

DANMARK ER MIT NYE HJEM • NYE TIDER PÅ 112 • MEDICIN TIL RASKE ER EN SYG IDÉ

SYGGEPLEJERSKEN

PERSPEKTIV

DANISH JOURNAL OF NURSING » NR. 21 » 17. OKTOBER 2008 » 108. ÅRGANG

KORT NYT

**Sygeplejerske foreslår
tvangsafvænning af
gravide stofmisbrugere**

**Fyringsrunde på
sygeplejeskolen i Herlev**

FAG

**De komplekse
årsager til fedme**

VIKARBUREAUER I EKSPLOSIV VÆKST



KLINISK SYGGELEJE: MOBILISERING AF PATIENTER, SOM HAR BRÆKKET HALSHVIRVELSØJLEN

DET KAN DU LÆSE I DETTE NUMMER AF SYGEPLEJERSKEN:

25 Ud med sproget

Medicin til raske er en syg idé, mener praktiserende læge og dr.med. Lotte Hvas, der mener, at sundhedsvæsenet sygeliggør raske ved at bruge mere og mere tid på at tale livsstil og forebyggelse.

26 Nye tider på 112

Borgerne skal have rådgivning af sundhedsfagligt personale, mener regionerne.

30 Danmark er mit nye hjem

33-årige Adrienn Németh havde aldrig besøgt Danmark, da hun i foråret besluttede at søge en stilling som sygeplejerske i København. Kan Danmark leve op til forventningerne?

”Jeg er selvfølgelig stadig meget utilfreds med mit økonomiske tab på grund af konflikten. Det hjælper jo ikke så meget med Grete Christensens store forståelse og gode råd om at tage ekstra vagter.”

LÆS DEBAT SIDE 34



VIKARBUREAUER I

På bare to år er antallet af vikarbureauer fordoblet. Tendensen er bekymrende, mener flere eksperter. Sygeplejersken bringer her de første artikler i en længere serie om ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Vi regner med at holde fast i ressourceemnet gennem hele 2009.

Den voldsomme stigning i antallet af bureauer og de mange millioner kroner, det offentlige sygehusvæsen rent faktisk bruger på vikarer, stiller et vigtigt spørgsmål: Var det egentlig meningen, at vikarbureauerne skulle være løsningen på sygehusenes problemer med at skaffe kvalificeret arbejdskraft? Det tror vi ikke, men sådan er det blevet mange steder.

LÆS TEMAET SIDE 16-20

FORSIDEFOTO: SOREN HOLM



LÆS SIDE 22



FOTO: SIMON KNUDSEN

EKSPLOSIV VÆKST

16

Motorcykeluheld og mobilisering

>>> FAG

Morten er kørt ind i autoværnet på sin motorcykel. Han ligger nu i respirator på Rigshospitalet og skal stabiliseres, opereres og langsomt mobiliseres. Artiklen i kategorien "Klinisk Sygepleje" med titlen "Mobilisering af patienter, som har brækket halshvirvelsøjlen" side 44 beskriver de udfordringer, sygeplejerskerne står over for, når patienten med rygmarskade skal mobiliseres i sengen eller fra seng til stol.

Der er fokus på to typer shock, som patienten kan få, og på det blodtryksfald, patienten kan rammes af ved mobilisering. Faktorer, som sygeplejerskerne skal være opmærksomme på, fortælle pårørende om og gerne forebygge.


Blodtryksfaldet kan, selv ved meget små stillingsændringer, gøre patienten utilpas og bange. Forfatterens erfaring er, at succesrig mobilisering tager tid og er kortvarig.

Artiklen giver læseren mulighed for at teste sig selv efter endt læsning.

LÆS SIDE 44

I HVERT NUMMER

- 6 Eftertanker
- 6 Kort nyt
- 33 Dansk Sygeplejeråd mener
- 34 Debat
- 40 Fagtanker
- 40 Faglig information
- 42 Resuméer
- 52 Testen
- 58 Agenda
- 59 Anmeldelser
- 62 5 faglige minutter
- 63 Stillingsannoncer
- 76 Kurser/Møder/Meddelelser

 "Efter at have læst denne bog kan det aldrig være nok at give medicin, så patienten ikke længere er psykotisk eller er drevet til at skade sig selv. Det er for pauvert."

LÆS ANMELDELSERNE SIDE 59

FAG

52 Test din viden om ...

Ved du, hvor mange danskere der har konstante eller tilbagevendende rygsmerter? Og ved du, hvad årsagen til rygsmerter er?

>>> TESTEN



54 De komplekse årsager til fedme

Fedme har mange årsager, men der findes endnu ingen optimale strategier til bekæmpelse af overvægt og fedme. Alle instanser i samfundet har dog et ansvar for at bidrage til en løsning.

"Jamen altså, skal chefen nu også være leder? Ønsket er det samme som angst for selvstændig tankevirkosomhed. Et behov for en tilbagevenden til patriarkatet, som det fungerede, før jeg blev født."

LÆS 5 FAGLIGE MINUTTER SIDE 62

Til gavn for patienterne

Er det nogensinde sket, at du på dit arbejde som sygeplejerske er stoppet op og har tænkt: Det her er godt nok ineffektivt, det kunne vi gøre smartere til gavn for patienterne – og jeg tror, jeg ved hvordan? Hvis det er tilfældet, vil vi meget gerne høre fra dig og have lov til at skrive om det.

Hvert eneste år bliver der brugt milliarder af kroner i det danske sundhedsvæsen. Og stort set hvert eneste år melder regeringen ud, at nu har de afsat et rekordbeløb f.eks. til sygehusene. Men når vi taler med sygeplejerskerne, harmonerer det billede ofte dårligt med de reelle forhold ude på arbejdspladserne.

Hvordan kan det være?

Er det, fordi pengene kunne være brugt smartere, eller er der andre forklaringer?

I dette nummer af *Sygeplejersken* bringer vi de første artikler i en længere serie om brugen af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Denne gang skriver vi om de seneste års voldsomme boom i antallet af vikarbureauer.

Ikke fordi vi mener, at vikarbureauer i sig selv er problematiske, slet ikke. Det er heller ikke forbudt at tjene penge.

Men den voldsomme stigning i antallet af bureauer og de mange millioner kroner, det offentlige sygehusvæsen rent faktisk bruger på vikarer, illustrerer et dybereliggende strukturelt problem, som hænger nøje sammen med manglen på arbejdskraft. Var det egentlig meningen, at vikarbureauerne skulle være løsningen på sygehusenes problemer med at skaffe kvalificeret arbejdskraft?

Det tror vi ikke, men sådan er det blevet mange steder, viser vores artikler.

Vi regner med at holde fast i ressourceemnet gennem hele 2009. Vi vil bringe større baggrundsartikler og mindre historier f.eks. med gode råd og løsninger.

Denne satsning kommer ikke, fordi vi vil pege fingre ad sundhedsvæsenet eller sætte en sparedagsorden. Vi tror på, at der er god brug for alle de penge, der bliver sendt ud.

Men vi tror også på, at blandt sygeplejersker findes rigtig mange gode eksempler på effektive løsninger, som vi kan fortælle videre. Og med de store forandringer, det offentlige sundhedsvæsen for tiden er inde i, er der også eksempler, hvor ressourcerne kunne være brugt smartere – til gavn for patienterne og personalet.

God læselyst.



Sigurd Nissen-Petersen, chefredaktør
snp@dsr.dk



Ny internetportal om socialt udsatte

Internetportalen www.udsattesundhed.nu skal skabe opmærksomhed på den sociale ulighed i sundhed, som misbrugere, hjemløse, psykisk syge og mennesker med dobbelt diagnoser er udsat for. Samtidig skal portalen skabe viden om de mange forskellige vellykkede initiativer i retning af at gøre noget ved uligheden. Det vigtigste budskab på www.udsattesundhed.nu er, at det er muligt at lave sundhedsforbedrende tilbud til den gruppe borgere, som har det allerstørste behov.

www.udsattesundhed.nu er blevet til i samarbejde mellem Landsforeningen af Væresteder og Projekt Udenfor.

(sp)

Vidste du at ...

... Rigshospitalet kan spare mindst 250.000 kr. om året ved at udsende store dele af sin post som B- i stedet for A-post? Hospitalet udsender hver dag mellem 3.000 og 5.000 breve til patienter og samarbejdspartnere indtil videre som A-post svarende til portoudgifter på 6 mio. kr. om året. Fra 1. oktober 2008 skal al post udsendes som B-post, medmindre personalet vurderer, det skal være fremme før de tre dage, som Post Danmark har sat som seneste frist for B-post.

Kilde: IndenRigs nr. 14/08.

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
(På barsel)



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



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



Sygeplejerske på Vesterbro

Gravide stofmisbrugere skal kunne tvinges til afvænning



AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST
FOTO: JACOB BOSERUP

Det ufødte barn. Sygeplejerske Christina Aude Lahs fra Mændenes Hjem i København har henvendt sig til Folketingets Socialudvalg for at få politikerne til at indføre lov om tvangsafvænning af gravide stofmisbrugere.

Den gravide stofmisbruger blev dagligt set i gaderne på Vesterbro, hvor hun prostituerede sig i en så kort bluse, at man kunne se hendes nøgne runde mave.

Hun ønskede ikke at samarbejde med myndighederne om sin graviditet, så socialarbejdere og sundhedspersonale kunne intet stille op, når de så hende handle stoffer på gaden. En anden kvinde, som efter eget udsagn var gravid, misbrugte heroin og alkohol og var nogle gange så stærkt påvirket, at hun sad og sov på gaden. Men det sociale system kunne intet gøre.

Det er to af de eksempler, Christina Aude Lahs og hendes tre kolleger er stødt på i deres arbejde som sygeplejersker på den selvejende døgninstitution Mændenes Hjem på Vesterbro i København, hvor en mindre del af brugerne er kvinder. Langt hovedparten af de gravide stofmisbrugere vil gerne samarbejde med de sociale myndigheder, men en lille gruppe ønsker ikke at lade sig afvænne, og deres børn risikerer at udvikle svære hjerneskader og andre former for handicap.

"Det er grotesk, at man i et frit land som Danmark er vidne til, hvordan der mangler en lovgivning, der tilgodeser det ufødte barn, så vi ligesom i Sverige og Norge kan tvangstilbageholde stofmisbrugere," siger Christina Aude Lahs, der netop har skrevet et brev til



Christina Aude Lahs er en af de i alt fire sygeplejersker, der arbejder med hjemløse, stofmisbrugere og andre socialt udsatte på Mændenes Hjem på Vesterbro. Den selvejende institution har 400-500 besøgende om dagen.

politikere i Folketingets Socialudvalg, hvor hun på baggrund af de to konkrete eksempler opfordrer til en lovændring, så der bliver mulighed for at tvangstilbageholde gravide stofmisbrugere, der ikke ønsker at samarbejde med myndighederne om afvænning.

Få, men fatale konsekvenser

Der findes ikke nogen statistik over problemets omfang, men overlæge May Olofsson fra Familieambulatoriet på Hvidovre Hospital vurderer, at det drejer sig om fem kvinder årligt i København.

"Jeg har mødt en håndfuld af den slags kvinder de senere år, så det er ikke mange,

det drejer sig om. Men hver enkelt sag kan have fatale konsekvenser for barnet. Først når det er for sent, og barnet er født, kan der blive tale om en tvangsfjernelse," fortæller Christina Aude Lahs, der fremhæver, at tvungen afvænning kan være til gavn for kvinderne selv.

"Vi kan undgå, at mødre skal gå rundt med en livslang skyldfølelse over for deres børn. Ligesom alle andre vil de det bedste for deres børn, men på grund af stofferne har de ofte et forvrænget billede af virkeligheden og urealistiske forventninger til, at de kan tage vare på et barn," siger Christina Aude Lahs.

Indtryk på politikerne

I Folketingets Socialudvalg har brevet gjort indtryk.

Formanden for Folketingets Socialudvalg, Christian H. Hansen fra Dansk Folkeparti er parat til at drøfte problematikken med velfærdsminister Karen Jespersen (V). Men som udgangspunkt er han betænkelig ved tvang.

"Det kan skræmme nogle af kvinderne væk. Vi skal sikre, at de løsninger, vi strikker sammen, virkelig hjælper. Det nytter ikke noget, at vi bare tvangsafvænner kvinderne og så efterlader dem til sig selv efter barnets fødsel," siger Christian H. Hansen.

Karen Jespersen overvejer at iværksætte et forsøg med tvangsbehandling af gravide misbrugere, der ikke vil afvænnes.

"Problemet med gravide misbrugere er alvorligt, og derfor vil jeg også meget gerne drøfte med partierne, om vi kan lave et forsøg, hvor vi kan hente erfaringer med en skærpet brug af tvangsbehandling," lyder det fra Karen Jespersen.

Læs hele Christina Aude Lahs' brev til Folketingets Socialudvalg på:
www.sygeplejersken.dk

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



Tag bare finanskrisen ganske roligt

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST

««« TILBAGEBLIK

Købt eller solgt? Dagbladet B.T. kårer finanskrisens vinder til at være en midaldrende offentligt ansat, eksempelvis sygeplejerske.

Det er vist ved at gå op for os alle – radio, tv og aviser flyder over med indslag om den globale finanskrisen, som ryster børser, banker og virksomheder verden over. Der varslens rentestigninger, faldende forbrug, konkurer og stigende arbejdsløshed.

Det kan være svært at relatere til krisen, ifølge Politiken den 7. oktober er der i hvert fald mange danskere, der intet aner om penge. En undersøgelse, som analysebureauet Zapera har lavet for Danske Bank, viser, at hver femte 18-19-årige fejlagtigt tror, at afdragsfrie lån er gratis, og det står ikke bedre til med de unges forældre, hvoraf 30 pct. ikke kan pege på, hvilket lån der er billigst, når de får tre muligheder at vælge imellem.

De talblinde

Men også her hjælper medierne os på vej og laver temaer om, hvad finanskrisen præcis kommer til at betyde "for dig" og "Finanskrisen for talblinde" – en overskrift, der pryder forsiden på Politikens 2. sektion den 6. oktober. Her har dagbladet sat sin mest talblinde og forudsætningsløse journalist til at finde ud af, om verden virkelig er ved at gå under, som man kan få indtrykket af, når dystre bankmænd taler om kaskader af røde tal og den værste katastrofe siden tidernes morgen. Læserne bliver sammen med journalisten pædagogisk ført gennem finanskrisens årsager og konsekvenser af professor Michael Møller fra Institut for Finansiering på Copenhagen Business School. Og der

er også beroligende ord med på vejen: "Vi snakker om, at arbejdsløsheden bliver fordoblet, ja, men så vil den stadig være på samme niveau som for nogle år siden, hvor vi syntes, at alting gik godt. Så man skal bevare lidt af proportionssansen... Når man snakker om 30'ernes krise og lignende, så synes jeg nok, det er noget overdrevet."

Mindre luksus

Andre medier har også undersøgt finanskrisens konsekvenser for gennemsnitsdanske- ren, og selv om der naturligvis er forskelle afhængigt af, hvor hårdt man har sat sig økonomisk, inkluderer bl.a. økonom Carsten Holdum fra Forbrugerrådet i Morgenavisen Jyllands-Posten den 2. oktober, at de fleste danskere næppe vil mærke meget til krisen i dagligdagen, men derfor er det alligevel en god idé at bruge lidt mindre på luksus og gemme lidt mere væk på bankkontoen. Sidst, men ikke mindst får især de offentligt ansatte beroligende ord med på vejen. I tider med lavkonjunktur vokser arbejdsløsheden især i den private sektor, mens den offentlige sektor går fri og ligefrem tiltrækker ny arbejdskraft. I metroXpress fastslår professor i økonomistyring fra Aalborg Universitet Per Nikolaj Bukh bl.a. " ... festen er forbi ... det betyder, at man vil kigge i retning af jobsikkerhed. Det vil give flere pædagoger, folkeskolelærere eller sygeplejersker." Og dagen før kårer B.T. endda finanskrisens vinder som

en midaldrende offentligt ansat, eksempelvis en sygeplejerske, som ikke er hoppet med på ejerboligbølgen, men bor til leje i en betalelig lejlighed og gennem de seneste år har sparet lidt penge op, som enten er sat i statsobligationer eller banken, hvor der kan drages fordel af den stigende rente. Og sygeplejersker er jo som bekendt attraktive bankkunder, som beskrevet i Sygeplejersken nr. 2/2008.

cso@dsr.dk



Det kan ske, det kan knive med en gaffel

Hvert år køber Rigshospitalets Kantine og Café bestik hjem for over 25.000 kr. Derfor opfordrer Rigshospitalets funktionschef Lars Kristiansen i hospitalets nyhedsbrev IndenRigs nr. 16/2008 sine kolleger til at tjekke skabe og skuffer for at se, om noget af bestikket fejlagtigt er havnet på deres afsnit. Og kantine tilbyder endda også at komme forbi og hente vildfarne gafler, knive og skeer. "Hver gang vi henter, sparer vi og kan bruge pengene på noget mere fornuftigt. Mad for eksempel," siger han.

(cso)

Sygeplejelærere fyret i Herlev

AF REBEKKA HOLM ANDERSEN, JOURNALIST

Uholdbar økonomi. Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev er ramt af fyringer. Otte lærere, heraf fire uddannede sygeplejersker, er blevet afskediget.

Dårlig stemning og bekymrede miner er fulgt i kølvandet på en fyringsrunde på sygeplejerskeuddannelsen i Herlev, fortæller Ole Bjørke, tillidsrepræsentant for sygeplejelærerne på Sygeplejerskeuddannelse i Herlev. Fire sygeplejersker har mistet deres lærerjob, da for få studerende har søgt ind på uddannelsen. Alle videregående uddannelser er taxameterstyrede, herunder også sygeplejerskolerne, og derfor får skolerne penge i forhold til det antal aktive studerende, der er på uddannelsesstedet.

"Fyringerne lægger en dæmper på arbejdsglæden hos alle. Vi vidste ikke, at det ville koste afskedigelser og slet ikke i det her omfang. Det er et stort tab for vores skole, og vi betragter det som dybt alvorligt," siger han.

Uddannelsesleder på Sygeplejerskeuddannelsen i Herlev Anne Bondesen oplyser, at skolens ledelse har været nødt til at se på, hvilke opgaver der bliver nødvendige med færre studerende, og hvem der bedst kan løse de nye opgaver.

Der er sket et drastisk fald i ansøgningerne fra et formodet antal på 341 studerende, som der er plads til, til kun 200 studerende i dette studieår.

"Vi har satset på de undervisere, som har de bredeste kompetencer, som er lektorbedømt og dermed har kompetencer til at varetage opgaver både i teori og i samarbejde med den kliniske del af undervisningen. Det



ARKIVFOTO: HEINE PEDERSEN

Som en effekt af for få ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen i Herlev er otte lærere nu blevet fyret, heraf fire uddannede sygeplejersker.

har vi gjort for at sikre, at kvaliteten af undervisningen er i orden," siger Anne Bondesen.

"De studerende må ikke mærke kvalitetsnedgang i uddannelsen. Men de får nogle færre tilbud og nogle andre tilbud end tidligere, og det har været på tale, at vi skulle have større klassefora," siger Ole Bjørke, tillidsrepræsentant for sygeplejelærerne på Sygeplejerskeuddannelse i Herlev.

Formanden for Sygeplejestuderendes Landsammenslutning, SLS, Anja Skov Refsgaard, er bekymret over fyringerne.

"Det vil betyde en forringelse af uddannel-

sens kvalitet, hvis det er undervisere tæt knyttet til kernen i professionen, der ryger, og det vil alt andet lige betyde flere arbejdsopgaver til de undervisere, der er tilbage, så de bl.a. får mindre tid til vejledning i forbindelse med opgaveskrivning," siger hun.

Meldingen fra de resterende sygeplejerskoler, *Sygeplejersken* har talt med, er, at der ikke bliver tale om fyringer trods nedgangen af ansøgere til sygeplejerskeuddannelsen. Sygeplejelærerne vil i stedet blive omrokket til andre opgaver.

rea@dsr.dk

Vidste du at ...

... Region Midtjylland er den region, hvor flest apopleksipatienter får en CT- eller MR-scanning af hjernen på første indlæggelsesdag? Det gør 70 pct. af patienterne i regionen, men det lever stadig ikke op til kvalitetsstandard, der foreskriver, at 90 pct. skal scannes på første indlæggelsesdag.

Vidste du at ...

... Region Sjælland og Region Nordjylland er de regioner, hvor der er sket størst forbedringer i apopleksiramtes overlevelse? Antallet af patienter, der dør inden for 30 dage efter indlæggelsen, faldt på to år fra 13 til 10 pct. i Region Sjælland og fra 14 til 11 pct. i Region Nordjylland. I de øvrige regioner ligger procentdelen uændret på 11.

Kilde: NIP 2007 (www.sundhed.dk)

.....

"Det kan virke, som om at beskyttelsen af lægen virker stærkere end beskyttelsen af patienten."

Sundhedsøkonom på Dansk Sundhedsinstitut Jakob Kjellberg i B.T. som kommentar til, at Sundhedsstyrelsen ikke inddrager lægers autorisation, selvom de huserer på Patientklagenævnets liste over læger med grove eller gentagne fejl.

.....

Vidste du at ...

... næsten halvdelen af nyankomne asylansøgere i Danmark har været udsat for tortur, og hos en tredjedel af disse har torturen fundet sted inden for samme år, som de er ankommet hertil? Det fremgår af en rapport fra Amnesty Internationals danske lægegruppe, som har undersøgt 142 af de asylansøgere, som kom til Danmark i de sidste fire måneder af 2007 fra 33 forskellige lande.

Kilde: RCT Nyt, www.rct.dk

Sikkerhed set med patientens øjne

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST • FOTO: SIMON KNUDSEN

Nye vinkler. Bedre markering af patienternes syns- og hørehandicap var et af de forslag, patientambassadør Susanne Tarp kom med, da hun som den første patient deltog på en patientsikkerhedsrunde på Frederiksberg Hospital.

Susanne Tarp er spændt. Hun er som den første patientambassadør inviteret med på en patientsikkerhedsrunde på Frederiksberg Hospital.

"Du har andre øjne på det, end vi har. Du ser det ud fra patienternes synsvinkel, det vil vi også gerne, men jeg tror, du kan se det på en anden måde," siger vicedirektør Anna Gutesen til Susanne Tarp, der blev engageret i patientsikkerhedsarbejde, da hendes far gennemgik et kompliceret og langfra fejlfrit patientforløb.

Patientsikkerhedsrunden finder sted på medicinsk afsnit M4 i en aftenvagt. Ved indgangen til afsnittet støder ledende overlæge Anders Gottfredsen, klinisk oversygeplejerske Tine Lyng og arkitekt fra Teknisk Service Niels Vang Pedersen også til. Runden indledes med en snak i personalerummet med de medarbejdere, der har tid, i aften klinisk afdelingssygeplejerske Helle Lønberg Hansen og overlæge Birthe Gade Rasmussen. Gruppen kommer godt omkring afsnit M4's aktuelle patientsik-

kerhedsproblemer, hvilket især er fald og medicineringsfejl. Afsnittets patienter er ofte gamle, svage og faldtruede, et problem der forstærkes af, at mange ofte bliver indlagt uden sko.

Sig undskyld

Risikoen for medicineringsfejl er ekstra stor denne aften. Det elektroniske patientmedicineringssystem EPM er gået ned, og selvom personalet har fulgt procedurene og printet de senest opdaterede nødlistor ud, er et helt nyt problem opstået, da en af patienterne

blev indlagt, mens EPM var nede. Her har sygeplejerskerne kun patientjournalen at støtte sig til, og med EPM stilles der ikke længere krav om, at dosis er præcist noteret i journalen, hvilket lægen dog heldigvis har gjort i den aktuelle sag. I forbindelse med en snak om utilsigtede hændelser og indberetning af dem, bryder Susanne Tarp ind.

"Siger I undskyld til patienten, når sådan noget sker. Jeg har siddet i Patientklagenævnet i 10 år og er overbevist om, at mange af sagerne aldrig var blevet til en sag, hvis patienten og de pårørende havde fået en ordentlig undskyldning," siger hun.

►►► EN PATIENTSIKERHEDSRUNDE

En patientsikkerhedsstuegang foregår typisk ved, at repræsentanter fra direktion, klinikledelse og afsnitsledelse samles og gennemgår de problemer, afdelingen har, og som har konsekvenser for patienternes sikkerhed. Derefter går gruppen en tur rundt i afdelingen og ser på de konkrete problemer og taler med flere personalemedlemmer og evt. også patienter. Til slut samles gruppen igen (de, der kan) og bliver enige om, hvilke punkter ledelsen skal følge op på.

Markér syns- og hørehandicap

Efter runden omkring bordet bevæger Anna Gutesen og Susanne Tarp sig nu ud på gangene for at tale med både personale og patienter. De får bl.a. en snak med den 85-årige cancerpatient Johan Thrane, der har været indlagt siden juni. Han har lidt svært ved at høre, men på spørgsmålet, om han føler, der bliver taget godt hånd om ham, svarer han:

"Jeg har intet at klage over, jeg er blevet flyttet lidt rundt, men så vidt jeg ved, har jeg ikke fået forkert medicin, og det, jeg får for smerten, virker," siger han.

Til slut samles der op på de identificerede patientsikkerhedsproblemer, og diskussionen

Lederforeningen fylder et år

"Vi er kommet for at blive, og vi er kommet af en grund." Så kort formulerer bestyrelsen i Lederforeningen sig, mens den forbereder sig til generalforsamlingen den 23. oktober i København, hvor medlemmer og bestyrelse gør status over foreningens første leveår.

Ikke mindst den langvarige sygeplejerskekonflikt har givet Lederforeningen og dens medlemmer stof til eftertanke. Konflikten gav anledning til flere meget velbesøgte møder i alle Dansk Sygeplejeråds fem kredse, hvor det ifølge Lederforeningens formand Irene Hesselberg kom klart til udtryk, at de sygeplejefaglige ledere var i en særlig vanskelig position, og at det samtidig var opfattelsen hos mange, at det nuværende forhandlingssystem har spillet fallit.

"Det er selvfølgelig lidt ærgerligt, at Lederforeningen først var en realitet, efter at kravene var fremsat," konstaterer Irene Hesselberg. Hun og den øvrige bestyrelse i Lederforeningen glæder sig over, at man har jævnlig kontakt med en stor del af foreningens knap 5.000 medlemmer via mail. En kontakt, der fik ekstra vind i sejlene under Sundhedskartellets konflikt.

Lederforeningen i Dansk Sygeplejeråd holder sin generalforsamling torsdag den 23. oktober kl. 17.15 i Odd Fellow Palæet, Bredgade 28 i København. Inden selve generalforsamlingen holder lektor Jo Krøjer fra RUC et oplæg under overskriften "Køn, løn og ledelse". Det gør hun fra kl. 15.30. (sp)



Fire af fem bestyrelsesmedlemmer under de seneste forberedelser til generalforsamlingen. Fra venstre Elsebeth Vesterheden, Horsens, Grete Kirkerterp, Odense, formand Irene Hesselberg og næstformand Berit Henriksen, Nykøbing F.

FOTO: THORKILD AMIDI CHRISTENSEN



Vicedirektør Anna Guttesen og patientambassadør Susanne Tarp taler med 85-årige Johan Thrane under aftenens patientsikkerhedsrunde, som også har givet Susanne Tarp et godt indblik i hverdagen på et hospital, hvilket hun kan bruge i sit arbejde som patientambassadør.

kommer også lidt ind på løsningsforslag, som afsnittet kan arbejde videre med de næste måneder. Susanne Tarp har især bidt mærke i Johan Thranes dårlige hørelse og foreslår, at det bliver markeret tydeligt med mærkater eller velcrobånd på sengen, hvis en patient er syns- eller hørehæmmet, så al personale er opmærksom på det.

Frederiksberg Hospital gennemfører ca. 20 patientsikkerhedsrunder hvert år, og det er bestemt ikke sidste gang, at Susanne Tarp eller en af Dansk Selskab for Patientsikker-

heds andre patientambassadører deltager. "Det med at sige undskyld har jeg hørt mange gange på konferencer før, men at høre det fra Susanne gjorde ekstra stort indtryk. Og kan vi på en eller anden måde nemt og hygiejnemæssigt korrekt gøre noget for at lette kommunikationen med patienterne ved f. eks. at gøre opmærksom på syns- eller hørehandicap, er vi et stort skridt videre mod bedre patientsikkerhed," siger Anna Guttesen.

cso@dsr.dk

Vidste du at ...

... de bedste danske sygehuse p.t. er Skive, Holstebro, Horsens og Vejle? De fire sygehuse fik hver fire kvalitetsstjerner, da www.sundhedskvalitet.dk opdaterede kvartalets kvalitetsnøgletal den 26. september 2008. Ingen sygehuse fik de fem stjerner, der står for topkvalitet. I sidste kvartal lå Holstebro, Horsens, Odder, Roskilde, Sygehus Fyn og Viborg i top med fire stjerner.

Kilde: www.sundhedskvalitet.dk

Vidste du at ...

... accelererede kirurgiske patientforløb ikke giver øgede udgifter i den kommunale hjemmepleje? Danske undersøgelser af accelererede forløb ved tre typer kirurgiske indgreb har ikke fundet signifikant forskel mellem accelererede og konventionelle forløb på det følgende forbrug af hjemmepleje, hjemmehjælp, hjemmesygepleje eller sundhedsplejersker.

Kilde: Hurtige patientforløb – har det betydning for kommunerne. www.dsi.dk



FOTO: SIMON KNUDSEN

På skideren. Onsdag den 8. oktober kl. 16 afholdt patientforeningen Colitis-Crohn en toiletstafet på Rådhuspladsen i København med deltagelse af kendte danskere for at udbrede kendskabet til de kroniske tarmsygdomme, der har været i voldsom vækst i de seneste 15 år. Af pressemeddelelsen fremgår, at 30.000 "konstant er på skideren", og sygdommene rammer fortrinsvis unge mellem 15 og 30 år. Colitis-Crohn foreningen har oprettet hjemmesiden www.flush-it.dk, som også havde sin premiere den 8. oktober.

(sbk)

181 sygeplejersker mødes tre dage i oktober

Kongressen fortsætter. Pejlemærkerne de næste tre år inden for de tre visionsområder organisation, fag og samfund, herunder en række forslag om at ændre den politiske struktur. Det er noget af det, Dansk Sygeplejeråds øverste besluttede myndighed, kongressen, skal arbejde videre med på den ordinære kongres i slutningen af oktober. Kongressen er en genoptagelse af den kongres, der kortvarigt blev påbegyndt under konflikten i maj.

181 sygeplejersker fra hele landet udgør Dansk Sygeplejeråds øverste besluttede myndighed kongressen. Kongressen mødes tre dage fra den 27. til den 29. oktober i Falconer Centret i København for at udstikke organisationens kurs fremover. Forårets konflikt kom på tværs af den ordinære kongres, som kortvarigt blev påbegyndt den 21. maj, men som måtte udskydes til dette efterår på grund af den igangværende konflikt.

Programmet har ligget klar længe. En række punkter blev behandlet i maj, men der er stillet 42 ændringsforslag inden for de tre visionsområder. Kongressen skal bl.a. diskutere sundhedspolitik, faget og fagets udvikling. En række forslag går på ændringer af Dansk Sygeplejeråds politiske struktur. Den struktur, der blev vedtaget på den seneste ordinære kongres i 2006.

Dengang blev strukturen ændret fra 15 amtskredse til fem kredse. Forslagene går bl.a. på en ændret struktur i forhold til størrelsen af valgkredse og måden, valgkredsformændene bliver valgt på.

(snp)

Du kan læse mere om kongressen og følge med i, hvad der foregår under kongressen fra den 27. til den 29. oktober på:

www.dsr.dk

KONGRESSENS 181 MEDLEMMER:

- Formand og to næstformænd for Dansk Sygeplejeråd
 - Fem kredsformænd og 17 næstformænd
 - Seks repræsentanter for de Studerendes Landssammenlutning (SLS)
 - Seks repræsentanter for Lederforeningen
- 144 menige delegerede sygeplejersker fra hele landet.

Vidste du at ...

... de psykiatriske afdelinger er gode til at holde kontakt med skizofrene patienter i ambulant behandling? Alle fem regioner opfylder kvalitetsstandarderne på dette område, og det samme gælder den medicinske behandling af skizofrene patienter. Helt så godt ser det ikke ud på områder som systematisk udredning, patientundervisning og pårørendekontakt.

Kilde: NIP 2008 (www.sundhed.dk)

Sygeplejerskers løn

Ligestilling. Sundhedskartellet får plads i den nye lønkommission, som skal undersøge konsekvenserne af det kønsopdelte arbejdsmarked med fokus på de traditionelle kvindedefag i den offentlige sektor.

Inden udgangen af maj 2010 skal lønkommissionen have sin redegørelse klar, så den kan danne grundlag for overenskomstforhandlingerne i 2010/2011.

"Vi har et fælles ansvar for at sikre et godt grundlag for kommende aftaler om løndannelsen og ansættelsesvilkårene i den offentlige sektor, således at vi kan imødekomme de udfordringer, vi står med," sagde

finansminister Lars Løkke Rasmussen (V), da der var opnået enighed om kommissoriet to dage før starten på det ny folketingsår. Ministeren understregede endnu en gang, at den offentlige sektor står over for helt særlige udfordringer, når man skal tage afsked med store årgange på arbejdsmarkedet i de kommende år.

Sundhedskartellet bliver repræsenteret i lønkommissionen. Formanden, Connie Kruczkow, betegner det som en stor sejr, at lønkommissionen nu er en realitet.

"Det er noget af det, vi kæmpede for gennem 8½ uges konflikt, og jeg er sikker på, at vi ikke havde fået lønkommissio-

>>> KOMMISSORIET

Lønkommissionens opgave er at kortlægge, analysere og drøfte, om løndannelsen og ansættelsesvilkårene for offentligt ansatte understøtter en positiv udvikling af den offentlige sektor. Kommissionen skal også vurdere mulighederne for at modvirke kønsspecifikke rekrutterings- og karrieremønstre. Som led i denne analyse vil kommissionen inddrage erfaringer fra den private sektor.

Hele regeringens forslag til kommissorium kan læses på www.fm.dk/nyheder

Lønkommissionen sammensættes af:

- Seks repræsentanter fra LO, fire fra FTF og to fra AC
- En repræsentant fra hvert af forhandlingsfællesskaberne CFU, KTO og Sundhedskartellet, de offentlige arbejdsgivere Finansministeriet, KL og Danske Regioner samt fire eksperter.
- Der tilknyttes desuden en ekspert fra Dansk Arbejdsgiverforening med henblik på oplysninger vedrørende den private sektor.
- Tidligere departementschef og chef for Det kgl. Teater, Michael Christiansen, er udpeget som kommissionens formand.

Vidste du at ...

... Danmark ligger på en 8. plads på World Economic Forums indeks over lande med mindst kønsforskelle? Danmark klarer sig godt, når det gælder antallet af kvinder på arbejdsmarkedet, men når det gælder lige løn for lige arbejde, befinder Danmark sig helt nede på en 39. plads efter lande som Albanien, Benin og Botswana.

Kilde: World Economic Forums indeks for 2007.

skal sammenlignes med privatansattes



ARKIVFOTO: SIMON KRUIDSEN

nen uden en så markant konflikt," siger hun og tilføjer, at der venter både hårdt arbejde og hårde kampe. Ikke kun med finansministeren og arbejdsgiverne, men også med andre faglige organisationer. F.eks. har FOA-formanden meldt ud, at han går benhårdt efter et lavtlønsprojekt.

"For mig at se er det fint nok, at de kortuddannede offentligt ansatte får højere løn. Men sygeplejerskerne og de øvrige grupper i Sundhedskartellet skal have mere. For det er os, der har det største lønefterslæb," siger Connie Kruckow.

På hvilke punkter er der efter Sundhedskartellets mening sket

forbedringer af det seneste kommissorium i forhold til det første?

"Allerede da finansministeren kom med det første kommissorium, kvitterede Sundhedskartellet positivt. Kommissoriet satte nemlig fokus på noget af det, der er afgørende for ligeløn: sammenligning af de offentligt ansattes løn med de privatansattes, bl.a. i et uddannelsesperspektiv.

Vi har hele tiden sagt, at uddannelse skal kunne betale sig, og det var kommet ind i kommissoriet. Det har bl.a. LO været stærk modstander af. LOs formand har tidligere sagt, at han ikke kan leve med, at uddannelse bliver et afgørende parameter for,

hvordan folk aflønnes, og FOAs formand har kaldt det uddannelseschauvinisme.

Desværre har en række faglige organisationer forsøgt at spænde ben for lønkommissionen. I virkeligheden har den hængt i en tynd tråd de sidste par uger. Nu har de andre organisationer så igen skiftet holdning og tilsluttet sig kommissoriet, der har fået nogle mindre justeringer, som vi sagtens kan leve med."

Finansministeren mener, at det vil være værdifuldt, at man ved overenskomstforhandlingerne i 2011 har sikre fakta om de offentligt ansattes lønforhold sammenholdt med det private ar-

Sygeplejerskerne og resten af Sundhedskartellets medlemmer stod fast bag kravet om en lønkommission ved forårets overenskomster. I begyndelsen af oktober blev den en realitet.

bejdsmarked. Vil det efter Sundhedskartellets mening gøre forhandlingerne lettere? Eller er problemet først og fremmest, at kun de statsansatte har en forhandlingsmodpart, der har nøglen til pengekassen?

Connie Kruckow: "Jeg er helt enig i, at det bliver godt at få et fælles grundlag for overenskomstforhandlingerne i 2011. Men det kan selvfølgelig ikke gøre det alene. Som jeg ser det, skal lønkommissionens analyser bane vej for en egentlig ligelønsreform.

Målet er lige så ambitiøst, som det er selvindlysende rigtigt: I det danske velfærdssamfund skal der være lige løn for lige uddannelse, ligeløn mellem offentligt og privatansatte og ligeløn mellem mænd og kvinder.

Jeg vil godt se de folketingspolitikere, der kan sidde det overhørig, når lønkommissionen kommer med en veldokumenteret analyse af den uligeløn, der findes i dag," siger Sundhedskartellets formand.

(sp)

Operation Life – resultater og udfordringer

Egentlig skulle patientsikkerhedskampagnen Operation Life slutte i begyndelsen af oktober 2008, men grundet forårets konflikt har Dansk Selskab for Patientsikkerhed besluttet at forlænge kampagnen med et halvt år. Det markeres bl.a. med rapporten "Operation Life – resultater og udfordringer", der, som navnet antyder, gør status over nogle af de resultater, men også udfordringer, der er dukket op i løbet af kampagnens første 17 måneder. Rapporten konkluderer

bl.a., at kampagnen har medført forbedringer i patientsikkerheden på sygehusene med en helt usædvanlig hastighed. Men den afslører også, at der stadig er plads til forbedringer og en ekstra indsats, hvis målet om at redde 3.000 patienters liv skal nås, inden kampagnen udløber.

(cso)

Hele rapporten kan findes på www.operationlife.dk

Dansk Sygeplejeråd opfordrer til investering i forebyggelse

"Der er brug for en ny kurs i sundhedspolitikken: Gennemfør en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse," sådan lød opfordringen fra formanden for Dansk Sygeplejeråd, *Connie Kruckow*, den 2. oktober i København på en stor sundhedspolitisk konference arrangeret af Lægemedelindustriforeningen (Lif). Connie Kruckow var en af talerne på konferencen, der også bød på indlæg fra sundhedsminister *Jakob Axel Nielsen* (K).

Connie Kruckow begrundede forslaget om en ny plan med, at Danmark er det eneste land i Norden, hvor middellevetiden er under OECD-gennemsnittet.

"Vi har en voldsom vækst i antallet af kronisk syge, og vi har en stor – og desværre stigende – social ulighed i sundhed," sagde Connie Kruckow.

Dansk Sygeplejeråd foreslår en national handleplan, der har fokus på borgerne og patienterne. En handleplan med klare, målbare mål, som forpligter regioner og kommuner, og som indeholder konkrete forslag om bl.a. højere afgifter på tobak og alkohol og lavere moms på f.eks. fødevarer. Der skal være tilbud, der retter sig mod de største risikogrupper, bl.a. sundhedscentre med uvisiteret adgang til rehabilitering og undervisning i egen sygdom. Prisen for indsatsen vil ifølge Connie Kruckow være 1,6 mia. kr. om året.

"Der er behov for en stor investering – men den vil komme mange gange igen. Ikke kun målt i livskvalitet. Men også i besparelser på grund af færre indlæggelser," lød det fra Connie Kruckow på konferencen.

(snp)

Vidste du at ...

... der findes en gruppe inde på kommunikationsforummet Facebook, hvor man kan se besynderlige fotos fra hospitaler rundt om i verden? Facebook-gruppen hedder "The most bizarre things I've ever seen in hospital," og den er ikke for sarte sjæle. Men hvis du ikke har noget imod masser af blod, afrevne lemmer eller sakse glemt under operationer, så klik ind på siden.

Kilde: www.facebook.com

Vidste du at ...

... manglen på praktiserende læger ikke kun rammer småøer og udkantskommuner i Jylland? F.eks. har to praktiserende læger i Næstved Kommune i et år forsøgt at sælge deres praksis uden held, og i Ishøj Kommune er to praktiserende læger allerede stoppet, uden der er kommet nye.

Kilde: Dagens Medicin nr. 25/2008.



Vintertid og arbejdstid

Søndag den 26. oktober 2008, kl. 03.00 skal uret stilles en time tilbage, fordi sommertiden slutter, og vintertiden starter. Skiftet fra sommertid til vintertid kan have indflydelse på tilrettelæggelsen af arbejdet.

For sygeplejersker, som den 26. oktober 2008 udfører normaltjeneste i form af nattjeneste, vil den sidste times tjeneste kunne pålægges afviklet som overarbejde. Den sidste time kan også pålægges afviklet gennem omlægning af normaltjenesten inden for rammerne om afvikling af den gennemsnitlige ugentlige arbejdstidsnorm.



AALBORG UNIVERSITET
Efter- og Videreuddannelse

Efteråret 2008:

KIB – Kvinder i Bestyrelser

Kursusforløb for kvindelige ledere. KIB giver dig styrkede kompetencer til at iværksætte, udvikle og vurdere beslutningsprocesser på topniveau i private virksomheder og i offentligt regi. Undervisningen foregår på masterniveau.

Foråret 2009:

Masteruddannelsen i Læreprocesser

Giver dig kompetencer til at iværksætte, udvikle og vurdere læreprocesser i uddannelses- og organisationsammenhænge. It-støttet fjernuddannelse med seminarer. 2 år på deltid. Mulighed for enkeltfag og fuld tid. Første studieår er fælles. Andet år vælger du mellem 6 specialiseringslinjer:

- Masteruddannelsen i læreprocesser (den almene linje)
- Specialisering i kultur og læring
- Specialisering i arbejdsmiljø og forandringsprocesser
- Specialisering i medicinsk pædagogik
- Specialisering i pædagogisk innovation i matematik og naturfag
- Specialisering i professionalisering af pædagogisk og socialt arbejde.

Organisatorisk Coaching

Særligt tilrettelagt masterspecialisering, som giver dig kompetencer til at arbejde med organisationsudvikling og læring med brug af coaching. Stor vægt på coachingmetoder i praksis. Seminarer og it-støttede studieaktiviteter. 2 år på deltid.

Digital forvaltning

Fagpakke fra Master i It, Organisation. Giver dig viden om digital borgerkommunikation og design af kommunikations- og forvaltningssystemer. It-støttet fjernuddannelse med seminarer. Udbydes i samarbejde med it-vest.

www.evu.aau.dk · 9940 9420

Humaniora, samfunds-, ingeniør-, natur- og sundhedsvidenskab



AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST
FOTO: SØREN HOLM

Guldæg. På bare to år er antallet af vikarbureauer fordoblet. Det viser tal fra Det Centrale Erhvervsregister. Tendensen bekymrer flere eksperter, der mener, at bureauerne scorer kassen på en mangelsituation i sundhedsvæsenet.

SYGEPLEJERSKEMANGLLEN FORDOBLER



Mens hjemmeplejen og landets sygehuse skriger på arbejdskraft, så går det godt for vikarbranchen. Så godt, at antallet af private vikarbureauer er fordoblet siden 2006. Tal fra Det Centrale Erhvervsregister viser, at antallet af vikarbureauer, der har aftaler med Dansk Sygeplejeråd, er steget fra 52 bureauer i 2005 til 103 virksomheder medio 2008. I samme periode er de offentlige sygehuses forbrug af sygeplejerskevikarer steget med 26 pct., viser et

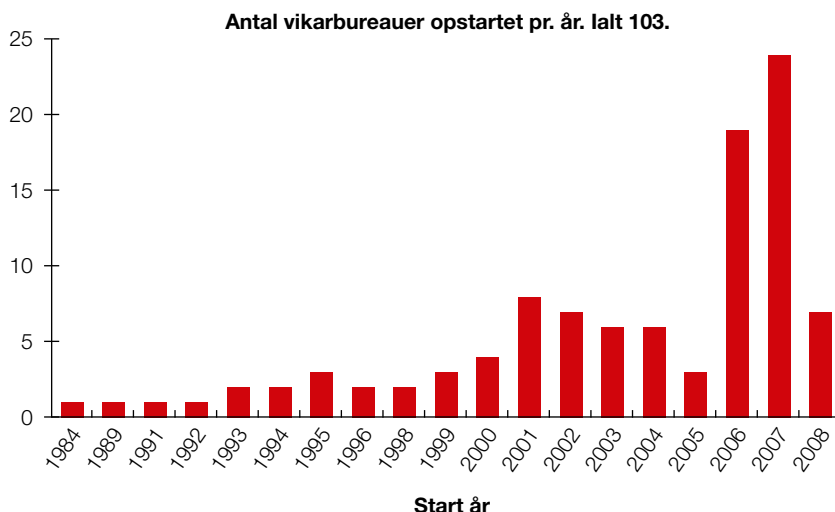
estimat fra Dansk Sygeplejeråds Analyseafdeling.

Flere eksperter advarer nu mod udviklingen, ligesom der i vikarbureauernes egne rækker er bekymring. Sygeplejerske og direktør for et af Danmarks første sygeplejerskevikarbureauer, *Hanne Jensen*, mener, at brugen af private sygeplejerskevikarer er gået over gevind.

”I dag er det ikke længere dag til dag-bestillinger, vi modtager, men bestillinger om vikarer til at dække vagter i måneder, halve år og faste stillinger. Det synes jeg er en forkert trend. Vikarerne skal være en buffer til systemet og ikke udfylde vakante stillinger. Men det er

>>> SÅDAN GJORDE VI

Sygeplejersken har udregnet væksten i sygeplejerskevikarbranchen ved at gennemgå alle vikarbureauer i Det Centrale Erhvervsregister, der har overenskomst med Dansk Sygeplejeråd. Det drejer sig om 103 vikarbureauer. I registeret kan man se, hvornår virksomheden er opstartet, og derved kan man generere en oversigt over fremkomsten af nye bureauer pr. år. Der skal tages forbehold for, at enkelte bureauer er opløst i perioden fra 1984 til medio 2008, ligesom enkelte bureauer har længere tid på bagen, end startdatoen indikerer, da datoen kan være udtryk for, at firmaet har ændret status fra enkeltmandsvirksomhed til aktieselskab.



Kilde: Det Centrale Erhvervsregister, opgjort juni 2008.

ANTALLET AF VIKARBUREAUER



"Det er simpelthen en ren guldåre lige for tiden."

Direktør for Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, Lars Andersen.



”Lige nu ser man et marked, hvor der er en tendens til en overbudspolitik og en desperation blandt kunderne.”

Formanden for Foreningen af vikarbureauer i Danmark, *Torben Evald*.

» svært at stoppe den udvikling,” siger direktør Hanne Jensen fra Sygeplejerskernes Vikarbureau (SPVB).

En udvikling, der bl.a. er skubbet kraftigt i gang af manglen på sygeplejersker. Direktør for Arbejderbevægelsens Erhvervsråd, *Lars Andersen*, mener, at netop sygeplejerskemanglen er den udløsende faktor for den eksponentielle vækst blandt vikarbureauerne: ”Der er så voldsom vækst blandt de her virksomheder, fordi det simpelthen er en ren guldåre lige for tiden. Det er en illustration af, at det er en rigtig god forretning at drive vikarbureau med sygeplejersker,” siger Lars Andersen.

Han bakkes op af Danske Regioners formand, der mener, at de offentlige hospitaler skal undgå at bruge de private vikarer.

”De private vikarbureauer tager sig betalt for administration og gevinst, og den udgift vil vi gerne spare væk. Vores fornemmelse er, at ca. 20-30 pct. af det, regionerne betaler til de private vikarbureauer, går til administration og gevinst, mens aflønningerne af sygeplejerskerne udgør de 70-80 pct. Det er vores bedste bud,” siger *Bent Hansen* (S), formand for Danske Regioner og Region Midtjylland.

En ond cirkel for sygehusene

Ifølge Dansk Sygeplejeråd mangler sundhedsvæsenet 2.400 sygeplejersker, og direktøren for Arbejderbevægelsens Erhvervsråd frem-

hæver, at manglen på hænder betyder, at sygehusene er nødt til at betale en højere pris for arbejdskraften.

”Der er ikke kommet flere sygeplejersker, men efterhånden som flere sygeplejersker melder sig til vikarbranchen for at få lidt højere løn, flytter man arbejdskraften over i vikarbureauet i stedet for en ansættelse. Dem, der betaler prisen for det, er sygehusene og sygehusejerne,” siger Lars Andersen, der mener, at det stigende forbrug af private vikarer er en ond cirkel.

”Det er en omkostningsspiral, for det er meget dyrere for sygehusene. Sygeplejerskerne, får selvfølgelig noget mere i løn, men der er også en stor mellemhandleravance til bureauerne. Der er nogen, der scorer kassen på en mangelsituation.”

Professor i Human Resource Management på Handelshøjskolen (CBS), *Henrik Holt Larsen*, advarer også mod udviklingen:

”Det bliver dyrere for det offentlige på tre måder. For det første er de vikarer, de hyrer, dyrere, for de får en højere løn. For det andet skal vikarbureauerne tjene et overskud. Og for det tredje er det dyrere at bruge vikarer end fastansat personale, fordi der er en omkostning til administration.

Det er en stor maskine, der skal bygges op for at administrere et vikarbureau.”

Administrationen er ikke nødvendigvis dyrere, fordi den ligger i privat regi, end hvis det offentlige selv står for administrationen i et internt vikarbureau, pointerer *Henrik Holt Larsen*, men fortsætter:

”Det ligner snart en lavine, hvor det bliver sværere og sværere at se løsningerne. Jeg er dybt bekymret over den udvikling, der er sket.”

Vikarer er en billig løsning

Brancheformand for vikarbureauerne og direktør for et af de største danske sundhedsvikarbureauer, *Activ Care*, *Torben Evald*, er dog langt fra bekymret for det offentliges udgifter til de private bureauer.

”Det har faktisk været en utrolig billig løsning for det offentlige. Når de private vikarbureauer administrerer vikarydelser, så gør de det nemlig på en særdeles effektiv måde. Kunderne har fået præcis det, som de har efterspurgt – det vil sige fleksibel arbejdskraft og kapacitetsudjævning, og så betaler de kun for den effektive arbejdstid,” siger *Torben Evald*, der også er næstformand for FASID, Foreningen Af Sygeplejevikarbureauer I Danmark. Han vurderer, at fortjenesten i branchen maksimalt udgør 4 pct. af omsætningen.

Men det tal tror formand for Danske Regioner, *Bent Hansen*, ikke holder vand.

”Jeg giver ikke meget for branchens egen vurdering af, at gevinsten kun skulle udgøre maksimalt 4 pct. Det passer altså ikke,” siger *Bent Hansen*.

Der er ingen, der kan sige, hvor stor fortjenesten i vikarbranchen reelt er. Men uanset om gevinsten for at sælge sygeplejerskevikarer til det offentlige sundhedsvæsen udgør 4 pct., som branchen siger, eller meget mere, som Danske Regioner vurderer, så mener sundhedsøkonom *Jakob Kjellberg*, Dansk Sundhedsinstitut, DSI, ikke nødvendigvis, at vikarbureauerne er en dyr løsning for det offentlige sundhedsvæsen.

”Hvis vikarerne indkaldes som erstatning for fastansatte fuldtidsstillinger, er det en dyr og dårlig løsning, der er helt uheldigsmæssig. Men hvis det er personale, der indkaldes

))) SF: GROTESK BRUG AF SKATTEKRONERNE

Socialistisk Folkeparti (SF) kalder det offentliges forbrug af private vikarbureauer spild af penge. Partiet vurderer, at man kunne tilbageføre 600 mio. kr. årligt til det offentlige sundhedsvæsen, hvis man droppede brugen af private vikarer i form af læger, social- og sundhedsassistenter, sygeplejersker og andet plejepersonale i sundhedssektoren og indførte interne vikarbureauer på sygehusene. De bygger på en opgørelse fra sidste år, der viste, at det offentlige sundhedsvæsen alt i alt brugte 1,8 mia. kr. på private vikarer, og heraf udgør løn til personalet to tredjedele.

”Det er grotesk. Hver gang det offentlige køber en privat vikar, betaler man et dækningsbidrag. Det dækningsbidrag dækker administration og profit, og det kunne undgås. For os er det lige meget, om dækningsbidraget, der udgør en tredjedel af prisen, som det offentlige betaler, går til profit eller administration. Det væsentlige er, at en tredjedel går til noget, der ikke vedrører lønforhold,” siger *Ole Sohn*, MF og finansordfører for SF.

med kort varsel i tilfælde af sygdom eller ferie, så er det en fleksibel og god ordning at bruge vikarer. Det handler om at bruge dem fornuftigt. Og der kan det godt være, at de private vikarbureauer er den billigste og bedste løsning,” siger han.

Sygehuse leverer selv varen

Jakob Kjellberg mener dog, at det er sygehus-ejernes, de danske regioners, ansvar at forhandle sig til den bedst mulige pris på vikarer med de private bureauer.

”Det er regionerne, der har ansvaret for indkøb af vikarer, og de må forhandle prisen med leverandørerne,” siger han og understreger:

”Det har aldrig været ulovligt at tjene penge. Men det offentlige kan jo lade være med at betale prisen eller selv levere varen. Siemens tjener også penge, hver gang de leverer en scanner til det offentlige sygehus, så jeg kan ikke se noget galt i, at virksomheder tjener penge på at levere en vare til sygehusene, der er efterspurgt.”

Meget tyder nu på, at det offentlige vælger ”selv at levere varen”. I Region Midtjylland vil man halvere forbruget af private vikarer for det kommende budgetår, mens man i Region Hovedstaden satser massivt på at oprette interne vikarbureauer.

”For os handler det om at få dækket de vagter ind, der bliver ledige, når der opstår sygdom eller fravær på arbejdspladsen. Hvis udgifterne til ekstra løn for de ekstra timer, sygeplejerskerne på en afdeling tager, ender med at gå op med de udgifter, vi har haft til vikarbureauerne, så er det fint med mig,” siger formand for Danske Regioner, Bent Hansen.

kbc@dsr.dk

BENHÅRD KONKURRENCE I VIKARBRANCHEN

Desperate kunder og lettere adgang til at oprette et vikarbureau er branchens egen forklaring på den voldsomme vækst.

Hvis man ser på de vikarbureauer, der har overenskomst med DSR, kan man se, at der er kommet dobbelt så mange spillere på banen siden 2006. Hvad skyldes det?

”At starte et vikarbureau i dag kræver ingen godkendelse fra Sundhedsstyrelsen. Det er bortfaldet i forbindelse med den nye autorisationslov. Det vil sige, at alle kan starte et sygeplejevikarbureau, hvis de har en håndfuld vikarer, og kunderne er villige til at betale herfor. Så mere kompliceret er det jo ikke,” siger *Torben Evald*, formand for Foreningen af Vikarbureauer i Danmark (FVD) og næstformand for FA-SID, Foreningen Af Sygeplejevikarbureauer I Danmark, og fortsætter:

”Det er meget typisk for branchen, at den består af nogle meget få, store landsdækkende bureauer og en hel underskov af meget små og lokale bureauer. Det er typisk de store bureauer, der har aftaler via licitation med regioner og hospitalerne. Desuden er der poppet en del bureauer op, der har prøvet at slå sig op på at give dramatisk højere lønninger, og som prøver at få kunderne til at betale for det. Lige nu ser man et marked, hvor der er en tendens til en overbudspolitik og en desperation blandt kunderne pga. den mangel, der er.”

Er det ikke en dyr løsning for det offentlige, at det er de private vikarbureauer, der leverer de hænder, som man så desperat mangler på sygehusene?

”Nej, det har faktisk været en utrolig billig løsning for det offentlige. Når vikarbureauerne administrerer vikarydelsen, så gør de det nemlig på en særdeles effektiv måde. Kunderne har fået præcis det, som de har efterspurgt – det vil sige fleksibel arbejdskraft og kapacitetsudjævning, ligesom de kun betaler for den faktiske effektive ydelse. Det vil sige, de betaler ikke for sygdom, barsel eller andre ting, der spiller ind. De betaler kun for den effektive arbejdstid.”

Men til gengæld skal de jo også betale for en profit til ejerne af de private vikarbureauer...

”Den er så utrolig beskedent. Den ligger mellem nul og 4 pct.”

Med den vækst, der er i branchen, og det forbrug, der er i det offentlige, så lyder det altså usandsynligt, at det er så lidt, man skulle tjene på det?

”Nej, det er ikke usandsynligt. Det er et faktum. Og det er et faktum, fordi konkurrencen er benhård. Benhård på pris, benhård på aflønning af vikarerne og benhård på den administrative håndtering.”

”Det har aldrig været ulovligt at tjene penge.”

BRUG VIKARMIDLERNE PÅ DE FASTANSATTE

Lønnen lokker. Man kan ikke fortænke sygeplejerskerne i at søge derhen, hvor løn og arbejdsvilkår er bedst, mener formanden for Dansk Sygeplejeråd, Connie Kruckow. Men de offentlige arbejdsgivere burde bruge pengene på bedre løn til de offentligt ansatte i stedet for at hyre vikarer.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Hvad mener DSR om, at det offentliges forbrug af private vikarer er steget så meget?

”De private vikarbureauer har været i stand til at lave en forretning, fordi de har forstået, at de medarbejdere, de skal have fat i, nemlig sygeplejerskerne, gerne vil have en ordentlig løn og gerne vil have indflydelse på deres arbejde. Og det kan bureauerne tilbyde dem.

Set fra sygeplejerskernes side ser det fornuftigt ud, at man nu kan få en højere løn der. Men set fra et sundhedspolitisk perspektiv så må man sige, at det er bekymrende, at der er en stor vækst i antallet af private vikarbureauer,” siger Connie Kruckow, formand for Dansk Sygeplejeråd.

Hvorfor er det bekymrende?

”De penge, som bureauerne skal tjene på at levere vikarer, går fra skatteborgernes finansiering af det offentlige sundhedsvæsen. Vi tror, at de offentlige arbejdsgivere kunne have brugt pengene mere fornuftigt ved at gøre det mere attraktivt at være sygeplejerske i det offentlige. Det er jo paradoksalt, at man giver sine egne ansatte mindre i løn, end man giver til dem, man hyrer ind for otte timer ad gangen.”

Hvem mener du har ansvaret for at stoppe forbruget af private vikarer? Rigtig mange syge-

plejersker har jo bijob i de private vikarbureauer...

”Langt størstedelen af sygeplejerskerne er ansat i det offentlige, men det er klart, at når de private bureauer er mere konkurrencedygtige på det, der betyder noget for vores medlemmer, nemlig løn, arbejdsvilkår og indflydelse, så flytter de sig. Og det kan man ikke fortænke dem i. Jeg synes, at arbejdsgiverne har et stort ansvar for at bruge de penge, de har, langt mere fornuftigt.”

Havde det ændret noget, hvis DSR havde fået kravet fra overenskomstforhandlingerne igen om at bruge vikarmidlerne til lønstigninger?

”Ja, det tror jeg. Det er helt oplagt, at man kunne have lavet bedre lønvilkår for de offentligt ansatte, og det ville have haft en betydning. Nu har vi i stedet lavet en aftale om, at der kan laves offentlige vikarbureauer, hvor man kan lønnes nogenlunde på samme niveau som det, man kender i det private, og det tror jeg nu, at arbejdsgiverne vil gå systematisk efter.”

kbc@dsr.dk

”Det ligner snart en lavine, hvor det bliver sværere og sværere at se løsningerne.”

Professor fra CBS, Henrik Holt Larsen.

SKOTTER TIL KAMP FOR PATIENTERNES SIKKERHED

Inspiration. For et år siden skød den skotske sundhedsstyrelse en stor national kampagne for bedre patientsikkerhed i gang, stærkt inspireret af et lokalt projekt i regionen Tayside, der bl.a. har reduceret utilsigtede hændelser med 63 pct. og medicineringsfejl med 91 pct. I begyndelsen af september tog bl.a. en række danske sygeplejersker på inspirationsbesøg hos de skotske kolleger.

AF CHRISTINA SOMMER, JOURNALIST
ILLUSTRATION: LARS ANDERSEN



De store klistermærker i form af advarselsstrekant er placeret med jævne mellemrum på gulvene og taler deres helt tydelige sprog: "Have YOU cleaned your hands?" De har følgeskab af plakater på vægge og døre. Små foldere placeret på hylder og borde rundt omkring på afdelingerne uddyber budskabet med hygiejnevejledninger, og der er opsat spritdispensere ved alle døre til de enkelte afdelinger og andre oplagte steder. Hverken personale, patienter eller besøgende kan være i tvivl om, at håndhygiejnen bliver taget meget alvorligt på Ninewells Hospital, som ligger i Dundee, Tayside, Skotland.

Men indsatsen for god håndhygiejne er bare en lille del af den store nationale kampagne for bedre patientsikkerhed "the Scottish Patient Safety Programme", som den skotske sundhedsstyrelse skød i gang i oktober 2007 på de 32 hospitaler i Skotland, der har akut modtagelse. Kampagnen er bl.a. inspireret af

netop det patientsikkerhedsarbejde, som personalet på hospitalerne i en af Skotlands 15 sundhedsregioner, Tayside, har udført siden 2004. Her vandt Tayside sammen med tre andre engelske regioner en konkurrence og dermed en pose penge til at forbedre sikkerheden for patienterne på regionens hospitaler. Ikke fordi patientsikkerheden var usædvanlig dårlig, men simpelthen fordi den altid kan blive bedre, fortæller *Pat O'Connor*, tidligere sygeplejerske og jordemoder, nu leder af sikkerhed, ledelse og risiko i National Health Service Tayside.

"Både engelske og internationale undersøgelser viser, at én ud af 10 patienter kommer ud for en utilsigtet hændelse under indlæggelse på et hospital. Det kan være en MRSA-infektion, fejlmedicinering eller postoperative komplikationer. Men forskning viser også, at halvdelen af tilfældene kan undgås, hvis personalet rutinemæssigt følger faste pa-

VI ER BLEVET
INSPIRERET AF
SKOTTERNE



tientsikkerhedsprocedurer,” siger Pat O’Connor og tilføjer, at de utilsigtede hændelser foruden de personlige omkostninger for patienterne også koster det skotske sundhedsvæsen 200 mio. pund (ca. 1,9 mia. kr., red.) om året i form af ekstra behandlinger og flere indlæggelsesdage.

Alle involveres

I Tayside er der de seneste fire år blevet sat ind med en lang række tiltag på de fem indsatsområder ledelse, peri-operativ sygepleje, pleje på almene afdelinger, intensiv pleje og medicinafstemning. I løbet af de to første år lykkedes det bl.a. at reducere de utilsigtede hændelser med 63 pct., medicineringsfejl ved indlæggelse med 91 pct. og CVK-infektioner (centralt venekateter, red.) på nefrologiske og intensivafdelinger med 66 pct. Den succes tilskriver Pat O’Connor flere faktorer, men især personalet på Taysides hospitaler.

”Vi kom i gang på det rette tidspunkt og havde både ledelsen og økonomien med os, men det altafgørende er, at personalet i de enkelte afdelinger føler ejerskab for projektet. Det, der for alvor batter, er det, der foregår ude ved patienterne,” siger hun.

Tayside-projektet har derfor gjort meget ud af at involvere personalet bl.a. ved at lade de enkelte afdelinger kigge deres eksisterende arbejdsprocesser igennem med patientsikkerhedsbriller på: Hvad fungerer, og hvad skal ændres for at højne patientsikkerheden og sikre, at hver enkelt patient får den rette behandling til rette tid.

”Det giver den enkelte læge og sygeplejerske et stort ansvar, og de kan udvikle deres egne metoder, så længe de er pålidelige. Det testes ved løbende at måle de forskellige tiltag for at se, hvilken betydning de har for patienternes sikkerhed. Kravet om evidens er der stadig, men vejene til bedre patientsikkerhed

kan være meget forskellige,” siger Pat O’Connor.

Målinger sikrer handling

De flotte resultater i Tayside har resulteret i ambitiøse mål for den nationale skotske kampagne, der fokuserer på de samme fem indsatsområder og bl.a. har som målsætning inden for tre år at reducere dødeligheden med 15 pct., at reducere antallet af utilsigtede hændelser og antallet af hjertestop med hver 30 pct. og have ingen eller minimum 300 dage mellem infektioner i forbindelse med CVK. Og også her lægges der stor vægt på, at alle lige fra politikerne og hospitalets overste ledelse til ledelserne og personalet på de enkelte afdelinger sætter patientsikkerheden øverst på dagsordenen.

Og netop personalets engagement og interesse for patienternes sikkerhed på Ninewells Hospital i Tayside er slående, fortæller ledende

DET KAN VI LÆRE AF SKOTLAND

Farmaceuter tjekker medicin

Klinisk oversygeplejerske på Frederiksberg Hospital *Tina Lyng* er imponeret over, hvor meget patientsikkerheden fylder i de skotske kollegers hverdag.

"Det skinner igennem, at patientsikkerhed er en stor integreret del af deres hverdag. Ikke at det ikke er det i Danmark, men vi tænker måske mere drift end patientsikkerhed. Det kan skyldes flere ting. Jeg ved f.eks. ikke, hvor mange andre projekter skotterne har kørende lige nu. Her på Frederiksberg står vi jo også midt i en hospitalsplansomlægning, akkreditering, den danske kvalitetsmodel, besparelser osv. Der er mange konkurrerende tiltag, samtidig med at Operation Life fungerer mere på frivillighed, og her er det naturligt, at personalet hele tiden må prioritere og satse på nogle ting frem for andre," siger Tina Lyng, der også lagde mærke til skotternes evne til at handle, hvis noget ikke fungerer.

"Hvis noget ikke virkede på fire patienter, ventede de ikke 14 dage med at handle, men undersøgte straks, hvad der så skulle til. De arbejder meget aktivt med "model of improvement" og PDSA-metoden (Plan, Do, Study, Act, red.), som også er værktøjer i Operation Life," siger oversygeplejersken, som også tog en helt konkret idé med hjem til Frederiksberg Hospitals arbejde med medicinafstemning.

I Skotland foregår det nu ved, at der inden for de første 24 timer af en indlæggelse kommer en farmaceut ud på afdelingen og gennemgår patientens medicin, hvilket i Tayside har nedsat antallet af fejlmedicineringer ved indlæggelse med 91 pct.

"Vi har netop modtaget en pulje penge til et projekt om opgaveglidning i forbindelse med medicinafstemning, hvor vi bl.a. har overvejet, om farmakonomer kan aflaste læger og sygeplejersker. Det vil vi nu tilpasse lidt efter at have hørt om de skotske erfaringer," siger Tina Lyng.

Håndhygiejne og safety briefings for alle

Sygeplejerske og souschef på Intensiv afdeling på Næstved Sygehus, *Susanne Christoffersen*, kunne ikke undgå at notere sig skotternes massive fokus på håndhygiejne.

"Det er imponerende, hvor meget det fylder over for både patienter og personale, f.eks. måtte man ikke komme ind på den ortopædkirurgiske afdeling uden at have et ærinde. Generelt var der meget rent og pænt, selvom de faktisk er dårligere stillet med f.eks. de fysiske rammer og udstyr, end vi er. Vi vil sætte endnu mere fokus på hygijnen nu, vi har f.eks. stadig nogle samarbejdspartnere, der kommer på vores afdeling med ringe og ure på, det skal der sættes en stopper for," siger Susanne Christoffersen.

Hun har også bidt mærke i de skotske kollegers evne til at synliggøre deres resultater og ikke mindst bruge dem aktivt.

"I forbindelse med Operation Life indsamler vi også data og laver audit en gang om måneden, men i vores system er det meget svært at gå tilbage og undersøge, hvad der er sket, hvis en patients hovedgærde f.eks. ikke er blevet hævet til en vinkel på mellem 30 og 45 grader, som er et af elementerne i respirator-pakken. Vi kunne godt tænke os at gå ind og kigge på det dagligt nu og løbende følge mere aktivt op efter PDSA-modellen (Plan, Do, Study, Act, red.). I Skotland var de rigtig gode til "act" – virker det ikke det her, så prøver vi noget andet," siger Susanne Christoffersen, som også bemærkede skotternes såkaldte "safety briefings". Ved hvert vagtskifte, det vil sige tre gange om dagen, tager personalet en hurtig vurdering af, om der er noget, de skal have særligt fokus på i forhold til patienternes sikkerhed.

"Det kan være, der er én, der får blod, mens en anden er i faldrisiko. På den måde bliver alle og ikke kun de patientansvarlige sygeplejersker opmærksomme på, at der er nogle patienter på afdelingen, som har det ekstra dårligt. Det tager kun fem minutter, og det virker," siger Susanne Christoffersen.

cso@dssr.dk

Læs mere om den skotske kampagne på www.patientsafetyalliance.scot.nhs.uk



FOTO: SIMON KNUDSEN

» oversygeplejerske på Holbæk Hospital, *Melinda Frandix*.

"Hele systemet er præget af et dybt engagement for patienternes sikkerhed, ikke kun hos den øverste ledelse, men også blandt ledelserne og personalet på afdelingerne. De vil alle det her. Det tror jeg i høj grad skyldes, at personalet har fået lov til at udfolde sig. Der er respekt om deres arbejde, og der er opbakning til projektet hele vejen oppefra og ned i systemet," siger Melinda Frandix, der sammen med omkring 40 andre danske sygeplejersker, læger og andet sundhedspersonale var på studiebesøg i Tayside i begyndelsen af september.

Fælles for deltagerne er, at de alle er involveret i den danske patientsikkerhedskampagne Operation Life, som har flere lighedspunkter med den skotske kampagne. Melinda Frandix fremhæver desuden skotternes evne til at synliggøre deres resultater af hvert enkelt tiltag i afdelingen og ikke mindst til at reagere hurtigt på dem.

"Resultaterne bliver løbende offentliggjort på tavler i afdelingen og bliver endnu mere vigtigt også drøftet på deres afdelingsmøder. Går udviklingen ikke den rigtige vej, laves der straks nye handleplaner, og det indfører vi nu i Sygehus Nord i Region Sjælland. Hver afdeling skal komme med en handlingsplan for de Operation Life-pakker, de implementerer. Det er med til at sikre den lokale forankring hos ledelsen og medarbejderne. Operation Life har så mange konkurrerende tiltag, og det er tydeligt, at når der stilles krav til løbende afrapportering og konkrete handleplaner, så sker der noget," siger Melinda Frandix.

Sygeplejerske og souschef *Susanne Christoffersen* på Intensiv afdeling på Næstved Sygehus er ligesom den ledende oversygeplejerske også blevet smittet af de skotske kollegers engagement for patienternes sikkerhed.

"Efter turen til Skotland er vi faktisk begyndt at sige patientsikkerhed i stedet for Operation Life. Det er jo det, det hele drejer sig om. Og arbejdet for at forberede patienternes sikkerhed skal jo fortsætte, efter kampagnen er slut, akkurat som det gør i Tayside i Skotland," siger Susanne Christoffersen.

cso@dssr.dk

"I dag kan vi se, at det var en syg idé at tro, at alle kvinder skulle have medicin i overgangsalderen, selvom de ikke havde problemer. Men der findes mange andre områder, hvor risikotænkningen gør, at vi medicinerer og undersøger raske," siger praktiserende læge i Præstø, Lotte Hvas, der netop har forsvaret doktorafhandlingen: "Medicin til raske – en syg idé?"



Medicin til raske er en syg idé

Skævvridning. De praktiserende læger bruger mere og mere tid på at snakke livsstil og risiko for fremtidig sygdom med helt raske mennesker. Men opsporingen af usynlige risici er et etisk dilemma. Det mener Lotte Hvas, der er næstformand i Det Etske Råd.

AF BRITTA SØNDERGAARD, JOURNALIST • FOTO: HANNE LOOP



I din doktordisputats "Medicin til raske – en syg idé?" har du undersøgt, hvordan 1.000 danske kvinder oplever overgangsalderen. Er kvinder i overgangs-

alderen blevet sygeliggjort?

"Da jeg startede undersøgelsen, blev alle kvinder i overgangsalderen anbefalet at tage hormoner i mange år, fordi overgangsalderen blev anset for en farefuld tilstand. Så viste det sig, at medicinen havde for mange bivirkninger, og salget af hormoner faldt brat. I dag føler kvinder i overgangsalderen sig ikke specielt syge. En lille del af kvinderne har så svære gener, at de skal have hormoner. Men i dag klarer de fleste sig uden, og et begreb som klimakteriesyndrom er helt forsvundet ud af lægemiddelkataloget. Det er da interessant. Da det viste sig, at medicinen havde store bivirkninger, forsvandt syndromet."

Som læge sætter du spørgsmålstegn ved tidlig risikoopsporing. Men er det ikke et stort fremskridt, at tidlige screeninger kan forudsige risikoen for f.eks. knogleskørhed og hjerte-kar-sygdom?

"Vi kan ikke diskutere screening over én kam, for der er meget stor forskel på de enkelte undersøgelser. Den screening for Føltings syge, der foretages hos nyfødte, er ud-

mærket, bl.a. fordi de, der bliver fundet, kan blive 100 pct. raske.

Men f.eks. er der mange ulemper ved at screene for prostatakræft eller knogleskørhed.

Samtidig sker der i dag en massiv gråzone-screening i forhold til hjerte-kar-sygdomme.

Rigtig mange sunde og ressourcestærke mennesker får målt deres kolesterol, og en stor andel får at vide, at det ligger forkert. Det er den fokus på fejl hos rimeligt raske mennesker, som tager oceaner af tid hos de praktiserende læger. Samtidig gør det noget ved mennesker at se sig selv som patienter. I stedet for at betragte sig selv som raske, ser de pludselig negativt på fremtiden."

Er det ikke positivt, at læger og sygeplejersker i stigende grad fokuserer på den enkeltes livsstil i forhold til rygning, alkohol og motion?

"Jo, og den form for forebyggelse er specielt god i forhold til mennesker, der har nogle sygdomme eller er i højrisiko. Men der er tendens til, at læger og sygeplejersker har en lidt moraliserende holdning. Der mangler ofte ydmyghed i forhold til, at de som sund-

hedsprofessionelle sætter en dagsorden for andre menneskers liv.

Vi risikerer bagslag, hvis vi siger: "Nu skal du gøre, som vi siger, for det er godt for dig."

Manden, der ryger 40 cigaretter om dagen, vil formentlig være klar over, at det er usundt, men har alligevel sine grunde til at handle, som han gør.

Som læger og sygeplejersker må vi lytte til det enkelte menneske. Jeg synes selv, det er vigtigt at have en sund krop. Men nogle patienter har andre prioriteringer i deres liv. Hvis ikke vi lytter til det, risikerer vi, at de, der har allermest brug for behandling, bliver væk."

Bruger vi for mange ressourcer på de raske?

"De ressourcestærke opsøger i stigende grad lægen og vil have rådgivning i stedet for de svage, som ikke bliver fanget ved denne måde at forebygge på. Det er også en skævvridning, at man indfører kræftscreeninger på et tidspunkt, hvor vi har personalemangel og lange ventelister til kræftbehandlingen. Vi skal have styr på behandlingen, før vi udpeger nye patienter."

bso@dsr.dk

"Der er tendens til, at læger og sygeplejersker har en lidt moraliserende holdning. Der mangler ofte ydmyghed i forhold til, at de som sundhedsprofessionelle sætter en dagsorden for andre menneskers liv."

Lotte Hvas, praktiserende læge.



Vigtige sekunder. På trods af at otte ud af 10 opkald på 112 drejer sig om sundhed, tager politiet sig i dag af samtalerne over det meste af landet. Det skal der laves om på, så borgerne får rådgivning af sundhedsfagligt personale, mener regionerne.

NYE TIDER PÅ 112

AF MARIANNE BOM, JOURNALIST

Samtale fremmer forståelsen, siger man. Men ikke al samtale er let, og bestemt heller ikke forståelig. Slet ikke den, hvor en panisk borger ringer op på 112. Først skal anmelderen gøre alarmcentralen begribelig, hvilken kritisk situation der ringes om – og hvorfra. Dernæst skal han eller hun muligvis modtage gode råd om førstehjælp og omsætte dem til handling på skadestedet.

Prøv at lytte med på denne samtale fra det virkelige liv på Alarmcentralen i Storkøbenhavn:

Alarmcentralen (A): "Det er alarmcentralen."

Borger (B): "Ja, hallo, vi har en overdosis ved Dronningensgade."

A: "Hvad – er han bevidstløs?"

B: "Han er helt blå i hovedet nu. Ja, det er tæt på, det her."

A: "Dronningensgade nummer?"

B: "Det er inde i gården, den der."

A: "Ja, men hvad nummer?"

Adrenalin pumper formentlig rundt i kroppen på anmelderen. Men det lykkes alarmcentralen at få husnummeret, og en ambulance sendes af sted. Så kommer næste fase: overblik over situationen. Her: ingen vejtrækning. Hvorfor der telefonisk vejledes i hjertemassage.

80 pct. af alle 112-opkald, der ender med en udrykning, drejer sig om et sundhedsmæssigt problem. Alligevel er det alle steder

– på nær i Storkøbenhavn – politiet, borgeren får i røret. Nærmere bestemt en ansat ved politiet, som har fået efteruddannelse i førstehjælp. Det er ikke en sygeplejerske eller læge.

"Politiet er ikke de rigtige til det. Jeg er ligeglad med, om det er en politimand, der løfter røret. Men så snart det bliver taget, og det er klart, at det handler om en ulykke eller sygdom, så skal der trykkes på en knap, så samtalen vippes videre til en person med en sundhedsfaglig uddannelse," mener formanden for Folketingets Sundhedsudvalg, *Preben Rudiengaard* (V).

Han mener, at der i dag er risiko for, at alarmcentralen ikke får givet de nødvendige instrukser til anmelderen.

"I sidste ende kan det koste menneskeliv," siger han og bebuder, at han vil tage sagen op politisk, når en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen er færdig med at drøfte anbefalinger til fremtidens 112. Gruppen ventes at være færdig med sit arbejde ved årsskiftet.

Ifølge Preben Rudiengaard er der bred po-

litisk opbakning til, at "der strammes op" på rådgivningen af borgere, som ringer til 112. Preben Rudiengaard ønsker, at sundhedsministeren og justitsministeren, som er chef for politiet, aftaler, at der etableres en ny "knap" på alarmcentralerne. Den skal politiet bruge til at stille relevante samtaler videre til sundhedsfagligt personale. Desuden opfordrer formanden for sundhedsudvalget til, at der etableres en kvalitativ evaluering af de samtaler, der går ind på 112 om sundhedsproblemer, så kvaliteten løbende forbedres. Det sker ikke i dag.

Regionerne er i gang

Regionerne er p.t. i færd med at forberede, at borgerne får sundhedsfagligt personale i røret, når de har brug for det på 112. Det kan være sygeplejersker eller læger, der sidder på vagtcentralerne, som regionerne er ansvarlige for. I praksis arbejdes der på, at politiet stiller samtalen videre, så snart alarmcentralen har konstateret den nøjagtige adresse, og at sagen handler om sygdom, ulykker eller skader.

"Politimanden på 112 har en kort uddannelse i førstehjælp. Sygeplejersken har flere års sundhedsfaglig uddannelse og ved, hvad det drejer sig om. Sygeplejersken har formentlig også en større empati."

Poul Kristensen, præhospitals leder, Region Sjælland.



ARKIVFOTO: SØREN SVENDSEN

))) ARBEJDSGRUPPEN OM 112

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen diskuterer p.t. fremtiden for 112. I arbejdsgruppen sidder bl.a. regionernes præhospitale ledere, repræsentanter for ambulancetjenesterne, sygeplejersker, Sundhedsministeriet, Sundhedsstyrelsen og Rigspolitiet. Arbejdsgruppen diskuterer, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefaling nr. 12 om alarmcentraler kan gennemføres. Anbefalingen står i publikationen "Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen" fra 2007. Arbejdsgruppen ventes ifølge Sundhedsstyrelsen at afslutte sit arbejde med en rapport omkring årsskiftet. Sundhedsstyrelsen håber at afslutte med fælles anbefalinger.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger

Sundhedsstyrelsens anbefaling nr. 12, lægger op til:

- at der sker en afklaring af de sundhedsfaglige opgaver på alarmcentralerne, så det formelle ansvar for kompetencer, disponering, hjælp til ændringer, klagesagsbehandling og tavshedspligt over for borgeren fastlægges i sundhedsfagligt regi.

Sundhedsstyrelsen anbefaler også

- at der i regionerne sikres ensartet, landsdækkende, sundhedsfaglig opkvalificering af alarmcentralernes personale, herunder løbende efteruddannelse samt sundhedsfaglig støtte, supervision og rådgivning på døgnbasis. Dette kan med fordel foregå via regionens AMK (Akut Medicinsk Koordinationscenter).

Kilde: Sundhedsstyrelsen: www.sst.dk > Planlægning > Specialeplanlægning > Speciale gennemgange > Akut beredskab

I Region Sjælland bliver det formentlig sygeplejersker, borgeren får fat i i fremtiden, fortæller præhospital leder *Poul Kristensen* og forklarer:

"Politimanden på 112 har en kort uddannelse i førstehjælp. Sygeplejersken har flere års sundhedsfaglig uddannelse og ved, hvad det drejer sig om. Sygeplejersken har formentlig også en større empati," siger Poul Kristensen.

Han forventer, at sygeplejersker bedre end politiet vil være i stand til at vurdere, hvornår der er behov for at sende en ambulance.

"Politiet er hurtige til at sende en ambulance, især efter der har været klagesager over ambulancer, der ikke blev sendt. Jeg tror, at der er en tendens til, at der bliver sendt for mange af sted. Men jeg kan ikke garantere, at det bliver færre, hvis en sygeplejerske passer telefonen, for der kan være situationer, hvor sygeplejersken vurderer, at der skal en bil af

sted – hvor politiet ikke ville have sendt én," siger Poul Kristensen.

Samtaleteknik er vigtig

I Norge får anmelderen som udgangspunkt en sygeplejerske i røret, når opkaldet drejer sig om sygdom og ulykker. Det system har sygeplejerske og sundhedsfaglig specialkonsulent i Region Hovedstaden, *Grethe Thomas*, studeret i forbindelse med en masteropgave på Antropologisk Institut på Københavns Universitet. Hun har lyttet med på opkald til alarmcentraler i Danmark og i Norge. Grethe Thomas' forskning giver ikke belæg for at sige, at kvaliteten af det akutte beredskab bliver højere, fordi det er sygeplejersker, der tager telefonen, understreger hun. Hun har med sin sammenligning af Danmark og Norge primært haft som mål at belyse, hvilke styringsteknologier og praksisregimer der anvendes i samtalen med Alarmcentralen.

"Men jeg kan se i mine data, at en person med en sundhedsfaglig baggrund er mere tilbøjelig til at stille uddybende spørgsmål til borgeren, især hvis samtalen samtidig styres af guidelines som Norsk Indeks (se boks side 28), som den gør i Norge. Der spørges ind til, om patienten trækker vejret, om patientens farve og så videre, og der gives klare instrukser," siger hun og forklarer:

"Værdien af de uddybende spørgsmål er, at man mere præcist får vished om, hvad det er for en situation. Dermed er man bedre i stand til at vurdere, hvilken hjælp der skal sendes ud, og er bedre i stand til at guide den person, der står derude."

For meget eller for lidt

I hvilket omfang 112 i dagens Danmark får sendt den rette hjælp af sted i forhold til situationen – ikke for meget og ikke for lidt – ved man ikke, og det nuværende system gi-



» ver heller ikke mulighed for en sådan systematisk analyse, påpeger *Søren Loumann Nielsen*. Han er leder af akutlægebilerne i Region Hovedstaden og overlæge på Rigshospitalet. Men ud fra egne erfaringer og gennemlysning af bandede samtaler til alarmcentraler mener han, at der er grund til at tro, at man kan bruge ressourcerne mere målrettet. Han efterlyser større systematik i samtalerne med anmelderne, og han peger på, at der allerede i dag findes elektroniske redskaber – som Norsk Indeks – der kan guide modtageren af opkaldene systematisk igennem. Disse redskaber kan også dokumentere processen med henblik på senere systematisk analyse. Men de er ikke installeret. I den henseende er alarmcentralerne langt fra opdaterede til 2008, mener *Søren Loumann Nielsen*.

”Ved et hjertestop er tidsvinduet meget smalt. Derfor er det meget vigtigt, at man går systematisk til værks. Alarmoperatøren er oppe imod masser af begrænsninger, både sprogligt og åndeligt, fordi de fleste anmeldere har svært ved at agere rationelt. Det er en stor pædagogisk opgave.”

Søren Loumann Nielsen efterlyser ligesom formanden for Folketingets Sundhedsudvalg, at der sker en evaluering af sundhedsrelaterede samtaler til 112, og at man, når noget går galt, gennemfører en egentlig kerneår-

”Ved et hjertestop er tidsvinduet meget smalt. Derfor er det meget vigtigt, at man går systematisk til værks. Alarmoperatøren er oppe imod masser af begrænsninger, både sprogligt og åndeligt, fordi de fleste anmeldere har svært ved at agere rationelt. Det er en stor pædagogisk opgave.”

Søren Loumann Nielsen, overlæge, leder af akutlægebilerne i Region Hovedstaden.

sagsanalyse, akkurat som i sundhedsvæsenet. Rigspolitiet ønsker ikke at udtale sig om disse emner, mens arbejdsgruppen om 112 arbejder i Sundhedsstyrelsens regi, siger vicerigspolitichef *Peter Carpentier*.

”Politiets udgangspunkt er, at der foregår en god og forsvarlig betjening af kunderne. Men vi vil gerne drøfte forbedringer, og det gør vi i arbejdsgruppen under Sundhedsstyrelsen,” siger han.

I tilfældet med overdosisen i Dronningensgade, som blev nævnt i begyndelsen af artiklen, endte opkaldet efter megen dialog om at give hjertemassage sådan her:

Borger (B): ”Jeg siger mange tak for hjælpen – nu er de [ambulancebehandlerne] lige herude på trappen.”

Alarmcentral (A): ”Ja-ja, men må jeg lige spørge en gang til – trækker han vejret nu?”

B: ”Nu er der lidt gang i ham.”

A: ”Nu er der gang i ham?”

B: ”Ja.”

A: ”Så er det om på siden med ham, hvis han selv trækker vejret, så snart han trækker vejret selv, er det om på siden med ham.”

redaktionen@dsr.dk

Samtalen mellem alarmcentralen og borgeren er citat fra masteropgaven ”Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet – en antropologisk analyse af alarmoperators og lægmands relation ved hjerte-lunge-redning af borgere med pludseligt uventet hjertestop i det offentlige rum” af Grethe Thomas, sygeplejerske og sundhedsfaglig specialkonsulent i Region Hovedstaden. Den nævnte adresse er fiktiv.

»»» NORSK INDEKS – GUIDELINES

I Norge bruger man Norsk Indeks som guidelines til samtalerne på alarmcentralerne. Indekset er for tiden under revision. Læs hørings svar fra det norske sygeplejerskeforbund på www.sykepleierforbundet.no og fra den norske lægeforening på www.legeforeningen.no

Dette er et eksempel på indledende vejledning og spørgeteknik fra Norsk Indeks:

”Ambulancen er på vei! Ikke legg på!”

”Jeg skal fortelle deg hvordan du kan gi førstehjelp. Greit?”

”Flytt telefonen nærmere pasienten.”

”Finn ut om han/hun puster normalt.”

”Gjør det nå, og kom straks tilbake til telefonen.”

Kilde: ”Førstehjælp mellem styring og hverdagslivet – en antropologisk analyse af alarmoperators og lægmands relation ved hjerte-lunge-redning af borgere med pludseligt uventet hjertestop i det offentlige rum” af *Grethe Thomas*.

Ungarske øjne. 33-årige Adrienn Németh havde aldrig besøgt Danmark, da hun i foråret besluttede at søge en stilling som sygeplejerske i København. Da Sygeplejersken mødte Adrienn Németh i Ungarn i april, drømte hun om mere fritid og mere tid til patienterne. Men kan Danmark leve op til de forventninger?

DANMARK ER MIT HJEM NU

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST • FOTO: ANNE-LI ENGSTRÖM

Fjernsynet viser DR's Aftenshowet. Lyden er slået fra, så Poul Nyrup Rasmussens læber bevæger sig stumt på fladskærmen, mens sygeplejerske Adrienn Németh bærer bakken ind med dansk vand og ungarsk chokolade. På bordet ligger den ungarske version af Alt for Damerne side om side med *Sygeplejersken*.

Da vi mødte 33-årige Adrienn i april, boede hun i Budapest sammen med sin mor og havde i en periode haft tre job samtidig for at få økonomien til at hænge sammen. Nu bor hun på Østerbro i København med en anden sygeplejerske fra Ungarn, har ét job på Glostrup Hospitals neurokirurgiske afdeling og føler sig allerede hjemme i Danmark. Men ankomsten til København har været en stor omvæltning.

"Jeg havde forberedt mig hjemmefra og læst masser af rejsebøger om Danmark. Alligevel var det overvældende, da jeg først kom hertil. Der er så mange cykler og så mange mennesker fra forskellige lande og kulturer," siger Adrienn, der kort efter sin ankomst fik set København fra sin mere ubehagelige side, da hun fik stjålet sin medbragte cykel.

"Jeg havde ingen forsikring. Jeg græd og græd, men efter en måned fik jeg heldigvis råd til at købe en ny," siger hun.

Velkommen fra første dag

Hvor mødet med København var en blandet fornøjelse, har arbejdet på den nye afdeling været præget af positive oplevelser. Da Adrienn mødte ind på arbejde i begyndelsen af maj, blev der holdt en velkomstreception på hospitalet, og hendes afdeling havde sørget for, at Adrienns navn stod på hendes skuffe.

"Det var en dejlig følelse, at afdelingen havde ventet på mig. Jeg følte mig meget velkommen," siger Adrienn.

Men sproget har været og er stadig en stor barriere. Hun kæmper for at finde de danske glosser, og under interviewet med *Sygeplejer-*

sken assisteres hun af en tolk. "Fagligt er det ikke noget problem at gå på arbejde, men sprogligt er det meget svært."

Hun vurderer, at hun forstår 80 pct. dansk, når hun læser. Men mundtligt må hun bede om mange gentagelser.

"Da jeg mødte mine kollegaer første dag til receptionen, gik det op for mig, at jeg ikke forstod et hak af, hvad der blev sagt omkring mig. Det var et chok," siger hun og griner lidt af situationen.

Trods intensivt dansk kursus i Ungarn er der endnu langt igen til et flydende dansk. Og det betyder i dag, at Adrienn går på sprogkursus flere eftermiddage om ugen, når dagens vagt på Glostrup Hospital er overstået.

Her får patienterne tid

Bortset fra sproget oplever den 33-årige sygeplejerske ikke de store problemer med at indgå i hverdagen på et dansk sygehus.

"Jeg har skrevet mange breve hjem og ringer dagligt til min familie. Jeg fortæller dem, at her er alt til patienterne. Der er mad og underbukser, medicin og masser af tid til dem. Man kan slet ikke sammenligne det med forholdene på de ungarske sygehuse," siger hun.

I Ungarn havde Adrienn ofte tre eller fire patienter, når hun var på vagt på intensivafdelingen. På neurokirurgisk intensivafdeling har hun gerne én eller to patienter på en vagt.

"Så arbejdet her gør mig ikke træt, men det gør de sproglige vanskeligheder. Jeg skal koncentrere mig meget hele tiden," siger hun.

Men trods det vanskelige danske sprog forventer Adrienn ikke at rejse tilbage til Budapest lige foreløbigt.

"Fagligt er det rigtig godt her. Når jeg taler om hjem, så er det stort set Danmark, jeg mener. Man hører jo hjemme der, hvor man har det godt," siger hun.



For sygeplejerske Adrienn Németh har det været en stor omvæltning at møde de mange cykler og mennesker i København. Hendes egen cykel blev stjålet kort efter ankomsten, men efter en måned fik hun råd til at købe en ny.



))) BYE-BYE BUDAPEST

I april besøgte *Sygeplejersken* 10 ungarske sygeplejersker i Budapest, der havde indgået en kontrakt med Region Hovedstaden om at komme til Danmark. De gik på intensivt danskursus forud for afrejsen og glædede sig til at forlade deres land, hvor gennemsnitslønnen blandt sygeplejerskerne udgør 3.000 kr. om måneden. Lokket af udsigten til mere fritid og bedre aflønning gjorde sygeplejerskerne sig klar til et nyt liv på de nordlige breddegrader. *Sygeplejersken* følger den ene af de 10 sygeplejersker løbende. Hvordan oplever hun mødet med det danske sundhedsvæsen? Og hvordan er det at blive rekrutteret fra Østeuropa til Danmark?

Temaet "Europas sygeplejerskemangel" om bl.a. de ungarske sygeplejersker blev bragt i nr. 11/2008.

Sygeplejerske Adrienn Németh kom til Danmark for fire måneder siden fra Ungarn. Hun drømte om mere i løn, mere tid til patienterne og mere fritid til sig selv. Tiden til patienterne har hun fået, men fritiden bruges mest på danskundervisning, mens lønnen ind til videre primært sluges af en høj husleje i København.

EN UDENLANDSK KOLLEGA ER HÅRDT ARBEJDE

Danske øjne. På Glostrup Hospitals neurokirurgiske intensivafdeling tog man i maj måned imod to ungarske sygeplejersker. Erfaringerne peger nu på, at sproget er en større barriere end forventet.

AF KATRINE BIRKEDAL CHRISTENSEN, JOURNALIST

Fire måneder efter to ungarske sygeplejersker trådte ind ad døren på Glostrup Hospital, må afdelingssygeplejersken erkende, at det var en hårdere opgave at rekruttere udenlandske sygeplejersker end forventet.

”Det har været virkelig hårdt. De ungarske sygeplejerskers sprogkundskaber var betydeligt dårligere end forventet, og det er først i dag, at de så småt er begyndt at arbejde lidt mere selvstændigt, selvom der stadig er behov for supervision,” fortæller *Lillian Dalsgaard*, der er afdelingssygeplejerske på Glostrup Hospitals neurokirurgiske intensivafdeling.

Selv om afdelingen havde forberedt sig grundigt på de nye kollegaers ankomst, havde planlagt uddannelsesforløb og afsat to faste kontaktsygeplejersker til at følge hver af de ungarske sygeplejersker dagligt, blev de alligevel overraskede over det sproglige niveau.

”Da de kom, kunne de kun ganske få danske ord. Det er nogle gode piger, og fagligheden er, så vidt vi kan se, i orden. Men det har kostet mange ressourcer i afdelingen at få det til at fungere. Det var hårdt for dem, og det var hårdt for os,” siger ledende oversygeplejerske *Hanne Rensch* fra Glostrup Hospital.

De bliver gode kollegaer

De to ledende sygeplejersker, er enige om, at betingelserne for rekruttering af udenlandske

sygeplejersker bør være anderledes en anden gang.

”Tingene skulle foregå anderledes fra starten af,” siger *Hanne Rensch*, og tilføjer: ”Vi havde f.eks. ikke mulighed for at gennemføre et ansættelsesinterview, og det synes vi er en vigtig forudsætning, hvis vi skulle deltage i en lignende proces en anden gang.”

Hun mener desuden, at det har været problematisk, at de ungarske sygeplejerskers specialuddannelse i anæstesi ikke var godkendt, inden de begyndte på afdelingen, og de praktiske og administrative procedurer ikke var ordentligt på plads. Og så burde sprogniveauet være højere som udgangspunkt, siger *Lillian Dalsgaard* og *Hanne Rensch* samstemmende.

De håber dog, at de sproglige vanskeligheder kan overvindes på sigt, så investeringen kan bære sin løn.

”Pigerne er faldet godt til i afdelingen, og jeg er sikker på, at de bliver gode kollegaer fremover, når sproget er på plads,” siger *Lillian Dalsgaard*.

kbc@dssr.dk

”Det var hårdt for dem, og det var hårdt for os.”

Ledende oversygeplejerske *Hanne Rensch*, Glostrup Hospital.

UDENLANDSKE SYGEPLEJERSKER I DANMARK

Med en mangel på 2.400 sygeplejersker i Danmark har regionerne og regeringen for alvor fået mod på at rekruttere sygeplejersker fra udlandet. Region Syddanmarks nye rekrutteringscenter skal skaffe 200 sygeplejersker og læger fra Østrig og Tyskland over de næste to-tre år. Folketingets Sundhedsudvalg har netop været på studietur til Indien for at undersøge mulighederne for at rekruttere sygeplejersker og læger derfra, ligesom Region Midtjylland, der allerede har skrevet kontrakt med 31 indiske læger. Region Nordjylland har indgået aftale med et rekrutteringsbureau om at skaffe 41 tyske sygeplejersker, mens Region Midtjylland har bestilt 30 tyske sygeplejersker. Region Hovedstaden har hentet 67 sygeplejersker fra henholdsvis Tyskland, Polen og Ungarn i løbet af det seneste år, mens Region Sjælland arbejder på at få 40 sygeplejersker og læger op fra Tyskland.

Kilder: Berlingske Tidende, Fyns Stiftstidende, Dansk Sygeplejeråd, *Sygeplejersken*.

Godt begyndt

Godt begyndt er halvt fuldendt. Og når det handler om ligeløn, er det en rigtig god begyndelse, at regeringen nu har nedsat en lønkommission.

Det har været en hård fødsel.

Først fremlagde vi – sammen med FTF – forslaget tilbage i sommeren 2007. Det blev mødt med alt fra hovedrysten til direkte afvisning, både af arbejdsgiverne, store dele af fagbevægelsen og mange folketingspolitikere.

Derefter tog vi forslaget med til forhandlingsbordet. Hverken Danske Regioner eller KL klappede i hænderne, men efter 8½ uges konflikt så de anderledes på sagen. Bl.a. fordi konflikten havde gjort det krystalklart, at uden ligeløn vil der ikke være nok sygeplejersker, og uden sygeplejersker kan regionerne og kommunerne ikke drive et stærkt offentligt sundhedsvæsen.

Så kom statsministeren hjem fra sommerferie og lovede, at han ville nedsætte en lønkommission. Straks kom LO-formanden på banen og forsøgte at lukke kommissionen, før den overhovedet kom i gang – bl.a. med en formulering om, at han ikke kan "leve med, at uddannelse bliver et afgørende parameter for, hvordan folk aflønnes."

Heldigvis hoppede finansministeren ikke på den limpind. I stedet fremlagde han i september et konkret kommissorium for Lønkommissionen. Igen opstod der problemer med de andre faglige organisationer, ikke mindst LO og FOA, der slog sig gevaldigt i tøjet.

Men efter nogle mindre ændringer i finansministerens forslag har alle parter nu langt om længe sagt ja. Nogle mere begejstret end andre. F.eks. har formanden for Danmarks Lærerforening tidligere sagt, at en lønkommission vil føre til en elendighedskampagne, hvor alle vil dokumentere, hvor dårligt de har det i forhold til andre. Det er jeg slet ikke enig i.

Egentlig er det utroligt, at noget så teknisk som en lønkommission kan få følelserne så meget i kog. Hvem kan i virkeligheden være imod, at fakta om uligelønnen bliver lagt på bordet? For mig at se er det en forudsætning for, at vi kan få skabt ligeløn. Og det må være i alles interesse.

Derfor er det rigtig godt, at finansministeren nu har nedsat en lønkommission, selv om det oprindeligt ikke var regeringens kop te. Det er også rigtig godt, at sygeplejerskerne og vores kolleger i Sundhedskartellet strejkede i 8½ uge i foråret. Ellers havde vi aldrig fået en lønkommission.

Nu venter der et stort arbejde. Både i selve Lønkommissionen og bag efter, når Folketinget skal overtales til at afsætte penge til at fjerne uligelønnen. Det kaster jeg mig ind i med fuld energi. For sygeplejerskerne mener det alvorligt, når vi siger, at vi ikke vil finde os i uligelønnen.

"Egentlig er det utroligt, at noget så teknisk som en lønkommission kan få følelserne så meget i kog. Hvem kan i virkeligheden være imod, at fakta om uligelønnen bliver lagt på bordet?"



Connie Kruckow

Connie Kruckow, formand

Et spil for galleriet

Af Villy Theodorsen, sygeplejerske

Kommentar til artiklen "Jeg følte mig som et tæppe, der er blevet trampet på med beskidte støvler" i Sygeplejersken nr. 13-14/2008 samt debatindlægget "Fantastisk behandling" i Sygeplejersken nr. 17/2008.

Jeg har også læst artiklen af Adam Dyrvig Tatt om hans oplevelser som patient på urologisk afdeling H122 i Herlev. Det svar, som Helle Lauridsen gav Adam: "Det er trist, at en patient oplever sådan et forløb, og det kan vi kun beklage," er en meget tam og indholdsløs udtalelse, som efter min mening ikke er noget værd. Det er meget vigtigt at give Adam Dyrvig Tatt en undskyldning, eftersom jeg tror, at Adam Dyrvig Tatt sikkert ønsker, at nogen tager et ansvar for det, som er sket.

Jeg tror også, at det skulle føles bedre for Adam Dyrvig Tatt rent psykisk, eftersom at hvis han skulle blive indlagt på et hospital igen, kommer hændelsen i Herlev selvfølgelig til at gøre sig stærkt gældende. Videre synes jeg, at det er flokler, Helle Lauridsen giver Adam Dyrvig Tatt, når hun siger "Vi har et højt specialiseret personale" og gemmer sig bag, at Herlev Hospital er et universitetshospital. Det hører ingen steder hjemme!

Helle Lauridsen ved godt, at det kun er et fåtal af sygeplejersker, som har været på afdelingen i mange år. De fleste sygeplejersker på afdelingen er nyuddannede, og der er en relativt konstant høj personaleomsætning. Det er derfor et spil for galleriet, Helle Lauridsen serverer for både Adam og læserne af *Sygeplejersken*.

En anden tanke, der slår mig, er, hvorfor ikke afdelingssygeplejersken svarer Adam? Jeg opfordrer derfor Helle Lauridsen som oversygeplejerske og ansvarshavende til at give Adam den undskyldning,

han har krav på. En anden kommentar fremsat af Leif E. Pedersen i *Sygeplejersken* nr. 17/2008 er, hvorfor man føler et så stort behov for at krænke, nedvurdere og håne Adam? Leif E. Pedersen skriver "... alle patienter fik en fantastisk pleje på alle niveauer." Hvilke patienter har givet dig, Leif E. Pedersen, tilladelse til at udtale dig om deres oplevelse i løbet af den tid, du selv lå inde som patient? Hvordan ved du, hvad der har været diskuteret, og hvad der er sket i døgnets 24 timer på alle 18 stuer i løbet af de to uger, du selv lå inde på afdelingen? Hvis jeg var dig, ville jeg skamme mig, og min skyldfølelse tilsiger mig også at give Adam Dyrvig Tatt en undskyldning.

Villy Theodorsen har tidligere været ansat på Urologisk Afdeling H 122, Herlev Hospital.

Svar

Af Helle Lauridsen, ledende oversygeplejerske

Kære Villy Theodorsen!

Jeg kan af dit læserbrev konstatere, at du ikke mener, at Adam Dyrvig Tatt har fået en undskyldning for hans patientforløb på vores afdeling. Som du rigtigt skriver, har jeg tidligere beklaget forløbet over for Adam Dyrvig Tatt. Udtalelsen var ment som en regulær undskyldning.

Men for at Adam Dyrvig Tatt ikke skal være i tvivl, vil jeg gerne give ham en uforbeholden undskyldning for hans oplevelse af mangelfuld pleje og omsorg på vores afdeling.

Helle Lauridsen er ledende oversygeplejerske på Urologisk Afdeling, Herlev Hospital.



danatekt
• Svanemærket
• Nyt design

danatekt
creme

danatekt
shampoo

danatekt
lotion

– omsorgsfuld hudpleje

danatekt hudplejeserie er udviklet til tør, sart eller udsat hud, der trænger til ekstra og beskyttende pleje.

- UDEN parfume- og farvestoffer
- Shampooen er helt UDEN konserveringsmidler
- Creme og lotion er konserveret UDEN parabener
- Serien kan bruges af hele familien
- Købes på apoteket

www.danatekt.dk

Banebrydende sygeplejersker på Sygeplejemuseet

I forbindelse med særudstillingen
"Medaljens Pris"
Søndag 26.10. kl. 14:00
Gratis entre når billetten til museet er betalt.

Tre modtagere af Florence-Nightingale
medaljen fortæller:

Jesper Hildebrandt Jørgensen,
"Arbejdet med TB-patienter
i russiske fængsler"

Lone Jakobsen,
"Sygeplejen til torturofre"

Randi Jensen,
"Krigssygepleje"

Fjordvej 152, 6000 Kolding, Tlf. 76327676
www.sygeplejemuseum.dk

Enig

Af Hanne F. Mortensen, sygeplejelærer, master i professionsudvikling.

Kommentar til debatindlægget "Usolidariske egoister" i Sygeplejersken nr. 19/2008.


 Kære Claus Sørensen!
Tusind tak for dit indlæg. Jeg er helt enig.

Hanne F. Mortensen er sygeplejefaglig leder på Sygeplejerskeuddannelsen Herlev, Den Flerfaglige Professionshøjskole i Region Hovedstaden.

Hvor er solidariteten henne?

Af Inger Lise Rasmussen, sundhedsplejerske

Kommentar til Grete Christensens debatsvar "Ingen økonomisk kompensation" i Sygeplejersken nr. 17/2008.

 Tak for svar på mit indlæg i *Sygeplejersken* nr. 17/2008. Jeg er selvfølgelig stadig meget utilfreds med mit økonomiske tab på grund af konflikten. Det hjælper jo ikke så meget med *Grete Christensens* store forståelse og gode råd om at tage ekstra vagter.

Da jeg er fuldtidsansat og bliver 65 år i april 2009, er det jo umuligt at optjene flere timer.

DSR meldte flot ud, at ingen skulle lide økonomisk tab pga. konflikten. Men det er jo lige præcis det, der er sket.

DSR burde have taget højde for dette forhold og oplyst os ældre sygeplejersker om det. Så havde vi i det mindste haft mulighed for at melde os ud af DSR inden konflikten.

Jeg vil igen bede DSR om at finde en måde at kompensere os ældre på. Hvor er den højt besungne solidaritet ellers henne?

Der er formentlig ikke mange sygeplejersker, der arbejder efter, de er blevet 62 år, så det må være muligt at finde de penge til os?

Inger Lise Rasmussen er ansat i Sundhedsplejen, Århus Kommune.

Svar

Af Grete Christensen, 1.-næstformand

Kære Inger Lise Rasmussen!

Dansk Sygeplejeråds garantifond udbetaler konfliktunderstøttelse svarende til medlemmernes fulde løn. Den skattefrie efterlønspræmie kan imidlertid ikke sidestilles med løn, og derfor har Dansk Sygeplejeråd ikke mulighed for at give økonomisk kompensation. Det ændrer naturligvis ikke på, at det er en beklagelig situation, du og andre medlemmer står i.

Jeg er klar over, at ikke alle medlemmer har mulighed for at tage ekstra vagter i den kommende tid. For andre kan det imidlertid være en realistisk løsning. Min generelle opfordring er derfor at kontakte DSA med henblik på at få foretaget en individuel beregning af, hvor mange timer der reelt mangler i forhold til den skattefrie præmie. Jobkonsulenterne i DSA hjælper også de medlemmer, der har mulighed for at arbejde flere timer, med at finde de nødvendige ekstra-vagter.



Hverdagens Usynlige Gøremål

- vær med i debatten

Hverdagens Usynlige Gøremål – eller HUG – er de opgaver, sygeplejersker varetager på arbejdspladsen, som ikke er egentlige sygeplejeopgaver. Dem vil vi i Dansk Sygeplejeråd gerne skabe opmærksomhed omkring.

Derfor sætter vi HUG til debat med fem debatoplæg hen over efteråret på en særlig temaside på www.dsr.dk.

Første debatoplæg har temaet: Stil skarpt på din faglighed. Det og de følgende oplæg er tænkt som inspiration til debat fra sygeplejerske til sygeplejerske, og mellem sygeplejersker og politikere i Dansk Sygeplejeråd. Oplæg der også mere bredt fokuserer på sygeplejerskers arbejdsvilkår.

Du kan også sende et elektronisk postkort til dine kolleger, så I sammen kan sætte gang i debatten på arbejdspladsen.


Vær med i debatten frem til 12. december på www.dsr.dk/HUG

Vi glæder os til at høre din mening!



Paradoksalt afslag på støtte

Af Helle Laurberg, sygeplejerske

 Det kan undre mig, at man fra den ene dag til den anden afviste en ansøgning om sponsoring af kondomer til frivilligt informationsarbejde i Nicaragua. DSR har nemlig her i 2008 fokus på "Unge forhold i Nicaragua" og måske som følge heraf besøg af en nicaraguansk sygeplejerske.

Vi er to (danske) sygeplejersker med bred erfaring, som rejser til Nicaragua tre måneder til januar 2009. Vi skal arbejde som frivillige med fokus på sikker sex og mundhygiejne. Vi medbringer vores eget informationsmateriale.

Den ene af os har arbejdet i Guatemala som frivillig sygeplejerske i et halvt år og erfarede, hvor stort et behov der er for at virke blandt befolkningen i uformelle sammenhænge.

Dette bliver muligt for os via: 1) Medical Spanish School, som foranlediger diverse besøg til sundhedsinstitutioner og hospitaler m.m. 2) En lokal organisation: "Esperanza-Granada", som har lovet os at formidle kontakt til skoler, hvor vi kan arbejde frivilligt og samle børn til små undervisningsseancer. 3) "Fundación Xochiquetal", som har tilbudt os arbejde på deres mobile klinikker.

Alt er ulønnet, og vi afholder selv alle udgifter. Vi har på nuværende tidspunkt fået sponsoreret 1.400 tandbørster fra Tandex, men fået afslag fra diverse kondomfirmaer.

Min ansøgning til DSR drejede sig om sponsorhjælp til køb af kondomer.

Ethvert beløb ville være velkomment.

Vi har tilbudt DSR en artikel om forløbet.

Men begrundelsen for afslaget lød, at da man i forvejen bidrager til aktiviteter i relation til Nicaragua, bl.a. et stipendiat til den nicara-

guanske sygeplejerske *Nacira Temples*, som nævnes i *Sygeplejersken* nr. 19/2008, kan man ikke være behjælpelig med sponsoring af kondomer.

I mine øjne er begrundelsen et paradoks, og hvad ville være mere oplagt end at støtte vores projekt, lige præcis i år, fordi det er i forlængelse af DSR's fokus – 2008.

Jeg forstår ikke, at DSR ikke kan se en naturlig sammenhæng i at prioritere støtte til nøjagtig det samme fokusområde, som *Nacira Temples* har valgt som sit læringsområde (hiv/aids) her i DK.

Jeg kunne ønske mig, at DSR ville overveje afslaget endnu en gang!

*Helle Laurberg er ansat på
Anæstesiologisk Afdeling, Århus Sygehus,
Århus Universitetshospital.*

Svar

Af Grete Christensen, 1.-næstformand

Kære Helle Laurberg!

Dansk Sygeplejeråds Solidaritetsfond har til formål at støtte humanitært arbejde, fremme sundhed og forebyggelse og opbygningen af sygeplejerskeorganisationer i andre lande. Alle medlemmer af Dansk Sygeplejeråd betaler af deres kontingent 1 kr. om måneden til Solidaritetsfonden.

I år har Solidaritetsfonden bl.a. givet mulighed for, at *Nacira Temples*, der er afdelingssygeplejerske på en epidemiologisk afdeling i Nicaragua, får et studieophold i Danmark med fokus på hiv og aids. Opholdet omfatter bl.a. besøg på en række danske sygehusafdelinger og Sundhedsstyrelsens Center for Forebyggelse. Na-



Åbent hus i Kvæsthuset

Vi byder sygeplejersker velkommen til at komme og høre om Kvæsthusets historie og se, hvordan de gamle lokaler nu er indrettet som et moderne og tidssvarende kontormiljø.

Kvæsthuset er et gammelt hus, der for flere hundrede år siden var hospital. I mange år tjente det som DFDS' hovedkvarter, men er i dag Dansk Sygeplejeråds samlingspunkt for medlemsrettede og faglige aktiviteter.

Dansk Sygeplejeråd byder på en kop kaffe/the, småkager, vand og frugt under foredraget.

Tidspunkterne er:
Tirsdag d. 4.11.2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16
Torsdag d. 20.11.2008 kl. 13 – 15 og kl. 14 – 16

Adressen er:
Kvæsthuset, Sankt Annæ Plads 30, 1250 København K.

Der kan være 50 personer ved hvert arrangement og tilmelding kan ske på tlf. 4695 4152 (DSR's reception) inden 2 dage før hvert arrangement.



Det er ikke kun godt humør, der smitter

God håndhygiejne er en hurtig, effektiv og direkte vej til færre infektioner

Det kræver tre ting: Den rette viden, den rette indstilling og en tilpasset håndhygiejnøsning.



Se mere på www.spritmere.dk eller kontakt os for personlig rådgivning på telefon 6471 2112

plum

cira Temples får herigennem et omfattende fagligt udbytte, der vil få stor værdi for patienter og sygeplejersker i Nicaragua. Det hænger ikke mindst sammen med, at Nacira Temples er aktiv i den nicaraguanske sygeplejerskeorganisation og i sundhedsforbundet FETSALUD og derigennem har mulighed for at dele sine erfaringer fra Danmark med sygeplejersker og sundhedsarbejdere i hele Nicaragua.

Herudover holder Nacira Temples under sit studieophold oplæg på i alt 11 sygeplejerskoler i hele Danmark, og disse oplæg er med til at styrke interessen for sundhed og sygeplejens vilkår i udlændene.

Jeg kan godt forstå, at du ser en sammenhæng mellem jeres spændende projekt og Nacira Temples' studieophold i Danmark. Solidaritetsfonden har imidlertid et begrænset økonomisk råderum, og fonden fokuserer derfor på de projekter, der samlet set vurderes at have størst effekt i forhold til Fondens formål.

I forhold til din konkrete ansøgning hænger afslaget også sammen med, at kondomer efter vores oplysninger i forvejen kan afhentes gratis på alle sundhedsklinikker i Nicaragua og uddeles af Sundhedsministeriet ved forskellige offentlige arrangementer.

»»» HVAD MENER DU

www.sygeplejersken.dk



Nyt spørgsmål på www.sygeplejersken.dk:

Er brugen af private vikarbureauer i det offentlige sundhedsvæsen en fornuftig løsning på sygeplejerskemanglen, eller er det spild af offentlige lønkroner?

- Fornuftig løsning på sygeplejerskemangel
- Spild af offentlige midler
- Ved ikke

Svar på spørgsmål stillet i Sygeplejersken nr. 19/2008:

Synes du, din arbejdsplads gør nok for at bekæmpe stress?

Svar	antal	pct.
Ja	26	18,3
Nej	110	77,5
Ved ikke	6	4,2
I alt	142	100

"I Danmark ville jeg have en 50 pct.s chance for at dø af min kræftsygdom, mens jeg herovre har en 66 pct.s chance for at overleve."

Merete von Eyben, forfatter, ph.d. og brystkræftramt dansker bosat i USA på 25. år, i kronik i Politiken.





"Nu får jeg ikke ondt i fødderne efter en arbejdsdag"

Marlene Wikström, sygeplejerske

Hvad har fået dig til at bruge Crocs som arbejdssko?

-Jeg fik Crocs anbefalet af min skobutik. De sagde at der kom en helt ny type sko der var både let og skøn. Eftersom jeg går hele dagen, når jeg er på arbejde, havde jeg brug for fodvenlige sko og købte derfor et par.

Hvad mener du er fordelene ved Crocs?

- Jeg mærkede øjeblikkeligt forskellen mellem Crocs og mine normale sandaler. Nu har jeg aldrig ondt i fødderne efter en arbejdsdag, hvilket jeg næsten altid havde tidligere.




For yderligere information, ring 8672 5867, eller kig på www.crocsdanmark.dk





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

Silentia Salgskontor
Tel 73672011
www.silentia.dk



SKÆRMER AF UDEN AT LUKKE INDE

Charlotte Fuglsang Andresen

 Det er med stor sorg, at vi siger farvel til *Charlotte Fuglsang Andresen*, som døde den 17. september 2008 af sin kræftsygdom. Charlotte blev kun 36 år!

Charlotte blev uddannet på Rigshospitalets Sygeplejeskole i 95. Herefter fulgte mange års ansættelse på hæmatologisk afdeling på Rigshospitalet, hvor Charlotte tog onkologisk efteruddannelse i 2001. I 2006 skiftede Charlotte sektor og fik ansættelse i hjemmeplejen, Vanløse, hvor den palliative pleje lå hende meget på sinde.

Vi har haft den glæde at følge Charlotte, siden vi læste sammen på sygeplejeskolen, idet vi har bevaret vores "læsegruppe" og har mødtes hver måned lige siden. Det har været en gruppe, der har været brugt til at give hinanden såvel faglig som personlig sparring, vi har fulgt hinanden gennem flere af livets faser og for Charlottes vedkommende – og alt for tidligt – også til livets afslutning.


Charlotte var et meget aktivt menneske, som var engageret i sit arbejde, i sin familie og sin store omgangskreds, hun besad en stor indlevelsessevne både professionelt og privat. Gennem sine mange rejser fik hun kontakter rundt omkring i verden. Charlotte nåede også at rejse med sin familie, idet de i 2005 hev tre måneder ud af kalenderen og tog til Australien.

Charlotte efterlader sig tomrum og afsavn. Vores tanker går til Charlottes mand *Esben* og deres to børn *Louis* og *Asta*. Vi håber, I kan finde styrke til at leve videre i denne svære tid.

Den femte stol i læsegruppen vil fremover stå tom, vi kommer til at savne dig meget.

*"Læsegruppen",
Rikke Albert, Mette Freitag, Lotte Hede og Anne Næsted.*

Rita Vildersbøll Holm

 *Rita Vildersbøll Holm* døde den 23. september 2008 – blot 58 år gammel.

Ritas værdier kunne sammenfattes i tro, håb og kærlighed.

"Men størst af alt er kærligheden," lød ordene ved Ritas bære.

Ritas liv var fyldt til kanten med kærlighed, og der var tit både bid, vid og kampe i Ritas måde at praktisere kærlighed på. Når svære tilskikkelser kom ind i Ritas liv, tog hun ufortrødent imod udfordringen i bevidstheden om, at det lange seje træk var vigtigt, hvad enten det handlede om familie eller venner. Den milde kærlighed var en evig evne til at omgive hele paletten med varme.

Rita kom aldrig på besøg uden en gave, hendes opfindsomhed var udtømmelig. Rita havde fået et kunstnerisk talent, som længe næsten lå i dvale. De seneste år fik Rita mulighed for at udvikle denne evne. Hun malede på livet løs – skønne, meget forskellige malerier, og lagde først penslen et par uger før sin død.

I kampen mod svær sygdom forblev Rita lysende, humoristisk, varm, alvorlig, intens. Hun gik i teater, på kunststillinger, tog op i sit elskede sommerhus, inviterede middagsgæster (uanset hun var afskrevet fra selv at spise den gode mad). Trods svindende kræfter var Rita et utroligt kraftcenter med stor omsorg for alle selv i afskedsstunden.

Et elsket menneske er nu "i levende hænder". Måtte det være en trøst til de mange, der sørger og savner.

Vi sender vore tanker til *Eskil* og børnene samt til Ritas øvrige familie.

I dyb taknemmelighed over et venskab, der startede på Diakonissestiftelsens Sygeplejeskole i 1970.

Bodil Lisbeth Ekstrand, Bodil Mønster og Marie Riishede.



Ekklusivt for Konsulenter - der er klar til at tage det næste skridt..

Søger du:

- » en bredere palet af værktøjer til forøgelse af dine handlemuligheder og værdiskabelse for din organisation?
- » styrket argumentationskraft gennem indsigt i antagelserne bag konsulentværktøjerne?
- » udfordring på metodernes teoretiske grundlag?
- » sparring med erfarne konsulenter i formaliserede coachingforløb?

Ny 2-årig konsulentuddannelse
- målrettet den offentlige sektor
og på diplomniveau

Kontakt:
t: 35 86 85 86 • e: kleo@kleo.dk • w: www.kleo.dk

GIV DIN FAMILIE ET INTERNATIONALT NETVÆRK



**VIL DU VÆRE VÆRTSFAMILIE FOR EN STUDERENDE
FRA USA I 4 MÅNEDER?**

- EN OPLEVELSE FOR LIVET
- IMPROVE YOUR ENGLISH
- VI DÆKKER UDgifterne!

NÆSTE SEMESTER: 18. JANUAR-17. MAJ 2009

Go to
www.dis.dk/familie

3311 0144

DIS DANISH INSTITUTE
FOR STUDY ABROAD
50 years 1959-2009

SYGEPLEJERSKEN

>>> FAG



Mobilisering af patienter, som har brækket halshvirvelsøjlen >> 44

De komplekse
årsager til fedme >> 54

- Fagtanker >> 40
- Faglig information >> 40
- Resuméer >> 42
- Fortæl og vind >> 43
- Testen >> 52
- Agenda >> 58
- Anmeldelser >> 59
- 5 faglige minutter >> 62

FOTO: SIMON KNUDSEN

>>> FAGTANKER

Intensivsygeplejens mange elementer

Hvis der er nogen, der er i tvivl om, at man som intensivsygeplejerske skal kunne sin anatomi, fysiologi, biokemi og farmakologi til mere end 02, vil artiklen "Mobilisering af patienter, som har brækket halshvirvelsøjlen" side 44 hurtigt overbevise dem om det modsatte. Hvis sygeplejersken ikke kan sit kram i forhold til f.eks. mobilisering af den rygmarvsskadede patient, kan selv et lille løft af patientens hovedgærde få livstruende konsekvenser for patienten.

Men artiklen viser også vigtigheden af intensivsygeplejens humanistiske elementer. En vending af patienten i forbindelse med f.eks. personlig hygiejne kan medføre så markant et blodtryksfald, at det for patienten opleves mere end ubehageligt, og man behøver ikke megen fantasi for at forestille sig, at vendinger, og derved personlig hygiejne, hurtigt kan udvikle sig til et mareridt for patienten. Artiklen beskriver her betydningen af tid, information, omsorg og medinddragelse af patient og pårørende.

Efter læsningen forstår vi, der ikke selv kender den intensive sygepleje, langt bedre betydningen af, at alle intensivsygeplejersker kommer af sted på specialuddannelsen i intensivsygepleje.



Evy Ravn

Evy Ravn,
sygeplejerske,
fagredaktør.

Beregn ernærings

AF HELLE SVENNINGSEN, SYGEPLEJERSKE, MKS

Artiklen præsenterer et nemt tilgængeligt redskab til beregning af ernæringsbehovet hos kritisk syge. Grundelementer i beregningsarkene kan overføres til andre patientgrupper. Artiklen udspringer fra anæstesiologisk/intensiv afdeling, Århus Sygehus.

Ernæringsberegning hos kritisk syge patienter opleves ofte kompliceret og tidsrøvende, både hvad angår patientens ernæringsbehov og faktiske indtag. En gennemgang af 15 patienters observationskemaer i 2003 på intensivafsnit 600, Århus Sygehus, viste da også, at mindre end 30 pct. fik udregnet deres ernæringsbehov. Ikke kun behovsudregningen halvede – patienterne fik kun dækket 72 pct. af deres energibehov og 48 pct. af deres proteinbehov. Der var brug for forbedringer.

En forenklet beregning

Efter implementering af en ny ernæringsinstruks og en mere forenklet beregningsmetode viste en ny stikprøve i 2004 forbedringer, men patienternes behov var stadig ikke dækkede. En sygeplejerske forklarede problematikken ved, at det stadig var vanskeligt at udregne det forgangne døgns indgift af energi og protein. Ofte oplevede hun tillige at få forskellige resultater, når hun regnede indgiften ud, og usikkerhed om, hvad der reelt skulle med i beregningen, gjorde ikke opgaven nemmere.

Et endnu bedre redskab var nødvendigt, hvorfor undertegnede udarbejdede et beregningsark i programmet Excel, der blev lagt på alle pc'er i afsnittet. Herefter blev beregningerne langt mere præcise, opgaven nemmere at gå til, og arket blev en succes: Stort set alle patienter får nu beregnet deres energiindtag, der er ikke tvivl om, hvad der skal medregnes, og det er muligt hurtigt at danne sig et overblik over, hvilken ændring det vil give i energi- eller proteinindgiften, hvis man f.eks. ændrer på sondemaden, giver en proteindrik ekstra eller holder pause/slukker for i.v.-ernæringen. Og vigtigst: Stikprøver i afsnittet viser, at de kritisk syge ernæres bedre.

Ved adipositas og febrilia

De adipøse kritisk syge patienter udgør en særlig udfordring, idet de professionelle fokus ofte er på de underernærede patienter. På Dansk Selskab for Klinisk Ernærings årsmøde 2007 (1) blev der fremlagt bud på, hvordan vi kan sikre tilstrækkelig ernæring til disse patienter uden at tilføre dem for me-

behovet hos kritisk syge

get. Ved at opdele den adipøse patients vægt således, at patienten ernæringsmæssigt får dækket sin ideelvægt fuldt ud, mens de kilo, der øger patientens BMI til > 25, kun ernæres med 30 pct., vil de fleste patienters behov blive opfyldt.

Ernæringsbehovet stiger hos både normalvægtige og adipøse patienter, når kropstemperaturen er højere end 37 grader i mere end tre døgn. Udregningen af ernæringsbehovet må tage hensyn til dette, hvorfor disse tal automatisk fremtræder på regnearket og kan anvendes ved behov. Ved indtastning af patientens højde og vægt angives behovet for energi og protein afhængigt af kropstemperaturen.

Arket kan anvendes overalt

Beregningsarkene er udarbejdet specielt til de kritisk syge patienter på afsnit 600, Århus Sygehus, men kan nemt tilrettes i forhold til andre patientgrupper. Apopleksiafsnittet på Århus Sygehus har f.eks. tilpasset arket til deres patienters behov og afdelingens udbud af fødevarer.

De grundlæggende elementer i arket vil også kunne bruges til borgere med et specielt ernæringsbehov i hjemmeplejereg, overvægtige patienter eller andre, der hurtigt og visuelt vil kunne se, hvilken betydning en kostændring kan få for netop dem.

Helle Svenningsen er ansat som klinisk sygeplejespecialist på anæstesiologisk/intensiv afdeling, Århus Sygehus; helle.svenningsen@as.aaa.dk

De to Excel-filer og vejledningen samt en uddybende artikel om emnet: "Forenkling af ernæringsberegning giver øget ernæring til de kritisk syge" kan fås ved henvendelse til forfatteren.

Litteratur

1. www.dske.dk

DET FARMACEUTISKE FAKULTET
KØBENHAVNS UNIVERSITET



Sygeplejersker giver da ikke medicin, gør de?

Det Farmaceutiske Fakultet udbyder efter- og videreuddannelse for dig, der arbejder med lægemiddelanvendelse. I foråret 2009 starter vi et nyt hold på Master of Drug Management-uddannelsen, som består af en række selvstændige moduler, der kan tages enkeltvis eller samles til en hel masteruddannelse.

Pharmaceutical Policy and the Implications for Drug Use

Klinisk farmaci og farmakoterapi

Lægemiddelinformation

Distribution og anvendelse af lægemidler

Evidensbaseret lægemiddelanvendelse

Uddannelsen foregår på deltid og er målrettet erhvervsaktive, som ønsker videreuddannelse på akademisk niveau. Undervisningen er forskningsbaseret og inddrager i meget høj grad de studerendes erfaringer fra arbejdslivet.

Lægemiddelpolitik, beslutningsprocesser, lægemiddelanvendelse, patientsikkerhed, medicinsikkerhed, lægemiddelterapi, patientsamtaler, selvmedicinering, egenomsorg, lægemiddeladfærd, lægemiddelepideologi...

Læs mere om emner, kursusstart og muligheder på: www.farma.ku.dk/mdm



Etisk følsomhed i klinisk praksis

Weaver K, Morse J, Mitcham C (2008). *Ethical sensitivity in professional practice: a concept analysis*. *J Adv Nurs* 62;5:607-618.

R Sygeplejen er kompleks, og sygeplejersken kan derfor være i tvivl om, hvorvidt det hun gør, er det rigtige. Denne artikel har til formål at undersøge, hvad der kendetegner begrebet etisk følsomhed. Artiklen bygger på en litteraturgennemgang (1970-2006) af over 200 referencer fra 11 forskellige professioner. Analysemetoden er pragmatisk begrebsanalyse. Kilderne bliver sorteret efter profession og derefter undersøgt i forhold til struktur, kontekst og fællesnævner.

Resultaterne viser, at etisk følsomhed kræver tid til at tænke sig om og mod til at handle. Etisk følsomhed i professionel praksis er videre betinget af usikkerhed og åbenhed i kombination med en forståelse af patientens lidelse og sårbarhed. Følsomhed over for det etiske i praksis, bl.a. det at stå i en situation med dobbelt loyalitet, leder til, at pa-

tientens integritet bevares. Plejen/behandlingen sætter patientens behov i centrum. Outcomes bliver en integritetsbevarende beslutningstagning, velvære og professionel synlighed. Etisk følsomhed udvikles derved til en form for praktisk visdom til glæde og gavn for patienten, de professionelle og samfundet. Omvendt risikerer en tankeløs rutineorienteret pleje/behandling at mangle den etiske følsomhed. Plejen og behandlingen vil derfor i manges øjne fremstå som uhensigtsmæssig og direkte uansvarlig.

Artiklen er en gennemarbejdet begrebsanalyse, der overskueligt og klart beskriver begrebet etisk følsomhed og dens betingelser, dens egenskaber og outcomes. Forfatterne fremhæver særligt, at det at handle etisk følsomt og ansvarligt hviler på et samspil mellem refleksivitet og mod.

Af Elisabeth Hall, professor emeritus,
Afdeling for Sygeplejevidenskab, Aarhus Universitet;
eh@sygeplejevid.au.dk



Mennesker vil altid huske, hvordan du hjalp dem

Nye udgaver, flere gode egenskaber

Ligesom de kendte ALLEVYN forbindinger har nyhederne ALLEVYN Gentle, ALLEVYN Gentle Border og ALLEVYN Ag egenskaber, der giver optimal væskehåndtering og hurtigt læger væskende sår. Den avancerede ALLEVYN teknologi kombineret med nye fordele gør valget lettere for dig.

Wound Management
Smith & Nephew
Slotsmarken 14
2970 Hørsholm

Telefon +45 4581 6100
Fax +45 4581 6151
mail: sn.dk@smith-nephew.com
www.allevyn.com

 **smith&nephew**
ALLEVYN[®]
Wound Dressings

))) MIN FØRSTE DAG SOM SYGEPLEJESTUDERENDE

Fortæl og vind, lod opfordringen til nye sygeplejestuderende i studiestarttillægget i *Sygeplejersken* nr. 18/2008. Og dommerpanelet har fundet en vinder, *Janini Elisa Hansen*, sygeplejestuderende på første semester på Sygeplejeskolen i Nykøbing Falster. Hun har skrevet om frygten for at gå i klasse med en flok hunkønsvæsener, om en sygeplejerske-mor, som advarede imod uddannelsen pga. arbejdsbyrden og om altid at have villet være sygeplejerske. Læs hendes indlæg her. Der er et gavekort på 1.500 kr. til lærebøger på vej til Nykøbing Falster. (fb)

Mere end mode, makeup og mærkevarer

AF JANINI ELISA HANSEN, SYGEPLEJESTUDERENDE • ILLUSTRATION: BODIL MOLICH

Forfatteren frygter mødet med en flok piger, der går vildt op i deres udseende. Men det viser sig, at de andre sygeplejestuderende er rigtig søde og sagtens kan tale om andet end fyre og læbestift.

Vigtigt; kom ikke for sent. Bliver du til grin allerede første dag, så kan du lige så godt lade være med at vende tilbage. Førstehåndstrykket betyder alt. Især når man har gået på en drengeskole som htx de sidste tre år af ens liv.

Den nye klasse er sikkert fyldt med piger, jeg ved det bare. De sidste tre år uden kliker og tøsefnidder har ellers været de lykkeligste i mit liv, det her bliver ikke let. Åh nej, nu bliver jeg nok nødt til at gå op i mode, makeup og mærkevarer. Men det har jeg altså virkelig ikke lyst til.

Det var nogle af de tanker, jeg gjorde mig om sygeplejeskolen, inden jeg startede. Men da jeg trådte ind i klasselokalet til den nye klasse, var intet, som jeg havde forventet. Godt nok skulle jeg udelukkende gå i klasse med hunkønsvæsener. Men til min store overraskelse var de søde. De gik i helt almindeligt tøj og kunne sagtens snakke om andet end fyre og læbestift. Mange af dem havde oven i købet masser af erfaring, hvad sygepleje angik. Der var assistenter, plejepersonale fra forskellige plejehjem og sågar hjemmehjælpere ligesom mig selv. De var mindst lige så generte og nervøse som mig, men alligevel var der et eller andet ved dem alle sammen. Det var tydeligt, at vi alle sammen var drevet af det samme. Vi var der for at lære noget, for at uddanne os, men samtidig også for at udvide vores horisont og lære nye mennesker at kende. Den første dag var bare en introdag, så den føltes meget lang, men alligevel interes-

sant. Vi havde en navnerunde, hvor alle skulle fortælle noget om sig selv; hvorfor de var her, hvad de havde lavet før, og hvilke forventninger de havde til studiet. Jeg var overrasket over, hvor meget jeg havde til fælles med disse piger.

Der var sågar en anden htx'er iblandt os. Én, der tilsyneladende var blevet student to år før mig, men fra den samme skole. Der var også en ung pige, som åbenbart arbejdede samme sted som mig. Hun var bare i dagvagten, mens jeg var i aftenvagten, så jeg havde aldrig rigtig mødt hende før.

Jeg har altid villet være sygeplejerske. Altid. At tænke sig, om bare tre et halvt år bliver min drøm højst sandsynligt til virkelighed. Min mor er sygeplejerske, men har altid advaret mig imod at blive det på grund af arbejdsbyrden. Men det er det, jeg vil. Hvad skulle jeg ellers blive? Jeg kan virkelig ikke forestille mig selv som noget andet. Og tænk på alt det, man kan videreudanne sig til. Jeg kan næsten ikke vente.

Janini Elisa Hansen er 18 år og sygeplejestuderende på 1. semester i Nykøbing Falster.



Mobilisering af patienter, som har brækket halshvirvelsøjlen

ARTIKLENS MÅL ER

- at læseren bliver bevidst om betydning af tidlig mobilisering af den rygmarvsskadede patient.
- at læseren får kendskab til årsager, symptomer og behandling af ortostatisk hypotension.
- at læseren kan skelne mellem to shocktyper, der kan ramme patienter med brud på halshvirvelsøjlen.
- at læseren bliver inspireret til systematisk planlægning af mobilisering af den stabiliserede, rygmarvsskadede patient.

Læsevejledning: De med ★ mærkede ord kan findes under ordforklaringer.

Artiklen henvender sig til intensivsygeplejersker og andre, som yder sygepleje til patienter med brud på halshvirvelsøjlen. Artiklen beskriver muligheder og udfordringer ved tidlig mobilisering, og den er baseret på forfatterens arbejde med denne patientgruppe samt på litteraturstudier.

AF SUZANNE FORSYTH HERLING OG BIRGITTE ENGSTRØM, SYGEPLEJERSKER • ILLUSTRATION: KRISTOF BIEN

Tidlig mobilisering af rygmarvsskadede patienter på det neurointensive afsnit er ofte vanskelig, men vigtig for at forebygge sengelejekomplikationer og styrke rehabiliteringen.

Sygehistorie

Morten på 25 år mister herredømmet over sin motorcykel og kører direkte ud i autoværnet. Han ligger livløs på vejen og kan ikke trække vejret. Lægeambulancen transporterer Morten til Rigshospitalet.

I Traumemodtagelsen viser scanningen, at Morten har brækket halshvirvelsøjlen, slået hovedet og brækket det

ene nøgleben. På Neurointensivt afsnit 2093 på Rigshospitalet har ansvarshavende aftensygeplejerske Else fået meldt en ny patient.

Tidlig mobilisering essentiel

Vi ønsker med denne artikel at sætte fokus på intensivsygeplejerskers problemer og muligheder ved tidlig mobilisering af den rygmarvsskadede patient. Fra litteraturstudier og egen praksis ved vi, at mobilisering af den rygmarvsskadede patient er vanskelig og ressourcekrævende for såvel patient som sygeplejerske. Med fokus på mobiliseringen ønsker vi at bidrage til at fremskynde mobiliseringen af og udvikle plejen til denne patientgruppe.

Vi vil forklare de fysiologiske forandringer, der sker hos den akut rygmarvsskadede patient, og de problemer, der er i forbindelse med mobilisering. Artiklen rundes af med konkrete forslag til en mobilisering, der opleves positiv, tryk og sikker af både patient og sygeplejerske.

Undgå komplikationer i tidlig rehabilitering

En patient som Morten modtages ca. 60 gange årligt på de danske neurointensivafdelinger (se boks 1 side 46).

Den typiske traumatisk rygmarvsskadede patient, som kræver intensiv behandling, er indlagt på neurointensivafsnittet i 2-4 uger, hvor patienten stabiliseres. Det vil sige, patientens brud stabiliseres operativt, og respirationen sikres. Hjerter og kredsløb stabiliseres, og der gives væsketerapi. Det skal sikre overlevelse efter traumet og begrænse sekundær skade* (1). Ved sekundær skade forstås den kaskadereaktion, der følger i timer til dage efter traumet. Resultatet er ødem og iskæmi omkring rygmarven (2,3).

Når rygmarven bliver beskadiget, medfører det lammelser, der kan være blivende. Jo højere oppe i ryggen skaden sidder, des flere lammelser er der risiko for.

Den rygmarvsskadede patient har stor risiko for kom-

BLÅ BOG

Suzanne Forsyth Herling er født i 1967 og uddannet sygeplejerske fra Sankt Lukas Stiftelsens Sygeplejerskole i 1991. Har gennemført UCSF forskerkursus i 1998. Sygeplejefaglig diplomuddannelse inden for pædagogik i 2000. Har 12 års klinisk erfaring inden for intensivspecialet. Klinisk udviklingssygeplejerske fra 2000. Intensiv specialuddannelse i 2001. Klinisk udviklingssygeplejerske for Neuroanæstesiologisk klinik på Rigshospitalet siden juni 2004. Arbejdet i en tværfaglig arbejdsgruppe om intensivpatienter med rygmarvsskade i afsnittet.



FOTO: PRIVATFOTO

Birgitte Engstrøm er født i 1965 og uddannet sygeplejerske fra Viborg Sygeplejerskole i 1993. Har 10 års erfaring med rehabilitering af rygmarvsskadede samt fem års erfaring inden for neurointensivt speciale. Arbejder som klinisk vejleder med ansvar for de sygeplejestuderende på Neurointensivt afsnit 2093 på Rigshospitalet. Har arbejdet i en tværfaglig arbejdsgruppe om intensivpatienter med rygmarvsskade i afsnittet.



FOTO: PRIVATFOTO

Rygsojlen med cervikal (C), torakal (T), lumbal (L) og sakral (os sacrum) (S) hvirvler. Tallene gør det muligt at lokalisere rygmarvsskadens beliggenhed.

Ryghvirvlerne er adskilt fra hinanden af smidige diskusser. Hver diskus er en flad, kikseformet struktur med en geléagtig kerne og en ekstremt stærk overflade (annulus).

Et kabel af nervevæv, (rygmarven), går fra hjernen og ned igennem rygsojlen inde i kanalen (spinalkanalen), der er dannet af ryghvirvlerne. Nerverødderne løber ud fra rygmarven og fortsætter et kort stykke inde i selve kanalen. De kommer ud i par, en på hver side, fra siderne af rygsojlen for at forsyne kroppen, armene og benene.



plikationer som følge af sengeleje, immobilisation og den intensive behandling. Da patienten har et langt rehabiliteringsforløb foran sig, er det afgørende, at patienten bruger sine ressourcer på rehabilitering efter rygmarvsskaden frem for at komme sig oven på eventuelle komplikationer som følge af sengelejet og behandlingen (4). Det er derfor vigtigt, at det tværfaglige team omkring patienten har indsigt i og erfaring med denne patientkategori, idet behandling og genoptræning starter umiddelbart efter tilskadekomsten (5).

Mens patienten er indlagt, har tidlig mobilisering stor betydning med hensyn til at supplere intensivbehandlingen samt forbedre mave- tarm-funktionen, optagelse af ernæring, det psykiske velbefindende og forebyggelsen af sengelejekomplikationer i form af tryksår, kontrakturer og pulmonale komplikationer (4).

Mobilisering er et problem for de rygmarvsskadede patienter, der ligger på de intensive afsnit, fordi den første tid efter traumat er præget af det, man kalder spinal shock samt ortostatisk hypotension. Ortostatisk hypotension kan sinke patienterne i at blive mobiliseret og potentielt forlænge indlæggelsestiden (6).

Morten ankommer til neurointensivt afsnit

Morten køres til det neurointensive afsnit. Han ligger helt fladt i en seng med halskrave på og bliver holdt sovende med medicin, samtidig med at han er koblet til en respirator. Else observerer Morten tæt og hun giver medicin og intravenøs væske. Else har talt med Mortens kæreste i telefonen, og hun er på vej ind på hospitalet.

Morten bliver kørt til operation ved midnatstid og får stabiliseret sit brud. Efter operationen kommer han tilbage på neurointensivt afsnit, hvor han stadig bliver holdt sovende med medicin, og Else observerer ham nattem igennem.

Dagen efter operationen bliver der slukket for soveme-

dicinen, og Morten vågner op i løbet af formiddagen med sin kæreste og sygeplejersken Dorthe ved sin side. Morten kan fortsat hverken trække vejret selv, bevæge sig eller mærke sine ben pga. skader på rygmarven som følge af den brækkede halshvirvelsøjle. Dorthe og kæresten fortæller i korte træk Morten, hvad der er sket. På grund af respiratoren kan Morten ikke tale eller stille spørgsmål. Han virker forvirret og træt, men lader til at forstå, hvad der bliver sagt.

På stuegang får Morten at vide, at han har fået en skade på halshvirvelsøjlen, og at det har givet lammelser og manglende følesans i nogle områder af kroppen. Lammelserne har også medført, at han i øjeblikket ikke selv

» kan trække vejret, hvorfor han er kommet i respirator. På nuværende tidspunkt kan man ikke sige noget om prognosen, men der er håb om, at tilstanden vil bedres, efterhånden som hævelsen omkring rygmarven svinder.

Mobilisering forebygger komplikationer

Det er vigtigt for de fleste patienter at blive mobiliseret, men de rygmarvsskadede patienter har som nævnt et særligt behov.

Med mobilisering mener vi:

- vending i sengen

- elevering af hovedgærdet
- forflytning fra seng til stol.

I det følgende gengives litteratur om mobilisering som forebyggelse af komplikationer hos de rygmarvsskadede. En alvorlig komplikation hos de rygmarvsskadede patienter er infektion, der kan få dødelig udgang. Som oftest drejer det sig om pneumoni og urinvejsinfektion (3,5,7). Der er desuden evidens for, at rygmarvsskadede patienter har dysfunktionel immunrespons, sandsynligvis proportionalt med de neurologiske udfald, de har fået pga. af skaden (3). Altså jo flere neurologiske mangler der ses, jo dårligere immunrespons. Derfor må sygeplejen til rygmarvsskadede patienter rettes mod at forebygge disse infektioner, og her spiller mobiliseringen ind. Vi oplever ofte, at det er lungekomplikationer, der forlænger patienternes ophold på intensivafsnittet og giver anledning til genindlæggelser. Der ses også urinvejsinfektioner, men så snart patienten ikke er afhængig af kateter à demeure for timediuressmåling, anvendes SIK* (steril intermitterende kateterisation). De tetraplegiske* patienter har den største risiko for at pådrage sig pneumoni eller atelektase, og særligt på 3.-5.-dagen efter traumatet øges forekomsten af pneumoni (7), derfor er mobiliseringen også for disse patienter særdeles vigtig tidligt i forløbet. De rygmarvsskadede patienter ligger meget fladt i de første døgn, og derfor øges risikoen for aspiration. På sigt får nogle trakeostomi, og mange rygmarvsskadede patienter har insufficient respiration på grund af lammelserne. Disse faktorer øger risikoen for VAP* (ventilator associated pneumonia).

Patienter med rygmarvsskade over C 5 har påvirket diafragmafunktion. De kan have behov for respirationsstøtte og kan efter det akutte forløb blive permanente respiratorbrugere (5) (se boks 1). Rygmarvsskadede patienter med lavere cervikale frakturer over Th 6 kan også have brug for respiratorbehandling i kortere eller længere tid som følge af andre skader på brystkassen i forbindelse med traumatet, f.eks. costa-frakturer.

Til trods for at patienten er koblet til respirator på det intensive afsnit, kan patienten have stor gavn af at blive mobiliseret. Mobiliseringen øger bl.a. FRC (Funktionel Residual Kapacitet) og ændrer ventilationsdistributionen.

En ændring fra fladt liggende til 60° elevation øger FRC med godt 1 liter. Luft søger hen, hvor der er mindst modstand og lavest tryk og vil derfor søge opad. På grund af tyngden vil perfusionen fortrinsvis ske i den nedre lungedel og her give den bedste oxygenering (8) (se figur 1 her på siden).

Øget risiko for tryksår

Manglende mobilisering, manglende aktivitet og nedsat sensorisk perception øger risikoen for tryksår hos de rygmarvsskadede patienter. Hudens tolerance over for tryk kan være nedsat grundet fugt, friktion, vævsfor-skydning*, atrofi, alder, hypotension og dårlig ernæringsstand (9). Derudover er det beskrevet, at tetraplegiske patienter har lavere transkutan iltension – særligt i liggende stilling. Det medfører, at de har en lavere tær-

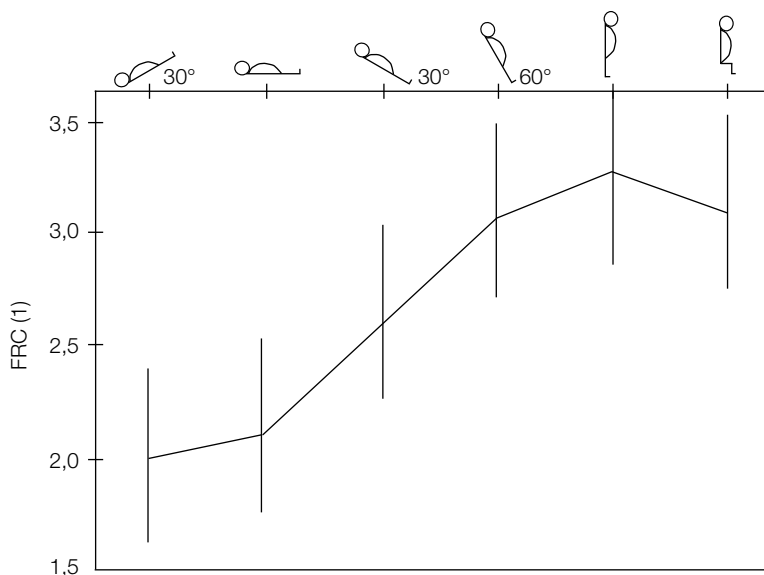
»»» BOKS 1. FAKTA OM RYGMARVSSKADEDE PATIENTER

I Danmark er der ca. 3.000 rygmarvsskadede patienter (RS) (19), og hvert år er der ca. 60 personer, som pådrager sig en traumatisk rygmarvsskade. Knap halvdelen kommer til skade ved trafikulykker og en fjerdedel ved faldulykker. Rygmarvsskade rammer fortrinsvis unge mænd mellem 15-30 år. Ulykkerne medfører lige hyppigt cervikal og torakal rygmarvsskade (5). Rygmarvsskade kan også opstå som følge af sygdom (ikke traumatisk), hvor årsagerne kan være f.eks. spinalstenose*, diskusprolaps, tumor, infektion eller karmisdannelse. Den ikke-traumatiske rygmarvsskade rammer oftere ældre kvinder end mænd (5).

Omfanget af skaderne afhænger af, om der er tale om en komplet eller en inkomplet skade af rygmarven. Ved komplet rygmarvsskade er der tale om en læsion af medulla spinalis, der resulterer i manglende motorisk og sensorisk funktion neden for læsionsstedet. Ved inkomplet rygmarvsskade er der tale om en læsion af medulla spinalis, hvor der kan være bevaret en vis motorisk og/eller sensorisk funktion under det beskadigede niveau (2). Ved rygmarvsskade over C 5 er innervationen af diafragma involveret, og der kan være behov for respirationsstøtte (5). Fælles for rygmarvsskadede patienter er, at der bortset fra lammelser af ekstremiteterne også kan være ændringer i næsten alle funktioner neden for læsionsstedet. Graden af påvirkning afhænger af det neurologiske niveau for skaden og dens udbredelse (2,5).

»»» FIGUR 1. FUNKTIONEL RESIDUAL KAPACITET (FRC) UNDER MOBILISERING.

Mobilisering øger FRC og ændrer ventilationsdistributionen. En ændring fra fladt liggende til f.eks. 60° elevation øger FRC og forbedrer dermed respirationen.



skel for tryk, hvilket resulterer i afklemning af karrene i huden (10). Derfor er trykaflastning af største vigtighed og skal også medtænkes i mobiliseringen af patienten i intensivafsnittet.

Som det ses, er der mange fordele ved den tidlige mobilisering. At det desværre ikke altid er så let, skyldes, at de fleste patienter rammes af blodtryksfald i forbindelse med mobiliseringen.

Blodtryksfald ved mobilisering

Dagen efter operationen skal Morten vaskes i sengen, og han bliver vendt i sengen ved hjælp af to portører. Han bliver herunder utilpas og kramt svedende, og Dorte, som passer Morten i dag, observerer, at han bliver bleg, får blå læber, og at hans puls bliver meget langsom. Symptomerne forsvinder igen efter kort tid, da Morten bliver vendt tilbage på ryggen, men gentager sig ved hver vending dagen igennem.

Dorte tænker, at denne reaktion kan være spinalt shock og er forårsaget af rygmarsvsskaden, og hun forudser, at når Morten tåler vending så dårligt, kan der være lang vej, før han kan komme op og sidde i en kørestol.

Shocktilstande i relation til tidlig mobilisering

Man ser jævnligt to typer shock med blodtryksfald hos rygmarsvsskadede patienter (3) (se tabel 1 herunder). I det følgende gennemgås forskelle og ligheder mellem det spinale og det neurogene shock.

Spinalt shock er et akut, forbigående syndrom, der forekommer hos omkring halvdelen af alle patienter med akut rygmarsvsskade uanset lokalisation af skaden i ryg-

))) ORDFORKLARING

Autoregulation: Gennemblødning af hjernen holdes konstant trods vide variationer i det systemiske blodtryk. Når det systemiske blodtryk stiger, trækker arterierne sig sammen. Omvendt, når blodtrykket falder, udvides hjernens arterioler (11).

Cerebral blood flow: Blodtilførsel til hjernen.

Excitabilitet: Stimulérbarhed.

Paraplegi: Lammelse af benene.

Perifer modstand: Modstand i de perifere kar

Perikardiel tamponade: Væske (blod) i hjertesækken.

Pressorstoffer: Farmaka, der stimulerer blodtrykket.

Sekundær skade: I timer til dage efter traumatet sker der en kaskade af vævsskade. Det er kemiske og vaskulære processer, som forårsager, at rygmarsven begynder en selvdestruktionsproces, der resulterer i ødem, iskæmi og yderlige beskadigelse af nervecellerne (2,3).

SIK: Steril intermitterende kateterisation.

Spinal stenose: Forsnævring af rygmarsvsskanalen

Tetraplegi: Lammelse af alle fire ekstremiteter.

VAP: "Ventilator associated pneumonia" er pneumoni, der er opstået som følge af respiratorbehandlingen via en endotrakeal tube eller trakeostomi efter 48 timers behandling.

Vasodilatation: Udvidelse af kar.

Vippebræt: Bræt/leje, man kan lægge den tetraplegiske patient på. Det kan vippe fra vandret til lodret.

Vitalkapacitet (VC): Maksimal luftvolumen, der kan ekspireres efter maksimal inspiration.

Vævsforskydning: Forskydning af vævslagene, f.eks. hvis en person sidder i en seng, glider ned, og huden ikke følger med. Ved vævsforskydning afklemmes karrene i huden, og der opstår iskæmi.

))) TABEL 1. TO TYPER SHOCK

Shocktype	Spinalt	Neurogent
	Forbigående neurologisk syndrom	Hæmodynamisk syndrom
Hvem får det?	Ca. halvdelen af alle med akut rygmarsvsskade uagtet niveau af skaden	Patienter med høje rygmarsvsskader, torakale/cervikale brud
Årsag og symptomer	Tab af alle motoriske og sensoriske funktioner under niveauet for læsionen, specielt er der ophævet muskeltonus og ophævet dybe reflekser (21)	Systemisk hypotension grundet tab af sympatikusstimulation. Det fører til vasodilatation i mave-tarm-kanalen og i underekstremiteterne. Blodet pooles (samlers sig) der, så det venøse tilbageløb til hjertet hæmmes, og blodtrykket falder. Manglende sympatikustonus til hjertet giver langsom puls (50-70), og kroppen kan ikke kompensere for det lave blodtryk. Der ses lavt blodtryk, ortostatisk hypotension, langsom puls og lav perifer modstand. Der er risiko for hjertestop. Manglende evne til at svede under skadeniveauet og tendens til lav temperatur (35,5-36,5 C) (2,21)
Varighed	Fra timer til uger (20,21)	Forbigående
Observationer	Blodtryk, hjertefrekvens og rytme	Blodtryk, hjertefrekvens og rytme
Behandling	Efedrin i.v., væske og pressorstoffer	Efedrin i.v., væske og pressorstoffer



» STOP OP OG TÆNK

- Hvordan vil I beskrive jeres mobiliseringspraksis for patienter med rygmarvsskade?
- Hvilke forholdsregler tager I for at være parat til en akut situation i forbindelse med blodtryksfald ved mobilisering?
- Hvordan forbereder I patienter med rygmarvsskade psykisk, når de skal ud af sengen første gang?
- Hvilke overvejelser gør I jer om forebyggelse af tryksår hos patienter med rygmarvsskade?
- Hvilke overvejelser er der om hygiejnens betydning for patienter med en rygmarvsskade?
- Hvordan involverer I pårørende i mobilisering af den rygmarvsskadede patient?

» marven (3). Der opstår reduceret blodflow til rygmarven, som kan resultere i sekundær skade grundet iskæmi (7). Det spinale shock kan vare fra timer til uger, før de spinale neuroner igen får deres excitabilitet* tilbage, og spinalshocket ophæves (2). Årsagerne til det spinale shock er endnu ikke fuldstændigt klarlagt (3,10).

Det neurogene shock opstår hos patienter med høje thorakale og cervikale skader grundet hæmodynamisk syndrom. Det er karakteriseret ved bradykardi, ortostatisk hypotension (se senere), tab af evne til at svede, tendens til lav temperatur og faldende perifer modstand* (2,3). Der opstår vasodilatation* af mave-tarm-kanalen, i huden og i underekstremiteternes blodkar, hvorved det venøse tilbageløb til hjertet hæmmes, fordi blodet bliver i mave-tarm-kanalen, i huden og i benene (20,21). Det resulterer i hypotension. Når hjertet mangler sympatikustonus, kan patienten blive bradykard – eller sagt på en anden måde: mangle evnen til at kompensere for hypovolæmi ved at blive takykard.

Spinalt og neurogent shock kan opstå samtidig, men gør det langtfra altid (3) (se tabel 1).

Begge shocktyper kræver tæt monitorering af blodtryk, hjerterefrekvens og rytme og vurdering af behandling, fordi de ubehandlet kan føre til hjertestop. Hvis der opstår hypotension, skal patienten, uagtet shocktype, omgående bringes tilbage til liggende stilling, og der skal gives væske og pressorstoffer*. Man skal naturligvis være meget opmærksom på, at det lave blodtryk også kan have andre årsager, f.eks. trykneumothorax, kardielt traume, perikardiel tamponade* og sepsis (3).

Bradykardi og risiko for hjertestop er ikke ualmindeligt hos patienter med tetraplegi i det akutte forløb. Kardiovaskulære problemer er blandt de hyppigste dødsårsager hos patienter med rygmarvsskade både i det akutte forløb og senere (21). Atropin og eksterne pacemakere kan derfor blive nødvendige. Førstnævnte er ofte tilstrækkeligt hos os.

Undersøgelser har vist, at der statistisk er størst risiko for bradykardi på fjerdedagen efter traumet (10). Derfor

skal man være særlig varsom med mobilisering omkring dette tidspunkt. De fleste patienter vil opleve, at hjerterefrekvensen tager til og gradvist bliver som før rygmarvsskaden i løbet af 2-6 uger efter traumet (10). Det kan man med fordel fortælle pårørende og patienten, som oplever problemer af denne art, for at berolige dem. I det akutte stadium er det dog den ortostatisk hypotension, der volder problemer for den tidlige mobilisering.

Ortostatisk hypotension

Ved det neurogene shock ses ortostatisk hypotension som en af følgerne. Det er en væsentlig udfordring for den tidlige mobilisering af den rygmarvsskadede patient. Blodtryksfaldet opleves i forbindelse med, at man ændrer på patientens stilling. En definition på ortostatisk hypotension er: et fald i det systoliske blodtryk på minimum 20 mm Hg. Det kan også defineres som minimum 10 mm Hg fald i det diastoliske blodtryk målt inden for tre minutters stående stilling eller elevation til 60° på et vippebræt* (6).

Ortostatisk hypotension kan være asymptomatisk eller symptomatisk med symptomer, der inkluderer svimmelhed, sløret syn, ringen for ørerne, kvalme, træthed, hjerterebanken, rysten, hovedpine, bevidsthedstab og nakkesmerter (6,10). Dette faktum gør, at intensivsygeplejersken i høj grad skal kombinere de kliniske tegn hos patienten og de værdier, der kommer fra den tekniske monitorering under mobiliseringen. Allerede tilbage i 70'erne viste undersøgelser, at nogle rygmarvsskadede patienter ikke oplevede de kliniske symptomer på hypotension trods signifikant fald i systemisk blodtryk, mens andre gjorde. Ved at måle det cerebrale blod flow* (CBF) hos rygmarvsskadede patienter påviste man, at patienter, som havde kliniske symptomer på hypotension, havde fald i deres CBF.

Det cerebrale blod flow skal sikre iltforsyningen til hjernen, og autoregulation* sikrer, at hjernen får blodforsyning trods fald i det systemiske blodtryk (11). Man kender ikke mekanismerne bag udviklingen af autoregulation, men noget tyder på, at der er forskellige mekanismer i spil, når det drejer sig om det akutte og det kroniske forløb for den rygmarvsskadede patient (12). På neurointensivafsnittet skal sygeplejerskerne være klar over, at en rygmarvsskadede patient godt kan være hypotensiv uden at have kliniske symptomer, og det er derfor afgørende, at patienten har A-kanyle og er monitoreret under mobiliseringen. Sygeplejersken skal desuden være meget opmærksom på patientens eventuelle kliniske symptomer f.eks. ved forflytninger i sengen. Patienter kan, uden subjektive symptomer, have blodtryksfald, der kræver handling.

Gonzalez viste i sit studie, at rygmarvsskadede patienter over tid får en øget tolerance over for symptomer på ortostatisk hypotension som resultat af en forbedret autoregulation af det cerebrale blod flow (12). Man kan forvente, at den rygmarvsskadede patients krop langsomt vænnes til det lave systemiske blodtryk, uden at CBF begrænses. Det betyder, at størstedelen af de rygmarvsskadede patienter med tiden vil komme til at tåle mobilise-

ring uden problemer, men vi kender ikke årsagen til dette fænomen (10,12). Med tiden er det ikke ualmindeligt, at rygmarsvsskadede patienter har et blodtryk på 90/60 mm Hg.

I det akutte forløb på neurointensiv afdeling skal mobiliseringen af den rygmarsvsskadede patient foregå langsomt for at imødekomme ortostatisk hypotension (4). Problemet med ortostatisk hypotension ses særligt hos patienter med skader over T 7. For nyttilskadede tetraplegiske patienter kan selv små stillingsændringer resultere i drastisk fald i blodtrykket (2), i Mortens eksempel blot ved vending i sengen.

Imann et al. fandt i et observationsstudie fra år 2000 med 14 rygmarsvsskadede patienter, at mere end 70 pct. oplevede ortostatisk hypotension i forbindelse med mobilisering. I ca. 40 pct. af tilfældene begrænsede ortostatisk hypotension den fysioterapeutiske behandling. Patienter med tetraplegi oplevede det hyppigst. Det stemmer overens med, at patienter med høj skade har potentielt større problemer pga. større sympatikusudfald. Der var ingen forskel i forekomsten af ortostatisk hypotension ved komplet henholdsvis inkomplet skade, men patienter med komplet tetraplegi oplevede hurtigere fald i blodtrykket (6). Man skal holde sig for øje, at ortostatisk hypotension ofte er associeret med træthed (20).

Det er interessant, at længden af sengeleje for rygmarsvsskadede forud for mobilisering ikke betyder noget i forhold til forekomsten af ortostatisk hypotension (6). Det vil sige, at det ikke har nogen betydning, om man mobiliserer patienterne hurtigere i det intensive forløb, som det er tilfældet for andre typer af patienter. Vores argument er, at der er andre fordele ved at mobilisere den rygmarsvsskadede patient tidligt – herunder forbedring af den respiratoriske og den psykiske tilstand – samt at det forbedrer aflastning af huden på f.eks. øre, nakke og skuldre.

Vi kan ikke dokumentere, hvor hyppigt problemerne med ortostatisk hypotension sinker rehabilitering i form af mobilisering af den akut rygmarsvsskadede patient, men vi har erfaring for, at tidlig mobilisering kan være problemfyldt og krævende for patienten og en stor udfordring for plejepersonalet.

Morten kommer op i en stol

På femtedagen efter ulykken siger Dorthe og fysioterapeuten nærmest i kor, at Morten nu skal prøve at komme op i en stol på intensivstuen. Morten er stadig i respirator og kan ikke kommunikere med ord. Hans blodtryk er stabiliseret, og han er doseret godt med smertestillende medicin. Fysioterapeuten og Dorthe afsætter en halv time til mobiliseringen, idet den skal foregå i meget små etaper. Morten virker spændt og lidt nervøs over udsigten til at skulle op. Han ved, at han bliver utilpas ved vending i sengen, og han er bange. Dorthe siger opmuntrende, at Morten skal prøve at være oppe, når kæresteren kommer på besøg klokken 12.

Hovedgærdet rejses 10-15° ad gangen med tre til fem minutters interval, så Morten kan vænne sig til den ændrede stilling. Det går meget langsomt. Dorthe henter

den store blå stol, der ligner en rigtig flyderstol. Morten kan næsten ligge ned i den. Når Mortens hovedgærde er eleveret ca. 45°, fodenden er sænket lidt, og han giver udtryk for at klare dette uden problemer, lægges han kortvarigt ned i sengen igen og "slides" af portørerne over i den blå stol ved hjælp af en Easy Slide. Under hele forflytningen opmuntrer Dorthe og fysioterapeuten ham, mens én person holder hans hoved og nakke, og to styrer infusions-slanget og udstyret i øvrigt. Morten synes, der er mange omkring ham, men det gør ham tryk. Når han er kommet over i den blå stol, rejses rygdelen igen langsomt, samtidig med at sædet tippes let bagover, og bendelen sænkes langsomt, så han kan nå at vænne sig til den siddende stilling. Morten kommer op og kan for første gang se sig omkring på intensivstuen.

Danske og amerikanske erfaringer

I det følgende vil vi først beskrive vores egne erfaringer med mobilisering og dernæst gengive en amerikansk intensivsygeplejerskes erfaringer.

Så snart patienten, som f.eks. Morten, er operativt stabiliseret og hæmodynamisk stabil, kan mobiliseringen påbegyndes (4,13). Tidlig mobilisering vil, som beskrevet, reducere komplikationer, og det at få patienten op i en kørestol er første skridt i rehabiliteringen (4).

For at undgå ortostatisk blodtryksfald, indleder man med gradvist at elevare hovedgærdet og sænke fodgærdet flere gange dagligt, og når patienten over nogle gange har tålt dette, kan man arbejde på at mobilisere til stol.

Det er altså vigtigt at starte i det små, og at løfte hovedgærdet til > 30° er første skridt, som kan være svært og ubehageligt for patienten (se boks 2 herunder). De første gange kan man med fordel mobilisere i sengen, da det ikke er så anstrengende for patienten, og ligeledes vænner det patientens hud til den ændrede trykbelastning.]

))) BOKS 2. SYSTEMATISK MOBILISERING

Beskrivelse af systematisk mobilisering af den stabiliserede rygmarsvsskadede patient fra seng til stol.

1. Forklar patienten, hvad der skal ske.
2. Vurdér behov for smertestillende medicin.
3. Kontrollér, at alle ledninger er i orden og kan nå.
4. Hav ventilationsposen tilkoblet ilt, hvis der skal ventileres under forflytningen.
5. Planlæg forflytningen.
6. Sæt stolen så tæt på sengen som muligt. Læg Easy Slide ind under patienten.
7. Primær/plejeansvarlig sygeplejerske støtter patientens hoved, og det aftales med patienten, to portører og fysioterapeuten, hvordan forflytningen skal foregå. Den, der holder patientens hoved, styrer forflytningen. Der tælles til tre, og patienten "slides" forsigtigt over på stolen.
8. Elevér patientens rygdelen til 10-15° ad gangen, tip sædet, hold pause i 3-5 minutter. Øg elevationen med 10° ad gangen, hold nogle minutters pause.
9. Forsøg at sænke underekstremiteterne 10°, pause i 5-10 minutter. Sænk underekstremiteterne yderligere 10°. Skift mellem at ændre på rygdelen og bendelen.
10. Lad patienten sidde højest 15-20 minutter de første gange pga. risiko for tryksår og træthed.

» Man skal være opmærksom på, at patienten er lejret korrekt i sengen. Hoftelæddet skal være ud for sengeknaekket, for at patienten kommer til at sidde godt, og stillingen bliver god for respirationen.

Vi har en speciel stol, som kan eleveres fra vandret til normal siddestilling. Fodenden kan sænkes som på en kørestol. Målet for mobiliseringen er måske kun 45° elevation af hoveddelen de første gange, men samtidig skal patienten have sænket sine underekstremiteter 10-20° ad gangen. Vi har god erfaring med, at det fungerer, når patientens fysioterapeut er med de første gange, patienten skal mobiliseres i og ud af sengen. Fysioterapeuten er god til at lejre patienten korrekt i sengen eller i stolen. Fysioterapeuten og sygeplejersken styrer forflytningen i samarbejde.

Afhængigt af brud og operation får nogle rygmarskadede patienter ordineret at skulle have en halskrave på, når de skal mobiliseres over 45°, og sygeplejersken skal være opmærksom på behov for smertestillende medicin forud for mobiliseringen.

Den amerikanske sygeplejerske *Karen Mitcho* beskriver i en artikel fra 1999, at mobilisering påbegyndes hurtigt efter kirurgisk stabilisering. Samtidig starter fysioterapi, dvs. passive øvelser af de lammede arme og ben, så kontrakturer undgås (7). Hos os påbegyndes fysioterapien i nogle tilfælde før den kirurgiske stabilisering. Den sigter mod at vedligeholde og styrketræne helt eller delvist intakte muskelgrupper, holde patienten kontrakturfri og observere eventuel udvikling i patientens udfaldssymptomer. Derudover sikrer fysioterapeuten i samarbejde med sygeplejersken, at patienten lejres korrekt med henblik på at forebygge bl.a. tryksår og lungekomplikationer.

Vores erfaringer med mobilisering minder om den amerikanske intensivsygeplejerske *Mia Murphys* (4). Hun slår fast, at det er vigtigt, at patienten er tryk ved det personale, som skal hjælpe, når man starter med at mobilisere patienten, og at det gøres i et tempo, hvor patienten og det øvrige personale er med. Det er afgørende, at sygeplejersken er i stand til at forklare patienten, at han kan blive utilpas og svimmel. Derudover at det er vigtigt, at patienten giver udtryk for, om han kan mærke, at han er ved at blive utilpas og svimmel, og at sygeplejersken har forklaret ham, at det ikke er unormalt, så han ikke skal gå i panik, hvis det sker (13). Vi synes, det er vigtigt, at mobiliseringen bliver en succes, så hellere små skridt i et roligt tempo, end at patienten helt mister motivationen for mobiliseringen.

Det er vores erfaring, at det er afgørende, at patienten ikke sidder oppe længere end 15-20 minutter de første gange, idet det trætter patienten unødvendigt og belaster huden. Målet er, at patienten efter endt mobilisering finder hvile i sengen igen, og at mobiliseringen opleves som en succes. Vores erfaring er, at man de følgende gange nøje må vurdere, om den tid, patienten er oppe, gradvist kan øges, afhængigt af patientens kræfter og hud.

Anvendelsen og effekten af mavebælter i forbindelse med mobilisering af patienter, der har svag eller ingen

egen respiration, har været diskuteret i litteraturen (14, 15,16). Patienter med skade over T 6 kan grundet manglende abdominal tonus ikke opretholde det intraabdominale tryk til støtte for diafragmas funktion. Derved har patienten endnu vanskeligere ved at trække vejret i siddende stilling (13). I litteraturen beskrives det, at disse patienter har glæde af mavebælter som erstatning for abdominaltonus, da de derved holder diafragma i en højere hvilestilling (13,14). *Goldman* viste i sit studie, at patienterne fik en højere vital kapacitet* (VC,) idet mavebæltet øgede det intraabdominale tryk og dermed understøttede diafragmas funktion. Svenske forskere viste ligeledes i 2004, at VC var den eneste parameter, der bedredes hos patienter, som anvendte mavebælter. Men de såede tvivl om fordelene ved mavebælterne i klinisk praksis, idet der i studiet var store individuelle variationer. Konklusionen var, at de ikke ville udelukke, at nogle patienter i klinisk praksis kunne have glæde af mavebælterne i fremtiden (16). Vi anvender ikke mavebælterne i dag, men vi ved, at man forsøger sig med mavebælter, hvis en rygmarskadede patient har problemer med blodtrykket eller vejrtrækningen i forbindelse med mobiliseringen efter at have forladt neurointensivafsnittet.

Den amerikanske sygeplejerske *Sharon Delp* har beskrevet, at man på hendes afdeling anbefalede at anvende kompressionsforbindinger og TED-strømper til at stimulere det venøse blodflow til hjertet og til støtte i reguleringen af det systemiske blodtryk ved mobilisering (17). I praksis anvendes TED-strømper hos os.

Hvis patienten får ortostatisk hypotension, skal man lægge patienten ned igen, elevere benene og sænke hovedgærdet, såfremt andre skader tillader det (18). I det akutte stadium kan det ligeledes være nødvendigt at give *Efedrin* i.v. (18).

Frustrationer og håb

Allerede på femtedagen efter at motorcyklen kørte ind i autoværnet, sidder Morten i en stol, da kæresten kommer på besøg. Det er første gang, og Morten er lettet, men synes også, det var anstrengende, og han var utilpas et par gange. Han er stadig koblet til respirator.

Sygeplejerskernes viden om og fokus på den tidlige mobilisering har givet Morten en god begyndelse på rehabiliteringen, men der er lang vej endnu, og forude venter frustrationer, anstrengelser, men også håb om små fremskridt.

*Suzanne Forsyth Herling er ansat som klinisk udviklingssygeplejerske i Neuroanæstesiologisk klinik, Rigshospitalet; suzanne.herling@rh.regionh.dk
Birgitte Engstrøm er ansat som klinisk vejleder på Neurointensivt afsnit 2093, Rigshospitalet.*

Tak til klinisk sygeplejevejleder Kirsten Erck, 2093, Rigshospitalet, fysioterapeut Vibeke Oliel, Rigshospitalet, og pro-

fessor Finn Biering-Sørensen fra Klinik for Rygmarvsskade i Hornbæk for faglige kommentarer og sparring i forbindelse med udarbejdelse af artiklen.

Litteratursøgning

Litteratursøgning blev foretaget i PubMed, Cinahl, EMBASE, SweMed+. De brugte søgeord var: SCI, Spinal Cord Injury, intensive care, mobilisation, positioning, nursing, tetraplegia, quadriplegia, hypotension, spinal shock, orthostatic hypotension.

Litteratur

1. Yarkony G et al. Spinal Cord Injury Rehabilitation. 1. Assessment and Management During Acute Care. Arch Phys Med Rehabil 1997;78:48-52.
2. Hickey JV. The Clinical practice of Neurological and Neurosurgical Nursing. Philadelphia, New York: Lippincott; 2003.
3. Stevens R et al. Critical Care and Perioperative Management i Traumatic Spinal Cord Injury. Journ Neurosurgical Anesthesiologi 2003;15 (3):215-229.
4. Murphy M. Traumatic Spinal Cord Injury: An Acute Care Rehabilitation Perspective. Crit Care Nurs Q. 1999; 22 (2):51-9.
5. Biering-Sørensen F. Rygmarvsskade – den moderne behandling. Ugeskrift for læger. 2001;20.
6. Illman A et al. The prevalence of orthostatic hypotension during physiotherapy treatment in patients with an acute spinal cord injury. Spinal Cord 2000; 38:741-47.
7. Mitcho K et al. Acute Care Management of Spinal Cord Injuries. Crit Care Nurs Q. 1999;22 (2):60-7.
8. Olseni L et al. Sjukgymnastik vid nedsatt lungfunktion. Lund: Studentlitterat; 2003
9. Herling S. Tryksår.I: Maaløe L red. Inaktivitet, immobilitet og sygepleje. København: Munksgaard Danmark. 2002.p.141-158.
10. Teasell R et al. Cardiovascular Consequences of Loss of Su-

))) LÆSERTEST, FIND DET RIGTIGE SVAR

1. Hvad er formålet med tidlig mobilisering af den rygmarvsskadede patient?

- a. At undgå ortostatisk hypotension og forebygge tryksår
- b. At undgå tryksår og forebygge lungekomplikationer
- c. At forebygge lungekomplikationer og ortostatisk hypotension.

2. Hvilke shockformer giver problemer med mobilisering af akut rygmarvsskadede?

- a. Spinalt shock og blødningsshock
- b. Kardiogent shock og neurogent shock
- c. Neurogent shock og spinalt shock.

3. Hvor længe anbefales det, at patienter med rygmarvsskade er mobiliseret til stol første gang?

- a. 1-2 timer
- b. 15-20 minutter
- c. 30-60 minutter.

4. Hvad er den hyppigste dødsårsag hos patienter med rygmarvsskade?

- a. Pneumoni og urinvejsinfektioner
- b. Blødninger og hjertestop i forbindelse med mobilisering
- c. Blodpropper og blødninger.

5. Hvad forstås ved sekundær skade?

- a. Kaskadereaktion, der forårsager blødninger omkring rygmarven
- b. Kaskadereaktion, der forårsager ødem og iskæmi af rygmarven
- c. Kaskadereaktion, der gør patienten deprimeret.

6. Er der risiko for at blive respiratorbruger, når man har pådraget sig en rygmarvsskade?

- a. Nej
- b. Ja, det bliver alle
- c. Der er risiko for alvorlige vejtrækningsproblemer ved skade fra C 1 til C 4.

7. Har TED-strømper nogen betydning for mobilisering?

- a. Ja, de stimulerer det venøse blodflow til hjertet og forebygger trombedannelse
- b. Nej
- c. Ja, de er behagelige for patienten.

8. Har en hypotensiv rygmarvsskaded patient altid kliniske symptomer ved mobilisering?

- a. Ja, patienten vil altid være bleg, have blå læber og skal altid monitoreres med SAT-måler
- b. Nej, patienten kan være hypotensiv uden selv at kunne mærke det, derfor skal patienten monitoreres med A-kanyle under forflytning
- c. Ja, patienten har susen for ørerne, hjertebanken og oplever træthed.

9. Hvorfor er ortostatisk hypotension problematisk for mobiliseringen?

- a. Fordi den mindste manipulation kan give blodtryksfald
- b. Fordi det opstår, når patienten sættes op i sengen
- c. Fordi det er ubehageligt for patienten.

10. Hvad er forskellen på neurogent og spinalt shock?

- a. Spinalt shock er et neurologisk syndrom, der kan ramme alle rygmarvsskadede patienter i det akutte stadie. Neurogent shock er et hæmodynamisk syndrom, der rammer patienter med høj rygmarvsskade
- b. Spinalt shock optræder ved høje skader og er forbigående, modsat neurogent shock, der er permanent og typisk rammer patienter med lumbale skader
- c. Spinalt shock er en betegnelse, der bruges internationalt, og neurogent shock er den danske betegnelse.

Se svarene på denne læsertest side 52.

>>> SVAR PÅ LÆSERTEST

Korrekte svar: 1b, 2c, 3b, 4a, 5b, 6c, 7a, 8b, 9a, 10a.

>>> ENGLISH ABSTRACT

Herling SF, Engström B. Mobilisation of patients with cervical spine fractures. Sygeplejersken 2008;(21):44-52.

Patients who have suffered acute spinal cord injury and require restoration support and intensive surveillance are admitted to the neuro-intensive care unit. Subsequent to surgical stabilisation, the patients need to be mobilised as early as possible in order to improve their gastrointestinal functions, absorption of nutrition and mental well-being as well as to prevent confinement problems in the form of pressure sores, contractions and pulmonary complications. Mobilisation may be challenging initially due to orthostatic hypotension.

Two types of shock are seen in patients with spinal injuries. Neuralgia is shock is a haemodynamic syndrome that affects patients with high spinal cord injury and spinal shock is a neurogenous syndrome that can affect all patients with recent injuries but which is transient. The nurse must observe the patient closely for signs of orthostatic hypotension during changes of position room and mobilisation. Orthostatic hypotension may be asymptomatic or symptomatic. Prevention is cautious change of position. Treatment constitutes fluid therapy or pressor substances.

The article contains a description of the systematic mobilisation of stabilised patients with spinal cord injuries.

Key words: mobilisation, spinal cord injury, orthostatic hypotension, spinal shock, neurogenous shock.

- praspinal Control of the Sympathetic Nervous System After Spinal Cord Injury. Arch Phys Med Rehabil 2000;81:506-16.
11. Juhler M et al. Neurologi-Neurokirurgi. København: Munksgaard;2004.
 12. Gonzalez F et al. Autoregulation of Cerebral Blood flow in Patients with Orthostatic Hypotension After Spinal Cord injury. Paraplegia 1991;29:1-7
 13. Rinehart M. Early Mobilization in Acute Spinal Cord Injury. Crit care nurs Clinics of North America 1990;2 (3):399-405.
 14. Goldman J et al. Effect of abdominal binders on breathing in tetraplegic patients. Thorax 1986; 41 p. 940-45.
 15. Smit A et al. Use of lower abdominal compression to combat orthostatic hypotension in patients with autonomic dysfunction. Clin Auton Res 2004;14:167-175.
 16. Bodin P et al. Effects of abdominal binding on breathing patterns during breathing exercises in persons with tetraplegia. Spinal Cord 2004;1-6.
 17. Delp S et al. The Disease Process of Spinal Cord Injuries. Dimens Crit Care Nurs 2005;24 (2):57-63.
 18. Teasell R et al. Sympathetic Nervous System Dysfunction In High-level Spinal Cord Injuries. Physical Medicine and Rehabilitation.1996;10 (1):37-60.
 19. www.Ryk.dk (cited 24.09.08).
 20. Claydon VE, Steeves JD, Krassioukov A. Orthostatic hypotension following spinal cord injury: understanding Clinical Pathophysiology. Spinal Cord 2006;44:341-51.
 21. Larsen CF, Roed J, Larsen JF. Traumatologi. København: Munksgaard Danmark; 2008 s. 207.

>>> TESTEN



Temaet er rygsmerter, test dig selv eller din kollega

- 1 *Hvor mange danskere har konstante eller tilbagevendende rygsmerter?*
 - a. Ca. 250.000.
 - b. Mere end en million.
- 2 *Hvad er årsagen til rygsmerter?*
 - a. Rygsmerter skyldes som regel en blanding af fysiske, psykiske, sociale og kulturelle faktorer.
 - b. Tungt løftarbejde.
- 3 *Skal rygsmerter behandles aktivt eller passivt?*
 - a. Sengeleje i minimum to uger er, kombineret med massage og varme, næsten altid effektivt.
 - b. Patienten skal have hovedrollen, deltage aktivt i behandlingen og være grundigt informeret. Motion og træning har vist sig at være effektive metoder til at lindre smerterne hos en stor del af patienterne.
- 4 *Hvor mange rygpatienter får tilbagefald?*
 - a. Op imod 90 pct. af dem, som har haft rygsmerter, får tilbagefald, hvis de genoptager deres sædvanlige levevis.
 - b. Det gør de færreste, for har man én gang haft rygsmerter, omlægges de fleste deres livsstil og dyrker mere motion eller begynder at benytte et rygtræningsprogram hjemme eller i træningscenter.
- 5 *Hvilke faktorer øger risikoen for rygproblemer?*
 - a. Stress og utilfredshed med job eller dagligdag.
 - b. Mange graviditeter.

De komplekse årsager til fedme

AF CHARLOTTE SEEGER, BSC. NUTRITION AND HEALTH, OG BERIT HEITMANN, CAND. ODONT., PH.D.

Artiklen henvender sig til sygeplejersker, som privat og professionelt skal håndtere overvægt og fedme. Artiklens hovedbudskab er, at fedme har mange årsager, og at der endnu ikke er fundet optimale strategier til bekæmpelse af overvægt og fedme, men at alle instanser i samfundet har ansvar for at bidrage til en løsning.

Vi ser det på gaden, på arbejdspladsen, i fitnesscentret, i biografen og i flyet – og sammenlagt 67 pct. af os ser det, når vi kigger os i spejlet. Overvægt og fedme (1). Vi har efterhånden hørt det en del gange, verden er blevet ramt af en fedmeepidemi (2). Faktisk kan det snarere karakteriseres som en pandemi; en epidemi, der spreder sig over store dele af kloden, hvilket akkurat er tilfældet med overvægt og fedme. Med overvægt og fedme følger andre alarmerende problemer for både individ og samfund, f.eks. risikoen for udvikling af hypertension, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og dyslipidæmi, sundhedsøkonomiske konsekvenser, forringelse af livskvalitet og forkortelse af levetid (3). Tallene bliver ved med at stige, og det er endnu ikke lykkedes at finde frem til effektive forebyggelsestiltag, som kan afhjælpe situationen. Hvad er fedme egentlig for en størrelse, hvorfor er fedme så u håndtérbar, og hvad stiller vi op med fænomenet?

Grænseoverskridende fedme

Inden for den kliniske videnskab er der tale om fedme, når mængden af ophobet fedtvæv udgør en forhøjet sygdomsrisiko (4).

Overvægt og fedme defineres i mere praktisk forstand på baggrund af en persons Body Mass Index (BMI), som er et tal, der beregnes ud fra forholdet mellem vægt og højde. Hvis ens BMI ligger mellem 25 og 29, er man moderat overvægtig, hvis tallet er 30 eller højere, er man svært overvægtig eller egentlig fed (5).

Men fedme er ikke kun et begreb og en tilstand inden for den kliniske videnskab. Begrebet findes også i den humanistiske videnskab, hvor den figurerer ud fra en mere kulturel opfattelse af, hvad en rigtig og normal kropstørrelse er. Forskellene på de to betragtningsmåder er, at den medicinske faglitteratur definerer fedme i forhold til sygdomsrisiko, og den humanistiske faglitteratur lægger vægt på de sociale og psykologiske konsekvenser forbundet med fedme. Essensen er dog, at de to begreber ikke kan skilles ad, hvilket blot understreger problemets kompleksitet.

Hver femte voksne dansker er fed

Forekomsten af overvægt og fedme blandt danske voksne mænd og kvinder er steget væsentligt siden begyn-

delsen af 1960'erne, og især inden for de seneste 10-20 år har stigningen været særlig eksplosiv.

Tal fra 2005 viser, at 41 pct. af alle danske mænd i alderen 16-80+ år er såkaldt moderat overvægtige (BMI mellem 25 og 29,9) (se boks 1 herunder). For kvinder i samme aldersgruppe er tallet lavere, nemlig 25,5 pct. Fra 1994 til 2003 er der sket en stigning af overvægtige mænd og kvinder i befolkningen fra 28 pct. til 55 pct. og af fede fra 8 pct. til 13 pct., hvilket må betegnes som bekymrende (6,7,1). Hvis vi vender blikket mod svært overvægt eller fedme i den arbejdsdygtige del af befolkningen, er næsten hver femte voksne dansker (18 pct.) i alderen 30-60 år svært overvægtig eller egentlig fed (BMI \geq 30). Sammenligner man disse tal med befyndelsen af 1990'erne, havde kun ca. hver ottende dansker et BMI \geq 30 (8).

Tallene er ikke mindre skræmmende, når man kigger på forekomsten og udviklingen af overvægt og fedme blandt danske børn og unge.

Udviklingen i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003 er for nylig blevet opgjort. Her ses det, at der især efter 1975 er sket en stigning i udviklingen i det gennemsnitlige BMI på 1,2 kg/m² svarende til en gennemsnitlig vægtøgning på ca. 2 kg blandt 6-8-årige piger og drenge. For drenge og piger i alderen 14-16 år ser billedet værre ud. Blandt pigerne er det gennemsnitlige BMI steget 1,5 kg/m², svarende til en gennemsnitlig vægtøgning på 4 kg. For drengene i samme alder steg det gennemsnitlige BMI med 2,6 kg/m², svarende til en gennemsnitlig vægtøgning i perioden på 8 kg (9).

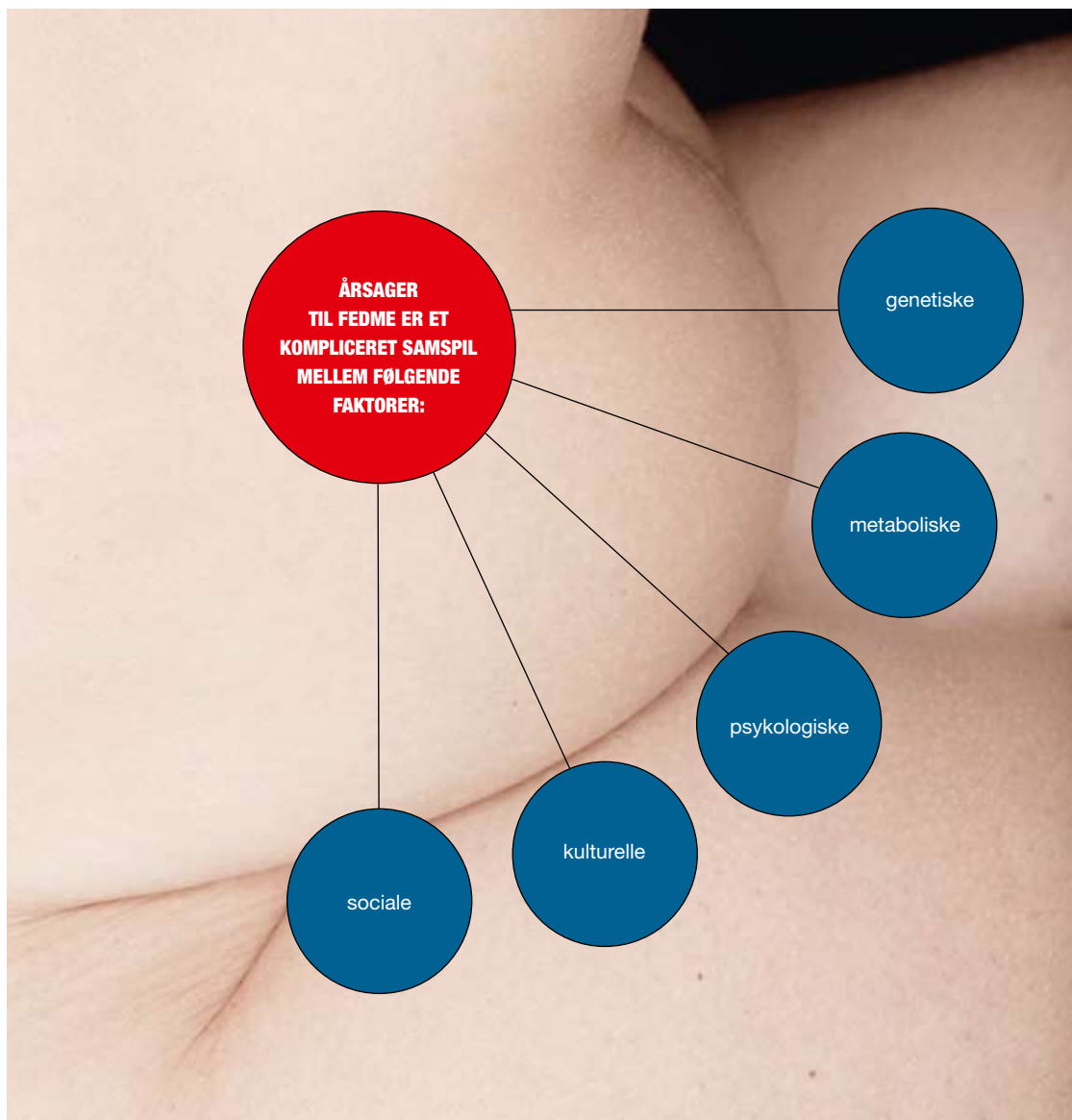
I Europa ser udviklingen af overvægt og fedme blandt børn og voksne ikke mere optimistisk ud. De største forekomster af fedme findes i det sydlige og østlige Europa, mens nordeuropæere er de slankeste fulgt af vesteuropæerne (10). Det er anslået, at den gennemsnitlige forekomst af fedme i Europa i dag er 15-20 pct. (11), og selv om det ikke er i samme målestok som i USA, hvor 28-30 pct. af voksne amerikanere antages at være decideret fede (1), forudsiger WHO/IOTF (International Obesity Taskforce,) at ca. 40 pct. af alle europæere vil lide af fedme i 2030, hvis tendensen fortsætter (12).

En cirkel af årsager

Men hvorfor er overvægt og fedme så svær at komme til livs? Fordi årsagerne dertil er mangfoldige og komplekse. Det er og bliver et kompliceret samspil mellem sociale, kulturelle, psykologiske, metaboliske og genetiske faktorer. Dog er den primære årsag til forekomsten og udviklingen meget forskellig alt afhængigt af, om man taler med diætisten, psykologen, forskeren, politikerne eller den overvægtige selv.

»»» BOKS 1. BMI

BMI = Body Mass Index. Udregnet som personens vægt (kg)/(højde (m) x højde (m)).



ARKIVFOTO: SCANPIX

Fedme er resultatet af en vedvarende positiv energibalance over en længere periode. Når energiindtaget overstiger energiforbruget, skal overskuddet lagres, og det sker i sidste instans i fedtvævet (4). Med andre ord, så tager man på, når man indtager flere kalorier, end man kan forbrænde. Et simpelt regnestykke, skulle man tro. Men fedtvævet i kroppen er et af menneskets største endokrine organer, som producerer talrige aktive stoffer, og det er meget tænkeligt, at regnestykket alligevel ikke er så simpelt endda (13).

Ofte har det taget et menneske 10-20 år at udvikle overvægt eller fedme (14). Det er muligt at tabe sig, og de fleste, som går på enten kommercielle eller selvopfundne kure, har succes med at tabe sig. Statistikken siger dog, at mere end 90 pct. af dem, som har tabt sig mere end 5 kg, har taget de 5 kg eller mere på igen efter fem år (15). Hvis et vægttab skal vedligeholdes, skal der ofte laves om på levevaner hos det overvægtige individ, og der er tale om at skulle fokusere på en cirkel af årsager og virkninger i forbindelse med personens livsvilkår, psykologiske tilstand, reaktioner, oplevelser, familiemønster, motivation m.m. Meget af dette er allerede så veletableret, at det kan være særdeles vanskeligt at ændre på i det lange løb (16).

"Fedme er resultatet af en vedvarende positiv energibalance over en længere periode. Når energiindtaget overstiger energiforbruget, skal overskuddet lagres, og det sker i sidste instans i fedtvævet. Med andre ord, så tager man på, når man indtager flere kalorier, end man kan forbrænde."

Det begyndte hos jægere og samlere

Vores viden om fedmeepidemiens årsager og den voldsomme stigning er endnu mangelfuld, men der er dog enighed om, at de væsentligste determinanter er den øgede tilgængelighed af mad og den udbredte fysiske inaktivitet. Men der må ligge mere til grund for udviklingen end blot dette, for selv om hver femte voksne dansker er svært overvægtig, er de øvrige 80 pct. det ikke, til trods for at tilgængeligheden af mad og drikke er den samme for størstedelen af befolkningen. De genetiske variationer i befolkningen er en vigtig brik i denne sammenhæng. For at opnå en større forståelse af genvariationernes indvirkning på fedmeudviklingen har forskere opstillet en evolu- ▶

› tionshypotese, som er med til at give noget af forklaringen (17). Den består af, at vi som udgangspunkt rent biologisk kommer fra et jæger- og samlersamfund, hvor der var en konstant vekslen i tider med rigelige og minimale madmængder. De, som genetisk set var dygtigst til at drage fordel af energien og bedst til at opbygge og udnytte fedtdepoter, var også dem, som klarede sig bedst, overlevede og reproducerede sig op gennem tiden. I dag er den lette tilgængelighed af føde og den øgede fysiske inaktivitet derfor med til, at befolkningen har let til en positiv energibalance. De gener, som i tidernes morgen var anset for positive varianter, der sikrede overlevelse, er nu blevet til negative varianter og fedmefremkaldende i det moderne samfund. Genetisk betingede elementer synes derfor at bidrage til fedmeepidemien (17).

Arv og miljø i det moderne samfund

Det er velkendt, at tilstedeværelsen af fedme ”går i familier”, og disse familiære korrelationer er blevet bekræftet i talrige undersøgelser (17). Op mod 30 pct. af befolkningen antages at være genetisk prædisponeret for fedme. Der er dog ikke enighed om, hvor stor betydning den genetiske arv kan tildeles, og hvad der kan tilskrives miljømæssige faktorer. Nogle forskere mener, at det er 50:50, andre er af den mening, at genetikens betydning ligger fra alt imellem 25-70 pct. De genetiske korrelationer dækker bl.a. over stofskifte, appetitkontrol,

dring kan nedarves til den næste, og dermed kan de efterfølgende generationer gøres mere sårbare f.eks. i forhold til at udvikle fedme (22). Dog betyder hvert gen meget lidt i det samlede regnskab, hvorfor det igen er vigtigt at se udviklingen af fedme i et større perspektiv. Kendskabet til generne som en central betydning for udviklingen af fedme er med til at udvide forståelsen af årsagerne dertil.

Fedme kan give stress og lavt selvværd

De psykologiske aspekter i relation til udviklingen af overvægt og fedme er talrige og bidrager til alvorlige konsekvenser for den overvægtige person. Bl.a. i form af en øget tendens til depression, stress, lavt selvværd, identitetsproblemer og andre emotionelle dilemmaer. Herudover forekommer stigmatisering af overvægtige personer, der ses på arbejdsmarkedet, i sundhedsvæsenet og i skolen, hvilket er med til at skabe store sociale og personlige problemer for de pågældende (16).

På samfundsplan finder man diskrimination blandt både de overvægtige mænd og kvinder i form af bl.a. markant lavere lønninger til de overvægtige end til de normalvægtige, ved ansættelser (mest udtalt hvis den overvægtige persons arbejdsfunktion er synlig eller indebærer kundekontakt), ved forfremmelser og fyringer. Desværre ser man også diskrimination kønnene imellem, i sundhedssektoren kommer det til udtryk ved, at læger tager kvinders overvægt og lidelser mindre seriøst end overvægtige mænds (23).

Social ulighed og fedme

Meget tyder på, at forskelle i kropsvægt og udviklingen af fedme er afhængig af forskellige sociale faktorer. Både nationale og internationale epidemiologiske studier viser, at fedme er et særligt udbredt fænomen blandt mennesker med korte uddannelser, lave indkomster og ufaglærte job, dvs. har afsæt i den sociale ulighed i samfundet (24,25). Her finder man ligeledes et stort udsnit af familier med psykologiske og sociale problemer, som har sværere ved at få hverdagen til at hænge sammen, og som derfor har tilbøjelighed til at fokusere mindre på sunde vaner, f.eks. fysisk aktivitet og sund kost.

For 1.024 mio. kr. fedme

I Danmark vurderes det, at omkostningerne som følge af overvægt og fedme udgør ca. 2-3 pct. af det samlede sundhedsbudget, hvilket svarer til omtrent 1.024 mio. kr. årligt (26). Med den nuværende fedmeepidemi forventes en lige så omfattende diabetesepidemi om 10-20 år som udløber af fedmeepidemien. Diabetes er en stor risikofaktor for hjertesygdomme, hvilket gør en lignende epidemi af hjertesygdomme forventelig, igen forskudt 20-30

”Hvis et vægttab skal vedligeholdes, skal der ofte laves om på levevaner hos det overvægtige individ, og der er tale om at skulle fokusere på en cirkel af årsager og virkninger i forbindelse med personens livsvilkår, psykologiske tilstand, reaktioner, oplevelser, familiemønstre, motivation m.m.”

præferencer i forbindelse med valg af mad, men også en persons fysiske styrke, hurtighed og udholdenhed (18, 19). Der er i dag identificeret mere end 3.000 forskellige gener, som er sat i forbindelse med fedmeudviklingen, og den arvelige disposition synes at være fordelt på mange varianter i mange gener (20). Miljøet har ligeledes stor betydning for genetikken, bl.a. igennem forurening og kemiske eksponeringer via mad, kosmetik m.m. (21). Geners funktion kan påvirkes af børns opvækstmiljø i fostertilstanden og de første leveår, også kaldet epigenetik, og disse påvirkninger er tilsyneladende arvelige. Det betyder, at én generations opvækstmiljø kan påvirke geners funktion, og at denne funktionelle æn-

år (27). I værste fald vil dette scenario medføre en gennemsnitlig kortere levetid på nationalt plan. Der er derfor politisk bevågenhed for og interesse i at bekæmpe fedmeepidemien.

Der er endnu ingen, som har et løsningsforslag til, hvordan vi kommer denne omfattende problematik til livs, men der er igangværende fedmeforebyggende initiativer, som dog fortsat er ret begrænsede. Evidensen for, at primær forebyggelse af fedme virker, er ikke overvældende.

Der foreligger efterhånden adskillige interventionsstudier blandt skolebørn, hvor man har forsøgt at implementere sunde madordninger, øge antallet af idrætstimer og opkvalificere lærerkompetencerne inden for sundhedsundervisningen. Men kun få tiltag har haft effekt, og det tyder på, at det samlede evidensgrundlag fra skolebaserede interventioner ikke er tilstrækkeligt, hvis det er en ensidig indsats. Der er kun foretaget ganske få primære forebyggelsesstudier blandt voksne, hvor målet har været at forebygge fedme. De har som udgangspunkt været baseret på forebyggelsen af hjertesygdomme. Der savnes derfor stadig dokumentation for effekt fra undersøgelser blandt både børn og voksne (28).

Offentlige kampagner for en sund livsstil, specielt øget indtag af grøntsager, har vist sig at være ganske effektive. Flere undersøgelser tyder på, at Kræftens Bekæmpelses "6 om dagen"-kampagne fik danskerne til at øge forbruget af frugt og grøntsager betydeligt. En undersøgelse fra 2003 viste, at 40 pct. af befolkningen uhjulpet kunne huske kampagnen (29). Det er akkurat det, der er formålet med disse kampagner: at opbygge viden og kompetence hos forbrugeren, så de derved er oplyste. Velinformede borgere har muligheden for at træffe kvalificerede valg, "6 om dagen"-kampagnen har vist, at det godt kan betale sig at gennemføre sådanne tiltag.

Én ting er sikker: Bekæmpelsen af fedme skal ske fra flere sider. Befolkningen selv har et afgørende medansvar, men det kræver ligeledes en grundlæggende og forebyggende indsats fra samfundsaktører som staten, regionerne, kommunerne, diverse interesseorganisationer, det private erhvervsliv og arbejdspladser. Alle i samfundet har en brik til puslespillet om forebyggelsen og bekæmpelsen af overvægt og fedme.

Charlotte Seeger er videnskabelig assistent, Berit Heitmann er professor, begge ansat ved Enheden for Epidemiologisk Kostforskning ved Institut for Sygdomsforebyggelse, Center for Sundhed og Samfund; cs@ipm.regionh.dk

Litteratur

- Nielsen HB et al. Adipositas i Danmark – hvorfor er det ikke gået så galt? Ugeskrift for læger 2006; 168/2, 132-135.
- WHO. Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic. Geneva June 3-5 1997.
- Richelsen B et al. Den danske fedmeepidemi – oplæg til en forebyggelsesindsats. København: Ernæringsrådet, 2002.
- Astrup A & Garby L. Energi og energiomsætning i: Astrup A, Garby L & Stender S (red). Menneskets ernæring fra molekylærbiologi til sociologi. København: Munksgaard: 1997.
- Sundhedsstyrelsen. Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – Forslag til løsninger og perspektiver 2003.
- Kjøller M, Rasmussen NK: Sundhed og Sygelighed i Danmark 2005 – og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed. 2006.
- Kjøller M, Rasmussen NK, Keiding L, Petersen HC, Nielsen GA: Sundhed og Sygelighed i Danmark i 1994 – og udviklingen siden 1987. Rapport fra DIKEs repræsentative undersøgelse blandt voksne danskere. København: DIKE 1995.
- Due P, Heitmann BL, Sørensen TIA. Adipositasepidemien i Danmark. Ugeskrift for Læger 2006;168(2):129.
- Pearson S, Olsen LW, Hansen B, Sørensen TIA. Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. Ugeskrift for Læger 2005;167(2):158.
- WHO: The World Health Report 1997. Conquering suffering- enriching humanity. Report of the Director-General. WHO, Geneva 1997.
- Raben A. Fedme i Europa. Ugeskrift for Læger 2004;166(01):32.
- WHO: The Challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Summary.
- Madsbad S & Astrup A. Fedme, metabolisk syndrom og hjerte-kar-sygdom. Ugeskrift for Læger 2004;166(17):1561.
- Heitmann BL, Garby L. Patterns of long-term weight changes in overweight developing Danish men and women aged between 30 and 60 years. Int J Obes Relat Metab Disord 1999; Oct; 23(10):1074-8.
- Kroke et al. Recent weight changes and weight cycling as predictors of subsequent two year weight change in a middle-aged cohort. Inter J Obes 2002; 26, 403-409).
- Madsen SAa et al. Psykologiske aspekter ved overvægt. Ugeskrift for Læger 2006;168(2):194.
- Echwald SM et al. Fedmens genetik. Ugeskrift for Læger 2006;168(2):150.
- Wing RR & Polley BA. Obesity i: Baum A, Revenson TA & »



Midt i en symposietid

Med tre dages mellemrum er der afholdt sygeplejesymposium på Rigshospitalet i København og på Aalborg Sygehus. Der er forskel på arrangementernes praktiske afvikling, men fælles for de to symposier er, at de viser, at patienterne er omdrejningspunktet i de fleste forsknings- og udviklingsprojekter. I København samles sygeplejerskerne i et auditorium, hvor de dagen igennem kommer og går for at høre oplæg om f.eks. faldforebyggelse og sygepleje til cancer mammae-patienter, mens man i Aalborg er på kongrescenter og har mulighed for at deltage i et fælles program morgen og eftermiddag afbrudt af parallelle sessioner, der gør det muligt at lægge øre til i alt otte forskellige oplæg.

Begge steder er der en pris til bedste poster, og mens man i Aalborg vinder et maleri (som også prydede den symposievin, der var til salg i dagens anledning), var det kvalitetschokolade, vinderen tog under armen i København. I Aalborg udliveres en bog med abstracts, mens Rigshospitalet beskriver udviklingsaktiviteter i sygeplejen i bredere forstand i det hefte, der hører med til dagen.

Googler man *sygeplejesymposium*, kommer der mange frem, men et område mangler. Primær sektor. Mon ikke det bliver anderledes i 2009?

(jb)

Fælles nyt kittelkodeks i Region Hovedstaden

Jeg har med tilfredshed konstateret, at jeg ikke er alene om en vis irritation over, at man ofte er usikker på, hvilken fagperson man taler med på et hospital. Rengøringsassistenter, social- og sundhedsassistenter, bioanalytikere, sygeplejersker, læger mv. smelter sammen i de enten forskellige eller ens uniformer.

Nu lysner det for hospitalsområdet i Region Hovedstaden, hvor de 35.000 hospitalsansatte ifølge Dagens Medicin den 1. oktober 2008 fremover skal have et fælles kittelkodeks. Udseendet af uniformerne vil blive afgjort ved en designkonkurrence i 2009.

Næste skridt må efter min mening gerne blive et fælles telefonkodeks, så vi fremover kan undgå svar som f.eks.: "Ja, hallo, det er Lene."

(er)

Svar på Testen side 52.

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

Kilde: Patientvejledningen 9. udgave, 2008, kapitlet Rygsmerter og rygtræning.

- » Singer JE. Handbook of Health Psychology. Lawrence Erlbaum Associates, Inc. Mahwah: 2001.
- 19. Cope MB, Fernándes JR & Allison DB. Genetic and Biological Risk Factors i: Thompson JK (red). Handbook of Eating Disorders and Obesity. John Wiley & Sons, Inc. New Jersey; 2004.
- 20. Bell CG, Walley AJ, Froguel P. The genetics of human obesity. Nat Rev Genet. 2005 Mar;6(3):221-3.
- 21. Walter T & Heitmann B. Hormonforstyrrende stoffer og udvikling af fedme. Ugeskrift for Læger 2007;169(42):3562.
- 22. Rosmond R. Aetiology of obesity: a striving after wind? i: Obesity Reviews 2004; 5:177-181.
- 23. Niclasen BVL. Overvægt og fedme. Ugeskrift for Læger 2005;167(10):1145.
- 24. Heitmann BL. Forekomst og udvikling af overvægt og fedme blandt voksne danskere i alderen 30-60 år i: Ugeskrift for Læger: 1999;161/31:4380-4284.
- 25. Molarius A et al. Educational Level, relative body weight, and changes in their association over 10 Years: an international perspective from the WHO MONICA Project i: Am J Public Health; 2000; 90:8:1260-1268.
- 26. Worre-Jensen AL et al. Sygehusomkostninger i forbindelse med svær overvægt Ugeskrift for Læger 2007;169(33):2634.
- 27. Rigby N, James P. The obesity campaign view of diabetes prevention Diabetes Voice 2003; Vol 48 Special Issue.
- 28. Meinert TL et al. Forebyggelse af fedme. Ugeskrift for Læger 2006;168(2):155.
- 29. <http://6omdagen.dk/> d. 23. maj 2008.

» ENGLISH ABSTRACT

Seeger C, Heitmann B. The complex causes of obesity. Sygeplejersken 2008;(21):54-8.

Overweight and obesity are spreading like wildfire throughout the world. In Denmark, approx. 18 per cent of the adult population is obese and the occurrence of 15-20 per cent overweight among Danish children is no less disturbing. In order to understanding the reasons for the continued spread of obesity and its unwieldiness, it is vital to comprehend its complexity. What is at play is a combination of social, cultural, psychological, metabolic and genetic factors, which contribute their share to challenging any form of prevention strategy. Although society is working flat out to find useful strategies, many suggestions are on the table, but the final solution remains long in coming.

Key words: Obesity, overweight, prevalence, causes.

Solid viden gør det muligt at nå svingdørspatienterne

I denne fjerde bog ser *Thorgaard* på de strategier, den psykisk syge anvender for at holde på livet og holde døden på afstand. Udgangspunktet er igen de mest syge. De psykotiske og de selvskadende. De meget sårbare. Det er de patienter, vi møder i svingdøren, og som med tiden bliver ganske svære at nå.

Bogen ligger således fint i forlængelse af de tidligere bøger. Den går i dybden med de emner, der tidligere er berørt overfladisk.

Igen beder *Thorgaard* os om at se på den syges historie. Altså det liv, personen har haft, indtil man møder patienten (igen!). Forfatteren er optaget af patientens personlige tab, og den anførte tabliste er ganske omfangsrig. Tab invaliderer og tærer på det forsvar, der er helt nødvendigt for personlig integritet. Konsekvensen er, at hver gang svingdøren kører rundt, mister patienten lidt mere af sig selv, og det polster, der passer på jeget, slides.

Men hvad er det, der skal til, så patienten ikke vader ud og ind af de psykiatriske afdelinger? Det er underligt, at patienterne har så stor modstand mod deres medicinske behandling. Den hjælper jo, deres psykotiske verden blegner. De er ved korrekt medicinering ikke så plaget af stemmer og ser ikke i samme grad imaginære ting og personer. Men patienten er som oftest stadig defensiv både over for systemet og medicinen. Hjertepatienten vil modsat meget sjældent have modstand mod den stabiliserende hjerterytmemedicin.

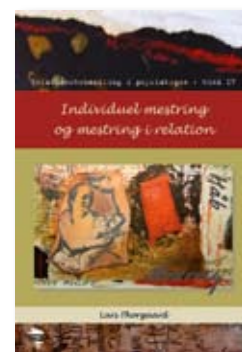
Der er noget andet i spil. Forsvaret for jeget findes i personens evne til at mestre sit eget liv. Denne evne har den psykotiske eller stærkt personlighedsforstyrrede kun

i stærkt begrænset omfang. *Thorgaard* samler i denne bog de evidensbaserede redskaber, der anvendes til at forstå de mekanismer, der ligger bag. Bogen hjælper os til at forstå disse patienters psykose og/eller selvskadende virksomhed som en mestringsstrategi, der faktisk holder patienten i live. Konsekvensen af ensidigt at satse på den medicinske behandling er, at vi fjerner patientens strategier. Personalets arbejde er at sætte noget andet i stedet, f.eks. patientens mestring af eget liv. Konkret beskrives, hvordan kontaktpersonen i den tætte relation med patienten arbejder med ændringer i dennes mestringsstrategier. Det gøres der rede for i detaljer eksempelvis ved stemmehøring og ved ekstremt selvskadende virksomhed.

Efter at have læst denne bog kan det aldrig være nok at give medicin, så patienten ikke længere er psykotisk eller er drevet til at skade sig selv. Det er for pauvert. Kontrollen over eget liv og evnen til at mestre det gives i den tætte kontakt til personale, der ud af afprøvede modeller, evidensbaseret teori og tæt supervision giver patienten håb om et bedre liv. Men det kræver et højt vidensniveau og trygge rammer i personalegruppen. Det høje vidensniveau kan man passende begynde at få med denne bog. De trygge rammer kræver hårdt arbejde i personalegruppen.

Denne fjerde bog er kommet i to udgaver, og 2. udgave må foretrækkes alene af den grund, at det er den opdaterede version.

Af *Jørgen Bendsen*,
psykiatrisk sygeplejerske, sundhedsinformatiker (MI).



Lars Thorgaard
Individuel mestring og mestring i relation – bind 4 af 5
PsyklInfo
2. udgave 2007
318 sider – 299 kr.
ISBN 978-82-920235-0-1

Den truende eksamen motiverer til portfolio brug

Bogen er en antologi, der giver indføring i portfolioen som et komplekst fænomen. Gennem præsentation og diskussion af de muligheder og udfordringer der ligger i portfoliomethodikken fremhæves såvel praktiske som lærings- og uddannelsesteoretiske betragtninger.

De fem forfattere, der alle er ansat på Aalborg Universitet, beskriver, med baggrund i undersøgelser og egne erfaringer, brugen af digitale portfolioer. Væsentlige er de læringsteoretiske begrundelser, der primært beskrives med udgangspunkt i skandinavisk tradition og forskning. Der peges bl.a. på vigtigheden af at finde balancen mellem den lærendes eget ansvar for læring, læringsportfolien, og tydeliggørelse af evalueringsgrundlaget, dokumentationsportfolien.

Ligeledes belyses og diskuteres portfolioevaluering som ny eksamensform og de problemstillinger, dette rejser, og det fremhæves, at de studerende oplever denne eksamensform som mere retfærdig end andre eksamensformer.

Der er et meget inspirerende afsnit om anvendelse af portfolioens muligheder og udfordringer i adjunktforløb, og der argumenteres for at understøtte kvalificering i adjunktforløb med en såkaldt undervisningsportfolio. Gevinsten ved at arbejde systematisk og anvende portfolio som et redskab til professionel videreudvikling fremhæves

som væsentlig i udvikling af adjunkt-pædagogikum på professionshøjskolerne, og der opfordres til at se undervisningsarbejdet som en kontinuerlig udviklings- og læreproces.

En artikel i bogen bygger på interview med kandidatstuderende for at afdække studieerfaringer ved brug af e-portfolio. Her fremhæves det bl.a., hvor svært det er at komme i gang med at bruge portfolio, den truende eksamen bliver ofte den ydre motivation, og først efter halvandet års studie opleves læringsrelevansen. Det bliver tydeligt, at de studerendes it-tekniske kompetencer er afgørende, samt at portfolio-brugen skal være integreret i læringsmiljøet.

Sidst er der medtaget en artikel med organisatorisk perspektiv. Kulturen, underviserens indstilling, ressourcer og ledelsens opbakning påpeges som betydningsfulde for implementeringsprocessen.

Antologiens målgruppe er undervisere og ledere på mellemlange- og lange videregående uddannelser, og den er et uundværligt bidrag til de pædagogiske drøftelser, implementering af portfolio i sygeplejerskeuddannelsen kræver.

Af *Birgith Sletting*, lektor, cand.pæd.
Ansat i Den Flerfaglige Professionshøjskole i
Hovedstadsregionens Sygeplejerskeuddannelse i Herlev.



Birthe Lund (red.)
Portfolio i et lærings- og uddannelsesperspektiv
Aalborg Universitetsforlag 2008
168 sider – 199 kr.
ISBN 978-87-7307-931-7

Køn er noget, vi gør, og ikke noget, vi er



Nina Lykke
Kønsforskning
 – en guide til feministisk
 teori, metodologi og skrift
 Forlaget Samfundslitteratur
 2008
 256 sider – 248 kr.
 ISBN 978-87-593-1330-5

☑ Så er der kommet en guide til et kundskabsfelt, der er præget af mangfoldighed, fluktuation og forandring. *Nina Lykke* har bedrevet en indføring i kønsforskningens verden, der hovedsageligt har været kendt for store skikkelser, såsom *Judith Butler*, *Sandra Harding* og *Donna Haraway*. Det er ikke kun disse kvinders filosofi til i bogen, men til flere, og hvad bedre er: *Nina Lykke* giver et pædagogisk overblik over centrale begreber, fænomener, teorier, tendenser og debatter.

Bogen er opbygget med en systematik, der først fører læseren ind i kønsforskningens felt med understregning af tværvidevidenskabeligheden forstået som multi-, tvær- og transvidenskabelighed. *Nina Lykke*, som er professor i køn og kultur på Linköpings Universitet i Sverige, positionerer sig selv i sin egen faghistorie og giver herved et eksempel på, hvordan princippet om situeret viden kan håndteres. Det er en del af kønsforskningens kerne, at al vidensproduktion forstås som lokaliseret eller situeret. Situeringen indebærer et opgør med en positivistisk videnskabsforståelse og med troen på et ansigts-, krops- og kontekstløst forskersubjekt, der kan stille sig uden for verden og betragte den fra et neutralt ophøjet sted.

Man kan ikke hæve sig over det, man analyserer, og producere objektiv kundskab om verden. Viden produceres ud fra et bestemt perspektiv og ud fra bestemte interesser. Det er en pointe i feministisk forskning ikke at fastlægge betydningen af køn en gang for alle, men i stedet at diskutere køn som et åbent, dynamisk og transfor-

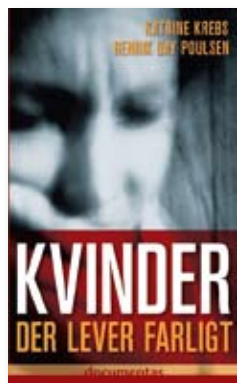
mativt fænomen. Samtidig har forståelsen af, at køn er noget, vi ”gør”, ikke noget, vi ”er”, vundet genklang i mange kønsforskningsskredse. I den forståelse opfattes kønnene som noget, der hele tiden bliver produceret og reproduceret af de måder, vi agerer på som køn i mellem menneskelige relationer og interaktioner.

Intersektionalitet er centralt i feministisk kønsteori og har mange styrker, idet perspektivet indebærer opmærksomhed på samspil mellem køn og andre identiteter og kategorier.

Lykke gennemgår de teoretiske forudsætninger for intersektionalitets-tænkningen og anvender perspektivet konkret i forhold til queerfeminismen og kritiske studier af mænd og maskulinitet, og Lykke går videre til at konkretisere de videnskabsteoretiske tilgange til kønsforskning. Et eksempel er den lægevidenskabelige forskning, der ofte har taget udgangspunkt i mandlige patienters symptom-billeder og i de risikofaktorer, der gør sig gældende for mænd. Mandekroppen var i årevis en selvfølgelig og let norm, da der ikke skulle tages hensyn til forstyrrende faktorer som menstruationscyklus, graviditeter etc. Det er en stor styrke for bogen, at de videnskabsteoretiske perspektiver føres sammen med illustrative eksempler på, hvordan forskeren konkret kan gribe verden an, når den bliver badet i kønsforskningens lys.

Af *Marianne Mahler*, sygeplejerske, MPH,
 sygeplejefaglig konsulent,
 Ældrekontor Østerbro i København.

Et maraton i lidelse



Katrine Krebs og
 Henrik Day Poulsen
Kvinder der lever farligt
 Forlaget Documentas 2008
 240 sider – 249 kr.
 ISBN 978-87-7063-004-7

☑ Vi hører tit om kvinder, der sidder fast i dårlige forhold med mænd, som udsætter dem for psykisk og fysisk vold og gør deres og børnenes liv til et helvede. Det er svært at forstå, hvorfor kvinderne bliver i de ødelæggende forhold. Det har forfatterne til ”Kvinder der lever farligt” sat sig for at beskrive og analysere. Journalisten *Katrine Krebs* har sammen med kollegaen *Vivi Sjøner* interviewet fem kvinder og gengiver deres historier i bogen. Historierne er et maraton i lidelser, og indimellem er det svært at læse dem. Det er forståeligt, at nogle kvinder takkede nej til at deltage, da de havde læst deres egen fortælling.

Efter hvert interview analyserer psykiateren *Henrik Day Poulsen* historien ud fra en biologisk og medicinsk indfaldsvinkel. Psykopatibegrebet, depression, dependent personlighedsforstyrrelse, pædofili, Aspergers syndrom og ludomani bliver kort gennemgået.

For at komme ud af forholdet med den farlige mand har alle interviewede haft brug for rigtig megen støtte fra familie, venner, politi og krisecentre. Vanskelighederne for kvinder ligger i, at manden langsomt har isoleret dem fra deres familie og netværk, bl.a. ved systematisk at nedgøre kvindens kontakter, så de trækker sig fra relationen. Manden er tit voldsomt, ubegrundet, jaloux og kan udsætte kvinderne for forhørsagtige seancer. Alle mændene i historierne er stærkt selvoptagne og har svært ved at sætte sig ind i andres behov. Kvinderne, der lever i disse forhold, prøver at få det hele til at glide og indordner sig under deres tyranniske mænd og finder undskyldninger og forklaringer på mandens dårlige

opførsel. Manden kan på den anden side være så god til dobbeltspil, at han charmerer omgivelserne. Herved bliver det svært for omgivelserne at forstå, hvad kvinden taler om, når hun endelig fortæller om det farlige forhold. Flere af kvinderne i bogen bliver for længe i forholdet, fordi de er bange for at være alene, andre har svært ved at se skammen i øjnene, og andre igen bliver afhængige af mandens charmerende side og periodevis tilbedelse. Prisen for at blive i et farligt forhold er høj, børnene lider overlast og mærkes for livet, flere af kvinderne ender på psykiatrisk afdeling med angst, depression og misbrug.

Bogens hensigt er at hjælpe kvinder i belastende forhold til at identificere problemet og slippe ud af forholdet i tide. Bogen er skrevet i et enkelt hverdagsprog. Analyseafsnittene er korte og enkle, hvilket gør bogen brugbar. Kvinder i belastende forhold kan få hjælp af bogen, dels fordi de finder ud af, at de ikke er alene med problemet, dels fordi bogen slutter med en adresseliste til krisecentre og relevante telefonrådgivninger. Personligt blev min viden øget om, hvor vanskeligt det er at forlade en farlig mand. Jeg fik associationer til 1980'ers succesbogen ”Kvinder der elsker for meget”. Men hvor den gamle bog var meget amerikansk, forholder ”Kvinder der lever farligt” sig til nutidige danske kvinder i fastlåste, sundhedsskadelige forhold.

Af *Berit Fekkes*, psykoterapeut, MPF og sygeplejerske.
 berit@fekkes.dk

Kend bogen, før du befinder dig i orkanens øje

Ulykker er et af de alvorligste sundhedsproblemer blandt børn. Det er den hyppigste dødsårsag hos børn fra etårsalderen og den hyppigste årsag til børns kontakt til hospitalsvæsenet. De fleste ulykker sker i hjemmet. For de små børn er ulykkesrisikoen størst i 1-3-årsalderen.

”Førstehjælp til børn og spædbørn” er en opslagsbog, som er bygget op efter førstehjælpens fire hovedpunkter: Stands ulykken, livreddende førstehjælp, tilkald hjælp og almindelig førstehjælp. De enkelte kapitler er bygget op med en kort beskrivelse af skaderne, hvad man skal være opmærksom på, og førstehjælpen er beskrevet i listeform med en trinvis guidning i tekst og tegning af, hvad man skal gøre. Der er forslag til, hvornår det er tilrådeligt at søge læge eller skadestue, og hvornår det er nød-

vendigt at tilkalde ambulance. Bagerst i bogen er et kapitel om forebyggelse af ulykker med forslag til, hvordan barnet ude og hjemme kan sikres bedst muligt.

Bogen er letforståelig og overskuelig som opslagsbog. Jeg forsøgte mig med et panikopslag: ”Galt i halsen”. Måtte lige lede lidt. Fandt det under: ”Halsen, noget galt i” og ”Noget galt i halsen”. Det belærte mig om følgende: Kend din førstehjælpsbog, hvis den skal være dig til nytte, når du befinder dig i orkanens øje. Et råd jeg vil give med på vejen, når jeg præsenterer den for forældrene til de små, hvor allehånde farer lurer lige om hjørnet.

Af Hanne Lindhardt,
ansat som sundhedsplejerske i Furesø Kommune.



Henrik Torup
Førstehjælp til børn og spædbørn
Politikens Forlag 2008
126 sider – 149 kr.
ISBN 978-87-567-8298-2

Fra frygtens dybfryser

Der er efterhånden udkommet en del bøger, hvor patienten selv eller dennes pårørende fortæller om, hvordan det er at have en kræftsygdom. Også denne bog handler om det at få stillet en alvorlig diagnose og komme igennem hele behandlingsforløbet for igen at skulle vende tilbage til en hverdag, hvor sygdommen i alt fald for en tid ikke længere er en realitet.

Kan det blive ved at være inspirerende for sygeplejersker at læse den slags bøger? Måske ikke, men denne beretning er noget særligt. Den beskriver ganske vist som andre bøger af samme slags et sygdomsforløb med dets kampe, nederlag og sejre, men den skiller sig ud på to områder, dels ved måden at kritisere sundhedsvæsenet på og dels ved måden at bruge sproget på, som er helt unik.

Forfatteren er journalist og tidligere nyhedsredaktør og er som sådan vant til at lege med ord, og det mærkes. Et flot sprog, en ren nydelse. Der er et stort forbrug af overraskende og beskrivende vendinger i bogen. Han taler f.eks. om ”frygtens dybfryser” og ”kærligheden som den stærkeste optimist-generator.” *Flyvholm* fortæller om sit eget kræftarbejde, beretter om den proces, som han må igennem både tanke- og følelsesmæssigt. I dette arbejde får han hjælp gennem ord og billeder. Han fortæller bl.a. om tre billeder, der får betydning for ham i processen. Det første billede dukker op den dag, han får diagnosen kræft, en sekretær siger til ham: ”Min computer er gået ned.” Denne sætning bliver for ham billedet på, at hans liv er gået ned. Senere samme dag ser han i fantasien sin kone sammen med en anden mand, et billede på fremtiden, hvor han er koblet af. Og endelig det tredje billede, naturen omkring hans sommerhus,

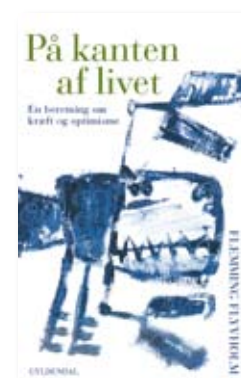
han går på græsset, hvor der er træer og buske, men længere fremme går klinten stejlt ned. I billedet er der intet efter kanten. Det bliver for ham dels et billede på døden som livets ophør, hvor der for ham intet er efter, og dels en påmindelse om at leve i mellemtiden, leve i naturen, fra nu og indtil ophøret.

Ud over at danne billeder mediterer han hver dag over positive ord, udfærdiger brugbare mottoer, visualiserer, fortæller sig selv gode historier og udtager de mest glade og positive fotos fra familiealbummet, alt sammen er det med til at højne hans humør og livsmod. Der gives i bogen mange konkrete anvisninger på at håndtere en alvorlig kræftsygdom, som vil være brugbare for andre kræftpatienter, og som sygeplejersken kan få inspiration af at læse.

Og så er der i tillæg hans måde at kritisere sundhedsvæsenet på. I begyndelsen af sygdomsperioden har han megen vrede og mistillid, men senere formår han at vende det til en konstruktiv kritik og tillid til læger og sygeplejersker. Vejen er det dybe samarbejde mellem patient og personale, som er baseret på gensidig respekt. Han har også mange gode råd til sundhedspersonalet, f.eks. at vi skal anerkende den moderne patients ressourcer til selv at bidrage til helbredsprocessen, og at vi ikke altid skal gemme optimismen.

Bogen er en stærk personlig beretning, der løfter sig op og kan bruges på det generelle plan som inspiration til både patienter og personale. Den bør stå på alle afdelinger, hvor der er kræftpatienter.

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



Flemming Flyvholm
På kanten af livet
– En beretning om kræft og optimisme
Gyldendal 2008
123 sider – 199 kr.
ISBN 978-87-020-6800-9

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 Halsnæs
Kommune.

Værdibaseret ledelse på flyvetur

Værdier er principielt positive, og det har de været i flere år. De ligger i skuffer, på intranet og står skrevet på T-shirts og i velkomstpjecer. Men nu er det måske forbi.

Jeg skæver til opslagstavlen på væggen bag mig. Det er ligegodt utroligt. En flyvetur til Aalborg har ødelagt det hele. Hverdagsværdierne, som hænger der og har været en kilde til inspiration og kollektiv opdragelse igennem et par år, er pga. af et nummer af "Flyaway," Cimber Airs bud på underholdning til den indenrigsflyvende, blevet til usikre størrelser, som jeg ikke ved, om jeg skal forsøge at rette mig efter eller lade være. Det er selvfølgelig *Peter Aalbæks* skyld. I artiklen "Erhvervsbosser: Drop værdierne" siger han:

"Intet kunne ligge mig fjernere end at formulere et sæt af ord eller værdier for virksomheden."

Forklaringen er, at han finder det nødvendigt med kaos, og at han jo godt kan skifte mening, så værdierne ændrer sig i morgen, "... og så er det lidt hårdt, hvis jeg har stået og tapet hele facaden til firmaet til med tre vigtige værdier."

Artiklen har i den grad forstyrret mit verdensbillede. Velklingende værdier har indtil nu været et mantra for moderne virksomheder, og jeg har forsøgt mig med engagement og arbejdsglæde, respekt og ligeværd, mod og nytænkning, fællesskab og samarbejde, åbenhed og videndeling igen og igen og med svingende held, det skal jeg gerne indrømme, og så får jeg en verbal ørefigen, en uforbeholden mening, der har samme effekt som en otter på Richter-skalaen.

Jeg husker et interview, der lægger sig op ad Ålens hovedbudskab, og leder i hængemappen med artikler og kronikker. Jo, *Allan Holmgren*, direktør for konsulentfirmaet DISPUK, sagde den 16. juli 2008 noget tilsvarende i artiklen "Vi bliver stressede af mangel på ledelse" i Berlingske Tidende.

"Smid værdierne i skraldespanden, definér arbejdsopgaven, og hvilket produkt I vil lave. Produktet har ikke en skid med værdier at gøre."

Ingen kan svare på, hvad værdierne gør godt for, mener han.

Er der noget at sige til, at jeg bliver usikker? Allan Holmgren mener, at værdier som frihed og ansvarlighed opfattes som positive begreber, men at det er en narresut.

"Lederen skal lytte til medarbejderne og så have modet til at stille sig op på ølkassen og udøve ledelse."

Jamen altså, skal chefen nu også være leder? Ønsket er det samme som angst for selvstændig tankevirksomhed. Et behov for en tilbagevendende til patriarkatet, som det fungerede, før jeg blev født.

Jeg tænder computeren og søger på værdibaseret ledelse. Der bliver vist 10 ud af 27.000 resultater. Ordet kick-off seminar og sætningen "medarbejderne får virksomhedens værdier ind under huden" er det, jeg umiddelbart husker. Og så et opslag i Wikipedia: "Undersøgelser viser, at danske virksomheders værdier generelt er meget ens og falder inden for den samme gruppe." Dvs. at en metalvarefabrik, et bogtrykkeri og en børneafdeling navigerer efter de samme værdier, selv om virksomhedstypen er ret forskellig.

Jeg kaster et nervøst blik bagud. De andre i kontorlandskabet har ikke opdaget noget. De arbejder videre, som om intet var hændt. Men de anderledes holdninger vil på et tidspunkt nå dem, og de vil rammes af utilpashed over de modsatrettede budskaber, sådan som jeg er blevet det.

Jeg overvejer kortvarigt, mens jeg bider mig i læben. Nu ved jeg, hvad jeg gør. Jeg holder op med at flyve.

Og så vil jeg igen forsøge mig med engagement og arbejdsglæde.

jb@dsr.dk

"Jeg tænder computeren og søger på værdibaseret ledelse. Der bliver vist 10 ud af 27.000 resultater. Ordet kick-off seminar og sætningen "medarbejderne får virksomhedens værdier ind under huden" er det, jeg umiddelbart husker."