk dialog er en relation mellem patient og behandler præget af tillid og åbenhed.

Bogen er indbydende og tilgængelig, både i form og indhold. Den henvender sig ikke specifikt til sygeplejersker, men for alle ansatte i psykiatrien er den en gave, fordi den formidler stoffet nuanceret, grundigt og meget respektfuldt. Det afsløres tydeligt, hvor meget forskningsbaseret viden specialet rummer, og hvor stor en rolle holdninger og værdier spiller i forhold til at få skabt en alliance mellem patient og behandler.

*Af Sonja Bech, afdelingssygeplejerske i Distriktspsykiatrien i Virum.*



Erik Simonsen og  
Bo Møhl (red.)


**Grundbog i psykiatri**

Hans Reitzels Forlag 2010

960 sider – 598 kr.

ISBN 978-87-412-5025-0

## Danskerne har patent på lykken

 Det drejer sig om en lærebog til undervisning af statskundskabsstuderende, og det medfører visse tørre pletter. Mest fordi de eksempler, som kunne have gjort bogen mere levende, er serveret som opgaver i slutningen af hvert kapitel. Læseren skal selv folde dem ud og drage sine konklusioner. Når bogen alligevel er ulejligheden værd, er det fordi man får mulighed for at vurdere noget af den grundviden, som de offentligt ansatte administratorer arbejder ud fra. Desuden giver bogen redskaber til at forholde sig mere kritisk og indsigtfuldt til, hvad udtrykket den danske model, som bruges i tide og utide, kan dække over.

Bogen tager til dels udgangspunkt i det ofte citerede undersøgelsesresultat, at danskerne er de lykkeligste folk i verden. Ikke så meget fordi vi elsker

de blanke sunde og den grønne skov, eller fordi en dronning troner på slottet, men fordi vi mener, vi har en helt særlig samfundsmodel, som vi ikke tror findes mage til på hele den ganske jord. Når regeringen med den lille havfrue i hånden i øjeblikket forsøger at sælge Danmark som et ”wellfairytale” på verdensudstillingen i Kina, har den uden tvivl et folkeligt flertal bag sig.

Danskernes rejseaktivitet taget i betragtning må vi altså konkludere, at den gamle talemåde om, at ude er godt, men hjemme bedst, i den grad er holdbar. Altså i vores bevidsthed, for i virkeligheden, mener Marcussen, er den danske model ikke hverken særlig speciel eller særlig entydig. Under tegnede har da også mødt andre skandinaver, som udtrykte nøjagtigt de samme fornemmelser for



# Langt mellem snapsene

At dømme efter et interview med bogens redaktør Lasse Skovgaard i dagbladet Information den 26.3.2010 kunne han selv have skrevet en glimrende debatbog om det etablerede sundhedssystemets begrænsninger. Det er derfor ærgerligt, at han har foretrukket at benytte indlæg fra 17 ukonventionelle lægelige autoriteter til at fremme budskabet om at udvise skepsis over for selvsamme autoriteter. Flere af bidragyderne bruger lejligheden til at fremme egne unuancerede sandheder, så man bliver i tvivl om, hvorvidt bogen i virkeligheden er et kampskrift. Nogle udsagn er ganske enkelt uvederhæftige, f.eks. Charlotte Bechs påstand om, at syntetisk fremstillet medicin ikke kan nedbrydes af leveren og derfor ophobes, medens naturlige lægemidler ikke belaster leveren. Det er en fejlsluttelse, som trives ude i befolkningen, men jeg troede da, at alle læger skulle bestå i fagene farmakologi og toksikologi.

Når det er sagt, så er der nogle velskrevne bidrag imellem. Først og fremmest Henrik Isagers betragtninger over sundhed og menneskesyn, og Hanne Steinickes formidling af videnskabelige metoder inden for sundhedsforskning. Eddie Jalving får meget fint forklaret sin antroposofiske tilgang til immunsystemets udvikling hos børn, og hvorfor han derfor mener, at ikke alle børn nødvendigvis skal vaccineres, og der ligger, ved jeg, et kæmpe researcharbejde bag Uffe Ravnskøvs problematisering af brugen af statiner og kolesterolsænkende midler.

Fraværet af referencer, også i ovennævnte indlæg, udelukker desværre langt hen ad vejen denne publikation i forhold til en saglig videnskabelig diskussion om det konventionelle versus det ukonventionelle behandlingssystem.

Hvor er det ærgerligt, at der både i den aktuelle



Lasse Skovgaard  
**Sund skepsis og sund fornuft**  
 – Danske læger sætter spørgsmålstegn  
 Forlaget Hovedland 2010  
 174 sider – 169 kr.  
 ISBN 978-87-7070-165-5

bog og generelt er så langt mellem snapsene i den danske debat om et alternativt sundhedsvæsen.

*Af Bodil G. Lissau, sygeplejerske på  
 Strandhøj Pleje- og Rehabiliteringscenter,  
 Skodsborg.*

deres land, som danskerne gør for deres, uagtet at der er klare forskelle de skandinaviske lande imellem, og at danskerne har patent på det med lykken.

Ifølge Marcussen kan den danske model anses som sammensat af flere elementer, som har været i stadig forandring, og derfor er det i den konkrete situation nødvendigt at definere mere præcist, hvad der menes med udtrykket. For nogle er det udelukkende den ”flexicurity”, som præger det danske arbejdsmarked, hvor understøttelse og let adgang til at fyre og hyre gør livet som arbejdsgiver behageligt. Det betyder, at Danmark ligger øverst på listen over lande, hvor det er godt at gøre forretninger. Andre bruger udtrykket den danske model med mere vægt på velfærd, åben-

hed og brug af internettet. Man bør altså altid sikre sig, hvad der menes med udtrykket.

For den statistikinteresserede er der mange tabeller og kurver, der viser Danmarks plads i den globaliserede verden.

*Af Karen Ellen Spannow,  
 sygeplejerske og etnograf.*



Martin Marcussen  
**Den danske model og globaliseringen**  
 Samfundslitteratur 2010  
 239 sider – 298 kr.  
 ISBN 978-87-593-1470-8

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

Af Evy Ravn, fagredaktør på Sygeplejersken

## Er sygeplejeforskningen diskriminerende?

Forleden læste jeg en indsendt artikel til redaktionen, der beskrev et sygeplejefagligt forskningsprojekt på et sygehus, hvor kun etniske danskere kunne inkluderes. Der var ikke noget i hverken forskningsdesign eller emne, der godtgjorde denne selektion, tværtimod, og eksemplet er på ingen måde enestående. Faktisk husker jeg ikke, hvornår jeg sidst har stødt på et forskningsdesign i min bunke af såvel videnskabelige som faglige artikler, hvor personer, der læser eller taler (måske bare lidt) dårligt dansk eller "skønnes til det" af projektsygeplejersken, er inkluderede. Hvad er der på færde her? Hersker der en udbredt diskrimination blandt danske sygeplejeforskere og projektmagere? Taler man kun om mangfoldighed på overfladen og praktiserer noget andet, bevidst eller ubevidst? Er det et udtryk for dovenskab, at man ikke gør sig den ulejlighed at oversætte patientinformationerne og hidkalde/ringe til en tolk, eller er det et spørgsmål om økonomi? Hvorfor kan oversættelse og tolkning lade sig gøre, når der informeres om pligter i forhold til kontanthjælp og dagpenge, men ikke inden for forskning?

**"Hersker der en udbredt diskrimination blandt danske sygeplejeforskere og projektmagere? Taler man kun om mangfoldighed på overfladen og praktiserer noget andet, bevidst eller ubevidst?"**

Svaret svæver i luften, men uanset årsagen er det et demokratisk problem, at en stor del af vores 9,5 pct. indvandrere og deres efterkommere ekskluderes i forskningen på grund af sprogproblemer. Sagen bliver ikke bedre af, at de etniske minoriteter heller ikke har været inddraget i de landsdækkende sundheds-sygeligheds-undersøgelser med det resultat, at det forebyggende arbejde i såvel kommuner som regioner helt overvejende er baseret på viden om den etnisk danske befolkning.

Dermed være ikke sagt, at der ikke udføres forskning, hvor etniske minoriteter indgår, men denne er rettet mod etnicitet specifikt. F.eks. har Center for Selvmordsforskning undersøgt selvmordsadfærd og copingstrategier blandt etniske minoriteter. AKF har et særskilt og vigtigt forskningsområde vedr. integration, og en smule forskning om etniske minoriteters sundhed er det også blevet til de senere år – men den er stadig sparsom. Etnicitet isoleret kan være relevant, men vil ofte ikke være det forskningsmæssigt. Hvad er formålet med at ekskludere dårligt dansktalende patienter i en undersøgelse af, hvorvidt patienter generelt har mod på selv at rede deres seng og hente deres mad under en indlæggelse? Ligesom man også må formode, at det er relevant for sygeplejen at vide, hvorledes dårligt dansktalende patienter oplever forløbet i tilfælde af tarmkræft. Men nej, ud med alle, der har problemer med rødgrødsudtalen.

Definitionen af begrebet racediskrimination i FN's racediskriminationskonvention omfatter faktisk enhver handling, der har til formål eller som virkning at udelukke eller begrænse menneskers samfundsdeltagelse ud fra deres etniske tilhørsforhold mv. Det betyder, at konventionen også tager højde for handlinger, der i udgangspunktet kan være neutrale, men som har en uforholdsmæssigt negativ effekt over for etniske minoriteter. Enten som virkning eller som indirekte diskrimination. Fænomenet kaldes strukturel diskrimination, og personer, der deltager i denne form for diskrimination, behøver ikke selv at handle racistisk motiveret.

Jeg skal ikke kunne sige, om eksklusion af forskning pga. sprogproblemer formelt ville kunne indgå under strukturel diskrimination, men hvis jeg selv var af anden etnisk herkomst end dansk og blev ekskluderet af al almen forskning pga. en parlør som tro følgesvend i tasken, ville jeg føle mine muligheder for samfundsdeltagelse formindskede. Hvilket nok ikke ville fremme min lyst til integration.

Mon ikke Integrationsministeriet skulle tage et grundigt kig på problematikken og udsende nogle retningslinjer for området. I mellemtiden kan jeg høre Dokumentations- og Rådgivningscenteret om Racediskrimination (DRC), om de har tænkt over problemet.

er@dsr.dk

# SYGEPLEJERSKEN

**JOB**

|                    |     |    |
|--------------------|-----|----|
| Region Hovedstaden | >>> | 73 |
| Region Syddanmark  | >>> | 73 |
| Region Midtjylland | >>> | 74 |
| Udland             | >>> | 76 |
| Netannoncer        | >>> | 77 |
| Vikarannoncer      | >>> | 80 |

**NORDJYLLAND**

**Sygehus Vendsyssel  
søger ledende  
oversygeplejerske**

>>> 75