

- Praktiske studerende forlader sygeplejeskolerne • 4
- Sygeplejerske driver privat klinik for flygtninge og indvandrere • 18
- Mere sundhed koster flere penge • 26
- Opkvalificering af sygeplejersker nødvendig ved øget standardisering • 42

# SYGEPLEJERSKEN 17



**Plug-in**  
til fremtidens  
sygepleje • 12-17

Magnus, 12 år. Atopiker og konkurrencesvømmer.

**NYHED**

## Er du ved at gå ud af dit gode skind?

Fordi huden føles tør, den klør, den prikker, den strammer .....





**Chefredaktør**

Ansvarlig efter medieansvarsloven  
Sigurd Nissen-Petersen  
snp@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4193



**Redaktionssekretær**

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



**Redaktør**

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



**Sygeplejefaglig medarbejder**

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



**Sygeplejefaglig medarbejder**

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



**Journalist**

Brian Borg Andersen (DJ)  
bba@dsr.dk  
Tlf.: 4695 4182



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



**Journalist**

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



Telefax til redaktionen: 3315 1841

**sundheds-it**

**12 Plug-in til fremtiden**

Sundhedsydelse og behandlinger i cyberspace er lige om hjørnet. Fagfolk spår, at den såkaldte Pervasive Health-care i løbet af få år vil revolutionere sundhedsvæsenet.

**15 Overvågning letter arbejdsgangen**

**16 Konsultation hjemme i sofaen**

**17 Forelsket i it-muligheder**

**sygepleje på kanten**

**18 Folkesundhed for flygtninge**

Sygeplejersken følger i en ny serie sygeplejersker, der arbejder med udsatte grupper.

**perioperativ sygepleje**

**23 Kliniske vejledninger renser arbejdsgangene**

Kliniske vejledninger i accelererede operationsforløb gavner ikke blot patienterne, men er med til at tydeliggøre arbejdsgange og opgavefordeling mellem læger, sygeplejersker og andre faggrupper.



**sundhedsfremme og forebyggelse**

**26 Hvis vi skal blive sundere, skal vi bruge flere penge**

**30 Overvægtige børn taber sig på kontrakt**

**32 Mål dit blodtryk og få styr på kosten**

**33 Færre indlæggelser og mere livskvalitet**



12

50



**fag**

**perioperativ sygepleje**

**42 En pakkøløsning til patienten**

Medlidenhed med patienterne kan få sygeplejerskerne til at fravige anbefalingerne i kliniske vejledninger.

**50 Mål temperaturen på panden**

En undersøgelse viser, at pandetermometeret måler værdier, der er tættere på rektaltemperaturen end øretermometeret.

**i hvert nummer**

- |                                    |                                    |
|------------------------------------|------------------------------------|
| <b>4</b> Aktuelt                   | <b>53</b> Dilemma                  |
| <b>36</b> Dansk Sygeplejeråd mener | <b>54</b> Fem faglige minutter     |
| <b>36</b> Debat                    | <b>55</b> Stillingsannoncer        |
| <b>39</b> In memoriam              | <b>66</b> Kurser/Møder/Meddelelser |
| <b>40</b> Synspunkt                |                                    |
| <b>49</b> Faglig information       |                                    |

Sosidefoto: Søren Holm

Tidsskrift for Sygeplejersker · Nr. 17 · 25. august 2006 · 106. Årgang · Udgivet af Dansk Sygeplejeråd  
Sygeplejerskens redaktion · Sankt Annæ Plads 30 · Postboks 1084 · 1008 København K · Telefon 33 15 15 55 · E-mail redaktionen@dsr.dk  
Internetadresse www.sygeplejersken.dk · Redaktionen forebeholder sig ret til elektronisk lagring og udgivelse af de faglige artikler i tidsskriftet  
Ikke-medlemmer kan tegne abonnement ved henvendelse til Dansk Sygeplejeråd · Årsabonnement 1025,00 kr. + moms. Pris pr. stk. 20,00 kr. + moms.  
Løssalg sker ved henvendelse til hovedkontoret · Stillingsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrjob@dmfnet.dk · Forretningsannoncer sendes til Dansk Mediaforsyning · Klamsagervej 27, 1. · 8230 Åbyhøj · Telefon 70 22 40 88 · Fax 70 22 40 77 · e-mail: dsrtekst@dmfnet.dk · Layout Tone Thoresen og Sanne Rigrtrup Møller · Tryk Graphx · Herlev  
Distribueret oplag 1. juli 2004 – 30. juni 2005: 75.763 · ISSN 0106-8350 · Medlem af Dansk Fagpresse

# Praktiske studerende forlader sygeplejerskolerne

Af Britta Søndergaard, journalist

**Frafald.** Hver tredje sygeplejerskestuderende falder fra under uddannelsen. Det er især de praktisk orienterede, som springer fra, fordi de synes, at studiet er for teoretisk, viser ny undersøgelse.

Kom i praktik, så du kan se, hvad jobbet som sygeplejerske overhovedet indebærer. Er du først begyndt på uddannelsen, tilbydes særlig vejledning i praktikperioden og hjælp af en ældre studerende til at skrive opgaver. Desuden kan du få psykologhjælp, hvis du lider af eksamensangst.

Sådan lyder tilbuddet til studerende på Sygeplejerskolen i Slagelse. Ligesom sygeplejerskolerne i Sønderjylland og i Storstrøms Amt har den vestsjællandske skole taget konsekvensen af det alt for høje frafald blandt sygeplejestuderende.

En ny rapport fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut (AKF) viser, at der er brug for den slags initiativer. Ifølge rapporten "Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald" falder en tredjedel af de studerende fra under uddannelsen. Hovedparten dropper ud i 1. eller 2. semester.

Størstedelen holder op, fordi de har mistet interessen for uddannelsen. Men undersøgelsen viser også, at en stor gruppe dropper

ud, fordi studiet er langt mere teoretisk, end de havde forestillet sig.

"Vores undersøgelse viser, at der ikke er en enkel forklaring på frafaldet. Men vi kan se, at forholdsvis mange af de praktisk orienterede studerende falder fra, fordi de bliver overrasket over, at uddannelsen er så teoretisk. Mange af dem har i forvejen ikke de højeste karakterer med sig fra gymnasiet," siger forskningsleder ved AKF, *Torben Pilegaard Jensen*, der har ledet undersøgelsen.

## Store forskelle

Undersøgelsen viser også, at der er forskel på de enkelte skolars frafald.

"Noget kunne tyde på, at nogle skoler er bedre end andre. Den problematik vil vi gerne have mulighed for at se nærmere på," siger *Torben Pilegaard Jensen*.

På baggrund af undersøgelsen foreslår han, at sygeplejerskolerne indretter deres undervisning, så den bedre kan rumme de praktisk orienterede elever.

"Man kunne for eksempel forestille sig en længerevarende praktikperiode i begyndelsen af studiet. Det kunne give større mod på at gå i gang med bøgerne – mange af de studerende har jo den forestilling, at de skal have med pleje af syge mennesker at gøre," siger *Torben Pilegaard Jensen*.

Han advarer i det hele taget mod at gøre sygeplejerskeuddannelsen for akademisk:

"Sygeplejerskeuddannelsen må kunne rumme praktisk orienterede unge.

Hvis ikke skolerne kan klare den udfordring, så må man se tigreren i øjnene: Der bliver færre sygeplejersker, og social- og sundhedsassistenterne vil blive nødt til at lave nogle af de opgaver, sygeplejersker varetager i dag."

## Forskrækkede over patienter

Rektor *Bodil Roed* fra Sygeplejerskolen i Slagelse er ikke overrasket over undersøgelsens konklusioner. De stemmer overens med et rundspørge, som skolen sidste år foretog blandt frafaldne studerende.

"Vi møder studerende, der hele livet har været overbevist om, at de skulle være sygeplejerske. Men når de kommer i praktik, oplever de, at patienterne er for dårlige i forhold til, hvad de havde troet. Og nogle gange bliver de forskrækkede over det teoretiske niveau på uddannelsen," siger *Bodil Roed*, som samtidig understreger, at et vist frafald ikke kan undgås.

"Det er langt fra alle, som har de personlige egenskaber, der skal til, for at de kan mestre den lidelse, der er forbundet med at møde et sygt menneske. Men derfor kan de pågældende sagtens finde sig godt til rette i en anden uddannelse," siger *Bodil Roed*.

## Projekter for socialt udsatte efterlyses

**Puljefølge.** Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres. Det er et overordnet mål i regeringens sundhedsprogram, men i praksis ved man ret lidt om, hvordan man skaber større lighed i sundhed.

Derfor er der over de næste tre år afsat 18 mio. kr. til kommunale forsøg med en særlig indsats for arbejdsløse, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtageres sundhed.

Interesserede kommuner skal henvende sig til Sundhedsstyrelsen. Se [www.sst.dk](http://www.sst.dk) Søg på "modelprojekt".

(kbi)

## Støtte fra DSR

**3x25.000.** Solidaritetsfonden har i august uddelt støtte til tre vidt forskellige sager. Midlerne fra fonden er uddelt som engangsbeløb, og hver modtager er blevet støttet med 25.000 kr.

Organisationen Ombold har modtaget 25.000 kr. fra Solidaritetsfonden. Organisationen planlægger at sende et landshold af sted til VM i gædefodbold for hjemløse og misbrugere. Det foregår i Sydafrika i september.

Også KVINFO har modtaget 25.000 kr. fra Solidaritetsfonden. KVINFO står bag konferencen "Nye billeder af Mellemøstens kvinder," som finder sted på Det Kongelige Bibliotek den 2. september 2006.

25.000 kr. går til Folkekirkens Nødhjælps indsats for at hjælpe ofrene for konflikten i Libanon. Opsamlingscentre for flygtninge i det sydlige Libanon mangler i skrivende stund de mest basale midler som mad, vand, førstehjælpsudstyr, madrasser og sengetøj, rengøringsartikler og baby-mælk.

(bba)

Læs mere om de tre projekter på: [www.2006vm.dk](http://www.2006vm.dk), [www.KVINFO.dk](http://www.KVINFO.dk) og [www.noedhjælp.dk](http://www.noedhjælp.dk)



# De studerende svigtes i praktikken

Af Britta Søndergaard, journalist

**Studiechok.** Det er nødvendigt at styrke vejledningen af de studerende i praktikperioden, mener Dansk Sygeplejeråd.

"Man kan spørge, om den effektivisering, der sker på sygehusene, går ud over uddannelsen af sygeplejersker?"

Sådan lyder spørgsmålet fra forskningsleder *Torben Pilegaard Jensen*, der har ledet en undersøgelse af sygeplejestuderendes høje frafald. Undersøgelsen viser, at koordineringen mellem skolerne og praktikstederne er et stort problem. Op mod en tredjedel af de frafaldne studerende angiver, at de har haft problemer med at finde sig til rette i praktikperioden.

2.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd, *Aase Langvad*, har læst rapporten, og hun er ikke i tvivl om, at praktikperioden og mødet med alvorligt syge mennesker er et chok for mange studerende.

Samtidig kan effektiviseringer på sygehusene betyde, at vejledningen af de studerende bliver nedprioriteret. Dansk Sygeplejeråd vil derfor bl.a. foreslå, at der afsættes flere ressourcer til praktikken, og at uddannelsen af kliniske vejledere får et løft, når DSR skal drøfte frafaldsrapporten med Undervisningsministeriet i slutningen af august.

"Det er vigtigt, at vi sikrer en langt bedre overgang fra skole til praktik, så teori og praktik hænger bedre sammen. Derfor mener DSR, at der skal prioriteres flere ressourcer til praktikken, og at alle kliniske vejledere fremover skal have en fuld diplomuddannelse mod de nuværende ca. syv ugers uddannelse.

Sygeplejerskeuddannelsen er et studie. Der skal være tid til refleksion og kvalificeret vejledning i klinikken samt et godt samarbejde mellem skolerne og praktikken," siger Aase Langvad.

*Signe Hagel Andersen*, formand for Sygeplejestuderendes Landssammenslutning (SLS), kan nikke genkendende til problematikken. I sit arbejde har hun talt med studerende, der har følt sig overladt til sig selv i praktikken.

"I den kliniske del af uddannelsen mangler der nogle steder uddannede vejledere. Vi oplever også, at vejlederne har for mange studerende ad gangen, så de ikke kan nå at vejlede ordentligt. Det kan betyde, at den stille og usikre studerende ryger lidt i baggrunden,"

siger Signe Hagel Andersen. Hun husker selv tydeligt, hvordan hun især i begyndelsen af praktikken havde behov for at snakke sine oplevelser igennem.

"Jeg havde selv en episode med en meget syg kvinde, der havde apopleksi. Og hun døde.

Hele situationen var meget svær at forholde sig til, og det satte mange tanker i gang hos mig. Var det egentlig noget, jeg kunne arbejde med, spurgte jeg mig selv," fortæller Signe Hagel Andersen.



Ring efter vor nye brochure!

## Ny Silentia Silver Line

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



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



3-delt mobil gavlskærm

►► **HVER TREDJE SPRINGER FRA.** En undersøgelse fra Amternes og Kommunernes Forskningsinstitut, AKF, har kortlagt, hvorfor hver tredje sygeplejerskestuderende falder fra. Rapporten inddeler de studerende i tre grupper: De praktisk orienterede, de professionsorienterede og de akademisk orienterede.

Risikoen for at afbryde uddannelsen er størst for de praktisk orienterede.

For at fastholde flere på studiet anbefales det bl.a.:

- at hjælpe studerende, der har problemer med den teoretiske refleksion i klinikken, ved at indføre mere konkret plejearbejde – også i begyndelsen af uddannelsen.
- gøre en ekstra indsats for at vejlede de praktisk orienterede med opgaveskrivningen.
- profilere uddannelsen i forhold til arbejdet som sygeplejerske og mindre mod videreuddannelsesmuligheder.

Rapporten "Sygeplejerskeuddannelsen – de studerendes vurdering og frafald" kan downloades på [www.akf.dk](http://www.akf.dk)

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



Mangler du værktøjer til at skabe godt teamsamarbejde? Savner du redskaber til at arbejde med udvikling og forandring i din organisation?

## Proceskonsulentuddannelsen

Praksisorienteret og metodebaseret undervisning med teoretisk fundament. 16 kursusdage. Oktober 2006 – maj 2007. Åbent kursus i Århus. Pris pr. deltager: 39.200,00 kr. Ekskl. moms.

### Informationsmøder:

Århus 18. september 2006 kl. 16.00.

København 19. september 2006 kl. 16.00

Kan afvikles som lukket kursus i egen organisation. Ring 8746 4040 eller skriv til [info@goproces.dk](mailto:info@goproces.dk) for nærmere oplysninger.

## Coachingkursus

Lær at udføre en coachingsamtale, der er givende og udviklende. Få værktøjer til at tage hånd om forandringerne og udfordringerne på arbejdspladsen gennem coaching. Lær forskellige teknikker, der både kan bruges i coachingsamtalen og i mange andre sammenhænge.

Praksisorienteret og metodebaseret undervisning med teoretisk fundament. 8 kursusdage. December 2006 - juni 2007. Åbent kursus i Århus. Pris pr. deltager 22.400 ekskl. moms

### Informationsmøder:

Århus 2. oktober kl. 16.00.

København 3. oktober kl. 16.00

Kan afvikles som lukket kursus i egen organisation. Ring 8746 4040 eller skriv til [info@goproces.dk](mailto:info@goproces.dk) for nærmere oplysninger.

Systemisk proceskonsultation med hjerne, hjerte og humor

# Go'Proces

Klosterport 4L : 8000 Århus C : [www.goproces.dk](http://www.goproces.dk)

## Nej til krav om etniske ligestillingspolitikker

Af Christina Sommer, journalist

**Integration.** Integrationsminister Rikke Hvilshøj vil til Enhedslistens skuffelse ikke pålægge landets hospitaler at nedfælde deciderede etniske ligestillingspolitikker. Dansk Sygeplejeråd synes, det er en god idé, at offentlige arbejdspladser har politikker, der sætter fokus på bl.a. etnisk ligestilling.

Det står fortsat hospitaler og andre offentlige virksomheder frit for, om de vil formulere en etnisk ligestillingspolitik. Det slår integrationsminister Rikke Hvilshøj (V) fast efter et samråd om sagen.

"Skuffende," siger Enhedslistens integrationsordfører, Jørgen Arbo-Bæhr.

"Det er naturligvis positivt, at Rikke Hvilshøj er åben over for en generel diskussion om, hvordan vi skaber mere og bedre integration og lancerer forskellige initiativer på området. Men så snart talen falder på konkrete tiltag som f.eks. at stille krav om, at offentlige virksomheder skal have en etnisk ligestillingspolitik, afviser hun at handle, og det er skuffende," siger Jørgen Arbo-Bæhr.

Som beskrevet i *Sygeplejersken* nr. 15/2006 har Mangfoldighedsnetværket for nylig påvist, at ni ud af 15 af landets største hospitaler ikke har en etnisk ligestillingspolitik. Det fik Jørgen Arbo-Bæhr til at kalde integrationsministeren i samråd. Han peger på, at etniske ligestillingspolitikker gør en forskel i det private erhvervsliv. Derfor skal offentlige virksomheder af en vis størrelse også have en.

### Unødvendige besværligheder

Ifølge Rikke Hvilshøj er det glimrende, at nogle hospitaler har en etnisk ligestillingspolitik. Men på samrådet slog hun fast, at de etniske minoriteter kan sikres plads på mange måder:

"Nogle formulerer politikker, andre vælger andre veje. Jeg forventer, at alle arbejdspladser sørger for, at alle har adgang til deres arbejdsplads uanset etnisk baggrund, og at der ikke foregår diskrimination. Det at ansætte medarbejdere med anden etnisk baggrund end dansk kan naturligvis medføre nye spørgsmål og problemer, men vi skal ikke være med til at skabe unødvendige besværligheder ved at signalere, at man som arbejdsplads er nødt til at formulere en politik for at have plads til etniske minoriteter."

### Handling afgørende

Dansk Sygeplejeråd synes, det er en god idé, at offentlige arbejdspladser har politikker, som sætter fokus på bl.a. etnisk ligestilling:

"Overordnet drejer det sig om, at ledelse og medarbejdere får set nærmere på, hvordan arbejdspladsen egentlig arbejder med integration. For selvom vi alle vil integration og nok føler, at vi gør vores bedste, kan det ofte blive bedre. Derfor er vores opfattelse, at arbejdet med f.eks. mangfoldighedsledelse i personalepolitikker og værdier kan bruges som et spejl, hvor ledelsen og medarbejderne på arbejdspladsen bliver mere opmærksomme på, om man nu gør det rigtige for eksempelvis at sikre integrationen," siger 1.-næstformand i Dansk Sygeplejeråd Grete Christensen og anbefaler som inspiration udspillet "Mangfoldighed i sundhedsvæsenet"

Find mere: Dansk Sygeplejeråd har i samarbejde med Institut for Menneskerettigheder udgivet pjecen "Mangfoldighed i sundhedsvæsenet." Den kan hentes på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk) under emnet Mangfoldigt sundhedsvæsen.



FOTO: MORTEN NILSSON

I forhold til øretermometre virker den nye pandescanner mere troværdig på nyrepatienterne i Herlev. Langt færre medbringer deres egne digitaltermometre, efter at det nye instrument er blevet indført.

## Mere præcist at måle på panden

Af Brian Borg Andersen, journalist

**Temperaturmåling.** *Indførelsen af et nyt pandetermometer har fået patienternes tillid til temperaturmålingerne på Medicinsk Nefrologisk Afdeling på Herlev Amtssygehus til at stige.*

Et let strøg over panden eller bag øret, og din temperatur er taget. Sådan foregår det på Medicinsk Nefrologisk Afdeling på Amtssygehuset i Herlev, hvor plejepersonalet er begyndt at bruge pandescannere i stedet for øretermometre som deres foretrukne noninvasive temperaturmålere.

Pandescanneren måler temperaturen på flere punkter på panden og på huden bag ørerne. Temperaturen kan tages på både liggende, siddende og stående patienter, og modsat øretermometeret er der ikke noget bøvl med at rette patientens øre ud for at kunne lave den rette måling inde ved trommehinden.

"Patienterne er meget begejstrede for det, og den gængse reaktion er: iiihh, hvor er det smart," fortæller afdelingssygeplejerske Anette Espenhein, der også selv er meget tilfreds med udskiftningen.

### Løser et problem

"Grunden til, at vi afprøvede pandescanneren, var, at øretermometeret, som vi brugte før, alt for tit ramte meget langt fra patientens reelle temperatur. Patienter blev ved flere tilfælde i øregangen målt til mindre end 35,5 grader celsius, og i de tilfælde måtte vi foretage en rektal kontrolmåling," uddyber Anette Espenhein.

Flere patienter tog endda konsekvensen af de svingende målinger og medbragte deres eget digitaltermometer hjemmefra, for at de kunne føle sig mere sikre.

"Det, vi oplevede før, var, at patienterne

havde stor mistillid til vores måde at måle temperaturen på, fordi øretermometeret af og til gav så usandsynlige resultater," husker afdelingssygeplejerske Anette Espenhein.

Hver gang øretermometeret viste en usandsynlig temperatur, måtte personalet bruge ekstra tid på at foretage en rektal kontrolmåling. Ud over det større tidsforbrug for personalet medførte fejlmålingerne derfor også et større ubehag for patienterne.

### Små detaljer skaber tryghed

Siden den nye pandescanner er blevet indført på afdelingen, har den på kort tid gjort plejepersonalets arbejde lettere, mindsket ubehag for og mistillid fra patienterne, og på sigt kan den spare afdelingen en smule i kroner og øre. Generelt ligger pandescannerens resultater tættere på patientens kerntemperatur, og derfor skal der ikke foretages lige så mange kontrolmålinger. Patienterne har derfor nemmere ved at fæste tillid til den overordnede behandling, når de små ting, som måling af temperatur, lader til at fungere. Og målingerne på panden er, fra patientens synspunkt, umiddelbart at foretrække frem for de rektale kontrolmålinger.

Mellem hver måling skulle man tidligere udskifte små hygiejne-hætter på spidsen af øretermometeret, mens pandescannerens måleflade blot skal aftørres med engangspritklude, som er en del billigere i indkøb.

Efter succesoplevelsen på Medicinsk Nefrologisk Afdeling er flere andre afdelinger på Amtssygehuset i Herlev også begyndt at bruge pandescanneren.

Læs også den faglige artikel "Mål temperaturen på panden" side 50.

# DLS

## Er du leder i sundhedssektoren?

### Eller vil du gerne være det?

### Så er DLS noget for dig



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

DLS udbydes i hele Danmark.

I august 2006 starter vi hold i: Århus, Næstved, Hillerød og Gentofte.

I januar 2007 starter vi hold i: Aalborg, Odense og Herlev.

Der er tilmeldingsfrist den 1. juni og den 1. december 2006.

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

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

HANDELSHØJSKOLE  
CENTRET

CEUS  
Handelshøjskolecenter

# Flere KOL-patienter havner i hospitalssengen

Af Christina Sommer, journalist

**Uhensigtsmæssigt.** Andelen af akut genindlagte KOL-patienter på landets medicinske afsnit er steget fra 16 til 23 pct. fra 2003 til 2004. En grundig visitation, målrettet indsats og brug af bl.a. erfarne sygeplejersker kan være med til at nedsætte antallet.

Patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) står for et stort antal af de uplanlagte akutte genindlæggelser på landets medicinske afsnit. Og det i stadig voksende grad, viser den fjerde tværsektionsundersøgelse i projektet Den Gode Medicinske Afdeling. Hvor 16 pct. af KOL-patienterne blev akut genindlagt i 2003, var tallet steget til 23 pct. i 2004.

Ifølge projektleder og overlæge Jørgen Steen Andersen kan en del af stigningen måske forklares ved, at det danske sundhedssystem generelt holder patienterne i

live længere end tidligere, også KOL-patienter som udgør en af de største patientgrupper i Danmark.

"Det betyder flere og mere syge patienter, hvilket kan være med til at øge antallet af uplanlagte akutte genindlæggelser," fortæller Jørgen Steen Andersen.

En anden og mere simpel forklaring på stigningen kan være, at mange lungemedicinske afdelinger ikke opererer med åbne indlæggelser. Men ifølge Jørgen Steen Andersen har indsatsen på de medicinske afsnit i forbindelse med alt lige fra visitation til behandlingsforløb og udskrivelsesprocedurer også en del at sige, når det kommer til risikoen for, om den samme KOL-patient bliver indlagt akut igen eller ej.

## Antallet kan nedsættes

Den fjerde tværsektionsundersøgelse viser nemlig også, at fem

medicinske afsnit trods mange KOL-patienter udmærker sig ved at have få uplanlagte akutte genindlæggelser. Og gennem interviews med erfarne læger og sygeplejersker fra en række af de medicinske afsnit har Den Gode Medicinske Afdeling erfaret, at tre overordnede forhold er med til at nedsætte antallet af akutte uplanlagte indlæggelser.

For det første handler det om at have grundige og gennearbejdede indlæggelses- og udskrivelsesprocedurer samt en god kommunikation mellem de forskellige faggrupper.

Den visiterende speciallæge kan f.eks. bidrage med nyttige råd til den henvisende læge om behandling eller alternativer til indlæggelser.

Nogle af de afsnit, der ikke har en speciallæge tilknyttet,

lader i stedet med succes en erfaren afdelingssygeplejerske deltage i visitationen sammen med forvagten.

Her bidrager hun i mange tilfælde med råd, som fører til, at den akutte genindlæggelse omvisiteres til en semiakut indlæggelse dagen efter.

## Tryghed og samarbejde

For det andet fremhæver de succesfulde afsnit, at det er vigtigt at have en stabil personalegruppe, som på baggrund af en bred viden og erfaring med behandling og pleje af KOL-patienter er kompetente og føler sig trygge ved arbejdet.

"Når afsnittene bliver bedt om at forklare deres gode resultater, påpeger de også selve indsatsen – at det er vigtigt at sætte ind med tiltag og behandling på så mange områder

## Spænd den mentale sikkerhedssele

**Egenomsorg.** Mon ikke vi som kolleger, medborgere og familiemedlemmer kunne inddrages i et *forebyggende beredskab*, hvis vi blev tilbudt kurser og/eller vejledning i at opfange de første symptomer på psykisk overbelastning?

Det skriver sygeplejerske Kirsten Hankil Klemmensen, Vejle, i et essay om at spænde den mentale sikkerhedssele, som pensionskassen PKA udskrev konkurrence om i december sidste år. Sygeplejersken foreslår, at der på udsatte arbejdspladser blev uddannet en slags "ambassadører" for psykisk velbefindende, som kunne virke på linje med tillidsrepræsentanter.

"Tænk, hvis vi fra barnsben havde hørt lige så meget om vigtigheden af at spænde den mentale sikkerhedssele, som vi hører om nødvendigheden af at spænde sikkerhedsselen i bilen. Så ville vi allerede være godt rustet til at køre ud ad livets stredede motorvej," hedder det bl.a. i hendes essay.

Og hun fortsætter:

"Hvis fag som "Vedligeholdelse af mental helse" og "Risikofaktorer på arbejdspladsen, som kan true den mentale helse," var inddraget i det obligatoriske pensum på omsorgsuddannelserne, ville vi måske være i stand til også at overholde fartgrænserne på livets motorvej og undgå at køre i grøften. Måske ville vi endda undgå nogle af de store uheld, der fører til en førtidspension ..."

Hele det vindende essay er bragt i bladet "Pensionskassen" nr. 51, 2006. Nummer to og tre blandt de deltagende 65 bidrag kan læses på [www.pka.dk](http://www.pka.dk)

(sp)

## Anonyme livreddere

**Tak.** Hvis man får hjertestop på åben gade, bør det være lige for næsen af en læge og en sygeplejerske.

Så heldig var en ældre Frederiksberg-borger, Børge Daae, da han den 20. maj 2006 faldt om med hjertestop ved et busstoppested på Pile Allé i København nær sit hjem. Nogle af de første, der kom til stedet, var to cyklister – en kvindelig læge og ditto sygeplejerske. De gik straks i gang med hjertemassage og kunstigt åndedræt og fik tilkaldt ambulance, og deres kompetente og hurtige førstehjælp var livreddende.

Det er Børge Daae og hans pårørende naturligvis meget taknemmelige for. Men det er også frustrerende ikke at kunne sige tak direkte til de to "fagfolk," synes de. Derfor håber den ældre frederiksberger, at den tililende sygeplejerske læser takken her og giver den videre til lægen.

(sp)



# igen

og så hurtigt som muligt, f.eks. med akut-behandlinger af KOL-eksacerbationer med noninvasiv ventilation i det medicinske visitationsafsnit. Og det kræver naturligvis en fagligt kompetent og opdateret medarbejdergruppe," siger Jørgen Steen Andersen.

Alt dette er med til at sikre det sidste forhold, der tilsyneladende også er kraftigt medvirkende til at nedsætte antallet af akut uplanlagte genindlæggelser: Nemlig trykke og velinformerede KOL-patienter.

"Alle afsnit fremhæver, at jo tryggere en KOL-patient føler sig, jo mindre er risikoen for genindlæggelse. Derfor vægter alle afsnit bl.a. også at give patienten størst mulig indsigt i egen sygdom gennem information og under-

visning, bl.a. oplæring i inhalationsteknik," siger Jørgen Steen Andersen.

Han peger desuden på, at der flere steder er etableret et koordineret samarbejde mellem f.eks. læger, fysioterapeuter og KOL-sygeplejersker i et ambulante forløb efter udskrivelsen:

"Det giver tryghed og bidrager til en vellykket rehabilitering."

*Den fjerde tværsnitsundersøgelse udkom i december 2005, men er netop i juli 2006 blevet fulgt op af DG-MAs rapport "Veje til kvalitet og Idékatalog."*

Læs mere om undersøgelsen, dens forgængere, rapporterne og projektet *Den Gode Medicinske Afdeling* på [www.dgma.dk](http://www.dgma.dk)

## Vidnesbyrd fra hjemmeplejen i Århus



**Dagbog.** 40 beretninger fra hjemmesygeplejersker i Århus Kommune, der alle har skrevet dagbog den 4. maj 2006, er nu udgivet i en bog med titlen "Min dag som hjemmesygeplejerske." Det er Dansk Sygeplejeråds amtskreds i Århus Amt, der i foråret opfordrede sygeplejerskerne til at skrive. Årsagen var, at der gennem længere tid var heftig debat i medierne om forholdene i den århusianske hjemmepleje. I forbindelse med udgivelsen af bogen har amtskredsen inviteret til dialog mellem rådmanden i Århus Kommunes

Sundhedsforvaltning, kommunens sundhedsudvalg, ledere og medarbejderrepræsentanter fra hjemmeplejen.

Bogen er gratis og kan bestilles på Århus amtskreds' hjemmeside på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), gå ind under "amtskredse" i bjælken og vælg.

(sbk)

## Bliv frivillig på Livslinien

Livslinien søger frivillige til telefonrådgivningen

Som frivillig på Livslinien taler du med selvmordstruede, med mennesker i krise samt med pårørende og efterladte. Du skal have lyst til at lytte – og have en relevant faglig baggrund.

### Livslinien tilbyder dig:

- En solid grunduddannelse
- Regelmæssig supervision
- Efteruddannelse og temaaftner
- Et team med 130 engagerede frivillige
- Et tværfagligt miljø
- Et godt socialt og fagligt netværk
- Senere mulighed for rådgivning via e-mail
- Gode lokaler i Nyhavn, København

### Livslinien forventer at du:

- Er ansvarsfuld og tolerant
- Vil udvikle dine kompetencer inden for selvmordsforebyggelse, bl.a. samtaleteknik og risikovurdering
- Kan tage formiddags-, eftermiddags- eller aftenvagter
- Engagerer dig helhjertet gennemsnitligt fire timer om ugen.

Livslinien søger voksne frivillige i alle aldre, der har lyst og overskud til at engagere sig som frivillige.

Ønsker du mere information om arbejdet som frivillig, så kontakt os på telefon 3332 1119 eller [livslinien@livslinien.dk](mailto:livslinien@livslinien.dk)

Så sender vi vores informationsmateriale 'Frivillig på Livslinien' til dig.

**Send din ansøgning til Livslinien inden den 14. september 2006**

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](mailto:livslinien@livslinien.dk)

Læs mere om Livslinien og se datoer for ansættelsessamtaler og den obligatoriske grunduddannelse på [www.livslinien.dk](http://www.livslinien.dk)

**LIVSLINIEN**  
forebygger selvmord

### Suppleringsuddannelse

## Sundhedsfaglig

Læs sundhedsfaglig suppleringsuddannelse og kom videre i din sundhedsfaglige karriere. Suppleringsuddannelsen er målrettet videreuddannelse, hvor du tilegner dig de nødvendige teoretiske værktøjer, der matcher dit fagområde. Uddannelsen er relevant, hvis du er professionsbachelor i sygepleje, fysioterapi, ergoterapi, medicinsk laboratorietechnologi, radiografi, jordemoderkundskab eller ernæring og sundhed eller du har en mellemlang videregående sundhedsuddannelse.

### INFORMATIONSMØDE

På informationsmødet onsdag den 6. september kl. 15.30 kan du høre studieleder Helle Ploug Hansen fortælle om den sundhedsfaglige supplerings- og kandidatuddannelse. Mødet holdes i lokale 19.02, Winsløwparken 19, 5000 Odense C.

■ Søg nu eller senest 1. oktober 2006.

■ Vi starter 1. februar 2007.

■ Kontakt Studenterservice – åben uddannelse på tlf. 6550 2094 eller e-mail [aaben@adm.sdu.dk](mailto:aaben@adm.sdu.dk).

Find flere oplysninger på [www.efteruddannelse.sdu.dk](http://www.efteruddannelse.sdu.dk)

## To vil være næstformand

**Første og anden.** Det bliver Dansk Sygeplejeråds nuværende 1.-næstformand *Grete Christensen* og amtskredsformand *Dorte Steenberg*, Dansk Sygeplejeråds Frederiksborg amtskreds, der skal dyste om posterne som henholdsvis 1.- og 2.-næstformand, når Dansk Sygeplejeråd holder sin næste ordinære kongres i dagene 6.-9. november i København.

Det stod klart, da fristen for opstilling til næstformandsvalget var passeret tirsdag den 15. august kl. 15. Den nuværende 2.-næstformand, *Aase Langvad*, har tidligere meddelt, at hun ikke genopstiller.

Kandidaterne præsenteres nærmere i næste nummer af *Sygeplejersken*, der udkommer den 8. september. Samme sted bringes stillerlisterne for de to kandidater.

(sp)

## Kvinde-rådgivning på flere sprog

**Etniske minoriteter.** Kvinderådgivningen, der er en telefonrådgivning for indvandrere, flygtninge og andre kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, tilbyder nu rådgivning på flere sprog: Dansk, engelsk, tyrkisk, fransk og arabisk. Rådgivningen er åben mandag kl. 10-15 og onsdag kl. 10-17 på telefon 7020 4909. Kvinderne kan henvende sig om alt lige fra familiesammenføringsregler, uddannelse og job til mere personlige problemer. Læs mere på [www.kvinderaadgivningen.dk](http://www.kvinderaadgivningen.dk)

(cso)

**"Vi ved fra undersøgelser, at mange ældre er undervægtige, og kommunerne er nødt til at indse, at hvis de ikke tager maden til de ældre alvorligt, er de med til at skabe et stort sundhedsproblem i stedet for at løse det."**

*Eva Kjer Hansen, socialminister (V), til Altinget.dk*

# Skemaprojekt har gavnet

Af Brian Borg Andersen, journalist

**Vagtplaner.** *Indførelsen af et åbent vagtskema har haft positiv indflydelse på arbejdsmiljøet, viser en evaluering fra Arbejdsmiljøinstituttet.*

Projektet blev gennemført mellem 2000 og 2004 på Psykiatrisk Sygehus i Frederiksborg Amt. Det omfattede fire afsnit, der hver især skulle beslutte, hvilken metode de ville bruge til at tilrettelægge vagtplaner i de fire år, forsøget løb.

I samarbejde med organisationspsykologer valgte tre af afsnittene at arbejde med et såkaldt åbent skema, hvor den enkelte medarbejder sætter sine egne vagter og prioriterer et antal arbejdsdage og et antal fridage. Plejepersonalet på afdelingen får derefter på skift ansvaret for, at skemaet kan gå op.

Nu viser en evaluering fra Arbejdsmiljøinstituttet, at projektet har haft gavnlige effekter.

I forhold til kontrolgrupper oplevede afsnittene med åbent vagtskema større tilfredshed med deres arbejdstider og bedre balance mellem deres arbejde og privatliv. Der var mindre tilbøjelighed til at bytte vagter end før projektet, og selve projektet havde givet en større ople-

velse af social støtte fra både kolleger og ledelse. I det hele taget var der tale om øget tilfredshed med jobbet.

Sygeplejeforsker *Lone Borberg*, Hillerød Sygehus, er glad for projektets resultater.

"Vi oplever, at vi er blevet bedre til at fastholde vores medarbejdere, og vi forventer, at det styrker vores evne til at rekruttere på baggrund af de arbejdsvilkår, vi kan tilbyde," forklarer hun om den åbne skemaordning, som tre sengeafsnit valgte at prøve af under projektet, og som yderligere tre sengeafsnit siden har taget til sig.

En anden positiv sidegevinst var ifølge Lone Borberg, at de samlede arbejdsopgaver måtte evalueres og defineres meget præcist, for at man kunne finde frem til, hvor elastisk skema-lægningsen kunne blive.

"Faget er jo ikke bare forholdet mellem patient og plejer længere. Det er nødvendigt at kunne bidrage til, at faget udvikler sig, og det er da også tænkt ind i uddannelserne nu, men de ældre medarbejdere har ikke den uddannelse, så et projekt af denne type giver dem redskaberne til at reflektere bedre over faget," forklarer Lone Borberg.

## Mange vil gerne spille kort i arbejdstiden

**Åbne kort.** *I ældreplejen i Søllerød Kommune spiller medarbejderne kort. Det gør de for at blive bedre til at tackle hverdagens etiske problemstillinger ude hos borgerne. Kortspillet "Etik i ældreplejen" kan nu rekvireres af alle. Dansk Sygeplejeråd og FOA står bag.*

Nu ligger manualen til kortspillet "Sundhedsfremme i kommunerne – Etik i ældreplejen" klar. Mange har allerede været inde på Dansk Sygeplejeråds hjemmeside og hente manualen, som er gratis.

Ved hjælp af dialogkort kommer man rundt om en lang række af hverdagens dilemmaer, som man kan opleve ude hos borgerne. F.eks. hende, der ikke vil vaskes, eller ham, der ikke vil have hjælp til sit alkoholproblem. Spillet er udviklet af Dansk Sygeplejeråd og FOA i samarbejde med ældreplejen i Søllerød Kommune. Det har været testet i Hillerød Kommune i

Nordsjælland, Nørre Aaby Kommune på Fyn og Helle Kommune i Vestjylland, hvor erfaringen har været, at det forbedrer medarbejdernes trivsel, når de har mulighed for at drøfte etiske dilemmaer og reflektere over dem.

Nogle dialogkort tager udgangspunkt i små historier, cases. Andre er såkaldte "fortællekort," hvor teksten lyder "Tillykke. Du har vundet retten til at fortælle de andre om en oplevelse, du har haft. En oplevelse, hvor det, der foregik, var svært for dig at acceptere. Men du sagde ikke noget. Greb ikke ind."

Manualen giver opskriften på, hvordan man kommer i gang med spillet. At man f.eks. husker at få accept fra ledelsen, og at man ned-sætter en projektgruppe, der beslutter, hvordan kortene skal anvendes.

Manualen kan hentes gratis på [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk), gå ind under "Butikken" i bjælken.

(sbk)

# Slut med lange ærmer på Fyn

Af Lotte Havemann, journalist

**Klip.** Langærmede uniformer afskaffes til personale med patientkontakt på de fynske sygehuse.

I disse måneder bliver de lange uniformsærmer på sygehusene i Fyns Amt syet korte. Ansatte, der har kontakt til patienter, må ikke længere bære uniformer med lange ærmer. Årsagen er naturligvis hensyn til hygiejnen, som kan bringes i fare, når lange ærmer kommer i berøring med den ene patient efter den anden. Eller når ærmerne gør håndvask til op over albuerne besværlig.

Ifølge Impuls, personaleblad for Odense Universitetshospital og Middelfart Sygehus, vil overgangen til de kortærmede uniformer ske gradvist i løbet af eftersommeren og efteråret. I denne periode vil der blive indkøbt 600 nye, kortærmede uniformskitler, og alle de langærmede uniformsoverdele skal en tur omkring symaskinen, inden de returneres til sygehusene igen.

Samtidig vil hospitalsafdelingernes egne indkøb af f.eks. termotøj med lange ærmer også få en ende.

Påbuddet om korte ærmer gælder alle ansatte, også dem med muslimsk baggrund.

Sygehusdirektør Jens-Otto S. Jeppesen siger til Sygeplejersken:

"Jeg har ikke hørt, at den nye ærmelængde skulle skabe problemer for nogen, men hvis den skulle gøre det, så går påbuddet forud. Det drejer sig om patienternes ve og vel."

## Pensionskassen:

# Ny dækning ved død

**Pension.** Den 1. januar 2007 indfører Pensionskassen for Sygeplejersker en ny ydelse ved død, som sikrer, at der altid kommer en sum til udbetaling, hvis medlemmet dør i den erhvervsaktive alder, uanset om medlemmet er gift, samlevende eller single. Det vedtog Pensionskassens generalforsamling tidligere i år.

Nyordningen gælder medlemmer, der optages fra og med den 1. januar 2007, og PKA overvejer nu, hvordan nuværende medlemmer skal have mulighed for at vælge en tilsvarende ordning i stedet for den nuværende pakke med ægtefælle/samleverspension, éngangssum efter ugifte og alderspensionstillæg.

Der kan læses mere om generalforsamlingens vedtagelser på [www.pka.dk](http://www.pka.dk), hvor man under "publikationer" kan finde medlemsbladets nr. 51, 2006, og se en særlig sygeplejerskeudgave.

Medlemmer kan desuden logge på og dernæst under "min pension" og afsnittet "ved min død" læse om nyordningen.

(sp)



**MPA**  
Master of Public Administration

Master of Public Administration (MPA) er en efter- og videreuddannelse for medarbejdere i den offentlige sektor og i virksomheder og organisationer, der samarbejder med denne.

MPA uddannelsen kvalificerer til at varetage udviklings- og ledelsesmæssige opgaver i en internationaliseret offentlig sektor, der virker i samspil med private virksomheder og organisationer.

Studiestart februar 2007. Ansøgningsfrist 1. december 2006.  
Læs mere om MPA uddannelsen på [www.mpa-aau.dk](http://www.mpa-aau.dk)

**Informationsmøder**

- 13. september 2006, kl. 16.00, Viborg, Centralbiblioteket
- 18. september 2006, kl. 16.00, Aalborg, Amtsgården
- 20. september 2006, kl. 16.00, Århus, Amtsgården

Tilmelding: Informationsmedarbejder Berit Fejborg, tlf. 9635 9617, [bfe@adm.aau.dk](mailto:bfe@adm.aau.dk)

**AALBORG UNIVERSITET**  
Det Samfundsvidenskabelige Fakultet

# ANNA VIL HELST SOVE LÆNGE

NÅR HUN ER VÅGEN TVINGER SOLDATERNE  
HENDE TIL AT GØRE TING HUN IKKE VIL

PÅ 3 TIMER KAN DU ÆNDRE ANNAS LIV

Meld dig som indsamler for  
landsindsamlingen den 3. september 2006

[WWW.REDBARNET.DK](http://WWW.REDBARNET.DK) ELLER 80 24 25 26



Red Barnet i krig

# Plug-in til frem

**Sundheds-it.** Sundhedsydelse og behandling i cyberspace er lige om hjørnet. Allerede nu er det muligt at foretage fjernovervågning af hjerterytmen hos patienter med pacemaker, hjemmeindlæggelse af patienter, der modtager lægekonsultationer via et videokonferencesystem, interaktive operationsstuer og sensorovervågning af ældre borgere, der bliver boende i eget hjem og meget, meget mere. Fagfolk spår, at den såkaldte Pervasive Healthcare i løbet af få år vil revolutionere sundhedsvæsenet.

Informationsteknologi i sundhedsvæsenet er ikke noget nyt, men de seneste år er der landet over blevet eksperimenteret med it i sundhedsydelser, der har til formål at frigøre behandlingen af patienter fra tid og rum. Det lyder måske som cyberspace, men Pervasive Healthcare er et begreb, der snart bliver en lige så naturlig del af dagligdagen i det danske sundhedsvæsen, som elektronisk patientjournal og digitalisering er blevet de sidste år.

Selv om begrebet Pervasive Healthcare

(PHC) ikke er særlig mundret, er det allerede nu værd at hæfte sig ved. Flere danske forskningsprojekter har nemlig vist, at it i sundhedsvæsenet både rummer organisatoriske fordele og medfører kvalitetsløft i behandlingen.

PHC udpeges af Teknologirådet som én af de helt centrale løsninger på flere af de udfordringer, som det danske sundhedsvæsen står over for de kommende år. Politikere og eksperter har ofte beskrevet scenarierne: flere ældre, flere patienter med ►



# tiden

Af Katrine Birkedal Christensen, journalist • Foto: Søren Holm

17/2006

Sygeplejersken

13

►► **HVAD ER PERVASIVE HEALTHCARE?** Pervasive Healthcare (PHC) er en overordnet betegnelse, der dækker over de teknologier, der integrerer it i sundhedssektoren. PHC kan defineres som "allestedsnærværende sundhedsfremme og omsorg" og bygger på en vision om, at sundhedsydelser kan leveres når som helst og hvor som helst – og som dermed kan flyttes ud af hospitalerne. Udviklingen inden for PHC hviler på teknologisk udvikling inden for især tre områder:

- **Sensorteknologi:** Udvikling af mindre sensorer, der gør det lettere at foretage målinger af kroppens sundhedstilstand.
- **Sensornetværk:** Gør det muligt at dække et geografisk område og flere sundhedsmæssige faktorer.
- **IT-infrastruktur:** Gør det muligt at sende og modtage patientdata fra og til de rigtige steder.

Kilde: Teknologirådets rapport "Sundhedsydelser med IT," maj 2006.

► kroniske sygdomme og færre hænder til at yde behandling og pleje. En situation, der er udset til at skabe et betydeligt pres på det danske sundhedsvæsen.

”Det betyder, at på én eller anden måde skal man forsøge at udnytte de ressourcer, der er i sundhedsvæsenet, bedre. Det, som vores arbejdsgruppe har fundet ud af, er, at it er et af de redskaber, som man skal bruge,” forklarer *Anders Jacobi*, der har været projektleder for en arbejdsgruppe i Teknologirådet, der i forsommeren udgav rapporten ”Sundhedsydelse med IT.”

### Allestedsnærværende sundhedsydelse

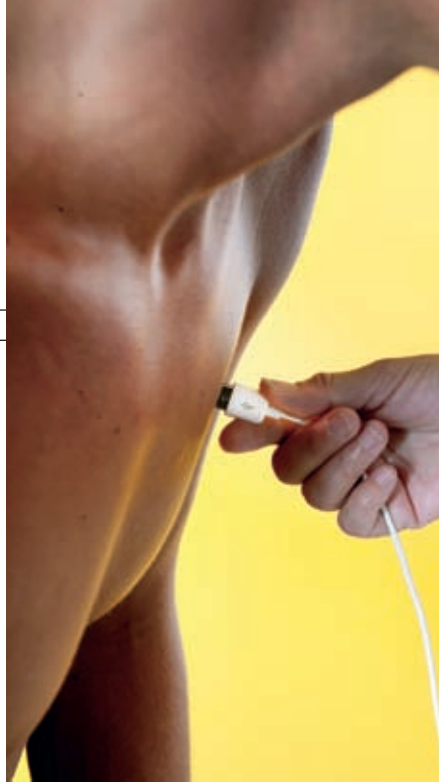
Hvad PHC helt præcist dækker over, er endnu til diskussion, men leder af Center for Pervasive Healthcare, professor *Morten Kyng*, giver en definition: ”PHC handler om at bruge alle de nye muligheder, som moderne informationsteknologi skaber, til at gøre sundhedsydelser allestedsnærværende. Altså at borgerne kan få sundhedsydelse, dér, hvor de gerne vil have dem, og på det tidspunkt, de gerne vil have dem.”

Et eksempel på behandling, der er løsrevet fra tid og sted, er et pilotprojekt, der på forsøgsbasis lader KOL-patienter indlægges i eget hjem. Den faglige ekspertise er for patienten tilgængelig i samme omfang som på hospitalet, idet lægen via bl.a. et videokonferencsystem foretager stuegang. Hospitalets forlængede arm i patientens hjem er hjemmeplejen, der tilser både patient og det tekniske udstyr. Projektet blev vel modtaget af både patienter og sundhedspersonale, og erfaringer fra lignende projekter i England har vist, at indlæggelsestiden for KOL-patienter næsten kan halveres.

### Færre hospitalsindlæggelser

Som det britiske eksempel viser, vil mulighederne inden for PHC bl.a. medvirke til, at færre patienter vil blive indlagt på landets sygehuse.

”Utrolig mange af de nye anvendelser,



vi vil se, handler om at tage den ekspertise, som nu er på hospitalerne, og gøre den tilgængelig for folk, der ikke fysisk er på hospitalet. At gøre den tilgængelig for praktiserende læger og hjemmesygeplejersker vil være én af de helt store trends,” siger Morten Kyng.

I Danmark er vi endnu kun på forstadiet til fremtiden.

”PHC har i første omgang bestået af en række eksperimenter. Men vi må forvente, at eksperimenterne i højere og højere grad bliver inkorporeret, så mulighederne bliver mere og mere normale,” siger *Stig Kjær Andersen*, der er lektor ved Institut for Sundhedsvidenskab og Teknologi på Aalborg Universitet.

Også *Henning Bruun-Schmidt*, der er formand for Amtsrådsforeningens temagrupper om sundheds-it og direktør i Viborg Amt, tror på, at informationsteknologien vil blive mere og mere udbredt i sundhedsvæsenet: ”Appetitten vokser med, at man spiser.

Jo mere, man finder ud af, hvad man kan bruge det her til, jo flere ideer får man om, hvordan man kunne forbedre kvaliteten, rationalisere eller øge tilfredsheden. Og det er jo kun dejligt.”

### Muligheder for at blive i eget hjem

I England har man allerede udbredt mange løsninger til hjemmet i større skala.

”PHC er forholdsvis udbredt i England

allerede. De har godt 300 såkaldte callcentre, der hver overvåger et stort antal lejligheder, hvor der er sensorer af forskellig slags. Når der går en alarm, så prøver sundhedspersonalet at kontakte beboeren, og hvis de ikke kan få fat i beboeren, så tager de ud og ser til vedkommende. Man bruger ikke videoovervågning, men derimod bevægelsessensorer, røgdetektorer, varmedetektorer i komfuret, vanddetektorer på gulvet i badeværelset og køkkenet osv.,” forklarer Morten Kyng fra Center for Pervasive Healthcare.

Morten Kyng mener, at danske borgere ligeledes vil have glæde af denne type overvågning i eget hjem.

”De fleste ældre borgere vil gerne blive i egen bolig, men de er utrygge ved det, fordi de f.eks. er bange for at falde, og de løsninger, man har i dag, er ikke særlig gode. Folk har måske en faldsensor eller en alarmknap, men den tager de af, når de skal i bad, eller også går de ikke med den, fordi de synes, den er grim.

Hvis de så falder i badet, kan de ikke bruge deres alarm. Jeg tror, at der vil komme en lang række løsninger over de næste 5-10 år, som vil gøre det meget nemmere for folk at klare sig i eget hjem,” siger han.

### Faggrænserne rykkes

Ved at flytte behandling, konsultationer og indlæggelse fra hospital til eget hjem flyttes også faggrænser og organisatoriske rutiner.

”Nogle opgaver vil jo flytte sig fra eksempelvis læger til sygeplejersker, og det skal begge grupper være indstillet på,” siger *Anders Jacobi* fra Teknologirådet.

Han bakkes op af lektor *Stig Kjær Andersen*: ”Der bliver en revurdering af arbejdsopgaverne. Det ser man altid, når der kommer ny teknologi. Det er en nødvendig konsekvens af, at vi bevæger os. Så faggrænserne vil skride.”

ingen af forskerne tør spå om, hvorvidt denne reorganisering udgør en fordel eller en ulempe. Teknologirådets arbejdsgruppe advarer dog om, at den hidtidige fordeling af magt og kompetence blandt det sundhedsfaglige personale vil blive udfordret af PHC. Derfor anbefaler de, at ledelsen sætter tid og opmærksomhed af til at forhandle nye ansvarsområder på plads.

►► **EUROPA OPRUSTER INVESTINGER I SUNDHEDS-IT.** De europæiske sundhedsvæsnere bruger flere og flere penge på implementeringen af it. Målet er at få et mere effektivt sundhedsvæsen med færre fejl, og det er først og fremmest de elektroniske patientjournaler, der trækker læsset. Frem til 2009 vil der alene i Europa blive investeret 75 mia. kr. i sundheds-it. Ifølge analysebureauet IDC svarer det til en årlig stigning på 6,7 pct. i investeringerne i it-løsninger.

Kilde: Børsen, 24. januar 2006.



Af Katrine Birkedal Christensen, journalist • Foto: Søren Holm

Afdelingssygeplejerske Marie-Louise Ulsø og operationstekniker Niels Juul Nielsen tjekker operationsprogrammet ved skærmene på Horsens Sygehus. I venstre hjørne af skærmen vises billeder fra et webkamera, der er installeret på stuerne og i koordinatorcentralen. Rundt om billedet der er en statusbarre, der indikerer hvor langt man er i operationsforløbet. Den farvede firkant på skærmen er et chatfelt, der bruges til at kommunikere med hinanden på afdelingen. Alt sammen tekniske hjælpemidler, der har lettet arbejdsgange og planlægning på operationsafdelingen.



# Overvågning letter arbejdsgangen



**Større overblik.** På Horsens Sygehus hjælper chips og interaktive mobiltelefoner med at lokalisere personalet. Frem for at ringe eller løbe rundt på gangene kan man spore personalet via skærme på operationsgangen og sende dem en besked. Resultatet er bedre overblik og reduktion i antallet af unødige opkald og skridt.

Afdelingssygeplejerske Marie-Louise Ulsø fortæller begejstret om effekterne af den nye it: "Formålet med *det interaktive hospital* er, at vi får et meget bedre overblik over programmerne og ser, hvordan forløbene går på stuerne. Desuden har vi en stor mulighed for at udnytte personaleressourcerne meget bedre, fordi vi ved, hvor folk er henne. Det fungerer rigtig godt. Du har et meget bedre overblik."

For at undgå, at personalet føler sig overvåget, er kaffestuen og toiletterne undtaget. "Man skal også kunne være privat. Så det er kun der, hvor man arbejder, at vi kan følge personalet," forklarer hun.

Projektet på Horsens Sygehus bliver kaldt *det interaktive hospital*. Projektet, der er det første af sin slags i Danmark, rummer mange forskellige tekniske muligheder.

## Én besked er effektiv

"Der er flere elementer i *det interaktive hospital*. Der er skærme, hvor man har selve operationsplanen, og så har vi en besked-tekst-boks, hvor vi kan sende beskeder ind til stuepersonalet. Man kan

eksempelvis skrive: Nu er der en akut patient, der skal på herefter," siger Marie-Louise Ulsø.

Netop muligheden for at kommunikere via tekst, der fungerer i stil med chatprogrammer, har afdelingssygeplejersken oplevet som en gevinst, fordi det mindsker antallet af forstyrrende opkald og giver mulighed for at kommunikere samme besked til flere personer samtidig.

"Formålet med projektet er, at man skulle lette personalets arbejdsgange. I og med man reducerer forstyrrelserne ved f.eks. at sende beskeder ud på én gang, frem for at du skal ringe til 10 forskellige personer, når du får en akutpatient ind, bliver tingene mere effektive."

Desuden er operationsstuen blevet understøttet med et digitalt "koøje."

"I operationsstuen sidder et videokamera, der sender live til en skærm i koordinatorcentralen. Så her kan man simpelthen følge med helt præcist, hvor langt man er. Førhen skulle man gå fysisk hen til stuen, og ved kontakt skulle man forstyrre ved at gå ind på stuen eller ringe derind. Det betyder også noget, når stuen

er ved at blive gjort ren, så kan man se, at der er aktivitet på stuen, og at de er ved at være klar til næste patient," forklarer Marie-Louise Ulsø.

## Det er fremtiden

Personalet har været så tilfredse med den interaktive operationsstue, at den på opfordring fra personalet nu indføres på alle sygehusets ni operationsstuer. Og selv om Marie-Louise Ulsø understreger, at man ikke skal bruge it for enhver pris, mener hun alligevel, at den interaktive operationsstue er fremtiden.

"Det er min overbevisning, at det bliver mere og mere it-minded. Det har vi kunnet se, i og med vi har fået elektronisk patientjournal, digitale røntgenbilleder, og at al vores kommunikation foregår via e-mails og elektronisk nyhedsbog. Det er fremtiden," slutter Marie-Louise Ulsø.

*kbc@dsr.dk*

Læs også artiklen "Fra koøje til digitalt koøje" af Marie-Louise Ulsø og Jane Elgø side 49 i dette nummer af *Sygeplejersken*.



**Videokonsultation.** At modtage behandling, gå til konsultation og kontroltjek behøver ikke indebære et besøg på et hospital eller hos den praktiserende læge. Et forskningsprojekt i Århus Amt har nemlig eksperimenteret med behandling af diabetiske fodsår i hjemmet, og projektet var en succes hos både det sundhedsfaglige personale og patienterne.

# Konsultation hjemme i sofaen

Normalt vil en fodsårspatient jævnligt være nødt til at møde op til tjek på hospitalet. Det indebærer transporttid og ventetid, og der findes eksempler på, at patienter har fravalgt behandlingen med øget sandsynlighed for amputation til følge. Men i foråret 2005 kunne fem diabetiske fodsårspatienter læne sig tilbage i sofaen og vente på, at behandlingen kom til dem.

Konsultationerne i hjemmet foregår ved, at hjemmesygeplejersken er udstyret med en videotelefon. Med telefonen tager sygeplejersken billeder, der sendes direkte til en elektronisk sårjournal. Herefter ringer sygeplejersken op til lægen på hospitalet, der ud over at have adgang til bille-

derne af patientens sår i journalen også er udstyret med en videotelefon. Under besøget er der således mulighed for at patient, hjemmesygeplejerske og sårspecialist kan kommunikere direkte med hinanden.

## Det er smart

Den direkte kommunikation oplevede hjemmesygeplejerskerne, der deltog i projektet, som en stor fordel:

”Man har flere kompetente, professionelle øjne på det og får samtidig et godt, nært samarbejde med en sygehuslæge. Det er så smart, at man kan filme og lave video på det, fordi man kan se såret og diskutere udseendet af såret direkte med

lægen eller sygeplejersken,” forklarer hjemmesygeplejerske *Agnethe Avlund*, der har arbejdet i hjemmeplejen i Århus siden 1985.

Den nye teknologi skræmte hverken patienter eller sygeplejersker. Patienterne, der alle var ældre mennesker, var både trygge ved og tilfredse med denne form for behandling.

”Jeg tror, at patienterne bliver mere engagerede, fordi det jo er lidt spændende, at der ”kommer fjernsyn på.” Min patient var i forvejen meget interesseret i alting, men jeg tror også, at andre vil have glæde af det,” fortæller Agneth Avlund.

## Teknikken er en fordel

Agneth Avlund oplevede også selv den nye teknologi som en fordel.

”Jeg skulle selvfølgelig have hjælp, men jeg kunne sagtens lære det – også selv om jeg ikke er så ung. Jeg er helt sikker på, at det er noget, vi kan bruge fremover. Også til andre situationer og med andre læger. Det er nogle gode erfaringer, jeg havde med det,” siger hun.

Projektet i Århus Amt blev kun gennemført med få patienter, men resultater fra et lignende telemedicinsk projekt i Vestsjællands Amt viste, at man opnåede vellykket sårbehandling, en gladere patient og en reduktion af omkostningerne med ca. 75 pct. i forhold til traditionelle behandlingsforløb.

►► **TAG MASTERUDDANNELSE I SUNDHEDS-IT.** Med en sygeplejerskeuddannelse og mindst to års erhvervs erfaring er det muligt at tage en masteruddannelse i sundheds-it på IT-Universitetet i Ørestad. Formålet er at uddanne brobyggere mellem it og sundhedsområdet. Det tager to år på deltid at tage uddannelsen, der giver indsigt i it-tekniske og organisatoriske aspekter. Uddannelsen åbner for første gang dørene for et hold studerende den 25. august 2006 og optager 30-40 studerende.

Læs mere om masteruddannelsen på [www1.itu.dk](http://www1.itu.dk) under *uddannelse/efter- og videreuddannelse/masteruddannelse/sundhedsIT*.

## ►► LINKS TIL HJEMMESIDER OM PERSASIVE HEALTHCARE:

Teknologirådets rapport: Sundhedsydelse med IT: [www.tekno.dk](http://www.tekno.dk)

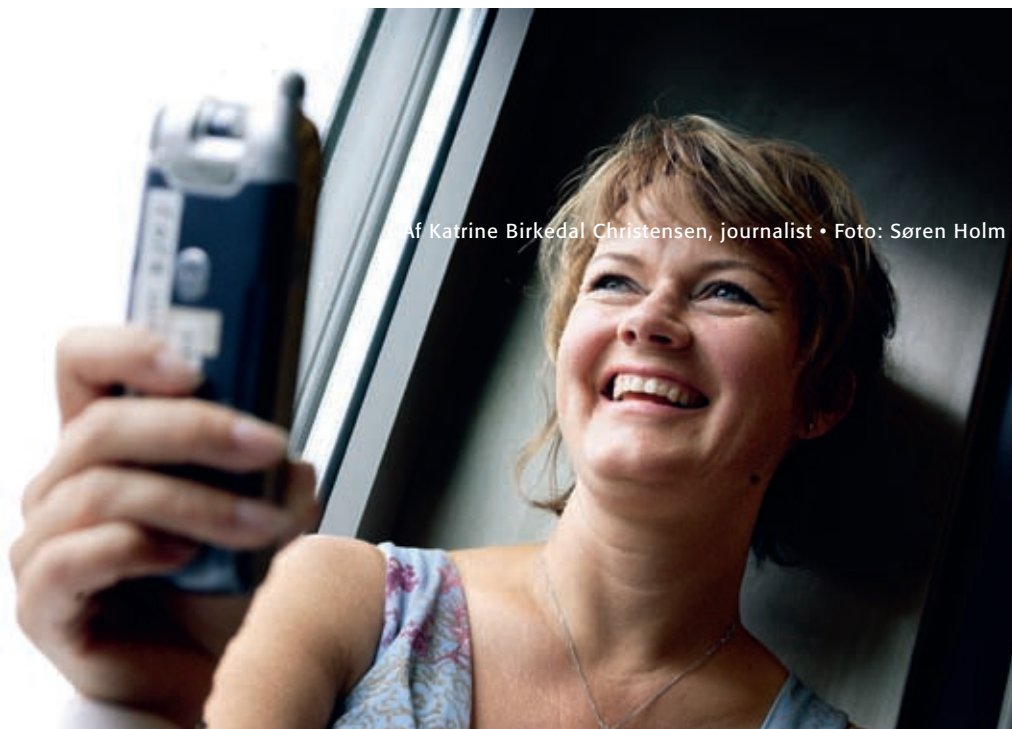
Center for Pervasive Healthcare: [www.pervasivehealthcare.dk](http://www.pervasivehealthcare.dk)

Forskningsbaseret vidensnetværk sundITnet: [www.alexandra.dk/forskning/sunditnet](http://www.alexandra.dk/forskning/sunditnet)

Resultaterne fra Region Århus' tænketank: [www.it-raad.dk/taenketanke/pervasivehealth](http://www.it-raad.dk/taenketanke/pervasivehealth)



af Katrine Birkedal Christensen, journalist • Foto: Søren Holm



Videotelefonen i Jane Clemensens hånd udgør en vigtig teknologisk brik i løsningen på sundhedsvæsenets udfordringer. Med denne telefon kan patienten i samarbejde med sin hjemmesygeplejerske "modtage" hospitalslægen til en virtuel konsultation i eget hjem. Hjemmekonsultationen kan potentielt reducere omkostningerne ved behandlingsforløbet med op til 75 pct.

# Forelsket i it-muligheder



**Missionær.** "Tendensen i tiden er med os. Hvis vi ikke vil fremstå som en forstokket faggruppe, så er vi nødt til at hoppe på vognen og selv blive trend-sættere," siger ph.d.-stipendiat og sygeplejerske Jane Clemensen om Pervasive Healthcare (PHC) i det danske sundhedsvæsen.

For *Jane Clemensen* har mødet med sundheds-it været en øjenåbner. Hun ser de kreative muligheder, som informationsteknologien skaber for fremtidens sundhedsvæsen.

"Selvfølgelig handler alting ikke om it. Så meget nørd er der ikke over mig. Jeg ser bare, at it kan være med til at løse en masse eklatante problemstillinger, som vi har i sundhedssektoren verden over," forklarer Jane Clemensen.

Problemstillingerne i sundhedsvæsenet handler overordnet om, at der bliver for få unge til at passe de for mange gamle. Desuden stiller patienten i fremtiden helt andre krav til sundhedssektoren.

"Vi har en ny kategori af borgere, som har nogle helt andre forventninger til sundhedssystemet, end vores bedsteforældre havde. Man skal være åben over for, at it er en helt åbenlys mulighed for, at man via teknologien kan tilbyde et behandlingsforløb på en fuldstændig anderledes måde, end vi gør i dag. Det viser sig oven i købet, at det er til det bedste for alle parter," siger Jane Clemensen, der taler på baggrund af sine erfaringer fra bl.a. forskningsprojektet om konsultation i eget hjem ved hjælp af videotelefoner for fodsårpatienter i Århus.

I forskningsprojektet konsulterede hjemmesygeplejerske og patient en læge og en sygeplejerske med sårspciale på hospitalet over en videotelefon direkte fra hjemmet. En form, der fik sundhedspersonalet til at opleve, at de arbejdede i et team om behandlingen.

Hjemmekonsultationen indebar, at patienten kom til færre konsultationer på hospitalet. Patienten betragtede det som en gevinst at slippe for transport til hospitalet, men for sygeplejersken med sårspciale indebar videokonsultationen mindre patientkontakt.

"For ekspertsygeplejersker er det en ny rolle. De var skeptiske forud for projektet, for de skulle jo give slip på deres patienter.

De elsker at pille i sår, men det mister de, fordi de ikke får helt så mange patienter mellem hænderne. Der er man selvfølgelig nødt til at se på, om ekspertsygeplejerskerne kan opretholde deres ekspertise, når de ikke behandler helt så mange sår," siger Jane og tilføjer:

"Men da projektet blev pilottestet, opstod en ny rolle for ekspertsygeplejerskerne. De skulle nu fungere som konsulenter for hjemmesygeplejersken – en rolle, som de fandt både udfordrende og spændende."

Jane Clemensen tilføjer, at det er vigtigt, at man forbereder organisationen på den ændrede arbejdsfordeling og arbejdstilrettelæggelse.

*kbc@dsr.dk*

►► **BLÅ BOG.** Jane Clemensen blev færdiguddannet sygeplejerske i 1988. I 1997 blev hun kandidat i sygeplejevidenskab, og i 2006 afsluttede hun sit ph.d.-projekt om Pervasive Healthcare. Jane Clemensen har arbejdet som sygeplejerske i psykiatrien, uddannelseskonsulent og sygeplejekonsulent. Desuden har hun erfaring fra et job som managementkonsulent. Før hun startede på sin ph.d.-uddannelse i 2003, arbejdede hun i tre år som oversygeplejerske på en plastikkirurgisk afdeling i Århus.

I dag er Jane innovationschef på Alexandra Institutet, hvor hun desuden fungerer som souschef for Center for Pervasive Healthcare og leder det nye højteknologiske netværk sundITnet.

## Sygepleje på kanten

Hvordan foregår dagligdagen som sygeplejerske for samfundets mest udsatte? Sygeplejersken følger i en ny serie tre sygeplejersker, der arbejder med udsatte grupper.

### Privat initiativ. I

Nakskov er hver tiende indbygger flygtning eller indvandrer. Hjemmesygeplejerske Hanne Foersom har oplevet, hvordan de mest belastede flygtninge føler sig fortabte i sundhedsvæsnet og har brug for et særligt tilbud. Derfor oprettede hun for to år siden landets eneste private sygeplejeklinik for flygtninge og indvandrere.



# Folkesundhed

”Hvordan går det med at tabe sig?” Diætist *Bettina Birk-Sørensen* stiller spørgsmålet til de tre bosniske kvinder, der sidder ved det lille spisebord i køkkenet. Der er dækket op med stearinlys, grønne servietter og hvide kaffekopper på den blomstrede voksdug. Formiddagstraktementet består af Bettinas hjemmebagte

hvedegrovboller og kaloriefattig marmelade.

Vi er i den private sygeplejeklinik ”Kom Forbi” i en ældre gulmalet palævilla i Nakskov. De tre kvinder ved bordet lytter opmærksomt, mens Bettina Birk-Sørensen gennemgår dagens emne:

”Hvordan undgår man at tage på?” Ved

bordet sidder også den 59-årige sygeplejerske *Hanne Foersom*.

For to år siden oprettede hun det private sundhedsprojekt ”Kom Forbi”, som henvender sig til flygtninge. Krigstraumer er ikke ukendte for sundhedspersonalet i Nakskov.

Ti procent af byens 16.000 indbyggere



### ►► BLÅ BOG

Hanne Foersom er 59 år og har arbejdet som sygeplejerske i 20 år. Inden da har hun arbejdet i bank og været hjemmegående husmor. Hanne Foersom har tidligere arbejdet med cancerpatienter på Kirurgisk afdeling på Hillerød Sygehus. De seneste 12 år har hun arbejdet i hjemmeplejen, og hun åbnede i 2004 klinikken "Kom Forbi" i Nakskov.



Kostkursus en tirsdag formiddag i "Kom Forbi" i Nakskov. Der serveres boller og fedtfattig marmelade, og en diætist underviser i sund kost. Overvægt er et af de problemer, som fylder meget. For enden af bordet sidder Hanne Foersom ved siden af den 30-årige Suada Džananovic og hendes niårige søn Elvis. Suada overlevede massakren i byen Srebrenica i Bosnien. I dag har hun svært ved at komme videre i Danmark, og hun har ofte smerter i kroppen. Yderst til venstre i billedet ses 41-årige Senada Dautovic, der også er flygtning fra Bosnien.

# for flygtninge

er flygtninge eller indvandrere. 1.200 kommer fra Bosnien, og 300 er romaer (sigøjnere) fra det tidligere Jugoslavien.

Ideen til projektet opstod, fordi Hanne Foersom som hjemmesygeplejerske oplevede, hvordan de dårligst integrerede flygtninge kom til kort i det danske sundhedsvæsen.

Hun kontaktede det private "Projekt Udenfor" i København, og det lykkedes at få et samarbejde i stand med Nakskov Kommune. En ansøgning til Helsefonden resulterede i en bevilling på 200.000 kr.

I begyndelsen var Hanne Foersoms idé med projektet at yde sygepleje som at tage blodtryk og lave kurser i kost og motion.

Men hun har måttet sande, at mavesmerter, hovedpine og muskelspændinger ikke kan adskilles fra flygtningenes sociale og psykologiske situation. Derfor fungerer hun både som forebyggende sygeplejerske, sjælesørger og socialrådgiver. Selv kalder hun sit initiativ for et folkesundhedsprojekt. ►

### ► Trøstespisning

Selve kliniklokalet i ”Kom Forbi” minder med sine kurvemøbler og det lyserøde patchworktæppe på undersøgelsesbriksen mere om en dagligstue end om en sygeplejerskes konsultation. Der kommer i gennemsnit fem brugere om dagen. Alt i alt har Hanne Foersom kontakt med 135 familier.

Uden at det var planlagt fra starten, er ”Kom Forbi” blevet et kvindeprojekt, og overvægt er et af de problemer, som fylder meget.

56-årige *Dzhva Rizvanovic* er en kraftig kvinde med kortklippet rødt hår og blå øjne. Hun sidder foran diætisten sammen med sin svigerinde, 41-årige *Senada Dautovic*, som også går på kostkursus, fordi hun gerne vil tabe sig.

Det er lettere sagt end gjort, selvom de to kvinder som så mange andre bosniske familier i Nakskov har egen kolonihave

relse. Døtrene går begge i gymnasiet og klarer sig godt.

### Diffuse smerter

Efter diætistens oplæg fortæller *Senada Dautovic*, at hun har ondt i ryggen og muligvis skal indstilles til operation for diskusprolaps.

Ved bordet sidder også 30-årige *Suada Džananovic* sammen med sin niårige søn *Elvis*.

*Suada Džananovic* er velklædt, har tykt sort hår og strålende grønne øjne. Hun har konstant smerter i kroppen og besøger klinikken næsten hver dag. *Suada* er meget bevidst om, at smerterne hænger sammen med krigstraumer. Hun var 19 år, da hun overlevede massakren i byen Srebrenica i Bosnien, hvor byens 8.000 drenge og mænd blev bortført og dræbt.

Selv om *Suada* taler godt dansk, er det svært for hende at komme videre i Dan-

søg er en vigtig del af Hanne Foersoms arbejde, og hver måned besøger hun omkring 20 familier.

Der er ikke et støvsnug at se i den rummelige, velholdte treværelses lejlighed. Stuen er enkelt møbleret med hvidflæsed gardiner, en reol, et mønstret tæppe og en fløjlsofa. *Servette Shala* er gift og mor til to døtre på to og tre år. Pigerne er meget små og har haft svært ved at komme i trivsel. Men det går bedre. Til gengæld er *Servette Shala* under pres. Hvis ikke hun kommer i aktivering, mister hun sin kontanthjælp, og det vil ramme hele familien.

*Servette* er en meget dygtig husmor. Men hun har kun gået seks år i skole i Kosovo. Hendes muligheder er derfor begrænsede.

”Jeg har skrevet til apotekeren og talt med ham om at ansætte dig,” fortæller Hanne Foersom.



og adgang til masser af friske grøntsager.

Da *Dzhva Rizvanovic* kom til Danmark i 1993, var hun en slank kvinde. Siden har hun taget mere end 30 kilo på. ”Det er svært at holde op med at trøstespise, når man har det svært,” forklarer *Dzhva Rizvanovic*. Som de fleste af brugerne i ”Kom Forbi” har hun traumer efter krigen i Bosnien. Hun mistede sin mand, da serbiske militssoldater trængte ind i familiens hus og dræbte de tilstedeværende mænd. Kvinderne – heriblandt *Dzhva* og hendes to døtre – slap med livet i behold og flygtede.

I Danmark har *Dzhva* fået tildelt førtidspension på grund af krigstraumer. I dag er børnene lyspunktet i hendes tilvæ-

mark. Hun har ikke overskud til at søge arbejde. Men ”Kom Forbi” udfylder et tomrum.

”Man kan komme her og tale om de problemer, man ikke kan tale med andre om. Og så skal man ikke bestille tid,” siger *Suada Džananovic*.

Inden mødet slutter, tager Hanne Foersom sin Maylandkalender frem:

Derefter plotter hun efterårets kostkursus ind i kalenderen og skriver datoerne ned på små gule sedler, som deles ud til de bosniske kvinder.

### Job på apoteket

Et par minutters kørsel fra ”Kom Forbi” bor den 33-årige romakvinde *Servette Shala* i et socialt boligbyggeri. Hjemmebe-

*Servette* nikker. Hun har selv søgt job i Fakta, Rema 1000 og Netto. Men hun vil allerhelst arbejde på apoteket.

### Traumer fylder meget

Hanne Foersom pointerer, at mange af brugerne i ”Kom Forbi” har en helt anden opfattelse af sundhed og sygdom end danskere.

”De er vokset op i samfund, hvor man ikke går til læge uden at få en recept med hjem. Men den egentlige baggrund for deres smerter er ofte psykosomatiske og sociale problemer, som lægen ikke er i stand til at løse,” forklarer Hanne Foersom.

Hun understreger, at hendes sygeplejerske-baggrund har været helt afgørende for at skabe kontakt med familierne.

”De mennesker, som kommer her, ville

**”De mennesker, som kommer her, ville aldrig gå til en sagsbehandler eller en psykolog med deres problemer. Men de kommer til sygeplejersken. Mange kommer med traumer på grund af de forfærdelige oplevelser, de har været igennem.”**

aldrig gå til en sagsbehandler eller en psykolog med deres problemer. Men de kommer til sygeplejersken. Mange kommer med traumer på grund af de forfærdelige oplevelser, de har været igennem. Jeg er ikke psykolog, men jeg kan snakke med dem om de ting, de har oplevet. Og ofte er det første gang, kvinderne får sat ord på deres oplevelser, fordi det er så svært for dem at tale om krigen,” siger Hanne Foersom.

F.eks. fortalte en af kvinderne en dag om en forfærdelig oplevelse i en bus. En mor og et lille barn var blandt passagererne. Det var ulideligt varmt. Barnet var begyndt at græde, hvorefter det blev skudt ned af en serbisk soldat, som ikke kunne holde græden ud. På kostkurset har kvinderne også talt om afdøde præsident *Tito*, og hvad hans død og Jugoslavians sammenbrud har betydet for deres situation.

#### ►► GLÆDE OG FRUSTRATION

*Hvad er det sværeste ved dit arbejde?*

”Det er f.eks. dybt frustrerende, når kvinder med ondt i livet, kommer igen og igen for at klage over de smerter, der afholder dem fra at søge arbejde.

For nogle år siden læste jeg et interview med kunstneren *Olly Ritterband*, som overlevede kzelejren Auschwitz. Hun fortalte, at netop fordi hun havde været så nær helvede, havde hun besluttet sig til, at hendes egne børn skulle opleve livet som et eventyr. Jeg prøver at fortælle den historie videre, så de krigstraumatiserede kvinder kan få nogle rollemodeller. Problemet er, at hvis kvinderne bliver ved med at synke ned i depression og lediggang, så går det ud over børnene.”

*Hvad er det bedste ved dit arbejde?*

”Når tingene lykkes, og familier kommer videre efter modgang. Det er f.eks. meget livsbekræftende, at mange af børnene i de bosniske familier klarer sig godt i skolen og går videre i gymnasiet.”

tur, der slår igennem,” siger Hanne Foersom.

Hun forsøger at tackle de kulturelle udfordringer ved at vise omsorg, stille krav og afvise åbenlyse urimeligheder, og

I det hele taget har det chokeret Hanne Foersom at finde ud af, hvor problematisk mange flygtninge oplever mødet med det danske system. En af de sager, der har fyldt meget i ”Kom Forbi,” er historien



#### Romakulturen

Hvor bosnierne på mange måder har let ved at falde til i det danske samfund, så har en af de store udfordringer i ”Kom Forbi” været at prøve at forstå romaernes kulturelle baggrund.

”Romaerne er også udstødte i de samfund, de kommer fra i Østeuropa, og det præger dem. De har f.eks. et helt andet forhold til aftaler end bosnierne. Jeg kan ikke regne med, at romakvinderne kommer til tiden,” fortæller Hanne Foersom.

Hun har oplevet, at selv velintegrerede romafamilier undlader at bakke op om deres børns skolegang. Ofte vil familierne ikke betale ekstraudgifter til kurser, medicin og fritidsaktiviteter.

”Måske er det en traditionel tiggerkul-

så læser hun meget om romaernes kultur.

”På et tidspunkt blev jeg f.eks. opsøgt af en kvinde, som sagde: ”Du skal ringe og sige til min arbejdsplads, at jeg ikke kan gå på arbejde, fordi jeg har ondt i ryggen.” Det nægtede jeg. For som jeg sagde til hende: ”Jeg går også på arbejde, selvom jeg har ondt i ryggen.”

#### Et barn blev fjernet

På skrivebordet i klinikken ligger en bunke fotokopier. Det er en af de sociale sager, som Hanne Foersom har brugt meget tid på. Et lokalt boligselskab har nægtet at anerkende, at en romakvinde har sagt sin lejlighed op. Nu har kvinden, der er enlig mor på kontanthjælp, udsigt til at skulle betale dobbelt husleje.

om et kosovoalbansk ægtepar, som for to år siden fik tvangsfjernet deres nyfødte søn.

Efter nogen betænkningstid gik Hanne Foersom ind i sagen. Et langt og sejt papirarbejde med Ankestyrelsen og kommunens familieafdeling endte lykkeligt. Forældre og barn er i dag blevet genforenet, og barnet har det godt.

”Tvangsfjernelsen byggede efter min mening på misforståelser. Moderen er helt normal, og det virkede forkert, at hun ikke skulle kunne tage sig af et barn. Men familien havde aldrig klaret sig i den sag, hvis ikke de havde fået hjælp af mennesker, som kender det danske system. Sagen er blot et eksempel på, hvordan de dårligst stillede flygtninge er fortabt, hvis ►

► de kommer i karambolage med de danske myndigheder,” fortæller Hanne Foersom.

### Hjemmepleje for flygtninge

Til nytår udløber bevillingerne til ”Kom Forbi.” Men Hanne Foersom er ikke i tvivl om, at der er behov for at udvikle en særlig hjemmesygepleje for de mest sårbare flygtninge. I øjeblikket forhandler hun med kommunen om en fortsættelse af klinikken.

”Jeg har en stor kontaktflade, og den tilid kan man ikke bygge op på en dag. Så på den måde ville det være synd, hvis projektet må lukke.”

I ”Kom Forbi” får Hanne Foersom hjælp fra to frivillige, der tidligere har arbejdet i et asylcenter. Hun modtager også støtte fra ”Projekt Udenfor” i København. Men ellers er hun meget alene, og det kan ikke undgås, at arbejdet slider.

”Efter at den lille dreng blev fjernet fra sine forældre, lå jeg mange gange søvnløs om natten. Jeg får heldigvis god hjælp fra

►► **”KOM FORBI”.** Projektet ”Kom Forbi” i Nakskov blev oprettet i januar 2004 med det mål at yde en konkret sundhedsindsats rettet mod indvandrere, flygtninge og asylsøgere. Projektet er støttet med 400.000 kr. om året af Sygekassernes Helsefond og Projekt Udenfor. Nakskov Kommune har støttet initiativet ved at stille gratis lokaler til rådighed.

Læs mere om projektet på [www.udenfor.dk](http://www.udenfor.dk)  
Hanne Foersom kan kontaktes på [hf@udenfor.dk](mailto:hf@udenfor.dk)

de frivillige. Men det ville da være ideelt at være flere ansatte. Det er der bare ikke penge til.” Hanne Foersom har mange års erfaring med at lave kirkeligt arbejde for børn, men hun afviser, at oprettelsen af ”Kom Forbi” hænger sammen med idealisme eller religiøs overbevisning.

”Jeg gik i gang med projektet, fordi jeg kunne se behovet for en sygepleje målrettet Nakskovs dårligst stillede flygtninge. Jeg elsker at arbejde med mennesker og synes, det er meget spændende at arbejde som sygeplejerske med flygtninge fra andre kulturer.”

Det ringer på døren. En genert, yngre

kvinde og en glad lille dreng på to år kommer ind i entreen. Den kosovoalbanske mor, som i sin tid fik tvangsfjernet sin søn af myndighederne, er kommet på besøg.

Lille *Abnor* tumler ind i den kommunale legestue ved siden af klinikken og sætter sig på gulvet med en bunke legetøj.

”For mig har hjemgivelsen af den dreng været hele sliddet omkring klinikken værd,” siger Hanne Foersom.

*bs@dsr.dk*

Næste artikel i serien bringes i nummer 19.

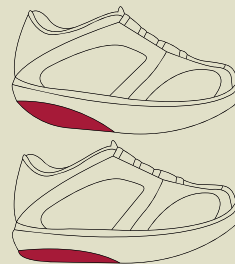


step into a better body

Med fokus på fysik...  
– nyd et godt helbred!

”MBT er ikke kun et modefænomen, men en livsstil, en funktionel sko og et træningsredskab.”

Erik Veje Rasmussen  
MBT Danmark A/S



Bemærk Masai Sensoren som bl.a. mindsker belastningen på dine led.



**Verdens mindste motionscenter. Med sko fra MBT træner du kroppen skridt for skridt – MBT giver begrebet fritidsaktivitet en ny betydning!**



Find din nærmeste MBT-Shop eller forhandler på [www.mbt-danmark.dk](http://www.mbt-danmark.dk).

**MBT**  
physiological footwear

**Storvask.** Kliniske vejledninger i accelererede operationsforløb gavner ikke blot patienterne, men er med til at tydeliggøre arbejdsgange og opgavefordeling mellem læger, sygeplejersker og andre faggrupper. Enhed for Perioperativ Sygepleje kan foreløbig tilbyde kliniske vejledninger for otte kirurgiske områder.

# Kliniske vejledninger renses arbejdsgangene

Det er kun få år siden, at patienter hverken kom ud af sengen de første dage efter en operation eller måtte spise, før deres tarmsystem fungerede igen.

Nu ved man, at ændrede plejeprincipper forebygger komplikationer som blodpropper, lungebetændelse og sårinfektion, og at patienterne kommer hurtigere til kræfter, når de bliver medinddraget før operationen, får effektiv smertebehandling, ernæringstilskud og bliver mobiliseret tidligt efter operationen.

Men indførelsen af accelererede operationsforløb klargør også de forskellige faggruppers arbejdsgange og opgaver. Dobbeltrøller og unødvendige prøver bliver luget ud, og i en tid med sammenlægning af specialer og sygehuse er en udredning af arbejdsgange naturlig.

Sygeplejersker spiller en nøglerolle, når accelererede operationsforløb skal fungere. Deres indsats – før, under og efter operationen – er afgørende for, om patienterne kommer godt og hurtigt gennem et kirurgisk indgreb.

Langt hovedparten af det perioperative forløb (se boks) står sygeplejerskerne for. Lægerne foretager operationen og tilser patienten ved stuegang.

Men sygeplejerskerne orienterer patienterne inden operationen og er ansvarlige for, at patienterne bliver ernæret, mobiliseret og vejledt i levevis efter operationen. Det er også sygeplejerskerne, der administrerer smertebehandlingen.

Er man i tvivl om, hvordan man yder den bedste sygepleje i et accelereret operationsforløb, er der hjælp at hente hos Enhed for Perioperativ Sygepleje, der er en

landsdækkende forskningsenhed tilknyttet Rigshospitalet.

Enheden har – med udgangspunkt i forskningsbaseret litteratur samt i de erfaringer, sygeplejersker på området har gjort sig – udarbejdet kliniske vejledninger for indtil videre otte kirurgiske områder:

1. Kolon
2. Knæ-hofte-alloplastik
3. Hoftefraktur
4. Hysterektomi
5. Nefrektomi
6. Hernier
7. Galdesten
8. Ovariecancer.

Inden for det næste år følger tre mere:

9. Lungeresektion (november 2006)
10. Mammae-kirurgi (januar 2007)
11. Aorta-aneurisme (marts 2007).

Enheden har sit fokus på kirurgien, men de kliniske vejledninger kan også udvikles for andre områder, f.eks. medicinske patientforløb.

Den enkelte kliniske vejledning bliver til ved først at holde en workshop for 20-30 inviterede sygeplejersker fra hele landet med erfaring i det pågældende område.

På workshoppen bliver relevante forskningsresultater præsenteret og diskuteret, og efterfølgende bliver forslag fra workshop-deltagerne indarbejdet i vejledningen, sendt til høring hos deltagerne ad to omgange og til sidst endeligt "vedtaget."

Vejledningerne ligger til fri afbenyttelse på enhedens hjemmeside (se efterskrift).

Kirsten Rud, projektleder på Enhed for Perioperativ Sygepleje, anbefaler alle kirurgiske afdelinger at bruge de kliniske vejledninger.

"Men ikke nødvendigvis til punkt og prikke. Vi ønsker bare, at de bruger principperne i dem, som de så kan tilpasse deres afdeling," siger Kirsten Rud.

## Lug ud i arbejdsgange

Hun medgiver, at det kan virke meget abstrakt, når der tales om evidensbaserede vejledninger.

**"Mange har fået øjnene op for, at vi skal kunne måle, hvad sygepleje er, og at velfungerende accelererede operationsforløb gavner patienterne."**

"Men i vejledningerne prøver vi netop at omsætte forskningen til praksis," siger hun. ►

►► **PERIOPERATIV SYGEPLEJE.** Sygeplejen ved det accelererede operationsforløb har fokus på den perioperative periode, som defineres fra det tidspunkt, patienten har givet samtykke til operation, og til patienten har afsluttet de ambulante kontroller efter ca. 30 dage.

Forløbet inddeles i tre perioder: 1. Forberedelsesperiode, 2. Indlæggelsesperiode og 3. Rekonvalescens- og rehabiliteringsperiode. Patientmedinddragelse, ernæring, mobilisering og smertebehandling vægtes højt i alle forløb.



Projektleder Kirsten Rud kan dokumentere, at de ansatte totalt set bruger mindre tid, når der er indført accelererede operationsforløb.

- En af fordelene ved implementering af de kliniske vejledninger for accelererede operationsforløb er, at personalet får beskrevet alle arbejdsgange. Det kræver omstillingsprocessen nemlig.

”For at få strømlinet patientforløbene er man nødt til at stille spørgsmål ved hinandens arbejdsgange. Og dermed bliver der rensset ud i opgaverne. ”Nå, tager vi den prøve?” ”Ja, det troede vi, at I havde brug for!” Eller: ”Jeg informerer patienten om det og det,” ”Gud, det gør jeg også,” genfortæller Kirsten Rud.

Processen ender måske med, at man tager en prøve på et mere belejligt tidspunkt i forløbet, eller at indlæggelsesdage bliver erstattet med ambulante besøg.

### Mange i gang

Hvor mange sygehusafdelinger der bruger kliniske vejledninger, ved Enhed for Perioperativ Sygepleje endnu ikke. Men en undersøgelse af omfanget er klar til efteråret eller foråret 2007.

”Hvis det viser sig, at vejledningerne ikke bliver brugt eller bruges forkert, vil vi undersøge, hvad det skyldes. Hvilke barrierer der er det pågældende sted,” siger Kirsten Rud, som dog regner med, at brugen er ret udbredt.

”Jeg tror, undersøgelsen vil vise, at en hel del afdelinger er i gang. Vi får adskillige kvalificerede henvendelser. Mange har fået øjnene op for, at vi skal kunne måle, hvad sygepleje er, og at velfungerende accelererede operationsforløb gavner patienterne.”

En del faglige selskaber vil også gerne høre om enheden. Og i perioder stammer en stor del af telefonopkaldene til enheden fra sygeplejestuderende, der er i gang med deres bachelor-projekt om accelererede patientforløb.

”De studerende forholder sig kritisk til området, og vi tager kritikken til os. F.eks. har vi omformuleret vores vejledninger om ”information” til patienterne til ”dialog,” fordi ”information” kan opfattes som en-vejskommunikation. Det havde vi ikke selv tænkt over.”

Også udenlandske hospitalsafdelinger benytter sig af den engelske udgave af enhedens hjemmeside.

### Ledelsen skal med

I flere tilfælde er en afdeling begyndt at bruge de kliniske vejledninger på opfordring fra en af de sygeplejersker, der har deltaget på en workshop arrangeret af Enhed for Perioperativ Sygepleje.

Denne rækkefølge kan fungere fint, men Kirsten Rud advarer mod, at typisk en projektsygeplejerske gøres eneansvarlig for at indføre de kliniske vejledninger.

”De sygeplejersker, der bliver udpeget som ansvarlige for implementeringen, står meget alene. De har brug for hjælp. Ikke mindst fra deres ledere. Vi anbefaler derfor, at man sikrer sig, at ens over-

### ”For at få strømlinet patientforløbene er man nødt til at stille spørgsmål ved hinandens arbejdsgange.”

ordnede er med. Det er vigtigt, at man laver en kontrakt med dem fra starten. På et tidspunkt står der tomme senge, og hvad gør man så?” spørger Kirsten Rud og foreslår, at afdelingen kan vælge at lukke sengene og udnytte pladsen til en opholdsstue, hvor patienterne kan gå hen.

De accelererede operationsforløb møder naturligt nok bekymring fra sygeplejerskerne over, om det nu er endnu et sparetiltag, der vil betyde, at de skal løbe hurtigere.

Enheden kan så fortælle, at undersøgel-



►► **TO ÅR MERE.** Enhed for Perioperativ Sygepleje blev oprettet i 2004. Den er en landsdækkende forskningsenhed, tilknyttet Rigshospitalet.

I første omgang var enheden en del af et toårigt projekt finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Projektet er siden forlænget med endnu to år til den 1. juli 2008. Midlerne stammer primært fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, men enheden støttes også finansiel af Hovedstadens Sygehusfællesskab.

Projektleder på Enhed for Perioperativ Sygepleje er sygeplejerske *Kirsten Rud*.

Pr. 1. august 2006 blev klinisk oversygeplejerske *Dorthe Hjort Jakobsen* tilknyttet på fuld tid.

I enhedens styregruppe sidder desuden *Henrik Kehlet*, professor, overlæge, dr.med., leder af Enhed for Kirurgisk Patofysiologi, Rigshospitalet, og *Ingrid Egerod*, cand.cur., ph.d., Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og Omsorgsforskning, UCSF.

ser viser, at de ansatte totalt set bruger mindre tid, når der er indført accelererede operationsforløb. I og med at patienterne er indlagt færre dage, skal personalet rigtigt nok bruge mere tid de enkelte dage, men på færre patienter.

Enheden kan dog også berette om positiv forundring over, hvor meget patienterne kan allerede dagen efter en opera-

tion, når der bliver sørget for, at de ikke har smerter.

#### Udnyttede sammenlægning

Enhed for Perioperativ Sygepleje giver også gerne konsulentbistand til tvivlrådige afdelinger i det omfang, der er ressourcer til det.

Kirsten Rud har bl.a. været med til at indføre accelererede operationsforløb for

knæ- og hofteropererede patienter på Storstrømmens Sygehus Næstved.

Enheden havde brug for en testafdeling for at se, om de kliniske vejledninger virkede, og det gjorde de. Den gennemsnitlige indlæggelsestid for de nyopererede patienter gik ned fra 7,3 til 4,1 dage.

Kirsten Rud fortæller:

”Det faldt sammen med, at Sygehus Nykøbing og Sygehus Næstved skulle fusionere, og den mulighed udnyttede de til sammen at gå ind i noget tredje. Og rigtig mange andre står over for sammenlægninger af specialer eller sygehuse i forbindelse med strukturreformen. De kan måske lade sig inspirere.”

*lha@dssr.dk*

Enhed for Perioperativ Sygeplejes hjemmeside:

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

Læs også den sygeplejefaglige artikel ”En pakkeløsning til patienten” på side 42.

## Billig Studieforsikring i BAUTA [www.bauta.dk](http://www.bauta.dk)

BAUTA tilbyder en særlig fordelagtig studieforsikring.

#### Forsikringen består af to dele:

- 1 Familiens Basisforsikring, som forbrugerrådet anbefaler
- 2 Ulykkesforsikring

#### Familiens Basisforsikring har en udvidet dækning på en række områder:

- Brilleforsikring.
- El-skadedækning ved f.eks. kortslutning i stereoanlæg, video, PC'er m.m.
- Psykologisk Krisehjælp.
- Ferierejseforsikring Verden inkl. Afbestillingsforsikring, som dækker hele husstanden - året rundt - på alle ferie- og studierejser i hele verden (uden for Danmark) i indtil 30 dage.

Hertil kommer den almindelige dækning som f.eks. indbo, tøj, dine bøger og andre personlige ejendele ved brand, tyveri og vandskade.

**Ulykkesforsikringen** har en invaliditetssum på 1 mio. kr. og giver dækning fra en invaliditetsgrad på 5%. Udgifter til tandbehandling efter ulykkestilfælde er uden summæssig begrænsning.

#### Øvrige forsikringer - herunder bilforsikring

Udover studieforsikringen kan vi også forsikre dit hus, sommerhus og bil. BAUTAs bilforsikring hører til blandt landets billigste. BAUTAs bilister har mange fordele:

- Elitebilist efter 4-6 års kørsel - afhængig af din alder.
- Præmien nedsættes én gang årligt - uanset antal skader.
- Når elitetrin er nået, bliver du stående dér.

BAUTA FORSIKRING A/S

Sendes  
ufrankeret.  
Modtageren  
betaler portoen.



BAUTA FORSIKRING A/S  
Farvergade 17  
+++ 0625 +++  
1045 København K

- Jeg vil gerne have tilsendt materiale om BAUTAs særlige studieforsikring.
- Jeg vil gerne kontaktes telefonisk for et uforpligtende tilbud på mine forsikringer.

Igangværende uddannelse \_\_\_\_\_

Uddannelsessted \_\_\_\_\_

Navn \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Postnr. \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

Tlf. privat \_\_\_\_\_

Træffes bedst kl. \_\_\_\_\_

►► **TEMA: SUNDHEDSFREMME OG FOREBYGGELSE.** Hver eneste dag, hver eneste time udfører danske sygeplejersker rundt om i landet livsvigtigt arbejde med sundhedsfremme og forebyggelse. Det kan være at få overvægtige børn til at tabe sig, hjælpe patienter med nedsat lungefunktion og arbejde med mennesker, der døjer med overvægt, kredsløbsproblemer og sukkersyge. I Danmark er folkesygdomme som rygerlunger (KOL), diabetes og hjertesygdomme i voldsom vækst.

Derfor efterlyser bl.a. Dansk Sygeplejeråd en ny kurs og har lavet en handlingsplan for området – et af budskaberne er, at mere sundhed koster penge, men at vi ikke har råd til at lade være. Spørgsmålet er, om der er politisk vilje til at sætte ind. Imens arbejder sygeplejersker og andre videre med sundhedsfremme og forebyggelse på trods af begrænsede midler og muligheder. *Sygeplejersken* bringer tre eksempler fra den virkelige verden og ser på, hvad der er råd til de næste år.

Siden februar 2006 har drenge og piger mellem 10 og 14 år været elever i Sundhedsskolen for Overvægtige Børn i Rødekro Kommune. På samlingerne bliver børnene undervist i kost- og motionsvaner. De kommer en tur i svømmehallen eller op på en motionscykel, og hver anden gang bliver de vejlet.

# Hvis vi skal blive sundere, skal vi bruge flere penge

**Lettelse.** Hvis kommunerne skal hjælpe danskerne med at blive mere sunde, koster det penge. "Hvis regeringen mener noget med de mange skåltaler om forebyggelse, især den borgerrettede, så er det nu, den skal sætte penge bag ordene," siger en sundhedsprofessor. Men de netop overståede økonomiforhandlinger lægger ikke op til forbedringer i 2007, lyder det fra kommunerne.

10 overvægtige skoledrenge og -piger fra Rødekro Kommune har siden februar 2006 mødtes hver torsdag for at gøre fælles front i deres kamp mod overflødige kilo på kroppen. Det er en hård kamp, men de fleste af børnene er ved at få overhånd i dysten mod vægten.

Et markant væggtab vil for alle børnene være en storslået triumf. Men også for samfundsøkonomien vil det være en sejr,

hvis børnene taber sig. Med deres nuværende volumen er de nemlig potentielt tunge byrder for fremtidens sundhedssystem, idet de alle er i højrisikogruppen for at få sukkersyge, hjerteproblemer eller skavanker med ben, knæ og led.

Børnene er elever i Sundhedsskolen for Overvægtige Børn, der finansieres af Rødekro Kommune. Skolen er et af den slags initiativer, som de nye 98 storkommuner kommer til at søsætte i hobetal, når kommunalreformen træder i kraft januar 2007, og kommunerne overtager hovedansvaret for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde. I hvert fald hvis det går, som Indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* (V) forudsiger.

Ministeren har flere gange peget på, at kommunalreformen vil give kommunerne en økonomisk gulerod til at tage hårdt fat om det forebyggende arbejde. Kommunalreformen betyder nemlig, at kommunerne

## ”Reformens intention om at styrke forebyggelse og sundhedsfremme står ikke mål med økonomien i reformen.”

Kontorchef i Kommunernes Landsforening, Peter Kjærsgaard Pedersen, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik, om kommunalreformen, der blandt andet betyder, at kommunerne fra 2007 skal have flere opgaver inden for sundhedsfremme og forebyggelse.

Af Ulf Førsteliin, journalist • Foto: Lene Esthave

17/2006

Sygeplejersken



skal betale ca. 4.000 kroner til regionerne, hver gang en borger bliver indlagt på sygehuset. Den betalingsmodel vil resultere i, at kommunerne opper sig for at holde borgerne raske og ude af sygehusene, lyder indenrigs- og sundhedsministerens logik.

Den opfattelse deler professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, *Kjeld Møller Pedersen* – men kun et stykke hen ad vejen.

Han medgiver, at betalingsmodellen efter al sandsynlighed vil få kommunerne til at opprioritere den patientrettede forebyggelse – det vil sige indsatsen for at eksempelvis KOL-patienter, diabetikere og hjertepatienter opnår den størst mulige såkaldte ”sygdomsmestring” og livskvalitet. Disse patienter ryger ofte ud og ind af sygehusene, men hvis kommunerne via forebyggende arbejde kan stoppe den trafik, kan de spare mange penge.

”Betalingsmodellen betyder, at den pa-

tientrettede forebyggelse så at sige løser sig selv, fordi kommunerne får et økonomisk incitament til at tage fat her,” siger Kjeld Møller Pedersen.

### Først effekter om 50 år

Men betalingsmodellen får ikke samme effekt, når det gælder den borgerrettede forebyggelse, mener professoren. Målet med borgerrettet forebyggelse er at hindre

**”Pointen er, at der er behov for, at der bliver tilført den borgerrettede forebyggelse en pose ekstra penge, og den kan næsten kun komme fra steten.”**

sygdom i at opstå. Her er det især risikofaktorerne kost, rygning, alkohol og motion – også kaldet KRAM – der er i fokus.

”Kommunerne skal virkelig have den lange kikkert frem, hvis de skal øjne et økonomisk incitament til at gøre noget ved den borgerrettede forebyggelse. Hvis en kommune eksempelvis beslutter sig til at gøre noget mod fedme blandt skolebørn, så er det en indsats, den først – måske – vil se resultaterne af om 50 år. Og så langt ud i fremtiden er det de færreste kommuner, der kan planlægge – det har de simpelthen ikke økonomi til nu og her,” siger Kjeld Møller Pedersen.

I sit folkesundhedsprogram ”Sund hele livet” fra 2002 formulerede regeringen målet for det forebyggende og sundhedsfremmende arbejde således: Middellevetiden skulle øges markant. Antallet af år med god livskvalitet skulle øges, og den sociale ulighed i sundhed skulle reduceres.

Med andre ord:

Nu skulle der tages fat om danskernes sundhed. ▶



”Der skal et langt, sejt træk til. Kommunerne virker indstillede på at tage fat, men hvis det for alvor skal have effekt, så er det nødvendigt med en national beslutning om, at der skal satses på forebyggelse,” siger Bente Klarlund Pedersen, formand for Det Nationale Råd for Folkesundhed.



► Men da den økonomiske kompensation til kommunerne for overtagelsen af det amtslige forebyggelsesarbejde blev regnet ud, kunne man blot få øje på, hvad der svarer til 2 mio. kr. pr. kommune. Og de penge vedrører udelukkende eksisterende opgaver.

”Det viser dels, at forebyggelse og sundhedsfremme har været et underprioriteret område hidtil, dels at det forhold, at reformen ikke måtte koste noget, ikke står mål med de forventninger, som følger med reformen om et generelt løft til folkesundheden.

Reformens intention om at styrke forebyggelse og sundhedsfremme står ikke mål med økonomien i reformen,” siger kontorchef i Kommunernes Landsforening, *Peter Kjærsgaard Pedersen*, Kontoret for Social- og Sundhedspolitik.

Kommunerne har dog også mulighed for at søge om tilskud til forebyggende projekter fra en række statslige puljer. Men puljerne dækker kun en brøkdel af behovet, hvis intentionerne i ”Sundt hele livet” skal føres ud i livet. I Dansk Sygeplejeråd har en ekspertgruppe regnet på, hvor meget det vil koste, og facit af regne-

stykket blev fremlagt i marts i rapporten ”Forebyggelse er fremtiden – et forslag til National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse.”

Af rapporten fremgår det, at prisen for at sætte effektivt ind med forebyggelse og

### ”Det er vigtigt at slå fast, at der ikke er udsigt til generelle serviceforbedringer i kommunerne i 2007.”

sundhedsfremme over de næste fem år er næsten 8 mia. kr.

Professor Kjeld Møller Pedersen betegner DSRs beregninger for et ”slag med den store hammer,” som han ikke vil forholde sig til. Men det er heller ikke selve beløbet, der er interessant, pointerer han.

”Pointen er, at der er behov for, at der bliver tilført den borgerrettede forebyggelse en pose ekstra penge, og den kan næsten kun komme fra staten. I en tid med skattestop og mange andre store udgiftstunge områder kan kommunerne ikke finde pengene selv. Så hvis regeringen mener noget med de mange skåltaler om forebyggelse, så er det nu, den skal sætte

penge bag ordene. Hvis ikke kommunerne tilføres penge fra centralt hold, så sker der ikke meget,” siger han.

Samme budskab lyder fra formanden for Det Nationale Råd for Folkesundhed, *Bente Klarlund Pedersen*. Og hun pointerer, at det er nu, der skal sås, hvis ikke væksten i livsstilssygdomme skal eksplo- dere.

”Der skal et langt sejt træk til. Kommunerne virker indstillede på at tage fat, men hvis det for alvor skal have effekt, så er det nødvendigt med en national beslutning om, at der skal satses på forebyggelse. Og den beslutning skal træffes nu, hvis kurven skal knækkes,” siger hun.

Trods de sparsomme økonomiske forudsætninger understreger kontorchef i KL, *Peter Kjærsgaard Pedersen*, at kommunerne har påtaget sig de nye opgaver med stor energi. ”Men der kan naturligvis ikke forventes mirakler, når man ser på de ressourcer, kommunerne har fået til rådighed,” siger han.

### Ikke flere penge, men et udvalg

I midten af maj fremlagde KL under titlen ”Program for Folkesundhed” et udspil



►► **FORSLAG TIL FOREBYGGELSE.** Ifølge DSRs "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse" skal en kommune med 50.000 indbyggere opruste den borgerrettede forebyggelse på tre fronter:

- Der skal bruges ca. 3 mio. kr. årligt på at give borgerne et KRAM. KRAM står for Kost, Rygning, Alkohol og Motion. Fire områder, hvor der er evidens for, at det betaler sig at sætte ind med forebyggelse. Hjemmeplejen, sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, fritidstilbud, arbejdspladser og lokale fællesskaber skal involveres i indsatsen, som f.eks. skal målrettes i forhold til familier med risiko for overvægt eller for stort alkoholforbrug. Det kan også handle om at skabe fysisk aktive plejehjem og flere rygestopsamtaler.
- Der skal årligt bruges ca. 1,5 mio. kr. til at etablere individuelle og gruppebaserede rådgivningstilbud, hvor ca. 150 borgere tilbydes kostrådgivning, ca. 500 tilbydes rygestop, og ca. 150 får et motionstilbud.
- Der skal årligt bruges 1,5 mio. kr. til lokale oplysningskampagner og udviklingsprojekter. Også den patientrettede forebyggelse er der fokus på i handleplanen. I en kommune med 50.000 indbyggere skal den patientrettede forebyggelse oprustes med rehabiliteringstilbud til ca. 100 hjertepatienter, 100 KOL-patienter, 100 diabetespatienter med type 2-diabetes og 240 kræftpatienter.

Kilde: "Forebyggelse er fremtiden – et forslag til en National handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse 2007-2011."

med syv konkrete forslag til en styrkelse af den forebyggende indsats. Udspillet blev lagt på bordet i KLs forhandlinger med regeringen om den kommunale økonomi i 2007, men umiddelbart udløste det ikke flere midler til området.

I aftalen mellem kommunerne og regeringen er der fortsat afsat 200 mio. kr. i forbindelse med kommunalreformen til kommunernes forebyggende sundhedsindsats (hvilket svarer til ca. 2 mio. kr. pr. kommune, red.), og sammen med de ressourcer, kommunerne allerede bruger på forebyggende og sundhedsfremmende arbejde, udgør det det økonomiske grundlag for kommunernes indsats i 2007, lyder det i aftaleteksten.

Fra KL lyder det, at aftalen ikke giver rum til forbrugsfest.

"Det er vigtigt at slå fast, at der ikke er udsigt til generelle serviceforbedringer i kommunerne i 2007," siger KLs formand Erik Fabrin (V).

Dansk Sygeplejeråd kalder økonomiaftalen for "uambitiøs."

"Beregninger fra verdenssundhedsorganisationen WHO viser, at 70 pct. af samtlige indlæggelser om 15 år vil skyldes sygdomme, der kunne være forebygget. Så vi bliver nødt til at gøre noget, og det er lige tyndbenet nok, at man ikke er mere ambitiøs og afsætter øgede midler til området," siger DSRs formand, Connie Kruckow, og pointerer, at midlerne til forebyggelse og sundhedsfremme på ingen måde harmonerer med regeringens "flotte ord om folkesundheden."

Professor i sundhedsøkonomi ved Syddansk Universitet, Kjeld Møller Pedersen, slår den samme tone an:

"Måske er det meget godt, at man ikke allerede i 2007 har afsat mange midler til området, fordi kommunerne lige skal have

**"Vi bliver nødt til at gøre noget, og det er lige tyndbenet nok, at man ikke er mere ambitiøs og afsætter øgede midler til området."**

lov til at finde deres egne ben. Men fra 2008 er det nødvendigt, at man tilfører området ekstra ressourcer, hvis man mener, at den forebyggende indsats skal løftes," siger han.

Erik Fabrin, der tillige er borgmester fra

den 1. januar 2007 i den nye Rudersdal Kommune på Nordsjælland, hæfter sig ved, at det er fastlagt i økonomiaftalen, at kommunerne og Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal nedsætte et udvalg, der skal udarbejde en plan for kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende indsats.

"Aftalen indeholder ikke penge til et løft nu og her – men det er i sig selv et løft, at vi har aftalt at kortlægge området, så vi får en plan for, hvor vi skal hen, og hvilke midler der på sigt er behov for," siger KL-formanden.

Dansk Sygeplejeråd har skrevet både til KL og regeringen og opfordret til, at DSR bliver inddraget i det udvalgsarbejde.

I brevet gør Dansk Sygeplejeråd opmærksom på, at man tidligere på året har fremlagt en handlingsplan for området, og at det i praksis er sygeplejersker og sundhedsplejersker, der gennemfører størstedelen af kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Mens denne artikel blev til, var der endnu ikke kommet svar fra KL og regeringen.

redaktionen@dsr.dk

”De har et stærkt ønske om at tabe sig. Det har været et krav for at få en plads på holdet. Børnene og deres forældre skal være motiverede, ellers kan jeg ikke hjælpe dem,” siger sygeplejerske Mie Kirkbak, Sundhedsskolen for Overvægtige Børn i Rødekro Kommune.



# Overvægtige børn taber

**Mønsterbrud.** Høj motivation er et krav for at få en plads i Sundhedsskolen for Overvægtige Børn i Rødekro Kommune. Målet er at give børnene højere livskvalitet og at minimere potentielle tunge byrder for fremtidens sundhedssystem.

Det, de taber i vægt, tager de på i humør og selvværd.

Siden februar har sygeplejerske *Mie Kirkbak* haft 10 drenge og piger mellem 10 og 14 år som elever i Sundhedsskolen for Overvægtige Børn i Rødekro Kommune. Otte af børnene har enten tabt sig eller har fået sat en stopper for en støt vægtforøgelse.

”De har et stærkt ønske om at tabe sig. Det har været et krav for at få en plads på holdet. Børnene og deres forældre skal være motiverede, ellers kan jeg ikke hjælpe dem,” siger Mie Kirkbak.

Målet er at give børnene højere livskvalitet. Men det handler også om at minimere potentielle tunge byrder for fremti-

dens sundhedssystem. De overvægtige børn er alle i højrisikogrupperne for at få problemer med ben, knæ og led eller for sukkersyge og hjerteproblemer.

For at understrege vigtigheden af høj motivation har børnene og deres forældre underskrevet en kontrakt. Med deres signatur forpligter de sig bl.a. til, at børnene møder frem til alle 17 gruppemøder hver torsdag fra kl. 15-17, at hele familien vil yde en indsats for at ændre livsstil, og at forældrene deltager i de fire temaaftener.

Desuden betaler familierne en symbolsk sum af 400 kr. for forløbet. Størstedelen af udgifterne deler Rødekro Kommune og Sønderjyllands Amt.

►► **RØDEKRO SUNDHEDSCENTER.** Sundhedsskolen for Overvægtige Børn er en del af Rødekre Sundhedscenter, der blev oprettet i oktober i fjor. Sundhedscentret huser en række private behandlere, en svømmehal og et privat træningscenter.

Centret finansieres af Rødekre Kommune og tilbyder bl.a. rygestopkurser, udarbejdelse af sundhedsprofiler, forløb for KOL-patienter og patienter med hofte- og knæproblemer.

Efter sommerferien startede Mie Kirkbak et nyt hold med børn fra 6-9 år på Sundhedsskolen for Overvægtige Børn.

På samlingerne bliver børnene undervist i kost- og motionsvaner. De kommer en tur i svømmehallen eller op på en motionscykel, og hver anden gang bliver de vejret. Men det centrale er at arbejde med det mentale, understreger Mie Kirkbak, der også er uddannet NLP-master og benytter NLP-redskaber i sit arbejde med børnene. De har hver en logbog, der indeholder deres vægtkurve, deres mål og deres handleplan samt antallet af skridt, som de har bevæget sig siden sidste samling. Alle børnene er udstyret med en skridttæller.

”De har på en skala fra 1 til 10 defineret, hvor vigtigt det er for dem at tabe sig. Og de ligger alle mellem 8 og 10. Så udgangspunktet er i orden. Det, vi så taler om, er, hvordan man tænker positive tanker, hvordan de bevarer troen på, at det kan lykkes. De fleste af dem har bildt sig selv ind, at det ikke betyder noget, at de er for tykke. De – og deres forældre – har

ofte givet op. Men de er kede af det og har lavt selvværd. Derfor oplever de en enorm tilfredshed, når de ser, at de kan gøre noget selv,” siger Mie Kirkbak.

#### Mønstre skal brydes

Mie Kirkbak understreger, at det er nødvendigt at arbejde individuelt med børnene og deres familier. Derfor indeholder

**”De har på en skala på 1 til 10 defineret, hvor vigtigt, det er for dem at tabe sig. Og de ligger alle mellem 8 og 10.”**

forløbet tre hjemmebesøg, hvor hun, barnet og forældrene på et meget konkret plan lægger planer for, hvordan barnet kan smide de overflødige kilo.

”Det handler om at bryde dårlige vaner. F.eks. havde en af pigerne den vane, at hun skulle have noget at spise, så snart

hun kom hjem fra skole – selv om hun lige havde fået mad. Det løste vi ved, at hun nu går ind ad en anden dør, når hun kommer hjem, og så går hun straks en tur med hunden. Når hun kommer tilbage, har hun både bevæget sig og mistet trangen til at overspise,” siger hun.

Børnene i Sundhedsskolen vejer mellem 5 og 15 kilo for meget. Dem slipper de ikke af med i løbet af de måneder, hvor de har Mie Kirkbaks faste opbakning.

”Jeg kan ikke gøre andet end at sætte dem i gang. På det længere sigt er det dem selv og deres forældre, der skal holde fokus. Det er dog planen at følge op i august – og det er da også muligt, at der bliver behov for opfølgende møder. Men jeg tror på, at det har givet dem så meget motivation, at de har fået fat i den rigtige ende, og at de fortsætter selv. Det giver dem så meget: øget selvværd, øget livskvalitet og humor.”

*redaktionen@dssr.dk*

# sig på kontrakt



# Mål dit blodtryk og få styr på kosten

**Initiativ.** Gladsaxe Kommune er i fuld gang med at etablere et forebyggelsescenter, som skal give sundere borgere. Kommunens sygeplejersker bliver centrale i projektet.

I livsstilsklinikken får borgere målt blodtryk og puls eller bliver vejledt i rygestop. Ved siden af rådgiver en diætist en overvægtig person om kostplanlægning. Og på forebyggelsescentrets café holder en ekspert om aftenen foredrag om motion for ældre.

Sådan bliver virkeligheden, når Gladsaxe Kommune ca. 1. januar 2007 åbner et 450 kvadratmeter stort forebyggelsescenter i centrum af Søborg.

Centret støttes med 5,8 mio. kr. fra Socialministeriet, og sammen med kommunens genoptræningscenter skal centret sikre, at kommunen lever op til forpligtelserne på det forebyggende område i kommunalreformen. Og gerne lidt mere end det, hvis det står til kommunens sundhedschef:

”Det unikke er, at vi har et meget stort fokus på forebyggelsen både sundhedsmæssigt og socialt. Forebyggelsescentret vil både få socialrådgivere og misbrugs-konsulenter tilknyttet, og centret skal samarbejde med arbejdsmarkedsafdelingen, så ledige med problemer af sundhedsmæssig eller social karakter kan få hjælp hurtigt. Men vi vil også have decideret sundhedspersonale tilknyttet som f.eks.

en læge og en sundhedsplejerske, ligesom sygeplejersker også vil komme i kontakt med centret på forskellige måder,” siger sundhedschefen i Gladsaxe Kommune, *Morten Just*.

## Sygeplejersker får centrale roller

Gladsaxe Kommune har i forvejen et genoptræningscenter og et projekt for behandling af KOL-patienter, som for fremtiden skal høre under forebyggelsescentret.

Sygeplejerske *Anne Kristensen* leder omsorgscentret og hjemmeplejen i Søborg og er blevet taget med på råd i det indledende arbejde med kommunens planer. Hun mener, at kommunens sygeplejersker får en central rolle i det forebyggende arbejde, når kommunalreformen træder i kraft.

”Sygeplejerskerne bliver et bindeled imellem forebyggelsescentret og borgerne i hjemmeplejen, og derfor er det vigtigt, at sygeplejerskerne ved meget om tilbuddene og mulighederne for forebyggelse. Vi skal hele tiden have forebyggelsestankgangen med os ud til borgerne,” siger Anne Kristensen, som har omkring 20 sygeplejersker ansat i sit distrikt.

Distriktslederen forestiller sig også, at sygeplejerskerne skal indgå i forebyggelsescentrets løbende arrangementer.

”Vi har nogle specialsygeplejersker, som ved meget om f.eks. diabetes og KOL, og det vil være oplagt at bruge deres ekspertise i det forebyggende arbejde. Jeg synes, det bliver meget spændende at lære mere om forebyggelse, og rent sundhedsmæssigt tror jeg, at det er en meget rigtig prioritering,” siger Anne Kristensen.

## Ingen løfter om ansættelser

Gladsaxe Kommune har i forvejen en af landets mest detaljerede sundhedspolitikker, som kommunen begyndte at udarbejde allerede i begyndelsen af 2005. Den 138 sider lange sundhedspolitik blev vedtaget i begyndelsen af år og indeholder planer for kommunens arbejde inden for både sundhedsfremme, genoptræning og forebyggelse. Samtidig har kommunen afsat 1 mio. kr. årligt til nye tiltag på sundhedsområdet.

”Med kommunalreformen ligger der selvfølgelig et økonomisk incitament i at undgå syge borgere i kommunen, men det er først og fremmest borgernes sundhed, der er vigtig i den her politik og ikke økonomien.

På sigt tror jeg, at vores sundhedspolitik vil have en klar, positiv effekt på sundheden i kommunen,” siger kommunens borgmester, *Karin Søjberg Holst* (S), som dog ikke kan love ansættelser af flere sygeplejersker i forbindelse med oprustningen på sundhedsområdet:

”Det er et område med mange forskellige personalegrupper, og om det lige bliver sygeplejersker, vi skal have flere af, har vi ikke besluttet.”

redaktionen@dsr.dk

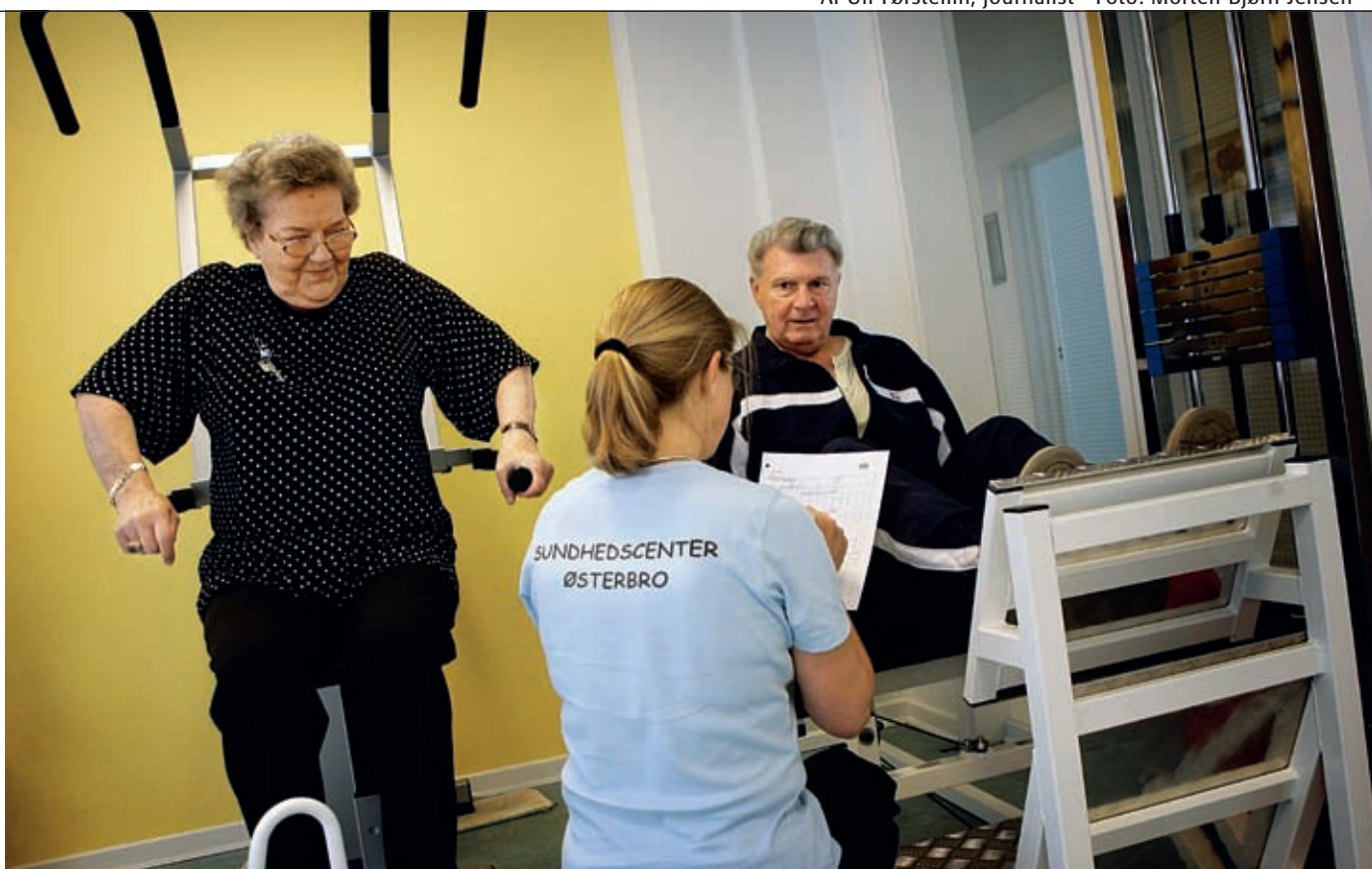
►► **CENTER FOR FOREBYGGELSE.** Gladsaxe Kommune åbner omkring årsskiftet et 450 kvadratmeter stort forebyggelsescenter i midten af Søborg. Centret skal indeholde en livsstilsklinik og forskellige forebyggende aktiviteter som foredrag, kostvejledning og rådgivning om bl.a. misbrug, motion og sygdom.

Centret bliver bemandet af en daglig leder, en sundhedsplejerske og en udviklings- og evalueringskonsulent. Derudover vil misbrugs-konsulenter, sygeplejersker og socialrådgivere blive tilknyttet, ligesom arbejdet med kroniske patienter også vil høre ind under forebyggelsescentret.

Socialministeriet støtter forebyggelsescentret i Gladsaxe Kommune med 5,8 mio. kr.

Kilde: Gladsaxe Kommunes Sundhedspolitik.





”Det handler især om at opøve patienternes egenomsorgskapacitet ved at undervise dem i deres sygdom. Vi kan ikke helbrede dem, men vi kan lære dem, hvordan de bedst muligt tager vare på sig selv,” siger centerchef Eva Borg, Sundhedscenter Østerbro.

**Sundere liv.** Sundhedscenter Østerbro forsøger at holde KOL-patienter og diabetikere ude af sygehusene ved at lære dem at mestre deres sygdom og leve sundt. De foreløbige resultater er entydigt positive.

# Færre indlæggelser og mere livskvalitet

En håndfuld KOL-patienter går i let opskruet tempo op og ned ad gangen, mens en sygeplejerske med klar røst bekendtgør, at der er 30 sekunders strabadser endnu. Patienterne trækker vejret tungt, men en dame i 60'erne har dog luft til at vise vejen til centerchef, sygeplejerske Eva Borgs kontor.

Vi er på Københavns Kommunes Sundhedscenter Østerbro, der 1. april i fjor åbnede dørene for personer, der lider af hjertesygdom, KOL (kronisk obstruktiv

lungesygdom), type 2-diabetes eller er usikre på benene efter fald.

**”Tænk på hvor meget samfundet kan spare, hvis det viser sig, at vi kan ud-sætte eksempelvis en diabetikers sen-komplikationer med 10 år.”**

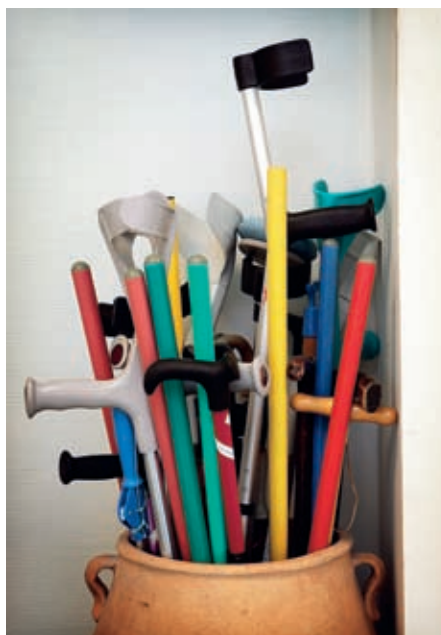
Gruppen kan også sammenfattes under en fællesbetegnelse: svingdørspatienter, som Eva Borg kalder dem, fordi der er tale

om mennesker, der hyppigt bliver indlagt og derfor bevæger sig ud og ind ad sygehusene.

Sundhedscenter Østerbros opgave er at sætte en fod for svingdøren ved at forbedre patienternes fysiske tilstand og ved at lære dem at mestre deres sygdom.

”Det handler især om at opøve patienternes egenomsorgskapacitet ved at undervise dem i deres sygdom. Vi kan ikke helbrede dem, men vi kan lære dem, hvordan de bedst muligt tager vare på sig selv. ►

Med godt et år på bagen er Sundhedscenter Østerbro endnu alt for ungt til, at det giver mening at foretage målinger af effekter på antallet af sygehusindlæggelser. Men målingen vil blive foretaget, når datamaterialet er stort nok.



- Vi lærer dem, hvordan de skal tage deres medicin. Vi får dem i gang med fysisk træning, så deres almene sundhedstilstand bliver bedre, og vi vejleder dem om kost. Det er alt sammen noget, der øger deres livskvalitet, og som kan forebygge indlæggelser,” siger Eva Borg.

Hun understreger, at centret udelukkende benytter sig af metoder, som der er videnskabeligt belæg for.

Samtidig pointerer hun, at centrets samarbejde med Bispebjerg Hospital er et kardinalpunkt i kvalitetssikringen. Patienterne bliver henvist til centret af deres praktiserende læge.

### Langtidsholdbar?

De målbare resultater, som det har været

”Vi håber naturligvis, at det kan lykkes os at så et frø, så de fortsætter træningen og den sunde levevis,” siger centerchef og sygeplejerske Eva Borg, Sundhedscenter Østerbro.



muligt at gøre op, peger i den helt rigtige retning. Eksempelvis har centret gennemført en såkaldt ”shuttle walk-test” på KOL-patienter, som har været igennem et svugers forløb med fysisk træning.

Testen måler, hvor lang tid en patient kan opretholde et bestemt gangtempo, indtil testen må afsluttes på grund af åndenød eller træthed. Før træningen kunne patienterne i gennemsnit holde til at tilbagelægge 217 meter på ca. 200 sekunder, inden de måtte stoppe. Efter træning-

**”Vi får dem igang med fysisk træning, så deres almene sundhedstilstand bliver bedre, og vi vejleder dem i kost.”**

gen nåede de i gennemsnit op på 673 meter på ca. 650 sekunder. Også på andre testtyper som ”up and go” og ”rejse og sætte sig” har resultaterne været entydigt positive.



”Det springende punkt er så, om de stadig holder sig aktive og i form, når vi slipper dem. Om vores indsats er langtidsholdbar.

Al forskning viser desværre, at de fleste falder ned på deres gamle niveau, når der er gået et år. Vi håber naturligvis, at det kan lykkes os at så et frø, så de fortsætter træningen og den sunde levevis. Derfor lægger vi meget vægt på at finde på ting, som kan passes ind i patienternes dagligdag,” siger Eva Borg, der tilføjer, at centret planlægger en opfølgning på patienternes tilstand efter et år.

Endnu er centret alt for ungt til, at det giver mening at foretage en måling på dets effekt på antallet af sygehusindlæggelser. Men målingen vil blive foretaget, når da-

tamaterialet er stort nok – og Eva Borg er ikke i tvivl om, at den vil afsløre, at pengene til centrets drift er givet godt ud.

”Tænk på hvor meget samfundet kan spare, hvis det viser sig, at vi kan udsætte eksempelvis en diabetikers senkomplika-

tioner med 10 år. Det vil give vedkommende yderligere 10 gode år på arbejdsmarkedet, og det vil betyde væsentligt færre indlæggelser,” siger hun.

*redaktionen@dsr.dk*

►► **SUNDHEDSCENTER ØSTERBRO.** Sundhedscenter Østerbros budget er på 3 mio. kr. årligt. Centret har foruden Eva Borg en normering på 2,3 sygeplejersker, 2 fysioterapeuter, 0,4 diætist og 0,6 sekretær.

I løbet af centrets første leveår har 350 patienter været igennem et forløb. 85 pct. af de praktiserende læger på Østerbro har henvist en eller flere patienter til centret.

Et træningsforløb på centret varer syv uger for en KOL-patient og 12 uger for en diabetiker. Det er især disse to grupper, som benytter centret. Forløbene er tilrettelagt, så patienterne kan passe deres arbejde ved siden af. Typisk mødes patienter to gange om ugen i halvanden time.

## Tunge, grå skyer over sundhedsvæsenet

**Økonomisk pres.** Sundhedsloven skal snart til sin første eksamen. Før sommerferien lagde finansministeren de generelle rammer for sundhedsvæsenets økonomi, og nu er de enkelte regioner og kommuner i fuldt sving med at lægge de lokale budgetter for 2007.

Resultatet bliver afgørende for, hvor meget sundhed der bliver råd til næste år: Hvor mange flere patienter skal igennem sygehusene? Kommer der flere sygeplejersker i kommunerne? Bliver der sat nok penge af til sundhedsfremme og forebyggelse?

Alt tyder desværre på, at Sundhedsloven får det svært ved eksamensbordet. Økonomien er så stram – ikke mindst i kommunerne – at sundheden risikerer at blive sat på vågeblus. En række kommuner vil skære dybt i hjem-

**”Hvis ikke vi opruster markant på sundhedsfremme og forebyggelse, drukner sundhedsvæsenet i folkesygdommene.”**

mesygeplejen, selv om der kommer flere ældre, og selv om hjemmesygeplejen får flere komplekse og specialiserede opgaver. Og på sygehusene kommer sygeplejerskerne til at løbe endnu hurtigere

end i dag, fordi stadig flere patienter skal have sygepleje og behandling.

Det hænger slet ikke sammen.

Jeg synes, regeringen må gøre op med sig selv, hvad den vil. Skal vi have et sundhedsvæsen i verdensklasse? Eller vil regeringen fortsætte den nuværende kurs, hvor forbedringer på udvalgte områder, f.eks. kræftområdet, bliver overskygget af, at sundhedsvæsenets økonomi generelt bliver holdt i et jerngreb?

Befolkningen er ikke i tvivl: Næsten hver anden dansker synes, at den offentlige service – inklusive sundhedsvæsenet – er blevet dårligere under den nuværende regering. Kun 12 pct. synes, servicen er blevet bedre.

Det kan gøres meget bedre!

For det første skal regeringen sørge for, at økonomien svarer til opgaverne. Det kan ganske enkelt ikke lade sig gøre at få høj kvalitet og patientsikkerhed, indføre nye behandlingsformer og efteruddanne medarbejderne, hvis der ikke kommer flere penge til sundhedsvæsenet.

For det andet skal der uddannes flere sygeplejersker. Allerede i dag mangler der 1.100. Det har store negative konsekvenser for patienterne. Både fordi mange ikke kan få den nødvendige sygepleje, og fordi et travlt og stresset arbejdsmiljø giver flere fejl og større dødelighed.

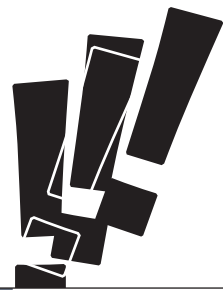
Og for det tredje har vi brug for en ny kurs i sundhedspolitikken. Hvis ikke vi opruster markant på sundhedsfremme og forebyggelse, drukner sundhedsvæsenet i folkesygdommene.

Der hænger tunge, grå skyer over sundhedsvæsenet. Det skal regeringen gøre noget ved.



*Connie Kruckow*

Connie Kruckow, formand



## Har ikke læst vores publikationer

Af Annette Poulsen, sundhedsplejerske, MSP

*Kommentar til Synspunktet "Sundhedsstyrelsen presser kvinder til at amme" i Sygeplejersken nr. 16/2006.*

"Undertiden kan det give så store problemer at få amningen til at fungere, at det er bedst at undlade amning. Det gør dig ikke til en ringere mor. En god mor er en, der kan træffe gode valg for hende og familien. Og hvis problemerne med amningen bliver for store og overskygger alt andet i hverdagen, kan det være bedst at droppe det." Citat side 31, "Sunde Børn," Sundhedsstyrelsen 2006.

Beklageligvis har cand.comm. Hanne Bille ikke læst Sundhedsstyrelsens borgerrettede publikationer, siden hun i Synspunkt i Sygeplejersken nr. 16/2006 kan skrive, at mødre, der ikke kan, vil eller magter at amme på grund af Sundhedsstyrelsens skræmmekampagne, får den opfattelse, at kun dårlige mødre giver flaske, og at Sundhedsstyrelsen forsøger at tie ihjel, at det i visse tilfælde er mest ansvarligt at stoppe amningen.

Heldigvis har rigtig mange af mødrene kendskab til ovenstående citat. Alene i 2005 blev "Sunde børn" solgt i knap 30.000 eksemplarer. Sundhedsstyrelsen udgiver desuden "Barn i vente. Graviditet, fødsel, barseltid – vejledning til gravide," Sundhedsstyrelsen 2005. Af denne publikation fremgår på side 107 under overskriften "Hvis amningen ikke lykkes" at:

"... For andre er det bedre at give tilskud af modermælkserstatning eller måske udelukkende at give modermælkserstatning" og "Forsøg at undgå selvbefejdelser over, at det ikke gik for dig. Du har uden tvivl gjort dit bedste."

Der er evidens for, at det er bedst for barnet, hvis moderen kan amme. Men det er uberettiget at mene, at vi ikke har forståelse for, at det i nogle situationer ikke er muligt eller ønskeligt for moderen. Sundhedsstyrelsen skal opfordre Hanne Bille til at læse ovennævnte publikationer, som netop sikrer, at den enkeltes behov imødekommes, uden at hun behøver at føle sig som en dårlig mor.

Annette Poulsen er ansat i Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse.

**"Jeg vil gerne slå fast lige med det samme: Jeg siger nej tak til aktiv dødshjælp  
– men ja tak til aktiv livshjælp."**

Tove Videbæk, formand for Hospice Forum Danmark, fhv. MF, i dagbladet Sjællandske.

## Svært at få en konstruktiv dialog

Af Ingrid Nilsson, sygeplejerske, IBCLC, og Tine Jerris, biolog, cand.comm.

*Kommentar til Synspunktet "Sundhedsstyrelsen presser kvinder til at amme" i Sygeplejersken nr. 16/2006.*

I april 2006 åbnede en ny hjemmeside – [www.flaskebarn.dk](http://www.flaskebarn.dk) – med fortællinger fra kvinder, som "ikke kan, vil eller magter at amme" og har følt sig presset af sundhedspersonalet. "Det handler ikke om at modarbejde amning eller promovere flasker, men at opfordre personalet til at holde sig det vigtigste for øje: at børnene er mætte og har glade mødre!" (1).

Videncenter for Amning (VfA) har altid stået for netop denne holdning. VfA er ansvarligt for gennemførelsen af Det Spædbarnsvenlige

Initiativ i Danmark (2). Målet er, "at ingen holder op med at amme, fordi de får forkert eller mangelfuld vejledning – og at ingen ammer, fordi de føler sig presset" (3).

VfA kontaktede derfor initiativtagerne til [www.flaskebarn.dk](http://www.flaskebarn.dk) mhp. dialog om, hvad Videncenteret kan gøre, så kvinder ikke bliver presset til at amme. På et møde i juni aftalte vi, at VfA tager problemet op på det årlige møde med de Spædbarnsvenlige Sygehuse – og at [www.flaskebarn.dk](http://www.flaskebarn.dk) laver en opgørelse over Spædbarnsvenlige Sygehuse, hvor kvinder har følt sig presset, så VfA kan tage direkte kontakt til disse sygehuse.

Alligevel fastholder initiativtagerne at betragte VfA som modspiller i stedet for potentiel medspiller, som kan bidrage til, at alle kvinder får den hjælp, de har brug for, uanset om de ammer eller ej. Ved at fastholde de ansvarlige i Sundhedsvæsnet (Sundhedsstyrelsen, VfA og sundhedspersonalet) i en modspillerrolle vanskeliggøres en konstruktiv dialog – og initiativtagerne vedbliver at have en offerrolle, uden indflydelse på problemets løsning.

Mon det var, hvad initiativtagerne ville opnå? Eller ligger der andet bag Hanne Billes opfordring til "at tage afstand fra Sundhedsstyrelsens vejledning?"

Det er svært at opretholde en tro på, at det ikke handler om at modarbejde amningen. Ikke mindst, fordi initiativtagerne lader følelser skabe misforståelser, som drukner deres vigtige budskab: At børn ikke skal ammes for enhver pris.

*Ingrid Nilsson er projektleder, og Tine Jerris er koordinator på Videncenter for Amning (tidligere Ammekomiteen).*

1. Sundhedsstyrelsen presser kvinder til at amme. *Sygeplejersken* nr. 16/2006.
2. Vedtægt for Videncenter for Amning.
3. [www.videncenterforamning.dk](http://www.videncenterforamning.dk)

## Hvad mener du

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

### Denne uges spørgsmål på [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk)

Synes du, at Pervasive Healthcare (PHC) er det rigtige svar på de udfordringer, som sundhedsvæsenet står over for?

Læs artiklerne om PHC på siderne 12-18 i dette nummer af *Sygeplejersken*.

### Svar på spørgsmål stillet i *Sygeplejersken* nr. 15/2006:

Siger du fra, hvis du føler dig stresset?

Svar	antal	pct.	
Altid	46	22,0	■
Sjældent	142	67,9	■
Aldrig	21	10,0	■
<b>Total</b>	<b>209</b>	<b>99,9</b>	

Sygeplejerskens quickpoll-undersøgelser er et hurtigt tjek på læsernes holdninger. De er hverken repræsentative eller videnskabelige. Alle, som besøger vores hjemmeside, kan stemme.

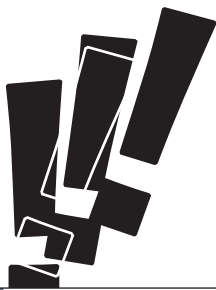
MPP Master of Public Policy kompetence til innovation og netværksstyring



## MPP MASTER OF PUBLIC POLICY

To speciale retninger: Public Policy og Social Entrepreneurship  
Nyt program for 2007-2008  
Ansøgningsfrist 1. november 2006

Roskilde Universitetscenter  
Tlf: 4674 2597  
E-mail: [mpp@ruc.dk](mailto:mpp@ruc.dk)  
[www.ruc.dk/mpp](http://www.ruc.dk/mpp)



## SLS driver heksejagt

Af Andreas Lund Andersen, sygeplejestuderende

*Kommentar til debatindlæggen "Solidaritet i sundhedsvæsenet?" i Sygeplejersken nr. 15/2006 og "Frivillig overenskomst er bedst" i Sygeplejersken nr. 16/2006.*

SLS' formand *Signe Hagel Andersen* skriver, at de private v-karbureauer – heriblandt det v-kar Medikom – overtager arbejdet fra andre faggrupper og samtidig er med til at forringe kvaliteten i sundhedssektoren og dræne de økonomiske ressourcer.

Jeg er dybt uenig! Den faggruppe, som Medikom tager arbejde fra, er typisk FADL-vagter, altså medicinstuderende.

Hvorfor skulle en sygeplejestuderende ikke kunne varetage

arbejdet lige så kvalitativt som en medicinstuderende? De fleste sygehusvagter, Medikom dækker, er fastvagter hos en patient, der har behov herfor. Dette er med til, at det faste personale ikke skal bruge energi på den "tunge" patient mere end højst nødvendigt. Derved bliver vikaren et par ekstra hænder ude på den i forvejen travle afdeling, og på den måde højnes kvaliteten i mine øjne. Desuden får den sygeplejestuderende ekstra erfaring med i bagagen, når man er færdiguddannet.

Hvorfor er SLS ikke lige så konsekvente med at sørge for, at landets kommuner betaler løn efter overenskomsten, når studerende arbejder i primærsektoren? De fleste kommuner kører efter

"ny løn," og jeg er overbevist om, at det er ganske få sygeplejestuderende, der får forhandlet en timeløn på plads, som ligger efter det, SLS foreslår, men tværtimod holder sig på niveauet for ufaglært arbejde, altså 103-108 kr./timen. Derfor er det trist, at SLS ikke vil kæmpe for deres medlemmer om at få studierelevant arbejde på sygehusene, frem for at det er FADL, der tager monopol på disse vagter.

Vikarudgifter kan man ikke undgå i sundhedsvæsenet, og her er Medikom faktisk også billigere end eksempelvis FADL.

Efter SLS-Odense og *Stine Holm Jensens* beregninger skulle vi i Medikom arbejde for 83,33 kr./timen om søndagen. Hvor kommer denne beregning

fra? Vi får 125 kr./timen uanset tid på døgnnet, vi arbejder, så denne timebetaling er vi sikret. Dog ikke tillæg for arbejde i weekend, aften og nat. Til gengæld kan en timeløn godt komme op på 150 til 250 kr. ved akutvagter hos Medikom. Altså tillæg for at være fleksibel, og her mener jeg, at fagbevægelsen lever i fortiden. Vi er nødt til at udvikle fagbevægelsen, således at alternative tillæg også har en berettigelse, hvis vi skal overleve med rekruttering til sundhedssektoren!

Efter min opfattelse er det en heksejagt, SLS har gang i.

*Andreas Lund Andersen er 2.-semester-sygeplejestuderende på CVSU-Fyn i Odense.*

## Fagpolitik på et seriøst plan

Af Dorthe Boe Danbjørg, sygeplejerske

*Kommentar til debatindlægget "En ommer" i Sygeplejersken nr. 15/2006.*

*Michael Juhl* kritiserer i sit indlæg i *Sygeplejersken* nr. 15/2006 *Mari Holen* og *Dorte Steenbergs* synspunkt: "Et efterhånden dehumaniseret sundhedsvæsen." En del af kritikken går på, at *Michael Juhl* ikke kan se, hvad norsk magtudredning og første-

linjer har med de dødelige og jordnære, praktiserende sygeplejersker her i Danmark at gøre. Det kan jeg derimod og finder synspunktet meget relevant, særligt fordi jeg som jordnær, praktiserende sygeplejerske kan genkende misforholdet mellem politikernes italesættelser om sundhedsvæsenet og de faktiske forhold, jeg møder på mit arbejde.

Som praktiserende sygeplejerske byder jeg denne slags synspunkter fra fagforeningspolitikere i DSR velkomne. Jeg synes, det er tiltrængt, at fagforeningspolitikere laver skarpe analyser af, hvad det er, vores politikere, her sundhedsministeren, gør med deres forførende udtalelser.

Vi har i DSR brug for, at fagpolitiske udtalelser og taler er mere

end tomme floskler, og *Mari Holen* og *Dorte Steenberg* har med deres synspunkt vist, at DSR er i stand til at hæve fagpolitik op på et seriøst plan.

*Dorthe Boe Danbjørg er sygeplejerske på Juliane Marie Centret, Rigshospitalet, samt amtsbestyrelsesmedlem i Dansk Sygeplejeråd, Hovedstadens amtskreds.*

**ERNA HOTLINE 4655 1160 WWW.SW.DK**  
er åben for spørgsmål om klinisk ernæring dagligt 16-18, lør 8-12

## Lovgivning og sund fornuft følges ikke altid ad

Af Svend K. Seitzberg, overlæge

*Kommentar til artiklen "Kan indlægges på røde papirer" i Sygeplejersken nr. 13-14/2006.*

I *Sygeplejersken* nr. 13-14/2006 i afsnittet med de faglige artikler er der en artikel om alkoholmisbrug med en patient, der ikke ønsker hjælp.

I løsningsmodellen anføres som overskrift: "Kan indlægges på røde papirer." Det må siges at være en sandhed med modifikation.

Betingelserne for tvangsendlæggelse og tvangstilbageholdelse på farekriteriet er, at der er en lægelig vurdering af, at vedkommende er psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed, og at pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Lægeerklæringen må ikke være over 24 timer gammel.

Hvornår en patient i juridisk forstand er psykotisk eller i en tilstand, der kan sidestilles hermed, fremgår af WHO's diagnoseliste (ICD 10. Psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelse, Appendix 1).

Af det beskrevne er det svært at se, om *Sulejma* opfylder disse

krav; men umiddelbart mener jeg ikke, det er tilfældet.

Ud fra min erfaring med patientklagenævns sager mener jeg derimod, at det er klart, at kriteriet om en nærliggende og væsentlig fare ikke er opfyldt.

At "Der er risiko for at hun sætter ild på sig selv eller andre beboere i opgangen," betragtes ikke som en nærliggende og væsentlig fare.

De mange brandmærker og brandsår viser jo, at der skal mere til, for at ulykken sker.

Efter indlæggelse er kriterierne for tvangstilbageholdelse de samme, og for de fleste misbrugere (også de, der ved indlæggelsen opfylder psykosekriteriet) er tilstanden efter få dage ofte sådan, at man er nødt til at udskrive, hvis patienten forlanger det.

Ud fra gældende lovgivning mener jeg således, at embedslægen har ret. Vi kan holde øje med tilstanden, og hvis patienten opfylder lovens kriterier, kan vi gribe ind; men ellers må vi acceptere, at sund fornuft og lovgivning ikke altid synes at følges.

*Svend K. Seitzberg er overlæge på Brønderslev Psykiatriske Sygehus.*

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

Et debatindlæg må maksimalt være på 1.800 tegn uden mellemrum. Redaktionen forbeholder sig ret til at forkorte debatindlæg, der er for lange.

Et indlæg kan optages som et Synspunkt, hvis det udtrykker en personlig uddybet holdning til forhold, der har betydning for sygeplejersker. Synspunktet skal være på 2.600-3.000 tegn uden mellemrum og skal ledsages af et vellignende pasfoto, evt. elektronisk.

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

## Birgitte Elben

Hjemmesygeplejerske *Birgitte Elben* døde stille i sit hjem en smuk sommermorgen den 18. juli 2006 med børn og mand omkring sig.

Birgitte blev 53 år. Birgitte mestrede med stor styrke den smertelige viden, at hun snart skulle dø. Hun valgte at være åben om hele sit sygdomsforløb og kom jævnligt forbi på arbejdspladsen for at snakke.

Birgittes store ønske var, at vi – hendes kollegaer – skulle komme i hendes hjem for at passe hende samt støtte familien i den sidste svære tid. Hun viste os den største tillid, og vi er dybt taknemmelige derfor.

Birgitte var i de mange år som aftensygeplejerske i Høje-Tåstrup Kommunes hjemmepleje en meget afholdt person. Hun udførte sit arbejde stabilt, omsorgsfuldt med høj faglig standard og en fin humor. Birgitte vil meget længe være i vore tanker.

Vi ønsker det bedste for Birgittes børn og mand.

*Hjemmesygeplejerskerne i Høje-Tåstrup Kommune.*

►► **IN MEMORIAM.** Mindeord modtages gerne om afdøde sygeplejersker, som var medlem af Dansk Sygeplejeråd. For at vi kan bringe mindeordene så hurtigt som muligt, må teksten højst være på 1.300 tegn (uden mellemrum). For lange tekster vil blive forkortet af redaktionen. In memoriam sendes til [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk)



### Fælleskonferencen

20.-21. november / 28.-29. november 2006  
Odense Congress Center

Tilmeldingsfrist 8. september 2006

Dansk Sygeplejeråd - Sankt Annæ Plads 30 - Postboks 1084  
1008 København K - Tlf. 33 15 15 55 - Email [dsr@dsr.dk](mailto:dsr@dsr.dk) - [www.dsr.dk](http://www.dsr.dk)



Et mangfoldigt sundhedsvæsen  
Fælleskonferencen 2006  
Ledere - TR - SiR



Jacob Birkler

## Sygeplejersken som etisk forbruger

**Nye veje.** Etik i sygeplejen er blevet vendt på hovedet. Før var det sygeplejersken, der skulle skabe etikken. I dag er det etikken, der skal skabe den gode sygeplejerske.

Etik i sygeplejen ligner på flere måder diskretionslinjer, som man finder dem på gulvet i banken eller i Bilka. Træder sygeplejersken ved siden af, bliver hun mindet om rigtigt og forkert gennem etiske retningslinjer og forskellige værdisæt. Når sygeplejersken tøver ved den gule streg i de svære etiske situationer, er det heldigvis ikke for sent at shoppe lidt blandt de mange etiske råd og organer.

Hvad gør sygeplejersker i svære etiske situationer? Hvad gør sygeplejersken, når patienten nægter at blive vasket, eller når lægens beslutninger synes at skrigte til himlen? Arbejdet med de situationer synes at ændre sig i disse år. Etik i sygeplejen er blevet vendt på hovedet. Før var det sygeplejersken, der skulle skabe etikken. I dag er det etikken, der skal skabe den gode sygeplejerske.

Førhen tog etik udgangspunkt i sygeplejerskens karakter og personlighed. I dag er etik blevet objektiviseret gennem værdisæt, faglige råd og organer. Etikken objektiviseres som normer og værdier, vi kan diskutere, vi fungerer som beskuere af egen praksis. Sygeplejersker er derfor blevet brugere af etiske teorier, værdier, retningslinjer og andre mulige eller umulige etiske kodekser. Etik bliver evnen til at se sig selv og andre udefra som etiske forbrugere.

Etik i sygeplejen bliver diskuteret som aldrig før, hvilket i reglen sker med afsæt i de etiske situationer. Stadigt flere etiske dilemmaer bliver således diskuteret og vurderet i sygeplejen. Sygeplejersker bliver direkte opfordret til at deltage i den fortsatte diskussion vedrørende etikens lødighed i klinisk praksis. Men findes der et alternativ til det frie etiske marked i sundhedsvæsenet? Svaret er ja.

I stedet for at diskutere den etiske situation bør vi arbejde med den etiske person, som kun sjældent inddrages. Stiller vi et praktisk eller juridisk spørgsmål, kan det være yderst relevant at diskutere selve situationen, hvor vi ofte vil kunne nå frem til en løsning. Men stiller vi et etisk spørgsmål, klæber spørgsmålet til personen som de normer og værdier, der viser sig gennem mine handlinger. Jeg har ikke en etik, men er min etik. På den måde bliver etikken et personligt og kollegialt projekt mere end et fagligt projekt.

Når sygeplejersken står i en svær etisk situation, skal hun ikke kigge ned for at lede efter en diskretionslinje at rette sig efter. Hun skal tværtimod stå rank i de svære etiske situationer. Billedligt vil hun som bjergbestigeren have svært ved at finde de næste skridt.

Her skal man ikke se ned, men se op for at orientere sig og finde nye veje i den konkrete situation. Hun kan lade sig vejlede af kolleger, men må selv klatre, hvilket kan være svært. Etik kræver erfaring og mod. Etik kræver villighed til at arbejde med sig selv.

Sygeplejersken skal ikke være etisk forbruger, men bruge sig selv. Hun bør arbejde med sig selv, hvilket imidlertid ikke udelukker en løbende dialog med kolleger i praksis. Dog kan vi ikke købe etik eller tage etik med os, som var det en rygsæk. Vi skal tværtimod arbejde med vores karakter.

Vi skal slibe, pudse og evt. høvle på vores karakter, så vi ikke bliver ubehøvlede. At være behøvlet er at være etisk. Vi vil muligvis kunne købe høvlen, men arbejdet må vi selv klare.

*Jacob Birkler er lektor på Jordemoderuddannelsen, CVU-Vest.  
jaca@esenet.dk*



## Redaktion

Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur. jb@dsr.dk  
Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient.soc. er@dsr.dk

I Sygeplejerskens faglige sektion findes artikler, herunder resumeer af international forskning og anmeldelser, skrevet af sygeplejersker eller andre fagpersoner. Artiklerne i denne sektion er godkendt efter sygeplejefaglig vurdering og vejledning.

# faglige artikler

## På [www.sygeplejersken.dk](http://www.sygeplejersken.dk) findes

Generel manuskriptvejledning  
Manuskriptvejledning til faglige artikler  
Forfatterskabserklæring  
Manuskriptvejledning til sektionen "Klinisk sygepleje"  
Retningslinjer for omtale af akademiske afhandlinger  
Manuskriptvejledning til sektionen "Videnskab & sygepleje"

Vejledninger tilsendes også ved henvendelse til redaktionen 3315 1555

**Holdningspleje.** Medlidenhed med patienterne kan få sygeplejersker til at fravige anbefalingerne i kliniske vejledninger. Hermed risikerer patienterne at få netop de komplikationer, det accelererede operationsforløb er designet til at forhindre. Opkvalificering af sygeplejersker er nødvendig i forbindelse med øget standardisering.

# En pakkeløsning til patienten

## Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger

►► **ACCELEREREDE OPERATIONSFORLØB.** "Accelererede operationsforløb repræsenterer et multifaktoriel og multidisciplinært behandlingskoncept til nedbringelse af operationsmorbiditet, hospitaliseringsbehov og rekonvalescens og bygger på vel-etablerede forudsætninger inden for den kirurgiske patofysiologi og smertebehandling, kombineret med en revision af perioperative almene behandlingsprincipper, som muliggør tidlig rehabilitering" (1).

Det kan opleves som belastende for sygeplejersker at skulle mobilisere nyopererede patienter mod deres vilje, men det er en misforståelse, at sygeplejersker skal gennemtvunge anbefalingerne for accelererede operationsforløb hen over hovedet på patienterne. Sygeplejersker bør sammen med patient og pårørende finde acceptable løsninger, der samtidig lever op til de evidensbaserede anbefalinger.

I traditionelle operationsforløb forsinkes rehabiliteringen af patienterne ofte af en række faktorer, som kan påvirkes ved en målrettet indsats (se figur 1 side 45). Kerneområderne i accelererede operationsforløb er en integreret del af regimet, uanset operationstype.

Figur 1 viser kerneområderne for det accelererede operationsforløb, som omfatter:

- præoperativ information
- stressreduktion
- smertebehandling
- mobilisering
- ernæring.

I accelererede operationsforløb gælder de samme udskrivningskriterier som ved traditionelle operationsforløb, men pa-

tienten opfylder kriterierne tidligere. Det accelererede forløb nedsætter kirurgisk stressrespons og er mindre organbelastende, hvilket reducerer smerte, kvalme, søvnforstyrrelser, træthed og andre komplikationer. For lægegruppen gælder indsatsområdet stressreduktion især den perioperative periode (se boks 1 side 45) med minimal invasiv kirurgi og regional anæstesi (2). For sygeplejerskerne betyder indsatsområdet tættere samarbejde med patient og pårørende i hele det perioperative forløb.

Plejen ved accelererede operationsforløb tager udgangspunkt i almindelig kirurgisk sygepleje. Sygeplejersken arbejder som en integreret del af det tværfaglige behandlingsteam, der består af patienten, anæstesiologen, kirurgen, fysioterapeuten og sygeplejersken (2). Traditionelt har sygeplejersken en plejemæssig og en koordinerende rolle i det perioperative patientforløb, hvor plejen består af delegerede og selvstændige sygeplejehandlinger (3). I det accelererede operationsforløb skelnes ikke skarpt mellem delegerede og selvstændige opgaver, idet aktiviteterne påvirkes af tværfaglige beslutninger, patientpræferencer, pårørende samt evidensbaserede anbefalinger (4).

Sygeplejersken er ansvarlig for den grundlæggende sygepleje i den perioperative periode, med særlig vægt på patient- og pårørendeperspektivet, hvor gensidige forventninger og information prioriteres. Desuden har sygeplejersken rollen som koordinator i behandlingsteamet, hvor data og observationer ofte indgår som baggrund for de lægelige ordinationer.

### Enhed for Perioperativ Sygepleje

I forbindelse med implementeringen af accelererede operationsforløb i Danmark blev Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) oprettet i 2004 med en projektleder placeret på Rigshospitalet (5). EPS havde en uformel landsdækkende konsulentfunktion og var i første omgang en del af et toårigt projekt finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Projektet er



siden forlænget med endnu to år og samfinansieret med Hovedstadens Sygehusfællesskab. Projektlederen ved EPS har til-

**”Det accelererede operationsforløb er en pakkeløsning. Hvis patienten får hele behandlingspakken, er der evidens for, at der vil optræde færre komplikationer og kortere indlæggelsestid i forhold til traditionelle operationsforløb.”**

rettelagt workshopper og konferencer, hvor sygeplejersker fra hele landet har deltaget. Den ledelsesmæssige udfordring har i

første omgang ligget i at motivere forskellige faggrupper til implementering af det accelererede regime (5).

#### **Evidensbaseret praksis**

Kliniske vejledninger skal, så vidt det er muligt, evidensbaseres, idet der er et stigende krav om, at sundhedsydelse skal tage udgangspunkt i den nyeste videnskabelige viden. Sygeplejersker har ikke haft tradition for at videnskabeliggøre deres praksis, bl. a. fordi der ikke har eksisteret tilstrækkelig sygeplejeforskning, men billedet er ved at ændre sig. Internationalt er der nu over 400 videnskabelige sygeplejetidsskrifter, og sygeplejersker deltager som en naturlig del i tværfaglige forskningsinitiativer. ►

- Evidensbaseret praksis og evidensbaseret sygepleje er afledt af begrebet evidensbaseret medicin, der oprindeligt blev anvendt af lægen *Gordon Guyatt* i 1981 (6). Evidensbaseret medicin er bl.a. defineret som: "Samvittighedsfuld, eksplicit og velovervejet anvendelse af den bedste aktuelle viden til at træffe kliniske beslutninger om behandling af individuelle patienter" (7). Se figur 2, som viser, hvordan evidensbaseret praksis integrerer forskningsbaseret viden, klinisk ekspertise, patientpræferencer og ressourcer (8).

### Kliniske vejledninger

Accelererede operationsforløb er baseret på kliniske vejledninger med eksplicitte mål for alle delelementer i forløbets kerneområder. Kliniske vejledninger udarbejdes ud fra den bedst tilgængelige evidens, herunder forskningsresultater, sygeplejerskers kollektive erfaringer (konsensus) samt patientperspektivet. Vejledningerne indeholder en kort beskrivelse af de overordnede anbefalinger for forløbet (9). Under kerneområderne nævnes specifikke anbefalinger for sygeplejehandlinger i hele den peri-

### "Sygeplejerskers personlige holdninger har indflydelse på patientresultatet, så begrebet kompliance gælder både sygeplejersken og patienten."

operative periode. Udarbejdelsen af kliniske vejledninger tager udgangspunkt i AGREE-instrumentet, som anbefales af Sekretariatet for Referenceprogrammer (10).

Anvendelsen af evidensbaseret praksis indebærer et ønske om at integrere videnskabelig evidens med den enkelte patients præferencer, og det kan være modsætningsfyldt, hvis patienten ikke er i stand til at følge regimet. Denne problematik er ikke ny, og siden 1974 har der eksisteret adherence- og complianceforskning med henblik på at forstå, hvorfor patienter ikke altid gør, som personalet foreskriver (11). Forskellen mellem standardens anbefalinger og patientens ønsker og forventninger forhandles i mødet med patienten før operationen samt i det efterfølgende plejeforløb. Patienten kan evt. tilbydes alternativer til program-satte aktiviteter, men det vil i nogle situationer være uhensigtsmæssigt. Accelererede operationsforløb kan ikke fungere optimalt, hvis plejen afviger væsentligt fra standarden, så hvis sygeplejersken og patienten aftaler for mange ændringer, risikerer patienterne at få netop de komplikationer, som det accelererede operationsforløb er designet til at forhindre.

### Skeptiske sygeplejersker

Det accelererede operationsforløb er med andre ord en pakkeløsning. Hvis patienten får hele behandlingspakken, er der evidens

for, at der vil optræde færre komplikationer og kortere indlæggelsestid i forhold til traditionelle operationsforløb. Men hvilke konsekvenser får det, hvis patienten fraviger dele af behandlingsregimet? En undersøgelse fra 2002 viste, at sygeplejersker var skeptiske over for accelererede regimer og bekymrede for, at psykisk pleje, omsorg og information ikke kunne tilgodeses ordentligt ved korttidsindlæggelser (12). Samme undersøgelse viste dog, at patienterne havde det bedre, end sygeplejerskerne forventede.

I det følgende gives eksempler på nogle sygeplejerskers udsagn ved indførelsen af accelererede forløb på Ortopædkirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital i 2003. Disse udsagn illustrerer nogle af de problemstillinger, sygeplejerskerne oplevede i forbindelse med indførelsen af standardiseret praksis for accelererede regimer:

"Det kræver overgreb på patienten at opfylde mobiliseringsmålene."

"Vi stresser patienterne."

"Det er overgreb at give patienter sonde, når de kan mades."

"Patienten siger, hun har ondt, men det har hun ikke, det kan jeg se."

Det er tilsyneladende belastende for sygeplejersker at fungere i grænsefladen mellem videnskabelig og medmenneskelig praksis i situationer, hvor vejledningen anbefaler interventioner, der kan være ubehagelige for patienten. Det kan dreje sig om et ernæringsregime, der ikke kan gennemføres af patienter med

### "Det er tilsyneladende belastende for sygeplejersker at fungere i grænsefladen mellem videnskabelig og medmenneskelig praksis i situationer, hvor vejledningen anbefaler interventioner, der kan være ubehagelige for patienten."

kvalme, eller et mobiliseringsregime, der ikke kan gennemføres af gamle eller trætte patienter. Der kan opstå situationer, hvor plejepersonalet følger vejledningen, men samtidig føler, at det strider mod god sygepleje, og det stresser sygeplejerskerne.

### Følelser vs. evidens

Den danske sygeplejerske og antropolog *Helle Ploug Hansen* har beskrevet dilemmaet i sygeplejerskens virke mellem det generelle og individuelle i patientsituationen og siger, at dette dilemma ikke kan ophæves, men det kan anerkendes og udforskes (13). Dette dilemma behøver dog ikke at være et valg mellem to onder. Det har aldrig været hensigten, at sygeplejersken skulle gennemtvinge anbefalingerne i vejledningen hen over hovedet på patienten, men hun må ud fra den bedste aktuelle viden træffe beslut-

►► **BOKS 1. DEN PERIOPERATIVE PERIODE** defineres fra det tidspunkt, patienten har givet samtykke til operation, og til patienten har afsluttet de ambulante kontroller.

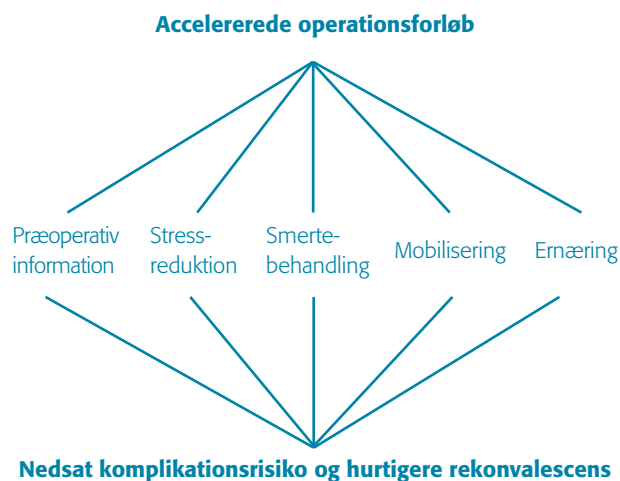
Perioden har tre faser:

- Den præoperative periode: før operationen
- Den peroperative periode: selve operationen
- Den postoperative periode: efter operationen.

►► **UDVIKLING AF KLINISKE VEJLEDNINGER.** Kliniske vejledninger udarbejdes ud fra forskningsbaseret litteratur, der belyser pleje, behandling og patientperspektiv (10) og ud fra sygeplejerskers kollektive erfaringer. Vejledningerne udarbejdes ved at afholde workshopper for sygeplejersker inden for hvert subspecial. Ved disse lejligheder præsenteres forskningsresultater af læger, sygeplejersker og andre fagpersoner. I de forløbne år har en eller to sygeplejersker fra mere end 20 danske hospitaler deltaget i vidensudveksling og konsensusudvikling om kliniske vejledninger for bl.a. knæ- og hoftealloplastik, hoftefraktur, hysterektomi og tarmresektion. Efter hver workshop har projektlederen samlet forslagene og sendt en skitse til vejledningen til høring blandt deltagerne i to omgange for at sikre maksimal input og konsensus. Herefter sammenskrives den kliniske vejledning og lægges ud på hjemmesiden for Enhed for Perioperativ Sygepleje, [www.periopsygepleje.rh.dk](http://www.periopsygepleje.rh.dk)

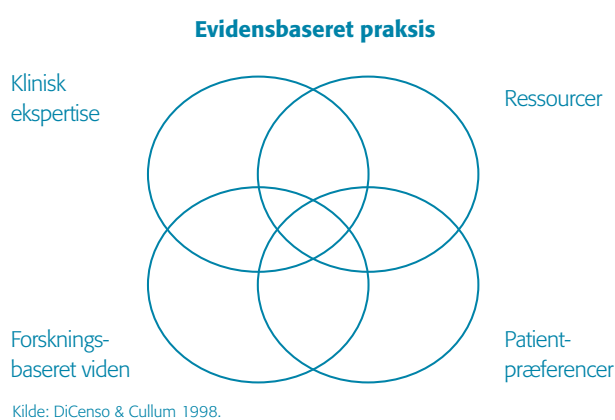
Det har været en styrke, at sygeplejersker fra hele landet har deltaget, og det har samtidig været en udfordring for deltagerne at italesætte deres tavse viden fra praksis og argumentere for synspunkter, der ikke umiddelbart er videnskabeligt forankret. Det har fordret åbenhed blandt deltagerne, som har ønsket at solidarisere sig med patienten og samtidig yde professionel pleje. Dobbelttheden kan føles som en konflikt, som nogle sygeplejersker ikke er tilstrækkelig rustet til at håndtere. Diskussionerne har fremhævet forskellen på den naturvidenskabelige og humanistiske tilgang til pleje og behandling, hvilket har været en forudsætning for at opnå et reelt tværfagligt samarbejde.

►► **FIGUR 1. KERNEOMRÅDERNE I DET ACCELEREREDE OPERATIONSFORLØB.**



Kilde: Kehlet & Dahl 2003.

►► **FIGUR 2. MODEL FOR EVIDENSBASERET PRAKSIS.**



ninger sammen med patienten og eventuelle pårørende. I den proces har sygeplejersken og patienten nye roller i forhold til traditionel praksis. Patienter informeres bedre og tildeles en aktiv rolle i beslutningsprocesserne. Hvis patienten ikke magter at følge anbefalingerne, må sygeplejersken finde alternativer og tage udgangspunkt i patientens forståelse af sygdom og hospitalisering for at få et fælles grundlag for beslutningerne.

I det accelererede regime behandles patienten for smerter, så mobilisering bliver mulig. Der er en positiv sammenhæng mellem øget mobilisering og reduktion af sengelejekomplikationer, og øget fysisk aktivitet nedsætter postoperativ træthed. Alligevel kan personalet føle, at det er synd for patienten at skulle ud af sengen. Men frem for at have medlidenhed kan sygeplejersken f.eks. aftale tidspunktet for mobiliseringen med patienten. Den tankegang er ikke ny, men problemet kan være, at nogle sygeplejersker ikke har overskud til at samarbejde med patienten. En klinisk vejledning stiller krav til begge parter.

Den kliniske vejledning anbefaler, at patienten skal behandles for kvalme for at kunne spise adækvat. Undersøgelser bekræfter, at ernæringstilskud fremmer sårhelingen, og at det kan blive nødvendigt at nedlægge en ernæringssonde. Alligevel mener nogle sygeplejersker, at det er et overgreb, og at patienten skal have mulighed for at føle naturlig sult og selv justere sit behov for føde. Nogle sygeplejersker fravælger sonden, selv om standarden anbefaler den. Sygeplejerskers personlige holdninger har på den måde indflydelse på patientresultatet, så begrebet kompliance gælder både sygeplejersken og patienten. Tre cases fra udviklingsprojektet på Ortopædkirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital i 2003 illustrerer ovenstående pointer (se boks 2 side 46).

### Diskussion og konklusion

Denne artikel har berørt flere kendte modsætningsforhold, der vanskeliggør indførelsen af kliniske vejledninger. Det første er ►

### ►► BOKS 2. TRE CASES

Tre cases fra en afdeling med accelereret regime, der illustrerer, at sygeplejersker må samarbejde med patienten og kende almindelige kompliancestrategier, hvis accelererede forløb skal lykkes.

#### Case 1:

Sygeplejersken skal mobilisere en ældre patient, som er træt og ønsker at blive liggende i sengen. Hun informerer patienten om vigtigheden af at komme op i en stol. Patienten begynder at klynke, og sygeplejersken trøster patienten, men fortsætter mobiliseringen og får patienten over i en stol. Patienten beder om at komme i seng, men sygeplejersken gentager vigtigheden af at sidde op. Sygeplejersken trøster atter patienten og tilbyder noget at drikke. Patienten virker opgivende og sukker. Da sygeplejersken forlader rummet, har hun en følelse af, at hun har ydet overgreb på patienten for at forhindre sengelejekomplikationer. På kontoret fortæller hun sine kolleger om sin oplevelse:

"Det er synd for patienten, at hun skal sidde oppe, når hun bare ikke ønsker det. Det kan godt være, at det er vigtigt for hende at sidde oppe, men det, jeg lige har gjort, føles som et overgreb på patienten. Hvordan har I tænkt jer, at jeg som en samvittighedsfuld sygeplejerske, hvis fornemmeste opgave det er at yde omsorg, skal kunne fungere i en afdeling, som sætter overgreb højere end medmenneskelighed?"

Casen viser, at både sygeplejerske og patient føler sig magtesløse i situationen. Patienten ønsker ikke at forlade sengen, og sygeplejersken ønsker ikke at tvinge patienten. Sygeplejersken ser ikke alternativer i situationen. De taler forbi hinanden, når sygeplejersken tilbyder noget at drikke i stedet for at gå i dialog med patienten. Sygeplejersken informerer patienten om regimet frem for at spørge om patientens oplevelse af situationen. Det er muligt, at de i fællesskab kunne have tilrettelagt dagens timer med tid til både hvile og mobilisering, hvis sygeplejersken

havde taget udgangspunkt i patientens habituelle rutiner, f.eks. hvornår patienten plejer at stå op, og hvornår patienten plejer at sove til middag. Det kunne også være aktuelt at medinddrage familien til at motivere patienten eller at koordinere mobilisering og familiebesøg.

#### Case 2:

Patienten har siddet i en stol på stuen i en time:

"Kan jeg ikke godt komme i seng nu, jeg har så ondt?"

"Jamen, har du ikke lige få dine smertestillende piller?"

"Det ved jeg ikke, jeg har ondt og kan ikke holde ud at sidde oppe, jeg vil i seng nu."

"Jeg henter noget ekstra smertestillende til dig, men du har godt af at sidde oppe og få trukket vejret igennem, du har kun været oppe i lidt over en time."

"Jeg orker ikke mere, må jeg ikke godt komme i seng nu?"

"Nu prøver vi lige med noget smertestillende først, så får du det bedre."

"Åh, jeg kan ikke mere, jeg ønsker bare at dø, må jeg ikke godt komme i seng?"

"Men du bliver jo ikke bedre af at komme i seng, nu må du vente, til det smertestillende virker, og så må vi se, om du stadig gerne vil i seng, for så skal jeg nok hjælpe dig."

Sygeplejersken fortæller sine kolleger om sin oplevelse:

"Jeg har svært ved at se det sundhedsfremmende i, at jeg nærmest tvinger hende til at være oppe. Det er uetisk, at vi skal mobilisere patienterne, når de har så ondt og bare ikke vil være oppe. Det er at stresser patienten, det jeg lige har gjort, det kan hun ikke tåle."

I Case 2 er det tydeligt, at både sygeplejerske og patient er stressede i situationen. Patienten har smerter og er tilsyneladende ikke tilstrækkeligt smertedækket til at tolerere mere end en time i stolen. Det ser ikke ud til,

- modsætningen mellem standardisering og individualisering. Her har sygeplejersker svært ved at tilgodese begge overordnede mål samt at skelne mellem beslutningstyper, hvor patienten fornuftigvis skal inddrages, og problemstillinger, som kræver faglig ekspertise.

**"Undersøgelser bekræfter, at ernæringstilskud fremmer sårhelingen, og at det kan blive nødvendigt at nedlægge en ernæringssonde. Alligevel mener nogle sygeplejersker, at det er et overgreb, og at patienten skal have mulighed for at føle naturlig sult og herved selv justere sit behov for føde."**

Sygeplejersker har tilsyneladende nemmere ved at følge en traditionel lægeordination, end en klinisk vejledning, hvor sygeplejersken selv har bemyndigelse til at tænke kritisk. Den ordinerende læge tager ansvaret for behandlingen ud fra et rationelt perspektiv. Sygeplejersker bryder sig antagelig ikke om at være medansvarlige for beslutninger, der kan stride mod omsorgsperspektivet.

I den amerikanske sygeplejeforsker *Patricia Benners* bog om sygeplejerskers kompetencestigning udtrykkes skepsis over for standardisering (14). Bekymringen er, at standarder vil fratage

sygeplejersker muligheden for at træffe kliniske beslutninger. Det forholder sig imidlertid anderledes med kliniske vejledninger, som netop lægger op til, at sygeplejersker skal tænke selvstændigt. Evidensbaseret praksis forudsætter klinisk ekspertise, men i praksis er de fleste sygeplejersker ikke eksperter. Det kan være med til at forklare sygeplejerskers frustration.

Et andet dilemma er integration af forskningsbaseret viden (formel evidens) og kliniske erfaringer (uformel evidens). Her står sygeplejerskens kompetence sin prøve i udøvelsen af evidensbaseret praksis. Kliniske vejledninger giver ikke sygeplejersken svar på alle plejemæssige problemstillinger, men indeholder anbefalinger, der forudsætter, at sygeplejersker kan træffe kliniske beslutninger.

Integration af mono- og tværfaglig praksis udfordrer sygeplejersker, og integration af naturvidenskabelig og humanistisk tankegang kræver forståelse for forskellige videnskabsteoretiske positioner. Sygeplejerskens formelle rolle er at indgå i det tværfaglige samarbejde med et særligt sygeplejefagligt perspektiv, der retter sig mod forståelsen af patientens reaktion på sygdom og beherskelse af dagligdagens aktiviteter (15). Men i praksis indtager sygeplejersken undertiden en passiv rolle, hvor hun dels forsøger at underordne sig vejledningen, dels overlader ansvaret til patienten og det øvrige personale. Sygeplejersker er tilsyneladende ikke rustede til at arbejde med kliniske vejledninger. ►

at sygeplejersken og patienten på forhånd har aftalt, hvor længe patienten skal være oppe. Sygeplejersken spørger, hvornår patienten sidst har fået smertestillende medicin, hvilket patienten ikke har styr på. Der kunne ligge en skjult anklage i det spørgsmål. En anden måde at gribe situationen an på kunne være at hjælpe patienten i seng og give mere smertestillende medicin, hvorefter de to i fællesskab kunne træffe aftaler om dagens øvrige aktiviteter.

### Case 3:

En ældre dame sidder i en stol på stuen. Hun har ikke spist sufficient gennem de sidste tre dage som følge af kvalme og almen appetitløshed. Ifølge afdelingens standard bør hun få anlagt en ernæringssonde og derved få dækket sit behov, indtil hun igen er i stand til at spise tilstrækkeligt. Patienten er klar og relevant, men meget træt og afkræftet. Sygeplejersken har planlagt, at patienten skal have lagt sonde, og har gjort alt klar til dette. Hun går ind til patienten for at tilbyde sondetilskud i en kort periode, så patienten undgår mulige komplikationer og får kræfterne igen.

"Fru Jensen, jeg kan se, at du ikke har spist noget de sidste par dage, hvordan kan det være?"

"Jeg har ingen appetit, maden smager mig ikke."

"Du ved godt, hvor vigtigt det er for dig at få næring, ellers får du ikke kræfter til at klare genoptræningen og komme hjem igen."

"Ja, men jeg kan ikke."

"Jeg vil gerne give dig en ernæringssonde, så du på den måde kan få flere kræfter."

"Det vil jeg helst ikke, jeg orker ikke mere, jeg vil bare gerne hjem."

Sygeplejersken udsætter sondenedlæggelsen og skriver i journalen, at man skal tale med patienten om at få lagt en sonde dagen efter. Herefter beskriver hun sit dilemma for kollegerne:

"Skulle jeg have presset på med information om konsekvenserne af hendes valg, og har jeg ydet den bedste pleje til patienten ved at følge hendes valg, når jeg ved, at hendes chancer for at komme igennem dette er få, når hun ikke spiser?"

Case 3 viser, som de to foregående, at sygeplejersken ser sin rolle som en, der skal give information i højere grad end at modtage information. Der er ikke tale om en dialog. Patienten har kvalme og madlede. Sygeplejersken spørger ikke, hvad patienten plejer at spise, når hun føler sig utilpas, og hun tilbyder ikke alternativer til den serverede mad. Sygeplejersken vælger at informere på en måde, der kan virke nedladende eller truende på patienten. Det kan være, at patienten ikke har brug for mere information, men i højere grad ønsker, at sygeplejersken skal overtage beslutningerne, mens hun føler sig utilpas. Det er også muligt, at patienten vil acceptere sonden, hvis den præsenteres som en del af behandlingen i højere grad end et tilbud. Sygeplejersken fralægger sig ansvaret for sondeernæringen ved at lade patienten råde og overlade opgaven til morgendagens kolleger. Frem for at opgive sondeernæringen kunne sygeplejersken have taget udgangspunkt i patientens ønske om at komme hjem.



Clara Sørensen 2006

- Når accelererede regimer skal implementeres, anbefales det derfor samtidig at indføre undervisning, der retter sig mod integration af individualiseret og standardiseret praksis. Undervisningen bør omfatte principper for evidensbaseret praksis og beskrive de modsætningsforhold, der kan opstå. Sygeplejersker bør have kendskab til almindelige kompliancestrategier (11):

- Forhandling med patienten
- Forenkling af regimet
- Tilpasning til patientens livsstil
- Inddragelse af familien
- Hyppige påmindelser
- Relevant information
- Ikke-moraliserende adfærd.

Anvendelsen af kliniske databaser, der dokumenterer resultaterne af accelererede forløb, kan gøre sygeplejersker trygge ved arbejdet. Skemalagte sygeplejekonferencer eller tværfaglige konferencer er andre forslag. Patienten bør ikke underkastes den enkelte sygeplejerskes personlige holdninger; derfor er det vigtigt, at det multidisciplinære team er opmærksomme på hinandens arbejdsområder for i fællesskab at optimere forløbet.

*Ingrid Egerod er sygeplejerske, ph.d. og seniorforsker på Universitetshospitalernes Center for Sygepleje- og omsorgsforskning, UCSF  
ie@ucsf.dk*

*Kirsten Rud er sygeplejerske og projektleder på Enhed for Perioperativ Sygepleje.  
periopsygepleje.@rh.dk  
Læs interview med Kirsten Rud side 23.*

*Pia Søe Jensen er projektsygeplejerske på Ortopædkirurgisk afdeling på Hvidovre Hospital.  
pia.soe.jensen@hh.hosp.dk*

*Forfatterne takker professor Henrik Kehlet, Rigshospitalet, og seniorforsker Lone Friis Thing, UCSF, for kritisk gennemlæsning af artiklen og forslag til ændringer.*

#### Litteratur

1. Kehlet H. Accelererede operationsforløb. En faglig og administrativ udfordring. Ugeskr Læger 2001;163:420-4.
2. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. Lancet 2003;362:1921-8.
3. Carpenito LJ. Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice. 7th ed. Philadelphia: Lippincott; 1997.

4. Rud K. Generel kirurgisk sygepleje – evidensbaseret plejeprogram.
5. Rud K, Egerod I. Markant vilje til at måle kvaliteten. Sygeplejersken 2005;105(1):38-42.
6. Guyatt GH, Rennie D. Users' guides to the medical literature. JAMA 1993;270:2096-7.
7. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't. BMJ 1996;312:71-2.
8. DiCenso A, Cullum N. Implementing evidence-based nursing: some misconceptions. Evidence-Based Nursing 1998;1(2):38-40.
9. DiCenso A, Ciliska D, Marks S, McKibbon A, Cullum N, Thompson C. Evidence-Based Nursing. In: Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB, editors. Evidence-Based Medicine. How to Practice and Teach EBM. 2 ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 2000.
10. Agree Collaboration. AGREE instrument. www.agreecollaboration.org 2001. 5-5-2005.
11. Vermeire E, Hernshaw H, Van Royen P. Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. J Clin Pharm Ther 2001;26:331-42.
12. Wagner L, Carlslund AM. Kvinder og korttidsindlæggelser – en kvalitativ evaluering af hysterektomerede kvinders og personalets erfaringer med accelereret regime. København: UCSF; 2002.
13. Hansen HP. Evidence-based nursing. Must or mantra? In: Kristiansen IS, Mooney G, editors. Evidence-Based Medicine. In its place. London: Routledge; 2004. p. 33-49.
14. Benner P. From Novice to Expert. Menlo Park: Addison-Wesley Publishing Company; 1984. p. 225-243.
15. Carnevali DL. The Challenge. Nursing Care Planning: Diagnosis and Management. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1983. p. 3-8.

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Egerod I, Rud K, Jensen PS. A package solution for patients. Fast-track surgery with clinical guidelines. Sygeplejersken 2006;(17):42-8.

This article describes a national collaboration regarding the implementation of evidence-based nursing practice protocols for fast-track surgery. An introduction to fast-track surgery and evidence-based practice is followed by a description of the newly established Perioperative Nursing Unit and its role in the development of evidence-based nursing practice protocols. Finally, three cases are presented which illustrate some challenges regarding the actual use of practice protocols. It is concluded that the introduction of fast-track regimes requires staff education.

Keywords: Evidence-based protocols, clinical guidelines, fast-track surgery, Perioperative Nursing Unit.



# Fra køje til digitalt køje

Af Marie-Louise Ulsøe, afdelingssygeplejerske, og Jane Elgø, oversygeplejerske

**Interaktivitet.** Fremtidens operationsstue er digitalt overvåget, så kapaciteten på operationsstuen kan udnyttes effektivt. Personalet er glade for, at den nye teknologi bliver indført på Horsens Sygehus.



Måske den første interaktive operationsafdeling i verden. Skærmene på Operationsafdelingen på Horsens Sygehus giver bl.a. mulighed for at følge patienternes og personalets aktiviteter.

Et bud på fremtidens operationsstue er blevet afprøvet på Operationsafdelingen på Horsens Sygehus, og fra efteråret bliver det interaktive hospital udrullet på samtlige operationsstuer på den centrale operationsafdeling, på sengeafdelingerne samt i relevante serviceafdelinger.

Den nye teknologi forbedrer overblikket over afdelingens aktiviteter og personale. Teknologien kan vise, hvor personalet befinder sig på sygehuset. Et køje i en dør på operationsstuerne er blevet et effektivt styringsredskab, der gør arbejdsgangene lettere for personalet.

Hver dør har stadig sit køje, så man kan kigge ind i operationsstuerne, men siden den 1. december 2005 har man også haft digitale køjer. Fra koordinatorcentralen som ligger midt i afdelingen, kan man kigge ind på tre af de ni operationsstuer. Der er ophængt to store fladskærme, som i tekst, grafik og levende billeder viser, hvordan aktiviteterne forløber på de tre stuer.

Grafisk er der med en pil vist, hvor langt operationen er på de enkelte stuer, fra patienten er ankommet, kniv start, kniv slut, rengøring osv. Desuden er der vist videoklip fra stuen via et webkamera. På de to skærme kan man se, hvor personalet befinder sig, hvilken mødetid de har osv. Der er billeder af personalet, så man kan se, hvilken stue de befinder sig på. Skærmene opdateres hvert 10. sekund. For hver operation står der en beskrivelse af operationen,

patientens navn og cpr-nummer samt de deltagende kirurger og sygeplejersker.

Det interaktive hospital består af:

1. Den interaktive operationsplan, som giver et overblik over patienternes forløb på operationsafdelingen og personalets aktiviteter, samt kommunikation til operationsstuer, opvågningsafdelingen og sengeafdelingen. Der er ophængt tilsvarende skærme i opvågningsafdelingen og sengeafdelingen. Her er der ikke vist videoklip, men grafik og tekst.
2. Interaktiv telefon og chips, som ud over at fungere som en normal mobiltelefon med samtale og tekstbeskeder kan stedsfæste, hvor personen med telefonen befinder sig.
3. Interaktiv operationsstue, hvor der er placeret tilsvarende skærme som i koordinatorcentralen. Personalet kan følge deres operationsprogram samt sende og modtage tekstbeskeder via skærmen. Det fungerer i stil med chatprogrammer. I projektfasen indgår også talegenkaldelse samt sammenkobling af eksisterende systemer, digitale røntgenbilleder og elektronisk patientjournal.

På operationsafdelingen ser vi store muligheder med denne teknologi. De operationsprogrammer, vi er vant til at arbejde ud fra, er papirprogrammer, der hænger på en op-

slagstavle med fortrykte informationer som på den interaktive skærm. Forskellen til det nuværende system viser sig, når der sker ændringer i programmet, som der ofte gør i en operationsafdeling med akutte patienter og meget syge patienter. Ændringerne testes med det samme ind på skærmen, og på én gang når informationerne ud til operationsstuerne, til opvågningsafdelingen samt til sengeafdelingen. Ligeledes kan alle, der har mobiltelefonerne, se ændringerne på telefonerne. Det betyder, at kommunikationen forbedres, spildtid minimeres, og koordinatorene får et meget hurtigere overblik og dermed bedre udnyttelse af de tilstedeværende ressourcer.

Resultatet bliver mere effektive patientforløb og dermed flere operationer. Der er ingen tvivl om, at dette er et reelt bud på fremtidens operationsafdeling – formodentlig det første på verdensplan.

Jane Elgø, [jel@hs.vejleamt.dk](mailto:jel@hs.vejleamt.dk)  
tlf. 7927 4473.

Marie-Louise Ulsøe, [mлу@hs.vejleamt.dk](mailto:mлу@hs.vejleamt.dk)  
tlf. 7927 4499.

Jane Elgø og Marie-Louise Ulsøe er ansat på Operationsafdelingen, Horsens Sygehus, i anæstesiologisk område.

Jane Elgø er oversygeplejerske for hele området,

Marie-Louise Ulsøe er afdelings-  
sygeplejerske for Operationsafdelingen.

# Mål temperaturen på panden



**Præcision.** Undersøgelse viser, at både øre- og pandetermometre er gode at bruge til de daglige noninvasive temperaturmålinger, men at pandescanneren måler værdier, som ligger tættere på rektaltemperaturen end øretermometeret.

► Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker og studerende, der interesserer sig for valid temperaturmåling. Artiklen er baseret på en mindre undersøgelse, og hovedbudskabet er, at pandetermometeret tilsyneladende er pålideligt, let at håndtere og nemt at rengøre.

”Nej, det kan altså ikke være rigtigt. Så kold er jeg ikke,” siger Fru Hansen spontant.

”Nej, det har du ret i, Fru Hansen, jeg kontrollerer lige temperaturen på den gammeldags måde,” lyder det fra sygeplejersken.

Denne dialog forekom ofte ved de daglige øretemperaturmålinger på Nefrologisk sengeafdeling på Amtssygehuset i Herlev.

Her forsøgte man i 1990'erne at fjerne kviksølvytermometrene fra det daglige arbejdsmiljø, og valget faldt dengang på FirstTempGenius 3000A, som er et øretermometer. Øretermometeret var og er både patientvenligt, brugervenligt og udgør under de rette forhold en præcis og velfungerende noninvasiv temperaturmåling (1,2), men der er også problemer med denne temperaturmålingsmetode til stor irritation for både patienter og plejepersonale.

Øretermometeret har i sygeplejerskekredse været betragtet som en upræcis målemetode, idet målingerne er afhængige af øregangens anatomi og mængden af cerumen (2,3). Mange afdelinger vælger alligevel at anvende øretermometeret, da det er nemt at håndtere, nemt at rengøre og ikke er forbundet med noget ubehag for patienten, ud over at det kan være væmmeligt at blive hevet i

øret for at rette øregangen ud, som nogle af patienterne bemærkede i vores projekt (4).

Vi har været glade for arbejdsredskabet, men vi har på afdelingen været nødt til at indføre en procedure, hvor vi måler temperaturen rektalt, hvis vi har været usikre på øremålingen. Ofte har vi oplevet, at temperaturen i øret er målt til mindre end 35,5° C, hvor patienten ved en kontrollerende rektalmåling havde en højere temperatur, eller vi har oplevet målinger, hvor patienten virkede febril, og øretermometeret ikke viste feber, men rektaltermometeret gjorde. Nogle patienter har af samme grund medbragt eget digitaltermometer, da de føler sig mere trygge ved det (4).

Vi har ofte diskuteret, hvordan vi kunne kvalitetssikre temperaturmålingerne i afdelingen, men den endelige beslutning om at søge nye veje kom med en videnskabelig artikel i *Sygeplejersken*, hvor man efter grundige studier direkte frarådede brugen af øretermometre (3). Vi besluttede på et sygeplejefagligt ledermøde, at vi ville undersøge markedet for andre noninvasive temperaturmålingsmetoder, og vi diskuterede forskellige muligheder, bl.a. digitale mund- og axiltermometre, som begge blev fravalgt pga. deres måleusikkerhed (3). Ved en tilfældighed fandt vi Exergen-TemporalScanneren (pandescanner), og vi besluttede at undersøge, om dette apparat var bedre end det FirstTempGenius øretermometer, som vi anvendte i afdelingen (4).

## Lokal undersøgelse på 30 patienter

I samarbejde med afdelingens overlæge, dr.med. Erling Tvedegård, udarbejdede vi en projektbeskrivelse og foretog herefter



**“Pandescanneren måler den infrarøde stråling, der afgives fra arteria temporalis til huden på panden.”**

►► **ØRE- KONTRA PANDETERMOMETER.** I teorien er både øretermometeret og pandescanneren præcise og anerkendte apparater. Øretermometeret måler den infrarøde stråling, der afgives fra ørets trommehinde, og da trommehinden deler blodforsyning med arteria carotis interna, som forsyner hypothalamus, afspejler målingen derfor temperaturen i hypothalamus (1,2,3). Pandescanneren måler den infrarøde stråling, der afgives fra arteria temporalis til huden på panden, idet arteria temporalis ligger lige under hudniveau på panden og derfor afspejler temperaturen i arteria temporalis.

Begge termometre er blevet vurderet i diverse projekter og fundet anvendelige til noninvasiv temperaturmåling i almindelig klinisk praksis (2,3,7,8,9). I vores projekt fandt vi, at både øretermometeret og pandescanneren er patientvenlige og nemme at håndtere, da man kan måle temperaturen på patienten, uanset hvor han befinder sig, dvs. både i sengen, i stolen, og i dagligstuen i modsætning til rektalmåling, som skal foregå liggende.

Begge termometre er nemme at rengøre. Til øretermometeret skal der anvendes beskyttelseshætter, idet selve spidsen på måleren skal ind i patientens øre. Pandescanneren rører huden på panden og bag øret og behøver ikke beskyttelseshætte, men skal i stedet rengøres mellem hver patient med et desinfektionsmiddel med alkohol f.eks. spritswaps med 70-80 pct. alkohol.

målinger med både øretermometer, pandescanner og rektalt kviksølvtermometer i forbindelse med afdelingens morgenrutine. To tilfældigt udvalgte medlemmer af plejepersonalet gik rundt til i alt 30 tilfældigt udvalgte patienter. Alle målingerne blev foretaget på den samme patient samtidig, og der gik ca. en uge med at gennemføre alle målingerne. Vi foretager ca. 60 temperaturmålinger i døgnet på Nefrologisk sengeafdeling B109, hvorfor vi mente, at 30 patienter var et repræsentativt antal.

Det ene medlem af plejegruppen målte højre side af den enkelte patients hoved med både øretermometeret og pandescanneren, og det andet medlem af plejegruppen målte venstre side af hovedet med begge apparater. Til sammenligning anvendte vi den metode, som hidtil har været anset som den bedste noninvasive målemetode – rektalmåling med kviksølvtermometer, men det var tilfældigt, om rektalmålingen lå før eller efter de andre målinger (4).

Efter at have gennemført projektet sammenlignede vi litteraturen og resultaterne af de forskellige temperaturmålinger.

Øretermometeret målte i vores projekt så rigtigt, som vi forventede af denne temperaturmålingsmetode, og indimellem målte det temperaturer under 35,5° C, hvilket ikke svarede til nogen af vores rektale målinger. Pandescanneren målte ingen temperaturer under 36° C, hvilket ligger tættere på de samtidige rektale målinger.

I projektet oplevede vi, at fire patienter nægtede at få målt rektal temperatur, mens alle patienter var positivt stemt over for den nye pandescanner. Syv patienter udtrykte desuden mistillid ►

► til øretermometeret, da de tidligere havde fået målt lave temperaturer (4).

### Vi vælger pandescanneren

Vores udgangspunkt var, at vi ville undersøge, hvilket apparat (øre- eller pandetermometer) der var bedst at anvende i dagligdagen til noninvasiv temperaturmåling. Vi ville gerne vide, om det var fagligt forsvarligt eventuelt at skifte apparat. Konklusionen var, at begge apparater er gode at bruge til de daglige noninvasive temperaturmålinger, men at pandescanneren målte værdier, som lå tættere på rektaltemperaturen end øretermometeret. Om pandescanneren er bedre end øretermometeret, kan vi med baggrund i vores undersøgelse ikke klart sige. Begge apparater viser under de rette forhold præcise temperaturmålinger, men fordelene ved pandescanneren er, at man ikke så ofte er i tvivl om den målte værdi. Værdien er generelt lidt højere, hvilket også er, hvad de tekniske specifikationer angiver (5), og vi oplever ikke de unormalt lave temperaturer på 35,5° C, som vi gjorde før. Vi er derfor ikke nødt til at anvende kviksølvtermometre i det omfang, som vi hidtil har gjort, og derved kan vi få kviksølvet væk fra vores arbejdsmiljø (4).

På det grundlag har vi valgt at satse på pandescanneren i fremtiden.

### Fordelagtigt valg

Vi får nogle fordele ved det valg. Vi skal ikke undvære apparatet til kalibrering, idet øretermometeret skal kalibreres 1-2 gange årlig af medikoteknisk personale, hvorimod pandescanneren er selvkalibrerende. Vi skal ikke vente 45 minutter på, at vi kan tage en temperatur efter rengøring af linsen, for pandescanneren kan anvendes kort tid efter rengøring.

Derudover er der en besparelse på ca. 17 kr. om dagen på 60 målinger ved ikke at anvende beskyttelseshætter, idet man kan nøjes med rengøring mellem hver patient (5) med spritswaps med 70-80 pct. alkohol, hvilket er billigere i indkøb.

Indkøbsmæssigt ligger apparaterne relativt tæt i pris.

Pandescanneren har dog en mangel. Den målte værdi er væk fra displayet efter 30 sekunder, hvor den på øretermometeret bliver stående til næste måling, men heldigvis er det nemt at gentage målingen, hvis man glemmer værdien, inden den er skrevet ned.

Vi ville gerne forbedre kvaliteten af vores temperaturmålinger, og hverken patienter eller personale ønsker rektalmålingerne tilbage. Ud fra litteraturen, vores egen undersøgelse samt erfaring med pandescanneren anser vi ExergenTemporalScanneren for at være et rigtig godt alternativ til det gamle, rektale kviksølvtermometer og lidt bedre end øretermometeret.

*Anette Espenhein er afdelingssygeplejerske på Nefrologisk afdeling B 109 på Amtssygehuset i Herlev. anesp@herlevhosp.kbhamt.dk*

### Litteratur

1. Sherwood, Davis og Geck. First Temp Genius, Operation Manual 3000A. Side 1-10.
2. Joost M, Guldager H. Blære- versus øre- og pandetermometer. Ugeskr Laeger 26. maj 2003. Videnskab og praksis. Side 2297-98.

3. Hansen HV, de Thurah A. Klinisk retningslinje til måling af temperatur. Sygeplejersken 23/2004. Videnskab & Sygepleje. Side 23-32.
4. Espenhein A. Amtssygehuset i Herlev, Temperaturmålingsprojekt med FirstTempGenius3000, ExergenTemporalScanner TAT 5000 og rektalt kviksølvstermometer. Side 1-7.
5. Exergen Corporation. Exergen Temporal Scanner, Reference Manual Model TAT-5000 OG TAT-4000. Side 1-27.
6. Roy S, Powell K, Lowell WG. Temporal Artery Temperature Measurements in healthy Infants, children and Adolescents. Clin.Pediatrics June 2003; 42: Side 433-7.
7. Pompei F, Pompei M. Non-Invasive Temporal Artery Thermometry: Physics, physiology and clinical accuracy. SPIE Defence and Security Symposium 12-14 april 2004, Orlando Fl. Side 1-7.
8. Al-Munkhaizeem F, Upton A. Comparison of temporal artery, rectal and esophageal core temperatures in children: Results of a pilot study. J paediatr child health Pulsusgroup inc. Vol 9 No 7. september 2004. Side 461-5. www.pulsus.com/paeds/09\_07/almu\_ed.htm
9. Sandlin D. New Product review: Temporal artery thermometry. J Perianesth Nurs Vol 18, nr. 6, 2003. Side 419-21.
10. Greenes D, Fleisher G. When body temperature changes, does rectal temperature lag? 10.1016/j.jpeds.2004.02.037.
11. Caroll D. A comparison of Measurements from a Temporal Artery Thermometer and a pulmonary artery catheter thermistor. American association of critical care nurses 5/14/2004 (www.aacn.org/AACN/NTIPoster.nsf/vwdoc/2004RESDCaroll?opendocument).

►► **ENGLISH ABSTRACT.** Espenhein A. Temporal temperature measurement. Sygeplejersken 2006;(17):50-2.

On nephrology ward B109 at Herlev County Hospital we wanted to audit the quality of temperature measurements. We came across the ExergenTemporalScanner (a forehead scanner) and decided to investigate whether this device was better than the FirstTemp – Genius ear thermometer we were using on the ward.

In collaboration with the department's consultant, we drew up a project description which involved taking temperatures with the ear thermometer, the temporal device and a rectal mercury thermometer. All the measurements would be made on the same patients simultaneously, and with approx. 60 temperature measurements per 24 period we were confident that 30 patients was a representative number. We subsequently compared the measurements and the literature.

Our conclusion was that both devices were patient-friendly and suitable for daily, non-invasive temperature measurement. However, the temporal scanner measured values which were closer to those of the rectal thermometer than the ear thermometer. It is not possible to ascertain precisely whether or not the temporal scanner is better than the ear thermometer on the basis of our study. Under the right conditions, both devices show accurate temperature measurements, although the advantage of the temporal scanner is that one is not so frequently in doubt about the value measured.

Keywords: Quality audit, ExergenTemporalScanner, temporal scanner, ear thermometer, temperature measurement.

Har du en idé eller en case til det næste Dilemma, så send den til redaktionen@dsr.dk Indlægget må højst fylde 1.000 anslag uden mellemrum. Husk navn, medlemsnummer, adresse, arbejdsadresse og tlf.nr. under dit forslag. Du kan også ringe til *Jette Bagh*, tlf. 4695 4187 eller *Eyv Ravn*, tlf. 4695 4256 og fortælle din historie. Læs hvad Sygeplejeetisk Råd mener om det aktuelle Dilemma på [www.sygeplejeetiskraad.dk](http://www.sygeplejeetiskraad.dk) Her kan du også læse Dilemma og svar bragt i tidligere numre af *Sygeplejersken* samt svar, der ikke er trykt i bladet.



Af *Jette Bagh*, sygeplejerske • Illustration: *Bodil Molich*

dilemma

53

**Din mening.** Det vrimler med etiske dilemmaer i sygeplejen. *Sygeplejersken* vil gerne høre, hvad du ville gøre, hvis ... Læs historien nedenfor og send dine overvejelser til: [redaktionen@dsr.dk](mailto:redaktionen@dsr.dk) senest tirsdag den 29. august kl. 12.00. Det må højst fylde 1.000 tegn uden mellemrum. Husk at oplyse navn og arbejdssted. Redaktionen bringer et udvalg af svarene i næste nummer af *Sygeplejersken*.

## Kritik af en kollega

På åben psykiatrisk afdeling er *Birgit* i aftenvagt. Hun har været psykiatrisk sygeplejerske i syv år og er rigtig glad for sit arbejde. Men der er en ting, der nager hende. Kritikken af en af hendes kollegaer. Hun sidder i opholdsstuen og taler med 37-årige *Kim*, som er patient. Kim udtaler sin utilfredshed med kollegaen, og det er langt fra første gang, en patient kommer med svært negative bemærkninger om netop den kollega. Kollegaen overskrider patienternes grænser på forskellig vis, og hun taler grimt til både patienter og pårørende.

"Hun er ikke sat på jorden for at gavne psykisk syge mennesker," siger Kim. "Hun er ondskabsfuld."

Birgit beslutter at gå til sin afdelingssygeplejerske med kritikken, men afdelingssygeplejersken slår sagen hen med en bemærkning om, at enten må Birgit gå i dialog med kollegaen, eller også må hun acceptere, at mangfoldighed er afdelingens varemærke.

Birgit går til oversygeplejersken, men hun er heller ikke lydhør over for kritikken. "Vi er alle meget forskellige," er hendes kommentar.

Birgit føler sig som en dum sladre-kælling. Hun ved ikke, om hun skal tie eller gøre mere ved sagen.

*Hvad mener du, Birgit skal gøre ved kritikken af kollegaen?*



## Dilemma fra Sygeplejersken nr. 16

87-årige *Maren*, som er indlagt på medicinsk afdeling, spørger sygeplejestuderende *Lise*, om hun vil bede et fadervor sammen med hende.

### Gør det sammen

En 2.-års-sygeplejestuderende fra et intellektuelt kunstnerhjem skulle gerne forstå, at det fag, hun er gået ind i, er så fuldt af udfordringer, som netop gør det spændende. Så sig: "Kære *Maren*, det er jeg sørme ikke så god til, men det er du sikkert, *Maren*, så jeg sætter mig lidt hos dig, så kan vi nok gøre det sammen."

*Kristine Tømmerup, pensioneret sundhedsplejerske.*

### Plads til livssyn

*Lise* bør møde *Maren* i den åndelige, fysiske, psykiske og sociale lidelse. F.eks. kan *Lise* fortælle, at hun ikke føler sig sikker på ordene i fadervor, men at hun alligevel gerne vil sidde hos *Maren* under bønningen. På den måde møder *Lise* *Maren* "der, hvor hun er," og det fælles tillidsforhold opretholdes. *Maren* vil føle sig mødt, set og sanset i stedet for af-

vist og ensom med sin fordring om hjælp og fællesskab til *Lise*. At imødekomme patientens eksistentielle og religiøse behov bør være enhver sygeplejerskes kompetence. Men hvis usikkerheden bliver stor, er det lige så omsorgsfuldt at tilbyde *Maren* at tale med en præst.

*Michell Hansen, sygeplejerske, ansat på L121, Herlev Amtssygehus.*

### Stille og roligt

*Lise* skal sætte sig ned og lade hvilen falde på sig. Hun skal lige finde ro og tænke tilbage på ordvekslingen med *Maren*. Så kan hun fortælle *Maren*, at hun ikke selv kan fadervor, men at hun gerne vil finde en blandt det øvrige personale, der kan. Hun kan også foreslå *Maren*, at *Lise* sidder stille ved *Marens* side og hører hende fremsige fadervor. Måske er *Marens* ønske om en bøn sammen også et ønske om samvær med en fra personalet. Til slut kan *Lise* via samtale med *Maren* finde ud af, hvorvidt *Maren* eventuelt har behov for at møde en hospitalspræst. Som sygeplejerske er det vigtigt at møde patienten, hvor denne er. Det har *Lise* som studerende i denne situation mulighed for at

gøre stille og roligt, så hun og *Maren* lærer hinanden bedre at kende – forhåbentlig til yderligere gavn for begge fremover.

*Anne-Birgitte Salomonsen, operations-sygeplejerske på Rigshospitalet, medlem af Sygeplejeetisk Råd.*

### Hent en kollega

Det er lige så vigtigt for *Maren* at bede fadervor som at få et glas vand, så hvad ville *Lise* gøre, hvis ikke hun kunne nå vandhanen? Mit forslag er, at *Lise* skal hente en kollega. Eller låne salmebogen, som er på enhver afdeling, og læse det sammen med *Maren*.

*Jane Madsen, pensioneret sygeplejerske.*

## Månedens vinder

Redaktionen sender en flaske vin til *Anne Grethe Hoffmann*, sygeplejerske, ansat på Sankt Lukas Hospice, for svaret "God fornøjelse," der kan læses i *Sygeplejersken* nr. 13-14/2006.

# Stemmemernes dag – så lyt!

Radioavisen: ”Politiet dræbte i dag en skizofren mand, der truede medarbejderne i en kiosk med en kniv. Politiet havde først forsøgt at stoppe manden med en hund, men da det ikke lykkedes, blev de nødt til at skyde ham. Det er den tredje episode inden for kort tid, hvor en sindssyg går amok. Politiet oplyser, at manden ikke var i medicinsk behandling.”

Der gik ikke længe, før tv-fladerne var tapetseret med psykiatere, som stod så tæt, at man næsten ikke kunne se den pæne naturbaggrund, fotografen havde udvalgt. Psykiaterne forklarede pædagogisk, hvordan disse mennesker er i deres stemme-hallucinationers magt og derfor er farlige og utilregnelige. Psykiaternes budskab er klart og meget enkelt. Disse mennesker har brug for medicin og indlæggelser (læs: flere sengepladser).

Hvor er den nuancerede og modige psykiater, der tør stå frem foran kameraerne og fortælle, at så enkel er problemstillingen ikke? Der er nemlig en gruppe sindslidende, vi ikke kan hjælpe med medicin, og det kan ikke udelukkes, at de tre sindslidende mænd, der var involveret i de voldsomme episoder, tilhører denne gruppe.

Man skal ikke lede længe i Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotika for at finde den oplysning, at der er 8 pct. med diagnosen skizofreni, som overhovedet ikke responderer på antipsykotisk behandling, og at 32 pct. kun oplever ”nogen bedring.” Det vil sige, at 40 pct. af de sindslidende, vi har udstyret med diagnosen skizofreni, kan vi ikke regne med at hjælpe godt nok ad medicinsk vej.

Det lykkelige er, at der også er hjælp at hente for de mennesker, der ikke har hjælp af medicinen, eller som ikke ønsker medicin. De kan nemlig hjælpes til at få kontrol over stemmerne.

I juni var jeg med det danske stemmehørernetværk til en konference, afholdt af det internationale stemmehørernetværk Intervoice. Det var en meget opløftende oplevelse at være sammen med stemmehørere og professionelle fra hele

verden, som arbejder engageret sammen om samme målsætninger. Her er fokus ikke på at få stemmerne til at gå væk, men på at forstå stemmerne, at få kontrol over dem og at tale om og med dem.

Det er forbløffende at være i selskab med en stor mængde mennesker, der hører stemmer, og som lever helt almindelige liv, fordi de har kontrol over deres stemmer. For nogle er stemmerne helt forsvundet. Det er gennemgående for disse mennesker, at de har fået meget lidt hjælp i behandlingssystemet, da behandlingspsykiatriens overvejende biologiske forklaringsmodeller ikke har været til nogen hjælp for dem.

Stemmehørernetværket i Danmark ([www.hearingvoices.dk](http://www.hearingvoices.dk)) startede sidste efterår, men trods den unge alder har vi i netværket kendskab til ca. 26 selvhjælpsgrupper rundt om i Danmark, hvor stemmehørere kan

mødes og udveksle erfaringer og mestringsstrategier. Nogle sygeplejersker er involveret i dette arbejde, men der er også sygeplejersker, som fraråder deres patienter at gå i disse grupper, da de tror, at stemmehørerne vil blive dårlige af det.

Da de for 15 år siden startede det engelske stemmehørernetværk, var reaktionen den samme fra det etablerede system. I dag er de engelske selvhjælpsgrupper et anerkendt supplement til andre psykiatriske indsatser.

Den 14. september afholdes den internationale stemmehørerdag, hvor stemmehørere i hele verden vil gøre opmærksom på, at man ikke behøver at være sindssyg, fordi man hører stemmer. Samtidig vil de fortælle om, hvordan man kan få hjælp.

Vi er som sygeplejersker udstyret med to ører og en mund. Måske er det et signal om, at vi skal lytte dobbelt så meget, som vi taler. Så lyt til stemmehørerne, de har brug for jeres opbakning til at skabe en anden hjælp.

*redaktionen@dsr.dk*

**”Det lykkelige er, at der er hjælp at hente for de mennesker, der ikke har hjælp af medicinen, eller som ikke ønsker medicin.”**

## 5 faglige minutter skrives på skift af fire sygeplejersker:

Klummen ”Fem faglige minutter” er en personlig tekst, som med en humoristisk indgang gør rede for standpunkter eller meninger ved hjælp af fortællinger, skrøner, citater m.m. En klummeskriver har en særlig frihed og skal ikke følge almindelige journalistisk krav om saglig, objektiv gengivelse af kendsgerninger. Hensigten med klummen er at give stof til eftertanke, vække debat, provokere eller fremme refleksion over et emne.

*Redaktionen.*



Jette Bagh, sygeplejerske, cand.cur., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen, sygeplejerske, forstander på botilbuddet Slotsvænget.



Evy Ravn, sygeplejerske, cand.scient. soc., sygeplejefaglig medarbejder på Sygeplejersken.



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