

SUNDHEDSSTYRELSENS NYE DIREKTØR: HVIDE KITLER HAR BRUG FOR ET BEDRE IMAGE

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 24 » 30. NOVEMBER 2007 » 107. ÅRGANG

**Nyrepatienter
udskrives et døgn
efter operationen**

**Kredsvalget – komplet
oversigt over de valgte**

**KORT NYT
Ældre på plejehjem
laver fabriksarbejde**

**Grå skyer på
pensionshimlen**

**Flere
sygeplejersker
på tv, tak**

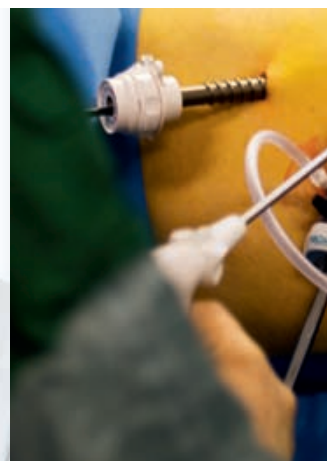
**FAG
Demokratisk
virksomhedskultur
gavner psykiatriske
patienter**

Retspsykiatriens kroniske problem

NARKOTIKA



PATIENTEN I CENTRUM VED ACCELERERET LAPAROSKOPISK NEFREKTOMI



ARTIKLER

18 Nyrepatienter udskrives et døgn efter operationen

På Regionshospitalet Viborg kommer patienterne ud af sengen få timer efter, at de har fået fjernet den ene nyre.

30 Det skal være sjovt at gå på arbejde

Markedschef Ole Stids-Jønsby sagde farvel til sygeplejen og gjorde karriere i medicinalindustrien. Han elskede kontakten til patienterne, men savnede, at der var tid nok.

36 Interview: Hvide kitler har brug for et bedre image

Sundhedsstyrelsens nye direktør, Jesper Fisker, mener, at alle har en forpligtelse til at tegne et mere nuanceret billede af sundhedsvæsenet. Han stiller også specialsygeplejerskerne flere specialuddannelser i udsigt.

40 Hvem blev valgt?

Komplet oversigt over de valgte kredsformænd, kreds-næstformænd og bestyrelsesmedlemmerne i Dansk Sygeplejeråds fem nye kredsbestyrelser.

TEMA: NARKOTIKA I RETSPSYKIATRIEN SIDE 20-28

20 Retsspsykiatriens kroniske problem: Narkotika

Det er gift for patienterne, men det er også gift for sygeplejen og den medicinske behandling, når det lykkes for de retsspsykiatriske patienter at få fat i narkotika under indlæggelsen.

22 Misbrugernes opfindsomhed overgår alt

En patient med et aktivt stofmisbrug vil gøre alt for at skaffe sig stoffer. Og han har 24 timer i døgnet til at regne ud, hvordan han kommer forbi låste døre, forseglede vinduer og årvågent personale.

24 Stærke patienter presser svage ud i misbrug

Patienter, der er motiverede for at komme ud af deres misbrug, får ikke lov til at sige fra.

24 Vi vil ikke være politibetjente

På den retsspsykiatriske afdeling i Middelfart har man bekæmpet patienternes stofmisbrug med kontrol og restriktioner. Det har kostet, og ikke virket, så nu skal der andre metoder i brug.

26 En ufrivillig pause fra stofferne

Afsnit R6 på Sct. Hans Hospital har lykkedes med at få stofmisbruget under kontrol. Klare regler og total opmærksomhed har været nogle af metoderne.

26 Vores patienter har haft et møgliv

Patienterne i de lukkede retsspsykiatriske afdelinger er ofte mordere, brandstiftere, volds- og voldtægtsforbrydere. De er også mennesker, der er udstødte og forpinte af sygdom.

28 En smadret dagligstue blev vendepunktet

54

”Alle sengeafsnit vil rumme en særlig sammensætning af disse faktorer, der samlet udgør sengeafsnittets organisationskultur.”

62

66



20



FAG

42 Patienten i centrum ved accelereret laparoskopisk nefrektomi

Accelererede forløb ved laparoskopisk nefrektomi nedsætter den gennemsnitlige indlæggelsestid til et døgn, og patienterne er tilfredse med forløbet, viser en undersøgelse på urologisk afdeling, Regionshospitalet i Viborg.

62 Demokratisk virksomhedskultur gavner psykiatriske patienter

En høj grad af demokratisk virksomhedskultur har en positiv indflydelse på patientens øgede håb og livsmotiv. Det viser de første resultater fra en landsdækkende undersøgelse blandt patienter og personale på 81 psykiatriske sengeafsnit i 2005.

66 Hvordan værne om patienters integritet ved kropspleje?

Hjælp til personlig kropspleje kan være så grænseoverskridende, at plejen truer patientens personlige integritet. Gennem analyse af et konkret klinisk eksempel vises, hvordan Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan tydeliggøre sygeplejerskens etiske refleksioner og handlemuligheder i sådanne situationer.

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 7 Kort nyt
- 43 Dansk Sygeplejeråd mener
- 45 Læsernes redaktør
- 46 Debat
- 48 In memoriam
- 48 Navne
- 50 Fagtanker
- 50 Faglig information
- 51 Testen
- 65 Agenda
- 70 Anmeldelser
- 74 5 faglige minutter
- 75 Stillingsannoncer
- 90 Kurser/Møder/Meddelelser

Narko på den fantasifulde måde

Jeg er en af de mange, der har det meste af min viden om narkotika fra aviser, fjernsyn, bøger og film. Jeg tror, den første gang, jeg stødte ind i det som fænomen, var gennem bøgernes verden – nærmere bestemt fortællingerne om mesterdetektiven Sherlock Holmes, der, som jeg husker det, spillede violin og sprøjtede sig selv med heroin af bar kedsomhed, når der ikke var sager, han kunne opklare.

Jeg var barn i 70'erne. Ofte i fløjlsbukser og hjemmestrikkede uldtrøjer i et miljø, der var meget til honningsursalt brød, miljøorganisationen Noah og musikgruppen Skousen og Ingemann, og så kom man ligesom ikke uden om, at der ét eller andet sted blandt de voksne blev dyrket nogle grønne planter, og at de indimellem tændte ild til dem og kom til at frise på en mærkelig måde. Senere kom den for danske skoleelever i 80'erne og 90'erne obligatoriske film om den unge narkoprostituerede Christiane F, og så var jeg da pænt kureret for den slags fristelser resten af mit liv.

Det kan jeg så smile af mange år senere, men mere alvorligt er det, når man ser på tilstedeværelsen af narko på landets retspsykiatriske afdelinger. Den er der, og den er ikke til at slippe af med, fremgår det af vores tema i dette nummer af *Sygeplejersken*.

Temaet giver et rystende indblik i de problemer, som de ansatte i retspsykiatrien slås med hver eneste dag. Narkotika blandt de retspsykiatriske patienter er tilsyneladende et uløseligt problem. Ulykkeligvis. For tilstedeværelsen af narkotika påvirker arbejdet, og det er nærmest umuligt at forhindre narkoen i at komme ind på afdelingerne, bl.a. fordi opfindsomheden blandt patienterne i at smugle stofferne ind er virkelig stor.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk

”Narkotika blandt de retspsykiatriske patienter er tilsyneladende et uløseligt problem. Ulykkeligvis. For tilstedeværelsen af narkotika påvirker arbejdet, og det er nærmest umuligt at forhindre narkoen i at komme ind på afdelingerne, bl.a. fordi opfindsomheden blandt patienterne i at smugle stofferne ind er virkelig stor.”



REDAKTIONEN >>>

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



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



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



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



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



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



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



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



Retspsykiatrien kæmper med patienternes stofmisbrug



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Ressourcespild. Patienters stofmisbrug forlænger indlæggelsesforløb og lægger gift for sygeplejen. Men prisen er høj, hvis stofferne skal holdes fuldstændig ude af de retspsykiatriske afdelinger.

Stofmisbrug inden for hospitalets mure er et kæmpestort og kronisk problem for retspsykiatrien.

Selv om man låser dørene, overvåger udgang og besøg, visiterer, urinscreener og ransager, er det umuligt at holde stoffer som hash, amfetamin og kokain fuldstændig ude, lyder det samstemmende fra de retspsykiatriske afdelinger, som *Sygeplejersken* har været i kontakt med i tilblivelsen af temaet i dette nummer.

"I perioder har vi været i stand til at dæmme op for misbruget. Men patienterne er altid et hestehoved foran med at finde nye måder at få stofferne ind på," siger f.eks. *Bjarne Lehmann*, der i fire år var ledende oversygeplejerske i retspsykiatrisk afdeling, Sct. Hans Hospital.

Patienternes misbrug har ganske alvorlige konsekvenser. Stofferne ødelægger den medicinske behandling og forlænger indlæggelsesforløbene. Og den tid og energi, personalet må bruge på at holde stofferne ude, går fra målrettet sygepleje, terapi og aktiviteter.

Formanden for Danske Regioners social- og psykiatriudvalg *Bent Normann Olsen* (S) mener ikke, man kan kritisere personalet for, at det lykkes nogle patienter at få stoffer smuglet ind.

"Det er jo en balanceakt," siger han.

"Vi skal ikke ind i visitationssystemer,

hvor alle besøgende f.eks. skal undersøges. Det ville være en urimelig udvikling. Stofmisbruget er et problem, der ikke bliver udryddet. Men hvis vi kan minimere det, er det en halv sejr."

Formanden for Dansk Psykiatrisk Selskab, *Poul Videbech*, mener heller ikke, at skrappe kontrol er vejen frem.

"Hvis man laver lukkede afdelinger som topsikrede fængsler, kan man få bugt med hvad som helst. Men så bliver miljøet uacceptabelt hårdt for alle patienter," siger han.

De urimelige konsekvenser for medpatienterne er iøjnefaldende i de almenpsykiatriske afdelinger, hvor stofmisbrug også findes, men ikke er så udbredt som i de retspsykiatriske.

Men selv i retspsykiatriske afdelinger, hvor tre fjerdedele eller flere er misbrugere, kan prisen for en effektiv kontrol blive for høj, mener *Poul Videbech*. En effektiv kontrol ville f.eks. indebære kropsvisitering, når patienterne kommer tilbage fra udgang.

"Det giver psykiatriloven faktisk mulighed for, hvis der er en konkret, begrundet mistanke. Men det vil være meget, meget ubehageligt for alle parter, og især hvis man ikke finder noget. Så har man ødelagt ethvert forsøg på en god kontakt med den pågældende."

Poul Videbech tilføjer, at psykiatrien generelt skal blive bedre til patienter med stofmisbrug.

"Men vi arbejder på sagen. For fem-ti år siden var patienter med dobbeltdiagnose et stedbarn i psykiatrien. Nu er det blevet til et ekspertområde, og der er en voksende interesse for at opdyrke det fagligt."

Faglig udvikling alene gør det dog ikke, advarer *Poul Videbech*.

"Der er ingen tvivl om, at retspsykiatrien har et kapacitetsproblem over hele landet. Det giver ventelister til mentalundersøgelse og indlæggelse, og så hober de retspsykiatriske patienter sig op i almenpsykiatrien, hvor de opleves som en stor belastning med de særlige problemer, de har."

Læs mere i vores store tema om narkotika på de retspsykiatriske afdelinger på side 20-28.

STOFFRI RETSPSYKIATRISKE AFSNIT PÅ VEJ

Retspsykiatriske patienter, der gerne vil lægge et stofmisbrug bag sig, har svære vilkår i de lukkede afdelinger.

Derfor har Sct. Hans Hospitals retspsykiatriske afdeling R besluttet at oprette to stoffri afsnit og har netop fået satspuljemidler til at gå videre for.

"Når man gerne vil stoppe med et misbrug, eller i virkeligheden allerede er stoppet, så har man det svært i et miljø, hvor der bliver misbrugt," siger *Bjarne Lehmann*, der som ledende oversygeplejerske i afdeling R fik idéen sammen med ledende overlæge *Helle Hougaard*.

"Ved at lave mere attraktive rammer kan man måske også motivere andre til at gå ind i samme proces," siger *Bjarne Lehmann*.

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



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



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



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



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



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



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



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



Spiriva® (tiotropiumbromid). Forkortet produktresumé. Indikationer: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed overfor atropin eller dets derivater samt indholdsstoffet lactosemonohydrat (indeholder mælkeprotein). **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 3% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, smagsforstyrrelser, bronkospasme, hoste, faryngitis, dysfoni, oral candidiasis, kvalme. Sjældne (mindre end 0,1%) bivirkninger samt bivirkninger med ukendt hyppighed er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiumbromids antikolinerge virkning skal tiotropiumbromid anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropiumbromid må ikke anvendes oftere end én gang dagligt. **Interaktioner*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** Inhalation af indholdet af 1 kapsel én gang dagligt med HandiHaler® på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationspulver i kapsler. **Pakninger og priser (uge 44-45/2007):** Spiriva® 30 kapsler med HandiHaler®, kr. 546,55; Spiriva® 30 kapsler, kr. 501,55; Spiriva® 90 kapsler, kr. 1.487,80. (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 19.06.2007. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

Spiriva® Respiat® (tiotropiumbromid). Forkortet produktresumé. Indikationer: Tiotropium er en symptomlindrende bronkodilatator til vedligeholdelsesbehandling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for tiotropiumbromid, atropin eller dets derivater eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** Almindelig (1-10%): Mundtørhed er set hos ca. 6% af patienterne - oftest mild og forbigående. Ikke almindelige (0,1-1%): Svimmelhed, hovedpine, sløret syn, palpitationer, supraventrikulær takykardi, atrieflimren, hoste, faryngitis og anden irritation på applikationsstedet, dysfoni, oral candidiasis, gastrosofageal reflux, dysfagi, pruritus, dysuri, urinretention. Ikke kendte bivirkninger (frekvens kendes ikke, men bivirkningen er ikke set hos 849 patienter) er anført i det fulde produktresumé. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*:** Bør ikke anvendes som initialbehandling ved akutte episoder af bronkospasmer, dvs. som akut behandling. I overensstemmelse med tiotropiumbromids antikolinerge virkning skal tiotropiumbromid anvendes med forsigtighed til patienter med snærvinklet glaukom, prostatahyperplasi eller blærehalsobstruktion. Inhalerede lægemidler kan forårsage inhalationsinduceret bronkospasme. Tiotropiumbromid må ikke anvendes hyppigere end én gang dagligt. **Interaktioner*:** Der er ikke set bivirkninger ved anvendelse sammen med andre lægemidler inkl. sympatomimetiske bronkodilatatorer, methylxantiner, orale og inhalerede steroider. Samtidig indgift af andre antikolinerge midler er ikke undersøgt og kan derfor ikke anbefales. **Graviditet og amning*:** Bør ikke anvendes. **Dosering:** To pust inhaleres én gang om dagen på samme tidspunkt. **Lægemiddelformer:** Inhalationsvæske, opløsning. **Pakninger og priser (uge 44-45/2007):** Spiriva® Respiat® inhalationsvæske, 1 patron med 60 pust: kr. 546,55 (Priserne er inkl. recepturgebyr). Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. **Markedsføres i samarbejde med:** Pfizer Danmark, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup. De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé af 20.08.2007. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, Medicinsk Information eller via info@cop.boehringer-ingelheim.com

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

Produktinformation
39 15 88 88 kl. 9-16



ARKIFOTO: SCANPIX

Der er god grund til at gruble over pensionsopsparingen og regne efter en ekstra gang, hvis man er sygeplejerske og langt fra pensionsalderen. Meget tyder nemlig på, at der i fremtiden skal flere penge ind på pensionskontoen, hvis sygeplejersker skal undgå at halte efter andre grupper, lyder det fra sygeplejerskernes pensionskasse PKA.

Grå skyer på pensionshimlen

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Udhuling. Sygeplejersker lever længere, de kommer senere i gang med at arbejde, og de holder tidligere op. Der skal flere penge ind på pensionskontoen, hvis sygeplejersker skal undgå at halte efter, advarer PKA.

Der skal ske noget, hvis sygeplejerskernes pensioner skal undgå at blive udhulet, advarer PKAs administrerende direktør Peter Damgaard Jensen.

Sygeplejersker af i dag har udsigt til 10 år mindre på arbejdsmarkedet end deres mødre og bedstemødre, men det er kun én del af problemet. Den anden er, at sygeplejersker som alle andre lever længere, og det er en udvikling, der fortsætter.

"Det er den gode nyhed, men det bliver en stor udfordring at dække specielt de unge medlemmer," siger Peter Damgaard Jensen.

"Hvis udviklingen fortsætter, så sygeplejersker er færdiguddannede i starten af 30'erne, fortsætter, til de er 62 år og lever vældig længe, så får sygeplejerskerne i fremtiden en væsentlig lavere pension end i dag."

Senere start på indbetalingen og længere udbetaling er en generel tendens. Men for sygeplejersker gælder særlige forhold, der skærper problemet.

Lav løn giver i sig selv et lavt pensionsbidrag, men sygeplejersker betaler mindre ind til pensionen end mange andre. For almindelige sygeplejersker er pensionsbidraget i dag på 13 pct., hvor f.eks. ergo- og fysioterapeuter får indbetalt 16 pct. Også

andre grupper, som f.eks. medlemmerne af HK, har prioriteret en højere pensionsprocent. Samtidig får det konsekvenser for mange sygeplejersker, at der ikke bliver indbetalt pension af den ulempegodtgørelse, der nu engang fylder mere i sygeplejerskers månedsløn.

Og endelig er sygeplejersker mere tilbøjelige til at gå på deltid end andre.

Pensionskassen har selvfølgelig ansvar for at forvalte medlemmernes pensionspenge så godt og billigt som muligt. Men hvis sygeplejersker ikke skal komme til at halte bagefter, skal der mere til, fastslog Peter Damgaard Jensen, da han beskrev udviklingen på en konference i det nordiske sygeplejerskesamarbejde SSN i oktober 2007.

Det er Dansk Sygeplejeråds formand Connie Kruckow enig i.

"Det største problem er, at sygeplejersker ikke har ligeløn. Derfor er vores vigtigste krav til den kommende overenskomst, at vi får væsentlige lønforbedringer," siger hun.

Connie Kruckow henviser til en rundspørge blandt sygeplejersker i nyhedsbrevet A4. Den viser, at sygeplejerskerne forventer lønstigninger på ca. 8.500 kr. over tre år.

"En lønstigning på den størrelse vil selvfølgelig kunne mærkes på pensionen, så højere løn er det vigtigste. 13 pct. af en ordentlig løn er nu engang meget mere end 13 pct. af en lav løn," siger hun og tilføjer:

"Men vi har også stillet krav om en højere pensionsprocent og pension af ulempebetalingen."

Fem milliarder ekstra i løn

AF SUSANNE BLOCH KJELDTSEN, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Valgløfter. *Inden valget var der flertal uden om regeringen for at give offentligt ansatte en klækkelig lønforhøjelse på 5 mia. kr. Nu er tiden kommet til at realisere forslaget.*

Fem milliarder ekstra i lønningsposen til offentligt ansatte. Det løfte gav Socialdemokraterne og Dansk Folkeparti inden valgkampen, men de lavtlønnede offentligt ansatte blev ikke det centrale valgtema, som Dansk Sygeplejeråd og FOA havde ønsket sig.

"Det undrer mig såre, at *Helle Thorning-Schmidt* (S) ikke bruger de offentligt ansattes løn – eller mangel på samme – i valgkampen," sagde formand for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, i Jyllands-Posten en uge inden valget. Socialdemokraterne forsvarede sig med, at de ikke kunne styre, hvad den offentlige debat kom til at dreje sig om. Formanden for FOA, *Dennis Kristensen*, langede

også ud efter partierne i TV 2 Nyhederne: "Det er, som om at der er indgået en slags stiltende borgfred mellem de centrale partier på Christiansborg."

Venstre og Konservative argumenterede imod, at politikerne blander sig i "den danske model," hvor det er de faglige organisationer og Kommunernes Landsforening, der forhandler overenskomster. Flertallet uden om regeringen, som vil give de offentligt ansatte mere i løn, erklærede også efter valget, at de vil arbejde for sagen, men de er ikke helt enige om hvordan. Dansk Folkeparti vil øremærke pengene til ansatte inden for social- og sundhedssektoren, mens Socialdemokraterne, SF og Enhedslisten mener, at pengene skal fordeles på alle grupper. Fronterne er trukket op. En mulig løsning kan være en lønkommission, som skal

se på, hvordan man kan hæve lønnen i lavtlønnede kvindefag.

Formand for 450.000 ansatte i både den private og offentlige sektor, *Bente Sorgenfrey*, FTF, forventer, at det politiske flertal uden om regeringen vil indfri løfterne om en ekstraordinær pulje penge.

"Jeg hæfter mig ved, at de har flertal for det, så jeg forventer, at de forpligter sig til at indfri valgløfterne," sagde Bente Sorgenfrey til Ritzaus Bureau efter valget.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Klokken er 13.20 den 21. november 2007 hos Lægerne Sury, Kappelgaard & Kølle i Hørsholm. Susanne Rodholm tager blodtryk på en patient. Hun har været sygeplejerske i godt 20 år og forlod sygehuset for små 10 år siden for at arbejde i lægepraksis. "Som konsultationssygeplejerske svigter du ikke patienterne, men yder en personlig og kontinuerlig behandling af patienterne fra barnsben af. Det er jeg enormt glad for, og det er en meget tilfredsstillende måde at arbejde på. Og så er arbejdstiderne fantastiske," siger den 48-årige sygeplejerske. Fra 2002 til 2007 er mængden af konsultationssygeplejersker i lægepraksis og speciallægepraksis steget med næsten 50 pct. Dansk Sygeplejeråd har netop udsendt en pjeces om konsultationssygeplejersker "Nøglespillere i fremtidens sundhedsvæsen," hedder den. Se mere på www.dsr.dk (snp)



FOTO: SIMON KNUDSEN

Finske sygeplejersker fik 22-28 pct. over fire år

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST

Kaos afværget. Truslen fra masseopsigelser i sundhedsvæsenet fik til sidst de finske arbejdsgivere til at lukke op for pengekasen.

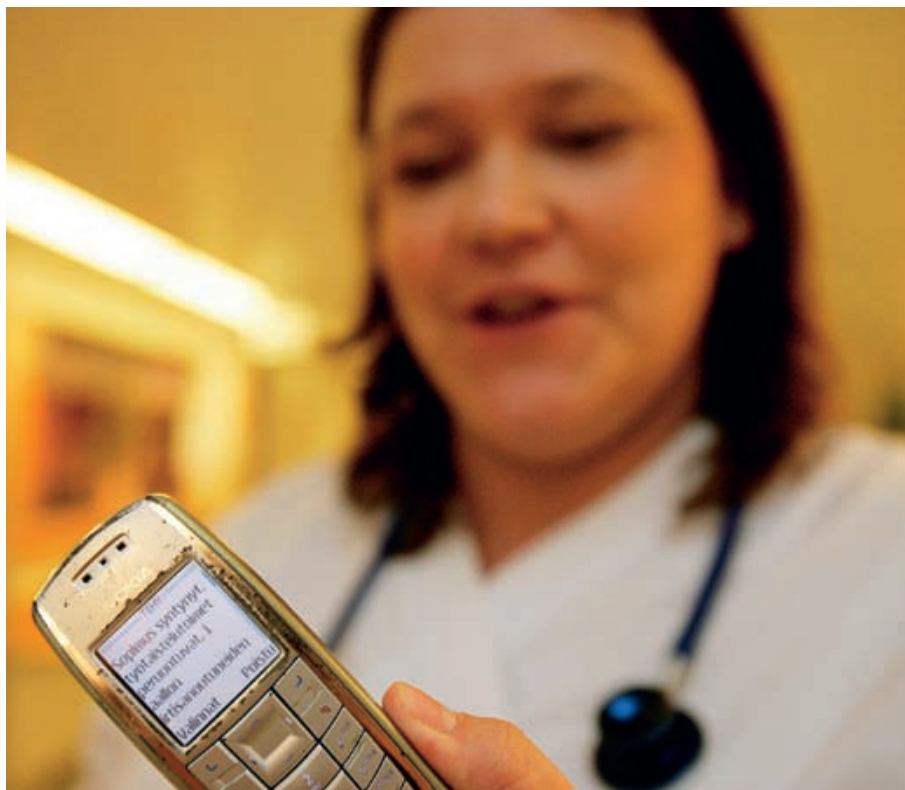
Finske sygeplejersker, terapeuter og andre sundhedspersoner fik kontante resultater ud af at sætte deres job på spil i overenskomstforhandlingerne.

Aftenen før, at 12.800 opsigelser skulle træde i kraft, blev forhandlingsorganisationen Tehy enig med arbejdsgiverne i sundhedsvæsenet om en ny, fireårig overenskomst.

Arbejdsgiverne endte med at give næsten det dobbelte af, hvad Tehys medlemmer ville have fået, hvis de havde accepteret den fælles toårige overenskomst for alle offentligt ansatte. Den største stigning falder i overenskomstens første år, hvor lønnen i alt bliver forhøjet med 10 pct. over tre omgange.

"Aftalen er kompliceret, og det er svært at se, hvad den individuelle sygeplejerske ender med at få," siger *Marianne Falck*, der sidder i den politiske ledelse for både Tehy og Finlands Sjuksköterskeförbund.

"Men vi har nået meget af det, vi kæmpede for, bl.a. at få en overenskomst specielt for vores medlemmer. De vil stadig ligge lidt under sygeplejersker i andre nor-



ARKIFOTO: SCANPIX

Sygeplejerske Arja Johansson viser den sms frem som hun modtog på Porvoo Hospital i det sydlige Finland den 19. november 2007. SMS'en fortæller, at den kollektive opsigelse er blevet afblæst. De finske sygeplejersker accepterede i sidste øjeblik et tilbud på 22-28 procent mere i løn over fire år.

IKKE DE SAMME FORHOLD I DANMARK

Hvis danske sygeplejersker tog samme metode som de finske kolleger og indgav et kollektivt opsigelsesvarsel, ville det i Danmark blive betragtet som et ulovligt kollektivt kampskridt, lyder det fra Dansk Sygeplejeråd. Hvis det blev tolket, at Dansk Sygeplejeråd i et eller andet omfang var involveret i opsigelserne, ville organisationen – i lighed med den enkelte sygeplejerske – blive idømt bod.

I øvrigt er startlønnen for sygeplejersker i Finland ca. 13.000 kr. pr. måned. Ifølge Tehy tjener en sygeplejerske kun 80 pct. af, hvad deres kolleger tjener i andre OECD-lande.

diske lande, men nu vil de få det samme som gennemsnittet af de offentligt ansatte."

Sundhedspersonalets kollektive opsigelse var så stor en trussel mod det finske sundhedsvæsen, at den finske rigsdag i sidste uge vedtog en lov, der kunne tvinge sygeplejerskerne tilbage på arbejdet.

Men dermed var risikoen for patienterne ikke afværget, fortæller Marianne Falck. I weekenden var arbejdsgiverne gået i gang med at kontakte de sygeplejersker, der havde sagt op.

"Men mange af dem var ikke til at træffe. Så vi er lykkelige for, at vi fik en aftale. Ellers ville opsigelserne have udløst kaos i hele sundhedsvæsenet."

De finske kommuner, der også driver sy-

gehusene, har advaret om, at højere løn til sundhedspersonalet vil føre til højere kommuneskatter og større brugerbetaling for patienterne. Den slags udtalelser har man taget roligt i Tehy.

"Det er klart, at arbejdsgiverne har fremstillet konsekvenserne som meget negative," siger Marianne Falck.

"Men øget brugerbetaling er noget, man har diskuteret i forvejen, det har intet med overenskomsten at gøre. Og faktum er, at mange kommuners økonomi er bedre, end den har været længe. Samtidig ved vi fra undersøgelser, at mange medborgere gerne vil betale lidt mere for et godt sundhedsvæsen."

Vidste du at ...

... næsten hver fjerde fødsel i Danmark gennemføres ved kejsersnit? Kejsersnitsfrekvensen er steget til 23,1 pct. blandt alle sygehusfødsler og er dermed den hidtil højeste andel.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Vidste du at ...

... din planlagte afspadsering kan aflyses med fire døgn varsel? Afspadsering kan også pålægges med fire døgn varsel. Afspadsering skal så vidt muligt gives i hele dage.

Kilde: DSRs kommenterede arbejdstidsaftale www.dsr.dk

Fabrikken Expandet har aftaler med flere daghjem og centre på Sjælland, oplyser virksomheden til fagbladet *Sygeplejersken*. Øresundshjemmet i Humlebæk er ét af de daghjem, der aktiverer de ældre brugere af daghjemmet med at samle såkaldte rosetter, der er en form for rawplugs, for Expandet. Og de ældre værdsætter arbejdet.



Ældre på plejehjem laver fabriksarbejde

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

Det har længe været en kendt sag, at indsatte i de danske fængsler udfører arbejde for danske virksomheder. Men nu melder de første danske plejehjem sig også på banen med arbejdskraft. Fabrikken Expandet har aftaler med flere daghjem og centre på Sjælland, oplyser virksomheden til fagbladet *Sygeplejersken*.

Og ifølge Ældresagen er det en ny tendens. "Vi har typisk hørt om, at de ældre laver ting til en basar og den slags, men vi har ikke hørt om den her type aftale før," siger *Marie Lilja Jensen*, ældrepolitisk konsulent i Ældresagen.

Øresundshjemmet i Humlebæk er ét af de daghjem, der aktiverer de ældre brugere af daghjemmet med at samle såkaldte rosetter, der er en form for rawplugs, for Expandet. De ældre værdsætter arbejdet.

En af de brugere, der holder af det monotone håndarbejde i daghjemmet, er 78-årige *Georg Manck*, der er lam i den ene side af kroppen. Han bruger frivilligt nogle timer om ugen på at samle rosetter, der sælges til private kunder og firmaer overalt i verden.

"Jeg kommer her hver tirsdag og torsdag, og det har jeg gjort i et par år," siger *Georg Manck* og tilføjer: "Det er produktio-

nen på daghjemmet, jeg sætter størst pris på ved at komme her."

"For de ældre, der kan, er det utrolig rart at kunne gøre noget og bidrage til fællesskabet. Det giver en god selvfølelse og mulighed for en god stund sammen med andre," siger *Marie Lilja Jensen* fra Ældresagen, der ikke ser nogen problemer i plejehjemmets produktionsaftale med fabrikken, så længe det foregår inden for lovens rammer og er en frivillig aktivitet for de ældre.

Daghjemmets brugere modtager ikke personlig løn for arbejdet, men indtægten bruges til en fælles middag for de ældre, der arbejder i produktionen.

"Det er måske lidt utraditionelt, at vi har indgået en aftale med en fabrik, men det er en aktivitet, nogle af daghjembrugerne har glæde og gavn af," siger sygeplejerske og centerleder *Marika Worm*.

Budgettet til aktiviteter på Øresundshjemmet er godt halvanden million kr. for år 2007. De ældre producerer i snit 400 æsker med 10.000 rosetter om måneden, og det betaler Expandet ca. 700 kr. for. Men indtægten afhænger af, hvilke daghjembrugere der har lyst til at deltage i aktiviteten med pakkeriet.

I Fredensborg Kommune vil man ikke blande sig i plejecentrenes aktiviteter.

"Der er ingen retningslinjer for, hvilke aktiviteter der skal foregå, så længe det foregår inden for lovens rammer. Det her er valgfrit, og det bruges til at få lidt ekstra penge til yderligere aktiviteter på hjemmet. Det er jo ikke anderledes, end at der er beboere, der sælger håndarbejde i en basar," siger afdelingschef for plejecentrene i Fredensborg Kommune, *Hans Bækvang*.

Øresundshjemmet har siden 2001 haft en aftale med firmaet Expandet om levering af rosetter, og Expandet er glade for ordningen. Det er blot én ud af firmaets godt 55 aftaler med offentlige institutioner på Sjælland, herunder flere fængsler og beskyttede værksteder.

"Daghjemmet henvendte sig i sin tid selv. Vi lavede en aftale om, at de leverer rosetter til os ca. en gang om måneden. De bestemmer selv, hvor meget de laver og hastigheden, og vi sørger for at tilpasse opgaverne, så vi ikke skal bruge deres leverance lige nu og her," siger produktionskoordinator i Expandet, *Lars Lykke Jensen*, der understreger, at fabrikken betaler samme pris pr. enhed, uanset hvem der producerer enheden.

Vidste du at ...

... flere kommuner danner deres egne vikarkorps for at spare penge og for at forhindre, at deres faste personale søger over i private vikarbureauer? Senest har Sønderborg Kommune meldt ud, at de vil danne deres eget vikarkorps, der bl.a. kan rykke ud, når medarbejderne i ældreplejen lægger sig syge.

Vidste du at ...

... en søgnehellidag er en helligdag, der ikke falder på en søndag? Du har krav på en anden fridag, hvis du arbejder på en søgnehellidag. Du har også krav på en anden fridag, hvis søgnehellidagen falder sammen med et fridøgn.

Kilde: DSRs kommenterede arbejdstidsaftale www.dsr.dk

Vidste du at ...

... du har ret til to fridøgn om ugen? Et fridøgn er på 35 timer, men tilsidsrepræsentanten kan aftale med ledelsen, at det bliver nedsat til 32 timer. To sammenlagte fridøgn skal være på mindst 55 timer.

Kilde: DSRs kommenterede arbejdstidsaftale www.dsr.dk

Vidste du at ...

... borgerne i alle de lande, Danmark normalt sammenligner sig med, i gennemsnit lever længere end danskerne? I begyndelsen af 1970'erne var danske kvinders middellevetid høj og kun godt et år kortere end middellevetiden i Norge og Sverige, men 30 år senere har danske kvinder den suverænt korteste middellevetid i forhold til kvinderne i vores nabolande. Danske mænd ligger også i bunden sammen med finske mænd.

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed.

Ekspertter skal bedømme sygehusbyggeri

De danske sygehusbygninger trænger til modernisering og renovering. Det beskrev *Sygeplejersken* allerede i januar, hvor det samtidig blev afsløret, at 400 påbud om udbedringer af alt fra rådne faldstammer til trange pladsforhold udgjorde en tikkende bombe under sygehuse-nes økonomi. Men udsigterne for de udtjente sygehusbygninger synes at klare op her i efteråret, hvor regeringen har afsat 25 mia. kr. til investeringer og nybyggeri på de danske hospitaler. Hvilke bygninger der får bevilget penge til en ansigtsløftning eller sågar til helt nye bygninger, afhænger dog af regeringens netop udpegede ekspertpanel, der består af forsk-

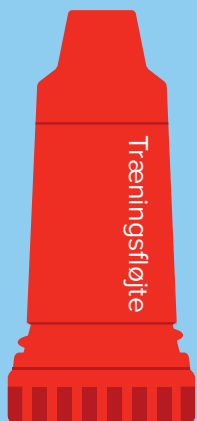
ningschef *Erik Juhl*, der er formand for Ekspertpanelet, sundhedsøkonom *Kjeld Møller Pedersen*, chefarkitekt fra *Trondheim Ragnhild Aslaksen* og chef læge fra Stockholm *Bo Brismar* samt et femte medlem, der endnu ikke er udpeget. Gruppen skal på vegne af regeringen vurdere, hvilke projekter rundt om i landet der "opfylder de fastsatte målsætninger og principper for kvalitet, finansiering og øget produktivitet," som Indenrigs- og Sundhedsministeriet skriver i en pressemeddelelse.

(kbc)

"Det er en helt forkert prioritering, at man vil nedsætte ventetiden fra to til én måned på hofter og den slags, når alvorligt syge mennesker ikke kan få behandling til den tid, man har lovet."

Karsten Skawbo-Jensen, formand for Patientforeningen Danmark, til *Fyens Stiftstidende*.

Rekvirér gratis træningsfløjter til jeres KOL- og astmapatienter

**Et fløjt er nok**

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

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

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



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

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

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



Jeg har den ambition, at lederne får en formand, som arbejder for, at Lederforeningen kommer flyvende fra start, at lederne får en synlig og kompetent forening, der målrettet arbejder for indflydelse i de politiske beslutninger,” siger den nykårede formand for Dansk Sygeplejeråds Lederforening, Irene Hesselberg.

100 dage til at blive kendt

AF SØREN PALSBO, REDAKTØR • FOTO: SØREN SVENDSEN

Nyt talerør. Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd vil gøre de sygeplejefaglige ledere synlige i offentligheden og blandt de politiske beslutningstagere. Målet er anerkendelse og albuerum til nogle af sundhedsvæsenets vigtigste aktører.

Lederforeningens første folkevalgte formand, 40-årige Irene Hesselberg, lægger ikke skjul på, at hun har travlt. Hun giver sig selv og Lederforeningen 100 dage til for alvor at sætte de sygeplejefaglige ledere på dagsordenen og brænde igennem. Som hun selv har udtrykt det i sit valgoplæg:

”Jeg har den ambition, at lederne får en formand, som arbejder for, at Lederforeningen kommer flyvende fra start, at lederne får en synlig og kompetent forening, der målrettet arbejder for indflydelse i de politiske beslutninger.”

Irene Hesselberg stillede op til formandsposten i Lederforeningen i konkurrence med tre andre ledere. Da valget var afgjort den 8. november 2007, gik hun straks i gang med at forberede sig selv og Lederforeningen til det kommende organisations- og fagpolitiske arbejde. Nu glæder hun sig til det første møde med de fire valgte bestyrelsesmedlemmer fra lige så mange af Dansk Sygeplejeråds kredse. Og så håber hun, at der til næste bestyrelsesvalg også er kandidater fra Nordjylland, så også denne kreds bliver repræsenteret.

”Jeg glæder mig til samarbejdet med den faglige sammenslutning af sygeplejefaglige ledere,

med Dansk Sygeplejeråd lokalt og centralt, og så glæder jeg mig ikke mindst til at mødes med Lederforeningens medlemmer, så vi sammen kan skabe nogle ordentlige vilkår for lederne,” siger formanden.

Hun tilføjer, at det skal være legitimt, at sygeplejens ledere også har mulighed for at pleje sig selv og udvikle deres identitet som ledere. Mange af hendes kolleger holder en ganske lav cigarføring som ledere. Måske fordi de gerne vil være vellidte blandt de kolleger, de leder.

”Senest i forbindelse med folketingsvalget er det igen og igen slået fast, hvor meget i sundhedsvæsenet og samfundet i øvrigt der beror på god ledelse. Arbejdsmiljø, arbejdstilrettelæggelse, faglig kvalitet, patientsikkerhed og så videre. Hvis næsten alt afhænger af lederne, må lederne også have albuerum til at være gode ledere. Så tror jeg, at anerkendelsen og lønnen følger med,” siger Irene Hesselberg.

”Det er fedt, at jeg kan koncentrere mig om at tage mig af lederne,” siger Lederforeningens formand. I forbindelse med valget fratræder hun stillingen som leder på Fripøjehjemmet Margrethehjemmet i Roskilde. Lederjobbet på plejehjemmet med den særlige status har givet Irene Hesselberg nyttige erfaringer med at få politikere i tale og påvirke lovgivning. Hun har også været aktiv i forbindelse med oplæggene til Kvalitetsreformen. Undervejs har Irene Hesselberg erhvervet en videreuddannelse som Master of Public Health.

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

Fire-dobling af sygeplejersker i Folketinget

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: HEINE PEDERSEN

Indflydelse. Vores fag betyder meget for vores politiske arbejde. Det siger de fire sygeplejersker, der er blevet valgt ind i Folketinget, til Sygeplejersken.

Efter valget er antallet af sygeplejersker i Folketinget blevet fire-doblet. Hvor Venstres Birgitte Josefsen tidligere var den eneste sygeplejerske i tinget, er tre fagfæller nu kommet til.

Blandt de nyvalgte er den 31-årige sygeplejerske, Özlem Sara Cekic – SF'eren, der strøg ind i Folketinget med 4.533 personlige stemmer.

Özlem Sara Cekic havde sin fire uger gamle datter *Yasmin* på armen, da hun deltog i SFs første gruppemøde på Christiansborg to dage efter valget.

Özlem Sara Cekic har arbejdet i distriktspsykiatrien, børne- og ungdomspsykiatrien og med psykisk syge stofmisbrugere. Hun vil bl.a. arbejde for en afskaffelse af kontanthjælpsloftet og starthjælpen for flygtninge. Hun mener også, at regeringen skal afsætte en særlig pulje til at hæve lønninger blandt offentligt ansatte med lav løn, så kvindefag får mandeløn.

"Mit udgangspunkt for arbejdet i Folketinget er helt klart mit fag. Som sygeplejerske har jeg set, hvordan antallet af psykiatriske sengepladser i hovedstaden er faldet, fordi psykiatrien ikke bliver prioriteret. Jeg har også oplevet, at stramninger af kontanthjælpen rammer hårdt. En familie, jeg besøgte, måtte fravælge et klassebillede til 30 kr.," siger Özlem Sara Cekic, som fremhæver, at hun har fået en stor del af sin politiske skoling via sit faglige arbejde i Dansk Sygeplejeråd. Özlem Sara Cekic er netop trådt ud af kredsbestyrelsen i DSRs Kreds Hovedstaden for at hellige sig Folketinget. Hun blev bl.a. kendt for at rejse debatten om formandslønninger i DSR på kongressen i 2006.

En anden af de nye sygeplejersker i Folketinget er den 44-årige socialdemokrat *Flemming Møller Mortensen*, der blev valgt ind med 2.650 personlige stemmer i Nord-



Efter valget er der fire sygeplejersker i Folketinget. Fra venstre Birgitte Josefsen (V), Flemming Møller Mortensen (S), Vivi Kier (C) og Özlem Sara Cekic fra SF.

jylland. Han kommer fra et job som chef i medicinalfirmaet Novartis. Han har tidligere arbejdet som bl.a. afdelingssygeplejerske på Anæstesi-afdelingen ved Aalborg Sygehus. Han har også været sygeplejerske i Grønland og arbejdet blandt spedalske i Indien.

"Min faglige baggrund som sygeplejerske betyder meget for mit politiske arbejde. I den debat om velfærd, der har præget valget, ved jeg via min faglige baggrund, hvor skoen trykker," siger Flemming Møller Mortensen, der bl.a. agter at blande sig i debatten om privathospitaler og forholdene for de offentligt ansatte.

"Regeringen lader de private tjene unødige penge på banale sygdomme, som sagtens kunne vente længere. De offentligt ansatte skal det hele, men kan kun det halve. Det er utroligt demotiverende. De får ikke lov til at virke med den faglighed, de har," mener Flemming Møller Mortensen.

Konservatives sygeplejerske i Folketinget hedder *Vivi Kier*. Hun arbejdede som sygeplejerske i midten af 1980'erne og har

de seneste 20 år drevet selvstændig virksomhed.

"Kombinationen af, at jeg har egen virksomhed og en baggrund som sygeplejerske, giver mig en god ballast for at arbejde med sundhedspolitik," siger Vivi Kier, der fik 2.161 personlige stemmer.

Sygeplejerske *Birgitte Josefsen* fra Nordjylland blev genvalgt med 7.499 personlige stemmer. Hun har siddet i Folketinget siden 2005 og er medlem af Folketingets Sundhedsudvalg. Birgitte Josefsen mener, at det er en fordel at kende sundhedsområdet indefra, når politiske aftaler skal smedes sammen.

"Helt konkret har jeg samlet en gruppe på 12 sygeplejersker, der fungerer som sparringspartnere. Som politikere bliver vi ofte rendt på dørene af patientorganisationer. Derfor har jeg syntes, det var lige så vigtigt at have kontakt med dem, der passer patienterne," lyder det fra Birgitte Josefsen, der også samarbejder med Dansk Sygeplejeråd.

Vidste du at ...

... danske mødre bliver ældre og ældre? I dag er gennemsnitsalderen blandt førstegangs fødende 29,1 år, mens alle fødende kvinder under ét gennemsnitlig er 30,9 år.

Kilde: Sundhedsstyrelsen.

Vidste du at ...

... de typiske romantiske par i lægeromanerne er mandlige akutlæger eller praktiserende læger i kombination med kvindelige pædiatere, gynækologer/obstetrikere eller sygeplejersker? Den irske psykiater *Brendan Kelly* har læst 20 tilfældigt udvalgte lægeromaner og fremlægger sine observationer i et indlæg i det engelske lægetidsskrift *The Lancet*. Han foreslår i spøg, at kunsten at indgå romancer bør indgå i uddannelsen af læger og sygeplejersker, der overvejer at arbejde på en akutmodtagelse.

Kilde: *The Lancet* – Vol. 370, Issue 9597, 27 October 2007, Page 1482. www.thelancet.com, søg på "medical romance."



www.dsr.dk

»»» INFORMATION OM SYGEPLEJERSKEPORTALEN

Portalen spørger brugerne

Hvordan går det med at finde rundt på dsr.dk? Nu er det tid til at sende portalen til eksamen. Portalredaktionen vil gerne vide, hvad sygeplejerskerne mener om websitet.

"Det er jo vigtigt, når man laver en portal, der er lavet til vores brugere, at man løbende tjekker, hvad de synes om produktet. Portalen blev oprindeligt lavet på baggrund af samtaler med mange medlemmer. Men det er nødvendigt hele tiden at justere indholdet," siger portaleder *Pia Gede Nielsen*.

Undersøgelsen starter i januar 2008 og vil blive gentaget hvert år fremover. Portalredaktionen håber, så mange sygeplejersker som muligt vil hjælpe med at gøre portalen bedre ved at svare på brugerundersøgelsen. En af besvarelserne bliver udtrykket og vinder 500 kr.

Abonnerer man på nyheder fra DSR, vil man automatisk blive informeret om undersøgelsen, når den er klar.

Tilmelding foregår på www.dsr.dk/rss

Online tilmelding til Sygeplejefagdag

Den 22. januar 2008 samles hundredvis af sygeplejersker til Sygeplejefagdag 2008 i Odense for at høre det nyeste inden for klinisk sygepleje. Prisen er 600 kr. for medlemmer af DSR. En udgift, mange arbejdsgivere betaler. Prisen inkluderer både forplejning og deltagelse i workshoper og øvrige aktiviteter. Dagen har tradition for at være en dag, hvor man møder nye mennesker og gamle kolleger.

Sidste frist for tilmelding er 10. december. Du kan læse mere og tilmelde dig på www.dsr.dk/fagdag

Få nyheder fra din nye kreds

Hvis Else Kayser får en vild idé i Kreds Midtjylland, er det ikke sikkert, du hører om den. Ikke medmindre du er tilmeldt nyheder fra Kreds Midtjylland. Da de nye kredse blev dannet den 8. november, opstod der også matchende hjemmesider. Er du kun tilmeldt nyheder fra din gamle amtskreds, går du måske glip af noget. Du kan tilmelde dig nyheder fra kredsen på www.dsr.dk/rss

DSR-mailen har fået spamfilter

Medlemmer, der benytter den gratis service med en e-mail-konto på dsr.dk er nu beskyttet af et spamfilter. Dermed bliver et stort ønske opfyldt for mange brugere af DSR-mailen. Filteret har det eksotiske navn NoSpamToday! Serveren er nu installeret, hvilket betyder, at filteret automatisk fjerner suspekterede mails. Den sletter automatisk mails fra kendte spammere. Filteret giver også alle mails en karakter, hvor nogle bliver leveret, mens tvivlsomme mails bliver markeret med ordet SPAM, og andre igen bliver slettet.



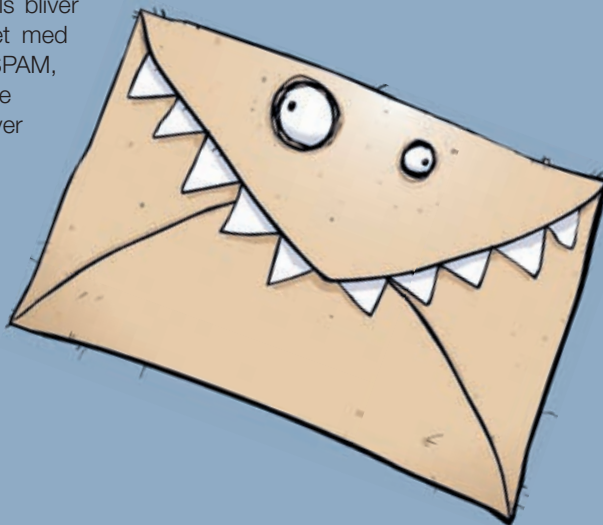
PIA GEDE NIELSEN,
WEBREDAKTØR,
PGN@DSR.DK



KRISTIAN ESKILDSEN,
WEBJOURNALIST,
KFE@DSR.DK



ANDERS VON BENZON
KJÆRSGAARD,
WEBUDVIKLER,
ABK@DSR.DK



Ny minister skal styrke forebyggelsen

Rokade. Flere af DSRs mærkesager indgår i den nye regerings sundhedspolitik.

Efter bare to måneder som transport- og energiminister er den 40-årige advokat *Jakob Axel Nielsen* fra Konservative blevet fremmet til minister for sundhed og forebyggelse. Dermed genopstår Sundhedsministeriet som et selvstændigt ministerium, efter at det i 2001 blev lagt sammen med Indenrigsministeriet.

Formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, ser frem til samarbejdet. Hun

hæfter sig ved, at regeringen nu har oprettet et ministerium for både sundhed og forebyggelse, og at regeringsgrundlaget indeholder en række af Dansk Sygeplejeråds mærkesager. Bl.a. en national handlingsplan for forebyggelse, bekæmpelse af den sociale ulighed i sundhed og en forbedret indsats for de ældre medicinske patienter.

"Vi kan se i regeringsgrundlaget, at der er blevet lyttet. Det er fint, at der er én minister, som alene har ansvaret for sundhed og forebyggelse," siger *Connie Kruckow*.

DSRs formand forventer, at den nye mini-

ster fortsat vil have fokus på kræftbehandling og ventetidsgaranti.

"Jeg tager som givet, at regeringen sætter en ny sundhedsplejerskeuddannelse i gang og fremsætter et lovforslag om sundhedsplejerskernes udvidede kompetencer. Vi regner også med, at den nye minister viderefører Konservatives positive tilgang til det at etablere ekspertsygeplejersker," siger *Connie Kruckow*.

(bso)



De blev slået

Hvad så? Fyns tidligere amtskredsformand Bo Smith og Storstrøms ditto Mia Linda Møller stillede begge op til kampvalg om kredsformandsposten uden at kandidere til andre tillidsposter – og tabte.

Bo Smith siger til *Sygeplejersken*, at han vil tage sig god tid til at afklare sin fremtidige arbejdssituation, og at han får professionel coaching til denne afklaring.

"På den måde kan man sige, at vi er privilegeret som lokale formænd i Dansk Sygeplejeråd, at der er tid og ro til at få klarhed over, hvad man skal beskæftige sig med, når man forlader en tillidspost fra den ene dag til den anden," siger Bo Smith. Han var tæt på at kunne fejre 20-års jubilæum i Fyns amtsbestyrelse, idet han blev valgt ind første gang i februar 1988. Faktisk en måned før, at han blev færdiguddannet som sygeplejerske. Bo Smith var næstformand fra 1993 og har været amtskredsformand siden 2003.

"Jeg tror, at det er sundt nok, at Dansk Sygeplejeråd har en vis udskiftning af politikere, så jeg tror, at man skal overlade det til gamle rockorkestre at gøre comeback. På den anden side smækker jeg ikke med døren," siger han. Kreds Syddanmark markerede den organisationspolitiske skiftedag ved en reception på Hotel Comwell i Kolding den 16. november.



Fyns tidligere amtskredsformand Bo Smith.



Storstrøms tidligere amtskredsformand Mia Linda Møller.

Mia Linda Møller bruger ligeledes muligheden for nøje at overveje sit fremtidige arbejde. Hun har orlov fra en stilling som klinisk ansvarlig ved skadestue/akut modtageafsnit på sygehuset i Næstved og fortæller, at hun har haft kontakt med sygehuset for at drøfte fremtiden.

"Udgangspunktet vil i givet fald være den stilling, jeg har orlov fra, plus de kvalifikationer, jeg har i dag," siger Mia Linda Møller.

Hun blev valgt til amtsbestyrelsen i 1995 og valgtes som formand i 2001. Kreds Sjælland har spurgt, om hun ønsker mulighed for at sige pænt farvel til tidligere samarbejdspartnere ved en reception, og det har hun sagt ja tak til. Den præcise dato var ikke fastsat ved redaktionens slutning.

Kan du dy dig for at stille op ved fremtidige valg til DSRs lokale kreds?

"Lige nu har jeg det sådan, at jeg vil koncentrere energien om mit fremtidige arbejde i sygeplejen. Men vi lever i en foranderlig verden, så man kan aldrig vide," siger hun. (sp)

Vidste du at ...

... antallet af retspsykiatriske patienter er mere end tredoblet på 10 år? I 1995 havde behandlingspsykiatrien, den kommunale og amtslige socialpsykiatri tilsammen 464 retspsykiatriske patienter og brugere. I 2005 var det samlede tal 1.680, heraf 1.329 i behandlingspsykiatrien. Ca. en tredjedel var dømt for vold og anden personfarlig kriminalitet.

Kilde: Undersøgelse af sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet V72. Social Udviklingscenter SUS 2005.



ARKIVFOTO: SCANPIX

Efter knap to års arbejde har Kommunernes Landsforening (KL) besluttet at etablere en ny specialuddannelse for sundhedsplejersker. Den nye uddannelse varer 18 måneder mod den nuværende etårige diplomuddannelse. Desuden er den nye uddannelse på masterniveau og tilknyttet universitetet. Det faglige selskab for Sundhedsplejersker, der har ca 1600 medlemmer, hilser den nye uddannelsen velkommen.

Ny sundhedsplejerskeuddannelse er endelig en realitet

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

Teori i praksis. KL har netop godkendt en ny sundhedsplejerskeuddannelse. Lige hvad der er brug for, mener det faglige selskab for Sundhedsplejersker.

Efter knap to års arbejde har Kommunernes Landsforening (KL) besluttet at etablere en ny specialuddannelse for sundhedsplejersker. Den nye uddannelse varer 18 måneder mod den nuværende etårige diplomuddannelse. Desuden er den nye uddannelse på masterniveau, tilknyttet universitetet, men der vil også være mulighed for at modtage undervisning i CVU-regi. Beslutningen vækker glæde i Dansk Sygeplejeråd, og formanden for Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker, *Susanne Hede*, ser den nye sundhedsplejerskeuddannelse som et tiltrængt løft.

"Arbejdet med den nye sundhedsplejerskeuddannelse har snart varet i to år, og det er godt, den endelig er kommet

på plads. Den vil sikre, at det teoretiske niveau hæves, hvilket er glædeligt. For det, der er brug for i praksis, er sundhedsplejersker, der er ordentligt klædt på til at læse teoretiske artikler og ikke mindst indarbejde den teoretiske viden i det daglige arbejde. Virkeligheden er meget kompleks," siger *Susanne Hede* og giver som eksempel overvægtige børn.

"Der er masser af studier og litteratur, der viser, at vi ikke kun skal sætte ind med kost og motion. Det kræver en bredere forståelse og indsats at løse de problemer, og det bliver man som sundhedsplejersker bedre klædt på til, når man er i stand til at omsætte viden til praksis," siger *Susanne Hede*.

Fagligt Selskab for Sundhedsplejersker ser sammen med Dansk Sygeplejeråd frem til, at de praktiske forhold som f.eks. en ny studieordning kommer på plads hurtigst muligt, så den nye uddannelse kan blive udbudt.

Sygeplejerskens besøg giver smertepatienter et bedre liv

Op mod hver femte dansker lider af kroniske smerter, og mange smerteramte har en lige så dårlig livskvalitet som svært hjerte- eller lungesyge. Men smertebehandling og opfølgende hjemmebesøg af en sygeplejerske hver fjerde måned kan betyde en markant forbedring af patienternes livskvalitet. Det viser en ny MTV-rapport, som Sundhedsstyrelsen netop har offentliggjort.

Undersøgelsen viser, at patienter, som får besøg, har større helbredsrelateret livskvalitet og lidt flere kvalitetsjusterede leveår end de patienter, der ikke modtager besøg.

Sygeplejerskerne opdagede symptomer på depression hos 80 pct. af de patienter, som udviklede depression, og kunne henvise dem til behandling.

Hjemmebesøgene reducerede patienternes brug af hospital og andre sundhedsydelser med 37 pct. Den direkte besparelse

mere end opvejer omkostningen til de opfølgende hjemmebesøg.

I undersøgelsen indgik 102 patienter. Efter behandling på et smertecenter fik halvdelen af dem opfølgende hjemmebesøg af en sygeplejerske hver fjerde måned i to år. Den anden halvdel fik ingen hjemmebesøg.

Både patienter, smertesygeplejersker og praktiserende læger fandt, at besøgene var værdifulde.

Rapporten fremhæver også, at de sygeplejersker, som foretager de opfølgende hjemmebesøg, bør have fast tilknytning til de tværfaglige smertecentre. (bso)

Rapporten "Opfølgende sygeplejebesøg efter afsluttet behandling i tværfagligt smertecenter" kan downloades på Sundhedsstyrelsens hjemmeside www.sst.dk



FOTO: ANNE-ELIN WANG

Den afgående formand for Norsk Sykepleierforbund, Bente G. H. Slaatten (tv.), sammen med den nye formand, Lisbeth Normann, der fik 102 ud af 179 stemmer i første valgøngang, og derfor blev det ikke nødvendigt med et efterfølgende kampvalg.

Ny formand for det norske sygeplejerskeforbund

Norsk Sykepleierforbund har fået ny formand. Fire kandidater stillede op til valget, og med 102 stemmer ud af 179 mulige blev det sygeplejerske *Lisbeth Normann*, der de næste fire år skal stå i spidsen for det norske sygeplejerskeforbund. Det norske fagblad *Sykepleien* beskriver Lisbeth Normann som tydelig, stærk og resultatorienteret. De seneste år har hun arbejdet som sundhedsfaglig direktør på Aker Universitetshospital, men har derudover 20 års praksiserfaring og et stort netværk i både Norge og internationalt. Efter valget udtalte hun bl.a. til

sykepleien.no, at en af hendes mærkesager bliver at kæmpe for, at sygeplejefaget får større anerkendelse.

"Kampen for øget anerkendelse, ligestilling og ligeløn foregår lige nu. Sygeplejerskerne spiller en afgørende rolle i sundhedsvæsenet, og de skal belønnes bedre for deres kompetencer og arbejde."

Der var også valg til resten af bestyrelsen, og som 1.-næstformand blev *Unni Hembre* valgt, mens *Jan Erik Nilsen* blev valgt til 2.-næstformand.

(cso)

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 januar 2008 starter vi hold i:

Gentofte
Herlev
Næstved
Odense
Århus

Der er tilmeldingsfrist 1. december 2007.

Få mere information på 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

CEUS
Handelshøjskoleafdeling

På havearbejde to uger efter operationen

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Allerede et par uger efter, at den 63-årige *Jytte Ibsen* havde fået fjernet den ene nyre, var hun i gang med at luge ukrudt i den store have i landsbyen Balling uden for Viborg. Jytte Ibsen er en af de patienter, der har været gennem et såkaldt accelereret patientforløb på Regionshospitalet Viborg, og hun har kun godt at sige om behandlingen.

Jytte Ibsen, der er hjemmegående, har i mange år døjet med blærebetændelse og dårlig nyrefunktion, fordi den ene nyre ikke fungerede.

Indførelsen af kikkertoperationerne betød, at fjernelsen af den dårlige nyre pludselig var et relativt overskueligt indgreb, og den 7. juni i år blev hun opereret. Forinden havde hun haft en samtale med en læge og en sygeplejerske.

”Det gik bare helt fantastisk. Dagen inden operationen var jeg inde på afdelingen for at blive udrenset og få taget blodprøver, og jeg kunne sove hjemme om natten. Jeg skulle drikke energidrik før og efter operationen, men ellers kunne jeg leve som normalt,” fortæller Jytte Ibsen.

Næste dag blev Jytte Ibsen opereret om morgenen. Da hun kom op på afdelingen ved firetiden om eftermiddagen, stod hun ud af sengen med det samme.

”Det synes jeg ikke var slemt. Det værste var, at jeg skulle spise,” fortæller Jytte Ibsen.

Næste dag blev hun udskrevet efter stuegang.

”Det fungerede rigtig fint. Jeg kom hjem fredag eftermiddag, og min mand kunne hjælpe mig i weekenden. Allerede søndag kunne jeg holde op med at tage smertestillende piller, og jeg gik lige så stille i gang i huset. Om mandagen gik min mand på arbejde,” fortæller Jytte Ibsen.

Alt i alt synes Jytte Ibsen, at det accelererede forløb har været en stor gevinst.

”Det var godt, at jeg kunne komme hjem med det samme. Bortset fra to små prikker på siden og et ar på tre centimeter kan man ikke se, jeg er blevet opereret. Det var en dejlig afdeling, og jeg mærkede ikke, at personalet havde travlt. De havde tid til at snakke.”

bs@dsr.dk

Nyrepatienter udskrives et døgn efter operationen

Kikkertoperation. På Regionshospitalet Viborg kommer patienterne ud af sengen få timer efter at de har fået fjernet den ene nyre.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: KISSEN MØLLEN HANSEN

Samme dag, lægen har fjernet den ene nyre ved en kikkertoperation, er patienten ude af sengen. Allerede et døgn efter operationen kan den nyopererede pakke sine ting sammen og tage hjem. Indførelsen af det såkaldt accelererede patientforløb på urologisk afdeling ved Regionshospitalet Viborg har betydet en markant kortere indlæggelsestid og mere tilfredse patienter, der hurtigere kommer i gang med jobbet og deres daglige aktiviteter.

Det viser en undersøgelse foretaget blandt 33 patienter, der har fået fjernet den ene nyre ved en såkaldt kikkertoperation. Hovedparten af patienterne opereres på grund af en kræftknude i nyren.

Undersøgelsen, der offentliggøres i dette nummer af *Sygeplejersken*, viser, at patienternes indlæggelsestid i gennemsnit er reduceret til et døgn mod normalt fire døgn for den slags operationer. Langt de fleste af patienterne var meget tilfredse med indlæggelsesforløbet. 29 patienter svarede, at de var klar til at tage hjem et døgn efter operationen, mens fire af patienterne ønskede en ekstra dag på hospitalet.

I gennemsnit går der fire døgn, før patienterne kan genoptage deres daglige aktiviteter som at lave mad, gøre rent, cykle og gå ture. 11 af de 33 patienter var stadig i arbejde, og af dem kunne hovedparten genoptage jobbet efter 25 dages sygemelding.

”Mange synes, det lyder utroligt, at en nyreopereret kan stå ud af sengen to timer efter operationen. Men det giver en helt unik tilfredsstillelse for både patienter og personale, at de nyopererede kan gå på gangen allerede få timer efter indgrebet,” siger afdelingssygeplejerske *Mette Jakobsen* fra Urologisk Afdeling ved Regionshospitalet Viborg. Hun understreger, at det accelererede patientforløb er nøje tilrettelagt og foregår i tæt samarbejde mellem læger, plejepersonale og narkoseafdelingen. Inden operationen informerer lægen og sygeplejersken patienten om, hvad der skal ske før og efter operationen.

Undersøgelsen viser dog også, at genindlæggelsesprocenten i begyndelsen var relativt høj. 21 pct. af patienterne måtte igen en tur på hospitalet efter nyreoperationen.

Sygeplejersker synes det er

Udskrivelse. Patienterne udskrives meget hurtigere end tidligere. Sygeplejersker frygter, at de korte indlæggelser går ud over plejen og omsorgen.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST

Tidligere lå patienterne i hospitalssengen i 11 dage, når de skulle have indopereret en ny hofte. I dag kan patienterne nøjes med tre dages indlæggelse. En operation for tarmkræft, der før krævede 10 dage i hospitalssengen, kan klares med tre dage på sygehuset. De såkaldt accelererede patientforløb går deres sejrsgang i sundhedsvæsenet i disse år.

Metoden blev udviklet af kirurg *Henrik Kehlet* fra Hvidovre Hospital i slutningen af 90'erne, og i dag rejser den danske professor verden rundt for at udbrede idéen.

Undersøgelser viser, at patienterne er glade for de intensive forløb, der giver færre komplikationer. Til gengæld viser forskningen også, at sygeplejersker er bekymrede for, om de korte indlæggelser går ud over plejen, omsorgen og informationen.

”Jeg har i mit arbejde mødt sygeplejersker, der syntes, at det var synd for patienterne, at de skulle ud af sengen så hurtigt. Dilemmaet for sygeplejersken er, at man både skal handle effektivt og vise nærvær. Men jeg oplever ikke, at muligheden for at



Nyrepatient på operationsbriksen. Kombinationen af kikkertkirurgi og accelereret patientforløb betyder, at patienten kun skal være på hospitalet i et døgn.

”Det er en ny metode, og noget tyder på, at der er en vis usikkerhed over for forløbet blandt de praktiserende læger. Det tror jeg er en del af forklaringen på genindlæggelserne. Derfor kunne man forestille sig, at der blev oprettet et hold af sygeplejersker, som kan tage ud til patienterne efter operationen,” siger Mette Jakobsen.

Resultaterne fra Regionshospitalet i Viborg falder godt i tråd med de erfaringer, der er gjort med accelererede patientforløb inden for andre områder som tarmoperationer, knæ- og hofteoperationer, brystkræft og fjernelse af livmoderen.

”Der er en rivende udvikling i gang med accelererede patientforløb over hele landet. Men det er vigtigt at understrege, at metoden ikke kun handler om at få patienterne ud af sengen. Det er en pakke for behandlingen, hvor der indgår kost, ordentlig smertebehandling og samtaler med patienten før og efter operationen. Effekten er, at patienterne undgår komplikationer, og at de hurtigere bliver friske, så de kan komme hjem,” siger sygeplejerske *Kirsten Rud* fra Enheden for Perioperativ Sygepleje på Rigshospitalet. Enheden offentliggør snart en undersøgelse i Ugeskrift for Læger, som viser, at 60 pct. af de adspurgte kirurgiske afdelinger arbejder med accelererede patientforløb i en eller anden form.

bso@dsr.dk

synd for patienterne

ydelse er blevet forringet. Tværtimod. Vi har en meget direkte kontakt til patienterne, og sygeplejerskens rolle bliver i høj grad at give information og have ansvar for plejen,” siger *Mette Jakobsen*, der er afdelingssygeplejerske ved Regionshospitalet i Viborg og har arbejdet med de accelererede patientforløb i syv år. Hun understreger, at metoden styrker det tværfaglige samarbejde.

Projektleder *Kirsten Rud* fra Enhed for Perioperativ Sygepleje vurderer, at sygeplejerskers skepsis over for de accelererede patientforløb er på retur.

”Mange sygeplejersker synes, de accelererede patientforløb er spændende, fordi de kan se, at de virker. Sygeplejen bliver mere målrettet. Omsorg er jo ikke kun at holde patienten i hånden. Det er at gøre det gode for patienten,” siger *Kirsten Rud*, som understreger, at sygeplejerskens information til pa-

tienten er alfa og omega for et godt accelereret forløb.

”Det nytter ikke at sende patienten hurtigt hjem i en taxa. Hvis forløbet skal virke, skal patienten have ordentlig information om fasen efter udskrivelsen, og vi anbefaler, at sygeplejersken ringer hjem til patienten for at følge op,” siger *Kirsten Rud*.

At netop udskrivelsen er en akilleshæl i de hurtige patientforløb, bekræftes af en undersøgelse blandt hustruer til mænd, der blev udskrevet efter en prostataoperation. Den viser, at patienter og pårørende ikke kunne rumme alle de informationer, de havde fået inden operationen. Efter udskrivelsen befandt mange af patienterne sig i en slags ingemandsland, og de vidste ikke, hvor de skulle henvende sig i tilfælde af komplikationer.

”Man skal være meget bevidst om, at de accelererede patientforløb stiller store krav til

informationen. Det kom bag på patienterne, at de i nogle tilfælde havde det værre lige efter operationen end før. Det store problem er, at den effektivitetsspiral, der præger sygehuse, måler os på korte indlæggelser. Sundhedsvæsenet har ikke afsat en takst til bløde værdier som f.eks. at informere patienterne,” siger afdelingslæge *Karin Mogensen* fra Urologisk Afdeling på Frederiksberg Hospital, som står bag undersøgelsen.

bso@dsr.dk

Læs også artiklen ”Patienten i centrum ved accelereret nefrektomi” side 54.

Psykisk syge kriminelle. Det er gift for patienterne, men det er også gift for sygeplejen og den medicinske behandling, når det lykkes de retspsykiatriske patienter at få fat i narkotika under indlæggelsen.

Retspsykiatriens kroniske problem

NARKOTIKA



AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Narkotika som hash, kokain og amfetamin er et kæmpestort og kronisk problem for landets retspsykiatriske afdelinger, selv de lukkede. Det kan lade sig gøre at holde stofferne ude af afsnittene i lange perioder. Men udrydde dem fuldstændig tvivler de fleste, der kender området, på, at man kan. Og kontrollen med stofferne koster fortvivlende mange kræfter, som kunne være brugt på at støtte patienterne i ste-det.

Ledende overlæge *Helle Hougaard*, Sct. Hans Hospital, betegner patienternes stofmisbrug som en af de største udfordringer for retspsykiatrien.

”Stofferne forværrer patienternes tilstand og forlænger behandlingsforløbene. Næsten alle vores patienter lider af svært behandlelig skizofreni, og de bliver mere psykotiske, mere paranoide og mere hallucinerede, når de misbruger,” siger *Helle Hougaard*.

”Men et lige så stort problem er, at vi bruger så mange ressourcer på at undgå at få stofferne ind. Arbejdsglæden ligger jo ikke i at kigge patienternes tøj igennem, men i en god gruppeterapi eller en god dag med fysisk træning.

Mange af de ting går i vasken, fordi patienterne ikke er i stand til at deltage. Eller fordi personalet må tage sig af patienter, der er syge af stoffer, og derfor ikke er til rådighed for andre tiltag.”

Retspsykiatriens opgave er ikke kun at behandle patienterne medicinsk. Det er også at hjælpe patienterne til at kunne fungere i samfundet.

”Men når der er stoffer i afdelingen, kan du glemme alle pædagogiske tiltag. Så går en stor del af vores arbejdstid med bare at få patienterne ud af sengen, og det er der ikke meget kvalitet i,” siger afdelingssygeplejerske *Poul Mortensen*, Viborg.

En af hans medarbejdere, sygeplejerske *Mia Schnefeldt Sørensen*, beskriver det på denne måde:

”I den psykiatriske sygepleje er relationen til patienterne afgørende. Men når de tager stoffer, er det, som om der går en klap ned. De vil ingenting. De vil ikke deltage i afdelingens normale rutiner. Hvis de tager noget på en udgang, kan vi se eftervirkningerne i ugevis.”



Ledende overlæge *Helle Hougaard*: ”Patienterne bliver mere psykotiske, mere paranoide og mere hallucinerede, når de misbruger.”

Retspsykiatrisk afdeling i Viborg har før i tiden været ramt af grimme voldsepisoder, og det er afdelingssygeplejerske *Poul Mortensen*'s vurdering, at der ofte var narkotika indblandet.

Stofferne øger voldsrisikoen både direkte og indirekte, forklarer overlæge *Helle Hougaard*, Sct. Hans Hospital:

”Stoffer som amfetamin, kokain og ecstasy kan gøre patienterne urolige, irritable og aggressive. Men indirekte øger de også risikoen på den måde, at stoffer og besiddelse af stoffer skaber ufred. De låner, de skylder hinanden penge og tjenester. Nogle har, og andre vil have del i det, de har.”

Stofferne har også konsekvenser for sygeplejerskernes arbejdsmiljø på en anden måde, fortæller afdelingssygeplejerske *Mie Bertelsen*, afsnit R6, Sct. Hans Hospital:

”Patienterne bliver væk fra udgange, bliver væk i flere dage, og hver gang bliver processen sat tilbage,” siger hun.

”De hører ikke vores villighed til at hjælpe gennem det tykke lag af ”hvordan jeg får flere stoffer,” der kører inde i hovedet. Vi bliver brikker i et spil, som handler om at få stoffer ind, og hvis man oplever det for tit, bliver man meget, meget skeptisk.

Står patienten op om morgenen, fordi han gerne vil samarbejde, eller har han en anden dagsorden? Kan jeg stole på ham, og hvornår kan jeg ikke stole på ham næste gang?

Det kan skabe et negativt arbejdsmiljø, hvor det bliver svært at udøve den sygepleje, patienten har brug for, og hvor folk bliver udbrændte og søger væk.”

kbj@dsr.dk

»» TRE FJERDEDELE AF DE PSYKISK SYGE KRIMINELLE ER MISBRUGERE

Undersøgelser viser, at mellem halvdelen og tre fjerdedele af alle retspsykiatriske patienter har et misbrug af alkohol, hash eller andre stoffer.

I de lukkede afsnit, hvor de sygeste og farligste kriminelle befinder sig, kan andelen af misbrugere være endnu højere.

I retspsykiatrisk afdeling i Middelfart, en integreret lukket/åbent afdeling, skønner man, at to tredjedele af patienterne er misbrugere.

I retspsykiatrisk afdeling i Viborg, en intensiv stabiliseringsafdeling, var 15 ud af 17 patienter misbrugere, da *Sygeplejersken* spurgte i juli i år.

På Sct. Hans Hospital, der rummer den mest belastede femtedel af de retspsykiatriske patienter i det gamle HS-område, har omkring 80 pct. af patienterne et misbrug. Som regel et ukritisk misbrug, dvs. at de misbruger hvad som helst, de kan få fat i.

Kilder: *Kramp P, Gabrielsen G. Retspsykiatriske patienter i HS. Ugeskrift for Læger 2004.*

Undersøgelse af sammenhængen mellem psykisk sygdom og kriminalitet V72. Social Udviklingscenter SUS 2005.

Psykisk sygdom og kriminalitet. Indenrigs- og Sundhedsministeriet 2006.



Misbrugernes opfind

Stoftrang. En patient med et aktivt stofmisbrug vil gøre alt for at skaffe sig stoffer. Og han har 24 timer i døgnnet til at regne ud, hvordan han kommer forbi låste døre, forseglede vinduer og årvågent personale.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

”I perioder har vi været i stand til at dæmme op for misbruget. Men patienterne er altid et hestehoved foran med at finde nye måder at få stofferne ind på.”

Bjarne Lehmann taler ud fra 11 års erfaring i retspsykiatrien, de sidste fire år som ledende oversygeplejerske i retspsykiatrisk afdeling R, Sct. Hans Hospital, hvor omkring 80 pct. af patienterne har eller har haft et misbrug under indlæggelsen. Ordet misbrug dækker også over alkoholmisbrug. Men alkohol er sjældent et problem for de lukkede afsnit.

”Stoffer i pulverform er lettere at smugle, og de har en stor virkning i forhold til deres volumen,” forklarer Bjarne Lehmann.

Han vurderer, at han har haft kontakt til politiet én eller to gange om ugen, siden Sct. Hans Hospital besluttede, at alt konfiskeret stof skal overdrages til politiet.

Det drejer sig først og fremmest om hash, i de senere år også kokain, der ser ud til at have afløst amfetamin på Sct. Hans Hospital, men ikke i de andre retspsykiatriske afsnit, som Sygeplejersken har haft kontakt til. I Viborg er de foretrukne stoffer hash og amfetamin, i Middelfart er det overvejende hash, patienterne går efter.

Med tape, cellofan og sytråd

De lukkede afsnit på Sct. Hans Hospital er solidt låst af, vinduerne kan ikke åbnes, der er hegn om græsplænen, og alle sprækker mellem altaner og murværk er forsejlet med fugemasse.

Men opfindsomheden er overvældende. Alle kroppens åbninger kan bruges til at gemme stof i, og psykiatriloven tillader ikke, at personalet rutinemæssigt undersøger kroppens hul-

rum, når patienterne f.eks. kommer tilbage fra udgang.

Uden for afsnittet er der rige muligheder, selv om lukkede afsnit efter aftale kan visitere patienter efter udgang. En patient møder en anden fra et åbent afsnit, de trykker hinanden i hånden, og stoffet skifter ejer. Eller stoffet ligger, efter aftale, bag den tredje pakke guld-korn i Fakta, når patienten går på indkøb med personalet.

Stoffet kan også være pakket ind i dobbelt-klæbende tape, som er efterladt på terrænet et aftalt sted. Patienten træder ned over tape-pakken, så den hænger fast under svangen og kommer med ind. Personalet har været sammen med patienten hele tiden, så han bliver ikke visiteret, når de kommer hjem.

Bjarne Lehmann husker tydeligt den december måned, hvor patienterne i et afsnit



Det gamle pizzanummer: Når patienterne bestiller pizza med et bestemt nummer ude fra byen, er det med stof som ekstra drys.



Umuligt at få øje på: På udgang binder man en lillebitte cellofanpose med stof fast til en tand med sytråd og synker den.



En leverandør med kontakter til bibliotekets video-udlån gemmer stoffet i et videobånd, og køberen får besked på, hvilken film han skal låne.

somhed overgår alt

pludselig blev vældig engageret i at pynte op til jul. Ikke et øje var tørt, indtil en af gipsnisserne gik i stykker, og det viste sig, at der var støbt stof ind i den. Sct. Hans Hospital kan bidrage med rigtig mange eksempler, alene i kraft af at hospitalet har den største retspsykiatriske afdeling i Danmark.

Men andre afdelinger rundt om i landet kan også fortælle, hvordan de er blevet snydt af patienterne. Hvordan stof var gemt under pappet i en sodavandskapsel, blev bragt ind af patientens gamle bedstemor, eller var gemt i en guitar, som havde været lånt ud til en patient i en anden afdeling.

En afdeling kan fortælle, hvor salige patienterne blev, hver gang de havde hygget sig med pizza ude fra byen. Indtil personalet fandt ud af, at der var hash i pizzaen, når man bestilte bestemte numre.

De velbehandlede organiserer

Man kan spørge, hvordan meget syge skizofrene patienter, der hallucinerer, hører stemmer og ikke kan mærke, hvor de selv holder op og omverdenen begynder, kan organisere køb og indsmugling af stoffer.

Svaret er: Det kan de heller ikke.

”Retspsykiatrien har patienter, som er – og bliver ved med at være – meget syge og nemme at manipulere,” siger Bjarne Lehmann.

”Men så har vi dem, hvor sygdommen ikke fylder så meget mere, fordi de er relativt velbehandlede, og hvor det er karaktermæssige, sociale, adfærdsmæssige problemer, der træder frem.

Trangen til stof er lige stor i de to grupper. Men den syge skizofrene patient er ikke i stand til at organisere det. Det er hans tanker alt for forstyrrede til. Det kan den anden

gruppe gøre. Det er dem, der kan planlægge, afpresse og manipulere.”

kbj@dsr.dk

Bjarne Lehmann har netop forladt Sct. Hans Hospital for at lede opbygningen af opsøgende psykoseteam i retspsykiatrien i Region Sjælland.



På en ledsaget udgang kan man samle stof op med svangen af skoen, når det er pakket ind i dobbeltklæbende tape.

Samfundssind: Hov, det skal da ikke ligge der. Jeg tager det lige med ind og smider det i skraldespanden.

Stærke patienter presser

Fængselskultur. Patienter, der er motiverede for at komme ud af deres misbrug, får ikke lov til at sige fra, når der er stoffer i en afdeling. Og ikke-misbrugere bliver presset til at smugle stof med ind til andre.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

Det er slemt nok, når narkotika ødelægger virkningen af den antipsykotiske medicin og blokerer for sygeplejen. Men det allerstørste problem er det pres, som misbrugerne lægger på deres medpatienter, mener *Bjarne Lehmann*, der som oversygeplejerske på Sct. Hans Hospital tog initiativ til at få oprettet stoffri afsnit.

”Vi ser en gruppe patienter, som ikke ønsker det, men som bliver presset med ind i misbruget. De kan ikke få lov til at sige fra,” siger han efter fire år som ledende oversygeplejerske i retspsykiatrien.

Som afdelingssygeplejerske i Sct. Hans Hospitals retspsykiatriske afsnit R6 har *Mie Bertelsen* oplevet presset tæt på. Hun ser mange ligheder med fængselskulturen blandt de retspsykiatriske patienter.

”Når nogen har fået stoffer ind, så sørger de tit for, at andre også får taget. Man fjerner fokus fra sig selv, når vi står med fem positive urinprøver i stedet for én,” siger hun.

Medpatienter bliver ikke kun presset eller



Projektleder Bjarne Lehmann: ”Når pengeafpresning bliver politianmeldt, ønsker patienterne aldrig at vidne. De har ikke sagt noget.”

lokket til at tage stoffer. De patienter, der har frihed og udgang, bliver også presset til at tage stoffer med ind for andre, der ikke har samme frihedsgrader. Selv om de ikke selv misbruger.

Pengeafpresning og trusler

Personalet får hurtigt en mistanke, når patienterne bliver presset. De bliver trykkede, uglade, isolerer sig. Men det er meget svært at få indblik i, hvad der foregår mellem patienterne. Når det kommer frem, er det ofte indirekte, og selv om der er tale om kriminelle forhold, vil

patienterne ikke vidne. Bjarne Lehmann har oplevet flere tilfælde af pengeafpresning, også for store beløb. Men patienterne har ikke søgt hjælp hos personalet.

”Og når sagen så bliver politianmeldt, ønsker patienterne aldrig at vidne. De har ikke sagt noget,” fortæller Bjarne Lehmann.

Problemet afpresning kender man også i retspsykiatrisk afdeling i Middelfart.

”En sjælden gang får vi patienter, som bringer fængselskulturen med sig, og vi har også været ude for, at folk fra narkomiljøet har kontaktet vores patienter i åbent regi og lagt pres på dem,” siger oversygeplejerske *Isabel Gindeberg*.

”Hvis ikke de under udgang hentede stofferne et aftalt sted, så ville de få tæsk. Vi har haft patienter, der ikke ønskede at komme i åbent regi, selv om de egentlig havde det godt nok. De var bange for at blive presset til at blive stofkurerer.

Men de turde ikke fortælle os det, derfor har de så gjort et eller andet, f.eks. truet per-

Vi vil ikke være politibetjente

Negativ energi. Retspsykiatrisk afdeling i Middelfart har bekæmpet patienternes stofmisbrug med kontrol og restriktioner. Det har kostet i arbejdsglæde, og det har ikke virket. Nu skal der andre metoder i brug.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: ALEX TRAN

Restriktioner kan være nødvendige, men de er en nødløsning. Sådan opsummerer oversygeplejerske *Isabel Gindeberg* syv års kamp mod stofferne, som patienterne har smuglet ind i retspsykiatrisk afdeling i Middelfart.

”Det er et problem, vi har arbejdet med i mange år, men vi har arbejdet meget traditionelt med det. Derfor har vi også haft meget ringe resultater. Jo mere restriktive vi er blevet, jo mere opfindsomme blev patienterne,” siger hun.

Der må være en bedre måde at gøre tingene på, mener afdelingens ledelse, stærkt støttet af personalet.

”Vi vil gerne i dialog med patienterne, ind de problemerne opstår, og vi har følt, at vi løb

panden mod en mur i den her politibetjentrolle,” siger *Susanne Kok*, sygeplejerske og stedfortræder for afdelingssygeplejersken i retspsykiatrisk afdeling.

”Når vi visiterer et helt afsnit, bliver vi jo også politifolk i patienternes øjne. Det skaber modvilje, og det binder noget negativ energi hos personalet, når man hele tiden føler, at man er bagud: Nu misbruger de, nu er de skæve ...”

Susanne Kok sidder i en tværfaglig arbejdsgruppe, der skal samle mere viden om kombinationen psykisk sygdom og misbrug og udvikle alternativer til kontrolregimet sammen med personalet.

”Når man har et misbrug, så har misbru-

get en funktion. Det er den tankegang, vi vil gå ud fra,” siger *Isabel Gindeberg*.

”Misbruget må udfylde et tomrum, og hvis vi fjerner misbruget, må vi gøre noget for at fylde det tomrum, som misbruget efterlader. F.eks. har vi vældig god erfaring med motion og fysisk aktivitet.”

Legalt at tale om misbrug

Susanne Kok fortæller, at de enkelte medarbejdere allerede er begyndt at forholde sig meget mere til patienternes problemer med misbrug.

”Som kontaktpersoner har vi højst to patienter hver, og når man flytter fokus fra restriktionerne, bliver det også legalt at tale om,

svage ud i misbrug

sonalet. Så har vi tænkt: Nej, han har det alligevel ikke så godt, som vi troede. Han må blive i lukket regi.”

Personalet er vant til at vurdere, hvornår patienter simulerer, og i disse tilfælde har et eller andet ikke passeret med patientens adfærd.

”Og så har vi fundet ud af, at patienten var bange,” siger Isabel Gindeberg.

Spiller på andres sygdom

Truslerne behøver såmænd slet ikke at være så håndfaste som tæsk, er Mie Bertelsens erfaring.

”Selv små trusler kan være svære at feje af, når man ikke er så integreret i sit jeg: Hvis du ikke gør sådan, så kan vi ikke lide dig. Jamen, så bryder ens verden sammen, så er man ingenting,” siger hun.

”Der bliver antydnet mulige konsekvenser. Vi kommer gift i din kaffe. Eller: Det er farligt at være her, der er mange, der er ude efter dig. Hvis du giver mig 100 kr. om ugen, skal jeg nok sørge for, at der ikke kommer nogen

ind til dig om natten. Ren fiktion, men der skal ikke så meget til, hvis man er i en verden, hvor virkelighed og fiktion blander sig.”

Det lettede, da retspsykiatrisk afdeling indførte en regel om, at patienterne kun må have 200 kr. i kontanter ad gangen og resten på en patientkonto, som de kan hæve fra med personalets hjælp.

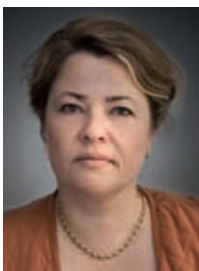
Men penge er kun en del af problemet. Mie Bertelsen har mange gange oplevet, at patienter, der ellers var inde i en god udvikling, blev dårlige igen, fordi de blev trukket med ind i et misbrug.

”Det har været den udløsende faktor de gange, hvor jeg har etableret en total lukning af afsnittet, fordi der blev misbrugt massivt. Det er som regel de svageste, der afslører, hvad der foregår, fordi vi spotter, hvor forpinte de er af at være i det pres.”

kbj@dsr.dk



Sygeplejerske Susanne Kok: ”Når vi visiterer et helt afsnit, bliver vi også politibetjente i patienternes øjne. Det skaber modvilje.”



Oversygeplejerske Isabel Gindeberg: ”Jo mere restriktive vi er blevet, jo mere opfindsomme blev patienterne.”

hvad der er svært, når man får tilbudt stoffer, og hvad vi som personale kan gøre for at hjælpe i den situation.”

Nu er det ikke sådan, at afdelingen konstant sejler i stoffer, tilføjer Susanne Kok.

”For øjeblikket har vi ikke de store problemer. Det kan selvfølgelig skyldes de patienter, vi har.

Men måske er der også noget, der er begyndt at flytte sig, selv om arbejdsgruppen først skal i gang nu. Der er faktisk patienter, der har taget op på vores ugentlige møder, at det er irriterende, når man får tilbudt stoffer.”

Isabel Gindeberg har den samme oplevelse af, at kursændringen ikke har ført til flere stoffer, sådan som man måske kunne frygte.

”Jeg spurgte en af vores overlæger, og hun sagde: Det er i hvert fald ikke blevet værre, det er heller ikke blevet mærkbart bedre, i værste fald er det det samme.

Så kan man sige, at både vi og patienterne har vundet noget. Vi kan aldrig komme stofferne fuldstændig til livs, medmindre vi lukker afdelingen totalt af. Men så er vi gået imod vores eget formål med behandlingen. Patienterne skal jo på et tidspunkt kunne begå sig uden for afdelingen.”

kbj@dsr.dk



En ufrivillig pause fra

Rettidig omhu. Total opmærksomhed, konsekvens og klare regler har fået stofmisbruget i afsnit R6, Sct. Hans Hospital under kontrol. Patienterne får en pause fra den stressende jagt på stoffer og er forhåbentlig blevet bedre til at styre deres misbrug, når de kommer ud.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: MORTEN NILSSON

Afdelingssygeplejerske *Mie Bertelsen* har ingen illusioner om, at patienterne i afsnit R6 er færdige med misbrug, når de engang forlader Sct. Hans Hospital.

Mange er overhovedet ikke motiverede for at lægge stofferne bag sig. Derfor skal det være så svært at få stoffer ind i R6, at selv de mest hårdkogte misbrugere går trætte. Men selv om man ikke er motiveret for at stoppe, er en periode uden stoffer alligevel et godt tilbud:

”Vi giver dem en chance for at prøve at være upåvirket i tre-fire måneder. Det er ikke sikkert, de kan huske, hvordan det er. Det er ikke engang sikkert, de nogensinde har prøvet at være stoffri og i medicinsk behandling for deres sygdom,” siger hun.

”Og patienterne udtrykker stor tilfreds-



Afdelingssygeplejerske Mie Bertelsen: ”En urinprøve er også patientens mulighed for at sige: Der tog du fejl Mie! Jeg er clean, og det skal stå i mine papirer.”

hed, når de flytter fra os. De har fået en rigtig pause. Det er så stressende at være i et aktivt misbrug og hele tiden skulle skaffe stoffer, at det er svært for andre at forstå.”

Retspsykiatriens hovedopgave er ikke at afvæne patienterne. De er dømt til psykiatrisk behandling eller anbringelse, fordi de både er meget syge og har begået alvorlige

forbrydelser som drab, brandstiftelse, voldtægt eller bare ren, gemen vold. Formålet med indlæggelsen er, at de kan forlade Sct. Hans Hospital velmedicinerede og i stand til at færdes i samfundet uden at være til fare for andre.

”Og de skal have en livskvalitet, som samfundet kan være bekendt,” siger Mie Bertelsen.

Det kan være en vanskelig balance, hvor mange kræfter man skal bruge på at arbejde med patienternes misbrugsproblem. Men da Mie Bertelsen blev afdelingssygeplejerske i november 2004, var hun i hvert fald fast besluttet på én ting. Stofferne skulle ud.

”Simpelthen. Med alt hvad de medfører af flere sygdomssymptomer, fikseringer, kon-

Vores patienter har

Alle odds imod. Patienterne i de lukkede retspsykiatriske afdelinger er ofte mordere, brandstiftere, volds- og voldtægtsforbrydere. Det er også mennesker, der kommer forpint af sygdom og udstødt af samfundet.

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Den psykisk syge, der begår en alvorlig forbrydelse, lider højst sandsynligt af skizofreni. Det er næsten altid en mand, og som hovedregel har han et misbrugsproblem.

Man kan også roligt gå ud fra, at han har haft en meget vanskelig start i livet. Den unge mand med en god familiebaggrund, der går hen og stikker en kniv i en tilfældig passager i S-toget, som han tror vil ham til livs – han findes, men han er en undtagelse.

”De her gutter er raslet ned gennem det so-

ciale system i ekspresfart,” siger *Mie Bertelsen* om patienterne i retspsykiatrien på Sct. Hans Hospital, hvor hun er afdelingssygeplejerske.

”Deres sygdomshistorie er tit sammenfaldende, det, der varierer, er deres kriminalitet.

De har en ikke- eller dårligt behandlet skizofreni og er debuteret i ungdomsårene, tit som 12-13-årige. Hvis de er debuteret endnu tidligere, har de haft et forløb ud og ind af børne- og ungdomsinstitutioner, og i 13-15-årsalderen debuterer de så med misbrug.

stofferne

flikter, afpresning, arbejdsskader, frustrationer og mangel på målrettet psykiatrisk sygepleje.”

Hold øje med hoveddøren

Et drastisk fald i antallet af bæltefikseringer, arbejdsskader og opsigelser fra personalet vidner i dag om en meget roligere hverdag i R6.

Og det er næsten et år siden, Mie Bertelsen har været nødt til at lukke af for normale frihedsrettigheder i to-tre uger. Noget hun måtte gribe til fem gange i løbet af de første par år, fordi der kom stoffer ind, og der blev misbrugt massivt.

I hele 2007 har der kun været kontakt med politiet om fundne stoffer én eller to gange. Mantraet er: Stofferne kommer ind ad hoveddøren, så det er den, man skal holde øje med.

”Alt, hvad der kommer ind ad fordøren, som vi ikke selv har haft med at gøre, skal visiteres. Mad, slik, gaver, alt,” siger Mie Bertelsen.

Bestemmelser om besøg, gennemsyn af gaver o.l. er skrevet ind i afsnittets husorden, men efter den nye psykiatrilov kræver det en konkret begrundet mistanke og en overlægelig ordination, før man kan visitere en patient mod hans vilje. Tilsvarende gælder for ransagninger af patienternes stuer og krav om urinprøver.

Men en frivillig aftale om visitering kan være det, der gør udslaget, når man overvejer, om patienten skal have udgang alene. Og det får patienterne at vide fra starten.

”Vi gør et stort nummer ud af, at ting er forudsigelige,” siger Mie Bertelsen.

”Vi gør også meget ud af at guide patienterne i, hvad der er muligt og ikke muligt her, hvad sanktionerne er, hvis man ikke overholder regler og aftaler, hvad vi forventer af udvikling osv.”

Kontrol vender to veje

Klare udmeldinger og konsekvent opfølgning på det, man ser. For personalets vigtigste redskab i kampen mod stofferne er deres kendskab til patienterne.

De kan se det på patienterne, når de har misbrugt. Lugten af hash er umiskendelig, patienternes sløvhed og tilbagetrækning ligeså. En overgearet patient på kokain eller amfetamin er heller ikke til at tage fejl af.

Alt, hvad der er usædvanligt, skal få personalets alarmklokker til at ringe. Hvorfor er det pludselig så utrolig vigtigt at låne lige præcis den videofilm på biblioteket? For at nævne en observation, der fik Mie Bertelsen til at skille videobåndet ad. Hun fandt også stoffet.

Urinprøver er først og fremmest dokumentation. De indgår i beslutningsgrundlaget, når afsnittet skal vurdere, om patienten er klar til nye frihedsgrader, eller en domstol på et tidspunkt skal tage stilling til, om en behandlingsdom eller anbringelse skal ophæves.

”Så kontrollen vender begge veje,” siger Mie Bertelsen. ”En urinprøve er også patientens mulighed for at sige: Der tog du fejl, Mie! Jeg er clean, og det skal stå i mine papirer.”

Fokus på hoveddøren, klare regler og konsekvent indgriben på enhver mistanke. Men lige så vigtigt er det at tilbyde patienterne et alternativ til misbruget.

”Vi gør meget i aktiviteter, motion, udflugter og andre tilbud, som kan give noget glæde i tilværelsen. En glæde, som ikke er stofafhængig,” siger Mie Bertelsen.

kbj@dsr.dk

haft et møgliv

Formodentlig som en form for selvmedicinering, eller også starter de med misbruget, og så kommer symptomerne væltende, stemmehøring, synshallucinationer osv.

De lever mere og mere et liv i udstødthed, falder ud af bolig, falder ud af uddannelse og arbejde, mister lejlighed, og de kommer ind i miljøer, hvor de måske ikke bliver rigtig kriminelle, for det magter de ikke.

Men de bliver håndlangere for kriminelle, lidt ud og ind af fængselsvæsenet. Indtil deres sygdomsudvikling på et tidspunkt kulminerer i en mere alvorlig form for kriminalitet. Fra mord af den mest bestialske karakter til slagsmål under et forsøg på at røve en tankstation.”

Sct. Hans Hospital rummer en femtedel af de retspsykiatriske patienter i det gamle HS-

område, de mest belastede. 25 pct. af dem er dømt til psykiatrisk behandling eller anbringelse efter drab, drabsforsøg eller vold med døden til følge. Andre er dømt for sædelighedsforbrydelser, brandstiftelse eller alvorlig vold. De er farlige, men de hører ikke til i den organiserede kriminalitet.

”De er underklasse i alle henseender, også i fængslerne,” siger Mie Bertelsen.

”Rigtig mange af vores patienter har haft et møgliv, og hvis de har haft pårørende, magter de pårørende ikke mere at have noget med dem at gøre.”

Egentlige psykopater er få, men personligheds- og adfærdsproblemer, der dukker op, når psykosen er under kontrol, er der en del af.

Så ved siden af den øvrige psykiatriske sygepleje, samtalerterapi, psykoedukation, mil-

jøterapi m.m., handler det også om at få lært fundamentale adfærdsnormer, tilføjer Mie Bertelsen.

”Helt ned på 1. klasse-planet: Nu taler den person, så venter du. Det er så grundlæggende ting, at vi som personale skal passe på, hvornår vi opfatter patienterne som konfliktsøgende. Man skal være åben for den mulighed, at de simpelthen ikke ved bedre.”

kbj@dsr.dk

Alvorlig advarsel. Det kunne have endt med mordforsøg, da fire stofpåvirkede patienter gik amok i Viborg. I stedet blev episoden et vendepunkt. Nu holder en ny politik og en kraftig opnormering stofferne ude.

En smadret dagligstue blev vendepunktet

AF KIRSTEN BJØRNSSON, JOURNALIST • FOTO: SØREN HOLM

Den 18. december 2004 raserede fire patienter dagligstuen i den lukkede retspsykiatriske afdeling i Viborg. En af dem var kommet beruset hjem fra weekend, de andre var påvirkede af amfetamin, uden at man nogen sinde fandt ud af, hvordan de havde fået fat i stoffet.

Da de blev overmandet af kampklædt politi fire timer senere, stod der kun ét helt stykke inventar tilbage, fjernsynet. At ingen blandt personalet kom til skade, skyldtes kun, at to modige kvindelige medarbejdere blev stående i døren til dagligstuen og spærrede vejen for patienterne, som ville ud og slås med det mandlige personale.

Vold var på det tidspunkt et tilbagevendende problem i afdelingen, og meget ofte opstod konflikterne i forbindelse med stofmisbrug. Men den 18. december 2004 blev et vendepunkt i afdelingens historie.

"Indtil da havde vi gjort ligesom alle andre retspsykiatriske afdelinger, almindelige akutte lukkede modtageafsnit og fængselsvæsenet," fortæller afdelingssygeplejerske *Poul Mortensen*.

"Vi konfiskerede stoffer og gav dem videre til politiet. Vi greb pårørende i at sende stoffer ind med posten. Vi lavede ransagninger og urinscreeninger, og det var bare ikke nok. Så skete det her, og der blev heldigvis ikke slået nogen ihjel. Men vi skulle tænke os grundigt om."

Episoden kom på forsiden af lokalavisen og i *Sygeplejersken*. Begge steder havde der også tidligere været artikler om voldsproblemerne i afdelingen. Nu lykkedes det omsider at få den opnormering, som afdelingen havde ønsket i lang tid.

"Og selv om vi syntes, det var et drastisk skridt, så besluttede vi, at patienterne på denne etage fremover kun måtte få udgang sammen med personalet. Vi skrev også ind i vores husorden, at mobiltelefoner var forbudt," siger Poul Mortensen.

Mobiltelefoner med kamera gav i forvejen problemer, når patienter blev fotograferet af andre, og en voldelig patient havde brugt sin telefon til at sms'e trusler ud til sin familie.

"Men patienterne brugte også mobiltelefoner som handelsvare," fortæller Poul Mortensen.

"Altså: Nu får jeg din Nokia, og så får du 10 gram hash af mig. De handlede med tale-tidskort, og de sendte sms'er, når de skulle bestille narko. Det tager to sekunder, og så kan du gå en tur op i byen bagefter og hente, hvad du har bestilt."

Omsider opnormeret

Siden 2004 har der ikke været stoffer i afdelingen ud over lidt hash en gang eller to. Der er kommet ro i afdelingen, og der bliver brugt mindre tvang.

"Vi prøver at sætte noget andet i stedet for misbruget, medicin, men også ro og en struktureret tilværelse," siger Poul Mortensen. Han erkender, at det kan lyde meget restriktivt med forbud mod mobiltelefoner og uledsaget udgang.

"Men sidste år lavede Amdsrådsforeningen en patienttilfredshedsundersøgelse i de 17 retspsykiatriske afdelinger, og vi fik en samlet førsteplads. Det tager vi også som patienternes accept af, at der bliver bremset op på narkoen. For ingen trivedes i det miljø, vi havde."



Afdelingssygeplejerske Poul Mortensen: "Der blev heldigvis ikke slået nogen ihjel. Men vi skulle tænke os grundigt om."



Sygeplejerske Mia Schnefeldt Sørensen: "Da vi kom i avisen, opdagede politikerne, at vi sad tre personaler og skulle passe 10 meget syge patienter."

Sygeplejerske *Mia Schnefeldt Sørensen* peger uden tøven på opnormeringen som den vigtigste årsag til det ændrede miljø.

"Da vi kom i avisen, opdagede politikerne pludselig, at vi sad tre personaler og skulle passe 10 meget syge patienter. Og at det er kriminelle sindssyge, som både har begået mord og voldtægt. Det duer jo ikke," siger hun.

Tre medarbejdere i dagvagt blev fordoblet til seks. Tre medarbejdere i aftenvagt er blevet til fire eller fem.

"Før var patienterne virkelig meget overladt til sig selv, og så kunne de gå og hidse hinanden op. Vi var heller ikke så gode til at få dem skilt, når f.eks. én kom påvirket tilbage efter udgang," siger Mia Sørensen.

"Nu har vi tid til at være til stede, og det kan patienterne mærke."

kbj@dsr.dk

Afhopperne

Tal fra Dansk Sygeplejeråd viser, at 8 pct. af alle sygeplejersker har forladt deres fag efter 10 år. *Sygeplejersken* bringer en serie interviews med sygeplejersker, der har gjort sig gældende i andre brancher.

Tidligere artikler i denne serie er bragt i nr. 18, 20 og 22. Med artiklen i dette nummer af *Sygeplejersken* er serien hermed afsluttet.

DET SKAL VÆRE SJOVT AT GÅ PÅ ARBEJDE

Fra pleje til piller. Markedschef Ole Stids-Jønsby sagde farvel til sygeplejen og gjorde karriere i medicinalindustrien. Han elskede kontakten med patienterne, men følte ikke, at der var tid nok til at tale med dem.



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: PER MORTEN ABRAHAMSEN

Tast lægemidlet Enbrel ind på søgemaskinen Google, og frem på skærmen popper historier om gigtplagede patienter, der fra den ene dag til den anden kan forlade kørestolen. Enbrel er et af de nye biologiske lægemidler, der har revolutioneret behandlingen af leddegigt. Enbrel er også en af grundene til, at den 40-årige markedschef og tidligere sygeplejerske *Ole Stids-Jønsby* er stolt af sit arbejde i medicinalindustrien.

”Når jeg ser mig selv i spejlet om morgenen, så er det ikke sådan, at jeg tænker: ”Nu skal jeg ud i medicinalindustrien og tjene en masse penge.”

Jeg har lyst til at gå på arbejde, fordi jeg er med til at gøre en forskel for en masse mennesker. Ligesom penicillin og mavesårsmedicinen har revolutioneret behandlingen, så betyder den nye biologiske medicin, at leddegigtpatienter får hæmmet betændelsesprocessen og mange gange kan fungere normalt,” siger Ole Stids-Jønsby. Siden 2004 har han været markedschef for den danske afdeling af medicinalfirmaet Wyeth – en amerikansk medicinalgigant med 50.000 ansatte over hele kloden.

Wyeths danske afdeling holder til i en anonym gul murstensbygning fra 70'erne i et industri kvarter i Glostrup. Atmosfæren er uformel. Det er fredag eftermiddag, og der grines og pjattes helt ud i receptionen, da en gruppe ansatte holder møde for åben dør.

Den uformelle stemning er en fordel, mener markedschefen: ”Det er ikke noget krav at det skal være sjovt at gå på arbejde men det gør det hele lidt nemmere. Der er en del ansvar og alvor i mit job, men det skal ikke blive for selvhøjtideligt. En god portion humor fremmer arbejds glæde og innovation.

Hovedparten af Wyeths 40 danske medarbejdere er sælgere og til-





”Hvor ville det bare være skønt, hvis arbejdsgiverne i det offentlige kunne sige: ”Nu giver jeg lige en sandwich eller en øl, fordi vi har fået tingene til at hænge sammen på trods af to langtids sygdommeldinger.””

» bringer en stor del af deres arbejdstid på landevejen. Markedschefen tager imod i et mødelokale med kaffekrus i hånden. Han er klædt i mørke bukser og sweater og taler stilfærdigt og jordnært. Det er 14 år siden, at Ole Stids-Jønsby forlod sit job som sygeplejerske på en travl hjertemedicinsk afdeling på Århus Amtssygehus og blev sælger i medicinalindustrien. Han startede som lægemiddelkonsulent for Glaxo, blev siden produktchef i bl.a. Pharmacia & Upjohn og Ferrosan. For fem år siden blev han salgschef i Wyeth, og i 2005 blev han forfremmet til markedschef med ledelsesansvar for 20 medarbejdere.

Krumtappen i karrieren har ikke været de lange forløb på skolebænken, men derimod praksiserfaringerne som salgskonsulent og sygeplejerske kombineret med en række salgskurser i Bruxelles, Wien og København samt en diplomuddannelse i medicinsk ledelse.

”Som sygeplejerske lærer du mange kompetencer, der kan bruges i et lederjob. F.eks. at planlægge og arbejde hen mod bestemte mål. Via min professionelle baggrund som sygeplejerske har jeg fået en god indsigt i det kvindelige univers, og det er også en stor fordel som leder i et firma, hvor der er mange kvinder ansat,” fortæller Ole Stids-Jønsby.

Omsorgen for akademisk

Det var ikke ”vildt gennemtænkt,” da Ole Stids-Jønsby i 1988 søgte ind på sygeplejerskolen i Århus.

Efter gymnasiet arbejdede han på et gerontopsykiatrisk plejehjem i Århus. Han elskede at pleje og passe gamle mennesker.

”Sygeplejerskerne på plejehjemmet havde prøvet rigtig mange forskellige ting. Jeg tænkte, at det kunne være en spændende uddannelse, der åbnede mange muligheder, når man ikke var helt fiks på, hvad man ville bruge sit liv til,” siger Ole Stids-Jønsby, som på det tidspunkt havde en forestilling om, at han skulle være plejehjemsleder.

I starten var de to mænd i klassen, men den ene holdt hurtigt op.

”Det generede mig ikke at være den eneste dreng i klassen. I begyndelsen tænkte jeg på uddannelsen som noget, der skulle overstås, så jeg kunne komme i gang med at arbejde. Men halvvejs inde i uddannelsen begyndte jeg at brænde for faget og omsorgen for patienter. Jeg blev sygeplejerske med hjertet,” fortæller Ole Stids-Jønsby.

Allerede dengang var han stærkt kritisk over for den stigende akademisering af omsorgen i sygeplejen.

”På Århus Amtssygehus hænger et motto: ”Stundom helbrede, ofte lindre, altid trøste.” For mig er sygeplejen et omsorgsfag, og jeg var skeptisk over for den teoretisering, der skete af omsorgen. På den måde var jeg en gammeldags sygeplejerske.”

Mange år senere besøgte Ole Stids-Jønsby et hospital, hvor han fik bekræftet sin fornemmelse af, at den basale omsorg for patienterne er blevet unødvendig teoretisk.

”Jeg mødte en vejleder for de sygeplejestuderende, som havde fået kritik af en censor i en eksamenssituation. En sygeplejeelev havde holdt en patient i hånden, og censor bemærkede, at vejlederen ikke havde spurgt eleven, hvad det var for en sygeplejeteori, der gjorde, at hun holdt patienten i hånden. Det er lige præcis essensen af den akademisering, der er sket af omsorgen. Jeg ved ikke, hvor mange patienter der er blevet lykkeligere af forskningen i omsorg. Hvis man bruger sin empati, så kommer man utrolig langt i sygeplejen.”

Ud til arbejdsløshed

Da Ole Stids-Jønsby blev færdig i 1991, var der stor arbejdsløshed i faget. I første omgang kun den dygtigste pige i klassen, der fik job.

Men det lykkedes Ole Stids-Jønsby at få ansættelse på det gerontopsykiatriske plejehjem, hvor han tidligere havde været ufaglært. Senere fik han vikaransættelse på en hjertemedicinsk afdeling på Århus Amtssygehus.

Sygeplejerskerne havde travlt, og patienterne lå ofte på gangen på grund af overbelægning.

Ole Stids-Jønsby kunne godt lide kontakten med patienterne, men følte, at han brugte for meget tid ved skrivebordet. Ofte gik han hjem med fornemmelsen af, at han havde spurtet ud og ind af stuerne uden ordentlig tid til at snakke med de syge.

”Jeg spurgte mig selv, om det nogensinde ville blive anderledes. Når jeg kiggede på mine kolleger, så var der mange 45-årige, som bare sad og brokkede sig,” fortæller Ole Stids-Jønsby og fortsætter:

”Så længe du har tid til at få den gode respons fra patienterne, så er det jo lidt lønnen i sig selv. Så lever man med, at man skal arbejde hver anden weekend, og at lønnen ikke er så høj. Når du så lige pludselig sidder inde på kontoret og ikke har tid til at få god kontakt med patienten, så får man ikke længere den positive tilbagemelding.”

Sygemeldt på grund af en kat

Ole Stids-Jønsby gjorde status og stillede tre muligheder op for fremtiden. Han kunne gå aktivt ind i fagpolitik og ændre tingene. Eller han kunne vælge at acceptere og holde kæft. Sidste mulighed var at søge helt væk.

”Jeg fandt frem til, at det ville være virkelig meget op ad bakke at tage kampen. Jeg ville gerne være leder, men ikke under de vilkår. Som afdelingssygeplejerske skulle du f.eks. motivere folk til at arbejde juleaften. Lige præcis juleaften burde systemet bare give den største julegave til politi, brandvæsen og syge-

»»» TRE KLAP

1. Det er et kæmpe privilegium, at patienterne betror deres liv til sygeplejersken. Sygeplejersker gør, hvad de kan, og jeg ved, de løber stærkt. Tak for indsatsen.
2. Jobbet er varieret, og uddannelsen giver mange muligheder.
3. Sygeplejersker er vant til at sætte mål og arbejde efter planer, og det er der brug for i f.eks. lederjob.

»»» TRE RAP

1. Find stoltheden over det at være sygeplejerske frem igen. Den sælger billetter til nutidens unge – det hjælper ikke at klynke.
2. Det har altid været pigedømmen at blive sygeplejerske. Hvorfor er det ikke sådan længere – og hvorfor skal vi til at hente sygeplejersker i Polen?
3. Politikerne bør vågne op og fortælle os, hvordan de vil løse det problem.

))) BLÅ BOG

Ole Stids-Jønsby er 40 år og markedschef i den danske afdeling af det amerikanske medicinalfirma Wyeth. Sygeplejerske ved Amtssygehuset i Århus fra 1991-1993.

Har siden arbejdet som medicinalkonsulent og salgschef i Glaxo A/S, Allergan, Pharmacia & Upjohn, Ferrosan A/S. Fra 2002 ansat i Wyeth, markedschef i Wyeth i 2005. Ud over sygeplejerskeuddannelsen har Ole Stids-Jønsby gennemført en diplomuddannelse i ledelse af medicinsk salg og marketing og en lang række kurser. Ole Stids-Jønsby er også formand for Salgs- og Markedsudvalget i Lægemedel Industri Foreningen (LIF).



”Jeg havde f.eks. en kollega, der var sygemeldt tre uger, fordi katten døde. Det er kun i det offentlige, at man kan komme af sted med at opføre sig sådan.”

plejersker, der er nødt til at være på job. Det holder ikke, at det offentlige er så karrige over for mennesker, der måske skal være væk fra familien hver anden jul. Og det at være leder i et sådant system er ikke særlig attraktivt, når man faktisk ikke har midler til at motivere medarbejderne,” siger Ole Stids-Jønsby.

Han følte det også demotiverende, at det ikke kunne betale sig at gøre en ekstra indsats.

”Jeg oplevede lidt, at det var ligegyldigt, om man var en topmotiveret, superdygtig sygeplejerske, eller om man var vrissen og inkompetent. Jeg havde f.eks. en kollega, der var sygemeldt tre uger, fordi hendes kat døde. Det er kun i det offentlige, at man kan komme af sted med at opføre sig sådan. Når man går på arbejde, skal man brænde for det, man gør. Men det gjorde ikke nogen forskel, om sygeplejersken var en ildsjæl og en god kollega, eller om hun var uengageret – i hvert fald ikke på lønsedlen.”

Efter to år som sygeplejerske uden udsigt til fast arbejde søgte Ole Stids-Jønsby job i et medicinalfirma.

Han kørte rundt i Jylland for at markedsføre astmamedicin for praktiserende læger:

”Jobbet som lægemiddelkonsulent er en spændende blanding af salg og information. Sygeplejersken har mange kvalifikationer, der kan bruges i salgsbranchen. Inden for salg er det første møde med kunden meget afgørende, og sådan er det også for sygeplejersken. Sygeplejersken skal i virkeligheden ”sælge” hver eneste dag. Man skal aftale en bestemt behandlingsplan med overlægen, man skal tale med patienten, der ikke vil have den nødvendige medicin.”

Anerkendelse er guld

Som lægemiddelkonsulent blev Ole Stids-Jønsby belønnet med bedre løn, julegaver og frynsegoder.


”Men jeg fandt lynhurtigt ud af, at f.eks. det med julegaver ikke var alfa og omega. Det, der betød noget, var, at det blev belønnet, hvis man havde gjort noget godt. Så tænker man, hvor ville det bare være skønt, hvis arbejdsgiverne i det offentlige kunne si-

ge: ”Nu giver jeg lige en sandwich eller en øl, fordi vi har fået tingene til at hænge sammen på trods af to langtidssygemeldinger.” Jeg oplevede, at der manglede en løbende påskønnelse af en god indsats i det offentlige. Det virker adfærdsregulerende, hvis det bliver påskønnet, når man gør noget godt.”

Ole Stids-Jønsby er i dag i en branche, hvor den enkelte medarbejders resultater og salgstal løbende bliver gjort op. Det er et system, der lægger op til konkurrence mellem de ansatte, og det ser han ikke noget problem i, så længe der er tale om ”sund” konkurrence. Men han føler sig stadig som sygeplejerske, og drivkraften i jobbet er, at han er med til at hjælpe syge mennesker.

”Sidste år var Wyeth f.eks. med til at lave en depressionskampagne sammen med Psykiatrifonden. Det er kun halvdelen af alle danskere, der rammes af depression, som får stillet diagnosen, og kun ca. halvdelen af dem, der får diagnosen, får behandling. Lige så vel som man kan få målt sit blodtryk, så kan man få målt risikoen for depression. Det gik vi ud og fortalte om. Det kan godt være, at slutmålet for mit firma er profit, men når vi er bedst, er vi også med til at formidle den nyeste viden om medicin, sygdom og forebyggelse.”

bs@dsr.dk



Mediebillede. I aviserne står der side op og side ned om, hvad sundhedsvæsenet ikke kan, selvom langt den største del af området fungerer godt. Vi har alle en forpligtelse til at tegne et mere nuanceret billede, mener Sundhedsstyrelsens nye direktør Jesper Fisker, som også stiller sygeplejerskerne flere specialuddannelser i udsigt.

HVIDE KITLER HAR BRUG FOR ET BEDRE IMAGE



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: SØREN SVENDSEN

»»» FAGLIGT FYRTÅRN

De har gejst, viden og deres meningers mod. De er faglige fyrtårne. *Sygeplejersken* interviewer personligheder, der sætter deres præg på det danske sundhedsvæsen.

Det er bare 15 år siden, at Islands Brygge i København var domineret af industri og tung forurening.

I dag er det gamle havneområde forvandlet til et mekka for fashionable kontorer med glasfacader og panoramavinduer. På øverste etage i den renoverede tidligere sojakagefabrik

har Sundhedsstyrelsens nye direktør, den 47-årige *Jesper Fisker*, sit kontor.

Han tager imod i et nøgent mødelokale i hjørnet af det åbne kontorlandskab. Udstrålingen er venlig og imødekommende. Analyserne af sundhedsvæsenets problemer er tilpas diplomatiske og forsigtige, som det sømmer sig for en topembedsmand.

Det er et halvt år siden, at Jesper Fisker som den første ikke-læge i historien blev ansvarlig for den øverste myndighed på sundhedsområdet. Han afløste tidligere medicinaldirektør *Jens Kristian Gøtrik*, der stoppede efter en voldsom mediestorm om sygehuses problemer med at overholde behandlingsgarantien for kræftpatienter.

Det er ikke første gang, Jesper Fisker har sat sig i en varm stol. I 2003 indtog han posten som sundhedsdirektør i det kriseramte københavnske sundhedsvæsen og fik det efter manges opfattelse på ret køl.

Flere sygeplejersker i styrelsen

I dag står den kommunalt erfarne Jesper Fisker med en stor udfordring. Sundhedsstyrelsen skal overvåge de nye sundhedsaftaler, som skal sikre en klar arbejdsdeling mellem kommuner og sygehuse. F.eks. når 80-årige fru Jensen skal udskrives efter et kompliceret medicinsk forløb.

Jesper Fisker selv afviser, at udnævnelsen af en cand.scient.pol. som leder af landets øver-



►►► BLÅ BOG

Jesper Fisker, 47 år

Gift med Eva – sammen har de tvillinger på to år og en tredje datter på fem år.

Cand.scient.pol. og ph.d. i offentlig forvaltning, Københavns Universitet.

1987-1993: Forsker, AKF (Anvendt Kommunal Forskning) og University of Technology, Sydney

1993-1995: Vicesocialchef, Rødovre Kommune

1995-2000: Socialdirektør, Brøndby Kommune

2000-2003: Kommunaldirektør, Hillerød Kommune

2003-2007: Sundhedsdirektør, Københavns Kommune

2007- : Direktør for Sundhedsstyrelsen.



ste sundhedsmyndighed er et udtryk for, at lægernes dominans i Sundhedsstyrelsen er på retur.

”Det er hele feltet af sundhedsfaglig ekspertise, der er repræsenteret i Sundhedsstyrelsen. Jeg opfatter ikke Sundhedsstyrelsen som et sted, der repræsenterer lægeinteresser. Men selvfølgelig spiller lægerne i kraft af deres faglighed en vigtig rolle,” lyder det fra Jesper Fisker. I dag er der godt 10 sygeplejersker på lønningslisten i Sundhedsstyrelsen. Direktøren spår, at flere vil komme til i takt med, at et stigende antal sygeplejersker videreuddanner sig.

Forebyggelse mod social ulighed

En styrkelse af forebyggelsen er ifølge Jesper Fisker en af de helt store udfordringer for Sundhedsstyrelsen.

”Der er nogle, der har kaldt Sundhedsstyrelsen en behandlingsstyrelse. Det synes jeg ikke er rigtigt. Vi skal gå på to ben. Vi skal styrke den gode behandling, men vi skal også styrke den gode forebyggelse,” siger Jesper Fisker og henviser til kræftområdet.

Her er behandlingsresultaterne i Danmark ikke så gode som i f.eks. Sverige. Samtidig halter forebyggelsen. Der opstår flere kræfttilfælde i Danmark end i andre europæiske lande.

Og så er der hele spørgsmålet om den sociale ulighed i sundhed, der f.eks. betyder, at ufaglærte danskere i gennemsnit dør seks år tidligere end de veluddannede.

”På det økonomiske område har Danmark en lighed, som er meget høj i international sammenligning. Men vi har ikke været gode nok til at omveksle økonomisk lighed til sundhedsmæssig lighed. Det er ikke nemt at ændre den sociale ulighed i sundhed, fordi den hænger sammen med menneskers grundlæggende livsvilkår.”

”Men jeg tror stadig, at vi kan gøre meget. Kommunerne har overtaget nye opgaver omkring forebyggelse i forbindelse med kommunalreformen. De er tæt på borgerne og kan arbejde med kost, alkohol og motion, som betyder en hel masse,” siger Jesper Fisker, der mener, at sygeplejersker spiller en central rolle i de nye kommuners sundhedscentre og i indsatsen for de kroniske patienter.

De accelererede patientforløb, der medfører, at et stigende antal patienter udskrives til kommunal pleje efter få døgn i hospitalssengen, er en anden udfordring. *Sygeplejersken* kunne for nylig fortælle, at antallet af akutindlagte ældre patienter er steget med 89 pct. de seneste 10 år, bl.a. fordi samarbejdet mellem hospital og hjemmepleje ikke fungerer godt nok.

”Et af de store problemer i sundhedsvæsenet er overgangen mellem sektorerne. Det har vi aldrig været gode til at håndtere. Vi ved så meget, men vi er dårlige til at omsætte vores viden i praksis. Som *Erik Juhl* (tidligere direktør for Hovedstadens Sygehusfællesskab red.) siger, så har vi i Danmark et generelt problem med en såkaldt knowing-doing-gap. Men jeg tror, de sundhedsaftaler, der nu indgås med kommunerne, kan forbedre forholdene. Jeg håber, at de gode eksempler efterhånden vil sprede sig,” siger Jesper Fisker, der dog ikke vil sætte navn på de kommuner, der gør det særlig godt.

Flere specialister

Ifølge Dansk Sygeplejeråd mangler der 1.500 sygeplejersker, og spørgsmålet er, hvor personalet skal komme fra.

”Det er vigtigt at fastholde flere på sygeplejerskeuddannelsen, at få flere deltidsansatte sygeplejersker ind i fuldtidsstillinger og sørge for, at færre forlader faget,” siger Jesper Fisker

og understreger, at han ikke har nogen enkel løsning på sygeplejerskemanglen.

”Jeg tror også, at hver enkelt arbejdsplads skal tage fat på, hvad der gør et arbejde vigtigt i dagligdagen. Det handler f.eks. om at have et arbejde, hvor det, at jeg er der, af mig selv opleves som noget vigtigt. Og så tror jeg også, vi skal give arbejdet i sundhedssektoren noget mere prestige, siger Jesper Fisker og fortsætter:

”Langt størstedelen af sundhedsvæsenet fungerer godt. Men indimellem når man åbner aviserne, så står der side op og side ned om det, sundhedsvæsenet ikke kan. Jeg siger ikke, at vi skal tegne et urealistisk rosenrødt billede af forholdene. Men vi har en fælles forpligtelse til at tegne et mere mangefacetteret billede.”

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at lægemanglen afhjælpes ved, at sygeplejersker får mere ansvar. F.eks. ved at give sygeplejersker ordinationsret, som de har det i England. Hvad mener du om det forslag?

”Ordinationsretten er lovbunden og jeg er ikke bekendt med, at der er planer om at ændre på den. Når det gælder specialuddannelser for sygeplejersker vil der de fire, der findes i dag, komme flere til i løbet af de næste fem år. F.eks. skal Sundhedsstyrelsens Råd for Sygeplejerskers Special- og Videreuddannelse drøfte, om der skal iværksættes et arbejde til en specialuddannelse for akutsygeplejersker. Man kunne også pege på andre muligheder såsom en specialuddannelse inden for geriatri. Men jeg tror fortsat, at hovedparten af fremtidens sygeplejersker vil være generalister.”

bso@dsr.dk

”Vi har ikke været gode nok til at omveksle økonomisk lighed til sundhedsmæssig lighed.”



Navne på tillidsposter. Dansk Sygeplejeråds nye struktur er en realitet og de fem nye kredsbestyrelser valgt. Her bringes navne på kredsformænd, kreds næstformænd og bestyrelsesmedlemmer.

DE NYE KREDSBESTYRELSE

Valgt i Kreds Hovedstaden

Kredsformand Vibeke Westh
Kreds næstformand Michael Juhl (valgkreds 1)
Kreds næstformand Kristina Robins (valgkreds 1)
Kreds næstformand Vibeke Schaltz (valgkreds 2)
Kreds næstformand Lisbeth Torp Kastrop (valgkreds 3)
Kreds næstformand Elisabeth Wichmann (valgkreds 4).

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 1

Ken Curt Strøm Andersen, Signe Hagel Andersen, Martin Carlson, Özlem Sara Cekic, Yvonne Mathilda Dilling, Pia Illum, Lene Eering Jepsen, Louise Ipsen Kure, Jacob Vagner Søjberg Madsen, Guglielmo Leif Nielsen, Tina Charlotte Petersen, Marianne Rasch, Bente Susanne Rasmussen, Lonnie Rasmussen, Stine Reunert, Jørn Nørby Thomasen, Charlotte Kistrup Vallys, Gitte Wandschneider.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 2

Henrik Berg, Ole Bjørke, Rikke Annette Bondorff, Troels Ulrik Carstensen, Susanne Eriksen, Marianne Elisabeth Halkjær, Ann Marie Schnell Hasle, Karen Johansen, Jytte Byriel Kronborg, Betina Køster, Tine Jæger Pedersen, Tina Jeanette Strand Petersen, Susan Møller Reinholdt, Ståle Birkeland Skaar, Jette Skalka, Helle Ørngreen.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 3

Inge Cortsen, Lars Bøgelund Elbrandt, Mette Sofie Haulrich, Nanna Margrethe Kjær, Charlotte Lin Witzel Sørensen, Gyde Uldall, Eva Falk Winther.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 4

Linda Marie Mortensen.

Valgt i Kreds Sjælland

Kredsformand Helle Roland Dirksen
Kreds næstformand Nils Håkansson
Kreds næstformand Helle Vivian Kehlet
Kreds næstformand Ulla Nielsen-Gotsæd.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 1

Hanne Bay Andersen, Susann Carlsen, Mona Maria Úr Fugloy, Mona Fredborg Madsen, Pernille Würtz Madsen.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 2

Bjarne Andersen, Irene Glyholt, Bodil Jorunn Golmen, Birgit Lind Pedersen, Kirsten Rask, Anja Skov Refsgaard, Lene Trier.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 3

Grith Elisabeth Brygger, Lotte Friis, Jeanette Hansen, Mary-Ann Hansen, Lars Frandsen Kloster, Beate Ahm Petersen.

Valgt i Kreds Syddanmark

Kredsformand Anni Pilgaard
1.-kreds næstformand Linda Ann Rise
2.-kreds næstformand John Christiansen
Kreds næstformand Jytte Kristensen
Kreds næstformand Anne-Dorthe L. Borum Jeppesen (valgt ved konstituering).

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 1

Lenna Maegaard Petersen, Tove Holm, Dorte Schach Jakobsen, Anette Kjærsgaard, Marianne Borggreen Krämer, Gitte Solgård Larsen, Helle Marie Mogensen, Anne Britta Nielsen, Kirsten Elmholdt Nikolajsen, Morten Hartvig Petersen, Anja Skovgaard Sørensen, Line Gessø Storm Hansen.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 2

Lisbeth Hammer Andersen, Jette Hagelskjær Benn, Bente Smith Bonde, Gerda Strange Frederiksen, Povl Mark Fugmann, Kirsten Hesselund Jensen, Kirsten Brink Taps Jensen, Birthe Gyldenhof Sneum.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 3

Kaj Ove Larsen, Anne Lindbjerg Rasmussen, Dorte Ruge, Malene Sørensen, Gitte Würtz.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 4

Hanne Nissen Hugod, Boe Rask Jensen, Anne-Dorthe L. Borum Jeppesen, Ina Kristensen, Helle Mehlsen, Ena Hounsgaard Pedersen.

Valgt i Kreds Midtjylland

Kredsformand Else Kayser
1.-kreds næstformand Gert Petersen
2.-kreds næstformand Bente Alkær sig Rasmussen
Kreds næstformand Ane Gleeurup
Kreds næstformand Birgitte Krusell.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 1

Marianne Bjørn, Annette Askjær Dam, Alma Katrine Jensen, Birgit Oien Schmidt.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 2

Helle Balling Engelsen, Sussie Albrechtsen Hald, Helle Susanne Bitsch Laursen, Jan Otkjær.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 3

Anette Karen-Marie Bomholt, Søren Bæk, Trine Nørgaard Jomaa.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 4

Ronnie Siegumfeldt Andersen, Dorthe Sølvkær Andersen, Lonnie Heddy Basnett, Susanne Eske Christensen, Pirkko J. Pauku Dinnesen, Tove Ebbesen, Lone Glintborg, Jacob Preben Gøtzsche, Karen Marie Grosbøll, Susanne Lindberg Jensen, Marianne Nørgaard Johansen, Line Gadegård Knudsen, Rekha Simoni Kotyza, Henrik Ørskov Larsen, Anja Toftbjerglund Laursen, Hanne Holst Long, Kirsten Blaabjerg Pedersen, Lene Holberg Rasmussen, Marianne Renberg, Lisbeth Reuss-Schmidt, Birthe Ulsted Sørensen, Leon Sørensen, Charlotte Thaarup, Marianne Würtz.

Valgt i Kreds Nordjylland

Kredsformand Jytte Wester

Kredsnæstformand Lene Holmberg Jensen

Kredsnæstformand Helle Kjærager Kanstrup.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 1

Lone Degn, Helle Frøslev Hjortshøj, Pia Kirstine Lauersen, Ida Pedersen, Lone Normann Petersen, Maren-Lis Østergaard Styrbæk, Bente Stenstrøm Vogt.

Valgt til bestyrelsen i valgkreds 2

Bente Bendsen, Pia Breiner, Pia Baade, Yvonne Elisabeth Erichsen, Kirsten Højslet, Elin Aggerholm Jensen, Lisbeth Dela Myrup, Bente Pedersen, Lene Stolberg Porup, Edel Nygaard Rüz.

))) DEN NY HOVEDBESTYRELSE

15 afløser 19. De fem nye kredsbestyrelser har konstitueret sig efter valget, og dermed er der navne på alle medlemmer af DSRs nye hovedbestyrelse.

- Formand: Connie Kruckow
- 1.-næstformand: Grete Christensen
- 2.-næstformand: Dorte Steenberg
- Formand for SLS: Kirsten Salling Rasmussen
- Formand for Lederforeningen: Irene Hesselberg.

Kredsformænd

- Vibeke Westh, Kreds Hovedstaden
- Helle Dirksen, Kreds Sjælland
- Anni Pilgaard, Kreds Syddanmark
- Else Kayser, Kreds Midtjylland
- Jytte Wester, Kreds Nordjylland.

1.-kredsnæstformænd

- Vibeke Schaltz, Kreds Hovedstaden
- Nils Håkansson, Kreds Sjælland
- Linda Ann Rise, Kreds Syddanmark
- Gert Petersen, Kreds Midtjylland
- Helle Kjærager Kanstrup, Kreds Nordjylland.



Dansk Sygeplejeråds Sygeplejefagdag 2008

Tirsdag den 22. januar 2008 afholder Dansk Sygeplejeråd 'Sygeplejefagdag 2008' i Odense Congress Center. Dagen byder bl.a. på tre hovedtalere og fire parallelsessioner.

Hovedtalere:

- Kim Manley, Head of Practice Development, Royal College of Nursing, England
- Lars Løkke Rasmussen, Indenrigs- og sundhedsminister
- Connie Kruckow, Dansk Sygeplejeråds formand

De fire parallelsessioner:

- Fra utopier og idealer til kvalificeret situationsbestemt klinisk praksis og uddannelse
Susan Rydahl Hansen, forskningsleder, cand.cur., ph.d., Bispebjerg Hospital
- Modsætningen mellem management og ledelse i offentligt regi – kan de leve uden hinanden?
Ole Fogh Kirkeby, professor, dr.phil., Copenhagen Business School
- Tavs uvidenhed, professionsblindhed og refleksion
Steen Wackerhausen, professor, mag.art. Aarhus Universitet
- Faggrænser – udfordringer og muligheder
Rasmus Antoft, adjunkt, ph.d., Aalborg Universitet

Eftermiddagen byder på paneldebat, hvor overskriften er 'Arbejdsdeling i sundhedsvæsenet – hvem skal lave hvad i fremtiden?'. Ydermere er der posterudstilling og overrækkelse af Firkløverprisen.

På DSRs hjemmeside kan du se det fulde program og en oversigt over de forskellige workshops.

Frist for tilmelding er 10. december 2007.

Klik ind på www.dsr.dk/fagdag

Pris

Medlemmer af Dansk Sygeplejeråd	kr. 600,00
Sygeplejestuderende, medlem af SLS	kr. 250,00
Ikke-medlemmer	kr. 1200,00



Klar til konflikt

Sygeplejerskerne har ét altoverskyggende krav til overenskomstforhandlingerne: Markante lønforbedringer. Og vi er klar til at sætte den størst mulige styrke bag kravet: Konflikt.

Jeg går selvfølgelig behårdt efter et resultat ved forhandlingsbordet. Men hvis arbejdsgiverne ikke vil være med til at give sygeplejerskerne – og vores forhandlingsparter i Sundhedskartellet – markante lønforbedringer, er vi klar til at trække strejkevåbenet.

Arbejdsgiverne kan godt forberede sig på, at denne gang bliver det ikke, som det plejer. Tidligere har Dansk Sygeplejeråd udtaget omkring 10 pct. af medlemmerne til konflikt. Men denne gang skruer vi op for styrken. Mottoet er "alle mand af huse." Eller mere præcist "alle kvinder af huse." Sagt med andre ord:

Hvis vi skal i konflikt, bliver den meget stor og meget omfattende. Praktisk taget alle de sygeplejersker, der arbejder i regioner og kommuner, og som ikke skal opretholde nødberevskabet, skal i konflikt.

Beskeden til arbejdsgiverne er klar: Vi mener det helt alvorligt, når vi kræver markante lønforbedringer. Vi vil ikke finde os i, at vi kun tjener 73 kr., hver gang en privatansat med samme uddannelseslængde – f.eks. en journalist – tjener 100 kr. Vi vil have ligeløn.

En omfattende konflikt bliver en kæmpe opgave for tillidsrepræsentanterne, og Dansk Sygeplejeråd gør alt, hvad vi kan, for at ruste jer. Som menigt medlem skal du også være klar. For at blive holdt økonomisk skadefri i en eventuel konflikt skal du være aktivt medlem senest den 1. januar 2008, og du skal være registreret korrekt hos os. Hvis du er i tvivl, skal du hurtigst muligt kontakte din lokale kreds.

I virkeligheden sender vi også et helt klart signal til politikerne i Folketinget:

I dag eksisterer der en markant uligeløn. Offentligt ansatte med en mellemlang videregående uddannelse – typisk kvinder – halter lønmæssigt 27 pct. efter privatansatte – typisk mænd – med samme uddannelseslængde. Det er et samfundsproblem. Derfor er det nødvendigt, at Folketinget træder til. Vi kan ikke løse uligelønsproblemet alene ved forhandlingsbordet.

Konkret skal Folketinget gøre to ting: Afsætte en ekstra pulje til de kommende overenskomstforhandlinger. Nedsætte en ligelønskommission, der kan bane vej for en ligelønsreform.

Sygeplejerskernes budskab til arbejdsgivere og politikere er klart:

Hvis I vil have et sundhedsvæsen i verdensklasse, skal det være attraktivt for unge at læse til sygeplejerske og for erfarne sygeplejersker at blive i faget. Derfor er det nødvendigt, at I påtager jer et medansvar for, at sygeplejerskerne får markante lønforbedringer. Vi er parat til at kæmpe for ligeløn.

"Arbejdsgiverne kan godt forberede sig på, at denne gang bliver det ikke, som det plejer."



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Reklame eller nytteværdi?

"Den redaktionelle reklame for private coachingfirmaer i *Sygeplejersken* går for vidt." Sådan skriver en læser, *Irene Schach*, i en henvendelse til læsernes redaktør.

Hun kritiserer artikler i *Sygeplejersken* nr. 19 og 21. I en journalistisk artikel i nr. 19 er nogle af de bærende kilder udbydere af coaching med kommerciel interesse i området. I Fag-sektionen i samme nummer skriver to ansatte i firmaet Attractor A/S (der arbejder med coaching) en faglig – og positiv – artikel om værdien af coaching: "Kollegial coaching – fra venindesnak til faglig udvikling." Og i nr. 21 fortæller tre sygeplejersker om deres – positive – erfaringer med henholdsvis coaching, karriererådgivning og hjælp fra venner. De involverede rådgivningsfirmaer stillede deres ydelser – til en værdi af adskillige tusinde kroner – gratis til rådighed for *Sygeplejersken*.

Irene Schach kalder det "en uheldig linje."

"Jeg synes ikke, at der er tale om kritisk journalistik, som er et fagblad værdigt, men om kritikløs brug af "nemme kilder" og deraf følgende redaktionel reklame."

Chefredaktør *Sigurd Nissen-Petersen* afviser kritikken. Han forklarer, at en del af *Sygeplejerskens* koncept er, "at stoffet skal være handlingsanvisende og have nytteværdi," og kalder artiklen i Fag-sektionen "afbalanceret og seriøs."

"Vi vurderer, om den faglige artikel bidrager med noget, som andre kan have gavn af, og om artiklen befinder sig på et vist fagligt niveau. At forfatteren er kommercielt ansat, miskrediterer ikke i sig selv vedkommende. Vi stiller ikke krav om, at skribenterne har en uafhængig forsknings-tilknytning."

Hvad hvis det, der skal sælges, ikke er coaching, men f.eks. en pille? Kan medicinalfirmaer markedsføre deres produkter på Sygeplejerskens faglige sider?

"Det afhænger helt af den konkrete situation, men som udgangspunkt bringer vi jo ikke tekstreklame som artikler. Hvis det var en medicinalkonsulent fra GlaxoSmith-Kline, der skrev om et eller andet produkts fortræffelige virkninger, så ville vi være kritiske."

Sigurd Nissen-Petersen lægger vægt på, at aftalen om rådgivningsfirmaernes gratis ydelser i forbindelse med artiklerne i nr. 21 er kommet i stand på *Sygeplejerskens* initiativ, og at redaktionen har opstillet kriterierne og rammerne for samarbejdet.

Tror du ikke, at firmaerne går ind i det, fordi de regner med positiv omtale?

"Jo. Men hvis man skulle sige nej med den begrundelse, kunne man aldrig tale med nogen firmaer. Hvis det er skjult reklame, kan man aldrig ringe til f.eks. banker, når man skriver om den finansielle sektor."

Umiddelbart er det svært at sætte fingeren et præcist sted i de journalistiske artikler og påpege manglende coaching-kritiske kilder til at afbalancere de coaching-positive.

Handlen med de rådgivningsfirmaer, der stiller relativt dyre ydelser gratis til rådighed for *Sygeplejersken*, er gennemskuelig (priserne er opgivet), og firmaernes interesser er åbenbare, så her kan læserne selv tage stilling. Fair nok.

Hvad angår artiklen i *Sygeplejerskens* Fag-sektion, er der ganske vist tydeligt skiltet med, at forfatterne repræsenterer et bestemt firma. Men spørgsmålet er, om det er nok, når artiklens redaktionelle kontekst og form – med litteraturhenvisninger, *English abstract* og det hele – signalerer videnskabelighed, forskning og seriøsitet og dermed måske slører vores ellers vagtsomme blik for skjult reklame. Det frygter i hvert fald læsernes redaktør.

"Men spørgsmålet er, om det er nok, når artiklens redaktionelle kontekst og form signalerer videnskabelighed, forskning og seriøsitet og dermed måske slører vores ellers vagtsomme blik for skjult reklame."

RING ELLER SKRIV TIL LÆSERNES REDAKTØR:

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



Niels Rohleder

Niels Rohleder

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

Fleksjob søges

Af Maibritt Kronborg Larsen, sygeplejerske



Hvor finder man et fleksjob?

Jeg er 40 år, dygtig, loyal, samarbejdsvillig og brænder for mit fag, kunne bestemt ikke tænke mig at være andet end sygeplejerske.

Men jeg kan bare ikke finde et job – sjovt nok, for vi ved jo, at der er mangel på sygeplejersker.

Bare ikke lige dem, der skal have et fleksjob.

Jeg kan desværre ikke arbejde mere end 15 timer/uge, og tunge forflytninger er udelukket, men når jeg er på arbejde, er der, bortset fra det nævnte, ikke forskel på mig og mine kollegaer.

Jeg er ikke syg i tide og utide, men kan selvfølgelig lægge mig med en influenza som alle andre.

Men jeg føler mig alligevel stemplet som ustabil og svagelig, det er bare ikke rimeligt.

Jeg vil ønske, at DSR vil tage emnet op og fremme kontakten samt bidrage med oplysning til arbejdsgiverne.

Jeg vil ønske, der vil blive sat fokus på de ressourcer og muligheder, der er ved at ansætte en person i fleksjob.

Jeg vil ønske, at der næste gang, jeg kigger i jobannoncerne i vores fagblad, vil være en annonce, der søger en sygeplejerske til et fleksjob.

Jeg vil ønske, at jeg havde et job.

Maibritt Kronborg Larsen er passivt medlem i Vejle amtskreds.

Svar

Af Grete Christensen, 1.-næstformand

Kære Maibritt Kronborg Larsen!

I Dansk Sygeplejeråd er vi meget opmærksomme på, at der er mangel på fleksjob. Vi får mange henvendelser fra medlemmer, der ligesom dig har nedsat arbejdsevne, men stadig gerne vil være en del af arbejdsmarkedet.

Derfor sætter vores lokale kredse fokus på området, dels ved at forsøge at fastholde medlemmer med nedsat erhvervsevne i ordinær beskæftigelse eller få aftalt en overgang til et fleksjob. Det indgår som en integreret del af sagsbehandlingen i Dansk Sygeplejeråd.

Du og andre sygeplejersker med nedsat arbejdsevne har masser af ressourcer, som kan og skal bruges i sundhedsvæsenet. Derfor rejser vi også jævnligt problemet med for få fleksjob over for myndigheder og arbejdsgivere. Jeg synes også, det er helt oplagt, at du f.eks. skriver et læserbrev til aviserne, hvor du gør opmærksom på, at arbejdsgiverne ikke gør nok for at skaffe fleksjob.

På baggrund af din henvendelse har jeg været i kontakt med Dansk Sygeplejeråd i Kreds Syddanmark, og kredsens faglige sekretærer vil gerne i dialog med dig omkring dine muligheder på arbejdsmarkedet. Jeg vil derfor opfordre dig til at tage kontakt til dit lokale kredskontor, der ligger i Vejle.

Kedsomhed som årsag til sladder

Af Elisabeth Hansen, sygeplejerske

Kommentar til temaet sladder i Sygeplejersken nr. 23/2007.



Hvorfor sladder vi?

I *Sygeplejersken* nr. 23/2007 bringes artikler om sladder. Det får mig øjeblikkeligt til at huske de talrige tomgangsojeblikke på sygeplejerskers arbejdspladser, hvor sladderens foldede sig ud.

Den ansatte kedede sig. Det faglige var ikke italesat. Det tilgængelige sprog var det moralske. Ledelsen viste sig af og til i A4-ark, hvis indhold gruppen forventedes at tilegne sig. Det tilsendte blev optaget i gruppen afhængigt af, hvordan den for tiden uformelle leder så på indholdet.

Den ansatte gik i tomgang af en anden grund. Der var ingen hjælp at hente til de talrige og alvorlige arbejdsituationer, hverdagen bestod af. Horisonten på arbejdspladsen rummede ikke det komplekse arbejdsfelt og den aktuelle hverdag. Den store viden, den enkelte havde fra sit arbejde, kunne ikke komme i spil i arbejdsgrupper, der var overladt til sig selv – i grupper, der søgte at overleve uden tilstrækkelig stimulering og tilførsel af viden.

Ja, der blev sladret. Det var klisteret, og ve den der ikke magtede den disciplin.

Det er godt, at sladder er sat på dagsordenen med dette nummer af *Sygeplejersken*.

Der eksisterer en kløft mellem den store kompetence, den ansatte er i besiddelse af for at mestre dagligdagens omfattende og vanskelige opgaver, og det rum, der gives i arbejdsgruppen for at omsætte og bruge denne erfaring.

Det var ubærligt kedeligt at være i grupper af den art, når man var fyldt med arbejdets input.

Folk kedede sig i dette begrænsede rum for spontanitet.

Det faglige i den selvstyrende gruppe var udtyndet, medens den regulerede adfærd fra det gamle hospitalshierarki hængte ved.

I sådan et miljø mistrives mennesker. I sådan et miljø trives sladder.

Elisabeth Hansen er pensioneret primærsygeplejerske.

Svar på Testen side 51

- 1:a. P-værdi er et statistisk mål for sandsynligheden af, at resultaterne i en undersøgelse kunne være opstået tilfældigt. Almindeligvis anses en p-værdi på 0,05 (5 pct.) eller derunder som statistisk signifikant.
- 2:a. Bias er fejl eller afvigelse i resultater eller konklusioner pga. faktorer i forskningsdesignet.
- 3:b. Blinding bruges til at skjule, på hvilken måde deltagere i en undersøgelse fordeles på i forskellige grupper. Der eksisterer enkelt-blinding, dobbelt-blinding og tredobbelt blinding.
- 4:a. Begrebet er opstået fra Hawthorne-studierne udført på General Electrics fabrikker i Hawthorne i USA i 1927-1932. Resultaterne viste, at alene iagttagelse af et individ ændrer hans adfærd ganske betydeligt.
- 5:b. En Chi2-test bruges til at vurdere den statistiske signifikans af et givet resultat.

Kilde: Nordisk Campbell Center. SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd, www.sfi.dk > ordliste

.....

"Der er uhyggelige forskelle på behandlingsresultaterne på kræft-området. Tag f.eks. blærecancer, hvor patienterne på et sygehus har 66 pct.s chance for at overleve det femte år efter en behandling, mens patienterne fra andre sygehuse kun har 49 pct.s chance."

.....



Flere sygeplejersker på tv, tak

Af Minna Madsen, sygeplejerske

U Nu har de gjort det igen: Politiet er kommet i medierne. Gennem de seneste år har tv lagt sendeflade til Rejseholdet, Ørnen, Forbrydelsen, Anna Pihl og mange faktuelle udsendelser om politiets arbejde og uddannelse (senest den 23. oktober). De får uendelig meget sympati i befolkningen for dette. Gad vide, hvordan de bærer sig ad med den intensive "markedsføring"? Det er næppe tilfældigt. Mon de har topprofessionelle lobbyister på fremtrædende pladser?

Jeg kan ikke lade være med at tænke den ufeministiske tanke: Er det, fordi politiet er et udpræget maskulint fag?

Det vil klæde DSR at kopiere bare noget af deres mediepromovering og sælge budskabet om sygeplejerskers arbejde og vilkår. Hvis I ikke kender det, er jeg sikker på, der er mange TR'er og menige medlemmer, som gerne investerer en dag i at opdatere jer.

Minna Madsen er hjemmesygeplejerske i Middelfart Kommune.

Behandling omtales ikke

Af Sussi Caroline Hansen, sygeplejersker

Kommentar til debatindlægget "Manglende hjælp ikke omtalt" i Sygeplejersken nr. 21/2007.

U Sygeplejersken nr. 21/2007 bringer en reaktion på anmeldelse af "Kalak" i Sygeplejersken nr. 19/2007.

Til læserbrevet har jeg følgende kommentar:

Bogen "Kalak" er hverken en fagbog eller en lærebog, hvilket er årsagen til, at Kim Leines misbrugsproblemer og behandling af samme ikke omtales i anmeldelsen.

Om bogens hovedbudskab er misbrugsproblemer, kan diskuteres. Forfatteren forholder sig ikke til den side af sagen, der hedder behandling.

Hjælpen til Kim Leine er alene en sag mellem Sundhedsdirektoratet og Landslægen i Grønland, Kim Leines arbejdsgiver på daværende tidspunkt.

Sussi Caroline Hansen er pensioneret sygeplejerske og har anmeldt bogen "Kalak" i Sygeplejersken nr. 19/2007.

Handleplan undervejs

Af Inge Kromann Hansen, ass. sygeplejefaglig leder

Kommentar til debatindlægget "Specialistsygeplejersker nedprioriteres i Lolland Kommune" i Sygeplejersken nr. 21/2007.

U Ældresektoren i Lolland Kommune, der er den kommunale leverandør af personlig og praktisk hjælp, sygepleje, aktivtets- og terapeutiske ydelser, har følgende kommentar til Lene Jespersens indlæg "Specialistsygeplejersker nedprioriteres i Lolland Kommune."

Det skal nævnes, at Ældresektoren og Myndighedssektoren er to adskilte sektorer, da Lolland Kommune anvender BUM som styringsmodel.

Der er såvel i sygeplejeteam som i terapeutteam henholdsvis sygeplejersker og terapeuter med specialuddannelser.

Der er et arbejde i gang vedrørende, hvor mange og hvilke specialister der skal være i organisationen, samt hvordan deres funktion skal være, så der kan udarbejdes en handlingsplan i forhold til efter- og videreuddannelse.

Der arbejdes tværfagligt omkring indsatsen over for den enkelte borger, således at relevante specialistkompetencer inddrages.

Ud over de direkte borgerrelaterede opgaver har sygeplejersker og terapeuter konsulentopgaver i forhold til social- og sundheds-team.

Inge Kromann Hansen er decentral leder i Ældreområdet Øst, Lolland Kommune.



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

Silentia, Postboks 63, 6330 Padborg
Tel. 7367 2011 • Fax. 7367 2012
E-mail: info@silentia.se • www.silentia.dk



]]] HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk

Denne uges spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:


Giver din arbejdsgiver julegaver til medarbejderne?

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 22/2007:

Er det en god idé at udbedre dansk sygeplejerskemangel ved at importere sygeplejersker?

Svar	antal	pct.
Ja	49	20,8
Nej	168	71,2
Ved ikke	19	8,1
I alt	236	100,1

Merry Elisabeth Scheel

 En pionér i dansk sygepleje, *Merry Elisabeth Scheel*, er død efter kort tids sygdom. Med hende har sygeplejen mistet en centralt placeret person, der med ildhu og stort engagement arbejdede med sygeplejens udvikling i teori og praksis. Merry blev undervisningsleder ved 2.-delsstudiet, Danmarks Sygeplejerskehøjskole, i 1981. Uddannelsen blev udviklet til sygeplejefaglig afgangseksamen, der dannede grundlag for kandidatuddannelsen 1991, som Merry var hovedkraften bag. Dermed blev der mulighed for at fortsætte i et ph.d.-studium.

Selv uddannede hun sig livet igennem. Ikke mindst betød filosofien meget for hende som inspirationskilde til at arbejde med udvikling af sygeplejens vidensgrundlag. Efter cand.phil.- og mag.art.-uddannelsen i filosofi opnåede hun ph.d.-graden i filosofi i 2003.

Merry udviklede teorien "Interaktionel Sygeplejepsiksis." Det er en måde at tænke sygepleje på, der stiller krav om bevidsthed om faget og den daglige praksis gennem kritisk refleksion og diskussion. Merry fik lige til det sidste henvendelser fra sygeplejersker og andre, der arbejder med teorien og ønskede at drøfte den med hende. Hendes tænkning om sygepleje vil således række langt ind i fremtiden. Hun havde også en omfattende publikationsvirksomhed.

Merry var et dybt engageret og meget vidende menneske med en stærk og varm personlighed, et ærligt og trofast menneske, tro mod sine venner og tro mod sit fag. Hendes fantastiske sans for humor og utroligt smittende latter mindes vi med glæde. Merry var meget afholdt, en ildsjæl med livsmod, livskraft og en stor personlighed, som vil blive dybt savnet.

Æret være Merry Scheels minde.

*Birthe D. Pedersen,
Vibeke Rosenkrands og
Lise Hounsgaard.*

►►► SKRIV KORT

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

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


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

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

Merry Elisabeth Scheel



PRIVATFOTO

 En ener i dansk sygepleje er her ikke mere.

Merry Scheel var en pionér inden for dansk sygeplejeforskning og har gennem en række væsentlige udgivelser om filosofi og sygepleje markeret sig som en af de mest interessante, indflydelsesrige og læste teoretikere. Merry Scheel havde en praksistilgang til sygeplejen, "Interaktionel Sygeplejepsiksis." Merry Scheel var bestandig optaget af sygeplejens etik og vidensgrundlag, da de valg, man træffer som behandler eller omsorgsudøver, har stor betydning og etiske konsekvenser for mennesker i sundhed og sygdom. Merry Scheel holdt fast i omsorgen som et moralsk begreb forbundet med princippet om ansvar over for den svage.

Merry Scheels tanker og idéer er inspirerende og brugbare i broen mellem konkret praktisk klinisk sygepleje og en mere abstrakt etisk forståelse.

Selv var Merry Scheel i et livslangt uddannelses- og forskningsforløb. Merry var uddannet som sygeplejerske og videreuddannede sig inden for sygeplejefaget i Danmark og i USA. Dertil kom hendes filosofiske studier, der indebar, at hun blev magister og opnåede en ph.d. – begge dele i filosofi.

Utallige er de kolleger og studerende, der har søgt inspiration hos Merry. Hun var en ægte lytter, dybt engageret og optaget af samtalen og på baggrund af hendes vidende spørgsmål altid i stand til at inspirere og støtte i en dybere forståelse af sygeplejen og i andre af livets store spørgsmål.

Det er glædeligt at opleve, hvordan de unge sygeplejestuderende fortsat interesserer sig for Merry Scheels sygeplejeteori.

Merry Scheel var ikke alene en vidende mentor og inspirator. I privat lag var hendes latter smittende og spredte glæde. Merrys til tider lidt skæve vinkler i diskussioner gav åndelig rigdom og glæde. Merry var en fighter og tacklede livet på en måde, vi andre kan lære af.

Tak for mange gode stunder og diskussioner.


*Else Kayser og Krista Franck,
DSR, Kreds Midtjylland.*

Pris for særlig indsats



PRIVATFOTO

Sygeplejerskerne Susanne Mortensen (tv.) og Connie Fehrend, begge Glostrup Hospital, får overrakt Ottsen-prisen 2007 af oversygeplejerske Bo Marcel Christensen, Rigshospitalet.

 Ottsen-prisen 2007 er uddelt til sygeplejerskerne *Connie Fehrend* og *Susanne Mortensen* fra kirurgisk afd. D, Glostrup Hospital. Prisen er på 5.000 kr. og gives til basissygeplejersker, som har gjort en særlig indsats for gastroenterologisk sygepleje og for kvaliteten af sygeplejen til kirurgiske patienter.

Prisen blev uddelt på temadagen den 1. november for gastrokirurgiske sygeplejersker i Region Hovedstaden af formanden for efteruddannelsen for kirurgiske sygeplejersker i Region Hovedstaden, oversygeplejerske *Bo Marcel Christensen*, Rigshospitalet.

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG

Fagtanker >>	50
Faglig information >>	50
Testen >>	51
Agenda >>	65
Anmeldelser >>	70
5 faglige minutter >>	74

Patienten i centrum ved accelereret laparoskopisk nefrektomi » 54

Demokratisk virksomhedskultur gavner psykiatriske patienter » 62

Hvordan værne om patienters integritet ved kropspleje? » 66

Modsætning mellem effektivitet og nærvær

Når patienten får fjernet nyren gennem et hul i maveskindet ved hjælp af en kikkert, medfører det stribevis af fordele for den opererede, og han har det langt bedre, end sygeplejerskerne forventer. Det kan man læse i artiklen "Patienten i centrum ved accelereret laparoskopisk nefrektomi" side 54. Men en enkelt sætning i artiklen gav stof til eftertanke.

"Fremtidens store udfordring bliver efter vores mening derfor fortsat at udvikle kompetencer til at kunne agere i det spændingsfelt, der er mellem effektivitet og nærvær."

Jeg er ikke helt sikker på, hvad det er for et spændingsfelt, men jeg ved, at der for en del sygeplejersker hersker en nærmest mytologisk forestilling om den uovervindelige modsætning mellem effektivitet og nærvær. Effektivitet er negativt ladet, nærvær er positivt.

Men måske er forestillingen baseret på nogle drømme om sygepleje, der bunder i et usagt kollektivt ønske om at få belønning fra patienten i bytte for det nærvær, der er præsteret.

"Du er så sød og venlig." Det er sværere med effektivitet. "Du er så dejlig hurtig til at skifte min forbindelse, du tøver ikke, og du skal aldrig ud at hente noget, du har glemt." Den første sætning er med garanti den mest benyttede og den, der klinger bedst i sygeplejerskeører.

Min påstand er, at det kan lade sig gøre at kombinere effektivitet med nærvær, men det forudsætter, at sygeplejersker kender deres værd og kan blive mætte af kontakt.



Jette Bagh

Jette Bagh
sygeplejerske,
fagredaktør.

Ph.d.-afhandling Mennesker er ikke trivial maskiner

AF KAREN WISTOFT, POST.DOC., CAND.PÆD.



PRIVATFOTO

Karen Wistoft.

Karen Wistoft, post.doc., cand.pæd., forsvarer onsdag den 12. december 2007 kl. 13.00 afhandlingen "Kvalificering til sundhedspædagogisk værdisafklaring" i lokale D169 på Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Tuborgvej 164, 2400 København N.

Et professionelt sundhedsarbejde udfoldes i et kompleks af begreber og udfordringer. Hverken de sundhedsprofessionelle eller de borgere, sundhedsarbejdet implicerer, er "trivialmaskiner," der kan kontrolleres af ydre forhold. De er i stand til at adskille sig fra deres omverden og orientere sig ud fra sig selv ved at træffe beslutninger, ved at vælge. Beslutninger og valg relateret til sundhed træffes på grundlag af egen gradvist opbyggede bevidsthed, som består af værdier, indsigt, viden og erfaringer med tidligere valg.

Ph.d.-projektet beskæftiger sig med sundhedsprofessionel-

Ph.d.-afhandling Kommunikationskursus til læger og sygeplejersker



PRIVATFOTO

Jette Ammentorp.

Jette Ammentorp, forskningsleder, sygeplejerske, cand.scient.san. forsvarer mandag den 17. december 2007 kl. 15.00 afhandlingen "Effekten af kommunikationskursus til læger og sygeplejersker" i Ortopædkirurgisk Ambulatorium på Kolding Sygehus, Skovvangen 2-6, 6000 Kolding.

Formålet med studiet har været at undersøge effekten af kommunikations- træning målt på følgende parametre:

- Lægers og sygeplejerskers kommunikationsfærdigheder
 - Lægers og sygeplejerskers oplevelse af self-efficacy
 - Forældres og børn/unges oplevelse af kommunikationen.
- Kvaliteten af patientbehandlingen målt på følgende parametre:
- Forældres og børn/unges tilfredshed med kommunikationen
 - Forbedret helbredsmæssigt udbytte i form af reduktion af symptomer på astma.

Studiet blev gennemført på børneafdelingen, Kolding Sygehus, som et klinisk kontrolleret randomiseret studie. Samtlige læger og sygeplejersker fra børneafdelingens ambulatorium blev inkluderet i undersøgelsen.

Interventionsgruppen deltog i et femdages kommunikationskursus, og kontrolgruppen var ikke udsat for nogen intervention. Effekten blev undersøgt ved at sammenligne sundhedspersonalets oplevelse af self-efficacy før og efter interventionen i henholdsvis interventionsgruppen og kontrolgruppen. Effekten af kommunikationskurset blev desuden undersøgt ved at sam-

les kommunikation og iagttagelser af værdier gennem pædagogisk udviklingsarbejde. Det overordnede tema er værdier og sundhedspædagogik i sundhedsvæsenet. Projektet afdækker de sundhedspædagogiske kompetencer, som er en del af forudsætningen for at kunne arbejde værdireflekteret.

To forskningsbaserede pædagogiske udviklingsprojekter, "Sundhedsplejen ved en skillevej" og "Værdier i sundhedsarbejdet i Grønland" danner empirisk baggrund. Aktørerne er dels sundhedsplejersker, der beskæftiger sig med skolesundhedsarbejde i Københavns Kommune, dels hjemmesygeplejersker og andre, der beskæftiger sig med sundhedsundervisning eller forebyggelse og sundhedsfremme i Grønland.

Karen Wistoft er ansat på Institut for Pædagogisk Filosofi, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole, Tuborgvej 164, 2400 København N; kawi@dpu.dk

Opponenters/bedømmelsesudvalg: Lektor Tine Rask Eriksen, Københavns Universitet. Lektor Gorm Harste, Aarhus Universitet. Professor Karsten Schnack, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

Vejleder: Lektor Jeppe Læssøe, Danmarks Pædagogiske Universitetsskole.

menligne udbyttet hos de forældre og børn/unge, der havde konsulteret sundhedspersonale fra interventionsgruppen, med udbyttet hos dem, der havde konsulteret sundhedspersonale fra kontrolgruppen. Udbyttet blev evalueret ved hjælp af besøgsrelaterede spørgeskemaer til forældre og børn/unge.

Resultaterne viste, at læger og sygeplejersker, der havde deltaget i kommunikationskurset, styrkede deres self-efficacy i forhold til specifikke kommunikationsopgaver med op til 37 pct. Ændringerne forblev stabile et halvt år efter interventionen. Læger og sygeplejersker i kontrolgruppen forbedrede ikke deres self-efficacy.

En større andel af både forældre og unge, der havde konsulteret sundhedspersonale fra interventionsgruppen, havde en positiv oplevelse af næsten alle spørgsmål omhandlende kommunikation med den unge i forhold til dem, der havde konsulteret sundhedspersonale fra kontrolgruppen, dog var ingen af forskellene signifikante.

Studiet er gennemført ved Den Sundhedsfaglige Kandidatuddannelse, Afdelingen for Epidemiologi, Institut for Folkesundhed under Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet, i tæt samarbejde med børneafdelingen, Kolding Sygehus.

Jette Ammentorp er leder af Forskningsinitiativet for Sundhedstjenesteforskning, Kolding Sygehus/IRS Syddansk Universitet; jette.ammentorp@fks.regionsyddanmark.dk

Opponenters/bedømmelsesudvalg: Docent, dr.odont. Flemming Scheutz (formand), Aarhus Universitet. Professor, ph.d. Arnstein Finset, Oslo Universitet. Overlæge, ph.d. Birgitte Dehlholm-Lambertsen, Odense Universitets Hospital.

Vejledere: Professor Jan Mainz, Aarhus Universitet. Professor Svend Sabroe, Aarhus Universitet. Overlæge Poul-Erik Kofoed, Kolding Sygehus.

TESTEN



Temaet er ord og begreber, der anvendes i forskningsartikler. Test dig selv eller din kollega

- 1 *Hvad er en p-værdi?*
 - a. Et statistisk mål for sandsynligheden af, at resultaterne i en undersøgelse kunne være opstået tilfældigt.
 - b. Et mål for usikkerheden for et givent udfald.

- 2 *Hvad betyder bias?*
 - a. En afvigelse, en skævhed eller en direkte usandhed, der kan forstyrre resultaterne i et forskningsstudie og/eller føre til systematiske fejl.
 - b. Forskeren tilslutter sig det forskningsetiske kodeks under Bremer Institut für Angewandte Strahltechnik.

- 3 *Hvad betyder blinding?*
 - a. En hierarkisk inddeling af forskellige metoder og forskningsdesign, alt efter hvor pålidelige de er.
 - b. En metode, der bruges til at skjule, på hvilken måde deltagerne i en undersøgelse fordeles i forskellige grupper.

- 4 *Hvad går Hawthorneffekten ud på?*
 - a. Begrebet henviser til det fænomen, at personer, som deltager i en undersøgelse, ændrer adfærd, alene fordi de ved, at deres adfærd bliver observeret.
 - b. Begrebet siger noget om forskellen i effekt for to grupper og om, hvorvidt denne forskel er stor eller lille.

- 5 *Hvad er en Chi²-test*
 - a. Sandsynligheden for at en begivenhed finder sted.
 - b. En statistisk test, der bruges til at vurdere den statistiske signifikans af et resultat. Testen undersøger, om resultaterne i en undersøgelse forekommer oftere, end det kan forventes ud fra tilfældighed.

Se svarene på TESTEN side 46.

AF METTE S. JAKOBSEN, AFDELINGSSYGEPLEJERSKE, LARS LUND, OVERLÆGE, DR. MED.,
MORTEN JØNLER, OVERLÆGE, PH.D., OG JENS OLE DICH, OVERLÆGE
FOTO: KISSEN MØLLER HANSEN

Patienten i centrum ved accelereret laparoskopisk nefrektomi

Artiklen henviser sig til sygeplejersker med interesse for accelererede patientforløb. Hovedbudskabet er, at accelererede forløb ved laparoskopisk nefrektomi nedsætter den gennemsnitlige indlæggelsestid til et døgn, og patienterne er tilfredse med forløbet. Artiklen bygger på en undersøgelse på urologisk afdeling, Regionshospitalet i Viborg.

En 78-årig herre sidder i sin morgenkåbe på kanten af hospitalssengen. Han er netop kommet tilbage fra opvågningen efter at have fået fjernet sin nyre og skal nu ud og stå på gulvet. Samme aften sidder han veltilpas ved bordet sammen med de andre patienter og spiser aftensmad. Næste dag over middag tager han hjem.

Nye operations- og anæstesimetoder, bedre kirurgisk teknik og forbedret postoperativ smertebehandling har igennem de seneste årtier gjort selv større operationer mindre farlige og det postoperative forløb lettere at udholde. Dette gælder også for nefrektomier, der som oftest foretages pga. en kræftknode i nyren eller nyrebækken, men kan også være på benign indikation ved f.eks. sten eller udslukt nyre.

På urologisk afdeling ved Regionshospitalet i Viborg foretages nefrektomi i accelererede operationsforløb (se boks 1 side på næste side). Da undersøgelser påpeger, at man bør udnytte den laparoskopiske tekniks fordele i kombination med det accelererede koncept såvel i forhold til operationen og indlæggelsestiden som til overlevelsen (3,4), er det vores mål at foretage flest mulige nefrektomier ved hjælp af laparoskopisk metode.

Formålet med den minimalt invasive kirurgi kombineret med det accelererede operationsforløb er at forbedre og afkorte indlæggelses- og operationsforløbet for patienterne (5,6). Der er ikke tidligere offentliggjort erfaringer ved accelererede operationsforløb til laparoskopisk nefrektomi i Danmark. Derfor ønsker vi i denne artikel dels at præsentere vores forberedelser til nefrektomi-regimet på urologisk afdeling i Viborg, dels at præsentere resultater fra en projektperiode, hvor bl.a. indlæggelsestider, patienttilfredshed og patientgener som smerter, kvalme og træthed ved nefrektomi-regimet er undersøgt.

Nefrektomi-regimet på urologisk afdeling, Viborg, har siden efteråret 2005 været et permanent behandlings- og plejeregime. Desuden er det et tværfagligt projekt med dataopsamling under indlæggelsen og den første måned efter operationen. Vi besluttede efter projektperioden, at vi i den første tid efter overgang fra projekt til permanent regime ville fortsætte med dataopsamling, for at vi til stadighed kan dokumentere og kvalitetssikre vores behandlings- og plejeregime.

Det vigtige forarbejde

De væsentligste ændringer i et laparoskopisk accelereret forløb kontra et konventionelt forløb ved nefrektomi er skitseret i tabel 1 på næste side. De beskrevne ændringer stiller store krav til såvel behandlere som plejepersonale, og i afdelingen brugte vi ca. tre måneder på at



))) BOKS 1. ACCELEREREDE OPERATIONSFORLØB

Accelererede operationsforløb kaldes det smerte- og risikofrie operationsforløb. Det er en "pakkeløsning" som indeholder en multimodal intervention, hvor man i et tæt tværfagligt samarbejde mellem kirurger, anæstesiologer og kirurgiske sygeplejersker optimerer de faktorer, der har betydning for det postoperative forløb. Det drejer sig om grundig præoperativ information, forberedelse og medinddragelse af patienten, forbedret smertebehandling, tidlig oral ernæring og mobilisation og reduktion af det kirurgiske stressrespons (1,2). Litteraturen har vist, at dette fører til hurtig rehabilitering, nedsat morbiditet og dermed nedsat hospitaliseringsbehov og rekonvalescens (1).

))) TABEL 1. VÆSENTLIGSTE FORSKELLE

Væsentligste forskelle i et laparoskopisk accelereret forløb kontra et konventionelt forløb ved nefrektomi:

Pleje/behandling: Handlinger	Konventionelt forløb	Laparoskopisk accelereret forløb
Patienten bliver rutinemæssigt præoperativt informeret om rygeophør, alkohol og overvægts indvirkning på operation og rekonvalescens	Nej	Ja
Patienten/pårørende inddrages til at være (med)aktiv og medansvarlig	Nej	Ja
Hvis det præoperativt skønnes nødvendigt med inddragelse af hjemmeplejen, arrangeres dette på nuværende tidspunkt	Nej	Ja
Patienten får udleveret recept på efterfølgende smertestillende medicin til rekonvalescensperioden	Nej	Ja
Patienten er tidligt på operationsprogrammet og tidligt tilbage fra opvågningen	Nej	Ja
Patienten bliver mobiliseret på 0.-dagen (operationsdagen)	Nej	Ja
Patienten må spise fuldkost på 0.-dagen (operationsdagen)	Nej	Ja
Patienten kommer tilbage fra operation med epiduralkateter	Ja	Nej
Patienten får tilbudt proteindrik rutinemæssigt efter skema	Nej	Ja
Patienten har ofte brug for morfika såvel i.v. som i.m. postoperativt	Ja	Nej
Patienten har ofte brug for kvalmestillende præparater postoperativt	Ja	Nej

"Fremtidens store udfordring bliver efter vores mening fortsat at udvikle kompetencer til at kunne agere i det spændingsfelt, der er mellem effektivitet og nærvær."

»» SKEMA 1. HOVEDPRINCIPPER I STANDARDPLEJEPLANEN VED LAPAROSKOPISK NEFREKTOMI*Præoperativt: 2-3 uger inden operationen*

- Patienten/pårørende/netværk inviteres til præoperativ samtale med sygeplejerske og læge i afdelingen.
- Der gives grundig information med gennemgang af indlæggelsesforløbet, "hvad er det accelererede operationsforløb." Patientpjece udleveres.
- Målene for mobilisering, ernæring, smertebehandling, udskrivelse mv. gennemgås.
- Patienten opfordres til at være aktiv og (med)ansvarlig.
- Skønnes det allerede på nuværende tidspunkt, at patienten får brug for hjemmeplejen efter udskrivelse, arrangeres dette.
- Der tales meget med patienten om forebyggelse vha. rygestop, minimere overvægt og alkohol fra dette tidspunkt og indtil udskrivelsen.
- Der udleveres recept på smertestillende medicin, som skal bruges efter udskrivelse til hjemmet.
- Der udleveres opskrift på proteindrik, som anbefales, 1-2 glas dagligt inden operationen.

Indlæggelsesdagen – præoperativt

- Patient og pårørende får gentaget information fra det præoperative møde.
- Der udleveres proteindrik x 2.
- Patienten klargøres til operation med blodprøver, ekg, narkosetilsyn. Patienten raseres og får rensset navle pga. den laparoskopiske teknik.
- Patienten udstyres med støttestrømper.
- Patienten udrenses med elektrolytblanding (phosphoral).
- Patienten informeres om faste- og tørsteregler, hvis BMI over 35, da faste fra midnat, alle andre bør drikke tynd saft eller vand indtil kl. 06.00. Det er veldokumenteret, at det præoperative forløb forbedres ved indtagelse af kulhydrat-holdige væsker op til to timer før anæstesi.

Operationsdagen – postoperativ

- Patienten får ikke rutinemæssigt beroligende medicin.
- Patienten får tromboseprofylakse.
- Patienten får præ-medicin i form af panodil og diclon.
- Patienten opereres via minimal invasiv kirurgi i form af laparoskopisk teknik, stressreducerende procedurer, som giver færre postoperative smerter, organdysfunktion og morbiditet.
- Patienten får en optimeret anæstesi og multimodal smertebehandling.
- Patienten får inj. Zofran 4 mg/ml samt inj. Fortecortin 8 mg/ml, dette reducerer smerte og kvalme/opkastning, mindsker træthed og øger tempoet i rehabiliteringsprocessen.
- Patienten får ingen epidural smertebehandling, da denne påvirker og nedsætter patientens mobilitet. Patienten får fast smertestillende; tablet paracetamol og tablet diclon, samt p.n. morfin og mandolgin.
- Patienten er kortvarigt på opvågningen.
- Patienten kommer umiddelbart efter ankomst fra opvågningen ud at stå på gulvet.
- Patienten skal sidde ved bordet til aftensmad.
- Patienten skal være oppe to timer samme aften og gå en lille tur på stuen.
- Patienten skal spise almindelig mad og drikke ½ -1 liter inkl. 1-2 proteindrik.

1. postoperative dag

- Patienten får kl. 07.00. fjernet kateter, dræn og drop, medmindre tilstand eller journalnotat frembyder andet.
- Patientens diurese observeres, ligeledes om der er flatus samt almindelige tarmlyde.
- Patienten skal i dagligstuen og have morgenmad.
- Patienten skal i brusebad, er oppe i alt otte timer, inkl. gåtur på gangen i dag- og aftenvag.
- Patienten spiser almindelig mad og drikke maks. 2 liter inkl. proteindrik.
- Patienten skal opfordres til hvile indimellem.
- Patientens udskrivelse planlægges ved stuegang til samme dag over middag eller næste formiddag.
- Patienten får udskrivelsessamtale med kontaktsygeplejerske/læge.
- Patienten får udleveret spørgeskema til 30. dag og informeres om telefonisk kontakt ca. 10. dag, ved skønnet behov kontaktes patienten endvidere ca. 4. postoperative dag.
- Patienten udskrives, forudsat alle funktioner er i orden, samt at hjemmeplejen er adviseret ved behov.

2. postoperative dag

- Patienten følger samme program som 1. postoperative dag.

”Patienterne har ikke følt sig forhindret i daglige aktiviteter til trods for en følelse af øget træthed. Der gik i gennemsnit fire døgn, inden patienterne genoptog deres daglige aktiviteter som at lave mad, gøre rent, cykle og gå ture.”

» forberede introduktionen af det nye nefrektomi-regime. Flere undersøgelser har vist, at sygeplejersker er skeptiske over for accelererede regimer og bekymrede for, at den psykiske pleje, omsorg og information ikke kan varetages ved korttidsindlæggelser. Undersøgelserne viste også, at patienterne havde det langt bedre, end sygeplejerskerne forventede (7,8).

I forsøget på at imødegå evt. samme bekymring hos vores personale anvendte vi megen tid og energi i undervisning af såvel behandler- som plejegruppe. De involverede plejegrupper blev undervist i hovedprincipperne i accelererede plejeprogrammer (se skema 1 på forgående side) og standardplejplaner. Diverse informationsmateriale til alle implicerede blev udarbejdet ikke kun til personalet på operationsafdelingen, narkosen og opvågningen, men også til praktiserende læge og hjemmeplejen.

Ud over standardplejplan blev der udarbejdet tjeklister, praksisbeskrivelser og nøgleanbefalinger, som detaljeret beskriver de daglige mål for sygeplejen, dokumentation samt kvalitetsudviklingen af de accelererede laparoskopiske forløb (se boks 2 side 60).

Ændrede plejebenhov

Sygeplejen ændrer sig i forbindelse med indførelse af accelererede patientforløb. Patienten er en aktiv medspiller og er (med)ansvarlig for eget sygdomsforløb. For at patienten kan gøres (med)ansvarlig for hurtig genoptagelse af normale funktioner såsom mobilisering og ernæring, kræver det, at personalet bruger megen tid

på at informere og motivere både før og efter operationen samt inddrager de pårørende.

I praksis er det sådan, at patienten og dennes pårørende præoperativt kommer til samtale i afdelingen 2-3 uger forud for operationen af 1-1,5 times varighed. Postoperativt kontaktes patienten på 4. dag samt to uger postoperativt med en varighed fra 10 til 20 minutter pr. kontakt. Endelig sender patienten spørgeskema retur til afdelingen fire uger postoperativt.

Kontinuiteten sikres via kontaktpersoner, der har ansvaret for, at nefrektomi-regimet overholdes.

Beskrivelse af undersøgelsen

Undersøgelsen

I undersøgelsesperioden fra den 1. november 2005 til den 30. april 2007 udførte vi 41 laparoskopiske nefrektomier, hvoraf otte patienter blev konverteret til åben operation pga. adhærencer, tumorstørrelse eller peroperativ blødning. De patienter, der blev konverteret, er ikke medtaget i det statistiske materiale på nær antal indlæggelsesdage. De er udelukkende beskrevet ud fra det faktum, at planlagte og afstemte mål giver sekundær acceleration til andre patientgrupper. De patienter, der på forhånd var planlagt til åben kirurgi, indgik ikke i undersøgelsen.

Syv af de inkluderede 33 patienter (21 pct.) var i højrisikogruppe, bedømt af anæstesi-læger forud for indgrebet. Gennemsnitsalderen for de 33 patienter var 62 år (17-85 år).

Metode

Data blev indsamlet med det formål at belyse, hvordan det var gået patienten i det tidlige postoperative forløb samt efter to og fire uger postoperativt; er patienterne tilfredse, velinformerede, smertefri, i fysisk aktivitet, klar til den tidlige udskrivelse? Og hvad med trætheden, rekonvalescens og genindlæggelser?

Dataopsamlingen er bl.a. foretaget ud fra registreringer fra patientjournaler og VAS-skala, hvor smerter blev vurderet flere gange i hver vagt med henblik på optimal smertedækning. Ingen patienter blev smertebehandlet via epiduralkateter.

Patienterne er interviewet og har svaret på et spørgeskema ud fra en struktureret interviewguide, der har omhandlet specifikke områder som smerter, kvalme, og træthed. Der er stillet spørgsmål med svarmulighederne fra ingen til meget. Endelig har auditmetoden været brugt blandt personalet.

Resultater

Atten måneder efter indførelsen af accelererede operationsforløb er den postoperative indlæggelsestid ved de laparoskopiske nefrektomier mediant et døgn (spredning 1-3 døgn).

I forhold til de åbne nefrektomier ses, at den postoperative indlæggelsestid mediant er 3,5 døgn, (spredning 2-9 døgn).

Ingen patienter fik hjerte- eller lungekomplikationer i undersøgelsesperioden, to patienter blev efter åben nefrektomi reopereret pga. blødning.



”Der er langt færre somatiske plejeopgaver i de laparoskopisk accelererede nefrektomiforløb end ved de konventionelle. Til gengæld er der flere informative opgaver, og sygeplejerskens rolle bliver overvejende at støtte, vejlede og informere patienterne.”

» Ingen patienter, som fik foretaget laparoskopisk nefrektomi, blev reopereret.

Syv patienter (21 pct.) blev genindlagt, årsagerne var meget varierende (se tabel 3 på næste side).

På spørgsmålet, om patienterne var tilfredse med indlæggelsen, svarede samtlige ja, og i forhold til, hvorvidt der var tilfredshed med udskrivelsestidspunktet, svarede 29 ud af 33 (88 pct.), at de var klar til at gå hjem. De resterende fire patienter (12 pct.) ønskede en ekstra dag. Patienterne tilkendegiver også – såvel to som fire uger postoperativt – meget stor tilfredshed med den mundtlige og skriftlige informationsmængde.

Samtlige 33 patienter svarede, at de havde ingen til lette smerter og kvalme, hvorimod 18 ud af de 33 patienter (55 pct.) udtrykte, at de var fra lidt til meget trætte. Flere af patienterne angav, at de var mere trætte end normalt.

Mobilisering, kvalme, smerter, kost

Patienten er i regimet ude af sengen mediant to timer efter operationen, hvorefter mobiliseringsgraden stiger dag for dag (se tabel 2 på næste side). Ingen patienter blev sengebadet, og alle patienter fik fjernet diverse slanger 1. postoperative dag om morgenen, hvilket letter mobilisering (se tabel 2).

Kvalme og smerter er normalt et udtalt problem, men efter indførelsen af det standardiserede koncept har minimalt få patienter, smerter og kvalme (se tabel 2).

Patienterne får almindelig fuldkost fra operationsdagen, ligeledes indtog 31 af patienterne (94 pct.) det anbefalede proteintilskud på operationsdagen (se tabel 2).

31 af 33 patienter havde ingen til lette smerter på operationsdagen (se tabel 2).

Efter udskrivelsen

Efter udskrivelsen kunne samtlige patienter klare sig på den udleverede medicin, og funktionsniveauet var for 29 patienter (88 pct.) uændret til let nedsat i forhold til deres habituelle tilstand.

Patienterne har ikke følt sig forhindret i daglige aktiviteter til trods for en følelse af øget træthed. Der gik i gennemsnit fire døgn, inden patienterne genoptog deres daglige aktiviteter som at lave mad, gøre rent, cykle og gå ture.

Undersøgelsen viste ikke overraskende, at langt de fleste patienter (2/3) var ude af arbejdsmarkedet pga. alder. Den sidste 1/3 genoptog arbejdet fra 8. til 53. postoperative dag – med et gennemsnit på 25 dages sygemelding. Dette er et område, der med fordel kan optimeres yderligere, men det vil kræve mere tid og kontinuerlig fokus at ændre, både i forhold til praktiserende læger, hjemmeplejen, netværket samt i det hele taget i samfundet generelt.

Diskussion af undersøgelsens resultater

Indlæggelsestid

Nationale undersøgelser viser, at den laparoskopiske indlæggelsestid er 5,2 dage vs. 9,8 dage ved åben operation.



Ligeledes er både komplikationer og mortalitet lavere ved laparoskopisk (3). Både i forhold til disse nationale tal og i forhold til tidligere resultater fra en seksårsperiode med åbne og laparoskopiske nefrektomier på Regionshospitalet Viborg (4) afspejler resultaterne en synlig gevinst i antal indlæggelsesdage. Indlæggelsestider ved laparoskopiske operationer i Viborg med de samme udskrivelseskriterier er således faldet fra fire døgn til et døgn, og de åbne operationer fra syv døgn til 3,5 døgn. Afdelingens mål ved laparoskopien var 2-3 døgn indlæggelse, som således har vist sig at kunne optimeres yderligere.

Genindlæggelse og ekstra dag

En genindlæggelsesprocent på 21 er en problemstilling, som vi må være meget opmærksomme på. Resultaterne stemmer godt overens med studierne fra colonkirurgien, der viser samme genindlæggelsesfrekvens. Samtidig mente en del colonkirurgiske patienter i den accelererede gruppe, at de ikke var klar til udskrivelse og ønskede en længere indlæggelse (2,10). Også hos 12 pct. af vores patienter var ønsket en ekstra indlæggelsesdag. Et væsentligt indsatsområde i fremtiden bliver derfor at videreudvikle konceptet, så der opnås tryghed ved udskrivelsestidspunktet.

Mobilisering og tarmfunktion

Det er et stort fremskridt, at patienterne bliver ”slangefri” tidligt i forløbet, hvilket gør mobiliseringen lettere.

Patienterne spiser almindelig kost, som minimerer kvalme og øger velværet samtidig med, at man langt hurtigere kommer tilbage i den tidligere habituelle tilstand.

Reetablering af tarmfunktionen har stor betydning for velbefindendet og lysten til at spise og drikke, og mens 95 pct. af de patienter, der får foretaget en colonresektion i et accelereret operationsforløb, har afføring inden for 48 timer (5), gik der i gennemsnit tre døgn, før patienter, der bliver nefrektomeret, har afføring. Årsagen til dette er formentlig, at alle patienter blev udrenset med elektrolytblanding for at øge oversigtsforholdene ved den laparoskopiske teknik, samtidig med at risikoen ved en evt. tarmperforation minimeres. Ingen nefrektomipatienter fik rutinemæssigt laksantia postoperativt. Det er dog et vigtigt område kontinuerligt at have fokus på og om muligt optimere således, at patienternes velvære og habituelle tilstand kommer tilbage hurtigst muligt.

Udviklingsmuligheder

En anden udfordring er at opgradere såvel den præsom postoperative periode, da man i dag ved, at patienter kommer sig langt hurtigere med færre komplikationer til følge, hvis den præoperative periode overholdes, dvs. at patienten 2-3 uger inden operationen er optimalt forberedt. Der er mange muligheder og medier, som kan benyttes: patientinformation kombineret med video, billedbog, patientseminar, telefonsamtaler, kontrolbesøg eller ude-funktion, hvor en erfaren sygeplejerske fra det accelererede team tilser patienten i eget hjem. Her forberedes patienterne på indgrebet og tiden efter.

Ændret sygepleje

Der er langt færre somatiske plej opgaver i de laparoskopiske accelererede nefrektomiforløb end ved de konventionelle. Til gengæld er der flere informative opgaver, og sygeplejerskens rolle bliver overvejende at støtte, vejlede og informere patienterne. Samlet giver accelererede forløb en besparelse i plejetid, men plejebehovet på de enkelte indlæggelsesdage vokser, fordi opgaverne er meget koncentreret på få dage (9). Og de accelererede patientforløb kræver konstant opmærksomhed på patienten, hvis planen og målene skal overholdes.

En ekstra indlæggelsesdag

Der er ændret meget ved plejepersonalets og lægernes tradition for og holdning til udskrivelsestidspunktet, i takt med at patienterne kommer sig hurtigere. Men litteraturfundene om, at der kan være en tendens til, at personalet – på trods af, at udskrivelseskriterierne er opfyldt – lader patienten forblive indlagt (8), falder fint i tråd med en intern audit hos os, hvor personalet blev spurgt om deres mening vedrørende det accelererede patientforløb.

85 pct. af personalet svarede, at det accelererede patientforløb er en nødvendighed for patienten, 95 pct. mener, der er fordele for patienten som f.eks. færre

komplikationer, bedre smerte- og kvalmebehandling, at patienterne er godt forberedt til operation, at de mobiliseres og spiser langt hurtigere, hvilket jo er afgørende for, at udskrivelsestidspunktet kan optimeres.

Sammenholdt med, at 12 pct. af patienterne i undersøgelsen ønskede en ekstra indlæggelsesdag, har vi haft mange diskussioner om de krav og forventninger, vi stiller til patienterne – er de rimelige? Og for hvis skyld indfører vi det accelererede regime?

Udfordring

Fremtidens store udfordring bliver efter vores mening derfor fortsat at udvikle kompetencer til at kunne agere i det spændingsfelt, der er mellem effektivitet og nærvær.

Konceptet "det accelererede operationsforløb" hviler på solid evidens med mærkbare resultater og med nedsat komplikationsrisiko og rekonvalescens. Erfaringer viser imidlertid, at implementeringen går langsomt, men

))) TABEL 2. DATA FRA 33 LAPAROSKOPISE FORLØB

Tabellen viser data fra 33 laparoskopiske forløb målt på hhv. operationsdagen samt 1. postoperative dag. Antal patienter, der opfylder målene (pct.).

Dag	Operationsdag	1. postoperative dag
Seponering af diverse slanger: Mål, at alle slanger seponeres 1. postoperative dag kl. 07.00, herefter skal patienten i brusebad	0 (0 pct.)	33 (100 pct.)
Mobilisering: Antal timer mediant ude af sengen (0. dag 2 timer, 1. dag 8 timer)	2 (100 pct.)	7,8 (98 pct.)
Ingen kvalme	31 (94 pct.)	33 (100 pct.)
Fuldkost	31 (94 pct.)	33 (100 pct.)
Ingen til lette smerter	31 (94 pct.)	33 (100 pct.)
Proteintilskud	31 (94 pct.)	33 (100 pct.)

))) TABEL 3. ÅRSAG TIL GENINDLÆGGELSE

Årsag til genindlæggelse inden for 14 dage postoperativt efter laparoskopisk nefrektomi.

Årsag:	Antal patient (pct.):
Blødning pr. rectum	1 (3)
Smerter hø. flanke	1 (3)
Hæmaturi	1 (3)
Utryghed	2 (3)
Obstipation	1 (3)
Skæve væsketal	1 (3)
Total	7 (21)



» når vi ved, at ”hvis bedre er muligt, er godt ikke godt nok,” må konklusionen fortsat være, at vi indfører det accelererede regime for patientens skyld samtidig med de sekundære gevinster, konceptet giver de resterende interesser.

Meget at vinde for patienten

Undersøgelsen har samlet vist, at målene for de laparoskopiske nefrektomier er realistiske og opnåelige på

grund af, at alle faktorer er blevet optimeret, så patienterne fik hele behandlingspakken. Der er derved meget at vinde for patienter, der skal have fjernet nyren, i et accelereret forløb. Patienterne kommer sig hurtigere, går langt tidligere hjem og genvinder lettere deres funktionsniveau. De er velinformerede og tilfredse med forløbet.

Der er langt færre somatiske plejeopgaver end ved de konventionelle forløb, til gengæld er der flere informative opgaver, som er koncentreret på få dage. Det er en ændring, som giver udfordringer for sygeplejen, men de velfungerende indlæggelsesforløb med friske og tilfredse patienter har medført stor motivation hos personalet med større arbejdsglæde til følge.

*Mette S. Jakobsen er ansat som afdelingssygeplejerske på urologisk afdeling, Regionshospitalet Viborg
mette.jakobsen@sygehusviborg.dk*

*Lars Lund og Morten Jønler er overlæger samme sted.
Jens Ole Dich er overlæge på anæstesiologisk afdeling, Regionshospitalet Viborg.*

»»» BOKS 2. LINKS TIL SUPPLERENDE MATERIALE

Supplerende materiale til dokumentation og kvalitetsudvikling af de accelererede laparoskopiske forløb til nefrektomi kan rekvireres på Regionshospitalet Viborgs hjemmeside; www.sygehusviborg.dk eller via Rigshospitalets perioperative enhed; www.periopsygepleje.rh.dk

»»» ENGLISH ABSTRACT

Jakobsen MS, Lund L, Jønler M, Dich JO. Accelerated laparoscopic nephrectomy puts the patient in focus. *Sygeplejersken* 2007;(24):54-60.

The introduction of accelerated laparoscopic nephrectomy has put patients at the centre of things. Thorough preparation produces perceptible improvements.

At the Department of Urology at the Regional Hospital in Viborg, accelerated surgery was launched on 1 November 2005. Accelerated laparoscopic nephrectomy puts the patient at the centre. Thorough preparation produces perceptible improvements.

18 months after surgery, perceptible advantages can be seen of the use of laparoscopic nephrectomy combined with accelerated surgery. Patients are mobilised better, experience less post-operative nausea and pain, and most are able to eat on the evening of the day they are operated.

The average stay of laparoscopic nephrectomy patients has fallen from four days to one. The patients are satisfied, and they and their relatives are often surprised by what they are able to accomplish after surgery.

A secondary benefit was that those patients converted to open nephrectomy but who underwent accelerated surgery had their stay in hospital reduced by 3½ days in relation to previously.

One added bonus is considerably more cheerful patients, which makes for motivation, greater job satisfaction and sense of responsibility among staff.

Key words: accelerated surgery, nephrectomy, laparoscopic nephrectomy, nursing, postoperative nursing.

Litteratur

1. Kehlet H. Accelererede operationsforløb. En faglig og administrativ udfordring. *Ugeskr Læger* 2001;163:420-4.
2. Hjort Jakobsen D, Christiansen PS, Hallin M. Det optimale udskrivelsestidspunkt efter colonkirurgi. *Sygeplejersken* 2007;11:54-7.
3. Firoozfard B, Christensen T, Bendixen A et al. Nefrektomi i Danmark 2002-2005. *Ugeskr Læger* 2006;168:1526-8.
4. Lund L, Jønler M, Bisballe S. Åbne og laparoskopiske nefrektomier ved en amtsurologisk afdeling – centralisering? *Ugeskr Læger* 2007;169:602-4.
5. Basse L, Raskov HH, Hjort Jakobsen D, et al. Accelerated postoperative recovery program after colonic resection improves physical performance, pulmonary function and body composition. *Br J Surg* 2002;89:446-53.
6. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges in postoperative recovery. *Lancet* 2003;362:1921-8.
7. Gyldengren A, Hjort Jakobsen D. Skepsis mod nye plejepprincipper. *Sygeplejersken* 2002;32:18-21.
8. Wagner L, Carlsund AM. Kvinder og korttidsindlæggelser – en kvalitativ evaluering af hysterektomerede kvinders og personalets erfaringer med accelererede regime. København USCF;2002.
9. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Kehlet H. Ændret plejebæbehov ved accelereret kolonkirurgi. *Sygeplejersken* 2004;6:18-21.
10. Hjort Jakobsen D, Sonne E, Kehlet H. Velinformerede patienter i accelererede forløb. *Sygeplejersken* 2004;19:36-8.



Demokratisk virksomhedskultur gavner psykiatriske patienter

AF STEEN BENGTTSSON, MAG.SCIENT.SOC., OG KRISTIAN KARLSON, STUD.SCIENT.SOC.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker og ledere på psykiatriske sengeafsnit. Hovedbudskabet er, at en høj grad af demokratisk virksomhedskultur har en positiv indflydelse på patientens øgede håb og livsmod. Artiklen præsenterer de første resultater fra en landsdækkende undersøgelse blandt patienter og personale på 81 psykiatriske sengeafsnit 2005.

Den rette behandling og kompetent fagligt personale er vigtigt, men organisationens klima og kultur har også en afgørende betydning for psykiatriske patienters tilfredshed med et ophold på et psykiatrisk sengeafsnit.

I forbindelse med en landsdækkende tilfredshedsundersøgelse blandt patienter i psykiatrien i 2005 blev personalet på de psykiatriske sengeafsnit stillet en række spørgsmål af SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere Socialforskningsinstituttet) om organisationens kultur og klima. Disse spørgsmål og svar er blevet koblet med patienternes tilfredshed, og dette har givet interessant viden om organisationskulturens betydning for patienters tilfredshed med opholdet på et psykiatrisk sengeafsnit.

En organisations kultur og klima

Organisationskultur har med selve organisationens funktion at gøre. En organisations kultur kan siges at dække over fælles værdier, normer og overbevisninger, der tilsammen skaber de rutinemæssige adfærdsmønstre, som både muliggør og begrænser organisationens arbejde med at nå sit mål (1).

Undersøgelsen anvender en metodologi, Competing Values Framework (CVF), der tidligere har været brugt i undersøgelser på sygehusområdet (2-5). CVF blev udviklet af forskere i 80'erne, som ville afdække forskellige aspekter af effektivitet i organisationer (6). Med udgangspunkt i CVF har vi identificeret seks organisationskulturelle faktorer, der alle er valideret med Møkenmodellen. Disse faktorer er:

- Demokratisk virksomhedskultur
- Dokumentations- og forskningsorientering
- Forandrings- og udviklingskultur
- Klar og regelbaseret ledelse

- Handlings- og resultatorientering
- Medarbejderautonomi.

Disse faktorer kan ansues som midler til at forbedre patienters udbytte af behandlingen. Ethvert sengeafsnit vil rumme en særlig sammensætning af disse faktorer, der alt i alt kan siges at udgøre sengeafsnittets organisationskultur.

Klimaet i en organisation har at gøre med den måde, organisationen påvirker sine medlemmer følelsesmæssigt. Det handler om en særlig stemning eller atmosfære blandt patienter og personale. Klimaet hænger også sammen med den kultur, der er på de enkelte sengeafsnit. Således fremmer nogle kulturer et godt klima, mens andre kulturer virker hæmmende. Med udgangspunkt i en metodologi, Ward Atmosphere Scale, der tidligere har været anvendt til at måle klimaet på psykiatriske afsnit, er der identificeret fire klimafaktorer (7):

- Patientindflydelse i afsnittet
- Patienterne opmuntres til at være selvstændige
- Vrede og kritik blandt patienter
- Organisering og struktur på afsnittet.

Klimaet har generelt ikke samme virkning på patientens oplevede håb og livsmod som kulturfaktorerne. Derfor lægges hovedvægten på sidstnævnte i denne artikel. Samtidig vil der kun blive set nærmere på patientindflydelsen i afsnittet – et for tiden politisk aktuelt emne. Yderligere undersøgelser af klimaets betydning for patientens øgede håb og livsmod er stadig under udførelse.

Resultater

En demokratisk virksomhedskultur

En demokratisk virksomhedskultur afspejler et arbejds-

»»» UNDERSØGELSENS DATA OG METODE

Data består af to dele. På den ene side patienternes evaluering af deres ophold på de psykiatriske sengeafsnit. Den endelige analyse omfatter 1.691 patienter fordelt på 81 sengeafsnit. På den anden side personalets evaluering af arbejdsmiljøet på sengeafsnittet med en endelig stikprøve på 964 personalemedlemmer fordelt på samme 81 sengeafsnit. Alle amter i Danmark er repræsenteret, og svarprocenten ligger på ca. 50 i begge evalueringer.

Sengeafsnitenes kultur- og klimafaktorer måles ud fra personalebesvarelserne. Faktorerne er identificeret gennem en non-parametrisk skaleringsmetode, Mokkenmodellen, der ordner individer og evt. items på en homogen, ordinal skala (8,9). Klima- og kulturfaktorerne er sat ind i patientbesvarelserne på afsnitsniveau, dvs. at svarene for hver patient er koblet sammen med oplysninger om klima og kultur for det sengeafsnit, vedkommende har været indlagt på. Faktorerne er udregnet som 33 pct.-percentilen af tilfredse personalemedlemmer på det respektive afsnit. Det har muligvis gjort en analyse af afsnittets betydning for patienternes oplevelse af opholdet.

Patienterne er blevet spurgt ind til flere aspekter af behandlingsforløbet, men vi har valgt at se på et spørgsmål, som udtrykker et vellykket resultat: Har indlæggelsen givet dig øget håb og livsmod i forhold til fremtiden?

Svarmulighederne er: i høj grad, i nogen grad, i mindre grad eller slet ikke. Der er anvendt flerniveauregression – såkaldt multi level analysis – for at kunne identificere betydningen af sengeafsnittets kultur og klima for patienternes oplevede håb og livsmod (10). Regressionsmetoden er multinomial logistisk regression, hvor patientens sandsynlighed for at lande i en af de fire svarkategorier bestemmes ud fra kultur- og klimafaktorerne.

”Det mest overraskende er nok, at en høj grad af medarbejderautonomi har en positiv indflydelse på patientens øgede håb og livsmod.”

miljø, hvor personalet i fællesskab løser problemer og konflikter på en inkluderende og demokratisk måde. Det drejer sig om en kollegial basis, der kan øve indflydelse på organiseringen af afsnittet enten som en kontrast til ledelsen eller i samarbejde med den.

Undersøgelsen viser, at en høj grad af demokratisk virksomhedskultur har en positiv effekt på patientens øgede håb og livsmod. Faktoren forklarer ca. 21 pct. af den samlede effekt, afsnittet har på patienten, hvilket er en meget stor andel. Det vil sige, at afsnit, hvor forekomsten af denne faktor er stor, er de afsnit, hvor patienterne har en større sandsynlighed for at opleve øget håb og livsmod efter indlæggelsen. En demokratisk virksomhedskultur er altså noget, man med god grund kan prioritere.

Andre kulturfaktorer

Andre organisationskulturelle faktorer, der spiller positivt ind på patientens øgede håb og livsmod, er graden af forandrings- og udviklingskultur (forklarer 16 pct. af den samlede effekt), en klar og regelbaseret ledelse (forklarer 11 pct.) og graden af medarbejderautonomi (forklarer 9 pct.).

Disse organisationskulturelle faktorer kan ses som forskellige midler til at opnå en effektiv organisation. Det viser sig i undersøgelsen, at de fire nævnte faktorer i nogen grad forekommer sammen på de enkelte sengeafsnit. I praksis kan f.eks. en demokratisk virksomhedskultur altså godt forenes med en klar og regelbaseret ledelse, og begge dele bidrager til, at patienten får det bedre. Imidlertid har dokumentations- og forskningsorientering og handlings- og resultatorientering ifølge de foreløbige undersøgelser ingen signifikant effekt i sig selv.

Forandrings- og udviklingskultur dækker over, at personalet er åbent over for nye måder at gøre arbejdet på, at

der er mulighed for at lære nyt på arbejdet, og at der i afsnittet lægges vægt på efteruddannelse af personalet. Det handler altså om omstillingsparathed, dynamik og en åbenhed over for at udvikle de menneskelige resurser i organisationen.

Klar og regelbaseret ledelse dækker over, at afsnittet styres med klare retningslinjer udstukket af ledelsen, samt at ledelsen er god til at skære igennem og træffe beslutninger. Klare strukturer ovenfra er således også vigtigt for, at patienten får et godt ophold.

Det mest overraskende er nok, at en høj grad af medarbejderautonomi har en positiv indflydelse på patientens øgede håb og livsmod. Medarbejderautonomi skal forstås som det, at planlægningen af det daglige arbejde for en stor del er op til den enkelte medarbejder. Dette kunne godt tolkes som et fravær af ledelse og struktur på arbejdet, men skal nok snarere forstås som udtryk for, at den enkelte medarbejder har et ansvar over for sengeafsnittets indlagte såvel som kolleger.

Patientindflydelse i afsnittet

I forhold til den udvikling, der for tiden er i gang på det psykiatriske område, retter interessen sig naturligt mod spørgsmålet, hvad patientindflydelse i afsnittet så betyder for behandlingens resultat. Personalet blev som sagt også bedt om at vurdere patientindflydelsen på deres afsnit. Patientindflydelse skal forstås helt konkret som den styring og indflydelse, personalet generelt mener, at patienterne har i afsnittet.

Umiddelbart vil man formode, at det må være en vigtig faktor. Så enkelt er forholdet imidlertid ikke. Patientindflydelse kan ganske vist have en positiv betydning for behandlingen, men det er kun tilfældet på afsnit, der samtidig præges af en høj grad af demokratisk

Forebyg Roskildesyge

Det er sæson for "Roskildesyge," der fik navnet i 1935, efter at en tredjedel af byens befolkning blev ramt. Sygdommen skyldes norovirus, der fremkalder kvalme, mavesmerter, diarré og evt. feber og opkastninger. Der går ½-2 døgn fra smitte til de første symptomer, som hos voksne normalt varer 1-3 dage. Alle smittede skal betragtes som smitsomme indtil to dage efter symptomophør.

Smitten sker ved kontakt med opkast eller afføring eller ved berøring af forurenede genstande som hænder, dørhåndtag og vandhaner. Bedste forebyggelse er håndvask – især før måltider og ved toiletbesøg.

Når skaden er sket, isoleres den smittede, og personalet opdeles i plejen, så unødigt kontakt undgås. Plastforklæde og handsker bruges ved alle kontakter. Rengøring og desinfektion af muligt forurenede overflader – håndtag, gangbarrer og -stativer, toiletter, bordflader mv. – skal ske med et egnet desinfektionsmiddel, f.eks. Virkon.

Alt personale skal undervises, så smittespredning undgås. Prøv evt. de to netbaserede interaktive undervisningsprogrammer om håndhygiejne og hygiejne i sundhedssektoren på Statens Serum-instituts hjemmeside, www.ssi.dk > hygiejne i sundhedssektoren

(er)

Sundhedscentre mangler styring og prioritering

I de sidste fire-fem år har diskussionen om sundhedscentre bølget i Danmark, og i 2006 blev der oprettet 18 centre med støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Navnene på centrene er forskellige, og det samme er tilbuddet til borgerne i de enkelte centre. En rapport fra SFI – det nationale Forskningscenter for Velfærd, har vurderet sundhedscentrenes virke på fire områder: Udenlandske erfaringer, Organisatoriske forhold og tværfaglighed, Brugerinvolvement og Sundhedsøkonomi.

Rapporten viser, at de danske centre kun sjældent er præget af overordnet styring og prioritering af de sundhedsydelse, der tilbydes, bl.a. fordi nogle af centrene er etableret med baggrund i personaleoverskud f.eks. efter sygehuslukninger. Desuden kniber det med at dokumentere omkostningerne ved sundhedsindsatsen, og som følge af centrenes meget forskellige opbygning er det vanskeligt at måle effekten af centrenes tilbud, fordi det er svært at udvælge en indsats- og en kontrolgruppe.

Brugerne er glade for, at der er fokus på forebyggelse, men føler ikke, at de har indflydelse på centrenes indhold eller udførelsen af det daglige arbejde.

Rapporten peger på, at det tværfaglige samarbejde kan fremmes, hvis sundhedscentre er små, og det udelukkende er kommunen eller regionen, der står for driften.

Rapporten "Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre. Muligheder og barrierer for udvikling af forebyggelses- og sundhedscentre i Danmark" af Henrik Vinther, 2007, kan downloades på www.sfi.dk > søg Rundt om forebyggelses- og sundhedscentre

(jb)

» virksomhedskultur. Klimafaktorerne har nemlig ikke på samme måde som kulturfaktorerne generel betydning for patientens oplevelse af øget håb og livsmod. Det gælder kun under særlige omstændigheder. Statistisk set er der her tale om et interaktionsled, hvilket vil sige, at på bestemte typer af afsnit har en høj grad af patientindflydelse en positiv betydning for patientens øgede håb og livsmod, mens dette ikke er tilfældet på andre typer af afsnit.

De foreløbige resultater peger i retning af, at dette netop er tilfældet på afsnit med en høj grad af demokratisk virksomhedskultur. Med andre ord er afsnit med en veludviklet demokratisk virksomhedskultur netop afsnit, hvor patientindflydelsen i afsnittet er til gavn for patienternes øgede håb og livsmod. En inkluderende adfærd mellem personalemedlemmerne ser således ud til at sætte sig positivt igennem i afsnittets klima og i sidste ende i patientens oplevelse af indlæggelsen.

Vi kan derfor konkludere, at demokratisk virksomhedskultur har positiv indflydelse på patientens oplevelse af øget håb og livsmod. Det samme gælder klar og regelbaseret ledelse, medarbejderautonomi samt forandrings- og udviklingskultur. Herudover har vi set, at afsnit med en høj grad af demokratisk virksomhedskultur er de afsnit, hvor patientindflydelse har en positiv betydning for patientens øgede håb og livsmod.

Anerkendt personale gavner patienterne

Set i forhold til den igangværende udvikling på feltet må konklusionen være, at hvis man ønsker mere patientindflydelse, og hvis man ønsker, at denne patientindflydelse skal gavne patienten, er det en god idé at styrke elementet af demokratisk virksomhedskultur i sengeafsnittene. Det vil sige en ledelse, der lytter til alle medarbejderne og anerkender deres indsats, og hvor man lægger vægt på, at konflikter i personalet løses til alles tilfredshed.

Steen Bengtsson er ansat som seniorforsker ved Det nationale Forskningscenter for Velfærd (tidligere SFI); sb@sfi.dk

Kristian Karlson er studentermedhjælp samme sted, kbbk@sfi.dk

Litteratur

1. Schein EH. Organizational Culture and Leadership. San Francisco: Jossey-Bass. 2004.
2. Charbonneau A et al. The Relationship of System-Level Quality Improvement with Quality of Depression Care. American Journal of Managed Care 2004; vol.10 (part 2).
3. Gerowitz MB, Lemieux-Charles L, Heginbotham C, Jonhson B. Top management culture and performance in Canadian, UK, and US hospitals. Health Management Services Research 1996; vol. 9.

”Klimaet i en organisation har at gøre med den måde, organisationen påvirker sine medlemmer følelsesmæssigt. Det handler om en særlig stemning eller atmosfære blandt patienter og personale.”

4. Gifford Blair D, Zammuto RF, Goodman EA, Hill KS. The Relationship between Hospital Unit Culture and Nurses' Quality of Work Life. *Journal of Healthcare Management* 2002; vol. 47 (1).
5. Meterko M, Mohr DC, Young GC. Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. *Medical Care* 2004; vol. 42 (5).
6. Quinn RE, Rohrbaugh J. A competing values approach to organizational analysis. *Public Productivity Review* 1981; vol. 5.
7. Middelboe T, Schjødt T, Byrstring K, Gjerris A. Ward atmosphere in acute psychiatric in-patient care: patients' perceptions, ideals and satisfaction. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 2001; 103 (3).
8. Mokken RJ. Nonparametric Models for Dichotomous Responses. Hambleton, RK, Van der Linden WJ (eds.): *I. Handbook of Modern Item Response Theory*. Springer. New York. 1997.
9. Molenaar IW. Nonparametric Models for Polytomous Responses. Hambleton RK, van der Linden WJ (eds). *I. Handbook of Modern Item Response Theory*. Springer. New York. 1997.
10. Hox JJ. *Applied Multilevel Analysis*. Amsterdam: TT-Publications. 1995.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Bengtsson S, Karlson K. Democratic corporate culture benefits psychiatric patients. *Sygeplejersken* 2007;(24):62-5.

The article presents the provisional results of a survey of the significance of organisational culture and climate to patients' stay at residential psychiatric wards in Denmark. The results indicate that a democratic corporate culture has a positive effect on patients' experience of increased hope and courage to face life. The same applies to distinct, rule-based management, staff autonomy and a culture which engenders change and development. In addition, allowing patients influence has a positive effect on their hope and courage to face life, although only on ward which have a high degree of democratic corporate culture. If patient influence is to be beneficial to patients, it would be a good idea to strengthen the element of democratic corporate culture at psychiatric stations.

Key words: Patient satisfaction, psychiatry, organisational culture, organisational climate.



www.etsundtarbejdsliv.dk



Tillykke med Jeres nye kollega og praktikant!

På www.etsundtarbejdsliv.dk kan I blandt andet hente pjecen „Vold – en faglig udfordring“.

Og undervisere på landets uddannelsessteder på social- og sundhedsområdet kan hente en materialesamling til brug i undervisningen.

Vold på arbejdspladser rammer ofte nyansatte og studerende i praktik. Det kan der gøres noget ved!

Se mere på www.etsundtarbejdsliv.dk/vold

Hvordan værne om patienters integritet ved kropspleje?

AF PIA HOU MARK, CAND.SCIENT., CAND.MERC.AUD. • FOTO: KIM EMLINGTON DARLING

Artiklen henvender sig til alle sygeplejersker. Hovedbudskabet er, at hjælp til personlig kropspleje kan være så grænseoverskridende, at plejen truer patientens personlige integritet. Gennem analyse af et konkret klinisk eksempel vises, hvordan Kari Martinsens omsorgsfilosofi kan tydeliggøre sygeplejerskens etiske refleksioner og handlemuligheder i sådanne situationer.

Peter sidder nøgen på hospitalets badestol med en vaskeklud i hånden. Hans kateterpose er pakket ind i en plastikpose, som er fæstnet til badestolens ben. Han dupper let og forsigtigt med spidsen af vaskekluden – med flygtige, nærmest forskræmte bevægelser, der kun akkurat når at føre vaskekluden ned til det yderste af penishovedet, før hånden skyndsomst flyver ud i luften igen. Trods gentagne forsøg får han ikke trukket forhuden tilbage, som vi talte om, da vi gennemgik rækkefølgen i hans kateterpleje. Han får ikke urenhederne væk. Det ser ud, som om han er på vej til at føre vaskekluden videre til ansigtet, så jeg bryder ind i en fart:

”Jeg kan se, du ikke rigtig har fået trukket forhuden tilbage – har du et tag, der plejer at virke?”

Peter ser op:

”Nej, nej – det har jeg ikke – nej, det har jeg heldigvis ikke,” svarer han og ser på mig med et blik, der virker mindst lige så forvirret og forskræmt som hans bevægelser. ”Jeg plejer jo ikke at gøre det her, jeg har jo aldrig prøvet det før” (fortællingen fortsættes længere fremme i artiklen).

Fortællingen om Peter rummer et etisk dilemma: at hjælp til personlig kropspleje kan være så grænseoverskridende, at plejen samtidig truer patientens personlige integritet. Patientens integritet bringes i spil både i og af sygeplejen, og artiklen rejser etiske spørgsmål til, hvordan sygeplejersker kan værne om patienters integritet i disse situationer.

Sygepleje med integriteten på spil

Ifølge sundhedsloven, sygeplejeetiske retningslinjer og ICNs etiske kodeks skal sygeplejersker arbejde med respekt for, at patienten bevarer sin værdighed og integritet. Begrebets relevans for sygepleje kan således næppe betvivles – det kan derimod meningen med begrebet, som fordrer etisk stillingtagen til, hvordan det i praksis er muligt for sygeplejersker at værne om patienters integritet ved kropspleje, der samtidig sætter patientens integritet på spil?

Fleere sygeplejeteoretikere har belyst spørgsmålet om patienternes integritet. *Jocalyn Lawler* har beskrevet et sæt udtalte kulturelle regler i spillet mellem patient og sygeplejerske ved udførelse af personlig kropspleje. Lawler analyserede regelsættets funktion som en ramme for patienters og sygeplejerskers mestring af den gensidige forlegenhed ved handlinger, der i Vesten anses for socialt grænseoverskridende (1). *Ploug Hansen* har vist, at sygeplejerske og patient ved sengebåd lægger krop til en ritualiseret iscenesættelse af kulturens symbolske forestillinger om menneskelig renhed og farer for smitte og besmittelse (2). *Kirsten Lomborg*

har problematiseret, hvordan patienter under kropsplejen anstrenger sig for at retfærdiggøre behovet for hjælp og kæmper for at bevare deres integritet i relation til ubehaget ved at være afhængig af sygeplejersken (3).

Integritet: grænser for nærhed

I fremmedordbogen oversættes integritet med uskadt-hed, pletfrihed, uberørthed, helhed, fuldstændighed. Integritet handler om det uberørte eller urørlige (4). I sygepleje anvendes integritetsbegrebet om menneskelige grænser og knyttes ofte til begrebet ”urørlighedszonen,” som stammer fra *Løgstrup*, som så det som et alment fænomen, at ”enhver af os gør krav på at være omgivet af en urørlighedszone” (5).

En persons ukrænkelige identitet eksisterer i kraft af andres respekt for hans grænser, og urørlighedszonen kan ses som et beskyttelsesfelt, enhver slår ud om sin krop – en oplevet grænse for nærhed, som varierer i forskellige situationer og relationer mellem personer (6). Zonens fysiske grænse kan overskrides på et spekter fra overfald, tortur og drab i den ene ende til harmløse overtrædelser i den anden ende – som når en velment arm om en skulder opleves grænseoverskridende.

Posttraumatiske eftervirkninger af voldelige overgreb kan være mere invaliderende end selve den fysiske vold mod kroppen, hvilket illustrerer, at urørlighedszonen og krænkelserne af den ikke alene omfatter fysiske, men også psykiske, sociale og ejendomsretlige fænomener (5,6). Det viser også spændvidden af den praktiske og moralske udfordring, sygeplejersker står over for i forhold til at værne om patienters integritet og urørlighed i forbindelse med kropspleje.

Forenende modsætninger

Om denne udfordring skriver *Martinsen*, at sygeplejersker er nødt til at se urørligheden i sammenhæng med den lige så fundamentale åbenhed (7). Urørligheden handler om patientens grænser for nærhed og sygeplejerskens respekt for dem, om sygeplejerskens villighed til ”ikke at røre” og til at lade dele af patientens liv forblive uberørt. Åbenhed handler ifølge *Løgstrup* om nærhed, sårbarhed og udleverethed i forholdet til medmennesket (5).

Åbenheden beror på, at vi som mennesker angår hinanden på de mest fundamentale niveauer og kun eksisterer i kraft af vores forbindelser til og forbundethed med andre mennesker. At se patientens åbenhed er at se den tillid og det håb om hjælp, som ifølge *Løgstrup* er livsytringer, vi alle spontant kommer verden i møde med, medmindre de er blevet krænket eller misbrugt (5,8).

Det er livsytringernes spontane åbenhed, som gør os



grundlæggende sårbare og udleverede i kontakten med hinanden, og som nødvendiggør urørlighedszonens beskyttelse som forenende modsætning til åbenheden (7).

Appellen om at blive taget vare på

I sin omsorgsfilosofi peger Martinsen på, at integritet er et normativt ord, der rummer en etisk fordring i sig – et indbygget ”bør” (7). Selve det at se den andens truede sårbarhed indeholder en appel om vilje til hjælp og beskyttelse af det sårbare liv, hvis det bliver nødvendigt (4). Appellen er dét, Løgstrup kalder lidelsens appel. Alt levende liv bærer en etisk fordring i sig og en appel om at blive taget vare på af den anden (9).

At tage den etiske fordring op

Personorienteret professionalitet er Martinsens begreb for de faglige og menneskelige kompetencer, der knytter sig til at tage den etiske fordring op.

Det er en professionalitet, som fordrer, at sygeplejersken investerer noget af sig selv i mødet med patienten, lader sig involvere og engagere og tør vise sine følelser som person, uden at trække patienten med ind i privat føleri. Det drejer sig om, at ”sygeplejersken må stille sig åben for situationens indtryk og turde lade sig berøre af sansningens stemthed for derefter at spørge efter fagkundskaber, der tillader, at hun ser mennesket og patienten i én og samme person” (7).

At se med et dobbelt øje

Martinsen bruger synet og hjertet som metaforer for den personorienterede professionalitets krav til sygeple-

jersken om at se patienten med et ”dobbelt øje,” der både forholder sig empatisk sansende og fagligt registrerende (9).

Fra et videnskabsteoretisk synspunkt kan det sansende øje siges at rumme en fænomenologisk tilgang til patienten, hvori sygeplejersken er til stede i relationen som person og ser patienten med ”hjerterets øje,” dvs. med alle sanser åbne og modtagelig for at blive rørt af patientens livsytringer.

Heroverfor kan det registrerende øje siges at rumme en mere hermeneutisk tilgang, hvor sygeplejersken bruger sin faglige for forståelse til at afgrænse sit personlige udgangspunkt fra patientens og til at forholde sig fagligt vurderende til patientens plejebævhov (7,10). Ifølge Martinsen behøver sygeplejersker begge se-måder for at få følt indsigt i og fagligt udsyn til de vigtigste dimensioner i patientens integritet (9). Uden hinanden udarter de to se-måder til forskellige slags enøjet sygepleje.

Hjerteløs registreringskynisme

Det sansende øjes nærhed kan udarte til sentimentalt føleri, hvor sygeplejersken bliver selvkredsende og taber sagen af syne i stedet for at rette opmærksomheden mod patientens lidelse. Patienten opsluges i omklammerende hjertelighed, urørligheden krænkes i grænseløst føleri, og integriteten udviskes for både hende selv og

”Patientens integritet står og falder med, at sygeplejersken har hjertet med i sit fag og faget med i sit hjerte.”

”Martinsen bruger synet og hjertet som metaforer for kravene til sygeplejersken om at se patienten med et dobbelt øje, der både kan forholde sig empatisk sansende og fagligt registrerende.”

» patienten. Martinsen kalder dette for sentimental omsorg (7,9).

Det registrerende øjes afstand kan udarte til hjerteløs dataregistrering. Med sit fagligt skolede blik ser den registrerende sygeplejerske patienten med tilstræbt positivistisk neutralitet – som om hverken sygeplejersken selv eller patienten er virkelige personer. Det objektiverende blik gør patienten til en ikke-person, en genstand, en sygdom. Sygeplejersken har øje for observationer og symptomer i samspillet med patienten – men hjertets øje er lukket. Hun ser forbi mennesket i lidelse. Martinsen kalder fænomenet for unkladelsessynd eller kynisme og peger på, at enøjet registrerende sygepleje handler om sygeplejersken som naturvidenskabens anonyme håndlanger og patienten som det, der skal håndteres (7,9).

Fagligt skøn: etisk knowhow

Isoleret set truer både det sansende og det registrerende øje patientens integritet. Her er det faglige skøn ifølge Martinsen nødvendigt. Ved fagligt skøn forstår Martinsen, at sygeplejersken forsøger at udtrykke sit indtryk af patientens situation gennem en praktisk-moralsk handlekløgt, der svarer til *Aristoteles'* begreb ”phronesis”, som er den kloge og rigtige handling i en bestemt situation (7,10). Skønnet betjener sig af og forener det sansende øjes følte indsigt og det registrerende øjes faglige overblik gennem etisk prioritering af de handlemuligheder, der kan værne om patientens integritet. Skønnet udfolder sig ved, at sygeplejersken:

- 1) rammes sanseligt af patientindtrykket og drages ind i situationen gennem sin åbenhed over for den etiske fordring i patientens lidelse
- 2) registrerer nogle indtryk som vigtigere end andre og eftertænker viden om og handlemuligheder i forhold til patientens situation
- 3) strukturerer det sansede og registrerede patientindtryk gennem et fagligt etisk skøn (phronesis), som udtrykkes helt konkret i måden, hvorpå sygeplejersken prioriterer sine muligheder for at handle praktisk og moralsk til patientens bedste.

Man er jo nødt til at røre ved den

(Fortælling fortsat) ... Jeg bliver forbavset over Peters udtryk, men tænker, at han ikke taler om at trække for huden tilbage i al almindelighed. Har følelsen af, at hans kejtethed handler mere om at berøre sit eget kønsorgan i mit påsyn end om, at han aldrig tidligere har prøvet at trække sin forhud tilbage. Han har trods alt haft den i

51 år. Hvis det var mig, der sad dér på en badestol og skulle vaske grundigt imellem mine skamlæber, mens en hjælper så efter, om jeg gjorde det godt nok, ville jeg formentlig også være på herrens mark. Jeg leder efter en løsning – jeg kunne foreslå at vende ryggen til, mens han vasker sig ... men jeg er jo nødt til at være sikker på at få de urenheder væk.

Tegningen af mikroorganismer, der vandrer op mod blæren langs ydersiden af kateterslangen melder sig på nethinden sammen med artikler om urinvejsinfektion og følgesygdomme. Dét skal han bare ikke udsættes for, hvis jeg kan gøre noget til at hindre det. Jeg griber ind: ”Vent lidt Peter – før du går videre. Jeg vil gerne vise dig, hvordan du kan gøre det, så du får urenhederne væk – er det i orden?” siger jeg, mens jeg tager handsker på.

Peter nikker. Jeg viser ham proceduren, rækker en ny vaskeklud frem og spørger, om han vil holde fast om kateterslangen med to fingre helt tæt ved indgangen og vaske slangen forsigtigt med kluden udad væk fra kroppen med den anden hånd.

Peter tager imod kluden. Med et snuptag fører han hurtigt for huden frem på plads, før han tager fat om kateterslangen med to fingre: ”Ja, man er jo nødt til at røre ved den – det er man jo – det er man jo.”

Urørlighedszonen er overskredet

Som Peter sidder i badet med sit kateter, er hans urørlighedszone allerede overskredet. Kateteret har invaderet hans urinveje og vidner om tab af kontrol over egen urinudskillelse. Han er nøgen og blottet i fysisk nærhed med en kvinde, som hjælper ham med intim kropspleje. Med flygtige bevægelser vægrer Peter sig mod at komme tæt på sit kønsorgan, som han søger at beholde uberørt i situationen.

Men kropsplejens sag går tættere på, og forsøget mislykkes. Også Peters sprog vidner om, at han er ved at disintegrere. Han kan ikke bevare kontakten til erfaringer fra sit øvrige hverdagsliv: ”Jeg har jo aldrig prøvet det før,” siger han.

Spørgsmålet er, hvordan sygeplejersken kan relatere til Peters grænser for nærhed og værne om hans skrøbelige urørlighedszone i en situation, hvor dens fysiske og sociale basis er væk?

Peters forsøg på at forblive uberørt forenes med sin modsætning i hans flygtige, forskræmte bevægelser og øjne, der fortæller, at han er usikker og sårbar. I Peters krop og tale rækker hans suveræne livsytringer ud efter hjælp. Med håbefuld tillid appellerer Peter til at blive set og modtaget i sin afmægtighed. Spørgsmålet er, hvordan sygeplejersken kan vise sig tilliden fra hans spontane livsytringer værdig?

Når det sansende øje overvældes

Sygeplejersken rammes sanseligt af kejtetheden i Peters bevægelser og appellen i hans øjne. Hun identificerer sig spontant med Peters pinagtighed: ”Hvis det var mig, der sad dér ... ” og får lyst til at afhjælpe hans pinlighed



ved at se væk. Måske for også at beskytte sig mod at blive for overvældet af Peters pine, som hun næsten mærker på sin egen krop. Spørgsmålet er, hvordan sygeplejersken kan føle med Peter uden at kredse om sig selv, gøre hans følelser til sine og udviske hans integritet i enøjet sentimentalt føleri?

Sygeplejerskens refleksioner og handlinger afspejler faglig viden om generelle forhold vedr. KAD-pleje. Hun følger teknikker og procedurer for hygiejniske principper ved nedre toilette og kateterpleje for at forebygge infektioner. Hun ved, at evidensbaserede undersøgelser af kateterpleje påviser, at sygeplejehandlinger gør en forskel. Derfor fastholder hun sagen og presser Peter – med en paternalistisk myndighed, som atter udfordrer hans urørlighed. Spørgsmålet er, hvordan hun kan prioritere plejeopgavens sag og procedurer uden at ”lukke hjertets øje” og sætte Peters integritet over styr til fordel for enøjet faglig opgaveløsning og kynisk princippryteri?

En skønssag

I fortællingen bruger sygeplejersken sin medmenneskelige indføling til at forankre sine faglige refleksioner i Peters situation og til at guide sit etiske skøn over, hvordan hun kan handle praktisk til hans bedste. Med Martinsens ord kan man sige, at sygeplejersken søger at udføre kropsspleje, der agter livet – ikke fordi det står i love og etiske forskrifter, men fordi ordene i forskrifterne henviser til grundlæggende etiske livsfænomener.

Begrebet integritet henviser til, at patientens urørlighed og åbenhed er sårbart liv, der bør værnes om. Og begrebet personorienteret professionalitet præciserer, at den etiske fordring til sygeplejersken er en opfordring til at værne om patientens integritet gennem et fagligt skøn baseret på en sansende og registrerende tilgang til patienten. Vægtningen mellem de to er en skønssag. Og skønnet er – med Martinsens metafor – en hjertesag. Metaforisk kan det derfor hævdes, at patientens integri-

tet står og falder med, at sygeplejersken har hjertet med i sit fag og faget med i sit hjerte.

Pia Houmark er sygeplejestuderende på 7. semester på Hillerød Sygeplejeskole. Hun arbejder sideløbende som konsulent; houmark@mail.tele.dk

Artiklens tema er uddybet i upubliceret rapport, som kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. Lawler J Bak skjerm Brettene. Sykepleie, somologi og kroppslige problemer. Oslo: Ad Notam Gyldendal; 1996.
2. Hansen HP. Renlighed i sygepleje. I: Hansen HP, ed. Omsorg, krop og død. En bog om sygepleje. København: Gyldendal; 1998. p.118-135.
3. Lomborg K. Nurse-patient interactions in assisted personal body care. A qualitative study in people hospitalised with severe chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Aarhus: Fællestrykkeriet for Sundhedsvidenskab Aarhus Universitet; 2004.
4. Kemp P, Lomholt Kemp M. Et liv der ikke dør. En bog om lægekunst og menneskelighed. København: Spektrum; 1998.
5. Løgstrup KE. Norm og spontanitet. Etik og politik mellem teknokrati og dilettantokrati. 2. oplag. København: Gyldendal, (1972) 1976.
6. Hansen NG. Løgstrups etik og sygeplejens praksis. I: Hansen HP, ed. Omsorg, krop og død. En bog om sygepleje. København: Gyldendal; 1998. p. 33-58.
7. Martinsen K. Fra Marx til Løgstrup. Om etik og sanselighed i sygeplejen. København: Munksgaard; 2000.
8. Delmar C. Tillid og magt. 1. udgave. København: Munksgaard; 1999.
9. Martinsen K. Øjet og kaldet. København: Munksgård 2001.
10. Hansen MN. Omsorg i de mellemmenneskelige relationer i sundhedsvæsenet. Et kvalitetsudviklingsperspektiv. Århus: Århus Amts Trykkeri; 2003.

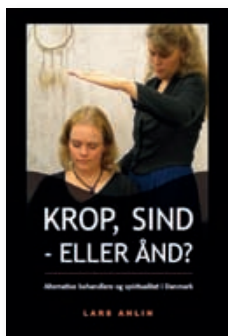
))) ENGLISH ABSTRACT

Houmark, P. How to uphold patients' integrity when attending to personal hygiene. *Sygeplejersken* 2007;(24):66-9.

On the basis of a clinical narrative about personal hygiene and care philosophy by Kari Martinsen and Knud Eiler Løgstrup, the article takes up the issue of how, in practice, nurses can safeguard patients' integrity when they are given help with their personal hygiene. The article sets out the ethical significance of patients' integrity and nurses' person-oriented professionalism. It is shown that integrity refers to the fact that patients' inviolability and frankness are vulnerable and need to be safeguarded, while person-oriented professionalism requires nurses to protect a patient's integrity by means of the professional judgement based on sentient, registrative approach to the patient. Through analysis of a specific clinical example, Martinsen's care philosophy is used to elucidate nurses' ethical reflections and possible actions in a situation in which the integrity of a male patient is at stake both within and outside a nursing environment.

Key words: Ethics, integrity, care, Kari Martinsen, Løgstrup.

Tager forskeren den alternative behandler alvorligt?



Lars Ahlin
Krop, sind – eller ånd?
 Alternative behandlere og
 spiritualitet i Danmark
 Forlaget Univers 2007
 216 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-91668-06-7

Lars Ahlin, lektor i religionssociologi ved Aarhus Universitet, har undersøgt, hvad der karakteriserer de alternative behandlere i religiøs henseende.

Undersøgelsen er egentlig startet lidt bagvendt, idet den er en del af et projekt, som har til formål at beskrive det religiøse landskab i Danmark lokalt og nationalt, Det Danske Pluralismeprojekt. Da man kom til en beskrivelse af spiritualiteten i Danmark, havde man imidlertid ikke en kirke eller et trossamfund at henvende sig til, hvorfor man i stedet valgte at undersøge en gruppe mennesker, for hvem spiritualitet kunne tænkes at have stor betydning, nemlig de alternative behandlere.

Ahlin baserer sin undersøgelse på spørgeskemaer, som angiveligt er blevet til i et tæt samarbejde med henholdsvis brancheorganisationer for alternative behandlere og ViFAB (Videns- og Forskningscenter for Alternativ Behandling). Man har tilstræbt at sende spørgsmålene ud til samtlige alternative behandlere i Århus og er endt op med en svarprocent på 44, svarende til 170 personer.

Det interessante ved bogen er imidlertid ikke selve undersøgelsen, men en mængde vigtige baggrundsoplysninger, både i selve teksten og i bilagene. F.eks. beskrives den historiske udvikling af religiøsitet i Danmark i et kapitel, mens tre kapitler beskriver alternativ behandling mht. definitioner af begrebet, den samfunds-

mæssige udvikling og en karakteristik af de alternative behandlere.

De mange fakta og begrebsdefinitioner gør bogen interessant både for den, der søger oplysninger om religiøsitet og spiritualitet i dagens Danmark, og for den, der søger baggrundsviden om alternativ behandling.

Der kræves nu ikke en særlig indsigt i komplementær og alternativ medicin (CAM) for at spørge, om en alternativ behandler mon har hjertet på rette sted og er ved sine fulde fem, hvis vedkommende kan svare "helt enig" til så ekstreme udsagn som: "Alle, som ønsker det, har mulighed for at få succes og rigdom," eller "Hvis man tænker positivt, udvikles livet i den retning, man ønsker det."

Måske er det ikke helt tilfældigt, at bogens forside prydes af en hekseagtigt udseende ung kvinde med en udstråling af selvhøjtidelig frelstthed. Trods sin forskerobjektivitet fornemmer jeg alligevel, at Ahlin i bund og grund ikke kan tage den alternative behandler alvorligt.

Læs bogen og døm selv!

Af Bodil Gyllembourg Lissau, sygeplejerske på det kommunale rehabiliteringstilbud Strandhøj i Skodsborg. Bestyrelsesmedlem i Fagligt Selskab til fremme og integration af komplementære terapier i sygeplejen.

Hvordan er det nu lige med min pension?



Marianne Zerlang og
 Kenneth Handgaard
Seniorhåndbogen 2007
 – Råd og fakta om
 økonomi og jura
 Forlaget Jurainformation
 166 sider – 149 kr.
 ISBN 978-87-91766-54-1

Bogen er for dem, der planlægger et seniorliv, og den gav mig sved på panden. For hvordan er det nu lige mine pensionsforhold er, og hvordan er mine muligheder for et aktivt seniorliv? Det er ikke så langt ude i fremtiden, som det har været.

Det er nok lidt sent at starte på en pensionsordning, og dog ... Og hvordan er det lige at være enlig i den sammenhæng? Der er mange gode råd at hente i bogen, men det er om at holde tungen lige i munden.

Det er en seniorhåndbog, men yngre må gerne være med. Det kan være sundt at vide, hvad der venter. Hvornår er man egentlig senior?

Hvornår tager man stilling til det liv, man gerne vil have som senior/pensionist?

Først afliver bogen syv myter om pensionsplanlægning, og de er værd at starte med, men det er vigtigt at holde sig sin egen økonomi for øje. Det gælder også den økonomiske planlægning.

Jørgen og Lise planlægger deres seniortilværelse, eksemplerne er gode og kan give inspiration til, hvordan man selv kan tilrettelægge sin tilværelse. Mulighederne er flere. Jeg mener, at en sådan planlægning kræver mere hjælp, end bogen giver, når der tages udgangspunkt i egne forhold. Jeg synes, det er svært at overskue alle konsekvenserne af de valg, man måtte træffe i den forbindelse.

Bogen opererer med "magiske aldre," dvs. hvornår man kan få hvad i forbindelse med pension, f.eks. kan

en ratepension løbe til det 85. år. Desuden omhandler bogen "bedste tidspunkt" for en række pensionsydelse, skat og efterløn.

Mulighederne vurderes, men man skal fortsat tage hensyn til egen økonomi og egne muligheder.

Hele rådgivningsdelen giver råd om pension, efterløn, tilrettelæggelse af indkomst og forbrug, boligvalg m.m. En del af sociallovgivningen er med, ligesom lovgivning om arv, ægteskab og skilsmisse er med.

Faktadelen kan bruges som opslagsbog, og der gives en kort forklaring på de enkelte emner. Mange fakta er inden for det sociale område.

Bogen har givet meget at tænke over. Hvornår bør og kan jeg gå på efterløn, og hvordan påvirkes min økonomi på alle fronter af det?

Den økonomiske del synes jeg er svær. Jeg vil ikke kunne lade bogens råd stå alene, men jeg er efter endt læsning bedre rustet til at søge råd vedrørende pension, efterløn og økonomi andre steder.

På ovenstående grundlag kan bogen anbefales til alle, der gerne vil vide mere om mulighederne for en aktiv og god seniortilværelse.

Af Lene Gredal, specialeansvarlig sygeplejerske, cand.jur., ansat på Medicinsk afdeling P7, Regionshospitalet Horsens.

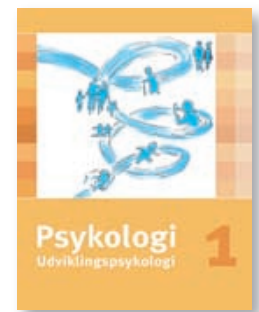
Husk de visuelt orienterede studerende

”Psykologi 1 – Udviklingspsykologi” er en lærebog for sygeplejestuderende. Den udmærker sig ved at give en grundig og fyldestgørende introduktion til udviklingspsykologiens teorier, begreber og pointer. Bogen er bygget op om *E. Eriksons* otte livsaldre: Spædbarnsalder (0-1½ år), småbarnsalder (1½-3 år), førskolealder (3-6 år), skolealder, pubertet og ungdom (13-20 år), tidlig voksenalder (20-50 år), senere voksenalder (50-65 år) og alderdom (65 år og frem). Hver livsaldre suppleres med kapitler, der tager centrale emner op i forhold til den pågældende livsaldre. Således omtales tilknytning, fædre, søskende og sproglig udvikling i forbindelse med spædbarnsalderen og småbarnsalderen. Leg, opdragelse, kønsudvikling og seksuel udvikling i forbindelse med førskolebarnet og skolebarnet. Identitetsdannelse og selvret er knyttet til pubertet og ungdom. Eksistentielle udfordringer, tab og mestring introduceres i sammenhæng med voksenliv og alderdom. En rigtig god ide, der i overensstemmelse med forfatterens hensigt, fremhæver relevante og vedkommende temaer

i forhold til det pågældende udviklingstrin. Derudover er bogen forsynet med stikordsregister samt fyldige noter og litteraturhenvisninger, der fjerner enhver tvivl om, hvem der har sagt hvad og gør det klart, hvem ophavsmanden til den pågældende teori eller begreb er. Det er et plus, at forfatteren inddrager den kritik, der i tidens løb er fremsat af de store teorier. Det gælder bl.a. *S. Freuds* teori og behaviorismen.

Bogen er forsynet med få, velvalgte illustrationer. Sproget er klart og tydeligt, men alligevel fremtræder bogen noget teksttung. Der er ingen margentekst og meget få skemaer og andre grafiske fremstillinger, der letter overblikket og forståelsen for den mere visuelt orienterede studerende. Bortset fra det er der her tale om en lærebog, der absolut kan finde plads i sygeplejerskeuddannelsens pensum.

Af Birte Glinsvad, underviser ved
JCVU – Sygeplejerskeuddannelsen Randers.



Anne Stokkebæk

Psykologi 1 – Udviklingspsykologi

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
2. udgave 2007
456 sider – 369 kr.
ISBN 978-87-17-03965-0

Vellykket og relevant for professionen

I den fjerde udgave af ”Biokemi” er de væsentlige ændringer, at kapitlerne om cellen og immunforsvaret er skrevet om, samt at kapitlet om hormoner er udvidet med en del om nervesystemet. Der er mindre justeringer i kapitlerne om fordøjelse, lever og stofskifte.

Kapitlet om cellen fremstår klart forbedret med væsentligt indhold om cellens opbygning samt om cellulære processer som transport gennem cellemembranen og celledeling. Infektionsforsvaret er det nye navn til det reviderede kapitel om immunforsvaret. Kapitlet giver et godt overblik over infektionsforsvaret på et fagligt relevant niveau. Nervesystemet med fokus på de processer, der sker på celleniveau, er nyt indhold i kapitlet, og nu kaldes det styresystemer. Der gives et godt grundlæggende overblik over de cellulære processer, så det er muligt at forstå principperne i nervecellernes funktioner og mulighed for at medvirke til styring af kroppen.

Kapitlernes rækkefølge er ændret, og det kan måske have betydning for tilgangen til bogen. Kapitlet om cellen var tidligere placeret umiddelbart efter det første kapitel om almen kemi, hvorved cellen og de kemiske processer i denne blev et konkret billede at hæfte biokemien op på. Nu er cellen placeret som kapitel syv, så de mere tunge kapitler om kemi, der af mange studerende kan opleves som vanskeligt tilgængelige og abstrakte, skal læses først.

Forfatterne nævner, at deres mål er at skrive en bog,

der skal kunne læses og forstås ved selvstudium og uden særlige forudsætninger i kemi. Dette synes at være et urealistisk højt mål i et fag, som traditionelt opfattes som svært tilgængeligt af mange studerende. Det ændrer dog ikke ved, at forfatterne, med baggrund i deres mange års erfaring med undervisning af sygeplejestuderende i biokemi, med den fjerde udgave af ”Biokemi” har skrevet en lærebog, der stadigvæk kan bruges som afsæt for undervisningen.

Samlet synes denne 4. udgave af bogen at være vellykket. Ud over de nævnte tekstmæssige forbedringer er dens omfattende illustrationer redigeret og fornyet, så bogen fremstår som opdateret, mere læsevenlig og indbydende.

Bogen afspejler med inddragelse af nye faglige områder, som ikke traditionelt har ligget i biokemien, at det er svært at adskille biokemi fra fysiologi. For den sygeplejestuderende er det nok heller ikke så vigtigt at kunne skelne mellem, hvornår noget er biokemi eller fysiologi. Det centrale må være, at den studerende lærer et naturvidenskabeligt indhold, der er relevant for professionen. Dette kunne tale for yderligere integration af fagene biokemi og fysiologi, både i undervisningen samt i fremtidig redigering eller skrivning af lærebøger.

Af Peter Errboe Jensen, cand.scient., ph.d., ansat på
JCVU Sygeplejerskeuddannelsen i Århus.



Oluf Nielsen og Anne Springborg


Biokemi

Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck
4. udgave 2007
306 sider – 349 kr.
ISBN 978-87-17-03962-9

Ro på i en oprørt stund



Nethe Plenge
Hånd om konflikten
 Børsens forlag 2007
 133 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-7664-215-0

 Bogen er en brugsbog og et opslagsværk tilegnet freelancere og andre personer, der arbejder i enkeltmandsvirksomheder. Udgangspunktet er forfatterens erfaring med konflikter opstået i forbindelse med konsulentarbejde og lignende virksomhed.

”Hånd om konflikten” drejer sig om mellemmenneskelige konflikter, den type konflikter, som man selv umiddelbart har mulighed for at tage hånd om, skriver forfatteren, *Nethe Plenge*.

Med udgangspunkt i den erkendelse, at vi i mellem-menneskelige relationer ikke kan ændre på andre, men kun på os selv, leverer bogen en god og overskuelig gennemgang af, hvordan vi i en oprørt stund kan få ro på os selv, og på, hvordan vi kan få overblik over situationen. Det gennemgås systematisk, hvordan vi kan analysere os frem til, hvor betydningsfuld og hvor farlig konflikten er for os selv og for de andre. Hvad tyngden i konflikten er, hvilke følelser den består af samt, hvilke interesser og behov modparten og vi selv har.

Når vi har analyseret os frem til, hvad konflikten består af, kan vi hente hjælp til, hvilke metoder vi med fordel kan bruge i løsningen af konflikten. F.eks. hvordan vi med god samtalekunst og mægling kan komme godt igennem en konflikt og få en holdbar aftale i stand. Det kan umiddelbart se lettere ud, end det i virkeligheden er. Forfatteren gør da også opmærksom på de situationer, hvor den uerfarne med fordel kan søge hjælp hos mere erfarne.

I bogen beskrives endvidere en metode (tjekpunkter

til en aftale), som kan anvendes til at forebygge konflikter i et kommende samarbejde.

Bogen er let læselig. Der er god sammenhæng i bogens afsnit, hvor teorier fra tidligere afsnit inddrages i de efterfølgende. Efter hvert emne opfordres man til refleksion over egne oplevelser, og selv mere komplicerede teorier er beskrevet på en let forståelig måde. Det betyder, at man kan ligge på sofaen og hygge sig med bogen og samtidig lære noget uden at skulle sidde med diverse ordbøger ved sin side. Det er rent faktisk en fornøjelse at læse bogen.

Bogen er skrevet med eksempler fra en anden faglig verden end min, men jeg kan sagtens sammenligne og drage paralleller til min egen og andres verden både fagligt og privat. Bogen kan læses i sin helhed, og den kan bruges som opslagsværk. Men jeg tror, udbyttet bliver størst, hvis man starter med at læse bogen i sin helhed.

Selv om konfliktløsning kan være svær, mener jeg, at det gamle ordsprog ”Hvo intet vover, intet vinder” er værd at huske. Konflikter er uundgåelige og løser ikke sig selv. Bogen kan være til god hjælp. Den er ikke større, end den kan ligge i tasken eller i en stor baglomme. Den vil komme til at ligge i min taske. Jeg har allerede bøjet æselører ved de punkter, jeg har brug for hjælp til.

*Af Mette Christensen, afdelingssygeplejerske,
 ansat på Geriatrisk afsnit A,
 Nykøbing F. Sygehus.*

►► KORT OM NYE BØGER

Dansk Sygeplejehistorisk
 Museum, årsberetning 2006

Sygeplejerskernes eget museum har haft et travlt år med tre særudstillinger ud over den permanente udstilling og forskellige familieaktiviteter strategisk placeret i vinterferie og sommerferie. Museet samarbejder bl.a. med Kolding Kommunes sundhedsfremmegruppe om at inddrage museet i undervisning om sundhed og har også haft forskellige foredrag på programmet i løbet af året.

Læs mere om museets aktiviteter på www.dshm.dk

(jb)

Årsskrift for Medicinsk Museion,
 4. årgang 2007-09-20
 ISSN 1604-083X

Årsskriftet fejrer Medicinsk Museions 100-års-jubilæum og dét med manér. Årsskriftet er meget indbydende og indeholder både gamle fotografier, mindre artikler og omtale af Museions aktiviteter, som i 2006 bl.a. omfattede en udstilling med samtidskunst. Læseren opfordres til at kommentere årsskriftet på Museions egen blog. Læs mere på www.museion.ku.dk

(jb)



Opgør med middelklassenormer

Det er velkendt, at der eksisterer ulighed i børn og unges sundhed, og at ulighederne er socialt bestemt, men hvordan kan disse forskelligheder forklares?

Der savnes viden om hvilke sammenhænge, der er mellem børn og unges sociale forhold og deres sundhed. Især viden om hvordan den sociale ulighed påvirker børn og unges sundhed i negativ retning.

Forfatterne tager udgangspunkt i begrebet social kapital, som det bl.a. ses hos den franske sociolog *Pierre Bourdieu*. Inspireret af kapitalbegrebet undersøges hvordan især den sociale kapital opbygges gennem børns opvækst. Den sociale kapital ses som en ressource, som måske endda opbygges gennem generationer.

Den kvalitative del af undersøgelsen bygger på samtaler med 16 unge mellem 15 og 17 år, udvalgt så de repræsenterer en bredde i social baggrund. Ud fra den teoretiske model om social kapital belyses, hvordan børn og unge håndterer sundhed og sygdom, eller sagt med forfatterens ord, hvordan de opbygger sundhedskapital.

Bogen giver indtryk af at være en tung teoretisk sag, men dens lidt kedelige ydre skal man ikke lade sig narre af. Den rummer spændende læsning og er svær at slippe, når man først er begyndt. Undersøgelsen viser, at børn og unges sundhedsfremmende handlinger og praktikker er tæt knyttet til deres sociale position og dermed til den socialisering, de har gennemgået i deres opvækst.

Det her er vigtig viden, når der skal interveneres i

forhold til børn og unges adfærd, og måske er det her, forklaringen på oplysningskampagnernes manglende effekt skal findes. Forfatterne skyder med skarpt på de individrettede kampagner, som forsøger at adfærdregulere svage grupper med gode råd og opfordringer til at ændre adfærd, da denne form har en tendens til at give målgruppen dårlig samvittighed, hvilket ikke er hensigten.

Som i mange andre sammenhænge er der en tendens til, at forebyggelse og sundhedsfremmende tiltag bygger på middelklassens normer og værdier. På den måde kan en nok så velment indsats, der søges formidlet, medvirke til manglende anerkendelse af målgruppen og dermed en stigmatisering med negative sundhedsmæssige konsekvenser.

Endnu engang kan man således påvise, at de gode tiltag let får en anden virkning end den, der var tiltænkt, også når det gælder sundhed. Er man ikke til teoretiske værker, kan man nøjes med at læse bogens konklusioner. Her er gode forslag til, hvordan den sundhedsfremmende indsats kan udmøntes i praksis på en måde, så vi opnår de tilsigtede resultater frem for at medvirke til, at den sociale ulighed i sundhed skal være i generationer.

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

Forslag til, hvordan ensomme unge kan hjælpes

Mange unge har ikke rigtig nogen at snakke med om de ting, der fylder meget i deres hoveder og sind. Ensomhed er en subjektiv følelse, som kan vokse til afmagt, når den unge ikke kan finde nogen at dele oplevelser, sorger og glæder med.

Unge, som lever med ensomhed, bliver meget påvirket af det, hvorfor denne antologi forsøger at sætte fokus på problematikken, så den unge kan se, at der til trods for afmagtsfølelsen er noget at gøre, og de mennesker, der møder disse unge, kan forstå problemet og dets omfang.

Antologien indeholder 14 indlæg, som er skrevet af frivillige, professionelle og af de unge selv. Dette giver en god bredde i forhold til den bearbejdede problematik, og som læser får man et overblik over, hvordan de unge føler det, hvad forskningen viser på området, og hvordan det er muligt for professionelle, som er i kontakt med unge, at rådgive og dermed medvirke til, at problemet afhjælpes.

Antologien er udgivet af Ventilen Danmark, som er en frivillig organisation, der driver mødesteder landet over for unge mellem 15 og 25. Ventilen er et tilbud til

unge, der har svært ved at finde venner og skabe netværk, og som føler sig ensomme og udenfor i deres hverdag. I mødestederne får de mulighed for at møde andre, der har det på samme måde, og hjælp til at komme ud af den isolation, som ensomhed er.

Derudover arbejder Ventilen Danmark med at skabe information og debat om ensomhed blandt unge, hvilket denne antologi er medvirkende til.

Bogen giver et nuanceret billede af livet for unge ensomme og kan anbefales til alle, som kommer i kontakt med disse unge, enten det er som privatperson eller som professionel. Det er sparsomt med undersøgelser og forskningsprojekter, som fokuserer på ungdomsensomhed, men bogen giver mange forslag til, hvordan arbejdet med ensomme unge kan udvikles, så den unge hjælpes ud af ensomheden og ind i fællesskaber med jævnaldrende.

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



Bente Jensen, Kristian Larsen, Peter Koudahl og Gry Andsgaer
Ulighed i børn og unges sundhed – set i lyset af social kapital
 Danmarks Pædagogiske Universitets Forlag 2007
 180 sider – 179 kr.
 ISBN 978-87-7684-130-0



Annette Wiborg (red.)
Der er bare ikke rigtig nogen – en antologi om unge og ensomhed
 Ventilen Danmark 2007
 205 sider – 199 kr.
 ISBN 978-87-991121-3-2

5 FAGLIGE MINUTTER SKRIVES PÅ SKIFT AF FIRE SYGEPLEJERSKER:

Jette Bagh,
sygeplejerske,
cand.cur.,
fagredaktør på
Sygeplejersken.



Jørn Ditlev Eriksen,
sygeplejerske, for-
stander på botilbud-
det Slotsvænget,
Lyngby/Taarbæk
Kommune.



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



Birgitte Harild,
sygeplejerske,
leder af visitations-
afdelingen i Frede-
riksværk/Hundested
Kommune.

Vild med dansk

For to år siden blev en læser meget vred på mig og kaldte det en provokation, at jeg anbefalede en stak bøger til juleferien. Vreden skyldtes, "at hovedparten af Dansk Sygeplejeråds medlemmer overhovedet ikke har juleferie." Svadaen sluttede med en bemærkning om, at "skrivebordssygeplejersker burde tvinges ud i en sengeafdeling, så de ikke skriver sådan noget vrøvl."

Men nu gør jeg det igen. Anbefaler nogle bøger til de sure, mørke vintereftermiddage og aftener. Bøger om eller med effekt på den sygepleje, som læserne udøver i en eller anden form.

På årets Bogforum hørte jeg sygeplejersken *Kim Leine* tale om sin meget roste debutroman, erindringsbogen "Kalak." Jeg købte den og må sige, at det er svært at stoppe læsningen, når klokken bliver mange. Kim Leine fortæller i rask tempo om sit liv og sit arbejde som sygeplejerske i Grønland. Om at blive misbrugt, om at have et misbrug og om sine mange kvinder. Sygeplejen i Grønland er han vild med, og det er interessant at læse om, hvordan han diagnosticerer, suturerer, gipser, tager vare på fødsler og konstaterer, at døden er indtrådt hos et udvalg af patienter. Her er tale om opgaveglidning i den helt store stil. Leine tegner et billede af Grønland, der både nuancerer forståelsen af grønlændere og bekræfter de store sociale problemer, der bliver diskuteret i Danmark efter DR1-dokumentaren "Flugten fra Grønland," vist på DR1 den 31. oktober 2007.

En ganske anden opfattelse af sygepleje og sygeplejersker står *Majgull Axelsson* for. I bogen "Aprilheksen" lyder det: "De havde alle opmuntrende fuglestemmer, og de opførte sig alle som gadepiger. De smilede og kvadrede og kærtegnede mod betaling. Men deres hænder var iskolde, og prisen, de krævede, var urimelig. En glorie."

Kvinden, der siger sådan, har levet hele sit liv afhængig af andre mennesker. Hun har en hjerneskade, er spastisk lammet og lider af svær epilepsi. Kvinden er ganske vist en fiktiv person, men beskrivelsen af hende og hendes iagttagelser er overbevisende og billedrig.

I *Christian Jungersens* roman "Krat" fra 1999 får læseren indblik i, hvordan en 82-årig mand opfatter verden, og i korte glimt også beskrivelser af, hvordan det er at være afhængig af hjælp til personlig pleje. Gamle mennesker er ikke i høj kurs, heller ikke blandt sygeplejersker, så bogen er en god øjenåbner til et univers, der for mange er ukendt.

Men hvorfor bruge tid på at læse?

Skønlitteratur er en gave, fordi læseren får udvidet sin horisont, udfordret fasttømrede opfattelser af sammenhænge, nye tanker og ikke mindst ord og udtryk ganske gratis.

Det er dejligt at gumle på besynderlige ord og vendinger, og enhver familie med respekt for sig selv har nogle faste standarder. F.eks. denne, som min tidligere chef fortalte. Hun havde holdt frokost, og en af gæsterne forlod ud på eftermiddagen selskabet med bemærkningen: "Tak for en penibel frokost." Hvad hun præcis ønskede at sige, står hen i det uvisse, men udtrykket overlevede og bliver den dag i dag brugt af familien ved passende lejligheder.

Et andet udtryk, som vil overleve hos mig, blev præsenteret af venindens lille dreng, *Pelle*, som gerne ville indvi sin mor i noget, han havde hørt i skolen. Det drejede sig om Europas Vidner.

Savner man flere ejendommeligheder, kan de findes på www.morfarudtryk.dk En anden mulighed er at slå op på den mere seriøse hjemmeside, www.sproget.dk hvor både professionelle sprogbrugere og almindeligt sproginteresserede kan finde oplysninger om det danske sprog og sprogforhold i Danmark.

God læselyst fra skrivebordssygeplejersken.

jb@dsr.dk

"Det er dejligt at gumle på besynderlige ord og vendinger, og enhver familie med respekt for sig selv har nogle faste standarder."