

SYGEPLEJERSKEN

JOURNAL OF NURSING » NR. 25/26 » 14. DECEMBER 2007 » 107. ÅRGANG



KORT NYT
**Sygeplejersker
klar til storkonflikt**

**Sygeplejersker
vandt lønsag
over vikarbureau**

**Robotter indtager
ældreplejen**

**Usædvanlig optakt
til overenskomst-
forhandlinger**

 **Fagforenings-
politik for sig og
partipolitik for sig**

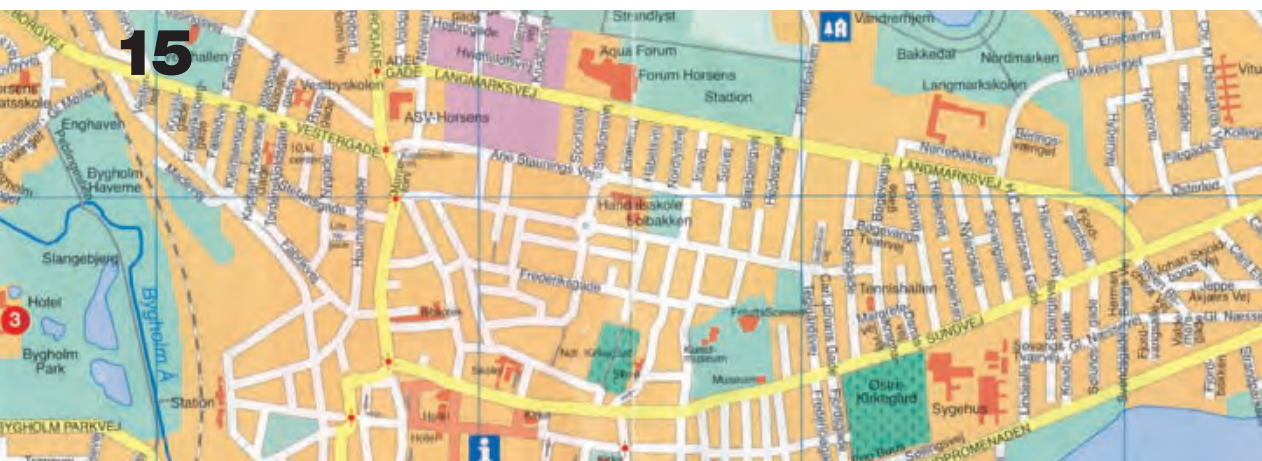
FAG
**Betingelsesløs
omsorg til
socialt udsatte**

**For mange
fejl i medicin-
administrationen**

 **Vælg årets
faglige artikel**

 **Skæbner
i skyggeland**





TEMA: SYGEPLEJERSKEN I HORSENS SIDE 15-50

16 Vil være kendt for den sunde livsstil

Horsens har Danmarksrekord i sundhedsfremme og forebyggelse med 20 års lang erfaring.

18 Patienter lærer at leve det sunde liv

Patienter med svære livsstilssygdomme som fedme, hjerte-kar-sygdomme og diabetes får teoretiske og praktiske redskaber til en ny livsstil på Livsstilscentret på Regionshospitalet Brædstrup.

20 Overvægten er min dødsangst

For ægteparret Rasmussen har indlæggelsen på Livsstilscentret for alvor givet dem tro på, at de kan holde vægttabet.

22 Store puuustedag i Horsens

24 Professionel pleje i hjemlig atmosfære

På akutstuen i Brædstrup er der god tid til at arbejde i dybden og finde frem til årsagen til sygdommen. Derfor kommer brugerne sjældent igen.

27 15.000 på besøg i Sund By Butikken hvert år

28 Børnepasning og Bilka-service

For at fastholde og tiltrække sygeplejersker griber ledelsen på regionshospitalet dybt i idékassen med indkøbsordning og pasning af ansattes børn.

30 Kniv start, kniv slut, patient færdig

Operationsafdelingen på regionshospitalet er førende på verdensplan med et digitalt system, der sikrer overblik over operationerne.

31 De nye sundhedsaftaler sikrer fælles patientforløb

SYGEPLEJERSKEN I HORSENS – FAG

34 Borgeren er eksperten i eget liv

Artiklen præsenterer erfaringer og resultater fra det kommunale sundhedsteam i Horsens Kommune.

38 Intens kontakt med belastede familier nytter

Tidlig indsats over for belastede familier giver positive resultater for både børn og voksne.

41 Mindre vold i demensafsnittene

En målrettet indsats kan nedbringe antallet af voldsepisoder på et demensafsnit.

42 Blærescanning af spinalbedøvede patienter

Patienter kan med fordel blærescannes efter spinalbedøvelse.

43 Resultatet af Sygeplejerskens faglige quiz

44 Betingelsesløs omsorg til socialt udsatte

I det sociale omsorgs- og støttearbejde skal indsatsen både indeholde en sundhedsfaglig og socialfaglig del.

46 Recovery inden for socialpsykiatrien

47 Slut med ondt i ryggen efter arbejde

49 Intensiv omsorg for efterladte

50 Opgaveglidning i anæstesi

Anæstesisygeplejersker på regionshospitalet tager sig af forundersøgelser før bedøvelse.



64



ARTIKLER

52 OK 08 – Dramatiske forhandlinger venter forude

Risikoen for storkonflikt er større end nogensinde, men det kan også ende med forlig, mener forskere.

53 Den skæve løn

Offentligt ansatte får mindre i løn end privatansatte med en tilsvarende uddannelse. Uligheden vokser, jo større andelen af kvinder er i uddannelsesgrupperne, viser tal fra Danmarks Statistik.

54 Usædvanlig optakt

Optakten til overenskomstforhandlingerne 2008 har været usædvanlig og lægger op til krav om lønfest og rivegilde blandt de faglige organisationer.

55 OK 08 – Hvem er hvem?

På det offentlige område afvikles overenskomstforhandlingerne 2008 med færre formelle aktører end tidligere. Der er færre kommuner, amterne er væk, og på lønmodtagersiden er der også sket ændringer.

60 Julekryds

FAG

64 For mange fejl i medicinadministrationen

Patientsikkerheden kan øges, hvis der gennemføres en række forandringer i håndteringen af medicin i forbindelse med overgangen mellem sygehus og hjem.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 57 Dansk Sygeplejeråd mener
- 58 Debat
- 62 Fagtanker
- 62 Faglig information
- 68 Agenda
- 69 Testen
- 69 Anmeldelser
- 74 5 faglige minutter
- 75 Stillingsannoncer
- 84 Kurser/Møder/Meddelelser

Forside: Modellfoto Søren Svendsen.

Sygeplejersken på tur

En gang om året flytter *Sygeplejersken* redaktionen ud i landet. Det er en ny tradition. Vi har kun gjort det to gange indtil videre. Første gang i Odense i 2006. Anden gang her i november, hvor vi var i Horsens. Men selv om vi kun har gjort det to gange, synes vi godt om det, og vi fortsætter i 2008.

I to-fire dage flytter vi vores redaktion ud på en eller flere sygeplejerskearbejdspladser og skriver artikler derfra. Vi har en arbejdende redaktion, der holder åbent hver dag, hvor sygeplejersker og andre kan komme forbi og få en snak med os. Vi afholder læsermøder og lytter til, hvad I har at sige, når der kommer forslag og gode idéer.

På den måde kommer vi til at lave nogle andre historier, end vi plejer. Vi kommer også til at møde medlemmer af Dansk Sygeplejeråd på en helt anden måde. Det er vigtigt for os. Det er en unik mulighed for os for at komme til at tale med jer om jeres arbejde og ikke mindst, hvad I synes om jeres fagblad.

Turen til Horsens var meget inspirerende. Vi besøgte dels Regionshospitalet Horsens, dels Horsens Kommune. Og vi skylder begge en stor tak for at have taget så venligt imod os.

Med os hjem har vi taget en masse artikler skrevet af os selv og sygeplejersker fra Horsens. Dem kan I læse i dette nummer af *Sygeplejersken*. Vi synes selv, det er blevet en spændende rejse rundt i Horsens' sygeplejerskers faglige verden.

Vi ses måske på din arbejdsplads i 2008. Hvem ved. Vi glæder os i hvert fald allerede. God læselyst.

"I to-fire dage flytter vi vores redaktion ud på en sygeplejerskearbejdsplads og skriver artikler derfra. På den måde kommer vi til at lave nogle andre historier, end vi plejer. Vi kommer også til at møde medlemmer af Dansk Sygeplejeråd på en helt anden måde."



Sigurd Nissen-Petersen

Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dssr.dk

REDAKTIONEN >>>

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



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



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



Journalist
Sine Madsen
sma@dssr.dk
Tlf.: 4695 4206



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



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



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



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



Sygeplejersker klar til storkonflikt



AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN

Alvor. Mere i løn, og vi er klar til en altomfattende konflikt. Allerede inden overenskomstforhandlingerne 2008 rigtig er begyndt, tegner der sig et helt usædvanligt billede med massive lønkrav og et omfattende konfliktvarsel fra Sundhedskartellet. Og så advarer kartellets formand mod, at regeringen blander sig i en eventuel konflikt. Det vil skabe en massiv vrede, siger hun.

"Det er helt sædvanligt, at vi forbereder os til en eventuel konflikt samtidig med, at der forhandles. Denne gang er det usædvanlige, at en eventuel konflikt bliver meget omfattende," siger Sundhedskartellets formand og politiske hovedforhandler, Connie Kruckow.

Hun tilføjer, at første konfliktvarsel ved tidligere overenskomstforhandlinger sædvanligvis har omfattet omkring 10 pct. af Dansk Sygeplejeråds aktive medlemmer. Denne gang har der været enighed i hovedbestyrelsen om at forberede en konflikt, som fra starten omfatter alle. Dog med undtagelse af tillidsrepræsentanter, ledere og tjenestemænd og det personale, der skal indgå i et nødberedskab, så en konflikt ikke truer patienters liv eller sundhed.

Connie Kruckow konstaterer, at der blandt sygeplejerskerne er stor opbakning til kravene, og at 83 pct. af sygeplejerskerne er klar til at strejke, hvis det bliver nødvendigt. Det er et klart signal til arbejdsgiverne.

"Jeg går benhårdt efter en aftale. Men ligelønsproblemerne er så store, at parterne ikke kan løse dem alene ved forhandlingsbordet," siger Connie Kruckow. Tal fra Danmarks Statistik dokumenterer, at sygeplejerskerne og de andre grupper i Sundhedskartellet har et stort lønefterslæb: Hver gang

en privatansat med en mellemlang videregående uddannelse tjener 100 kr., tjener en offentligt ansat med samme uddannelseslængde – f.eks. en sygeplejerske – kun 73 kr.

Derfor kræver Sundhedskartellet ligeløn. En forudsætning er, at Folketinget afsætter en ekstra pulje til de kommende overenskomstforhandlinger. En anden forudsætning er, at Folketinget nedsætter en Ligelønskommission, der kan forberede en egentlig ligelønsreform. En ligelønskommission skal have sit arbejde afsluttet, så det er klar til de næste overenskomstforhandlinger, mener Connie Kruckow. Uligeløn er et samfundsproblem. Derfor skal Folketinget på banen for at løse problemet, siger hun.

Hun tilføjer, at regeringen på nuværende tidspunkt siger, at den ikke vil blande sig i overenskomstforhandlingerne.

"Så går vi også ud fra, at man vil holde sig fra at blande sig i en eventuel konflikt," siger Connie Kruckow.

Og hvis der så alligevel kommer et

lovindgreb for at standse en storkonflikt i sundhedsvæsenet?

"Så vil politikerne se massiv vrede fra Sundhedskartellets medlemmer. Det vil på lidt længere sigt blive uhyre vanskeligt at rekruttere nye og fastholde erfarne medarbejdere og dermed opretholde ambitionen om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Vi er ved at være derhenne, hvor nok er nok," siger Connie Kruckow.



Uligeløn er et samfundsproblem. Derfor skal Folketinget på banen for at løse problemet, mener formanden for Sundhedskartellet, Connie Kruckow.

»»» STORE LØNHOP

Sundhedskartellet vil indhente de privatansattes løn. Det indebærer, at Sundhedskartellet kræver en større lønstigning til sine medlemmer, end hvad der blev opnået ved overenskomstforhandlingerne på det private område. Tallene fra Dansk Arbejdsgiverforening siger en lønstigning over tre år på 12,9 pct. Men derudover vil Sundhedskartellet i tiden frem til år 2015 løfte den gennemsnitlige løn for sygeplejersker i basisstillinger fra nu 24.000 kr. til 35.000 kr. Det er løn uden ulempeydelse og uden pension, men med funktions- og kvalifikationstillæg.

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



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



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



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



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



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



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



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



Spiriva® (tiotropium) Forkortet produktresumé.

Indikationer: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor tiotropium, atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactosemonohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 3% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, bronkospasme, hoste, pharyngitis, dysfoni, oral candidiasis, kvalme. Sjældne (mindre end 0,1%) bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropium må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 47-48/2007):** Spiriva®, 30 kapsler med HandiHaler®, kr. 546,55; Spiriva®, 30 kapsler, kr. 501,55; Spiriva®, 90 kapsler, kr. 1.487,80. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehavere:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2007. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

Spiriva® RespiMat® (tiotropium) Forkortet produktresumé. **Indikationer:** Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for tiotropium, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 6% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, sløret syn, palpitationer, supraventrikulær takykardi, atriefibrin, hoste, faryngitis og anden irritation på applikationsstedet, dysfoni, oral candidiasis, gastroøsofageal reflux, dysfagi, pruritus, dysuri, urinretention. Ikke kendte bivirkninger (frekvensen kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 849 patienter) er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiums antikolinerge virkning skal tiotropium anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropium må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning i patron. **Pakninger og priser (uge 47-48/2007):** Spiriva® RespiMat® inhalationsvæske, 1 patron med 60 pust: kr. 546,55 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehavere:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 20.08.2007. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

Referencer: 1) Lange P og Vestbo J. Medicinsk Kompendium s. 1331, 2004. 2) Lægemiddelstyrelsens godkendte produktresumé af 20. august 2007 for Spiriva® RespiMat® inhalationsvæske, opløsning. 3) Dalby R et al. A review of the development of RespiMat® Soft Mist™ Inhaler. International Journal of Pharmaceutics 2004;283:1-9. 4) Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Combination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. CHEST 2005; 127:809-817. 5) Petty T L. Scope of the COPD Problem in North America - Early Studies of Prevalence and NHANES III Data: Basis for Early Identification and Intervention. CHEST 2000;117:326-331.

Produktinformation
39 15 88 88 kl. 9-16

Løn med hjertet

Sygeplejersker i uniform deler honninghjerter ud midt i jule- og myldretiden mandag den 17. december 2007. De søde sager skal skabe opmærksomhed om Dansk Sygeplejeråds overenskomstkrav.

Teksten på hjerternes mærkat er:

"Vidste du, at sygeplejerskerne har et lønofferslæb på 27 pct. i forhold til privatansatte med samme uddannelseslængde? Derfor har sygeplejerskerne markante lønforbedringer på ønskelisten til den kommende overenskomst! God jul."

Honninghjerterne finansieres af Dansk Sygeplejeråds Garantifond. (sbk)



Stop op og få et sødt hjerte midt i juletiden. I landets største byer deler sygeplejersker honninghjerter ud den 17. december 2007. Hjertene bærer et budskab om mere i løn til sygeplejerskerne.

Vidste du at ...

... danskerne i løbet af 20 år er blevet både højere og især tungere? Gennemsnitsmanden er fra 1987 til 2005 blevet 2,2 cm højere og måler nu 179,5 cm. Han er samtidig blevet 6 kg tungere med 83,1 kg. Gennemsnitskvinden er kun vokset med 1,2 cm og måler nu 166,5 cm, mens nålen på vægten er røget op på 68 kg, hele 6 kg's vægtstigning.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005.

Fire sygeplejersker vandt sag over vikarbureau

AF SUSANNE BLOCH KJELDSEN, JOURNALIST

Løntjek. Først blev de snydt og fik for lidt i kørselsgodtgørelse og timeløn. Siden vandt de med hjælp fra DSR en sag over vikarbureauet PUS i Jylland og på Fyn og får nu over 85.000 kr. i efterbetaling.

Fire sygeplejersker fra Horsens har med hjælp fra Dansk Sygeplejeråd vundet en sag over vikarbureauet PUS i Jylland og på Fyn. Sagen handler om, at sygeplejerskerne fik for lidt i kørselsgodtgørelse og timeløn i forhold til de takster, overenskomsten berettiger dem til. De får nu efterbetaling for over 85.000 kr. tilsammen. Sygeplejerskerne havde skrevet kontrakt med vikarbureauet i god tro, fordi bureauet havde overenskomst med Dansk Sygeplejeråd. Imidlertid skrev de under på en kontrakt, hvor de fik mindre i timeløn og kørselsgodtgørelse, end overenskomsten sagde.

"Jeg har lært, at man både skal sikre sig, at arbejdspladsen har overenskomst med Dansk Sygeplejeråd, og at den kontrakt, man skriver under på, stemmer overens med overenskomsten," siger sygeplejerske

Joan Rønnow Olsen, som er én af de fire, som nu langt om længe, får sine penge.

Mange flere sager

Sagen blev vundet, fordi en arbejdsgiver ikke må indgå aftale om mindre i løn end den overenskomst, man har skrevet under på. *Kate Rasmussen*, som også er én af de fire sygeplejersker, der kan se frem til at få sit tilgodehavende, opfordrer andre vikarer til at kigge deres kontrakter efter i sømmene.

"Jeg er ikke i tvivl om, at der er mange, der har penge til gode, men de er formentlig blot uvide om det," siger hun.

Direktør *Michael Jetsmar* for PUS i Jylland og på Fyn beklager, at der er opstået en uoverensstemmelse med Dansk Sygeplejeråd.

"Jeg har et klart ønske om at overholde overenskomsten, og beklager vildfarelsen. Efter at der er foretaget de nødvendige reguleringer mener jeg at sagen har fundet sin afslutning," siger Michael Jetsmar.



ARKIVFOTO: CORBIS

Robotter skal hjælpe til i ældreplejen. Ældreplejen i Høje-Taastrup Kommune har planer om at bruge robotter til flere opgaver – f.eks. støvsugning. "Så kan den ældre selv bestemme, hvornår der trænger til at blive gjort rent. Det er en win-win-situation for både borger og personale," siger Karen Kofoed, sygeplejerske og ældrechef i Høje-Taastrup Kommune. Hun forventer, at støvsugerrobotten vil blive afprøvet i kommunen allerede i 2008.

Robotter ind i ældreplejen

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Hjemmerobot. En vaskerobot, en GPS-sender til den demente borger og en selv-kørende støvsuger. Ældreplejen i Høje-Taastrup Kommune skal aflastes af robotter.

Robotter og maskiner gør klar til at overtage dele af ældreplejen i fremtiden. Og i Høje-Taastrup Kommune varmer man op til at være blandt de første, der afprøver de nye teknologiske muligheder.

"De fleste kan se, at bemandingssituationen er og bliver et problem. Derfor kan vi se fornuften i at pege på nogle opgaver, der kan overtages af robotter. F.eks. er rengøring en opgave, som de fleste i plejesektoren gerne ser, at maskinerne overtager. Støvsugerrobotten kan afhjælpe personalet, og den ældre kan selv bestemme,

hvornår der trænger til at blive gjort rent. Det er en win-win-situation for både borger og personale," siger Karen Kofoed, sygeplejerske og ældrechef i Høje-Taastrup Kommune. Hun forventer, at støvsugerrobotten vil blive afprøvet i kommunen allerede i 2008.

Mens den sugende robot endnu er på tegnebrættet, er GPS-sendere til demente borgere meget snart en realitet. Kommunen leder netop nu efter den rette leverandør. Inden længe kan pårørende og personale via en elektronisk sender finde frem til den demente, hvis han eller hun bliver væk.

Også en vaskerobot til ældre er blevet diskuteret i Høje-Taastrup Kommune i forbindelse med en temadag om netop it i ældreplejen. Både ansatte og borgere var

positive over for idéen om en vaskerobot, der kan give ældre borgere mulighed for at komme i bad, når det passer dem – uafhængigt af hjemmehjælp.

"En vaskerobot giver frihed. Jeg ville personligt hellere kunne tage et bad, når det passede mig, og jeg havde kræfter til det, end at skulle vente på at få hjælp fra en masse forskellige folk, der skulle se min krop," siger Inge Jacobsen, medlem af Senierrådet i Høje-Taastrup og næstformand i seniorsammenslutningen af sygeplejersker.

Vaskerobotten er dog en løsning, der ligger længere ude i fremtiden, vurderer Karen Kofoed.

"Mange private aktører har accepteret underskud i de første år i håb om, at det ville vende. Nu viser en af de største, at det gør det ikke, og det kan få hele fritvalgsområdet til at revne."



Henrik Friis, afdelingschef i arbejdsgiverorganisationen HTS, efter at den største udbyder af privat pleje i hjemmeplejen, Forenede Service, med omgående virkning trak sig ud af det danske marked pga. manglende indtjening, i Jyllands-Posten den 5. december 2007.

Norsk hjemmesygeplejerske skudt

En 30-årig mandlig, norsk hjemmesygeplejerske blev i slutningen af november skudt og dræbt, da han var på hjemmebesøg hos en 86-årig mand. Den 86-årige alarmerede selv politiet om hændelsen, der foregik i Øystese i Kvam Kommune i Hardanger. Ifølge ham gik våbnet af ved et uheld, da han skulle vise det frem til den jagt-

interesserede sygeplejerske. Politiet har da også foreløbig blot sigtet den 86-årige for uforsigtig omgang med våben.

"Den 86-årige har forklaret sig sammenhængende og klart, men vi vil selsagt sammenholde forklaringen med tekniske fund," siger politiinspektør Ernst Rossebø i Rogaland politidistrikt til Bergens Tidende. Den 30-årige

sygeplejerske skal nu obduceres, og politiet vil sammen med den 86-årige rekonstruere, hvad der skete inden det fatale skud.

Kari Svelling Nygård, som er NSF-hovedtillidsvalgt for Norsk Sykeplejerforbund i Kvam Kommune, vil ifølge fagbladet Sykepleien ikke kommentere den generelle sikkerhed for hjemmesygeplejersker, som er alene

på arbejde, men siger, at det aldrig vil være aktuelt for hjemmesygeplejersker at gå med skudsikre veste.

"Det bliver lidt for dramatisk," siger hun.

Den norske kommune Drammen indførte for over et år siden skudsikre veste for at sikre sine ansatte.

(lha)

Koncentration. 48 udvalgte deltagere var samlet i to dage den 21. og 22. november 2007 på Hotel Marienlyst i Helsingør på en såkaldt sygehuscamp for at få gode idéer til at sikre arbejdsglæde blandt de ansatte på sygehusene og bedre behandling for patienterne. Anstrengelserne mandede ud i 12 opskrifter på stærke og sunde arbejdspladser. De 48 var særligt inviterede ledere og medarbejdere fra sygehusene og andre med viden om sygehussektoren. Initiativtagerne til sygehuscampen var Partssamarbejdet på Sygehusene. Læs mere på: www.susweb.dk (snp)



FOTO: SIMON KNUDSEN

Diplomuddannelser er en jungle

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Knopskydning. Der er brug for at rydde op i diplomuddannelserne, viser ny rapport.

Det er en sand jungle at finde rundt i landets godt 100 diplomuddannelser. Alt for mange tilbud ligner hinanden, og en del af kurserne må opgives på grund af mangel på tilmeldinger. Det viser en ny rapport fra Danmarks Evalueringsinstitut. Rapporten kritiserer, at mange diplomuddannelser er et resultat af ukoordinerede knopskydninger, og anbefaler, at Undervisningsministeriet rydder op i de mange tilbud.

"Systemet er ikke brugervenligt. Både

sygeplejersker og arbejdsgiverne har svært ved at overskue udbuddet. Jeg møder f.eks. sygeplejersker, der skal tage en pædagogisk diplomuddannelse. De har svært ved at gennemskue udbuddet af moduler, så de kan vælge det, der passer til deres job. Et andet problem er, at nogle af kurserne ikke bliver til noget. Det kan være en stor frustration for den sygeplejerske, som har fået bevilget penge til en uddannelse, når modulet alligevel ikke oprettes," siger uddannelseschef *Marianne Fabrin* fra Hvidovre Hospital, der har været med til at lave rapporten.

Kontorchef *Peter Michael Sørensen* fra Undervisningsministeriet oplyser, at ministeriet nu vil se nærmere på rapportens anbefalinger.

"Vi tager selvfølgelig rapporten meget alvorligt og vil følge op på anbefalingerne. I det omfang, det er nødvendigt at ændre uddannelserne, så gør vi det," siger Peter Michael Sørensen.

Mellem 2001 og 2004 blev 16.445 danskere optaget på en diplomuddannelse. En analyse fra 2006 viser, at 54 pct. af de diplomuddannede slet ikke eller kun i ringe grad har fået nye opgaver efter kurset.

Sygeplejersker strømmer til netforum

AF SINE MADSEN, JOURNALIST

Cybersygeplejersker. Det digitale debatforum for sygeplejersker og sygeplejestuderende vokser støt.

Siden *Sygeplejersken* bragte en række artikler i blad nummer 23/2007 om de nye medier og debatfora på nettet, er gruppen af sygeplejersker og sygeplejestuderende på internetforummet Mingler vokset markant. Næsten 25 nye medlemmer er kommet til, siden bladet udkom

midt i november. Gruppen rummede i forvejen omkring 40 medlemmer.

Karin Sørensen, stifter af Forum for Sygeplejersker og Sygeplejestuderende på Mingler, er glad for udviklingen.

"Det gik hurtigt. I weekenden efter bladets udgivelse væltede det ind med ansøgninger. Begrundelsen i ansøgningerne var, at folk havde læst om gruppen og savnede et netværk, hvor de kunne dele deres faglig-

ge erfaringer fra jobbet eller uddannelsen," siger Karin Sørensen og tilføjer, at det er en nydelse at se, at mange af de gamle debatter bliver taget op igen med fornyet energi.

Martine Dideriksen, som læser på 1. semester på CVU Syd, er spritnyt medlem af Forum for Sygeplejersker og Sygeplejestuderende. Hun meldte sig ind i gruppen, efter at hun havde læst om netværket i fagbladet.



"Jeg har også fundet en penneven fra en anden del af landet. Vi skriver om vores oplevelser på studiet og bakker hinanden op. Jeg er inde næsten hver dag i gruppen for at se, om der er kommet nye indlægg, og give mit besyv med til debatten."

Find ud af mere på: www.mingler.dk

Læsernes redaktør takker af

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Vagthund. Saglig og grundig – men er Sygeplejersken kritisk nok? Niels Rohleder stopper planmæssigt som læsernes redaktør efter et år som dommer over journalistikkens saglighed og god etik på Sygeplejersken.

Egentlig havde Niels Rohleder forestillet sig, at det ville pible ind med henvendelser på Sygeplejersken fra berørte eller krænkede læsere, da han for godt et år siden tiltrådte som læsernes vagthund. Men han må nu sande, at det har været sparsomt med læserreaktioner, og set i bakspejlet undrer det ham ikke.

”Fagbladet Sygeplejersken er det eneste fagblad i hele Europa, der har en læsernes redaktør. Det er en ret eksotisk ordning. Måske er det ikke så underligt, hvis læserne skal vænne sig til funktionen,” siger han.

Læsernes redaktør er etableret for at sikre et blad høj journalistisk kvalitet. Niels Rohleder har derfor taget forskellige emner op i sine klummer, der har haft til formål at diskutere netop kvaliteten. Han fremhæver selv diskussionen om, hvorvidt Sygeplejersken bragte en skjult reklame i temaet om coaching, spørgsmålet om brugen af modelfotos i bladet og klummen om,



FOTO: SØREN SVENSDEN

hvorvidt chefredaktørens analyse af den nye konstruktion i Dansk Sygeplejeråd var kritisk nok. Eksempler på, at læsernes ombudsmand har taget konkrete sager op og diskuteret de journalistiske arbejdsmetoder eller redaktionelle valg på Sygeplejersken.

For medlemmernes skyld

Selv om der har været emner nok til et kritisk indslag i hvert andet blad over det sidste år, så fremhæver Rohleder, at journalisterne på Sygeplejersken er omhyggelige og saglige. Men deres muligheder for at levere kritisk journalistik har sine begrænsninger, mener han.

”Det er vigtigt, at et fagfor- eningsejet blad giver plads til

kritisk journalistik. Det ville være fornemt, hvis både artikler, analyser og kommentarer kunne forholde sig kritisk til også interne forhold i Dansk Sygeplejeråd. Det bør den politiske ledelse give plads til, for det gavner medlemsdemokratiet,” siger Niels Rohleder.

Niels Rohleder afløses ikke umiddelbart af en ny vagtsom ombudsmand. Hovedbestyrelsen i Dansk Sygeplejeråd skal i 2008 evaluere funktionen og tage stilling til, om Sygeplejersken skal fortsætte med den unikke ordning. Niels Rohleder håber, at der hurtigt kommer en efterfølger i hans spor:

”Presseetik og kvalitet i journalistikken diskuteres meget blandt journalister, men uden for pressen, tror jeg ikke, at man er så opmærksom på værdien af en læsernes redaktør, medmindre man føler sig forulempet. Det virker, som om idéen om at have læsernes redaktør kommer fra de øvre politiske luftlag i Dansk Sygeplejeråd, og jeg synes, det er godt og flot. Jeg håber, at man vil blive ved med at tro på det, selv om det tager lidt tid, før læserne bliver opdraget til at bruge læsernes redaktør.”

Forbyttede børn koster jobbet

I Tjekkiet har en sag om forbyttede babyer nu kostet to sygeplejersker jobbet, fortæller BBC News. Sagen startede i december 2006, hvor to pigebørn kom til verden på en fødegang på hospitalet Trebic i Tjekkiet. Forældrene fik mistanke om forbytningen, da den mørkhårede og mørkøjede far i den ene familie undrede sig over sit afkoms lyse hår og blå øjne. Først faldt mistanken på utroskab, men en dna-test afslørede, at hverken faren eller moren udgjorde pigens biologiske ophav. Da familien frustrerede og uheldige henvendte sig til hospitalet, fandt man fejlen. Men først 10 måneder efter pigernes fødsel blev man enige om at bytte børnene tilbage. Under massiv international mediedækning påtager sundhedsmyndighederne i Tjekkiet sig nu ansvaret og giver hver af familierne 30.000 kr. som kompensation for den traumatiske oplevelse, skriver B.T.

(kbc)

Vidste du at ...

... antallet af salmonellatilfælde i Danmark er faldet med 67 pct. over en 10-års periode fra 1997 til 2006?

Kilde: Zoonosecenteret, Fødevarerinstitutionen DTU.

Vidste du at ...

... mellem 70-80 pct. af den samlede ”papirkommunikation” mellem aktørerne i sundhedsvæsenet udveksles elektronisk på tværs af sektorer? Hver måned sendes der nemlig godt 3,5 millioner standardiserede meddelelser mellem sektorerne, som f.eks. informationer om udskrivinger af patienter, recepter og epikriser, der udveksles mellem praktiserende læge og sygehus.

Kilde: Svar fra indenrigs- og sundhedsministeren til Folketingets Finansudvalg september 2007.

Nyt magasin om ledelse i sundhedsvæsenet

Dansk Sygeplejeråd har lavet et nyt magasin om ledelse i sundhedsvæsenet. Magasinet hedder Forkant og henvender sig primært til ledende sygeplejersker, men også til embedsmænd, læger, beslutningstagere og andre aktører med interesse for eller indflydelse på sundhedsvæsenet. Forkant udkommer fire gange årligt. Første gang her i december 2007. Magasinet bliver produceret af Dansk Sygeplejeråds kommunikationsafdeling. (snp)





Rektor Søren Pedersen ser prisen som et velkomment klap på skulderen oven på den generelle negative omtale af faget og sygeplejerskeuddannelserne. Han modtog prisen sammen med de to sygeplejestuderende Melanie Stichtenoth (tv.), lokal formand for SLS, og Lise Sjøgren, formand for De Studerendes Råd.

Pris til sygeplejerskeuddannelse i Vejle

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Skulderklap. Sygeplejerskeuddannelsen Vejle CVU Lillebælt er netop blevet kåret som den videregående uddannelse med det bedste undervisningsmiljø i Danmark.

På Sygeplejerskeuddannelsen Vejle CVU Lillebælt samarbejder ledelsen, undervisere og de studerende så godt, at de nu er de stolte vindere af "Årets undervisningsmiljøpris 2007" i kategorien "videregående uddannelser." Ved prisoverrækkelsen mandag den 3. december 2007 i København fremhævede undervisningsminister Bertel Haarder (V) netop det gode samarbejde:

"I Vejle ser man, hvor vigtigt det er at inddrage de studerende i arbejdet med

undervisningsmiljøet. Ikke nok med at de bliver hørt, deres ønsker bliver også ført ud i livet, og skolen har nu forbedret undervisningsmiljøet. Det er flot," sagde undervisningsministeren bl.a.

Og det glæder rektor Søren Pedersen. "Vi er utroligt glade og stolte af prisen. Vi ser den først og fremmest som en anerkendelse fra vores studerende af det arbejde, vi gør for at skabe et godt undervisningsmiljø, da det er de studerende, der har indstillet os til prisen," siger han.

Med prisen følger foruden diplom og anerkendelse 25.000 kr., som de studerende selv beslutter, hvad skal bruges til.

Kartofler ind i

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

OK-pingpong. Stiger de offentlige lønninger ekstraordinært meget, øges risikoen for en ny kartoffelkur, advarer Finansministeriet. Ekspertener mener, advarslen er svær at tage alvorligt og forudser ballade.

Få dage inde i december bragte Danmarks nye finansminister Lars Løkke Rasmussen (V) en gammel kending i spil op til de offentlige overenskomstforhandlinger, nemlig den såkaldte kartoffelkur. Godt 20 år efter, at Schlüter-regeringen blev nødt til at begrænse danskernes private forbrug ved at stramme adgangen til låntagning og boligejernes rentefradrag, advarer finansministeren om, at en ny kartoffelkur kan blive nødvendig, hvis der bliver offentlig lønfest.

Advarslen kom i kølvandet på en ny vismandsrapport, som kritiserede regeringens finanspolitik for at være for ekspansiv i form af bl.a. skattelettelser og for høje of-

Vidste du at ...

... næsten halvdelen af landets 98 kommuner har en sundhedspolitik? Yderligere 30 kommuner er langt i udarbejdelsen, 15 kommuner er i den indledende fase, og ni påtænker at udarbejde en politik på sundhedsområdet. De fleste kommuner har som mål at yde en indsats i forhold til KRAM-faktorerne, som er kost, rygning, alkohol og motion. Derudover vil de skabe lighed i sundhed. Evidens bag indsatserne er kun et grundlæggende princip i halvdelen af de kommuner, der enten har eller er langt med en sundhedspolitik.

Kilde: De kommunale sundhedspolitikker i Danmark – en kortlægning, oktober 2007.

Nyt forskningscenter for tro og helbred

Nordens første forskningscenter for tro og helbredelse kommer til at ligge i Danmark, nemlig på Syddansk Universitet i Odense.

Formålet med centret er at opbygge en vidensbank om danske kræftpatienters behov for støtte til at tackle eksistentielle og religiøse overvejelser i forlængelse af deres sygdom.

International forskning viser, at mennesker, der har en tro, lever længere, har en nedsat risiko for at blive syge og har større overskud til at leve med en kræftsygdom.

Sygeplejersken nr. 5/2007 bragte en række artikler om tro og sundhed.

(lha)

ARKIVFOTO: SØREN HOLM

lønkampen

fentlige udgifter. Den kritik afviste statsminister *Anders Fogh Rasmussen* (V) først med et kontant råd om at skrive lærebøgerne om. Omvendt så Lars Løkke Rasmussen rapporten som en kærkommen lejlighed til at "tale opposition og forhandlingsparterne i de offentlige overenskomstforhandlinger til fornuft." Advarslen er "en appel om at få noget realisme ind i processen om overenskomstforhandlin-

gerne," samt "at arbejdsmarkedets parter skal forstå alvoren af det, vi skal i gang med."

Lars Løkke Rasmussens advarsel fik opbakning af statsministeren, men den prellede alligevel helt af på modtagerne. Formand for Dansk Sygeplejeråd og chefforhandler for Sundhedskartellet, *Connie Kruckow*, kaldte straks advarslen for noget vrøvl:

"Regeringen har i lang tid afvist at blande sig. De vil f.eks. ikke sætte penge af til en ligelønsreform – nu siger de så, at vi endelig må passe på, at vi ikke sætter lønnen for højt op. Jeg synes, at det virker, som om den ene hånd ikke rigtig ved, hvad den anden laver," sagde hun.

Også regeringens faste støtte, Dansk Folkeparti, holder fast i at afsætte ekstra midler til overenskomstforhandlingerne, og finansordfører *Kristian Thulesen Dahl* synes, at regeringens finanspolitik stritter i alt for mange retninger – en holdning,

flere politiske kommentatorer og arbejdsmarkedsforskere, bl.a. professor ved Aalborg Universitet *Henning Jørgensen*, er enige i:

"Regeringen har selv lagt op til, at der er råd til lønstigninger ved at give skattelettelser," sagde han, mens *Thomas Larsen*, politisk kommentator i Berlingske Tidende, påpegede, at mange formentlig har svært ved at tage advarslen alvorligt, når *Anders Fogh Rasmussen* og *Lars Løkke Rasmussen* i valgkampen for kort tid siden havde travlt med at fortælle om Danmarks vinderøkonomi og lovede vælgere markante kvalitetsløft af den offentlige sektor.

Advarslen om en kartoffelkur har altså ikke bragt de uenige parter nærmere hinanden – tværtimod, mener formand for FOA, *Dennis Kristensen*:

"Det er ualmindelig uklogt at provokere de offentligt ansatte i den grad. Jeg tror, at de bliver vrede og endnu mere opsatte på at få mere i løn."



ARKIVFOTO: SCANPIX

Julegaver er en god investering

Anerkendelse. Kun de færreste sygeplejersker får julegaver af deres arbejdsgiver. Men julegaver er en investering, der kan komme tifold tilbage.

En afstemning på www.sygeplejersken.dk afslører, at kun 19 pct. af sygeplejerskerne får julegaver i år, 70 pct. svarer "nej," og 10 pct. har sat kryds i "ved ikke." Julegaver er til gengæld et udbredt fænomen i det private erhvervsliv, hvor investeringen ses som en anerkendelse til personalet. På Regionshospitalet i Horsens får alle omkring 1.700 ansatte en julegave til en værdi af 300 kr. Sidste år fik de chokolade og et termokrus. Hvad der gemmer sig i dette års gave, er endnu en hemmelighed.

"Vi har tilladt os at give de ansatte julegaver, selvom nogle siger, at det må vi reelt ikke i det offentlige, fordi det er skatteborgernes penge," siger chefsygeplejerske *Anna Birte Sparvath*.

Hun forsvarede investeringen med, at de 300 kr. er givet godt ud, fordi medarbejderne opfatter julegaven som et anerkendende klap på skulderen. Medarbejdere i det offentlige ligner i bund og grund de medarbejdere, der arbejder i det private, mener hun. "Det er en symbolsk måde at give en anerkendelse af personalets fantastiske gode indsats på. De har over fire år skabt en vækst på 40 pct., og det havde vi aldrig nået uden deres ekstraordinære indsats. I det lys er julegaverne en lille udgift," siger *Anna Birte Sparvath*. (sbk)



ARKIVFOTO: SCANPIX

VACCINATIONSKURSUS

Formål: Opdatere kursusedtagerne i vaccination og rejsemedicinsk rådgivning.

Indhold: Baggrund for vaccination og immunologi. Gennemgang af det danske børnevaccinationsprogram. Udvidet vaccinationsdækning. Udenlandsvaccinationer. Turistdiarré. Malaria og malariaprophylakse. Rekommandationer ved rejse med børn, rejsende med kronisk sygdomme og med hjerte-lungesygdomme. Vaccinationsetik mm.

Målgruppe: Almen praktiserende læger, speciallæger og yngre læger med interesse for vaccinationer og rejsemedicinsk rådgivning. Sygeplejersker der varetager vaccination og rejserådgivning.

Tid, Sted, Form og kursusafgift: D. 28. og 29. marts 2008 på Skodsborg Kur & Spa konference hotel, Eksternat med overnatning samt forplejning. Med overnatning 4000,- dkr. Uden overnatning 3000,- dkr.

Arrangør og undervisere: SBL Vaccines, Sverige arrangerer efteruddannelse i vaccinationer og det aktuelle kursus er arrangeret i samarbejde med overlæge, speciallæge i infektionsmedicin, *Axel Lerche*, Gentofte Hospital, almen praktiserende læge *Mogens Rishøj*, med mangeårig interesse for rejsemedicin, Rejseklinikken samt professor, dr. med. *Peter Skinhøj*, Rigshospitalet.

Tilmelding: Snarest, men senest mandag den 25. februar 2008 på Fax +46 8 827304. Kurset forventes godkendt af efteruddannelsesfonden for 2 kursusdage. Antal pladser er begrænset til 30 kursusedtagere.

Program kan rekvireres hos SBL Vaccines, Danmark på tlf 45 4022 5061 eller Kursusansvarlig: *Christer Monthan* tlf +46 8 7351483 mail: christer.monthan@sblvaccines.se

SBLvaccines.

SBL Vaccin AB, 105 21 Stockholm Tel. +46 8 735 10 00, Fax: +46 8 82 7 304 www.sblvaccines.se

Sådan holder vi jul

Traditioner. Morgensang. Pakkekalender. Kamoufleret julekaffe. December må gerne være lidt anderledes end resten af året, mener de sygeplejersker, som Sygeplejersken har spurgt til deres juletraditioner på arbejdet.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST

Marie-Louise Ulsøe, afdelingssygeplejerske på Operationsafdelingen på Regionshospitalet i Horsens.



FOTO: SOREN SVENDSEN

"Vi har pakkekalender og kalenderlys i kaffestuerne, og vi pynter op i begyndelsen af december. Hvert år mødes operations- og anæstesipersonalet med kirurgerne til "julekaffe" kl. 15. Julekaffe i citationstegn, fordi det er mere en traditionel julefrokost, hvor vi får mad udefra. I ugen før jul får vi et juletræ, som vi pynter. Vi sørger også for, at de vagter, der skal på arbejde i julen, får slik og kager, og jeg har desuden nogle gaver, som vi har fået af besøgende i løbet af året, som jeg deler ud. Afdelingsledelsen giver alle ansatte et julekort. Selve hospitalsledelsen har de seneste år givet julegaver, og alle ansatte bliver i december inviteret ned i kantinen til gløgg og æbleskiver."

Tina Holmgaard, områdeleder på plejecentret Alparken i Lemvig Kommune.

"Vi har en aften i begyndelsen af december, hvor vi pynter op, laver julepynt og synger julesange sammen med de gamle. Senere på måneden er der fælles juletræslytning, hvor alle kan deltage, uanset om de sidder i kørestol. Den første lørdag i december holder plejecentrets vennekreds en julestue, hvor vi sælger hjemmelavede ting og har lotteri. Den sidste uge inden jul holder personale og beboere en fælles julefrokost, og personalet holder også en julefrokost kun for sig selv. Vores vennekreds sponsorerer i øvrigt 25 juletræer med lyskæder, som står foran



FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

vores 18 huse med plejecentret i midten. Det ser så flot ud, at det er noget, hele byen taler om. Som noget nyt i år har personalet deres egen pakkekalender, som vi går utroligt meget op i. Jeg har også tænkt mig at give personalet julegaver i år, de taler stadig om engang for mange år siden, hvor de fik en julegave. Det har utrolig stor betydning, at man får en påskønnelse."

Anne Lise Rasmussen, sygeplejerske på Ortopædkirurgisk Sengeafdeling 05, Middelfart Sygehus.



FOTO: THOMAS SONDERGAARD

"Vi pynter op fra først i december, og på gangen hænger en smuk efeukrans med små fine elektriske pærer, som er tændt hele døgnet. På luciadag får vi besøg af børnehavebørn fra

en nærtliggende børnehave, som kommer med lommelygter og kigger sig omkring med store øjne. Nogle år har vi også haft et af byens kor til at synge. Juleaften har vi gudstjeneste i opholdsstuen, hvor personalet også deltager. Personalet plejer at holde en julefrokost, men i år har vi udskudt den til januar. Det foregår om aftenen på en restaurant. Som noget nyt i år er personalet begyndt at synge, når vi samles til formiddagskaffe kl. 8.30. Så slår vi dørene op, så patienterne kan lytte med, lige efter de har fået morgenmad. Flere har kommenteret det og synes, det er hyggeligt."

Får I julegaver af sygehusledelsen?

"Jeg har fået at vide, at sygehusledelsen tidligere har givet gaver, men det får vi ikke længere. Personalet har selv en pakkekalender, hvor vi hver dag trækker en vinder."

Heidi Christensen, sygeplejerske på Medicinsk Afdeling M3, Kalundborg Sygehus.



FOTO: HEINE PEDERSEN

"Vi har en pakkeleg, hvor alle kommer med en pakke, og vi trækker et navn i en bøtte. Vi har tradition for at bruge penge fra kaffekassen til at købe julegaver til de vagter, der er på arbejde juleaften. Der bliver selvfølgelig pyntet op på afdelingen. Arbejdsmæssigt er december lige så travl som alle andre måneder, men generelt er der lidt hyggeligere. Vi markerer også julen ved at gå med små nisser eller klokker på uniformen og juleaften typisk en lille nissehue. Personalet holder en privat julefrokost, som foregår hjemme hos én af os."

Får I julegave af sygehusledelsen?

"Nej. Men vi får chokolade til afdelingen og et julekort."

PATIENTER LÆRER AT LEVE DET SUNDE LIV PÅ LIVSSTILSCENTER • STORE PUUUUSTEDAG I HORSSENS

SYGGEPLEJERSKEN

I HORSSENS



**Horsens vil være
Danmarks sundeste by**

INTENS KONTAKT MED BELASTEDE FAMILIER NYTTER • MINDRE VOLD I DEMENSAFSNITTENE



Hammersholm



Horsens

FOTO SØREN SVENDSEN

Vil være kendt for den sunde livsstil

Rykker frem. Den er kendt som industri- og fængselsby, og sundheden er ikke i top. Men byen har længe arbejdet på at ændre sit renommé, og nu vil den også være kendt for den sunde livsstil. Sygeplejerskens rejsende redaktion har taget pulsen på sundheden i Horsens.

I 20 år har Horsens været med i verdenssundhedsorganisationens WHO's Sund By-netværk, og det er dermed den by i Danmark med længst erfaring i at arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Det var ét af argumenterne for, at *Sygeplejerskens* redaktion valgte Horsens som mål for vores rejsende redaktion i 2007. Byen, der i de seneste år har formået at få vendt et lidt kedeligt image af fængsels- og industriby til en by, hvor verdensstjerner som *Madonna* og *Rolling Stones* holder koncerter.

I tre dage har journalister, fotografer og fagredaktører været rundt i kommunen, i Sund By-butikken, på regionshospitalerne og ude blandt borgerne i Horsens og Brødstrup for at høre, hvad byen og borgerne gør for at bekæmpe de livsstilsrelaterede folkesygdomme som overvægt, diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdomme, som plager befolkningen i hele landet. Vi har også set på, hvordan man samarbejder på tværs af kommunen og hospitalerne.

På trods af de mange års indsats for at forbedre sundheden ligger Horsens stadig i den tunge ende over byer med høj forekomst af livsstilsrelaterede sygdomme. Topscoreren er forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og hjernen, diabetes og KOL. Horsens er bl.a. en af de byer i Danmark med flest dagligrygere og flest svært overvægtige. Men med en målrettet evidensbaseret sundhedsfremmende indsats rykker sundheden i den rigtige retning. Historierne kan du læse i temaet på de følgende 16 sider.

))) BYEN VED FJORDEN

Horsens Kommune tæller ca. 79.000 indbyggere. Kommunen består af de tidligere Horsens, Gedved og Brødstrup Kommuner, minus en lille del af Brødstrup, der har valgt at blive en del af Skanderborg Kommune. Kommunen dækker et areal på 542 km² og breder sig fra øen Endelave i øst til Brødstrup i vest.



Erik Sørensen og Ole Skovsbo er sammen med den ene halvdel af holdet gået i køkkenet for at lave frokost, mens de andre får tjekket bl.a. blodtryk og vægt. Dagens menu er rugbrød med torskerognssalat, hytteostpostej med rødbedesalat og ristet rugbrød samt bulgarsalat med nødder og appelsiner.



Patienter lærer at leve det sunde liv

Øget livskvalitet. Patienter med svære livsstilssygdomme som fedme, hjerte-kar-sygdomme og diabetes får teoretiske og praktiske redskaber til en ny livsstil på Livsstilscentret på Regionshospitalet Brædstrup.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ Det er sidste undervisningstime i ernæringslære, og de 15 patienter i alderen 42 til 78 år har sat sig godt til rette ved bordene, der er placeret i en hesteko. Ved tavlen står diætist *Bodil Hejlskov*, og hun har besluttet, at patienterne selv skal bestemme, hvad timen skal handle om. En kvinde i 50'erne kaster "varedeklarationer" op som emne:

"Jeg synes, de er så svære at tyde. Skriften

er ofte meget lille, og hvad skal jeg gøre, når jeg er hos bageren? Her vil jeg jo komme til at forstyrre alle de andre kunder, hvis ekspedienten skal fortælle mig, hvad brødet indeholder."

Det står dog hurtigt klart, at julen og alle dens fede fristelser nærmer sig. Som patienter med hjerte-kar-sygdomme på Livsstilscentret på Regionshospitalet Brædstrup har de det seneste halve år bl.a. arbejdet på at få sundere kostvaner, hvilket er lykkedes for mange. De kæmper dog næsten alle stadig med overvægt i større eller mindre grad, mens flertallet er i behandling for bl.a. for højt kolesteroltal eller blodtryk. Og der er ingen tvivl om, at december kommer skaber bekymring.

"Hvordan kommer man helskindet gennem julen?" lyder et af spørgsmålene.

Og svaret? Det kender patienterne udmærket godt, hvis de tænker nøje efter. *Bodil Hejlskov* har for længst undervist holdet i

ernæringsrigtig kost og sunde madvaner, og patienterne har også efterlevet mange af diætistens budskaber i praksis, som minimum mens de er indlagt på Livsstilscentret, hvor de selv er med til at lave en del af maden. Et patientforløb består af tre indlæggelser af fire døgn varighed med ca. tre måneders mellemrum, og patienterne har derfor også haft rig mulighed for at afprøve de nye madvaner, men også motionsvaner og andre livsstilsændringer hjemme i dagligdagen, hvor de for alvor skal stå deres prøve. Og det er netop en af Livsstilscentrets store forcer, fortæller sygeplejerske og leder af Livsstilscentret *Susanne Bogelund*, der selv underviser patienterne i bl.a. mestring af livsstilssygdommene, motion, stress- og smertehåndtering.

"De patienter, som bliver henvist til os, ved egentlig godt, at der er sammenhæng mellem deres livsstil og sygdom. De ved også, at de skal spise sundere og motionere mere,

Vidste du at ...

... der er signifikant flere svært overvægtige i Horsens end i resten af landet? 16 pct. af indbyggerne i Horsens er svært overvægtige mod 13 pct. i Region Midtjylland.

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.

Vidste du at ...

... der er signifikant flere dagligrygere i Horsens end i resten af landet? 29 pct. af indbyggerne i Horsens ryger mod 25 pct. i Region Midtjylland.

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.

))) DET VIRKER

Livsstilscentret blev etableret i 1996, og alle patienter skal henvises fra egen læge, speciallæge eller hospitalslæge. Der gennemføres ca. 200 patientforløb om året med patienter i hold med hhv. overvægt, hjerte-kar-sygdomme, diabetes, lungesygdomme, uønsket barnløshed, knogleskørhed samt forældre til overvægtige børn. En evaluering af patientforløb i perioden 2003-2006 viser bl.a., at overvægtige patienter i snit taber sig 8,9 kg. Langtidsblodsukkeret for patienter med diabetes falder signifikant, og der ses et blodtryksfald for patienter med hjerte-kar-sygdomme.

Læs mere på: www.livsstilscentret-braedstrup.dk

men de mangler ofte støtte og inspiration,” fortæller Susanne Bøgelund.

Personalet gør derfor meget ud af at tage udgangspunkt i den enkelte patients sygdom og ikke mindst vilje til at ændre livsstil.

”Vi arbejder med tre trin, og det første er faktisk en forudsætning for, at de overhovedet kan blive indlagt, nemlig at patienten er motiveret for at få det bedre og er parat til forandring. De skal ville det. Det andet trin er klinisk undervisning, og det tredje trin er at hjælpe patienterne med at tilegne sig forståelse for og færdighed i at lære hele livet, så de bedre kan tilpasse og justere egne mål og ønsker og ikke mindst opsøge passende hjælp fra sundhedsvæsenet. Vi har som mål, at patienten skal skabe overensstemmelse mellem det, patienten vil, og det, patienten reelt gør. En høj livskvalitet bygger på mere end sund

mad og fysisk aktivitet,” siger Susanne Bøgelund.

Patienternes indlæggelse giver god tid til undervisning og fordybelse, men også erfaringsudveksling mellem patienterne. Ægtefæller opfordres også til at deltage, og efter hver indlæggelse har alle patienter en individuel udskrivningssamtale enten med Susanne Bøgelund, hendes sygeplejerskekollega *Mirjam Hansen*, diætist Bodil Hejlskov eller fysioterapeut *Bente Toft*.

”Den er ofte meget personlig, og vi kommer bl.a. ind på, hvad der er vigtigt, nu hvor de kommer hjem. De skal føle sig i stand til at handle på et informeret grundlag,” fortæller Susanne Bøgelund.

cso@dsr.dk



For langt de fleste patienter medfører et ophold på Livsstilscentret bedre fysisk og psykisk helbred – en succes Susanne Bøgelund også tilskriver centrets placering på Regionshospitalet Brædstrup. ”Når sundhedsvæsenet tilbyder det her, må det være ordentligt. Det signalerer seriositet. Derudover sikrer placeringen erfaringsudveksling mellem os og sygehusets andre afdelinger.”





Overvægten er min dødsangst

Måske sidste chance. For ægteparret Rasmussen har indlæggelsen på Livsstilscentret for alvor givet dem tro på, at Sally Nylander Rasmussen kan holde sit vægttab.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ ”Bare jeg kunne tage et eller andet middel op til jul, så jeg mistede appetitten.”

Sally Nylander Rasmussen siger det, mange af de andre patienter på holdet for hjerte-kar-sygdomme nok tænker. Det er dog ren ønsketæking. Det ved hun nu, og det har hun egentlig længe vidst. Alligevel har overvægten været hendes værste fjende hele livet, men nu skal det være slut. Til hendes store overraskelse diagnosticerede hendes praktiserende læge hende i en alder af 68 år med så højt et blodtryk, at hun straks tilkaldte en ambulance. Optakten til indlæggelsen på Livsstilscentret var altså ret dramatisk, og Sally Nylander Rasmussen og hendes mand Freddy Rasmussen har også taget forløbet meget alvorligt.

”Meget af det, vi har hørt, vidste vi på forhånd. Jeg har tabt mig mange gange før, men når jeg så når målet, giver jeg slip og tager det hele på igen. Det er første gang, jeg gør det så koncentreret og struktureret,” siger Sally Nylander Rasmussen, som under sin indlæggelse på Livsstilscentret har tabt 20 kg.

Sally Nylander Rasmussen sætter stor pris på både det strukturerede



Opholdet på Livsstilscentret synger på sidste vers, og selvom ægteparret er fortrøstningsfulde og mener, den sunde livsstil vil holde ved, ville Sally Nylander

de undervisningsforløb og de praktiske øvelser sammen med ligesindede, og hun er imponeret over, at ægtefæller kan deltage gratis.

”Det er et utroligt flot tilbud, som jeg ikke vil svine med. Det betyder meget, at Freddy er med til at støtte mig her, men også når vi kommer hjem,” siger Sally Nylander Rasmussen.

Og det er ægtemanden:

”Jeg støtter hende fuldt ud, selvom vi nogle gange stadig laver to forskellige retter mad hjemme. Nu vil jeg nok tænke mere over det. Stedet her har givet mig en større forståelse for, hvad Sally har brug for, bl.a. vigtigheden af motion. Vi har levet sundt, mens vi har været her, og jeg tror, den sunde livsstil er kommet for at blive,” siger han.

Sally Nylander Rasmussen er enig:

”Jeg er blevet meget bevidst om, at det kræver en ændring af min livsstil, især mine kost- og motionsvaner, hvis jeg vil overleve. Min overvægt er blevet min dødsangst.”

cso@dssr.dk

Det virker

Nye mønstre. Som 35-årig fik Ole Møller en blodprop i hjertet. Det fik ham til at ændre livsstil, men ikke nok, erkender den nu 42-årige chauffør.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ For syv år siden fik Ole Møller en advarsel. Blodproppen i hjertet på den dengang 35-årige chauffør fik ham til at leve sundere, men ikke sundt nok, må han sande. Her syv år efter kæmper han stadig med lidt for mange kilo på sidebenene, og kolesterol-tallet er for højt.

”Jeg kunne ikke rigtig komme videre med mit vægttab, og min læge henviste mig derfor til Livsstilscentret,” siger Ole Møller.

Han er blevet 3 kg lettere de seneste seks måneder, men vigtigst af alt har han for alvor fået værktøjer til at ændre sin livsstil.

”Jeg kan mærke, det hjælper at gøre en indsats. Jeg har fået større indsigt i, hvad der skal til for at lægge kosten om, f.eks. at der

skal mange flere grøntsager til. Og jeg har mærket effekten af at spise små måltider seks gange om dagen i stedet for tre store. Vi står selv i køkkenet og bruger opskrifterne, som vi får med hjem. Det er nyt, men jeg får prøvet mønstrene af her, og det gør det lettere at overføre det til min dagligdag.”

Ole Møllers madpakke er også blevet sundere, og derudover er der blevet længere mellem chokoladebarrerne, som er chaufførens store svaghed.

”Jeg vidste det jo egentlig godt, men nu har jeg prøvet det i praksis, og det virker,” siger Ole Møller, der er meget besluttet på at fastholde den nye livsstil.

cso@dssr.dk



42-årige Ole Møller har fået meget ud af sin indlæggelse på Livsstilscentret og virker fast besluttet på at fastholde en sundere livsstil ikke blot i december, men resten af livet.



Vidste du at ...

... børn og unge bevæger sig mindre i takt med stigende alder? Blandt de 11-årige er der to ud af tre, som bevæger sig mindst en time om dagen, det gælder kun hver anden 15-årige.

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.



Danser fedtet væk

Thomas Teith Tarang er 21 år, og han bor ved fjorden i Horsens. Thomas Teith Tarang er på vej ind til et rygestopkursus, for nu skal det være slut. Han har forsøgt mange gange på egen hånd, men har erkendt, at han skal have noget hjælp til at kvitte cigaretterne. "Det er en møgvane," som han selv udtrykker det. Hans mormor er indlagt på den intensive afdeling med dårlige lunger, og det har motiveret ham til at forsøge sig igen. Thomas Teith Tarang tænker ellers meget over, hvordan han holder sig sund, og derfor danser han i en dansegruppe i Horsens Ungdomsskole, der kalder sig for Greasemonkeys. Det der med de seks stykker grønt om dagen synes han kan være svært at få ned hver dag, men i dansestudiet danser han fedtet af. *(sma)*

På jagt med hunden

Nete Vorgaard er 43 år og bor i Hundslund. Hun arbejder som helsepædagog på et opholdssted for udviklingshæmmede børn og unge. Hun har selv tre børn på 22, 18 og 16 år. For at holde sig i form går hun på jagt sammen med hunden, og for nylig blev hendes korsbånd revet over, da hun skulle springe over en grøft. Hun holdt op med at ryge for et år siden, og det mener hun må være ret sundt. Nete Vorgaard mener, at sundhed også handler om kosten og at tænke med fornuften, når man putter mad i munden. Hun ynder selv at lave retter med vildt, og om efteråret tilbereder hun masser af rodfrugter, for det passer godt til årstiden. *(sma)*



Lungeteamet fra Regionshospitalet var samlet i centeret Horsens Bytorv den 14. november 2007 – den internationale KOL-dag. Alle forbigående kunne få målt deres lungefunktion og få at vide, om de er i farezonen for KOL.

Store puuustedag i Horsens

Støn, prust. Det var den internationale KOL-dag den 14. november, da lungeteamet fra Regionshospitalet Horsens rykkede ind i Horsens Bytorv for at informere om og måle forbigående lungefunktion.

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ Træk vejret dybt ned i lungerne og pust alt, hvad den kan rive og trække ned i et lille blå rør. Udslaget på computerne viser, hvor stor procentdel af din lungefunktion der virker. Målingen kaldes for en FEV1 og beregner lungernes kapacitet, eller om man har sygdommen KOL. Hos raske mennesker er lungetallet normalt, hvis det er på over 80 pct., og er det under 30, er det helt i bund.

”Vi gør det her hvert år, men denne gang er vi rykket ud til folk for at informere om KOL, og måske finder vi nogen, der viser tegn på sygdommen. Vi har mulighed for at fortælle om de tilbud, der er på området,” siger Tina Brandt Sørensen, der er speciallæge i lunge-medicin på Regionshospitalet Horsens.

”Hvis vi finder nogen, der viser tegn på KOL, anbefaler vi, at de får gentaget lunge-funktionsundersøgelsen hos deres egen læge med henblik på, om de skal i medicinsk be-handling,” siger hun.

Ny forskning viser, at op mod en halv mil-lion danskere lider af lungesygdommen KOL, hvor ca. halvdelen har brug for medicinsk be-handling. Sygdommen kan ikke helbredes, men den kan behandles, og ifølge Tina Brandt Sørensen er der utrolig meget, man kan gøre for KOL-patienter, men vigtigst er det selvføl-gelig at holde op med at ryge, for at sygdom-men ikke bliver værre.

”Når du først har mistet en del af din lun-gefunktion, så får du den aldrig igen,” siger hun og påpeger, at mange mennesker tolker

symptomerne på KOL, der bl.a. er åndenød, hoste og forpustelse ved fysisk anstrengelse, som et udtryk for dårlig kondi eller alderen, der trykker.

Derfor opfordrer lungeteamet alle, der vi-ser tegn på KOL, til at få tjekket deres lunger ved lægen. Hvis man behandler sygdommen i tide, undgår man, at sygdommen udvikler sig. På den måde kan man også undgå pen-sion og sygehusindlæggelse senere i livet.

sma@dsr.dk

))) HVAD ER KOL?

KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Sygdommen skyldes i over 85 pct. af tilfæl-dene rygning, der har medført ødelæggelser i lungevævet, kombineret med kronisk betæn-delsestilstand i luftvejene. KOL er blevet en af de helt store folkesygdomme med omkring 300.000 ramte personer alene i Danmark.

Kilde: www.kol.dk

Vidste du at ...

... kommunerne med sundhedsloven i 2007 fik ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der ikke foregår i tilknytning til behandling i sygehusvæsenet?

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.

Vidste du at ...

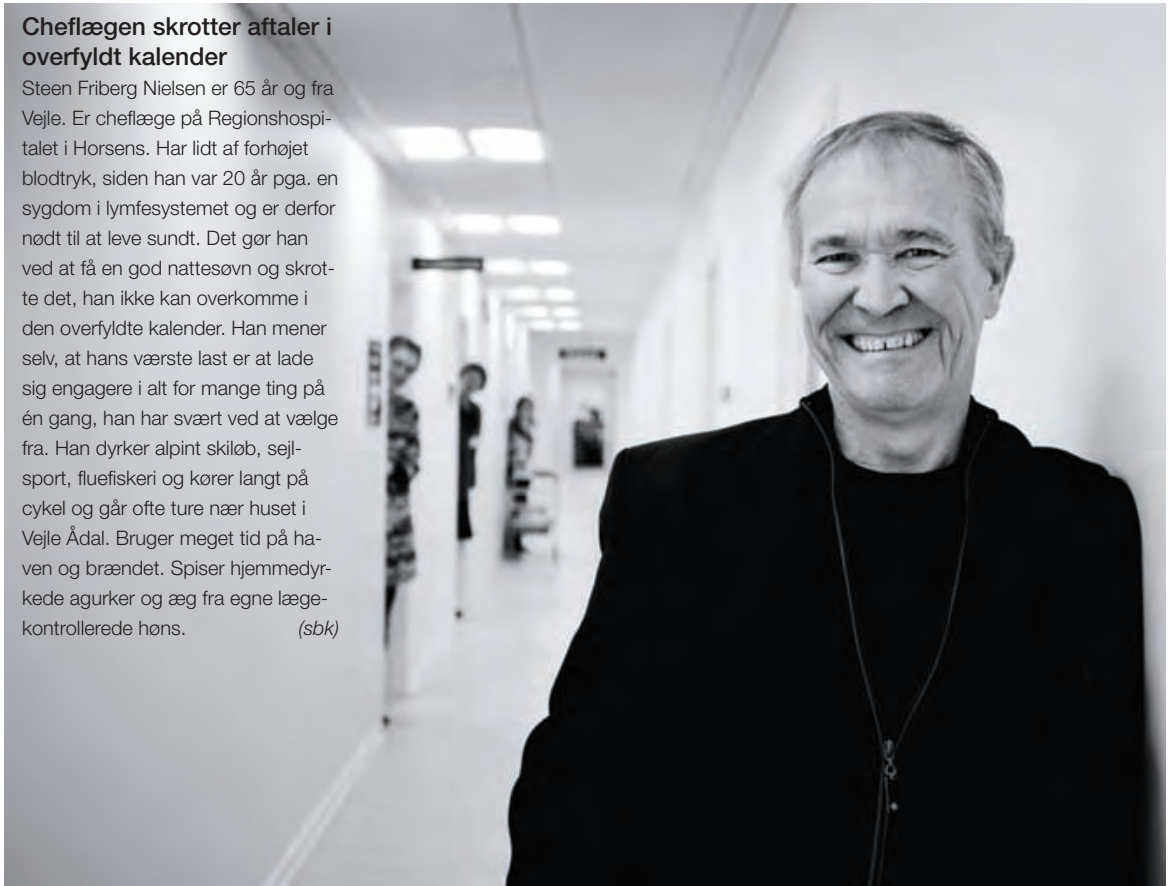
... alkohol forårsager mindst 5 pct. af alle dødsfald hvert år? F.eks. ved trafikdrab, alkoholrelaterede sygdomme og selvmord.

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.



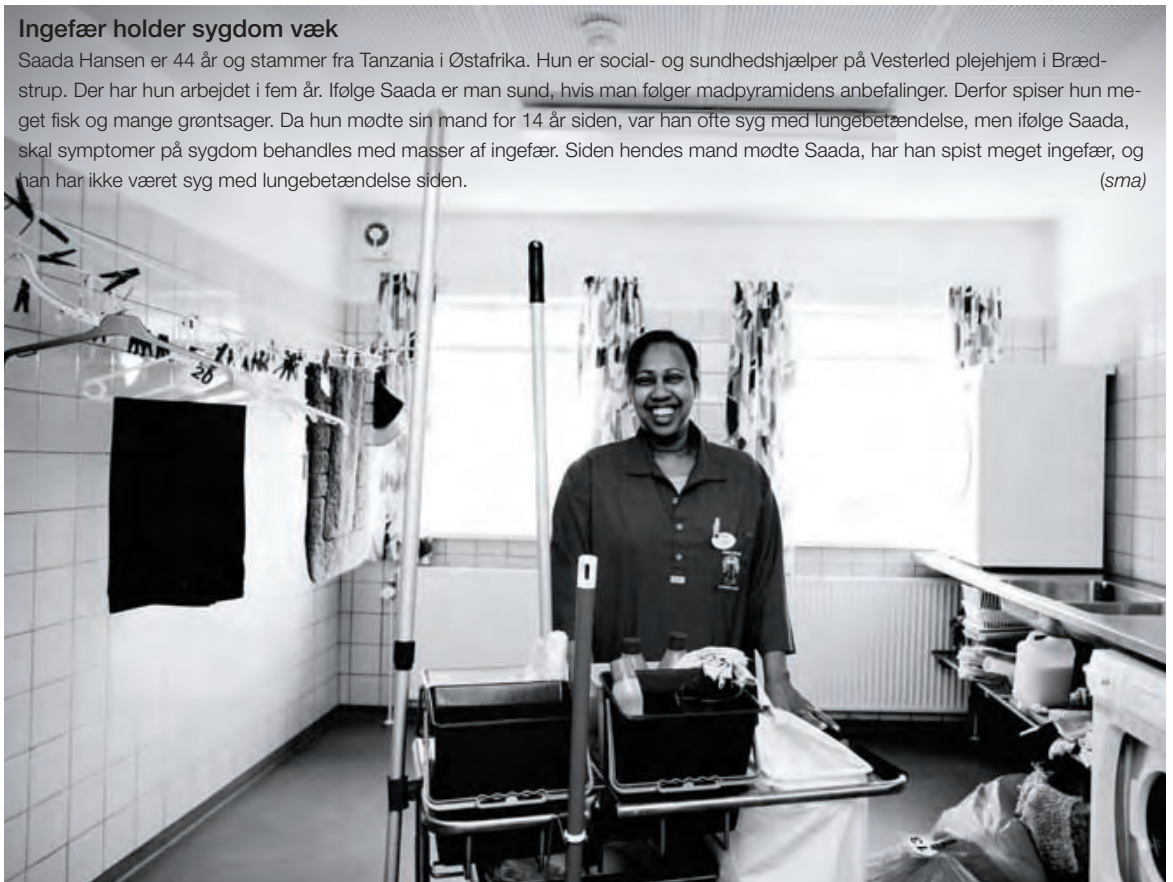
Cheflægen skrotter aftaler i overfyldt kalender

Steen Friberg Nielsen er 65 år og fra Vejle. Er cheflæge på Regionshospitalet i Horsens. Har lidt af forhøjet blodtryk, siden han var 20 år pga. en sygdom i lymfesystemet og er derfor nødt til at leve sundt. Det gør han ved at få en god nattesøvn og skrotte det, han ikke kan overkomme i den overfyldte kalender. Han mener selv, at hans værste last er at lade sig engagere i alt for mange ting på én gang, han har svært ved at vælge fra. Han dyrker alpint skiløb, sejlsport, fluefiskeri og kører langt på cykel og går ofte ture nær huset i Vejle Ådal. Bruger meget tid på haven og brændet. Spiser hjemmedyrkede agurker og æg fra egne lægekontrollerede høns. (sbk)



Ingefær holder sygdom væk

Saada Hansen er 44 år og stammer fra Tanzania i Østafrika. Hun er social- og sundhedshjælper på Vesterled plejehjem i Brøndstrup. Der har hun arbejdet i fem år. Ifølge Saada er man sund, hvis man følger madpyramidens anbefalinger. Derfor spiser hun meget fisk og mange grøntsager. Da hun mødte sin mand for 14 år siden, var han ofte syg med lungebetændelse, men ifølge Saada, skal symptomer på sygdom behandles med masser af ingefær. Siden hendes mand mødte Saada, har han spist meget ingefær, og han har ikke været syg med lungebetændelse siden. (sma)





Akutstuen trådte i kraft den 1. april 2006, og projektet skal evalueres næste år. Oluva håber, at akutstuen får en permanent godkendelse, da projektet har haft stor succes mellem brugerne. Tilbagemeldingerne lyder, at de ældre medicinske brugere hellere vil være på en akutstue frem for hospitalet.

Inga Møller kommer forbi akutstuen tre gange om ugen for at få doseret piller af Oluva Johannesen. Inga har tidligere været indlagt på stuen, efter at læger og hospital havde opgivet hende. Opholdet dengang ændrede hendes liv – en rigtig solstrålehistorie.

Overskud. På akutstuen i Brødstrup er der god tid til at arbejde i dybden og til at finde frem til årsagen bag sygdommen. Det er grunden til, at brugerne sjældent kommer igen.

Professionel pleje i hjemlig atmosfære

AF SINE MADSEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ Akutstuen er normeret til tre brugere ad gangen, og de bliver passet 24 timer i døgnet. Stuen har til huse i Plejehjemmet Vesterled, men fungerer uafhængigt af plejehjemmet. Den ligger på stueplan med udsigt til græs og træer. Sollyset trænger igennem store ruder, der går fra væg til loft. Dyrnebetrækket er dekoreret med blå blomster, og der hænger billeder i gulddrammer på væggen.

Siden den 1. april 2006 har det været en mulighed for hele Horsens Kommunes ældre medicinske patienter at få et ophold på ca. 14 dage på akutstuen. Patienterne er i gennemsnit 80 år gamle og er ofte for syge til at være hjemme og for raske til at være på hospitalet. Grundidéen er at tilbyde de ældre medicinske patienter, som ikke har brug for det store undersøgelsesapparat på sygehuset, en helhedsorienteret pleje, hvor forebyggelse er en stor del af behandlingen.

”Vi kan nogle ting her på akutstuen, som de ikke kan på et plejehjem eller på hospitalet. F.eks. får brugerne en meget tættere observation, og derfor kan vi nemmere følge og finde ud af sygdommens årsag og derefter forebygge i hjemmet. På hospitalet giver de f.eks. en patient, der er dårlig pga. væskemangel, saltvand i 24 timer og sender patienten hjem igen, men

det løser jo langtfra problemet. Det kan nogle gange være en lille detalje, som er problemets kerne, men det har vi altså resurserne her til at opklare,” siger *Oluva Johannesen*, der har været ansat som sygeplejerske siden begyndelsen og var med til at organisere akutstuen.

De fleste bliver raske og kommer ikke igen, men akutstuen modtager også ældre, der kommer for at dø. Derfor er der en særlig stue, der ligger separat fra akutstuen, hvor de kan være alene og få fred.

”Og så er det vigtigt, at vi holder dem i hånden og bare giver dem en masse nærvær og lytter til deres angst eller bekymringer,” siger *Oluva Johannesen*.

De praktiserende læger var i begyndelsen skeptiske over for akutstuen. Det skyldes, at Brødstrup ligger 15 km væk fra Horsens by, og det var et problem for lægerne i Horsens at køre så langt for at tilse deres patienter. Men stuen har vist sig at været så stor en succes, at der er oprettet en køordination. I dag er de læger, der benytter sig af akutstuen, glade for ordningen.

Hvad skal man kunne som sygeplejerske på en akutstue?

”Det er en vigtig egenskab, at man kan arbejde tværfagligt, og at man kan inddrage de

mennesker, der er omkring brugeren. Man skal have en bred faglig viden, da betegnelsen ”ældre medicinsk borger” dækker over mange ting. Det er alt fra pleje af den døende patient til smertebehandling og håndtering af en konkret sygdom. Man skal kunne tænke helhedsorienteret og kunne finde overblikket i komplekse forløb,” siger *Oluva*.

Hvad har din bedste oplevelse været i denne uge?

”Vi tog imod en kvinde, der var kommet hjem fra sygehuset efter et bækkenbrud.

Hun havde forhøjede infektionstal, og hospitalet havde givet hende antibiotika, men det kunne hun ikke tåle pga. en tarmsygdom, der blussede op. På hospitalet havde de spurgt hende, om hun ville begynde genoptræning, men det havde hun sagt nej tak til. I samråd med hendes læge kom hun i behandling for sin tarmsygdom, og det virkede efter få dage. Vi krædede for hende i nogle dage og afhjalp hendes kvalme, så hun kunne få noget at drikke og spise. Hun fik det så godt, at hun kunne gå igen, og hun endte med at takke ja til genoptræning,” fortæller *Oluva Johannesen*.

sma@dsr.dk



En ældre dame bliver indlagt på akutstuen, og Oluva Johannesen tager imod hende. Hendes tilstand er svækket, og nu handler det for Oluva Johannesen og hendes kolleger om at se på, hvad det kan skyldes, og at finde overblikket i patientens tilstand.



Det kan til tider være ensomt at arbejde alene, og det står da også øverst på Oluva Johannesens ønskeliste at fordoble antallet af stuer og dele det daglige arbejde på akutstuen med en kollega.



Akutstuens personale har løst problemer for nogle patienter, hvor plejehjemmet har givet op. Oluva Johannesen mener, at det skyldes normeringen, og at der er tid til nærvær og til at komme i dybden med problemerne.





Brolæggeren passer sit arbejde hver dag

Poul Bo Jensen er 41 år og født i Horsens. I de sidste tre måneder har han arbejdet som brolægger for kommunen. Tidligere har han bl.a. været slagteriarbejder og sejlet med coaster. Sundhed er ifølge Poul Bo Jensen at kunne stå op hver dag og passe sit arbejde og undgå sygdom. Han dyrker ikke motion, men han har et rimeligt hårdt fysisk arbejde, og det giver også gode muskler, når han kløver træ til brændeovnen derhjemme i landsbyen Nim 13 km fra Horsens. Han spiser meget kød og grønt, men også slik, og han mener selv, at det er årsagen til lidt overflødige kilo. Han har røget 20 Rød Cecil om dagen, siden han var 18 år.

(sbk)



Bagerjomfruen undgår at blive et surt brokkehoved

Lone Larsen er 35 år og fra Søvind lidt uden for Horsens. Er uddannet frisør, men har de sidste fem år arbejdet i sin mands bagerbutik Medaljon, som er gået i arv i fire generationer. Sundhed er ifølge Lone Larsen at være glad, når man står op om morgenen til en god forretning med gode ansatte. At undgå at blive et surt brokkehoved. I fritiden dyrker hun masser af sport, og hun får desuden motion ved at løbe op og ned ad trapperne i forretningen. Hun elsker kager og spiser mange af dem, men rugbrød, grøntsager og en daglig vitaminpille hører også til de faste vaner.

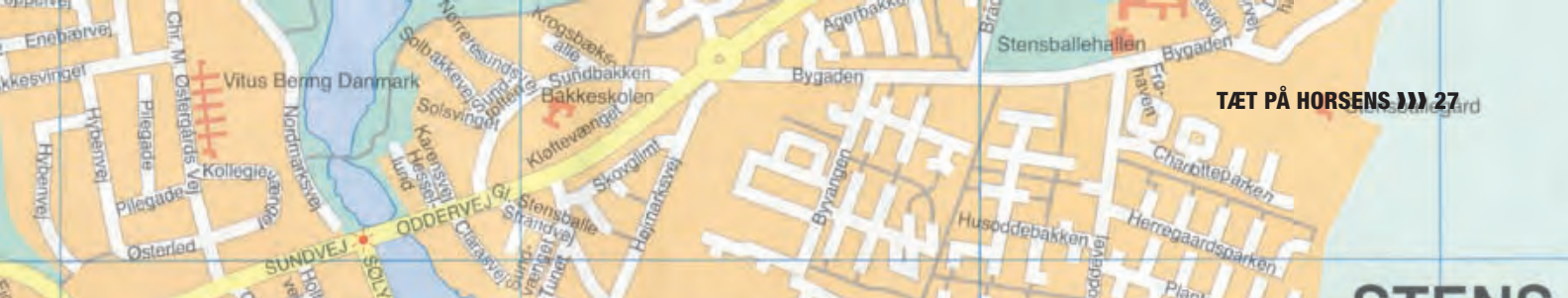
(sbk)



Vidste du at ...

... Horsens Kommune i oktober 2007 fik Folkesundhedsprisen? Prisen blev uddelt af Dansk Selskab for Folkesundhed med den begrundelse, at Horsens i mange år har været frontkæmper på det kommunale sundhedsområde.

Kilde: www.danskselskabforfolkesundhed.dk



Den dag, Sygeplejersken besøgte Sund By Butikken på Nørretorv i Horsens, mødtes fem kvinder for at drøfte deres problemer med overvægt. De har holdt møder i butikken i over 15 år. Vægten er gået op og ned, men venskabet har holdt. Fra venstre Jonna Østergaard, Else Sørensen, Ruth Ulbrichsen, Dagmar Kristensen og Agnethe Dalsgaard.

15.000 besøg i Sund By Butikken hvert år

Hjælp til selvhjælp. Hjælp til at smide de overflødige kilo, bryde ensomheden eller få et sundhedstjek. Borgerne i Horsens bruger i stor stil selvhjælpsgrupperne i deres Sund By Butik.

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ I 20 år har Horsens Kommune haft en Sund By Butik, hvor borgerne kan komme frit fra gaden og bruge tilbuddene. Hvert år er der 15.000 besøg til butikken aktiviteter, foredrag, selvhjælpsgrupper og sundhedstjek. Butikken arrangerer også projekter i belastede boligkvarterer, og de har sendt overvægtige børn på sommerferie på øen Endelave for at tabe sig.

”Vi dækker ikke de lovpligtige skal-opgaver, men tager os derimod af kan-opgaverne. Vi arbejder bredt og utraditionelt med sundhed og har meget fokus på ulighed i sundhed,” forklarer projektkoordinator og sociolog *Ingunn Jacobsen*.

Sund By Butikken får bl.a. midler fra kommunen og fra Socialministeriets puljer, og de samarbejder om projekter med patientforeninger og interesseorganisationer. På trods af mange års indsats har Sund By Butikken ikke nogen tal, der viser, at deres arbejde virker.

”Men der er evidens for, at når man er med i en god social sammenhæng, har det betydning for ens ressourcer. Og det er ikke til at vide, hvordan sundheden i Horsens ville have

været, hvis vi ikke havde sat ind,” siger *Ingunn Jacobsen*.

Når Horsens stadig ligger i den tunge ende, hvad angår omfanget af livsstilsrelaterede sygdomme, så mener *Ingunn Jacobsen*, at det skyldes, at uddannelsesniveaet i industribyen traditionelt har været lavt.

”Sundhedsprofilen for Region Midtjylland viser, at forskellen i sundheden skyldes social ulighed, og Horsens har flere lavtuddannede og færre højtuddannede end gennemsnittet i Region Midtjylland,” siger *Ingunn Jacobsen*.

Sygeplejerske *Camilla Vigelsø* er den eneste sundhedsfaglige medarbejder i Sund By Butikken. Hendes opgave er at yde professionel støtte til selvhjælpsgrupperne.

”Der kommer mange mennesker med kroniske sygdomme, som skal lære at tackle deres liv med den udfordring, det er at skulle leve med f.eks. stofskiftesygdom eller gigt,” siger hun.

Forskellen på Sund By Butikken og mange af det etablerede sundhedsvæsens tilbud er bl.a., at i Sund By Butikken kan man henvende sig anonymt, hvis man ønsker det.

sbk@dsr.dk

Vidste du at ...

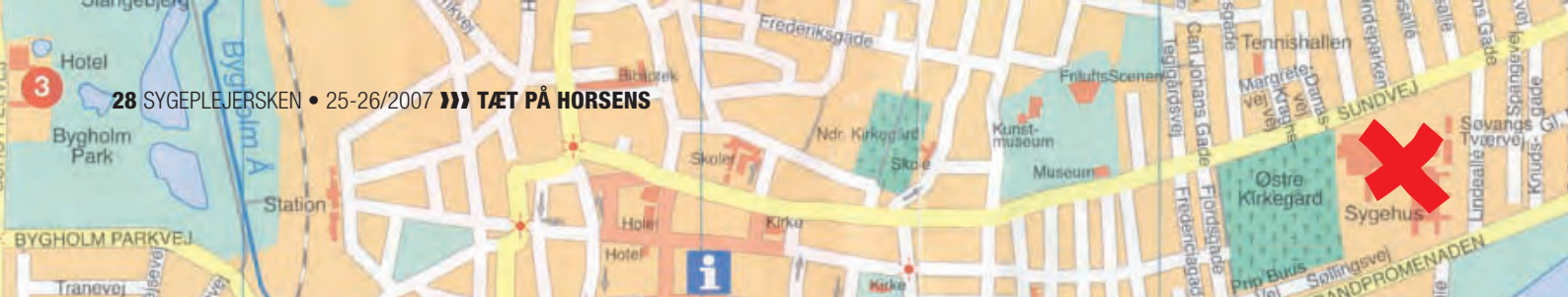
... Horsens og Københavns Kommuner er de eneste danske kommuner, der er medlem af verdenssundhedsorganisationen WHO's netværk i 1.200 byer i 30 lande? Sund By Butikken i Horsens var faktisk verdens første af slagsen.

Kilde: Sund By Butikken i Horsens' hjemmeside: www.sundbyhorsens.dk

Vidste du at ...

... Kommunernes Landsforening har oprettet Sund By Netværket, hvor foreløbig Region Nordjylland og 41 kommuner deltager i samarbejdet? De har forpligtet sig til at arbejde med borgerrettet forebyggelse i relation til regeringens folkesundhedsprogram.

Kilde: Sund By Netværkets hjemmeside: www.sund-by-net.dk/



Børnepasning og Bilka-service



Nye tilbud. Introduktionsstillinger, fitness, mere kompetenceudvikling, kun vagter hver tredje weekend. Ledelsen på Regionshospitalet i Horsens griber dybt i idékassen for at kunne fastholde og tiltrække sygeplejersker.

AF SIGURD NISSEN-PETERSEN, CHEFREDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN

I Horsens skal der kræses ekstra for sygeplejerskerne i fremtiden. Et stigende antal akutte patienter er på vej, fordi regionshospitalet skal være akutsygehus i Region Midtjylland. Det betyder bl.a., at der i løbet af nogle år bliver brug for 2-300 sygeplejersker flere end de godt 500 i dag. Derfor har hospitalsledelsen tænkt kreativt. 100 sygeplejersker er blevet spurgt, hvad der kan gøre arbejdet mere attraktivt for dem. Hensigten er en ny velfærds politik for medarbejderne, hvor ledelsen har forpligtet sig til at indføre mindst 15-20 af personalets ønsker inden udgangen af dette år.

”Vi skal huske at lytte til de gode idéer fra medarbejderne – vi har ikke råd til at lade være, og det har vi gjort med dette initiativ,” siger chefsygeplejerske *Anna Birthe Sparvath* fra Regionshospitalet Horsens.

Et par af de mere kulørte forslag er en døgnbørnepasningsordning og en Bilka-indkøbsordning, hvor sygeplejerskerne f.eks. kan bestille deres dagligvarer om morgenen og hente dem på arbejdspladsen ved fyraften. Tilbuddet er i øvrigt til alle ansatte. Ikke kun til sygeplejerskerne.

Anna Birthe Sparvath synes, at andre hospitaler burde følge Horsens' eksempel.

”Med det her vil jeg gøre opmærksom på, at vi på chefniveau er nødt til at komme op i et andet gear. Vi er nødt til at have en strategi for, hvordan vi vil rekruttere og fastholde kvalificeret personale i fremtiden. Jeg kunne også stille spørgsmålet: Hvorfor gør vi ikke mere, end vi gør i dag?”

snp@dsr.dk

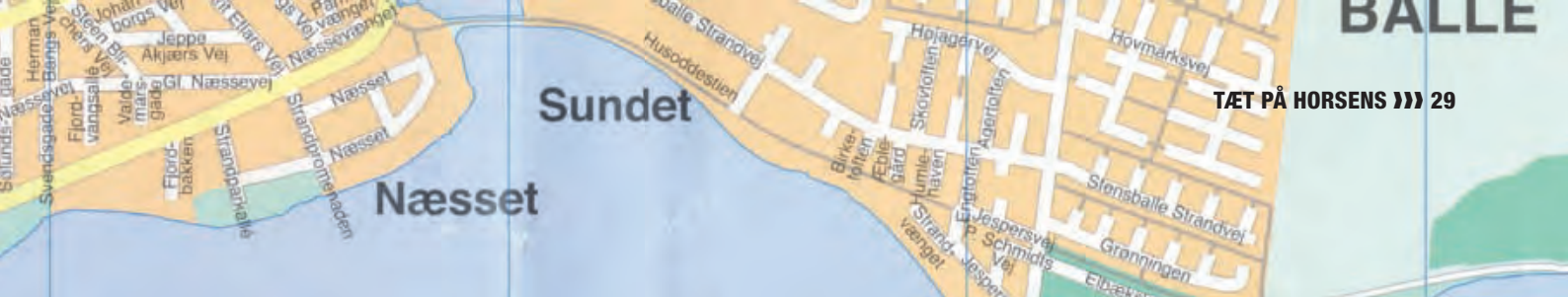
>>> UDDRAG FRA IDÉKATALOGET

- En integreret døgninstitution/vuggestue/børnehave, hvor medarbejderne på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder har fortrinsret til de døgn- og weekendåbne pladser
- Ansættelse af velfærds koordinator, der skal sætte fokus på kost, helbred, motion og fritid
- Oprettelse af et frivilligt hjælperkorps til opgaver, der normalt varetages af pårørende
- Oprettelse af særlige introduktionsstillinger til nyuddannede og nyansatte
- Tilbud om weekendvagter hver 3. weekend
- Ansættelse af ernæringsassistenter, farmakonomer og sygeplejedicoliner for at dæmme op for opgaveglidning
- Oprettelse af centralt vikarkorps
- Prioritering af kompetenceudvikling
- Fælles indkøbsordninger f.eks. ved Bilka i Horsens.

Vidste du at ...

... sundhedsplejerskerne i Horsens foretager BMI- og højdemålinger på skolebørn i 3., 5. og 8. klasse, og at de er i gang med at kortlægge rygevanerne i 9. klasse?

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.



Receptionisten spiser seks måltider om dagen

Joan Midtgaard Jensen er 61 år og fra Horsens. Er receptionist på Regionshospitalet i Horsens. Har aldrig fejlet noget alvorligt og synes selv, at hun har et godt helbred både fysisk og psykisk. Har spist diabeteskost i 22 år, da hendes dengang niårige søn fik konstateret sygdommen. Hun spiser seks måltider om dagen, tre hovedmåltider og tre mindre måltider. Har hele tiden en vandflaske stående, som hun fylder op, hver gang den er tomt. Går til gymnastik én gang om ugen og går både til og fra arbejde en halv time hver vej. (sbk)

Vidste du at ...

... 57 pct. af borgerne i Horsens har én eller flere kroniske sygdomme?

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.



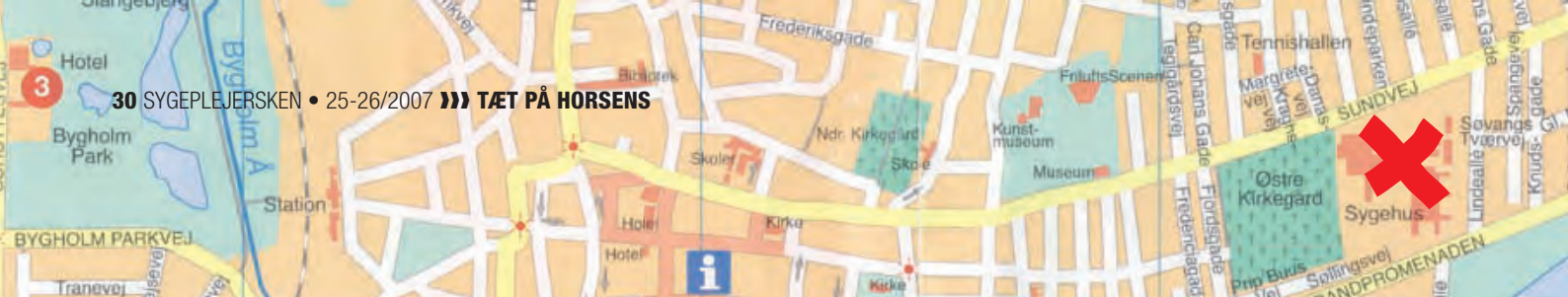
Operationssygeplejersken spiser mad med lavt kolesterolindhold

Anni Pedersen er 40 år og arbejder som operationssygeplejerske på Regionshospitalet i Horsens. Bor i Løsning, der ligger mellem Horsens og Vejle. Hun føler sig sund og er stort set aldrig syg. Får masser af frisk luft, når hun går ture eller til hundetræning med sin Labrador. Hun går til gymnastik 1-2 gange om ugen og er træner for to hold spring-børn. Siden hendes mor fik en blodprop for to år siden, har hun været opmærksom på, at et forhøjet kolesterolalt er en familiesygdom. Derfor spiser hun mad med lavt kolesterolindhold, og slik og chips er begrænset til én dag om ugen. (sbk)

Vidste du at ...

... 50 pct. af borgerne i Horsens er overvægtige i moderat til svær grad?

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.



Operationspersonalet sparer mange skridt, når de ikke længere behøver gå rundt og kigge ind ad køjerne til ni forskellige operationsstuer for at få overblik. Nu kan de se alle ni operationsstuer samtidig på storskærme.



Digital overvågning. Operationsafdelingen er førende på verdensplan med et digitalt system, der sikrer overblik over operationerne, tiden, patienterne og personalet på de ni stuer.

Kniv start, kniv slut, patient færdig

AF SUSANNE BLOCH KJELDEN, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ Operationssygeplejerskerne på Regionshospitalet i Horsens har ofte talt om, at de godt kunne ønske sig én af de tavler, man har i lufthavne, hvor man kan se de fly, der skal til at lette, og dem, der er lettet. "Så kunne vi få overblik over, hvilke operationsstuer der er i gang, og hvor langt de er i operationen uden at skulle gå rundt og kigge ind ad køjerne til alle stuerne," fortæller afdelingssygeplejerske Marie-Louise Ulsøe.

Cheflægen på Regionshospitalet i Horsens,

Steen Friberg Nielsen havde kontakt til nogle forskere på Aarhus Universitet, som arbejder med it-løsninger til sundhedsvæsenet. Et samarbejde opstod, og et system blev født ud af operationspersonalets idéer i 2005. I dag er regionshospitalet førende på verdensplan med digital overvågning af de ni operationsstuer.

På fire store skærme kan man se, hvilke patienter der ligger på operationsbordet, hvem personalet er, og hvornår deres vagter starter og slutter. Grafikken på skærmene viser f.eks.

en lille kniv som symbol for "kniv start" og "kniv slut," og der er en beregning af, hvor lang tid der går, før operationen forventes at være afsluttet. Et kamera filmer inde på operationsstuen, og man kan derfor følge med i, hvad der sker på stuerne ved at se på skærmen. Man behøver ikke længere rejse sig og gå hen og kigge ind ad køjet, hver gang plejepersonalet fra en sengeafdeling ringer for at spørge til ventetiden på en operation. På sengeafdelingen og opvågningen hænger de

Knoglernes reservedelslager

Knoglebanken består af knoglestykker fra patienter, der f.eks. har fået fjernet en hofte. Patienterne har givet samtykke til, at knoglerne må bruges til andre patienter.



➔ Regionshospitalet i Horsens råder over sit eget reservedelslager til beskadigede knogler. Knoglebanken består rent fysisk af en kæmpe kummefryser fyldt med værdier i form af knoglestykker fra patienter, som f.eks. har fået udskiftet en slidt hofte eller et lårben. Der ligger hundredvis af små plastikbøtter med røde låg. Temperaturen i fryseren viser minus 81 grader. Knoglerne bliver brugt til hospitalets egne patienter, men de bliver også solgt til andre hospitaler.

Knoglerne bliver gjort rene for bloddele og frosset ned i små stykker. Den dag, de skal bruges, bliver de savet i passende stykker og



Da Sygeplejersken besøger operationsgangen, kan afdelingssygeplejerske Marie-Louise Ulsøe vise fire helt nye storskærme. Tastatur og ledninger er derfor ikke helt på plads endnu. Personalet på sengeafdelingerne på Organkirurgisk, Gynækologisk og Ortopædkirurgisk Afdeling behøver ikke længere ringe til operationsafdelingen og spørge til rækkefølgen af de akutte patienter. De har også skærme ligesom på operationsafdelingen.

samme slags skærme, så personalet også der kan følge med i tekst og grafik og sørge for at have de patienter klar, der skal opereres. Hvis personalet på tværs af operationsafdeling, sengeafdelinger og sterilcentral vil sende beskeder til hinanden, foregår det via et interaktivt felt på skærmen, som man blot rører ved og skriver i, ligesom i chatprogrammer. På samme måde kan operationsafdelingen og koordinatorcentralen kommunikere.

”Skærmene giver et langt bedre overblik.

Patienter og pårørende kan få hurtigere besked, hvis en planlagt operation må rykkes pga. noget akut. Det betyder bl.a., at patienterne ikke risikerer at faste unødigt længe. Vi har mange telefonopkald fra personale på de andre afdelinger, og i nogle tilfælde ringer patienterne også selv direkte til operationsgangen fra deres mobiltelefoner for at spørge, hvornår de er på programmet, og det er enormt forstyrrende. Ved hjælp af skærmene kan plejepersonalet orientere sig og give pa-

tienterne information om, hvor langt vi er,” siger Marie-Louise Ulsøe.

Operationsafdelingen har, siden systemet blev indført for to år siden, haft mange delegationer af forskere, it-folk og politikere på besøg for at studere systemet. Både fra ind- og udland, bl.a. har det amerikanske luftværn lagt turen forbi Horsens.

sbk@dsr.dk

pulveriseret. Det bliver en blød pastalignende konsistens, som nærmest kan smøres uden på patientens egen skadede knogle.

”Den fremmede knogle bruger vi til at stabilisere patientens egen knogle, så patienten kan komme hurtigt op at gå efter operationen. Det er vigtigt at komme hurtigt op efter en operation, for at man kan danne ny knoglemasse,” forklarer specialeansvarlig sygeplejerske for ortopædkirurgien på operationsafdelingen *Anni Pedersen*, der til daglig er ansvarlig for knoglebanken.

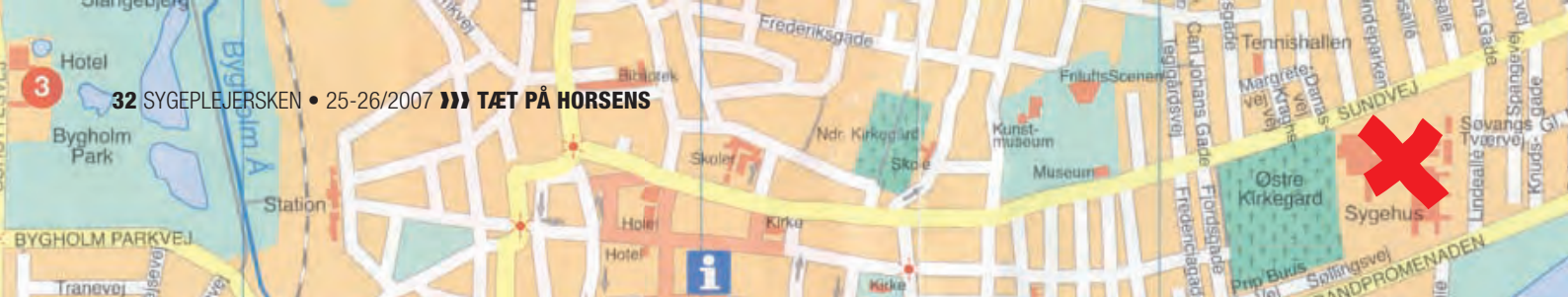
Knoglerne bliver især brugt til patienter med frakturer, men også til patienter, som har

fået stivgjort led i forbindelse med f.eks. rykirurgi. Sundhedsstyrelsens krav til landets knoglebanker har inden for de seneste år reduceret antallet af steder, hvor man opbevarer knogler. Patienterne skal give deres informerede samtykke til, at deres knogler må bruges, og derudover skal patienterne gennemgå en række prøver for at screene for cancer og eventuelle smitsomme sygdomme.

sbk@dsr.dk

Der findes kunstig knoglemasse, men det naturlige reservedelslager er det bedste.





De nye sundhedsaftaler sikrer fælles patientforløb

Samspil. De nye sundhedsaftaler i Region Midtjylland er blevet til i et tæt samspil mellem medarbejdere fra region, hospitaler og kommuner. På Regionshospitalet Horsens taler oversygeplejerske Inge Henriksen ligefrem om et paradigmeskift i samarbejdet mellem hospital og kommuner, som kommer patienterne til gode.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

➔ Det har været en lang, men produktiv og bekræftende proces at få udarbejdet de nye sundhedsaftaler i Region Midtjylland. Det siger oversygeplejerske på Ortopædiskirurgisk afdeling på Regionshospitalet Horsens, *Inge Henriksen*. Ifølge sundhedsloven skal sundhedsaftalerne omfatte de seks områder:

- udskrivningsforløb for svage, ældre patienter
- indlæggelsesforløb
- træningsområdet
- hjælpemiddelområdet
- forebyggelse og sundhedsfremme
- indsatsen for mennesker med sindslidelser.

I Region Midtjylland begyndte arbejdet på sundhedsaftalerne i januar 2007, hvor en stor arbejdsgruppe med deltagere fra både hospitaler, kommuner og regionen fik til opgave at formulere en overordnet sundhedsaftale for hele regionen.

Inge Henriksen sidder som formand for en af følgegrupperne, der er ansvarlig for aftalerne på indlæggelses- og udskrivningsområderne mellem Regionshospitalet Horsens og dets samarbejdskommuner.

”Arbejdet har resulteret i nogle gode og brugbare sundhedsaftaler med konkrete retningslinjer. For os her på Regionshospitalet Horsens betyder det bl.a., at hvor vi før havde flere forskellige aftaler med flere forskellige kommuner, har vi nu enslydende aftaler med alle samarbejdskommuner i klyngen, på nær nogle få detaljer, og det letter selvfølgelig arbejdet for os og sikrer patienterne gode, sammenhæn-

gende og ensartede behandlingsforløb,” siger Inge Henriksen.

Arbejdet med sundhedsaftalerne har også resulteret i et nyt og mere progressivt samarbejde mellem de to sektorer.

”Vi har jo altid skullet samarbejde. Men hvor vi før nogle gange havde tendens til at føle, at vi generede hinanden, når vi henvendte os om det ene eller det andet, er vi nu blevet rigtig gode samarbejdspartnere. Der er i høj grad kommet fokus på, at vi har fælles patientforløb både før og efter indlæggelse.

Det skyldes nok især, at Region Midtjylland fra start har meldt klart ud, at samarbejdet skal køre godt – patienterne er en fælles opgave for region og kommuner. Det har også været omdrejningspunktet for samarbejdet i vores klynge, og sundhedsaftalerne er blevet til i et godt og konstruktivt samarbejde mellem begge sektorer. Vi har gensidigt inspireret hinanden, både regionen og kommunerne, men også kommunerne internt,” siger Inge Henriksen.

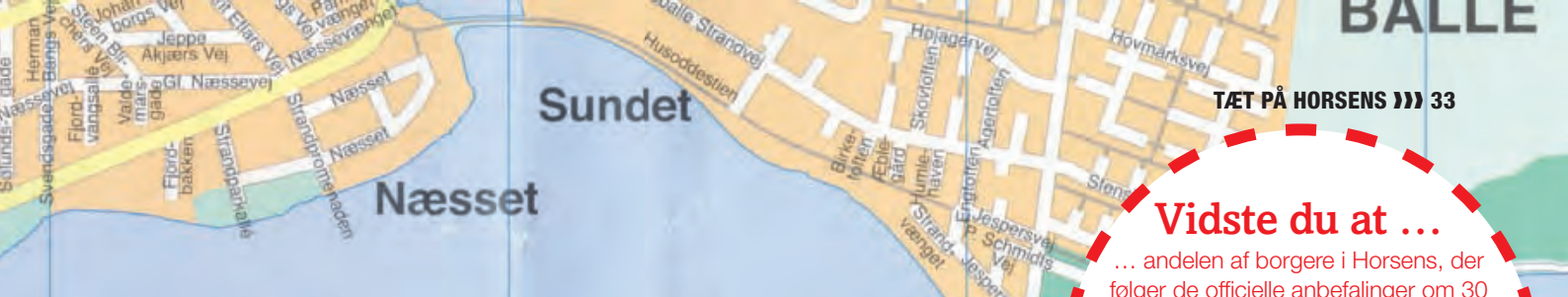
Arbejdet er dog på ingen måde slut endnu. De forskellige klynger mødes stadig. Det er først nu, aftalerne skal bevise deres værd i praksis. Endelig vil man i december tage hul på at gennemgå den overordnede sundhedsaftale for Region Midtjylland igen.

cso@dssr.dk

Vidste du at ...

... Horsens Kommune som den første kommune i landet vil samle alle tilbud til socialt udsatte mennesker på ét sted? Det nye behandlingscenter skal både tilbyde hjælp i forhold til bolig, job og behandling for misbrug. Centeret skal stå færdigt i 2009.

Kilde: Nyhedsmagasinet Danske Kommuner.



Vidste du at ...

... andelen af borgere i Horsens, der følger de officielle anbefalinger om 30 minutters motion om dagen, er steget fra 34 til 40 pct.? Horsens Kommune har dog flere inaktive borgere end i resten af Region Midtjylland, og Horsens har derfor som mål at få flere fysisk aktive borgere inden 2016.

Kilde: Sundhedspolitik for Horsens Kommune 2007-2009.

Laurits løb 22 km på Idrætsdagen

Laurits Lomholt er otte år gammel og går i anden klasse. Han bor midt i Horsens by, og der har han boet, siden han blev født. Laurits Lomholt mener, at for at være sund skal man bevæge sig og spise grøntsager. Laurits selv løb 22 km på Idrætsdagen dagen før efterårsferien. Til daglig spiller han fodbold og badminton, men fodbolden er en disciplin, han synes er særlig sjov. Laurits kan også bryste sig af, at han har fået et nyt Horsens halstørklæde, for som han siger: "Jeg holder med AC Horsens, og jeg skal have det på til kampene, så kan folk se, hvem jeg holder med." (sma)



Borgeren er ekspert i



AF BIRTHE PORS, SYGPLEJERSKE
FOTO: SØREN SVENDSEN

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for sundhedsfremme og forebyggelse i kommunalt regi. Artiklen præsenterer erfaringer og foreløbige resultater fra "Det Kommunale Sundhedsteam" i Horsens Kommune.

➔ Hvordan tackler man det, når tre nye medarbejdere med hver deres faglighed og ansættelses-kommune mødes i en helt ny arbejdsenhed uden historie og kultur. Hvor arbejdsgrundlaget er en projektbeskrivelse om sundhedsfremme og forebyggelse med udgangspunkt i sundhedsloven 2007, hvor kommunerne fik ansvaret for den patientrettede forebyggelse, der ikke foregår i tilknytning til behandling i sygehusvæsenet. En lov, der lægger op til en arbejdsdeling med sammenhæng og dialog på baggrund af en fælles forståelse af evidensbaseret viden mellem kommune og region. Hvor erfaringerne er små og bevågenheden om ens arbejde og forventningerne om resultater høje?

Spørgsmålet blev stillet, da et tværfagligt team bestående af fysioterapeut *Thomas Ketel Eggensen*, klinisk diætist og bachelor i idræt *Litta Gadgaard Lejland* og sygeplejerske og forfatter af denne artikel, *Birthe Pors*, i januar 2006 blev ansat som "Det Kommunale Sundhedsteam" i Horsens Kommune. Opgaven var sat i relation til Horsens Kommunes nye forpligtelser i forhold til sundhedsloven, og projektet skulle bl.a. afprøve forskellige modeller for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser i kommunen.

Målgrupperne for projektet er type 2-diabetes, KOL

(kronisk obstruktiv lungesygdom), overvægtige børn og deres forældre, astma og borgere med anden etnisk baggrund end dansk (se boks 1 herunder for en nærmere beskrivelse af projektet). I denne artikel præsenteres projektets erfaringer og foreløbige resultater inden for områderne type 2-diabetes og KOL.

Nødvendigt med fælles referenceramme

I sundhedsteamet begyndte vi projektet med en debat om sundhedsfremme og forebyggelse, afklaring af begreber og holdninger samt idéer til den praktiske udførelse. Langsomt fandt vi en fælles referenceramme i *Aron Antonovskys* sundhedsbegreb. Vi valgte derefter den motiverende samtale som redskab i arbejdet med at fremme ønskede adfærdsmæssige ændringer. Metoden stimulerer borgeren til at analysere sine følelser i dilemmaet mellem faktisk adfærd og helbreds-mæssige ønsker samt til at træffe en beslutning og gennemføre adfærdsendringer på grundlag af sine overvejelser.

Vi var bevidste om, at det at aflære vores gamle rolle som eksperter og forestillingen om, at alle borgere er parate til at lytte til vores viden, kan omsætte og efterleve den – ville være en nødvendighed for at lykkes. Borgeren er ekspert i sit liv. Vi er blot katalysatorer i deres proces med adfærdsendringer.

Type 2-diabetes og KOL

Målbeskrivelser for sygdomsgrupperne type 2-diabetes og KOL var første opgave. Overskrifterne for begge sygdomme blev: baggrund, ætiologi, beskrivelse af sygdommen, inklusions- og eksklusionskriterier i kurset, formål med interventionen, henvisning, test, intervention og sidst afrapportering, produktions-, effekt-, kvalitets- og udviklingsmål. Indholdet blev tilrettelagt ud fra anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen, kendt evidens på det medicinske, trænings- og kostmæssige område, vidensbaseret sundhedspædagogik samt erfaringer fra eksisterende patientskoler på Regionshospitalet Horsens.

Planen blev, at vi i det kommunale sundhedsteam skulle lave kurser for borgere med mild til moderat KOL, mens Lungeteamet Regionshospitalet Horsens laver lungeskole for borgere med svær til meget svær KOL. Herefter kunne vi lave et samlet borgerforløb fra henvisning fra egen læge til afslutning i forløbet (se figur 1 side 35).

I forhold til dokumentation, evaluering og kommunikation med de praktiserende læger og sygehuse, der skulle henvise borgerne til kurset, var indkøb af et it-system, der understøtter processen fra planlægning til de nødvendige afrapporteringer, nødvendigt. Inden første kursus sendte vi orientering til praktiserende læger, sygehus og presse, og der blev afholdt informationsmøder og omdelt pjecer.

))) BOKS 1. DET KOMMUNALE SUNDHEDSTEAM I HORSENS KOMMUNE

Det Kommunale Sundhedsteam i Horsens Kommune er en del af et toårigt projekt i Horsens Kommune finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriets sundhedscenterpulje. Projektet skal bl.a. afprøve forskellige modeller for forebyggende og sundhedsfremmende indsatser.

Det organisatoriske bagland for projektet er en styregruppe med kommunale repræsentanter som den besluttende enhed samt en følgegruppe, hvor alle interessenter er repræsenteret.

Målgrupperne for projektet er: type 2-diabetes, KOL, overvægtige børn og deres forældre, astma og borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

Sundhedsteamet arrangerer kurser og har derudover udadrettede aktiviteter, hvor de tre ansatte møder borgerne på temadage og lignende, tilbyder målinger og fortæller om teamets tilbud. Det er sket på alle apotekerne, ved store arrangementer i Forum Horsens og på mærkedage, bl.a. den internationale KOL-dag og Verdens Diabetes Dag.

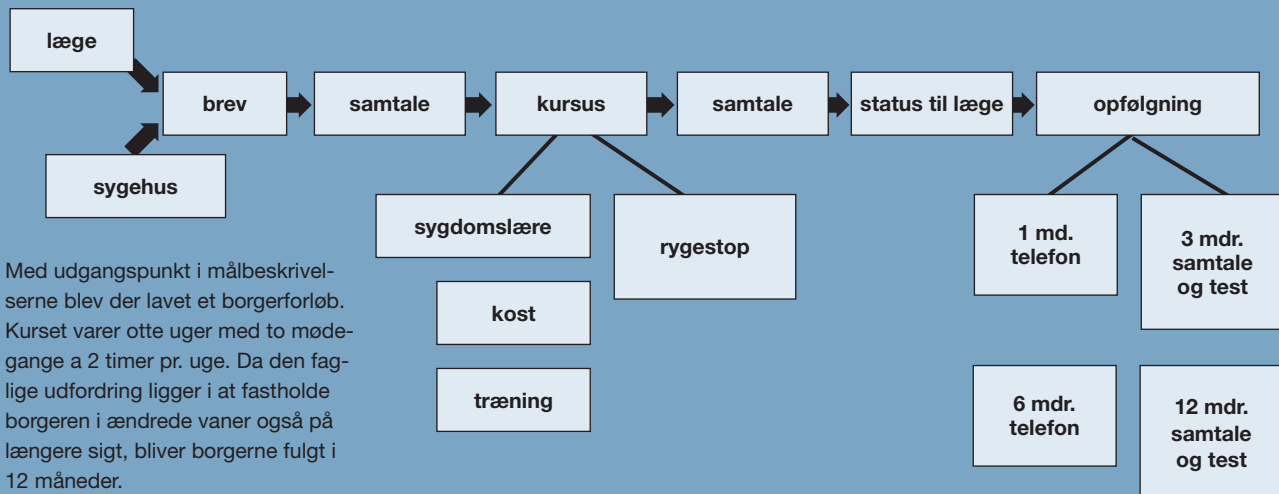
Læs mere om Sundhedsteamet og dets tilbud på www.horsenskom.dk > Det Kommunale Sundhedsteam, hvor også den endelige rapport om projektet kan læses primo 2008.

sit eget liv



Kostundervisningen baseres på gældende anbefalinger, og for at sikre overførselsværdien til kursisternes hverdag, er der bl.a. praktisk indkøb i supermarkedet med en indkøbsguide som grundlag.

»»» FIGUR 1. BORGERFORLØBET



- » Kurserne varer otte uger og oprettes i takt med, at vi har henvisninger nok til et hold (maks. otte personer pr. hold). Ved den indledende samtale sker den endelige visitering, men samtalen giver os samtidig et grundigt kendskab til den enkelte borger, deres holdninger til og erfaringer med sygdommen og måske tidligere livsstilsændringer. Vi tilstræber at få deltagernes tillid til os både som mennesker og sundhedsprofessionelle i løbet af samtalen.

Kernefeltet i vores pædagogiske arbejde på kurserne er en øget handlekompetence hos deltagerne gennem

en høj overføringsværdi fra teori til praksis. Undervisningen er tilrettelagt med både en deduktiv og en induktiv tilgang. Herigennem mener vi at give kursisterne en fælles teoretisk viden om emnet, der fører til dialog om erfaringer, handlemuligheder og barrierer. Vi bestræber os på at skabe rammer, der giver mulighed for en respektfuld dialog, hvor alle har taleret, men også lyttepligt. Derigennem håber vi at opnå en høj grad af komplians.

Pårørende opfordres til at deltage, da ændringer i hverdagen oftest vil inddrage familien. Sideløbende med et sygdomsspecifikt kursus tilbydes et rygestopkursus til alle rygende kursister samt deres ægtefæller.

»»» BOKS 2. EKSEMPEL PÅ ET KURSUSFORLØB; GERDAS HISTORIE

72-årige Gerda fik type 2-diabetes i 1989 og behandles nu med tabletter og insulin. I december 2005 tog hun en del på efter rygestop, og har desuden forhøjede kolesterolværdier og slidgigt i rygsojle og hænder.

Gerda blev henvist til diabeteskursus via sin praktiserende læge. Hun så nu en mulighed for at få hjælp til at komme på rette kurs med hensyn til kost og træning. Ved den indledende samtale satte hun et holdbart vægttab som mål. Hun fik lavet konditest og blev vejlet, fedtprocent og FedtFriMasse blev målt sammen med taljemaal og blodtryk.

Gerda deltog aktivt og engageret i undervisningen om sygdommen, kosten, den praktiske madlavning og træningen under kurset. Undervejs lavede hun kostændringer ved at erstatte en del hurtige kulhydrater med langsomme og reducere mængden af mad til det enkelte måltid. Hun fik sikkerhed i indkøb og tilberedningsmetoder. Hun købte flere kokebøger fra Diabetesforeningen.

I forbindelse med træningen blev Gerdas blodsukker kontrolleret nogle gange. Hun havde haft rigtig god effekt af træningen i forhold til sin diabetes, men blev samtidig overrasket over den øgede gangdistance og hendes velvære efter træningen. Gennem de otte uger fik hun afprøvet forskellige former for træning. Hun faldt særligt for stavgang.

Gerda og de andre kursister på holdet, otte i alt, havde det hyggeligt med hinanden. Det gav en livlig debat om det at leve med en kronisk sygdom, hvordan de tacklede det forskelligt, de kunne kommentere på hinandens handlinger og øse af egne erfaringer.

Da kurset sluttede, valgte Gerda og to andre kursister at fortsætte træningen sammen, de går stavgang hver mandag formiddag. Efter turen sidder de på bænken ved fjorden og nyder en kop kaffe. De har holdt hinanden fast i denne aftale i næsten fire måneder. Gerda er nu blevet en ressourceperson i forhold til sine to træningsvenner, der er startet på rygestopkursus.

Derudover deltager Gerda i madlavning to gange om måneden sammen med kursister fra andre diabeteshold. Denne gruppe er startet ud fra kursistønsker og i samarbejde med Diabetesforeningen og Sund By Butikken i Horsens.

Gerdas ændringer i hverdagen har bevirket, at hendes HbA1c er reduceret fra 9,5 pct. til 7,8 pct. svarende til 17,9 pct. trods reduktion i sin insulinmængde – fra 38 i.e. om morgenen til 26 i.e. samt 1 tablet mindre.

Ved den indledende samtale kunne Gerda ikke cykle længe nok til, at der kunne beregnes et kondital. Ved tremånederssamtalen blev det målt til 11,3 ml O₂/kg/min.

Allerede ved den afsluttende samtale havde hun tabt sig 5,6 kg. Vægttabet er nu på 7,1 kg, heraf 6,1 kg rent fedt. Gerda er altså godt på vej til at nå sit mål om vægttab. Som en sidegevinst har hun fået mod til at deltage i forskellige arrangementer og have socialt samvær med andre.

Gerda er et fiktivt navn, men historien og resultaterne er ægte og gengivet med Gerdas tilladelse.

Et samlet forløb

Vi har valgt en kursusmodel, hvor alle borgere deltager i et samlet forløb. Den enkelte kan altså ikke vælge kun at deltage i eksempelvis træning eller kostundervisning. Det enkelte kursus varer otte uger med to mødegange a to timer pr. uge. Hver mødegang er delt i to lektioner, hvoraf den første er overvejende teoretisk, og den anden er en form for træning.

Kurset skal ses som en helhed, hvor vi følger op på lektionerne på tværs af faglighed. Vi har fordelt lektionerne mellem os efter vores faglige viden, men deltog alle tre i alle lektioner på de første hold. Derved kender vi indholdet og kan ved behov overtage hinandens lektioner for at undgå aflysninger. Afhængigt af deltagerens fysiske forskellighed er vi ofte to personer med ved træningen.

Eksempel på et kursusforløb i type 2-diabetes og deltagerens resultater er beskrevet i boks 2 her på siden.

Kostundervisningen

Kostundervisningen baseres på gældende rekommandationer og målrettes den aktuelle kroniske sygdom. For at sikre overførselsværdien til kursisternes hverdag er der praktisk madlavning og praktisk indkøb i supermarked med indkøbsguiden som grundlag. Med henblik på at bevidstgøre kursisterne om egen adfærd tilbydes de at kostregistrere et par dage, hvorefter de får individuel vejledning af diætisten. Her vil fokus for diabetikere bl.a. være kulhydratfordelingen og sammenhængen mellem energiindtag og den medicinske behandling.

Den fysiske træning

Den fysiske træning bygger på at være lettilgængelig, koblet til kursisternes hverdagsaktiviteter, men valgt ud fra evidens på træningstype og intensitet. Vi benytter pulsøre, blodsukkermålinger og Borgs skala som midler til at motivere kursisterne til fortsat og regelmæssig træning. Træningsprogrammer udleveres som inspiration. Træningen benyttes også til at indøve handlekompetence: hvordan borgeren tackler udfordringer som at blive forpustet, hvis de har KOL, eller det at få lavt blodsukker for diabetikere, mærke symptomer, og hvordan det atter kan komme i niveau og undgås ved næste træ-

ning. Desuden bliver alle introduceret til et motionscenter af et par seniorinstruktører.

Netværk

Den faglige udfordring ligger i at fastholde borgeren i ændrede vaner – også på længere sigt, derfor følger vi borgerne i 12 måneder. Samtidig forsøger vi løbende at stimulere kursisterne til at danne netværk. Netværk er afgørende for os alle, men ikke alle har det, eller måske kan det være godt for den enkelte at etablere nye. Det at møde og tale med andre, der enten er eller har været i samme situation som én selv, er vigtigt for at tackle en kronisk diagnose. At høre andre fortælle, at de er kommet godt gennem den første hektiske periode, kan trøste en nydiagnosticeret. Samtidig kan det være en god følelse at kunne hjælpe andre til et bedre liv ved at fortælle om egne erfaringer eller være en god lytter.

Målinger skal motivere den enkelte

Både den enkelte kursusdeltager og andre vil have interesse i at vide, om det lykkes at ændre adfærden i den rigtige retning. Det var derfor en udfordring at afgrænse, hvilke målinger og test der var nødvendige for at kunne evaluere indsatsen og samtidig var acceptable for borgeren.

Vi valgte SF 36 (short form 36) som spørgeskema for det selvvruderede helbred og måler under kurserne på andre udvalgte parametre (se boks 3 på denne side). Målingerne skal ses som et led i motivationen for den enkelte – synligheden af de ændrede vaner for både dem selv og omverdenen. Farmakonomet fra de lokale apoteker laver endvidere inhalationstjek på alle KOL-deltagere, hvilket ofte medfører ændringer i adfærd.

Over for vores omverden må vi kunne benchmarke på relevante indikatorer og sammenholde indsatsen for derigennem at finde best practice-viden. Kvalitetssikringsprojektet KOALA er et forsøg på dette (se boks 4 på denne side).

Den samlede evaluering over hele projektperioden er under udarbejdelse og vil danne baggrund for evt. nødvendige ændringer i forløbet og opfølgningen. Evalueringen foretages af flere årsager. En formel i forhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriet, der laves af Statens Institut for Folkesundhed, og en intern kommunal for at dokumentere den erfarede viden, så den kan bruges i beslutningsprocessen om den fremtidige indsats på området. Evalueringen indeholder både kvantitative og kvalitative dele, men vi ser dem som hinandens forudsætninger. Det er stadig vanskeligt at dokumentere kvalitative ændringer, måske er fortællingen – som beskrevet i Gerdas historie i boks 2 – en af de bedste metoder til at formidle borgernes små, sikre og synlige sejre.

Metoderne skal udvikles

Vi er stadig tre personer med hver vores faglighed, men vi arbejder ikke længere i ukendt land. Vi kender hinanden og huset, vi arbejder i, og mange samarbejdsrela-

))) BOKS 2. FORELØBIGE RESULTATER

Udpluk af foreløbige resultater, opgjort september 2007

Type 2-diabetes-kursus	KOL-kursus
Opnået vægttab (antal deltagere) <ul style="list-style-type: none"> • 1,6 kg fra start til slut kursus (58) • 1,9 kg fra start til 3 mdr. opfølgning (48) • 1,5 kg fra start til 12 mdr. opfølgning (15) 	Øget gangdistance ved 6 min. gangtest (antal deltagere) <ul style="list-style-type: none"> • 34 m fra start til slut kursus (27) • 47,6 m fra start til 3 mdr. opfølgning (18) • 28,5 m fra start til 12 mdr. opfølgning (4)
Opnået reduceret HbA1c* (antal deltagere) <ul style="list-style-type: none"> • Reduceret 0,8 procentpoint fra start til slutning af kursus (32) • Reduceret 0,72 procentpoint fra start til 3. mdr. opfølgning (17) • Reduceret 0,54 procentpoint fra start til 12 mdr. opfølgning (7) 	Fedtfri masse** (antal deltagere) <ul style="list-style-type: none"> • ÷ 0,7 kg fra start til slutning af kursus (27) • + 1,6 kg fra start til 3 mdr. opfølgning (19)
Har kurset gjort deltageren i stand til bedre at kunne håndtere din sygdom i hverdagen? (57) <ul style="list-style-type: none"> • I høj grad: 66,7 pct. • I nogen grad: 29,8 pct. • I mindre grad: 3,5 pct. 	Har kurset gjort deltageren i stand til bedre at kunne håndtere sin sygdom i hverdagen? (25) <ul style="list-style-type: none"> • I høj grad: 64 pct. • I nogen grad: 36 pct.
<p>* Ved reduktion på 0,5 procentpoint er der væsentlig nedsat risiko for senkomplikationer (6)</p> <p>** Muskelmassen reduceres hos flere i starten for senere at øges, hvilket er det optimale.</p>	

))) BOKS 4. KVALITETSSIKRINGSPROJEKTET KOALA

KOALA er et kvalitetssikringsprojekt for sundhedscentre, der arbejder med rehabilitering af borgere med KOL. I pilotprojektet deltager syv kommuner, heriblandt Horsens. Hver kommune kan indtaste udvalgte indikatorer i en database for senere at kunne hente forskellige rapporter til egen evaluering. Samtidig kan den enkelte kommune sammenligne deres resultater med de øvrige som en samlet enhed. Det er Pfizer og Boeringer-Ingelheim, der realiserer projektet økonomisk. Birthe Pors har været med i styregruppen.



med belastede familier nytter



Familien henvises f.eks. af egen læge, sundhedsplejerske eller pædagog fra barnets daginstitution, og henvisningen sker primært til et af kommunens tre børnefamilierådgivningscentre. Centret tager herefter kontakt til Familiehuset, som afholder en samtale med familien for at finde ud af, om Familiehuset er et passende tilbud, og for at kortlægge behovet for terapi. Spørgsmålet "Hvad har den enkelte brug for?" er vores udgangspunkt," siger Tina Zwergius.

Når familien første gang møder i Familiehuset, indgår moderen en kontrakt med terapeuten om de mål, hun gerne vil nå.

Nu er jeg mor

Da jeg kommer på besøg i Familiehuset, sidder en yngre kvinde og kryber sammen i fællesrummet, hvor man spiser morgenmad og frokost sammen. Hun besvarer min hilsen med en mumlen, men da personalet er samlet om bordet, svarer hun på mine spørgsmål og fortæller med humor og glimt i øjet om det forløb, hun har været igennem i Familiehuset.

"Jeg havde en depression og kunne ikke tage mig af børnene, ikke se deres behov. Nu er jeg blevet mor for dem, jeg kan se, hvad de har brug for, og give dem det."

Kvinden har accepteret at fortælle om sit forløb på en video, som skal vises til en dansk konference om belastede familier, "og det gør du godt, du har skærmtække," siger Birgitte Thornsohn. Kvinden smiler genert.

Familiehuset er udtaget som rollemodel for tidlig indsats af det daværende Socialministerium, og tidligere socialminister *Eva Kjær Hansen* (V) har besøgt huset i 2006, kort tid før ministeriet blev overtaget af *Karen Jespersen* (V). Ministeriet har stillet en pulje på 10 mio. kr. til rådighed, så andre kommuner kan vælge en konkret model for arbejdet med belastede familier, f.eks. Horsens-modellen, og afprøve den i praksis.

"Mange familier er forud for indskrivelsen i Familiehuset dømt ude af samfundet. Målet er at få familien dømt inde igen, og det får vi," fortæller Birgitte Thornsohn.

Psykoterapeut, sundhedsplejerske Tina Zwergius og psykoterapeut Birgitte Thornsohn i et af "Familiehusets" lokaler.

))) BOKS 1. FAKTA OM FAMILIEHUSET

Familiehuset er oprettet i 1997 som et dagbehandlingstilbud til familier med børn mellem 0 og 2 år. Oprettelsen skete med støtte fra Socialministeriet. I 1999 blev effekten af arbejdet evalueret meget positivt.

Ca. 16 familier går igennem Familiehuset om året, det sparer kommunen for omkring 2 mio. kr. årligt, fordi familien bliver i stand til at klare sig selv uden eller med meget lidt støtte frem for at have brug for familieanbringelse eller fjernelse af et eller flere børn. Familiehusets budget er på 2,7 mio. kr. pr. år.

Arbejdsmetoden er baseret på en krops-/gestaltterapeutisk tankegang, og desuden benyttes *M. Brodén*, *D. Stjern* og *J. Bowlby* som teoretiske pejlemærker.

- » "Visionen er, at forældrene skal påtage sig forældreskabet og tage deres livsvilkår på sig," supplerer Tina Zwergius.
- "I andre familiehuse er tilgangen systemisk, men man skal langt ind for at forandre med hensyn til tilknytning og relationer, derfor har vi valgt den psykoterapeutiske indfaldsvinkel," fortæller Birgitte Thornsohn. Begge understreger, at arbejdet med den enkelte familie er baseret på en intens, vedvarende og respektfuld kontakt over tid.

))) BOKS 2. TERAPITYPER I FAMILIEHUSET

Fuldt forløb

Forløbet består af hjemmebesøg to gange om ugen, individuel terapi én gang om ugen og gruppeterapi to gange om ugen. Alle familier er tilknyttet én gennemgående kontaktperson. Den intensive behandlingsperiode varer fra et halvt til ét år.

Spædbarnsterapi

Terapien er psykodynamisk med inspiration fra *Francoise Dolto*:

1. Ud fra individuelle samtaler med familien sætter man i form af en nedskreven tekst ord på det overgreb, spædbarnet har været udsat for. Det kan f.eks. være grov vold, seksuelt misbrug eller omsorgssvigt. Teksten bliver forfattet i samarbejde med forældrene og endelig godkendt af dem.
2. Terapeuten fortæller spædbarnet dets historie, og man sætter herefter ord på de følelser, man forestiller sig, det lille barn må have haft under overgrebet.
3. Man afslutter med det håb, der er for barnet i fremtiden.

Seancen tager fra 3-5 minutter og gentages af forældrene, når de er hjemme med barnet.

Barnet reagerer med ro, afslapning og dyb søvn. Det kan forældrene se, og det viser den video, personalet optager af forløbet. Seancerne er terapi både for barn og forældre, og terapeuterne fortæller, at det er den dybe kontakt og intonationen, der formentlig betyder, at barnet efterfølgende kan slappe af.

"Terapeuterne er budbringere for den skade, der er sket, og det er første led i helingsprocessen," siger *Birgitte Thornsohn*.

Hvis forældrene ikke kan bære at høre det budskab, barnet skal høre, men ønsker det ændret til en mere spiselig version, melder personalet pas.

"Vi skal ikke opfinde en tredje virkelighed. Så er det bare ikke nu, vi skal fortælle barnet sandheden," fortæller *Birgitte Thornsohn*.

Sandplay-terapi

Terapiformen er jungiansk inspireret og er en nonverbal, terapeutisk metode.

I Familiehuset findes to sandkasser på hjul og en reol, der fylder en hel væg. Reolen indeholder små figurer, f.eks. drager, rotter, stearinlys, dyr og mennesker i alle afskyninger. Figurerne benyttes til opbygning af tableauer i sandkassen, som ved hjælp af symboltolkning gør det tydeligt, hvilke indre konflikter det enkelte barn eller den voksne tumler med.

Børnesamtaler

Kommunen kan også henvise børn med særlige behov til børnesamtaler i Familiehuset. Det kan f.eks. være børn, der har problemer, fordi forældrene skal skilles. Samtalerne finder sted med børn mellem seks og ni år. Forældrene er vidne til samtalerne for at forhindre loyalitetskonflikter. Samtalerne har en afklarende og anerkendende karakter og skal støtte barnet på det udviklingstrin, det befinder sig.

Mæt af kontakt

Tina Zwergius har arbejdet med børn og familier i 25 år. Hun bruger sin sundhedsplejerskeuddannelse som basisviden og til at vide, hvad der er normalt for et lille barn, og så samarbejder hun og de øvrige terapeuter tæt med kommunens øvrige sundhedsplejersker. Tina Zwergius fortæller, at der ikke er kommet flere dårlige familier, men at systemet er blevet bedre til at spotte dem.

"Når familierne har været igennem et forløb, er det meget vigtigt at undersøge og fastholde effekten af arbejdet," mener hun.

"Under forløbet skal vi kunne tåle, at klienten ikke holder aftaler, kende mekanismerne bag og forstå og handle ud fra den viden," fortæller *Birgitte Thornsohn*. "Det vil sige, at man ikke skal møde klienten med bebrejdelse og vrede, men vedvarende møde personen med venlighed, accept og nærvær."

"Og der er ikke problemer med at afslutte kontakten, for når et forløb i Familiehuset er færdigt, er familien mæt af kontakt," tilføjer hun.

Jette Bagh er fagredaktør på fagbladet Sygeplejersken; jb@dsr.dk

Se www.horsenskom.dk >Børn og Unge >børnefamilierådgivningen >Familiehuset, hvor diverse pjecer fra og rapporter om Familiehuset kan downloades.

Familiehusets arbejde er beskrevet i bogen "Skæbner i Skygeland. Terapi og dæmoner," af *Birgitte Thornsohn*, Forlaget Hovedland. Bogen er anmeldt på side 70 i dette nummer af *Sygeplejersken*.



Et eksempel på Sandplay-terapi i "Familiehuset."

Mindre vold i demensafsnittene

Artiklen henvender sig til sygeplejersker inden for demens-området. Hovedbudskabet er, at en målrettet indsats kan nedbringe antallet af voldsepisoder betragteligt. Artiklen udspringer af et projekt på demensafsnittet, Sundhedscenter Nord, Horsens Kommune.



FOTO: SØREN SVENDSEN

AF INGE HAUGAARD STOKBRO, SYGEPLEJERSKE, SD, MASTER I SUNDHEDSINFORMATIK

➔ Det betaler sig at sætte fokus på forebyggelse af voldsepisoder i demensplejen. Via "Makkermetoden," faste introduktionsprogrammer og kollegial supervision er antallet af voldsepisoder i demensafdelingen på Horsens Sundhedscenter Nord således faldet fra 41 pr. år til fem på trods af stor personaleudskiftning. Ændringen skete, da man besluttede at sætte fokus på problemstillingen ved at gennemføre "Projekt godt arbejdsmiljø i Demensafdelingen 2004-2006."

For mange voldsrelaterede arbejdsskader

I 2004 kunne man i demensafsnittet konstatere hele 41 tilfælde af arbejdsskader, som relaterede sig til voldsepisoder. Man besluttede derfor at iværksætte et projekt med det formål at forebygge

- voldsepisoder mellem beboerne internt
- voldsepisoder fra beboer rettet mod personalet.

Målet med projektet var at skabe udvikling i personalegruppen, således at de blev i stand til at håndtere svære situationer, inden de udartede til voldsepisoder.

Succeskriterium var, at der skulle ske en nedgang i antal indberettede voldsepisoder, og at personalet skulle opleve og give udtryk for, at de nu havde flere redskaber til at takle de svære situationer med. At de følte sig kompetente til opgaven.

Flere indsatsområder

For at reducere voldsepisoderne valgte man tre indsatsområder

- gennemførelse af et fast introduktionsprogram for afløsere og et for fastansat personale
- undervisning i "Makkermetoden" i afdelingen, hvorefter metoden blev implementeret som fast arbejdsredskab
- undervisning i kollegial supervision i afdelingen og efterfølgende brug af dette

Antagelsen var, at en god start i afsnittet og øget viden ville give personalet bedre muligheder for at agere relevant og kompetent i svære, såvel som forudsigelige og uforudsigelige situationer. At fokus på værdier og holdninger, vold og voldsforebyggelse, magt og magtanvendelse – også i introduktionsperioden – ville øge medarbejdernes handlekompetence i kritiske situationer og derved medføre større personlig sikkerhed og øget sikkerhed hos beboerne.

Introduktionsprogrammerne blev præsenteret og drøftet på afdelingsmøder i forsommeren 2005, suppleret af den valgte litteratur.

Samtidig med at programmet blev indført, indførte man også, at den nyansatte indgik som ekstraperson i den tid, der var sat af til introduktion.

I maj/juni 2005 etablerede man undervisning i Makkermetoden, baseret på Marte Meo-metoden, "at lære ved egen kraft." I metoden guider en erfaren kollega den mindre erfarne kollega på basis af videooptagelser af hverdagsituationer og daglige hændelser ud fra et anerkendende princip.

I makkermetoden bruger man ikke videokameraet. Her iagttager den erfarne kollega i stedet sin kollegas præstation i situationen og giver tilbagemelding ud fra det anerkendende princip. Der blev udarbejdet en drejebog i forhold til at benytte metoden, hvor intentionen er at blive opmærksom på voldsforebyggende tiltag og styrke den ansattes handlekompetence på det punkt.

I oktober 2005 blev alt personale undervist i kollegial supervision, en struktureret samtaleform i en gruppe, der har det formål, at supervisanten bliver klogere på sin professionelle virkelighed. Kollegial supervision har været anvendt fast i afdelingen siden.

Allerede i løbet af 2005 kunne man konstatere fald i antal anmeldte arbejdsskader som følge af voldsepisoder, og i 2006 var der kun seks anmeldelser. Håbet er at komme ned på nul, og personalet i afsnittet arbejder stadig aktivt på dette.

Inge Haugaard Stokbro er organisationskonsulent i Sundhedscenter Nord, Horsens Kommune.

Rapport om projektet kan indhentes ved henvendelse til assisterende områdeleder Birgit Møller, Demensafdelingen, Sundhedscenter Nord; ssbim@horsens.dk



ARKIVFOTO: SCANPIX

Blærescanning af spinalbedøvede patienter

AF ELLEN NIELSEN, SPECIALEANSVARLIG SYGEPLEJERSKE, OG LIS HEDEGAARD PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE

Artiklen henvender sig til opvågnings-sygeplejersker og beskriver et projekt på Regionshospitalet Horsens. Budskabet er, at patienter med fordel kan blærescannes efter spinalbedøvelse.

➔ I forbindelse med et kvalitetskursus har vi i opvågningen udarbejdet et projekt, hvor vi undersøgte, om spinalbedøvede patienter havde overfyldt urinblære, når de lå i opvågningen. Årsagen til projektet var, at vi oplevede, at vores retningslinje på området ikke var optimal for patienterne.

I afdelingen havde vi en klinisk retningslinje om engangskateterisation af patienter, der var spinalbedøvet. Retningslinjen foreskrev, at patienter, der havde været spinalbedøvet i fire timer, skulle blærescannes. Viste scanningen > 500 ml urin i blæren, blev patienten opfordret til at lade vandet, lykkedes det ikke for patienten, blev han engangskateteriseret.

Vi oplevede, at patienter, der blev blærescannet efter de foreskrevne fire timer, havde >1.000 ml urin i blæren. Når urinblæren er fyldt, opstår overdistension af blærevæggen samt øget blæretryk. Det kan resultere i kortere eller længerevarende – eventuelt permanent – tømningsbesvær som følge af skader på strækreceptorerne i blærevæggen.

Vi oplevede, at patienter, der kun havde været spinalbedøvet i et par timer, blev urolige, svedende og klagede over kvalme, og ved blærescanning fandt vi ofte en fyldt urinblære.

På den baggrund ønskede vi at undersøge, hvor ofte spinalbedøvede patienter skal blærescannes for at hindre, at de ligger med en overfyldt urinblære og dermed risikerer at få varige skader på deres blærevæg.

Vi fandt via sundhed.dk kliniske retningslinjer om urinretention fra andre hospitaler, og ud fra retningslinjerne fandt vi ud af, hvad god praksis er på området.

Vi søgte i de gængse databaser, og vi fandt tre kliniske retningslinjer. Her tillod man 300-450 ml urin i blæren, inden patienterne blev engangskateteriseret.

Litteraturstudiet viste, at der kan være fra 400-600 ml urin i blæren, inden der er risiko for, at der sker skader på blærevæggen.

Vi valgte ud fra ovenstående en grænse på 400 ml urin i blæren.

I opvågningen udarbejdede vi to undersøgelser. I den første blærescannede vi 100 spinalbedøvede patienter, da de kom til opvågningen. Havde patienten over 400 ml urin i blæren, blev patienten opfordret til at lade vandet og blev efterfølgende engangskateteriseret, hvis ikke det lykkedes at lade vandet. Havde patienterne over 200 ml urin i blæren ved ankomsten til opvågningen, blev patienten blærescannet hver time, indtil den øvre grænse for urinretention var nået. Havde patienten ved ankomsten til opvågningen < 200 ml urin i blæren, blev patienten blærescannet igen to timer efter an-

komsten til opvågningen. I vores undersøgelse registrerede vi patienternes køn, alder, og hvor længe de havde været spinalbedøvet.

Konklusion på undersøgelsen i opvågningen:

Ud af de 100 patienter, der indgik i vores undersøgelse, havde 37 patienter mere end de tilladte 400 ml urin i blæren ved ankomsten til opvågningen.

Undersøgelsen viste desuden

- at kvinder og mænd lige hyppigt kommer til opvågningen med en fyldt urinblære
- at patienter i alle aldersgrupper kommer til opvågningen med en fyldt urinblære, men hyppigheden stiger med alderen
- at varigheden af spinalbedøvelsen ingen betydning har for, om patienterne kommer til opvågningen med en fyldt urinblære.

For at undersøge om det har betydning for de spinalbedøvede patienter, at de lader vandet inden for en time før operationen, har vi udarbejdet en ny undersøgelse i opvågningen, hvor der deltog 50 patienter. Her var der 21 patienter, som havde > 400 ml urin i blæren ved ankomsten til opvågningen. Af de 21 patienter havde 13 patienter ladt vandet mindre end en time før operationen. Selvom patienterne lader vandet, umiddelbart før de spinalbedøves, havde 26 pct. en overfyldt urinblære ved ankomsten til opvågningen.

Ud fra ovenstående resultater har vi revideret vores kliniske retningslinje om blærescanning/engangskateterisation af spinalbedøvede patienter.

Nu blærescannes alle spinalbedøvede patienter ved ankomsten til opvågningen, og har der ikke været vandladning i opvågningen, blærescannes patienterne igen, inden de forlader opvågningsafdelingen.

Ellen Nielsen er specialeansvarlig sygeplejerske i opvågningen på Regionshospitalet Horsens, Lis Hedegaard Pedersen er souschef samme sted; Lis.Hedegaard@horsens.rm.dk

Test i viden om social ulighed i sundhed

Quiz gav hovedbrud

Ni rigtige. Ingen af de deltagende sygeplejersker kunne svare rigtigt på alle 10 spørgsmål i redaktionens test af viden om social ulighed i sundhed i Region Midtjylland og Horsens Kommune.

➔ Redaktionen bringer her spørgsmål og det rigtige svar i den test, som *Sygeplejerskens* redaktion udvalgte til interesserede sygeplejersker fra sin stand ved kantinen på Regionshospitalet Horsens.

1 I samtlige kommuner vurderer en del af befolkningen deres helbred som dårligt. Indbyggerne i Ringkøbing-Skjern oplever at have det bedste helbred og kommer derved ind på en 1.-plads i regionen. Hvor ligger horsensianerne blandt deres 19 regionsfæller?

Svar: 1.a: Indbyggerne på Samsø og øvrige øer vurderer deres helbred som dårligst i hele regionen (16 pct.) og har derved en 19.-plads. Men også mange horsensianere (14 pct.) vurderer deres helbred som dårligt – en 14.-plads.

2 Blandt dem med et selv vurderet dårligt helbred er kvinderne overrepræsenteret inden for alle aldersgrupper. På hvilken måde spiller uddannelsesniveaet ind – justeret for køn og alder?

Svar: 2.b: Der er tre gange så mange på det laveste uddannelsesniveau (20 pct.), der vurderer deres helbred som dårligt, som på det højeste (7 pct.).

3 Hører Horsens Kommune til i den sundeste del af de 19 kommuner med hensyn til forekomsten af 17 kroniske sygdomme?

Svar: 3.b: Horsens Kommune ligger på en 12.-plads med hensyn til forekomsten af kroniske sygdomme, og derved i den dårligste del i regionen. Men generelt er forskellene i forekomsten af kronisk sygdom imellem kommunerne små.

4 Hvilke fire kroniske sygdomme plager horsensianerne mest?

Svar: 4.a: Horsensianerne døjer mest med gigtsygdomme, forhøjet blodtryk, migræne og allergi.

5 Der er kun tre kroniske sygdomme, ud af de 17 hyppigst forekommende, der ikke ses hyppigere hos lavtuddannede end hos de højtuddannede. Hvilke?

Svar: 5.b: Kræft forekommer lidt hyppigere hos de højtuddannede end hos de lavtuddannede. Forekomsten af allergi stiger markant med uddannelsesniveaet. Tinnitus forekommer lige hyppigt på alle uddannelsesniveauer.

6 Er der mange dagligrygende horsensianere, sammenlignet med de øvrige 18 kommuner?

Svar: 6.a: 29 pct. af de undersøgte Horsensianere er dagligrygere, kun overgået af øboerne på Samsø og øvrige øer. Halvdelen af rygerne i Horsens vil gerne holde op.

7 Hvordan er horsensianske mænd og kvinders alkoholforbrug?

Svar: 7.a: 30 pct. mænd og 11 pct. kvinder i Horsens har enten/eller et rusdrikkeri, et storforbrug eller er alkoholafhængige.

8 Hvordan er sammenhængen mellem jobhierarki og stressniveau hos 22.000 undersøgte mennesker i arbejdet i regionen?

Svar: 8.b: Jo højere i hierarkiet, jo mindre stresset. Hvilket peger på vigtigheden af at "kigge nedad" i organisationen, når man ønsker at forebygge stress på arbejdspladsen.

9 Arbejdsløse i regionen oplever deres arbejdssituation som belastende, men der er en anden type belastning, der tynger mere på stressvægtskålen hos mennesker uden arbejde. Hvilken?

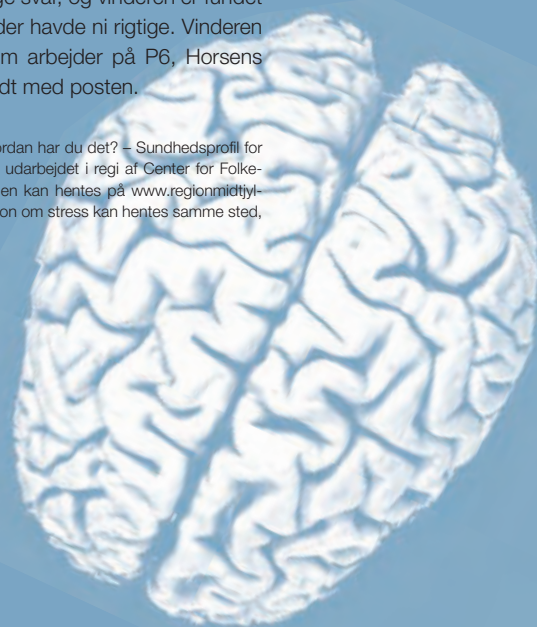
Svar: 9.a: Egen sygdom er den hyppigst forekommende stressbelastning hos mennesker uden arbejde, efterfulgt af sygdom hos partner, familie eller nære venner. Økonomiske problemer er den tredjehyppigste belastning.

10 Dobbelt så mange lavtuddannede som højtuddannede i Danmark er svært overvægtige (BMI > 30). I hvilke fire kommuner er der signifikant flere svært overvægtige end i den danske befolkning som helhed?

Svar: 10.a: På Samsø og øvrige øer (19 pct.) og i Norddjurs (17 pct.), Hedensted (16 pct.) og Horsens (16 pct.) lider signifikant flere af svært overvægt end befolkningen som helhed.

Ingen deltagere havde 10 rigtige svar, og vinderen er fundet ved lodtrækning blandt dem, der havde ni rigtige. Vinderen blev *Bettina Fjord Ulbjerg*, som arbejder på P6, Horsens Sygehus. Bøgerne bliver tilsendt med posten.

Kilde: *Larsen Breinholt F, Nordvig L.* Hvordan har du det? – Sundhedsprofil for region og kommuner. Undersøgelsen er udarbejdet i regi af Center for Folkesundhed Region Midtjylland, og rapporten kan hentes på www.regionmidtjylland.dk/sundhed/folkesundhed Information om stress kan hentes samme sted, søg på "temaanalyse om stress."





Betingelsesløs omsorg til

AF EVY RAVN, SYGEPLEJERSKE, CAND.SCIENT.SOC. • FOTO: SØREN SVENDSEN

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for socialt omsorgs- og støttearbejde i udsatte boligområder. Hovedbudskabet er, at indsatsen skal indeholde både en socialfaglig og en sundhedsfaglig del. Artiklen udspringer af et besøg i bebyggelsen Vesterled i Horsens Kommune.

➔ Ikke den bedste adresse, mener mange horsensianere, men når kulden sætter ind, og soveposen ikke længere kan holde på kroppens varme, vender vagabonden Willy uden tøven støvlesnuderne mod sit vinterhi i bebyggelsen Vesterled i Horsens. Lejligheden er lille, man skal bakke ind på toiletet, og badet i kælderen deles med 12 andre, vaskemaskinen med 24. Men stedet er hans, og til forskel fra tidligere boliger bliver han ikke smidt på gaden, fordi humøret i en brandert bliver lidt højlydt. Der er også altid mulighed for at låne lidt småmønt hos naboen, og møder han og hunden ikke op ved "Skuret" til dagens første øl, kan han regne med, at det ikke går upåagtet hen. Sammenholdet – på godt og ondt – er stærkt i Vesterled.

Det, der adskiller Vesterled fra andre beboelsesområder, er, at den kommunale hjælpeindsats ikke har intentioner om at bryde beboerfællesskabet op. Heller ikke når samlingspunktet er øl i Skuret. Tværtimod er grundtanken, at beboerne har ressourcer, der kan og skal styrkes. Dernæst ydes den sociale hjælp, omsorgen og sygeplejen på beboernes egne betingelser og enemærker. Uden krav om afholdenhed eller "noget for noget," som det er mange socialt udsattes erfaring med det offentlige hjælpesystem.

En broget skare

Vesterled, der består af tre hvide blokke med i alt 72 lejligheder på mellem 33 og 42 m², ejes af Horsens Kommune. Tidligere blev lejlighederne brugt som ældreboliger, men

standarder er nu for ringe (og huslejen derfor lav), og i dag udgør beboerne en broget skare. Her bor fem kvinder, resten er mænd, unge og gamle, de fleste enlige, på pension eller kontanthjælp. Aktuelt er to ud af bebyggelsens 68 beboere i fast arbejde. Enkelte har i perioder vikariat, én beboer er under uddannelse.

Næsten alle har et misbrugsproblem med enten alkohol eller hash, nogle få med hårdere stoffer. En del har psykiske problemer/psykiatriske lidelser oven i misbruget. Mange har somatiske, kommende kroniske sygdomme efter mange års misbrug og en generelt usund livsstil.

Fastansatte bygger bro

Efter hjemkomsten til Vesterled kan Willy hente hjælp til at bygge den nødvendige bro til verden udenfor hos de fastansatte medarbejdere i Vesterled, social- og sundhedsassistent og pædagog Anne Kjær og socialrådgiver Jette Carlsen Ravn: Til hjemmehjælpen, når skraldespandspøssernes antal og indhold nærmer sig sundhedsrisiko. Til hjemmesygeplejersken, når skinnebessåret ikke heler som forventet, og Anne Kjær har behov for sygeplejefaglig rådgivning. Til socialforvaltningen, når regningerne har hobet sig op hen over sommeren, og han ikke forstår hverken sproget i brevene eller betingelserne for at få hjælp. Til sygehuset, hvor han på dårlige dage kan blive kørt til kontrol af sin tuberkulose, der igen er blusset op. Eller til Rusmiddelcenteret for planlægning af en pause i misbruget.

Kaffekanden er hjertet i bebyggelsen

Willy og 20-40 andre beboere mødes dagligt til morgenkaffe med Jette Carlsen Ravn og Anne Kjær og to fasttilknyttede hjemmehjælpere i bebyggelsens fælles opholdssted "Kaffekanden." Her serveres vitaminpiller og morgenmad for en flad femmer på hverdage, alle er velkomne – de eneste regelbrud, der formener adgang, er besiddelse af våben og rusmidler.

I Kaffekanden opbygges tillid mellem professionelle og beboere. Her mægler Anne Kjær eller Jette Carlsen Ravn i konflikter mellem beboerne. Her videregiver beboerne

>>> EVALUERING AF VESTERLED

Et stigende antal voldelige unge og misbrugsproblemer samt en øget forekomst af skydevåben i boligområdet Vesterled gav i 1996 anledning til et treårigt forsøgs- og udviklingsprojekt, der har ført Vesterled frem til det, bebyggelsen er i dag. Projektet blev finansieret af Socialministeriet og Horsens Kommune, og der er foretaget to evalueringer af projektet. Interesserede kan henvende sig til assisterende områdeleder Gitte Krogh, Sundhedscenter Nord, Ceres Centeret, Horsens Kommune; ssgk@horsens.dk



Knud Erik Jensen alias "Tudi" har boet mange år i Vesterled. Efter en langvarig indlæggelse pga. en hjerneskrade forårsaget af en faldulykke på kældertrappen, der omfattede 24 timers fast vagt gennem flere uger pga. sengeflygtighed, blev han indstillet til plejehjem. Men Knud Erik Jensen ville hjem til Vesterled, og på trods af boligens dårlige fysiske forhold lykkedes det pga. en samlet indsats at opfylde ønsket. Nu spiser han dagligt morgenmad i "Kaffekanden" i selskab med hjemmesygeplejerske Susanne Falk.

socialt udsatte

deres bekymringer for medboere, man enten ikke har set nogen tid eller synes trænger til hjælp. Her aftales tid for en senere snak med Anne Kjær eller Jette Carlsen Ravn om dagliglivets bekymringer og sorger. Her grines, snakkes, trøstes, arrangeres fester, gåture og banko.

Medarbejdere forhindrer sump

For beboerne er det vigtigste i Vesterled fællesskabet, hvor man hjælper hinanden og accepterer hinandens særheder, men beboerne udtrykker i to evalueringsrapporter fra området, at uden faste medarbejdere i bebyggelsen ville området hurtigt forvandle sig til en sump.

Hjemmehjælpen og hjemmesygeplejen er organiseret som i Horsens Kommune generelt, men når turen går til Vesterled, er det de samme udvalgte personer med speciel lyst til områdets beboere og problematikker, der tager opgaverne.

Ifølge sygeplejerske *Sonja Taylor*, assisterende områdeleder for hjemmehjælperne, og hjemmesygeplejerske *Susanne Falk*, som kører fast i området, er det helt afgørende, at beboerne mødes uden fordomme, og at den praktiske hjælp og sygepleje, den enkelte har brug for, ydes på vedkommendes egne præmisser. Derfor er der meget vide rammer for, hvad der er muligt, hvilket kun kan lade sig gøre pga. politisk og ledelsesmæssig opbakning, samt stor rummelighed og fantasi blandt de professionelle. F.eks. er det ikke usædvanligt, at hjemmehjælpen henter en beboer med diabetes hjem fra Skuret ved måltiderne, eller at hjemmesygeplejersken går forgæves utallige gange, men altid vender tilbage. Tværfaglighed og en fælles vilje til at løse problemer er ifølge assisterende områdeleder *Gitte Krogh*, som har det ledelsesmæssige ansvar for Vesterled, afgørende vigtigt. Alle er endvidere koblet op på det samme elektroniske journalsystem, og der afholdes jævnligt møder mellem de to faste medarbejdere, hjemmehjælpen, hjemmeplejen og ledelsen.

Et stort minus er lejlighedernes dårlige fysiske rammer, og det ærgrer Anne Kjær, at dette skal afgøre, om folk kan blive boende, når velviljen hos de professionelle til også at kunne rumme de fysisk plejkrævende faktisk er til stede.

Et stort ønske for fremtiden er derfor, at lejlighederne revideres.

Fastholdelse i misbruget og miljøet er den væsentligste ulempe ved at bo i Vesterled. Man fastholder hinanden i et negativt fællesskab omkring et misbrug, der kan være vanskeligt at slippe ud af. At flytte er en ensom sag, som få magter. Et andet problem er ifølge Anne Kjær en stærk tendens til, at de dårligt socialt stillede beboere opbygger fordomme over for andre grupper i samfundet, f.eks. over for mennesker af anden etnisk herkomst, der mobbes ud af bebyggelsen. Grønlandske kvinder accepteres til nød. Det omkringliggende samfunds stigmatisering udgør en anden ulempe. Ønsker en beboer i Vesterled f.eks. at oprette en kassekredit med det formål at komme ud af sit misbrug og videre med sit liv, er alene adressen tilstrækkelig til et afslag. Mange arbejdspladser i kommunen er endvidere mere end skeptiske over for at ansætte beboere fra Vesterled.

Truslen om desillusion og udbrændthed kan lure hos de professionelle, hvorfor det hele tiden er vigtigt at være bevidst om, på hvilket niveau plejen og omsorgen forebygges. Det handler om at være realistisk, fortæller Anne Kjær, og ikke sætte mål uden beboernes aktive medvirken. Der arbejdes altid ud fra empowermenttanken

Øger livskvalitet og forebygger indlæggelser

Der er ikke udført målinger i forhold til f.eks. økonomiske gevinster for kommunen og sygehusvæsenet, men erfaringen er, at forebyggelse af indlæggelser er et af de områder, hvor den samlede indsats gør en markant forskel. Hos en konkret beboer fra ca. 50 indlæggelser på et år til et par stykker.

At den lokale indsats kommer tifold tilbage til både kommune og sygehusvæsen, er Gitte Krogh dog ikke i tvivl om. Hendes vurdering er, at beboerne i Vesterled har et bedre helbred og en bedre livskvalitet end beboere i sammenlignelige boligområder i kommunen.

Evy Ravn er fagredaktør på fagbladet Sygeplejersken; er@dsr.dk

Recovery inden for socialpsykiatrien



AF LISBETH SØRUP NIELSEN, ERGOTERAPEUT, OG KIRSTEN KRING PEDERSEN, SYGEPLEJERSKE OG PSYKIATRIBRUGER

FOTO: SØREN SVENDSEN

Artiklen henvender sig til sygeplejersker med interesse for recovery. Artiklen præsenterer erfaringer om recovery på være- og aktivitetscentret Promenadehuset i Horsens.

➔ Recovery betyder at komme sig, hvilket også er muligt med en psykiatrisk lidelse. Recovery bruges derfor mere og mere inden for psykiatrien, men det er ikke ofte, man hører om, at recoverytankegangen bruges aktivt på et være- og aktivitetscenter for sindslidende.

Vi, *Lisbeth Sørup Nielsen*, ergoterapeut og medarbejder i Promenadehuset i Horsens, og *Kirsten Kring Pedersen*, sygeplejerske, mangeårig psykiatribruger, bruger af Promenadehuset og en af initiativtagerne til arbejdet med recovery i Promenadehuset, vil i denne artikel fortælle om vores erfaringer med recovery.

Isolation giver ikke recovery

Kirsten Kring Pedersen stiftede bekendtskab med recovery gennem forskellige tidsskrifter. Tankemåden passede til hendes hidtidige måde at håndtere sit liv på, og foretog med bl.a. *Patricia Deagan* og *Alan Topor*, som har været spydspidser i beskrivelse af recoveryprocessen, bekræftede interessen.

Kirsten Pedersens opfattelse er, at man selv skal være aktiv på vejen mod helbredelse og bestemt kan have glæde af professionel hjælp undervejs, formet på den rette måde. Som psykiatribruger er det afgørende, at nogle i omgivelserne tror på én, stiller krav og udfordringer i passende mængder. Her er personalet vigtigt. Og man skal turde tage chancer. Tage kontakt til andre mennesker med risiko for afvisning. Ligesom aktiviteter, hvad enten det er inden for det normale samfund eller socialpsykiatrien, er uundværlige, fordi man via aktiviteter ofte opnår givende fællesskaber og desuden har oplevelser at fortælle om og dele med sin familie og/eller venner.

Samtidig er det vigtigt at have tid til sig selv. Tid til refleksion, ikke navlepilleri. Det er en sejr, når man kan have glæde af sit eget selskab og opleve noget på egen

hånd. Men som alt her i livet gælder det om balance. Isolation som psykisk sygdom giver ikke recovery.

Det, man som psykiatribruger selv finder ud af eller lærer sig selv af nød, er de største succeser for den enkelte og en vigtig del af recovery – som jo netop er en personlig læringsproces. For at opnå dette har det for Kirsten Kring Pedersen været nødvendigt at ændre nogle uhensigtsmæssige mønstre, bl.a. blive bedre til at sige fra i visse situationer. Og selvmedlidenhed kommer man ingen vegne med.

På rejsen mod helbredelse skal de basale ting i hverdagen ifølge Kirsten Kring Pedersens erfaringer være på plads, bl.a. orden i økonomien, at man får ryddet op, gjort rent, vasket tøj m.m. Dernæst har især to ting positiv effekt på hendes recovery: nære relationer og gode oplevelser.

Bolden spilles på brugerens banehalvdel

På personalesiden passer recoverytankegangen som fod i hose til den måde, personalet i Promenadehuset tænker og handler på. Udsprunget af bl.a. Kirsten Kring Pedersens interesse blev der i samarbejde med den daværende Amtsspecialskole i Horsens derfor planlagt et undervisningsforløb i recovery. Efterfølgende har der været arrangeret foredrag på værestedet, personale og brugere har deltaget i møder og konferencer, samlet materiale, skrevet artikler til husavisen "Promenade-nyt," læst bøger og ikke mindst diskuteret, hvad vi hver især forstår ved recovery.

I personalegruppen prøver vi at have øje for, at den enkelte brugers ressourcer, ønsker og behov skal være i centrum, og at personalet er en faciliterende faktor. Personalets funktion kan sammenlignes med en konsulent- eller coachfunktion; mens brugeren er ekspert. Vi kan bidrage med hjælp til at afdække, hvad der kan fremme en recoveryproces, øge opmærksomheden på tidlige alarmsignaler og på, hvad der trigger i forhold til at få det dårligere, samt hvordan man kan beskytte sig imod triggere. Det er også vigtigt i neutrale perioder at få talt om, hvad der kan hjælpe i dårligere perioder. Hvem man kan/skal kontakte og så i øvrigt tilbyde et skub til at tage nye udfordringer op. Bolden spilles på brugerens banehalvdel og efter de regler, der gælder der, hvorfor personalet må kunne tåle at brænde inde med problemløsninger, som brugeren ikke kan anvende. Og alligevel vedblive med at håbe og tro på, at brugeren kan få det bedre, måske blive helt rask. Som Kirsten Kring Pedersen ofte siger: "For mig er recovery en rejse, ligesom livet er en rejse." Vi i personalegruppen rejser gerne med.

Lisbeth Sørup Nielsen er ansat i Promenadehuset. Kirsten Kring Pedersen er bruger af Promenadehuset og har, inden hun blev syg, arbejdet som sygeplejerske i 20 år.

►►► BOKS 1. VÆRESTEDET PROMENADEHUSET

Promenadehuset er et være- og aktivitetsstilbud til sindslidende i Horsens, etableret i november 1991. Her er det muligt at være sammen med ligestillede og deltage i aktiviteter, undervisning, foredrag, motion, udflugter, hytteture m.m. Brugersindflydelse er et centralt element. Aktuelt er tilknyttet 100 brugere i alderen 18-65 år, det daglige fremmøde er ca. 30 brugere. Huset har åbent 7-8 timer på hverdage og søndagsåbent fire timer med frivillige.

Læs mere om Promenadehuset på: www.promenadehuset.dk



FOTO: REGIONSHOSPITALET HORSSENS

Projekt Kompetent Mobilisering har tjent sig selv hjem ved færre sygedage og højere kvalitet i patientplejen.



Slut med ondt i ryggen efter arbejde

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, der arbejder med mobilisering af patienter. Den er baseret på et konkret projekt, og budskabet er, at det giver et fald i sygedage og øget arbejdsglæde at beskæftige sig med mobilisering af patienter.

FOTO: SØREN SVENDSEN



AF INGE HENRIKSEN, OVERSYGEPLEJERSKE



”Inge, hvad er det dog, du gør?”

Sådan lød en af kommentarerne, da vi holdt temadag om kompetent mobilisering tilbage i 2000.

Temadagen var startskuddet til projekt ”Kompetent Mobilisering,” som startede, fordi afdelingen havde modtaget et påbud fra Arbejdstilsynet om at optimere mobiliseringen af patienter. Baggrunden var nedslidning, ulykker og langtidssygemeldinger.

Jeg deltog i de praktiske øvelser, men jeg var ikke opdateret på det område, og det fik jeg klar besked på fra den pågældende sygehjælper. Men samtidig fik jeg en grundig og lærerig indføring i, hvordan man i dag flytter patienter, så man inddrager patienten og skåner sin egen ryg.

Eksemplet kendetegner den kulturændring, der er sket på Ortopædkirurgisk afdeling i Horsens, siden vi fik et påbud fra Arbejdstilsynet. Hvis der er noget, vi ikke er så gode til, beder vi kollegaer om hjælp. Og vi er åbne over for at dele vores egen viden med kollegaer. I

»»» BOKS 1. FÆRRE FEJLINDKØB

Ortopædkirurgisk afdeling på Regionshospitalet Horsens har fået større viden om hjælpemidler som følge af projekt ”Kompetent Mobilisering.” Vores forflytningsvejledere ved, hvad vi kan bruge, og hvad vi vil have.

Forflytningsvejlederne udnævner løbende ”Månedens Hjælpemiddel,” som de informerer det øvrige personale om.

dag gør vi ikke bare, som vi plejer. Vi har skabt en åben, lærende kultur til gavn for både patienter og personale.

Projekt Kompetent Mobilisering startede som et amtsligt projekt i det daværende Vejle Amt med afdelinger på sygehusene i Give, Fredericia, Kolding og Horsens som projektafdelinger. På Ortopædkirurgisk afdeling i Horsens besluttede ledelse og plejepersonale i fællesskab at afsætte al kursusaktivitet og efteruddannelse til projekt Kompetent Mobilisering i en toårig periode. Sideløbende afsatte vi et anseeligt beløb til

» hjælpemidler og uddannelse af særlige forflytningsvejledere – ildsjæle – med mobilisering som fokusområde. Ledelsen og medarbejderne gik alle ind i projektet med stor entusiasme, og det lykkedes at skabe en følelse af, at ”det her er vores projekt.”

Som et af startskuddene arrangerede vi temadagen omtalt i indledningen. Vi lukkede ganske enkelt hele afdelingen, noget der hverken er sket før eller siden. Det var med til at understrege alvoren i projektet. Temadagen bestod både af diskussioner og af praktiske øvelser med mobilisering af patienter med det formål at definere, hvad vi ville nå med projekt Kompetent Mobilisering, og hvordan vi kunne arbejde med det i afdelingen.

Vi valgte at lade ekstern konsulent *Allan Vinther* lede projektet, som bl.a. kom til at indeholde kursusforløb for alle samt uddannelse af forflytningsvejledere. Vejlederne er i dag ressourcepersoner, som holder sig opdateret om mobilisering, introducerer nye medarbejdere til området og sørger for, at mobilisering forbliver et højt prioriteret område. Målet var systematisk at udnytte patienternes egne ressourcer ved mobilisering, bruge de bedst egnede hjælpemidler og ikke mindst bruge sin egen krop hensigtsmæssigt.

Værdifuld bivirkning

Alle kunne ikke være på det efterfølgende kursus samtidig, men det viste sig at have en værdifuld bivirkning, for med mellemrum kom der personale hjem med ny entusiasme efter at have været på kursus. På den måde bevarede vi engagementet. Tilsvarende sørgede vi for at informere gennem nyhedsbreve, og emnet stod på stort set alle mødedagsordener.

Som påbuddet fra Arbejdstilsynet antyder, havde vi tidligere problemer med nedslidning af personale, mange sygemeldinger og ulykkelige situationer, hvor sygehuset måtte afskedige medarbejdere på grund af lang tids sygdom. Den situation er ændret.

I 2003 og 2004 udarbejdede BST første og anden statusvurdering på vores indsats i forhold til mobilisering.

Resultatet viste, at mobilisering var blevet langt mere hensigtsmæssig i forhold til arbejdsteknik, brug af hjælpemidler samt brug af egen krop. Patienterne blev selv inddraget i mobilisering, forflytningsvejlederne spillede en vigtig rolle i kompetent mobilisering og daglige læring, og personalet var begyndt at se muligheder frem for begrænsninger inden for de rammer, der er til stede.

I BSTs interview med personalet blev der bl.a. sagt:

”I dag er jeg ikke længere så træt i ryggen, når jeg har været på arbejde.”

Siden 2004 har der ikke været arbejdsskader på grund af mobilisering, og siden 2003 har vi ikke haft længerevarende sygemeldinger på grund af mobilisering. Samtidig har vores kompetente tilgang til mobilisering gavnnet patienterne på vores afdeling, som bliver hurtigere rehabiliteret og er indlagt kortere tid end tidligere. I en tid, hvor vi hele tiden har fokus på optimerede og accelererede patientforløb, er der sund fornuft og god samfundsøkonomi i at investere i medarbejdernes kompetenceudvikling.

På trods af de ekstraordinære investeringer, vi har foretaget, er jeg overbevist om, at projekt Kompetent Mobilisering har tjent sig selv hjem ved færre sygedage, højere kvalitet i patientplejen og mere kvalificerede indkøb af hjælpemidler (se boks 1 side 47).

At foretage mobilisering betragtes i dag som en faglig udfordring. Vi har en standardprocedure for den almindelige patient. Hvis patienten har særlige behov i forhold til mobilisering, tilrettelægger vi arbejdet systematisk ved hjælp af et forflytningssskema, som er indarbejdet i den elektroniske patientjournal.

Med skemaet sikrer vi en systematisk analyse af det konkrete behov hos patienten, og med skemaet i hånden har et nyt hold det bedst mulige udgangspunkt for at foretage optimale mobiliseringer.

Hele Regionshospitalet Horsens arbejder nu med at implementere erfaringerne fra mobiliseringsområdet (se boks 2 herunder). På sigt er det visionen, at kendskab til modellen udbredes i hele Region Midtjylland.

*Inge Henriksen er oversygeplejerske på
Ortopædkirurgisk afdeling på
Regionshospitalet Horsens;
inge.henriksen@horsens.rm.dk*

»»» BOKS 2. FUNDAMENTET FOR EN OPTIMAL MOBILISERING

Erfaringerne fra projekt ”Kompetent Mobilisering” viser, at følgende faktorer er vigtige for at sikre en optimal mobilisering af patienter:

- at ledelsen er engageret og fokuseret på emnet
- at personalet tør udfordre og hjælpe hinanden
- at personalet er i tæt dialog med patienten
- at der er udnævnt aktive forflytningsvejledere
- at der er stor viden om brug af hjælpemidler
- at man erkender den store variation i de enkelte mobiliseringer.

Yderligere oplysning om projekt ”Kompetent Mobilisering” kan ses på www.regionshospitalet Horsens.dk

Intensiv omsorg for efterladte

➔ Vi kender det alle, os som arbejder med kritisk syge patienter på landets sygehuse. Situationen, hvor vores utilstrækkelighedsfølelse rører på sig, når vi tager afsked med pårørende, som forlader afdelingen for sidste gang, fordi en patient er død, og det eneste, vi har at give, er vores medfølelse og en plastikpose med afdødes personlige ejendele.

På intensiv afdeling på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder bliver alle nærmeste efterladte til patienter, der dør på afdelingen, tilbudt en telefonopringning af den sygeplejerske, som afslutter forløbet eller har den tætteste kontakt med patienten og de pårørende.

Tilbuddet er blevet positivt modtaget, flere end 2/3 af de efterladte ønsker opringningen, og flere har givet udtryk for, at de har glædet sig til samtalen.

Foreløbig afprøves projektet i praksis, men det er ikke permanent. Pga. den positive tilbagemelding fra de efterladte og tilfredsheden hos kollegaer, håber vi, at projektet bliver et fast tilbud til de efterladte.

Projektet startede i 2005, hvor vi syntes, at det var et område, hvor vi havde et forbedringspotentiale. Både den tomheds- og forladthedsfølelse, den efterladte udtrykker, og den utilstrækkelighedsfølelse, disse situationer efterlader os i, ønskede vi at minimere.

Ved at systematisere de spørgsmål, vi mente, vi kunne stille, havde vi et redskab til ikke blot følelsesmæssigt at følge sørgende bedre på vej, men også en mulighed for at få tilbagemelding på den pleje og omsorg, vi har ydet i afdelingen. Netop det systematiske i opbygningen gør materialet anvendeligt i et fortløbende kvalitetsudviklingsarbejde.

Det har gennem hele forarbejdet været meget vigtigt for projektgruppen at sikre, at alle kollegaer har kompetence til at ringe den efterladte op og om nødvendigt rådgive kompetent om det at have mistet.

Som en start afklarede vi kollegaernes holdning til projektet ved hjælp af en spørgeskemaundersøgelse. Tilbage meldingen var udpræget positiv, forbeholdene handlede primært om tvivl på egne kompetencer og afdelingens ressourcer.

Afklaring med ledelsen gav grønt lys – trods uvished om tidsforbrug. Efterfølgende har vi løbende haft debat om emnet i afdelingen, samlet artikler i en mappe, informeret om, hvor vi har været i projektføreløbet på personalemøder, og talt med vores sygehuspræst Sisse Landert om projektet. Hun har gennemlæst vores arbejdsbog og er kommet med relevante overvejelser før samtalen, henvisningsmuligheder under samtalen og forslag til spørgsmål.

Ud over en meget positiv tilbagemelding fra Sisse Landert har andre vigtige meldinger været:

- Pas på ikke at gøre samtalen mere kompliceret, end den behøver at være.
- Vær opmærksomme på, at I går ind til en samtale, hvor kommunikation er vigtigere end information.



AF JETTE N. THOMSEN OG JEANETTE SKAFSGAARD,
INTENSIVSYGEPLJEJERSKER

FOTO: SØREN SVENDSEN

Vi har udarbejdet et skema, som skal udfyldes med navn på afdøde og den efterladte samt telefonnummer, hvis vedkommende ønsker at blive ringet op. Desuden er der mulighed for at vurdere på vores pleje, på opringningen, på tidsforbrug og udbytte, så vidt det kan udtrykkes og formuleres.

Ressourceforbruget har været meget varierende, men det har ligget på ca. 15 minutter pr. samtale, hvor nogle pårørende ønsker yderligere samtale. Vi pointerer, at samtalen ikke er et terapeutisk tilbud. Det har vi mulighed for at henvise til, ikke for selv at praktisere.

Vi tilstræber at spørge neutralt om forløbet i intensiv og har udelukkende fået positive tilbagemeldinger på vores sygepleje og på det at være blevet ringet op. Det tilbageviser de bekymringer og forbehold, der fremkom i spørgeskemaundersøgelsen blandt vores kollegaer om mangel på kompetence og ressourcer.

”I formåede at være til stede uden at fylde,” lød det fra en pårørende.

Sætningen gør det muligt for plejepersonalet at definere, hvad det var, der gjorde dette muligt, og tilstræbe at gøre det lige så godt næste gang.

Vores væsentligste opgave under samtalerne er at udvise oprigtig interesse for de efterladte og spørge, hvordan det går.

Opgaven er at

- høre, om de har nogen at tale med
- gøre opmærksom på, hvem de eventuelt kan bruge i netværket
- finde ud af, om de har behov for hjælp til at tage kontakt til andre, f.eks. præsten, en sorggruppe, egen læge eller hjemmeplejen.

Projektgruppen ser frem til den endelige evaluering. Med projektet rækker vi både ud til de efterladte og tilbage til os selv i plejegruppen. Vi har nu et arbejdsredskab, der rækker længere end til at udlevere en plastikpose.

Jette Thomsen er specialeansvarlig på intensiv afdeling,
Regionshospitalet Horsens;
jette.thomsen@horsens.rm.dk

Jeanette Skafsgaard er sygeplejerske samme sted.
Flere oplysninger kan fås ved at kontakte forfatterne.

Artiklen henvender sig til intensivsygeplejersker. Den beskriver et projekt bestående af tilbud om en telefonopringning til pårørende, der har mistet en slægtning på intensiv afdeling. Projektet er i gang på intensiv afdeling, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Opgaveglidning i anæstesien

AF JETTE BAGH, SYGPLEJERSKE, CAND.CUR.

Artiklen henvender sig til anæstesisygeplejersker og deres ledere. Den beskriver, hvordan anæstesisygeplejersker tager sig af forundersøgelse før bedøvelse på Regionshospitalet Horsens.

➔ *Iben er gravid og skal have udført et planlagt kejsersnit den 27. december. I ventetiden mellem gynækologisk forundersøgelse og forundersøgelse før bedøvelse har Iben udfyldt et oplysningsskema om eget helbred, og derfor sidder hun klokken ni om morgenen den 13. november 2007 over for anæstesisygeplejerske *Dorthe Skarregaard* og besvarer spørgsmål om, hvorvidt hun har været bedøvet før, om hun er længe om at vågne, om hun lider af køresyge, og om hun fejler noget med hjerte og lunger. Det er opgaveglidning på konkret plan i anæstesiafdelingen på Regionshospitalet Horsens.*

Her er det anæstesisygeplejersker, der udfører forundersøgelse før bedøvelse, ikke kun læger. Ordningen fungerer til alles tilfredshed, lægerne er glade, og sygeplejerskerne har efter en tilvænningsperiode fundet sig til rette med at tage ansvaret for undersøgelsen, som tre anæstesisygeplejersker og en læge i alt udfører 30-45 af pr. dag.

Lægen tager sig fortrinsvis af de patienter, som har mange konkurrerende sygdomme, er i blodfortyndende behandling eller har klapfejl i hjertet.

Dorthe Skarregaard fortæller, at de finder mange mennesker med forhøjet blodtryk ved forundersøgelsen, og at sygeplejerskerne med hensyn til alkohol og tobak får sneget forebyggelse ind ved at fortælle patienterne, at det er nogle områder, de selv kan påvirke for at komme lettere igennem forløbet efter operationen. Ingen hævede pegefingre, ingen moraliseren.

Erfaringen er, at de dårligst stillede skal have tid til at fordøje informationen, og det får de.

Iben får et print med information om planlagt kejsersnit i hånden, og arket bliver gennemgået stilfærdigt og med almindelige danske ord og udtryk. *Dorthe Skarregaard* fortæller, at patientinformation nu kan sammensættes individuelt, fordi patienten kan få de ark i hånden, som passer til hendes situation og vilkår. De printes ud med det samme.

Dorthe Skarregaard fører Iben igennem rygbedøvelse, anlæggelse af den, virkning og eventuelle bivirkninger:

”Din mand må gerne være til stede på operationsstuen, der vil være en jordemoder til at tage imod barnet, en læge, som opererer og en sygeplejerske, som passer på dig. Din mand kan følge med barnet ud af operationsstuen til det første tæk, før det kommer ind til dig igen.

”Jeg har sagt, at det bliver hans opgave,” svarer Iben.

”Du har ikke nogen veer, når du er blevet bedøvet i ryggen, der er ikke noget, der skubber barnet nedad,” fortæller *Dorthe Skarregaard*. ”Derfor kan det være, lægen skubber til barnet ved hjælp af en knyttet hånd under ribbenene. Det vil du kunne mærke, men du har ikke smerter, du kan bare føle, at der er nogen, der rumsterer med dig.”

Iben får tilbud om at komme til informationsmøde om planlagt kejsersnit i starten af december. Det vil hun gerne, hun har ikke nogen spørgsmål om operation og bedøvelse, men hvis der dukker nogen op, vil hun tage dem med til mødet. Iben er tydeligvis mere optaget af barnets helbred og liv end af sit eget. Hun har tidligere mistet et barn midt i graviditeten, og nu gælder det om at få et levedygtigt barn.

Iben siger farvel, hun får et par tabletter imod for megen mavesyre med og besked på at tage dem med en slat vand, et par timer inden hun skal være på hospitalet.

Jette Bagh er fagredaktør på fagbladet Sygeplejersken; jb@dsr.dk

Læs mere om anæstesiafdelingen på www.regionshospitalet Horsens.dk



Dramatiske forhandlinger venter forude

Forlig eller forlis? Risikoen for storkonflikt er større end nogensinde før, men kan også ende med forlig, mener professorer fra Forskningscenter for Arbejdsmarkeds- og organisationsstudier.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Ugen efter dette nummer af *Sygeplejersken* kommer på gaden, mødes Sundhedskartellet for første gang til egentlige overenskomstforhandlinger med arbejdsgiverne Danske Regioner og Kommunernes Landsforening. I skrivende stund har flere medier dog allerede konkluderet, at overenskomstforhandlingerne 2008 vil ende i storkonflikt.

Arbejdsmarkedsforskerne og professorerne *Jesper Due* og *Jørgen Steen Madsen* erkender, at risikoen for konflikt er større end normalt. Men de fremhæver også mulighederne for forlig.

Der optræder flere nye ansigter i de kommende forhandlinger. *Lars Løkke Rasmussen* (V) har som bekendt netop afløst *Thor Pedersen* (V) som finansminister og derfor overtaget den vigtige rolle som chefforhandler for arbejdsgiverne på det statslige område. I Sundhedskartellet er alt ved det gamle, med *Connie Kruckow* som formand. De statsansatte har fået ny forhandlingsleder, og så skal formanden for Danmarks Lærerforening, *Anders Bondo Christensen*, for første gang lede forhandlingerne for KTO, efter den tidligere KTO-formand og formand for FOA, *Dennis Kristensen*, trak sig. Selv om det offentlige aftalesystem er stærkt professionaliseret, kan udskiftningen af flere centrale aktører få betydning for forhandlingerne, siger arbejdsmarkedsforskerne.

”De personlige relationer spiller en stor rolle. Det er vigtigt, at man kender hinanden og har hinandens tillid og fortrolighed, så man kan tænke højt sammen. Det gør også, man kan læse hinanden bedre,” siger Jesper Due.

Staten går foran

Jesper Due og Jørgen Steen Madsen tager udgangspunkt i forhandlingerne på det statslige område, når de tegner et fremtidsscenario for sygeplejerske-resultatet. Det skyldes, at de fleste overenskomstforhandlinger, også de mere komplicerede, ofte kommer i



Optakten til overenskomstforhandlingerne har været helt usædvanlig med strejker allerede i forsommeren, demonstrationen for markante lønstigninger ved Folketingets åbning og ikke mindst en høj grad af politisk indblanding og løfter om lønforhøjelser, også til bestemte faggrupper, mener arbejdsmarkedsforsker Jørgen Steen Madsen, FAOS.

hus ved, at de statslige forhandlingsparter først bliver enige, og så breder resultatet sig til det nu regionale og kommunale område.

”Sådan er hierarkiet i det offentlige aftalesystem. Finansministeren har kontrollen over det statslige område, og derfor er det meget sandsynligt, at Lars Løkke Rasmussen vil forsøge at få et resultat hjem på det statslige område,” siger Jørgen Steen Madsen.

Arbejdsmarkedsforskerne forudser, at parterne vil gå efter et lønstigningsniveau, som det man så i det private, nemlig omkring 4,3 pct. om året de næste tre år.

”Så vil man håbe, at det aftaleresultat kan sprede sig til aftalerne for de regionale og kommunale områder, akkurat som det var til-

Det er regeringen, der med finanslovene bestemmer, hvor mange midler arbejdsmarkedets parter har at forhandle med. Omvendt er modellen hellig på den måde, at politikerne ikke skal blande sig i fordelingen af midlerne. Holder man ikke fast i det princip, falder det offentlige aftalesystem til jorden, siger Jesper Due, arbejdsmarkedsforsker, FAOS.

fældet i bl.a. 2002,” siger Jørgen Steen Madsen.

Men det er nok ikke realistisk, at arbejdstagerorganisationerne vil nøjes med samme lønstigning. De offentligt ansatte, især kvindefagene, halter lønmæssigt langt bagefter de privatansatte med samme uddannelsesniveau og skal derfor have mere i lønforhøjelse, argumenterer bl.a. Connie Kruckow. Hun vil ikke sætte procenter på, men har sagt, at en gennemsnitsløn til en sygeplejerske i 2015 skal ligge på 35.000 kr. om måneden mod knap 24.000 kr. i dag. Derudover ønsker bl.a. Sundhedskartellet en ligelønsreform, som skal gøre op med den ulighed i løn, der eksisterer mellem kvindefagene i den offentlige sektor og mandefagene i den private sektor. Og Jesper Due og Jørgen Steen Madsen kan godt forstå, at arbejdstagerne melder så aggressivt ud, dels fordi manglen på medarbejdere i sundhedssektoren er større end nogensinde før.

”Men optakten til overenskomstforhandlingerne har også været helt usædvanlig med strejker allerede i forsommeren, demonstratio-

”Hvis Danmarks økonomi kan blive smadret af, at de offentligt ansatte får lidt ekstra i løn, så er der da noget galt med den økonomiske politik.”

Den skæve løn

Uligeløn. Offentligt ansatte får mindre i løn end privatansatte med en tilsvarende uddannelse. Og uligheden stiger, jo større andel af kvinder udgør af uddannelsesgrupperne, viser tal fra Danmarks Statistik.

nen for markante lønstigninger ved Folketingets åbning og ikke mindst en høj grad af politisk indblanding og løfter om lønforhøjelser, også til bestemte faggrupper,” siger Jørgen Steen Madsen.

De løfter har regeringen blankt afvist med henvisning til den danske aftalemodel og den frie forhandlingsret. Det argument holder dog ikke helt i retten.

”Det er jo allerede regeringen, der med finanslovene bestemmer, hvor mange midler arbejdsmarkedets parter har at forhandle med. Men omvendt er modellen hellig på den måde, at politikerne ikke skal blande sig i fordelingen af midlerne. Holder man ikke fast i det princip, falder det offentlige aftalesystem til jorden,” siger Jesper Due.

Arbejdsmarkedsforskerne er derfor ret sikre på, at der ikke direkte vil blive afsat milliarder til lønforhandlingerne, heller ikke ved hjælp af et alternativt flertal uden om regeringen, Dansk Folkeparti er stadig tro mod Venstre og De Konservative.

Skulle forhandlingerne resultere i storkonflikt, er et politisk indgreb dog ikke så farligt for regeringen, da der kan gå små fire år, før der skal være valg igen. Omvendt vil regeringen gøre alt for at undgå konflikt, og her har arbejdsgiverne og dermed også statsministeren og co. et par knapper at skrue på endnu, så både arbejdsgivere og arbejdstagere kan blive tilfredse med forhandlingsresultatet.

”Parterne kan f.eks. beslutte, at der skal ned sættes en lønningsskommission. Og den kan på forhånd få stillet nogle midler til rådighed, som kan være medvirkende til, at arbejdstagerne ikke går i strejke, selvom de ikke umiddelbart får den lønstigning, de p.t. har stillet deres medlemmer i udsigt. Derudover skal arbejdet med kvalitetsreformen i gang igen, og her kan det også tænkes, at regeringen afsætter flere midler til områder, som normalt bliver dækket i overenskomstforhandlingerne, akkurat som det skete under trepartsforhandlingerne, hvor der blev afsat midler til bl.a. seniorordninger og efteruddannelse,” siger Jesper Due.

Storkonflikt eller ej – én ting er arbejdsmarkedsforskerne dog sikre på, når det drejer sig om lønforhøjelser til de offentligt ansatte.

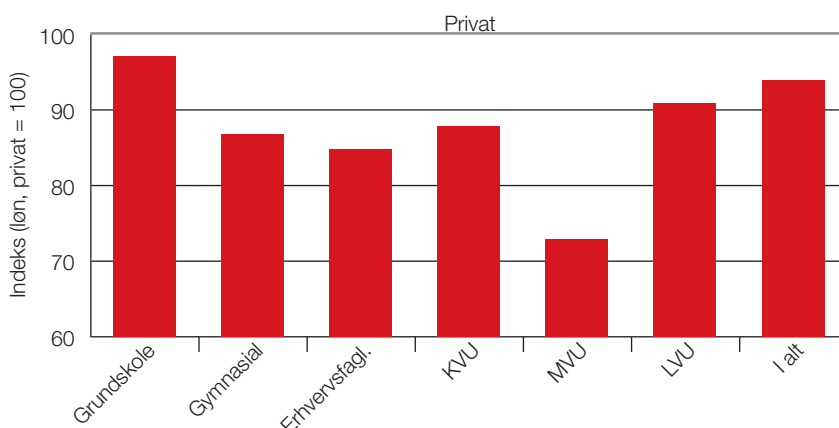
”Bliver offentligt ansatte lønførende i forhold til kolleger ansat i det private, bliver de offentlige job udliciteret. Det er i hvert fald erfaringerne fra bl.a. rengøringsområdet,” siger Jørgen Steen Madsen.

cso@dsr.dk

Sundhedskartellet indhenter løbende nye løntal som dokumentation af lønniveau og lønudvikling for offentligt ansatte, deriblandt sygeplejersker. Løntallene fra Danmarks Statistik viser, at offentligt ansattes løn uanset uddannelsesbaggrund er lavere end til privatansatte grupper med tilsvarende uddannelse. Størst er lønforskellen for personalegrupper med mellemlange videregående uddannelser som sygeplejersker. Hver gang en privatansat med mellemlang videregående uddannelse tjener 100 kr., modtager den offentligt ansatte med tilsvarende uddannelse kun 73 kr. På det hosstående søjlediagram figur 1 ses, at lønforskellen mellem privat- og offentligt ansatte er mindst for ansatte med den korteste uddannelse (grundskole).

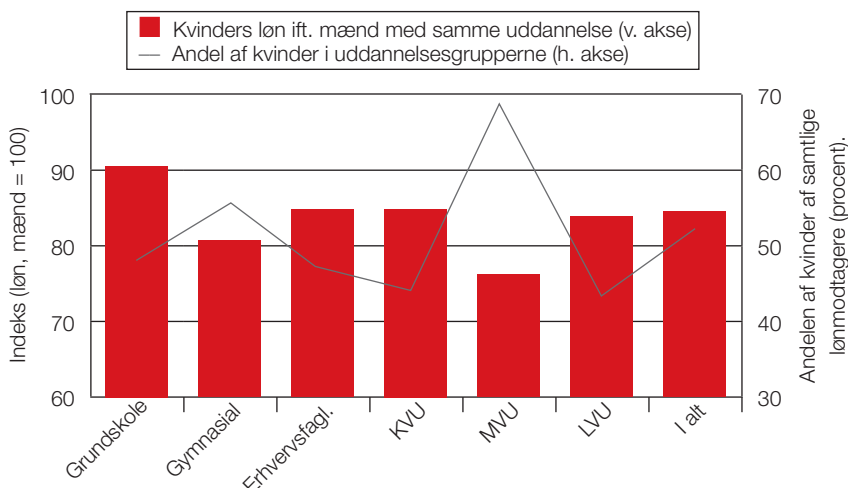
Af søjlediagrammet figur 2 ses, at kvinder generelt er lavere lønnet end mænd med tilsvarende uddannelse på det samlede arbejdsmarked – dvs. både privat og offentligt. Igen er forskellen størst for ansatte med mellemlang videregående uddannelse. Kurven viser, at det samtidig er denne uddannelsesgruppe, der har størst andel af kvinder. Andelen af kvinder er angivet i procent på akse til højre. *sp@dsr.dk*

FIGUR 1. OFFENTLIGT ANSATTES LØN I PROCENT AF PRIVATANSATTES INDEN FOR SAMME UDDANNELSE



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbank, lønstatistik for 2006 for private, stat og kommuner.

FIGUR 2. KVINDERS LØN I PCT. I FORHOLD TIL MÆNDS INDEN FOR SAMME UDDANNELSE



Kilde: Danmarks Statistik, Statistikbank, lønstatistik for 2006 for private, stat og kommuner.



ARKIVFOTO: SCANPIX

De skal forhandle de næste måneder. Formanden for Sundhedskartellet, Connie Kruckow, sammen med regionernes topforhandler Kristian Ebbensgaard (V), næstformand i Danske Regioner og formand for regionernes lønudvalg.

Usædvanlig optakt

Slåskamp? Optakten til overenskomstforhandlingerne 2008 har været ganske usædvanlig og lægger op til krav om lønfest og rivegilde blandt de faglige organisationer, mener to arbejdsmarkedsforskere.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Trepartsforhandling, kvalitetsreform og politiske løfter om ekstra lønmidler til offentligt ansatte. Optakten til de forestående overenskomstforhandlinger har været markant anderledes end tidligere, siger professorerne *Jesper Due* og *Jørgen Steen Madsen* fra Forskningscenter for Arbejdsmarkeds- og Organisationsstudier (FAOS) ved Københavns Universitet.

”De offentligt ansatte har altid krævet mere i løn ved overenskomstforhandlingerne. Det nye er, at lønkravene er så entydige og ekstraordinært høje, og det skyldes ikke mindst de politiske lønløfter. Det er kun naturligt, organisationerne presser på for at få politikerne til at indfri løfterne,” siger Jesper Due.

Han refererer hermed til, at flere partier i kølvandet på protester fra offentligt ansatte og også brugere af især ældre- og sundhedssektoren har meldt ud, at de vil afsætte ekstra midler til offentlige lønforhøjelser. Bl.a. Socialdemokraterne vil afsætte 5 mia. kr. ekstra

i forbindelse med finansloven 2008, mens Dansk Folkeparti som udgangspunkt vil øremærke samme beløb til de lavtlønnede inden for især social- og sundhedssektoren.

En anden usædvanlig optakt til overenskomstforhandlingerne er trepartsaftalen, som Fogh-regeringen indgik med LO, AC og også FTF i sommer. Aftalen sikrer 8,2 mia. kr. til bl.a. efteruddannelse og seniorstillinger – for sygeplejerskernes vedkommende ekstra midler til en specialuddannelse i kræftsyegepleje, mindskelse af frafald på sygeplejeuddannelsen samt retten til en lederuddannelse for alle ledere efter tre års ansættelse.

”Mange af de bløde områder er altså allerede blevet klaret ved trepartsforhandlingerne, og det er også medvirkende til, at de faglige organisationer kan fokusere så kraftigt på lønnen,” siger Jørgen Steen Madsen.

Trepartsforhandlingerne kom dog ikke i hus uden dramatik, også blandt de faglige organisationer, der hver især søgte at fremme

deres medlemmers interesser. Og det giver måske et lille fingerpeg om, hvordan de vil agere indbyrdes under overenskomstforhandlingerne.

”*Dennis Kristensen* blev nødt til at trække sig som formand for KTO efter trepartsforhandlingerne, og flere af de mindre fagforbund har meldt ud, at de frygter at blive glemt i forhandlingerne. I øjeblikket går der ikke en dag uden meldinger fra forskellige faglige organisationer om, at de under andre faggrupper lønforhøjelser, men ikke uden at de selv får. Det offentlige aftalesystem gør det meget vanskeligt at fordele nogle grupper til fordel for andre,” siger Jørgen Steen Madsen.

Dermed kan de indbyrdes kampe mellem arbejdstagerorganisationerne måske resultere i det mest usædvanlige overenskomstforhandlingsforløb og efterspil nogensinde.

cso@dsr.dk

Hvem er hvem?

Ændringer. På det offentlige område afvikles overenskomstforhandlingerne 2008 med færre formelle aktører end for tre år siden. Der er færre kommuner, og amterne er væk, erstattet af fem regioner. Men også på lønmodtagersiden er der sket ændringer.

AF SØREN PALSBO, JOURNALIST

Hvor mange er der?

Sundhedskartellet forhandler for 11 faglige organisationer inden for sundheds- og sociale sektoren med 118.591 medlemmer (nytår 2007).

Dansk Sygeplejeråd er Sundhedskartellets største organisation med 74.902 medlemmer (opgjort nytår 2007).

KTO omfatter 48 faglige organisationer med 532.017 medlemmer (pr. nytår 2007).

Det kommunale Kartel er gået sammen med Statsansattes Kartel i sammenslutningen Offentligt Ansattes Organisation (OAO), der tæller 349.358 medlemmer.

FTF repræsenterer 132.783 medlemmer, AC 35.031 og Ledernes Hovedorganisation m.fl. små 7.000 medlemmer.

Det statslige aftaleområde er blevet reduceret gennem en årrække og omfatter pr. nytår 2007

174.161 årsværk. Undervisningsområderne under de tidligere amter med bl.a. gymnasierne er som følge af kommunalreformen kommet under staten, hvilket har medført en tilgang af årsværk under staten, men samlet

er antallet faldet med 6 pct. i løbet af de seneste 11 år.

Hvem forhandler?

På det regionale og kommunale område er lønmodtagerorganisationerne samlet i to fohandlingskarteller:

- Kommunale Tjenestemænd og Overenskomstansatte (KTO)
- Sundhedskartellet (SHK)
- På det regionale og kommunale område er *Anders Bondo Christensen* (FTF) KTOs politiske hovedforhandler.
- Sundhedskartellets politiske hovedforhandler og formand er *Connie Kruckow*.
- De regionale arbejdsgiveres politiske hovedforhandler er formanden for Det Regionale Lønnings- og Takstnævn, formand for Region Sjælland, *Kristian Ebbensgaard* (V).
- Kommunernes politiske hovedforhandler er formanden for KLs Løn- og Personaleudvalg, Frederiksbergs borgmester, *Mads Lebech* (K).
- På det statslige område er formand for

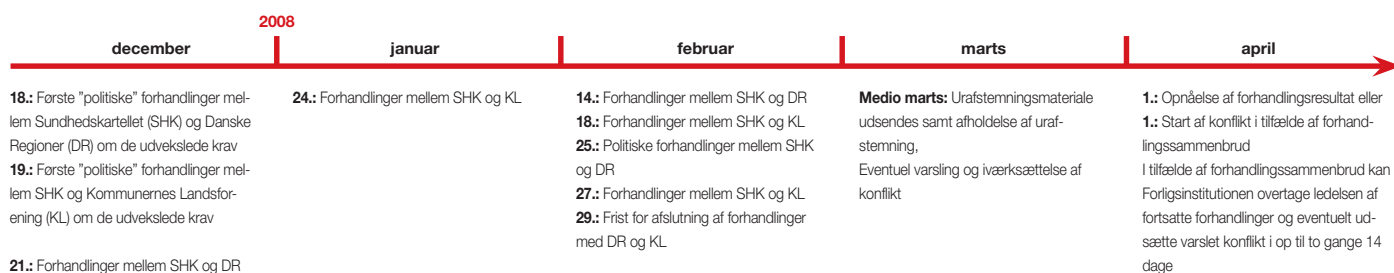
CFU og AC *Sine Sunesen* lønmodtagernes politiske hovedforhandler.

- På det statslige område er arbejdsgivermodparten finansminister *Lars Løkke Rasmussen* (V).

Finansministeren er ny efter folketingsvalget den 13. november 2007 og statsministerens seneste regeringsdannelse, men ministerens ansvar er uændret. Finansministeren vil derfor som hidtil, hvad angår statsområdet være direkte part i overenskomstforhandlingerne og følge forhandlingerne på det øvrige offentlige område med største opmærksomhed. Den usædvanlige politiske indblanding fra Folketinget lægger et pres på såvel ministeren som de øvrige forhandlere. Og i sidste ende kan en eventuel konflikt med efterfølgende lovindgreb også betyde et pres fra frustrerede lønmodtagere på deres egne forhandlere.

sp@dsr.dk

Kilde: FAOS, Sociologisk Institut, Københavns Universitet. www.faos.dk



"Problemet er, at finansministeren er fuldstændig låst i forhold til skattestoppet."

Finansordfører *Ole Sohn* (SF) i Jyllands-Posten 4. december 2007.

"Regeringen har selv lagt op til, at der er råd til lønstigninger ved at give skattelettelser."

Arbejdsmarkedsforsker *Henning Jørgensen* i Politiken den 5. december 2007.

"Det, som har kendetegnet den danske fagbevægelse meget flot, er, at man har sat hensynet til reallønsmæssig og beskæftigelsesfremgang over jagt på lønstigninger, som så ud af noget, men viste sig ikke at være noget, fordi de blev udhulet af inflation."

Finansminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) i Politiken 4. december 2007.

Fagforening i verdensklasse

Det går forrygende i det danske samfund. Det er mange år siden, at ledigheden har været så lav og beskæftigelsen så høj. De seneste ledighedstal viser, at der er meget få ledige sygeplejersker tilbage. Til gengæld mangler der over 1.500 sygeplejersker i sundhedsvæsenet. Derfor er der i øjeblikket virkelig tale om arbejdstagers marked.

I den situation er der naturligvis nogen, der tænker: "Der er stor efterspørgsel efter mig, hvorfor har jeg så brug for en fagforening?"

Svaret ligger faktisk i forudsætningerne for, at det går så godt i Danmark. For bagsiden af medaljen er, at der er ekstremt travlt i sundhedsvæsenet. Mange sygeplejersker befinder sig i disse år i et krydsfelt, som både skyldes, at der er konstante produktivitetskrav, og at sundhedsvæsenet gennem sygehuslukning, øget specialisering og nye opgaver til sygeplejerskerne forandres meget i disse år.

Det er et krydsfelt, der ikke er lette løsninger på, når man står alene som sygeplejerske.

Men når alle sygeplejersker står sammen, har vi muligheden for at rette op på nogle af de grundlæggende skævheder i sundhedsvæsenet. Det er en kamp, der skal føres i forhold til Folketinget, men som også handler om indsatsen på arbejdspladsen.

I virkeligheden er Dansk Sygeplejeråd kun så stærk, som medlemmerne gør os til. Derfor er det ikke kun en svækkelse af organisationen, men en svækkelse af den enkelte sygeplejerskes mulig-

heder, hver gang et medlem melder sig ud.

Dansk Sygeplejeråd tager ikke medlemmerne for givet. Derfor har vi netop sat gang i et stort projekt, som handler om rekruttering og fastholdelse af medlemmer. Målet er, at vi skal være en fagforening i verdensklasse, hvor alle kan se fordelene i at være medlem af Dansk Sygeplejeråd.

En af de ting, som man kan "glemme," når det går godt i det danske samfund, er den sikkerhed, som et medlemskab af Dansk Sygeplejeråd giver. Som medlem ved man, at der altid er nogen, der kæmper for ens sag, hvis man har brug for det.

Alle medlemmer har f.eks. en tillidsrepræsentant, de kan gå til, hvis de oplever en eller anden form for uretfærdighed på arbejdspladsen. Hvis det er større problemstillinger, som f.eks. involverer sygehusledelsen eller regionen, så er der mulighed for at involvere kredsene. Kredsene er aldrig mere end et telefonopkald væk og har ansat en række eksperter, der står til rådighed for medlemmerne. Det gælder f.eks. i forhold til løn og arbejdsvilkår, arbejdsskader, arbejdsmiljø, uddannelse eller andet.

Derfor kan den kortsigtede gevinst ved ikke at være medlem af sin fagforening ikke måle sig med den langsigtede gevinst, at vi i fællesskab kan sikre bedre vilkår for sygeplejen og den enkelte sygeplejerske.

"Det er ikke kun en svækkelse af organisationen, men en svækkelse af den enkelte sygeplejerskes muligheder, hver gang et medlem melder sig ud."

Grete Christensen

Grete Christensen, 1.-næstformand





Synergi

DSR's nyhedsbrev

Synergi er, når gode ideer samles og gør helheden endnu bedre. Og Synergi er både målsætningen og navnet på Dansk Sygeplejeråds (DSR) elektroniske nyhedsbrev.

Nyhedsbrevet er primært skrevet til tillidsvalgte, ansatte i DSR og andre, der er interesserede i sundhedspolitik. Synergi bringer dig væsentlige nyheder inden for udviklingen i sygeplejefaget og sundhedsvæsenet. Du finder også kommentarer og holdninger til DSR's arbejde, og du kan læse om aktuelle projekter, idéer og tendenser i DSR.

Synergi er gratis, og sendes direkte til din e-mail hver anden onsdag. Tilmeld dig nyhedsbrevet på www.dsr.dk, eller send en e-mail til synergi@dsr.dk, og bliv opdateret med seneste nyt.

Fagpolitik for sig og partipolitik for sig

Af Maria Dorph-Petersen, sygeplejerske



Under valgkampen til Folketinget har man kunnet se mange valgplakater i gadebilledet. I storkreds Sjælland, hvor jeg bor og arbejder, har der været valgplakater for Ny Alliances *Anne-Mette Sadowski*. På billedet ses Anne-Mette Sadowski i hospitalsuniform og med Dansk Sygeplejeråds emblem på.

Jeg synes, at dette sender et signal om sammenhæng mellem medlemskab af Dansk Sygeplejeråd og Ny Alliance. Det finder jeg svært problematisk, idet jeg som medlem af Dansk Sygeplejeråd gerne selv vil afgøre, hvilket parti jeg stemmer på ved folketingsvalget. Yderligere ønsker jeg ikke, at borgerne i dette land skal henlede deres opmærksomhed på et bestemt parti, når de ser en sygeplejerske med Dansk Sygeplejeråds emblem på. Hermed en opfordring til at holde Dansk Sygeplejeråd og partipolitik adskilt.

Maria Dorph-Petersen er hjemmesygeplejerske i Lejre Kommune.

Svar

Af Connie Kruckow, formand

Kære Maria Dorph-Petersen!

Dansk Sygeplejeråd er partipolitisk uafhængigt, og vi samarbejder i det daglige med alle de partier, der vil lytte til vores synspunkter. Når Dansk Sygeplejeråd varetager interesserne for 75.000 medlemmer, er det indflydelsen og det politiske indhold, der er vigtigst. Derfor er jeg naturligvis fuldstændig enig med dig i, at Dansk Sygeplejeråd ikke skal forbindes med et enkelt parti frem for andre.

Jeg mener imidlertid ikke, at den politiske uafhængighed bliver påvirket af, at et medlem viser sit medlemskab af Dansk Sygeplejeråd på en valgplakat. Dansk Sygeplejeråd har ved flere lejligheder opfordret medlemmerne til at deltage i den offentlige debat om sundhedsvæsenet og velfærdssamfundet, og jeg ser det som en styrke, at sygeplejersker tager del i det politiske liv og stiller op til Folketinget, regionsrådene og byrådene. Jo flere folkevalgte sygeplejersker, jo bedre muligheder har vi for at skabe forståelse for vores sag og dermed sætte sundhed og sygeplejerskerne på dagsordenen. Derfor er jeg også meget tilfreds med, at det faktisk lykkedes tre medlemmer af Dansk Sygeplejeråd at blive valgt til Folketinget den 13. november.

Alle tiders sted

Af Susanne Arslev, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Arbejdspladser svigter skadede medarbejdere" i Sygeplejersken nr. 21/2007.



Jeg var så uheldig at komme til skade på jobbet den 19. marts 2007. Jeg har været igennem et langt behandlingsforløb og er nu opereret.

Gennem hele sygeperioden har der været opbakning og støtte fra mine kollegaer og ledelse. Blomster, sms'er, opringninger og breve. Nu er jeg på vej tilbage på job, og atter er der stor fleksibilitet og forståelse fra ledelsen.

I en tid, hvor dårlig ledelse, dårligt arbejdsmiljø osv. er dagligt på tale, vil jeg gerne fremhæve min arbejdsplads, Pension og Omsorg på Nørrebro, som et alle tiders sted at være ansat.

Susanne Arslev er visitator i Pension og Omsorg på Nørrebro, København.

"Mange ældre, der bliver udskrevet fra sygehusene må vente dagevis på at blive tildelt midlertidig hjemmehjælp. Det er ikke et udtryk for ressourcemangel, men for dårlig prioritering."

Martin Ågerup, direktør for tænketanken Cepos, i Politiken den 4. december 2007.

►►► HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:


Ville du overveje at skifte til en anden arbejdsplads, hvis de kunne tilbyde velfærdsordning med hjælp til indkøb, børnepasning på skæve tidspunkter og weekendvagter højst hver 3. weekend?
Læs artiklen "Børnepasning og Bilkoordinering" på side 28.

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 23/2007:

Er sladder et problem på din arbejdsplads?

Svar	antal	pct.
Ja	90	46,2
Nej	95	48,7
Ved ikke	10	5,1
I alt	195	100

Rita Antonsen

 Vi har mistet vores tidligere kollega *Rita Antonsen*.

I dit arbejde som sygeplejerske var du højt respekteret for din faglige dygtighed, altid utrolig pligtopfyldende og ansvarsbevidst – det og dit rolige væsen gjorde, at du var yderst afholdt af såvel patienter som kollegaer.


Vi har fulgt dig gennem dine sidste svære år med sygdom, beundret din kampvilje og nydt, når du lige smuttede forbi din gamle afdeling til en kaffetår – stadig interesseret i os, og hvad der rørte sig inden for sygeplejen.

Ved din alt for tidlige død har vi mistet en god kollega, et menneske, vi er taknemmelige over at have kendt.

Vore tanker går til *Tag* og familie.
Æret være Ritas minde.

*På vegne af tidligere kollegaer
på SHF, Ærø,
Karen Astrup, afdelingssygeplejerske.*

Søster Elna Krogh Nielsen

 Søster *Elna Krogh Nielsen* døde i november, 97 år gammel.

Fast forankret i sin tro og efter mere end 75 år som medlem af sit trosfællesskab på Sankt Lukas Stiftelsen er en vejleder og stridsmand for sygeplejen ikke mere, og vi er mange, der vil føle et savn og en sorg ved hendes bortgang.

Søster Elnas virke ved Sct. Lukas Stiftelsens sygeplejeskole som underviser og forstander har sat aftryk hos de mange elever, der i en årrække udgik fra skolen, og hendes virke strakte sig langt ud over det.

I en årrække deltog hun med liv og aktivitet i Dansk Sygeplejeråds arbejde. Det var altid uddannelsens udvikling, der lå hende stærkest på sinde, men også fagets udvikling i både praksis og på forsknings-siden var områder, som hun investerede megen energi, fantasi og kraft i.

Og hun gjorde en helt speciel indsats i de år, hvor vi skulle introducere den nye amtskredsstruktur fra 1974, idet hun viste sig villig til at fortsætte sit virke fra syge- og sundhedsplejeudvalget i det nye uddannelsesudvalg. Det gav en styrkelse af det faglige islæt i Dansk Sygeplejeråds virke, som var af uvurderlig betydning for den faglige udvikling.

Selv om Søster Elnas livsform var meget forskellig fra de fleste af organisationens andre aktører, gled Søster Elna iført sin ordensdragt ind som en helt naturlig del af DSR-fællesskabet i disse år, og der opstod en række venskaber, som har holdt sig siden. Hendes råd og vejledning og evne til at lytte gjorde hende til en ven, som var god at have.

Søster Elna vil blive savnet, men mindet med stor glæde og varme.

Æret være hendes minde.

Kirsten Stallknecht.

))) SKRIV KORT

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

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

Der henvises generelt til regler for debat i *Sygeplejersken* på www.sygeplejersken.dk under "Manuskriptvejledning."

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

Glædelig
jul

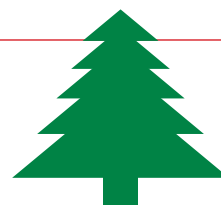
Dansk Sygeplejeråd
ønsker alle medlemmer
og samarbejdspartnere
en rigtig glædelig jul
og et godt nytår.


CONNIE KRUCKOW, FORMAND


ANNE GRANBORG, ADM. DIREKTØR

I DSR har vi valgt at lade jule- og nytårskort være fortid. I stedet har vi sendt to checks på henholdsvis 50.000 kr. til UNICEF og 20.000 kr. til Julemærkefonden som bidrag til organisationernes vigtige arbejde for børn. Læs mere på DSR's hjemmeside www.dsr.dk/solidaritetsfonden.





Jul på kryds og tværs

Juledekorationer, nissevenner og småkager. Viskelæder, blyantspidser og ordbog.

Traditioner er der mange af i denne tid, og en af dem er *Sygplejerskens* julekryds. Vores trofaste krydsordsmager har for 9. gang arbejdet med fagsproget, og der er udfordringer for enhver smag og fantasi. Find den sætning, kodeordene danner, udfyld slippen nedenfor og deltag i konkurrencen.

Send den til Redaktionen, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K. Mærk kuverten "Julekryds" i nederste venstre hjørne.

Vi skal have løsningen med morgenposten senest onsdag den 2. januar 2008.

En anden mulighed er at sende løsningen mærket "Julekryds" via e-mail til hra@dsr.dk senest onsdag den 2. januar 2008 kl. 12.00.

Redaktionen finder tre vindere, som får en præmie. Vindernes navne offentliggøres sammen med løsningen i *Sygplejersken* nr. 1/2008. (jb)

ELENDIGT	SVIGTENDE HJERTE- KRAFT	EF- TER M	SYMP- TOMER	RÅD	NED- BØREN TRÆDEL	DET 4. BOG- STAV	STRA- VINSKY ØBOER	RENSE	HÆNDER HJUL- DEL	ROMER- TAL 50	THOR	TYND	DANSK Ø
KODE- ORD (1. DEL)								NAR- KOTIKA					
2 ENS		FUGL FØR H				STILLE NORSK PIGE				DALEDE KURS			
KODE- ORD (2. DEL)											LAVER		
KORT		2 ENS					STEDORD UDVÆK- STER			FOR- BLØF- FET	VÆSEN TYSKE- REN		SES EJ PÅ EN- GELSK BØJES
FYRIGE				HUSKE	UDSTYR HER LIGGER LONDON		SNEEN SPORTS- MAND						
PINT							STRID					2 ENS	
INDSNÆVRING AF FX LUFTRØR ELLER SPISERØR		BE- SKIOTE HAVBRED					FODER LAND		TRYKKE UGE- DAG				
PROP									WIL- HELM -?			LØFTE UDEN SELSKAB	
FØR U	VALUTA FOR- LEDEN			FRYSER		KUE GEMYT							
			PRIN- SESSE RØRED- SKAB				BANNER	PATTE- DYRET KNAP					FØR Z
TID							HJERTE- BANKEN HUSDEL						
80 STK		LØBET GRINTE					TAK			TONE			
LØBE				NODE SKJER	GRUND- STOF			DRIK			FUGL		
JEG							SPO- GELSER						

Navn:

Medlemsnummer:

Adresse:

Postnummer og by:

Løsning:

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

For mange fejl i medicinadministrationen

>> 64

Fagtanker >>	62
Faglig information >>	62
Agenda >>	68
Testen >>	69
Anmeldelser >>	69
5 faglige minutter >>	74

>>> FAGTANKER

Chokerende højt antal fejl

Det er helt enkelt ikke godt nok, at der sker utilsigtede hændelser vedrørende medicineringen hos 40 pct. ældre medicinske patienter i udskrivningssituationen. Så tror pokker, at mange ældre mennesker har problemer med at restituere sig efter indlæggelsen og hyppigt genindlægges. Når det så oven i købet, som beskrevet i artiklen "For mange fejl i medicinadministrationen" side 64, er muligt at forebygge alle disse fejl vha. små ændringer i de respektive systemer, er der ingen vej uden om et kritisk blik på egen praksis.

Hatten af for projektteamet i "Følge-hjem Projektet" på Gentofte Sygehus, der af etiske årsager præsenterede det chokerende høje antal fejl for hospitalets beslutningsansvarlige, så snart analysetallene rullede ind på skærmen, så tiltag mod yderligere fejl kunne sættes ind her og nu. Og et buk for forfatterne af artiklen, som vover et øje i forhold til at sætte den vigtige, men uløste problematik omkring parallelpræparater på dagsordenen. Som vi meget gerne hører andres meninger om. Besøg vores hjemmeside og klik på artiklen for at skrive en kommentar, eller send et debatindlæg.



Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.



Ph.d.-afhandling Organisering har betydning for læringsmiljøet

AF JANE ROHDE VOIGT, SYGEPLEJERSKE, CAND.PÆD.

Jane Rohde Voigt, sygeplejerske, cand.pæd., forsvarede onsdag den 19. december 2007 kl. 13.00 afhandlingen "En ny kontekst for læring i hospitalspraksis – læringsmiljøets organisering og betydning. En kvalitativ undersøgelse af læringsmiljøet på to hospitalsafsnit og dets betydning for sygeplejestuderendes læreprocesser." Forsvaret finder sted i lokale D169 på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet, Tuborgvej 164, 2400 København NV.

Forskningsprojektet er en kvalitativ undersøgelse af læringsmiljøet på to hospitalsafsnit og dets betydning for sygeplejestuderendes læreprocesser i sygeplejerskeuddannelsens kliniske undervisning.

Det empiriske grundlag er en hospitalsorganisation, hvor en afgrænset form for læringsmiljø, en studieunit, udforskes og sammenlignes med læringsmiljø inden for en traditionel form for organisering med henblik på ligheder og forskelle.

Teoretisk er studiet baseret på Lave & Wengers sociale praksis- og læringsteori samt teorier om organisatorisk læring og arbejdspladslæring.

Der er fokus på relationen mellem deltagere og læringsmiljø og sygeplejestuderendes adgang til vejledning i praksisfællesskaber. Hovedbudskaberne er, at organisering har betydning for læringsmiljø og læring i et uddannelsesforløb. Fænomenet læring er tæt knyttet til en specifik kulturel kontekst og er sammenhævet med arbejdets normer og logikker. En studieunit udgør en formel organisatorisk ramme, der skaber en klar uddannelsesfunktion. Samtidig er der i læringsmiljøet tætte sociale samspil i form af kontinuerlig adgang til vejledning og relationer med andre studerende på tværs af semestre i forbindelse med læreprocesser som vigtige læringsressourcer i en professionsbacheloruddannelse.

Jane Rohde Voigt er ansat på Bispebjerg Hospital, HR & Udvikling; jrv01@bbh.regionh.dk

Opponenter/bedømmelsesudvalg

Professor Kristin Heggen, Sektion for Helsefag, Oslo Universitet.

Lektor Christian Helms Jørgensen, Institut for Psykologi og Uddannelsesforskning, Roskilde Universitetscenter.

Lektor Bibi Hølge-Hazelton, Learning Lab Denmark, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet (formand).

Vejleder

Lektor Steen Høyrup Pedersen, Learning Lab Denmark, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole ved Aarhus Universitet.

Årets faglige artikel 2007

AF JETTE BAGH, SYGEPLEJERSKE, FAGREDAKTØR

Året går på hæld, og vi fejrer nytår ved at kåre årets faglige artikel 2007. Ved faglig artikel forstås en artikel bragt i den faglige sektion af *Sygeplejersken*. F.eks. en almindelig faglig artikel, en artikel i kategorien "Klinisk Sygepleje" eller en videnskabelig artikel.

Du kan pege på en artikel, bragt i *Sygeplejersken* 2007, som

- du har læst med glæde og interesse
- du har diskuteret med fagfæller på et personalemøde eller i en frokostpause
- har påvirket din sygepleje.

Der er en dejlig præmie til den, der kommer med den bedste begrundelse for, hvilken artikel der skal være årets faglige artikel, og der er en tilsvarende præmie til forfatteren af artiklen.

Du kan finde alle faglige artikler fra 2007 på *Sygeplejerskens* hjemmeside, www.sygeplejersken.dk

Skriv din begrundelse i et brev samt følgende oplysninger: dit navn, medlemsnummer og din adresse, artiklens titel, forfatter og nummer på *Sygeplejersken*, hvori den var bragt, til: Fagbladet *Sygeplejersken*, Redaktionen, Sankt Annæ Plads 30, Postboks 1084, 1008 København K.

Mærk kuverten "Årets faglige artikel" i nederste venstre hjørne.

Begrundelsen skal være redaktionen i hænde senest onsdag den 2. januar 2008 med morgenposten.

Du kan også sende alle oplysningerne via e-mail mærket "Årets faglige artikel" til hra@dsr.dk senest onsdag den 2. januar kl. 12.00.

Vinderens navn bliver bragt i *Sygeplejersken* nr. 1/2008.

jb@dsr.dk

Støtte til nye unge

AF CHARLOTTE ÅKERSTRØM, SYGEPLEJERSKE

På bare fire år har Herlev Hospital udviklet "KICK" – en omfattende karriere- og kompetenceuddannelse, målrettet nyuddannede sygeplejersker. Formålet er at støtte især de nye unge på arbejdspladsen. Fra dag ét bliver der taget hånd om deres karriere- og kompetenceudvikling. Vi vil ikke acceptere at se unge nyuddannede tabt på gulvet, hverken fagligt eller socialt. Vi tilbyder en meget tidssvarende og fagligt stærk karrierestart som sygeplejerske.

KICK har fået sit navn efter forløbets centrale omdrejningspunkter: Kompetence, Introduktion, Coaching og Kvalitet. Uddannelsen benyttes af alle afdelinger på hospitalet, og næsten alle nyuddannede sygeplejersker gennemgår i deres første to ansættelsesår det omfattende tilbud. Også en lang række erfarne sygeplejersker hopper med på en del af de 10 moduler for at få opdateret deres viden, f.eks. i forbindelse med afdelingsskift eller skift i arbejdsopgaver.

Modulerne udbydes to gange om året og fordeles jævnt over efterår, vinter og forår. Samlet drejer det sig om ca. 130 timers undervisning og faglig vejledning.

Vores evalueringer viser, at både de nyuddannede og de erfarne sygeplejersker er meget tilfredse med forløbet.

Charlotte Åkerstrøm er projektleder på Herlev Hospital.

En detaljeret plan over de enkelte moduler kan rekvireres hos Charlotte Åkerstrøm på tlf. 44 88 40 00 klartone 82 847 eller 4488 4488 lokal 82 847; chpo@heh.regionh.dk

DANSK SYGEPLEJERÅD

Kontingentsatser for 2008



Kontingentet for aktive medlemmer stiger fra 4.422 kr. til 4.494 kroner, og for passive medlemmer fra 572 kr. til 582 kroner. Er du sygeplejestuderende, stiger dit kontingent fra 406 kroner til 414 om kroner året.

Passivt medlemskab er kun en mulighed for medlemmer:

- hvis ansættelsesforhold er ophørt,
- der har orlov uden løn
- der ikke er ansat i en stilling, hvor sygeplejeuddannelsen har betydning for ansættelsen.

Ud over de nævnte beløb betaler alle aktive medlemmer inkl. sygeplejestuderende 12 kroner om året til Dansk Sygeplejeråds solidaritetsfond. Beløbet bliver opkrævet sammen med kontingentet.

Medlemsstatus	Kontingent pr. år	Kontingent pr. opkrævning	Betaling
Aktive, autoriserede:	4.506 kr.	1.126,50 kr.	pr. kvartal
Aktive 50%	2.259 kr.	564,75 kr.	pr. kvartal
Aktive 25%	1.137 kr.	284,25 kr.	pr. kvartal
Sygeplejestuderende	426,00 kr.	106,50 kr.	pr. kvartal
Passive:	582,00 kr.	145,50 kr.	pr. kvartal
Passive i udlandet	582,00 kr.	582,00 kr.	pr. år

Valg af delegerede i din pensionskasse

Delegeretvalget i din pensionskasse er nu overstået. Der har været kampvalg i fire af valgkredsene, Region Hovedstaden herunder medlemmer uden for valgkredsene, Region Midtjylland, Region Nordjylland og Grønland/Færøerne.

De delegerede er valgt for fire år fra den 1. januar 2008. Du kan finde yderligere oplysninger om valgets resultater herunder, hvem der er valgt som delegeret og suppleant med angivelse af stemmer i de enkelte regioner på PKA's hjemmeside www.pka.dk



For mange fejl i medicinadministrationen

AF ANNE DORTHE HANSEN OG TOVE HALD, SYGEPLEJERSKER, LINE SKOU SEEST, FYSIOTERAPEUT, OG KIM OTTO JACOBSEN, LÆGE

Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for utilsigtede hændelser i medicinadministration. Artiklen præsenterer en række forslag til en øget patientsikkerhed i overgangen mellem sygehus og hjem. Undersøgelsen er et studie fra Følge-hjemordning på Gentofte Hospital.

I de danske medier har der igennem længere tid været fokus på medicineringsfejl på hospitaler og plejehjem, og undersøgelser viser, at mange medicinskemaer og overskrivninger af disse er nogle af årsagerne til utilsigtede hændelser og medicineringsfejl (1-5).

En undersøgelse viser, at risikoen for medicineringsfejl er størst hos patienter i behandling med mere end fem præparater, og at utilsigtede hændelser og fejl sker i overgangen mellem hospital og hjem samt ved overflytning mellem hospitalsafdelinger (2). En anden peger på, at patienternes egne oplysninger om medicinstatus kan være mangelfulde og ukorrekte i en akut indlæggelsessituation, hvilket kan være en årsag til insufficiens i medicinering af patienten under indlæggelsen (3).

Som tidligere hjemmesygeplejersker i primærsektoren er vi ofte stødt på problematikken omkring uløste spørgsmål vedrørende medicineringen, når en patient blev udskrevet fra hospitalet. Der er dog ikke lavet en nærmere registrering af, i hvor stort omfang dette var et problem, så vi havde derfor et ønske om at foretage en mere præcis undersøgelse af denne problematik. Som en del af et større projekt på Gentofte Hospital, "Følge-hjem Projektet" (se boks 1 side 65), blev der ved udskrivelsen indhentet oplysninger om medicineringen, og eventuelle utilsigtede hændelser blev registreret. Denne artikel præsenterer de mest væsentlige resultater fra undersøgelsen og konsekvenserne heraf. Konkrete eksempler på misforståelser og utilsigtede hændelser fundet i Følge-hjem Projektet kan endvidere ses i boks 2 side 67.

Undersøgelsens formål og metode

Formålet med undersøgelsen var:

- at afdække forekomsten og typen af utilsigtede hændelser i forbindelse med medicinadministration
- at kontrollere medicinhåndtering ved udskrivelsen.

Blandt de patienter, der deltog i Følge-hjem Projektet og blev fulgt hjem af en projektmedarbejder ved udskrivelsen fra hospitalet, blev medicinen gennemgået på udskrivelsesdagen. Resultaterne stammer fra de første 127 hjemfulgte projektpatienter.

Metode

På udskrivelsesdagen blev den udleverede medicinliste sammenlignet med 1) medicinskemaet i sygeplejejournalen, 2) den ordinerede medicin i lægejournalen og 3) medicinlisten på epikrisen. Herefter blev medicinlisten

sammenlignet med indholdet i doseringsæskerne, som blev udleveret til patienten. Desuden blev det kontrolleret, at der var skrevet recepter på al nyordineret medicin. Ved samtale med patienten blev der indhentet supplerende oplysninger vedrørende tidligere medicinering.

For patienter, der var i antikoagulationsbehandling, foretog vi desuden en separat registrering, hvor vi undersøgte, om der var taget stilling til, hvem der havde ansvaret for antikoagulationsbehandlingen efter udskrivelsen, om behandlingen var fremordineret, og om der var aftalt tid for næste blodprøvetagning.

I patientens hjem gennemgik projektpersonalet medicinliste, doseringsæsker og recepter med patienten. Eventuelle fejl, mangler eller spørgsmål til den videre medicinering blev rapporteret til den udskrivende afdeling eller modtagende hjemmesygeplejerske.

Hvis patienten fik doseret medicin af hjemmesygeplejen, blev medicinlisten fra hospitalet sammenlignet med en udskrift fra den kommunale elektroniske medicinjournal. Alle tre deltagende kommuner havde elektroniske medicinjournaler.

Projektsygeplejersken foretog desuden en undersøgelse af patientens egen opfattelse af medicinadministrationen, hvor patienten blev bedt om at beskrive og vise håndteringen af medicinen i hjemmet.

Antallet af præparater blev registreret med udgangspunkt i medicinlisten fra epikrisen, og antallet og typen af registrerede utilsigtede hændelser blev noteret.

De utilsigtede hændelser blev inddelt i fem kategorier:

- 1) fejl eller mangler på medicinliste, medicinskema eller epikrise
- 2) fejl eller mangler på recepter
- 3) fejl i doseringsæsker
- 4) fejl eller mangler i antikoagulationsbehandling
- 5) andre ikke specificerede fejl eller mangler.

Resultater

De 127 patienter fik i gennemsnit 6,7 præparater (mellem 0 og 16 præparater). 98 af patienterne var i behandling med mere end fem præparater, og 20 patienter var i antikoagulationsbehandling. En patient fik ikke medicin. Ingen af de undersøgte patienter havde dosisdispensering.

Der blev sammenlagt registreret 73 utilsigtede hændelser:

- én utilsigtet hændelse hos 34 patienter
- to utilsigtede hændelser hos 12 patienter
- tre eller flere utilsigtede hændelser hos fem patienter.

De 73 utilsigtede hændelser fordelte sig altså på 51 patienter i alt svarende til utilsigtede hændelser hos 40 pct. af de undersøgte patienter. Blandt de 20 patienter, som var i antikoagulationsbehandling, blev der registreret utilsigtede hændelser hos fem patienter (25 pct.).

"Hos 40 pct. af patienterne blev der registreret utilsigtede hændelser, heraf var 69 pct. af patienterne i behandling med mere end fem præparater."

))) TABEL 1. UTILSIGTEDE HÆNDELSER

Type	Antal	Procent
Fejl eller mangler på medicinskema eller epikrise	26	35
Fejl eller mangler på recepter	13	18
Fejl i doseringsæsker	16	22
Fejl eller mangler i antikoagulationsbehandling	5	7
Andre ikke specificerede fejl eller mangler	13	18
Total	73	100

73 utilsigtede hændelser fordelte sig på 51 patienter svarende til utilsigtede hændelser hos 40 pct. af de undersøgte patienter. De 51 patienter blev i gennemsnit medicineret med syv præparater (mellem to og 16 præparater).

))) BOKS 1. FØLGE-HJEM PROJEKTET

"Følge-hjem Projektet" er et randomiseret, kontrolleret studie, hvor ældre medicinske patienter på 80 år eller derover følges hjem ved udskrivelsen fra hospitalet. Projektet forløb over to år og var et samarbejdsprojekt mellem Medicinsk Afdeling C, Geriatrisk Funktion på Gentofte Hospital og Gentofte, Lyngby-Taarbæk og tidligere Søllerød Kommuner.

I projektperioden blev 2.661 patienter indlagt på en af de medicinske afdelinger på Gentofte Hospital og screenet til projektet. På baggrund af opstillede deltagerkriterier indgik 752 patienter i undersøgelsen. Gruppen af projektpatienter skulle være kognitivt velfungerende og skulle være i stand til at give skriftligt informeret samtykke til deltagelse i et videnskabeligt forskningsprojekt.

Halvdelen af patienterne blev udskrevet på vanlig vis (kontrolgruppen). Den anden halvdel af patienterne (interventionsgruppen) blev fulgt under indlæggelsen af et tværfagligt og tværsektorielt projektteam, der deltog i planlægningen af patienternes udskrivelse, herunder gennemgang af medicin, hjælpemidler, sociale foranstaltninger og fysisk funktion på hospitalet og i patientens eget hjem. På selve udskrivelsesdagen blev patienterne fulgt hjem af en eller flere projektmedarbejdere. I dagene efter udskrivelsen var der mulighed for at aflægge opfølgende besøg hos patienterne.

- » Karakteristisk for de 51 patienter med utilsigtede hændelser var, at patienterne i gennemsnit blev medicineret med syv præparater (mellem to og 16 præparater). Heraf blev 35 patienter behandlet med mere end fem præparater. Fordelingen af det samlede antal utilsigtede hændelser ses i tabel 1 side 65.

Patientsikkerheden skal øges

Resultaterne fra undersøgelsen bekræfter, at der sker alt for mange utilsigtede hændelser vedrørende medicineringen i forbindelse med udskrivelsen af den ældre medicinske patient. Nedenfor peges på en række områder, hvor selv en lille indsats vil kunne forbedre kvaliteten af pleje- og behandlingsforløb samt øge patientsikkerheden i overgangen mellem sygehus og hjem.

Fast kontaktnummer til hjemmepleje og apotek

Den allerede kendte forøgede risiko for utilsigtede hændelser blandt patienter i behandling med mere end fem præparater gør sig også gældende i denne undersøgelse, hvor 98 af de 127 patienter var i behandling med mere end fem præparater. En undersøgelse vedrørende medicineringsfejl ved indlæggelse på sygehuse (7) har dokumenteret, at de første fejl allerede sker ved indlæggelsen, når patientens medicinanamnese optages. Dette sker ofte i forbindelse med en akut indlæggelse. I denne fase er det tit svært for den ældre medicinske patient at give tilstrækkelig og korrekt information om det aktuelle medicinforbrug (7). Hospitalet er derfor ikke altid sufficient orienteret om patientens vanlige medicin. Hos de patienter, som er tilknyttet hjemmesygeplejen, kunne der både fra kommunal side og fra hospitalets side være en øget indsats for at indsamle aktuelle medicinoplysninger. Alternativt kunne der i hver kommune være et fast kontaktnummer, hvor hospitalets personale kunne henvende sig for at indhente relevante oplysninger om patientens medicin. For patienter, der ikke er tilknyttet hjemmesygeplejen, eller patienter, der får dosisdispensering fra apoteket, kunne hospitalet gøre en ekstra indsats for at indhente oplysninger om patientens aktuelle medicinstatus via pårørende, praktiserende læge/speciallæge eller apoteket.

Afskaf de håndskrevne medicinlister

Flere end en tredjedel af de registrerede utilsigtede hændelser skete i forbindelse med udarbejdelse af medicinlisten, der blev udleveret til patienten ved udskrivelsen, ved overskrivning fra lægejournal til medicinskemaet på afdelingen samt ved overskrivelsen til medicinlisten på

epikrisen. En måde at forebygge overskrivningsfejl er eksempelvis ved indførelsen af den elektroniske medicinjournal på alle afdelinger, hvilket dog på nuværende tidspunkt ser ud til at have lange udsigter.

De håndskrevne medicinlister burde afskaffes til fordel for en epikrise indeholdende en medicinliste med påført dosis, antal gange for indtag samt tidspunkt for indtagelse i skemaform. Det burde ligeledes være praksis, at epikrisen er udarbejdet, så patienten kan få den udleveret ved udskrivelsen fra hospitalet.

Fax recepten til patientens vanlige apotek

18 pct. af de utilsigtede hændelser skete i forbindelse med udfyldelse af recepter. Denne type fejl kan forekomme ved forcerede udskrivelser i form af manglende recepter og glemte præparater på recepterne. Erfaring fra Følge-hjem Projektet viser, at mange ældre medicinske patienter ofte ikke selv er i stand til at indløse en recept. Patienterne er desuden ikke i stand til at få organiseret familien eller hjemmeplejen til at få løst denne opgave. Et forslag til en løsning kunne være, at den udskrivende afdeling sender recepten pr. fax til patientens vanlige apotek. Dette vil ligeledes afhjælpe primærsektoren og dermed forebygge, at hjemmesygeplejersken ikke kan fremdosere medicin til patienten på grund af manglende præparater.

Dobbeltkontrol af doseringsæsker

22 pct. af de utilsigtede hændelser skete i forbindelse med dosering i medicinæsker. Man kunne forestille sig, at årsagen til de utilsigtede hændelser kunne være, at den udskrivende sygeplejerske ofte administrerer medicin under stressede og afbrudte arbejdsvilkår, og man kunne derfor ønske sig, at ophældning af medicin kunne foregå uforstyrret samt i god tid inden udskrivelsestidspunktet. For at øge patientsikkerheden kunne dobbeltkontrol af doseringsæskerne indføres som en del af almindelig praksis ved udskrivelser.

Desuden er rækkefølgen af ruminddelingen ikke ens i medicindoserings-æskerne på hospitalet og i hjemmeplejen. Eksempelvis anvendes det første rum i hospitalets æsker til middagsmedicin, hvor det første rum i hjemmeplejens æsker anvendes til morgenmedicin. Denne undersøgelse har ikke dokumenteret, om dette har givet anledning til utilsigtede hændelser, men erfaringer fra denne undersøgelse viser, at det kan være en årsag til forvirring for den ældre patient og hjemmeplejen.

Større klarhed i antikoagulationsbehandling

Blandt de 20 patienter i antikoagulationsbehandling var der fejl i doseringen og fremordineringen af denne medicinering hos fem af patienterne, hvilket bekræfter, at der kan være uklarhed omkring fremordinering og videre administration af patientens antikoagulationsmedicin.

”Alternativt kunne der i hver kommune være et fast kontaktnummer, hvor hospitalets personale kunne henvende sig for at indhente relevante oplysninger om patientens medicin.”

”For at øge patientsikkerheden kunne dobbeltkontrol af doseringsæskerne indføres som en del af almindelig praksis ved udskrivelser.”

Af etiske årsager blev denne undersøgelses resultater opgjort inden Følge-hjem Projektets afslutning og efterfølgende offentliggjort til hospitalets ledelse, afdelingsledelserne samt samordningsudvalget. For at nedbringe antallet af utilsigtede hændelser vedrørende medicinadministrationen blev det besluttet at ensrette epikrisen fra de involverede medicinske afdelinger på hospitalet. Epikrisen skulle fremover indeholde en medicinliste med angivelse af dosis samt tidspunkt for indtag af præparatet. Epikrisen skulle så vidt muligt udleveres ved udskrivelsen fra hospitalet, og i tilfælde, hvor dette ikke var muligt, skulle der som minimum udleveres en sygeplejereport indeholdende en medicinliste. Formål med denne ensretning var at undgå unødige overskrivninger.

Tidligere har det første rum i hospitalets doseringsæsker været benyttet til middagsmedicinen. Doseringsæskerne på de medicinske afdelinger på hospitalet blev desuden ensrettet, således at rækkefølgen af ruminddelingen blev magen til hjemmeplejens rækkefølge, hvor det første rum altid er til morgenmedicinen.

På baggrund af disse ændringer i proceduren for medicinadministration ville det være interessant at undersøge, om disse ændringer har haft effekt i forhold til at reducere antallet af utilsigtede hændelser.

Problematikken omkring parallelpræparater

I projektet er problematikken omkring parallelpræparater ikke undersøgt, men afslutningsvis vil vi i projektgruppen gerne gøre opmærksom på denne.

Under indlæggelsen medicineres patienten med hospitalets medicinsortiment, hvilket ikke altid svarer til navneangivelsen eller firmanavnet på det præparat, der er ordineret af patientens praktiserende læge. Denne uoverensstemmelse bliver ofte først registreret efter patientens udskrivelse. Der er ikke en entydig løsning på denne problematik, da det er politisk bestemt, at apoteket skal udlevere det billigste præparat på markedet (8). Desuden har hospitalerne et medicinsortiment, som ofte ikke indeholder alle de præparater, som patienten er vant til at få ordineret. Ovenstående forhold kan være årsag til, at der på epikrisen er påskrevet parallelpræparater svarende til den medicin, patienten er vant til at få. Man kunne ønske sig et lovkrav om, at medicinpriserne ikke ændrede sig fra uge til uge, da dette øger risikoen for navneforveksling. De forskellige præparatnavne kan mane til forvirring og fejltagelser for patienter og sundhedspersonale, der administrerer medicinen. I projektgruppen mener vi, at antallet af utilsigtede hændelser ville reduceres, hvis der var en ensretning af navneangivelser på medicinpræparater, så der på al medicin var påført generisk navn efterfulgt af handelsnavnet. Denne ensretning ville være optimal for sundhedspersonale og patienter, der til daglig administrerer medicin.

))) BOKS 2. EKSEMPLER PÅ MISFORSTÅELSER OG UTILSIGTEDE HÆNDELSER

- En 91-årig mand indlægges grundet diarré, lavt blodsukker og svær svimmelhed. Under indlæggelsen bliver den antidiabetiske medicin (Hexaglucon/Daonil) seponeret, da det vurderes, at patienten ikke længere har behov for denne medicinering. Patienten fortæller, at han hjemme selv administrerer medicinen, og han udskrives uden hjælp til dette. Patienten følges hjem af Følge-hjem Projektet. I hjemmet viser patienten, at han får et hjertepreparat, der starter med Hexa- i navnet, men dette præparat hed Hexadilat. Det viser sig, at patienten har forvekslet Hexaglucon med Hexadilat, hvilket har betydet, at patienten i perioden op til indlæggelsen har taget Hexaglucon og Daonil og har troet, at det var hjertemedicin og antidiabetisk medicin, han indtog. Disse oplysninger bliver efterfølgende videregivet til sygehuset og den praktiserende læge, der følger op på sagen. Herefter opstartes medicindosering ved hjemmesygeplejersken.
- En patient havde fået ordineret præparatet Digoxin under indlæggelsen. Der manglede recept på præparatet ved udskrivelsen fra hospitalet. Praktiserende læge kunne ikke udskrive recept på præparatet, da han endnu ikke havde modtaget epikrisen fra hospitalet. Udskrivende læge blev kontakttet, og måtte indtelefonere medicinen til et nærliggende apotek.
- En patient havde ved udskrivelsen fået doseret 20 mg af præparatet Cipralext i sin doseringsæske i stedet for 5 mg. Sygeplejersken på afdelingen omdoserede medicinen, efter projektpersonalet havde gjort opmærksom på uoverensstemmelsen.
- En patient havde ved udskrivelsen fejlagtigt ikke fået fremordineret sin antikoagulationsbehandling. Projektsygeplejersken gjorde afdelingens sygeplejerske opmærksom på problemet, og denne fik afdelingens læge til at fremordinere behandlingen, inden patienten blev udskrevet.
- En patient havde ved udskrivelsen fået placeret sovemedicin i doseringsæskerne til om morgenen i stedet for om aftenen.

Forfatterne var i projektperioden ansat på Medicinsk Afdeling C, Geriatrisk Funktion, Gentofte Hospital. Anne Dorthe Hansen og Tove Hald som projektsygeplejersker, Line Skou Seest som projektfysioterapeut og Kim Otto Jacobsen som projektlæge.

Yderligere information om projektet og undersøgelsen kan fås ved henvendelse til Anne Dorthe Hansen; ah@ltk.dk

Forfatterne takker Indenrigs- og Sundhedsministeriet for økonomisk bistand i form af puljemidler til gennemførelse af undersøgelsen. Desuden takker forfatterne Følge-hjem Projekt-gruppens øvrige medlemmer, ergoterapeuterne Sanne Butzbach, Pia Kjær og Ingeborg Tang, for medvirken til dataindsamling. Samarbejdsparter på de involverede afdelinger og i de involverede kommuner takkes for samarbejdet. Endvidere takkes afdelingsledelsen på Medicinsk Afdeling C, Connie Pedersen, ledende oversygeplejerske og Finn Rønholt Hansen, ledende overlæge, ph.d., Gentofte Hospital.

Selvforskyldt dårlighed

Der er en stigende tendens til, at vi anser de socialt dårligt stillede som selvforskyldte i deres dårlige sundhedstilstand. Spørgsmålet om, hvorfor de ikke bare retter ind efter alle sundhedsrådene som vi andre, der for længst har spottet vejen til et langt og sundt liv, ligger mellem linjerne. Vi i middelklassen magter mådehold og har evnen til at kontrollere lysten til cigaretter, søde sager, stegt flæsk med persillesovs og sofaafslapning – men de andre! Hvis udseende og livsstil støder vores æstetiske og moralske sans.

Men denne ensidige fokusering på folks livsstil og opfattelsen af, at sundhedsadfærd er noget, den enkelte suverænt selv vælger, kan reelt forøge misforholdet i den sociale lighed i sundhed. Mobning, diskrimination og underliggende tanker om slap karakter hæver ingens selvværd og lyst til at se på egne vaner i et sundhedsperspektiv.

(er)

Mere tyngde i danskerne

Seks kilo, det er, hvad en voksen mand eller kvinde i gennemsnit er blevet tungere over en periode på 18 år. Tallene er fra henholdsvis 1987 og 2005 og stammer fra Statens Institut for Folkesundhed. De er indsamlet ved et personligt interview, hvor svarpersonen selv angiver sin højde og vægt. Tallene viser, at gennemsnitshøjden er steget for begge køn og blandt alle aldersgrupper, undtagen for kvinder mellem 16 og 19 år.

Det er denne uges nyttige oplysning, der kommer via mail som "Ugens tal for folkesundhed."

Efter 100 dage med den ny rygelov samler Statens Institut for Folkesundhed op på, hvad man ved om, hvem der holder op med at ryge. En undersøgelse fra 1994-2000 viser, at smårygere, som ryger under 15 cigaretter om dagen, stopper hyppigere end storrygere, som ryger over 15 cigaretter om dagen. Desuden øges sandsynligheden for rygeophør med uddannelseslængde. F.eks. har en ryger med mindst 15 års skolegang mere end tre gange så store chancer for at holde op med at ryge som en ryger, der højst har gået i skole i 10 år.

Tal skal der til, når sygeplejersker skriver opgaver og afhandlinger.

Find dem på www.si-folkesundhed, hvor enhver kan tilmelde sig nyhedsbrevet "Ugens tal for folkesundhed."

(jb)

Svar på Testen side 69

1: b. – 2: b. – 3: a. – 4: b. – 5: a.

Kilder: www.sst.dk søg "social ulighed i sundhed" > forebyggelse
Torben K. Jensen. Sundhedsfremme i teori og praksis: En lære-, debat- og brugsbog på grundlag af teori og praksisbeskrivelser. Philosophia, 2006.

Litteraturliste

1. Andersen C. Toyota-medicin. Ugeskr Laeger 2002;15:2061.
2. Bonnevie B, Jensen AB: Medicinordinationssystemer og medicindispensering i Danmark. Ugeskr læger 2002;40:4656-9.
3. Koch Aa. Mange fejl i medicinlister. Sygeplejersken 2006;10:28-31.
4. Landsted AL. Håndtering af medicin skaber flest fejl. Sygeplejersken 2004;20:28.
5. Stevnhøj AL. En verden af fejl og risici. Ugeskrift for Læger 2004; 34: 2920.
6. Thomsen J. Læger følger ikke retningslinjer for rekommanderet medicin. Sygeplejersken 2004;31:10.
7. Larsen MD, Nielsen LP, Jeffery L, Stæhr ME. Medicineringsfejl ved indlæggelse på sygehus. Ugeskr Laeger 2006;35:2887.
8. www.im.dk/publikationer/medicintilskud Medicintilskud og rigtig anvendelse af lægemidler. Indenrigs- og Sundhedsministeriet, maj 2004, sagedato 5.2.2007.

ENGLISH ABSTRACT

Hansen AD, Hald T, Seest LS, Jacobsen KO. Too many errors in medicine administration. Sygeplejersken 2007;(25-26):64-8.

Inadvertent events in connection with the administration of medicines and registration is a sub-project, part of what is known as the Follow-home Project. The Follow-home Project is a randomised, controlled intervention study which examines the effect of accompanying elderly medical patients (over-80s) to their homes after their discharge from hospital.

Purpose: To reveal the prevalence of inadvertent events in connection with the administration of medicines, to check medicine handling on discharge and to prevent inadvertent events related to the administration of medicines.

Materials: 127 medical patients who have been accompanied to their homes by a nurse or therapist from the Follow-home Project.

Method: By means of a medicines form and comments on discharge from the hospital and in the patient's home. Inadvertent events and the number of preparations involved were registered.


Result: Inadvertent events were registered among 40 per cent of the patients, of whom 69 per cent of the patients were being treated with more than five preparations (polypharmacy).

Conclusion: The Follow-home Project has revealed inadvertent events in connection with the administration of medicines which could have developed into erroneous medication.

Discussion: It will probably be possible to reduce the number of inadvertent events by simplifying the medicines charts and dosage systems, or reducing the number of data transfers, using homogenous systems, double checks and focusing on patients affected by polypharmacy.

Key words: Inadvertent events, medicines administration, polypharmacy.

På forkant med målgruppen

 Den justerede udgave af bogen bevarer den fine opbygning og den pædagogiske behandling af stoffet. Der er god overskuelighed, rigeligt med faktabokse og relevante tegninger. *Inge Olsen* er stadigvæk på forkant med sin målgruppe. Bogen er skrevet til sygeplejestuderende og andre grupper i gang med en MVU. Sprøget er niveausvarende fagsprog til denne gruppe.

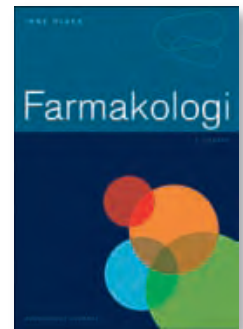
Stoffet disponeres fortsat i en almen del om f.eks. farmakologiske fakta og sammenhænge, medicinadministration og sygeplejerskens ansvar og en speciel del med gennemgang af mange farmaka opdelt efter ACT-systemet, som også medicinskabe indrettes efter. Ændringerne i den nye udgave er ikke store, men relevante. Eksempelvis er afsnittet om jura og sygeplejerskens ansvar og kompetence relevant opdateret og mere fyldigt, og patientsikkerheden er betonet med fokuseringen på både EPJ og EPM (elektronisk patientjournalisering og medicinering). Afsnittet om naturlægemidler er imidlertid meget kortfattet i forhold til interessen for dette emne. Et andet aktuelt tema, rygeophør, har fået forfatteren til at prioritere både nikotin og Bupropion, hvilket er prisværdigt og i tråd med nye behandlingstraditioner. Mange patienter anbefales rygeophør, inden f.eks. kirurgisk behandling iværksættes. Kravene til sygeplejerskers viden og vejledning på dette område er stigende for tiden.

Især bogens første generelle del er værdifuld, her er farmakologiens grundlæggende begreber, den medicinske forståelse og medikamenthåndteringen godt og sikkert bearbejdet. Oplysningerne om de enkelte præparater i den specielle del findes opdaterede på internettet (medicin.dk), hvortil forfatteren nu også henviser. Men ved at gennemgå hovedgrupperne eksemplarisk får forfatteren mulighed for at angive egne ”notabener” i små bokse undervejs, en god pædagogisk detalje.

Den tidligere udgave indeholdt et diminutivt afsnit om lægemiddelregning. I forbindelse med denne bogs udgivelse markedsfører forlaget nu en selvstændig bog omhandlende dette emne. Det er en ganske god idé at give emnet særlig opmærksomhed og en ordentlig behandling, mange studerende har stor brug for færdighedstræning og assistance til at foretage korrekte udregninger for at forebygge fejlmedicinering og undgå forkerte doseringer.

Farmakologibogens styrke er tydelighed, godt overblik, pædagogisk tilgang og gode opslagsmuligheder. Bogen har ud over indholdsfortegnelse både indeks og forklarende ordliste.

*Af Ole Bjørke, sygeplejelærer, ansat på CVU Øresund
– Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev.*



Inge Olsen
Farmakologi
Forlaget Munksgaard Danmark
3. udgave 2007
328 sider – 398 kr.
ISBN 978-87-628-0658-0

»»» TESTEN



Temaet er social ulighed i sundhed.
Test dig selv eller din kollega.

- 1** *Hvilke grupper i befolkningen er udsat for flest sundhedsrisici?*
 - a. Det er de mellemste socialgrupper, for de har flest midler til rådighed til forbrug.
 - b. Det er de laveste socialgrupper, fordelt efter uddannelse, erhverv og indkomst, der er udsat for flest risici.
- 2** *Hvilke indsatser og metoder virker bedst, når målet er at reducere ulighed i sundhed?*
 - a. Det gør kampagner rettet imod grupper med samme sundhedsproblem, f.eks. KOL-patienter.
 - b. Det ved vi meget lidt om.
- 3** *Hvad er titlen på regeringens sundhedsprogram?*
 - a. ”Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10.” Her er det et vigtigt mål at reducere social ulighed i sundhed.
 - b. ”Enhver er sin egen lykkes smed.” Her lægges op til, at borgeren i meget høj grad har ansvaret for sit eget helbred.
- 4** *Er sundhedsfremme og forebyggelse det samme?*
 - a. Ja, det er blot to forskellige benævnelser for den samme ting.
 - b. Nej, det er to forskellige ting. Sundhedsfremmearbejdet er forankret i en dynamisk tænkning, hvor læreprocesser, erfaringer og følelse af sammenhæng er vigtige elementer. Et nedefra og op-perspektiv. I forebyggelsesarbejdet er målet at holde folk raske ved at undgå sygdom. Et oppefra og ned-perspektiv.
- 5** *Er det muligt at arbejde sundhedsfremmende, når man forebygger?*
 - a. Ja, når man adskiller de to begreber, bliver den indbyrdes sammenhæng tydelig, og det viser, hvor vigtigt det er at arbejde sundhedsfremmende, når man forebygger.
 - b. Nej, de to former for arbejde er uforenelige, fordi de hviler på helt forskellige grundopfattelser.

Se svarene på TESTEN side 68

LEDERFORUM

NLP - Naturlig autoritet og personlig gennemslagskraft

NLP-uddannelse:

- Modul 1: Kommunikation
- Modul 2: Coaching og motivation
- Modul 3: Forhandling og problemløsning
- Modul 4: At skabe det, du ønsker for dig selv og andre

Certificering efter
internationale standarder

Næste hold starter 26/2 2008


**Kontakt LEDERFORUM på
tlf.: 7581 4088**

www.lederforum.dk

En vinder i stoledans



Birgitte Thornsohn
Skæbner i skyggeland
 – terapi og dæmoner
 Forlaget Hovedland 2007
 144 sider – 198 kr.
 ISBN 978-877070-020-7

 Birgitte Thornsohn skriver i sin indledning, at hun med denne bog har sat sig mellem mange stole. Normalt slår man sig, når man laver en sådan øvelse. Birgitte Thornsohn ligner imidlertid en vinder i stoledans.

Bogen beskriver et 3½-årigt behandlingsforløb med en svært traumatiseret ung kvinde og hendes familie. Målet eller rettere målene er at beskrive, at tidlig indsats nytter, at råbe politikere op, som går i små sparesko, at inspirere fagfæller, at afmystificere terapi og fortælle, hvad der foregår bag de lukkede døre.

Sofie er 23 år, da hun starter i behandling hos Birgitte Thornsohn. Hun har to små børn, en pige på fem og en dreng på tre. Børnenes far, som Sofie har kendt, siden de begge var 16, er efter en tid ude af forholdet på vej tilbage igen.

Sofie er et uønsket barn, og hendes opvækst har været præget af massive omsorgssvigt og daglig fysisk afstraffelse, dels fra moderen og dels fra de skiftende mænd, som flytter ind og ud. Sofies holdepunkt i barndommen er lillesøsteren Tora. Tora bliver som 18-årig myrdet af sin kæreste, og Sofie får herefter svært ved at klare tilværelsen og ikke mindst sine børn. Halvandet år efter mordet bliver Sofie henvist til behandling. Livet har lært hende at nære mistænksomhed over for alt og alle, og hun er overbevist om, at behandlingen går ud på at samle nok på hende til at få fjernet børnene. Det tager lang tid at opbygge et tillidsforhold. Sofie er længe vred og afvisende, men passer ikke desto mindre alle aftaler. Behand-

lingen er intensiv, to gange gruppeterapi, to gange besøg i hjemmet af terapeut og en gang individuel terapi hver uge. En stor mundfuld for en familie, som har levet meget isoleret. Beskrivelsen af det første hjemmebesøg er gribende. Sofie sidder tavs og mut i sofaen med armene over kors, og de to små børn cykler rundt i stuen på hver sin cykel, rundt og rundt uden at sige en lyd.

Begge børn lider meget under Sofies manglende evne til at tage sig af dem. Den store pige er udadreagerende hjemme, men tavs og indadvendt i børnehaven, og drengen taler ikke med hverken børn eller voksne i dagplejen.

Sofie får med tiden overvundet sin mistillid, får det bedre og bedre i terapien og får ord for sine følelser. I et afsnit af bogen er Sofies historie gengivet ud fra noter og videobånd.

Børnene får det bedre i takt med, at Sofie får større overskud og i højere grad bliver i stand til at se deres behov. De er ved bogens slutning begge startet i skole og klarer sig fint, både fagligt og socialt.

Birgitte Thornsohn beskriver afslutningsvis sit faglige fundament og nævner den litteratur, hun henter sin inspiration i.

Det er en erfaringsbaseret bog, skrevet med et stort fagligt og menneskeligt engagement.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske og uddannet fra Kemplerinstituttet i familierapi, ansat i Furesø Kommune.

Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter



Et fløjt er nok

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

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

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




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

Astmaindikation: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende β_2 -agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -agonister. (Symbicort Mite® er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma).

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

Bevægende samtaler

 Dansk Psykologisk Forlag har oversat den engelske serie "In a Nutshell" om psykologisk rådgivning til dansk. Der er fire bøger i serien. Her er en kort anmeldelse af de tre. Selv om bøgerne er skrevet af tre forskellige forfattere, virker serien hel i sin måde at formidle de store teorier og metoder i psykoterapi på. Forfatterne forholder sig klart og pædagogisk til opgaven, og alle seriens bøger har enkle og let tilgængelige beskrivelser af de terapeutiske metoder. Kreative og smukke dialoger bliver gengivet for at underbygge det teoretiske, og det gør, at bøgerne lever op til deres titel om at indeholde metoderne i en nøddeskal.

I bogen "Rådgivning i en nøddeskal" bliver rammerne om psykoterapi forklaret. Hvad en psykoterapeut skal kunne, hvorfor klienten søger hjælp, hvordan det terapeutiske bånd mellem klient og rådgiver skabes, de praktiske rammer, og de etiske og moralske fordringer, der er for optimal, psykoterapeutisk virksomhed. Jeg har ikke tidligere læst én bog, der rummede alle de vigtige faglige og praktiske informationer om, hvordan man starter som psykoterapeut. Selv har jeg brugt mange år på at indsamle erfaringer og læst adskillige bøger for at få den samme viden, som jeg nu får serveret i "Rådgivning i en nøddeskal."

"Rationel-emosiv adfærdsterapi i en nøddeskal" er en kort og præcis gennemgang af nøglebegreberne i *Albert Ellis'* psykoterapeutiske system, som lærer mennesker, at det er deres antagelser, som i det store og hele er ansvarlige for deres følelsesmæssige og adfærdsmæssige reaktioner.

Rationel-emosiv adfærdsterapi (REBT) er forløberen for kognitiv terapi. Terapeutens rolle i REBT er aktiv med hensyn til at stille spørgsmål, fremsætte hypoteser, indsamle vurderingsdata, begrænse materiale udefra eller fra klientens løse snak, formulere problemer og mål, undervise og kritisk vurdere antagelser og forhandle hjemmeopgaver. Det lyder meget teknisk, men heldigvis er der i bogen gengivet dialoger mellem klient og terapeut, så det bliver klart for læseren, hvordan metoden anvendes i praksis. Tanken om, at følelserne skabes i hjernen, har jeg lidt svært ved at acceptere, men forfatterne forklarer denne antagelse så godt, at jeg forstår, hvordan REBT-terapeuten ser verden, og til sidst er jeg overbevist om, at låste, negative tanker hæmmer menneskers adfærd og følelser. Bogen er velskrevet og logisk opbygget.

Roger Casemore gør rede for *Carl Rogers'* klassiske metode og teori i "Personcentreret rådgivning i en nøddeskal." Carl Rogers tog afstand fra den behavioristiske og psykoanalytiske retning, hvor psykoterapeuten er eksperter. I "Personcentreret rådgivning" har alle mennesker selv svaret på deres problemer, og de arbejder bevidst eller ubevidst hen mod egen selvudvikling. Rådgiverens rolle er at støtte denne proces ved at skabe et trygt rum ved hjælp af kongruens, ubetinget, positiv accept og empati. I bogen redegøres for metoden, filosofien og teorierne bag den personcentrerede rådgivning. Dialoger mellem rådgiver og klient gengives, og det bliver tydeligt, hvor meget rådgiveren faktisk skal kunne for at skabe den trygge relation. Nogle af de samtaler, der er gengivet i bogen, er ren kunst og bevægende at læse.

Det har været lærerigt at læse de tre bøger lige efter hinanden. Forskellen i REBT og Den Personcentrerede Rådgivning blev meget tydelig, og de to meget forskellige måder at se mennesket og behandle psykisk smerte på stod knivskarpt efter læsningen. Bøgerne er skrevet til nybegyndere inden for det psykoterapeutiske arbejdsfelt. Hensigten har været at skrive nogle lettilgængelige bøger om terapeutiske metoders nøglebegreber, og det er lykkedes. Det undrer mig, at forlaget har valgt at oversætte den engelske titel *Counselling direkte med rådgivning*, det forvirrede mig lidt, fordi jeg normalt vil benævne feltet som psykoterapi.

Af Berit Fekkes, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.



Windy Dryden
Rådgivning i en nøddeskal
Dansk Psykologisk Forlag 2007
180 sider – 168 kr.
ISBN 978-87-7706-479-1



Roger Casemore
Personcentreret rådgivning i en nøddeskal
Dansk Psykologisk Forlag 2007
152 sider – 168 kr.
ISBN 978-87-7706-480-7



Michael Neenan og
Windy Dryden
Rationel-emosiv adfærdsterapi i en nøddeskal
Dansk Psykologisk Forlag 2007
130 sider – 168 kr.
ISBN 978-87-7706-477-7

Symbicort Turbuhaler (160 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) , Symbicort Mite Turbuhaler (80 mikrg budesonid + 4,5 mikrg formoterol pr. dosis) og Symbicort Forte Turbuhaler (320 mikrg budesonid + 9 mikrg formoterol pr. dosis). Indikationer: Astma: Til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende beta-agonist) er hensigtsmæssig; hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende beta-2-agonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er vel kontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende beta-2-agonister. (Symbicort Mite er dog ikke hensigtsmæssig hos patienter med svær astma). Symbicort og Symbicort Forte er desuden indiceret til: KOL: Symptomatisk behandling af patienter med svær kronisk obstruktiv lungesygdom (FEV1 < 50% af forventet normalværdi) og tidligere gentagne exacerbationer, som har betydelige symptomer på trods af regelmæssig behandling med langtidsvirkende bronkodilator. **Dosering Symbicort Turbuhaler:** Astma: Individuel. Symbicort bør ikke anvendes ved initial behandling af astma. Der er to måder, at behandle med Symbicort på: A. Symbicort vedligeholdelsesbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling med en separat hurtigvirkende bronkodilator til anfaldsbrug. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): Basis 2–4 inhalationer daglig dog højst 8 inhalationer daglig. Unge (fra 12–17 år): 1–4 inhalationer daglig. B. Symbicort vedligeholdelses- og behovsbehandling: Symbicort tages regelmæssigt som vedligeholdelsesbehandling og efter behov ved symptomer. Dette bør specielt overvejes hos patienter med utilstrækkelig astmakontrol og hyppig behov for anfaldsmedicin eller tidligere astmaeksacerbationer, som har krævet medicinsk intervention. Anbefalede doser: Voksne (fra 18 år): 2–4 inhalationer daglig som basis. Ved symptomer øges dosis til højst 6 pr. gang og højst 12 dagligt. Ved mere end 8 inhalationer daglig over længere tid, kontaktes lægen. KOL: Anbefalede doser: Voksne: 2 inhalationer x 2 daglig. Det er vigtigt at instruere patienten i korrekt anvendelse af Turbuhaler. **Dosering Symbicort Forte Turbuhaler:** Astma: Voksne fra 18 år: 1–2 x 2 inh dgl. 12–17 år: 1 inh x 2 dgl. KOL: 1 inh x 2 dgl. **Dosering Symbicort Mite Turbuhaler:** Astma vedligehold 1–4 inh. x 2 dgl. 12–17 år: 1–2 inh. x 2 dgl. Børn fra 6 år: 2 inh x 2 dgl. Astma vedligehold + behov: Voksne fra 18 år: sædvanligvis 2 inh dgl, dog højst 6 ad gangen og højst 12 dgl. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for budesonid, formoterol eller inhaleret laktose. **Advarsler og forsigtighedsregler:** Ved behandlingsophør bør dosis nedsættes gradvist. Pludselig og tilfældig forværring af astma eller KOL symptomer er potentielt livstruende og patienten bør øjeblikkeligt tilses af en læge. Behandlingen med Symbicort bør ikke påbegyndes under en eksacerbation. Paradox bronkospasme kan forekomme. Forsigtighed hos patienter hvor det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktionen. Symbicort Turbuhaler bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyrotoksikose, fæokromocytom, pheochromocytoma, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller svær hjerteinsufficiens, forlænget QTc-interval, aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virus-infektioner i luftvejene. Høje doser beta2-agonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Der bør foretages ekstra kontrol af blodsukkeret hos diabetespatienter. Patienten bør skylle munden med vand efter inhalation. **Interaktion:** Substanser som metaboliseres af CYP P450 3A4 (f.eks. itrakonazol, ritonavir). Symbicort bør ikke gives samtidig med betablokkere, kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, tricykliske antidepressiver, L-Dopa, L-thyroxin, oxytocin, alkohol, monoaminoxidasehæmmere og stoffer med lignende virkning samt halogenerede hydrocarboner, andre beta-adrenerge lægemidler, digitalisglykosider. **Graviditet og amning:** Erfaring savnes. **Bivirkninger:** De hyppigste er tremor og palpitationer. Desuden candida-infektion i mund og svælg, hovedpine, let irritation i halsen, hoste og hæshed. Hos KOL patienter forekom blå mærker på huden og lungebetændelse med en øget frekvens i forhold til placebo. **Pakninger og priser pr. 19. november 2007:** Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 14185: 9+320 µg/dosis, 3 x 60 doser inhalationspulver kr. 1.797,80. Symbicort Forte Turbuhaler vnr. 11409: 9+320 µg/dosis, 60 doser inhalationspulver kr. 613,05. Symbicort Mite Turbuhaler vnr. 3325: 4,5 + 80 µg/dosis, 120 doser inhalationspulver kr. 534,90. Symbicort Turbuhaler vnr. 5241: 4,5+160 µg/dosis, 3 x 120 doser inhalationspulver kr. 1.770,95. Symbicort Turbuhaler vnr. 3310: 4,5+16+ µg/dosis kr. 604,15. Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. AstraZeneca A/S, Roskildevej 22, 2620 Albertslund. Tlf. 43 66 64 62. **Forkortet produktinformation (det fuldstændige produktresumé kan rekvireres hos AstraZeneca A/S). Med hensyn til dagsaktuelle priser henvises til medicinpriser.dk.**

Bullshit Bingo branchen



Christian Bason
Velfærdsinnovation
 Børsens Forlag 2007
 352 sider – 299 kr.
 ISBN 978-87-7664-181-8



Velfærdsinnovation.

Ledelse af nytænkning i den offentlige sektor.

Bogen handler om, hvordan vi kan skabe innovative offentlige arbejdspladser. Hvordan kan vi omsætte brugerens, medarbejderens og lederens gode idéer til positiv forandring? Forfatteren *Christian Bason*, der er cand. scient.pol. og chef i MindLab, en enhed for innovation i det offentlige nedsat af en række ministerier, præsenterer baggrunden, drivkraften, rammerne og forskellige perspektiver for at arbejde med innovation i den offentlige sektor.

Jeg må indrømme, at bogens titel og idéer i første omgang ledte mine tanker hen på Bullshit Bingo branchen. Et skrækscenarium var ikke svært at få øje på. Inden længe vil topcheferne oprette kontorer eller enheder for innovation, der dør om dør med Lean, Akkreditering, EPJ og Kvalitetssekretariatet vil bombardere os med nye modeord og begreber, hvis mening er uklar, svær at få indflydelse på og kompliceret at implementere.

Heldigvis udpeger *Christian Bason* en lang række forhold, der skal ændres, før den offentlige sektor kan arbejde mere innovativt. Han mener, det er en forudsætning, at innovation og forandring anerkendes som lederens ansvar, også på det operationelle niveau. At lederen klædes på til at varetage rollen, og at der uddele-

ges større ansvar til frontmedarbejderen. Jeg tror, de fleste mellemledere gerne vil rustes til at skabe en mere moderne arbejdsplads, der giver plads til nytænkning og innovation og til gengæld kvitte jobbet som kontrollant, administrator og lydlig funktionær. Bogen sætter en række begreber på plads, og den giver også praktiske anvisninger på, hvordan der overordnet kan arbejdes med innovation, og hvordan man skaber en innovationskultur i den offentlige sektor. Men hvordan du personligt kan arbejde som innovativ leder på det operationelle niveau, gives der kun få praktiske anvisninger på.

Det er svært at finde ud af, om bogen primært henvender sig til studerende, der ønsker et solidt teoretisk fundament inden for feltet, eller den henvender sig til den offentlige leder. Bogen er meget detaljeret og kompleks, og det kan være svært at holde fokus mellem de mange teorier, processer, værktøjer og politiske udtalelser, der bringes i spil. Bogen kræver, at man som læser har god tid og overskud, måske er den bedst egnet som oplæg til refleksion i en ledergruppe.

Af Anna-Grethe Andreasen, afdelingssygeplejerske, ansat på Onkologisk afdeling, Odense Universitets Hospital.

Tak for kaffe



Margot Sunderland
Fantastiske forældre
 Det Schönbergske Forlag 2007
 288 sider – 269 kr.
 ISBN 978-87-570-1707-6



”Forældre ville aldrig drømme om at lade deres baby ligge i et rum fyldt med giftige dampe, som kunne skade hjernen. Men mange forældre lader deres baby ligge i en tilstand af langvarig, utrøstet fortvivelse, for de ved ikke, at barnet er i fare på grund af giftige, stressfremkaldende, kemiske stoffer, som skyller gennem hjernen.”

”Tak for kaffe,” tænkte jeg med et af min mands fyndudtryk, da jeg læste denne sætning.

Jeg tænkte i øvrigt noget lignende flere gange undervejs i læsningen af bogen. Jeg havde dog også andre tanker, f.eks. da jeg læste kapitlet om ”Fortvivlelsesanfald”:

”Det her har jeg lyst til at læse op for *Julia*,” en ung mor jeg kommer hos, som har mange og store konflikter med sin treårige datter, fordi hun har svært ved at forstå og håndtere hendes følelsesudbrud.

Kapitlet beskriver, hvilke forventninger man kan have til en 2-3-årig, hvordan verden ser ud fra barnets perspektiv, og hvordan man hjælper det igennem de store følelser.

Som i mange andre bøger, der lander på boghandlerens disk i øjeblikket, er afsættet hjerneforskning. Målet er opdragelse, og forståelsesrammen er hjernens udvikling og hormonelle påvirkning. Der er mange fine og interessante beskrivelser af hjernens udvikling på forskellige alderstrin i småbarnsalderen og mange gode idéer til, hvordan gråd, søvnproblemer, stimulation, leg og konflikter håndteres. Et kapitel omhandler, hvor vigtigt det er at have omsorg for sig selv for at kunne være

en omsorgsfuld og givende forælder. Det er en lækker bog med flotte illustrationer, overskuelig og lettilgængelig tekst, pointerne er fremhævet, og der er små cases i bokse til at krydre teksten.

Skulle jeg give hjerter eller kokkehuer, ville den få tre ud af seks. Det trækker ned, at oversætter og forlag ikke har ulejliget sig med at tilpasse den danske udgave til danske forhold. Der refereres til britisk lovgivning, hvor det stadig er tilladt for forældre at slå deres børn. De allerfleste forældre i Danmark lader ikke deres børn ligge alene og græde uden at trøste dem, som det flere gange antydes. Det syn på børn, som forfatteren gentagne gange gør op med, hører bedsteforældregenerationen til. Jeg bryder mig heller ikke om forslaget om en tænkestol, hvor det uartige barn anbringes på en stol med ansigtet vendt ind imod væggen. Jeg fik associationer til min barndoms skammekrog.

Endnu en anke er, at der er for meget kemisk underlægningsmusik, al adfærd beskrives ud fra en kemisk påvirkning. Det bliver en noget distancerende måde at betragte samspillet med sit lille barn på, synes jeg.

På bagsiden giver *Jesper Juul* bogen sine varmeste anbefalinger:

”*Margot Sunderlands* bog er en af de allerbedste bøger om børneopdragelse, jeg nogensinde har læst...”
 Mon han har læst hele bogen? Jeg vil i hvert fald anbefale den med et gran salt.

Af Hanne Lindhardt, sundhedsplejerske, ansat i Furesø Kommune.

Vi må kunne regne rigtigt hver gang

I erkendelse af de store risici, der er forbundet med fejlmedicinering og forkerte dosisberegninger, har forfatterne suppleret deres tidligere udgivelse "Farmakologi" med denne opgavesamling. Medicinhåndtering er en vigtig del af sygeplejerskens arbejde, og forkert håndtering kan blive fatal for både patient og medicinalperson. Nogle sygeplejeledere har den opfattelse, at medicinhåndtering er banal og derfor ikke kræver efteruddannelse. Det forholder sig desværre ikke sådan, hvilket ses af de mange fejl, der påvises igen og igen.

Sygeplejerskeuddannelsen har også længe overset visse konkrete færdigheder og discipliner i efterstræbelser af andre, mere abstrakte kompetencer. Jeg mener derfor, denne bog er et godt tiltag, fordi det er vigtigt, at give medicinregning særlig opmærksomhed. Mange studerende har stor brug for assistance og færdighedstræning for at forebygge fatale fejl. Bogens forord nævner, at sygeplejerskeuddannelsen, København, har indført en eksamen i medicinregning, som skal bestås med 100 pct. Det har man f.eks. længe haft i Sverige, men det er nyt i Danmark. Jeg bakker denne udvikling op. Sygeplejersker profilerer sig på at kunne varetage patienternes medicinering kompetent, og så må vi også kunne regne rigtigt hver gang.

Bogen indledes med en gennemgang af definitioner (SI-systemet) og formler, som skal anvendes i regneopgaverne. Man mærker, at forfatterne har disponeret disse på baggrund af deres undervisningserfaring, det

er f.eks. ikke en systematisk gennemgang af SI-systemet, hvilket måske kunne lette forståelsen for nogle. Anvendelsen af dråber kunne også være medtaget i definitionerne.

Opgaverne er disponeret i små afsnit, hvilket letter fordybelsen, og der er god progression i sværhedsgraden. Opgaverne har følgespørgsmål samt naturligvis facit og angivelse af regneeksempler, metoder og særlige pointer. Opgaverne relateres til almindeligt anvendte præparater (faste og flydende,) procentregning samt bandedoseringer. Enkelte steder savner jeg præcision i spørgsmålene, begrebet styrke kan f.eks. angives på flere måder. Jeg mener dog ikke, at ækvivalenstetiske doseringsberegninger og fortyndinger/titreringer ligger inden for sygeplejerskers arbejdsområde, og det er slet ikke de studerendes behov. Bogen henvender sig primært til sygeplejersker og studerende. Begge grupper kan absolut drage nytte af den. Men f.eks. i forhold til de anæstesiologiske specialuddannelser kræves flere beregninger på specialpræparater, trykforhold mv. Bogen koncentrerer sig om medicinregning; for sygeplejersker er regnefærdigheder også relevante i forhold til væske- og ernærings- og forbrændingsberegninger.

Af Ole Bjørke, sygeplejelærer, ansat på CVU Øresund, sygeplejerskeuddannelsen, Herlev.



Sonja Bek, Birgitte Bjeld og Inge Olsen

Medicinregning

Munksgaard Danmark 2007

68 sider – 118 kr.

ISBN 978-87-628-0773-0

Ny landsdækkende og kompetencegivende Visitator/sagsbehandleruddannelse i Metode til God Sagsbehandling

1. hold starter i januar 2008 – meld dig til NU !

Uddannelsens formål er at sikre, at alle landets visitatorer og sagsbehandlere på ældreområdet får øget kompetence til at kunne give borgerne en fagligt velfunderet og juridisk korrekt sagsbehandling, baseret på "Metode til god sagsbehandling", udviklet af Servicestyrelsen.

Du bliver certificeret i metoden og der tildeles ECTS points for løbet. Servicestyrelsen yder et tilskud til uddannelsen, så prisen bliver 1.400 kr. pr. deltager for 5 dage, fordelt over et forløb på ca. 10 uger.

Tilskuddet gælder de første 1500 tilmeldte.

Se uddannelsens hjemmeside for flere informationer og for tilmelding <http://godsagsbehandling.servicestyrelsen.dk>

Der afholdes løbende korte seminarer for ledere om uddannelsesforløbet, for tilmelding hertil se hjemmesiden.



Livslinien søger frivillige rådgivere til telefonrådgivning og netrådgivning

Som frivillig på Livslinien er du anonymt i kontakt med selvmordstruede, med mennesker i krise, samt med pårørende og efterladte – enten i telefonen eller gennem netrådgivning.

Livslinien tilbyder dig:

- En solid grunduddannelse som enten telefon- eller netrådgiver
- Regelmæssig supervision
- Efteruddannelse og temaaftner
- At blive en del af et team med 180 engagerede frivillige
- Et tværfagligt miljø
- Godt socialt og fagligt netværk
- Gode lokaler i Nyhavn, København

Livslinien forventer at du:

- Er ansvarsfuld og tolerant
- Vil udvikle dine kompetencer inden for selvmordsforebyggelse og risikovurdering samt samtale- og kommunikationsteknik
- Kan tage formiddags-, eftermiddags- eller aftenvagter
- Engagerer dig helhjertet gennemsnitligt fire timer om ugen.

Livslinien søger voksne i alle aldre med lyst og overskud til at engagere sig som frivillige medarbejdere på Livslinien.

Ønsker du mere information om arbejdet som frivillig, så kontakt os på telefon 3332 1119 eller livslinien@livslinien.dk

Så sender vi vores informationsmateriale 'Frivillig på Livslinien' til dig.

Send din ansøgning til Livslinien inden den 18. februar 2008

Fortæl om dig selv, din faglige baggrund og hvorfor du vil være frivillig på netop Livslinien. Mærk ansøgningen 'Frivillig'.

Send ansøgningen til: Livslinien, Postboks 1157, 1010 København K eller livslinien@livslinien.dk

Læs mere om Livslinien og se datoer for ansættelsessamtaler og den obligatoriske grunduddannelse på www.livslinien.dk

LIVSLINIEN
Forebygger selvmord
fremmer livsglæde

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:

Jette Bagh,
sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



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



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Frede-
riksværk/Hundested
Kommune.

Fra byrde til styrke

Min kære svigermor blev for nogle år siden pensionist, fordi samfundet har bestemt, at hun har alderen til det. Det er en titel, hun langt fra er stolt af, og hun kæmper for at slippe ud af den kategorisering, da hun ikke opfatter sig som en del af denne pakke. Jeg tænkte dengang, at det nu var tid til, at hun kunne tage sig lidt ekstra af mine børn, ikke mindst når de var snottede, generelt sørge for, at min ernæringstilstand blev forbedret, og sikre, at mit liv blev så problemfrit, at jeg energisk kunne kaste mig over min egen selvrealisering.

Men sådan er det ikke gået. Når jeg står med et feberamt barn og i desperation ringer til hende, så snupper hun typisk mobiltelefonen i sin sportsvogn og oplyser mig om, at hun ikke kan passe barnebarnet, fordi hun er på vej til en psykoterapeutisk workshop eller en af sine utallige uddannelser. Jeg troede, at jeg lige kunne få et godt tip om feberbekæmpelse, men inden jeg ser mig om, så er hun i fuld gang med at fortælle om en amerikansk psykoterapeut, hun synes, vi skal tage over og besøge. Jeg tænker: "Hvordan skal jeg kunne overskue at tage til Amerika, når jeg ikke engang kan overskue at komme på arbejde?"

Inden hun klasker røret på, når jeg lige at høre hende smånynde: "Hvor er det skønt at være fri."

Flere og flere ældre har skiftet mimrekortet ud med et studiekort, og de er begyndt at organisere sig. Det er klogt at lytte til dem, for inden længe er de så mange, at det er dem, der bestemmer. Snart er 1,5 millioner danskere over 50 år. Hvis de ikke får indflydelse og bliver taget alvorligt, risikerer vi, at vores demokrati bliver udskiftet med et gerontokrati.

De ældre er ved at løsrive sig fra en medicinsk og biologisk forståelse af aldring. En forståelse af, at kroppen og intellektet topper som ung, og så går det ellers blot ned ad bakke. De føler sig stigmatiseret af en stereotyp forestilling om, at de ikke kan lære nyt, og at de er i forfald. De vil opfatte livet som en lang proces, hvor de er i konstant udvikling indtil den dag, de dør på grund af en fejl.

"De ældre føler sig stigmatiseret af en stereotyp forestilling om, at de ikke kan lære nyt, og at de er i forfald."

De vil ikke opfattes som uattraktive på arbejdsmarkedet. De vil ikke acceptere, at når de ikke længere er en del af arbejdsmarkedet, så er de heller ikke en del af samfundet. De vil ikke stuves sammen på plejehjem, de vil selv vælge, i hvilket ollekolle de vil bo – og med hvem. De vil ikke omklamres med omsorg, før de beder om det. De vil ikke finde sig i at blive kategoriseret som en ældrebyrde – de vil være en ældrestyrke.

Fremtidsforskere forudser, at de ældres oprør får stor betydning. I en tid, hvor vi fra politisk hold bliver belært om, at rettigheder og pligter er uløseligt forbundet, så kan det politisk opfattes som en trussel mod velfærdssamfundet, hvis de ældres syn på, at det er lysten, der skal styre livet, smitter af hele vejen ned i aldersgrupperne.

For hvem skal tjene penge til vores velfærd, hvis også de unge begynder at prioritere lysten som drivkraft? Regeringens forhåbninger bygger på, at den kan styre de unge til at tage de uddannelser, som samfundet har brug for, og at de efterfølgende skal knokle bagdelen ud af bukserne, fordi de ikke længere skal betale topskat. Hvis de bliver inficeret af ældre-virussen, så vil de skrue ned for arbejdstiden og op for fjumreårene.

Selv om jeg lige skal vænne mig til tanken om, at de ældre har skiftet stokken ud med en golfkølle, så rummer dette paradigmeskift også en række muligheder. Tænk, hvis jeg som arbejdsgiver kunne lave min arbejdsplads så attraktiv, at det grå guld havde lyst til at arbejde her. Dels vil det løse fremtidens rekrutteringsproblemer, dels vil det være en drøm at have en gruppe medarbejdere, som kommer lystfuldt fløjtende på arbejde, og hvis eneste motivation er, at de skal tilfredsstilles ved at have mulighed for at gøre en positiv forskel. De vil være nysgerrige og fokuserede på at udvikle kvaliteten af arbejdsindsatsen. De vil være så nærværende, empatiske og autentiske, at vores beboere ville strutte af velvære i deres selskab.

Jeg vil være stolt den dag, de lystfyldte ældre søger job på min arbejdsplads, for så ved jeg, at vi gør det godt.

Læs mere på www.inspirum.dk

redaktionen@dsr.dk